



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Zdraví 2020

Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Akční plán č. 4: Omezování zdravotně rizikového chování

a) Akční plán pro vytvoření interdisciplinárního meziresortního rámce primární prevence rizikového chování

u vysoce ohrožených skupin dětí v České republice

Ministerstvo zdravotnictví

2015

Obsah

1	Shrnutí	1
2	Důvodová zpráva	2
3	Definice strategických cílů	4
3.1	Působnost Akčního plánu: globální cíl, obecný rámec a klíčové pojmy	4
3.2	Strategické cíle/očekávané dopady Akčního plánu	7
3.3	Základní parametry Akčního plánu a vazba na další dokumenty.....	15
4	Rozsah aktivit Akčního plánu	17
4.1	Zachování současného stavu	18
4.2	Definice potřebných aktivit pro dosažení cílů.....	19
5	Předpokládané benefity	30
5.1	Primární benefity.....	31
1.1	Sekundární benefity/výstupy	31
6	Rizika	34
6.1	Rizika realizace AP a jejich zdroje.....	34
6.2	Podniknutí nutného minima aktivit	35
7	Náklady spojené s AP	36
7.1	Náklady spojené s realizací Akčního plánu.....	36
8	Závěr	38
	Pracovní skupina pro tvorbu Akčního plánu	39

1 Shrnutí

Akční plán řeší oblast rizikového chování dětí a dospívajících (risk behaviour, problem behaviour, risk-taking behaviour) **s těžištěm v oblasti selektivní (rizikové skupiny) a indikované (rizikovní a rizikově se chovající jedinci) prevence dle členění EMCDDA¹. Rizikové chování** představuje heteronomní kategorii různých typů chování, které se pohybuje na škále od extrémních projevů chování „běžného“ společensky přijatelného (např. provozování adrenalinových sportů) až po projevy chování na hranici patologie (např. abúzus návykových látek, sebevražedné pokusy). **Právě v oblasti rizikového chování se Česká republika stala jednou z nejhůře hodnocených zemí v EU** a tradičně v posledních letech zaujímá nejhorší místa v pořadí států s nejvyšším výskytem těchto fenoménů (nejvíce patrné je to v oblasti užívání tabáku, alkoholu, konopí atd.). Akční plán navazuje a úzce vychází z procesu tvorby národního školského systému rizikového chování v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, který trvá již patnáct let. **Cílem akčního plánu je dosáhnout v době jeho působnosti (5 let) stabilizace v indikátorech v hlavních oblastech rizikového chování a mírného zlepšení ve střednědobém horizontu a nastartování pozitivních trendů (10 let).** Pro některé z významných rizikových skupin dětí a mládeže přitom doposud neexistují ani systémové nástroje pro řešení této situace. **Hlavní cílové skupiny, na které se Akční plán proto zaměřuje,** jsou z důvodů priorit na rozdíl od celkového národního systému zúženy a rozděleny do pěti kategorií v souladu se současnou potřebou a situací v České republice: (1) děti a dospívající ze sociálně znevýhodněného prostředí, vyloučených lokalit, a ohrožených chudobou, (2) děti a dospívající spadající do oblasti působnosti zákona o sociálně-právní ochraně dítěte, (3) děti a dospívající ohrožení diskriminací (např. na základě své sexuální orientace atd.), (4) děti a dospívající z etnických skupin a skupin migrantů (legální i nelegální migranti) a (5) děti a dospívající s psychiatrickými symptomy duševního onemocnění či přímo s neléčeným (nediagnostikovaným) duševním onemocněním a dále děti a dospívající rodičů se závažnou psychickou poruchou či onemocněním.

¹ EMCDDA - Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

Hlavním benefitem realizace akčního plánu, kromě dosažení samotných strategických cílů a zlepšení v klíčových indikátorech rizikového chování (tj. stabilizace v horizontu 5 let a nastartování pozitivních trendů v horizontu 10 let) je formulace **dlouhodobé národní strategie mezioborové a meziresortní spolupráce v oblasti prevence rizikového chování**. Jde o realizaci strukturovaného, systémového modelu metodické podpory a koncepčního řešení v rezortu zdravotnictví a školství pro oblast prevence rizikového chování dětí a mládeže na celonárodní úrovni. Kromě sjednocení terminologie a definic **umožní zásadní zlepšení systému preventivní péče s těžištěm v oblasti selektivní (rizikové skupiny) a indikované (rizikovní a rizikově se chovající jedinci) prevence v logice členění EMCDDA; zavedení průběžného sledování a kontroly kvality a efektivity v celé oblasti prevence zdravotních rizik** (prostřednictvím stanovení standardů práce pro oblast prevence rizikového chování) v souladu se současnými vědeckými poznatky a praxí v tomto oboru u nás, i v zahraničí. Velmi důležitá je pokračující implementace screeningů a krátké intervence rizikového chování v dospívání především do primární zdravotnické péče, a obecně podpora šíření a využívání nástrojů screeningů krátké intervence také do dalších oblastí zdravotnictví, školství a sociálních služeb. Realizace záměru zlepší propojení organizací ve veřejném, soukromém i neziskovém sektoru, které se věnují prevenci rizikového chování, a s tím souvisejícími zdravotními dopady. AP umožní **vytvoření, ověření a zavedení do praxe systému hodnocení a kontroly kvalifikační připravenosti (různých relevantních profesních skupin ve školství a zdravotnictví) pro poskytování kvalitní a efektivní preventivní péče**.

2 Důvodová zpráva

Akční plán je jedním z implementačních dokumentů Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, která byla schválena usnesením vlády č. 23 z dne 8. ledna 2014 a usnesením Poslanecké sněmovny PČR č. 175 ze dne 20. března 2014. Účelem Národní strategie je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Jedním z prioritních témat Národní strategie je právě prevence rizikového chování. Pro tento Akční plán je klíčové ukotvení ústředního pojmu rizikové chování dětí a dospívajících (risk behaviour, problem

behaviour, risk-taking behaviour) **s těžištěm v oblasti selektivní (rizikové skupiny) a indikované (rizikovní a rizikově se chovající jedinci) prevence dle členění EMCDDA** a navazuje na dosavadní výsledky práce MŠMT v oblasti školské prevence. Důležitým mezníkem a pro tento dokument klíčovým konceptem byla publikace popisu **syndromu rizikového chování** (Jessor & Jessor, 1977), který zahrnoval abusus alkoholu, kouření cigaret, užívání marihuany, abusus ilegálních látek, delikventní jednání a předčasné zahájení pohlavního života. Dnes pod tento pojem (rizikové chování) v oblasti zdravotnictví řadíme obecně takové chování, které má negativní dopady na fyzické či psychické zdraví a fungování člověka a které je nějakým způsobem ohrožující pro něj nebo jeho okolí. **Rizikové chování** proto představuje heteronomní kategorii různých typů chování, které se pohybuje na škále od extrémních projevů chování „běžného“ společensky přijatelného (např. provozování adrenalinových sportů) až po projevy chování na hranici patologie (např. abúzus návykových látek, sebepoškozování, sebevražedné pokusy). Můžeme ale uvažovat i o rizikovém chování osob s jinými diagnostikovanými poruchami a onemocněními (např. závislostním nebo sexuálně rizikovém chování u HIV pozitivních atd.). Mezi formy rizikového chování v souladu s dosavadními koncepčními dokumenty MŠMT v oblasti školské prevence zařazujeme zejména:

- rizikové zdravotní návyky (např. pití alkoholu, kouření, užívání drog, včetně nadměrného nebo nesprávného užívání léků, nedostatečná nebo nadměrná pohybová aktivita), hráčství (gambling), rizikové a narušené stravovací návyky a/nebo jídelní chování (disordered eating) a poruchy příjmu potravy (eating disorders),
- sexuální rizikové chování (např. předčasné zahájení pohlavního života, prevence pohlavně přenosných onemocnění, promiskuita, nechráněný pohlavní styk, pohlavní styk s rizikovými partnery, předčasné mateřství a rodičovství),
- interpersonální agresivní chování (např. násilné chování, extrémní projevy slovní a fyzické agrese, šikana, týrání, syndrom CAN, domácí násilí, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie, mobbing, bossing atd.),
- extrémní projevy agrese vůči osobám i majetku (vč. vandalismu, krádeží, sprejerství a další trestné činnosti, sebepoškozování a sebevražedné chování atd.)

- netolismus, stalking,
- záškoláctví a neplnění školních povinností,
- negativní působení sekt a negativní působení masmédií a specifických adolescentních kultur (specifické sekty, gangy; takové skupiny, které idealizují a obdivují rizikové chování)
- rizikové sportovní aktivity (např. provozování adrenalinových a extrémních sportů) a prevence úrazů obecně, včetně dopravy,
- chování vedoucí ke vzniku a šíření infekčních onemocnění (např.: nedostatečná hygiena rukou, nadužívání antibiotik, odmítání povinného a dobrovolného očkování, podceňování rizik při cestování - cestovní medicína, prevence pohlavně přenosných nemocí atd.).

3 Definice strategických cílů

3.1 Působnost Akčního plánu: globální cíl, obecný rámec a klíčové pojmy

Akční plán umožní realizaci strukturovaného, systémového modelu metodické podpory a koncepčního řešení v rezortu zdravotnictví pro oblast prevence rizikového chování dětí a mládeže na celonárodní úrovni. Navazuje na více než patnáctiletou systematickou práci a vývoj celého konceptu v rámci resortu školství zahájenou v kontextu projektu Phare Twinning 2000. **Tento proces je pro Akční plán určující, neboť tento plán vychází úzce z jeho definičního rámce a tvoří jeho dílčí část zúženou na vybrané cílové skupiny z důvodů priorit a naléhavosti (viz popis indikátorů), kterým by v kontextu Zdraví 2020 měla být v této fázi věnována větší pozornost a měla by se na ně soustředit konkrétní opatření.** Zbývající rizikové skupiny jsou ošetřeny ve střešních dokumentech vzniklých v rámci projektu VYNSPI-2.²Kromě sjednocení terminologie a

² Podrobněji viz popis celého koncepčního rámce a doporučené pracovní verze implementačního plánu: Miovský, M. (2015). Vývoj národního systému školské prevence rizikového chování v České republice: reflexe výsledků 15 letého procesu tvorby. Adiktologie 15(1). V tisku.

definice **umožní zásadní zlepšení systému preventivní péče s těžištěm v oblasti selektivní (rizikové skupiny) a indikované (rizikovní a rizikově se chovající jedinci) prevence v logice členění EMCDDA; zavedení průběžného sledování a kontroly kvality a efektivity v celé oblasti prevence zdravotních rizik** (prostřednictvím stanovení standardů práce pro oblast prevence rizikového chování) v souladu se současnými vědeckými poznatky a praxí v tomto oboru u nás, i v zahraničí. Realizace záměru zlepší propojení organizací ve veřejném, soukromém i neziskovém sektoru, které se věnují prevenci rizikového chování, a s tím souvisejícími zdravotními dopady. Záměr vychází z řady analytických dat a využívá výzkumné a vzdělávací aktivity, které byly doposud realizovány (například průběh certifikací programů prevence rizikového chování, projekty ESF VYNSPI atd. Umožní **přípravu, ověření a zavedení systému** organizované metodické podpory poskytovatelům preventivní péče a současně přinese identifikaci případných pochybení s cílem indukovat změny stereotypního chování populace, ve prospěch zdravého životního stylu a snižování dopadů škodlivých návyků.

