



**Analýza stavu drogové scény a závislostního chování v Karlovarském kraji v roce 2021**

Závěrečná zpráva

Karlovy Vary, 2021

**Zadavatel studie:** Karlovarský kraj, Odbor bezpečnosti a krizového řízení

**Realizátoři a autoři zprávy:** Mgr. Benjamin Petruželka, Ph.D, Mgr. Kryštof Hanzlík

**Název zprávy:** Analýza stavu drogové scény a závislostního chování v Karlovarském kraji v roce 2021

**Financování:** Zpracování dokumentu bylo finančně podpořeno z Programu prevence kriminality na místní úrovni 2021 Ministerstva vnitra ČR a krajského rozpočtu

**Počet stran:** 143

**Pro bibliografické citace:** Petruželka, B., Hanzlík, K. (2021) Analýza stavu drogové scény a závislostního chování v Karlovarském kraji v roce 2021, Karlovy Vary, Karlovarský kraj.

Prezentované závěry a doporučení jsou interpretací autorů zprávy, nemusejí se shodovat s názory respondentů výzkumu nebo zástupců Karlovarského kraje.



## Obsah

<b>SHRnutí VÝSLEDKŮ ANALÝZY</b> .....	6
<b>SHRnutí SITUACE V OBLASTI ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ V KARLOVARSKÉM KRAJI</b> .....	6
LIDÉ UŽÍVAJÍCÍ DROGY RIZIKOVĚ .....	6
RIZIKOVÉ UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU .....	7
NELÁTKOVÉ ZÁVISLOSTI: RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V ONLINE PROSTORU A HRÁČSTVÍ.....	7
DĚTI A MLÁDEŽ .....	8
DOSTUPNOST, CENA A DISTRIBUCE A VÝROBA NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....	8
<b>SHRnutí SITUACE V OBLASTI POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB OSOBÁM SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍ V KARLOVARSKÉM KRAJI A DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ ROZVOJ KRAJSKÉ SÍŤE TĚCHTO SLUŽEB</b> .....	9
PLÁNOVÁNÍ A KOORDINACE SÍŤE SLUŽEB PRO OSOBY SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM.....	9
PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ .....	10
SNIŽOVÁNÍ RIZIK SPOJENÝCH SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM .....	11
LÉČBA A NÁSLEDNÁ PÉČE .....	12
ZDRAVOTNÍ PÉČE O OSOBY SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM .....	14
SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ OSOB SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM.....	15
<b>ZADÁNÍ ANALÝZY</b> .....	16
<b>1 DESIGN A METODY VÝZKUMU</b> .....	18
<b>1.1 PRŮBĚH ANALÝZY A POUŽITÉ METODY</b> .....	19
1.1.1 SBĚR PRIMÁRNÍCH KVANTITATIVNÍCH DAT .....	19
1.1.3 SBĚR PRIMÁRNÍCH KVALITATIVNÍCH DAT .....	22
1.1.3 ETICKÉ OTÁZKY, METODOLOGICKÉ LIMITY ANALÝZY A POSTŘEHY Z TERÉNU .....	24
<b>2 SITUACE V OBLASTI ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ V KARLOVARSKÉM KRAJI</b> .....	25
<b>2.1 EXTRAPOLACE CELOREPUBLIKOVÝCH ÚDAJŮ NA POPULACI KARLOVARSKÉHO KRAJE</b> .....	25
2.1.1 EXTRAPOLACE CELOREPUBLIKOVÝCH ÚDAJŮ V DOSPĚLÉ POPULACI .....	25
2.1.2 EXTRAPOLACE CELOREPUBLIKOVÝCH ÚDAJŮ VE ŠKOLNÍ POPULACI .....	27
<b>2.2 ZHODNOCENÍ SITUACE V OBLASTI ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ KLÍČOVÝMI AKTÉRY PROTIDROGOVÉ POLITIKY KARLOVARSKÉHO KRAJE</b> .....	31
<b>2.3 ZÁVISLOSTNÍ CHOVÁNÍ MEZI DĚTMI A MLÁDEŽÍ</b> .....	35
<b>2.4 SITUACE V OBLASTI ALKOHOLU A TABÁKU</b> .....	39
<b>2.5 SITUACE V OBLASTI NELÁTKOVÝCH ZÁVISLOSTÍ</b> .....	43
<b>2.6 LIDÉ UŽÍVAJÍCÍ DROGY RIZIKOVĚ</b> .....	45
2.6.1 ODHADY VELIKOSTI POPULACE LIDÍ UŽÍVAJÍCÍCH DROGY RIZIKOVĚ .....	45
<b>2.7 ZDRAVOTNÍ A DALŠÍ DOPADY UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK</b> .....	50
2.7.1 FORMY UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK A S TÍM SPOJENÁ ZDRAVOTNÍ RIZIKA.....	51
2.7.2 FATÁLNÍ A NEFATÁLNÍ INTOXIKACE .....	53
2.7.3 VIROVÉ HEPATITIDY .....	54
<b>2.8 UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK Z POHLEDU VEŘEJNOSTI</b> .....	55
<b>2.9 DROGOVÁ KRIMINALITA</b> .....	56
2.9.1 PRIMÁRNÍ A SEKUNDÁRNÍ DROGOVÁ KRIMINALITA .....	56
<b>2.10 DOSTUPNOST A CENA, DISTRIBUCE A VÝROBA NÁVYKOVÝCH LÁTEK</b> .....	62
2.10.1 LEGÁLNÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY .....	62
2.10.2 PERVITIN .....	63
2.10.3 KONOPÍ A DALŠÍ NÁVYKOVÉ LÁTKY .....	66

<b>2.11 SITUACE V JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH KARLOVARSKÉHO KRAJE .....</b>	<b>69</b>
2.11.1 RIZIKOVÉ LOKALITY Z HLEDISKA KLÍČOVÝCH AKTÉRŮ PROTIDROGOVÉ POLITIKY .....	69
2.11.2 POPIS JEDNOTLIVÝCH LOKALIT V KARLOVARSKÉM KRAJI .....	70
<b>3 SÍŤ SLUŽEB PRO OSOBY SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM .....</b>	<b>77</b>
<b>3.1 PLÁNOVÁNÍ A KOORDINACE SÍTĚ SLUŽEB .....</b>	<b>79</b>
3.1.1 INSTITUCIONÁLNÍ RÁMEC PLÁNOVÁNÍ SÍTĚ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB V ČR .....	79
3.1.2 PLÁNOVÁNÍ A KOORDINACE SÍTĚ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB V KARLOVARSKÉM KRAJI .....	82
3.1.3 FINANCOVÁNÍ ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽEB V KARLOVARSKÉM KRAJI .....	83
3.1.4 SHRNUÍ A DOPORUČENÍ .....	89
<b>3.2 PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ .....</b>	<b>91</b>
3.2.1 ŠKOLSKÁ PRIMÁRNÍ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ .....	92
3.2.2 DALŠÍ FORMY PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ .....	99
3.2.3 ŘEŠENÍ VÝSKYTU ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ A NÁVAZNÉ SLUŽBY PRO DĚTI A MLÁDEŽ .....	103
3.2.4 SHRNUÍ A DOPORUČENÍ .....	106
<b>3.3 SNIŽOVÁNÍ RIZIK SPOJENÝCH SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM .....</b>	<b>108</b>
3.3.1 NÍZKOPRAHOVÉ ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY .....	108
3.3.2 DALŠÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY VYUŽÍVANÉ OSOBAMI OHROŽENÝMI ZÁVISLOSTÍ .....	117
3.3.3 SHRNUÍ A DOPORUČENÍ .....	120
<b>3.4 LÉČBA A NÁSLEDNÁ PÉČE .....</b>	<b>122</b>
3.4.1 AMBULANTNÍ ADIKTOLOGICKÉ SLUŽBY .....	122
3.4.2 SLUŽBY KRÁTKODOBÉ STABILIZACE .....	126
3.4.3 SLUŽBY POBYTOVÉ LÉČBY .....	129
3.4.4 SHRNUÍ A DOPORUČENÍ .....	129
<b>3.5 ZDRAVOTNÍ PÉČE O OSOBY SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM .....</b>	<b>132</b>
3.5.1 SHRNUÍ A DOPORUČENÍ .....	136
<b>3.6 SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ OSOB SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM .....</b>	<b>138</b>
3.6.1 SHRNUÍ A DOPORUČENÍ .....	139
<b>LITERATURA .....</b>	<b>141</b>

# SHRnutí VÝSLEDKŮ ANALÝZY

## Shrnutí situace v oblasti závislostního chování v Karlovarském kraji

### Lidé užívající drogy rizikově

Situace je v oblasti populace lidí užívajících drogy rizikově (LDR)<sup>1</sup> v Karlovarském kraji poměrně stabilní. Nedochozí k výrazným výkyvům (nárůstům nebo poklesům) odhadů velikosti a dalších indikátorů této populace (například zdravotních dopadů a drogové kriminality), ač je patrný mírný nárůst zdravotních dopadů. Populace LDR se v Karlovarském kraji skládá převážně z injekčních uživatelů pervitinu (metamfetaminu). Injekční užívání je zdravotně rizikové, a to nejen pro samotné uživatele, ale i z hlediska ochrany veřejného zdraví (zejména v oblasti šíření infekčních onemocnění). Negen zdravotní rizika pomáhají minimalizovat služby v oblasti snižování rizik (například výměna jehel a stříkaček).

Užívání fentanylu, který se získává zpravidla z náplastí, se v kraji objevuje spíše ojediněle. Reportováno je zejména v oblasti Chebska a Chebu. S fentanylem jsou spojována zdravotní rizika, jako je předávkování. To souvisí i se způsobem získávání fentanylu z náplastí, kdy není možné dobře kontrolovat množství užití látky. Tento trend je tedy třeba i nadále sledovat.

Specifickou rizikovou skupinu, které by měla být věnována pozornost, tvoří osoby pracující v pouličním sexbyznysu. V této skupině je podle vyjádření některých respondentů vysoká prevalence užívání pervitinu a infekčních nemocí, což představuje riziko z hlediska ochrany zdraví.

Potenciální riziko představuje vliv opatření namířených proti šíření onemocnění COVID-19. Tato opatření mohla mít vliv na oblast veřejného zdraví (například šíření infekčních onemocnění), protože mohlo dojít ke snížení dostupnosti adiktologických a dalších služeb a k uzavírání uživatelských scén. V oblasti veřejného zdraví zatím nebyly pozorovány žádné dopady, i tuto oblast je nicméně třeba nadále sledovat.

---

<sup>1</sup> Pojem Lidé užívající drogy rizikově (LDR) nahrazuje dříve používané označení problémoví uživatelé drog (Mravčík et al., 2020). V České republice jsou termínem LDR označováni dlouhodobí a/nebo pravidelní a/nebo injekční uživatelé drog opiatového a/nebo amfetaminového typu.

Uzavírání uživatelských scén bylo pozorováno a představuje do budoucna rizikový trend. Uzavřené scény jsou totiž hůře dostupné pro pracovníky služeb a jsou spojeny s riziky, jako je šíření infekčních nemocí.

Nejrizikovější oblastí z hlediska populace LDR je v rámci Karlovarského kraje patrně Sokolov. To potvrzují údaje z provedených šetření a dostupných dat. Situace v Sokolově je spojována se společenským negativním vývojem, který vychází z postupné de-industrializace regionu, což bude nejspíše i nadále pokračovat. Signálem rizikového vývoje je i výskyt mladší populace uživatelů pervitinu.

### Rizikové užívání alkoholu

Napříč celým Karlovarským krajem respondenti zmiňovali nárůst rizikového užívání alkoholu. Tyto zprávy potvrzuje celá řada zdrojů dat a šetření uvedených v naší zprávě. Tento trend se pravděpodobně objevoval již před opatřeními spojenými s COVID-19, nicméně patrně došlo k jeho zesílení. Rizikové užívání alkoholu se objevuje napříč všemi společenskými skupinami. Jako zejména rizikové jsou zmiňovány tyto skupiny:

- a) děti, mládež a mladí dospělí,
- b) ženy (zejména osamělé a v tíživé situaci), zmiňováno je i obzvláště rizikové užívání alkoholu s léky,
- c) osoby bez přístřeší.

### Nelátkové závislosti: rizikové chování v online prostoru a hráčství

V oblasti nelátkových závislostí dochází k patrným změnám v globálním, národním i regionálním měřítku (Chomynová et al., 2020; Kuss et al., 2020). V Karlovarském kraji je také patrný rozvoj rizikového chování v online prostoru. Respondenti napříč krajem zmiňují obzvláště patrný nárůst nejen mezi dětmi, mládeží, mladými dospělými, ale i dospělými. Mezi dospělými je zmiňován nárůst prevalence zejména online sázení.

Sice můžeme pozorovat nárůst rizikového chování v oblasti online prostoru, nicméně v Karlovarském kraji je stále v národním kontextu patrný vysoký počet technických i živých her. V České republice je totiž výrazně nejvíce heren a kasin na počet obyvatel právě v Karlovarském kraji (Mravčík et al., 2021). S rizikovými hráči, kteří by hráli mimo online prostor a land-based hry, se sice pracovníci ve službách nesetkávají, nicméně nemusí to znamenat, že situace je v této oblasti vyřešena. Tito hráči neměli v období opatření spojených s COVID-19

patrně přístup k těmto hrám, a tak mohli přejít do online prostoru, což vyplývalo i z výpovědi některých respondentů. Je tedy možné, že se v případě dostupných příležitostí vrátí k rizikovému hraní mimo online prostor. Klíčoví aktéři hodnotili hraní mimo online prostor jako mající závažné dopady v rámci kraje, což také ukazuje na to, že situace v této oblasti je i nadále riziková.

### Děti a mládež

Situace dětí a mládeže, která se měla ve sledovaném období celkově zhoršit, představuje do budoucna výraznou hrozbu. Na situaci má vliv sociální struktura obyvatelstva v kraji, kdy podle respondentů dochází ještě k dalšímu „rozevírání nůžek“ mezi skupinami ve společnosti s dopadem především na děti.

V provedených šetřeních se jako nejpalčivější problém v této oblasti jeví rozvoj rizikového chování v online prostoru. Respondenti zdůrazňovali zejména vliv období, kdy byla využívána opatření mířící proti šíření onemocnění COVID-19. Nicméně nadále se objevuje další závislostní chování mezi dětmi (rizikové užívání alkoholu, konopí a pervitinu). I když se podle respondentů objevuje již méně, zůstává oblastí, kterou je třeba monitorovat a nepodceňovat.

V období opatření namířených proti onemocnění COVID-19 měla podle respondentů zásadní vliv distanční výuka, v některých případech i dobrovolná sebeizolace a nedostatek předtím dostupné náplně volného času. V období distanční výuky byly vyššímu riziku vystaveny děti z rodin s nižším sociálně ekonomickým statusem, protože jejich situace podle respondentů našeho výzkumu často znemožňovala poskytnout jim během distanční výuky vhodné podmínky (například oddělenou místnost). Jeden z respondentů popisoval vliv na děti v azylových domech, kde žijí na malém prostoru a ve stísněných podmínkách. Dětem pak chyběl prostor, kde by se bez vyrušování mohly věnovat distanční výuce. Tato situace představuje do budoucna v rámci Karlovarského kraje patrnou výzvu.

### Dostupnost, cena a distribuce a výroba návykových látek

Vysoká dostupnost legálních návykových látek, a to i pro děti a mládež, byla jedním z témat, která se objevovala napříč rozhovory. Zmiňována byla vysoká dostupnost alkoholu a tabáku. Dostupnost, která má vliv i na rozvoj užívání návykových látek, je tedy jedním z rizik.

Respondenti také zmiňovali výskyt automatů s Kratomem v kraji. Kratom vzhledem k nedostatku informací o jeho rizikovitosti může také představovat riziko.



V oblasti distribuce a výroby návykových látek došlo k ústupu trendu velkých varen pervitinu a pěstíren konopí. Výroba a distribuce se více diverzifikovala. Pervitin je vyráběn jak v malých varnách, tak dovážen ze zahraničí či objednáván online. Tato situace může vést k proměnlivé kvalitě pervitinu, což může zvyšovat riziko zdravotních dopadů (například fatálních či nefatálních intoxikací). S některými formami výroby a distribuce pervitinu jsou spojeny i organizovanější a mezinárodně propojené kriminální skupiny, které představují riziko i pro širší společnost (například násilná trestná činnost, korupce).

Cena a dostupnost drog je stabilní, a to i v době opatření spojených s COVID-19. Nicméně kvalita pervitinu se v daném období snížila, což může s sebou nést zdravotní důsledky pro uživatele.

## Shrnutí situace v oblasti poskytování služeb osobám se závislostním chováním v Karlovarském kraji a doporučení pro další rozvoj krajské sítě těchto služeb

### Plánování a koordinace sítě služeb pro osoby se závislostním chováním

V době zahájení realizace analýzy nebyla obsazena pozice krajského protidrogového koordinátora, mezitím nicméně již došlo k uzavření spolupráce s novou koordinátorkou, která zahájila své působení 1. 11. 2021. Nadále bude v Karlovarském kraji chybět Krajská protidrogová komise, jejíž funkci aktuálně zastává Komise bezpečnosti a prevence kriminality. **Při této komisi je zřízena Pracovní skupina protidrogové prevence složená z odborníků v oblasti závislostí a protidrogové politiky, do budoucna by nicméně bylo vhodné posílit zastoupení těchto odborníků přímo v Komisi pro bezpečnost a prevenci kriminality a posílit tak jejich vliv na další rozvoj krajské protidrogové politiky a krajské sítě služeb.**

Pozice místního protidrogového koordinátora je v současnosti zřízena ve všech ORP Karlovarského kraje s výjimkou ORP Mariánské lázně. **Vzhledem k tomu, že i v tomto ORP se nachází nezanedbatelná populace osob se závislostním chováním, lze jednoznačně doporučit, aby i zde v budoucnu působil místní protidrogový koordinátor. Namísto je uvažovat také o navýšení úvazku místního protidrogového koordinátora ORP Sokolov.**

Z krajské úrovně je protidrogová politika Karlovarského kraje financována především z Programu pro poskytování finančních prostředků na zajištění sociálních služeb, ve výrazně

nižším rozsahu také z Programu pro poskytování dotací z rozpočtu Karlovarského kraje na podporu aktivit v oblasti prevence kriminality. **S ohledem na situaci spojenou s pandemií COVID-19 byly v posledních dvou letech zrušeny dotační výzvy Programu na poskytování dotací z rozpočtu Karlovarského kraje na podporu aktivit v oblasti prevence rizikového chování dětí a mládeže. Umožní-li to epidemiologická situace, měl by kraj usilovat o obnovení tohoto dotačního programu, v ideálním případě již na rok 2022.**

Projekty v oblasti protidrogové politiky jsou dále financovány z rozpočtů obcí a rovněž z centrální úrovně, zejména prostřednictvím dotačního titulu „Protidrogová politika“ z rozpočtové kapitoly Úřadu vlády ČR, který aktuálně poskytuje dotace všem adiktologickým službám na území Karlovarského kraje. Dosud se jednalo o jednoleté dotace, v rámci tohoto dotačního titulu byly však v posledních letech v některých krajích poskytovány rovněž víceleté dotace, které pro služby potenciálně znamenají stabilnější fungování či možnost dlouhodobějšího plánování dalšího rozvoje. Bude-li to v následujících letech možné, také služby na území Karlovarského kraje by měly v rámci dotačních řízení RVKPP aktivně usilovat o přechod k víceletému financování.

### Prevence rizikového chování

Realizace primární prevence na školách je poznamenána omezenou kapacitou i odbornou kvalifikací školních metodiků prevence, v tomto ohledu nicméně Karlovarský kraj výrazněji nevybočuje z celorepublikového průměru. Kraj je relativně málo saturován nabídkou kvalitních certifikovaných programů primární prevence, v současnosti zde působí jediná organizace poskytující tyto programy (Světlo Kadaň, z.s.), která aktuálně pokrývá relativně malou část potřeb kraje. **Vedle pokračující podpory preventivních aktivit Světla Kadaň z.s. by bylo vhodné navázat v rámci kraje spolupráci alespoň s jedním dalším poskytovatelem certifikovaných programů primární prevence. I přes pozitivní ohlasy některých dotazovaných aktérů nelze z odborného hlediska doporučit další spolupráci s necertifikovanými programy.**

Na místní úrovni, zejména v Karlových Varech, Ostrově, zajišťuje významnou část preventivních programů městská policie, tyto programy ale většinou spadají spíše do oblasti prevence kriminality. **Etablované systémy prevence kriminality na místní úrovni by bylo dobré alespoň v nějakém rozsahu zachovat a dále kultivovat, na primární úrovni by však**

neměly suplovat certifikované programy primární prevence rizikového chování, jejichž nabídka je třeba dále rozšiřovat a současně podporovat školy v jejich angažování. Dále lze doporučit, aby pokračovalo rozvíjení vhodných forem komunitní a environmentální prevence, například zavádění vyhlášek regulujících hazardní hraní v dalších obcích. Z výpovědí respondentů na druhé straně vyplývá, že se příliš neosvědčují vyhlášky o zákazu konzumace alkoholických nápojů na veřejném prostranství.

V rámci řešení výskytu závislostního chování u dětí a mládeže postrádali aktéři pracující s touto cílovou skupinou na území Karlovarského kraje především odborníky z oblasti psychiatrie, psychoterapie a adiktologie, dále také služby zaměřené na práci s rodinou, například sociálně aktivizační služby. Odborníci chybějí také na úrovni škol, zejména pak školní psychologové. V této oblasti by mohla být navázána nějaká forma distanční spolupráce s psychology a psychiatry z jiných krajů.

### **Snižování rizik spojených se závislostním chováním**

Na snižování rizik spojených se závislostním chováním se zaměřují nízkoprahové adiktologické služby typu kontaktních center a terénních programů. Tyto služby jsou na území Karlovarského kraje poskytovány převážně rizikovým uživatelům pervitinu, v menší míře také rizikovým uživatelům alkoholu. Poskytují široké spektrum intervencí v oblasti snižování rizik spojených se závislostním chováním, mezi něž patří výměna jehel a stříkaček, distribuce parafernálií pro alternativní formy aplikace drog, orientační testování na infekční onemocnění či základní zdravotní ošetření. V rámci spolupráce s infekčním oddělením nemocnice Karlovy Vary zajišťují svým klientům také léčbu infekčních onemocnění. Dále zajišťují různé formy sociální podpory, případně zprostředkovávají klientům další zdravotní péči, často ve spolupráci sociálních služeb typu nízkoprahových denních center, nocleháren a azylových domů, případně odborného sociálního poradenství.

**Síť nízkoprahových adiktologických služeb pokrývá prakticky celé území Karlovarského kraje, zejména kontaktní centra jsou však dlouhodobě na hraně kapacity, v zájmu stability sítě by proto bylo vhodné v co nejbližší době posílit personální kapacitu nízkoprahových adiktologických služeb, a to přibližně v následujícím rozsahu:**

Okres Karlovy Vary	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navýšit kapacitu Terénního programu Karlovy Vary min. o jednoho pracovníka v přímé péči, a to v rozsahu 0,5 až 1 úvazek v přímé péči</li> </ul>
Okres Sokolov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navýšit kapacitu K-centra Sokolov o 1 úvazek v přímé péči</li> <li>• Navýšit kapacitu Terénního programu Sokolovsko min. o jednoho pracovníka v přímé péči, a to v rozsahu 1 až 1,5 úvazku v přímé péči</li> </ul>
Okres Cheb	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navýšit kapacitu K-centra Cheb o 1-2 úvazky v přímé péči</li> <li>• Navýšit kapacitu Terénního programu Chebsko min. o jednoho pracovníka v přímé péči, a to v rozsahu 0,5 až 1 úvazek v přímé péči</li> </ul>

Dalším limitem krajské sítě nízkoprahových adiktologických služeb je nepřístupnost těchto služeb pro cílovou skupinu pod 15 let, na kterou by se v budoucnu mohla zaměřit specifická forma terénního programu. **Aktuálně by kraj mohl v této souvislosti například iniciovat vznik pracovní skupiny, do níž by byli zapojeni jak aktéři pracující primárně s dětmi a mládeží, tak aktéři poskytující nízkoprahové adiktologické služby. Úkolem této pracovní skupiny by bylo zpracovat návrh možné podoby této služby, včetně vypracování strategie kontaktování rizikových jedinců z této cílové skupiny.**

### Léčba a následná péče

Síť ambulantních adiktologických služeb v Karlovarském kraji tvoří trojice velmi krátce působících zařízení, která aktuálně „zalepují“ značnou díru na trhu v této oblasti a s ohledem na to mají také relativně nevyhraněnou klientelu a podle momentální potřeby se orientují spíše na ambulantní léčbu a poradenství nebo spíše na ambulantní následnou péči. **Vzhledem k této nevyhraněnosti i relativně výhodnému rozmístění těchto zařízení mezi tři největší města Karlovarského kraje (Karlovy Vary, Sokolov a Cheb) se spíše než rozšiřování této sítě o další zařízení jeví aktuálně potřebné navýšení personální kapacity těchto provozů a postupné profilování jejich zaměření.**

**Nad rámec výše uvedené sítě ambulantních služeb by bylo vhodné zřídit službu pro osoby mladší 15 let v podobě ambulantní poradny s co nejnižším prahem a nadstandardním zaměřením na problematiku nelátkových závislostí, ideálně s pracovišti ve všech třech okresech Karlovarského kraje.**

Okres Karlovy Vary	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navýšit kapacitu Poradny Světlo v Karlových Varech o dva pracovníky v přímé péči na pozice sociálních pracovníků nebo pracovníků v sociálních službách, a to v rozsahu 1 až 2 úvazky v přímé péči</li> <li>• Zřídit pracoviště ambulantní poradny pro osoby mladší 15 let s personální kapacitou 1 až 2 úvazky v přímé péči</li> </ul>
Okres Sokolov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navýšit kapacitu ambulance následné péče Sokolov o 1 až 2 úvazky v přímé péči</li> <li>• Zřídit pracoviště ambulantní poradny pro osoby mladší 15 let s personální kapacitou 1 až 2 úvazky v přímé péči</li> </ul>
Okres Cheb	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navýšit kapacitu ambulance následné péče Sokolov o 1 až 2 úvazky v přímé péči</li> <li>• Zřídit pracoviště ambulantní poradny pro osoby mladší 15 let s personální kapacitou 1 až 2 úvazky v přímé péči</li> </ul>

Rozvíjející se síť ambulantních služeb by mělo do budoucna doplnit alespoň jedno zařízení poskytující na území Karlovarského kraje plnohodnotnou detoxifikaci pro zájemce o nástup do pobytové léčby. Jako akutnější se nicméně jeví zřízení nějaké formy krizového lůžka se zajištěnou dostupností psychiatra nebo adiktologa pro osoby v krizovém stavu v důsledku akutní intoxikace. Zajištění dostupnosti krizových lůžek by mohlo mimo jiné pomoci odlehčit protialkoholní záchytné stanici v Sokolově. Tutéž funkci by mohlo plnit také zřízení nízkoprahového „mokrého“ centra na území města Sokolov, zaměřeného na snižování rizik u osob bez přístřeší rizikově užívajících alkohol, a to v rámci režimu tzv. kontrolovaného pití.

Pracovníci adiktologických služeb ve vězení konstatovali dlouhodobý a výrazný převis poptávky po službách nad jejich aktuální nabídkou. Tato nabídka se v posledních letech ještě zúžila výpadkem služeb poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi, které během pandemie COVID-19 přestaly dojíždět do vězeňských zařízení. **Ve všech třech vězeňských zařízeních na území Karlovarského kraje by bylo vhodné posílit kapacitu ambulantního poradenství, ale rovněž psychiatrické péče, ve Věznici Horní Slavkov aktuálně chybí také adiktolog.**

## Zdravotní péče o osoby se závislostním chováním

Dostupnost primární i specializované zdravotní péče pro osoby se závislostním chováním je v Karlovarském kraji převážně velmi omezená. Navzdory nominálnímu zajištění 14,6 úvazku psychiatrické péče ze strany zdravotních pojišťoven přetrvává na území Karlovarského kraje akutní nedostatek lékařů poskytujících psychiatrickou péči osobám se závislostním chováním. Potřeba této péče se zvláště akutně projevuje u rostoucího počtu uživatelů návykových látek s duálními diagnózami a rostoucího počtu dětí s problémy v oblasti duševního zdraví, včetně závislostního chování.

V této oblasti se zvláště bolestivě projevuje dlouhodobý fenomén odlivu vysokoškolsky vzdělaných osob z Karlovarského kraje. **Zde nepomůže pouze dostatek finančních prostředků ani rozvinutá síť služeb, je třeba hledat cesty, jak do Karlovarského kraje nalákat zdravotnické specialisty v čele s psychiatry s odborností v oblasti návykových nemocí. V dlouhodobějším horizontu by bylo dobré začít se koncepčně zabývat touto otázkou ve spolupráci s dalšími odbory Krajského úřadu Karlovarského kraje, zejména Odborem zdravotnictví, ale také například Odborem kultury, památkové péče, lázeňství a cestovního ruchu. Pro začátek lze naplánovat provedení nějakého rozsáhlejšího průzkumu mezi potřebnými zdravotnickými specialisty působícími v jiných krajích nebo mezi studenty medicíny, zaměřeného na jejich očekávání spojená s místem jejich současného či budoucího odborného působení. Další možností je navázání distanční formy spolupráce se specialisty působícími v jiných krajích, přinejmenším pro cílovou skupinu dětí a mládeže by využívání služeb dětských psychiatrů či psychologů formou videohovorů bylo více než přirozené.**

V souvislosti se stárnutím populace uživatelů návykových látek se pak u velké části této populace začíná stále závažněji projevovat celkové zhoršení zdravotního stavu. Jedná se o osoby, kterým vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nelze poskytovat adekvátní péči například v rámci klasických azylových domů, zároveň je téměř nemožné jim zajistit pobyt v domově důchodců – jednak si jejich většina z nich nemůže dovolit, jednak velká část domovů odmítá přijímat osoby se závislostí v anamnéze. Potřeby této cílové skupiny by byla schopna pokrýt například nějaká forma zařízení sociální péče se zvláštním režimem a posílenou zdravotní složkou, ideálně včetně zajištění psychiatrické péče.

## Sociální začleňování osob se závislostním chováním

Zajištění finančně dostupného bydlení představuje podle dotazovaných aktérů problém pro velkou část klientů adiktologických služeb na území Karlovarského kraje. Ubytovny jsou pro ně často relativně drahé, případně mají plnou kapacitu, v případě změny majitele mohou také ve velmi krátké době vypovídat smlouvy se stávajícími nájemníky. Klienti mohou být dále max. na dobu jednoho roku umístěni do azylového domu, pro část z nich je však obtížné dodržovat podmínky setrvání ve službě. Minimum podmínek je údajně naopak vyžadováno v objektech pronajímaných soukromými subjekty v rámci tzv. obchodu s chudobou, které jsou spojovány s vysokou mírou sociálního vyloučení.

V Karlovarském kraji dále citelně schází služba chráněného bydlení, kterou by mohly využívat osoby se závislostním chováním a která by mohla představovat významný podpůrný a stabilizační faktor pro osoby vracející se z výkonu trestu nebo z léčby. **Jednoznačně lze doporučit zřízení tohoto typu služby, ideálně v kombinaci s poskytováním následné péče. Do budoucna by se nabízelo například zřízení pobytových kapacit v rámci jedné ze služeb následné péče, které v současnosti poskytuje organizace KOTEC o.p.s.**

Podle části respondentů je relativní dostatek možností zprostředkovávat klientům služeb zaměstnání, často ale naráží na jejich omezenou schopnost splňovat určité formální náležitosti a nedostatek prostředků na jejich vyřízení. **V této situaci by bylo vhodné zaměřit se systematictější způsobem na odstraňování těchto překážek, například formou intenzivního case managementu, případně spojeného s výraznějším zapojováním rodiny a dalších blízkých osob klientů.**

## ZADÁNÍ ANALÝZY

Zástupci Karlovarského kraje specifikovali cíle „Analýzy stavu drogové scény a závislostního chování v Karlovarském kraji v roce 2021“ následujícím způsobem, přičemž toto zadání bylo naplněno pomocí níže uvedeného výzkumného designu:

- aktuální situace v oblasti látkových i nelátkových závislostí;
- aktuální situace v oblasti hazardního hraní, tabáku a alkoholu;
- užívané drogy, rozsah jejich užívání, jejich dostupnost a dopady užívání;
- rizikové formy chování uživatelů návykových látek;
- kriminálně rizikové jevy u uživatelů návykových látek;
- četnost, druh a příčina páchaní trestné činnosti uživatelů návykových látek;
- specifické potřeby uživatelů návykových látek ve vztahu k poskytovaným službám (nizkoprahová zařízení, zařízení léčby, detoxi(fi)kace, následné péče a doléčování);
- počet uživatelů drog z Karlovarského kraje v programech rezidenční léčby v ČR;
- otázka potřebnosti rozšiřování kapacity záchytné stanice o lůžka pro uživatele nealkoholových drog;
- vytipovat rizikové lokality v kraji ve vztahu k užívání nelegálních návykových látek;
- popsat a analyzovat potřeby poskytovatelů služeb pro uživatele návykových látek na území kraje – nizkoprahová zařízení, zařízení léčby, detoxi(fi)kace, následné péče a doléčování;
- identifikovat okruhy problémů, jež mohou být podnětem pro změny v poskytovaných službách či pro zavádění chybějících typů služeb v jednotlivých regionech kraje;
- zhodnotit využití stávající kapacity služeb pro uživatele návykových látek;
- zhodnotit dostupnost služeb pro uživatele drog v porovnání s aktuálními potřebami jejich současných nebo potenciálních klientů;
- identifikovat případné otázky potřeb vzdělávání pro pracovníky městských či obecních úřadů zapojených do realizace opatření protidrogové politiky na území kraje;
- zhodnotit situaci v oblasti poskytování služeb primární prevence rizikového chování na území Karlovarského kraje;
- při stanovování počtu uživatelů návykových látek v kraji stanovit jejich počty s rozdělením po 7 obcích s rozšířenou působností (Sokolov, Karlovy Vary, Kraslice, Aš,



Mariánské Lázně, Ostrov, Cheb). V odhadu počtu uživatelů návykových látek vycházejí z dostupných statistických dat i z odhadů latentních uživatelů;

- formulovat návrhy opatření vztahující se k jednotlivým tématům protidrogové politiky Karlovarského kraje tak, aby zjištěné závěry a doporučení byly výchozím bodem pro realizaci efektivní prevence závislostního chování zejména v oblasti návykových látek, a tyto v součinnosti s objednatelem veřejně prezentovat.

# 1 DESIGN A METODY VÝZKUMU

Design a metody použité ke zpracování Analýzy stavu drogové scény a závislostního chování v Karlovarském kraji v roce 2021 a k naplnění výše uvedeného zadání vycházely do určité míry z předchozích projektů a dalších materiálů zpracovaných v této oblasti. Do jisté míry jsme opakovali postupy, jež byly využity pro předchozí Analýzu stavu drogové scény v Karlovarském kraji zpracovanou Radimeckým et al. (2017), a rozšířili jsme je o další oblasti či šetření (například dotazníkové šetření mezi klíčovými aktéry a školami v kraji).

Výzkumný design vychází stejně jako design předchozí analýzy Radimeckého et al. (2017) z přístupu Rapid Assessment and Response (RAR). Radimecký et al. (2017, 7) definují RAR jako metodu „rychlého zhodnocení situace, jež má potenciál generovat důležité informace z oblasti veřejného zdraví, které mohou být využity pro rozvoj odpovídajících opatření.“ RAR podle nich představuje „kombinaci postupů kvantitativního (sběr a analýza dostupných statistických dat) a kvalitativního výzkumu (sběr a analýza informací pocházejících zejména z rozhovorů se zainteresovanými osobami na různé úrovni vlivu koordinace a poskytování sociálních a zdravotních služeb, s uživateli návykových látek, a z textové analýzy existujících dokumentů)“ (ibid.). RAR je s odkazem na práci Fitche a Stimmonse (2003) popisována jako metoda typicky využívaná pro účely monitorování a evaluace sociálních či zdravotních služeb.

Výhodou použití metody RAR je, že umožňuje v poměrně krátkém čase získat informace od aktérů protidrogové politiky, kteří mají zkušenosti s jejím prováděním v kraji, znají dobře lokální situaci a potřeby klientů. Metoda má však i zřejmé limity, které spočívají v tom, že získané informace nejsou tak rozsáhlé a podrobné jako v případě hlubšího výzkumu (například etnografického výzkumu drogové scény), který ale zpravidla probíhá v řádu let a je nákladnější. Platnost zjištění je omezena na místo a čas provedení výzkumu, drogová scéna se však stejně jako další jevy v průběhu času mění.

## 1.1 Průběh analýzy a použité metody

Analýza drogové scény Karlovarského kraje může být rozdělena do šesti hlavních fází:

- 1) rešerše a analýza dokumentů týkajících se realizace protidrogové politiky v Karlovarském kraji,
- 2) sběr sekundárních kvantitativních dat,
- 3) sběr primárních kvantitativních dat (šetření mezi zástupci škol a klíčovými aktéry krajské protidrogové politiky),
- 4) sběr kvalitativních primárních dat na základě terénního šetření a kvalitativních rozhovorů,
- 5) dosbírání sekundárních kvantitativních dat a dalších dokumentů,
- 6) analýza získaných dat a sepsání závěrečné zprávy.

Tyto fáze z větší části probíhaly v uvedeném pořadí, některé fáze se nicméně překrývaly a probíhaly souběžně. Například analýza získaných dat byla prováděna průběžně, i když hlavní díl práce probíhal v závěrečné fázi zpracování zprávy.

Sekundární data a dokumenty byly získávány buďto z volně dostupných dokumentů a databází (například Českého statistického úřadu, Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, Karlovarského kraje), nebo byly vyžádány pomocí Zákona o svobodném přístupu k informacím (106/1999 Sb.) či vyžádány bez využití tohoto zákona. V tomto ohledu je třeba zmínit, že pracovníci Krajské hygienické stanice Karlovarského kraje nám odmítli poskytnout primární data, protože jsou přetíženi v souvislosti s onemocněním COVID-19. Zdroje dat jsou vždy uvedeny u jejich využití, takže jsou ve zprávě dohledatelné. Primární kvalitativní data byla získána zejména pomocí individuálních polostrukturovaných kvalitativních rozhovorů a skupinových rozhovorů (fokusních skupin). Dále byla data získána pomocí terénního šetření, kdy se výzkumníci účastnili setkání na krajské úrovni, nebo se vydali do terénu mezi uživatele. V případě potřeby bylo využito i telefonické či emailové dotazování, které sloužilo k ověření a doplnění získaných informací. Primární kvantitativní data byla získána pomocí online šetření.

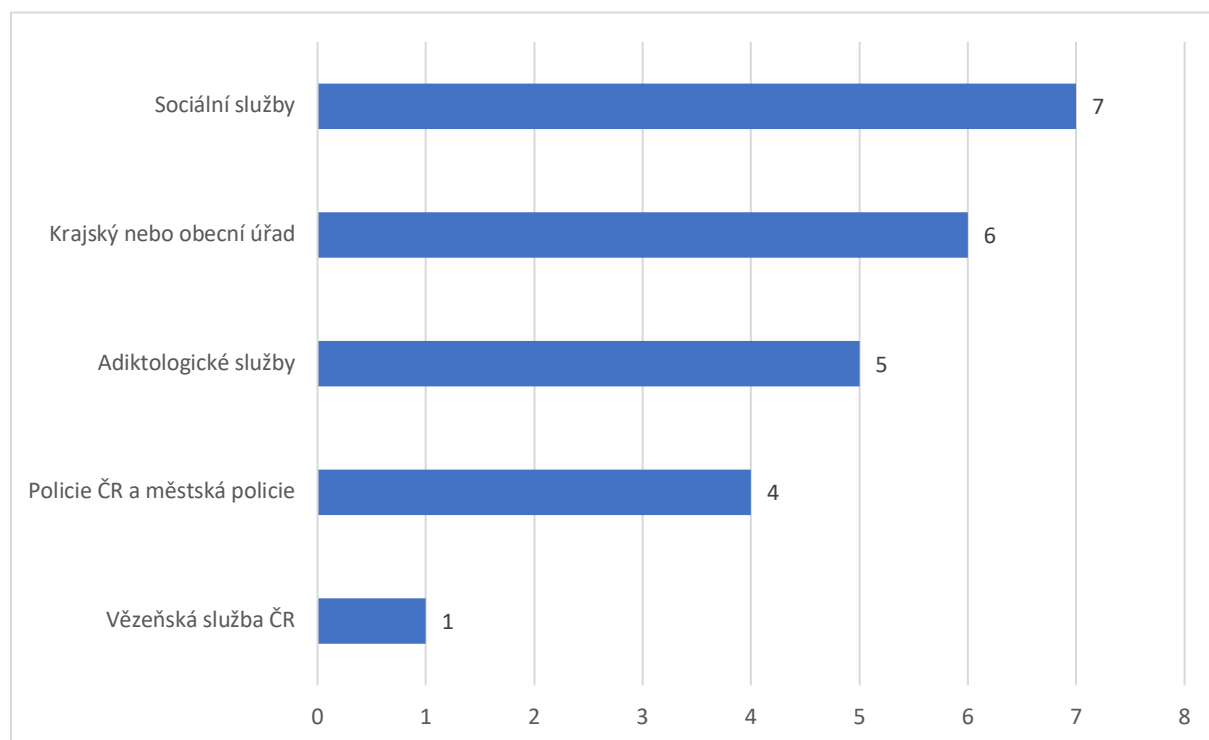
### 1.1.1 Sběr primárních kvantitativních dat

Sběr primárních kvantitativních dat probíhal mezi dvěma základními skupinami, a to klíčovými aktéry protidrogové politiky a zástupci středních a základních škol. Tato šetření byla využita ke

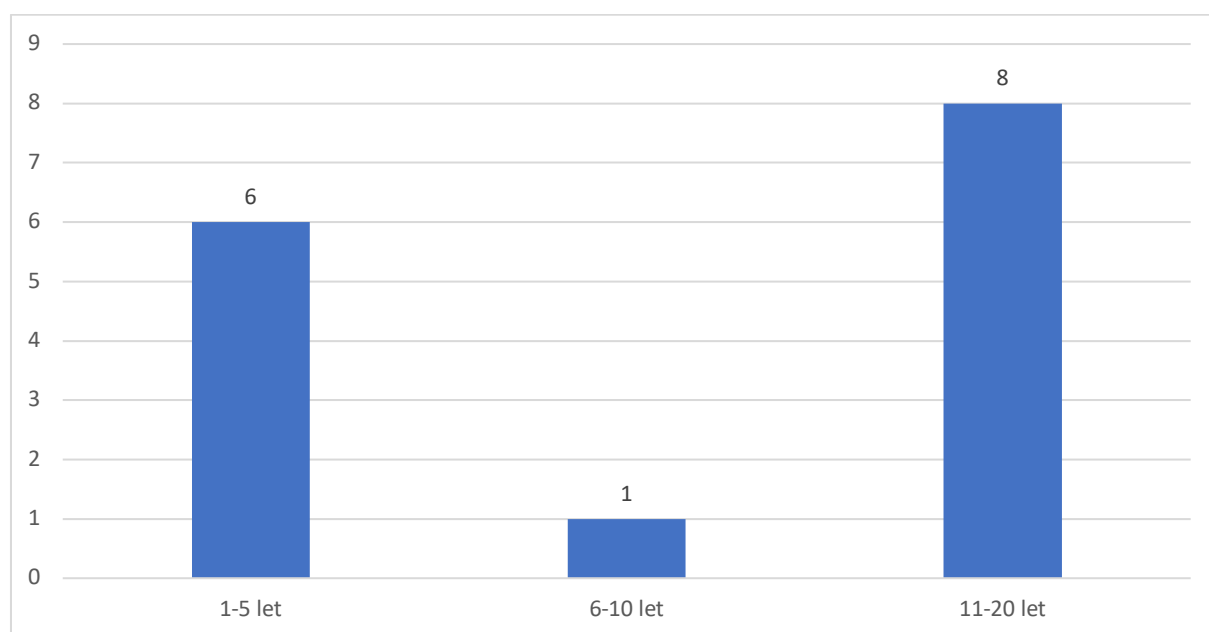
sběru dat z různých oblastí a jsou uvedena v různých částech zprávy. Obě šetření byla provedena formou online dotazníku na platformě Google Forms. V případě šetření mezi klíčovými aktéry protidrogové politiky jsme se žádostí o vyplnění dotazníku oslovili členy Pracovní skupiny protidrogové prevence v Karlovarském kraji a další vybrané aktéry. Dotazník určený školním metodikům prevence a dalším osobám zodpovědným za realizaci primární prevence na školách jsme nechali prostřednictvím krajské školské koordinátorky prevence rozeslat zástupcům všech základních a středních škol v Karlovarském kraji. V této části zprávy uvádíme základní informace o respondentech, kteří dotazníky vyplnili.

