

Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje

Závěrečná zpráva



Praha, 2010

Název projektu: Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje

Zadavatel studie: Olomoucký kraj, odbor zdravotnictví

Realizátor: PROADIS, o.s. – Propojené adiktologické služby - PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc. (PROADIS – WHITE LIGHT I., o.s.), Mgr. Ondřej Počarovský (PROADIS – Prev-centrum, o.s. Praha), Mgr. Ing. Jiří Staníček (PROADIS – Laxus, o.s., Hradec Králové), MUDr. David Adameček (PROADIS – Advaita, o.s., Liberec), Michal Němec (PROADIS – Prevent, o.s., České Budějovice),

Název zprávy: Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje: Závěrečná zpráva

Autor zprávy: Radimecký, J., Počarovský O., Staníček, J., Němec, M., Adameček, D.

Počet stran: 90

Pro bibliografické citace:

Radimecký, J., Počarovský O., Staníček, J., Adameček, D. a Němec, M. (2010) Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje: Závěrečná zpráva, Praha, Olomoucký kraj.



Obsah

1. Souhrn hlavních zjištění	5
1.1 Drogová scéna a rizikové lokality v kraji	5
1.2 Trendy v užívání návykových látek a rizikové chování uživatelů	6
1.3 Dostupnost a přiměřenost služeb pro uživatele drog	7
1.4 Identifikované okruhy problémů	8
1.5 Návrh opatření	9
2. Design analýzy	11
2.1 Zadání	11
2.2 Použité metody a průběh analýzy	12
2.3. Etické otázky a metodologické limity studie.....	14
2.4. Technické, organizační a personální zajištění výzkumu	15
3. Legislativní a politické prostředí.....	16
3.1. Role krajů v kontextu stávající legislativy	16
3.2. Financování služeb pro uživatele drog z rozpočtu kraje	19
3.2.1 Příjmy a výdaje rozpočtů krajů.....	20
3.3. Financování služeb pro uživatele drog z rozpočtů samospráv měst a obcí	23
3.4. Definice služeb pro uživatele drog	24
3.4.1 Odborná způsobilost pracovníků pracujících ve službách pro uživatele drog.....	26
3.4.2 Odborná způsobilost služeb a zajištění jejich kvality	28
3.5. Financování služeb pro uživatele drog	29
4. Drogová scéna, trendy v užívání drog a jeho dopady	33
4.1. Dostupnost a distribuce drog.....	33
4.1.1 Užívání legálních drog studenty.....	34
4.1.2 Užívání nelegálních drog studenty.....	35
4.1.3 Drogy užívané klienty odborných služeb.....	36
4.2. Trendy v užívání drog a jeho dopady	40
4.3. Rizikové lokality	48

5. Síť poskytovatelů služeb pro uživatele drog.....	50
5.1 Specifikace sítě poskytovatelů služeb pro uživatele drog	50
5.1.1 Nízkoprahová kontaktní a poradenská centra a terénní programy zaměřené na aktivní uživatele drog - pokrytí v jednotlivých okresech Olomouckého kraje	51
5.1.2 Služby ambulantní léčby a resocializace	53
5.1.3 Další léčebné programy.....	54
5.1.4 Další služby pro uživatele drog	54
5.2 Poptávka po službách pro uživatele drog	55
5.2.1 Citace z dokumentů související s poptávkou:	55
5.2.2 Koncepční a strategické dokumenty:	56
5.2.3 Poptávka registrovaná jednotlivými službami.....	57
5.2.4 Vývoj poptávky po jednotlivých službách ve vybraných klíčových indikátorech	58
5.2.5 Vývoj jednotlivých indikátorů průřezově mezi službami.....	63
5.2.6 Některé reakce sítě služeb na poptávku	66
5.2.7 Interpretace výstupů k v grafech demonstrováné poptávce.	68
5.3. Nákladová analýza služeb Olomouckého kraje za rok 2008 a 2009	69
5.3.1 Statistika výkonů 2008.....	69
5.3.2 Statistika práce v roce 2008	70
5.3.3 Statistika finančních zdrojů za rok 2008.....	71
5.3.4 Statistika nákladů za rok 2008	73
5.3.5 Statistika výkonů 2009.....	77
5.3.6 Statistika práce 2009	78
5.3.7 Statistika finančních zdrojů 2009	79
5.3.8 Statistika nákladů 2009	81
5.4 Závěrečné výstupy a doporučení.	85
6. Seznam zkratk:.....	89
7. Literatura	90

1. Souhrn hlavních zjištění

1.1 Drogová scéna a rizikové lokality v kraji

- Zdá se, že v nabídce a dostupnosti nelegálních drog a rozsahu jejich užívání došlo na území Olomouckého kraje oproti roku 2002 ke zhoršení situace.
- Míra užívání legálních i nelegálních drog a subjektivně vnímaná dostupnost návykových látek mezi šestnáctiletými studenty je zde vyšší, než v jiných krajích ČR.
- K nejnáze dostupným a nejrozšířenějším užívaným ilegálním drogám v kraji patří – jako v celé ČR - produkty vyráběné z konopí, zejména marihuana.
- Druhou nejvíce rozšířenou ilegální drogou je metamfetamin (pervitin). Heroin je dostupný spíše sporadicky. V letní sezóně se lze setkat s užíváním surového opia.
- Drogová scéna má ve všech městech a obcích Olomouckého kraje spíše uzavřený charakter, což klade vyšší nároky na pracovníky terénních služeb, kteří musí uživatele drog aktivně vyhledávat a kontaktovat.
- V některých městech byl monitorován výraznější přesun uživatelů drog do tzv. uživatelských bytů zpravidla po policejních razíích. To vedlo ke ztížení práce nízkoprahových služeb, k dočasnému snížení počtu jejich klientů a tím ke zvýšení zdravotních rizik pro uživatele i pro jejich okolí.
- Z dostupných sekundárních dat – zprávy od poskytovatelů služeb a celostátní statistiky – je obtížné identifikovat specificky rizikové lokality v kraji.
- Zdá se však, že se v každém z měst a obcí s rozšířenou působností či s pověřeným úřadem, ale i v menších obcích lze setkat s různě velkými skupinami problémových uživatelů¹ ilegálních drog, převážně pervitinu.
- Výzkumy naznačují, že různé formy rizikového chování se ve zvýšené míře vyskytují v lokalitách/regionech s nižší úrovní kvality života, s vysokou mírou nezaměstnanosti, koncentrace socio-ekonomicky znevýhodněných skupin obyvatel, ale i v rekreačních oblastech, místech s vyšší koncentrací škol, či ve větších městských aglomeracích a/nebo na sídlištích s vysokou mírou anonymity.
- Z toho lze odvodit i některé lokality, jež mohou být vnímány jako více rizikové ve vztahu k užívání ilegálních drog na území Olomouckého kraje.

¹ Tj. těch, kteří v souladu s definicí Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti dlouhodobě a/nebo injekčně užívají heroin či pervitin.

- K těm mimo jiné patrně patří Jesenicko a Šumpersko, Olomouc a další větší města v kraji.

1.2 Trendy v užívání návykových látek a rizikové chování uživatelů

- Nejrozšířenější ilegální drogou mezi klienty odborných služeb působících v kraji je metamfetamin (pervitin).
- Heroin je užíván spíše sporadicky. Pouze na Prostějovsku jsou pracovníci odborných služeb v kontaktu se skupinou jeho uživatelů z řad olašských Romů.
- Na Přerovsku se pracovníci služeb setkávají s případy sezónního užívání surového opia - velmi rizikového ve vztahu k jeho zdravotním důsledkům pro uživatele drog.
- Převážná část klientů nízkoprahových služeb užívá pervitin injekčně, pracovníci služeb se ale setkávají i se začínajícími uživateli pervitinu, kteří preferují šňupání.
- Zdá se, že se šňupání pervitinu výrazněji šíří i mezi návštěvníky různých typů hudebních či tanečních akcí, kteří užívají drogy příležitostně či rekreačně.
- Injekční užívání drog může vést k řadě různorodých nepříznivých, nejčastěji zdravotních a sociálních dopadů.
- K nejzávažnějším zdravotním rizikům patří předávkování drogami, jež může vést až k úmrtí, infekční nemoci přenášené krví – zejména virus HIV či virové hepatitidy typu B a C, zvýšená nemocnost, různé druhy somatických poškození a závislost.
- Některé odborné služby referují o dobrých zkušenostech s nabídkou želatinových kapslí jako alternativou injekční aplikace pervitinu a/nebo surového opia.
- Většina odborných služeb monitoruje nárůst počtu vyměněného injekčního materiálu, což svědčí o trendu méně rizikového chování uživatelů drog při injekční aplikaci.
- Pracovníci služeb rovněž monitorují častější výskyt kombinovaného užívání nealkoholových drog, případně jejich užívání v kombinaci s léky či alkoholem.
- Možnými důvody tohoto chování uživatelů drog mohou být dočasná obtížná dostupnost primární drogy (např. pervitinu), ale i snaha řídit účinky užívaných látek podle svých aktuálních potřeb.
- Podle názorů některých pracovníků služeb klesá mezi mladými lidmi v kraji zájem o užívání pervitinu, naopak stoupá počet problémových uživatelů alkoholu a

konopí.

1.3 Dostupnost a přiměřenost služeb pro uživatele drog

- Síť nízkoprahových služeb pro uživatele drog je v Olomouckém kraji relativně hustá, lze hovořit o jejich dobré dostupnosti pro cílovou skupinu jejich klientů.
- Analyzované služby disponují potenciálem monitorovat a vyhodnocovat měnící se poptávku po službách a pružně na ni reagovat modifikací nabízených služeb nebo vývojem nových, specializovaných aktivit.
- Tato pružnost sítě je omezována především nedostatečnou finanční podporou, která je pro zajištění jejich fungování klíčová. V tomto ohledu by byla vhodná zvýšená podpora ze strany kraje, mj. i s ohledem na dlouhodobě klesající podporu z celostátní úrovně.
- Dostupná data naznačují, že poptávka po všech službách, které jsou v síti služeb pro uživatele drog v kraji zastoupeny, má mírnou, avšak nepřetržitě stoupající tendenci.
- Rozmanitost, rozložení a nastavení služeb pro uživatele drog v Olomouckém kraji jsou dobrým nástrojem pro detailní vyhodnocování poptávky po daném typu služby v kraji.
- Z dostupných dat vystupuje záchyt uživatelů kanabinoidů, zejména v terénních službách. Z jejich strany není zatím zřejmá žádná konkrétní poptávka, ale situace vybízí k zamyšlení nad vývojem programu, který by těmto klientům měl co nabídnout.
- Krajem zmiňovanou poptávku po specializovaném rezidenčním zařízení pro mladistvé uživatele NL - pro výkon ústavní ochranné protialkoholní a protitoxikomanické léčby – dostupná data nepotvrzují. Takovou potenciální poptávku je třeba detailněji prověřit a vzhledem k její povaze brát v úvahu i kontext celé ČR.
- Poznatky z finanční analýzy služeb naznačují, že pracovníci služeb pracují ve finančně diskriminujících podmínkách – vysoké kvalifikační nároky, jež musí splňovat vs. výrazně nižší platové ohodnocení ve srovnání s průměrným platem v kraji (17.139,- Kč vs. 20.608,- Kč v roce 2008).
- Průměrné náklady na výkon přímé práce s klienty se u analyzovaných služeb pohybují v rozpětí od 264,- do 432,- Kč. Tyto náklady jsou výrazně levnější

v porovnání s platbami ze zdravotního pojištění, jež např. 1 hod. konzultace hradí částkou 642,- Kč.

1.4 Identifikované okruhy problémů

- Klíčový problém v zajištění adiktologických služeb – služeb pro uživatele návykových látek pracujících na území kraje se zdá být na systémové úrovni a spočívá ve skutečnosti, že v ČR dosud nejsou tyto služby začleněny do systému zdravotních a sociálních služeb, jako v jiných zemích EU.
- Výše uvedená skutečnost vede ke zhoršující se situaci ve financování adiktologických služeb především z centrální úrovně, což se projevilo zejména:
 - v ničem neopodstatněném snížení částky na financování služeb z rozpočtu RVKPP z cca 105 mil. Kč v roce 2006 na letošních necelých 82 mil. Kč – tedy zhruba o 23 mil. Kč respektive o cca 22 %;
 - v letošním rozhodnutí MZ ČR neposkytnout dotace na zdravotnický materiál pro nízkoprahové programy, což jde proti monitorovanému nárůstu množství vyměněného injekčního materiálu i proti odpovědnosti resortu za ochranu veřejného zdraví;
 - v nesplnění úkolu, který vláda uložila ve svém usnesení k Národní strategii protidrogové politiky 2005-2009, tj. změnit stávající způsob financování služeb pro uživatele drog formou jednoročních dotací, na něž není právní nárok.
- Prostor pro zlepšení byl identifikován i ve spolufinancování adiktologických služeb ze strany Olomouckého kraje – analyzované nízkoprahové, ale i další služby provozované na jeho území by si od něj zasloužily vyšší finanční podporu.
- Olomoucký kraj vykázal v r. 2008 do celostátních statistických přehledů výdaje na podporu programů protidrogové politiky ve výši 8,33 mil. Kč, ale z dostupných dat analyzovaných služeb vyplývá, že převážná část těchto prostředků byla patrně alokována jinak, než do adiktologických služeb. Jde tedy o zkreslující údaj.
- Zdá se nicméně, že to je způsobeno nejasným zadáním pro sběr dat o financování programů protidrogové politiky z centrální úrovně, neboť podobné zkreslující údaje vykazují i další kraje ČR a jsou pak prezentovány v celostátních přehledech.
- Výše uvedený stav výrazně ohrožuje:

- stabilitu, kvalitu a efektivitu protidrogové politiky Olomouckého kraje v oblasti ochrany veřejného zdraví;
- kvalitu a efektivitu provozovaných služeb, stejně jako zajištění jejich dostupnosti v hůře dostupných částech kraje;
- stabilitu v kraji vybudovaných a poskytovaných služeb v důsledku rizika odchodu kvalifikovaného personálu, který dlouhodobě pracuje v diskriminujících finančních i společenských podmínkách;
- nákladovou efektivitu služeb v kraji zejména s ohledem na riziko fluktuace kvalifikovaného personálu a s tím související nárůst nákladů na vzdělávání a zaškolování nového personálu služeb tak, aby splňovali legislativně stanovené požadavky.

1.5 Návrh opatření

Na úrovni kraje:

- navýšit v rozpočtu kraje částku určenou na spolufinancování adiktologických služeb – služeb pro uživatele návykových látek srovnatelně s kraji s podobnou situací (cca 14,10 Kč na 1 obyvatele kraje – tj. cca na 9 mil. Kč).
- zdá se, že v případě vyšší finanční podpory analyzovaných služeb z rozpočtu kraje, není třeba vytvářet nové služby. Je ale třeba stabilizovat a posílit stávající služby, což může vést i k jejich většímu pokrytí území kraje – zejména v případě terénních služeb.

Na celostátní úrovni:

Převážná část problémů souvisejících se zajištěním dostupnosti kvalitních a efektivních služeb pro uživatele návykových látek a s ní souvisejících otázek ochrany veřejného zdraví je systémového charakteru, jehož kořeny lze vysledovat ve stávající legislativě. V tomto ohledu by kraj mohl - ve spolupráci s dalšími kraji (např. prostřednictvím Asociace krajů) – využít svého práva zákonodárné iniciativy pro iniciování změn v dané oblasti, zejména pak:

- jasné vymezení kompetencí a odpovědností zejména v oblasti financování služeb v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami;
- začlenění stávajících adiktologických služeb do standardního systému zdravotních a sociálních služeb, jimiž dle zák. č. 379/2005 Sb., respektive č. 108/2006 Sb., jsou a zajistit jejich standardní financování;

- jasnou specifikaci sledovaných finančních prostředků alokovaných na jednotlivých úrovních veřejné správy do programů protidrogové politiky, aby nedocházelo ke zkreslování vykazovaných/prezentovaných dat, jak tomu v současných celostátních přehledech je.

Do doby dosažení výše navrhovaného systémového řešení podniknout následující kroky:

- apelovat u ministryně zdravotnictví ČR, aby přehodnotila rozhodnutí, že MZ ČR nebude v rámci svého letošního dotačního programu financovat zdravotnickou komponentu nízkoprahových služeb pro uživatele drog;
- usilovat u nové vlády o navýšení rozpočtu RVKPP určeného na spolufinancování adiktologických služeb ze stávajících 85 mil. Kč alespoň na 150 mil. Kč pro rok 2011.

Bez dosažení navrhovaných systémových změn, případně navýšení finančních prostředků na centrální i na krajské úrovni nelze kvalitně a efektivně plánovat, vytvářet a koordinovat síť služeb pro prevenci, léčbu a minimalizaci rizik spojených s užíváním návykových látek ani na území kraje ani v celé republice.

2. Design analýzy

Design studie a použitá metodologie replikují postupy z obdobných šetření, která v minulosti v České republice proběhla. Jde zejména o Analýzu institucionálního kontextu protidrogových programů v České republice (Csémy a kol., 2001), Analýzu institucionálního kontextu poskytování služeb v oblasti protidrogové politiky [Středočeského²] kraje (Vacek, 2004), Analýzu drogové scény Ústeckého kraje (Minařík a kol., 2004), Analýzu situace a potřeb v oblasti léčby a následné péče uživatelů návykových látek v Jihočeském kraji (Radimecký a kol., 2006) Analýzu drogové scény a služeb pro uživatele drog v Libereckém kraji (Radimecký, 2006) a Analýzu stavu drogové scény Karlovarského kraje (Radimecký a kol., 2008). Postupy převzaté z předešlých šetření byly v případě potřeby modifikovány zejména s ohledem na zadání studie, časové omezení doby pro její realizaci (březen – květen 2010) a použité zdroje (analýza založená pouze na zpracování sekundárních dat bez komplementárního místního šetření v terénu).

Stěžejní použitou metodou byl Rapid Assessment and Response - metoda rychlého zhodnocení situace, jež má potenciál generovat důležité informace z oblasti veřejného zdraví, které mohou být využity pro rozvoj odpovídajících opatření a intervencí (Fitch a Stimson, 2003).

2.1 Zadání

Hlavní cíl analýzy byl v zadání zástupců Olomouckého kraje definován takto³:

popsat a analyzovat drogovou scénu v jednotlivých částech kraje a stávající síť služeb a jejich cílových skupin (potenciálních) klientů

Výstupem realizovaného šetření má být tedy zejména popis a analýza aktuální situace na území kraje ve vztahu k těmto proměnným:

- popis drogové scény v jednotlivých regionech (bývalých okresech) Olomouckého kraje s ohledem na jejich specifika;
- srovnání efektivity jednotlivých služeb pro uživatele ilegálních drog (výkonnost, počty klientů, nákladovost apod.);

² Pro upřesnění doplněno autory zprávy.

³ Viz smlouva o dílo.

- dostupnost jednotlivých typů služeb pro obyvatele regionů Olomouckého kraje se zaměřením především na terénní programy a jejich harmonizaci, efektivitu, spolupráci a vytipování rizikových oblastí;
- zhodnocení potenciální potřeby vzniku nových služeb v příhraniční oblasti Jesenicka;
- vyhodnocení celkových provozních nákladů na zajištění potřebných služeb pro uživatele ilegálních návykových látek a kalkulace podílu, jímž by se na jejich financování měl podílet Olomoucký kraj;
- návrhy na případnou optimalizaci sítě služeb pro uživatele ilegálních návykových látek na území Olomouckého kraje.

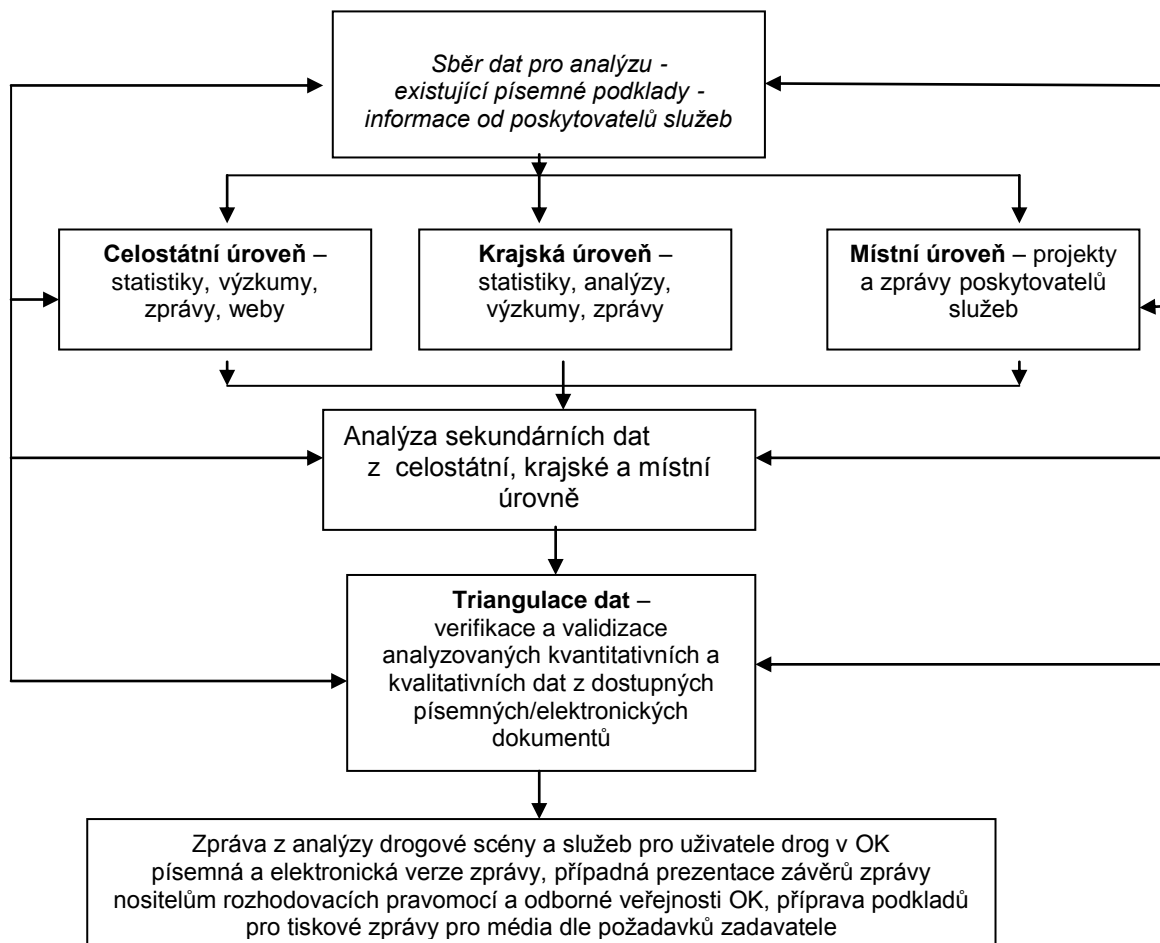
2.2 Použité metody a průběh analýzy

Podklady pro analýzu stavu drogové scény Olomouckého kraje byly, na základě dohody se zadavatelem studie získány na základě postoupených sekundárních kvantitativních i kvalitativních dat. Šlo zejména o informace z dostupných písemných dokumentů – závěrečných zpráv o realizaci jednotlivých služeb na území v kraji v období let 2007 – 2009 a dalších informací zveřejňovaných v elektronické podobě na webu zejména statistického charakteru – závěrů z celostátních výzkumů, zpráv, průzkumů, statistických přehledů z celostátní, krajské a místní úrovně či ze zpráv o činnosti poskytovatelů služeb pro uživatele návykových látek na území kraje (viz seznam použité literatury).

Vzhledem ke krátkému časovému horizontu a finančnímu rozpočtu, který byl pro realizaci analýzy stavu drogové scény v Olomouckém kraji zadavatelem stanoven, nebylo možné ze strany realizátora uskutečnit sběr primárních dat formou standardních rozhovorů s poskytovateli služeb, jejich klienty a dalšími zainteresovanými subjekty – např. pracovníky městských/obecních úřadů a dalších subjektů zapojených do realizace opatření krajské protidrogové politiky. **To představuje vážný limit validity a reliability poznatků prezentovaných v další části této zprávy, na něž chtějí autoři této zprávy upozornit.**

Design analýzy znázorňuje obr. 1:

Obr. 1 - Design analýzy stavu drogové scény v Olomouckém kraji



* - V individuálních případech, kdy bylo třeba doplnit/upřesnit informace získané ze závěrečných zpráv o realizaci projektů protidrogové politiky a/nebo ověřit v nich obsažená data, bylo použito dodatečné telefonické dotazování poskytovatelů služeb.

Závěrečné zprávy o realizaci projektů protidrogové politiky na území Olomouckého kraje byly získány ve spolupráci s krajskou protidrogovou koordinátorkou. Ta byla po zaslání základních vstupních požádána realizátory studie o doplnění zpráv tak, aby měli k dispozici závěrečné zprávy o realizaci projektu protidrogové politiky pro Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky za období 2007 – 2009. Cílem bylo získat srovnatelné údaje o službách pro uživatele drog působících na území kraje za období nejméně 3 let, což umožní srovnání jejich nákladové efektivity i se zohledněním případných meziročních výkyvů, ať už v oblasti jejich financování nebo výkonů, jež mohou být způsobeny jimi neovlivnitelnými vnějšími faktory⁴. Dalším, použitým

⁴ Např. v důsledku nesystémového krácení dotací z veřejných prostředků, k němuž v ČR často dochází nebo výkyvu v počtu klientů, který může souviset s nárazovými aktivitami Policie ČR, jež má někdy tendenci vyhledávat osoby

zdrojem informací pro realizaci analýzy a závěrečné zprávy byl existující celostátní adresář služeb pro uživatele návykových látek (RVKPP, 2003) a informace volně dostupné na internetu, především z webové stránky Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti a některých poskytovatelů služeb. Sběr dat probíhal v období od března do května 2010.

Relevantní statistická data a další popisné údaje o kraji, o zařízeních poskytujících služby pro uživatele návykových látek a o poskytovaných službách získaná analýzou sekundárních písemných nebo elektronických dokumentů byla v případě potřeby přepsána do tabulek a/nebo znázorněna s využitím grafů.

Po skončení úvodní fáze sběru dat, byly získané informace analyzovány, přičemž byly využity standardní postupy kvantitativní i kvalitativní analýzy dat, zejména kódování a konceptualizace (Bryman 2003), tj. vytváření kategorií odpovědí na jednotlivé, v zadání studie stanovené otázky. V případě potřeby byly identifikované chybějící informace doplňovány návazným sběrem dat formou telefonického dotazování poskytovatelů služeb pro uživatele návykových látek.

2.3. Etické otázky a metodologické limity studie

S ohledem na charakter, cíle a metody použité při realizaci této analýzy je třeba zmínit její **limity při interpretaci zjištění**. V první řadě z důvodů omezené míry **reliability** (spolehlivosti) a **validity** (platnosti) dat obsažených v závěrečných zprávách o realizaci projektů protidrogové politiky, jež může být limitována obavou některých z jejich autorů z ohrožení jejich postavení v kontextu krajské a/nebo celostátní protidrogové politiky. Proto mohli ve zprávách uvést jen selektivní údaje, tj. pouze ty, které sami chtěli. Přičemž ověřit jimi poskytnuté informace, jež mohly být zkresleny jejich subjektivními názory, přesvědčeními a preferencemi je obtížné, ne-li nemožné.

Realizátoři studie navíc při sběru dat nedisponovali žádnými zvláštními pravomocemi, což se mohlo projevit i co do **úplnosti dat**, jež jim byla poskytnuta výhradně krajskou protidrogovou koordinátorkou a/nebo z veřejně přístupných zdrojů. V důsledku mohlo dojít k situaci, kdy realizátoři analýzy neměli k dispozici srovnatelné – co do časového horizontu a/nebo do obsahu – zprávy o realizaci jednotlivých projektů na území Olomouckého kraje.

Je rovněž pravděpodobné, že realizátor analýzy nemusel obdržet informace od všech jednotlivců či subjektů, od nichž bylo možné získat informace využitelné pro realizaci studie. To mohlo být způsobeno zejména tím, že užívání ilegálních drog je skrytou

podezřelé z páčání především z majetkové trestné činnosti u vchodu do nízkoprahových zařízení pro uživatele drog, čímž může negativně ovlivňovat poptávku po využívání jejich služeb.

činností a rovněž je možné, že krajská protidrogová koordinátorka nezaslala realizátorům analýzy informace od všech subjektů, které se na realizaci opatření protidrogové politiky na území kraje podílejí. Ostatně, jak vyplývá z názvu metody použité pro zhodnocení situace v kraji (rychlý průzkum), jde o výzkumný přístup, který nepočítá s kontaktováním vyčerpávajícího počtu možných respondentů.

Další skutečnosti, jež mohou vypovídací hodnotu této zprávy limitovat, jsou **problémy ve srovnatelnosti statistických dat** poskytovaných jednotlivými respondenty v jejich zprávách o činnosti. Např. není jednoznačně definován termín žádost o léčbu, který je v pojetí Hygienické stanice hl.m. Prahy vnímán jako jakákoli žádost o službu odborného programu. Jako problematický se jeví i termín uživatel drog, který není - s výjimkou problémového uživatele drog – jednoznačně definován. Další problém představují data o výši finančních prostředků, které jednotlivé instituce veřejné správy – např. resorty, kraje či obce – vynakládají na realizaci opatření protidrogové politiky. I v tomto ohledu chybí jasná definice dané položky, v jejímž důsledku mohou být vykazovaná respektive prezentovaná data zkreslena.

Konečně nemuseli realizátoři studie, vzhledem k tomu, že nepocházejí z Olomouckého kraje pochopit všechny souvislosti a kontext, v nichž realizace opatření protidrogové politiky probíhá, případně se mohli dopustit chyb při přepisu dat obsažených v závěrečných zprávách o činnosti jednotlivých služeb pro uživatele ilegálních návykových látek – za což se autoři zprávy předem omlouvají.

Neúplnost dat získaných realizátorem analýzy představuje významné omezení při **zobecňování získaných poznatků**.