Záměr dále umožní **vytvoření, ověření a zavedení do praxe** systému hodnocení a kontroly kvalifikační připravenosti pro poskytování kvalitní a efektivní preventivní péče, založený na dosažených znalostech, dovednostech a kompetencích potřebných pro zajištění programů prevence rizikového chování. Záměr dále přináší rozpracování klíčových témat rizikového chování pro zainteresované subjekty na všech úrovních, **nastavení mechanismů mezioborové a meziresortní (zejména MZ a MŠMT) spolupráce a komunikace** na úrovni struktury řešených témat, jejich systémového řešení ve vztahu k subjektům, kterým jsou služby určeny. Řeší zejména operativnost, včasnost a relevantnost předávaných informací, s cílem ovlivnění kvality života jednotlivců na jedné straně a na druhé straně usiluje o zajištění efektivity zvolených postupů, které mohou vytvářet ekonomicky efektivnější (úspornější) a lékařsky úspěšnější modely předcházení rizikovému chování.

Selektivní prevence je určena pro cílové skupiny, u nichž je aktuálně či dlouhodobě zvýšené riziko výskytu rizikových forem chování (podrobněji viz Miovský et al., 2012). Je prováděna s cílem zabránit nástupu projevů rizikového chování. Identifikace

Miovský, M. & Gabrhelík, R. (2015). Základní struktura a rámec implementačního plánu systému školské prevence rizikového chování v České republice. Adiktologie (15). V tisku.

problému probíhá na základě epidemiologických a kohortových studií, údajů z registrů. Nejčastěji je prováděna v prostředí rodiny, komunity, klubů/párty/festivalů, škol a školských zařízení. Požadavky na odbornost vycházejí z toho, že se pracuje se skupinou s vyšším rizikem a mělo by tomu odpovídat i vzdělání preventivního odborného pracovníka (např. proškolený pracovník neziskové organizace, adiktolog, aj.).

Indikovaná prevence má jako cílovou skupinu jednotlivce, u nichž se již objevil jeden nebo více příznaků, které jsou charakteristické pro sledovaný typ rizikového chování. Projevy však nejsou plně rozvinuty a neumožňují jednoznačnou diagnózu, např. dle MKN-10 (Springer & Phillips, 2007). Cílem je zabránit progresi a přechodu do chronických forem (např. zabránit přechodu z experimentálního či příležitostného užívání k závislosti na návykové látce či skupině látek). Dále maximálně snížit dobu a frekvenci výskytu projevů rizikového chování (NIDA, 1997). Problém může být identifikován bez ohledu na postoj a náhled jedince, doporučení od učitele, školního metodika prevence (např. agresivní žák nebo student), na základě výsledku screeningových nástrojů. Musí být zmapovány rizikové a protektivní faktory jedince, jejich znalost je potřebná pro zvolení odpovídající intervence. Programy spadající pod selektivní a indikovanou prevenci jsou také někdy označovány jako zacílená prevence (targeted prevention; Sussman, 2004). Zvláštní postavení má časná diagnostika a intervence, a to zejména proto, že často bývá součástí léčby a léčebných (biomedicínských, psychologických a psychosociálních) intervencí.

Časná diagnostika a intervence zahrnuje prvky jak indikované prevence, tak léčby (EMCDDA, 2009). Cílovou skupinou jsou ti, u nichž je žádoucí strukturovaná intervence léčebného typu specificky zaměřená na symptom rizikového chování. K identifikaci problému dochází na základě vlastní potřeby jedince řešit problém nebo na základě výsledků screeningových a diagnostických nástrojů.

Hlavní cílové skupiny, na které se Akční plán zaměřuje, jsou rozděleny do pěti kategorií v souladu s členěním úrovní prevence dle EMCDDA (viz výše definice selektivní a indikované prevence). V souladu se současnou potřebou a situací v České republice byla definována kritéria výběru těchto cílových skupin a prioritní zaměření. Těmito kritérii při výběru byla (a) epidemiologická situace spojená s danou skupinou a výskytem rizikového chování v ní, (b) jasná vazba na oblast školy a školská zařízení a

obecně školní prevence (jako prioritní oblast Akčního plánu při budování průniku mezi MZ ČR a MŠMT ČR), (c) společenská naléhavost a potřebnost řešení dané oblasti a skupiny v ní, (d) vzájemná vazba v oblasti plnění cílů a možnost dosažení synergického efektu při realizaci projektů v rámci AP, (e) návaznost na jiné Akční plány a jejich doplnění, podpora atd. **Díky těmto kritériím bylo následně možné formulovat následujících pět kategorií:**

- a) děti a dospívající ze sociálně znevýhodněného prostředí, vyloučených lokalit a ohrožené chudobou,
- b) děti a dospívající spadající do oblasti působnosti zákona o sociálně-právní ochraně dítěte,
- c) děti a dospívající ohrožení diskriminací (např. na základě své sexuální orientace atd.),
- d) děti a dospívající z etnických skupin a skupin migrantů (legální i nelegální migranti),
- e) děti a dospívající s psychiatrickými symptomy duševního onemocnění či přímo neléčeným (nediagnostikovaným) duševním onemocněním a dále děti a dospívající rodičů se závažnou psychickou poruchou či onemocněním.

3.2 Strategické cíle/očekávané dopady Akčního plánu

Akční plán stanovuje hlavní strategické cíle uvedené níže. Jejich **volba vychází z kombinací epidemiologických údajů a společenské potřeby řešit dané oblasti**. Současně tyto cíle zasahují velmi široké spektrum forem rizikového chování. Hlavní cílovou skupinou (vzhledem k míře ohrožení a míře výskytu rizikového chování) jsou děti a mládež, ačkoli si akční plán klade za cíl v průběhu své působnosti rozšířit cílové skupiny také o dospělou populaci a pro další programové období vypracovat verzi rozšiřující působnost akčního plánu o tuto část populace. Strategické cíle jsou následující:

- 1. Zastavení nárůstu prevalence užívání tabáku a alkoholu u dětí i dospívajících a posunutí hranice zahájení tohoto chování do vyššího věku a dále zastavení nárůstu prevalence tohoto rizikového chování u dospělé populace**

a rizikových skupin (osoby ve výkonu trestu, sociálně znevýhodněné osoby, lidé bez zaměstnání a ohrožení chudobou).

Indikátory:

Dle studie Spilkové (2014) dosáhla prevalence denních kuřáků v populaci 14-15 let 12,3 % a v posledních 30 dnech kouřilo 24,1 %. **Cílem je stabilizace tohoto indikátoru (v horizontu 5 let) a dosáhnout do 10 let od zahájení Akčního plánu úrovně do 10 % denních kuřáků v této věkové kategorii a do 20 % kouřících v posledních 30 dnech.** U alkoholu dle stejné studie dosáhlo kategorie nadměrného pití (5 a více standardních sklenic 3krát nebo častěji v posledních 30 dnech) celkem 8,3 procent. **Cílem je opět do 5 let dosáhnout stabilizace a do 10 let pak hodnoty pod 6 %.**

Dle studie ESPAD alespoň jednou v životě kouřilo 75 % 16letých, kouření v posledních 30 dnech uvedlo 42 % 16letých v ČR v r. 2011. Denně kouřilo celkem 25 % šestnáctiletých, 8 % bylo silných kuřáků (vykouřilo denně 11 a více cigaret). Rozdíly v prevalenci denního kuřáctví byly mezi chlapci a dívkami malé (27 %, resp. 24 %). Rozsah zkušeností dospívajících s kouřením cigaret i podíl denních kuřáků zůstávají dlouhodobě na stejné úrovni. **Cílem je dosáhnout míry denního kouření pod 20 %.**

Míra konzumace a rizikové konzumace alkoholu mezi 16letými roste. Přibližně 60 % (66 % chlapců a 50 % dívek) lze považovat za pravidelné konzumenty alkoholu (pili alkohol více než 20krát v životě). V posledních 30 dnech pilo alkohol 79 % studentů. Častou konzumaci nadměrných dávek alkoholu (tj. konzumaci 5 a více standardních sklenic alkoholu 3krát a častěji v posledních 30 dnech) uvedlo v roce 2011 celkem 21 % studentů (27 % chlapců a 16 % dívek); nárůst byl zaznamenán především u chlapců. Dalším indikátorem problémového pití je výskyt časté opilosti. Alespoň jednou v životě bylo opilý 64,7 % studentů, v posledních 30 dnech uvedlo opilost 21,3 % dotázaných. Celkem 4,6 % studentů bylo opilý nejméně 3krát v posledních 30 dnech, tj. alespoň jednou v týdnu. **Cílem je snížit míru časté konzumace nadměrných dávek alkoholu a míru opilosti v posledních 30 dnech na hodnoty kolem 15 %.**

Z nelegálních drog uvedli 16ti letí v roce 2011 nejčastěji celoživotní zkušenosti s užitím konopných látek (42 %). V pořadí druhou nejčastěji užitou nelegální drogou byly halucinogenní houby (7 %), následované LSD a jinými halucinogeny (5 %) a extází (3 %). U většiny sledovaných drog došlo v r. 2011 k poklesu prevalence jejich užívání,

a to včetně konopných látek, kde se trend obrátil poprvé od roku 1995. Zároveň pokračoval zřetelný pokles užívání extáze, Zkušenost se sledovanými nelegálními drogami získávali dotázaní nejčastěji ve věku 15 let. Ve srovnání s rokem 2007 se ukázalo, že u všech sledovaných drog došlo k posunu první uvedené zkušenosti s užitím nelegální drogy do vyššího věku. **Cílem je snížit míru celoživotních zkušeností s konopnými drogami pod 40 % a míru zkušeností s dalšími drogami pod 5 %, dále zvýšit modální věk prvních zkušeností (na 16 a více let).**

Ve věku 16-21 let kouří denně 53 % Romů a 28 % začíná kouřit ve věku 13 a méně let, 40 % začíná kouřit ve věku 14-15 let. **Cílem je stabilizace obou indikátorů v horizontu 5 let a dosažení snížení pod úroveň 50 % denně kouřících u skupiny 16-21 let a snížení procenta zahajujících denní kouření z 28 % pod úroveň 25 %.** Celkem 69 % Romů přiznává počátky pravidelného pití před dosažením zletilosti a **cílem v horizontu 5 let stabilizovat tento indikátor a dosáhnout jeho snížení na 65 %.**

2. Zastavení nárůstu prevalence pravidelného užívání konopných a dalších drog u dětí a dospívajících a posunutí hranice zahájení tohoto chování do vyššího věku.