Dotazník vyplnilo celkem 15 klíčových aktérů. Graf 1 a Graf 2 ukazují instituce, ve kterých klíčoví aktéři pracují. Na otázku bylo možné dát více odpovědí, a proto je celkový součet odpovědí vyšší než počet respondentů. Nejvíce klíčových aktérů pracuje v sociálních službách nebo na krajském či obecním úřadě. Nicméně můžeme říci, že klíčové instituce v kraji jsou pokryty (sociální služby, adiktologické služby, zástupci krajských a obecních úřadů, zástupci z oblasti vynucování práva). Graf 2 ukazuje dobu, po kterou klíčoví aktéři pracují v oboru. Patrné je, že část klíčových aktérů má bohaté zkušenosti. Nicméně objevuje se i část aktérů, která v oboru pracuje kratší dobu, a tak má méně zkušeností.

**Graf 1** Instituce, ve kterých působí klíčoví aktéři protidrogové politiky Karlovarského kraje



**Graf 2** Doba, po kterou klíčové aktéři působí v oboru (zdroj dat: vlastní zpracování)



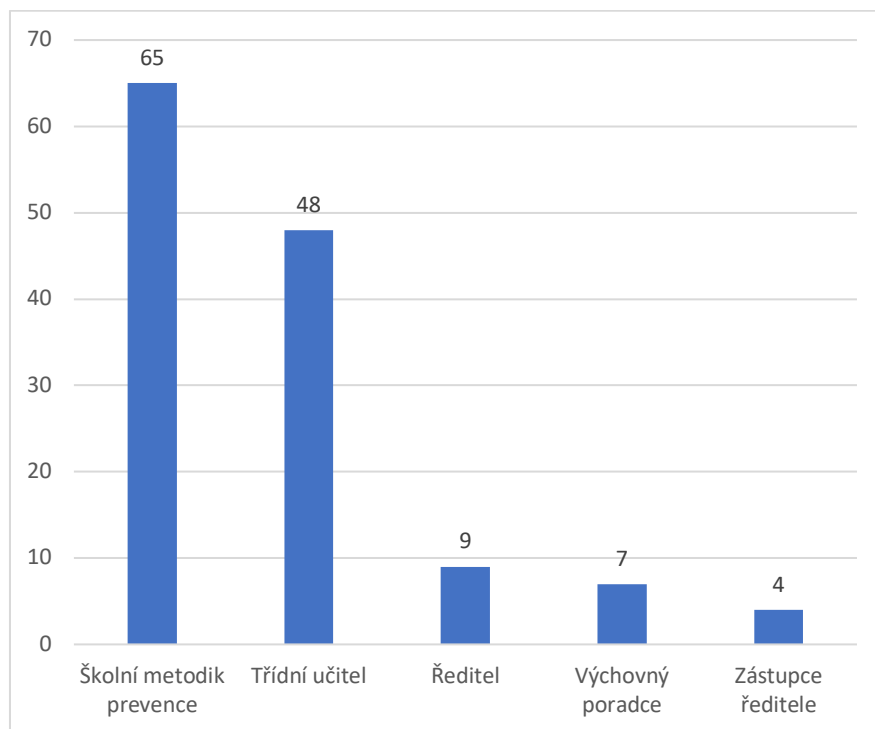
Jednotkou sběru dat mezi základními a středními školami byla jedna škola, přičemž za školu vyplňovala dotazník jedna osoba. Školám byl dán pokyn, že touto osobou by měl být nejlépe školní metodik/metodička prevence, případně školní psycholog/psycholožka či jiná osoba zabývající se v rámci školy primární prevencí. V rámci sběru dat se podařilo pokrýt relativně dobře celé území Karlovarského kraje a jednotlivá ORP (viz Tabulka 2).

**Tabulka 2** ORP školských zařízení, které se účastnily výzkumu

	N	%
Aš	4	6
Cheb	13	19
Karlovy Vary	23	33
Kraslice	3	4
Mariánské Lázně	7	10
Ostrov	4	6
Sokolov	16	23
Celkem	70	100

Co se týče typu školy, většinu tvořily základní školy (51, 73 %), méně bylo středních škol a gymnázií (19, 27 %). Mezi středními školami bylo zastoupeno 5 gymnázií a 14 středních škol. Respondenti nejčastěji zastávali pozice školních metodiků prevence a třídních učitelů.

**Graf 3** Pozice zastávané respondenty v rámci škol, na kterých působí



### 1.1.3 Sběr primárních kvalitativních dat

Informace byly sbírány převážně pomocí individuálních polostrukturovaných kvalitativních rozhovorů a fokusních skupin. Rozhovory byly provedeny se dvěma základními cílovými skupinami: klienty adiktologických služeb a dalšími uživateli drog (12 individuálních kvalitativních rozhovorů) a aktéry protidrogové politiky (provedeno 34 kvalitativních rozhovorů a 3 fokusní skupiny – více viz tabulka). Rozhovory nám byly odmítnuty pouze v případě Krajského ředitelství policie Karlovarského kraje (blíže viz kapitola Drogová kriminalita a dostupnost návykových látek).

**Tabulka 3 Respondenti fokusních skupin a individuálních rozhovorů**

	<b>Fokusní skupiny</b>	<b>Individuální rozhovory</b>	<b>Celkem</b>
<b>Pracovníci adiktologických služeb</b>	8	3	12
<b>Pracovníci dalších sociálních služeb</b>	-	6	6
<b>Pracovníci zdravotních služeb</b>	-	1	1
<b>Pracovníci školských zařízení</b>	3	-	3
<b>Pracovníci služeb ve vězení</b>	-	2	2
<b>Zástupci krajského úřadu Karlovarského kraje</b>	5	-	5
<b>Zástupci místních samospráv</b>	-	4	4
<b>Zástupci městské policie nebo Policie ČR</b>	5	2	7
<b>Klienti adiktologických služeb a další uživatelé drog</b>	-	12	12
<b>Další</b>	-	4	4
<b>Celkem</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>55</b>

V případě rozhovorů s uživateli návykových látek bylo cílem získat informace zejména o charakteristikách těchto uživatelů, užívaných návykových látkách, způsobech užívání návykových látek, drogovém trhu, potřebách uživatelů a využívání služeb. Co se týče rozhovorů s aktéry protidrogové politiky a pracovníky služeb, tak cíle rozhovorů s jednotlivými typy respondentů (viz tabulka) byly různé vzhledem k dané oblasti. Obecně můžeme říct, že jsme zjišťovali informace o stavu závislostního chování v kraji, poskytovaných službách a protidrogové politice v kraji. Kvalitativní rozhovory a fokusní skupiny probíhaly tak, že respondenti byli dotazováni na předem stanovené okruhy otázek, nicméně v případě potřeby se tazatel mohl odchýlit od připravených okruhů. Ve většině případů byly rozhovory nahrávány a výzkumníci si během rozhovorů dělali poznámky. Tyto úvodní poznámky z rozhovorů byly posléze rozšířeny o další informace z rozhovoru. Informace nasbírané pomocí rozhovorů byly posléze analyzovány za využití standardních postupů analýzy kvalitativních dat, zejména kódování a konceptualizace, tzn. vytváření kategorií, které odpovídají jednotlivým stanoveným otázkám. Informace získané z uvedených kvalitativních šetření jsou doplněny ilustrativními citacemi (psanými v uvozovkách a kurzivou).

### 1.1.3 Etické otázky, metodologické limity analýzy a postřehy z terénu

Během realizace výzkumu jsme se snažili o dodržení základních etických zásad provedení výzkumu. V rámci sběru dat jsme vždy představili probíhající šetření (účel, průběh, institucionální kontext), zeptali se respondentů, jestli jim něco není jasné, a požádali o případný souhlas s provedením a nahráváním rozhovoru.

Provedená analýza má své limity obdobné jako předchozí provedené analýzy:

- 1) Získané odpovědi mohou mít omezenou míru reliability (spolehlivosti) a validity (platnosti), která může vycházet z obav některých respondentů, že bude ohroženo jejich postavení v kontextu krajské protidrogové politiky, nebo z toho, že získané odpovědi mohou být zkresleny názory, přesvědčeními a preferencemi respondentů.
- 2) Pracovníci některých institucí odmítli sdílet potřebné informace (Krajské ředitelství policie Karlovarského kraje a pracovníci Krajské hygienické stanice Karlovarského kraje).
- 3) Nemuseli jsme kontaktovat všechny jednotlivce či subjekty, kteří disponují relevantními informacemi. Jelikož šlo o metodu RAR založenou na rychlém zhodnocení situace, nepočítá se s tím, že by byl kontaktován vyčerpávající počet možných respondentů. Nicméně domníváme se, že všechny důležité instituce a respondenti byli pokryti. Omezená velikost vzorku respondentů představuje u této metody omezení možnosti zobecňovat získané poznatky. U některých informací nemohlo dojít k jejich ověření z více zdrojů.

Šetření a jeho smysluplnost vnímali respondenti převážně pozitivně a s výjimkou výše uvedených institucí, které s námi odmítly sdílet informace, ochotně vycházeli vstříc našim požadavkům. Rádi bychom poděkovali všem institucím a respondentům, kteří s námi sdíleli informace. Jmenovitě bychom chtěli poděkovat institucím, které nám byly obzvláště nápomocné, a to Oddělení bezpečnosti a prevence Odboru bezpečnosti a krizového řízení Krajského úřadu Karlovarského kraje, Městské policii AŠ a organizacím KOTEC o.p.s. a Světlo Kadaň z.s.



## 2 SITUACE V OBLASTI ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ

### V KARLOVARSKÉM KRAJI

Situaci v oblasti závislostního chování v Karlovarském kraji můžeme hodnotit na základě různých zdrojů informací. V této části zprávy budeme vycházet zejména ze sekundární analýzy různých zdrojů dat, vlastního dotazníkového šetření mezi klíčovými aktéry v Karlovarském kraji, vlastního dotazníkového šetření mezi zástupci středních a základních škol v Karlovarském kraji a kvalitativního šetření mezi uživateli a aktéry protidrogové politiky.

#### 2.1 Extrapolace celorepublikových údajů na populaci Karlovarského kraje

V rámci zhodnocení situace v oblasti závislostního chování v Karlovarském kraji jsme provedli extrapolaci. V tomto případě se jedná o odhad krajských hodnot na základě celorepublikových údajů. Extrapolace poskytuje důležitou informaci, protože nám umožňuje udat čísla počtu lidí v riziku závislostního chování na krajské úrovni. Nicméně tyto extrapolace také mají své limity. Extrapolací celorepublikových údajů na úroveň kraje nejsme schopni postihnout krajská specifika, musíme tedy vycházet z předpokladu, že z hlediska sledovaných údajů se epidemiologická situace v Karlovarském kraji významně neodlišuje od situace v celé ČR. Na krajské úrovni nejsou dostupná reprezentativní výběrová šetření, která by umožnila tyto odhady vytvořit jiným způsobem. Jedinou výjimkou jsou v tomto odhady LDR, které uvádíme v dalších kapitolách.

##### 2.1.1 Extrapolace celorepublikových údajů v dospělé populaci

V rámci České republiky jsou pravidelně realizovány Národní výzkumy užívání návykových látek, realizované Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (NMS), a Národní výzkumy užívání tabáku a alkoholu v České republice (NAUTA), realizované Státním zdravotním ústavem. Oba tyto výzkumy dlouhodobě ukazují na poměrně vysokou prevalenci rizikového a škodlivého užívání alkoholu v obecné populaci a rovněž na její dlouhodobý nárůst mezi lety 2012 a 2019. Podle posledního výzkumu NAUTA z roku 2019 bylo 17,2 % populace v oblasti rizikového nebo škodlivého užívání alkoholu, z toho 9,3 % v oblasti škodlivého užívání (Mravčík (ed.), 2020, 69-70). Tato čísla velmi věrně odpovídají výsledkům naměřeným pomocí škály CAGE v roce 2016, podle níž bylo 16,8 % populace v oblasti rizikového nebo škodlivého

užívání alkoholu a z toho 9,0 % v oblasti škodlivého užívání. Extrapolujeme-li tyto výsledky na populaci Karlovarského kraje, znamená to cca 49 504 osob vykazující znaky škodlivého nebo rizikového užívání alkoholu, z toho cca 26 520 v oblasti škodlivého užívání.

Odhad prevalence problémového užívání konopných látek pomocí screeningové škály CAST byl naposled proveden v rámci Národního výzkumu užívání návykových látek v r. 2016. Podle něj se v obecné populaci nachází 4,4 % rizikových uživatelů konopí, z toho 2,7 % v mírném riziku a 1,8 % ve vysokém riziku (Mravčík (ed.), 2018, 103). Extrapolujeme-li tato čísla na populaci Karlovarského kraje, získáme cca 12 965 uživatelů konopí v riziku, z toho 5 304 ve vysokém riziku.

Prevalence problémového hráčství v obecné populaci měřená škálou Lie/Bet je podle výsledků „Výzkumu názorů a postojů občanů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví“ provedeného v roce 2019 1,6 % obecné populace, z toho je ve vysokém riziku 0,8 %. Zároveň lze konstatovat výrazný dlouhodobý pokles této prevalence. Škála PGSI ukazuje na opačný trend, byla nicméně použita pouze v letech 2012 a 2016, jde tedy o zjištění s výrazně omezenou vypovídací hodnotou. Obě měřítka na druhé straně jednoznačně vypovídají o výrazně vyšším ohrožení problémovým hráčstvím u mužské populace (Mravčík (ed.), 2020). Vývoj prevalence problémového hráčství v letech 2012-2019 spolu s extrapolací údajů za jednotlivé roky na populaci Karlovarského kraje ukazuje tabulka 3. (Uvádíme střední hodnoty prevalence.)

**Tabulka 3 Prevalence problémového hráčství v Karlovarském kraji v letech 2012 až 2019**

	Prevalence problémového hráčství		Extrapolace na populaci Karlovarského kraje	
	Lie/Bet	PGSI	Lie/Bet	PGSI
2012	-	5,0 %	-	14 733
2013	3,6 %	-	10 608	-
2014	3,9 %	-	11 492	-
2016	2,4 %	5,7 %	7 072	16 796
2017	1,9 %	-	5 599	-
2018	1,8 %	-	5 304	-
2019	1,6 %	-	4 715	-

Sečteme-li poslední dostupné údaje o prevalenci rizikového užívání pervitinu a opioidů, rizikového užívání alkoholu (škála CAGE), rizikového užívání konopí (škála CAST) a

problémového hráčství (škála Lie/Bet) a extrapolujeme je na populaci Karlovarského kraje, získáme cílovou populaci o celkové velikosti 69 246 osob (23,5 % populace Karlovarského kraje), resp. 35 654 osob (12,1 % populace), uvažujeme-li pouze osoby ve vysokém riziku.

**Tabulka 4 Rozsah rizikového užívání návykových látek a problémového hráčství v Karlovarském kraji**

	Populace v riziku		Populace ve vysokém riziku	
	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento
<b>Rizikovní uživatelé alkoholu (CAGE)</b>	49 504	16,8 %	26 520	9,0 %
<b>Rizikovní uživatelé konopí (ČÁST)</b>	12 965	4,4 %	5 304	1,8 %
<b>Lidé užívající drogy rizikově (LDR)</b>	1 200	0,6 %	1 473	0,5 %
<b>Problémoví hráči (Lie/Bet)</b>	4 715	1,6 %	2 357	0,8 %
<b>Celkem</b>	<b>69 246</b>	<b>23,5 %</b>	<b>35 654</b>	<b>12,1 %</b>

Opět platí, že extrapolací celorepublikových údajů na úroveň kraje nejsme schopni postihnout krajská specifika, musíme tedy vycházet z předpokladu, že z hlediska sledovaných údajů se epidemiologická situace v Karlovarském kraji významně neodlišuje od situace v celé ČR.

### 2.1.2 Extrapolace celorepublikových údajů ve školní populaci

V České republice jsou v pravidelných čtyřletých intervalech realizovány dvě mezinárodní dotazníkové studie. Studie HBSC (*The Health Behaviour in School-aged Children*) se zaměřuje na zdraví a životní styl žáků základních škol ve věku 11, 13 a 15 let, poslední vlna proběhla v r. 2018. Studie ESPAD (*European School-survey Project on Alcohol and Other Drugs*) se specificky zaměřuje na různé atributy užívání drog v populaci šestnáctiletých studentů, poslední provedená studie pochází z r. 2019 (Mravčík (ed.), 2020, 47). Data jsou v případě obou studií sbírána na celorepublikové úrovni, nevypovídají tedy o lokálních specifikách projevujících se na úrovních menších samosprávných celků (krajů, okresů či obcí). Lze je proto na těchto úrovních aplikovat jen s největší opatrností a plným vědomím jejich omezené vypovídací hodnoty.

Výsledky pravidelně prováděných studií HBSC a ESPAD ukazují, že mezi školní populací ČR je dlouhodobě rozšířeno především užívání tabákových výrobků, alkoholu a konopných látek. 30denní prevalence kouření cigaret a konzumace alkoholu výrazně narůstá mezi třináctým a patnáctým rokem věku (podle studie HBSC z r. 2018 z 6 % na 18,5 % u cigaret a z 19,5 % na 48 % u alkoholu). Kouření e-cigaret a zahříváných tabákových výrobků bylo sledováno ve studii ESPAD u 16letých studentů – e-cigarety se u nich liší jen o něco menší oblibě než cigarety

(30denní prevalence byla 23,6 % u cigaret a 19,8 % u e-cigaret), zahříváný tabák jich oproti tomu v posledních 30 dnech vyzkoušelo výrazně méně (6,2 %). Konopné látky užilo v posledních 30 dnech 7,5 % 15letých a 11,6 % 16letých (Mravčík (ed.), 2020, 47-50).

**Tabulka 5 Prevalence užívání drog ve školní populaci ČR podle studie HBSC z r. 2018**

	<b>11 let</b>	<b>13 let</b>	<b>15 let</b>
<b>Kouření cigaret v posledních 30 dnech</b>	1 %	6 %	18,5 %
<b>Konzumace alkoholu v posledních 30 dnech</b>	7,5 %	19,5 %	48 %
<b>Opilost v posledních 30 dnech</b>	1 %	4 %	18 %
<b>Užití konopných látek v posledních 30 dnech</b>	-	-	7,5 %

Studie HBSC a ESPAD sledují také některé rizikové formy závislostního chování. Podle studie HBSC z r. 2018 zažilo v posledních 30 dnech opilost 1 % 11letých, 4 % 13letých a 18 % 15letých. Nadměrnou dávkou alkoholu (5 sklenic a více) užilo podle studie ESPAD z r. 2019 alespoň jednou v posledních 30 dnech 38,5 % 16letých studentů, třikrát nebo častěji v posledních 30 dnech 11,7 % studentů, přičemž nejčastěji se jednalo o studenty odborných učilišť (Mravčík (ed.), 2020, 50). Studie ESPAD sleduje také prevalenci problémového užívání konopných látek pomocí screeningové škály CAST – v r. 2019 bylo toto problémové užívání zaznamenáno u 6,6 % 16letých studentů. Tabulky 5 až 7 ukazují extrapolaci celorepublikových údajů v oblasti užívání tabákových výrobků a alkoholu na situaci v Karlovarském kraji.

**Tabulka 6 Prevalence užívání tabákových výrobků a alkoholu v populaci 16letých žáků a studentů v ČR podle studie ESPAD z r. 2019 a extrapolace údajů na populaci 16letých v Karlovarském kraji**

<b>Prevalence užívání v posledních 30 dnech</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Cigarety	23,6 %	636
E-cigarety	19,8 %	534
Zahřívaný tabák	6,2 %	167
Alkohol	62,7 %	1 690
Konopné látky	11,6 %	313
<b>Rizikové formy užívání</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Cigarety denně	10,3 %	278
E-cigarety denně	3,1 %	84
Nadměrné dávky alkoholu v posledních 30 dnech	38,5 %	1 037
Nadměrné dávky alkoholu 3x a více v posledních 30 dnech	11,7 %	315
Problémové užívání konopných látek (škála CAST)	6,6 %	178

Od r. 2010 lze registrovat postupný pokles míry užívání tabákových výrobků, alkoholu i konopných látek. I tak ale tato míra nadále zůstává nad evropským průměrem (Mravčík (ed.), 2020, 47). Zkušenost s dalšími nelegálními návykovými látkami mimo konopí je u školní populace uváděna v podstatně menší míře – prevalence užití jakékoli z těchto látek v posledních 30 dnech u 16letých studentů je podle studie ESPAD z r. 2019 1,7 % (Mravčík (ed.), 2020, 52). Studie HBSC z r. 2018 dále konstatuje u českých školáků časté pití energetických nápojů a intenzivní užívání sociálních sítí (ibid., 47).

Studie ESPAD sleduje od r. 2015 také hraní hazardní her ve školní populaci. Podle výsledků studie z r. 2019 hrálo v posledním roce nějakou hazardní hru celkem 10,5 % 16letých studentů, z toho 16,5 % chlapců a 4,4 % dívek. 2,9 % studentů hrálo s frekvencí 2-4krát měsíčně a častěji (z toho 4,5 % chlapců a 1,2 % dívek), 1,4 % s frekvencí 2-3krát týdně a 0,7 % s frekvencí 6-7krát týdně.

V největší míře se hraní hazardních her vyskytovalo u studentů středních odborných škol bez maturity a odborných učilišť (14,4 %) a žáků 9. tříd základních škol (10,9 %), nejméně u studentů osmiletých a šestiletých středních škol s maturitou (8,8 %). Nejčastěji uváděným typem hazardní hry byly loterie a stírací losy (10,0 % u land-based her a 7,8 % u online her),

nejméně často bylo uváděno hraní na automatech (1,2 % chlapců a 0,4 % dívek u land-based her a 1,8 % chlapců a 0,4 % dívek u online her)(Mravčík (ed.), 2020, 57-9).

Od r. 1995 jsou do studie zařazovány otázky na hraní na automatech o peníze, hraní počítačových her, od r. 2003 také na surfování na internetu. Počet 16letých, kteří uvedli hraní na automatech o peníze s frekvencí jednou týdně a častěji se mezi lety 1995 a 2015 pohyboval mezi 1,1 % a 1,9 %, v r. 2019 poklesl na 0,4 %. Frekvence hraní počítačových her jednou týdně a častěji vzrostla v r. 2007 až na 54,1 % populace 16letých, od té doby poklesla na 44,2 % zjištěných v r. 2019. Surfování na internetu jednou týdně a častěji od r. 2003 pravidelně roste, v r. 2019 jej uvedlo 97,9 % 16letých (Mravčík (ed.), 2020, 60-61).

**Tabulka 7 Prevalence v oblasti nelátkových závislostí v populaci 16letých studentů ČR podle studie ESPAD z r. 2019 a extrapolace údajů na populaci 16letých studentů Karlovarského kraje**

<b>Hraní hazardních her v posledním roce</b>	10,5 %	283
<b>Loterie, stírací losy v posledním roce</b>	10,0 %*	270
	6,7 %**	181
<b>Kurzové sázky v posledním roce</b>	2,8 %*	75
	4,3 %**	116
<b>Hraní na automatech v posledním roce</b>	0,8 %*	21
	1,1 %**	30
<b>Hraní hazardních her 2-4x měsíčně</b>	1,4 %	38
<b>Hraní hazardních her 2-3x týdně</b>	0,5 %	13
<b>Hraní hazardních her 6-7x týdně</b>	0,7 %	19
<b>Hraní počítačových her 1x týdně a častěji</b>	44,2 %	1 192
<b>Surfování na internetu 1x týdně a častěji</b>	97,9 %	2 639

\* land-based hraní, \*\* online hraní

## 2.2 Zhodnocení situace v oblasti závislostního chování klíčovými aktéry protidrogové politiky Karlovarského kraje

Základní hodnocení situace v oblasti závislostního chování v kraji mohou poskytnout klíčoví aktéři protidrogové politiky. Proto jsme se těchto aktérů ptali na závažnost dopadů jednotlivých forem závislostního chování. Klíčoví aktéři hodnotili jako závažnostní chování s nejzávažnějším dopadem pervitin a alkohol, čemuž odpovídá průměrná známka, kterou závažnosti dopadů udělili, a směrodatná odchylka průměrné známky, která ukazuje na to, že se klíčoví aktéři relativně shodují. Dále se na předních místech umístily různé formy hazardních her a online závislostní chování, které mají z hlediska klíčových aktérů také závažné dopady.

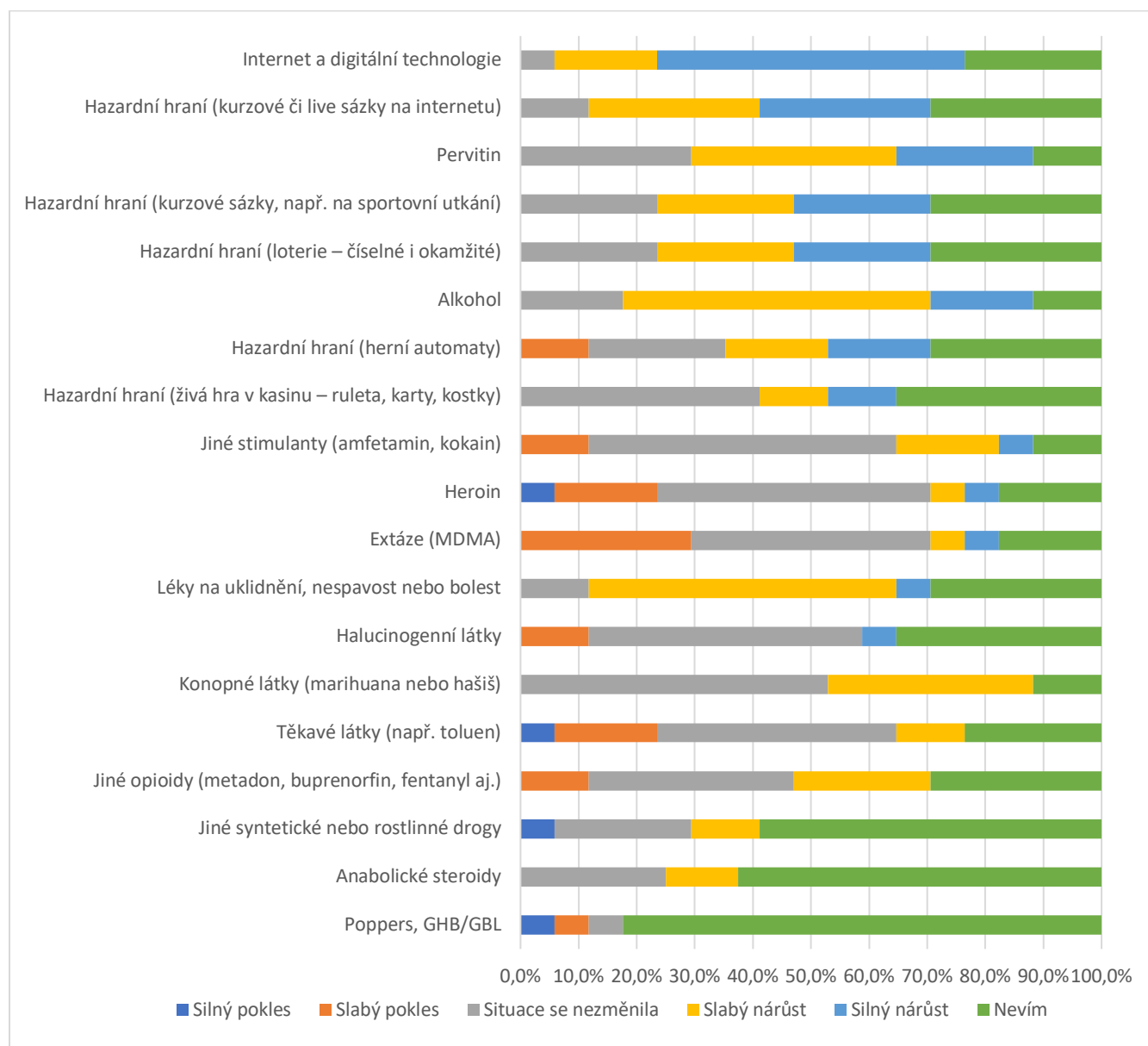
**Tabulka 8** Hodnocení dopadů závislostního chování (jako ve škole na škále 1-5), zdroj: vl. zpracování

	Průměrná známka	Směrodatná odchylka
Pervitin	4,6	0,6
Alkohol	4,4	0,8
Hazardní hraní (herní automaty)	3,9	1,2
Internet a digitální technologie	3,9	1,2
Hazardní hraní (kurzové či live sázky na internetu)	3,8	1,2
Hazardní hraní (loterie – číselné i okamžité)	3,8	1,4
Hazardní hraní (kurzové sázky, například na sportovní utkání)	3,7	1,2
Léky na uklidnění, nespavost nebo bolest	3,6	1,1
Jiné opioidy (metadon, buprenorfin, fentanyl aj.)	3,4	1,2
Hazardní hraní (živá hra v kasinu – ruleta, karty, kostky)	3,3	1,2
Jiné stimulanty (amfetamin, kokain)	3,3	1,0
Heroin	3,3	1,3
Konopné látky (marihuana nebo hašiš)	3,1	1,1
Těkavé látky (například toluen)	3,1	1,1
Jiné syntetické nebo rostlinné drogy	3,0	1,1
Halucinogenní látky	2,9	1,1
Anabolické steroidy	2,9	1,4
Poppers, GHB/GBL	2,7	1,3
Extáze (MDMA)	2,7	1,0

Abychom identifikovali rizikové oblasti, je důležité sledovat nejen aktuální stav, ale i změnu. Proto jsme klíčové aktéry nechali hodnotit změnu závažnosti dopadů závislostního chování v posledních pěti letech (viz Graf 4). Nejvyšší procento klíčových aktérů spatřuje silný nárůst u online závislostního chování, které představuje jednu z vysoce rizikových oblastí. Vysoké procento klíčových aktérů také spatřuje nárůst, i když slabý, v kategorii alkoholu a léků na uklidnění. Pokud by tyto látky byly užívány společně, což není neobvyklé, jde o rizikovou kombinaci, která může vést k závažným zdravotním dopadům. U některých kategorií je patrné vysoké procento odpovědí „nevím“, z čehož vyplývá, že klíčoví aktéři nemají zřejmě dostatek informací v těchto oblastech.



**Graf 4 Změna závažnosti dopadů vybraných druhů závislostního chování v posledních pěti letech, položky jsou seřazené podle kategorie silný nárůst (zdroj: vlastní zpracování)**



Klíčoví aktéři také hodnotili riziko ohrožení vybraných skupin (viz Tabulka 9). Většina skupin mimo cizinců, osob s vysokými výdělky a seniorů byla považována za relativně rizikové. Na předních třech pozicích nejvíce ohrožených skupin se umístili LDR a rizikovní uživatelé alkoholu. Za relativně více rizikové skupiny klíčoví aktéři považují i osoby v sexbyznysu a problémové hráče. Tyto skupiny získaly relativně špatnou známku a zároveň na nich panovala vyšší míra shody mezi klíčovými aktéry, tzn. je patrná nižší směrodatná odchylka. Těmto skupinám by měla tedy být věnována vyšší míra pozornosti.

**Tabulka 9 Hodnocení rizika ohrožení jednotlivých skupin závislostním chováním, hodnoceno jako ve škole na škále od 1 do 5 (zdroj: vlastní zpracování)**

	Průměrná známka	Směrodatná odchylka
LDR – otevřená scéna	4,8	0,7
LDR – uzavřená scéna	4,7	0,6
Rizikovní uživatelé alkoholu	4,6	0,6
Problémoví hráči	4,5	0,5
Osoby v sexbyznysu	4,5	0,7
Uživatelé drog v prostředí noční zábavy	4,4	0,7
Osoby bez přístřeší	4,4	1,1
Problémoví uživatelé konopných látek	4,1	1,0
Obyvatelé vyloučených lokalit	3,9	0,9
Osoby s duálními diagnózami	3,9	0,9
Děti a mládež	3,8	1,1
Námezdní pracovní síla (například agenturní pracovníci)	3,3	1,1
Cizinci	2,8	0,9
Osoby s vysokými výdělky	2,7	0,8
Senioři	1,9	1,1

## 2.3 Závislostní chování mezi dětmi a mládeží

Situace mezi dětmi a mládeží zjištěná v rámci jednotlivých šetření na území Karlovarského kraje kopíruje trendy sledované na úrovni České republiky, které jsme extrapolovali na situaci v Karlovarském kraji v kapitole Extrapolace celorepublikových údajů ve školní populaci. Děti a mládež také byly hodnoceny jako jedna z rizikových skupin klíčovými aktéry v rámci online dotazníkového šetření. Tato skupina byla hodnocena jako méně ohrožená než LDR a další skupiny, nicméně i tak byla dětem a mládeži udělena poměrně vysoká průměrná známka (3,8).

Na základních a středních školách je také průběžně sledován výskyt závislostního chování u žáků a studentů společně s údaji o řešení případů tohoto výskytu na školách a realizaci školské primární prevence. Množství těchto dat systematicky monitoruje od školního roku 2014/2015 Systém evidence preventivních aktivit (SEPA), spravovaný Klinikou adiktologie a Národním ústavem pro vzdělávání, do kterého však významná část základních a středních škol v ČR stále není zapojena (Vacek, Gabrhelík, 2021). Ve školním roce 2019/2020 vyplnilo výkaz SEPA 51 z celkového počtu 138 základních a středních škol v Karlovarském kraji, tj. 37 % škol, z toho 44 škol mělo v tomto roce výkaz uzavřený (kompletně zpracovaný).

Můžeme tedy konstatovat, že míra vyplňování těchto výkazů není příliš vysoká, a proto jsme mezi školami provedli doplňující online dotazníkové šetření. V rámci tohoto šetření více než 70 % zástupců škol (středních i základních) zmiňovalo nadměrné užívání digitálních technologií. Dále bylo zmiňováno relativně často kouření cigaret, občasná konzumace alkoholu a nadužívání energetických nápojů (viz Tabulka 10). Pro většinu jevů platí, že byly zmiňovány více zástupci středních škol.

Jako jedno z rizik pro děti a mládež někteří respondenti v rámci kvalitativního šetření zmiňovali dostupnost Kratomu (blíže viz kapitola Dostupnost a cena, distribuce a výroba návykových látek). Nezmiňovali sice, že by se setkali s konkrétním uživatelem Kratomu, avšak nedostatek informací o jeho případné rizikovosti považují za problematický. **Z hlediska krajské protidrogové politiky je možné podporovat šíření informací o rizikovosti Kratomu (například zařazení do programů primární prevence).** V tomto ohledu je ještě třeba zmínit, že by bylo vhodné zmapovat (například pomocí šetření na školách), zda je Kratom vůbec užíván, a zda by informace o jeho rizikovosti nevedly k zvýšenému zájmu o tuto látku.

**Tabulka 10 Počet škol, na kterých se setkali s případy závislostního chování (zdroj: vlastní zpracování)**

	ZŠ		SŠ	
	N	%	N	%
Kouření cigaret	26	51	16	84
Kouření elektronických cigaret nebo zahřívaných tabákových výrobků	5	10	10	53
Občasná konzumace alkoholu	24	47	17	89
Častá a/nebo nadměrná konzumace alkoholu	3	6	3	16
Užívání konopných drog	4	8	10	53
Časté a/nebo nadměrné užívání konopných drog	2	4	0	0
Užívání pervitinu a/nebo dalších stimulantů	0	0	0	0
Užívání jiných nelegálních drog	0	0	0	0
Užívání těkavých látek	0	0	0	0
Zneužívání léků na předpis	0	0	2	11
Nadužívání energetických nápojů	25	49	12	63
Hraní na automatech	0	0	2	11
Kurzové sázení nebo sázení na internetu	3	6	3	16
Nadměrné užívání digitálních technologií (mobily, tablety, internet)	37	73	17	89

Jednou z červených nití, která procházela všemi rozhovory o situaci mezi dětmi a mládeží, byl rozvoj rizikového chování v online prostoru. Respondenti zdůrazňovali zejména vliv období, kdy byla využívána opatření mířící proti šíření onemocnění COVID-19. V tomto období mělo dojít k rozvoji rizikového chování. Metodici prevence pedagogicko-psychologických poraden zmiňovali, že se k nim již prostřednictvím škol nedostávají případy děti s látkovými závislostmi, ale zejména případy rizikového chování v online prostoru. Oproti tomu zástupci městské policie zmiňovali, že se setkávají s případy nezletilých uživatelů návykových látek, v některých případech se jedná i o injekční užívání návykových látek. To potvrzují i někteří další respondenti z adiktologických a sociálních služeb, kteří popisují případy vícegeneračního

užívání návykových látek (užívají například rodiče a děti). Shoda mezi respondenty panovala v tom, že se ve srovnání s předchozím obdobím případy nelegálních užívání návykových látek vyskytují v menší míře.

Charakteristiky závislostního chování a jeho rozvoje mezi dětmi a mládeží byly popisovány blíže v kvalitativních rozhovorech, přičemž platí, že respondenti se vztahovali zejména k vlivu opatření namířených proti COVID-19. Zásadní vliv měla podle respondentů distanční výuka, v některých případech i dobrovolná izolace před okolím a nedostatek předtím dostupné náplně volného času. Jeden z respondentů například zmiňoval, že někteří rodiče po určitou dobu svým dětem zakázali styk s dalšími dětmi. Vliv měl mít zejména nedostatek společenských kontaktů a případně výplně volného času. Mezi dětmi a mládeží docházelo podle našich respondentů ke zvýšení prevalence rizikového chování v online prostoru nebo k vyššímu užívání alkoholu, tabáku a vytváření „part“ (zmiňován byl kupříkladu Cheb nebo Mariánské Lázně).

Podle vyjádření některých respondentů byly ohroženy zejména děti, jejichž rodiče se nevěnují náplni jejich volného času, přičemž byly v tomto ohledu popsány dva typy rizikových rodin. První skupinu tvoří velmi zaměstnaní rodiče, kteří nemají dostatek času. Jedním z možných důvodů je, jak vyplynulo z rozhovorů, že někteří rodiče musí mít více zaměstnání, aby zvládli finančně zabezpečit rodinu, ať z důvodu nízkých výdělků či z nutnosti splácet dluhy nebo exekuce. Druhou skupinu tvoří rodiče, kteří nemají dostatek kompetencí nebo financí k tomu, aby zabezpečili dětem volnočasové aktivity. Respondenti v tomto ohledu zdůrazňovali důležitost dostupnosti volnočasových aktivit, která může být v Karlovarském kraji nízká.

Dostupnost volnočasových aktivit se zhoršila v průběhu aplikace opatření namířených proti nemoci COVID-19. Děti a mládež tyto aktivity podle našich respondentů nahrazovali aktivitou v online prostoru, například hraním her či na sociálních sítích. Jeden z respondentů zmiňoval, že mezi dětmi a mládeží se objevil jev, kdy se scházeli a užívali alkohol každý doma sám, zatímco byli propojeni online. Při uvolnění opatření se někteří začali scházet venku a užívat alkohol. V budoucím výhledu je podle respondentů problematické, že děti do jisté míry ztratily návyky trávení volného času a že některé z nich se nechtějí vracet k dříve vykonávaným aktivitám.