2.4. Technické, organizační a personální zajištění výzkumu

Studie byla realizována na základě zadání Olomouckého kraje formulovaného ve smlouvě o dílo. Studii realizoval pětičlenný tým pod vedením PhDr. Josefa Radimeckého, Ph.D., MSc. Spolu s ním se na sběru, analýze a interpretaci dat podíleli pracovníci o.s. PROADIS se sídlem v Praze, Mgr. Ondřej Počarovský, Mgr., Ing. Jiří Staníček, Michal Němec a MUDr. David Adameček, kteří mají v této oblasti zkušenosti z obdobných studií, realizovaných v dalších krajích ČR. Realizace analýzy byla finančně a materiálně zabezpečena z prostředků poskytnutých Olomouckým krajem, který rovněž poskytl závěrečné zprávy o realizaci projektů protidrogové politiky, jež sloužily jako hlavní zdroj informací a dat pro realizaci analýzy.

3. Legislativní a politické prostředí

3.1. Role krajů v kontextu stávající legislativy

1. ledna 2006 vstoupil v platnost **zákon č. 379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Ten kromě řady dalších obsahuje i ustanovení o **zajištění koordinace drogové politiky** (Hlava V. Organizace a provádění protidrogové politiky) a **definuje služby odborné péče** pro uživatele návykových látek (§ 20) včetně služeb léčby a následné péče, jež jsou předmětem této analýzy.

Z dikce zákona pro kraje (§ 22, odst. 1) mj. vyplývá, že kraj v samostatné působnosti:

koordinuje a podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány obcí a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky,

c) podílí se na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků a

h) ročně soustřeďuje a vyhodnocuje údaje o situaci týkající se škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami na svém území.

Jakým způsobem se má kraj na realizaci opatření protidrogové politiky na svém území podílet a jak má spolupracovat s poskytovateli služeb, zákon neuvádí s výjimkou ustanovení v § 23, odst. 1, písm. d) podle něž má se státními a nestátními subjekty pracujícími v oblasti prevence a léčby návykových nemocí spolupracovat krajský protidrogový koordinátor. Stejně nejasné je i ustanovení (§22, odst. 1, písm. c), jak respektive v jakém poměru se má kraj v samostatné působnosti podílet na financování služeb odborné péče pro uživatele návykových látek.

Jediným vodítkem v tomto ohledu je usnesení vlády⁵ stanovující doporučený maximální podíl dotačních prostředků na financování služeb provozovaných nestátními neziskovými organizacemi (NNO) ze státního rozpočtu. Usnesení vlády však nemají odpovídající právní oporu a nejsou tudíž pro orgány krajských respektive místních samospráv závazná. Nicméně stanoví, že se státní rozpočet má na financování služeb pro uživatele drog provozovaných NNO podílet nejvýše 70 % jejich rozpočtu. Zbylou část si mají poskytovatelé služeb obstarat tzv. z vlastních zdrojů, k nimž mohou vedle např. platby klientů za poskytované služby, prostředků získávaných od nadací či nadačních fondů či jiných sponzorů patřit i finanční prostředky poskytované na realizaci

⁵ Usnesení vlády č. 114 ze dne 7. února 2001 o Zásadách vlády pro poskytování dotací ze státního rozpočtu ČR nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy.

služeb z rozpočtů orgánů krajských a/nebo místních samospráv. Tato konstrukce opomíjí skutečnost, že v České republice tradici donorství neziskovým organizacím zpřetrhalo více než 40 let komunismu, že platná legislativa sponzorství de facto nepodporuje a že služby poskytované NNO pro uživatele návykových látek jsou veřejně (nikoli vzájemně) prospěšné a měly by tudíž být nakupovány stejně, jako ostatní sociální služby a/nebo služby zdravotní péče. Po jejich provozovatelích rovněž nikdo nepožaduje, aby si na svoji činnost ve prospěch společnosti získávali vlastní prostředky. Proto by více odpovídalo charakteru poskytovaných služeb, kdyby se o jejich nákup postaral veřejný rozpočet, stejně jako je tomu v případě zmíněných sociálních resp. zdravotních služeb. To však předpokládá zásadní změnu ve financování služeb pro uživatele drog, již vláda v Národní strategii protidrogové politiky 2005-2009 slíbila (Úřad vlády ČR 2005).

V tomto kontextu se jako největší slabina stávajícího způsobu financování služeb pro uživatele návykových látek jeví především **a) neexistence kalkulace nákladnosti jednotlivých typů služeb**, jež vede k tomu, že cenu poskytovaných služeb stanovuje jejich provozovatel, což nemusí vždy vycházet z kalkulace objektivně potřebných nákladů respektive běžných nákladů odpovídajících charakteru poskytovaných služeb a **b) nestabilita stávajícího způsobu poskytování a uvolňování dotací na realizaci služeb pro uživatele drog**, jež vyplývá ze stávajícího nekoncepčního systému jednoročního dotačního způsobu financování, přičemž na dotace není právní nárok. Tyto nedostatky ve způsobu financování adiktologických služeb každoročně významnou měrou **ohrožují existenci stávajících kvalitních a efektivních služeb pro uživatele návykových látek a představují překážku pro jejich plánování a další rozvoj v závislosti na měnících se potřebách cílové populace** a poptávce po specifických službách.

Jako jedno z možných řešení stávajícího stavu se jeví možnost, aby kraje u poradního, iniciačního a koordinačního orgánu vlády v otázkách protidrogové politiky – tj. Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky – v souladu s úkoly stanovenými v Národní strategii protidrogové politiky 2005-2009 respektive 2010 - 2018 požadovaly změnu stávající praxe financování ve smyslu odstranění výše uvedených nedostatků.

V kontextu výše uvedeného poměru financování nejvýše 70 % provozních nákladů služeb ze státního rozpočtu (pozn. - vzhledem ke zvyšujícím se cenám služeb a materiálu, zřizování nových služeb vs. několik let se neměnicímu množství prostředků alokovaných ve státním rozpočtu na financování služeb pro uživatele drog, jsou dotace ze státního rozpočtu výrazně nižší než 70 % ročního rozpočtu) a nejvýše 30 % z rozpočtů krajských a místních samospráv, lze podle územní působnosti konkrétních

služeb pro uživatele drog logicky odvodit následující proporci podílu finančních prostředků:

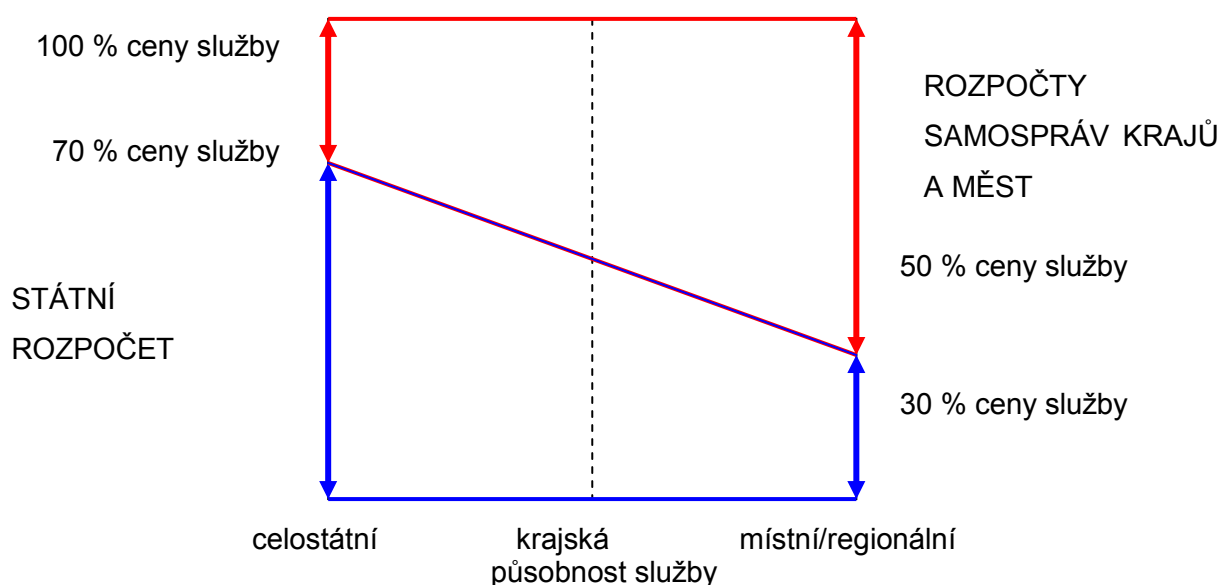
celostátní působnost – 70 % státní rozpočet + 30 % rozpočty krajů a místních samospráv;

krajská působnost – 50 % státní rozpočet + 50 % rozpočty krajů a místních samospráv;

místní/ regionální působnost – 30 % státní rozpočet + 70 % rozpočty krajů a místních samospráv.

Uvedený poměr graficky znázorňuje následující obrázek č. 2:

Obr. 2 – podíl spolufinancování služeb pro uživatele drog podle jejich územní působnosti a zdrojů z veřejného rozpočtu



V kontextu navrženého modelu by podíl financování služeb pro uživatele drog v části „rozpočty samospráv krajů a měst“ měl být dále rozdělen podle místní působnosti konkrétní služby. Tj. podíl finančních prostředků z rozpočtů samosprávných orgánů krajů by měl být vyšší u služeb s krajskou působností (např. v poměru 40 % kraj : 10 % město, kdežto z rozpočtů samosprávných orgánů měst by měl převažovat u služeb s místní/regionální působností (např. v poměru 20 % kraj : 50 % město).

3.2. *Financování služeb pro uživatele drog z rozpočtu kraje*

Jak je zřejmé z přehledu, který ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008 uvádí Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Mravčík a kol., 2009), **kraje se ke své roli v otázce financování drogových postavily různě.**

Z uvedeného přehledu mj. vyplývá, že **Olomoucký kraj** se co do výše finančních prostředků, jež na realizaci opatření protidrogové politiky ze svého rozpočtu vyčleňuje, řadil v roce **2007 až na 11. místo mezi všemi kraji**. V roce **2008 zjišťujeme** rozpory v uváděných informacích, totiž ve Výroční zprávě o realizaci protidrogové politiky v Olomouckém kraji v roce 2008 je uvedena částka 2 500 000 Kč stejná jako v roce 2007 a ve výroční zprávě Národního monitorovacího střediska je za Olomoucký kraj uvedena částka 8 330 000 Kč (Mravčík a kol., 2009). Bylo by tedy na místě sjednotit poskytované informace.

Při srovnávání množství finančních prostředků, jež kraje ze svých rozpočtů na financování opatření protidrogové politiky uvolňují, je třeba brát v potaz i rozdílnou velikost krajů, počet jejich obyvatel stejně jako míru výskytu environmentálních, demografických a socio-ekonomických rizikových faktorů, jež mohou přispívat k výskytu určitých fenoménů, k jakým mj. patří i užívání (nejenom) ilegálních drog. Pokud se množství finančních prostředků, vydávaných z rozpočtů krajů na opatření protidrogové politiky vyčíslí v hodnotě výdajů **na 1 občana kraje**, budeme **v Olomouckém kraji** počítat s částkou cca **3,89 Kč**. Kraje přitom v průměru vydávají v přepočtu na jednoho svého občana na protidrogovou politiku cca **14,10 Kč**.

V tomto kontextu, kdy Olomoucký kraj patří k územím, která vykazují vyšší počty problémových uživatelů drog - 1 600 osob a řadí se tak na 6. místo mezi všemi kraji, by si služby pro uživatele návykových látek **zasloužily vyšší podporu ze strany kraje**.

Tab. 1 – Srovnání krajů s podobným počtem klientů a jejich výdaje na protidrogovou politiku vztahované na 1 obyvatele

Kraj	Počet uživatelů drog	Počet obyvatel k 31.12. 2008	Výdaje kraje na protidrogovou politiku	Výdaje na 1 občana kraje v Kč
Liberecký	1 500	437 325	11 456 000	26,19
Jihočeský	1 550	636 328	10 174 000	15,98
Středočeský	1 750	1 230 691	17 787 000	14,45
Plzeňský	1 650	569 627	6 394 000	11,22
Olomoucký	1 600	642 137	2 500 000	3,89

Jak vyplývá z mezikrajového srovnání, finančních problémů, s nimiž se služby působící na území kraje potýkají, je v tomto ohledu prostor pro **navýšení** takto účelově vázaných **finančních prostředků** vydávaných **především z rozpočtu kraje**. **To by bezesporu přispělo ke stabilitě** stejně jako odpovídající **dostupnosti stávajících odborných služeb**.

Přesto je třeba upozornit na jeden zásadní limit ve srovnávání množství finančních prostředků, jež kraje ze svých rozpočtů na realizaci opatření protidrogové politiky vynakládají. A sice, že některé kraje mohou uvádět pouze výši dotačních prostředků, které do dané oblasti vynakládají a jiné vyčíslovat i finanční prostředky, které poskytují na provoz jimi zřizovaných a přímo řízených zdravotnických zařízení – např. nemocnic s odděleními pro léčbu závislostí. Proto je třeba brát srovnání výše uvolňovaných prostředků do dané oblasti jako orientační a obtížně porovnatelné mezi jednotlivými kraji. Aby bylo takové srovnání skutečně reliabilní a validní, mělo by být mezikrajové srovnání výdajů na protidrogovou politiku realizováno s využitím jednotné metodiky, v níž by mělo být jasné definováno, které náklady krajů mají být v rámci daného ukazatele vykazovány.

3.2.1 Příjmy a výdaje rozpočtů krajů

Pro orientaci uvádíme srovnání příjmů krajů, kdy Olomoucký kraj se v tomto srovnání řadí na osmé místo mezi čtrnácti kraji.

Tab. 2

Příjmy a výdaje rozpočtů krajů, obcí a dobrovolných svazků obcí v roce 2008 podle krajů							
Pramen: Ministerstvo financí ČR					Source: Ministry of Finance of the CR		
v mil. Kč						CZK million	
ČR, kraje CR, regions	Příjmy celkem Revenue, total	v tom				Výdaje celkem Expenditure, total	z toho kapitálové Capital expenditure
		daňové příjmy Tax revenue	nedaňové příjmy Non-tax revenue	kapitálové příjmy Capital revenue	přijaté dotace Subsidies received		
Česká republika Czech Republic	404 609	204 238	30 165	16 281	153 937	389 942	96 981
Hl. m. Praha	66 421	45 599	2 439	90	18 292	59 266	19 547
Středočeský	41 793	20 148	3 329	2 509	15 807	40 810	9 182
Jihočeský	24 659	11 605	2 509	1 038	9 508	23 954	5 229
Plzeňský	23 108	11 891	2 366	1 096	7 755	22 595	6 498
Karlovarský	11 609	5 400	1 254	774	4 192	11 221	2 625
Ústecký	29 971	13 491	2 256	1 474	12 751	29 571	6 431
Liberecký	15 836	7 313	1 217	974	6 332	16 062	3 939
Královéhradecký	19 624	9 238	1 656	934	7 796	19 605	4 386
Pardubický	17 981	8 478	1 297	788	7 419	17 299	3 814
Vysočina	20 351	9 187	1 727	1 148	8 289	18 988	4 652
Jihomoravský	44 272	20 887	3 102	2 293	17 990	42 638	10 479
Olomoucký	22 537	10 529	1 505	708	9 795	22 454	5 408
Zlínský	20 227	8 882	1 726	755	8 865	19 934	4 526
Moravskoslezský	46 220	21 591	3 782	1 699	19 147	45 545	10 265

Financování protidrogové politiky z krajů

Tab. 3

Kraj	2007	2008	Kraj	Celkový počet problémových uživatelů drog 2007	Celkový počet problémových uživatelů drog 2008	Pořadí
Hl. m. Praha	40 627	50 044	Hl. m. Praha	10 000	11 500	1.
Středočeský	17 360	17 787	Středočeský	1 700	1 750	4.
Jihočeský	6 197	10 174	Jihočeský	1 500	1 550	7.
Plzeňský	1 810	6 394	Plzeňský	1 300	1 650	5.
Karlovarský	1 128	1 330	Karlovarský	900	1 000	12.
Ústecký	4 830	5 055	Ústecký	4 100	4 150	2.
Liberecký	6 474	11 456	Liberecký	500	1 500	8.
Královéhradecký	6 783	6 909	Královéhradecký	1 750	1 100	11.
Pardubický	5 500	5 575	Pardubický	450	450	14.
Vysočina	7 910	3 911	Vysočina	700	500	13.
Jihomoravský	8 500	8 500	Jihomoravský	3 400	3 250	3.
Olomoucký	2 500	2 500	Olomoucký	1 650	1 600	6.
Zlínský	4 711	4 429	Zlínský	1 850	1 350	9.
moravskoslezský	14 028	22 977	Moravskoslezský	1 100	1 150	10.
celkem	128 358	148 541	Celkem ČR	30 900	32 500	

V roce 2008 poskytly všechny kraje na tuto oblast 162,9 mil. Kč, obce 62,5 mil. Kč.

Domníváme se, že ve zdrojích dat (Výroční zpráva RV KPP 2008) jsou uvedeny finanční prostředky na protidrogovou politiku de facto nerelevantním způsobem. Optika výše alokovaných finančních prostředků na protidrogovou politiku ve většině krajů ČR působí příznivě, až na výjimky. Při bližším ohledání docházíme k podobnému závěru jako u finančních prostředků z centrální úrovně. Totiž, že významná část finančních prostředků se nedostane do adiktologických služeb. To je pravděpodobně způsobeno tím, že jsou finanční prostředky pod hlavičkou protidrogové politiky často směřovány i do služeb, které adiktologické služby v podstatě nerealizují nebo jen z malé části např. záchranné služby, nemocnice, nespecifická primární prevence, jednorázové propagační volnočasové akce s podtitulem primární prevence etc. Vzniká pak dojem, že je alokováno do protidrogové politiky dostatek finančních prostředků. Opticky to může být pravda, prakticky ale služby v oblasti prevence a léčby vykazují naprostý nedostatek financí pro udržení bazálního chodu služeb. Zdá se, že tento stav vykazuje rysy systémové vlastnosti celku tedy centrální úrovně a je následně přejímán nižšími celky tedy kraji, aniž by došlo k narovnání systému. **Hypoteticky se můžeme domnívat, že je v celkové výši relativní dostatek finančních prostředků na protidrogovou politiku. Aby tomu tak skutečně bylo, muselo by se ovšem dojít ke změně tím, že by se uvedené finanční prostředky dostaly do jedné kapitoly, z níž by pak byli transparentně na základě dotačního řízení rozděleny striktně dle strategie a akčního plánu protidrogové politiky kraje resp. ČR.**

Financování protidrogové politiky ze státního rozpočtu

Tab. 4

Účel čerpání	2007	2008
RV KPP (koordinace protidrogové politiky)	104 442	99 979
MŠMT (výhradně primární prevence, vzdělávání)	12 557	12 447
MPSV (sociální služby)	57 013	79 472
MZ (zdravotnické služby, kontaktní centra, terénní programy)	22 241	18 874
MS (spravedlnost,)	12 610	7 385
MO (obrana, finance se netýkají služeb)	3 595	5 276
GŘC dtto	26 725	10 656
NPC (dtto, potírání zločinu, snižování dostupnosti)	127 743	137 846
celkem	366 926	371 935
Celkem prevence a léčba	196 253	210 772
Celkem represe, obrana, spravedlnost etc.	170 673	161 163

V tabulce sledujeme vývoj financování protidrogové politiky jednotlivých rezortů, kterým tato problematika náleží. Můžeme sledovat vynaložené finanční prostředky na prevenci a léčbu a srovnávat s prostředky na protidrogovou centrálu, celní správu, armádu a spravedlnost. Domníváme se, že ve zdrojích dat (Výroční zpráva RV KPP 2008) nejsou

vedeny finanční prostředky na represivní složky, tedy kriminální policie, resp. její složky zaměřené na trestnou činnost spojenou problematikou drog na úrovni krajů i celostátní. Lze předpokládat, že bychom se v součtu dostali k výrazně vyšším číslům v oblasti nákladů na represi, obranu, spravedlnost. Finanční prostředky vynaložené dle tabulky na prevenci a léčbu jsou de facto jediným zdrojem pro adiktologické služby. Musíme ale také uvést, že finanční prostředky vynaložené na protidrogovou politiku z MZ nejdou zcela na financování poskytovaných, zejména adiktologických, služeb v nestátních neziskových organizacích, ale významnou měrou na financování zdravotnických organizací – nemocnic, záchranné služby etc., které běžně čerpají z jiných kapitol rezortu a ze zdravotních pojišťoven. Považujeme to za významně nesystémové nastavení dotačního procesu na MZ. Tento nesystémový proces je pravděpodobně aplikován i v dalších rezortech a také krajích.

Výše finančních prostředků z RV KPP a MZ klesá, což se ukazuje jako podstatná překážka pro stabilitu a zajišťování služeb. Přestože opticky stoupá výše finančních prostředků z MPSV, neznamená to vyvážené financování adiktologických služeb ze státního rozpočtu.

Lze tedy předpokládat, že přehled finančních zdrojů na protidrogovou politiku ČR je zkreslený a neodpovídá v některých faktorech realitě přidělovaných dotací v poskytovaných adiktologických službách, zabývajících se prevencí léčbou. Jinými slovy: v celkovém měřítku je optika výše finančních prostředků relativně příznivá, ale na základě bližšího ohledání zjišťujeme, že značná část prostředků se nedostane do adiktologických služeb. Tím vzniká optika resp. realita nedostatku finančních prostředků pro adiktologické služby.

3.3. Financování služeb pro uživatele drog z rozpočtů samospráv měst a obcí

Dalším významným zdrojem financování služeb mohou být rozpočty samosprávných orgánů měst a obcí, jež se v Olomouckém kraji v roce 2008 podílely na financování služeb pro uživatele drog částkou ve výši 2.453.000,- Kč. Tato částka řadí Olomoucký kraj v porovnání s ostatními kraji na 8. místo.

I to je ovšem třeba hodnotit opatrně s ohledem na výše diskutované limity podobných srovnání. Na základě dosavadní praxe je ale patrné, že postoj samosprávných orgánů měst v ČR ke spolufinancování služeb pro uživatele drog je ještě rozporupnější a rozdílnější, než je tomu v případě krajů. Některá města přispívají drogovým službám přiměřeně počtu občanů daného města, kteří služeb zařízení využívají, část měst přispívá spíše jen symbolickou částkou, část neposkytuje finanční prostředky vůbec.

Opakovaně se objevují informace o nepříznivých důsledcích stávajícího systému financování služeb – především v případě těch, poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi (NNO). Jde především o:

- problémy v personálním zajištění služeb včetně fluktuace pracovníků služeb;
- omezování provozu existujících služeb;
- omezování dostupnost služeb;
- absence některých typů služeb.

Výše diskutovanou situaci ve financování služeb pro uživatele drog v Olomouckém kraji včetně skutečnosti, že se na jejich financování na rozdíl od většiny krajů ČR v r. 2008 podílel především státní rozpočet a v menší míře výdaje z rozpočtů krajů, měst a/nebo obcí, znázorňuje následující tabulka.

Srovnání krajů v oblasti výdajů obcí na protidrogovou politiku

Tab. 5

Kraj	Výše dotací obcí a měst	Pořadí
Praha	13 890	1.
Moravskoslezský	9 545	2.
Plzeňský	7 728	3.
Jihomoravský	5 768	4.
Ústecký	5 196	5.
Středočeský	4 890	6.
Zlínský	4 457	7.
Olomoucký	2 453	8.
Jihočeský	1 950	9.
Pardubický	1 819	10.
Liberecký	1 646	11.
Karlovarský	1 426	12.
Královéhradecký	1 060	13.
Vysočina	651	14.
Celkem	62 479	

3.4. Definice služeb pro uživatele drog

Služby odborné péče pro uživatele návykových látek jsou definovány v § 20 zákona č. 379/2005 Sb. o ochraně před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek. Přičemž podle odst. 1 **hlavním cílem poskytování odborných služeb je mírnění škod na zdraví** působených užíváním legálních a ilegálních návykových látek a služby odborné péče mohou poskytovat jak zdravotnická zařízení (zřizovaná podle zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů), tak i zařízení sociální péče popřípadě jiná, za tímto účelem zřízená zařízení (zpravidla programy NNO).

Zákon definuje jednotlivé typy služeb odborné péče pro uživatele návykových látek včetně programů léčby a následné péče, na něž je tato analýza zaměřena. Relevantní typy služeb jsou podle zmíněného § 20, odst. 2, písm. b) – j) definovány následovně:

b) **detoxifikace** - léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,

d) **kontaktní a poradenské služby** (pozn. - nejsou v zákoně blíže definovány),

e) **ambulantní léčba** závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách, (pozn. - není v zákoně blíže definována),

f) **stacionární programy**, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,

g) **krátkodobá a střednědobá ústavní péče**, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 až 14 týdnů,

h) **rezidenční péče v terapeutických komunitách**, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců,

i) **programy následné péče**, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení, obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence a

j) **substituční léčba** - krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře, jež jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.

Přes dílčí nedostatky v definici odborných služeb pro uživatele návykových látek (viz např. chybějící definice kontaktních a poradenských služeb resp. ambulantní léčby), jež lze připsat obvyklým procesům hrajícím roli při přípravě a projednávání návrhů zákonů v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, odpovídají tyto definice alespoň rámcově typu služeb, jež jsou v této zprávě diskutovány.

Jiný úhel pohledu na některé typy služeb pro uživatele návykových látek poskytuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v Dílu 3 definuje kontaktní centra (§ 59), služby následné péče (§ 64), terapeutické komunity (§ 68) a terénní programy (§ 69). Tyto služby jsou definovány následujícím způsobem, který vyvolává otázky

ohledně kompatibility a provázanosti zákona o sociálních službách s výše citovaným zákonem resortu zdravotnictví.

§ 59

Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

§ 64

Služby následné péče

Služby následné péče jsou terénní služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.

§ 68

Terapeutické komunity

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

§ 69

Terénní programy

Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

3.4.1 Odborná způsobilost pracovníků pracujících ve službách pro uživatele drog

Od r. 1980 je možná lékařská specializace „v léčení alkoholizmu a jiných toxikomanií“, která je v současnosti podle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů nástavbovým oborem specializačního vzdělávání lékařů „návykové nemoci“, do

kterého může být lékař zařazen, pouze pokud má složenou zkoušku v základním specializačním oboru psychiatrie (tento systém lékařských specializací byl znám také jako atestace). Atestační specializací může být podmíněna např. způsobilost k poskytování určitého typu léčby (např. farmakoterapie) či uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou o úhradě léčebných výkonů z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V oblasti léčby závislostí jsou však definovány pouze dva výkony navázané na specializaci v oboru „návykové nemoci“, které navíc nesouvisí s léčbou uživatelů nealkoholových drog, a to vyšetření alкотestem a disulfiramová (antabusová) reakce prováděná u pacienta při zahájení desenzibilizační léčby při závislosti na alkoholu; ostatní výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou vázány buď na odbornost psychiatra, nebo se jedná o univerzální průřezové výkony pro různé odbornosti.

V r. 2005 vzniklo Centrum adiktologie, multidisciplinární výzkumné a vzdělávací pracoviště zaměřené na oblast závislostí. Spolu s jeho vznikem došlo k zakotvení oboru adiktologie jako interdisciplinárního zdravotnického nelékařského oboru. Byl zahájen bakalářský studijní program v oboru adiktologie; v r. 2008 graduovalo prvních 15 bakalářů adiktologie.

Na počátku akademického r. 2008–2009 bylo ve 3 ročnících denního studia 75 studentů a v 1. ročníku

kombinovaného studia 53 studentů. Od akademického roku 2010/2011 bude spuštěn magisterský program. V souvislosti s těmito studijními programy vzniklo v r. 2008 novelizací zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních,²¹ ve znění pozdějších předpisů, povolání adiktologa (vedle povolání např. všeobecné sestry, porodního asistenta atd.) a došlo k vymezení odborné způsobilosti k výkonu tohoto povolání (viz také kapitolu Legislativní rámec na str. 4).

V současné době je před schválením vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu Adiktolog (v rozsahu více než 900 hodin), který má připravit účastníky kurzu pro práci zdravotnických pracovníků, kteří budou poskytovat preventivní, léčebnou a rehabilitační péči v oboru adiktologie, a to bez odborného dohledu.

Odborná způsobilost profesionálů pracujících v sociálních službách je definována zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (viz výše) a v zásadě je předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka vyšší odborné, případně vysokoškolské vzdělání získané v programech zaměřených na sociální práci, sociální

politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku; v ostatních případech je nutné absolvovat akreditovaný vzdělávací kurz v rozsahu minimálně 200 hodin a dosáhnout délky praxe 5–10 let.

Většina pracovníků pracujících ve službách pro uživatele drog mimo zdravotnická zařízení má statut sociálního pracovníka. Mimo výše uvedené zákonem stanovené podmínky jsou kvalifikační předpoklady pro práci s uživateli drog uvedeny také ve Standardech odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (Kalina, 2003b), ve stanoviskových předpisech a standardech, např. České psychoterapeutické společnosti²² České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) nebo např. pracovně v metodickém materiálu Seznam a definice výkonů drogových služeb (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006b). (Mravčík a kol., 2009)

3.4.2 Odborná způsobilost služeb a zajištění jejich kvality

V r. 2005 byl usnesením vlády ze dne 16. 3. 2005 č. 300 schválen systém certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, který slouží k zajištění kvality služeb poskytovaných v oblasti harm reduction, léčby a následné péče. Systém certifikací je v činnosti od r. 2006 a certifikace je nezbytnou podmínkou pro poskytnutí dotace NNO ze státního rozpočtu od r. 2007; tato podmínka se nevztahuje na nové projekty poskytování služeb. Definováno je 9 typů služeb, kvalita služeb se ověřuje pomocí Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, které mají část obecnou a pro každý typ služeb část speciální (Kalina, 2003b); certifikát je platný maximálně 3 roky. K červnu 2009 bylo certifikováno 177 programů. (Mravčík a kol., 2009)

Tab. 6 – Přehled certifikovaných programů podle typů k 30. 6. 2009 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2009)

Typ služby	Počet programů ČR	Počet programů olomoucký kraj	Organizace – NNO/státní
Detoxifikace	4	2	Státní
Terénní programy	58	4	NNO
Kontaktní a poradenské služby	59	6	NNO
Ambulantní léčba	16	2	NNO
Stacionární programy	1	0	
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	3	2	Státní
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	12	1	Státní
Ambulantní doléčovací programy	17	2	NNO
Substituční léčba	7	0	
Celkem	177	19	NNO 77 %

3.5. Financování služeb pro uživatele drog

V oblasti služeb pro uživatele návykových látek pracují poskytovatelé služeb minimalizace rizik, léčby a následné péče, kteří se mohou lišit co do formy právní subjektivity, jež má své implikace pro jejich financování. S jistou mírou zjednodušení lze subjekty poskytující tyto služby podle formy jejich právní subjektivity rozdělit do tří hlavních skupin:

- tzv. **státní poskytovatelé služeb** se statutem zdravotnických zařízení nebo sociálních služeb – ti se mohou dále dělit na subjekty zřizované ústředním orgánem státní správy či samosprávnými orgány krajů nebo měst. Tito poskytovatelé jsou zpravidla financováni přímo svým zřizovatelem nebo kombinovanou formou, kdy část jejich rozpočtových nákladů hradí jejich zřizovatel, část nákladů je hrazena ze zdravotního pojištění. Až na výjimky nemají tito poskytovatelé služeb nárok na získání dotace ze státního rozpočtu.