Indikátory:

Dle výše citované studie (Spilková, 2014) dosáhla hodnota indikátoru prevalence užití konopí v posledních 12 měsících 23,4 procent a v posledních 30 dnech 10,5 procent u populace 14-15 let. **Cílem AP je do 5 let stabilizovat tento indikátor a do 10 let dosáhnout indikátoru posledních 12 měsíců do 20 % a u indikátoru posledních 30 dnů pak pod 8% u této věkové skupiny.**

Dle ESPAD v posledním roce užilo konopné látky téměř 30 % dotázaných, necelých 15 % je užilo v posledních 30 dnech. Extázi užila v posledních 12 měsících necelá 2 % šestnáctiletých, pervitin 1 % a těkavé látky 4 %. Prevalence užití nelegálních drog v horizontu posledních 30 dní je mezi šestnáctiletými na minimální úrovni pod 1 % s výjimkou těkavých látek, kde dosáhla v r. 2011 1,5 %. Opakované užívání nelegálních drog (tj. užití drog 6krát a častěji v životě) uvedlo v roce 2011 více než 18 % dotázaných – nejvíce s konopím 18 %, opakované zkušenosti s ostatními drogami uvedlo méně než 1 % 16letých. Výskyt opakovaného užívání drog mezi roky 1995 až 2003 vzrostl

v případě některých drog až 5krát. Od roku 2003 došlo k postupnému poklesu opakovaného užívání drog mezi 16letými.

3. Snížení prevalence užívání těkavých látek u dětí v sociálně slabých rodinách a vyloučených lokalitách poznamenaných chudobou.

Indikátory:

Mezi českými 16letými je poměrně vysoká celoživotní prevalence užití těkavých látek (7,8 %), míry užívání jsou u obou pohlaví poměrně vyrovnané. Užití těkavých látek uvedlo 3,6 %, v posledních 30 dnech 1,5 %. **Situace v oblasti užívání těkavých látek je dlouhodobě v majoritní populaci beze změny a cílem je zachovat tento stav.**

Rozsah užívání drog v sociálně vyloučených lokalitách a v romských komunitách se může výrazně lišit podle regionu, resp. lokality, kde byl výzkum proveden. Podle dostupných údajů je v romské populaci vyšší prevalence denních kuřáků (61 %), Romové začínají kouřit průměrně ve 14 letech. Přibližně čtvrtina romské populace pije pravidelně alkohol s frekvencí alespoň 4krát týdně, především pivo. Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky, heroin, pervitin, buprenorfin, léky se sedativním účinkem a těkavé látky. Romové ve srovnání s většinovou populací začínají s užíváním drog dříve (často pod vlivem vrstevnické skupiny příbuzných) a jsou méně informovaní o škodlivých důsledcích užívání drog. Mezi obyvateli sociálně vyloučených lokalit v Libereckém kraji (173 respondentů) bylo zjištěno, že aktuálně užívá marihuanu 46 % a další drogy přes 40 %, převážně toluen, a to u mladistvých respondentů, a pervitin u respondentů o něco málo starších. Na Brněnsku byl toluen nejčastěji zneužívanou nealkoholovou drogou mezi obyvateli SVL. **Cílem je snížit prevalenci užívání toluenu (resp. těkavých látek obecně) o 5 %.**

4. Zastavení nárůstu prevalence pravidelného užívání sedativ, analgetik a nesteroidních antiflogistik u dětí a dospívajících a posunutí hrance zahájení tohoto chování do vyššího věku.

Indikátory:

Ve studii ESPAD mezi 16letými lze sledovat vysokou celoživotní prevalenci užití léků se sedativním účinkem (10,1 %), užívaných bez doporučení lékaře, a to i v kombinaci s alkoholem (15,8 %). Užití sedativ a alkoholu v kombinaci s léky uváděly výrazně častěji dívky. Užívání sedativ mezi 16letými v ČR se dlouhodobě

nemění. Dívky začínají užívat sedativa v nižším věku než chlapci. **Cílem je snížit prevalenci užívání sedativ o 2 %.**

- 5. Zvýšit zdravotní gramotnost včetně posilování samostatnosti a odpovědnosti při rozhodování ve prospěch zdraví u dětí a dospívajících a jejich rodičů specificky v oblasti rizikového chování.** Dosáhnout zvýšení zdravotní gramotnosti u širší veřejnosti i rizikových skupin (osoby ve výkonu trestu, sociálně znevýhodněné osoby, lidé bez zaměstnání). Podporovat trendy vedoucí ke změně životního stylu a postojů ve vztahu k vlastnímu zdraví. Zvyšování věku vzniku poruch příjmu potravy u dívek.

Indikátory:

Indikátory Studie zdravotní gramotnosti dospělých, 1. realizace leden 2015 SZÚ, dle statistického zpracování ČR z 9 evropských zemí na 8. místě, tedy s druhým nejhorším profilem, indikátory hodnotí schopnost pracovat s informacemi, vyhodnocovat je a aplikovat, tedy rozhodovat se ve prospěch zdraví. **Cílem dosáhnout do 5 let dosáhnout stabilizace a do 10 let zlepšení o 10%.** Indikátory Studie zdravotní gramotnosti u dětí, v ČR dosud nerealizována. Indikátory Studie „Health locus of control“, v ČR dosud nerealizována, zaměřeny na oblast řízení vlastního rozhodování, motivace, postoje a faktory vnitřní odolnosti (resilience), které spoluvytvářejí sdílenou odpovědnost za vlastní zdraví. **Cílem je tyto skupiny indikátorů získat a nastavit úkol pro navazující AP dle výsledku a ekonomických možností.** U romských dětí je častější příjem vepřového, hovězí, kuřecího masa a uzenin, častější příjem bílého chleba a pečiva, brambor, moučných jídel a vajec, méně častý denní příjem mléka (32% DDD), mléčných výrobků, zeleniny (19% DDD) a ovoce (20% DDD), nadbytek méně přípustných potravin (463%).

- 6. Snížení nárůstu prevalence sexuálně přenosných onemocnění ve vybraných rizikových skupinách. Snížení počtu těhotenství v adolescenci. Snížení počtu umělých přerušování v těhotenství.**

Indikátory:

Počet nově diagnostikovaných případů HIV infekce činil dle údajů Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS 232 nových případů HIV infekce v roce 2014, přičemž odhadovaný počet nových HIV pozitivních případů je přibližně dvojnásobný. **Vzhledem**

k dlouhodobému trendu nárůstu HIV pozitivních případů, bude specifickým indikátorem zvýšení počtu vyšetření na HIV na vlastní žádost o 15 %, který dle stejného zdroje činí 14 133 případů za rok 2014. Vyšetření na vlastní žádost mají oproti jiným typům vyšetření nejvyšší podíl zachytnosti HIV positivity.

Dle údajů ÚZISu bylo v roce 2012 zaznamenáno 696 nových případů syfilis, přičemž u 420 těchto případů se jednalo o časná stadia (60 %). **Cílem pro onemocnění syfilis bude snížení počtu případů časných stadií syfilis na 50 %.** Protože pro sexuálně přenosná onemocnění chybí podrobnější indikátory z behaviorálních studií, bude též cílem **zajistit tuto skupinu indikátorů prostřednictvím behaviorálních studií u rizikově se chovající populace.**

- 7. Snížení prevalence úrazů v důsledku rizikových sportovních aktivit a dopravního provozu, včetně rizik spojených s užíváním návykových látek a alkoholu. Snížení agresivity a autoagresivity. Snížení počtu sebevražd v dětském a adolescentním věku.**

Indikátory:

Rizikové sportovní aktivity vedou ročně k 10 000 hospitalizovaným těžkým úrazům dětí, prevence zaměřená na rizikovou populaci může snížit o desítky případů. Ambulantních ošetření - nyní 140 000 i o několik tisíc (řádově procenta). Vzhledem k rychle se měnícímu spektru nových, tzv. adrenalinových sportů je možné ve stejném řádu zabránit cílenou intervencí narůstání úrazovosti. Dopravní úrazovost je v rizikových skupinách, zvláště mladistvých, vysoká. Úmrtnost v dopravě (59 úmrtí) a počty těžkých úrazů (3 600) i ambulantních ošetření (31 000) je možné snížit prevencí. Prokázaná účinnost na snížení rizikového chování v dopravě byla potvrzena při vyhodnocení dvou kampaní a to „Nemyslíš? Zaplatíš!“ a „the Action“, které potvrzují nárůst znalostí a postojů mladistvých po absolvování programů a snížení rizikového chování v dopravě o 50 % u řidičů a až 70 % u motocyklistů, u chodců a cyklistů o 46 %. Výsledky aktivit BESIPu jsou zpracovány a slouží i pro cíl v bodu 8.

Z údajů o dokonaných sebevraždách ČSÚ a ÚZIS pro rok 2013 navíc plyne, že nejvíc je jimi ohrožena skupina chlapců ve věku 15-19 let, která v roce 2013 dostoupila míry 14,2 sebevražd na 100 tisíc obyvatel. U dívek stejné věkové skupiny a mladších dětí ve věku 10-14 let (bez rozlišení pohlaví) je tato míra zhruba 7krát nižší. Cílem je snížení počtů sebepoškození dětí do 19 let z nynějších 48 sebevražd a 556 hospitalizací na hodnoty

nižší o 2 % a zastavení zvyšování míry sebevraždy dospívajících chlapců a nastartování jejího postupného snižování.

- 8. Zvýšit povědomí o tzv. přístupu založeného na důkazech (evidence based) a vědecky podloženém přístupu (research based) v oblasti prevence a zvýšit informovanost donorů a politiků o výsledcích vědy v prevenci** a motivovat je pozitivně k výraznějšímu zohlednění výsledků vědy v systému financování a podpory preventivních programů z veřejných zdrojů.

Indikátory: Jedním z indikátorů toho, jak se politická reprezentace a úřady staví k vědecky podloženým důkazům a kvalitě v prevenci, je respektování souboru pravidel a norem, jimiž se tyto programy řídí. To je v praxi vyjádřeno např. dodržováním standardů kvality. V současnosti se systémem kvality řídí pouze samotné MŠMT (jako tvůrce prvního národního systému kvality) a Magistrát hl. města Prahy. Jedná se pouze o dva dotační tituly. Celý systém je současně stavěn především na poskytovatele prevence v resortu školství a je nutné zahájit diskusi a jednání o možnosti adaptace celého systému také ve zdravotnictví a zohlednit potřeby a možnosti poskytovatelů prevence v tomto resortu. **Cílem je do 5 let: (a) zvýšit počet úřadů respektujících a hlásících se k tomuto národnímu systému kvality o 6, (b) zahájení diskuse mezi resorty MŠMT a MZ o možnosti adaptace a úprav systému hodnocení kvality a přizpůsobení jeho podoby potřebám a požadavkům také resortu zdravotnictví a vytvoření tak předpokladu ke sdílení celého systému, (c) zvýšit počet dotačních titulů, vzájemných udělení dotace na získání certifikace kvality o celkem 3 tituly, (d) dosáhnout zvýšení sumy rozdělené v těchto programech (vázaných na certifikaci poskytovatele) o celkem částku min. 10 milionů korun za rok.**

- 9. Zvýšit povědomí a zastavit nárůst rizikového chování (u rodičů i dětí) spojeného s radikálně odmítavými postoji k očkování atd.** Ve vazbě na Akční plán Prevence infekčních onemocnění pomoci zastavit narůstající ATB rezistence, udržení stávající kolektivní protiinfekční imunity, zvýšení proočkování populace u sexuálně přenosných onemocnění (hepatitidy B a infekce lidského papilomaviru).

Indikátory:

Do 5 let dosáhnout udržení současného stavu incidence proočkovánosti na úrovni 95 % populace a udržet hodnotu tohoto indikátoru též za horizont působnosti AP, tj. v časovém horizontu 10 let.

10. Zvýšit mediální gramotnost u všech rizikových skupin a zainteresovaných jedinců s nimi pracujících jako součást posilování a zlepšení zdravotní gramotnosti rizikových skupin dětí a dospívajících.