Celá řada respondentů zmiňovala, že některé děti trávily čas místo distanční výuky jiným způsobem na internetu. Na situaci má také vliv sociální struktury obyvatelstva v kraji, kdy

podle respondentů dochází k dalšímu „rozevírání nůžek“ mezi skupinami ve společnosti s dopadem především na děti. K „rozevírání nůžek“ přispěla situace spojená s opatřeními namířenými proti COVID-19. V období distanční výuky byly výraznému riziku podle vyjádření respondentů vystaveny zejména děti z rodin s nižším sociálně ekonomickým statutem, které nedisponovaly dostatkem elektronických přístrojů a místností. Jeden z respondentů popisoval vliv na děti v azylových domech, kde žijí na malém prostoru a ve stísněných podmínkách. Dětem pak chyběl prostor, kde se by bez vyrušování mohly věnovat distanční výuce.

S online rizikovým chováním se také pojí problém pití energetických nápojů, které některé děti pijí, aby vydržely být déle vzhůru a online. Popsán byl případ, kdy škola měla podezření, že děti užívají konopí, protože byly „apatické a měly červené oči“. Nakonec se ukázalo, že děti byly unavené z nočního hraní her, pravděpodobně podpořeného pitím energetických nápojů.

## 2.4 Situace v oblasti alkoholu a tabáku

V této části textu se zaměříme především na dospělou populaci, protože informace o dětech a mládeži poskytuje kapitola Závislostní chování mezi dětmi a mládeží. Základní a důležité informace o situaci v Karlovarském kraji poskytují provedená výběrová šetření a další výzkumy. Kážmer et al. (2020) publikovali výsledky analýz zaměřených na prostorovou analýzu úmrtnosti spojené s užíváním alkoholu a tabáku, a to na vybrané příčiny úmrtí, které jsou zcela nebo převážně přiřaditelné tabáku a alkoholu. Tato analýza zjistila výrazné geografické a dlouhodobé rozdíly v úmrtnosti, přičemž platí rozdělení podle osy jihovýchod-severozápad (pomyslná linie vedená: Zlínem, Prahou a Ústím nad Labem). Intenzita úmrtí spojených s kouřením je nejvyšší v Karlovarském a Ústeckém kraji, zatímco úmrtnost spojená s alkoholem je nejvyšší v oblastech Moravy. Tato analýza ukazuje zejména na dlouhodobé trendy, protože využívá historických dat. Nicméně i tak můžeme sledovat specifický trend pro Karlovarský kraj, a to vyšší míru úmrtnosti žen spojenou s alkoholem.

Tento trend byl identifikován i na základě kvalitativních rozhovorů, ve kterých respondenti zmiňovali, že se setkávají s ženami rizikově užívajícími alkohol. Jeden z respondentů tuto skupinu specifikoval takto:

*„Jedná se především o ženy osamělé.“* (Poskytovatelé adiktologických služeb, Rozhovor 1)

Pro ženy jsou zpravidla riziková, co se týče užívání alkoholu, zejména období rozpadu partnerských vztahů, odchodu dětí z domova či úmrtí partnera. Někteří respondenti zmiňovali v souvislosti s rizikovým užíváním alkoholu právě vysokou míru rozvodovosti a nestability partnerských vztahů v Karlovarském kraji. Trend žen rizikově užívajících alkohol byl respondenty spojován s opatřeními namířenými proti šíření onemocnění COVID-19, kdy se ženy mohly slovy jednoho respondenta „rozpít“ v důsledku vyšší míry samoty a s uvolněním pracovního režimu (například home-office). Nicméně jak ukázala výše uvedená analýza Kážmera et al. (2020), jde o dlouhodobý trend, který se v této době pravděpodobně posílil a projevil. Dalším rizikovým jevem, který zmiňoval jeden z respondentů, je kombinace alkoholu a léků mezi ženami.

Relativně aktuální informace o užívání alkoholu na krajské úrovni jsou také dostupná z výběrových šetření. Nicméně vzhledem k velikosti výběrového vzorku je třeba interpretovat jejich výsledky s opatrností (viz Tabulka 11). Karlovarský kraj patří mezi regiony, ve kterých

bylo relativně často uváděno pravidelné denní pití (tj. denní nebo téměř denní) a pití nadměrných dávek (tj. 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti s frekvencí jednou týdně nebo častěji v posledních 30 dnech). Můžeme tedy usuzovat, že ačkoli obyvatelé Karlovarského kraje ve srovnání s ostatními kraji nepatřili k „premiantům“ v pití alkoholu (srov. Kázmér et al., 2020), nyní se dostávají více do popředí.

**Tabulka 11: Vybrané indikátory konzumace alkoholu v posledních 30 dnech podle krajů – Národní výzkum 2020 (zdroj dat: NMS)**

Kraj	n	Konzumace alkoholu v posledních 30 dnech		Denní (nebo téměř denní) pití alkoholu		Pití nadměrných dávek alkoholu 1x týdně nebo častěji	
		Podíl (%)	95% CI	Podíl (%)	95% CI	Podíl (%)	95% CI
Praha	439	66,3	61,8-70,7	10	6,9-12,7	7,7	5,2-10,2
Středočeský	449	67,9	63,7-72,4	11,4	8,4-14,3	11,1	8,2-14,0
Jihočeský	214	69,6	63,5-75,9	16,8	10,7-21,2	13,1	8,5-17,6
Plzeňský	196	77,6	71,7-83,5	5,1	2,0-8,2	17,9	12,5-23,3
Karlovarský	99	71,4	61,9-80,8	13,3	6,7-20,5	13,3	6,7-20,5
Ústecký	272	63,6	57,7-69,2	10,7	6,8-14,2	21,4	16,6-26,4
Liberecký	146	82,9	76,6-88,9	2,1	0,0-3,9	3,4	0,3-6,1
Královéhradecký	184	65,8	58,8-72,7	12,5	6,9-16,8	10,9	6,4-15,5
Pardubický	173	69	62,0-75,9	6,9	0,0-8,4	6,4	2,7-9,9
Vysočina	170	66,5	59,5-73,9	7,7	1,8-10,8	5,9	2,3-9,4
Jihomoravský	394	79	75,0-83,1	12,7	9,3-15,9	12,9	9,6-16,3
Olomoucký	210	68,1	61,8-74,5	11,4	6,9-15,5	10,9	6,5-14,9
Zlínský	195	76,4	70,2-82,3	7,7	1,0-10,0	7,7	3,9-11,5
Moravskoslezský	401	56,4	51,4-61,2	7,5	4,0-9,4	13,2	9,9-16,5

Tento výsledek potvrzují i rozhovory s pracovníky adiktologických a dalších služeb, kteří sice zmiňují dlouhodobý trend rizikového užívání alkoholu, a to zejména mezi osobami bez přístřeší, ale i nárůst rizikového užívání alkoholu mezi ostatní populací a lidmi s dobrým socio-ekonomickým statusem, který se projevil zejména v období spojeném s opatřeními



namířenými proti COVID-19. Jednu rizikovou skupinu, kterou tvoří uživatelé ve věku mezi 20 a 30 lety, popsal respondent takto:

*„Setkáváme se i s uživateli z lepších rodin, bydlí třeba ještě u rodičů, akorát teď se ten jejich problém projevil.“* (Poskytovatelé adiktologických služeb, Fokusní skupina 1)

Rizikové užívání alkoholu osobami bez přístřeší je považováno některými respondenty za problém zejména veřejného pohoršování. Někteří občané se totiž neradi setkávají s osobami bez přístřeší. Další respondenti, mezi které patří strážníci městských policí v kraji, se podle jejich vyjádření potýkají s rizikovým užíváním alkoholu u osob bez přístřeší takřka denně a problém považují v současné době za těžce řešitelný.

V oblasti užívání tabáku také byly patrné rozdíly mezi kraji. Karlovarský kraj patřil mezi ty s nejvyšší mírou denního nebo téměř denního kouření (viz Tabulka 12). Podíl respondentů, kteří reportovali užívání e-cigaret a zahřívaných tabákových výrobků, byl již menší.

**Tabulka 12 Denní kouření a užívání e-cigaret a zahříváných tabákových výrobků v posledních 30 dnech podle krajů – Národní výzkum 2020 (zdroj dat: NMS)**

Kraj	n	Denní (nebo téměř denní) kouření		E-cigarety v posledních 30 dnech		Zahřívané tabákové výrobky v posledních 30 dnech	
		Podíl (%)	95% CI	Podíl (%)	95% CI	Podíl (%)	95% CI
Praha	439	22,3	18,4–26,2	3,9	2,0–5,6	3,4	1,7–5,1
Středočeský	449	22,9	19,0–26,8	2,7	1,2–4,1	1,8	0,6–3,0
Jihočeský	214	24,4	18,7–30,3	10,7	6,5–14,8	2,8	0,5–4,9
Plzeňský	196	29,9	23,5–36,4	3	0,5–5,2	0,5	0,0–1,4
Karlovarský	99	32,3	22,9–41,7	6,1	1,0–10,2	1	0,0–2,7
Ústecký	272	27,9	22,5–33,2	7	3,9–10,0	3	1,0–5,1
Liberecký	146	26	19,0–33,4	5,4	1,6–8,9	1,4	0,0–3,5
Královéhradecký	184	31,5	24,8–38,2	6,5	2,8–9,9	2,2	0,2–4,7
Pardubický	173	25,3	18,6–31,7	2,3	0,0–4,6	1,7	0,0–3,9
Vysočina	170	19,4	13,2–25,2	4,1	1,0–6,9	1,8	0,0–3,7
Jihomoravský	394	20,6	16,6–24,6	6,9	4,4–9,4	3,8	2,0–5,8
Olomoucký	210	19,5	18,1–24,9	4,8	1,8–7,5	3,3	1,0–6,0
Zlínský	195	16,4	11,1–21,6	2,1	0,2–4,4	1	0,4–2,7
Moravskoslezský	401	25,2	21,0–29,6	3,2	1,6–5,1	1,2	0,2–2,4

## 2.5 Situace v oblasti nelátkových závislostí

V této části textu se zaměřujeme především na dospělou populaci, protože informace o dětech a mládeži poskytuje kapitola Závislostní chování mezi dětmi a mládeží. S nelátkovými závislostmi se setkáváme v online prostoru, tj. na internetu, a mimo online prostor (land-based hry). Pracovníci adiktologických služeb zdůrazňovali výrazný pokles prevalence rizikového hraní mimo online prostor a vysokou prevalenci a rizikovost hraní online sázek a hazardních her. Jedná se podle nich o dlouhodobější trend, který byl posílen opatřeními namířenými proti šíření COVID-19, protože v době snížení mobility byly online sázky pro respondenty méně dostupné. Úbytek prevalence rizikového hraní mimo online prostor ilustruje jeden respondent:

*„Ve službě mám nyní jednoho klasického gamblera.“* (Pracovník adiktologické služby, Rozhovor 1)

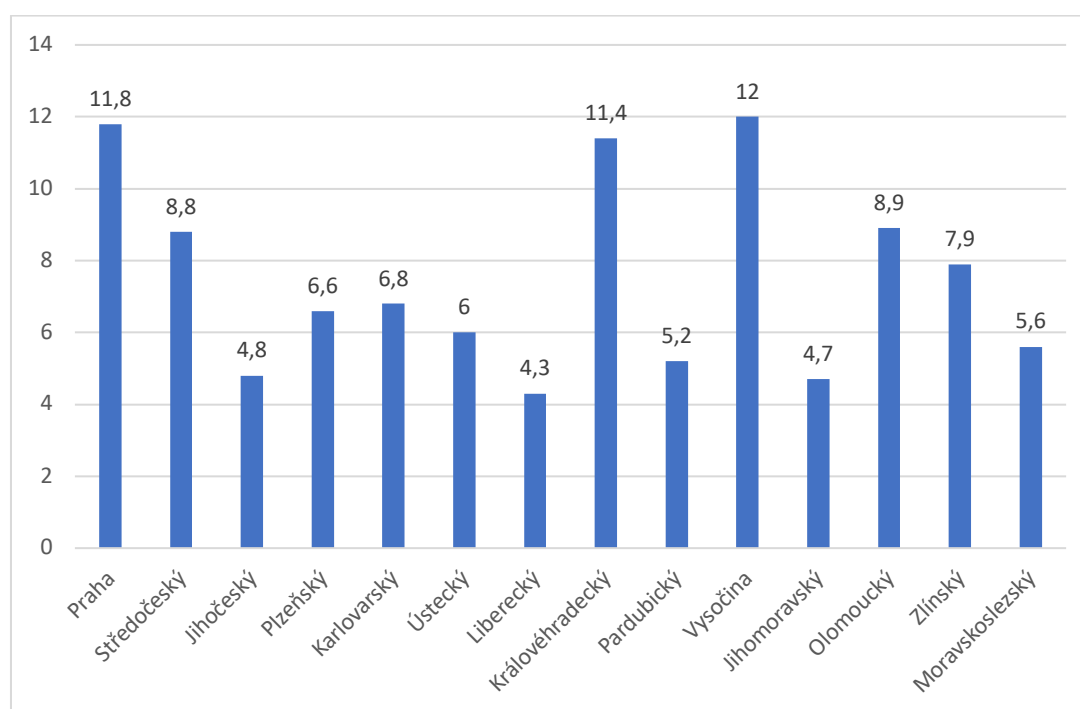
Nicméně v Karlovarském kraji je v republikovém kontextu stále patrný vysoký počet technických i živých her (viz Tabulka 13). Z výroční zprávy NMS (Mravčík et al. 2021) vyplývá, že Karlovarský kraj má nejvyšší relativní počet technických her (6,8 hry na 1 000 obyvatel) a že výrazně nejvíce heren a kasin na počet obyvatel je v Karlovarském kraji (25 na 100 000 obyv. (Mravčík et al. 2021). Dále tato zpráva ukazuje na snížení počtu živých a technických her ve všech krajích, přičemž nejmenší pokles byl v Karlovarském kraji a v Praze (oba o 8 %).

S rizikovými hráči, kteří by hráli mimo online prostor, se sice pracovníci ve službách zpravidla nesetkávají, nicméně nemusí to znamenat, že situace v této oblasti je vyřešena. Tito hráči neměli v období opatření spojených s COVID-19 patrně přístup k těmto hrám, a tak mohli přejít k online hraní. Není ovšem vyloučeno, že v případě lepší dostupnosti hazardních her mimo online prostor se hráči nevrátí zpátky do heren či kasin. Klíčoví aktéři hodnotili hraní v off-line prostoru jako mající závažné dopady v kraji, což napovídá tomu, že situaci v této oblasti je i nadále riziková. Co se týče zaznamenaného počtu hráčů v psychiatrické péči, můžeme sledovat na celorepublikové úrovni pokles (Mravčík et al. 2021). Z hlediska krajského pohledu Karlovarský kraj patří do střední kategorie krajů (viz Graf 5). V tomto ohledu můžeme zmínit, že obecní vyhlášky v oblasti hazardu jsou hodnoceny jako účinné (blíže viz kapitola Environmentální prevence).

**Tabulka 13 Počet provozoven s živými a/nebo technickými hrami podle krajů v I. 2016 až 2020 (převzato z Mravčík et al., 2021)**

Kraj	2016	2017	2018	2019	2020	Změna 2019 2020 (%)	Provozoven na 100 t obyvatel
Praha	242	150	120	102	93	-8,8	7
Středočeský	436	351	202	146	129	-11,6	9,2
Jihočeský	180	154	78	63	55	-12,7	8,5
Plzeňský	231	192	128	102	90	-11,8	15,2
Karlovarský	207	168	113	80	73	-8,8	24,9
Ústecký	384	308	175	153	133	-13,1	16,3
Liberecký	213	172	78	63	52	-17,5	11,8
Královéhradecký	232	190	112	63	56	-11,1	10,2
Pardubický	184	145	75	47	39	-17	7,5
Vysočina	109	86	38	24	19	-20,8	3,7
Jihomoravský	469	356	149	99	84	-15,2	7
Olomoucký	275	212	113	79	65	-17,7	10,3
Zlínský	338	254	78	56	49	-12,5	8,4
Moravskoslezský	561	421	177	85	70	-17,6	5,9

**Graf 5 Počet ambulancí vykazujících léčbu pacientů s dg. F63.0 ambulantně léčených pacientů s dg. F63.0 na 100 tis. obyvatel v r. 2019 podle kraje sídla zdravotnického zařízení (převzato Mravčík et al., 2021)**

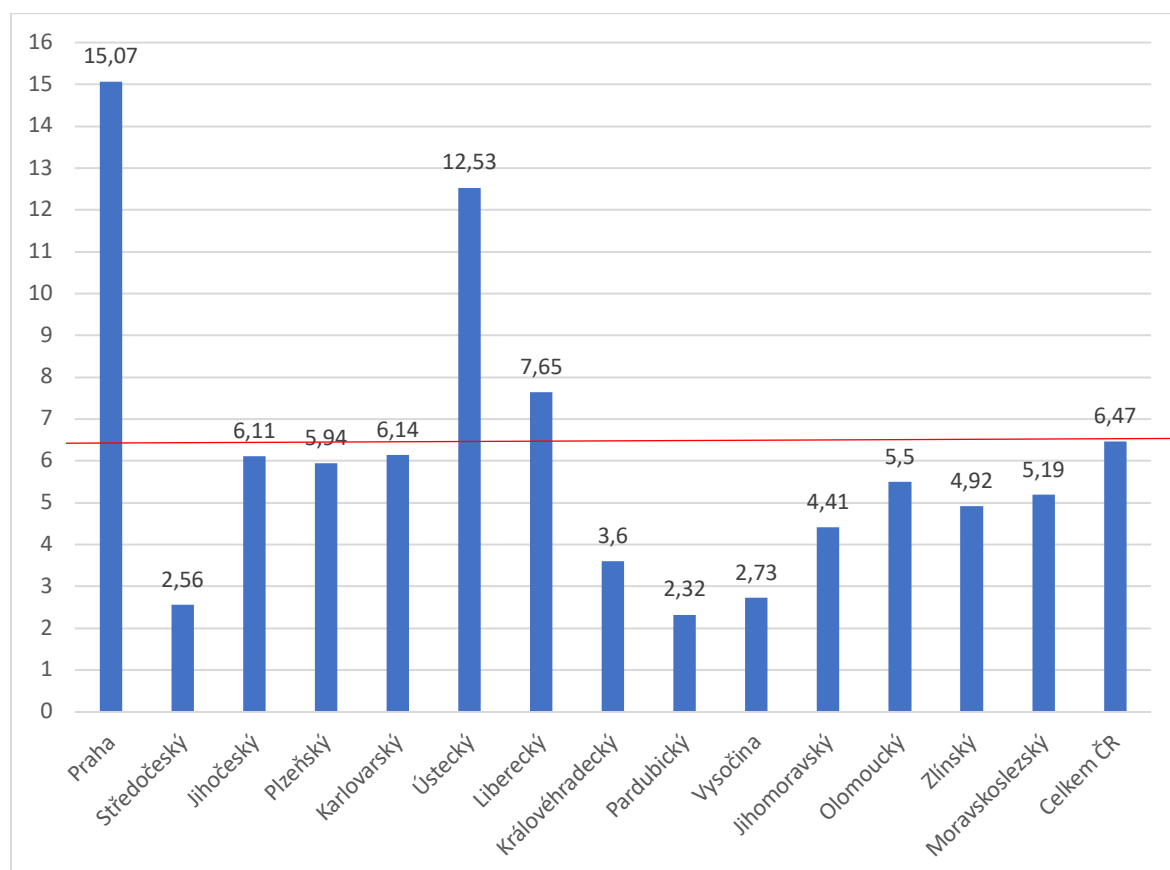


## 2.6 Lidé užívající drogy rizikově

### 2.6.1 Odhady velikosti populace lidí užívajících drogy rizikově

V rámci celorepublikového srovnání patří Karlovarský kraj v přepočtu na 1 000 osob ve věku 15 až 64 let mezi ty s vyšším odhadovaným počtem lidí užívajících drogy rizikově (viz Graf 6). Z hlediska odhadovaného počtu lidí užívajících drogy rizikově (LDR) je Karlovarský kraj na pomyslném čtvrtém místě (Graf 6 a Tabulka 14). Nad odhadem (průměrem) pro celou Českou republiku, který je vyznačený červenou čarou, se pohybují tři kraje: Hlavní město Praha, Ústecký a Liberecký kraj. Okolo této čáry se pohybují kraj Jihočeský, Plzeňský a Karlovarský. Můžeme tedy říci, že co se týče LDR, má Karlovarský kraj podobné hodnoty jako kraj Plzeňský, Jihočeský a Liberecký, které tvoří skupinu s vyšším počtem LDR za Prahou a Ústeckým krajem.

**Graf 6 Odhadovaný počet lidí užívajících drogy rizikově (LDR) v ČR v r. 2020 podle krajů – střední hodnota na 1 000 osob ve věku 15 až 64 let (zdroj dat: NMS)**



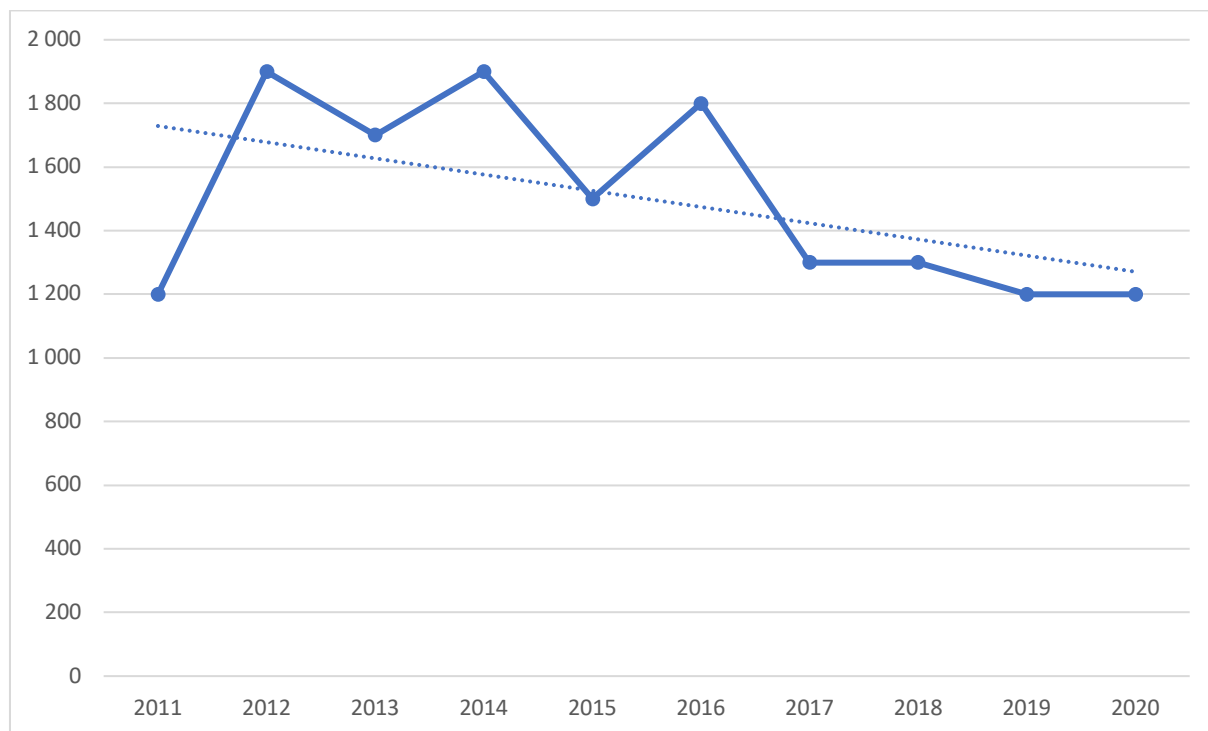
Tabulka 14 ukazuje podrobněji odhad LDR. Z tabulky je patrné, že v Karlovarském kraji tvoří většinu těchto lidí injekční uživatelé pervitinu. Odhad uživatelů opioidů je nízký.

**Tabulka 14 Odhadovaný počet lidí užívajících drogy rizikově (LDR) v ČR v r. 2020 podle krajů – střední hodnota na 1 000 osob ve věku 15 až 64 let (zdroj dat: NMS)**

	Celkem LDR		Uživatelé opioidů	Uživatelé pervitinu	LDI
	Počet	Na 1 000 osob 15 až 64 let			
Praha	13 000	15,07	7 500	5 500	13 000
Středočeský	2 300	2,56	400	1 800	2 100
Jihočeský	2 500	6,11	500	2 000	2 300
Plzeňský	2 200	5,94	400	1 900	2 700
Karlovarský	1 200	6,14	< 50	1 100	1 100
Ústecký	6 600	12,53	900	5 600	6 600
Liberecký	2 100	7,65	< 50	2 100	1 900
Královéhradecký	1 200	3,6	200	1 100	1 200
Pardubický	800	2,32	100	700	700
Vysočina	900	2,73	100	800	900
Jihomoravský	3 400	4,41	600	2 800	3 000
Olomoucký	2 200	5,5	100	2 100	1 600
Zlínský	1 800	4,92	100	1 800	1 700
Moravskoslezský	4 000	5,19	300	3 700	3600

Graf 7 ukazuje dlouhodobý vývoj odhadu střední hodnoty počtu LDR. Zde je po úvodním nestabilním období mezi roky 2011 a 2016 patrná stabilizace od roku 2017. Čerchovaná čára ukazuje spojnicí trendu vytvořenou softwarem Microsoft Excel s mírným sestupným trendem. Můžeme tedy říct, že podle uvedených dat došlo k mírnému poklesu odhadovaného počtu LDR. Nicméně je třeba dodat, že „meziroční změny v krajích je však potřeba hodnotit opatrně, neboť odhady jsou ovlivněny malou velikostí souboru pro odhad multiplikátoru v jednotlivých krajích a změnami na straně hlásících programů, které mohou ovlivňovat počet evidovaných klientů“ (Mravčík et al. 2020).

**Graf 7 Odhadovaný vývoj střední hodnoty počtu lidí užívajících drogy rizikově (LDR) v Karlovarském kraji (zdroj dat: NMS)**



Tabulka 15 a Tabulka 16 ukazují dva odhady počtu problémových uživatelů v jednotlivých ORP Karlovarského kraje, přičemž oba vycházejí z odhadů vypracovaných NMS na základě multiplikátoru, který je odhadem počtu LDR bez kontaktu se službami. V prvním případě využíváme výsledky odhadů NMS na základě multiplikátoru (viz dále) a v druhém případě tento odhad vytváříme sami na základě multiplikátoru.

Tabulka 15 ukazuje první odhad, kdy byl počet tisíců obyvatel v ORP získaný ze Statistického úřadu České republiky vynásoben odhadem počtu LDR na 1 000 obyvatel v Karlovarském kraji, který vypracovalo NMS. Nutno dodat, že tento odhad předpokládá stejný poměr LDR ve všech ORP Karlovarského kraje, což je do jisté míry nerealistický předpoklad. Nicméně tento odhad dává alespoň základní představu o možném výskytu uživatelů v jednotlivých ORP.

**Tabulka 15 Odhady počtu problémových uživatelů drog v jednotlivých ORP Karlovarského kraje na základě přepočtu počtu obyvatel a odhadu počtu LDR na 1 000 obyvatel v kraji (Zdroj dat: ČSÚ a NMS)**

Obec s rozšířenou působností	Počet obyvatel 15 až 64 let (k roku 2019)	Odhad LDR: 6,43/1 000 obyvatel 15 až 64 (k roku 2019)
Aš	11 518	74
Cheb	32 306	208
Mariánské Lázně	15 089	97
Karlovy Vary	55 385	356
Ostrov	18 080	116
Sokolov	48 993	315
Kraslice	8 365	54
Celkem	189 736	1 220

Počet LDR můžeme odhadnout pomocí multiplikační metody za využití multiplikátoru, který je odhadem počtu LDR bez kontaktu se službami. Při odhadu postupujeme následujícím způsobem. Z počtu LDR v kontaktu, který v Karlovarském kraji představoval 69 %, vypočítáme původní základ (100 %). Výpočty odvozené z odhadu LDR pro jednotlivé ORP Karlovarského kraje v roce 2019 jsou uvedeny v tabulce 16. Odhady ukazují shodně na počet LDR kolem 1100 až 1200. Na závěr můžeme zmínit, že je možné, že klienti využijí více služeb, a tedy budou zaznamenáni jako klienti ve více službách, takže může v tomto ohledu dojít k „umělému“ navýšení počtu LDR.



**Tabulka 16 Odhady počtu problémových uživatelů drog v jednotlivých ORP Karlovarského kraje na základě dat z K-center a terénních programů a multiplikátorů (Zdroj: Závěrečné zprávy organizací Kotec, o.p.s. a Světlo Kadaň z.s. zasílané RVKPP a NMS)**

ORP	Služba	Rok	Zaznamenané počty uživatelů ve službách			Multiplikace		
			Základní droga pervitin	Základní droga opioidy	Injekční užívání	Základní droga pervitin	Základní droga opioidy	Injekční užívání
Karlovy Vary a Ostrov	K-centrum Karlovy Vary	2019	149	8	153	216	12	222
		2020	100	2	102	145	3	148
Karlovy Vary	Terénní program Karlovy Vary	2019	128	6	132	186	9	191
		2020	84	6	88	122	9	128
Aš, Mariánské Lázně,	K-centrum Cheb	2019	121	4	83	175	6	120
		2020	96	3	87	139	4	126
Sokolov, Kraslice	K-centrum Sokolov	2019	117	0	116	170	0	168
		2020	119	0	119	172	0	172
Kraslice	Terénní programy Chebsko a Sokolovsko	2019	300	1	286	435	1	414
		2020	346	2	332	501	3	481
Celkem		2019	815	19	770	1 181	28	1 116
		2020	745	13	728	1 080	19	1 055

Předchozí zpráva (Radimecký et al., 2017) uvádí na základě přepočtu klientů nízkoprahových center poměrně vyšší údaj než NMS. To je vzhledem k tomu, že by měla vyjít ze stejných údajů, překvapivé. Otázkou je, jaká data Radimecký et al. (2017) při svém odhadu použili, a zda se nejednalo o celkový počet klientů, který zahrnoval například i uživatele alkoholu. NMS by mělo ve svých odhadech zahrnovat pouze LDR.

Na závěr nutno zdůraznit, že všechny výše uvedené odhady jsou opravdu pouze odhady se všemi svými limity. Nicméně poskytují nám relativně dobrý obrázek o velikosti a trendech populace LDR. Při interpretaci různých indikátorů problémového užívání návykových látek je také vhodné je interpretovat v jejich vzájemné souvislosti. Odhady LDR ukazují na relativně

stabilní počet problémových uživatelů v posledních letech. Podobnou situaci ukazují i indikátory zdravotních dopadů (viz níže, i když je patrný mírný nárůst intoxikací a předávkování) a drogové kriminality. Nespatřujeme tedy žádnou zásadní diskrepanci v hodnotách odhadů a v dalších indikátorech, čímž potvrzují svou správnost.

## **2.7 Zdravotní a další dopady užívání nelegálních návykových látek**

Rizikové užívání nelegálních návykových látek (zejména injekční užívání) s sebou přináší dopady, a to takřka ve všech oblastech lidského života. Co se týče socioekonomických aspektů, respondenti zmiňují u uživatelů nelegálních návykových látek zejména problémy v oblasti financí, zaměstnanosti a bydlení. Tyto problémy jsou spojovány hlavně s LDR, kteří mají zpravidla nízký socioekonomický status a kteří jsou často osobami bez přístřeší. Podle respondentů bydlí obvykle ve squatech, ubytovnách, chatkách a různých nouzových přístřeších. Nicméně pervitin nitrožilně užívají podle respondentů z řad pracovníků služeb a uživatelů i lidé s lepším socioekonomickým statusem, pro které ostatní uživatelé vyměňují injekční stříkačky. Pracovníci v adiktologických službách k tomu dodávali, že se finanční problémy a nezaměstnanost projevíly během období spojeného s opatřeními namířenými proti COVID-19 i u uživatelů s vyšším socioekonomickým statusem. Mezi další dopady užívání nelegálních návykových látek patří kriminalita, která je pojednána v kapitole Drogová kriminalita a dostupnost návykových látek.

Zejména rizikové užívání nelegálních návykových látek, a to především to injekční, může mít vážné zdravotní dopady. Zdravotní dopady jsou sledovány skrze data sbíraná napříč různými institucemi, což umožňuje monitorovat jejich výskyt. Nefatální intoxikace (předávkování nevedoucí k úmrtí) a fatální intoxikace (předávkování vedoucí k úmrtí) a infekční nemoci (virus HIV či virové hepatitidy) patří mezi ty nejzávažnější dopady, které jsou monitorovány. Další druhy zdravotních obtíží, jako je zvýšená nemocnost a různé druhy somatických poškození, nejsou systematicky sledovány v rámci drogového monitorovacího systému. Mezi zdravotní dopady užívání návykových látek patří i závislost, která se může rozvinout na základě užívání návykových látek.

Míra výskytu těchto zdravotních dopadů je indikátorem rizikovosti a prevalence užívání návykových látek. Vliv na zdravotní dopady užívání návykových látek má celá řada faktorů působících v prostředí, ve kterém uživatelé užívají návykové látky, od kvality návykové látky

přes léčebné a sociální intervence až po strategie vynucování práva. Mezi důležité faktory patří i uzavřenost drogových scén, která může zvyšovat míru rizikového chování a snižuje dostupnost uživatelů pro pracovníky služeb. V Karlovarském kraji můžeme bohužel sledovat trend uzavírání drogových scén.

### 2.7.1 Formy užívání nelegálních návykových látek a s tím spojená zdravotní rizika

Zdravotní rizika jsou mimo dalších faktorů způsobována druhem a formou užívaných nelegálních návykových látek. Nejrozšířenější formou je v Karlovarském kraji nitrožilní užívání pervitinu. Rizikové je také užívání fentanylu, protože může relativně snadno dojít k předávkování. Podle jednoho respondenta uživatelé nevědí, kolik fentanylu náplasti obsahují, a tak může dojít k užití příliš vysoké dávky. Osoby bez přístřeší rizikově užívající alkohol jsou také v riziku různých zdravotních dopadů užívání alkoholu, zejména na orgánovou soustavu, a různých zranění v důsledku intoxikace. Dále je mezi osobami bez přístřeší v kraji zmiňován výskyt infekčních onemocnění, aktuálně je to podle respondentů svrab.

Dále se v této části textu zaměříme na užívání pervitinu. Jak již bylo výše řečeno, nejvíce rizikovou formou užívání je intravenózní aplikace. Již předchozí zpráva (Radimecký et al., 2017) popisuje relativně neúspěšné snahy o změnu tohoto způsobu užívání mezi LDR. V tomto ohledu je současná situace srovnatelná. Obdobně jako v předchozí zprávě (Radimecký et al., 2017) je respondenty popisováno i nazální užívání. To bylo v případě tohoto období popisováno uživateli jako výjimečné nebo jako způsob užívání mimo populaci LDR. Pracovníci adiktologických služeb v tomto ohledu popisují jistou frustraci, kdy se jim jen částečně daří uživatele motivovat k jiným způsobům užívání. Uživatelé toto komentují následujícím způsobem:

*„V Káčku nám nabízejí kapsle nebo šňupání (pozn. autor – respondent myslí tzv. „šňupátka“), ale já to moc nechci.“ (Uživatel 1)*

*„Já mám rád pouze injekční užívání. Mám rád ten nájezd.“ (Uživatel 2)*

Dodržování zásad užívání, které vede ke snižování rizik, se uživatelům daří jen do jisté míry. Někteří respondenti zmiňují, že tato pravidla většinou dodržují, ale také podotýkají, že ostatní uživatelé tak činit nemusí, nebo že se objevují situace, kdy se jim pravidla bezpečného užívání nedaří dodržovat.

*„Nesmí se sdílet, já nesdílí, jiní to tak nedělají. Pak mají masakry žil, přitom chodí i do káčka, ale no serou na to.“* (Uživatel 3)

*„Někdy na to spěchám. Chci si rychle dát. Pak nepoužívám ty dezinfekce a filtry a tak.“* (Uživatel 7)

*„Sdílím, ale jenom s přítelem a jenom dvě použití, pak už je to nebezpečný.“* (Uživatelka 9)

Velikost denní dávky a frekvence podle většiny uživatelů závisí na dostupných finančních zdrojích a aktuální motivaci v oblasti snižování spotřeby. Někteří uživatelé zmiňují, že užívají již méně, například jednou za týden nebo jednou denně, a to především pokud vnímají, že chtějí dostát nějakým povinnostem. Jedna z každodenních uživatelé kupříkladu popisuje situaci, kdy má takřka každý den brigádu, během níž si vydělá na denní dávku pervitinu, kterou si posléze i kupuje. Obdobně další uživatelka uvádí, že je nyní její prioritou rodina a má brigádu, a tak užívá jednou za týden či dva týdny.

Stejně jako v minulé zprávě (Radimecký et al., 2017) uživatelé zmiňují užívání výrazně naředěného pervitinu (k ředění pervitinu blíže viz kapitola 2.10 Dostupnost a cena, distribuce a výroba návykových látek). Jeden z uživatelů popsal zdravotní dopady užívání méně kvalitního, naředěného pervitinu:

*„Jednou přivezou vietnamský pervitin a je to věc, jak má bejt, se vším všudy. Podruhý z toho je pocení a zimnice, protože v tom je nějaký bordel.“* (Uživatel 3)

Během našeho výzkumu jsme na rozdíl od Radimeckého et al. (2017) nezaznamenali zvyšování frekvence injekčního užívání až na pětkrát denně nebo kombinované užívání pervitinu a dalších látek měnících vědomí (alkoholu, léků a/nebo inhalantů) ve snaze vykompenzovat nízkou kvalitu látky. Je možné, že došlo k částečnému zlepšení kvality pervitinu, nebo jsme se setkali během výzkumu s lidmi, kteří mají jiné vzorce užívání.

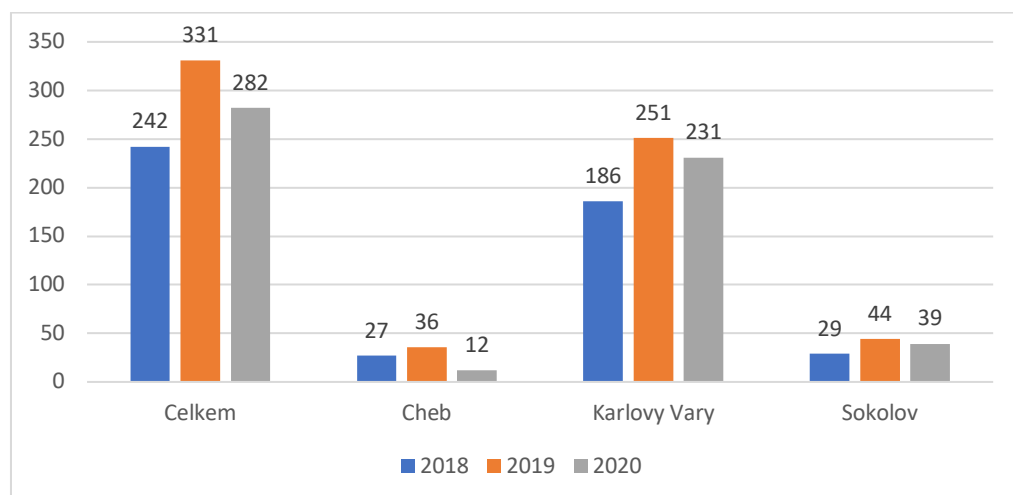
## 2.7.2 Fatální a nefatální intoxikace

Jedním z důležitých ukazatelů v oblasti zdraví jsou předávkování, která můžeme sledovat jako smrtelná předávkování či jako předávkování, která nevedla k úmrtí. Tabulka 17 ukazuje nárůst počtu smrtelných předávkování od roku 2016. Vzhledem k tomu, že to číslo je celkově nízké, může se jednat o statisticky nesignifikantní výkyvy. Obdobný trend ukazuje celkový počet intoxikací v Karlovarském kraji zaznamenaný Krajskou hygienickou stanicí (viz Graf 8), ve kterém bohužel nejsou odlišeny jednotlivé návykové látky, ač je uvedeno, že primární látkou je pervitin (Vimr 2019, 2020, 2021). Tento trend může ukazovat na zvýšení některého faktoru způsobujícího zdravotní obtíže při užívání nelegálních návykových látek (například výše zmíněné snížení kvality pervitinu nebo uzavírání uživatelských scén), když trend počtu uživatelů je spíše stabilní.

**Tabulka 17 Smrtelná předávkování v Karlovarském kraji podle údajů z Národního registru pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství (zdroj dat: NMS)**

	Opiody	Pervitin	Těkavé látky	Celkem
2020	0	3	0	3
2019	4	0	0	4
2018	0	2	1	3
2017	2	0	0	2
2016	1	0	0	1

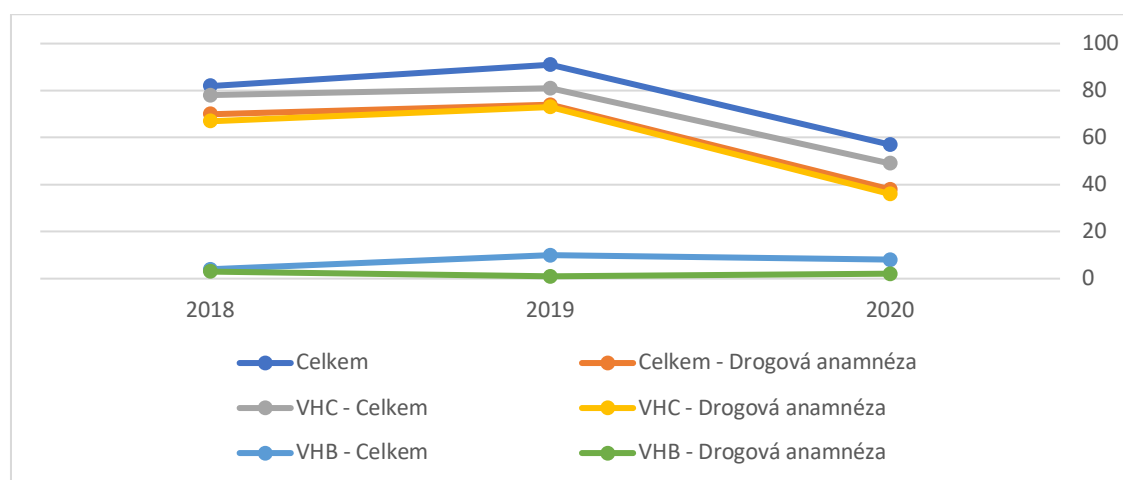
**Graf 8 Intoxikace v Karlovarském kraji zachycené hygienickou stanicí (zdroj dat: Vimr 2019, 2020, 2021)**



### 2.7.3 Virové hepatitidy

Graf 9 a Tabulka 18 ukazují počty virových hepatitid B a C v Karlovarském kraji. Hodnoty mezi roky 2018 a 2019 ukazují na poměrně stabilní trend. V roce 2020 spatřujeme pokles, který ale může být dán nižší dostupností zdravotních služeb v období opatření namířených proti COVID-19. Nárůst počtu zaznamenaných případů hepatitidy typu C můžeme sledovat mezi roky 2018 a 2019 v Chebu a Sokolově.