- **nestátní neziskové organizace poskytující služby (NNO)** - většinou se jedná o subjekty, jež nemají statut zdravotnického zařízení, a jejich právní subjektivita může mít tři různé formy – občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti a účelová zařízení církví. Provozní náklady služeb pro uživatele návykových látek zřizovaných nestátními neziskovými organizacemi mohou být zpravidla nejvýše do 70 % jejich provozních nákladů kryty z dotací od ústředních orgánů státní správy (nejčastějšími a největšími donory jsou Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí a ve stále menší míře i Ministerstvo zdravotnictví). Zbýlých nejméně 30 % finančních prostředků potřebných pro pokrytí provozních nákladů (zpravidla však i větší část celkového rozpočtu) jsou NNO povinny získat z tzv. vlastních zdrojů, za něž jsou v kontextu platné legislativy v ČR považovány dotace od orgánů krajských nebo městských samospráv, příjmy od klientů či dary od nadací nebo dalších dárců apod. Podíl samosprávných orgánů krajů, měst a obcí na financování služeb však není legislativně zakotven. Záleží tak pouze na vůli krajských a/nebo komunálních politiků, nakolik se na financování služeb pro uživatele návykových látek jsou ochotni podílet. **Jak bylo demonstrováno výše, v olomouckém kraji patří tato oblast k příležitostem, jak posílit a stabilizovat realizaci opatření protidrogové politiky.**

V roce 2005 přijala vláda ČR s cílem provést změny ve financování služeb pro uživatele drog dvě usnesení: „Teze změn ve financování protidrogové politiky“ a „Pravidla pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku“ (usnesení vlády č. 300/2005 a 700/2005). Tyto dokumenty zpřesňují pravidla financování služeb pro uživatele návykových látek a s platností **od 1. 1. 2007 zavádějí**

novou **podmínku pro poskytnutí finančních dotací** nestátním organizacím – **certifikaci odborné způsobilosti** služeb pro uživatele drog (Mravčík a kol. 2005, str. 5). K blíže nespecifikovaným změnám by mělo dojít i ve stávajícím způsobu každoročního poskytování účelových dotací na provozní náklady služeb pro uživatele návykových látek poskytovaných NNO. Situaci následně zkomplikovalo přijetí zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten mj. klade jako základní podmínku pro to, aby služby pro uživatele návykových látek – uvedené v tomto zákoně – mohly získávat finanční prostředky z veřejných zdrojů tzv. registraci sociální služby. Registrace má být následně doplněna o inspekce sociálních služeb dle standardů a postupů stanovených v uvedeném zákoně o sociálních službách. Podmínky pro to stanovené, se významně liší od podmínek (standardů) stanovených v systému zmíněných certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. **Formální nároky na provozování služeb** pro uživatele návykových látek **se tak permanentně zvyšují, jejich finanční zabezpečení z veřejných zdrojů však** oproti tomu **dlouhodobě stagnuje respektive klesá**, přes zvyšující se provozní náklady, inflaci apod. To se jeví jako nesystémové a často **ohrožuje samotnou existenci služeb** pro uživatele návykových látek, **jejich dostupnost a paradoxně může ohrožovat i jejich kvalitu a efektivitu.**

- **privátní ordinace** – do této skupiny se řadí soukromí lékaři, kteří poskytují služby uživatelům návykových látek. Ti jsou za své služby placeni ze zdravotního pojištění, nicméně údajně nízké platby za odvedené výkony a stigma uživatelů především ilegálních drog je k poskytování služeb léčby a následné péče ve sledované oblasti příliš nemotivují. Což ilustruje i situace v Olomouckém kraji, kde je dostupnost těchto typů odborné péče částí poskytovatelů služeb i uživateli drog hodnocena jako omezená nebo neodpovídající potřebám klientů.

Shrnutí

Stávající legislativa řeší otázku realizace opatření protidrogové politiky a jejich financování ze strany centrálních orgánů státní správy i samosprávných orgánů krajů, měst a obcí jen vágně, v celostátním kontextu prakticky vůbec. Rovněž existující postupy financování služeb pro uživatele drog z rozpočtů ústředních orgánů státní správy – někdy napodobované i samosprávnými orgány krajů, případně měst - postavené na každoročním poskytování dotací na jejich činnost, jež je svým charakterem veřejně prospěšná a měla by být financována obdobně jako jiné typy sociálních služeb respektive služeb zdravotní péče, jsou přežitě, nefunkční a ohrožují existenci stávajících služeb.

Jako řešení se nabízí, aby kraje u vlády v souladu s Národní strategií protidrogové politiky 2005-2009 respektive 2010 – 2018 urgovaly změnu stávajícího systému financování drogových služeb tak, aby:

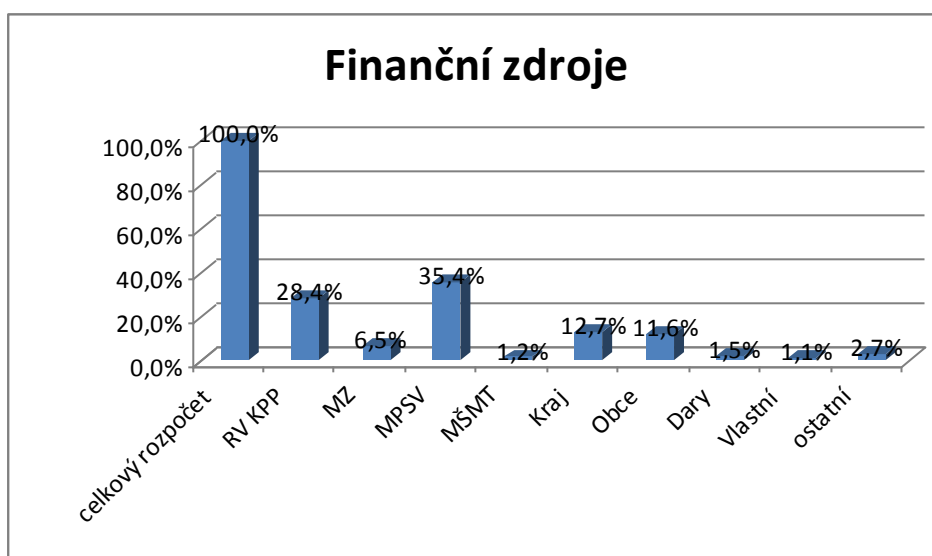
- jasné vymezení kompetencí a odpovědností zejména v oblasti financování služeb v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami;
- začlenění stávajících adiktologických služeb do standardního systému zdravotních a sociálních služeb, jimiž dle zák. č. 379/2005 Sb., respektive č. 108/2006 Sb., jsou a zajistit jejich standardní financování;
- jasnou specifikaci sledovaných finančních prostředků alokovaných na jednotlivých úrovních veřejné správy do programů protidrogové politiky, aby nedocházelo ke zkreslování vykazovaných/prezentovaných dat, jak tomu v současných celostátních přehledech je.

Zmíněné nejasnosti obsažené v zákoně č. 379/2005 Sb. vedou k tomu, že se kraje ke své roli v otázce financování drogových služeb (jež pro ně ze zákona vyplývá prakticky až od ledna 2006) staví různě. Nicméně ze srovnání dat o výdajích krajů vyplývá, že **Olomoucký kraj se co do množství finančních prostředků, jež na realizaci opatření protidrogové politiky** v přepočtu na 1 obyvatele kraje ze svého rozpočtu **vyčlenil**, v letech 2007 – 2008 **řadil na jedenácté místo mezi všemi kraji v České republice**. Co do výdajů měst a obcí v této oblasti se Olomoucký kraj řadí dokonce na **osmé místo**. To mohou být mimo jiné důvody, proč je síť služeb pro uživatele návykových látek v Olomouckém kraji ve srovnání s jinými regiony relativně nestabilní a některé typy služeb v kraji zcela chybí. **V situaci, kdy 77 % adiktologických služeb zajišťují v Olomouckém kraji nestátní neziskové organizace** odkázané de facto výhradně na dotační systém, přičemž dotace nejsou právně nárokovatelné, je stávající protidrogová politika Olomouckého kraje zásadním způsobem nestabilní a NNO nemohou deklarovat plnění veřejného závazku například v oblasti ochrany veřejného zdraví, prevence a léčby.

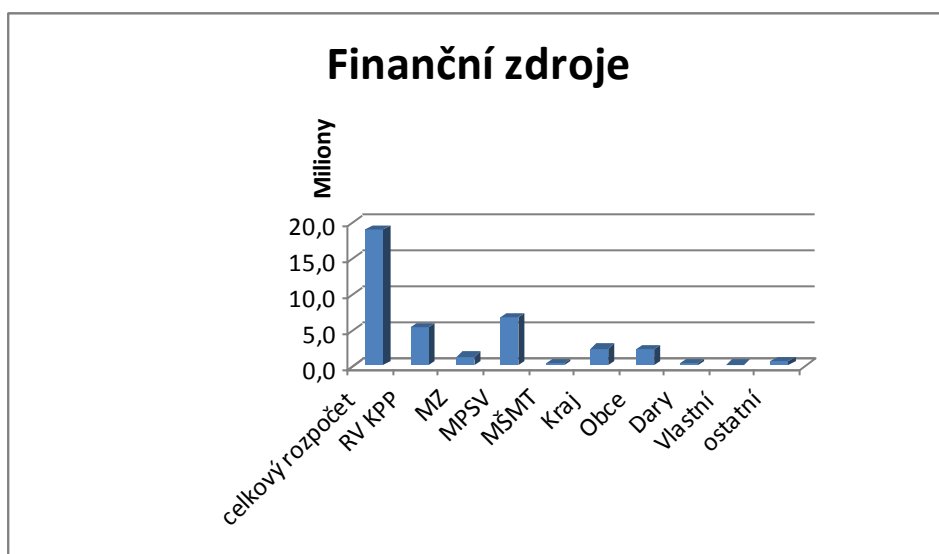
Poměrně důležitým faktorem se také ukazuje personalistická otázka nebo jinými slovy politika zaměstnanosti, vzdělanosti a uplatnění lidských zdrojů oblasti adiktologických služeb. Je zřejmé, že v adiktologických službách pracují profesionálové, kteří jsou v souvislosti se zákonem č. 108/2006 Sb., certifikacemi odborné způsobilosti RV KPP a novelizací zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, systematicky nárokováni v rámci celoživotního vzdělávání. Tito pracovníci se kromě nároků na celoživotní vzdělávání mohou resp. musí

prokazovat také typem formálního vzdělání, které dosahuje stupně VŠ nebo VOŠ. **Dle zpracovávaných údajů jsou tyto lidské zdroje placeny v průměru 17.139 Kč hrubého oproti průměrné hrubé mzdě v Olomouckém kraji, která dosahuje částky 20.608 Kč v roce 2008.** Tato situace je zdánlivě v daném kontextu ekonomické recese a úspor neřešitelná. Nicméně pokud se nebude optimalizovat systém a hledat zdroje uvnitř něj, tzn. současný stav nebude řešen, může taková situace vést ke ztrátě lidských zdrojů ve sledované oblasti a v důsledku k vyšší ekonomické zátěži. V případě, kdyby došlo k zásadnímu úbytku kvalifikovaných profesionálů s praxí a k jejich náhradě novými lidskými zdroji, které by se musely dle zákonů a standardů vzdělat a zapracovat, je jasné, že bude taková situace ekonomicky náročnější.

Graf 1



Graf 2



4. Drogová scéna, trendy v užívání drog a jeho dopady

Hlavními zdroji dat pro zpracování této kapitoly byly závěrečné zprávy o realizaci programů protidrogové politiky – tj. od poskytovatelů služeb na území kraje. K dalším použitým zdrojům patřila Výroční zpráva o situaci ve věcech drog v České republice v roce 2008 (Mravčík a kol., 2009), Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007 (Csémy a kol., 2009) a Trendy na drogové scéně v ČR - Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů: Závěrečná zpráva (Radimecký a kol., 2009). Mapovat dostupnost, způsoby výroby a distribuce drog je obtížné vzhledem k tomu, že se vztahuje k manipulaci se zákonem zakázanými látkami, jejichž distributoři i uživatelé mají tendenci se z pochopitelných důvodů skrývat. Přesto se s využitím dostupných zdrojů dat podařilo identifikovat hlavní trendy.

4.1. Dostupnost a distribuce drog

Olomoucký kraj patří k několika krajům v ČR, které jsou jak z hlediska užívání legálních drog (alkoholu a tabáku), užívání nelegálních drog, tak i z hlediska subjektivně vnímané dostupnosti návykových látek mezi šestnáctiletými studenty **exponovanější, než jiné české kraje** (Csémy a kol., 2009). V případě užívání legálních drog se řadí po bok Karlovarského a Ústeckého kraje, hl.m. Prahy a Středočeského kraje, v případě užívání ilegálních drog Karlovarského a Ústeckého kraje.

K nejsnáze dostupným a tudíž nejrozšířenějším užívaným ilegálním drogám v kraji patří produkty vyráběné z konopí. Druhou nejvíce rozšířenou ilegální drogou, jejíž užívání je typické pro skupiny uživatelů, kteří v souvislosti s jejím užíváním vyhledávají pomoc odborných služeb působících na území kraje – tzv. problémových uživatelů⁶ - je metamfetamin (pervitin). Heroin je dostupný spíše sporadicky, ve vybraných lokalitách, či mezi specifickými skupinami obyvatelstva žijícími na okraji společnosti. V některých regionech se pracovníci služeb setkávají s případy sezónního užívání surového opia, které si uživatelé drog připravují z nezralých plodnic máku polního zpravidla přímo na polích.

V tomto ohledu dostupné informace naznačují, že **v dostupnosti nelegálních drog a rozsahu jejich užívání došlo na území Olomouckého kraje oproti roku 2002 ke zhoršení situace**. Tehdy Olomoucký kraj patřil - spolu se Středočeským, Jihočeským, Královéhradeckým, Pardubickým, Moravskoslezským a Plzeňským krajem - mezi

⁶ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti definuje problémové užívání jako dlouhodobé a/nebo injekční užívání drog typu heroin, kokain, případně metamfetamin (pervitin).

regiony ČR s „relativně příznivým stavem demografických ukazatelů a příznivou situací v užívání drog“ (Lejčková a kol., 2003). Tento trend se z hlediska opatření protidrogové politiky a opatření k ochraně před škodami působenými užíváním návykových látek jeví jako alarmující.

4.1.1 Užívání legálních drog studenty

Zdrojem níže prezentovaných informací vybraných pro potřeby analýzy situace v užívání návykových látek v Olomouckém kraji je publikace Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007 (Csémy a kol., 2009). Poznatky v ní prezentované naznačují relativně vyšší výskyt rizikového chování šestnáctiletých studentů v kontextu ČR, což svědčí pro vysokou dostupnost legálních a ilegálních látek a může v důsledku ovlivňovat i vyšší koncentraci problémového užívání v kraji.

Kouření

Mezi šestnáctiletými studenty v Olomouckém (a Ústeckém) kraji je 11 % silných kuřáků, tj. těch, kteří denně vykouří 11 a více cigaret. Nejnižší podíl silných kuřáků mezi studenty byl sledován v Královéhradeckém (3,9 %), Moravskoslezském kraji (5,7 %) a v kraji Vysočina (5,9 %).

Konzumace alkoholu

Studenti v Olomouckém (a Středočeském) kraji nejčastěji uváděli opilost 3krát a vícekrát v posledních 30 dnech – více než 5 % studentů – nejméně studenti v Královéhradeckém kraji a v hl.m. Praze (méně než 2 %). V rámci celé ČR konzumují studenti z Olomouckého (a Zlínského) kraje nejčastěji destiláty – 21,1 % - které jsou dokonce populárnější, než víno.

Sedativa a hypnotika

Léky se sedativním účinkem v životě užilo 9,1 % studentů v celé ČR, mezi kraji se neprokázaly významné statistické rozdíly. Mírně nadprůměrnou zkušenost s užitím sedativ uváděli studenti v Olomouckém kraji (11,4 %), Královéhradeckém (10,5 %) a Jihočeském kraji (10,3 %). Užití sedativ a hypnotik v posledních 12 měsících a 30 dnech nebylo blíže sledováno.

4.1.2 Užívání nelegálních drog studenty

Zkušenosti s užitím jakékoli nelegální drogy během posledních 30 dnů se pohybovaly mezi 12,4 % na Vysočině a téměř dvojnásobnými hodnotami v Ústeckém (23,1 %), Karlovarském a Olomouckém kraji (22,1 %). V posledních 12 měsících užilo nekonopné drogy 9,1 % studentů v Olomouckém kraji, 8,8 % v Ústeckém a Jihomoravském kraji a zároveň pouze 3,6 % v Královéhradeckém kraji. V posledních 30 dnech užilo nekonopné drogy 5,0 % studentů v Olomouckém kraji a – pro srovnání - 1,1 % ve Zlínském kraji.

Konopné látky

V posledních 30 dnech užilo marihuanu nebo hašiš v průměru 18,1 % šestnáctiletých studentů v celé ČR. Vyšší hodnoty uváděli studenti v Ústeckém (21,9 %), Olomouckém (20,9 %) a Karlovarském kraji. Naopak nejnižší výskyt užívání v posledním měsíci byl sledován na Vysočině (11,8 %).

Extáze

Alespoň jednou v životě užilo extázi 4,5 % dotázaných studentů v celé ČR. Mírně nadprůměrné zkušenosti s užitím extáze uvedli studenti v Moravskoslezském (6,0 %), Ústeckém (5,7 %) a Olomouckém kraji (5,5 %).

Pervitin a amfetaminy

Alespoň jednu zkušenost s užitím pervitinu nebo amfetaminu uvedlo v roce 2007 v celé ČR 3,5 % šestnáctiletých studentů, ale mezi kraji se při analýze ukázaly statisticky významné rozdíly. Zatímco v krajích Vysočina a Pardubickém uvedlo užití pervitinu alespoň jednou v životě méně než 1,5 % studentů, v Ústeckém kraji ji uvedlo 7,0 %, v Karlovarském 5,6 % a v Olomouckém kraji 4,4 % studentů.

V posledních 12 měsících uvedlo užití pervitinu nebo amfetaminu v celé ČR v průměru 2,1 % studentů, nejčastěji šlo opět o studenty v Ústeckém (3,7 %), v Karlovarském (3,2 %) a v Olomouckém kraji (3,1 %). V posledním měsíci bylo nejvyšší zastoupení uváděného užití pervitinu v Olomouckém (2,4 %) a Karlovarském kraji (2,2 %).

Heroin a jiné opiáty

V posledních 12 měsících uváděli nejvyšší míru zkušenosti s užitím heroinu nebo jiných opiátů studenti v Olomouckém (2,1 %) a Pardubickém kraji (1,8 %). V posledních 30 dnech uvádělo užití opiátů 1 % pouze v Olomouckém, Karlovarském a Jihomoravském kraji, v ostatních krajích byl výskyt užívání heroinu nebo jiných opiátů pod hranicí 1 %.

Těkavé látky

Alespoň jednu zkušenost s užitím těkavých látek v životě uvedlo v celé ČR v průměru 7,0 % studentů. Jejich užívání je vyšší mezi studenty v Olomouckém (10,1 %), Libereckém (9,5 %) a Zlínském kraji (7,8 %) respektive Vysočině (7,7 %). V posledních 12 měsících uváděli zkušenost s užitím těkavých látek nejčastěji studenti v Pardubickém (4,5 %), Libereckém a Olomouckém kraji (4,2 %). Opakované užívání těkavých látek (tj. více než 5krát v posledním roce) uváděli nejvíce studenti v Pardubickém a Olomouckém kraji a v hl.m. Praze (0,8 %). V posledních 30 dnech užíli těkavé látky nejčastěji opět v Libereckém (3,0 %), Pardubickém (2,4 %) a Olomouckém kraji (2,3 %).

Subjektivně vnímaná dostupnost nelegálních drog

Konopné látky považuje v celé ČR za celkem snadno dostupné nebo dokonce velmi snadno dostupné 65,6 % studentů – pro srovnání – více respondentů, než v případě destilátů. Za relativně snadněji dostupné považují konopné látky studenti v Ústeckém (68,1 %), Pardubickém (68,0 %) a Olomouckém kraji (67,2 %).

Léky se sedativním účinkem by si dokázalo snadno obstarat 24,7 % studentů, častěji v Olomouckém, Královéhradeckém kraji a v hl.m. Praze.

4.1.3 Drogy užívané klienty odborných služeb

Ze závěrečných zpráv poskytovatelů služeb pro uživatele návykových látek, ale i z dalších zdrojů (NPC, 2010; Mravčík a kol., 2009, Radimecký a kol., 2009) vyplývá, že primární drogou užívanou problémovými uživateli návykových látek, kteří tvoří převážnou část klientů služeb na území kraje, patří pervitin – metamfetamin. Spíše výjimečně se pracovníci služeb ve své praxi setkávají s uživateli heroinu. Na Přerovsku se pracovníci služeb setkávají s tím, že část dlouhodobých intravenózních uživatelů pervitinu užívá v makové sezóně surové opium. Uživatelé drog připravovaných z konopí – především marihuany, případně hašiše -jsou spíše okrajovou skupinou klientů nízkoprahových služeb pracujících na území kraje.

Konopné látky

Konopné drogy, převážně marihuana, patří k nejsnáze dostupným a nejvíce užívaným ilegálním drogám celorepublikově, a podle dostupných údajů i v Olomouckém kraji. S distribucí marihuany respektive s počátečními experimenty s užíváním této látky se lze v individuálních případech setkat již u žáků základních škol. I skutečnost, že Olomoucký kraj zaujímá v rámci užívání konopných drog mezi šestnáctiletými studenty

škol v ČR za posledních 30 dnů přední místo mezi kraji (Csémy a kol., 2009), naznačuje, že dostupnost této drogy je v Olomouckém kraji relativně vysoká.

V minulosti převládající způsob obstarávání marihuany – tzv. out-doorové (tj. ve volné přírodě) uskutečňované pěstováním rostlin marihuany formou divokých výsevů (např. v lese či v polích s kukuřicí) pro vlastní potřebu konzumentů, se zdá být v současné době spíše na ústupu. Přebíhá spíše tzv. in-door nebo též hydroponní pěstování marihuany, které probíhá většinou ve vytápěných sklenících. Rostlinám jsou dodávána odpovídající hnojiva, vytvářeny optimální teplotní podmínky a věnována zahradnická péče, které umožňují získat sklizeň několikrát do roka. Za tím účelem používané, speciálně vyšlechtěné odrůdy obecně nazývané „skunk“ obsahují oproti rostlinám dříve pěstovaným ve volné přírodě výrazně vyšší koncentraci účinné psychotropní látky delta-9-tetrahydrocannabinolu (dále THC). Zatímco u rostlin, pěstovaných ve volné přírodě byla její průměrná koncentrace udávána v rozmezí 3,5 – 5 %, u hydroponně pěstovaných látek se uvádí koncentrace cca mezi 13 – 16 % THC (Miovský a kol., 2008; EMCDDA, 2008), někdy dokonce 20 % (NPC, 2010). Pro srovnání, jedná se o rozdíl v obsahu účinné látky, jako by byl v případě alkoholu zhruba mezi pivem a vínem respektive likérem. Je pak pochopitelné, že pokud uživatel vykouří stejné množství marihuany, může být v případě hydroponně pěstované marihuany silněji intoxikován, než tomu bylo v minulosti v případě uživatelů drogy pěstované ve volné přírodě.

Vedle této skutečnosti představuje rizikový trend i přechod od izolovaného pěstování marihuany v přírodních podmínkách jejími uživateli pro vlastní potřebu k organizované ilegální velkovýrobě drogy, jež je v posledních letech na území ČR monitorována Policií ČR. Vedle zvyšující se nabídky silné marihuany a/nebo hašiše, ztížení odhalení pěstíren a distributorů vzhledem k sofistikovanější organizaci výroby a distribuce existuje i riziko tzv. „společného drogového trhu“. Ten vzniká, když distributor marihuany zájemci o její koupi nabízí i další, více rizikové omamné a psychotropní látky, což pro něj může být z hlediska jejich vyšší ceny a vyššího závislostního potenciálu výhodnější. Trend nárůstu organizované výroby a distribuce konopných drog potvrzují na celorepublikové úrovni zprávy Národní protidrogové centrály (NPC, 2010). Podle téhož zdroje nebyly na území kraje zaznamenány případy pěstování konopí v in-door pěstírnách v takovém rozsahu jako v jiných regionech České republiky.

Užívání marihuany představuje celou řadu zdravotních a sociálních rizik (např. Miovský a kol., 2008), jež jsou výrazně vyšší v případě dětí a mladých lidí. Jedním z nich je i riziko „přechodu“ k užívání jiných, více rizikových drog, byť k němu dochází – na rozdíl od zavedených mýtů - spíše v případě menší části těch, kteří někdy v životě vyzkoušeli

konopné drogy. V Olomouckém kraji může jít zejména o riziko užívání stimulační drogy pervitinu.

Pervitin

Jak již bylo zmíněno, jedná se o primární, tj. nejvíce rozšířenou látku mezi uživateli návykových látek – klienty nízkoprahových služeb pro uživatele drog ve všech regionech kraje. Zdá se, že pervitin je na území celého kraje dostupný bez výrazných problémů, byť byly pracovníky služeb pozorovány případy dočasně omezené dostupnosti této drogy, zejména v období po zavedení restrikcí na dostupnost léků, obsahujících pseudoefedrin, v lékárnách. Pervitin je podle Národní protidrogové centrály vyráběn na území kraje výhradně z pseudoefedrinu, který je obsažen v zákonem povoleném množství 30 mg v jednotce několika volně prodejných léků proti chřipce a nachlazení (Modafen®, Nurofen Stop Grip®, Paralen Plus®, Panadol Plus Grip®). Tyto léky jsou obstarávány v lékárnách na území kraje. Zdá se ale, že nejenom v období jejich omezené dostupnosti (viz výše) byly a jsou pro výrobu pervitinu zřejmě využívány i léky prodávané v blízkém Polsku. Nebyly zjištěny informace, že by na území kraje byl metamfetamin vyráběn z efedrinu. Pervitin je zpravidla vyráběn v poměrně primitivních podmínkách, v menších množstvích. Místa, kde se v kraji vyrábí, jsou různá. Může jít o byty a jiné prostory určené k bydlení, chaty, chalupy a neobývané a opuštěné domy.

Přestože část lékáren v Olomouckém kraji zpravidla na základě interních předpisů osobám, u nichž má podezření na užívání ilegálních drog, výše uvedené léky neprodá nebo jen v omezeném množství zpravidla po 1, nejvýše po 3 baleních, používají ti, kteří vstupní surovinu pro výrobu pervitinu shánějí, přinejmenším tři různé způsoby, jak si potřebné množství léků obstarat:

- 1) obejdou více lékáren a nashromáždí tak potřebné množství léků, jež je jim prodáváno v omezených počtech balení;
- 2) zpravidla v případě organizované formy výroby a distribuce, dealer „naloží“ do auta více uživatelů drog a s nimi objede více lékáren, v nichž uživatelé drog postupně, po jednom, chodí nakupovat potřebné léky, dokud nezískají jejich potřebné množství;
- 3) zajedou nakoupit léky do Polska, kde jim je zpravidla prodají v neomezeném množství.

Dostupné informace naznačují, že výroba pervitinu pro uživatele drog v Olomouckém kraji je zajišťována „místní“ produkcí prakticky na celém území kraje. Jde patrně

zejména o tzv. malovýrobu a distribuci, jež je zpravidla určena pro „samozásobování“ uzavřeného okruhu stálých odběratelů, který se soustřeďuje kolem „vaříče“, obeznámeného s ne příliš složitou a na technické vybavení náročnou technologií přípravy drogy. Vyloučit ale nelze ani sofistikovanější, organizovanou výrobu a distribuci, jež se zaměřuje na širší okruh jejích konzumentů a je provozována především za účelem zisku z ilegální výroby a prodeje. Pro tuto variantu svědčí stále častěji hlášené případy, kdy se pracovníci služeb setkávají s tzv. rekreačními uživateli pervitinu, kteří jej užívají příležitostně na tanečních akcích.

Heroin

Jak již bylo zmíněno, heroin se jako primární droga objevuje u klientů nízkoprahových služeb poskytujících služby uživatelům drog na území kraje spíše výjimečně. Výjimku z tohoto pravidla patrně tvoří Prostějov, kde se pracovníkům nízkoprahových služeb podařilo vytvořit a udržet kontakt se skupinou intravenózních uživatelů heroinu - olašských Romů, kteří střídavě užívají heroin a substituční léky. Tito uživatelé heroinu projevují opakovaně zájem o změnu jejich životního stylu a snaží se o substituční léčbu, ale mají problémy zvládat nároky, které jsou na ně v rámci této léčebné modality kladeny.

Surové opium

Již bylo zmíněno, že se Přerov stal z pohledu pracovníků služeb vyhlášenou opiovou lokalitou, která je v letních měsících hodně navštěvovaná klienty nízkoprahových služeb i z jiných regionů např. z Ostravy, Prahy, Svitav či Hranic. To potvrzuje i zvýšený počet klientů K-centra Přerov, kteří považují za svou primární drogu opium (z 13 na 31 osob).