Pozn.:

S ohledem na specifickou povahu fenoménů, které se snaží Akční plán postihnout a jakých změn v chování se u příslušných cílových skupin pokouší stanovit, je nutné zohlednit, že tyto změny nejsou realistické pro dosažení v horizontu kratším, než 10-15 let. Z toho důvodu byly hodnoty indikátorů stanoveny s ohledem na 5 leté období s prioritou stabilizace (jako první krok) dané hodnoty a nastartování pozitivní změny, měřitelné již alespoň v určité realistické hodnotě v horizontu 10 let (druhý krok), aby reální dopad změny při systematické snaze a dlouhodobé politice prevence rizikového chování byl skutečně zřetelný a výrazný v horizontu 15-20 let.

Citované zdroje pro hodnoty indikátorů definovaných hlavními cíli AP:

Spilková, J. (2014). Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže. Přehled výsledků zpracovaných pro NMS. In: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog za rok 2013. Praha: NMS.

Romská populace a zdraví. Česká republika - Národní zpráva 2009.

Ostrihoňová, T., Běrešová, J. (2015). Výskyt metabolického syndrómu a jeho rizikových faktorů u vybrané skupiny rómského obyvatel'stva, *Hygiena*, 2010, roč. 55, č. 1, s. 7 – 14. Studie zdravotní gramotnosti, SZÚ.

CHOMYNOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L., SADÍLEK, P. 2014. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky

ČERNÝ, M., CHALOUPKOVÁ, L., MIKULKOVÁ, Š., ŠTOSTKOVÁ, R.. Romové a drogy. Brno: A Kluby CR o.p.s., 2004.

KOTLÁR, M. Vybrané sociálně patologické jevy u romské menšiny v kontextu terénní sociální práce: diplomová práce (Bc.). Brno, Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, 2008.

DAVIDOVÁ ET AL. 2010. Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton.

KAJANOVÁ, A. & HAJDUCHOVÁ, H. 2014. Romská minorita a návykové látky v České republice a na Slovensku. Adiktologie, 14 (2), 168-172.

NEPUSTIL, P., PANČOCHA, K., FRIŠAUFOVÁ, M., KALIVODOVÁ, R. & BÁRTOVÁ, A. 2012. Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů, Praha, Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

ŠŤASTNÁ, L., ADÁMKOVÁ, T. & CHOMYNOVÁ, P. 2010. Užívání drog v národnostních menšinách v ČR. Adiktologie, (10) 1, 36-44.

Pohlavní nemoci [online]. Praha: ÚZIS, 2013, s. 18 [cit. 2015-04-16]. ISBN 978-80-7472-085-7.

3.3 Základní parametry Akčního plánu a vazba na další dokumenty

Délka období: 5 let (programové období 2015-2020) s předpokladem navazující podpory celé oblasti a budování dlouhodobé politiky státu v oblasti prevence rizikového chování, včetně rozšíření na další cílové skupiny. Akční plán je rovněž termínově sladěn s celkovým implementačním záměrem definovaným v rámci projektu VYNSPI-2 pro období 10 let (2015-2025).

Působnost: celostátní

Obecné cílové skupiny (primární i sekundární):

Děti do 15 let a mladiství 15-18 let.

Mladí dospělí do 26 let.

Rodiče a širší veřejnost.

Rizikové skupiny napříč obecně definovanými skupinami A-C, tj. **těžiště Akčního plánu je v oblasti selektivní (rizikové skupiny) a indikované (rizikovní a rizikově se chovající jedinci) prevence v logice členění EMCDDA (viz dále prioritní skupiny).**

Pracovníci realizující preventivní programy (včetně např. sester, porodních asistentek, fyzioterapeutů, nutričních terapeutů, pracovníků v ochraně a podpoře zdraví, ale také lékařů, lékárníků, sociálních pracovníků, romských koordinátorů, pracovníků PPP, pedagogů a nepedagogických pracovníků škol atd.).

Vědečtí a pedagogičtí pracovníci univerzit a výzkumných institucí v oblasti prevence.

Prioritní cílové skupiny AP (pouze primární):

- děti a dospívající ze sociálně znevýhodněného prostředí, vyloučených lokalit a ohrožených chudobou,
- děti a dospívající spadající do oblasti působnosti zákona o sociálně-právní ochraně dítěte,
- děti a dospívající ohrožení diskriminací (např. na základě své sexuální orientace atd.),
- děti a dospívající z etnických skupin a skupin migrantů (legální a nelegální migranti),
- děti a dospívající s psychiatrickými symptomy duševního onemocnění či přímo neléčeným (nediagnostikovaným) duševním onemocněním a dále děti a dospívající rodičů se závažnou psychickou poruchou či onemocněním.

Odpovědnost

Koordinaci realizace, průběžné vyhodnocení a případnou revizi Akčního plánu bude zajišťovat Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ve spolupráci s ostatními věcně příslušnými rezorty, zástupci odborné veřejnosti a dalšími aktéry v oblasti prevence rizikového chování. Řada aktivit je koncipována projektově – nelze tedy předem určit konkrétní subjekty, které budou dané aktivity realizovat (bude známo až po vyhodnocení výběrových řízení dotačních programů, výzev apod.)

Strategická vazba na program WHO Zdraví 2020

Prioritní oblast 1: Celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví

Prioritní oblast 4: Podílet se na vytváření motivovaných a odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví

Strategická vazba na Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Prioritní téma č. 4 – Omezení zdravotně rizikového chování

Další strategické a jiné relevantní materiály:

- Strategie vzdělávání 2020 (MŠMT),
- Dlouhodobý záměr vzdělávací politiky v ČR (2015-2020),
- Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 - 2018 (MŠMT, 2013),
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 a její akční plán na období 2013-2015
- Drogová strategie EU na období 2013–2020 a její první akční plán na období 2013–2016
- Strategie EU na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem (2006) a související závěry Rady (2007, 2009),
- Globální strategie pro snižování škodlivého užívání alkoholu (2010),
- Evropský Akční plán k snižování škodlivého užívání alkoholu (2011),
- Rámcová úmluva WHO o kontrole tabáku a související prováděcí pokyny atd.
- HEPA Europe (European network for the promotion of health-enhancing physical activity) (2006) <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/activities/hepa-europe> ,
- WHO Global action plan (GAP/NCD) for the prevention and control of noncommunicable diseases (NCDs) 2013-2020,
- Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018 (MZ),
Národní akční plán prevence dětských úrazů na období 2007-2017 (MZ) Atd.

Pozn.:

Další vybrané legislativní, strategické a koncepční materiály v oblasti podpory a ochrany veřejného zdraví jsou uvedeny v Příloze č. 2 Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.

4 Rozsah aktivit Akčního plánu

Následující kapitoly kvalitativně rozpracovávají parametry celého akčního plánu do podoby dílčích opatření a plánovaných výstupů spojených s realizací těchto opatření.

4.1 Zachování současného stavu

Zachování stávajícího stavu reprezentuje zcela neakceptovatelnou variantu. Z hlediska definovaných cílů by se jednalo o další zhoršování situace ve většině indikátorů (např. v oblasti užívání návykových látek, spektra poruch příjmu potravy atd.). Přitom již dnes ČR vykazuje u mnoha z nich velmi vysoké hodnoty (ve srovnání se státy EU často nejhorší nebo mezi nejhoršími, např. spotřeba tabáku a alkoholu nebo konopí, nadváha a obezita, spotřeba soli aj.) a přítomny jsou velmi znepokojivé trendy (např. vyrovnávání rozdílů mezi chlapci a dívkami se děje přibližováním dívek k formám a rozsahu rizikového chování dříve charakteristických především pro chlapce. Hlavními důvody této prognózy jsou chyby a nedostatky koncepčního a systémového charakteru, jejichž logiku je možné vysledovat v konstrukci hlavních opatření reagujících na formulované cíle. **Pokračování/zachování současného stavu tedy znamená:**

- a) další progresi většiny negativních trendů v jednotlivých oblastech rizikového chování dětí a mládeže,
- b) pokračování ve vícekolejném a vzájemně nedostatečně propojeném a málo koordinovaném postupu jednotlivých resortů v oblasti rizikového chování dětí a mládeže,
- c) pokračování v šíření a podpoře programů a intervencí nedosahujících potřebné kvality a efektivity, případně dokonce šíření programů mající kontraproduktivní efekt,
- d) opakované zapojování nekvalifikovaných nebo nedostatečně kvalifikovaných osob do práce s dětmi s rizikem poškození a/nebo nekvalitní doručení preventivní intervence,
- e) pokračující malá dostupnost kvalitních a efektivních programů prevence rizikového chování dětí a mládeže a neschopnost tyto programy vědecky testovat a informaci o výsledcích učinit dostupnou a aplikovat ji v praxi,
- f) pokračující nedostatek tréninkových a výukových programů pro preventivní pracovníky napříč resorty s měřitelnými cíli a definovanými indikátory efektivity,
- g) neefektivní využívání veřejných prostředků a plýtvání s veřejnými prostředky (viditelnými v minulosti i u subjektů jako je VZP nebo krajské rozpočty např. ve Středočeském kraji atd.) a další prohlubování nekoordinovaného zacházení

s dotačními programy a chybné rozdělování současných (nedostatečných) prostředků alokovaných do této oblasti.

4.2 Definice potřebných aktivit pro dosažení cílů

Soubor hlavních strategických cílů popsanych v kapitole 3. 2. (viz) určuje základní rámec tohoto dokumentu a jeho působnosti a současně je klíčový pro strukturaci a popis aktivit potřebných k jejich dosažení. Tabulka č. 1 popisuje dílčí úkoly, výstupy a aktivity potřebné pro dosažení definovaných cílů. Jedná se o soubor poměrně složitých kroků, potřebných pro koncepční posun a přenastavení základního rámce prevence rizikového chování z mezioborové a meziresortní perspektivy. Uvedená opatření a jejich dílčí úkoly jsou vzájemně úzce provázány a klíčový je jejich synergický efekt.

Cíle (Goals)³	Výstupy (Outcomes)	Opatření (Activities)
<p>Cíl 1: U intervenované populace dosáhnout zastavení nárůstu prevalence užívání tabáku a alkoholu u dětí a dospívajících, posunutí hranice zahájení tohoto chování do vyššího věku a zastavení nárůstu prevalence tohoto rizikového chování u dospělé populace a rizikových</p>	<p>Výstupy opatření 1:</p> <p>1a. Komunikační platforma meziresortní, mezisektorové a mezioborové skupiny na národní úrovni (Národní koordinační rada prevence rizikového chování).</p> <p>1b. Dosažení jednotné a sdílené definice primární prevence rizikového chování a společný slovník základních pojmů a definicí.</p> <p>1c. Harmonizace terminologie klíčových národních a resortních dokumentů v oblasti</p>	<p>Opatření 1: (Gesce: MZ - SZÚ, MŠMT Spolupráce: KAD a odborné společnosti Možný zdroj financování: OP Zaměstnanost)</p> <p>Vytvořit jednotný koncepční rámec v oblasti prevence rizikového chování dětí a mládeže ve zdravotnictví a školství a jeho prostřednictvím zajistit vznik akceptovatelné společné komunikační platformy pro různé subjekty působící v této oblasti a reprezentující veřejné, soukromé i neziskové instituce s cílem podpořit zdravý životní styl a posílit ochranu veřejného zdraví. Zdravotní a školská prevence musí tvořit součást širšího mezioborového rámce prevence rizikového chování, bezpodmínečně nutný je společný postup s ostatními subjekty a participace na vlastním zajištění těchto programů, které jsou ve velké míře</p>

³ **Pozn.:** Přesné hodnoty indikátorů vztahujících se ke každému z 11 hlavních cílů Akčního plánu jsou rozpracovány v kapitole 3.2. a je možné si jejich hodnoty porovnávat a vztahovat k souboru výstupů a opatření popsanych v této tabulce.