**Graf 9 Virové hepatitidy B a C v Karlovarském kraji stanicí (zdroj dat: Vimr 2019, 2020, 2021)**



**Tabulka 18 Virové hepatitidy B a C (zdroj dat: Vimr 2019, 2020, 2021)**

		Karlovy Vary		Sokolov		Cheb	
		Celkem	Drogová anamnéza	Celkem	Drogová anamnéza	Celkem	Drogová anamnéza
VHB	2020	2	1	1	1	5	0
	2019	2	0	3	1	5	0
	2018	1	0	2	2	1	1
VHC	2020	37	29	6	6	6	1
	2019	41	37	30	28	10	8
	2018	55	49	17	15	6	3
Celkem	2020	39	30	7	7	11	1
	2019	43	37	33	29	15	8
	2018	56	49	19	17	7	4

## 2.8 Užívání návykových látek z pohledu veřejnosti

Z výpovědi našich respondentů vyplývá, že užívání návykových látek je v očích veřejnosti spojováno zejména s jeho rizikovými formami a zejména s LDR. Ze strany veřejnosti podle respondentů stále v rámci kraje přetrvávají negativní postoje k adiktologickým službám („služby pomáhají uživatelům“) a k uživatelům samotným. Negativní postoje ze strany veřejnosti k službám jsou podle jejich pracovníků frustrující a v některých případech jsou problémem pro jejich fungování a obhajování jejich potřebnosti. V jednom případě mělo z toho důvodu dojít k přestěhování služby z centra města. Nicméně jejich pracovníci se snaží podle svých možností vysvětlovat důležitost služeb jak politikům, tak širší veřejnosti, a daří se jim v tom i podle jejich vlastního hodnocení postupně dosahovat zlepšení.

Podle vyjádření našich respondentů má širší veřejnost spojeno užívání návykových látek zejména s trestnou činností a lidé mají strach z majetkové trestné činnosti:

*„Veřejnosti se nelíbí, když jim někdo vykrade sklep.“* (Zástupce Policie ČR, Rozhovor 5)

Zmiňováno bylo, že některým obyvatelům kraje vadí pouhá přítomnost LDR či osob bez přístřeší užívajících alkohol. V oblasti veřejného pořádku jsou z hlediska pracovníků v oblasti vynucování práva za problémové považovány LDR a osoby bez přístřeší užívajících alkohol.

## 2.9 Drogová kriminalita

V této části textu čerpáme buďto ze sekundárních zdrojů kvantitativních dat, nebo z informací získaných během terénních šetření, tj. zejména z výzkumných rozhovorů. Tato a další části textu jsou bohužel ochuzeny o informace od Krajského ředitelství policie Karlovarského kraje, které nám neposkytlo informace při zpracovávání zprávy, jako tomu bylo v minulých letech, například zpráva Radimeckého et al. (2017). Mimo jiné bylo v emailové komunikaci pracovníkem Krajského ředitelství policie Karlovarského kraje uvedeno: „K adekvátnímu zodpovězení převážné části Vašich otázek uvedené problematiky je kompetentní Národní protidrogová centrála SKPV, která eviduje veškeré statistické údaje a veškeré podklady spojené s drogovou kriminalitou a v pravidelných cyklech vydává výroční zprávy zahrnující komplexně vyhodnocení v rámci celé ČR a na jednotlivé územní celky.“ Oproti tomu několik respondentů zmiňovalo, že nejlepší přehled a informace o dění v jednotlivých ORP a okresech mají členové tzv. „toxi týmů“ na Krajských ředitelstvích Karlovarského kraje. Dalším zdůvodněním ze strany KŘP Karlovarského kraje bylo, že se „ke způsobům a metodám potírání a odhalování drogové kriminality se z konspirativních důvodů vyjadřovat nelze“ a že „vývoj této problematiky směřuje v současné době k tomu, že nebudeme úplně odkrývat prověřovací postupy tak jako v roce 2017 při poslední Analýze drogové scény KVK“. K tomu se můžeme vyjádřit pouze tak, že si nejsme vědomi, že by došlo k zásadní změně těchto postupů, a že naším cílem bylo získat informace, které nebudou prověřování této kriminality poškozovat, a myslíme si, že by je bylo možné předat tímto způsobem.

### 2.9.1 Primární a sekundární drogová kriminalita

V následující části textu se zaměříme na primární a sekundární drogovou kriminalitu. Primární drogové trestné činy podle Mravčíka et al. (2020) zahrnují trestné činy spočívající v porušování drogové legislativy a souvisejících právních předpisů v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami (dále „OPL“). Jedná se o pět trestných činů definovaných zákonem č. 40/2009 Sb., trestní zákoník: výroba, distribuce a jiné nakládání s OPL (§ 283), přechovávání OPL pro vlastní potřebu (§ 284), pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu (§ 285), výroba a držení předmětů určených k výrobě OPL (§ 286), šíření toxikomanie (§ 287).



V oblasti primární drogové kriminality můžeme na základě odpovědí respondentů odlišit dva základní způsoby organizace drogových trhů a motivací výroby a distribuce drog, které se mohou vzájemně překrývat a tvoří spíše dva póly pomyslného kontinua. V prvním případě se jedná spíše o komunitní způsob výroby a distribuce návykových látek. Hlavní motivací nemusí být finanční zisk, ale získání návykové látky a její užití. Druhý způsob je orientovaný na finanční zisk. Na finanční zisk jsou zaměřené zejména organizovanější skupiny. Blíže je distribuce a výroba v Karlovarském kraji popsána v kapitole Dostupnost a cena, distribuce a výroba návykových látek.

Mravčík et al. (2020) označují jako sekundární drogovou kriminalitu trestnou činnost, která nezahrnuje nakládání s OPL, tedy primární drogovou kriminalitu, ale je páchána v souvislosti s nimi. Podrobnější typologii sekundární drogové kriminality představuje Štefunková a kol. (2017 in Mravčík et al. 2019) trestné činy:

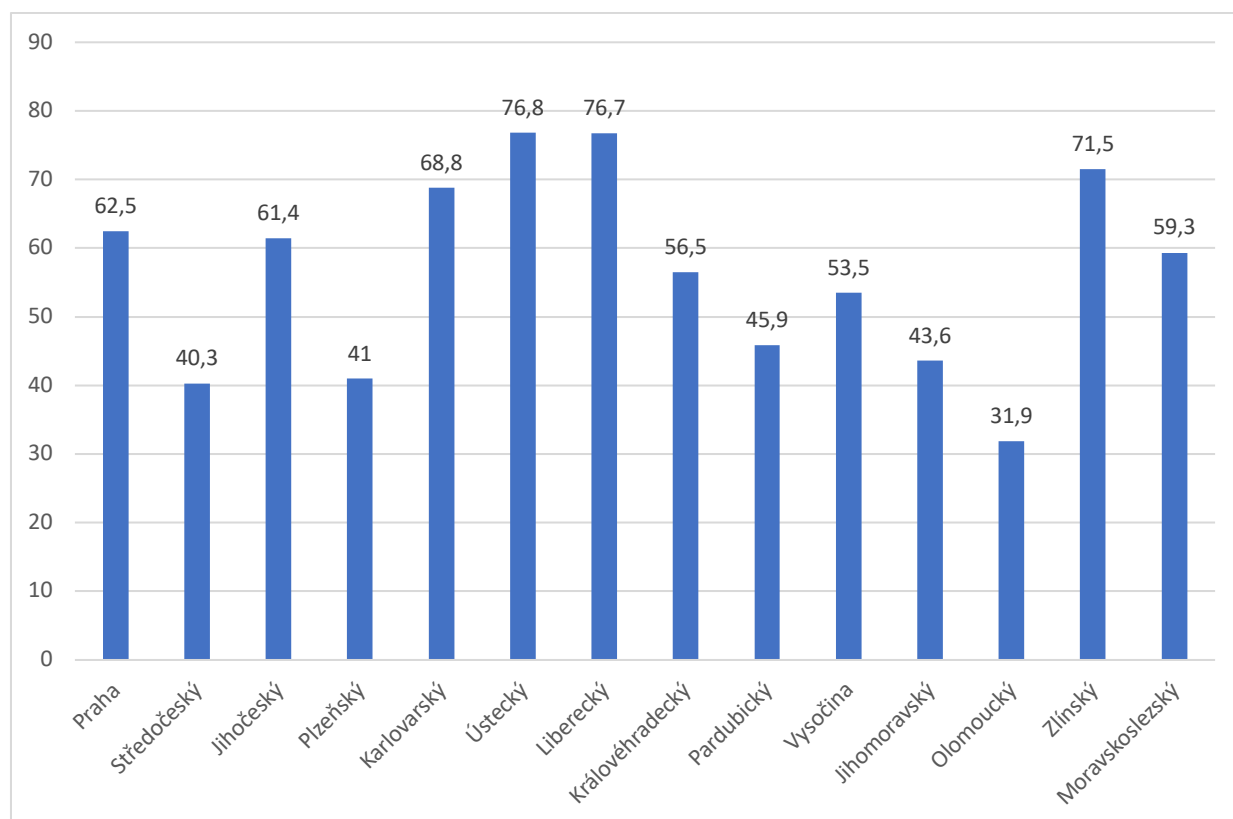
1. u nichž je vliv návykové látky znakem skutkové podstaty a jež jsou pachatelem spáchány pod vlivem drog,
2. u nichž je hlavním motivem pachatele získání prostředků na nákup drogy nebo pořízení drogy pro vlastní potřebu,
3. spáchané v důsledku akutní intoxikace nebo chronického užívání,
4. kterých se pachatel dopustil v reakci na užívání drog jinými osobami,
5. páchané v souvislosti s organizací drogových trhů,
6. na uživatelích drog, u nichž hlavním spouštěčem byla zvýšená zranitelnost oběti způsobená užíváním drogy.

V rámci Karlovarského kraje jsme se setkali především s popisem sekundární kriminality jako páchané pod vlivem návykových látek (zejména řízení pod vlivem návykových látek, které je podle některých respondentů jednou z hlavních příčin výkonu trestu odnětí svobody) a činů, kdy je motivací získání prostředků na nákup drogy. Jedná se zejména o majetkovou trestnou činnost.

### Primární drogová kriminalita

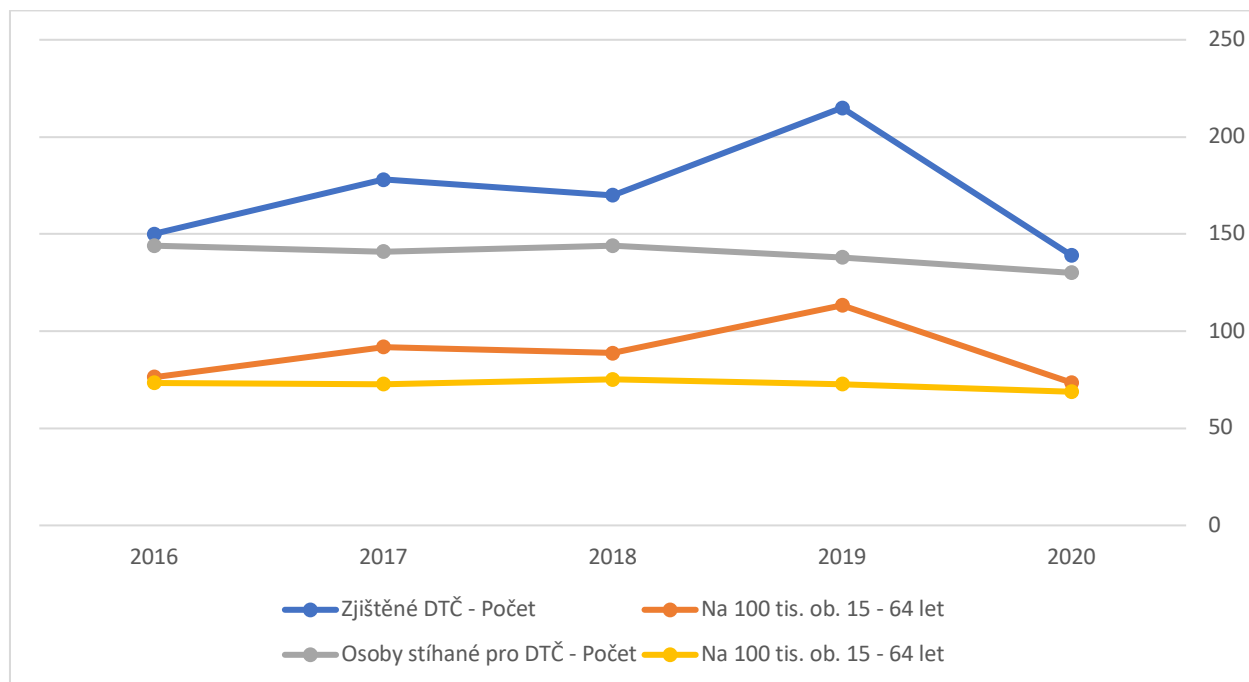
V této části textu uvedeme pouze vybrané a základní statistické údaje o primární drogové kriminalitě, podrobnější informace o způsobech výroby a distribuce jsou uvedeny v kapitole Dostupnost a cena, distribuce a výroba návykových látek. Z hlediska rozsahu primární drogové kriminality je Karlovarský kraj v rámci České republiky na pomyslném čtvrtém místě (viz Graf 10). Stejného umístění dosáhl také, pokud jde o odhadovanou velikost populace LDR (viz kapitola 2.6). Za předpokladu věcné souvislosti mezi rozsahem primární drogové kriminality a velikosti populace LDR se tak oba údaje do jisté míry navzájem validují neboli potvrzují, že oba odpovídají skutečnosti.

**Graf 10 Osoby stíhané pro primární drogové trestné činy (na 100 000 obyvatel ve věku 15 až 64 let) v roce 2020 (zdroj dat: NMS)**



Počet osob stíhaných pro primární drogové trestné činy je v Karlovarském kraji relativně stabilní (viz Graf 11). V případě primárních drogových trestných činů je patrný jejich nárůst až do roku 2020, kdy zřejmě v souvislosti s opatřeními kvůli onemocnění COVID došlo k jejich poklesu. Nicméně tento nárůst může být způsoben změnou metodiky zaznamenávání trestných činů. V tomto ohledu se počet osob zdá jako vhodnější ukazatel vývoje primární drogové kriminality, protože není tolik ovlivněn metodikou a praktikami vykazování.

**Graf 11 Primární drogové trestné činy a osoby stíhané pro primární drogové trestné činy v Karlovarském kraji mezi roky 2016 až 2020 (zdroj dat: NPC 2017, 2018, 2019, 2020, 2021)**



### *Sekundární drogová kriminalita*

Na úrovni Karlovarského kraje nejsou dostupné aktuální odhady rozsahu sekundární drogové kriminality. Na úrovni České republiky je zaznamenán v kategorii ekonomicky motivovaných trestných činů nejvyšší podíl uživatelů jako pachatelů u trestného činu krádeže a neoprávněného užívání cizí věci (§ 205 a § 207) (Mravčík et al. 2020). Výzkum osob ve výkonu trestu ukazuje, že krádeže nebo jiného trestného činu či přestupku za účelem pořízení prostředků na nelegální drogy se někdy v minulosti dopustilo 30 % odsouzených (Mravčík et al. 2020). Platnost těchto výsledků na úrovni Karlovarského kraje ukazují i kvalitativní šetření provedená v rámci zpracování této zprávy. Sekundární drogová kriminalita a zejména majetková kriminalita byly zmiňovány celou řadou respondentů, kteří popisovali spíše tendenci snižování výskytu tohoto druhu drogové kriminality. Vysvětlením je zejména vliv opatření spojených s COVID-19, protože docházelo k úbytku příležitostí k páčání této kriminality a k celkovému stahování LDR mimo centra sídel a do méně obydlených oblastí. Nicméně nutno dodat, že sekundární kriminalita se podle respondentů stále objevuje relativně často. Zmiňována byla zejména drobná majetková trestná činnost (například „vloupání do motorových vozidel“, „vykrádání sklepů“) a vážnější majetková kriminalita („el paso“ čili loupežné přepadení), která byla považována za méně častou.

Na závažnost dopadů vybraných forem primární i sekundární drogové kriminality jsme se také ptali klíčových aktérů krajské protidrogové politiky (viz Tabulka 19). Tuto tabulku uvádíme zde, protože formy sekundární kriminality obsadily převážně přední příčky v hodnocení závažnosti dopadů. Pokud se tedy budeme zaměřovat na kriminalitu se závažnými dopady, tak je vhodné směřovat zdroje také do prevence kriminality v oblasti majetkové trestné činnosti, dopravních nehod či ublížení na zdraví. Za formu trestné činnosti s nejmenšími dopady je považováno pěstování rostlin nebo hub obsahujících omamné psychotropní látky pro vlastní potřebu a přechovávání omamných a psychotropních látek pro osobní potřebu. Tuto oblast můžeme považovat za méně závažnou, a tak by bylo vhodné zdroje směřovat do prevence kriminality v jiných oblastech. Za nejvíce závažné jsou považovány:

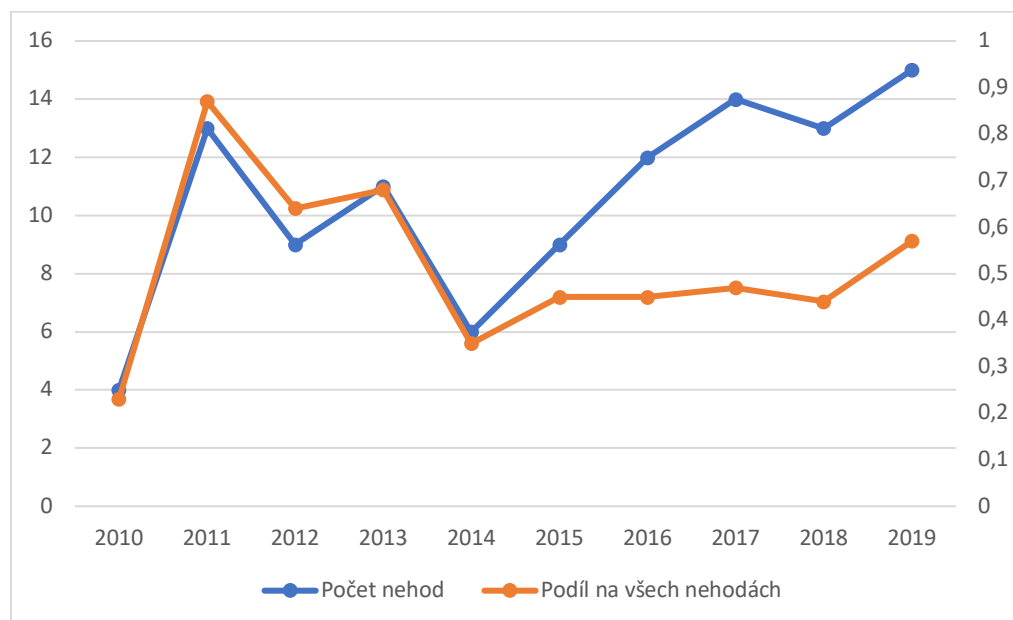
- a) úmyslné ublížení na zdraví pod vlivem návykových látek,
- b) dopravní nehody s přítomností návykových látek u jednoho nebo více aktérů,
- c) majetková trestná činnost,
- d) výroba a distribuce omamných a psychotropních látek,
- e) ohrožení pod vlivem návykových látek.

Závažnost situace v oblasti dopravních nehod zaviněných řidiči pod vlivem návykových látek ukazují data BESIP (2020), viz graf 12. Nejvíce nehod zaviněných řidiči pod vlivem návykových látek bylo vzhledem k celkovému počtu nehod zaznamenáno v letech 2011 a 2013. Poté došlo k výraznému poklesu a od roku 2014 můžeme sledovat mírný nárůst jak v poměru ke všem nehodám, tak v celkovém číslu nehod pod vlivem návykových látek. Tuto situaci zdůrazňovali i někteří respondenti, podle kterých je tato kriminalita jednou z hlavních příčin, které „vedou do vězení“.

**Tabulka 19 Závažnost dopadů jednotlivých forem trestné činnosti spojených se závislostním chováním z hlediska klíčových aktérů (zdroj: vlastní zpracování)**

	Průměrná známka	Směrodatná odchylka
Úmyslné ublížení na zdraví pod vlivem návykových látek	3,9	0,9
Dopravní nehody s přítomností návykových látek u jednoho nebo více aktérů	3,8	1,1
Majetková trestná činnost	3,8	1,0
Výroba a distribuce omamných a psychotropních látek	3,7	0,9
Ohrožení pod vlivem návykových látek	3,7	1,0
Šíření toxikomanie	3,5	1,0
Přechovávání omamných a psychotropních látek pro osobní potřebu	3,2	1,1
Pěstování rostlin nebo hub obsahujících omamné psychotropní látky pro vlastní potřebu	2,6	0,8

**Graf 12 Počet nehod po vlivem návykových látek v Karlovarském kraji a podíl těchto nehod na všech nehodách (zdroj dat: BESIP, 2020)**



## 2.10 Dostupnost a cena, distribuce a výroba návykových látek

### 2.10.1 Legální návykové látky

Vysoká dostupnost legálních návykových látek zejména alkoholu a tabáku je jedním z témat protidrogové politiky na národní úrovni, což se také odráželo i v provedených rozhovorech. Vysoká dostupnost legálních návykových látek (alkoholu a tabáku), a to i pro děti a mládež, byla jedním z témat objevujícím se mezi jednotlivými respondenty, kteří zmiňovali možnost zakoupit alkohol ve „večerce“ či zakoupení alkoholu třetí osobou. V tomto ohledu je důležité pracovat na snížení dostupnosti alkoholu a tabáku pro tyto skupiny například pomocí kontroly prodeje těchto návykových látek.

Jedním z potenciálně rizikových trendů je dostupnost návykových látek, které dříve nebyly dostupné na území České republiky. Respondenti zmiňovali jako potenciálně rizikový výskyt automatů na Kratom napříč nábřežími a dalšími lokalitami v Karlovarském kraji. Příkladem je fotografie automatu na Kratom pořízená v centru Karlových Varů. Další rizikem těchto automatů je jejich neustálá dostupnost a nedostatek kontroly (například vzhledem k věku).

**Fotografie automatů na Kratom (Centrum města Karlovy Vary, 30. 11. 2021)**



## 2.10.2 Pervitin

Co se týče distribuce a výroby pervitinu v kraji, tak se podle informací od pracovníků služeb a dalších aktérů protidrogové politiky můžeme setkat s více způsoby výroby a prodeje pervitinu. To znamená, že v kraji není jeden zdroj nebo způsob výroby a distribuce pervitinu. To staví represivní orgány protidrogové politiky před náročný úkol postihovat více způsobů výroby a distribuce pervitinu. Nadto se objevují i relativně nové globální způsoby výroby a distribuce pervitinu, které popisujeme níže a které tuto situaci dále zesložitují. Nutno dodat, že i způsoby represe ovlivňují drogový trh s pervitinem, a tak je současný stav do jisté míry způsoben tím, jak Policie ČR postupuje při vynucování práva v této oblasti.

Prvním způsobem výroby pervitinu, který je v České republice tradiční a u kterého můžeme předpokládat na celorepublikové úrovni stagnaci nebo stabilizaci, je výroba pervitinu v menších varnách. Tento způsob výroby je historicky spíše spojován s komunitní a méně na finanční zisk orientovanou motivací. Jeden z respondentů k tomu říká:

*„Tahle komunita uživatelů, dealerů a vaříčů je celkem malá. Jádro, které drží při sobě, zůstává. Můžu tak jít na jistotu.“* (Uživatel 10)

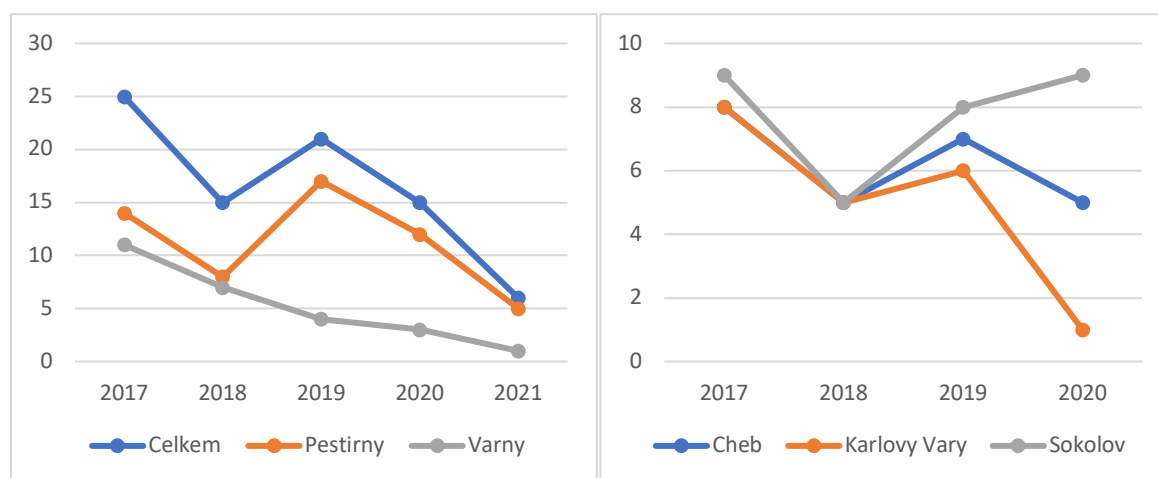
Jeden z uživatelů tento způsob výroby pervitinu označuje jako „starou českou školu“. Zmiňuje, že někteří z těchto „vaříčů“ chodí normálně do práce a „vaří kvalitní materiál“. Podle většiny uživatelů je tento způsob výroby lepší, protože výsledná látka je kvalitnější a bez příměsí a nejsou u ní patrné výkyvy. „Český pervitin“ má být sypký, zatímco „vietnamský“ vypadá jako „šutr“. Ve srovnání s látkou pocházející od „Vietnamců“ nemá podle uživatelů takové výkyvy v kvalitě.

*„Jednou přivezou vietnamský pervitin a je to věc, jak má bejt, se vším všudy. Podruhý z toho je pocení a zimnice, protože v tom je nějaký bordel.“* (Uživatel 3)

Tyto výkyvy v kvalitě „vietnamského pervitinu“ jsou zpravidla dány jeho ředěním dalšími látkami, ke kterému podle některých uživatelů nedochází ze strany vietnamských výrobců, nýbrž až ze strany dalších osob (zpravidla Čechů), které zajišťují distribuci drogy koncovým uživatelům.

Několika respondenty z řad pracovníků služeb byly popsány případy výroby v menším množství a malých varnách (to zmiňovali zejména respondenti v Sokolově), nicméně bylo zmiňováno, že i těchto menších vaříčů ubývá, a to zejména z důvodu výkonu trestu odnětí svobody. Jeden z respondentů zmiňoval, že „nachází zbytky varen rozházené v lese“. Data NPC umožňují mezi roky 2017 a 2021 sledovat pokles na úrovni Karlovarského kraje právě s výjimkou zmíněného Sokolova (viz Graf 13).

**Graf 13 Celkový počet pěstíren a varen v Karlovarském kraji a v jednotlivých ORP (zdroj dat: NPC 2017, 2018, 2019, 2020, 2021)**



Uživatelé pervitinu také zmiňovali, že většina těchto českých vaříčů v jejich sociálních sítích je ve výkonu trestu odnětí svobody.

*„Zbytky po vaření pervitinu nacházíme v okolí v lesích ale i chatkách.“* (Zástupce Policie ČR, rozhovor 5)

*„Většinu mých známých vaříčů zavřeli, nemám moc od koho shánět.“* (Uživatel 8)

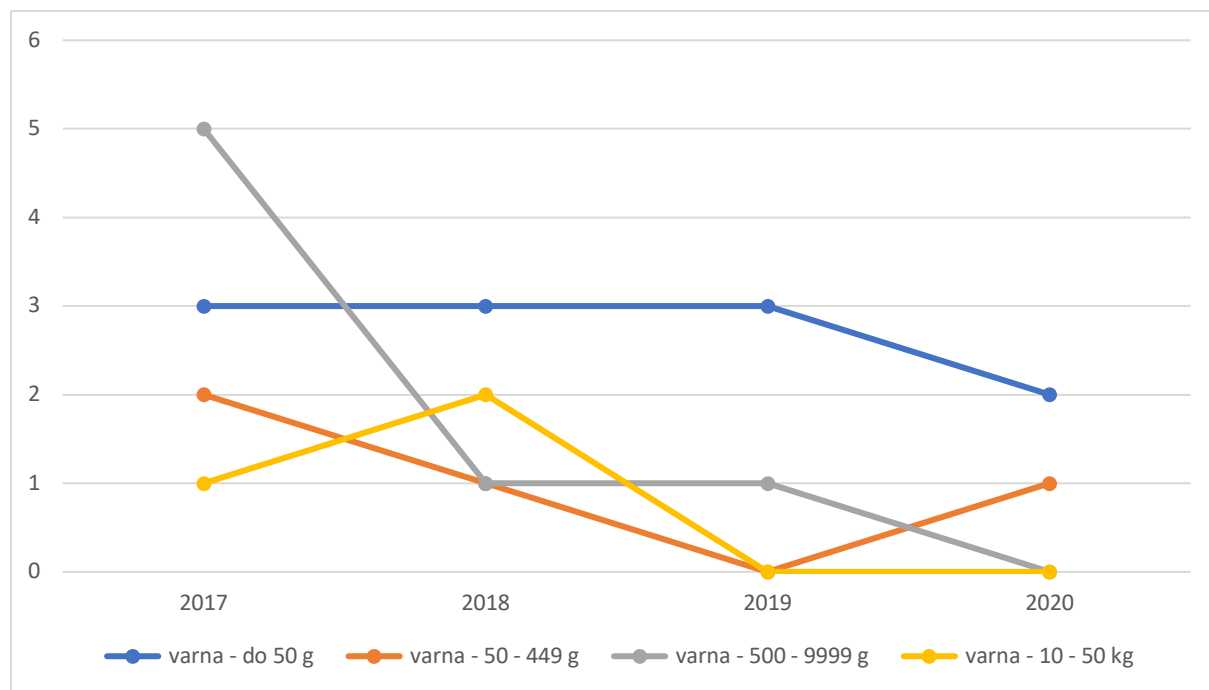
Vynucování práva je tedy v této oblasti zřejmě úspěšné (snižování dostupnosti prekurzorů na území ČR, odhalování výrobců a distributorů), což může způsobovat nahrazování těchto zdrojů jinými. Mezi těmito jinými zdroji patrně můžeme identifikovat organizovanější a mezinárodně více provázané skupiny.

V oblasti distribuce a výroby pervitinu je na území České republiky a Karlovarského kraje tématem působení vietnamských organizovaných skupin. Jejich zapojení v kraji je i nadále patrné podle pracovníků služeb, dalších aktérů protidrogové politiky a uživatelů, avšak dříve zmiňovaná organizace výroby ve velkých a průmyslových varnách pervitinu již není tolik



zaznamenávána. To potvrzují i data NPC, počet velkých varen v posledních letech poklesl (viz graf 14). Malých varen je zaznamenáváno více než velkých, ale tyto rozdíly jsou relativně nízké.

**Graf 14 Celkový počet varen podle jejich velikosti (zdroj dat: NPC 2017, 2018, 2019, 2020, 2021)**



Mezi možné příčiny této změny patří snižování dostupnosti prekurzorů v České republice (na úrovni Karlovarského kraje toto zmiňuje i zpráva NPC (2020)), odlišné přístupy vynuovení práva v jednotlivých zemích (přesun výroby do zemí s „výhodnějším“ trestně-právním prostředím pro organizované skupiny, například nižší trestní sazby v oblasti distribuce a výroby návykových látek) a tendence globálního propojování distribuce a výroby pervitinu. Podle některých respondentů a zpráv NPC (2020, 2021) již neplatí, že je pervitin výhradně dovážen z České republiky do Německa. Pervitin může být do České republiky přivážen ze Spolkové republiky Německo, Nizozemí, Polska nebo dokonce i Mexika. Pervitin dovážený ze zahraničí může mít vysokou kvalitu a jsou zaznamenány záchyty ve vysokých kvantitách. Může tak dojít k situaci, kdy bude pervitin dovezen například vietnamskými organizovanými skupinami z velké varny v Německu či Holandsku a německý občan si ho zakoupí v České republice ve vietnamské tržnici. Dovoz pervitinu z Německa zmiňují i někteří uživatelé. Jedna z uživatelů prohlásila:

*„Nejlepší pervitin ten je z Německa.“ (Uživatel 7)*

Vietnamské skupiny podle aktérů protidrogové politiky a některých uživatelů postupují při distribuci dvěma způsoby. Buď distribuují pervitin ve vietnamských tržnicích, večerkách a dalších prodejnách, nebo je pervitin ve větším množství těmito skupinami prodáván dalším osobám, případně dáván tzv. „na dluh“ nebo „na seka“. To popisuje i jeden z respondentů:

*„To vim, můžeš si vzít na seka od Vietnamců velkou dávku, tu prodáš a pak to splatíš.“* (Uživatel 8)

Jedním z dopadů vzájemného vývoje drogového trhu a způsobů represe může být nízká kvalita pervitinu v Karlovarském kraji. Nízká kvalita pervitinu zmiňovaná napříč rozhovory byla jedním z respondentů spojována s tím, že je pervitin dovážen ze zahraničí, což vede k tomu, že návyková látka „prochází více rukama“. Snížení kvality pervitinu potvrzuje i zpráva NPC (2020). Pervitin je více ředěn, protože v rámci každého stupně distribuce může být ředěn, aby bylo dosaženo vyššího výdělku. K řezání jsou podle respondentů mimo jiné používány různé kloubní přípravky, přípravky pro zvířata (například efedrin pro koně), sůl, cukr, hnojivo na kytky, lepidlo, jedy na krysy, „čínský sole“. Zpráva NPC (2020) zmiňuje dimethylsulfid.

Třetím trendem, který zmiňovali pracovníci služeb a další aktéři protidrogové politiky, je objednávání pervitinu online. Uživatelé ho nezmiňovali. Může se tedy jednat o trend mezi uživateli s lepší digitální gramotností a zázemím (pervitin je například nutno objednat na určitou adresu).

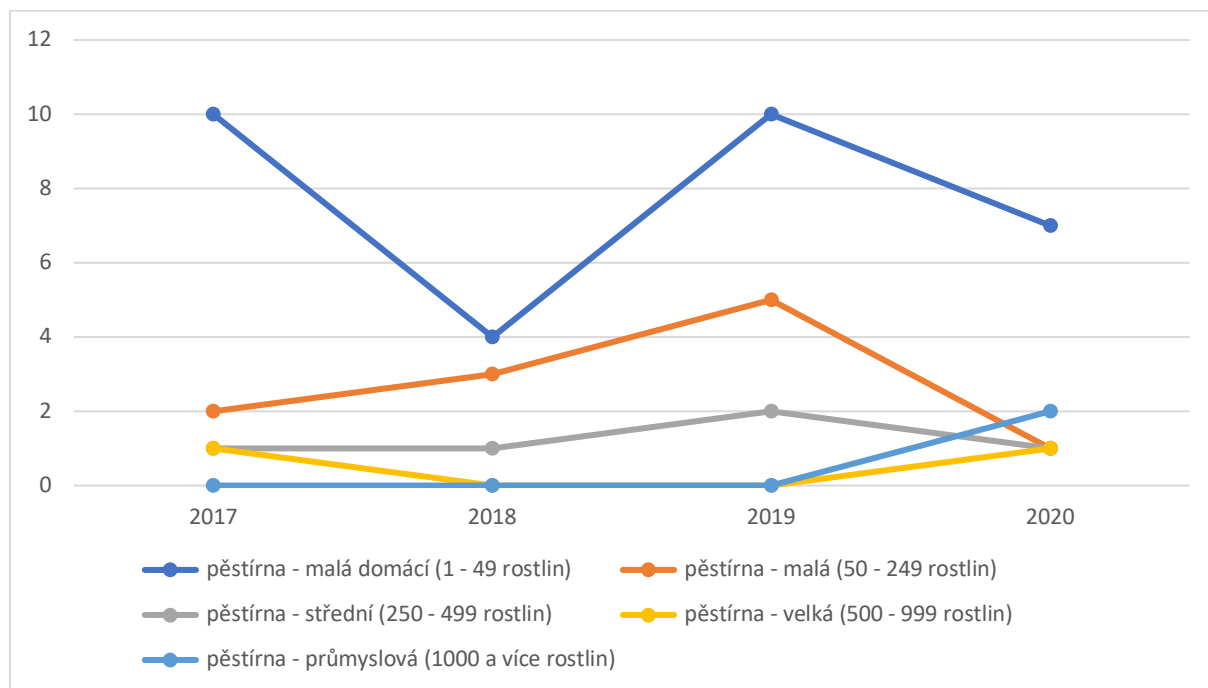
Co se týče dostupnosti drog a jejich ceny, tak pervitin je hodnocen jak pracovníky služeb, tak samotnými uživateli jako relativně dobře dostupný a levný. Dostupnost patrně nebyla v období COVID nějak zásadně nižší, prodejci měly podle vyjádření jednoho z respondentů zřejmě zásoby nebo látku vyráběli. Dávka pervitinu se pohybuje podle vyjádření jak uživatelů, tak odborníků mezi 200 až 300 Kč, cena gramu pervitinu se podle jejich vyjádření pohybuje mezi 1 000 a 1 500 Kč. To, že se cena pervitinu zásadně nezměnila, potvrzuje i NPC (2020).

### 2.10.3 Konopí a další návykové látky

Vedle pervitinu je podle respondentů druhou nejvíce dostupnou a užívanou nelegální návykovou látkou konopí. Podle zprávy NPC (2020) byl v Karlovarském kraji v první polovině roku 2020 nadbytek konopí a ceny se v této oblasti výrazně nezměnily. V celkovém zaznamenaném počtu pěstíren konopí (viz Graf 13) se mezi roky 2017 a 2021 objevují výkyvy.

Nicméně můžeme sledovat postupný pokles jejich zaznamenaného počtu. Dále také platí, že nejvíce jsou zaznamenávány malé pěstírny (viz Graf 15).

**Graf 15 Celkový počet pěstíren konopí podle jejich velikosti (zdroj dat: NPC 2017, 2018, 2019, 2020, 2021)**



Distribuce a pěstování konopí, spojované dříve zejména s vietnamskými organizovanými skupinami, již nejsou podle respondentů jejich hlavní doménou. Vietnamské skupiny se měly podle některých respondentů přeorientovat zejména na pervitin, který pro ně skýtá větší profit, snazší výrobu a manipulovatelnost. Také se již podle respondentů neobjevují v takovém množství „velkopěstírny“ konopí. Pěstování konopí je tedy pravděpodobně spíše doménou menších a domácích pěstitelů. Zmiňován byl případ, kdy jeden pachatel vykupoval konopí od menších pěstitelů napříč Chebskem. Tito pěstitelé byly podle respondentů jinak „spořádání občané“, kteří si takto přivydělávali. Cena konopí je stabilní a podle respondentů stojí gram konopí 200 korun.

Podle respondentů z řad pracovníků služeb, ale i uživatelů není heroin dostupný. Dostupný je pouze fentanyl. Ten je reportován zejména v Chebu a na Chebsku. Zdrojem jsou podle našich informací obvykle náplasti od chudých a nemocných lidí, nebo může jít například o pozůstalost po zesnulých, například onkologických pacientech, či je uživatelé mohou najít v nemocničním odpadu.

Informace o dostupnosti, ceně, distribuci a výrobě dalších návykových látek poskytnuté respondenty v rámci kvalitativního šetření byly spíše sporadické, což také vychází z toho, že jejich užívání se vyskytuje na území kraje patrně spíše méně a uživatelé těchto látek se příliš nedostávají do kontaktu se službami. Užívání těchto látek bylo zmiňováno ve větších městech, jako jsou Karlovy Vary a Cheb, což také patrně odráží jejich nedostupnost v periferních územích. Někteří respondenti zmiňují, že dochází k užívání návykových látek, jako jsou kokain, katinon, mefedron, LSD a MDMA, v prostředí noční zábavy zejména u uživatelů s lepším socioekonomickým zázemím. Nicméně toto užívání není respondenty považováno za rizikové a je považováno spíše za „komunitní“. Dostupnost těchto látek v Karlovarském kraji je považována za nižší, protože dochází k importu těchto látek v malých množstvích z jiných krajů. Nicméně z hlediska ceny je dostupnost návykových látek považována za vyšší, protože cena se nezměnila, zatímco životní úroveň se zvýšila. Aktuálním trendem, který je zaznamenáván i v Karlovarském kraji, je objednávání návykových látek online. Můžeme předpokládat, že tento trend se dotýká i dalších návykových látek. Krajské ředitelství policie Karlovarského kraje nám bohužel neumožnilo hovořit s policisty, kteří se věnují dané tematice v rámci tzv. „toxi týmů“. Předpokládáme, že policisté by měli v této oblasti více informací.