Jiné drogy

Pracovníci služeb pro uživatele drog se ve své práci s klienty setkávají i s případy užívání jiných typů návykových látek, jde ale spíše o menší počty klientů. Patří sem např. uživatelé těkavých látek, případně osoby zneužívající léky, případně kombinující ilegální drogy, s různými léky a/nebo s alkoholem. V případě krátkodobých výpadků v dostupnosti pervitinu – např. po zatčení „vaříče“ - se jeho uživatelé uchylují k užívání různých typů léků a/nebo alkoholu jako dočasné náhražky dočasně nedostupného pervitinu.

Zneužívání léků užívaných pro substituční léčbu uživatelů drog na bázi opiátů – zejména Subutexu – nebylo v kraji monitorováno.

Drogová scéna

Drogová scéna je ve všech městech a obcích Olomouckého kraje spíše uzavřená. Několik služeb pro uživatele návykových látek informovalo o ještě výraznějším přesunu jejich klientů do tzv. uživatelských bytů zpravidla v důsledku policejních razíí nebo zatčení dlouhodobých uživatelů drog – vaříčů zejména pervitinu. V těchto případech se pracovníci služeb potýkají se snížením počtu klientů v kontaktních a poradenských centrech a s obtížnější dosažitelností uživatelů drog pro pracovníky terénních služeb. To představuje vážné riziko z hlediska ochrany veřejného zdraví.

Shrnutí

Zdá se, že se situace v dostupnosti drog v Olomouckém kraji v období mezi lety 2002 – 2009 výrazně změnila a nelegální drogy jsou – ve srovnání s dalšími kraji ČR - nejenom více dostupné, ale i užívané. Nejdostupnější a současně nejvíce užívanou ilegální drogou jsou produkty vyráběné z konopí – zejména marihuana, případně hašiš - následované pervitinem a surovým opiem, které část dlouhodobých injekčních uživatelů pervitinu užívá pravděpodobně v rámci úsporných opatření. Heroin je dostupný zpravidla v omezené míře a jeho užívání je spíše výjimečné. Omezuje se převážně na jednotlivce, identifikována byla jedna skupina uživatelů heroinu – Olašských Romů, s níž se pracovníkům služeb podařilo navázat kontakt v Prostějově. Drogová scéna v kraji má převážně uzavřený charakter, což klade velké nároky zejména na pracovníky nízkoprahových terénních programů při aktivním vyhledávání a kontaktování uživatelů ilegálních drog v tzv. drogových bytech s cílem předcházet a/nebo minimalizovat možné nepříznivé zdravotní a sociální důsledky spojené s užíváním drog pro místní společenství a jednotlivce.

Vedle přetrvávajícího trendu malovýroby pervitinu vaříči, kteří drogu připravují v primitivních varnách pro úzký okruh jejich uživatelů, se patrně objevuje i novější trend organizované výroby pervitinu na území kraje. Pro to svědčí narůstající počet mladších uživatelů této látky, kteří ji užívají občasně – zejména na tanečních akcích – a šňupají ji. Relativně vysoká dostupnost ilegálních drog na území kraje (v porovnání s dalšími kraji ČR) představuje vážné riziko možného nárůstu jejich užívání a s nimi souvisejících nepříznivých sociálních a zdravotních dopadů pro jednotlivce i místní komunitu.

4.2. Trendy v užívání drog a jeho dopady

Jednou z nejobtížněji zjistitelných informací ve vztahu k užívání ilegálních drog je, kolik lidí je užívá, případně kolik z nich je užívá problémově nebo je na jejich užívání

závislých. To může být způsobeno řadou faktorů. Patrně nejvýznamnějším z nich je skutečnost, že užívání ilegálních drog je vnímáno jako trestná činnost a proto mají jejich uživatelé přirozenou tendenci se skrývat a nevyhledávat odbornou pomoc (Hartnoll 1992). I proto jsou pro stanovení počtu uživatelů drog používány odhady, jež staví na ověřených epidemiologických postupech a jsou relativně přesné – vždy však záleží na přesnosti vstupních dat zpravidla z více zdrojů, jež jsou pro zpracování odhadů používány. V tomto ohledu disponuje Česká republika na celostátní úrovni relativně kvalitními a spolehlivými daty, je však obtížné je bez dalšího aplikovat i na regionální či místní úrovni. To zejména s ohledem na rozdílné socio-demografické podmínky v různých krajích a regionech a s ohledem na hustotu sítě služeb primárně zaměřených na práci s uživateli ilegálních drog.

Užívání drog v obecné populaci

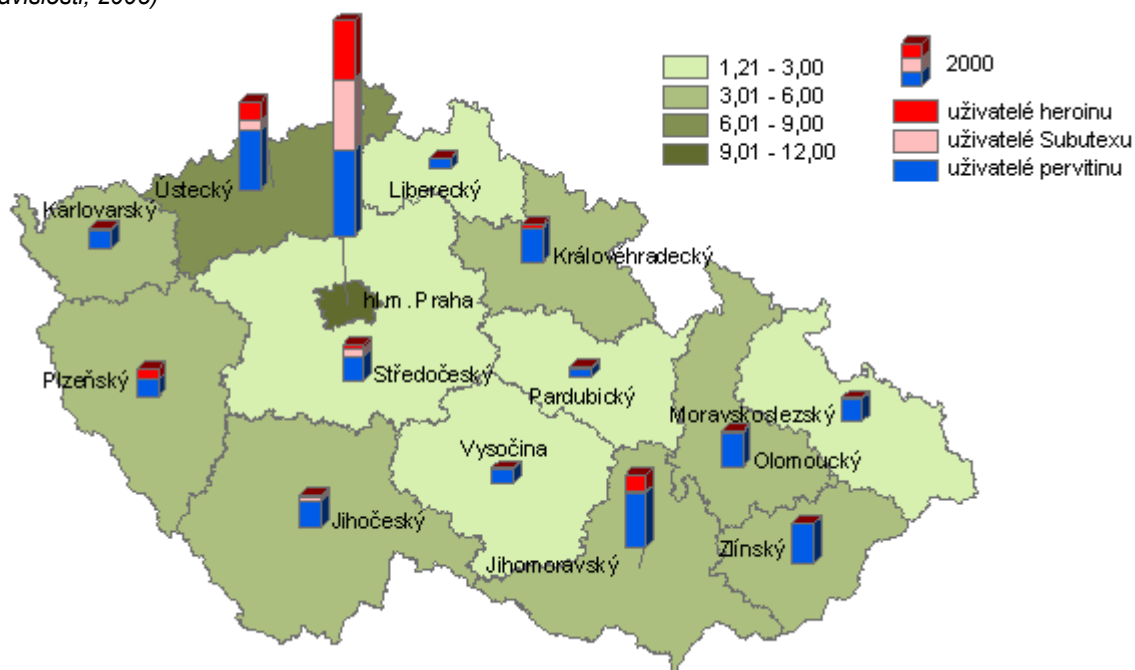
Poslední celopopulační studie, která mapovala rozsah užívání ilegálních drog v obecné populaci⁷, byla realizována v r. 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006). Podle ní mělo alespoň jednu zkušenost s užitím některé z ilegálních drog přibližně 22 % dospělé populace (18 – 64 let), nejčastěji se jednalo o užití konopných látek (21 %), extáze (7 %), lysohlávek a jiných přírodních halucinogenů (3,5 %) (Mravčík a kol., 2008).

Problémové užívání drog

Podle odhadů Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti pro rok 2008, je v ČR zhruba 32 500 problémových uživatelů drog, tj. cca 0,3 % z celkové populace. Z toho přibližně 21 200 užívá metamfetamin (pervitin) a 11 300 drogy na bázi opioidů, tj. 6 400 heroinu a 4 900 Subutex®. Počet injekčních uživatelů drog (IUD) byl odhadnut na 31 200 ze všech problémových uživatelů (Mravčík a kol. 2009). Problémové užívání kokainu, konopných drog či těkavých látek dosud není v ČR součástí definice problémového užívání (Mravčík a kol. 2005). Podle aktuálního odhadu NMS je na území Olomouckého kraje asi **1 600 problémových uživatelů drog**, což jej řadí mezi kraje s průměrnou hodnotou počtu problémových uživatelů drog v přepočtu na 1 000 obyvatel ve věku 15 – 64 let. V převážné většině má jít o uživatele pervitinu – cca 1 550 osob a uživatele heroinu a/nebo Subutexu® cca 50 osob.

⁷ Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR

Obr. 3 - Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008)



Odhady v počtu problémových uživatelů návykových látek na území jednotlivých krajů ČR řadí Olomoucký kraj na pomyslné **6. místo**. V tab. 7 uváděný zdánlivý pokles počtu problémových uživatelů v kraji mezi lety 2005 – 2008 je spíše způsoben zpřesňováním epidemiologických odhadů v důsledku zkvalitňování systému pro sběr dat, než že by došlo k faktickému úbytku problémových uživatelů.

Tab. 7 - Prevalenční odhady počtu problémových uživatelů drog v ČR v letech 2005 a 2008 podle krajů (Mravčík a kol. 2009)

Kraj	Počet PUD celkem 2005	Počet PUD celkem 2008	Pořadí v r. 2008
Hl.m. Praha	9 800	11 500	1.
Ústecký	4 450	4 150	2.
Jihomoravský	2 800	3 250	3.
Středočeský	2 500	1 750	4.
Plzeňský	1 450	1 650	5.
Olomoucký	1 900	1 600	6.
Jihočeský	1 700	1 550	7.
Zlínský	1 150	1 350	8.
Moravskoslezský	1 500	1 150	9.
Královéhradecký	1 150	1 100	10.
Karlovarský	1 450	900	11.
Vysočina	600	700	12.
Liberecký	750	500	13.
Pardubický	600	450	14.
Celkem	31 800	32 500	

Celostátně zpracovávané odhady počtů uživatelů drog mají své limity, jež mohou být ovlivněny charakterem vstupních dat. Např. nízkoprahové terénní služby realizované

na území Olomouckého kraje jsou vzhledem k okolnostem – zejména při práci v menších obcích – nuceny poskytovat služby výměnného injekčního materiálu prostřednictvím sekundární výměny. Tj. výměna probíhá prostřednictvím uživatelů drog, kteří vstupují do kontaktu s pracovníky služby a mění injekční materiál i pro část dalších uživatelů drog, kteří chtějí zůstat v naprosté anonymitě. Co se týká informace o tom, pro kolik uživatelů injekční materiál mění, se pak pracovníci služby musí spoléhat na počty uživatelů drog, které jim uvedou ti uživatelé, kteří do kontaktu s nimi vstoupili. Zdá se navíc, že významnou část potřebných injekčních stříkaček a jehel si uživatelé drog v kraji opatřují formou jejich nákupu v lékárnách.

Je proto možné, že je odhad **1 600 problémových uživatelů drog** žijících na území Olomouckého kraje podhodnocený. Např. při přepočtu průměrného počtu 4,2 (interval mezi 3,01 – 6,0) problémových uživatelů odhadovaných na 1000 obyvatel ve věku 15-64 na národní úrovni (Mravčík a kol., 2008) a počtu cca 454 240 tis. obyvatel v této věkové skupině (Český statistický úřad, 2009), je možné dojít k odhadu počtu problémových uživatelů drog v Olomouckém kraji cca **1 900**. Ovšem v případě kalkulace používající stejný postup, ale horní hranici odhadovaného počtu problémových uživatelů drog – tj. 6 v přepočtu na 1000 obyvatel - by stejný odhad činil **2 720** problémových uživatelů drog. Zatímco odhad počtu problémových uživatelů drog extrapolovaný ze střední hodnoty prevalence problémového užívání drog je o 300 problémových uživatelů drog více, než ve své výroční zprávě uvádí Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, v případě kalkulace s využitím horní hranice odhadu, činí tento rozdíl již 1 120 osob. Ale jak již bylo zmíněno, v případě počtu problémových uživatelů drog budou k dispozici vždy pouze odhady, nikoli přesné počty. To vzhledem k tendenci uživatelů ilegálních drog skrývat se.

Vzorce užívání drog a způsoby jejich aplikace

Užívání všech typů návykových látek je komplexní a mnohvrstevný jev s celou řadou vzájemně se ovlivňujících potencionálních rizik pro jedince i pro společnost. Česká republika ve své protidrogové politice vychází z konceptu ochrany veřejného zdraví definovaného Světovou zdravotnickou organizací v dokumentu Zdraví pro všechny v 21. století (1998). Podle něj představuje užívání drog problém ohrožení veřejného zdraví zejména s ohledem na jeho možné nepříznivé sociální, zdravotní, trestně-právní, bezpečnostní a ekonomické dopady, jež mohou nepříznivě ovlivňovat zdravý vývoj jednotlivců i společnosti v širším společenském kontextu. Největší hrozbu pro veřejné zdraví přitom představuje injekční užívání návykových látek vzhledem k možným rizikům přenosu infekčních nemocí přenášených krví – HIV/AIDS a žloutenek typu B a C – nejenom mezi subkulturou uživatelů drog ale i mezi neužívající

částí populace. O minimalizaci těchto rizik usiluje přístup harm reduction (Hunt a kol., 2003), jehož intervence se zaměřují na způsoby, jak jsou drogy užívány a snaží se uživatele návykových látek motivovat ke změně rizikových vzorců jejich užívání.

Způsoby, jimiž jsou návykové látky užívány, se odvíjejí jednak od specifík jednotlivých látek, zejména jejich účinků, ale i od specifických očekávání a/nebo priorit jejich uživatelů ve vztahu k farmakologickým účinkům drog či k ekonomické situaci jejich uživatelů.

Marihuana

Nejčastěji je užívána formou kouření marihuanových cigaret, tzv. jointů, ale lze ji konzumovat i ve formě čajů, přísad do potravin apod. Vedle alkoholických nápojů a tabákových výrobků – jež patří jednoznačně mezi nejrozšířenější drogy užívané dětmi, mladými lidmi a dospělými v Olomouckém kraji, patří marihuana mezi nejčastěji užívané ilegální omamné a psychotropní látky, s jejichž užíváním se lze setkat již u mladistvých (Csémy a kol., 2009).

Pro užívání konopných produktů jsou vzhledem k jejich rozšíření typické všechny známé a monitorované vzorce užívání návykových látek od experimentálního a příležitostného až po pravidelné a/nebo problémové, tj. užívání způsobem, který svému uživateli působí takové problémy, že v jejichž důsledku vyhledává odbornou pomoc. O tom svědčí i informace od poskytovatelů služeb pro uživatele návykových látek v kraji, u nichž uživatelé konopných drog vyhledávají odbornou pomoc. Nízkoprahové služby se však ze své definice (standardů) na tuto skupinu uživatelů drog primárně nezaměřují. Stojí proto za úvahu, zda a případně jaký typ služby by mohl být této skupině uživatelů návykových látek v kraji nabídnut – nabízí se např. stávající ambulantní poradny.

Marihuana je někdy vnímána jako tzv. „vstupní droga“ k užívání dalších, často více rizikových ilegálních drog. Jedná se však o oblíbený mýtus, který není podložen výzkumem ani zkušenostmi z praxe, neboť pokud by tento axiom platil, mělo by zkušenosti a/nebo by drogy typu pervitinu či heroinu užívalo stejné množství osob jako těch, které kdy v životě marihuanu vyzkoušely. Tak tomu ale není. Na druhou stranu je ale pravda, že velká část tzv. problémových uživatelů drog předtím, než začali užívat pervitin či heroin, vyzkoušela marihuanu.

Pervitin

K nejčastějším formám aplikace metamfeminu (pervitinu) patří šňupání a/nebo injekční užívání. V případě problémových uživatelů drog, je pervitin v Olomouckém kraji patrně

nejčastěji užíván nitrožilně. Přesto je však možné identifikovat mezi různými skupinami uživatelů pervitinu významné rozdíly ve vzorcích užívání a způsobech aplikace drog. Zdá se, že ty mohou být ovlivněny jak délkou užívání, tak i specifickým normami a sociálním kontextem, v němž rozličné skupiny uživatelů drog v různých regionech žijí a užívají drogy.

Začínající a/nebo mladí uživatelé pervitinu zpravidla šňupou, ale část z nich může po čase přejít na injekční způsob aplikace. Jako hlavní motiv pro to bývají nejčastěji uváděny ekonomické důvody, případně snaha dosáhnout zvýšení účinku užívané látky.

Jak již zbylo zmíněno, je intravenózní forma aplikace v kontextu konceptu ochrany veřejného zdraví vnímána jako nejvíce riziková pro uživatele i pro jejich sociální okolí. Nicméně skupinová norma uživatelů drog se může od této definice odchylovat z různých důvodů. Z poznatků poskytovatelů služeb pro uživatele drog v Olomouckém kraji vyplývá, že převážná většina problémových uživatelů drog, kteří využívají jimi poskytované služby, dává přednost injekční aplikaci pervitinu. Nicméně ze zpráv poskytovatelů služeb na území kraje vyplývá, že zejména mladší uživatelé pervitinu spíše než injekční aplikaci preferují šňupání. **Jako dobrá zpráva** ve smyslu předcházení a/nebo minimalizaci rizik spojených s injekčním užíváním této drogy, **působí informace o úspěšném zavádění tzv. želatinových kapslí, které pracovníci nízkoprahových služeb nabízejí i dlouhodobým injekčním uživatelům pervitinu.**

Heroin

I tuto drogu lze aplikovat různými způsoby, od jejího kouření v cigaretě či inhalaci z alobalu až po injekční užití. V tomto ohledu opět záleží na individuálních postojích a motivech jednotlivce, svoji roli mohou však hrát i normy určité skupiny, k níž uživatel drog patří respektive preference této skupiny ve vztahu k formám aplikace drogy.

Na ovlivňování způsobu užívání drog se v kontextu služeb pro uživatele drog zaměřují především služby minimalizace rizik (harm reduction). Ty přitom na individuální úrovni vycházejí z poznatku, že chování jednotlivce je ovlivněno jeho povědomím a názory o zdravotních rizicích užívání drog, ale i jeho záměry, motivacemi a schopnostmi ve vztahu k budování jeho/její budoucnosti. Proto se intervence harm reduction zaměřují na jednotlivé typy drog nebo na jejich uživatele, s cílem ovlivnit a/nebo změnit jejich chování ve vztahu k užívání návykových látek. Na komunitní úrovni je chování ovlivněno názory a jednáním sociální skupiny, k níž jednotlivec patří nebo patřit chce a sociálním kontextem, v němž členové skupiny žijí a užívají drogy. Intervence se proto zaměřují na sociální kontext, v němž jsou drogy užívány a na sociální normy, které

konkrétní skupina lidí vyznává a snaží se je ovlivnit k méně rizikovým a společensky více žádoucím (Rhodes 1999, str. 25).

Používání injekčních stříkaček

Harm reduction je pragmatický a výzkumem podložený přístup, který vychází z poznatků, že část uživatelů drog není v danou chvíli rozhodnuta nebo ochotna své chování zásadním způsobem změnit a přestat drogy užívat. Intervence se proto zaměřují na způsoby, jak jsou drogy užívány, nikoli nezbytně na snižování počtu uživatelů nebo užívání drog. Hlavním cílem je, aby uživatel přežil v co možná nejlepším zdraví pro případ, že se někdy v budoucnu pro abstinenci od užívání drog rozhodne. Důležitým prvkem harm reduction proto je výchova k co nejméně rizikovému způsobu užívání návykových látek (Hunt a kol., 2003). Pokud uživatel drog není ochoten upustit od intravenózní aplikace, cílem je naučit ho, aby pokud možno vždy používal sterilní injekční stříkačku a jehlu a nesdílel ji s jinými uživateli drog, aby tak minimalizoval riziko přenosu infekčních nemocí přenášených krví. Ze šetření i ze zahraničních výzkumů vyplývá, že uživatelé návykových látek jsou si zdravotních rizik spojených s injekční aplikací drog vědomi (Stimson, 1995), přesto se však za určitých okolností občas mají tendenci chovat rizikově a zásady bezpečné aplikace poruší. Jiným příkladem rizikového chování při injekčním užívání drog je tzv. sdílení injekčních stříkaček a jehel více uživateli drog najednou.

Přetrvávající mýtus o nezodpovědnosti injekčních uživatelů drog a jejich nezájmu o vlastní zdraví (Kalina, 1993) byl výzkumem vyvrácen na příkladu zastavení šířící se epidemie HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog na konci 80. let 20. stol. v Edinburghu (Stimson 1995) a od té doby již mnohokrát. Zmíněný výzkum potvrdil, že i injekční uživatel se snaží své zdraví chránit a proto si šetří injekční stříkačky, aby je nemusel sdílet s jinými uživateli nebo hledat odhozené stříkačky. Pro to je však nezbytné, aby byly na území kraje dostupné výměnné programy pro uživatele návykových látek. **Jako pozitivní lze v tomto kontextu hodnotit i skutečnost, že nízkoprahové programy na území kraje navazují spolupráci s místními lékárnami, jež jim pomáhají zvyšovat dostupnost bezplatně distribuovaného čistého injekčního materiálu pro injekční uživatele drog.**

Denní dávka a frekvence aplikace

Dalším z řady ustálených mýtů o užívání omamných a psychotropních látek je ten o neustálém zvyšování denní dávky. Uživatelé drog ale mají tendenci zvyšovat svoji průměrnou dávku v období, kdy mají k dispozici dostatečné množství drogy, pokud ji nemají, jsou nuceni své užívání omezit na minimální, nezbytné množství.

Potenciální nepříznivé dopady užívání

Užívání drog může vést k řadě různorodých nepříznivých, nejčastěji zdravotních a sociálních dopadů. K nejzávažnějším zdravotním rizikům patří předávkování drogami, jež může vést až k úmrtí, infekční nemoci, které se přenášejí krví – zejména virus HIV či virové hepatitidy typu B a C, zvýšená nemocnost, různé druhy somatických poškození a závislost, v jejímž důsledku je vyhledávána léčba.

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (Mravčík a kol. 2007) je trend výskytu infekčních nemocí u uživatelů drog v ČR příznivý. Výskyt viru HIV mezi injekčními uživateli zůstává dlouhodobě pod 1 %, přesto byl v minulém roce zaznamenán nárůst nově infikovaných injekčních uživatelů virem HIV. Mezi klienty nízkoprahových zařízení a terénních programů se seroprevalence VHC pohybuje mezi 30 - 35 %, seroprevalence VHB kolem 10 %, ve skupinách uživatelů drog s dlouholetou anamnézou užívání (klienti v substituční léčbě nebo ve vězení) kolem 60 % u VHC a 15 % u VHB. Podle studie NMS se riziko nákazy VHC během 1 roku pohybuje kolem cca 11 % u dlouhodobých injekčních uživatelů drog, tj. v průběhu 1 roku se žloutenkou typu C pravděpodobně nakazí 11 ze 100 injekčních uživatelů. K podobným závěrům dospívají i zahraniční follow-up studie u dlouhodobých uživatelů drog (Stimson, 1995).

K nejvýznamnějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, páchaní drobné majetkové trestné činnosti, nižší vzdělání a zhoršená bytová situace, která může vést až k bezdomovectví; kumulace více sociálních problémů pak může vést až k sociálnímu vyloučení. Vyloučení ze společnosti může být jednak důsledkem užívání drog, zároveň však může být i příčinou užívání (Mravčík a kol., 2006).

Tzv. žádosti o léčbu

Z analýzy statistik, které zpracovávají pracovníci služeb pro uživatele drog podle požadavku Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky vyplývá, že sledovaná data v kumulované podobě, v níž jsou prezentována (viz obr. 4), neposkytují všechny potřebné informace pro zpracování spolehlivé a validní analýzy potřeb uživatelů drog jako podklad pro plánování odpovídajících služeb v Olomouckém kraji. To je způsobeno několika okolnostmi: 1) nejasná definice uživatele drog s výjimkou problémového uživatele, jež se odvolává na definici Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti⁸, 2) nejasná definice termínu „žádost o léčbu“, jež ve stávajícím pojetí Hygienické služby hl. m. Prahy vede k evidenci všech uživatelů drog,

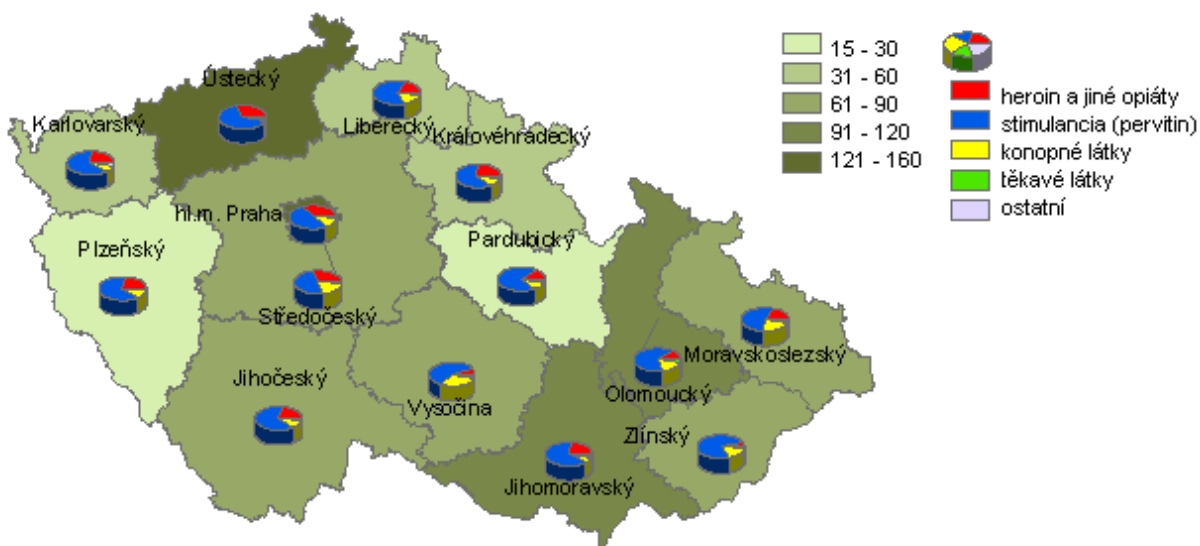
⁸ Problémový uživatel – dlouhodobě a/nebo injekčně užívá pervitin nebo kokain. Z této definice např. vypadávají uživatelé těkavých látek, kteří mohou naplňovat kritéria, že jim dlouhodobé užívání působí vážné zdravotní a sociální problémy.

kteří během sledovaného roku vstoupili do kontaktu (byť jednorázového) s jakýmkoli odborným zařízením, jež poskytuje data do státního registru. Počty takto evidovaných uživatelů drog nevypovídají nic o tom, o jaký typ služeb evidovaní klienti požádali – zda o výměnu injekčního materiálu nebo o jiný typ pomoci např. formou léčby k abstinenci. Je proto obtížné stanovit ověřitelný počet uživatelů návykových látek, kteří požádali v Olomouckém kraji o odbornou pomoc v souvislosti s užíváním ilegálních drog nebo dokonce o léčbu závislého chování.

Nové trendy v užívání NL

Žádné známky nových trendů v užívání omamných a psychotropních látek vymykajících se celostátnímu vývoji nebyly zjištěny. Výjimku tvoří **sezónní užívání surového opia**, které si uživatelé ilegálních drog vyrábějí přímo na polích v okolí Prostějova. Tento vzorec užívání návykové látky je asociován se **zvýšenou mírou výskytu zdravotních komplikací** spojených s injekčním užíváním drogy zejména ve formě různých typů infekcí a poškození žilního systému, které vyžadují zvýšenou zdravotní péči.

Obr. 4 - Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2007 (na 100 tis. obyvatel) (Studničková et al. 2008) Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008



4.3. Rizikové lokality

Jak vyplývá z části 4.1 této zprávy, ilegální drogy jsou, v souladu s celorepublikovým trendem někdy i nadprůměrné koncentraci, poměrně snadno dostupné na území celého kraje, byť se to u různých typů drog výrazně liší. Nejsnáze dostupné jsou

marihuana a pervitin, jež je možné si opatřit bez výrazných problémů jak ve městech, tak i v menších obcích na území kraje. Součástí zadání bylo, pokusit se v rámci realizované analýzy vytipovat v Olomouckém kraji místa a lokality, jež mohou být vnímány jako více rizikové ve vztahu k užívání ilegálních návykových látek.

Z informací získaných v průběhu šetření lze usuzovat, že **v každém z měst a obcí s rozšířenou působností či s pověřeným úřadem**, ale i v menších obcích se lze setkat s různě velkými komunitami problémových uživatelů⁹ ilegálních drog, převážně pervitinu. Ti se převážně zdržují v tzv. uživatelských bytech a část z nich, zejména ti, kteří „vaří“ pervitin patrně průběžně migrují a mění místa pobytu, aby tak snížili riziko svého odhalení Policií ČR, případně v důsledku rozsáhlejších policejních zásahů proti drogovým dealerům.

Různé zahraniční výzkumy upozorňují na souvislosti mezi výskytem rizikových environmentálních faktorů a užíváním návykových látek a jeho nepříznivých důsledků. Tuto hypotézu potvrdila i první česká srovnávací analýza vybraných demografických a socioekonomických ukazatelů a dat o rozsahu a dopadech užívání drog a jejich srovnání podle krajů České republiky (Lejčková a kol., 2004). V této analýze se Olomoucký kraj řadil po bok krajů, v nichž byly problémy spojené s užíváním návykových látek v ČR spíše podprůměrné. Tento závěr příliš nekoresponduje s aktuálními poznatky pocházejícími z Evropské školní studie o užívání alkoholu a dalších drog ani z provedeného šetření (Csémy a kol., 2009), v nichž se Olomoucký kraj zařadil spíše mezi kraje s vyšší mírou výskytu zkušeností a/nebo užívání ilegálních návykových látek i s jejich subjektivní dostupností pro šestnáctileté studenty.