<p>skupin (osoby ve výkonu trestu, sociálně znevýhodněné osoby, lidé bez zaměstnání).</p>	<p>prevence rizikového chování.</p>	<p>realizovány ve spolupráci se školami (často přímo na jejich půdě):</p> <p>1a. Iniciace vzniku národní komunikační platformy, definice jejího cíle a statutu a prosazení její existence. Zvolení vhodné komunikační strategie pro koordinaci aktivit.</p> <p>1b. Vytvoření slovníku základních pojmů rizikového chování a dosažení konsensuálního pojetí klíčových pojmů a definicí a zpřístupnění slovníku širší veřejnosti a odborníkům v praxi.</p> <p>1c. Vytvoření souboru základních dokumentů specifikujících oblast prevence rizikového chování a tvořících soubor základních výukových materiálů a teoretické báze této oblasti prevence.</p>
<p>Cíl 2: U intervenované populace dosáhnout zastavení nárůstu prevalence pravidelného užívání konopných a dalších drog u dětí a dospívajících a posunutí hranice zahájení tohoto chování do vyššího věku.</p>	<p>Výstupy opatření 2:</p> <p>2a. Koncepce prevence rizikového chování dětí a mládeže v ČR.</p> <p>2b. Analýza a zpracování podkladů pro transformaci Koncepce pro děti a mládež do podoby dokumentu zahrnujícího celé věkové spektrum.</p> <p>2c. Návrh implementace (implementační plán) bodu 2 a vytvoření jeho technického plánu.</p>	<p>Opatření 2: <i>(Gesce: MZ, MŠMT Spolupráce: RVKPP, odborné společnosti, kraje)</i></p> <p>Vytvořit podmínky pro vznik budoucí celonárodního koncepčního rámce prevence rizikového chování obecně, tj. napříč zainteresovanými resorty, všemi věkovými (včetně seniorů) i sociálními skupinami a Koncepci prevence rizikového chování dětí a mládeže do tohoto nového dokumentu/rámce integrovat.</p> <p>2a. Vytvoření návrhu Koncepce prevence rizikového chování dětí a mládeže v ČR. Jeho projednání a získání podpory a schválení. Definování cílů, personálních, materiálních i finančních podmínek realizace koncepce, vymezení priorit</p>

		<p>2b. Vypracování Analýzy a zpracování podkladů pro transformaci Koncepce pro děti a mládež do podoby dokumentu zahrnujícího celé věkové spektrum.</p> <p>2c. Vypracování návrhu implementace (implementační plán) bodu 2 a vytvoření jeho technického plánu jeho realizace.</p>
<p>Cíl 3:</p> <p>U intervenované populace dosáhnout snížení prevalence užívání těkavých látek u dětí ze sociálně znevýhodněného prostředí, vyloučených lokalit, ohrožených chudobou.</p>	<p>Výstupy opatření 3:</p> <p>3a. Profil odborného pracovníka v oblasti prevence s využitím systému „výstupů z učení“ (learning outcomes).</p> <p>3b. Alternativy jednotného systému porovnávání a hodnocení odbornosti v prevenci.</p> <p>3c. Návrh Národního systému posuzování odbornosti preventivního pracovníka a jeho srovnání s obdobnými zahraničními projekty.</p> <p>3d. Pilotní implementace národního systému a návrh dalšího postupu.</p>	<p>Opatření 3:</p> <p>(Gesce: MŠMT, MZ Spolupráce: kraje, odborné společnosti atd. Možný zdroj financování: OP Zaměstnanost)</p> <p>Vytvořit odborný profil pracovníka v prevenci rizikového chování pro zdravotní, školskou a sociální sféru a vytvořit mezioborový systém posuzování kvalifikací z hlediska znalostí, dovedností a kompetencí, včetně systemu kontroly a certifikování odbornosti tak, jak jej zná zdravotní systém ČR (např. systémem certifikovaných kurzů, různých specializací atd.). Celý systém je možné pilotně ověřit a implementovat:</p> <p>3a. Profil odborného pracovníka v oblasti prevence s využitím systému „výstupů z učení“ (learning outcomes). Definování znalostí, dovedností a kompetencí pracovníka v prevenci rizikového chování pro jednotlivé formy rizikového chování.</p> <p>3b. Zpracování alternativ jednotného systému porovnávání a hodnocení odbornosti v prevenci.</p> <p>3c. Zpracování návrhu Národního systému posuzování odbornosti preventivního pracovníka a jeho srovnání s obdobnými</p>

		<p>zahraničními projekty.</p> <p>3d. Provedení pilotní implementace národního systému a vypracování návrhu dalšího postupu a jeho schválení.</p>
<p>Cíl 4:</p> <p>U intervenované populace dosáhnout zastavení nárůstu prevalence pravidelného užívání sedativ, analgetik a nesteroidních antiflogistik u dětí a dospívajících a posunutí hranice zahájení tohoto chování do vyššího věku.</p>	<p>Výstupy opatření 4:</p> <p>4a. Národní databáze kontaktů relevantních subjektů (státní, soukromý, neziskový sektor) v oblasti prevence.</p> <p>4b. Národní informační systém v prevenci rizikového chování (obsahující především certifikované poskytovatele prevence a databanku příkladů a nástrojů dobré praxe, včetně diagnostických nástrojů atd.). Zajištění vazby mezi hodnocením kvality a poskytovateli veřejných finančních prostředků.</p> <p>4c. Vzájemné propojení Národního informačního systému s Národní koordinační radou a její činností.</p> <p>4d. Minimální preventivní program pro ZŠ a SŠ a příprava podmínek pro VŠ a obecnou populaci a rizikové skupiny.</p> <p>4e. Návrh systému koordinace a financování</p>	<p>Opatření 4:</p> <p><i>(Gesce: MZ, MŠMT)</i> <i>Spolupráce: kraje, odborné společnosti atd.</i> <i>Možný zdroj financování: OP Zaměstnanost)</i></p> <p>Zajištění koordinace služeb jednotlivých poskytovatelů, práce s informacemi v Národním preventivním informačním systému za účelem hodnocení účelnosti preventivních programů, sledování dopadů rizikového chování a jejich odrazu do sféry sociální, zdravotní, vzdělávací a ekonomické:</p> <p>4a. Vytvoření národní databáze kontaktů relevantních subjektů (státní, soukromý, neziskový sektor) v oblasti prevence.</p> <p>4b. Návrh a implementace Národního informačního systému v prevenci rizikového chování (obsahující především certifikované poskytovatele prevence a databanku příkladů a nástrojů dobré praxe, včetně diagnostických nástrojů atd.).</p> <p>4c. Vzájemné propojení Národního informačního systému s Národní koordinační radou a její činností.</p> <p>4d. Návrh a implementace Minimálního preventivního programu pro ZŠ a následně pro SŠ a příprava podmínek pro MPP pro VŠ a MPP pro obecnou populaci a</p>

	<p>základního páteřního programu prevence (Minimálního páteřního preventivního programu - MPP)</p> <p>4f. Systém ročního hodnocení výkonnosti a efektivity státem garantovaného systému prevence (vazba na úkol 5) Národní radou a zveřejnění výsledků v Národním informačním systému.</p> <p>4g. Vznik odborné společnosti pro prevenci rizikového chování a její činnosti v oblasti koordinace, zlepšení kvality, přenosu informací atd.</p>	<p>MPP rizikového skupiny.</p> <p>4e. Vypracování návrhu systému koordinace ve vazbě na financování základního páteřního programu prevence (Minimálního preventivního programu - MPP), ověření systému ve vybraných lokalitách a návrh národní implementace.</p> <p>4f. Promítnout standardy kvality (viz Opatření č. 5) a certifikaci odbornosti do finančních mechanismů podpory intervenčních aktivit a projektů v oblasti primární prevence a preventivní péče z veřejných zdrojů.</p> <p>4g. Příprava vzniku odborné společnosti a iniciace celého procesu a jeho podpora až do zahájení činnosti.</p> <p>4h. Velmi důležitá je pokračující implementace screeningu a krátké intervence rizikového chování v dospívání především do primární zdravotnické péče a obecně podpora šíření a zavádění screeningu a metod krátké intervence do dalších oblastí zdravotnictví, školství a sociálních služeb. Důležitá je pak systémová podpora těchto nástrojů (např. jednání se zdravotními pojišťovny o zavedení specifického kódu pro tuto činnost a široké používání této metody s následnou evaluací atd.).</p>
<p>Cíl 5: Zvýšit zdravotní gramotnost včetně posilování samostatnosti a odpovědnosti při rozhodování ve prospěch zdraví</p>	<p>Výstupy opatření 5:</p> <p>5a. Standardy kvality poskytovatelů preventivních programů a podmínek jejich poskytování.</p>	<p>Opatření 5: Vytvořit jednotný rámec pro <i>hodnocení kvality a efektivity programů s cílem mj. systematizace programů a intervencí</i>, který bude kompatibilní se systémy klíčových resortů (MZ, MPSV, MŠMT) a zajistí srozumitelnost pro hlavní cílové skupiny projektu: rodiče, školy a školská zařízení, poskytovatele zdravotnických programů a intervencí. Vytvoření, ověření a implementace</p>

<p>u dětí a dospívajících a jejich rodičů specificky v oblasti rizikového chování. Dosáhnout zvýšení zdravotní gramotnosti u širší veřejnosti i rizikových skupin (osoby ve výkonu trestu, sociálně znevýhodněné osoby, lidé bez zaměstnání). Podporovat trendy vedoucí ke změně životního stylu a postojů ve vztahu k vlastnímu zdraví.</p>	<p>5b. Standardy kvality dílčích programů prevence rizikového chování, tj. obecných standardů programů na úrovni všeobecné, selektivní a indikované prevence rizikového chování v ČR.</p> <p>5c. Standardy kvality a odborných požadavků na preventivní pracovníky (vazba na úkol č. 7 – viz).</p> <p>5d. Návrh (včetně alternativních řešení) systému ověření a posuzování všech tří oblastí (bod 1-3) v praxi, tj. procedurální a technické řešení realizace hodnocení kvality (včetně nákladů, prováděcí dokumentace atd.).</p> <p>5e. Jednotný systém hodnocení výkonů poskytovatelů a systém evidence programů a poskytované péče hrazené státem (vazba opatření č. 4).</p>	<p>standardů kvality pro oblast prevence rizikového chování kompatibilní se standardy vyvíjenými v rezortu školství:</p> <p>5a. Vypracování, pilotní ověření a implementace Standardů kvality poskytovatelů preventivních programů a podmínek jejich poskytování.</p> <p>5b. Vypracování, pilotní ověření a implementace Standardů kvality dílčích programů prevence rizikového chování, tj. obecných standardů programů na úrovni všeobecné, selektivní a indikované prevence v ČR.</p> <p>5c. Vypracování, pilotní ověření a implementace Standardů kvality a odborných požadavků na preventivní pracovníky (vazba na úkol č. 7 – viz).</p> <p>5d. Vypracování návrhu (včetně alternativních řešení) systému ověření a posuzování všech tří oblastí (bod 1-3) v praxi, tj. procedurální a technické řešení realizace hodnocení kvality (včetně nákladů, prováděcí dokumentace atd.).</p> <p>5e. Vytvoření, pilotní ověření a implementace jednotného meziresortního systému výkonů (jejich definice) a sběru dat (výkaznictví) v oblasti prevence rizikového chování.</p>
<p>Cíl 6: U intervenované populace dosáhnout zastavení</p>	<p>Výstupy opatření 6:</p> <p>6a. Databáze současné odborné literatury zaměřené na efektivní intervence v oblasti všeobecné, selektivní a</p>	<p>Opatření 6: (Gesce: MZ, MŠMT Spolupráce: odborné společnosti atd. Možný zdroj financování: částečně OP Zaměstnanost)</p>