## 2.11 Situace v jednotlivých oblastech Karlovarského kraje

### 2.11.1 Rizikové lokality z hlediska klíčových aktérů protidrogové politiky

Klíčovní aktéři protidrogové politiky popisují jako nejvíce rizikové ORP Sokolov, Aš a Cheb (viz Tabulka 20). Ty mají shodně nejhorší průměrnou známku a můžeme říci, že respondenti se na hodnocení těchto ORP shodují (je relativně nízká nízkou hodnotou směrodatné odchylky).

**Tabulka 20 Závažnost rizika závislostního chování v jednotlivých ORP (zdroj: vlastní zpracování)**

	Průměrná známka	Směrodatná odchylka
Sokolov	4,2	0,8
Aš	4,2	0,7
Cheb	4,2	0,6
Kraslice	3,9	1,1
Karlovy Vary	3,5	0,8
Ostrov	3,4	1,3
Mariánské Lázně	3,3	0,9

Klíčovní aktéři také odpovídali na otevřenou otázku, ve které byli tázáni na rizikové lokality (viz Tabulka 21). Více než dva klíčovní aktéři zmínili tyto lokality: Rotava, Sokolov, Aš, Habartov, Cheb, Chodov, Kraslice, Rovná. Dále byly zmiňovány širší oblasti: příhraniční oblasti, vietnamské tržnice na Ašsku a uzavřené scény na Mariánskolázeňsku a Tepelsku.

**Tabulka 21 Počty klíčových aktérů, kteří identifikovali jednotlivé rizikové lokality (zdroj: vlastní zpracování)**

Rotava, Sokolov	4
Aš, Habartov, Cheb, Chodov, Kraslice, Rovná	3
Bukovany, Oloví	2
Horní Slavkov, Jáchymov, Karlovy Vary, Kynšperk nad Ohří, Mariánské Lázně, Nové Sedlo, Ostrov, Toužim, Vřesová	1

### 2.11.2 Popis jednotlivých lokalit v Karlovarském kraji

V této části textu se zaměříme na situaci v jednotlivých oblastech Karlovarského kraje, přičemž vycházíme zejména z rozhovorů s místními protidrogovými koordinátory, poskytovateli služeb a případně uživateli. Bohužel i v této části práce chybí informace od Krajského ředitelství policie Karlovarského kraje (viz kapitoly 2.9 a 2.10). Podrobnost informací závisí na tom, jak respondenti byli obeznámeni s drogovou scénou v jednotlivých lokalitách. Předchozí zpráva (Radimecký et al. 2017) pracuje s typologií rozdělující drogové scény na tři základní typy:

- 1) otevřená – uživatelé drog nemají tendenci se skrývat, volně se pohybují po městě a/nebo jeho částech, v nichž se často i shlukují na místech, kde si kupují a/nebo užívají drogy, a bez obav vyhledávají nízkoprahové služby;
- 2) polootevřená – část uživatelů drog se pohybuje a setkává ve městě nebo jeho části a dochází do nízkoprahových služeb, ale druhá část má spíše tendenci se před veřejností skrývat ve squattech a/nebo v tzv. toxi bytech, odborné služby nevyhledává a/nebo do nich vysílá jednoho zástupce, který pro ně mění injekční náčiní formou tzv. sekundární výměny;
- 3) uzavřená – celá populace uživatelů drog má tendenci se skrývat před veřejností, do odborných služeb vysílá své zástupce, kteří za ně mění injekční materiál. (Radimecký et al., 2017)

K této typologii se budeme také vztahovat a využívat ji při popisu jednotlivých scén. I nadále platí, že drogové scény a jejich formy jsou ovlivňovány celou řadou faktorů. Podobně jako ve zprávě Radimeckého et al. (2017) se ukazuje, že jedním z výrazných vlivů je vynucování práva ze strany policie. Kupříkladu pracovníci služeb zmiňují, že po „zátahu“ na jednu ze scén došlo k jejímu uzavírání a k snížení důvěry uživatelů ke službám. Uzavřená scéna s sebou nese vyšší rizika (například šíření infekčních nemocí) a je hůře dostupná pro pracovníky služeb. Zmapovat takovou scénu či se do ní dostat s nabídkou služeb je velmi složité a vyžaduje to značné zdroje. V případě výzkumu, který by mapoval takovou scénu, by bylo třeba nejprve navázat důvěru mezi výzkumníkem a uživateli, což by znamenalo vysoké vstupní náklady, strávit v terénu značnou dobu nebo získat vhodného „tzv. gate-keepera“, který výzkumníka uvede do skupiny. Zpráva z roku 2017 (Radimecký et al., 2017) zmiňuje, že uživatelské scény byly v roce 2008 spíše uzavřené. Pro scény v roce 2017 byla typická jejich diverzifikace. V roce 2021 můžeme

pozorovat sice stále jistou diverzitu uživatelských scén, nicméně patrný je trend k uzavírání scén, který byl podpořen i opatřeními namířenými proti šíření onemocnění COVID-19.

### *Chebsko*

Respondenti popisují několik jevů typických pro Chebsko. Zmiňován je vliv blízkosti hranic s Německem, který patrně vede k tomu, že obyvatelé Spolkové republiky tvoří část zákazníků obchodu s drogami či sexbyznysu. Sexbyznys se v jiných částech Karlovarského kraje podle některých respondentů buď vyskytuje zřídka, nebo je spíše na ústupu a není systémovým jevem. Zároveň respondenti dodávají, že mají informace spíše o pouličním sexbyznysu. Sexbyznys probíhající na „privátech“ se nedaří úplně dobře mapovat. Dotazování pracovníci služeb i zástupci městských policí se shodovali, že výrazná většina osoby pracujících v sexbyznysu užívá pervitin. Pokud jde o ohrožení závislostním chováním, lze tedy tyto osoby považovat za rizikovou skupinu.

Dalším jev, který byl zmiňován pracovníky služeb a uživateli návykových látek, je pěstování konopí na Chebsku, zejména v jeho méně osídlených částech. Tématem, které se objevuje i v dřívějších zprávách (Radimecký et al., 2017), ale i v jiných dokumentech (NPC, 2017, 2018), je působení vietnamských organizovaných skupin. Ty jsou i nadále na Chebsku spojovány zejména s prodejem pervitinu v tržnicích, ale i mimo ně.

### **Cheb**

Situace ve městě se podle respondentů příliš nemění, ač dodávají, že opatření v období šíření onemocnění COVID-19 měla patrný vliv. Ten byl pozorován na zvýšeném počtu osob užívajících alkohol na veřejnosti. Dostupnost alkoholu patrně nebyla příliš ovlivněna. V případě pervitinu se někteří respondenti domnívali, že dostupnost mohla být ovlivněna. Nicméně se podle nich snížila zejména kvalita a pervitin byl „naředěný“. Scéna uživatelů pervitinu byla během tohoto období uzavřenější, uživatelé se koncentrovali za město do bytů.

Uživatelskou scénu pervitinu můžeme ve městě popsat jako polouzavřenou, přičemž je zmiňována i existence otevřené scény. Uživatelé pervitinu se pohybují v lokalitách „hotel Prago“, ulice Okružní, okolí Kauflandu, místo zvané „Vysílač“ a okolí nádraží. V souvislosti s distribucí pervitinu je zmiňována i místní vietnamská tržnice. Skladba uživatelů se nijak zásadně nemění a dochází ke stárnutí klientů. Na základě toho můžeme usuzovat, že se scéna

příliš nerozšiřuje. Skrytou populaci uživatelů tvoří zejména pracující lidé s vyšším sociálním statusem. Pro výměnu injekčních stříkaček využívají „běžné“ klienty.

Opiátoví klienti již dříve vymizeli, heroin není vůbec dostupný. Ve vlnách se objevuje (většinou u uživatelů pervitinu) užívání fentanylu. Starší uživatelé ho charakterizují jako drogu mladých a nezodpovědných uživatelů. Vlna užívání fentanylu podle jednoho z respondentů zpravidla ustupuje poté, co dojde k předávkování, nicméně po nějaké době se opět objeví užívání. Zdrojem fentanylu jsou náplasti získávané od nemocných lidí nebo nalezené v odpadu.

Ve městě se také objevují rizikovní uživatelé alkoholu. V tomto ohledu jsou zmiňovány zejména osoby bez přístřeší. Ve městě sice byla zavedena vyhláška o zákazu konzumace alkoholu na určitých místech, nicméně podle vyjádření respondentů nic neřeší. Většina lidí vykazujících znaky závislosti na alkoholu a bez přístřeší pokuty neplatí, protože je nemají z čeho platit. Gambleři se podle respondentů neobjevují, hazard se v souvislosti se zavedením vyhlášky v této oblasti z větší části přesunul za město.

Další látky jako kokain se objevují u lépe situovaných uživatelů a nejsou pozorována výrazná rizika spojená s jeho užíváním. Podobně se objevuje užívání LSD a MDMA, které je označováno jako „komunitní“ a v souvislosti s ním nejsou pozorována výrazná rizika. Zmiňován je výskyt automatu na Kratom (viz kapitola 2.10 Dostupnost a cena, distribuce a výroba návykových látek).

U dětí a mládeže se objevuje zejména užívání alkoholu, tabáku a konopí, které je označeno jako experimentování. Vážnější případy (i užívání pervitinu) jsou zaznamenány v rodinách, kde se objevuje vícegenerační užívání. Zmiňováno je shlukování dětí s horším socioekonomickým statusem, které nemají náplň volného času, v okolí obchodního domu Prior.

Potenciálně rizikovou skupinou jsou pracovníci v průmyslu v nově zřízené průmyslové zóně. Zatím sice nejsou v této oblasti zaznamenány žádné problémy, nicméně můžeme předpokládat, že se objeví. V průmyslových zónách mohou pracovat osoby přicházející za prací z jiných zemí. Tyto osoby se mohu ocitnout v tíživé situaci, ať už například v oblasti zaměstnání, zdravotního pojištění, pracovního povolení nebo bydlení. Těmto osobám také může scházet „záchranná síť“ osobních vztahů. Z těchto důvodů u nich může dojít k rozvoji rizikového užívání návykových látek.



## **Mariánské Lázně**

Respondenti popisují scénu v Mariánských Lázních jako uzavřenou s vysokou mírou sekundární výměny. Situace tedy zůstává stejná jako v roce 2017. Tehdy se scéna měla uzavřít z důvodu, že policie „zavřela“ většinu míst, kde se drogy vyráběly a prodávaly (Radimecký et al., 2017). Podle vyjádření jednoho z respondentů chodí „jeden, dva“ uživatelé vyměňovat injekční stříkačky pro další uživatele. Dále byly respondenty zmiňovány party dětí a mládeže, které užívají alkohol a pohybují se v místních parcích či chodí na diskotéky. Na diskotékách jsou podle vyjádření respondentů nezletilí označeni páskou, která slouží jako informace pro obsluhu, že jim nemá prodávat alkohol. Nicméně podle vyjádření respondentů tato opatření nejsou dostatečně účinná, protože jim alkohol může koupit někdo jiný nebo si ho zakoupí jinde.

## **Teplá**

Uživatelské scéna v Teplé je popisována jako uzavřená scéna s vysokou mírou sekundární výměny. Zde platí podobně jako v případě Mariánských Lázní, že taková scéna je špatně dostupná pro pracovníky služeb.

## **Aš**

Vliv blízkosti hranic s Německem působí na Chebsku nejsilněji zřejmě v Aši a jejím okolí. Podle našich respondentů se ve městě a jeho okolí objevuje pouliční sexbyznys a několik privátních nočních klubů, přičemž platí, že většina pracovníků v sexbyznysu zároveň užívá pervitin. Zmiňována je i existence „pasáků“, kteří mimo své úlohy v sexbyznysu mají být zapojeni i do distribuce drog Němcům. Pouliční pracovníci v sexbyznysu podle jednoho z respondentů obvykle za své služby účtují kolem 20 EUR a s postupem noci své služby musí zlevňovat tak, aby získaly nějaký výtěžek. Řada z nich bydlí na ubytovně, kde cena za jednu noc ve sdílené místnosti může překročit i 500 korun. Nedostatek dostupného bydlení ve městě má vliv i na práci v sexbyznysu a nutí pracovníce vydělávat vyšší částky, pokud nechtějí zůstat bez přístřeší.

V Aši je spíše uzavřenější drogová scéna, i když s prvky otevřené scény, užívání zpravidla neprobíhá ve veřejném prostoru. K distribuci drog může docházet i ve venkovních prostorách. Užíván je zejména pervitin. Mezi rizikové lokality patří ubytovny, okolí nádraží, ulice Chebská, Hlavní a Okružní. Zmíněno je i nově otevřené kasino. Někteří respondenti také popisují migraci obyvatelstva probíhající následujícím způsobem. Na počátku léta se přistěhují lidé, kteří se

zapojují do distribuce drog či sexbyznysu. V tomto ohledu je zmiňována i migrace z Chebu, kdy se objevil uživatel fentanylu. Nicméně podle informací z terénu komunita uživatelů „zpracovala“ zřejmě za použití násilí, a pak už se tento jev neměl objevit. Co se týče výroby a distribuce, tak je spíše přisuzována vietnamské komunitě. Nicméně předpokládána je i možnost existence spíše menších varen, kde vaří „Češi“. Podle jednoho z uživatelů těchto vaříčů ubývá a většina z nich je buďto ve výkonu trestu, nebo se odstěhovala. Pro návykové látky se podle některých respondentů jezdí mimo jiné do Chebu, což platí i pro okolní menší sídla. U dětí a mládeže se objevuje zejména vícegenerační užívání pervitinu v rodinách s nižším sociálním statusem.

Vlivem opatření namířených proti šíření onemocnění COVID-19 pervitin „trvalo déle sehnat“ a „prodávalo ho méně lidí“. Nicméně podle uživatelů zůstala celková dostupnost a cena obdobná. Dalším vlivem opatření bylo uzavírání scény uživatelů pervitinu a zvýšení skrytosti sexbyznysu.

Riziková konzumace alkoholu je podle vyjádření respondentů z řad pracovníků služeb a aktérů protidrogové politiky stabilní. Sice je ve městě zavedena vyhláška omezující konzumaci alkoholu, nicméně i tak se objevují zejména starší osoby bez přístřeší užívající alkohol. Respondenti popisují i aktuální zkušenost s hráči, kteří hrají online sázky.

### *Sokolovsko*

Respondenti popisují většinu lokalit na Sokolovsku jako rizikových. Jmenují zejména Kraslice, které mají podobně jako v roce 2017 (Radimecký et al., 2017) charakter spíše uzavřené scény. Mezi dalšími rizikové lokality patří Habartov, Horní Slavkov, Rotava a Rovná. Na rozdíl od Ašska je na Sokolovsku popisován postupný ústup sexbyznysu.

### **Sokolov**

Respondenti popisují situaci v Sokolově jako „vyhrocující se“, protože dochází k celkovému zhoršení situace, a to z důvodu uzavírání stěžejních zaměstnavatelů v oblasti těžby uhlí. S tím je spojován odliv zaměstnaneckých míst a střední vrstvy obyvatelstva.

Populace LDR se skládá zejména z nitrožilních uživatelů pervitinu. Průměrný věk klientů K-centra se spíše snižuje. Scéna, která byla v předchozí zprávě (Radimecký 2017) popisována jako polootevřená, je nyní popisována jako uzavřenější s trendem k postupnému uzavírání. To

platí zejména pro mladší uživatele, u kterých se těžko získává důvěra. Výjimečně se objevuje nasální užívání, zejména u mužů.

Co se týče výroby a distribuce pervitinu, tak je zmiňováno stahování vietnamských organizovaných skupin, i když patrně nadále zůstávají důležité. K výrobě pervitinu dochází na bytech a zejména v lesích. Jak je uvedeno výše, tak podle nejaktuálnějších dat došlo jedině v okrese Sokolov k nárůstu zaznamenaných varen. Drogy (zejména pervitin) jsou podle respondentů získávány i pomocí internetu a pošty.

Respondenti popisují i další formy rizikového chování. Hráči se podle respondentů nedostávají do K-centra, protože služby vnímají spíše jako určené pro LDR. Zaznamenáváno je i užívání konopí. Rizikové užívání alkoholu je ve vyšší míře zaznamenáváno nejen u osob bez přístřeší, ale i v dalších společenských skupinách. V období COVID-19 byla respondenty zaznamenávána kombinace užívání alkoholu a léků u žen. Pro Sokolov je typické, že ve městě podle respondentů zůstávají uživatelé alkoholu, kteří jsou dovezeni na místní záchytku.

V obci zřejmě narůstá závislostní chování mezi mládeží, ale i dětmi do 15 let. Objevuje se užívání konopí, ale i pervitinu, a to i v nitrožilní podobě. Nejedná se pouze o děti z vícegeneračních uživatelských rodin. Dále se na základních školách podle respondentů objevuje užívání alkoholu a v souvislosti s COVIDem se začalo u dětí více objevovat i rizikové chování v online prostoru. Mezi rizikové lokality patří ubytovny a okolí ulic Májová, Krušnohorská, Nádražní a Divadelní. Dále je zmiňováno okolí Tesca a Kauflandu.

### *Karlovarsko*

Na Karlovarsku jsou jako rizikové lokality zmiňovány mimo těch blíže diskutovaných zejména Chodov a Jáchymov. Chodov a vyloučená lokalita Železný dvůr byly také již zmiňovány v předchozích zprávách jako rizikové lokality (Radimecký et al., 2017). Chodov je spojován s romskými uživateli a se sexbyznysem. Jáchymov je také spojován se sexbyznysem a zdejší scéna je popisována zejména jako uzavřená a opatrná, případně jako polootevřená v okolí tržnice. Celkově je na Karlovarsku patrný trend uzavírání drogových scén na byty a ubytovny a vysoký počet sekundárních výměn. Tento trend se posílil i v období COVIDU. Objevuje se zejména užívání pervitinu, zmiňováno je i užívání konopí. Podle celé řady respondentů je patrný trend zvyšování počtu rizikových uživatelů alkoholu.

## **Karlovy Vary**

Respondenti zmiňují, že scéna v Karlových Varech je více uzavřená. Populaci LDR v kontaktu se službami tvoří dvě zhruba stejně početné skupiny převážně injekčních uživatelů pervitinu. První skupinu tvoří uživatelé se stabilním socioekonomickým zázemím, kteří využívají zejména výměnný program injekčních stříkaček. Druhou skupinu tvoří převážně lidé bez přístřeší, kteří využívají všech služeb K-centra. Za zdroj pervitinu jsou považovány zejména vietnamské skupiny. Mezi osobami bez přístřeší je podle respondentů zhruba 90 % závislých na alkoholu, kteří se objevují zejména v oblasti obou nádraží a opuštěných objektů. Oblast hazardního hraní je považována za lepší od té doby, co byla regulována vyhláškou. Mezi rizikové lokality patří ubytovny, ulice Charkovská a zejména Sokolovská, kde je řada heren, barů, zastaváren a v blízkosti je ruina bývalého pivovaru.

Prostředí noční zábavy není považováno za rizikové a noční život za utlumený. Výjimečně se objevuje užívání kokainu či syntetických katinonů, například mefedronu. Platí, že dostupnost těchto látek je vyšší, protože se zvýšila životní úroveň a cena zůstala přibližně stejná. Zmiňován je problém vysoké dostupnosti alkoholu a tabáku pro děti a mládež. Objevují se pravidelní uživatelé tabáku ve věku 13 až 14 let, výjimečně i ve věku 12 let. Objevují se i jednotlivé případy zkušenosti dětí s pervitinem.

## **Ostrov**

Populace LDR se skládá zejména z injekčních uživatelů pervitinu. V Ostrově je drogová scéna charakterizována jako uzavřenější, a to zvláště poté, co proběhl policejní zátah na uživatele. To konstatuje i předchozí zpráva z roku 2017 (Radimecký et al., 2017). V důsledku tohoto zátahu se scéna stáhla zejména do bytů a byl problém klienty kontaktovat. Mimo užívání pervitinu je zmiňováno i rizikové užívání alkoholu osobami bez přístřeší nebo s nízkým socioekonomickým statutem, které je z hlediska veřejnosti vnímáno jako problémové. Užívání konopí se podle respondentů v obci také objevuje. Za problémové jsou respondenty považovány zejména soukromé ubytovny, kde se koncentrují uživatelé návykových látek. Po ukončení opatření spojených s COVID-19 se objevovalo více podnapilých nezletilých pohybujících se v parcích.

### 3 SÍŤ SLUŽEB PRO OSOBY SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM

S užíváním návykových látek a dalšími formami závislostního chování je spojeno široké spektrum rizik a z nich vyplývajících potřeb, na jejichž snižování, resp. pokrývání se zaměřuje méně či více rozvinutá nabídka služeb a intervencí. Dle resortní příslušnosti se může jednat o sociální, zdravotní nebo školské služby. Z hlediska odbornosti služeb dále hraje zásadní roli, zda jde také o **adiktologické služby**, tj. specializované, multioborové služby zaměřené na prevenci a snižování rizik spojených se závislostním chováním.

Adiktologické služby jsou určeny osobám v různých fázích rozvoje závislostního chování, od osob ve spíše mírném riziku rozvoje závislostního chování, na které jsou cíleny programy primární prevence, přes aktivní uživatele návykových látek (případně osoby s problémy v oblasti nelátkových závislostí), kterým jsou určeny především nízkoprahové služby snižování rizik, až po osoby usilující o udržení abstinence, resp. změny závislostního chování v rámci léčby a následné péče.

Vedle adiktologických služeb se můžeme dále setkat se sociálními službami, mezi jejichž cílové skupiny patří podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách „osoby ohrožené závislostí“, nebo jsou využívány těmito osobami na základě toho, že spadají také mezi některou z dalších cílových skupin, například mezi „osoby ohrožené sociálním vyloučením“ nebo „osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy“. Zdravotní služby poskytující psychiatrickou a farmakoterapeutickou léčbu závislosti jsou poskytovány osobám s diagnostikovanými duševními poruchami a poruchami chování způsobenými užíváním psychoaktivních látek (diagnózy F10-F19 podle Mezinárodní klasifikace onemocnění) nebo nutkavými a impulzivními poruchami, mezi něž se řadí také patologické hráčství (diagnóza F63). Mezi školské služby patří v oblasti závislostí především programy primární prevence rizikového chování, které jsou poskytovány školní populaci s různou mírou ohrožení rizikovým chováním, mezi jehož významné formy patří také závislostní chování.

Všechny tyto služby je třeba vnímat nejen z hlediska jejich specifického zaměření, ale také v jejich vzájemném propojení a snažit se v něm identifikovat zvláště významné souvislosti, překryvy či mezery. K těmto účelům nám mohou dobře posloužit existující rozdělení služeb podle jejich institucionální příslušnosti, cílových skupin či převažujícího zaměření, neměly by však výsledný obraz sítě služeb zbytečně limitovat. V této analýze vycházíme především ze

základního rozdělení oblastí protidrogové politiky na primární prevenci, snižování rizik a léčbu a sociální začleňování, rozšiřujeme je nicméně o různé další související služby a intervence a současně z nich vyčleňujeme určité jejich složky (konkrétně zdravotní péči a sociální začleňování), jejichž uplatňování považujeme za více průřezové (tedy zasahující jak do oblasti snižování rizik, tak do oblasti léčby a následné péče).

## 3.1 Plánování a koordinace sítě služeb

### 3.1.1 Institucionální rámec plánování sítí adiktologických služeb v ČR

Základní právní rámec protidrogové politiky vymezuje **zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek**, který je v gesci Ministerstva zdravotnictví. Tento zákon ukládá vládě, ministerstvům a územním samosprávným celkům provádět opatření protidrogové politiky ve smyslu ochrany zdraví populace před škodlivými účinky návykových látek a návykového chování. Vláda podle něj provádí protidrogovou politiku na národní úrovni. Za tím účelem přijímá nejméně jednou za 10 let Národní strategii protidrogové politiky a podílí se na zajištění zde stanovených opatření ve spolupráci s ministerstvy. Kraje v samostatné působnosti provádějí protidrogovou politiku na svých územích a nejméně jednou za 10 let přijímají krajskou strategii protidrogové politiky.

Hlavním koordinačním a poradním orgánem vlády v oblasti protidrogové politiky je **Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky** (dále „RVKPP“), která působí v rámci Úřadu vlády ČR a je složena z ministrů relevantních ministerstev, zástupců odborných společností a zástupců krajů. RVKPP koordinuje realizaci strategických dokumentů protidrogové politiky a plnění úkolů v nich definovaných, koordinuje systémy zajištění kvality adiktologických služeb, financování protidrogové politiky, priority dotačních řízení jednotlivých resortů, metodicky vede krajské protidrogové koordinátory apod.

Aktuálním strategickým dokumentem určujícím podobu a směřování protidrogové politiky na celorepublikové úrovni je „Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027“, schválená usnesením vlády ČR č. 329 ze dne 13. května 2019. Národní strategie definuje 4 pilíře/oblasti protidrogové politiky, kterými jsou primární prevence, léčba a sociální začleňování, snižování rizik a snižování nabídky, resp. dostupnosti návykových látek, a 3 podpůrné oblasti: koordinace a financování, monitoring a hodnocení, mezinárodní spolupráce. Záběr všech čtyř pilířů je v posledních letech v souladu s tzv. integrovaným přístupem k protidrogové politice postupně rozšiřován také na legální návykové látky, zejm. tabák a alkohol, a nelátkové závislosti, zejm. problémové či patologické hráčství.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Tato integrace byla oficiálně schválena Usnesením vlády České republiky č. 1060 z 15. prosince 2014 ve smyslu revize „Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018“.

Implementačními nástroji národní strategie jsou 4 akční plány zaměřené na oblasti alkoholu, tabáku, nelegálních drog a hazardního hraní.

Z odborného hlediska je realizace opatření v protidrogové politice v oblasti snižování poptávky úzce spjata s vědním oborem **adiktologie** a s **adiktologickými službami**. Adiktologii můžeme definovat jako „interdisciplinární obor zaměřující se na prevenci, léčbu a/nebo minimalizaci poruch a nemocí souvisejících s užíváním návykových látek a poruch vznikajících v souvislosti s různými formami závislostního chování“ (Miovský (ed.), 2013, 9). Obor je jedinečně svázán s českým prostředím, explicitně nicméně vychází ze současných trendů v Evropské unii, které od roku 1993 udává zejména Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (Miovský, 2001, 3). Klíčovými aktéry na poli adiktologie jsou Klinika adiktologie při 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a odborné společnosti, zejm. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Česká asociace adiktologů a Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním.

Jednotlivé aspekty odborné způsobilosti služeb v oblasti adiktologie podrobně popisují **Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby**. Naplnění těchto standardů je kontrolováno v rámci místních šetření ve službách a je podmínkou udělení certifikace odborné způsobilosti, které představuje jedno z hlavních kritérií zařazování služeb do dotačního programu „Protidrogová politika“ Úřadu vlády ČR, prostřednictvím kterého RVKPP rozděluje službám prostředky z veřejného rozpočtu.

Na krajské a místní úrovni zajišťují realizaci protidrogové politiky **krajští a místní protidrogoví koordinátoři**. Koordinátoři vyhodnocují prováděná opatření protidrogové politiky na území jednotlivých krajů, resp. měst a obcí s rozšířenou působností, a podílejí se na jejich aktualizaci na základě potřeb identifikovaných ve spolupráci s centrálními institucemi. Hrají také rozhodující úlohu při zpracovávání krajských koncepcí protidrogové politiky, které koncepčně vycházejí z národní strategie protidrogové politiky a dále zahrnují analýzu současného stavu v oblasti užívání návykových látek, popř. nelátkových závislostí v regionu, přehled poskytovaných služeb včetně jejich financování a rozbor jejich institucionálního zázemí, a také tzv. návrhovou část, kde jsou stanovovány vize a cíle a koncepce. V krajských koncepcích jsou rovněž uvedeny jednotlivé aktivity kraje v oblasti protidrogové politiky. Kompetence protidrogových koordinátorů byly donedávna ukotveny také legislativně, z nového zákona č.



65/2017 Sb. však vypadly a zřizování funkce protidrogových koordinátorů přestalo být pro kraje a samosprávy povinné.

Vedle svého začlenění do systému protidrogové politiky jsou adiktologické služby také součástí resortních institucionálních rámců, zejm. systému sociálních služeb, systému zdravotních služeb a vzdělávacího systému. Tyto rámce mají vlastní systémy hodnocení kvality, resp. odborné způsobilosti služeb, vlastní strategické dokumenty i vlastní mechanismy koordinace a financování služeb.

Adiktologické služby, které jsou registrovány jako sociální služby, jsou na úrovni krajů v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách zařazovány do krajských sítí sociálních služeb, definovaných ve Střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb a navazujících akčních plánech, a financovány prostřednictvím programů pro poskytování finančních prostředků na zajištění sociálních služeb. V některých krajích je jako kritérium zařazování služeb do sítě uplatňována certifikace služeb podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP.

Adiktologické zdravotní služby, které mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, jsou v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění zařazovány do sítí smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny. Zařazování probíhá na základě výběrového řízení, které navrhuje zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru a které vyhláší krajský úřad, v Praze Magistrát hlavního města Prahy.

Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních stanovuje povinnost realizovat primární prevenci rizikového chování na několika úrovních vzdělávacího systému. Na základních a středních školách zodpovídají za realizaci primární prevence školní metodici prevence, na úrovni okresů působí metodici prevence v rámci pedagogicko-psychologických poraden, na úrovni krajů krajští koordinátoři prevence, z centrální úrovně dále koordinuje realizaci primární prevence Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT).

V rámci vzdělávacího systému jsou programy primární prevence rizikového chování financovány z dotačního programu MŠMT na poskytování aktivit v oblasti primární prevence rizikového chování. Prostředky z tohoto programu jsou rozdělovány krajům, školám a

školským zařízením a dalším subjektům včetně nestátních neziskových organizací. K hodnocení odborné způsobilosti poskytovatelů primární prevence slouží **Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování** (dále „Standardy odborné způsobilosti MŠMT“).

Programy primární prevence jsou dlouhodobě podporovány i z dotačního řízení RVKPP. V r. 2019 byla významná část finančních prostředků na primární prevenci rizikového chování převedena do dotačního řízení RVKPP, mimo jiné prostředky pro všechny organizace, které poskytují programy primární prevence rizikového chování a zároveň poskytují i jiné adiktologické služby podporované z dotačního řízení RVKPP. V rámci revize Standardů odborné způsobilosti RVKPP z r. 2021 byl pak definován nový typ adiktologické služby – „adiktologické preventivní služby“ – a byl pro něj vytvořen odpovídající standard odborné způsobilosti, podle kterého by měly být tyto služby do budoucna certifikovány. Tato revize se nicméně dosud nepromítla do institucionální praxe, v současnosti jsou tak všechny preventivní služby stále certifikovány podle Standardů odborné způsobilosti MŠMT jakožto programy primární prevence rizikového chování.

### 3.1.2 Plánování a koordinace sítě adiktologických služeb v Karlovarském kraji

V rámci krajského úřadu Karlovarského kraje je pozice krajského koordinátora protidrogové politiky pracovně zařazena na Odbor bezpečnosti a krizového řízení. V době zahájení realizace analýzy nebyla pozice krajského koordinátora obsazena, nová koordinátorka zahájila své působení 1. 11. 2021. Poradní orgán v podobě Krajské protidrogové komise není a v nejbližší době nebude zřízen, jeho funkci aktuálně zastává **Komise bezpečnosti a prevence kriminality**. Dále je zřízena **Pracovní skupina protidrogové prevence v Karlovarském kraji**, v níž jsou zastoupeni odborníci z různých oblastí protidrogové politiky.

V r. 2020 byla schválena „Krajská protidrogová koncepce Karlovarského kraje na léta 2020-2024“, v níž jsou vymezeny aktuální záměry a cíle protidrogové politiky Karlovarského kraje. Na místní úrovni aktivně utváří protidrogovou politiku především město Cheb, které také jako jediná obec v Karlovarském kraji zpracovává vlastní ucelené koncepce protidrogové politiky, aktuálně v podobě „Koncepce města v Chebu v oblasti protidrogové politiky a ostatních patologických závislostí 2020-2022“.

V 6 ze 7 ORP Karlovarského kraje je v současnosti zřízena pozice místního koordinátora protidrogové politiky. V některých případech jsou však na tuto pozici nasmlouvány velmi nízké úvazky a pověřené osoby mají často omezenou kapacitu věnovat se agendě protidrogové politiky. Z jednotlivých ORP je třeba opět vyzdvihnout činnost koordinátora ORP Cheb, který je perfektně zorientovaný v problematice a aktivně spolupracuje s různými aktéry zapojenými do poskytování pomoci osobám se závislostním chováním. Tímto dojmem do značné míry působila i koordinátorka ORP Aš, jejíž úvazek (0,1) by nicméně mohl být posílen.

Relativně nízký je vzhledem k vážnosti místní situace v oblasti závislostí úvazek koordinátora ORP Sokolov (0,02), na druhé straně lze předpokládat, že problémy spojenými se závislostním chováním se koordinátor zabývá i v rámci své běžné agendy, kterou je práce s osobami ohroženými sociálním vyloučením. Jako dostatečný se jeví úvazek koordinátorky ORP Kraslice (0,5), za víceméně adekvátní lze považovat nastavení úvazků koordinátorů v Karlových Varech a Ostrově. V podobném rozsahu (0,2 až 0,3 úvazku) by bylo vhodné zřídit tuto pozici v ORP Mariánské lázně, kde v současnosti zcela chybí.

**Tabulka 22 Místní koordinátoři protidrogové politiky v Karlovarském kraji r. 2020 (zdroj: Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v Karlovarském kraji v r. 2020)**

ORP	Zařazení ve struktuře obecního úřadu a další činnost	Úvazek
Cheb	Protidrogový koordinátor a veřejný opatrovník	0,5
Sokolov	Sociální kurátor	0,02
Ostrov	Preventistka Městské policie Ostrov	0,3
Aš	Manažerka prevence kriminality	0,1
Kraslice	Protidrogová koordinátorka	0,5
Karlovy Vary	Protidrogová koordinátorka/manažerka prevence kriminality	0,2
Mariánské lázně	-	-

### 3.1.3 Financování adiktologických služeb v Karlovarském kraji

Financování aktivit a služeb v oblasti závislostí poskytovaných na území Karlovarského kraje je realizováno na centrální, krajské i místní úrovni. **Z centrální úrovně** jsou adiktologické služby financovány především z dotačního titulu „Protidrogová politika“ z rozpočtové kapitoly Úřadu vlády ČR. Tento dotační titul je určen na podporu preventivních programů (všeobecné, selektivní a indikované prevence), nízkoprahových, poradenských, ambulantních (včetně substituční léčby) a rezidenčních programů v různých typech adiktologických služeb (včetně

služeb pro uživatele drog ve výkonu trestu a ve vazbě), kde cílovou skupinou jsou osoby se závislostním chováním a/nebo osoby ohrožené závislostním chováním a jejich osoby blízké. Z dotačního titulu lze financovat také informační aktivity a práci s veřejností, monitorovací a výzkumné projekty v oblasti závislostí. V posledních letech jsou v rámci tohoto dotačního titulu poskytovány také víceleté dotace, které pro služby potenciálně znamenají stabilnější fungování či možnost dlouhodobějšího plánování dalšího rozvoje. V rámci Karlovarského kraje byly ovšem dosud adiktologickým službám poskytovány pouze standardní jednoleté dotace.

Dalším dotačním titulem, který lze využít na podporu protidrogové politiky je „Program prevence kriminality na místní úrovni“, který vyhláší Ministerstvo vnitra ČR. Oprávněnými žadateli jsou v tomto případě obce a kraje. Projekty jsou podporovány v souladu s „Národní strategií prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027“. Mezi podporované aktivity patří tvorba analýz, síťování partnerů a vzdělávání vlastních zaměstnanců žadatele v oblasti protidrogové prevence.

**Tabulka 22 Finanční prostředky poskytnuté adiktologickým službám v Karlovarském kraji v letech 2020 a 2021 v rámci dotačního titulu „Protidrogová politika“ Úřadu vlády ČR (zdroj: veřejně dostupné přehledy schválených dotací Úřadu vlády ČR)**

	2020	2021
K-centrum Cheb	628 000	628 000
K-centrum Sokolov	542 000	558 000
Terénní programy KOTEC	702 000	702 000
K-centrum Karlovy Vary	1 332 000	1 352 000
Terénní program Karlovy Vary	493 000	475 000
Poradna Světlo (Karlovy Vary)	506 509*	506 509*
Následná péče (Cheb, Sokolov)	565 000	554 000

\* Jedná se o částku vyčleněnou na Poradnu Světlo v Karlových Varech z částky 1 184 000 Kč, která byla celkem vyčleněna v rámci dotačního řízení na tento projekt.

**Na krajské úrovni** v současnosti není krajem vypsan žádný dotační program zaměřený specificky na financování protidrogové politiky, resp. adiktologických služeb. Financování této oblasti probíhá z velké části multiresortně v rámci několika různých dotačních programů. Největší část je pokryta z **Programu pro poskytování finančních prostředků na zajištění sociálních služeb**, který administruje Odbor sociálních věcí. V rámci tohoto programu

poskytuje MPSV v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách krajům ze státního rozpočtu účelově určenou dotaci na financování běžných výdajů služeb. Výši dotace navrhuje individuálně každý kraj na základě svého Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, rovněž je stanoven podíl kraje na financování sociálních služeb – pro Karlovarský kraj je to aktuálně 3,4 %. Prostředky zajišťované MPSV jsou níže označeny jako neinvestiční dotace 1 (ND 1). Podíl kraje na financování, tedy prostředky poskytované přímo z krajského rozpočtu, je označen jako neinvestiční dotace 2 (ND 2).

V roce 2020 byla ke dni 5. 8. 2020 Karlovarskému kraji poskytnuta dotace z kapitoly 313 – MPSV státního rozpočtu ve výši 598 311 998 Kč, z toho na adiktologické služby připadlo 13 099 100 Kč. Z rozpočtu Karlovarského kraje bylo poskytnuto 24 621 500 Kč, z toho 1 654 100 Kč bylo rozděleno adiktologickým službám.

**Tabulka 23 Finanční prostředky rozdělené v oblasti protidrogové politiky v rámci Programu pro poskytování finančních prostředků na zajištění sociálních služeb v roce 2020 (zdroj: materiál poskytnutý krajskou protidrogovou koordinátorkou)**

Poskytovatel, typ a ID služby	Rozdělení finančních prostředků v rámci Programu			
	ND 1	ND 2	Dofinancování	Navýšení ND 1
KOTEC o.p.s., kontaktní centra, ID 3832437	538 800	131 400	0	-
KOTEC o.p.s., kontaktní centra, ID 7105759	667 900	100 000	0	-
KOTEC o.p.s., terénní programy, ID 3752319	2 181 900	124 000	0	-
KOTEC o.p.s., terénní programy, ID 3830970	2 060 500	280 000	0	-
KOTEC o.p.s., terénní programy, ID 7598166	484 000	32 600	0	-
Světlo Kadaň z.s., kontaktní centra, ID 8680556	1 736 200	398 300	0	-
Světlo Kadaň z.s., odborné sociální poradenství, ID 6964061	572 100	34 400	0	-
Světlo Kadaň z.s., terénní programy ID 2449753	1 086 600	252 500	0	-
Světlo Kadaň z.s., terénní programy ID 8557743	3 771 100	227 100	73 800	-
Celkem	13 099 100	1 580 300	73 800	0

V roce 2021 byla ke dni zveřejnění programu Karlovarskému kraji poskytnuta dotace z kapitoly 313 – MPSV státního rozpočtu ve výši 710 314 313 Kč, adiktologickým službám bylo rozděleno

14 463 300 Kč. Karlovarský kraj vynaložil ze svého rozpočtu celkem 47 723 700 Kč, z toho na adiktologické služby připadalo 1 959 300 Kč.

**Tabulka 24 Finanční prostředky rozdělené v oblasti protidrogové politiky v rámci Programu pro poskytování finančních prostředků na zajištění sociálních služeb v roce 2021 (zdroj: materiál poskytnutý krajskou protidrogovou koordinátorkou)**

Poskytovatel, druh a ID služby	Rozdělení finančních prostředků v rámci Programu			
	ND 1	ND 2	Dofinancování	Navýšení ND 1
KOTEC o.p.s., kontaktní centra, ID 3832437	476 100	135 000	0	0
KOTEC o.p.s., kontaktní centra, ID 7105759	719 200	100 000	13 700	0
KOTEC o.p.s., terénní programy, ID 3752319	2 051 800	146 500	0	82 900
KOTEC o.p.s., terénní programy, ID 3830970	1 994 000	355 100	0	80 600
KOTEC o.p.s., terénní programy, ID 7598166	513 500	38 000	11 700	0
Světlo Kadaň z.s., kontaktní centra, ID 8680556	1 863 900	388 300	41 600	123 800
Světlo Kadaň z.s., odborné sociální poradenství, ID 6964061	749 100	44 100	27 700	49 700
Světlo Kadaň z.s., terénní programy ID 2449753	1 171 500	266 300	38 100	77 800
Světlo Kadaň z.s., terénní programy ID 8557743	4 228 400	249 200	104 000	281 000
<b>Celkem</b>	<b>13 767 500</b>	<b>1 722 500</b>	<b>236 800</b>	<b>695 800</b>

Programy primární prevence rizikového chování mohly v předchozích letech čerpat podporu z **Programu na poskytování dotací z rozpočtu Karlovarského kraje na podporu aktivit v oblasti prevence rizikového chování dětí a mládeže** (celkový objem 300 000 Kč, maximálně 40 000 Kč na žadatele), Zastupitelstvo Karlovarského kraje však dne 8. 3. 2021 usnesením č. ZK 53/03/21 rozhodlo o zrušení vyhlášení a administrace tohoto dotačního programu pro rok 2021, podobně jako v roce 2020. Důvodem pro zrušení administrace tohoto programu v roce 2020 a 2021 byla epidemiologická situace v České republice související s šířením nemoci COVID-19, v jehož důsledku došlo k významnému omezení školních aktivit a poté i úplnému uzavření škol. Tento program administruje Odbor školství, mládeže a tělovýchovy.