Zahraniční studie naznačují, že různé formy rizikového a/nebo problémového chování se ve zvýšené míře vyskytují v lokalitách nebo regionech s nižší úrovní kvality života, s vysokou mírou nezaměstnanosti, koncentrace socio-ekonomicky znevýhodněných nebo sociální exkluzí ohrožených skupin obyvatelstva, ale i v rekreačních oblastech či oblastech s vyšší koncentrací škol a školských zařízení, či ve větších městských aglomeracích a/nebo sídlištích s vysokou mírou anonymity. Z toho lze odvodit i některé lokality, jež mohou být vnímány jako více rizikové ve vztahu k užívání ilegálních drog na území Olomouckého kraje. Zde je třeba upozornit na limity použité metody rychlého průzkumu, která usiluje o rychlé zmapování situace a identifikaci hlavních problémů nebo rizik a nikoli o její vyčerpávající zhodnocení. Dalším limitem je omezený zdroj dat pro realizovanou analýzu – tj. převážně zprávy o realizaci programů protidrogové politiky na území kraje – které se na identifikaci rizikových lokalit na území kraje

⁹ Tj. těch, kteří v souladu s definicí Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti dlouhodobě a/nebo injekčně užívají heroin či pervitin.

nezaměřují. Jak už ale bylo argumentováno, vzhledem k vysoké míře dostupnosti podomácku vyráběného pervitinu, patří mezi rizikové lokality patrně všechna města a obce s rozšířenou působností či s pověřeným úřadem v mikoregionech kraje. Zejména pak ty, jejichž obyvatelé jsou znevýhodněni dalšími socio-demografickými faktory jako např. vysoká míra nezaměstnanosti, omezená dopravní obslužnost, nižší míra dosaženého stupně vzdělání, zhoršená kvalita životního prostředí apod.

Z toho lze odvodit i některé lokality, jež mohou být vnímány jako více rizikové ve vztahu k užívání ilegálních drog na území Olomouckého kraje. K těm mohou mimo jiné patrně patřit Jesenicko a Šumpersko (socio-ekonomické znevýhodnění, nezaměstnanost, omezená dopravní obslužnost), Olomouc a další větší města v kraji (vyšší míra anonymity, sídliště).

5. Síť poskytovatelů služeb pro uživatele drog

5.1 Specifikace sítě poskytovatelů služeb pro uživatele drog

Na území Olomouckého kraje jsou základem sítě služeb pro uživatele drog **nízkoprahové služby** provozované neziskovými organizacemi s právním statutem občanské sdružení (5), obecně prospěšná společnost (1) a oblastní charita (1). Rozmístění služeb odpovídá kumulaci obyvatelstva kraje v jeho jižní části. Střední a severní část kraje je osídlena řidčeji a tomu odpovídá i rozmístění služeb. Základem sítě těchto služeb jsou především kontaktní centra, kterých je v kraji celkem sedm, po jednom v každém okrese, vyjma okresů Olomouc a Přerov, kde je po dvou zařízeních. Činnost kontaktních center je doplňována terénními programy, které pokrývají paralelně místa působnosti K-center a současně expandují do jejich nejbližšího okolí. Oblast jejich působení nepřekračuje hranice okresu jejich domovského K-centra. Z výčtu obcí uváděných v závěrečných zprávách terénních programů vyplývá, že služby jsou poskytovány v obcích nad 4 tis. obyvatel.

V rámci kraje působí několik pobytových léčebných zařízení zajišťujících **rezidenční léčbu**, a to nejen pro Olomoucký kraj. Jde o Psychiatrickou léčebnu Bílá Voda a Psychiatrickou léčebnou ve Šternberku. Krátkodobou léčbu zajišťuje také Vojenská nemocnice v Olomouci.

Dekoxifikaci zajišťují v Olomouci Fakultní a Vojenská nemocnice, dále ji umožňují PL Šternberk a PL Bílá Voda.

V AT ambulanci v Olomouci, která spadá pod psychiatrickou kliniku Fakultní nemocnice, probíhá program **substituce** pro uživatele opiátů.

Zajištění služeb v oblasti **ambulantní léčebné péče** je v rámci kraje nejednoznačné. Tuto oblast služeb pokrývají pouze dva programy neziskových organizací, a to programy občanského sdružení P-centrum a tzv. Ambulance Adiktologie v současné době zaštitěná K-centrem sdružení Podané Ruce Olomouc.

Ostatní zařízení, deklarující poskytování služeb ambulantní léčby a poradenství, jsou psychiatrické ambulance ať už privátní nebo spadající pod nemocnice. Tato zařízení jsou orientovaná na jiné cílové skupiny – duševně nemocní, závislost na alkoholu atp.

Zvláštním typem poradenských programů jsou služby poskytované uživatelům drog v konfliktu se zákonem ve Vazební věznici Olomouc a ve věznici Mírov.

5.1.1 Nízkoprahová kontaktní a poradenská centra a terénní programy zaměřené na aktivní uživatele drog - pokrytí v jednotlivých okresech Olomouckého kraje

K-centrum Olomouc, Sdružení Podané Ruce

- Zařízení poskytuje standardní služby minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek, služby individuálního poradenství, sociální poradenství, krizovou intervenci, asistenční službu a reference do služeb návazné péče. Služby jsou poskytovány pro město Olomouc (100 tis. obyvatel) a přirozenou spádovou oblast (odhadem cca 160 tis. obyvatel). Pod hlavičkou tohoto zařízení současně probíhají poradenské programy pro rodinné příslušníky a rodiče uživatelů, dále specializované ženské programy zaměřené na aktivní uživatelky drog matky s dětmi a těhotné. V roce 2009 se v rámci KC pilotně poskytuje ambulantní léčba, jde o program Ambulance Adiktologie.

Terénní programy Olomouc, Sdružení Podané Ruce

- Zařízení poskytující služby minimalizace rizik a terénní sociální práce ve městech Olomouc (100 tis. obyvatel, kde současně působí i kontaktní centrum), Šternberk (město s 14 tis. obyvateli ve vzdálenosti 20 km od Olomouce), Litovel (město s 10 tis. obyvatel 20 km od Olomouce). V rámci tohoto projektu je poskytována také atypická/nadstandardní služba výměnného programu, tzv. noční okno, kdy terénní pracovníci v době po ukončení provozu K-centra realizují 3 dny v týdnu výměnu injekčního materiálu.

K-centrum Uničov, Charita Šternberk

- Zařízení poskytuje standardní služby minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek, služby individuálního poradenství, sociální poradenství, krizovou intervenci, asistenční službu a reference do služeb návazné péče. Služby jsou poskytovány ve městě Uničov, které má 12 tis.

obyvatel vzdálené od Olomouce 28 km. Další nejbližší K-centrum je v Šumperku vzdáleném 30 km.

K-centrum a terénní programy Prostějov

- V okrese Prostějov jsou dostupné služby kontaktního centra v kombinaci s terénními programy. K-centrum je provozováno 3 dny v týdnu ve městě Prostějov a terénní programy ve zbylých 2 dnech poskytují služby na území okresu Prostějov. Kontaktní centrum poskytuje standardní nabídku služeb: minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek, dále služby individuálního poradenství, sociální poradenství, krizovou intervenci, asistenční službu a reference do služeb návazné péče.
- Služby kontaktního centra jsou poskytovány ve městě Prostějov, které má 45 tis. obyvatel, a je vzdáleno od dalších K-center: 20 km do Olomouce, do Přerova 30 km a 30 km od Kroměříže (K-centrum v jiném kraji). Služby terénního programu jsou poskytovány v rámci okresu, který má 110 tis. obyvatel.

K-centrum Přerov, Kappa Help o. s.

- Zařízení poskytuje standardní služby minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek, služby individuálního poradenství, sociální poradenství, krizovou intervenci, asistenční službu a reference do služeb návazné péče. Služby jsou poskytovány 5 dnů v týdnu ve městě Přerov, které má 46 tis. obyvatel a je vzdáleno 25 km od Olomouce. Vzdálenosti od dalších kontaktních center: 30 km od Prostějova, 27 km od Hranic, 21 km od Kroměříže (K-centrum v jiném kraji).

K-centrum Hranice n. M., Kappa Help o. s.

- Stejně služby zařízení poskytuje 3 dny v týdnu (zdroj <http://www.kappa-help.cz/cs/kch-kontakty>) ve své pobočce v Hranicích na Moravě, které mají 20 tis. obyvatel, vzdálené od Olomouce 38 km. Další nejbližší K-centrum je v Přerově 27 km.

Terénní programy Přerov, Kappa Help o. s.

- Zařízení poskytující služby minimalizace rizik a terénní sociální práce ve městech Přerov a Hranice n. M. (počet obyvatel a vzdálenosti viz výše Centra), Lipník n. B. vzdálený 15 km od Přerova a Kojetín 20 km od Přerova. Region, na kterém jsou realizovány terénní služby, má cca 80 tis. obyvatel.

K-centrum Šumperk, Pontis o.p.s.

- Zařízení poskytuje standardní služby minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek, služby individuálního poradenství, sociální poradenství, krizovou intervenci, asistenční službu a reference do služeb návazné péče. Služby jsou poskytovány ve městě Šumperk, které má 27 tis. obyvatel a je vzdáleno 53 km od Olomouce. Další nejbližší K-centrum Jeseník je vzdálené 48 km.

Terénní programy - Streetwork v okrese Šumperk, RES SEF o. s.

- Zařízení poskytující služby minimalizace rizik a terénní sociální práce ve městech okresu Šumperk, což je region s cca 125 tis. obyvateli. Terénní práce se orientuje především na obce Libina (4 tis.) a Hanušovice (4 tis.), Zábřeh (14 tis.) a Mohelnice (10 tis. obyvatel).

K-centrum Jeseník, Darmoděj o. s.

- Zařízení poskytuje standardní služby minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek, služby individuálního poradenství, sociální poradenství, krizovou intervenci, asistenční službu a reference do služeb návazné péče. Služby jsou poskytovány ve městě Jeseník, které má 12 tis. obyvatel a je vzdáleno 110 km od Olomouce. Další nejbližší K-centrum Šumperk je vzdálené 50 km.

Terénní programy, Darmoděj o. s.

- Zařízení poskytující služby minimalizace rizik a terénní sociální práce ve městech okresu Jeseník, což je region s cca 45 tis. obyvateli. Vzdálenosti k nejbližším službám pro uživatele drog viz výše u KC Jeseník.

5.1.2 Služby ambulantní léčby a resocializace

- **Ambulantní léčebnou péči** primárně v kraji zajišťují P-centrum o. s. a Ambulance Adiktologie, při kontaktním centru SPR. Oba programy jsou realizovány ve městě Olomouc a jsou nabízeny klientům jak z města Olomouc, tak i z přirozené spádové oblasti.
- **Doléčování** zajišťuje: P-centrum - Program zajišťuje standardní aktivity ambulantního doléčování a navíc krátkodobě (max. 4 měsíce) poskytuje služby tzv. zvýhodněného bydlení s kapacitou 12 osob. Program je realizován v Olomouci, nicméně je nabízen klientům z celé ČR.

Doléčovací centrum Restart, o.s. Darmoděj - Doléčovací centrum Restart je zahrnuto v komunitním plánu města Jeseník a v krajském strategickém protidrogovém plánu Olomouckého kraje. Doléčovací centrum Restart je jednou ze služeb provozovaných o. s. Darmoděj a s dalšími službami (Terénní program Babylon, Primární prevence OULET, K-centrum Darmoděj, NZDM „4lístek“ ,Pracovní agentura RESTART) tvoří komplexní a na sebe navazující systém adiktologických a sociálních služeb v Jesenickém regionu. Jedná se o ambulantní doléčovací program, který je certifikovaný RV KPP a úzce spolupracuje s TK Fides Bílá Voda, PL Opava, PL Šternberk a dalšími pracovišti v Olomouckém kraji. Od června 2008 je v provozu i pobytová služba , která nyní nabízí 8 lůžek a 2 krizová lůžka .

5.1.3 Další léčebné programy

- **Pobytová léčba** je v kraji realizována Psychiatrickou léčebnou Bílá Voda a Psychiatrickou léčebnou ve Šternberku, Střediskem sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc.
- **Detoxifikace:** Fakultní nemocnice a Vojenská nemocnice v Olomouci, Psychiatrické léčebny Šternberk a Bílá Voda.
- V AT ambulanci v Olomouci, která spadá pod psychiatrickou kliniku Fakultní nemocnice, probíhá program **substitute** pro uživatele opiátů.

5.1.4 Další služby pro uživatele drog

- **Program práce s klienty v konfliktu se zákonem**, fungující od roku 2002 ve Vazební věznici Olomouc a ve věznici Mírov. Jde o v současné době necertifikovanou službu, která provazuje práci s klienty v nízkoprahových zařízeních a léčebných programech v období jejich pobytu v zařízeních výkonu trestu. Službu provozuje Sdružení Podané Ruce.
- Zařízení poskytující služby pro uživatele drog jsou provázána, v českých poměrech poněkud atypicky, s nízkoprahovými sociálními službami pro děti a mládež. Jde o tyto programy: „Terénní sociální práce s dětmi a mládeží“, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež – „KudyKam“ v Olomouci a „Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež“ v Prostějově. Tyto programy opět provozuje Sdružení Podané Ruce.

5.2 Poptávka po službách pro uživatele drog

Tato část zprávy se zabývá konfrontací zjištěné poptávky s využíváním jednotlivých služeb pro uživatele drog. Ke zpracování bylo čerpáno ze Závěrečných zpráv o realizaci služby (2007-2009), telefonických doptávání jednotlivých poskytovatelů a koncepčních a strategických dokumentů Olomouckého kraje a ČR (2005, 2008, 2009). Ve věci poptávky po službách by se dala zpracovat velmi obsáhlá a nákladná analýza, čerpající zejména z terénních zdrojů. Ta však nebyla předmětem zpracování této studie. Je ale nutno zmínit, že služby, jež jsou předmětem analýzy, mají většinou velmi nízký práh pro vstup klienta a tím přijímají velké množství informací z drogové scény. Tyto informace dohromady s profesionálním pohledem pracovníků služeb mohou podat velmi validní informaci o situaci na drogové scéně, tedy i o jejích potřebách, jinak řečeno také o „poptávce po službách“. Z tohoto důvodu lze přijmout jako validní informace zmiňované ve výše uvedených zprávách.

Dokumenty, ve kterých jsou poskytovatelé služeb pro uživatele drog přímo dotazováni na změny v cílové populaci a nastavení služby by obecně měly odrážet jednak profil drogové scény co do užívání a trendů, ale také přizpůsobování dílčích aktivit služby aktuálním potřebám klientů, tedy poptávce.

5.2.1 Citace z dokumentů související s poptávkou:

Závěrečné zprávy poskytovatelů služeb

- *„Zejména vzniká potřeba řešit dluhy a i sociální zázemí atd.“*
- *„Dochází častěji ke kombinovanému zneužívání nealkoholových drog, kombinace s léky apod.“*
- *„Převážná většina klientů užívá pervitin.“*
- *„Pokles věku uživatelů vyhledávajících terénní pracovníky. Počet problémových uživatelů drog rapidně klesá, kdežto počty rekreačních uživatelů, experimentátorů a uživatelů konopných látek průběžně stoupají.“*
- *„Pro mládež v našem okrese (Přerov) již není pervitin tak zajímavý a důležitý. Naopak přibývá problémových uživatelů alkoholu a marihuany.““*
- *Věkové složení uživatelů konopných drog má spíše klesající tendenci. Stejně tak stárnou i uživatelé tvrdých drog.“*
- *„Cílová populace zůstává bez výraznějších změn.“*

- *„Dlouhodobě sledujeme "uzavřenost" drogové scény v Olomouci. Scéna je "rozpadlá" do více menších skupin sdružujících se na bytech. Tato scéna je velmi obtížně dostupná pro programy HR.“*
- *„Olašští Romové projevují opakovaně zájem o změnu životního stylu. Výpadek dodávek pervitinu a heroinu vedl k nadužívání surového opia a těkavých látek oproti standardnímu stavu...“*
- *„Cílová populace se kromě nárůstu zásadním způsobem nemění.“*
- *„Uživatelů kanabinoidů mezi mládeží stále přibývá a situace v této oblasti na Jesenicku je čím dále závažnější. V roce 2008 došlo k nárůstu zjištění kombinovaného zneužívání nealkoholových drog, především pervitinu v kombinaci s gamblerstvím.“*
- *„V roce 2009 jsme zaznamenali nárůst počtu uživatelů kanabinoidů, v této oblasti je situace na Jesenicku velmi závažná.“*
- *„V makové sezóně značná část uživatelů pervitinu užívá opiáty.“*
- *„V makové sezóně značná část uživatelů pervitinu užívá opiáty. Tím, že je to již jejich několikátá opiová sezóna za sebou, část těchto klientů začala považovat opium za svoji primární drogu“*

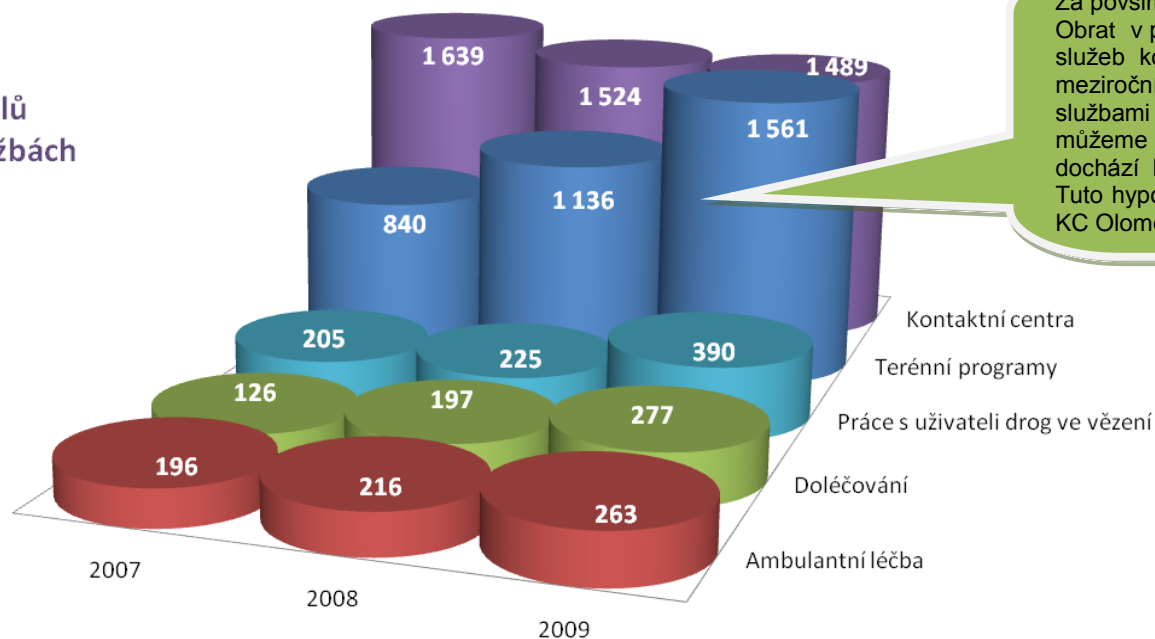
5.2.2 Koncepční a strategické dokumenty:

SWOT analýza, která je přílohou dokumentu s názvem „Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2005 – 2010“ zmiňuje jako jedinou oblast týkající se poptávky po službách *„V OK chybí specializované rezidenční zařízení pro mladistvé uživatele návykových látek, pro výkon ústavní ochranné protialkoholní a protitoxikomanické léčby“*

5.2.3 Poptávka registrovaná jednotlivými službami

Graf 3 - Následující graf demonstruje, po jakých službách a v jakém počtu je registrována poptávka:

Výskyt uživatelů v jednotlivých službách



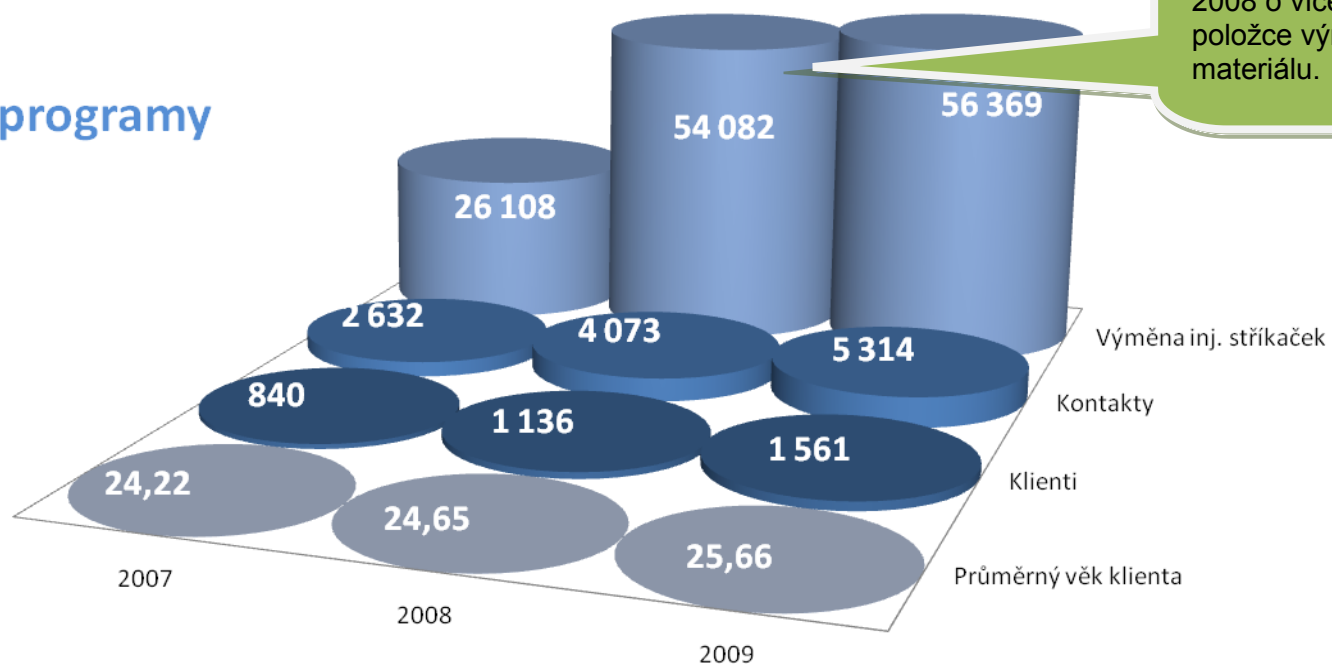
Za povšimnutí zde stojí:
Obrat v poptávce po terénním programu na úkor služeb kontaktních center v období 08-09. Jelikož meziroční nárůsty jsou průřezově mezi oběma službami v relativních hodnotách téměř shodné, můžeme se domnívat, že ve zmiňovaném období dochází k „přesunu“ klientů ze služeb KC do TP. Tuto hypotézu může potvrdit fakt, že v r. 2008 se od KC Olomouc osamostatnil TP.

	2007	2008	2009
■ Ambulantní léčba	196	216	263
■ Doléčování	126	197	277
■ Práce s uživateli drog ve vězení	205	225	390
■ Terénní programy	840	1 136	1 561
■ Kontaktní centra	1 639	1 524	1 489

5.2.4 Vývoj poptávky po jednotlivých službách ve vybraných klíčových indikátorech

Graf 4 – Terénní programy

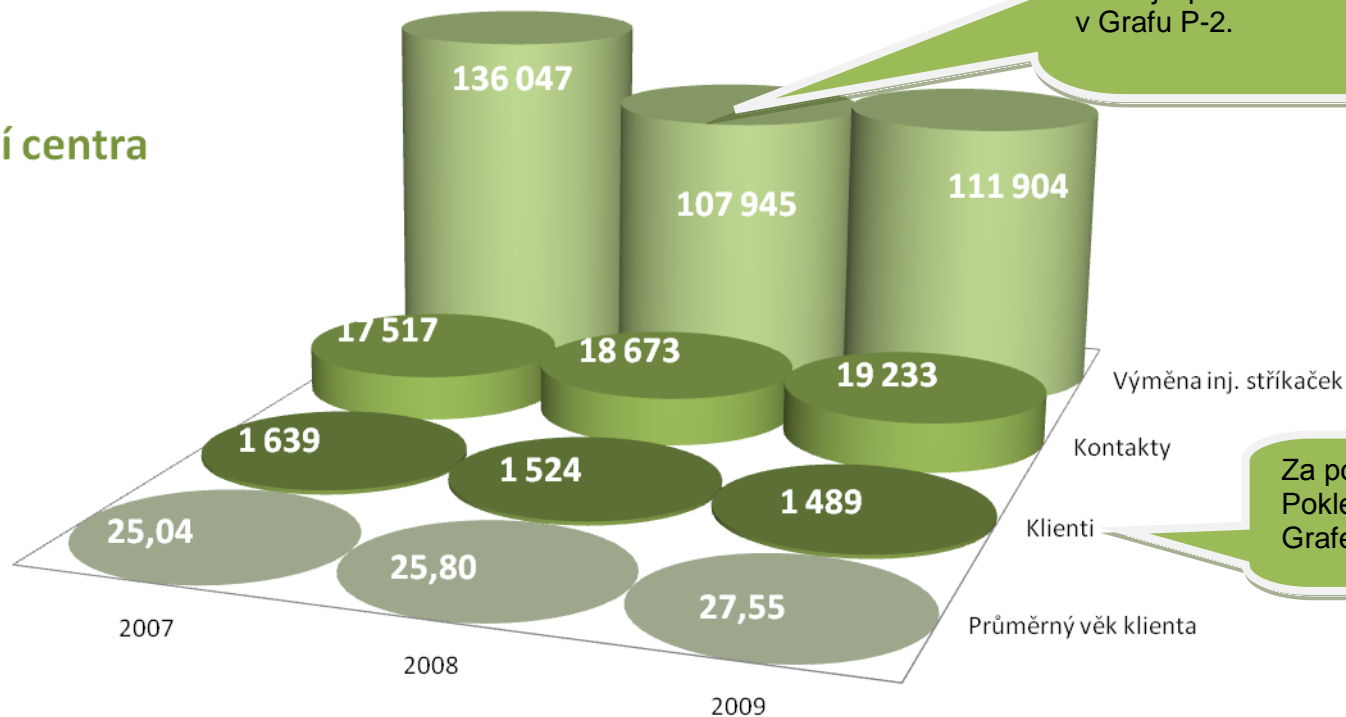
Terénní programy



	2007	2008	2009
■ Průměrný věk klienta	24,22	24,65	25,66
■ Klienti	840	1 136	1 561
■ Kontakty	2 632	4 073	5 314
■ Výměna inj. stříkaček	26 108	54 082	56 369

Graf 5 – Kontaktní centra

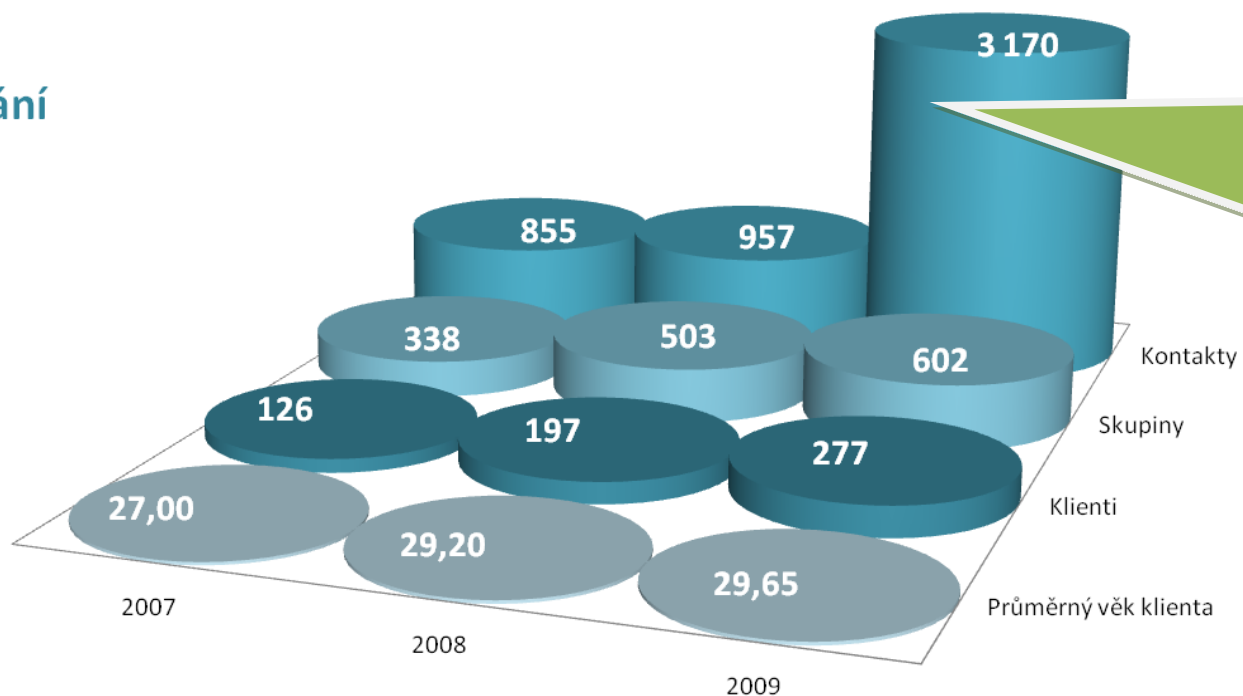
Kontaktní centra



	2007	2008	2009
■ Průměrný věk klienta	25,04	25,80	27,55
■ Klienti	1 639	1 524	1 489
■ Kontakty	17 517	18 673	19 233
■ Výměna inj. stříkaček	136 047	107 945	111 904

Graf 6 – Doléčování

Doléčování

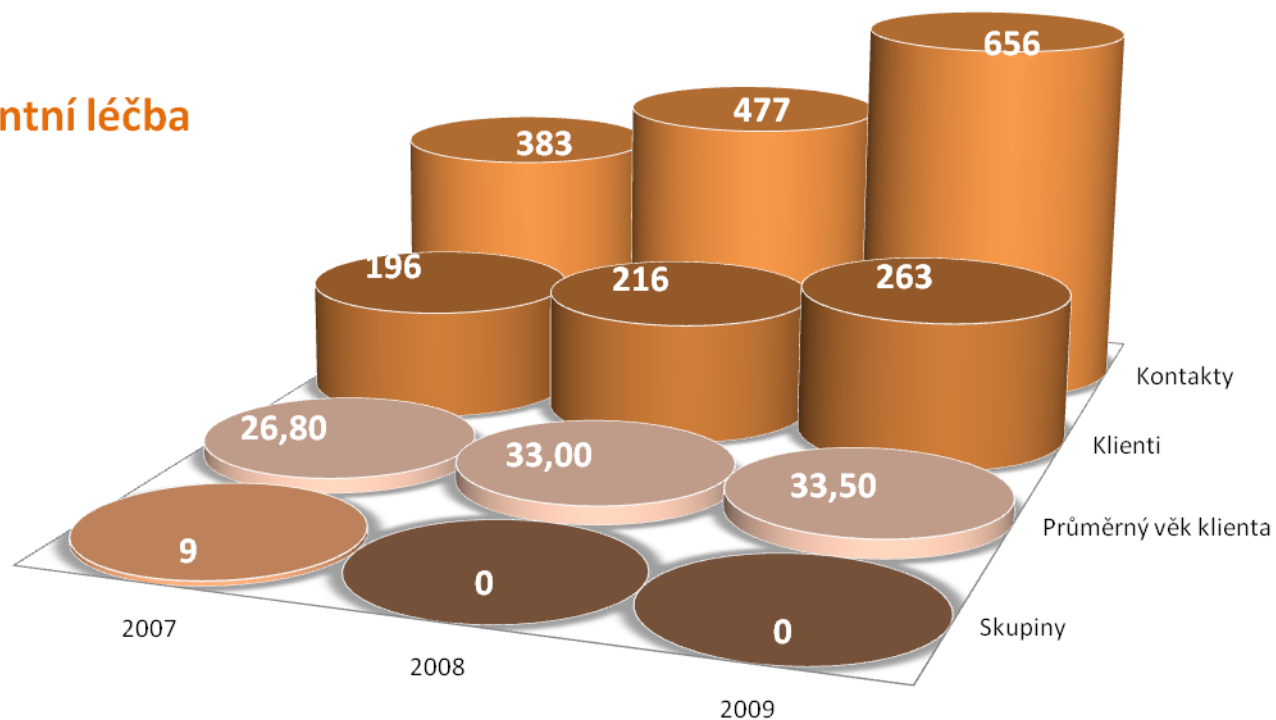


Za povšimnutí zde stojí: Významný nárůst na položce „Kontakty“ který je z výrazné části patrně zapříčiněn vstupem nové služby do „sítě služeb“ (DC RESTART vznik 2008, ale plný provoz 2009) a její zjevnou profilaci na individuální práci.