<p>nárůstu prevalence sexuálně přenosných onemocnění ve vybraných rizikových skupinách. Snížení počtu těhotenství v adolescenci. Snížení počtu umělých přerušení v těhotenství.</p>	<p>indikované prevence</p> <p>6b. Soubor doporučení, týkajících se podmínek a pravidel poskytování kvalitních a efektivních intervencí pro realizátory preventivních programů a jejich příjemce a zajištění průběžného systému inovace a aktualizace tohoto dokumentu, včetně vazby na Národní radu.</p> <p>6c. Manuál dobré praxe (databáze): příklady dobré praxe a zajištění jeho dostupnosti poskytovatelům, příjemcům i donorům a kontrolním institucím (např. ČŠI atd.) a zajištění průběžného systému inovace a aktualizace Manuálu.</p> <p>6d. Dostupnost min. 120 různých programů pro děti a mládež pro všechny základní typy rizikového chování v rámci základní školy.</p> <p>6e. Portál pro sdílení zkušeností mezi poskytovateli programů primární prevence</p> <p>6f. Vývoj programů primární prevence, zaměřených na nově vznikající rizika, reagujících na nové</p>	<p>Realizovat pilotní intervenční set nástrojů a intervencí napříč všemi základními oblastmi rizikového chování, tzn. pilotně ověřit a evaluovat; na základě získaných výsledků připravit a zpřístupnit první verzi všem cílovým skupinám projektu a podpořit dobrou praxi prostřednictvím národní databanky preventivních nástrojů a intervencí pro různé zdravotnické, školské a další relevantní odbornosti s cílem zvýšit dostupnost těchto programů, včetně programů časné diagnostiky a intervence:</p> <p>6a. Provést podrobnou rešerši současné odborné literatury zaměřenou na efektivní intervence v oblasti všeobecné, selektivní a indikované prevence.</p> <p>6b. Definovat soubor požadavků na programy prevence z hlediska jejich kvality a efektivnosti a vytvořit soubor doporučení pro poskytování kvalitních a efektivních intervencí pro realizátory preventivních programů a jejich příjemce a zajištění průběžného systému inovace a aktualizace tohoto dokumentu, včetně vazby na Národní radu.</p> <p>6c. Vytvořit uživatelsky přívětivou databázi pro zpracování a sdílení příkladů dobré praxe, tj. na bázi Manuálu dobré praxe a katalogu programů, včetně definovaných požadavků a struktury.</p> <p>6d. Zajistit dostupnost informací/databáze/příkladů dobré praxe poskytovatelům, příjemcům i donorům a kontrolním institucím (např. Česká školní inspekce atd.) a zajištění průběžného systému inovace a aktualizace Manuálu.</p>
---	--	---

	<p>technologie a jejich diseminace.</p>	<p>6e. Vytvořit podmínky sdílení a výměny zkušeností a programů mezi poskytovateli a aktivně vytvářet, iniciovat a podporovat aktivity zajišťující tuto výměnu zkušeností a sdílení programů atd.</p> <p>6f. Podporovat vývoj nových programů, jednotné zpracování a prezentaci nových i existujících programů a podporovat jejich šíření.</p>
<p>Cíl 7: U intervenované populace dosáhnout snížení prevalence úrazů v důsledku rizikových sportovních aktivit a dopravního provozu, včetně rizik spojených s užíváním návykových látek a alkoholu. Snížení agresivity a autoagresivity. Snížení počtu sebevražd v dětském a adolescentním věku.</p>	<p>Výstupy opatření 7:</p> <p>7a. Kritéria pro hodnocení kvalifikace preventivního pracovníka nezávisle na resortní a oborové příslušnosti.</p> <p>7b. Metodika posuzování kvalifikace a celonárodní systém posuzování kvalifikací v prevenci na bázi výstupu z učení (learning outcomes).</p> <p>7c. Implementační manuál systému posuzování kvalifikace v prevenci</p> <p>7d. Důvodová zpráva a předložení návrhu implementace zapojeným resortům.</p>	<p>Opatření 7: (Gesce: MZ, MŠMT) Spolupráce: kraje, odborné společnosti atd.)</p> <p>Vytvořit a pilotně ověřit jednotná kritéria pro přípravu a hodnocení vzdělávání v této oblasti, napříč všemi zapojenými zdravotnickými, školskými a dalšími relevantními odbornostmi, podílejícími se na prevenci rizikového chování; zmapování možností zapojení jednotlivých odborností dle jednotlivých skupin a jejich možností a limitů, včetně ekonomických a právních aspektů:</p> <p>7a. Vytvoření Kritérií pro hodnocení kvalifikace preventivního pracovníka nezávisle na resortní a oborové příslušnosti.</p> <p>7b. Vytvoření Metodiky posuzování kvalifikace a celonárodní systém posuzování kvalifikací v prevenci na bázi výstupu z učení (learning outcomes). Ověření této metodiky a vypracování návrhu na její celonárodní implementaci.</p> <p>7c. Provedení evaluace návrhu a pilotního ověření celonárodní implementace jednotného systému posuzování kvalifikace v prevenci. Zpracování implementačního manuálu.</p>

<p>Cíl 8: U intervenované populace dosáhnout zastavení narůstající ATB rezistence, udržení stávající kolektivní protiinfekční imunity, zvýšení proočkovanosti populace u sexuálně přenosných onemocnění (hepatitidy B a infekce lidského papilomaviru).</p>	<p>Výstupy opatření 8:</p> <p>8a. Popularizační a informační strategie a kampaň zacílená na politiky a úředníky v oblasti propojování vědy a praxe a v uplatnění principu přístupu založeného na důkazech v oblasti financování a podpory.</p> <p>8b. Zlepšení propojování vědy a praxe a přenosu výsledků vědy do preventivní praxe.</p> <p>8c. Zvýšení kvality a objemu vědecké činnosti a publikování (včetně zvýšení kvality a rozvoje oborově relevantních časopisů) v oblasti prevence rizikového chování, zejména v oblasti podpory testování efektivity a obecně vývoje a testování preventivních intervencí.</p> <p>8d. Zvýšení objemu vědecko-výzkumné činnosti v oblasti prevence na mezinárodní úrovni a podpora zapojení ČR do mezinárodních studií a projektů.</p>	<p>7d. Důvodová zpráva a předložení návrhu implementace zapojeným resortům.</p> <p>Opatření 8: (Gesce: MZ, MŠMT) <i>Spolupráce: univerzity, AV ČR, odborné společnosti atd.</i> <i>Možný zdroj financování: částečně Třetí akční program EU v oblasti zdraví na období 2014–2020 a Horizont 2020)</i></p> <p>Vytvořit podmínky pro zlepšení a realizaci vědecko-výzkumné činnosti v této oblasti na univerzitách v ČR a zvýšit počet výzkumných studií, realizovaných v klíčových tematických oblastech zainteresovaných oborů a podpořit princip aplikace tzv. evidence based přístupu s důslednou preferencí aplikace především experimentálních výzkumných modelů s nejvyššími požadavky na úroveň vědecké práce, včetně jejího publikování:</p> <p>8a. Vytvoření a realizace projektů a programů pro popularizaci a informování politiků a úředníků v oblasti propojování vědy a praxe a v uplatnění principu přístupu založeného na důkazech v oblasti financování a podpory.</p> <p>8b. Cílená podpora propojování vědy a praxe a přenosu výsledků vědy do preventivní praxe – formou cílené podpory spolupráce mezi odbornými časopisy a praxí a akce popularizující vědu a výsledky vědy v prevenci.</p> <p>8c. Zlepšení cílené podpory vědy a publikování (včetně zvýšení kvality a rozvoje oborově relevantních časopisů) v oblasti prevence rizikového chování, zejména v oblasti podpory testování efektivity a obecně vývoje a testování preventivních intervencí.</p> <p>8d. Cíleně podporovat vědecko-</p>
--	---	---

	<p>8e. Zvýšit zapojení ČR do mezinárodních studií a vědecko-výzkumných projektů a mezinárodních studií v oblasti prevence</p> <p>8f. Samostatný finanční program pro tuto oblast při agentuře pro zdravotnický výzkum.</p> <p>8g. Zlepšení kontroly a přehledu uplatnění regulačních nástrojů (včetněprávních norem) prostřednictvím výzkumu v této oblasti.</p>	<p>výzkumnou činnost v prevenci rizikového chování a dosáhnout vytvoření podprogramu pro financování v rámci resortní grantové agentury a dotačních mechanismů dalších relevantních resortů.</p> <p>8e. Cílená podpora vědecko-výzkumné činnosti v oblasti prevence na mezinárodní úrovni a podpora zapojení ČR do mezinárodních studií a projektů.</p> <p>8f. Vypracování návrhu a zahájení jednání o prosazení samostatného finančního programu pro tuto oblast při agentuře pro zdravotnický výzkum.</p> <p>8g. Podpora výzkumu a evaluace v oblasti kontroly dodržování zákonů podporujících zdraví</p>
<p>Cíl 9:</p> <p>Zvýšit povědomí o tzv. přístupu založeném na důkazech (evidence based) a vědecky podloženém přístupu (research based) v oblasti prevence a zvýšit informovanost donorů a politiků o výsledcích vědy v prevenci a motivovat je pozitivně k výraznějšímu zohlednění výsledků vědy v systému financování a podpory</p>	<p>Výstupy opatření 9:</p> <p>9a. Vyšší počet členů/zástupců za ČR v klíčových mezinárodních strukturách typu EUPHAS, EUSPR atd.</p> <p>9b. Vyšší počet mezinárodních projektů za účasti ČR.</p> <p>9c. Vyšší počet zahraničních přednášek a výměn zkušeností a zvýšení počtu smluvních partnerských vztahů se zahraničními institucemi.</p> <p>9d. Rozšíření platformy pro spolupráci se zahraničními subjekty v oblasti vzdělávání a vědy.</p>	<p>Opatření 9:</p> <p><i>(Gesce: MŠMT, MZ)</i> <i>Spolupráce: odborné společnosti atd.</i> <i>Možný zdroj financování: částečně třetí akční program EU v oblasti zdraví na období 2014–2020 a Horizont 2020)</i></p> <p>Lépe Českou republiku zapojit do mezinárodních struktur a aktivit a podpořit aktivní účast českých zástupců v těchto nadnárodních sítích (jako např. EUSPR, EUPHAS atd.) a vytvářet dlouhodobě podmínky pro co nejlepší propojení a výměnu zkušeností se zahraničními partnery na úrovni poskytovatelů péče, univerzit a výzkumných institucí a mezinárodních vzdělávacích programů a programů podpory spolupráce a výměny zkušeností:</p> <p>9a. Podpora členství a zastupování a práce za ČR v klíčových mezinárodních strukturách typu EUPHAS, EUSPR atd.</p> <p>9b. Podpora účasti v mezinárodních projektech za účasti ČR a podpora řešení</p>