Zachována zůstala i v posledních letech podpora preventivních aktivit prostřednictvím **Programu pro poskytování dotací z rozpočtu Karlovarského kraje na podporu aktivit**

**v oblasti prevence kriminality.** Administraci má na starosti Odbor bezpečnosti a krizového řízení. Na podporu Programu je každoročně alokována finanční podpora ve výši 1 200 000 Kč. Pro rok 2022 je plánována finanční podpora ve výši 1 500 000 Kč.

**Tabulka 25 Finanční prostředky rozdělené v oblasti protidrogové politiky v rámci Programu pro poskytování dotací z rozpočtu Karlovarského kraje na podporu aktivit v oblasti prevence kriminality v letech 2020 a 2021 (zdroj: materiál poskytnutý krajskou koordinátorkou protidrogové politiky)**

Projekt	Poskytovatel	2020	2021
Světlem k prevenci	Světlo Kadaň z.s.	173 400	145 500
Revolution Train	Nadační fond Nové Česko	195 900	0
Celkem		369 300	145 500

V rámci **Programů pro poskytování dotací z rozpočtu Karlovarského kraje na podporu aktivit v oblasti prevence kriminality** je rovněž každoročně podporována řada projektů, které jsou zaměřeny kombinovaně na prevenci závislostního chování a prevenci kriminality. Jedná se například o projekt Notes strážníka Pavla (vybrané městské policie v Karlovarském kraji), MAJÁK – cesta bezpečí (Dětský úsvit, z. s.), či Motivace dětí a mládeže aneb „Šťěstí přeje připraveným" 2021 (Stáj Prima horseland z.s.).

Na aktivity směřující k eliminaci zdraví škodlivého chování (drogy, tabák, alkohol) je dále určen **Program pro poskytování dotací z rozpočtu Karlovarského kraje na podporu zdravotnické osvěty, výchovy a zmírňování následků onemocnění**, na nějž bylo v roce 2021 z rozpočtu Karlovarského kraje vyčleněno 400 000 Kč, v roce 2022 je plánováno navýšení na 800 000 Kč. Za administraci zodpovídá odbor zdravotnictví.

Činnost **Protialkoholní záchytné stanice Sokolov** je dotována zřizovatelem stanice, kterým je Karlovarský kraj. Pobyt v tomto zařízení není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, úhrada je účtována přímo zde umístěným osobám. Vymahatelnost pohledávek za úhradu pobytu na stanici je dlouhodobě nízká, pohybuje se mezi 25 a 30 %, nevymahatelné pohledávky jdou k tíži zřizovateli. Cena za pobyt je stejná od roku 2005, jde o 3 400 Kč.

**Tabulka 26 Hospodářské výsledky PZS za rok 2020 (zdroj: materiál poskytnutý krajskou protidrogovou koordinátorkou)**

<b>Počet zachycených osob</b>	357
<b>Celkové náklady</b>	6 739 831 Kč
<b>Celkové výnosy</b>	1 536 864 Kč
<b>Ztráta</b>	-5 202 967 Kč

**Na místní úrovni** obce využívají k financování služeb v oblasti protidrogové politiky vlastní dotační tituly a grantová řízení, menší obce také jednorázové příspěvky na základě oboustranných smluv. Podíl na financování ze strany obcí je dobrovolný. V roce 2020 vydaly obce ze svých rozpočtů na politiku v oblasti závislostí celkem 1 335 000 Kč (viz Tabulka 27).

**Tabulka 27 – Tabulka výdajů z rozpočtů obcí na oblast závislostí v roce 2020 (zdroj: materiál poskytnutý krajskou protidrogovou koordinátorkou)**

<b>Obec</b>	<b>Projekt</b>	<b>Realizátor</b>	<b>Výše výdajů z rozpočtu obce na politiku v oblasti závislostí</b>
<b>Karlovy Vary</b>	Světlem k prevenci	Světlo Kadaň z.s.	72 000
	Poradna Světlo	Světlo Kadaň z.s.	22 000
	Terénní program Karlovarsko	Světlo Kadaň z.s.	58 000
	K-centrum Karlovy Vary	Světlo Kadaň z.s.	250 000
	Krizové centrum	Res Vitae, z.s.	58 000
<b>Cheb</b>	K-centrum Cheb	KOTEC o.p.s.	200 000
	Terénní program Chebsko	KOTEC o.p.s.	50 000
	Světlem k prevenci	Světlo Kadaň z.s.	217 000
<b>Mariánské Lázně</b>	Terénní program a další aktivity	KOTEC o.p.s.	100 000
<b>Sokolov</b>	K-Centrum Sokolov	KOTEC o.p.s.	130 000
<b>Chodov</b>	Terénní program Karlovarsko	Světlo Kadaň z.s.	70 000
<b>Kraslice</b>	Revolution Train	Nadační fond Nové Česko	108 000
	Testování na HIV, žloutenku atd. + prezentace	KOTEC o.p.s.	5 000
<b>Ostrov</b>	Terénní program Karlovarsko	Světlo Kadaň z.s.	30 000
<b>Nejdek</b>	Revolution Train	Nadační fond Nové Česko	110 000
<b>Celkem</b>			1 475 000



Celkové výdaje na oblast závislostí z krajského rozpočtu i rozpočtu obcí činily v Karlovarském kraji v roce 2020 10 238 231 Kč. Z krajského rozpočtu bylo vynaloženo 8 763 231 Kč,<sup>3</sup> z toho výraznou většinu tvořily výdaje spojené s chodem Protialkoholní záchytné stanice, jejímž zřizovatelem je Karlovarský kraj (6 739 831 Kč), ostatní výdaje činily 2 023 400 Kč. Obce vydaly na politiku závislostí v roce 2020 celkem 1 475 000 Kč.

### 3.1.4 Shrnutí a doporučení

V době zahájení realizace analýzy nebyla obsazena pozice krajského protidrogového koordinátora, mezitím nicméně již došlo k uzavření spolupráce s novou koordinátorkou, která zahájila své působení 1. 11. 2021. Nadále bude v Karlovarském kraji chybět Krajská protidrogová komise, jejíž funkci aktuálně zastává Komise bezpečnosti a prevence kriminality. **Při této komisi je zřízena Pracovní skupina protidrogové prevence složená z odborníků v oblasti závislostí a protidrogové politiky, do budoucna by nicméně bylo vhodné posílit zastoupení těchto odborníků přímo v Komisi pro bezpečnost a prevenci kriminality a posílit tak jejich vliv na další rozvoj krajské protidrogové politiky a krajské sítě služeb.**

Pozice místního protidrogového koordinátora je v současnosti zřízena ve všech ORP Karlovarského kraje s výjimkou ORP Mariánské lázně. **Vzhledem k tomu, že i v tomto ORP se nachází nezanedbatelná populace osob se závislostním chováním, lze jednoznačně doporučit, aby i zde v budoucnu působil místní protidrogový koordinátor. Namísto je uvažovat také o navýšení úvazku místního protidrogového koordinátora ORP Sokolov.**

Z krajské úrovně je protidrogová politika Karlovarského kraje financována především z Programu pro poskytování finančních prostředků na zajištění sociálních služeb, ve výrazně nižším rozsahu také z Programu pro poskytování dotací z rozpočtu Karlovarského kraje na podporu aktivit v oblasti prevence kriminality. **S ohledem na situaci spojenou s pandemií COVID-19 byly v posledních dvou letech zrušeny dotační výzvy Programu na poskytování dotací z rozpočtu Karlovarského kraje na podporu aktivit v oblasti prevence rizikového chování dětí a mládeže. Umožní-li to epidemiologická situace, měl by kraj usilovat o obnovení tohoto dotačního programu, v ideálním případě již na rok 2022.**

---

<sup>3</sup> Do této částky nejsou započítány prostředky poskytované MPSV krajům ze státního rozpočtu na podporu sociálních služeb, ale pouze prostředky z krajského rozpočtu, kterými se na této podpoře podílí kraj

Projekty v oblasti protidrogové politiky jsou dále financovány z rozpočtů obcí a rovněž z centrální úrovně, zejména prostřednictvím dotačního titulu „Protidrogová politika“ z rozpočtové kapitoly Úřadu vlády ČR, který aktuálně poskytuje dotace všem adiktologickým službám na území Karlovarského kraje. Dosud se jednalo o jednoleté dotace, v rámci tohoto dotačního titulu byly však v posledních letech v některých krajích poskytovány rovněž víceleté dotace, které pro služby potenciálně znamenají stabilnější fungování či možnost dlouhodobějšího plánování dalšího rozvoje. Bude-li to v následujících letech možné, také služby na území Karlovarského kraje by měly v rámci dotačních řízení RVKPP aktivně usilovat o přechod k víceletému financování.

## 3.2 Prevence rizikového chování

Primární prevence představuje jednu ze čtyř klíčových složek (pilířů), které společně definují strategické směřování české protidrogové politiky. Z odborného hlediska je nicméně primární prevence v oblasti závislostí vždy pojímána jako součást širšího celku primární prevence rizikového chování, který je v rámci ČR institucionálně zakotven především ve vzdělávacím systému.

Toto zakotvení má své jednoznačné opodstatnění ve skutečnosti, že převážná část primární prevence rizikového chování je cílena na školní populaci. Školská primární prevence je realizována buď interně, tj. s využitím vlastních zdrojů školských zařízení (případně s podporou ze strany dalších výše uvedených orgánů), nebo prostřednictvím externích poskytovatelů preventivních programů. K hodnocení odborné způsobilosti těchto poskytovatelů slouží již zmíněné Standardy odborné způsobilosti MŠMT.

Mezi další cílové skupiny, kterým mohou být určeny programy primární prevence, patří pedagogičtí pracovníci a další aktéři pracující s dětmi a mládeží, zaměstnavatelé, senioři či jiné ohrožené skupiny obyvatelstva. Výrazná menšina programů je určena široké veřejnosti. Na tuto cílovou skupinu jsou více zaměřeny aktivity v oblasti prevence kriminality, které mají však určitý přesah i do oblasti primární prevence rizikového chování.

Primární prevenci rizikového chování můžeme rozdělit na všeobecnou prevenci, zaměřenou na osoby v nízkém riziku rozvoje rizikového chování, selektivní prevenci, určenou osobám ve středním až vysokém riziku, a indikovanou prevenci, která je poskytována osobám nacházejícím se již v raných stádiích rozvoje rizikového chování. U cílové skupiny dětí a mládeže je zejména v kontextu selektivní a indikované prevence důležitá návaznost primární prevence na další služby a intervence, které mohou být poskytovány v případech, kdy jsou již zpozorovány nějaké varovné znaky indikující výskyt rizikového chování, nebo je tento výskyt již přímo zachycen.

Poradenské služby v této oblasti by měly v nějakém rozsahu být poskytovány ve všech výše zmíněných školských zařízeních, tzn. jak v pedagogicko-psychologických poradnách a střediscích výchovné péče, tak přímo v rámci základních a středních škol. Dětem ohroženým rizikovým chováním jsou dále určeny sociální služby typu nízkoprahových zařízení pro děti a

mládež, které se primárně zaměřují na realizaci volnočasových aktivit a poskytování sociálního zázemí těmto dětem, případně rovněž na prevenci a poradenství. Pokud jde o výskyt konkrétně závislostního chování u dětí a mládeže, významnou roli hraje spolupráce s dětskými psychiatry a adiktologickými službami pracujícími s dětmi a mládeží. Do řešení případů výskytu závislostního chování jsou dále v souladu s metodickým pokynem MŠMT zapojováni zástupci policie a orgánů sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD).

### 3.2.1 Školská primární prevence rizikového chování

Základní údaje o realizaci školské primární prevence můžeme nalézt ve výkazech SEPA, se kterými ovšem pracuje výrazná menšina školních metodiků prevence v Karlovarském kraji. Ve školním roce 2019/2020 vyplnilo výkaz SEPA pouze 51 z celkového počtu 138 škol v Karlovarském kraji (106 základních škol a 32 středních škol, tj. 37 % škol, z toho dále pouze 44 škol mělo v tomto roce výkaz uzavřený, tj. kompletně zpracovaný. Výkaz vyplnily pouze školy nacházející se v ORP Karlovy Vary, Sokolov a Cheb. V rámci dotazníkového šetření, které jsme provedli mezi školními metodiky prevence a dalšími osobami odpovědnými za realizaci primární prevence na školách, jsme dále získali data od 70 škol, mezi nimiž byly zastoupeny všechny ORP Karlovarského kraje (viz Tabulka 28).

**Tabulka 28 ORP respondentů-zástupců škol (zdroj: vlastní zpracování)**

	N	%
Aš	4	6
Cheb	13	19
Karlovy Vary	23	33
Kraslice	3	4
Mariánské lázně	7	10
Ostrov	4	6
Sokolov	16	23
Celkem	70	100

Jak ukazují statistiky výkazů SEPA i složení vzorku respondentů našeho dotazníkového šetření, funkce školního metodika prevence se zpravidla překrývá s dalšími funkcemi v rámci školského zařízení, nejčastěji s funkcí třídního učitele a učitelky. V praxi to v mnoha případech znamená relativně omezenou kapacitu školních metodiků prevence věnovat se realizaci primární

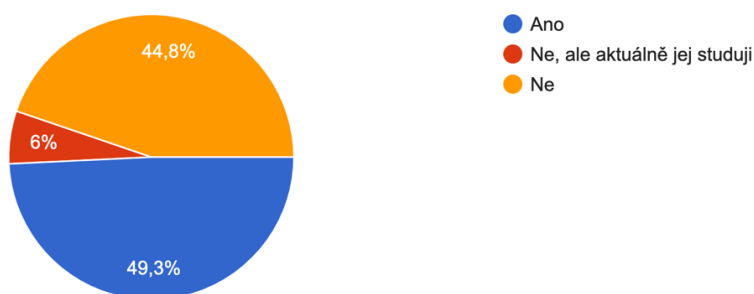
prevence, s níž dále souvisí také omezené možnosti metodiků vzdělávat se v oblasti primární prevence. Významná část metodiků je rovněž za výkon této funkce jen málo nebo vůbec finančně ohodnocena. Snížení úvazku na výuku a více času na výkon funkce školního metodika prevence byly v dotazníkovém šetření uváděny jako nejčastější podněty ke zlepšení aktuální situace v oblasti poskytování školské primární prevence

Z výsledků dotazníkového šetření dále vyplynulo, že pouze 49,3 % metodiků mělo v roce 2021 ukončené akreditované studium k výkonu specializovaných činností pro školní metodiky prevence podle vyhlášky č. 317/2005 Sb. (Dalších 6 % uvedlo, že jej aktuálně studuje.) To je poměrně nízké číslo, téměř přesně však odpovídá celorepublikovému průměru (49,4 %). Je nicméně pravděpodobné, že údaj z dotazníkového šetření je mírně nadhodnocený, a to s ohledem na souvislost mezi celkově vyšší aktivitou metodiků v oblasti primární prevence a jejich ochotou vyplnit dotazník. Tento předpoklad podporují i údaje ze statistik výkazů SEPA ze školních let 2018-2019 a 2019-2020, podle kterých je metodiků s ukončeným akreditovaným studiem v Karlovarském kraji pouze 37 % (viz Tabulka 29).

**Graf 16 Podíl školních metodiků prevence v Karlovarském kraji s ukončeným akreditovaným studiem k výkonu specializovaných činností pro školní metodiky prevence podle vyhlášky č. 317/2005 Sb. (zdroj: vlastní dotazníkové šetření mezi zástupci základních a středních škol)**

5) Máte ukončené akreditované studium k výkonu specializovaných činností pro školní metodiky prevence podle vyhlášky č. 317/2005 Sb.?

67 odpovědí



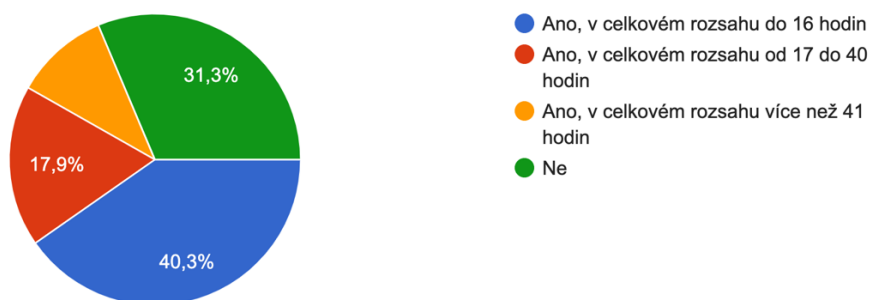
**Tabulka 29 Metodici s ukončeným akreditovaným studiem k výkonu specializovaných činností**

	SEPA 2018-2019		SEPA 2019-2020		Dotazníkové šetření 2021	
	počet	podíl (%)	počet	podíl (%)	počet	podíl (%)
<b>Ano</b>	10	37 %	19	37 %	33	49 %
<b>Aktuálně studuji</b>	6	22 %	6	12 %	4	6 %
<b>Ne</b>	11	41 %	23	45 %	30	45 %

69 % metodiků uvedlo, že alespoň v nějakém rozsahu absolvovali v posledních třech letech nějaké akreditované vzdělávací kurzy k tématu prevence rizikového chování, ovšem pouze 40 % v rozsahu menším než 16 hodin (srovnání s údaji SEPA viz tabulka 30). 30 % metodiků uvedlo, že má v nějakém rozsahu zajištěnou externí odbornou supervizi, což je o něco více než v rámci celé ČR (24,1 %). 45 % respondentů uvedlo, že supervizi nemá, ale mělo by o ni zájem (srovnání s údaji SEPA viz Tabulka 31)

**Graf 17 Rozsah absolvovaných akreditovaných vzdělávacích kurzů k tématu primární prevence rizikového chování u školních metodiků prevence v Karlovarském kraji (zdroj: vlastní dotazníkové šetření mezi zástupci základních a středních škol)**

6) Absolvoval/a jste nad rámec studia vymezeného vyhláškou č. 317/2005 Sb. v posledních třech letech nějaké akreditované vzdělávací kurzy, se...ky k tématu primární prevence rizikového chování?  
67 odpovědí



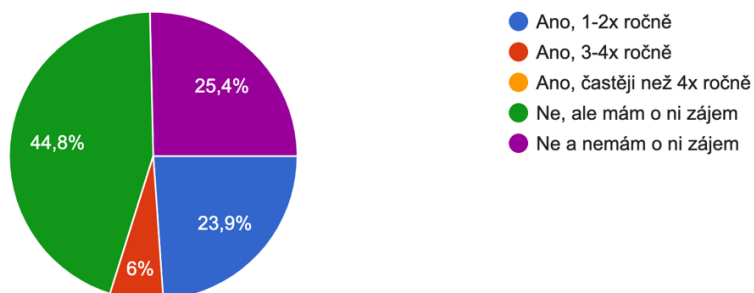
**Tabulka 30 Metodici s absolvovanými akreditovanými vzdělávacími kurzy primární prevence (zdroj: vlastní zpracování)**

	SEPA 2018-2019		SEPA 2019-2020		Dotazníkové šetření 2021	
	počet	podíl (%)	počet	podíl (%)	počet	podíl (%)
> 41 hodin	5	19 %	7	14 %	7	11 %
17 až 40 hodin	9	33 %	9	18 %	12	18 %
< 16 hodin	10	37 %	19	37 %	27	40 %
Žádné	3	11 %	12	24 %	21	31 %

**Graf 18 Rozsah provádění externí odborné supervize u školních metodiků prevence v Karlovarském kraji (zdroj: vlastní dotazníkové šetření mezi zástupci základních a středních škol)**

7) Máte jako školní metodik prevence externí odbornou supervizi?

67 odpovědí



**Tabulka 31 Metodici s externí odbornou supervizí (zdroj: vlastní zpracování)**

	SEPA 2018-2019		SEPA 2019-2020		Dotazníkové šetření 2021	
	počet	podíl (%)	počet	podíl (%)	počet	podíl (%)
<b>&gt; 4x ročně</b>	1	4 %	1	2 %	-	-
<b>3-4x ročně</b>	1	4 %	2	4 %	4	6 %
<b>1-2x ročně</b>	10	37 %	12	24 %	16	24 %
<b>ne, ale zájem</b>	13	48 %	17	33 %	30	45 %
<b>ne a nezájem</b>	2	7 %	16	31 %	17	25 %

Podle údajů SEPA ze školního roku 2019/2020 realizovaly v tomto školním roce nejvíce programů primární prevence (26,6 %) samotné školy, z externích poskytovatelů šlo nejčastěji o nestátní organizace (21,5 %), dále Policii ČR a městskou policii (11,3 % a 14,1 %). Pouze 14,7 % z realizovaných programů disponovalo certifikátem odborné způsobilosti MŠMT.

**Tabulka 32 Realizátoři školské primární prevence (zdroj: Statistika výkazů preventivních aktivit v Karlovarském kraji za šk. r. 2019/20)**

	N	%
Škola sama	47	26,6 %
Nestátní organizace	38	21,5 %
Policie ČR	25	14,1 %
Městská policie	20	11,3 %
Komerční subjekt	12	6,78 %
Školské zařízení (PPP, SPC, SVP)	3	1,7 %
Státní zdravotní ústav	1	0,6 %
Jiný typ subjektu	17	9,6 %
Nevyplněno	14	7,9 %

Nedostatečná nabídka kvalitních externích poskytovatelů primární prevence byla v dotazníkovém šetření opakovaně uváděna mezi hlavními nedostatky v oblasti primární prevence. Certifikovaný program primární prevence v současnosti systematicky realizuje na území Karlovarského kraje pouze organizace Světlo Kadaň z.s., a to v podobě programu všeobecné primární prevence „Světlem k prevenci“, poskytovaného žákům a studentům od 4. třídy základní školy až po 3. ročníky středních škol a středních odborných učilišť. V oblasti primární prevence dále Světlo Kadaň z.s. realizuje na území Karlovarského kraje akreditovaný kurz „Primárně preventivní minimum pro pedagogické pracovníky“ (I., II. a III. úroveň), účastní se přípravy aktivit pro adaptační pobyty, peer programy nebo preventivní dny realizované školami, pomáhá školám s přípravou žádostí o dotace na primární prevenci, zřizuje linku pro pedagogy a poskytuje online poradenství. V roce 2021 rozšířila organizace nabídku preventivních aktivit v Karlovarském kraji o program „Druhý krok“ pro děti od 1. tříd zaměřený na sociálně emocionální učení a e-learningový program zaměřený na zdravý životní styl, rovněž zahájila pilotní ověřování programu selektivní primární prevence.



**Tabulka 33 Programy primární prevence poskytované v letech 2020 a 2021 na území Karlovarského kraje organizací Světlo Kadaň z.s. (zdroj: materiál poskytnutý organizací Světlo Kadaň z.s.)**

Název programu	Forma programu	Cílová skupina	Výkony (2020)	Výkony (2021)
„Světlem k prevenci“	Program VP (od r. 2020 také online)	4. tř. ZŠ až 3. r. SOU/OU/SŠ	67 tříd 105 bloků	62 tříd 94 bloků
primárně preventivní minimum pro pedagogické pracovníky – I., II. a III. úroveň	Akreditovaný kurz	pedagogičtí pracovníci	2 kurzy	2 kurzy
Semináře k tématům Kyberšikana, Trestní odpovědnost, Emoce, Závislosti a návykové látky, Kyberprostor, Extremismus, rasismus, xenofobie, Poruchy příjmu potravy	Interaktivní seminář (2 na sebe navazující semináře)	1. - 3. třída ZŠ	3 třídy 6 seminářů	-

Organizace Světlo Kadaň z.s. poskytovala původně preventivní programy výhradně v Ústeckém kraji, v Karlovarském kraji působí v oblasti primární prevence od roku 2017. Do roku 2020 postupně rozšířila toto své působení na 15 základních škol a 2 střední školy na území Karlovarského kraje, tzn. 14 % všech základních škol a 6 % všech středních škol v kraji. V r. 2021 došlo k opětovnému omezení nabídky preventivních aktivit v Karlovarském kraji na 11 základních škol a 2 střední školy (viz Tabulka 34). Tento pokles vysvětlila pracovnice Světla Kadaň z.s. trendem „dohánění“ výuky zmeškané v době, kdy byly školy uzavřené v souvislosti s pandemií COVID-19, od kterého se preventivní aktivity zdají zdržovat. Personální kapacita programů byla nicméně v r. 2021 posílena z 2,9 na 3,4 úvazku v přímé práci. Podle vyjádření vedoucích programů primární prevence Světla Kadaň z.s. počítá organizace do budoucna s dalším rozšiřováním nabídky těchto programů v rámci Karlovarského kraje.

**Tabulka 34 Realizace programů primární prevence rizikového chování Světla Kadaň z.s. na základních a středních školách na území Karlovarského kraje v letech 2017 až 2021 (zdroj: materiál poskytnutý organizací Světlo Kadaň z.s.)**

	ZŠ podle ORP	Celkem ZŠ	SŠ/SOU podle ORP	Celkem SŠ
2017	Karlovy Vary (1)	1	-	0
2018	Karlovy Vary (7) Sokolov (2) Ostrov (2)	11	Sokolov (1)	1
2019	Karlovy Vary (4) Sokolov (1) Ostrov (2)	7	Karlovy Vary (3) Sokolov (1) Mariánské lázně (1)	5
2020	Karlovy Vary (5) Sokolov (1) Cheb (5) Ostrov (4)	15	Karlovy Vary (1) Mariánské lázně (1)	2
2021	Karlovy Vary (3) Sokolov (1) Cheb (5) Ostrov (2)	11	Mariánské lázně (1) Aš (1)	2

Část poptávky po programech primární prevence v Karlovarském kraji naplňoval v posledních letech program Revolution Train, realizovaný organizací Nadační fond Nové Česko. Část respondentů hodnotila zkušenost s tímto programem pozitivně, ze strany odborné veřejnosti ovšem vůči němu dlouhodobě zaznívají zásadní výhrady. V r. 2020 vydaly Odborná společnost pro prevenci rizikového chování spolu s Asociací nestátních organizací, Českou asociací adiktologů, Společností pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně a AT sekci psychiatrické společnosti „Společné stanovisko odborných společností k projektu Revolution Train“, ve kterém označují tento projekt za málo účinný a potenciálně škodlivý nástroj v oblasti primární prevence. Nevychází podle nich z aktuálních vědeckých důkazů o účinných opatřeních v oblasti primární prevence, nesplňuje mezinárodně uznávané standardy kvality programů primární prevence, nesnaží se děti a mládež vést k osvojení dovedností a kompetencí, a namísto toho uplatňuje odstrašující přístup, který je odborníky hodnocen jako

jeden z nejméně efektivních přístupů uplatňovaných v prevenci užívání návykových látek (Odborná společnost pro prevenci rizikového chování, z.s., 2020).

Zprostředkování nabídky programů primární prevence i jejich následná realizace je v rámci některých ORP Karlovarského kraje aktivně podporováno z místní úrovně. Městský úřad Cheb pomáhá školám a nízkoprahovým zařízením pro děti a mládež zajišťovat preventivní programy, jejichž poskytování je hrazeno z dotačního titulu města, dále zajišťuje školení metodiků prevence a rovněž se přímo podílí na realizaci primární prevence (na kterou také v r. 2020 obdržel dotaci od kraje). V Karlových Varech a Ostrově dlouhodobě organizuje a zajišťuje velkou část preventivních aktivit na školách městská policie, velmi aktivní jsou v této oblasti také Městská policie Sokolov a Městská policie Cheb. Tyto preventivní aktivity často spadají již spíše do oblasti prevence kriminality a jejich zajišťování je například i v rovině strategického plánování řešeno v rámci tvorby místních koncepcí prevence kriminality.

### 3.2.2 Další formy prevence rizikového chování

#### **Prevence kriminality**

Prevence kriminality představuje komplex opatření sociální, situační a viktimní prevence, včetně informování veřejnosti o možnostech ochrany před trestnou činností. Součástí prevence je i pomoc obětem trestných činů. Prevence kriminality úzce souvisí s prevencí dalších sociálně patologických jevů, z nichž k nejzávažnějším patří nejrůznější formy závislostí. Můžeme rozlišit tři úrovně prevence kriminality:

- sociální prevenci – aktivity ovlivňující proces socializace a sociální integrace a zaměřené na změnu nepříznivých společenských a ekonomických podmínek;
- situační prevenci – aktivity směřující k minimalizaci kriminogenních podmínek prostřednictvím opatření režimové, fyzické a technické ochrany (částečně se překrývá s environmentální prevencí, viz dále);
- viktimní prevence a pomoc obětem trestných činů – aktivity podporující „bezpečné chování“ prostřednictvím zdravotního, psychologického a právního poradenství, tréninku v obranných strategiích a propagace technických možností ochrany před trestnou činností

Za realizaci aktivit v oblasti prevence kriminality zodpovídá v rámci Karlovarského kraje Odbor bezpečnosti a krizového řízení, který pravidelně zpracovává strategické materiály (včetně

aktuálně platné „Koncepce prevence kriminality Karlovarského kraje na léta 2018-2022“) a vypisuje Dotační programy na podporu aktivit v oblasti prevence kriminality. O přidělování finanční podpory projektům prevence kriminality z tohoto dotačního programu rozhoduje krajská Komise bezpečnosti a prevence kriminality, může při tom přihlížet k doporučením Pracovní skupiny pro realizaci prevence kriminality v kraji.

V této pracovní skupině jsou mimo jiné zastoupeni manažeři prevence kriminality, kteří se zabývají realizací prevence kriminality na místní úrovni, včetně vytváření místních koncepcí prevence kriminality. Vlastní koncepce prevence kriminality, rámuující realizaci prevence kriminality na místní úrovni, mají Statutární město Karlovy Vary, město Sokolov a město Cheb. Statutární město Karlovy Vary má aktuálně zpracovanou „Koncepti prevence kriminality na období 2021-2024“. Pozornost je věnována především preventivnímu působení ve školských zařízeních, kde Městská policie Karlovy Vary dlouhodobě realizuje programy zaměřené na zvyšování právního vědomí a pocitu bezpečí, ve spolupráci se školními metodiky prevence, pedagogicko-psychologickou poradnou, Policií ČR a Asociací záchraný kruh. V oblasti situační prevence došlo například v nedávné době k rozšíření kamerového systému v ulicích města.

Prevence kriminality ve městě Sokolov vychází ze „Strategie prevence kriminality ve městě Sokolov na léta 2020-2021“. Veškeré preventivní aktivity organizuje oddělení prevence kriminality Městské policie Sokolov, dále jsou do ní zapojeny například mateřské, základní a střední školy, Policie ČR, Probační a mediační služba ČR a různé nestátní organizace, mimo jiné Pomoc v nouzi, o.p.s., Člověk v tísni o.p.s. či KOTEC o.p.s. Mezi realizované projekty patří například projekt „Zapojování osob ze sociálně vyloučených lokalit do práce bezpečnostních složek v Sokolově, zaměřený na zaměstnání sociálně vyloučených na pozici asistentů prevence kriminality, či projekt primární prevence „Notes strážníka Pavla“, zaměřený na bezpečnost a prevenci kriminality u žáků 2. a 3. ročníků základních škol. (Tento projekt je kromě Sokolova dále realizován v Karlových Varech, Mariánských Lázních a Ostrově.)

Systém prevence kriminality města Cheb se opírá o „Koncepti prevence kriminality na období 2021-2024“. Realizací prevence kriminality se primárně zabývá Městský úřad Cheb, konkrétně OSPOD, úsek sociální prevence, sociální kurátor, terénní pracovník a koordinátor protidrogové politiky, dále se na ní podílí Městská policie Cheb, Policie ČR a nestátní neziskové organizace, mimo jiné Diecézní charita Plzeň, Farní charita Cheb, KOTEC o.p.s., RUBIKON Centrum, z.s., Útočiště o.p.s. či FOKUS Mladá Boleslav, z.s. Mezi realizované aktivity patří přednášky na

mateřských a základních školách (zajišťuje Městská policie Cheb ve spolupráci s Policií ČR), besedy pořádané pro aktéry pracující s rizikovými skupinami osob (zajišťuje Městská policie Cheb, Policie ČR a Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu Cheb) či mapování lokalit se zvýšeným výskytem rizikového chování (zajišťuje Městská policie Cheb ve spolupráci s OSPOD Městského úřadu Cheb, viz dále environmentální prevence závislostního chování).

Před několika lety se do realizace vybraných aktivit na území města Mariánské Lázně zapojila Městská policie Mariánské lázně, činnost v této oblasti aktuálně zahájila také Městská policie AŠ (viz dále komunitní prevence závislostního chování). Sporadicky, v rámci svých personálních možností se na prevenci kriminality podílejí Městská policie Nejdek a Městská policie Chodov.

### **Environmentální prevence závislostního chování**

Užívání návykových látek ovlivňuje nastavení prostředí a jedná se zejména o limitování příležitostí a dostupnosti rizikového chování, případně o zlepšování dostupnosti zdravějších alternativ (EMCDDA, 2018). V případě nelegálních návykových látek se jedná zejména o vynucování práva v oblasti primární drogové kriminality (viz kapitola Primární a sekundární drogová kriminalita), které má za cíl snižovat dostupnost nelegálních návykových látek. Podle Mravčíka et al. (2016) jde v oblasti legálních návykových látek zejména o opatření snižující místní, časovou a finanční dostupnost návykových látek, regulace reklamy a marketingu, pravidla na lokální úrovni (obecní vyhlášky), ve školách (školní řády). Jak ukazují mnohé průzkumy (srov. Mravčík et al., 2016), tak alkohol je v České republice dobře dostupný i pro děti a mládež, což potvrzují i někteří respondenti, kteří se domnívají, že se děti a mládež v Karlovarském kraji mohou k alkoholu dostat snadno.

Za jednu z forem environmentální prevence můžeme považovat kooperaci městské policie se školami a dalšími aktéry, zejm. s OSPOD. Například v Chebu městská policie spolu s kurátory pro děti a mládež monitorují místa spojená se zvýšeným rizikem výskytu rizikového chování u dětí a mládeže, například místa, na která chodí žáci a studenti kouřit mimo pozemek školy (viz také výše koncepce prevence kriminality města Cheb). Podle respondentů mají tyto aktivity pozitivní vliv na snižování výskytu závislostního chování (opět zejm. kouření cigaret) na monitorovaných místech, otázkou zůstává jejich celkový, dlouhodobý dopad na rozvoj závislosti u dětí a mládeže.

Jako další formu environmentální prevence lze chápat vyhlášky omezující užívání alkoholu na veřejnosti. Nicméně podle vyjádření některých respondentů tyto vyhlášky nenaplnují svůj účel. Na osoby bez přístřeší rizikově užívající alkohol podle vyjádření jednoho z respondentů udělené pokuty nepůsobí ve smyslu redukce užívání alkoholu, a to ani na daném místě. Nadto osoby bez přístřeší zpravidla nemají peníze k uhrazení pokut, což vede jen k narůstání jejich dluhů, což ztěžuje šance na zlepšení jejich situace. Případně se tyto osoby pouze přesunou užívat alkohol na jiné místo. Naopak vyhlášky omezující hazardní hry podle respondentů v případě jejich zavádění plní svůj účel.

### **Komunitní prevence**

Programy komunitní prevence mají mobilizovat komunitu a zvyšovat zapojení komunity komplexním způsobem, kdy jsou zapojeni všichni důležití aktéři, od škol a dalších institucí přes rodiny až po komerční sektor (například prodej alkoholu) (Johnson et al., 2008). Práce s komunitou byla podle celé řady respondentů z oblasti prevence považována za důležitou, leč nerozvinutou formu prevence. V tomto ohledu jsme v Karlovarském kraji neidentifikovali žádný aktuálně realizovaný ucelený program komunitní prevence, funguje zde nicméně několik programů zaměřujících se na komunitní práci nebo práci s komunitou. Organizace Dětský úsvit, z. s. začala v minulém roce realizovat pilotní program „Strážci majáku“, v jehož rámci se ze zapojených dětí stávají „peer pracovníci“, kteří mají sloužit jako šířitelé pozitivních hodnot mezi svými vrstevníky. Další programy v oblasti komunitní sociální práce jsme identifikovali v Aši. První z nich je „Teens program“, který je zaměřen na práci s mládeží (například pomocí zapojení lektorů z komunity). Druhým programem je „Všichni jsme sousedé – komunitní práce v Aši“, který je založený na komunitní práci mezi osobami ohroženými sociálním vyloučením. V rámci druhého programu byl například pořádán Romský festival ve městě nebo společné pikniky jednotlivých komunit. Oba programy byly aktéry v oblasti prevence kriminality v Karlovarském kraji hodnoceny jako úspěšné. Pozitivně hodnotili také spolupráci s Městskou policií Aš, která pomáhá odkazovat mladé lidi, s nimiž přijde do kontaktu, do „Teens programu“. V této oblasti lze jednoznačně považovat za příklad dobré praxe vzdělání jednoho ze strážníků Městské policie Aš v oblasti sociální práce.

### 3.2.3 Řešení výskytu závislostního chování a návazné služby pro děti a mládež

V rámci škol byl nejčastěji řešen výskyt kouření a závislosti na digitálních technologiích. 15 škol (21 %) reportovalo v této souvislosti vyhledání odborné pomoci mimo školu. Žádná ze základních škol nevedla využití testu na přítomnost drog nebo alkoholu, ze středních škol šlo o tři školy, v jednom případě na přítomnost alkoholu (8 pozitivních testů), ve dvou případech na přítomnost kanabinoidů (2 negativní testy).

**Tabulka 35 Počet škol, které v minulém roce řešily více než jeden případ závislostního chování (zdroj: vlastní zpracování)**

	ZŠ		SŠ	
	N	%	N	%
Alkohol	10	20	3	16
Tabák	35	69	12	63
Konopí	4	8	2	11
Sázení	3	6	1	5
Digitální technologie	20	39	9	47

Způsoby řešení situace na základních školách, středních školách a gymnáziích zobrazují tabulky 36 a 37. Na základních i středních školách jsou situace řešeny převážně interně. Pokud jde o spolupráci s dalšími aktéry, na základních školách byla nejčastěji uváděna spolupráce s OSPOD a policií, na středních školách s pedagogicko-psychologickými poradnami a policií.

**Tabulka 36 Způsoby řešení situace studentů ohrožených závislostním chováním na základních školách v uplynulém školním roce (zdroj: vlastní zpracování)**

	Ano, u většiny případů		Ano, u části případů		Tento způsob řešení nevyužili	
	N	%	N	%	N	%
Interně v rámci školy	22	43	3	6	26	51
Ve spolupráci s OSPOD	4	8	9	18	38	75
Ve spolupráci se zástupci policie	0	0	10	20	41	80
Ve spolupráci s odborníky v oblasti návykových látek a/nebo adiktologickými službami	0	0	1	2	50	98
Ve spolupráci se sociálními službami	1	2	1	2	49	96
Ve spolupráci s pedagogicko-psychologickými poradnami	1	2	5	10	45	88
Ve spolupráci se středisky výchovné péče	2	4	3	6	46	90
Ve spolupráci s jinými institucemi	1	2	2	4	48	94

**Tabulka 37 Způsoby řešení situace studentů ohrožených závislostním chováním na středních školách a gymnáziích v uplynulém školním roce (zdroj: vlastní zpracování)**

	Ano, u většiny případů		Ano, u části případů		Tento způsob řešení nevyužili	
	N	%	N	%	N	%
Interně v rámci školy	9	47	1	5	9	47
Ve spolupráci s OSPOD	0	0	1	5	18	95
Ve spolupráci se zástupci policie	0	0	3	16	16	84
Ve spolupráci s odborníky v oblasti návykových látek a/nebo adiktologickými službami	1	5	0	0	18	95
Ve spolupráci se sociálními službami	0	0	1	5	18	95
Ve spolupráci s pedagogicko-psychologickými poradnami	1	5	3	16	15	79
Ve spolupráci se středisky výchovné péče	0	0	0	0	19	100
Ve spolupráci s jinými institucemi	1	5	0	0	18	95

Kurátoři pro děti a mládež působící v rámci OSPOD spolupracují na řešení výskytu závislostního chování se školami, středisky výchovné péče, pedagogicko-psychologickými poradnami, adiktologickými službami organizace KOTEC o.p.s. či s dětskými psychology a psychiatry.



Pedagogicko-psychologické poradny působí v Karlových Varech, Sokolovech a Chebu, detašovaná pracoviště mají dále v Mariánských Lázních, Ostrově, Aši, Chodově, Toužimi, Nejdku a Hroznětíně. Středisko výchovné péče se nachází v Karlových Varech, v nejbližších letech by mělo vzniknout také v Sokolově. Dotazovaní zástupci pedagogicko-psychologických poraden a středisek výchovné péče uváděli, že problematikou závislostního chování se v rámci činnosti těchto zařízení zabývají spíše okrajově a převážně plní funkci prostředníků, odkazujících děti do péče odborníků.

Možnosti zajištění této péče byly nicméně hodnoceny jako značně omezené. Adiktologické služby působící v Karlovarském kraji jsou určeny pouze dětem starším 15 let a kapacita dětských psychologů a psychiatrů už delší dobu přestává stačit vzrůstajícím potřebám dětí a mládeže v této oblasti (více viz kapitola 3.5). Na většině škol podle vyjádření pracovnice sociální služby pro děti a mládež schází školní psycholog, který by s jedinci ohroženými rizikovým chováním pracoval v rámci škol.