	2007	2008	2009
■ Průměrný věk klienta	27,00	29,20	29,65
■ Klienti	126	197	277
■ Skupiny	338	503	602
■ Kontakty	855	957	3 170

Graf 7 – Ambulantní léčba

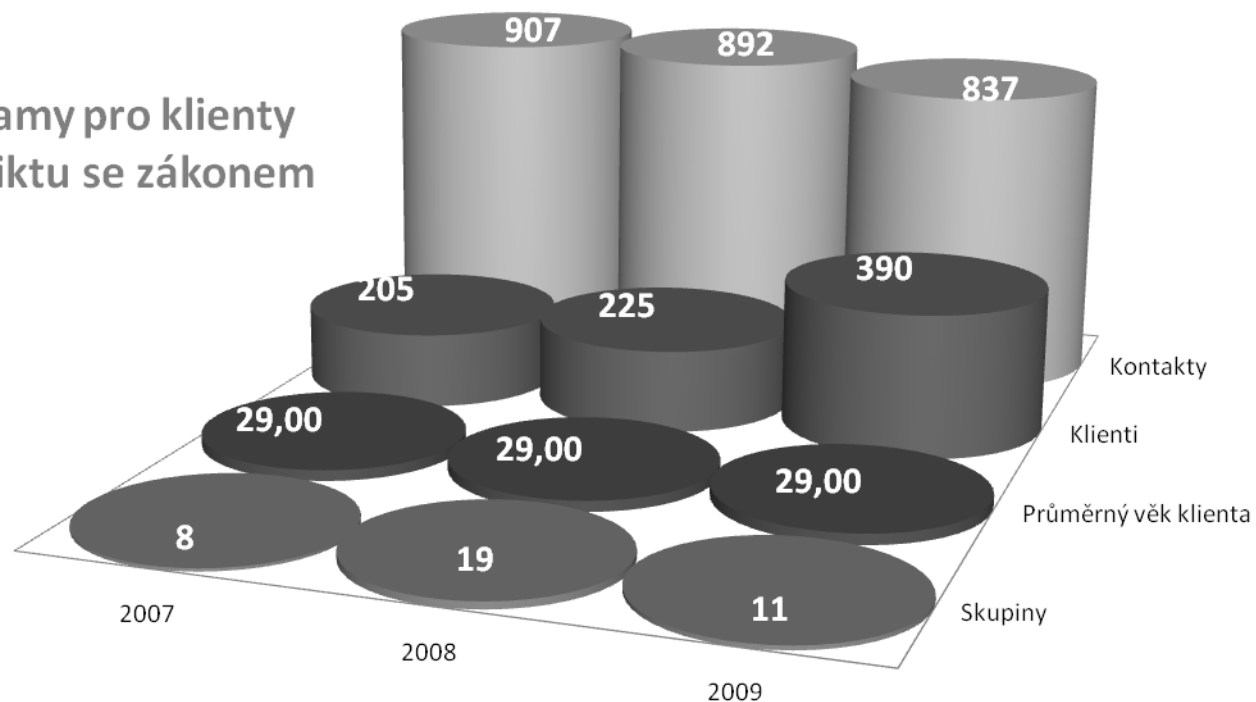
Ambulantní léčba



	2007	2008	2009
Skupiny	9	0	0
Průměrný věk klienta	26,80	33,00	33,50
Klienti	196	216	263
Kontakty	383	477	656

Graf 8 – Programy pro klienty v konfliktu se zákonem

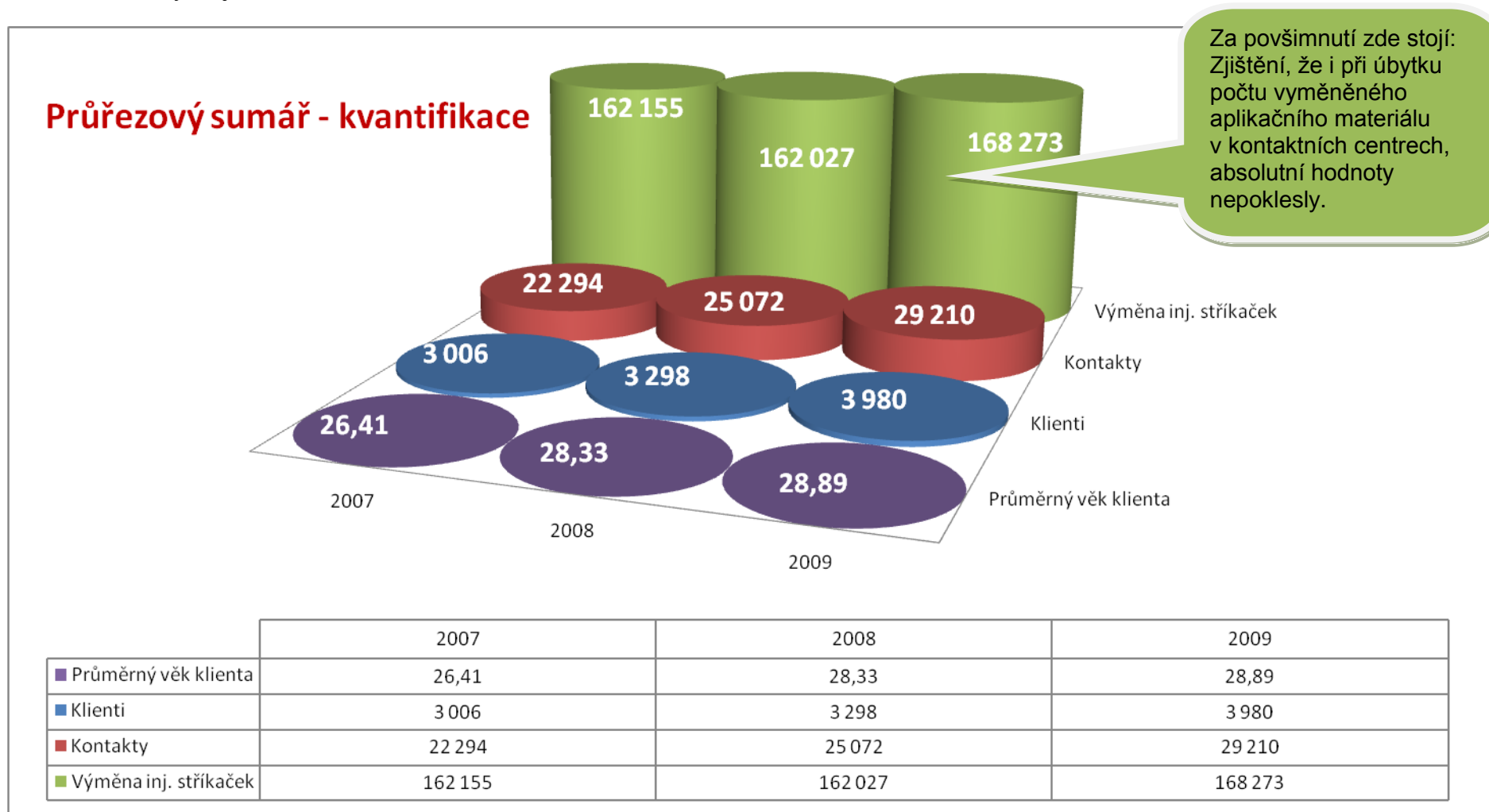
Programy pro klienty v konfliktu se zákonem



	2007	2008	2009
■ Skupiny	8	19	11
■ Průměrný věk klienta	29,00	29,00	29,00
■ Klienti	205	225	390
■ Kontakty	907	892	837

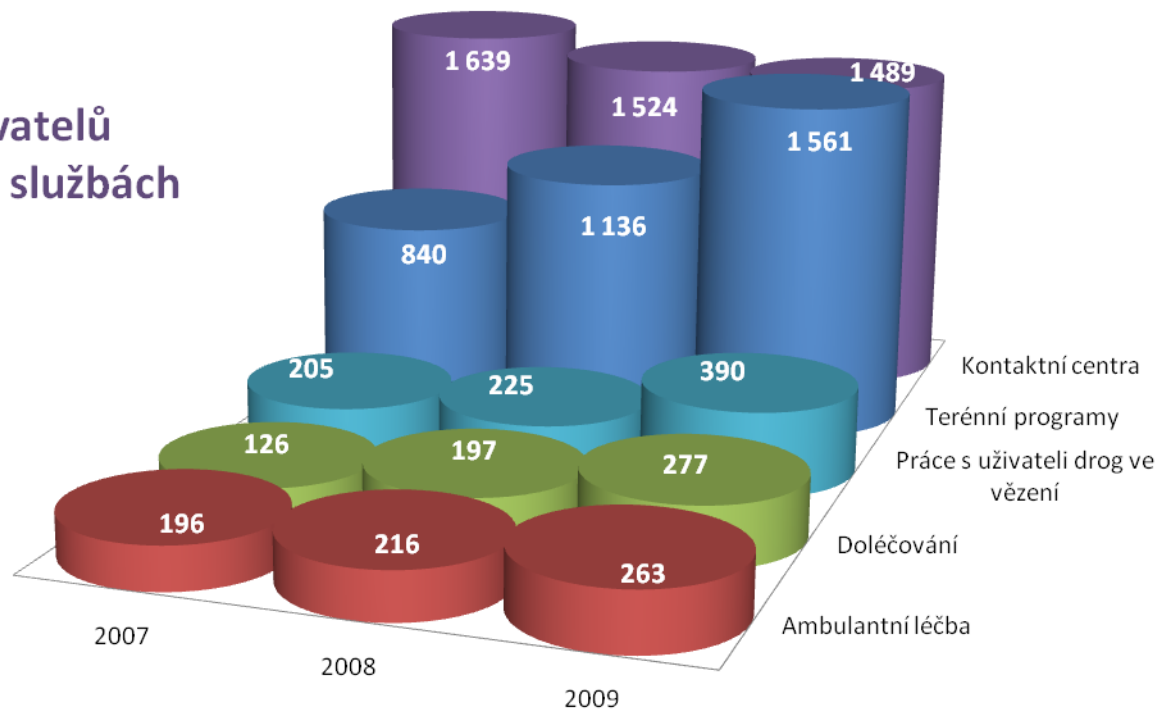
5.2.5 Vývoj jednotlivých indikátorů průřezově mezi službami

Graf 9 – Sumarizuje a porovnává některé klíčové indikátory průřezově všemi službami po jednotlivých letech. Jedná se tedy o vývoj zmíněných indikátorů za celý kraj v období 2007-09.



Graf 10 – Graf demonstruje rozložení klientů v jednotlivých klíčových službách a její případné změny v období 2007-2009

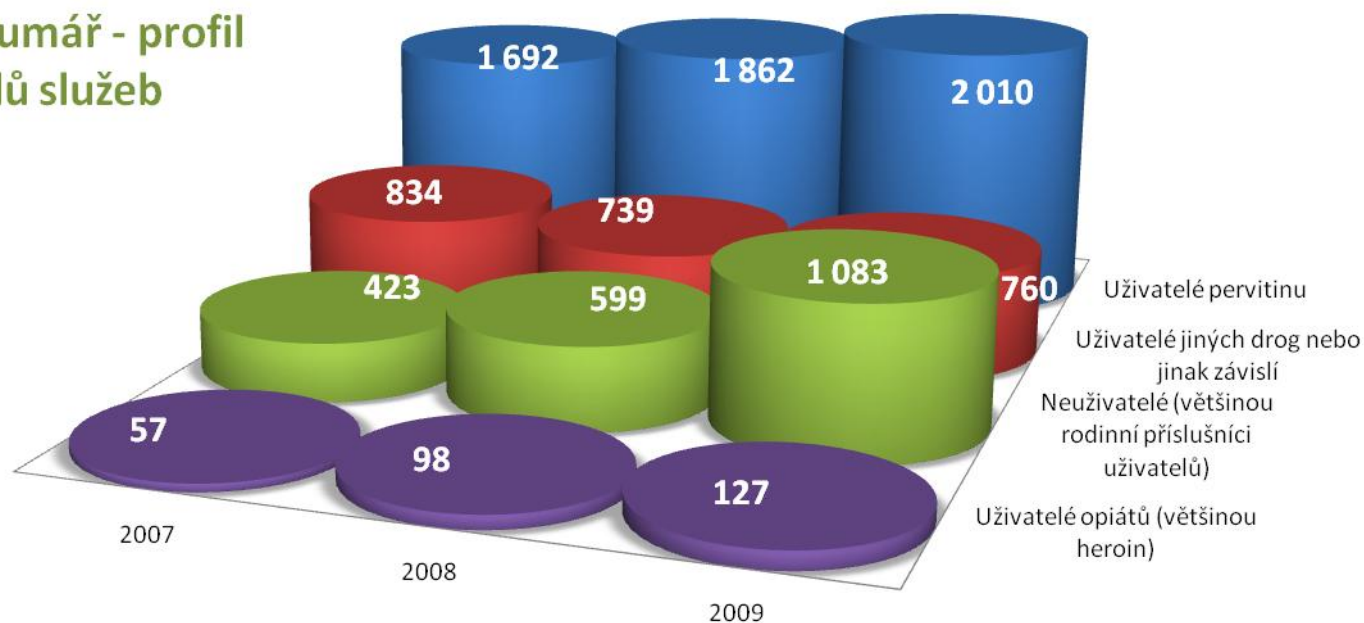
Výskyt uživatelů v jednotlivých službách



	2007	2008	2009
■ Ambulantní léčba	196	216	263
■ Doléčování	126	197	277
■ Práce s uživateli drog ve vězení	205	225	390
■ Terénní programy	840	1 136	1 561
■ Kontaktní centra	1 639	1 524	1 489

Graf 11 – Graf demonstruje rozložení klientů poptávajících služby pro uživatele drog podle některých vybraných „profilů uživatele služby“ a jeho vývoj v období 2007-2009.

Průřezový sumář - profil uživatelů služeb



	2007	2008	2009
■ Uživatelé opiátů (většinou heroin)	57	98	127
■ Neuživatelé (většinou rodinní příslušníci uživatelů)	423	599	1 083
■ Uživatelé jiných drog nebo jinak závislí	834	739	760
■ Uživatelé pervitinu	1 692	1 862	2 010

5.2.6 Některé reakce sítě služeb na poptávku

V síti služeb pro uživatele drog Olomouckého kraje jsou pozorovatelné tendence reagovat na poptávku. Některá zařízení vznikají, jiná se transformují, nebo vytváří specializované programy.

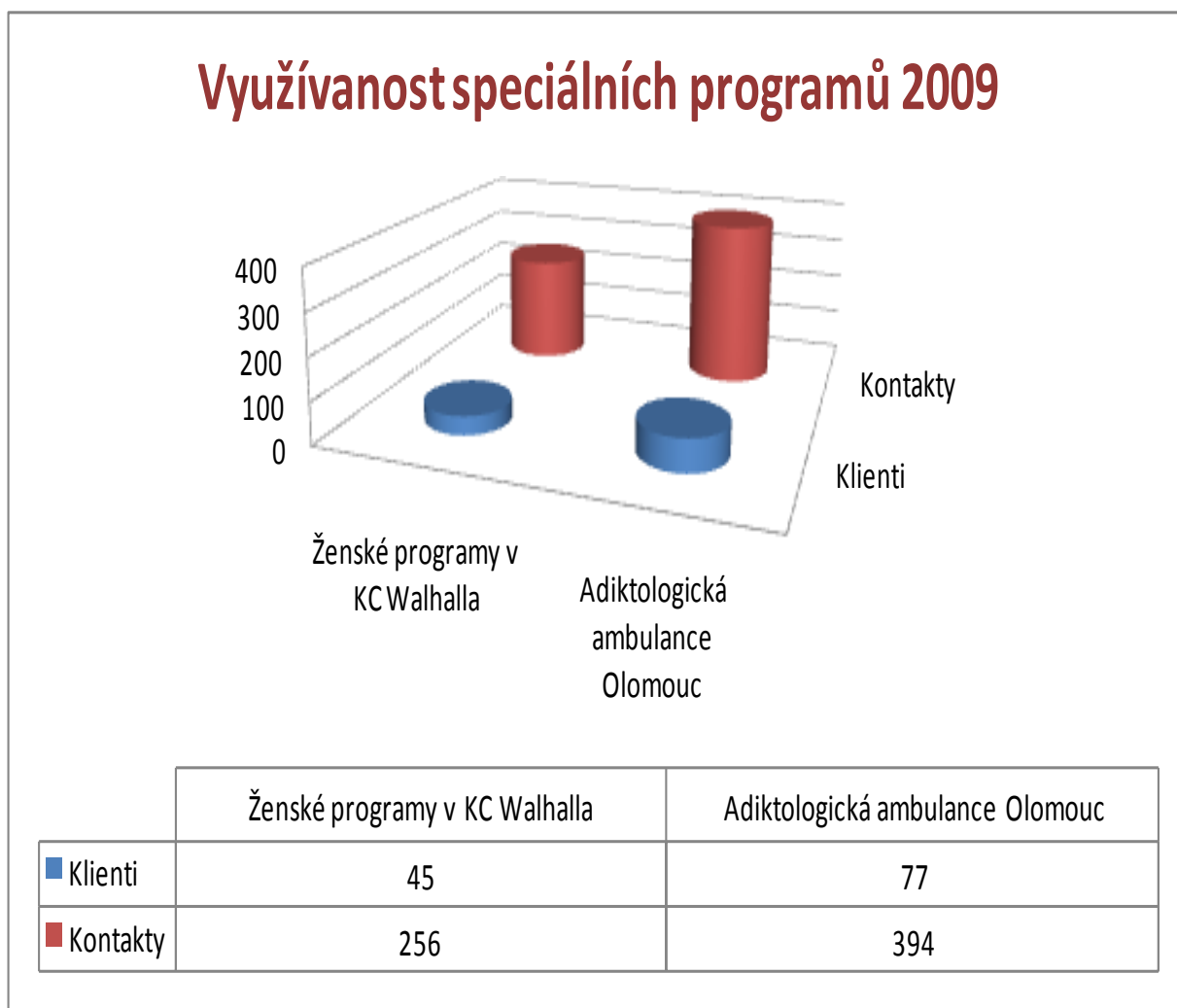
Př. 1.:

Olomoucké kontaktní centrum v letech 2007-08 oddělilo a zintenzívnilo terénní program. Další statistiky ukazují, že tato reakce na poptávku byla na místě.

Př. 2.:

Stejně tak správnou reakcí na poptávku, alespoň podle dosavadních statistik, se jeví další aktivity KC Olomouc. Jde o specializované „Ženské programy“ a „Ambulance adiktologie“.

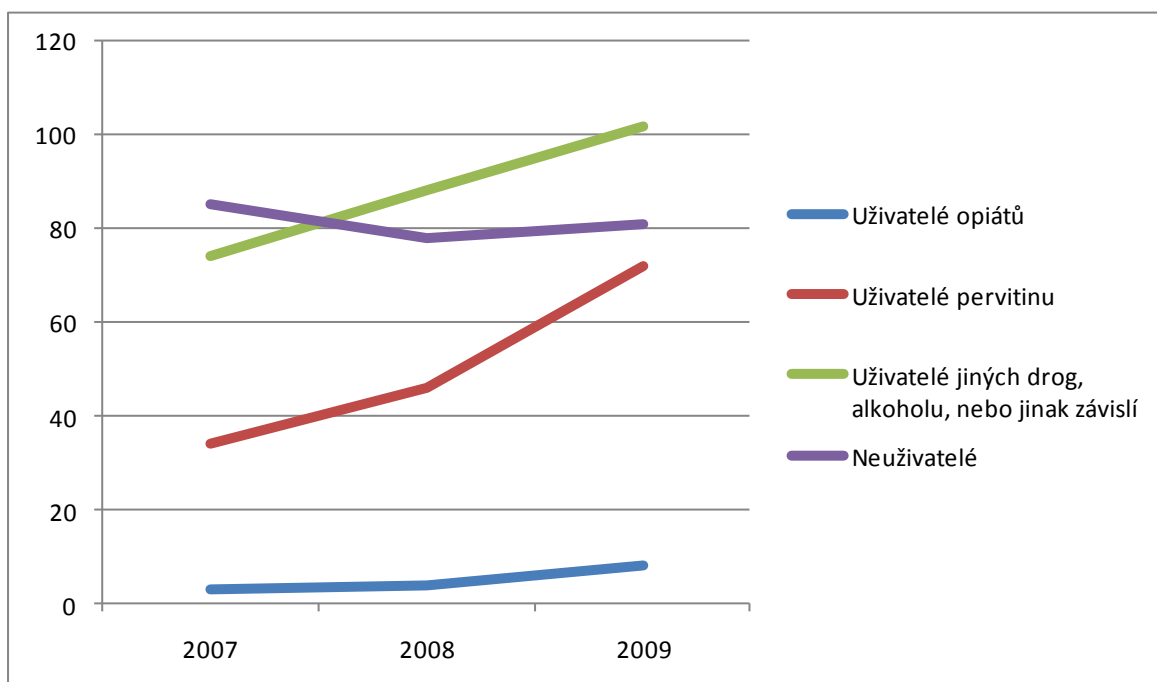
Graf 12 – Využívanost specializovaných programů KC Olomouc v roce 2009



Př. 3.:

P-centrum Olomouc. Původně Ambulantní léčba, dnes Poradna pro alkoholové a jiné závislosti. Ze závěrečných zpráv je patrná tendence reagovat na poptávku a přizpůsobovat jí nastavení dílčích služeb tohoto zařízení. Graf 13 potvrzuje přizpůsobení služby poptávce zejména v oblasti „Uživatelé jiných drog, alkoholu, nebo jinak závislí“. Této položky si všímám zejména proto, že zmíněná klientela je v dosavadním systému „obtížně vykazovatelná“ resp. „obtížně obhajitelná“ a mnohými zařízeními odmítána. V tomto zařízení tvoří aktuálně největší skupinu klientů.

Graf 13



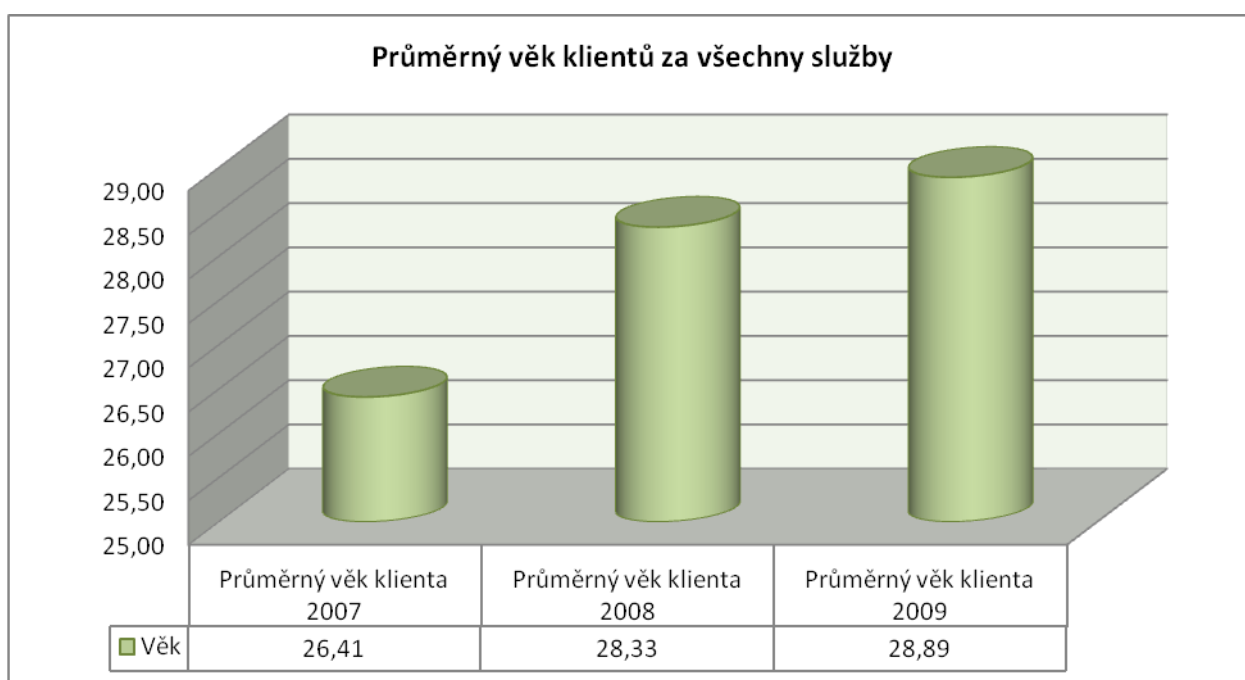
5.2.7 Interpretace výstupů k v grafech demonstrované poptávce.

Výkyvy na položkách „klienti“ a „vyměněný injekční materiál“ mezi službami KC a TP pouze potvrzují, že KC Olomouc zareagovalo pružně na poptávku a rozšířilo a oddělilo TP, který si ihned našel indikované klienty. Z této situace je také možné vyčíst, že klienti indikovaní pro TP jsou v určité míře schopni přechodně využívat služeb KC, pokud TP není v místě funkční, nebo je omezen.

Soubor výstupů grafů 4 až 8, navíc plošně podpořen sumářem 9 jasně naznačuje, že poptávka po všech službách, které jsou v síti služeb pro uživatele drog v kraji zastoupeny, má mírnou, avšak nepřetržitě stoupající tendenci. Nárůst patrně není zapříčiněn nárůstem počtu problémových uživatelů drog, nýbrž nárůstem počtu stávajících uživatelů poptávajících poskytované služby. Tuto tendenci je v zájmu ochrany veřejného zdraví třeba respektovat a operativně vytvářet finanční prostředí, které existujícím službám umožní tuto poptávku uspokojit.

Jak v jednotlivých službách, tak i z celkového sumáře dat lze zjistit, že věk klientů poptávajících drogové služby má vzrůstající tendenci. Nicméně interpretací této skutečnosti by mohla být řada - od změn trendů v užívání drog, přes nárůst poptávky z řad „problémových uživatelů drog (PUD)“, kteří jsou obvykle starší, až po výrok o obecném stárnutí populace patřící do skupiny UD a jejich okolí. Nicméně meziroční pohyb na položkách věku klientů demonstrováný grafem 14 je srovnatelný s bilancemi běžnými v ČR a jistě, alespoň ne v tuto chvíli neznamena žádný fatální obrat ve věci poptávky po službách pro uživatele drog.