<p>preventivních programů z veřejných zdrojů.</p>	<p>9e Zvýšení objemu aktivit v oblasti příhraniční spolupráce a obecně s okolními zeměmi.</p>	<p>problémů s tím spojených (kofinancování projektů atd.).</p> <p>9c. Podpora zahraničních přednášek a lektorů a výměn zkušeností a zvýšení počtu smluvních partnerských vztahů se zahraničními institucemi.</p> <p>9d. Podpora rozšíření platformy pro spolupráci se zahraničními subjekty v oblasti vzdělávání a vědy.</p> <p>9e. Podpora zvýšení objemu aktivit v oblasti příhraniční spolupráce a obecně s okolními zeměmi.</p>
<p>Cíl 10: Revize stávajících právních předpisů, vztahujících se k prevenci rizikového chování</p>	<p>Výstupy opatření 10:</p> <p>10a. Vypracování a předložení návrhu zákona podporujícího zdraví s adekvátním zohledněním prevence rizikového chování.</p>	<p>Opatření 10: Zajištění vhodné legislativní podpory prevence rizikového chování: (Gesce: MŠMT, MZ Spolupráce: odborné společnosti, kraje atd.)</p> <p>10a. Revize aktuálních právních norem.</p> <p>10b. Vypracování konkrétních návrhů ke změně právních norem.</p> <p>10c. provedení hodnocení dopadů včetně ekonomické analýzy předkládaných návrhů.</p>
<p>Cíl 11: Zvýšit mediální podporu prevenci rizikového chování</p>	<p>Výstupy opatření 11:</p> <p>11a. Vytvoření stabilní pozice tiskového mluvčího pro prevenci rizikového chování (podporu zdraví) ve spolupráci s Národní radou a vznikající odbornou společností.</p> <p>11b. Popularizace vědeckých i praktických</p>	<p>Opatření 11: Zajistit dostatečnou mediální podporu sdělením týkajícím se prevence rizikového chování</p> <p>11a. Vytvoření pracovní skupiny k přípravě podkladů pro tiskového mluvčího ve vazbě na činnost Národní rady, vznikající odborné společnosti, dotčených resortů a klíčových poskytovatelů služeb. Návrh a vytvoření a stabilizace spolupráce s médii:</p>

	poznatků souvisejících s prevencí a jejím smyslem, efektivitou a výsledky.	<p>11b. Vytvoření dlouhodobého plánu práce s médii a strategie komunikace, včetně pravidelných i jednorázových akcí směrem k veřejnosti a médiím.</p> <p>11c. Podporovat vzdělávání novinářů v problematice prevence a dlouhodobou a systematickou spolupráci s nimi.</p>
--	--	---

5 Předpokládané benefity

Hlavním benefitem realizace akčního plánu, kromě dosažení samotných strategických cílů (viz kapitola 3.2), je formulace **dlouhodobé národní strategie mezioborové a meziresortní spolupráce v oblasti prevence rizikového chování**. Ta vyžaduje realizaci zásadních systémových opatření a změn, které lze současně chápat jako soubor primárních a sekundárních benefitů (viz dále 5. 1. a 5. 2.) tohoto Akčního plánu. Jde tedy o realizaci strukturovaného, systémového modelu metodické podpory a koncepčního řešení v rezortu zdravotnictví a školství pro oblast prevence rizikového chování dětí a mládeže na celonárodní úrovni. Kromě sjednocení terminologie a definic **umožní zásadní zlepšení systému preventivní péče s těžištěm v oblasti selektivní (rizikové skupiny) a indikované (rizikovní a rizikově se chovající jedinci) prevence v logice členění EMCDDA; zavedení průběžného sledování a kontroly kvality a efektivity v celé oblasti prevence zdravotních rizik** (prostřednictvím stanovení standardů práce pro oblast prevence rizikového chování) v souladu se současnými vědeckými poznatky a praxí v tomto oboru u nás, i v zahraničí. Realizace záměrulepší propojení organizací ve veřejném, soukromém i neziskovém sektoru, které se věnují prevenci rizikového chování, a s tím souvisejícími zdravotními dopady. AP umožní **přípravu, ověření a zavedení systému organizované metodické podpory poskytovatelům preventivní péče a současně přinese identifikaci případných pochybení s cílem indukovat změny stereotypního chování populace, ve prospěch zdravého životního stylu a snižování dopadů škodlivých návyků**. Dále umožní vytvoření, ověření a zavedení do praxe systému hodnocení a kontroly kvalifikační připravenosti pro poskytování kvalitní a efektivní preventivní péče, založený na dosažených znalostech, dovednostech a kompetencích potřebných pro zajištění programů prevence rizikového chování. AP dále přináší rozpracování klíčových

témat rizikového chování pro zainteresované subjekty na všech úrovních, **nastavení mechanismů mezioborové a meziresortní (zejména MZ a MŠMT) spolupráce a komunikace** na úrovni struktury řešených témat, jejich systémového řešení ve vztahu k subjektům, kterým jsou služby určeny. Řeší zejména operativnost, včasnost a relevantnost předávaných informací, s cílem ovlivnění kvality života jednotlivců na jedné straně a na druhé straně usiluje o zajištění efektivity zvolených postupů, které mohou vytvářet ekonomicky efektivnější (úspornější) a lékařsky úspěšnější modely předcházení rizikovému chování.

5.1 Primární benefity

Prodloužení zdravé délky života (HLY – snížení incidence a prevalence rizikového chování a onemocnění, vznikajících v důsledku rizikových faktorů životního stylu) a snížení národohospodářských ztrát v důsledku preventabilních nemocí. Přesné hodnoty indikátorů a navrhované/plánované dosažení změn těchto hodnot viz kapitola 3.2.

1.1 Sekundární benefity/výstupy

Výstupy 1:

- a) Vznik komunikační platformy meziresortní, mezisektorové a mezioborové skupiny na národní úrovni (Národní koordinační rada prevence rizikového chování).
- b) Dosažení jednotné a sdílené definice primární prevence rizikového chování a sjednocení základních pojmů a definic.
- c) Jednotný terminologický slovník klíčových pojmů prevence rizikového chování.

Výstupy 2:

- a) Národní koncepce prevence rizikového chování dětí a mládeže v ČR.
- b) Analýza a zpracování podkladů pro transformaci Koncepce rizikového chování u dětí a mládeže (2014-2020) do podoby dokumentu zahrnujícího celé věkové spektrum.
- c) Návrh implementace (implementační plán) bodu/výstupu 2 a vytvoření jeho technického plánu.

Výstupy 3:

- a) Profil odborného pracovníka v oblasti prevence s využitím systému „výstupů z učení“ (learning outcomes).

- b) Alternativy jednotného systému porovnávání a hodnocení odbornosti v prevenci.
- c) Návrh národního systému posuzování odbornosti preventivního pracovníka a jeho srovnání se zahraničními obdobnými projekty.
- d) Pilotní implementace národního systému a návrh dalšího postupu.

Výstupy 4:

- a) Národní informační systém v prevenci rizikového chování (obsahující především certifikované poskytovatele prevence a databanku nástrojů dobré praxe, včetně diagnostických nástrojů atd.). Zajištění vazby mezi hodnocením kvality a poskytovateli veřejných finančních prostředků.
- b) Vzájemné propojení Národního informačního systému s Národní koordinační radou a její činností.
- c) Minimální preventivní program pro ŽŠ a ŠS a příprava podmínek pro VŠ a obecnou populaci a rizikové skupiny.
- d) Návrh systému koordinace a financování základního páteřního programu prevence (Minimálního preventivního programu - MPP)
- e) Systém ročního hodnocení výkonnosti a efektivity státem garantovaného systému prevence (vazba na úkol 5) Národní radou a zveřejnění výsledků v Národním informačním systému.
- f) Vznik odborné společnosti pro prevenci rizikového chování a její činnosti v oblasti koordinace, zlepšení kvality, přenosu informací atd.

Výstupy 5:

- a) Standardy kvality poskytovatelů preventivních programů a podmínek jejich poskytování.
- b) Standardy kvality dílčích programů prevence rizikového chování, tj. obecných standardů programů na úrovni všeobecné, selektivní a indikované prevence rizikového chování v ČR.
- c) Standardy kvality a odborných požadavků na preventivní pracovníky (vazba na úkol č. 7 – viz).

d) Návrh (včetně alternativních řešení) systému ověření a posuzování všech tří oblastí (bod 1-3) v praxi, tj. procedurální a technické řešení realizace hodnocení kvality (včetně nákladů, prováděcí dokumentace atd.).

e) Jednotný systém hodnocení výkonnosti poskytovatelů a systém evidence programů a poskytované péče hrazené státem (vazba výstup č. 4).

Výstupy 6:

a) Soubor doporučení podmínek, pravidel poskytování kvalitních a efektivních intervencí pro realizátory preventivních programů a jejich příjemce a zajištění průběžného systému inovace a aktualizace tohoto dokumentu, včetně vazby na Národní radu.

b) Manuál dobré praxe (databáze): příklady dobré praxe a zajištění jeho dostupnosti poskytovatelům, příjemcům i donorům a kontrolním institucím (např. ČŠI atd.) a zajištění průběžného systému inovace a aktualizace Manuálu.

c) Dostupnost min. 120 různých programů pro děti a mládež pro všechny základní typy rizikového chování v rámci základní školy.

Výstupy 7:

a) Kritéria pro hodnocení kvalifikace preventivního pracovníka nezávisle na resortní a oborové příslušnosti.

b) Metodika posuzování kvalifikace a celonárodní systém posuzování kvalifikací v prevenci na bázi výstupu z učení (learning outcomes).

c) Důvodová zpráva a předložení návrhu implementace zapojeným resortům.

Výstupy 8:

a) Popularizační a informační strategie a kampaň zacílená na politiky a úředníky v oblasti propojování vědy a praxe a v uplatnění principu přístupu založeného na důkazech v oblasti financování a podpory.

b) Zlepšení propojování vědy a praxe a přenosu výsledků vědy do preventivní praxe.

c) Zvýšení kvality a objemu vědecké činnosti a publikování (včetně zvýšení kvality a rozvoje oborově relevantních časopisů) v oblasti prevence rizikového chování, zejména v oblasti podpory testování efektivity a obecně vývoje a testování preventivních intervencí.

d) Zvýšení objemu vědecko-výzkumné činnosti v oblasti prevence na mezinárodní úrovni a podpora zapojení ČR do mezinárodních studií a projektů.

e) Návrh a pokus o prosazení samostatného finančního programu pro tuto oblast při agentuře pro zdravotnický výzkum.

f) Zlepšení kontroly a přehledu uplatnění regulačních nástrojů (včetně legislativy) prostřednictvím výzkumu v této oblasti.