Závažné nedostatky spatřovali dotazovaní aktéři také v oblasti rodinné politiky a dostupnosti sociálních služeb zaměřujících se na rodiny s dětmi, jako jsou například sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

*„Chybí tady ta rodinná politika ve smyslu: poskytnout bydlení, poskytnout práci, zaměřit se na funkčnost rodiny.“* (Zástupce Krajského úřadu Karlovarského kraje, Fokusní skupina 1)

Relativně dobře pokryté je území Karlovarského kraje službami nízkoprahových zařízení pro děti a mládež (NZDM). Tato zařízení mají za úkol snižovat míru ohrožení rizikovými jevy a sociálním vyloučením u dětí a mládeže prostřednictvím sociální práce, volnočasových a vzdělávacích aktivit. Jak uvedla jedna z dotazovaných akterek pracujících s dětmi a mládeží, dostatečná nabídka volnočasových aktivit nabývá v současnosti zvláštního významu v souvislosti s dopady, které mělo zrušení prezenční výuky na školách během pandemie COVID-19, na ochotu dětí zapojovat se do aktivit nad rámec svého působení v online světě, ale také například na jejich duševní zdraví. Tyto jevy disproporčně zasahují sociálně slabší rodiny, které zpravidla samy dětem volnočasové aktivity nezajistí.

*„Z těch nízkoprahů dokážou každé tejden přitáhnout ty děti zpátky, a ještě poskytují i doučování a ten dohled, což některé ty rodiny potřebují.“* (Fokusní skupina 1)

**Tabulka 38 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež v Karlovarském kraji (zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb)**

ORP	Obec	Zařízení
Karlovy Vary	Karlovy Vary	Armáda spásy, Centrum sociálních služeb – Klub na Úvalské a Klub na Charkovské
	Chodov	Armáda spásy, Centrum sociálních služeb
	Nejdek	B.E.Z. va Nejdek o.p.s., Klub Remix
	Bečov n. Teplou	KOTEC o.p.s., Klub Nová Ves
Sokolov	Sokolov	KOTEC o.p.s., Klub Refresh
Cheb	Cheb	Útočiště o.p.s., klub Útočiště Správa zdravotních a sociálních služeb Cheb, klub Pohoda
Ostrov	Ostrov	Světlo Kadaň z.s., Klub Ostrov
Mariánské lázně	M. lázně	KOTEC o.p.s., Klub Restart a Mobilní klub v autě
	Lázně Kynžvart	KOTEC o.p.s., Klub Restart Kynžvart
Aš	-	-
Kraslice	Kraslice	Člověk v tísní o.p.s.

### 3.2.4 Shrnutí a doporučení

Realizace primární prevence na školách je poznamenána omezenou kapacitou i odbornou kvalifikací školních metodiků prevence, v tomto ohledu nicméně Karlovarský kraj výrazněji nevybočuje z celorepublikového průměru. Kraj je relativně málo saturován nabídkou kvalitních certifikovaných programů primární prevence, v současnosti zde působí jediná organizace poskytující tyto programy (Světlo Kadaň, z.s.), která aktuálně pokrývá relativně malou část potřeb kraje. **Vedle pokračující podpory preventivních aktivit Světla Kadaň z.s. by bylo vhodné navázat v rámci kraje spolupráci alespoň s jedním dalším poskytovatelem certifikovaných programů primární prevence. I přes pozitivní ohlasy některých dotazovaných aktérů nelze z odborného hlediska doporučit další spolupráci s necertifikovanými programy.**

Na místní úrovni, zejména v Karlových Varech, Ostrově, zajišťuje významnou část preventivních programů městská policie, tyto programy ale většinou spadají spíše do oblasti prevence kriminality. **Etablované systémy prevence kriminality na místní úrovni by bylo**

dobré alespoň v nějakém rozsahu zachovat a dále kultivovat, na primární úrovni by však neměly suplovat certifikované programy primární prevence rizikového chování, jejichž nabídku je třeba dále rozšiřovat a současně podporovat školy v jejich angažování. Dále lze doporučit, aby pokračovalo rozvíjení vhodných forem komunitní a environmentální prevence, například zavádění vyhlášek regulujících hazardní hraní v dalších obcích. Z výpovědí respondentů na druhé straně vyplývá, že se příliš neosvědčují vyhlášky o zákazu konzumace alkoholických nápojů na veřejném prostranství.

V rámci řešení výskytu závislostního chování u dětí a mládeže postrádali aktéři pracující s touto cílovou skupinou na území Karlovarského kraje především odborníky z oblasti psychiatrie, psychoterapie a adiktologie, dále také služby zaměřené na práci s rodinou, například sociálně aktivizační služby. Odborníci chybějí také na úrovni škol, zejména pak školní psychologové. V této oblasti by mohla být navázána nějaká forma distanční spolupráce s psychology a psychiatry z jiných krajů.

### 3.3 Snižování rizik spojených se závislostním chováním

Snižování rizik spojených se závislostním chováním zajišťují v první řadě **nízkoprahové adiktologické služby** typu kontaktních center a terénních programů. Cílovou skupinou těchto služeb jsou podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP aktivní uživatelé legálních i nelegálních návykových látek, popř. aktivní problémoví hráči hazardních her s různou mírou motivace ke změně a v různém stádiu rozvoje závislosti. Sekundární cílovou skupinou jsou rodinní příslušníci, partneři a další blízké osoby klientů. Služby jsou zpravidla určeny osobám starším 15 let. Významná část aktivních uživatelů návykových látek využívá také další sociální služby, zejm. **nízkoprahová denní centra, noclehárny a azylové domy**, případně služby **odborného sociálního poradenství**.

#### 3.3.1 Nízkoprahové adiktologické služby

V Karlovarském kraji působí v současnosti 2 nestátní neziskové organizace poskytující nízkoprahové adiktologické služby. Organizace Světlo Kadaň, z. s. provozuje kontaktní centrum v Karlových Varech a terénní program, který pokrývá obce Karlovy Vary, Ostrov, Jáchymov a Chodov. Organizace KOTEC o. p. s. provozuje kontaktní centra v Chebu a Sokolově a terénní programy na Chebsku a Sokolovsku. Všechny tyto služby disponují certifikátem odborné způsobilosti RVKPP a jsou určeny osobám starším 15 let.

**Tabulka 39 Nízkoprahové adiktologické služby v Karlovarském kraji (zdroj: Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v Karlovarském kraji v r. 2019)**

Služby	Poskytovatel	Certifikace
K-centrum Karlovy Vary	Světlo Kadaň z. s.	ANO
Terénní program Karlovy Vary a přilehlé obce	Světlo Kadaň z. s.	ANO
K-centrum Cheb	KOTEC o. p. s.	ANO
K-centrum Sokolov	KOTEC o. p. s.	ANO
Terénní program Chebsko	KOTEC o. p. s.	ANO
Terénní program Sokolovsko	KOTEC o. p. s.	

Převážnou část klientů těchto služeb tvoří rizikovní uživatelé pervitinu, z nichž většina užívá pervitin nitrožilně. Další výraznou skupinou jsou rizikovní uživatelé alkoholu, v jednotkách případů se vyskytují klienti se základní drogou kanabinoidy. Užívání konopí se relativně běžně objevuje také v kombinaci s užíváním pervitinu, poměrně vzácná je naopak kombinace užívání

pervitinu a alkoholu. Uživatelé pervitinu a alkoholu se obecně profilují jako dvě distinktivní skupiny, které se vůči sobě navzájem vymezují a příliš dobře spolu nevycházejí. K otevřeným konfliktům ale podle pracovníků služeb prakticky nedochází, spíše se tyto skupiny „úplně nemusí, nemají si co říct“ (pracovník adiktologické služby, rozhovor 2) a navzájem se sobě vyhýbají. S nástupem pandemie COVID-19 byl zaznamenán mírný nárůst užívání alkoholu, často v kombinaci s léky na předpis typu hypnotik a sedativ.

Téměř vymizeli uživatelé opioidů – na Chebsku a Sokolovsku bylo u části klientů registrováno užívání fentanylu, základní drogou těchto klientů ale zpravidla nadále zůstává pervitin. Fentanyl se mezi uživateli objevuje v nepravidelných „vlnách“, které zpravidla opadají poté, co se někdo z komunity uživatelů předávkuje. Jednotky klientů mají jako základní drogu heroin nebo buprenorfin. Zcela výjimečně se jako základní droga objevují těžké látky. V posledních dvou letech byli vykázáni pouze dva klienti s diagnózou z oblasti nelátkových závislostí.

**Tabulka 40 Struktura klientů nízkoprahových adiktologických služeb v Karlovarském kraji (zdroj: Závěrečné zprávy o realizaci projektů protidrogové politiky pro dotační řízení RVKPP)**

	Rok	Základní droga pervitin	Základní droga opioidy	Injekční užívání	Základní droga alkohol	Základní droga konopí	Celkem klientů- uživatelů
K-centrum Karlovy Vary	2019	149	8	153	11	11	180
	2020	100	2	102	7	7	117
Terénní program Karlovy Vary	2019	128	6	132	9	0	166
	2020	84	6	88	3	4	97
K-centrum Cheb	2019	121	4	83	7	5	140
	2020	96	3	87	14	6	120
K-centrum Sokolov	2019	117	0	116	7	0	125
	2020	119	0	119	5	2	126
Terénní programy Chebsko a Sokolovsko	2019	300	1	286	31	16	351
	2020	346	2	332	24	9	382

Průměrný věk klientů-uživatelů drog byl v posledních dvou letech cca o 10 let nižší než průměrný věk uživatelů alkoholu, celkový průměrný věk se pohybuje kolem 40 let. Mezi uživateli ve věku 15 až 26 let se objevuje spíše experimentální užívání, nejčastěji alkoholu a kanabinoidů, do služeb se dostávají většinou na základě záchytu užívání ze strany policie nebo OSPOD, ve zvýšené míře se ale na služby začínají obracet i rodiče registrující u svých dětí problémy se závislostí. Na druhé straně registrují pracovníci služeb postupné stárnutí uživatelů drog, začíná se objevovat stále více klientů nad 50 i nad 60 let.

Klienti nízkoprahových služeb mají převážně velmi nízký socio-ekonomický status, často se jedná o osoby bez přístřeší, část bydlí na ubytovnách, část má nějakou formu vlastního bydlení. Zdrojem financí jsou často sociální dávky, část klientů pracuje na černo, spíše vzácně mají legální zdroj výtěžku. Pracovnice K-centra Karlovy Vary rozlišila relativně lépe situované klienty K-centra, kteří využívají pouze program výměny injekčního náčiní, a vyloženě sociálně slabé klienty, kteří se zpravidla nad rámec výměny zdržují v kontaktní místnosti a využívají hygienický či potravinový servis. Pracovnice služeb na Sokolovsku a Chebsku uvedly, že během pandemie COVID-19 začaly ve vyšší míře využívat poradenských služeb kontaktních center i osoby s výrazně stabilnějším sociálním zázemím, převážně v souvislosti s užíváním alkoholu.

Dotazovaní pracovníci adiktologických služeb se shodli na tom, že narůstá počet klientů nízkoprahových služeb s duálními diagnózami. Podle jednoho z pracovníků adiktologických služeb se může jednat o 30 až 40 % klientů.

Specifickou cílovou skupinu nízkoprahových služeb tvoří osoby (převážně ženy) pracující v sexbyznysu, z nichž většina užívá pervitin. Terénní programy pravidelně mapují prostituční pouliční terén i noční kluby a spolupracují s organizacemi zaměřenými na tuto cílovou skupinu, na Chebsku s organizací Rozkoš bez rizika, na Ašsku s německou organizací KARO e.V. Na Sokolovsku je sexbyznys rozšířen v menší míře, převažuje bytová prostituce, pouliční téměř vymizela, stejně tak noční kluby.

Složení klientely zůstalo podle pracovníků služeb během posledních let víceméně stabilní, významná část klientů využívá služeb již mnoho let. Určitá míra fluktuace je dána nástupy do výkonu trestu a návraty z něj, případně stěhování do jiných částí ČR a zpět. V souvislosti s pandemií COVID-19 byl přerušen kontakt s částí uživatelů, zejm. těch, za nimiž dojížděly terénní programy na byty. Výrazné snížení počtu klientů ovšem zaznamenaly během tohoto období pouze služby na Karlovarsku, což bylo dáno dlouhodobým zadržením části klientů v

pobytových sociálních službách, v nichž byla několikrát po sobě nařízena karanténa. Jak uvedla pracovnice K-centra Karlovy Vary, v roce 2021 se situace výrazně zlepšila a klienti se začali opět vracet do služeb.

Z pravidelně prováděných odhadů velikosti populace LDR vyplývá, že se na území Karlovarského kraje nachází nezanedbatelná skrytá populace LDR, tj. populace LDR, která není v kontaktu s žádnými adiktologickými službami. Část této skryté populace je v nepřímém kontaktu se službami prostřednictvím sekundární výměny injekčního náčiní, tedy výměny zajišťované uživateli dalšími uživateli. Často se zřejmě jedná o lépe sociálně situované uživatele, kteří užívání tají a se službami nechtějí být spojováni. Jak to vyjádřil jeden z pracovníků služeb:

*„To jsou většinou lidi, kteří jsou pracující, mají nějaký sociální status, a používají tedy lidi (pozn. autor – klienty služeb), aby jim dělali servis.“* (Pracovník adiktologické služby, rozhovor 2)

Další část předpokládané skryté populace tvoří mladí lidé, ke kterým je podle pracovníků služeb obtížně proniknout a navázat s nimi důvěrnější vztah, zároveň si jen zřídka kdy připouštějí, že mají nějaký problém. Riziko závislostního chování je u nich rovněž často spojeno spíše se závislostí na počítačových hrách či sociálních médiích než s užíváním návykových látek, nízkoprahové adiktologické služby ve své stávající podobě tak pro ně nepředstavují zcela nejvhodnější formu pomoci.

**Tabulka 41 Klienti nízkoprahových adiktologických služeb v Karlovarském kraji (zdroj: Závěrečné zprávy o realizaci projektů protidrogové politiky poskytované RVKPP v rámci dotačního řízení)**

<b>POČET KLIENTŮ</b>	<b>Rok</b>	<b>Uživatelé drog a alkoholu</b>	<b>Neuživatelé (rodina, blízcí)</b>	<b>Celkem v kontaktu</b>	<b>Ve zprostředkovaném kontaktu</b>
K-centrum Karlovy Vary	2019	180	26	206	40
	2020	117	35	152	55
Terénní program Karlovy Vary	2019	166	0	166	40
	2020	97	0	97	60
K-centrum Cheb	2019	140	42	182	0
	2020	120	31	151	0
K-centrum Sokolov	2019	125	10	135	42
	2020	126	0	126	48
Terénní programy Chebsko a Sokolovsko	2019	351	2	353	153
	2020	382	5	387	142

Všechny nízkoprahové adiktologické služby v Karlovarském kraji nabízejí standardní programy výměny injekčního náčiní. Během pandemie COVID-19 se v souvislosti s uzavíráním drogové scény snížil počet celkových kontaktů, současně výrazně přibylo sekundárních výměn injekčního náčiní v kontaktních centrech. Rozsah sekundární výměny je zřejmě větší v K-centru Karlovy Vary (cca 35 stříkaček na jednu výměnu) a K-centru Sokolov (31 stříkaček na jednu výměnu) než v K-centru Cheb (14 stříkaček na jednu výměnu), což odpovídá informacím o relativně uzavřenějších drogových scénách v Karlových Varech a Sokolově.



**Tabulka 42 Snižování rizik v nízkoprahových adiktologických službách v Karlovarském kraji (zdroj: Závěrečné zprávy o realizaci projektů protidrogové politiky poskytované RVKPP v rámci dotačního řízení)**

	<b>Rok</b>	<b>Počet kontaktů</b>	<b>Počet výměn</b>	<b>Počet vydaných stříkaček</b>	<b>Počet stříkaček na 1 výměnu</b>	<b>Počet provedených testů na infekční onemocnění</b>
<b>K-centrum Karlovy Vary</b>	2019	4 988	2 389	46 797	20	0
	2020	3 595	1 743	61 346	35	20
<b>Terénní program Karlovy Vary</b>	2019	1 672	1 665	41 545	25	-
	2020	1 354	1 362	39 284	29	-
<b>K-centrum Cheb</b>	2019	7 972	3 638	28 248	8	65
	2020	7 998	2 278	32 905	14	20
<b>K-centrum Sokolov</b>	2019	6 361	1 077	27 825	26	141
	2020	5 647	833	25 887	31	26
<b>Terénní programy Chebsko a Sokolovsko</b>	2019	10 192	3 034	81 575	27	419
	2020	13 496	3 481	96 877	28	776

V rámci edukace v oblasti snižování rizik dále nízkoprahové služby nabízejí svým klientům alternativní formy aplikace návykových látek, k těmto účelům disponují například šňupátky či

kapslemi pro orální aplikaci drog. Ve většině služeb je prováděno orientační testování na přítomnost infekčních onemocnění (HIV, HBV, HCV a syfilis), výjimkou jsou služby na Karlovarsku, které nabízejí testování pouze v K-centru. I zde však muselo být v r. 2019 testování pozastaveno z důvodu nevyhovujících hygienických podmínek pro provedení testu (testovací místnost) a rovněž chybějícího personálu, který by byl oprávněn testy provádět. Chybějící nabídku testování vykrývalo K-centrum prostřednictvím spolupráce s farmaceutickou společností, která dodávala testy pro klienty zdarma.

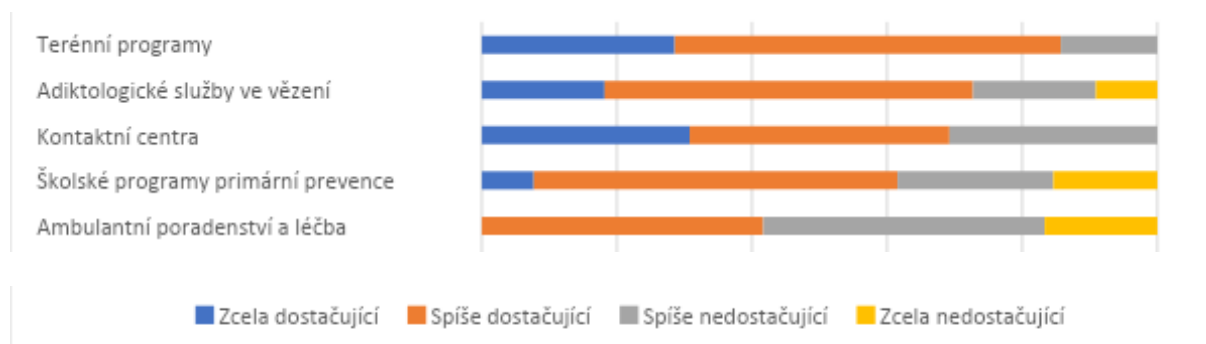
Ve všech službách je poskytováno základní zdravotní ošetření, nejčastěji jde o ošetření abscesů, které vznikají v důsledku injekčního užívání drog. V případě potřeby se daří klientům zajišťovat také léčbu infekčních onemocnění, a to díky dlouhodobě dobře fungující spolupráci nízkoprahových služeb s infekčním oddělením nemocnice Karlovy Vary.

Nízkoprahové adiktologické služby dále standardně poskytují hygienický a potravinový servis, individuální poradenství a různé formy sociální podpory, zejména asistenci při komunikaci s úřady a dalšími institucemi, rovněž pomáhají klientům shánět bydlení či zaměstnání nebo jim zprostředkovat další sociální a zdravotní služby.

### **Dostupnost nízkoprahových služeb**

Celkově lze konstatovat velmi dobrou dostupnost nízkoprahových služeb na území Karlovarského kraje. Z hlediska místní dostupnosti se síť služeb tvořená třemi kontaktními centry ve třech okresních městech kraje a terénními programy pokrývajícími větší část území příslušných okresů jeví jako vesměs dostačující. V dotazníkovém šetření mezi klíčovými aktéry protidrogové politiky hodnotilo 69 % respondentů jako spíše až zcela dostačující místní dostupnost kontaktních center, 86 % respondentů takto hodnotilo místní dostupnost terénních programů.

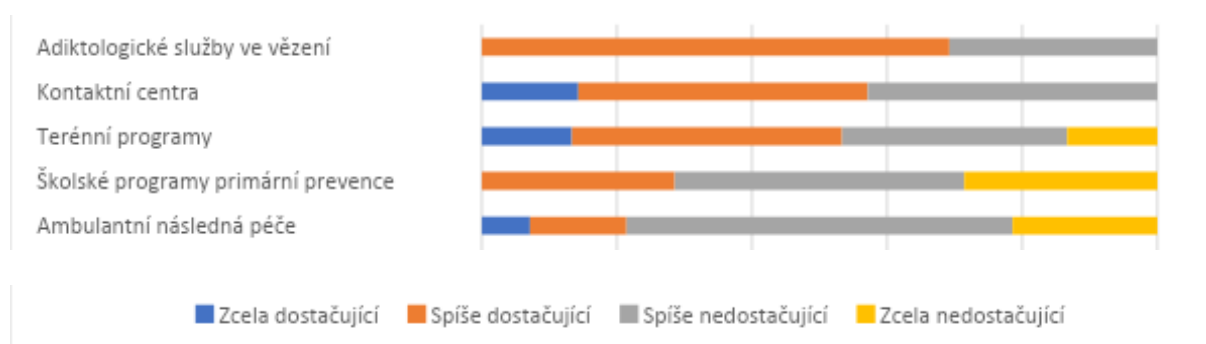
**Graf 19** Hodnocení místní dostupnosti adiktologických služeb klíčovými aktéry protidrogové politiky Karlovarského kraje (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)



Místní dostupnost kontaktních center hodnotili jako zcela uspokojivou všichni oslovení klienti těchto služeb a stejně tak kapacitu kontaktních center – nikdo z nich neuváděl, že by musel někdy příliš dlouho čekat na poskytnutí služby, ani nepociťoval, že by služba byla příliš naplněná a pracovníci se jim nestíhali adekvátně věnovat.

Pokud jde o hodnocení kapacitní dostupnosti klíčovými aktéry, kontaktní centra i terénní programy byly stále mezi nejlépe hodnocenými typy služeb, ve srovnání s místní dostupností však bylo toto hodnocení již znatelně nižší. (Kapacitu kontaktních center hodnotilo jako spíše až zcela dostačující 53 % respondentů, kapacitu terénních programů 57 % respondentů).

**Graf 20** Hodnocení kapacitní dostupnosti adiktologických služeb klíčovými aktéry protidrogové politiky Karlovarského kraje (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)



Pracovníci služeb se shodovali, že při současné kapacitě služeb se víceméně daří zajistit základní činnosti poskytované nízkoprahovými službami, většina z nich ale zároveň konstatovala, že zejména z hlediska personálního zajištění jsou služby dlouhodobě na hraně kapacity, kdy ztráta jediného pracovníka může často znamenat bezprostřední ohrožení aktuální úrovně dostupnosti služby. Dále byl respondenty zmiňován nedostatek adiktologů, případně psychoterapeutů v nízkoprahových službách.

Z pohledu čísel je personální kapacita kontaktních center jednoznačně poddimenzovaná, a to zejména v K-centru Cheb a K-centru Sokolov (viz Tabulka 43). Oběma službám chybí v současnosti cca jeden úvazek k tomu, aby splňovaly požadavky na minimální personální obsazení kontaktních center, které uvádějí Standardy odborné způsobilosti RVKPP (tj. 3,2 přepočtených úvazků v přímé práci). Ve srovnání s K-centrem Karlovy Vary navíc v těchto službách připadá na 1 úvazek větší počet klientů, zvláště výrazně v K-centru Cheb (74 klientů oproti 48 klientům v K-centru Karlovy Vary). Kapacita obou zařízení by proto měla být navýšena alespoň o 1 celý úvazek v přímé péči, v případě K-centra Cheb je na místě zvažovat i rozsáhlejší navýšení, a to až o 2 úvazky v přímé péči.

**Tabulka 43 Nízkoprahové adiktologické služby poskytované na území Karlovarského kraje v r. 2020 (zdroj: Závěrečné zprávy o realizaci projektů protidrogové politiky poskytované RVKPP)**

	Spádovost	Personální kapacita*	Počet klientů na 1 úvazek	Počet LDR v okresech/ORP na 1 úvazek
K-centrum Karlovy Vary	Karlovy Vary	7 osob 3,15 úvazku	48	181/113
Terénní program Karlovy Vary a přilehlé obce	Karlovy Vary, Ostrov, Jáchymov, Chodov	2 osob 2,28 úvazku	42	250
K-centrum Cheb	Okres Cheb	3 osoby 2,03 úvazku	74	182/102
K-centrum Sokolov	Okres Sokolov	3 osoby 2,15 úvazku	59	172/147
Terénní program Chebsko	Okres Cheb (Cheb, Františkovy Lázně, Hazlov, Aš, Hranice u Aše, Mariánské Lázně)	4 osoby 1,8 úvazku	215	313
Terénní program Sokolovsko	Okres Sokolov (Horní Slavkov, Rotava, Olovi, Kraslice, Rovná, Bukovany, Habartov, Kynšperk nad Ohřím Březová, Svatava)			410

\* Počet pracovníků v přímé péči a počet přepočtených úvazků v přímé péči

Také terénní program Karlovy Vary je ve vztahu k počtu klientů a rovněž k odhadovanému počtu LDR v příslušných okresech znatelně lépe kapacitně zajištěn než terénní programy Chebsko a Sokolovsko. Zdaleka největší podíl LDR (410) připadá na 1 úvazek u Terénního programu Sokolovsko, což je cca 0,6krát více než u Terénního programu Karlovy Vary (250). Všechny tři terénní programy by nicméně měly být v ideálním případě posíleny alespoň o 1 pracovníka v přímé péči, aby jejich standardní fungování, které by měly ve všech terénních programech vždy zajišťovat minimálně 2 osoby, nebylo ohroženo náhlou indispozicí jediného pracovníka.

Zcela nedostupné jsou na území kraje nízkoprahové adiktologické služby pro osoby mladší 15 let. V kontextu nízkoprahových služeb lze uvažovat o zřízení specifického terénního programu pro tuto cílovou skupinu, k tomu by ovšem bylo třeba disponovat velmi dobrou představou o tom, jak by tento terén vypadal, a důkladnou strategií kontaktování rizikových jedinců, mimo jiné prostřednictvím tzv. „gate-keeperů“, tj. pracovníků schopných navázat, zprostředkovat a dále udržovat kontakt s obtížně dostupnými cílovými skupinami.

### 3.3.2 Další sociální služby využívané osobami ohroženými závislostí

Převážná část dalších sociálních služeb využívaných osobami ohroženými závislostí na území Karlovarského kraje je soustředěna do tří největších správních obvodů kraje, tj. do ORP Karlovy Vary, Sokolov a Cheb. Mezi tyto služby zde řadíme především nízkoprahová denní centra, noclehárny, azylové domy a služby odborného sociálního poradenství.

**Tabulka 44 Sociální služby poskytované na území Karlovarského kraje osobám se závislostním chováním v r. 2021 (zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb)**

	Karlovy Vary	Sokolov	Cheb	Ostrov	Mariánské lázně	Aš	Kraslice
<b>NDC</b>	Armáda spásy	Pomoc v nouzi	D. charita Plzeň	-	-	-	-
<b>N</b>	Armáda spásy	Pomoc v nouzi	D. charita Plzeň	-	-	-	-
<b>AD</b>	Armáda spásy (2) Farní charita KV	Pomoc v nouzi (5)	D. charita Plzeň (2) Pomoc v nouzi (3)	-	-	Farní charita Aš	-
<b>OSP</b>	Člověk v tísní (2) Český západ	Člověk v tísní	D. charita Plzeň	Člověk v tísní	-	Dluhová poradna pod MěÚ	-

NDC = nízkoprahová denní centra, N = noclehárny, AD = azylové domy, OSP = odborné sociální poradenství, NZDM = nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, D. charita Plzeň = Diecézní charita Plzeň

V Karlových Varech působí v rámci Centra sociálních služeb Armády spásy nízkoprahové denní centrum, noclehárna a dva azylové domy. Tyto služby se nacházejí v centru města, s výjimkou jednoho z azylových domů, který působí na severním okraji města, v Sedleci. Cílovou skupinou těchto služeb jsou převážně osoby bez přístřeší, mezi nimiž je užívání návykových látek poměrně rozšířeným jevem. Ve službách jsou namátkově prováděny testy na přítomnost alkoholu i nelegálních návykových látek v moči (dříve využívané testy ze slin se údajně s ohledem na vysokou chybovost neosvědčily), přičemž pozitivní test znamená vyloučení ze služby. Tyto testy jsou využívány zejména v případech, kdy klient již předtím působí nějaké problémy, například vystupuje agresivně vůči pracovníkům nebo dalším klientům služeb.

Uživatelé návykových látek využívající služeb Armády Spásy v Karlových Varech jsou zhruba v poměru 1:1 uživatelé alkoholu a uživatelé pervitinu, v létě bývá zpravidla více uživatelů alkoholu, část uživatelů pervitinu se „rozprchne“ různě po kraji i ČR. Znatelně přibývá klientů-uživatelů s psychiatrickými diagnózami, 4 klienti mají již v této souvislosti omezenou svéprávnost.

V Chebu poskytuje organizace Diecézní charita Plzeň osobám bez přístřeší služby nízkoprahového denního centra a noclehárny, dále provozuje azylový dům, azylový dům pro osamělé rodiče s dětmi a službu dluhového poradenství. V nízkoprahovém denním centru i noclehárně jsou tolerováni klienti intoxikovaní alkoholem nebo jinými návykovými látkami, podmínkou setrvání ve službě je dodržování domovního řádu služby a základní schopnost postarat se o sebe (vykoupat se, uklidit po sobě, chovat se slušně apod.). Testy na drogy se běžně nepoužívají. V azylových domech je dána hranice 1 promile alkoholu, alkohol tester se používá převážně u klientů, o kterých se ví, že mají nebo v nedávné době měli problém s alkoholem. V azylovém domě pro osamělé rodiče s dětmi je v případech důvodného podezření prováděno namátkové testování na alkohol i nelegální návykové látky, věc pak dále řeší OSPOD.

Podle odhadu pracovníků služeb Diecézní charity Plzeň tvoří cca 60 z celkem 80 klientů-uživatelů uživatelé nelegálních návykových látek. Většinou se jedná o mladší uživatele, uživatelům alkoholu bývá 40 až 50 let. Na rozdíl od Karlových Varů nebo Sokolova nepozorují pracovníci Diecézní charity Plzeň výraznější stárnutí klientů-uživatelů.

V Sokolově a okolí zajišťuje organizace Pomoc v nouzi nízkoprahové denní centrum a noclehárnu, azylové domy a službu dluhového poradenství. Dluhovou poradnu dále v Sokolově zřizuje organizace Člověk v tísni. V nízkoprahovém denním centru a noclehárně je pomocí alkohol testeru systematicky sledován a přísně vynucován limit pro poskytnutí služby 1 promile. Testy na drogy se příliš nepoužívají, intoxikace nelegálními návykovými látkami se řeší podle toho, jak se klient ve službě projevuje.

V minulosti se z osob ohrožených závislostí vyskytovali v sokolovských službách Pomoci v nouzi o.p.s. hlavně alkoholici a gambleři, v posledních letech se stále více objevuje také užívání nelegálních návykových látek, a to především u mladších klientů. Převažující skupinou jsou sociálně slabší osoby staršího věku, závislé na alkoholu, většinou bez přístřeší, často po výkonu trestu.

V rámci celého kraje sdílí výše uvedené sociální služby s nízkoprahovými adiktologickými službami poměrně velkou část klientely a zpravidla jsou v nějaké míře spolu propojeny. Praxi využívání obou typů služeb v městě Chebu popsal jeden z dotazovaných aktérů jako „sociální turismus“ – klienti absolvují charakteristický denní cyklus, který začíná probuzením se na noclehárně, pokračuje návštěvou nízkoprahového denního centra a kontaktního centra,

případně ještě církevní organizace Farní Charita Cheb a končí návratem na noclehárnu. Navzdory tomuto intenzivnímu pohybu mezi oběma typy služeb není podle dotazovaných pracovníků služeb zvláště intenzivní jejich vzájemná spolupráce, na což také v nedávné době reagovali zástupci organizace KOTEC o.p.s. žádostí o její posílení. V Karlových Varech a Sokolově byla přinejmenším deklarována pracovníky obou typů služeb relativně vysoká míra spolupráce.

Tato spolupráce nabývá rozličných podob. Není-li v kontaktním centru aktuálně doplněná potravinová banka, klienty lze odkázat do některé ze sociálních služeb, kde doplněná je. Chce-li si klient kontaktního centra zařídit nový občanský průkaz a obává se v této souvislosti ztráty anonymity před pracovníky služeb, mohou pracovníci kontaktního centra požádat pracovníky nízkoprahového denního centra, aby klientovi pomohli zařídit průkaz oni. Vyžádá-li si OSPOD od klienta azylového domu test na přítomnost návykových látek, posílají jej na tento test do kontaktního centra. Chtějí-li v nízkoprahovém denním centru zařídit klientovi doporučení do pobytové léčby, potřebují k tomu doporučení buď od psychiatra, nebo od pracovníka adiktologické služby, mohou se tak obrátit mimo jiné na kontaktní centrum.

### 3.3.3 Shrnutí a doporučení

Na snižování rizik spojených se závislostním chováním se zaměřují nízkoprahové adiktologické služby typu kontaktních center a terénních programů. Tyto služby jsou na území Karlovarského kraje poskytovány převážně rizikovým uživatelům pervitinu, v menší míře také rizikovým uživatelům alkoholu. Poskytují široké spektrum intervencí v oblasti snižování rizik spojených se závislostním chováním, mezi něž patří výměna jehel a stříkaček, distribuce parafernálií pro alternativní formy aplikace drog, orientační testování na infekční onemocnění či základní zdravotní ošetření. V rámci spolupráce s infekčním oddělením nemocnice Karlovy Vary zajišťují svým klientům také léčbu infekčních onemocnění. Dále zajišťují různé formy sociální podpory, případně zprostředkovávají klientům další zdravotní péči, často ve spolupráci sociálních služeb typu nízkoprahových denních center, nocleháren a azylových domů, případně odborného sociálního poradenství.

**Síť nízkoprahových adiktologických služeb pokrývá prakticky celé území Karlovarského kraje, zejména kontaktní centra jsou však dlouhodobě na hraně kapacity, v zájmu stability**



sítě by proto bylo vhodné v co nejbližší době posílit personální kapacitu nízkoprahových adiktologických služeb, a to přibližně v následujícím rozsahu:

Okres Karlovy Vary	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navýšit kapacitu Terénního programu Karlovy Vary min. o jednoho pracovníka v přímé péči, a to v rozsahu 0,5 až 1 úvazek v přímé péči</li> </ul>
Okres Sokolov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navýšit kapacitu K-centra Sokolov o 1 úvazek v přímé péči</li> <li>• Navýšit kapacitu Terénního programu Sokolovsko min. o jednoho pracovníka v přímé péči, a to v rozsahu 1 až 1,5 úvazku v přímé péči</li> </ul>
Okres Cheb	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Navýšit kapacitu K-centra Cheb o 1-2 úvazky v přímé péči</li> <li>• Navýšit kapacitu Terénního programu Chebsko min. o jednoho pracovníka v přímé péči, a to v rozsahu 0,5 až 1 úvazek v přímé péči</li> </ul>

Dalším limitem krajské sítě nízkoprahových adiktologických služeb je nepřístupnost těchto služeb pro cílovou skupinu pod 15 let, na kterou by se v budoucnu mohla zaměřit specifická forma terénního programu. **Aktuálně by kraj mohl v této souvislosti například iniciovat vznik pracovní skupiny, do níž by byli zapojeni jak aktéři pracující primárně s dětmi a mládeží, tak aktéři poskytující nízkoprahové adiktologické služby. Úkolem této pracovní skupiny by bylo zpracovat návrh možné podoby této služby, včetně vypracování strategie kontaktování rizikových jedinců z této cílové skupiny.**

### 3.4 Léčba a následná péče

Mezi adiktologické služby zaměřené na léčbu závislostí řadíme adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství (včetně poskytování substituční léčby), adiktologické služby krátkodobé stabilizace (včetně detoxifikace), adiktologické pobytové služby typu krátkodobé a střednědobé ústavní léčby a terapeutických komunit a adiktologické služby následné péče.

Cílová populace adiktologických služeb v oblasti léčby je potenciálně velmi široká, a ne vždy zcela jasně ohraničitelná. Potřebu těchto služeb v obecné populaci lze hrubě odhadovat pomocí nástrojů, které uvádíme v kapitole 2.1. Jde o osoby v různých fázích závislostního chování, s různou mírou motivace k dosažení abstinence, resp. změny závislostního chování.

Převážná část cílové populace těchto služeb zůstává skryta, tzn. nevyhledává žádné adiktologické služby v oblasti léčby a sociálního začleňování. Důvody nízké poptávky po těchto službách jsou často individuální, roli zřejmě hrají vyšší práh těchto služeb a s ním spojené obavy ze ztráty anonymity, ale i různé další psychosociální bariéry, spojené například s nedostatečnou motivací či omezenou schopností nahlédnout vlastní problém. Obavy ze ztráty anonymity se výrazně projevují zvláště v menších regionech. V těch může dále hrát významnou roli sdílená zkušenost s konkrétními zařízeními či pracovníky (Hanzlík, 2020).

S léčbou je dnes v adiktologické literatuře běžně spojováno také sociální začleňování, jak ale ukázal i tento výzkum, tato oblast aktivit má mimořádnou důležitost jak pro osoby v léčbě a následné péči, tak pro aktivní rizikové uživatele návykových látek. Věnujeme jí proto v tomto textu samostatnou kapitolu 3.6 Sociální začleňování osob se závislostním chováním.

#### 3.4.1 Ambulantní adiktologické služby

Na území Karlovarského kraje se aktuálně nacházejí tři zařízení poskytující ambulantní léčbu a poradenství a následnou péči. Organizace Světlo Kadaň, z. s. provozuje od r. 2019 ambulantní Poradnu Světlo v Karlových Varech. Služba byla původně koncipována jako zdravotnické zařízení, nakonec zahájila provoz jako sociální služba, v současnosti čeká na certifikaci odborné způsobilosti RVKPP.<sup>4</sup> V r. 2020 byl zahájen pilotní provoz ambulancí následné péče v Sokolově a v Chebu, zajišťovaných organizací KOTEC o. p. s., od r. 2021 působí obě ambulance ve

---

<sup>4</sup> Jako relativně nově etablovaná služba může nicméně po nějakou dobu čerpat finanční prostředky z dotačního řízení RVKPP i bez certifikace.

standardním režimu. Ambulance následné péče v Chebu se nachází v téže budově jako dvě další služby poskytované organizací KOTEC o. p. s., K-centrum Cheb a Centrum podpory rodiny s dětmi. Koncentrace služeb do jedné budovy odpovídá záměru organizace mít co nejlépe propojené tyto různé typy služeb a moci v případě potřeby delegovat klienty z jedné služby do jiné. Ambulance následné péče v Sokolově je poskytována v prostorách bývalého nízkoprahového zařízení, do budoucna všechny uvedené služby jsou určeny osobám starším 15 let.

**Tabulka 45 Ambulantní adiktologické služby v Karlovarském kraji v r. 2020 (zdroj: vlastní zpracování)**

	Poskytovatel	Personální kapacita	Certifikace
<b>Poradna Světlo</b> (Karlovy Vary)	Světlo Kadaň z. s.	2 osoby 1 úvazek	NE
<b>Ambulance následné péče</b> (Cheb, Sokolov)	KOTEC o. p. s.	3 osoby 1,2 úvazku	NE

Poradna Světlo pracuje s podobnou cílovou skupinou jako K-centrum Karlovy Vary, oproti ní jsou ale zastoupeni i klienti s nelátkovými závislostmi (nejčastěji online sázení). Cca třetina klientů je po léčbě nebo po výkonu trestu odnětí svobody, těmto klientům poradna víceméně doplňuje následnou péči.

Ambulantní služby následné péče v Chebu a Sokolově jsou na druhé straně využívány i osobami bez absolvované léčby, klientů v doléčování je naopak výrazná menšina (řádově jednotky klientů). Dosud byli převážně zapojováni klienti, kteří chtějí pracovat na udržení abstinence a nemohou si aktuálně dovolit nastoupit do pobytové léčby. Jak shrnuje jeden z pracovníků služby:

*„Nechci dělat žádnou vyšší práh, kdo sem může a kdo nemůže, už ta snaha se cení... viděl jsem manuály různých následných péčí, mají to dost striktní, kdo bude zařazen do programu, kdo nebude, a mně to přijde na naše poměry dost zbytečný.“* (Vedoucí ambulance následné péče, rozhovor 2)

Se dvěma klienty byla v r. 2020 navázána spolupráce na základě doporučení Probační a mediační služby ČR. V současné době je rozjednána spolupráce s několika osobami, které

jsou aktuálně ve výkonu trestu a projevují zájem o nástup do služby, zejména v souvislosti s možností podmíněčného propuštění z výkonu trestu.