Graf 14



5.3. Nákladová analýza služeb Olomouckého kraje za rok 2008 a 2009

5.3.1 Statistika výkonů 2008

Tab. 8

Zařízení	Počet osob (uživatelů i neuživatelů)	Počet kontaktů	Počet poradenství individuální i skupinové, terapie	Počet poradenství do 30ti minut (intervence, infokontakt, osobní kontakt)	Počet - intervence po telefonu, internetu, dopisování s vězni	Chráněné bydlení (v lůžkodnech)	Primární prevence - počet žáků/stude ntů	Primární prevence - počet vyučovací h hodin	Ostatní výkony	Pozn.
TP Olomouc SPR	441	1 641	85	690	72	N	N	N	173	1
KC Olomouc SPR	343	6 596	490	2 177	21	N	N	N	1 031	2
P-Centrum poradna	N	N	N	N	N	N	N	N	N	3
P-Centrum AL	216		447	21	176	N	N	N	N	4
P-Centrum DC	159	787	1 236	692	378	3 403			1 323	5
P-Centrum poradna pro AI	216	N	447	21	176	N	N	N	87	6
KC Uničov	129	2 399	53		37	N	N	N	105	7
KC & TP Prostějov	170	1 476	274	593	262	x	1500	174	676	8
KC Krédo Šumperk	302	2 692	26	18	2		1456	140	110	9
DC RESTART Darmoděj o.s.	38	N	202	11	19	521			63	10
TP Babylon Darmoděj,o.s.	99	246	13	11	4	N	N	N	4	11
KC Darmoděj,o.s.	207	2 923	6	296	46	N	N	N	115	12
TP Res-Sef Šumperk	142	824	119	19		N	N	N	62	13
KC Přerov kappa	377	3 028	213	19	91	N	N	N	136	14
TP Kappa-help	373	1 506	217	1	213	N	N	N	501	15
Programy SPP Prostějov NZDM	N	N	N	N	N	N	N	N	x	3
Ambulance adiktologie Ol. SPR	88	201	277	2	50	N	N	N	N	16
celkem	3 300	24 319	4 105	4 571	1 547	3 924	2 956	314	4 386	

5.3.2 Statistika práce v roce 2008

Tab. 9

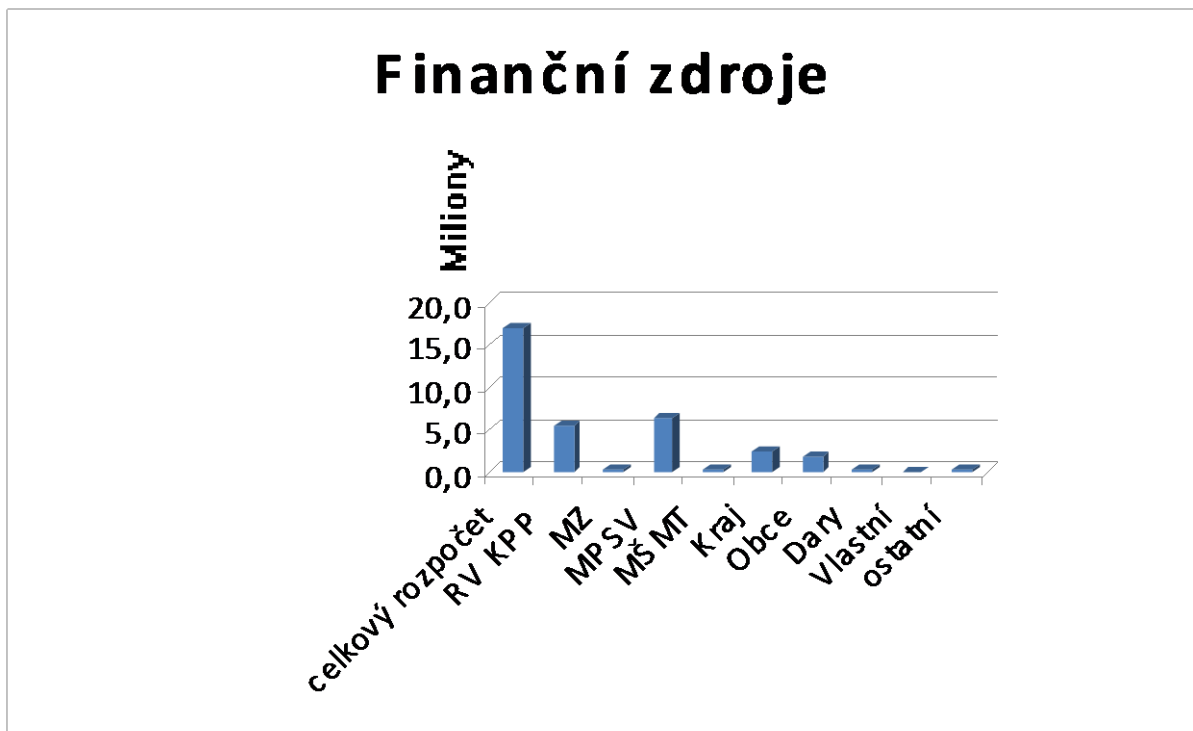
Zařízení	Člověkohodiny	Fond PD na 1 úvazek	Fond PD v hodinách	Počet úvazků	Počet úvazků přímé práce	Počet úvazků nepřímé práce	Počet pracovníků na HPP včetně administrativy	Externí pracovníci - přímá (v hodinách)	Externí pracovníci - nepřímá práce v hodinách	Poznámka
TP Olomouc SPR	0,000	2 024,000	10 221,200	5,050	3,850	1,200	8,000	20,000	N	17
KC Olomouc SPR	0,000	2 024,000	9 917,600	4,900	3,600	1,300	7,000	236,000	N	18
P-Centrum poradna	N	2 024,000	0,000	N	N	N	N	N	N	3
P-Centrum AL	454,150	2 024,000	4 149,200	2,050	1,250	0,800	9,000	342,000	N	19
P-Centrum DC	461,918	2 024,000	9 715,200	4,800	3,100	1,700	10,000	50,000	N	20
P-Centrum poradna pro AI	N	2 024,000	0,000	N	N	N	N	N	N	3
KC Uničov	0,000	2 024,000	6 072,000	3,000			3,000	30,000	N	21
KC Prostějov	0,000	2 024,000	7 084,000	3,500	2,600	0,900	5,000	18,000	N	
KC Krédo Šumperk	408,655	2 024,000	5 262,400	2,600	1,700	0,900	7,000	20,000	N	
DC RESTART Darmoděj o.s.	0,000	2 024,000	3 474,533	1,717	1,417	0,300	3,580	36,000	N	22
TP Babylon Darmoděj,o.s.	N	2 024,000	0,000	N	N	N	N	N	N	3
KC Darmoděj,o.s.	0,000	2 024,000	5 414,200	2,675	2,500	0,300	4,000	234,000	N	
TP Res-Sef Šumperk	N	2 024,000	0,000	N	N	N	N	N	N	3
KC Přerov kappa	286,543	2 024,000	8 703,200	4,300	3,300	1,000	7,000	1 369,000	177,000	23
TP Kappa-help	160,573	2 024,000	5 464,800	2,700	2,400	0,300	6,000	36,000	N	
Programy SPP Prostějov NZDM	N	2 024,000	0,000	N	N	N	N	N	N	3
Ambulance adiktologie SPR Olom.	N	2 024,000	0,000	N	N	N	N	N	N	3
celkem			75 478,333	37,292	25,717	8,700	69,580	2 391,000	177,000	

5.3.3 Statistika finančních zdrojů za rok 2008

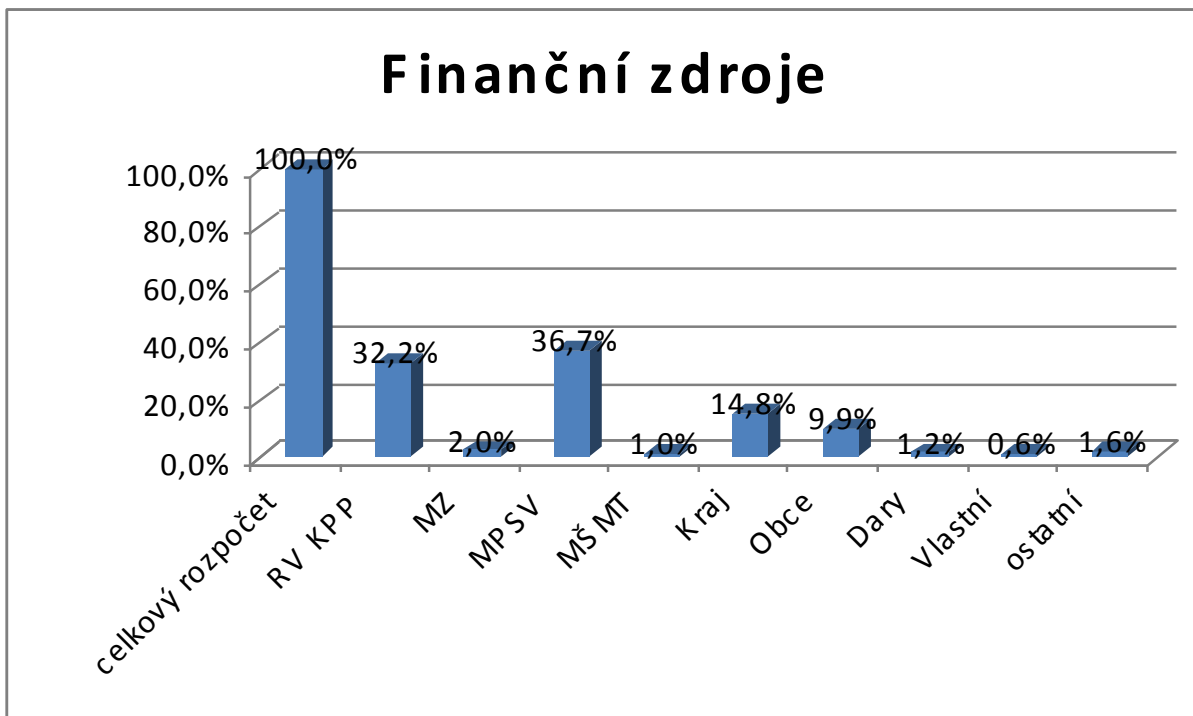
Tab. 10

Zařízení	Celkový rozpočet	RV KPP	MZ	MPSV	MŠMT	Kraj	Obce	Dary	Vlastní	ostatní	poznámka
TP Olomouc SPR	1 803 049,0	480 000,0	50 000,0	800 000,0	N	310 000,0	163 000,0	49,0	N	N	
KC Olomouc SPR	2 280 000,0	730 000,0	60 000,0	900 000,0	N	310 000,0	130 000,0	150 000,0	N	N	
P-Centrum poradna	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	3
P-Centrum AL	1 149 000,0	340 000,0	55 000,0	310 000,0	N	394 000,0	50 000,0	N	N	N	
P-Centrum DC	3 233 283,0	1 480 000,0		1 050 000,0		241 335,0	140 000,0	7 500,0	66 105,0	248 344,0	24
P-Centrum poradna pro AI	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	3
KC Uničov	1 004 500,0	N	N	727 500,0	N	200 000,0	77 000,0	N	N	N	
KC Prostějov	1 535 597,0	440 000,0	50 000,0	500 000,0	173 000,0	250 000,0	100 000,0	2 597,0	20 000,0		
KC Krédo Šumperk	1 406 100,0	600 000,0				210 000,0	596 100,0	N	N	N	
DC RESTART Darmoděj o.s.	671 500,0	N	N	600 000,0	N	70 000,0	N	N	1 500,0	N	
TP Babylon Darmoděj,o.s.	70 000,0	N	N	N	N	70 000,0	N	N	N	N	
KC Darmoděj,o.s.	1 091 293,0	470 000,0	35 089,0	315 000,0	N	150 000,0	100 000,0	15 606,0	5 598,0	N	
TP Res-Sef Šumperk	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	3
KC Přerov kappa	1 913 878,0	560 000,0	60 000,0	820 000,0	N	200 000,0	250 000,0		881,0	22 997,0	
TP Kappa-help	780 000,0	360 000,0	30 000,0	200 000,0	N	100 000,0	70 000,0	20 000,0	N	NN	
Programy SPP Prostějov NZDM	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	3
Ambulance adiktologie SPR Olom.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	3
celkem	16 938 200,0	5 460 000,0	340 089,0	6 222 500,0	173 000,0	2 505 335,0	1 676 100,0	195 752,0	94 084,0	271 341,0	
Celkem v %	100,0%	32,2%	2,0%	36,7%	1,0%	14,8%	9,9%	1,2%	0,6%	1,6%	
Pořadí		2.	5.	1.	8.	3.	4.	7.	9.	6.	

Graf 15



Graf 16

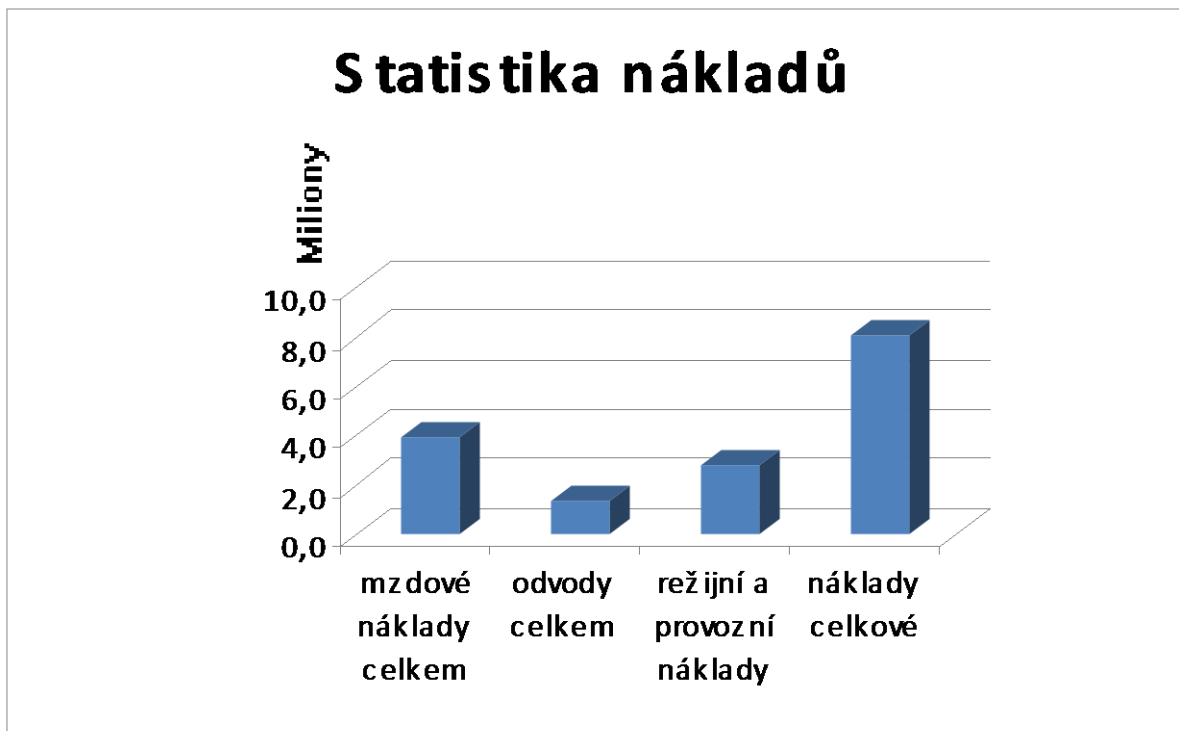


5.3.4 Statistika nákladů za rok 2008

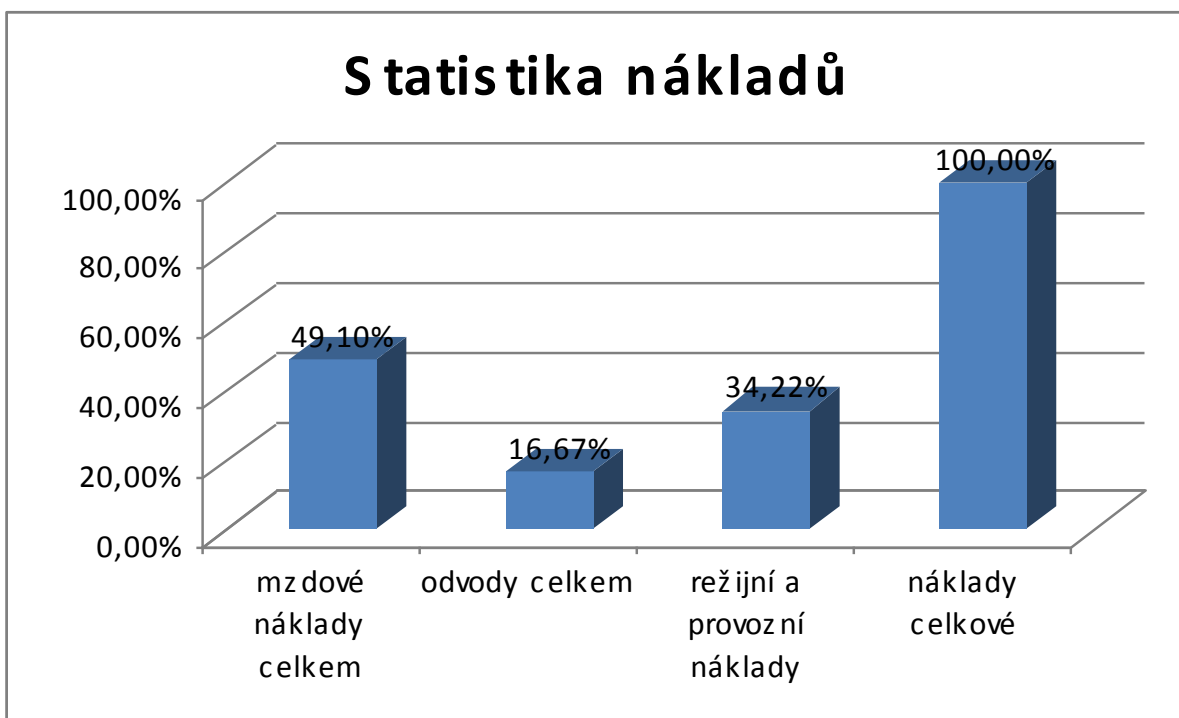
Tab. 11

Zařízení	Úvazky	Fond PD v hodinách	Mzdové náklady celkem	Hrubá mzda za 1 h	Odvody celkem	Odvody za 1 h	Režijní a provozní náklady	Režijní a provozní náklady za 1 h	Náklady celkové	Náklady za 1 hod	Náklady přímé práce za 1 hod (bez administrativy) - člověkohodiny ČLH	Poznámka
TP Olomouc SPR	5,1	10 221,2	N	0,0	N	0,0	N	0,0	0,0	0,0	0,0	3
KC Olomouc SPR	4,9	9 917,6	N	0,0	N	0,0	N	0,0	0,0	0,0	0,0	3
P-Centrum poradna	0,0	0,0	N	N	N	N	N	N	0,0	N	N	3
P-Centrum AL	2,1	4 149,2	635 994,0	153,3	209 439,0	50,5	303 567,0	73,2	1 149 000,0	276,9	454,2	
P-Centrum DC	4,8	9 715,2	1 269 958,0	130,7	435 735,0	44,9	1 192 563,9	122,8	2 898 256,9	298,3	461,9	
P-Centrum poradna pro AI	0,0	0,0	N	N	N	N	N	N	0,0	N	N	3
KC Uničov	3,0	6 072,0	N	0,0	N	0,0	N	0,0	0,0	0,0	0,0	3
KC Prostějov	3,5	7 084,0	N	0,0	N	0,0	N	0,0	0,0	0,0	0,0	3
KC Krédo Šumperk	2,6	5 262,4	797 724,0	151,6	279 204,0	53,1	329 172,0	62,6	1 406 100,0	267,2	408,7	
DC RESTART Darmoděj o.s.	1,7	3 474,5	N	0,0	N	0,0	N	0,0	0,0	0,0	0,0	3
TP Babylon Darmoděj,o.s.	0,0	0,0	N		N		N	N	0,0	N	N	3
KC Darmoděj,o.s.	2,7	5 414,2	N	0,0	N	0,0	N	0,0	0,0	0,0	0,0	3
TP Res-Sef Šumperk	0,0	0,0	N	N	N		N	N	0,0	N	N	3
KC Přerov kappa	4,3	8 703,2	871 452,0	100,1	286 708,0	32,9	755 718,6	86,8	1 913 878,6	219,9	286,5	25
TP Kappa-help	2,7	5 464,8	425 443,0	77,9	147 339,0	27,0	207 218,6	37,9	780 000,6	142,7	160,6	26
Programy SPP Prostějov NZDM	0,0	0,0	N	N	N	N	N	N	0,0	N	N	3
Ambulance adiktologie SPR Olom.	0,0	0,0	N	N	N	N	N	N	0,0	N	N	3
Celkem	37,3	75 478,3	4 000 571,0		1 358 425,0		2 788 240,2		8 147 236,2			
Celkem v %			49,10%		16,67%		34,22%		100,00 %			
Průměrná hrubá mzda			8 937,- Kč									

Graf 17



Graf 18



Legenda

- 1 ostatní = ošetření 48, reference 114, testy 11
- 2 ostatní = ošetření 248, reference 11, asistence 93, testy 61, internet pro klienty 618
- 3 data nejsou k dispozici
- 4 ostatní = soc.práce 9, asistence 2, testy 76
- 5 ostatní = soc.práce 380, asistence 2, jiné 26, testy 915
- 6 data k dispozici pouze ze závěrečné zprávy 2009, soc.práce 9, asistence 2, testy 76
- 7 ostatní = ošetření 56, testy 31, asistence 18
- 8 ostatní = reference 355, testy 31, ošetření 39, práce s klienty na pc 244, asistence 7
- 9 ostatní = 65 ošetření, 8 referencí, 9 asistencí, 28 testů
- 10 ostatní = sociální práce 26, testy 14, jiné: klub 23
- 11 ostatní = reference 4
- 12 ostatní = testy 30, asistenční služba 16, reference 12, zdravotní ošetření 57
- 13 data pouze k dispozici ze záv.zprávy 2009 ostatní = zdravotní ošetření 10, referencí 10, asistencí 10, testy 32
- 14 ostatní = asistenční služba 19, reference 17, první pomoc 2, zdravotní ošetření 98
- 15 ostatní = reference 501
- 16 data pouze k dispozici ze záv.zprávy 2009
- 17 Ekonomické a správní řízení projektu je zajištěno správou Sdružení Podané ruce, o.s., kde pracuje dalších 14 lidí, úvazek 0,5 je započítáván zde
- 18 Ekonomické a správní řízení projektu je zajištěno správou Sdružení Podané ruce, o.s., kde pracuje dalších 14 lidí, úvazek 0,55 je započítáván zde
- 19 externí pracovníci - přímá práce: jedná se o terapeuta zaměstnaného na DPČ na 6 měsíců, chybí údaje o délce supervize účtované na fakturu 2x
- 20 externí pracovníci - přímá práce: jedná se o terapeuta a sociálního pracovníka, chybí údaje o délce supervize účtované na fakturu 2x
- 21 nevykázána administrativa ani jiná nepřímá práce, tudíž jsou data o ČLH zkreslená, nelze tedy srovnávat s ostatními
- 22 k výpočtu počtu úvazků byl použit vážený průměr z důvodu restrukturalizace týmu během roku
- 23 při součtu úvazků jednotlivých pracovníků dojdeme k číslu 4,2, chyba mohla vzniknout zaokrouhlováním, externí nepřímá práce = tvorba webových stránek
- 24 dar je nepeněžitý, při součtu jednotlivých položek nehraje suma o 1 Kč, ostatní: MMR 1.003 Kč (v závorce SROP) prostředky EU 9.349 Kč, příjmy od klientů 192.535 Kč, prodej auta, vozíku.. 45.457 Kč
- 25 tyto nízké hodnoty jsou způsobeny především nižším finančním ohodnocením a nižšími odvody
- 26 tyto nízké hodnoty jsou způsobeny částečně nejnižším vykázaným finančním ohodnocením, nejnižšími odvody, nejnižšími provozními náklady

Doporučení

1. Vykazovat i data spojená s externími pracovníky - náklady, odvedenou práci přímou, nepřímou atd. Některé organizace pokrývají velkou část poskytovaných služeb právě externisty, ale nevykazují je ve svých rozpočtech (resp.spadají do provozních nákladů). Potom by náklady za 1 hodinu, režijní a provozní náklady za 1 hodinu a především člověkohodiny byly dost odlišné.
2. Přesněji vykazovat přímou i nepřímou práci. Právě proto jsme nemohli zakomponovat do vzorečků pro člověkohodiny a další.

3. Nutnost uvádět dobu trvání sezení poradenství (např. u KPM Uničov - k dispozici pouze průběžná, nikoli závěrečná zpráva).

Za neutěšenou lze považovat průměrnou hrubou mzdu odborného personálu ve službách, která je za rok 2007 9.937,-Kč oproti průměrné hrubé mzdě v Olomouckém kraji 17.981,- Kč. Takto propastný rozdíl mohl vzniknout neúplnými daty, protože za rok 2008 se tato situace v rozdílu hrubé mzdy mezi pracovníky adiktologických služeb a celokrajským průměrem nejeví tak dramaticky.

5.3.5 Statistika výkonů 2009

Tab. 12

Zařízení	Počet osob (uživatelů i neuživatelů)	Počet kontaktů	Počet poradenství	Poradenství do 30ti minut (intervence, infokontakt, osobní kontakt)	Intervence po telefonu, internetu, dopisování s vězni	Chráněné bydlení (v lůžkodnech)	Primární prevence - počet žáků/studentů	Primární prevence - počet vyučovacích hodin	Ostatní výkony	Poznámka
TP Olomouc SPR	798	2 631	122	1 448	242	N	N	N	382	1
KC Olomouc SPR	394	6 228	585	1 714	51	N	N	N	1 750	2
P-Centrum poradna	N	N	N	N	N	N	N	N	X	3
P-Centrum AL	N	N	N	N	N	N	N	N	X	3
P-Centrum DC	192	950	1 377	751	312	2 902	N	N	1 200	4
P-Centrum poradna pro AI	263		572	357	357	N	N	N	168	5
KPM Uničov - KPM Šternberk	130	3 270	578		11	N	N	N	285	6
KC & TP Prostějov	248	1 982	734	1 353	200	N	N	N	1 355	7
KC Krédo Šumperk	268	2 777	21	N	3	N	1333	104	83	8
DC RESTART Darmoděj o.s.	85	N	2 291	23	3	1 726	N	N	208	9
TP Babylon Darmoděj,o.s.	132	692	100	2	18	N	N	N	28	10
KC Darmoděj,o.s.	237	2 792		241	32	N	N	N	105	11
TP Res-Sef Šumperk	253	1 372	115	16		N	N	N	175	12
KC Přerov kappa	267	2 408	165	18	98	N	N	N	233	13
TP Kappa-help	394	1 546	290	2	294	N	N	N	622	14
Programy SPP Prostějov NZDM	N	N	N	N	N	N	630	122	N	
Ambulance adiktologie SPR Olom.	77	394	978	102	140	N	N	N	207	15
celkem	3 738	27 042	7 928	6 027	1 761	4 628	1 963	226	6 801	

5.3.6 Statistika práce 2009

Tab. 13

Zařízení	Počet člověkohodin	Fond PD na 1 úvazek	Fond PD v hodinách	Počet úvazků	Počet úvazků přímé práce	Počet úvazků nepřímé práce	Počet pracovníků na HPP včetně administrativy v hodinách	Externisti - přímá práce v hodinách	Externisti - nepřímá práce v hodinách	Pozn.
TP Olomouc SPR	296,419	2 008,000	8 072,160	4,020	2,970	1,050	9,000	20,000	N	16
KC Olomouc SPR	325,103	2 008,000	9 598,240	4,780	3,690	1,090	6,000	820,000	N	17
P-Centrum poradna	N	2 008,000	0,000	N	N	N	N	N	N	3
P-Centrum AL	N	2 008,000	0,000	N	N	N	N	N	N	3
P-Centrum DC	397,747	2 008,000	9 437,600	4,700	3,400	1,300	11,000	36,000	N	
P-Centrum poradna pro AI	306,854	2 008,000	5 522,000	2,750	1,950	0,800	12,000	36,000	N	
KC Uničov	0,000	2 008,000	6 024,000	3,000	*	*	3,000	30,000	N	18
KC Prostějov	432,835	2 008,000	5 220,800	2,600	1,670	0,930	5,000	24,000	N	
KC Krédo Šumperk	284,891	2 008,000	7 228,800	3,600	2,600	1,000	7,000	20,000	N	
DC RESTART Darmoděj o.s.	370,553	2 008,000	4 317,200	2,150	1,400	0,750	4,000	186,000	50,000	
TP Babylon Darmoděj,o.s.	0,000	2 008,000	4 216,800	2,100	1,850	0,250	4,000	36,000	N	
KC Darmoděj,o.s.	232,727	2 008,000	4 317,200	2,150	*	*	4,000	336,000	N	19
TP Res-Sef Šumperk	0,000	2 008,000	4 417,600	2,200	2,200		3,000	186,000	N	
KC Přerov kappa	269,126	2 008,000	7 028,000	3,500	2,300	1,200	8,000	1 857,200	N	
TP Kappa-help	264,784	2 008,000	3 815,200	1,900	1,400	0,500	5,000	50,000	N	
Programy SPP Prostějov NZDM	N	2 008,000	0,000	N	N	N	N	N	N	
Ambulance adiktologie SPR Olom.	N	2 008,000	0,000	N	N	N	N	N	N	3
Celkem			79 215,600	39,450	25,430	8,870	85,000	3 637,200	50,000	