Výstupy 9:

a) Vyšší počet členů/zástupců za ČR v klíčových mezinárodních strukturách typu EUPHAS, EUSPR atd.

b) Vyšší počet mezinárodních projektů za účasti ČR.

c) Vyšší počet zahraničních přednášek a výměn zkušeností a zvýšení počtu smluvních partnerských vztahů se zahraničními institucemi.

d) Rozšíření platformy pro spolupráci se zahraničními subjekty v oblasti vzdělávání a vědy.

e) Zvýšení objemu aktivit v oblasti příhraniční spolupráce a obecně s okolními zeměmi.

Výstupy 10:

Vypracování a předložení návrhu zákona podporujícího zdraví s adekvátním zohledněním prevence rizikového chování.

Výstupy 11:

a) Vytvoření stabilní pozice tiskového mluvčího pro prevenci rizikového chování (podporu zdraví) ve spolupráci s Národní radou a odbornou společností.

b) Popularizace vědeckých i praktických poznatků souvisejících s prevencí a jejím smyslem, efektivitou a výsledky.

6 Rizika

6.1 Rizika realizace AP a jejich zdroje

Klíčovými argumenty oponentů mohou být zejména relativní složitost takto komplexního plánu, který díky tomu může být obtížněji uchopitelný a pochopitelný. Bariéry lze očekávat (nejen) na některých úřadech státní správy a samosprávy, kde

může vzniknout obava z narušení stávajících harmonogramů a plánů dotýkajících se této tematické oblasti, stejně jako obava z narušení jejich autonomie atd. Tato obava „zásahu do jejich představ a autonomie“ může mít své zrcadlo také v terénu u některých poskytovatelů (typicky těch, kterým vyhovuje současný stav slabé koordinace a kontroly z důvodu menší kontroly ve financování a využívání různých zdrojů státní podpory atd.). Záměr bude pravděpodobně narážet na „resortismus“, tj. na kompetenční zákon a nutnost přemostit důsledky tohoto zákona právě v praxi u fenoménů, které vyžadují meziresortní koordinaci a spolupráci.

Dále je nutno počítat se skutečností, že veřejnost často zaujímá ne vždy pozitivní přístup k výzvám o změně životního stylu a omezování rizikového chování. Možnou bariérou konceptu bude obava veřejnosti ze zásahu do osobních svobod. Je proto nutné zdůrazňovat, že jde o doporučení, a je na každém jednotlivci, do jaké míry přijme svou část odpovědnosti za své zdraví. K hlavním metodám umožňujícím se vyrovnat s případnými těžkostmi patří komunikace, dostupnost věrohodných informací a vzdělávání v této oblasti. Proto se na něj koncept zaměřuje. Akční plán může být ohrožen i složitostí a rozsahem daných různými úrovněmi a počtem subjektů a lze očekávat náročnější proces vyjednávání a dosahování konsenzuálního pohledu na postup a sdílené společné struktury (koordinace) pro řešení takto náročných interdisciplinárních témat.

6.2 Podniknutí nutného minima aktivit

Pro případ příliš zásadní finanční redukce celého Akčního plánu nebo pro variantu příliš výrazného vlivu rizik či jejich negativního vývoje je formulována minimalistická varianta realizace Akčního plánu.

Ačkoli je soubor opatření chápán jako jeden celek vzájemně úzce provázaných a na sobě závislých kroků, je možné definovat naprosté minimum, jehož realizace povede k alespoň dílčím zlepšením a řešením alespoň těch nejvýznamnějších současných problémů. Jedná se o realizaci dvou hlavních opatření a jejich dílčích úkolů s navazujícími výstupy:

- a) **Opatření 5:** Vytvořit jednotný rámec pro **hodnocení kvality a efektivity programů s cílem mj. systematizace programů a intervencí**, který bude kompatibilní se systémy klíčových resortů (MZ, MPSV, MŠMT) a zajistí srozumitelnost pro hlavní cílové skupiny projektu: rodiče, školy a školská

zařízení, poskytovatele zdravotnických programů a intervencí. Vytvoření, ověření a implementace **standardů kvality pro oblast prevence rizikového chování** kompatibilní se standardy vyvíjenými v rezortu školství.

b) Opatření 6: Realizovat **pilotní intervenční set nástrojů a intervencí** napříč všemi základními oblastmi rizikového chování a pilotně ověřit a evaluovat; na základě získaných výsledků připravit a zpřístupnit první verzi všem cílovým skupinám projektu a **podpořit dobrou praxi** prostřednictvím **národní databanky preventivních nástrojů a intervencí** pro různé zdravotnické, školské a další relevantní odbornosti s cílem **zvýšit dostupnost těchto programů, včetně programů časně diagnostiky a intervence:**

Odhad rozpočtu potřebného pro realizaci těchto dvou opatření v plánovaném programovém období činí přibližně 48 milionů korun. Nižší rozpočet z hlediska záběru akčního plánu a velikosti cílové skupiny je prakticky na hranici smysluplnosti.

7 Náklady spojené s AP

7.1 Náklady spojené s realizací Akčního plánu

Programové období: 5 let (s předpokladem pokračování realizace započatých aktivit)

Na základě expertního odhadu absorpční kapacity poskytovatelů služeb a akademických institucí vycházejícího ze zkušeností s vývojem celého systému prevence v posledních 7 letech a počtu potenciálních žadatelů/realizátorů o projekty je navrhována následující proporce čerpání v letech:

první rok: 15%

druhý rok: 20%

třetí rok: 25%

čtvrtý rok: 25%

pátý rok: 15%

Odhad nákladů spojených s realizací Akčního plánu v plném rozsahu pro druhé monitorovací období (tj. 5 let) je přibližně 180 milionů korun. Odhad byl vytvořen na základě zkušeností s realizací podobně komplexních záměrů na národní úrovni a

zkušeností s jejich naplňováním (projekty typu VYNSPI 1 a VYNSPI 2 v rámci OPVK, školní psychologie atd.).

Financování tohoto akčního plánu bude vícezdrojové. Finanční prostředky, které jsou (budou) navrženy na realizaci jednotlivých aktivit, by měly být v řadě případů hrazeny i z prostředků Evropských strukturálních a investičních fondů, zejména z Operačního programu Zaměstnanost.

Operační program Zaměstnanost obsahuje specifický cíl 2.2 (Zvýšit dostupnost a efektivitu zdravotních služeb a umožnit přesun těžiště psychiatrické péče do komunity), který bude primárně naplňován opatřeními vedoucími k cílům uvedeným v tomto Akčním plánu, a to zejména prostřednictvím projektů regionálních center podpory zdraví (budou realizována i z jiných opatření). K možnosti realizovat uváděná opatření rovněž přispěje podpora infrastruktury sociálních služeb z Integrovaného regionálního operačního programu (specifický cíl 2.1 Zvýšení kvality a dostupnosti služeb vedoucích k sociální inkluzi). V logickém rámci je u některých opatření orientačně uvedeno, zda je jejich realizace možná (nebo alespoň částečně možná) prostřednictvím dotačních programů Evropských strukturálních a investičních fondů resp. jiných specifických cílů výše uvedených operačních programů, případně komunitárních programů Evropské unie.

Současně se předpokládá, že financování bude muset probíhat i ze státního rozpočtu a bude diverzifikováno napříč rezorty. Aktivity bude realizovat MŠMT a MZ buď přímo, nebo budou aktivizováni možní příjemci dotací (NNO, školy, ostatní subjekty veřejné správy apod.) z výše uvedených programů, aby bylo dosaženo požadovaných cílů. V případě, že se dotační prostředky na tyto aktivity nepodaří zajistit, budou využity disponibilní zdroje státního rozpočtu.

Předpokládá se tedy jednání na mezíresortní úrovni (MZ, MŠMT) o detailech zajištění financování Akčního plánu a případném posílení stávajících rozpočtových kapitol atd. Je nutné přitom rozlišovat náklady na vývoj a implementaci celého systému a provozní náklady z hlediska udržitelnosti.

V oblasti vědy a vazby na rozvoje vědy a výzkumu a rozvojových aktivit a mezinárodní spolupráce se předpokládá úzká vazba na finanční mechanismy zajišťované prostřednictvím GAČR (Grantová agentura ČR), dále pak TAČR (Technická agentura ČR)

v oblasti orientovaného výzkumu (např. program OMEGA atd.) a konečně také AZV (Agentury zdravotnického výzkumu).

8 Závěr

Předložený Akční plán je bezesporu velmi ambiciózní snahou řešit mnoho let odkládaný a nedostatečně ošetřený problém koordinace a meziresortní harmonizace postupu v oblasti rizikového chování dětí a mládeže. Ještě patrnější je tento problém v oblasti velkých rizikových skupin v populaci, tedy na úrovni selektivní a indikované prevence. Na stranou druhou má tento Akční plán na co navazovat a předchozích 15 let vývoje a snahy vytvořit návrh přemostující bariéru kompetenčního zákona, problémů spolupráce mezi institucemi státní správy a samosprávy, mezi neziskovým sektorem, privátní sférou a akademickými institucemi. Nejde tedy o krok do neznáma a mnoho proběhlých či v současnosti realizovaných projektů a aktivit pozitivně ovlivňuje a podporuje šanci na úspěšnou implementaci tohoto akčního plánu. Současně je třeba zdůraznit, že celá tato iniciativa má již dnes poměrně dobrou podporu v terénu mezi většími poskytovateli intervencí a že neexistuje srovnatelná, systémově pojatá iniciativa, pokoušející se na národní úrovni harmonizovat postup klíčových institucí. Realizace Akčního plánu tak dává naději na významný systémový posun, jehož pozitivní dopad se projeví nejen na úrovni stanovených indikátorů, ale především vytvoří předpoklady a pomůže facilitovat dlouhodobé systémové změny vedoucí k ještě výraznějším výsledkům právě ve střednědobém a dlouhodobém horizontu.

Pracovní skupina pro tvorbu Akčního plánu

Návrh tohoto akčního plánu byl připraven pracovní skupinou pro tvorbu AP pro prevenci rizikového chování Oblast 4 / Omezení zdravotně rizikového chování.

Editor dokumentu:

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze

Členové pracovní skupiny/spoluautoři dokumentu (abecedně):

doc. MUDr. Veronika Benešová, CSc., Národní koordinační centrum prevence úrazů, násilí a podpory bezpečnosti pro děti ve FN v Motole

Mgr. Martina Budínská, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR

PharmDr. Stanislav Havlíček, Česká lékárnická komora

MUDr. Pavel Kabíček, CSc., Odborná společnost dorostového lékařství ČLS JEP

Mgr. Lenka Kostecká, Ministerstvo zdravotnictví ČR

MUDr. Marie Nejedlá, Státní zdravotní ústav

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Mgr. Vladimír Sklenář, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR

MUDr. Veronika Šikolová, Státní zdravotní ústav

MUDr. Alena Šebková, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

MUDr. Alena Šteflová, kancelář Světové zdravotnické organizace (WHO)

Mgr. Jarmila Vedralová, Ministerstvo zdravotnictví ČR

PhDr. Jana Zapletalová, Asociace školních psychologů, Národní ústav odborného vzdělávání

V rámci vnitřního a vnějšího připomínkového řízení byl návrh rozeslán řadě připomínkových míst včetně rezortů, KHS, ÚZIS, SZÚ, odborných společností atd.