**Tabulka 46 Ambulantní adiktologické služby v Karlovarském kraji v r. 2020 (zdroj: materiál poskytnutí organizací Světlo Kadaň z.s.)**

	Rok	Základní droga pervitin	Injekční užívání	Základní droga alkohol	Nelátkové závislosti	Celkem klientů UD	Celkem klientů
<b>Poradna Světlo</b>	2019	6	-	2	5	13	20
	2020	24	15	5	10	42	45
<b>Ambulance následné péče (Cheb, Sokolov)</b>	2019	-	-	-	-	-	-
	2020	25	10	4	0	29	29

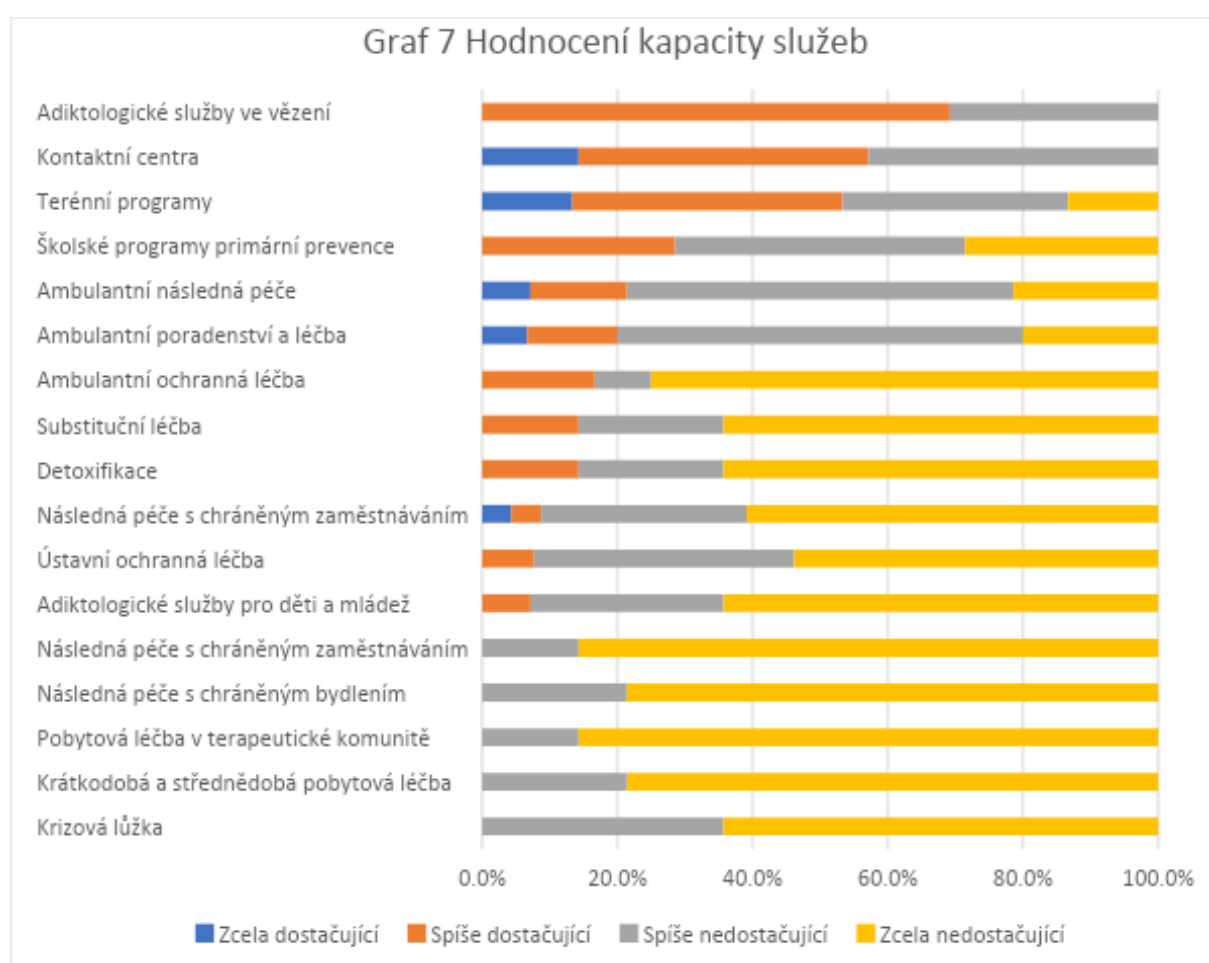
Osobám se závislostním chováním jsou dále poskytovány ambulantní služby v rámci vězeňských zařízení. Ve všech třech věznicích nacházejících se na území Karlovarského kraje jsou standardně zřízeny bezdrogové zóny a poradny protidrogové prevence. Věznice Kynšperk nad Ohří a Věznice Ostrov mají dále po jednom adiktologovi, ve Věznici Ostrov je zřízen Speciální oddíl výkonu trestu pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování, způsobenou užíváním návykových látek (SpO tox). Do všech tří věznic docházejí psychiatři, kteří mají nicméně nasmlouvány jen minimální úvazky (0,1, 0,15 a 0,08). Především ve Věznici Kynšperk nad Ohří a Věznici Horní Slavkov dále poskytují ambulantní poradenství nestátní neziskové organizace (mezi nimi i KOTEC o.p.s.), během pandemie COVID-19 byly však tyto aktivity pozastaveny.

Dotazovaní pracovníci služeb ve vězeňských zařízeních konstatovali velký zájem odsouzených o adiktologické služby, výrazně převyšující aktuální kapacitu těchto služeb, služby jsou ročně poskytovány řádově desítkám odsouzených. Jako kritická se jeví situace ve Věznici Horní Slavkov, kde aktuálně nepůsobí ani adiktolog, ačkoli výskyt závislostního chování mezi vězni je v tomto zařízení s kapacitou 1000 osob odhadován až na 90 %.

## Dostupnost ambulantních adiktologických služeb

Krajskou síť ambulantních adiktologických služeb tvořenou jednou ambulantní poradnou a dvěma ambulancemi následné péče lze považovat za krajně nedostatečnou, tím spíše, že celkový počet úvazků v přímé práci je v těchto třech zařízeních pouze 2,2. Kapacitu ambulantních adiktologických služeb hodnotili v dotazníkovém šetření převážně jako spíše až zcela nedostačující také klíčoví aktéři protidrogové politiky Karlovarského kraje, výjimkou byly adiktologické služby ve vězení (viz Graf 19).

**Graf 19** Hodnocení kapacity služeb klíčovými aktéry protidrogové politiky Karlovarského kraje  
(zdroj: vlastní dotazníkové šetření)



Nutno dodat, že se jedná o velmi mladou síť, vlastně spíše zárodek sítě, který se teprve před několika lety začal utvářet v situaci zcela nulové dostupnosti ambulantních služeb v kraji. Tomuto ranému stádiu sítě odpovídá i jistá míra nevyhraněnosti všech zahrnutých služeb, které v současnosti poskytují podle momentální potřeby ambulantní poradenství i následnou péči.

V Poradně Světlo je v současnosti čekací doba na nástup do služby jeden až dva týdny, z čehož lze usuzovat na určitou úroveň neuspokojené poptávky, a tedy i prostor pro rozšíření kapacity služby. Tomu podle názoru pracovníka služby aktuálně brání především omezené a nejisté zajištění finančních prostředků. Zájem je také o ambulantní služby následné péče, obě ambulance mají aktuálně plnou kapacitu a registrují stále nové zájemce. Současně se zatím jedná o kapacitu výrazně omezenou, která stále nedovoluje odpovídat na všechny požadavky klientů, například na realizaci skupinových sezení.

Navzdory zcela minimálnímu pokrytí území Karlovarského kraje sítí ambulantních adiktologických služeb soudíme, že další rozvoj této sítě by se měl v následujících letech ubírat především cestou kapacitního posílení existujících provozů. Jednoznačnou výjimku představuje zřízení ambulantní adiktologické služby pro osoby mladší 15 let – aktuálně se na území Karlovarského kraje nenachází žádná takto zaměřená adiktologická služba, forma ambulantní poradny se při tom jeví jako poměrně vhodná pro tuto cílovou skupinu – měla by mít spíše nižší práh, na druhé straně by neměla být tak výrazně zaměřená na snižování rizik jako nízkoprahové adiktologické služby, ideálně by se pak měla v nějaké míře zaměřovat na problematiku nelátkových závislostí a disponovat personálem vzdělaným v této oblasti.

Relativně dobré hodnocení stávající kapacity adiktologických služeb ve vězení klíčovými aktéry nepotvrzují výpovědi pracovníků těchto služeb, kteří reportovali dlouhodobý výrazný převis poptávky po službách nad jejich aktuální nabídkou. Tato nabídka se v posledních letech ještě zúžila výpadkem služeb poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi, které během pandemie COVID-19 přestaly dojíždět do vězeňských zařízení. Ve všech třech vězeňských zařízeních na území Karlovarského kraje by bylo vhodné posílit kapacitu ambulantního poradenství, ale rovněž psychiatrické péče, ve Věznici Horní Slavkov aktuálně chybí také adiktolog.

### 3.4.2 Služby krátkodobé stabilizace

Na území kraje nejsou v současnosti dostupné žádné služby zaměřené na krátkodobou stabilizaci osob se závislostním chováním. Schází jednak služba poskytující detoxifikaci klientům se zájmem o komplexní stabilizaci svého stavu a následný nástup do léčby, jednak služba krátkodobé stabilizace pro klienty v krizovém stavu v důsledku akutní intoxikace, kteří aktuálně neplánují nebo ani nemohou nastoupit do léčby.

Absolvování detoxifikace je podmínkou pro nástup do většiny zařízení pobytové léčby, zároveň bývá samo podmíněno předem domluveným nástupem do takového zařízení. V Karlovarském kraji se nenachází žádná detoxifikační jednotka, ani žádný jiný typ služby poskytující detoxifikaci. V některých případech je vyhrazeno lůžko na detoxifikaci na psychiatrickém oddělení nemocnice Ostrov – přísně vzato se nejedná o detoxifikaci, zařízení pobytové léčby nicméně dosud uznávaly čas strávený na tomto lůžku jako splněnou podmínku pro nástup do léčby. Za předpokladu dalšího rozvoje sítě ambulantních adiktologických služeb se jeví jako téměř nezbytné zřídit v dohledné době na území Karlovarského kraje alespoň jedno zařízení poskytující plnohodnotnou detoxifikaci.

Výraznější excesy akutně intoxikovaných osob, zpravidla spojené s narušováním veřejného pořádku či bezprostředním ohrožením zúčastněných osob, jsou v případě uživatelů alkoholu standardně řešeny převozem na záchytnou stanici v Sokolově, v případě uživatelů drog převozem na psychiatrické oddělení nemocnice Ostrov.

Pobyt na lůžku v nemocnici Ostrov představuje poněkud provizorní, ale potenciálně funkční nástroj bezprostřední stabilizace klienta, který mu přinejmenším umožňuje nabrat síl a na nějakou dobu si „odpočinout“ od náročného životního stylu rizikového uživatele drog. Může zde také absolvovat psychiatrické vyšetření, možnosti další péče však již narážejí na kapacitní omezení i na absenci programů zaměřených specificky na osoby se závislostním chováním.

Jak se uvádí v dokumentu „Zhodnocení aktuálního stavu na úseku záchytu osob bezprostředně ohrožených nebo nebezpečných po intoxikaci alkoholem či OPL a následné péče o ně v Karlovarském kraji“, který zpracoval v r. 2019 krajský protidrogový koordinátor, protialkoholní záchytná stanice v Sokolově plní v současnosti převážně represivní funkci a postrádá funkci preventivní. V rámci služby nejsou řešeny příčiny a možná řešení aktuálního stavu zajištěných osob, není s nimi individuálně pracováno a není jim zajišťována adekvátní návazná odborná pomoc v oblasti prevence a léčby závislostí. V této souvislosti doporučuje zmíněný dokument zaměřit se na „posílení kapacit psychiatrů a dalších odborných pracovníků v Karlovarském kraji zabývajících se problematikou závislostí“ (Vimr, 2019, 14).

Činnost protialkoholních záchytných stanic vedle toho generuje dvě významné negativní externality. Zaprvé, provoz záchytných stanic není hrazen z veřejného zdravotního pojištění – zajištěné osoby si jej musí hradit ze svého. Avšak vzhledem k tomu, že většinu z nich tvoří jedinci s nízkým sociálním statusem a bez finančních prostředků, kteří si úhradu nemohou

dovolit, velká část vznikajících pohledávek není nikdy splacena. To znamená na jedné straně finanční ztráty spojené s provozem záchytné stanice, na druhé straně zadlužování klientů, případně další prohlubování již existujícího zadlužení.

Zadruhé, zajištěné osoby, zpravidla osoby bez přístřeší závislé na alkoholu, mají tendenci se po svém propuštění nadále zdržovat v místě, kde působí příslušná stanice. To pociťují negativně zejména místní obyvatelé, ale také například sociální služby, které jsou průběžně nuceny absorbovat zvýšené množství klientů. Poté, co byly zrušeny stanice v Chebu a Karlových Varech, zasahuje tento jev se zvláště vysokou intenzitou město Sokolov, jehož představitelé již několik let usilují o přesun záchytné stanice mimo území města.

I tento problém by zřejmě pomohla řešit větší dostupnost psychiatrické péče. V této souvislosti zazněl v minulosti návrh přemístit záchytnou stanici do Ostrova a navázat její fungování na psychiatrické oddělení nemocnice Ostrov. Toto oddělení však není kapacitně ani odborně připraveno zvládnout přísun rizikových uživatelů alkoholu přicházejících ze záchytné stanice.

Aniž bychom chtěli zlehčovat význam zvýšení dostupnosti psychiatrické péče a posílení její návaznosti na činnost protialkoholní záchytné stanice, aktuálně se nám jako účinnější a bezprostředně dosažitelnější řešení potřeby zajištění krátkodobé stabilizace akutně intoxikovaných osob jeví zřízení některého z následujících dvou typů služeb/intervencí:

- 1) Krizová lůžka pro uživatele nelegálních návykových látek i alkoholu – pobyt v řádu dní, max. týdne, se zajištěnou dostupností psychiatra nebo alespoň adiktologa, s nižším prahem, než má psychiatrické oddělení nemocnice, cíleně a otevřeně zaměřená spíše na snižování aktuálních rizik než na komplexnější práci s klientem a jeho směřování do léčby.
- 2) Nízkoprahová adiktologická služba pro rizikové uživatele alkoholu typu „mokrého“ nízkoprahového centra (v rámci ČR aktuálně provozuje tento typ služby organizace Podané ruce v městě Brně), ve které je klientům pravidelně podáván alkohol v režimu tzv. kontrolovaného pití, bezprostředně lze od zřízení služby očekávat stažení části rizikových uživatelů alkoholu z veřejného prostoru a získání větší kontroly nad snižováním rizik spojeným s užíváním alkoholu, dlouhodobě může kontrolované pití sloužit jako efektivní nástroj snižování spotřeby alkoholu i dosažení úplné abstinence.



Potřebu krizových lůžek nacházíme vyjádřenou také v Závěrečné zprávě o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2020 K-centra Cheb: „V regionu postrádáme především krizová lůžka/krizové zařízení, které je možné využít jako emergenční stanici při momentální krizi klienta.“ (KOTEC o.p.s., 2020, 6)

### 3.4.3 Služby pobytové léčby

Na území kraje dále zcela schází služby pobytové léčby (ať už myslíme služby typu krátkodobé a střednědobé ústavní léčby ve zdravotnických zařízeních, nebo služby typu terapeutických komunit). Jediné lůžkové psychiatrické zařízení v Karlovarském kraji, psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov, výslovně uvádí závislost na alkoholu, drogách a hazardním hraní jako kontraindikaci nástupu do léčby. Osoby se závislostním chováním se zájmem o léčbu jsou tak výhradně umísťovány do pobytových zařízení v ostatních krajích ČR. Počty klientů-pojištěnců z Karlovarského kraje umístěných do zařízení pobytové léčby v letech 2019 a 2020 uvádí tabulka 47. Pokud jde o konkrétní zařízení, pracovníci adiktologických i dalších sociálních služeb v Karlovarském kraji opakovaně uváděli jedno jméno: psychiatrická léčebna Červený Dvůr. S tímto zařízením mají služby navázanou dlouhodobou spolupráci, jeho značná popularita má však někdy za následek dlouhou čekací dobu na nástup do léčby.

**Tabulka 47 Počet klientů-pojištěnců z Karlovarského kraje umístěných do zařízení pobytové léčby mimo Karlovarský kraj (zdroj: materiál poskytnutý VZP)**

	2019	2020
<b>Okres Cheb</b>	120	119
<b>Okres Karlovy Vary</b>	146	121
<b>Okres Sokolov</b>	110	95
<b>Celkem</b>	<b>376</b>	<b>335</b>

### 3.4.4 Shrnutí a doporučení

Síť ambulantních adiktologických služeb v Karlovarském kraji tvoří trojice velmi krátce působících zařízení, která aktuálně „zalepují“ značnou díru na trhu v této oblasti a s ohledem na to mají také relativně nevyhraněnou klientelu a podle momentální potřeby se orientují spíše na ambulantní léčbu a poradenství nebo spíše na ambulantní následnou péči. **Vzhledem k této nevyhraněnosti i relativně výhodnému rozmístění těchto zařízení mezi tři největší města Karlovarského kraje (Karlovy Vary, Sokolov a Cheb) se spíše než rozšiřování této sítě**

o další zařízení jeví aktuálně potřebné navýšení personální kapacity těchto provozů a postupné profilování jejich zaměření.

Nad rámec výše uvedené sítě ambulantních služeb by bylo vhodné zřídit službu pro osoby mladší 15 let v podobě ambulantní poradny s co nejnižším prahem a nadstandardním zaměřením na problematiku nelátkových závislostí, ideálně s pracovišti ve všech třech okresech Karlovarského kraje.

Okres Karlovy Vary	<ul style="list-style-type: none"><li>• Navýšit kapacitu Poradny Světlo v Karlových Varech o dva pracovníky v přímé péči na pozice sociálních pracovníků nebo pracovníků v sociálních službách, a to v rozsahu 1 až 2 úvazky v přímé péči</li><li>• Zřídit pracoviště ambulantní poradny pro osoby mladší 15 let s personální kapacitou 1 až 2 úvazky v přímé péči</li></ul>
Okres Sokolov	<ul style="list-style-type: none"><li>• Navýšit kapacitu ambulance následné péče Sokolov o 1 až 2 úvazky v přímé péči</li><li>• Zřídit pracoviště ambulantní poradny pro osoby mladší 15 let s personální kapacitou 1 až 2 úvazky v přímé péči</li></ul>
Okres Cheb	<ul style="list-style-type: none"><li>• Navýšit kapacitu ambulance následné péče Sokolov o 1 až 2 úvazky v přímé péči</li><li>• Zřídit pracoviště ambulantní poradny pro osoby mladší 15 let s personální kapacitou 1 až 2 úvazky v přímé péči</li></ul>

Rozvíjející se síť ambulantních služeb by mělo do budoucna doplnit alespoň jedno zařízení poskytující na území Karlovarského kraje plnohodnotnou detoxifikaci pro zájemce o nástup do pobytové léčby. Jako akutnější se nicméně jeví zřízení nějaké formy krizového lůžka se zajištěnou dostupností psychiatra nebo adiktologa pro osoby v krizovém stavu v důsledku akutní intoxikace. Zajištění dostupnosti krizových lůžek by mohlo mimo jiné pomoci odlehčit protialkoholní záchytné stanici v Sokolově. Tutéž funkci by mohlo plnit také zřízení nízkoprahového „mokrého“ centra na území města Sokolov, zaměřeného na snižování rizik u osob bez přístřeší rizikově užívajících alkohol, a to v rámci režimu tzv. kontrolovaného pití.

Pracovníci adiktologických služeb ve vězení konstatovali dlouhodobý a výrazný převis poptávky po službách nad jejich aktuální nabídkou. Tato nabídka se v posledních letech ještě zúžila výpadkem služeb poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi, které během

pandemie COVID-19 přestaly dojíždět do vězeňských zařízení. **Ve všech třech vězeňských zařízeních na území Karlovarského kraje by bylo vhodné posílit kapacitu ambulantního poradenství, ale rovněž psychiatrické péče, ve Věznici Horní Slavkov aktuálně chybí také adiktolog.**

### 3.5 Zdravotní péče o osoby se závislostním chováním

Poskytování zdravotní péče osobám se závislostním chováním jsme se dotkli již v předchozích kapitolách. Služby poskytující detoxifikaci a krátkodobou a střednědobou ústavní léčbu jsou poskytovány výhradně v rámci zdravotnických zařízení a jejich nepostradatelnou součástí je zajištění psychiatrické péče. V této kapitole se věnujeme zdravotní a zdravotně-sociální péči poskytované mimo systém standardně definovaných adiktologických služeb.

Dostupnost zdravotní péče pro osoby se závislostním chováním byla dotazovanými aktéry až na výjimky (viz například již zmíněná spolupráce nízkoprahových služeb s infekčním oddělením nemocnice Karlovy Vary) hodnocena výrazně negativně. Velký problém představuje již zajištění primární péče – praktických lékařů je obecně v Karlovarském kraji nedostatek a často je obtížné je přesvědčit, aby brali do péče klienty se závislostním chováním. Úspěšnost umístování klientů na specializovaná oddělení zdravotnických zařízení je proměnlivá, s žádným z nich není navázána dlouhodobá stabilní spolupráce, jako je tomu u léčby infekčních onemocnění.

Potřeba zdravotní péče přitom začíná nabývat na vážnosti v kontextu stárnutí populace klientů a s ním souvisejícím zhoršujícím se zdravotním stavem mnoha z nich. Potřeby těchto klientů často není možné uspokojivě naplnit například v rámci klasických azylových domů. Podle vyjádření pracovníků azylového domu v Karlových Varech jsou do jejich zařízení běžně odesílány osoby z LDN, kterým nelze poskytnout adekvátní péči, ale například ani zajistit bezbariérový přístup.<sup>5</sup>

*„My když vidíme pána na vozíku, kterej si nedokáže ani stoupnout, tak pro nás je to, že se nedokáže o sebe postarat.“ „Několikrát to bylo tak, že oni prostě řekli, že on je schopnej, přivezli ho prostě před vrata a odjeli...“ (Pracovnice sociální služby, rozhovor 4)*

---

<sup>5</sup> Aby pokud možno předešly těmto situacím, začaly pracovníce azylového domu pravidelně dojíždět do zařízení LDN na tzv. sociální šetření, v rámci něž vyhodnocují stav potenciálních klientů a až na základě toho předběžně potvrdí či naopak vyloučí případné převzetí do péče.

Zároveň je prakticky nemožné umístit tyto osoby do domova důchodců – jednak jsou pro ně domovy finančně nedostupné, jednak v drtivé většině nepřijímají osoby s historií závislostního chování. Podle pracovníků azylového domu v Karlových Varech by pro tyto osoby byla ideální nějaká forma sociální péče s rozšířenou zdravotní složkou, jako příklad uváděly zařízení „Domov Přístav Praha“, do kterého již v minulosti umístili jednoho ze svých klientů. Toto zařízení je registrováno jako domov se zvláštním režimem a poskytuje sociálně-zdravotní péči, včetně paliativní péče osobám se sníženou fyzickou a psychickou soběstačností, mimo jiné v důsledku závislosti na návykových látkách. Potřebu nějaké formy rozšířené sociální péče o stárnoucí uživatele návykových látek potvrzovali i pracovníci nízkoprahových adiktologických služeb, zároveň připomínali, že například i služby typu domovů se zvláštním režimem si musí klienti hradit, a kladli důraz na bezplatnost případného zařízení sociální péče.

Jako velmi omezeně dostupnou a zároveň velmi potřebnou vnímali dotazovaní aktéři psychiatrickou péči, především v souvislosti s narůstajícím výskytem duálních diagnóz u uživatelů návykových látek. Podle údajů poskytnutých VZP má VZP v současnosti nasmlouvaných 14,6 úvazku na psychiatrickou péči. Tyto úvazky jsou ze strany VZP považovány za *de facto* AT úvazky, jelikož „léčba AT patří do běžného spektra standardní psychiatrické ambulance, tj. léčbu může poskytovat každý smluvní psychiatr“ (Radimecký, 2017, 60). Výsledek je podle dotazovaných pracovníků adiktologických služeb, že VZP považuje stávající kapacitu psychiatrické péče za dostatečnou a nemá v plánu nasmlouávat na ni další úvazky.

**Tabulka 48 Přehled zařízení poskytujících na území Karlovarského kraje psychiatrickou péči a úvazků nasmlouvaných s VZP na tuto péči (údaje platné k 31. 10. 2021, zdroj: materiál poskytnutý VZP)**

Odbornost	Název	Pracoviště obec	Výše úvazku lékařského personálu	
			hod./týden	PPČ
305 psychiatrie	Vězeňská služba České republiky	Ostrov	4	0,1
305 psychiatrie	VS ČR, Věznice Kynšperk	Kynšperk nad Ohří	6	0,15
305 psychiatrie	Věznice Horní Slavkov	Horní Slavkov	3	0,08
305 psychiatrie	Psychotherapy s.r.o.	Karlovy Vary	18	0,45
305 psychiatrie	Psychiord ALVAHET s.r.o.	Karlovy Vary	46,5	1,16
305 psychiatrie	Dobré duševní zdraví s.r.o.	Karlovy Vary	30	0,75
305 psychiatrie	FoxMedical s.r.o.	Karlovy Vary	30	0,75
305 psychiatrie	Ambulance Penta s.r.o.	KV - Rybáře	17	0,43
305 psychiatrie	Nemocnice Mariánské Lázně s.r.o.	Mariánské Lázně	36	0,9
305 psychiatrie	TODARABA s.r.o.	Cheb	45	1,13
305 psychiatrie	CEDUP s.r.o.	Sokolov	11,5	0,29
305 psychiatrie	Nemocnice Ostrov s.r.o.	Ostrov	38	0,95
305 psychiatrie	FOKUS Mladá Boleslav z.s.	Cheb	13	0,33
305 psychiatrie	MUDr. Marta Červenková	Ostrov	40	1,00
305 psychiatrie	MUDr. Pavel Solnička	Cheb	30	0,75
305 psychiatrie	MUDr. Karel Moravec	Sokolov	14	0,35
305 psychiatrie	MUDr. Jana Pechová	Mariánské Lázně	6	0,15
305 psychiatrie	MUDr. Jiří Bartoš	Karlovy Vary	39	0,98
305 psychiatrie	MUDr. Dagmar Humenská	Ostrov	16	0,4
305 psychiatrie	MUDr. Martina Tomešová	Sokolov	61	1,53
306 dětská a dorostová psychiatrie	Nemocnice Mariánské Lázně s.r.o.	Mariánské Lázně	15	0,38
306 dětská a dorostová psychiatrie	TODARABA s.r.o.	Cheb	13	0,33
306 dětská a dorostová psychiatrie	CEDUP s.r.o.	Sokolov	23,5	0,59
306 dětská a dorostová psychiatrie	MUDr. Jitka Bartková	Karlovy Vary	28	0,7
<b>Celkem</b>			<b>583,5</b>	<b>14,6</b>

Z výpovědí mnoha dotazovaných aktérů nicméně vyplývá, že jen velmi omezené množství psychiatrů působících v Karlovarském kraji reálně poskytuje adekvátní péči v oblasti návykových nemocí. V Karlových Varech působí podle pracovníka místní adiktologické služby

dva ambulantní psychiatři, kteří jsou ochotni pracovat s cílovou skupinou aktivních uživatelů návykových látek. Jméno jednoho z nich zmiňuje v rozhovoru také sokolovský protidrogový koordinátor – donedávna mělo jít o jediného psychiatra v Sokolově, na kterého se mohlo město obrátit s žádostí o poskytnutí péče aktivním uživatelům návykových látek, někdy na jaře r. 2021 nicméně došlo k přerušení spolupráce. Pracovník adiktologické služby v Chebu referoval o dvou psychiatrech působících v Chebu, kteří příležitostně poskytují péči aktivním uživatelům návykových látek, jeden z nich bude údajně brzy odcházet do důchodu.

Psychiatrická péče je dále na území Karlovarského kraje zajišťována organizací FOKUS Mladá Boleslav z.s., a to v rámci širokého spektra zdravotně-sociálních služeb, jejichž cílem je komplexní psychiatrická rehabilitace vážně duševně nemocných, mimo jiné v rámci služeb podporovaného zaměstnávání a chráněného bydlení, case managementu či tzv. center duševních zdraví. Tyto služby v drtivé většině případů nejsou určeny osobám s diagnózami duševních poruch a poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek, organizace FOKUS Mladá Boleslav z.s. nicméně zřizuje multidisciplinární týmy v Karlových Varech, Sokolově a Chebu, do nichž jsou zapojeni mimo jiné místní poskytovatelé adiktologických služeb. Podle pracovníka adiktologické služby v Chebu probíhá spolupráce tak, že v rámci týmu jednou za měsíc společně diskutují o možnostech pomoci konkrétním klientům s duálními diagnózami, včetně zajištění psychiatrické péče. Vzhledem k tomu, že služby organizace FOKUS Mladá Boleslav z.s. se primárně zaměřují na jiné diagnózy, však nemohou zpravidla osobám z řad rizikových uživatelů návykových látek poskytovat komplexnější psychiatrickou péči nad rámec základních vyšetření a dílčích výkonů.

Ordinace Dobré duševní zdraví s.r.o. v Karlových Varech jako jediné zařízení v Karlovarském kraji poskytuje substituční léčbu buprenorfinem. Někteří klienti zařízení, kteří v něm tuto léčbu podstupují, navštěvují také K-centrum Karlovy Vary. Jak uvedla pracovnice tohoto K-centra, tito lidé jim sami přiznávají, že neužívají buprenorfin, jak by v rámci substituční léčby měli, tedy orálně, ale nitrožilně. Buprenorfin tak pro ně představuje především cenově dostupnější alternativou jiných drog.

Dlouhodobě relativně stabilnější je dle výpovědí aktérů pracujících s dětmi a mládeží spolupráce s dětskými psychiatry, kteří standardně poskytují služby i v souvislosti se závislostním chováním, a to v Chebu, Mariánských Lázních a Sokolově. Již delší dobu však tito

lékaři nestačí vykrývat svými úvazky (celkem 1,3) vzrůstající potřebu psychiatrické péče mezi dětmi a mládeží, průměrná čekací doba na přijetí pacienta narostla až na 3 měsíce.

### 3.5.1 Shrnutí a doporučení

Dostupnost primární i specializované zdravotní péče pro osoby se závislostním chováním je v Karlovarském kraji převážně velmi omezená. Navzdory nominálnímu zajištění 14,6 úvazku psychiatrické péče ze strany zdravotních pojišťoven přetrvává na území Karlovarského kraje akutní nedostatek lékařů poskytujících psychiatrickou péči osobám se závislostním chováním. Potřeba této péče se zvláště akutně projevuje u rostoucího počtu uživatelů návykových látek s duálními diagnózami a rostoucího počtu dětí s problémy v oblasti duševního zdraví, včetně závislostního chování.

V této oblasti se zvláště bolestivě projevuje dlouhodobý fenomén odlivu vysokoškolsky vzdělaných osob z Karlovarského kraje. **Zde nepomůže pouze dostatek finančních prostředků a rozvinutá síť služeb, je třeba hledat cesty, jak do Karlovarského kraje nalákat zdravotnické specialisty v čele s psychiatry s odborností v oblasti návykových nemocí. V dlouhodobějším horizontu by bylo dobré začít se koncepčně zabývat touto otázkou ve spolupráci s dalšími odbory Krajského úřadu Karlovarského kraje, zejména Odborem zdravotnictví, ale také například Odborem kultury, památkové péče, lázeňství a cestovního ruchu. Pro začátek lze naplánovat provedení nějakého rozsáhlejšího průzkumu mezi potřebnými zdravotnickými specialisty působícími v jiných krajích nebo mezi studenty medicíny, zaměřeného na jejich očekávání spojená s místem jejich současného či budoucího odborného působení. Další možností je navázání distanční formy spolupráce se specialisty působícími v jiných krajích, přinejmenším pro cílovou skupinu dětí a mládeže by využívání služeb dětských psychiatrů či psychologů formou videohovorů bylo více než přirozené.**

V souvislosti se stárnutím populace uživatelů návykových látek se pak u velké části této populace začíná stále závažněji projevovat celkové zhoršení zdravotního stavu. Jedná se o osoby, kterým vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nelze poskytovat adekvátní péči například v rámci klasických azylových domů, zároveň je téměř nemožné jim zajistit pobyt v domově důchodců – jednak si jej většina z nich nemůže dovolit, jednak velká část domovů odmítá přijímat osoby se závislostí v anamnéze. Potřeby této cílové skupiny by byla schopna



**pokrýt například nějaká forma zařízení sociální péče se zvláštním režimem a posílenou zdravotní složkou, ideálně včetně zajištění psychiatrické péče.**

### 3.6 Sociální začleňování osob se závislostním chováním

Dvěma stěžejními oblastmi sociálního začleňování, které opakovaně zmiňovali i dotazovaní aktéři, jsou zajištění bydlení a zaměstnání, ať už v podobě standardních pronájmů a pracovních míst, či různých forem chráněného či jinak podporovaného bydlení a zaměstnávání, případně sociálního bydlení či bydlení typu housing first.

Zajištění finančně dostupného bydlení osobám se závislostním chováním považovala velká část dotazovaných aktérů za jeden z největších problémů spojených se závislostním chováním. Podle pracovnice sociální služby v Karlových Varech nezbyvají klientům pobírajícím sociální dávky po zaplacení nájemného na ubytovně (cca 6000 až 7000 Kč/měsíc včetně poplatků za energie) téměř žádné prostředky na zajištění základních potřeb. Zároveň je míst na ubytovně relativní nedostatek a vcelku snadno může docházet (typicky změnou majitele objektu) k jejich náhlým prudkým poklesům. (Například v Chebu bylo během 2 měsíců vystěhováno cca 400 lidí z ubytovny, včetně mnoha klientů K-centra Cheb.)

V Karlovarském kraji se lze setkat také s tzv. obchodem s chudobou, kdy soukromé subjekty skupují obytné objekty a pronajímají je sociálně slabým, zpravidla za velmi vysoké částky. Podmínky pro získání pronájmu v těchto objektech a jejich následné obývání jsou většinou zcela minimální, i pro mnohé uživatele návykových látek tak mohou představovat jedinou formu bydlení, kterou jsou schopni si sehnat a udržet (a jsou tím pádem často ochotní platit obrovské částky za jejich pronájem).

Tento jev se zvláště nápadně projevuje v Sokolově, kde jistý soukromý subjekt skupil velké množství původně městských bytů, které nyní pronajímá sociálně slabým. Podle pracovnice adiktologické služby v Sokolově přispívá tato praxe k dalšímu prohlubování sociálního vyloučení v rámci města a vytváření „ghett“ soustředěných kolem objektů, v nichž jsou pronajímány tyto byty. Někteří klienti adiktologických služeb využívají možnost dočasného ubytování v azylových domech, které může být podle zákona poskytováno nanejvýš rok v kuse, ne vždy ale zvládají dodržovat podmínky pro setrvání ve službě, mimo jiné v souvislosti se zvládáním svého závislostního chování.

Podle pracovnice adiktologické služby v Sokolově by v Karlovarském kraji byla potřeba forma chráněného bydlení pro osoby, které se vracejí z výkonu trestu nebo z léčby, zejména pak pro ty s duálními diagnózami. Chráněné bydlení pro duševně nemocné poskytuje například

organizace FOKUS Mladá Boleslav z.s. v Karlových Varech a Chebu, nejsou nicméně určeny cílové skupině s diagnózou duševních poruch a poruch chování způsobených užíváním psychoaktivních látek.

Z vyjádření části dotazovaných aktérů vyplývá, že v kraji je relativní dostatek možností zajistit zaměstnání klientům nízkoprahových a dalších sociálních služeb. Například služby Diecézní charity Plzeň v Chebu pravidelně zprostředkovávají svým klientům nabídky práce, například ve fabrikách v chebské průmyslové zóně, v nemocnicích (jako pomocná služba) či v pohostinských zařízeních (číšník nebo i kuchař). Úřady práce v Chebu deklarují, že realizují „aktivní politiku zaměstnanosti“, v jejímž rámci nabízejí například dotovaná pracovní místa. Osobám po výkonu trestu pomáhá shánět zaměstnání organizace Rubikon, která má pobočky v Chebu, Chodově a Karlových Varech a dlouhodobě spolupracuje s několika různými zaměstnavateli.

Snahám o zaměstnávání klientů adiktologických služeb nicméně často stojí v cestě různé formální překážky typu nutnosti disponovat občanským průkazem. Jak uvedl pracovník nízkoprahové služby v Chebu, pro velkou část klientů této služby je téměř nemožné si občanský průkaz zařídit, jelikož již dluží za ztráty minulých průkazů a nejsou schopni tyto pohledávky vypořádat. Více dotazovaných aktérů uvedlo, že velká část klientů služeb z řad rizikových uživatelů návykových látek o zaměstnání jednoduše nestojí, u těch, kteří jsou v exekčním řízení, hraje roli mimo jiné to, že by jim v rámci tohoto řízení byl případný legální zdroj výtěžku výrazně krácen. Část klientů není ani evidována na úřadu práce, často z toho důvodu, že má trvalý pobyt v jiném městě a nemá prostředky na vycestování za účelem vyřízení potřebných náležitostí. Část klientů „na černo“ vykonává různé nekvalifikované práce.

### 3.6.1 Shrnutí a doporučení

Zajištění finančně dostupného bydlení představuje podle dotazovaných aktérů problém pro velkou část klientů adiktologických služeb na území Karlovarského kraje. Ubytovny jsou pro ně často relativně drahé, případně mají plnou kapacitu, v případě změny majitele mohou také ve velmi krátké době vypovídat smlouvy se stávajícími nájemníky. Klienti mohou být dále max. na dobu jednoho roku umístěni do azylového domu, pro část z nich je však obtížné dodržovat podmínky setrvání ve službě. Minimum podmínek je údajně naopak vyžadováno v objektech

pronajímaných soukromými subjekty v rámci tzv. obchodu s chudobou, které jsou spojovány s vysokou mírou sociálního vyloučení.

V Karlovarském kraji dále citelně schází služba chráněného bydlení, kterou by mohly využívat osoby se závislostním chováním a která by mohla představovat významný podpůrný a stabilizační faktor pro osoby vracející se z výkonu trestu nebo z léčby. **Jednoznačně lze doporučit zřízení tohoto typu služby, ideálně v kombinaci s poskytováním následné péče. Do budoucna by se nabízelo například zřízení pobytových kapacit v rámci jedné ze služeb následné péče, které v současnosti poskytuje organizace KOTEC o.p.s.**

Podle části respondentů je relativní dostatek možností zprostředkovávat klientům služeb zaměstnání, často ale naráží na jejich omezenou schopnost splňovat určité formální náležitosti a nedostatek prostředků na jejich vyřízení. **V této situaci by bylo vhodné zaměřit se nějakým systematictějšíм způsobem na odstraňování těchto překážek, například formou intenzivního case managementu, případně spojeného s výraznějším zapojováním rodiny a dalších blízkých osob klientů.**

## Literatura

BESIP. *Alkohol a jiné návykové látky: Dílčí cíl Národní strategie bezpečnosti silničního provozu 2011-2020.* (2020). Dostupné z <https://www.ibesip.cz/getattachment/8444f61d-291b-4803-bb9f-b3b85fd1a1f0/Alkohol-a-jine-navykovye-latky.pdf?lang=cs-CZ>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *Environmental substance use prevention interventions in Europe.* Dostupné z <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/7882/Environmental-substance-use-prevention-Interventions-in-Europe.pdf>

Hanzlík, K. (2020). *Návrh nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb a metodika k jeho praktické realizaci.* Dostupné z <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2021/05/Methodika-prakticke-aplikace-nastroje-zajisteni-dostupnosti-sluzeb.pdf>

Chomynová, P., Csémy, L. & Mravčík, V. (2020). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. *Zaostřeno* 6 (5), 1–20

Johnson, K., Courser, M., Holder, H., Miller, B., Ogilvie, K., Moore, R., ... & Saylor, B. (2007). A community prevention intervention to reduce youth from inhaling and ingesting harmful legal products. *Journal of drug education*, 37(3), 227-247

Kázmér, L., Baroš, A., Hanzal, J. & Kulhánová, I. (2020). *Mapování onemocnění – Prostorové nerovnosti v předčasné úmrtnosti související s užíváním legálních návykových látek, Česko, 2001–2015 / Mapping Disease – Spatial Inequalities of Premature Mortality Related to Licit Substance Use, Czechia, 2001–2015.* Klecany: Národní ústav duševního zdraví.

Kuss, D. J., Throuvala, M., Pontes, H. M., Nuyens, F., Burleigh, T., Griffiths, M. D. (2020). Řešení digitální a herní závislosti: výzva pro 21. století. *Zaostřeno* 6(2), 1–8.

Miovský, M. (ed.) (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Miovský, M., 2001. *Teoretická východiska aplikace kvalitativních metod v moderním*

*adiktologickém výzkumu. Nепublikováno.*

MRAVČÍK, V. (ed.). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015 [Annual Report on Drug Situation 2015 – Czech Republic]*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., Vopravil, J. 2020. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Rous, Z., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Cibulka, J., Franková, E. 2021. *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2020*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR. (2017). *Výroční zpráva za rok 2016*. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.

Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR. (2018). *Výroční zpráva za rok 2017*. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.

Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR. (2019). *Výroční zpráva za rok 2018*. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.

Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR. (2020). *Výroční zpráva za rok 2019*. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.

Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR. (2021). *Výroční zpráva za rok 2020*. Praha: Národní protidrogová centrála SKPV Policie ČR.

Odborná společnost pro prevenci rizikového chování, z.s. (2020). *Společné stanovisko odborných společností k projektu Revolution Train*. Dostupné z [https://www.osprch.cz/images/dokumenty/Train\\_stanovisko2020.pdf](https://www.osprch.cz/images/dokumenty/Train_stanovisko2020.pdf).

Radimecký, J. (ed.), Solčány, J., Zahálka, M. (2017). *Analýza drogové scény Karlovarského kraje: Závěrečná zpráva*. Karlovy Vary: Karlovarský kraj.

Vimr, Jiří. (2019). *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Karlovarského kraje za rok 2018*. Dostupné z [https://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/kriz-situace/seznam/drogy\\_zavislosti.aspx](https://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/kriz-situace/seznam/drogy_zavislosti.aspx).

Vimr, Jiří. (2019). *Zhodnocení aktuálního stavu na úseku záchytu osob bezprostředně ohrožených nebo nebezpečných po intoxikaci alkoholem či OPL a následné péče o ně v Karlovarském kraji*. Dostupné z [https://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Documents/pzs\\_sokolov.pdf](https://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Documents/pzs_sokolov.pdf).

Vimr, Jiří. (2020). *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji za rok 2019*. Dostupné z [https://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/kriz-situace/seznam/drogy\\_zavislosti.aspx](https://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/kriz-situace/seznam/drogy_zavislosti.aspx).

Vimr, Jiří. (2021). *Výroční zpráva o realizaci politiky v oblasti závislostí v Karlovarském kraji za rok 2020*. Dostupné z [https://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/kriz-situace/seznam/drogy\\_zavislosti.aspx](https://www.kr-karlovarsky.cz/krajsky-urad/cinnosti/Stranky/kriz-situace/seznam/drogy_zavislosti.aspx).