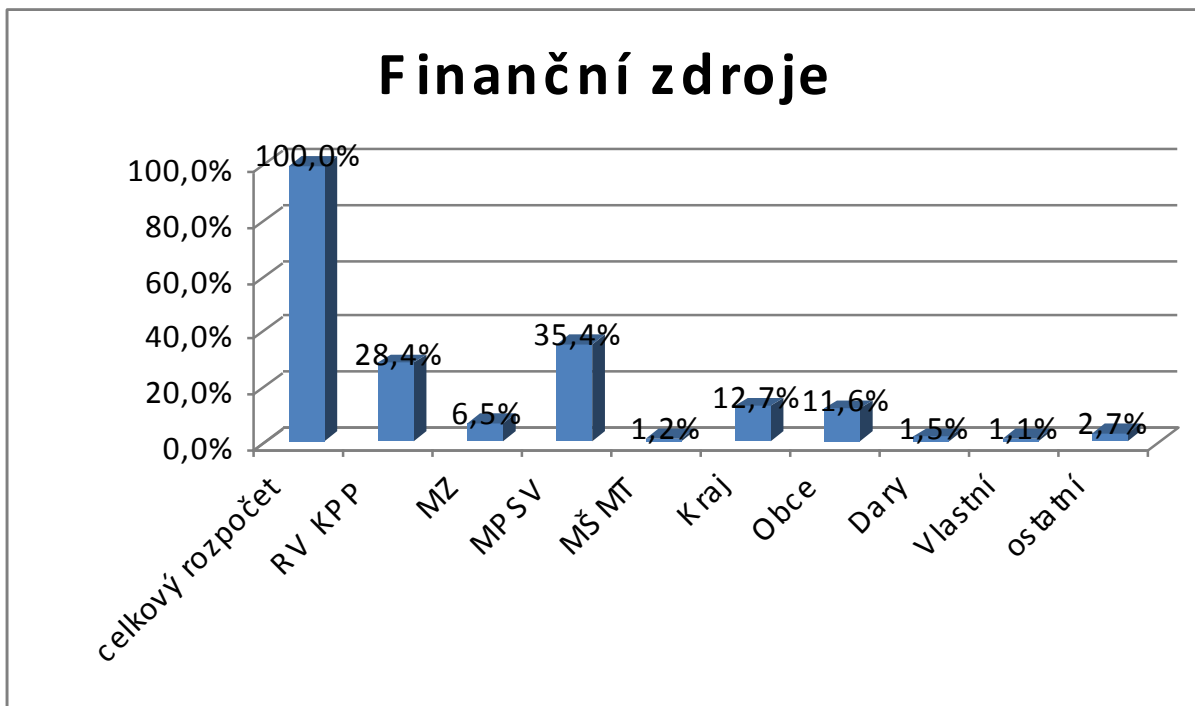
*není rozlišena přímá a nepřímá práce,

5.3.7 Statistika finančních zdrojů 2009

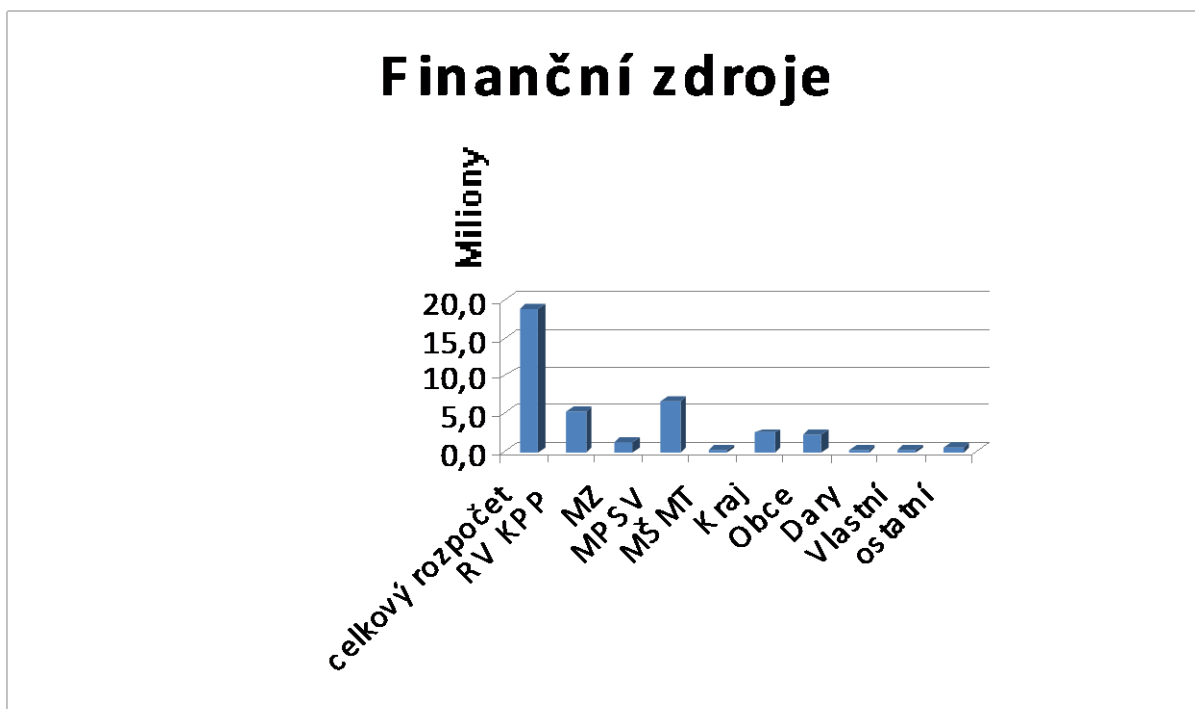
Tab. 14

Zařízení	Celkový rozpočet	RV KPP	MZ	MPSV	MŠMT	Kraj	Obce	Dary	Vlastní	Ostatní	Poznámka
TP Olomouc SPR	1 773 427,0	411 000,0	40 000,0	860 000,0		220 000,0	241 000,0	907,0	N	520,0	20
KC Olomouc SPR	2 664 947,0	658 000,0	50 000,0	1 199 250,0		350 000,0	200 000,0	157 697,0	N	50 000,0	21
P-Centrum poradna	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	3
P-Centrum AL	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	3
P-Centrum DC	2 729 814,5	1 207 000,0	850 000,0	N	N	250 000,0	232 500,0	28 042,6	7 184,8	155 087,0	22
P-Centrum poradna pro AI	1 212 565,0	491 000,0	80 000,0	310 000,0	N	200 000,0	100 000,0	18 623,0	12 942,0	N	
KC Uničov	971 333,0			725 000,0	N		62 000,0	5 000,0	4 333,0	175 000,0	
KC Prostějov	1 461 100,0	416 000,0	40 000,0	530 000,0	N	320 000,0	150 000,0	5 100,0	N	N	
KC Krédo Šumperk	1 493 055,0	575 000,0	N	N	N	230 000,0	613 145,0	N	74 910,0	N	
DC RESTART Darmoděj o.s.	1 110 621,0	186 000,0	N	650 000,0	N	100 000,0	22 000,0	60 000,0	92 466,0	155,0	
TP Babylon Darmoděj,o.s.	675 000,0		25 000,0	530 000,0	N	90 000,0	30 000,0	N	N	N	
KC Darmoděj,o.s.	1 082 926,4	406 000,0	40 000,0	365 000,0	N	200 000,0	70 000,0		390,0	1 536,4	
TP Res-Sef Šumperk	1 053 592,0	180 000,0	25 000,0	390 000,0	N	110 000,0	215 000,0	N	10 500,0	132 950,0	23
KC Přerov kappa	1 749 972,0	488 000,0	60 000,0	820 000,0	N	250 000,0	120 000,0	10 000,0	1 972,0	N	
TP Kappa-help	757 600,0	315 000,0	20 000,0	270 000,0	N	70 000,0	82 600,0	N	N	N	
Programy SPP Prostějov NZDM	N	N	N	N	230 000,0	N	N	N	N	N	24
Ambulance adiktologie SPR Olom.	50 000,0	N	N	N	N	N	50 000,0	N	N	N	
Celkem	18 785 952,8	5 333 000,0	1 230 000,0	6 649 250,0	230 000,0	2 390 000,0	2 188 245,0	285 369,6	204 697,8	515 248,4	
Celkem v %	100,0%	28,4%	6,5%	35,4%	1,2%	12,7%	11,6%	1,5%	1,1%	2,7%	
Pořadí		2.	5.	1.	8.	3.	4.	7.	9.	6.	

Graf 19



Graf 20

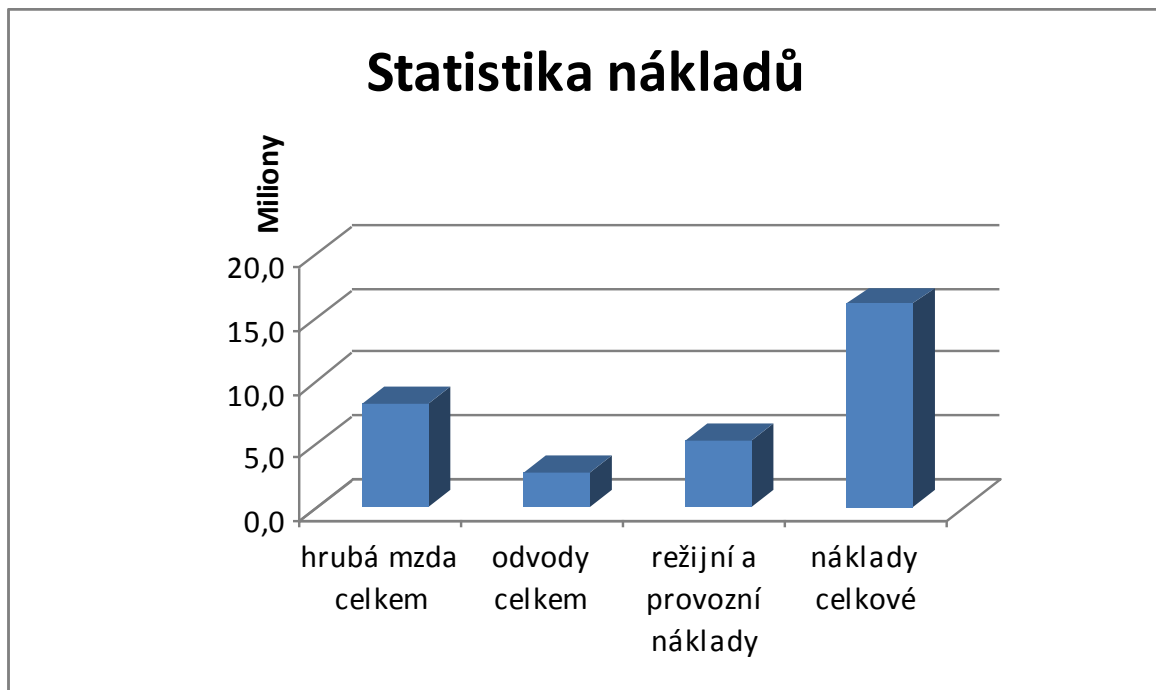


5.3.8 Statistika nákladů 2009

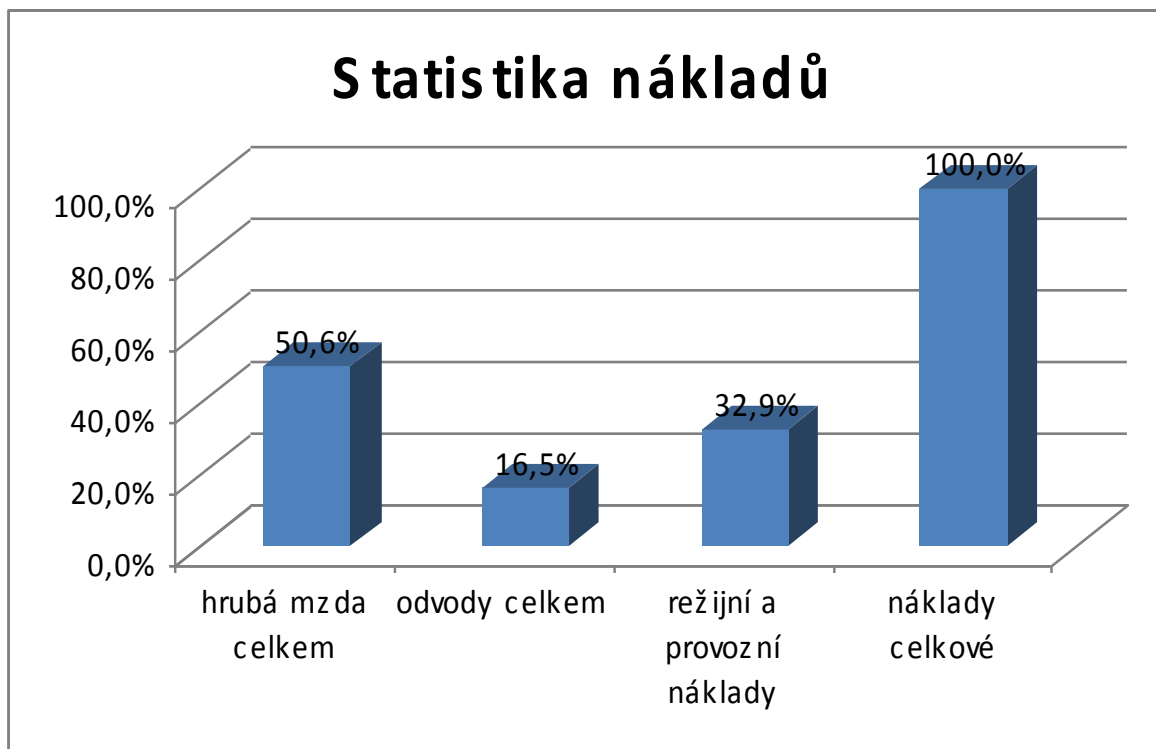
Tab. 15

zařízení	Úvazky	Fond PD v hodinách	Hrubá mzda celkem	Hrubá mzda za 1 h	Odvody celkem	Odvody za 1 h	Režijní a provozní náklady	Režijní a provozní náklady za 1 h	Náklady celkové	Náklady za 1 hod	Náklady přímé práce za 1 hod (bez administrativy) - člověkohodiny ČLH	po zn á m ka
TP Olomouc SPR	4,0	8 072,2	974 508,0	120,7	321 830,1	39,9	477 361,5	59,1	1 773 699,6	219,2	296,4	
KC Olomouc SPR	4,8	9 598,2	1 327 043,5	138,3	453 131,3	47,2	895 269,3	93,3	2 675 444,1	256,8	325,1	3
P-Centrum poradna	0,0	0,0							0,0			3
P-Centrum AL	0,0	0,0							0,0			3
P-Centrum DC	4,7	9 437,6	1 353 574,0	143,4	430 788,0	45,6	945 452,5	100,2	2 729 814,5	288,1	397,7	
P-Centrum poradna pro AI	2,8	5 522,0	715 953,0	129,7	234 746,0	42,5	261 866,0	47,4	1 212 565,0	218,2	306,9	
KC Uničov	3,0	6 024,0		0,0		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	3
KC Prostějov	2,6	5 220,8	660 677,0	126,5	234 898,3	45,0	566 263,2	108,5	1 461 838,5	278,7	432,8	
KC Krédo Šumperk	3,6	7 228,8	753 812,0	104,3	240 395,0	33,3	498 848,0	69,0	1 493 055,0	206,0	284,9	
DC RESTART Darmoděj o.s.	2,2	4 317,2	511 886,0	118,6	126 695,0	29,3	472 040,0	109,3	1 110 621,0	243,9	370,6	
TP Babylon Darmoděj o.s.	2,1	4 216,8		0,0		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	3
KC Darmoděj o.s.	2,2	4 317,2	539 585,0	125,0	161 851,0	37,5	381 490,0	88,4	1 082 926,0	232,7	232,7	
TP Res-Sef Šumperk	2,2	4 417,6		0,0		0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	3
KC Přerov kappa	3,5	7 028,0	861 799,0	122,6	291 667,0	41,5	589 285,0	83,8	1 742 751,0	196,1	269,1	
TP Kappa-help	1,9	3 815,2	425 430,0	111,5	144 650,0	37,9	187 520,0	49,2	757 600,0	196,0	264,8	
Programy SPP Prostějov NZDM	0,0	0,0							0,0			3
Ambulance adiktologie SPR Olom.	0,0	0,0							0,0			3
Celkem	39,5	79 215,6	8 124 267,5		2 640 651,7		5 275 395,5		16 040 314,7			
Celkem v %			50,6%		16,5%		32,9%		100,0%			
Průměrná hrubá mzda			17 139									

Graf 21



Graf 22



Legenda k tabulkám:

1. ostatní = ošetření 119, referencí 31, asistence 41, test 11, volnočasové aktivity 115, doučování 65
2. ostatní = ošetření 348, reference 26, asistence 81, testy 62, internet pro klienty 1233
3. data nejsou k dispozici
4. ostatní = soc.práce 414, asistence 4, jiné 25, testy 757
5. ostatní = soc.práce 55, asistence 6, testy 107
6. ostatní = ošetření 66, testy 53, sociální práce 138, asistence 28
7. ostatní = práce s klienty na pc 519, reference 254, testy 17, asistence 23, ošetření 211, pracovní terapie, arteterapie apod 312
8. ostatní = 74 ošetření, 2 reference, 6 asistencí, 1 test
9. ostatní = sociální práce 63, testy 89, asistence 7, jiné: klub 49
10. ostatní = testy 1, asistenční služba 16, reference 11
11. ostatní = testy 16, asistenční služba 20, zdravotní ošetření 69, reference 3
12. ostatní = ošetření 28, referencí 48, asistence 8, testy 91
13. ostatní = zdravotní ošetření 101, reference 129, asistenční služba 3
14. ostatní = reference 622
15. ostatní = soc.práce 207
16. Ekonomické a správní řízení projektu je zajištěno správou Sdružení Podané ruce, o.s., kde pracuje dalších 15 lidí, úvazek 0,41 je započítáván zde
17. Ekonomické a správní řízení projektu je zajištěno správou Sdružení Podané ruce, o.s., kde pracuje dalších 15 lidí, úvazek 0,49 je započítáván zde
18. nevykázána administrativa ani jiná nepřímá práce, tudíž jsou data o ČLH zkreslená, nelze tedy srovnávat s ostatními
19. nevykázána administrativa ani jiná nepřímá práce, tudíž jsou data o ČLH zkreslená, nelze tedy srovnávat s ostatními
20. suma finančních zdrojů Terénní práce s uživateli drog a Terénní práce s dětmi a mládeží
21. dary jsou materiálního charakteru
22. ostatní příjmy - příjmy od klientů z doléčovacího centra
23. suma jednotlivých položek je o 9859 Kč vyšší než vykázané celkové dotace. Způsobeno buď záměrnou záměnou nebo absencí kontroly
24. neuveden celkový rozpočet, jen zdroj od MŠMT

Fond PD 2008 bez svátků, 8h/den 2024 h

Fond PD 2009 bez svátků, 8h/den 2008 h

N – nesledováno, neznámo

Doporučení:

1. Některé organizace nejasně rozlišují data přímé práce s klienty mezi typy služeb, které provozují. Doporučujeme jasně rozlišovat.
2. Doporučujeme zlepšit kvalitu výkaznictví a zpracování závěrečných zpráv. Mezi organizacemi jsou značné rozdíly v kvalitě zpracování od velmi dobrých po nedostatečné. Pokud existuje jednotný formulář pro zpracování závěrečných zpráv včetně tabulek vyúčtování (viz RV KPP), měla by být uváděná data a údaje dostačující, zejména pokud jsou statistická data doplněna o slovní komentář – interpretaci dat. Bohužel ne všechny zprávy o činnosti obsahují požadované informace. Jako pozitivní se však jeví trend, kdy kvalita zpracování zpráv- co do úplnosti a výpovědní hodnoty- má za sledované období 2008 a 2009 vzestupnou tendenci. To především v oblasti popisovaného vývoje služeb tedy v textové části závěrečných zpráv a částečně i ve výkaznických tabulkách.
3. Doporučujeme spolupracovat na výkaznickém systému RV KPP UniData.

Poznámky:

1. Statistika nákladů, ze které lze spočítat náklad na 1 hodinu přímé práce je nekompletní, data chybí ve většině případů. V roce 2008 se podařilo vypočítat pouze u 5 (!) organizací, z nichž 2 výsledky jsou zkreslené, v roce 2009 u 10 organizací, což je sice lepší výsledek, ale na hlubší analytický rozbor stále nedostačující.

2. Za neutěšené poměry lze považovat průměrnou hrubou mzdu odborného personálu ve službách, která v roce 2008 činila 17.139,-Kč oproti průměrné hrubé mzdě v Olomouckém kraji 20.608,- Kč.

3. U organizací, kde bylo možné spočítat náklady na výkon přímé práce s klienty se pohybujeme v rozpětí od 264,- Kč do 432,- Kč, což lze považovat za velmi levné náklady. Pro srovnání lze uvést platby zdravotní pojišťovny např. srovnání terapeutické práce s rodinou, za 1h konzultace hradí pojišťovna 642,- Kč.

4. V Olomouckém kraji pracuje ve sledovaných službách 85 pracovníků na 39,5 úvazků. Tito pracovníci poskytovali služby 3 738 osobám. Znamená to v průměru, že pracovník na 1,0 úvazku měl v péči 94,6 klientů za rok, což je v průměru 7,8 klienta za měsíc.

5. Pořadí jednotlivých dotačních titulů na protidrogovou politiku Olomouckého kraje je následující: 1. MPSV (35,4 %), 2. RV KPP (28,4 %), 3. Olomoucký kraj (12,7 %), 4. Obce (11,6 %), 5. MZ (6,5 %), 6. Ostatní (2,7 %), 7. Dary (1,5 %), 8. MŠMT (1,2 %), 9. Vlastní prostředky (1,1 %). Pro vysvětlení kontextu je nutné dodat, že programy primární prevence užívání návykových látek a rizikového chování a dotací na tyto aktivity z rozpočtu MŠMT a z dalších zdrojů nebyly předmětem analýzy a nemáme tudíž kompletní data za všechny typy péče. Proto je nutné uvažovat o uváděných údajích jako o informaci, která ovšem není ucelená a sleduje významně oblast harm reduction a ambulantní péče především v nestátních neziskových organizacích. V malé míře se vyskytovala data o nízkoprahových službách pro děti a mládež a dílčích aktivitách primární prevence. Můžeme konstatovat, že v Olomouckém kraji dle uváděných dat v závěrečných zprávách organizací se docela významným způsobem podílejí na financování organizací obce a města. Dokonce ve větší míře než Ministerstvo zdravotnictví. Na tomto místě bychom chtěli doporučit posílení finančních prostředků z Olomouckého kraje a Ministerstva zdravotnictví.

6. Obtížným úkolem pro sestavení ucelené analýzy se ukazuje zadání a rozsah analýzy, kdy není možné postihnout data z oblasti zdravotnických zařízení typu residenční péče nebo AT ordinací, případně jiných služeb. Taková komplexní analýza by vyžadovala mnohem více času (min 8 – 12 měsíců), využití další metodologie, např. semistrukturované rozhovory, focus groups etc. a také mnohem vyšší finanční náklady.

5.4 Závěrečné výstupy a doporučení.

1. Poptávka po jednotlivých službách má, jak vyplývá z výše uvedených interpretací mírně vzrůstající tendenci (drobná diferenciacie je sice patrná mezi TP a KC, avšak tato situace je interpretována výše v textu a také v Grafu 3), kterou procentuálně vyjadřuje, stejně jako rozložení poptávky po jednotlivých službách, tabulka 16.

Tabulka 16 – demonstrováno na ukazateli „počet klientů“

	2007	%	2008	%	2009	%
Ambulantní léčba	196	6,52	216	6,55	263	6,61
Doléčování	126	4,19	197	5,97	277	6,96
Práce ve vězení	205	6,82	225	6,82	390	9,80
Terénní programy	840	27,94	1 136	34,45	1 561	39,22
Kontaktní centra	1 639	54,52	1 524	46,21	1 489	37,41
CELKEM	3 006	100	3 298	100	3 980	100

- Služby v síti služeb pro uživatele drog Olomouckého kraje jsou schopny do určité míry reagovat na poptávku přizpůsobováním programů, nebo vývojem nových specializovaných aktivit.
- Z analýzy závěrečných zpráv poměrně znatelně vystupuje záchyt uživatelů kanabinoidů. Tito klienti se objevují zejména v terénních službách. Není zatím citelná žádná konkrétní poptávka, nicméně situace vybízí k zamyšlení nad vývojem programu, který by těmto klientům měl co nabídnout. Služby prevence, nebo služby pro uživatele drog, chcete-li, jsou primárně intervencí společnosti. Proto nelze čekat, a nebylo tomu jinak při tvorbě ostatních programů v této oblasti, že specifické cílové skupiny přijdou s konkrétní poptávkou po konkrétním programu. Čili vytvořit a ověřit poptávku.
- SWOT analýza, která je přílohou dokumentu s názvem „Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2005 – 2010“ zmiňuje jako jedinou oblast týkající se poptávky po službách „V Olomouckém kraji chybí specializované rezidenční zařízení pro mladistvé uživatele návykových látek, pro výkon ústavní ochranné protialkoholní a protitoxikomanické léčby“. Tato potřeba však není nijak významně zmiňována poskytovateli služeb v jejich zprávách o činnosti. Dalo by se předpokládat, že „akutní potřeba“ se bude manifestovat v podobě stížností na absenci. Těchto jsem se však nedopátral. Nicméně bude jistě důležité poptávku po této službě detailněji prověřit a vzhledem k povaze služby brát v úvahu kontext celé ČR.
- Rozmanitost, rozložení a nastavení služeb pro uživatele drog v Olomouckém kraji jsou skvělým nástrojem pro detailní sledování poptávky. Pro kvalitní a vždy aktuální nastavení sítě služeb bude velmi důležité respektovat výstupy z tohoto zdroje a dostatečně podporovat aktivity vycházející z konkrétní poptávky.
- Síť služeb pro uživatele drog Olomouckého kraje má zjevně potenciál samostatného a sebereflektujícího organismu, který, pokud je dostatečně vyživován, dokáže se sám přizpůsobovat aktuálnímu prostředí, v našem případě poptávce po službách.

7. Jak vyplývá z popisu výše (5.1), je síť služeb v Olomouckém kraji relativně hustá. V rámci nízkoprahových programů (5.1.1) jsou služby dostupné v různých modalitách (terénní práce a kontaktní centra), přičemž jednotlivé programy jsou od sebe vzdáleny v průměru cca 20-30 km. V oblasti nízkoprahových služeb lze tedy hovořit o dobré dostupnosti.
8. Slabým místem sítě služeb se z hlediska dostupnosti jeví služby ambulantní péče (5.1.2), které jsou poskytovány pouze v Olomouci.
9. Oblast popsaná v odstavci (5.1.3) jako další léčebné programy je v rámci této analýzy nehodnotitelná, protože z uvedených služeb byla poskytnuta minimální, resp. žádná data.
10. V síti služeb pro uživatele drog figurují ještě další typy pomoci, jako např. detoxifikace nebo léčba na psychiatrické klinice. Data z těchto programů nebyla zhotoviteli poskytnuta a zhotovitel rovněž nenašel mechanismus, jak potřebné údaje zajistit. Těžištěm této potíže se zdá být skutečnost, že tyto programy pracují ve zdravotnickém režimu jak ve financování, tak ve výkaznictví. Bylo by vhodné, aby Krajský úřad disponoval metodikou získávání a statistickému zpracování těchto dat.
11. Jiné typy programů s přesahy do drogové problematiky (např. NZDM apod. (5.1.4)), nebo specifickou drogovou, leč primárně preventivní činností nebyly předmětem této analýzy, avšak je nutné registrovat jejich existenci a některou z dalších studií zaměřit i tímto směrem. V souvislosti s NZDM jsou patrné náznaky propojenosti na drogovou scénu, které si z kusých informací nedovolujeme interpretovat, nýbrž jen takto zmínit.
12. Analýza výkaznictví v závěrečných zprávách, i přes existenci dokumentu „Seznam a definice výkonů drogových služeb“ (NMS, RVKPP 2006) který stanoví metodiku vedení a vykazování dat, ukazuje na drobné nejasnosti v této oblasti. Zejména je toto patrné při globálnějším pohledu a průřezově mezi jednotlivými zařízeními, ještě lépe pak konfrontací se znalostí vykazování dalších zařízení v ČR zhotovitelů této analýzy. Konkrétní výstupy si nedovolujeme zveřejňovat, neboť by potřebovaly důkladnější analýzu, která není předmětem této studie, a mohly by někoho neprávem nařknout. Tato potíž je citelná i na celorepublikové úrovni. Jednou z významných potíží je skutečnost, že součet „klientů“ není součtem osob, nýbrž součtem „výskytů klienta“ v každé službě. Tedy pokud 1 klient je klientem KC i TP, je jako klient, tedy 1 jednotka v této položce, vykazován oběma programy. Tedy jeden „člověk“ se dostává do statistik jako 2 „klienti“. Toto je okolnost, která může významně ovlivnit pohledy na obsazenost služeb. Mechanismus centrálního sběru dat zatím neumožňuje konfrontaci výskytů klientů průřezově mezi zařízeními, čímž je tento nedostatek

v podstatě obhájen a nezbyvá nic jiného než vést v patrnosti, jakým mechanismem se ve vykazování dobíráme konečných údajů. Je také dost možné, že v rámci některých zařízení však lze popsanou dualitu „odhalit“ a zohlednit ji ve výkazech (např. v zařízeních provozovaných jednou organizací). Pravdou však zůstává, že pokud se tak děje, tak rozhodně bez centrální koordinace. Tento bod nemá být kritikou, nýbrž výzvou k aktivitám vedoucím k dalším krokům směrem ke zdokonalení výkaznictví, a to i na republikové úrovni.

6. Seznam zkratk:

AT	Alkohologicko-toxikologické, označení zdravotnických pracovišť specializovaných na léčbu uživatelů alkoholu a jiných návykových látek vycházející z díkce zák. č. 37/1989 o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomániemi.
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti
KC	Kontaktní centrum
KÚ	Krajský úřad
MP	Městská Policie
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NL	Návykové látky.
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
NNO	Nestátní neziskové organizace
NZDM	Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
OK	Olomoucký kraj
OPL	Omamné a psychotropní látky
ORP	Obec s rozšířenou působností
PČR	Policie ČR
PL	Psychiatrická léčebna
PMS	Probační a mediační služba
PUD	Problémový uživatel drog
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
SL	Substituční léčba
TP	Terénní program
UD	Uživatel drog

7. Literatura

Bryman (2001) Social Research Methods, Londýn, Oxford University Press.

Csémy, L., Chomynová, P. a Sadílek, P. (2009) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007, Praha: Úřad vlády České republiky.

Český statistický úřad (2009) Počet obyvatel podle pohlaví a věku (stav k 31. 7. 2009) – Olomoucký kraj, http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/4027-08-1998_az_2007

EMCDDA (2008) Cannabis. In: EMCDDA: Drug Situation in European Union, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index63335EN.html>

Gossop, M. (2000) Living with Drugs. London: Ashgate Publishing Ltd.

Hartnoll, R. (1992) Research and the help-seeking process, British Journal of Addiction 3/3, 429-437.

Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Neolez, B. a Stimson, G. (2003) A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use, <http://forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>

Kalina, K. (1993) Koncepce a program protidrogové politiky 1993 – 1996, Ed. Praha: Ministerstvo vnitra ČR.

Lejčková, P., Mravčík, V. & Radimecký, J. (2004) Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích ČR: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu, ISBN 80-86734-14-5, Praha: Úřad vlády ČR.

Lynch, J.W., Kaplan, G.A. a Salonen, J.T. (1997) Why do poorer people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychological characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse (Proč se chudší lidé chovají více rizikově? Variace na téma chování dospělých v otázkách zdraví v kontextu psychologických charakteristik podle stádií socio-ekonomické životní úrovně), Social Science and medicine 44, str. 809-819.

Miovský, M. a kol. (2008) Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium, Praha, Grada.

Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orliková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Kiššová, L., Běláčková, V., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2009) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky.

Národní protidrogová centrála (2010) Výroční zpráva 2009, <http://www.policie.cz/clanek/vyrocnizpravy-annual-reports.aspx>

Radimecký, J., Janíková, B. a Zábranský, T. (2009) Trendy na drogové scéně v ČR - Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů: Závěrečná zpráva, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Praha: Úřad vlády ČR.

Rhodes, T. (1999) Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe, Sdružení Podané ruce, Brno, Nakladatelství Albert, Boskovice.

Stimson, G. (1995) AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. Social Science and Medicine 699-716.