



Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2011 - 2014

Zpracovali: Mgr. Zuzana Starostová

PhDr. Ladislav Spurný - oblast primární prevence

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Předmluva | 3 |
| 2 | Strategické dokumenty Olomouckého kraje | 5 |
| 3 | Protidrogová politika na počátku 21. století | 6 |
| 3.1 | Mezinárodní úroveň | 6 |
| 3.2 | Národní úroveň | 6 |
| 3.2.1 | Ochrana veřejného zdraví..... | 6 |
| 3.2.2 | Ochrana jednotlivců a společnosti..... | 7 |
| 4 | Krajská úroveň | 8 |
| 4.1 | Olomoucký kraj - vybrané demografické a socioekonomické ukazatele | 8 |
| | Nezaměstnanost..... | 10 |
| | Hrubý domácí produkt | 10 |
| | Mzdy..... | 10 |
| 4.2 | Olomoucký kraj – protidrogová prevence | 11 |
| 4.2.1 | Oblast primární prevence..... | 13 |
| 4.2.2 | Oblast snižování rizik, léčby, následné péče a sociálního začleňování | 20 |
| 4.3 | Strategické cíle Strategického protidrogového plánu Olomouckého kraje | 22 |
| 4.3.1 | Dílčí cíle Strategického protidrogového plánu Olomouckého kraje | 22 |
| 4.4 | Specifikace sítě poskytovatelů služeb pro uživatele drog | 23 |
| 4.4.1 | Nizkoprahová kontaktní a poradenská centra a terénní programy zaměřené na aktivní uživatele drog | 24 |
| 4.4.2 | Služby ambulantní léčby a resocializace | 25 |
| 4.4.3 | Další léčebné programy | 26 |
| 4.4.4 | Jiné služby | 26 |
| 4.5 | Oblast výzkumu a mapování drogové situace v Olomouckém kraji | 26 |
| 4.6 | Technicko – organizační zajištění protidrogové prevence | 27 |
| 4.6.1 | Koordinace protidrogové politiky Olomouckého kraje..... | 27 |
| | Jedním z důležitých cílů v oblasti koordinace pro odcházející období je prohloubení spolupráce s obcemi Olomouckého kraje..... | 28 |
| 4.6.2 | Financování protidrogové prevence v Olomouckém kraji | 28 |
| 4.6.3 | Mezinárodní spolupráce | 31 |
| | PŘÍLOHA - SWOT ANALÝZY PRACOVNÍCH SKUPIN..... | 32 |
| | PŘÍLOHA V - SLOVNÍČEK ZKRATEK | 35 |
| | SLOVNÍČEK CIZÍCH A ODBORNÝCH SLOV | 36 |
| | SEZNAM VÝCHOZÍ LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ | 43 |

1 Předmluva

Užívání drog představuje pro lidské společenství poměrně značný problém s výrazným dopadem na zdraví a kvalitu života nejen uživatelů drog a jejich blízkých, ale i celé společnosti.

Představuje rizika na centrální, regionální i místní a mezinárodní úrovni.

Negativně ovlivňuje udržitelný rozvoj, politickou stabilitu a demokratické instituce, ohrožuje bezpečnost států a právo.

Všechny členské státy Evropské unie vycházejí uplatňují vyvážený přístup ke snižování nabídky drog a poptávky po drogách a ve své protidrogové politice upevňují hodnoty, na kterých je Evropská unie založena.

Česká republika proto aktivně provádí a podporuje na svém území i v mezinárodní spolupráci důslednou protidrogovou politiku.

V průběhu posledních let se v České republice podařilo udržet relativně stabilní situaci v počtu problémových uživatelů nelegálních drog. Na nízké úrovni se podařilo udržet výskyt zdravotních následků užívání drog – infekčních onemocnění i úmrtí. Podařilo se také udržet základní síť programů a služeb v primární, sekundární a terciární prevenci zneužívání drog a zavést systém ověřování jejich odborné způsobilosti.

Oblast služeb pro uživatele drog je v současné době ohrožena poklesem finanční podpory z veřejných rozpočtů.

Nepodařilo se také snížit dostupnost nejčastěji užívaných drog v obecné populaci, zejména konopných drog. Také v užívání alkoholu se situace od 90. let mezi mladými lidmi v České republice bohužel nezlepšila.

Dosavadní poznatky ukazují, že Česká republika je přinejmenším schopna úspěšně čelit největším hrozbám komplexního drogového fenoménu. Závažná oblast problémového užívání nelegálních drog je v České republice do značné míry pod kontrolou, což je stav příznivý i v kontextu Evropské unie.

I zde se však objevují nová nebezpečí spojená s šířením kokainu, syntetických drog nebo s rizikovými trendy v marginalizovaných sociálních skupinách (Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018, Praha 2010).

Udržení příznivých ukazatelů i změny v nepříznivém vývoji drogové situace lze dosáhnout jen společným a koordinovaným postupem, založeném na formální i neformální spolupráci subjektů, do jejichž působnosti problém užívání drog zasahuje na všech úrovních veřejné správy a společnosti. Nelze pominout ani zapojení občanské společnosti do řešení drogové problematiky.

Některé principy a zásady, které se v protidrogové politice ČR uplatňovaly od začátku 90. let 20. století, byly ukotveny v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. V České republice kontrolované omamné a psychotropní látky (dále jen OPL) a přípravky je obsahující, jsou definovány v zákoně č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně souvisejících zákonů (příloha 1–8 zák.).

V Národní strategii 2010-2018 jsou pod pojem drogy zahrnuty omamné a psychotropní látky dle výše uvedeného zákona, látky běžně dostupné (organická rozpouštědla a další těkavé látky) a návykové látky naší společností vysoce

tolerované a veřejně propagované (alkohol a tabák – tzv. legální drogy). Problematika alkoholu a tabáku je v České republice na strategické úrovni řešena také v jiných strategických dokumentech, především v Dlouhodobém programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století.

Užívání návykových látek je komplexní a mnohvrstevný jev s celou řadou vzájemně se ovlivňujících potencionálních rizik pro jedince i pro společnost.

Jde zejména o jeho negativní sociální, zdravotní, trestněprávní, bezpečnostní a ekonomické dopady, které nepříznivě ovlivňují zdravý vývoj jednotlivců i společnosti ve všech uvedených aspektech.

Jedním z cílů této strategie je aktivní zapojení co největší části společnosti do činností, které podporují zlepšení situace.

Udržení příznivých ukazatelů i změny v nepříznivém vývoji drogové situace lze dosáhnout jen společným a koordinovaným postupem, založeným na formální i neformální spolupráci subjektů, do jejichž působnosti problém užívání drog zasahuje na všech úrovních veřejné správy a společnosti (Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018, Praha 2010).

Pro přijímání rozhodnutí na národní, krajské a místní úrovni jsou velmi důležitá validní, včasná a srovnatelná data o rozsahu a dopadech užívání drog, která jsou zajišťována monitoringem, výzkumem a evaluací.

Na základě objednávky Olomouckého kraje byla proto v roce 2010 občanským sdružením PROADIS (Propojené adiktologické služby) zpracována studie Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje s cílem popsat a analyzovat drogovou scénu v jednotlivých částech kraje a stávající síť služeb a jejich cílových skupin (potenciálních) klientů.

Organizačními aktivitami veřejné správy jsou zejména koordinace a financování.

Klíčovými odbornými partnery institucí veřejné správy v otázkách protidrogové politiky na všech úrovních jsou odborné společnosti, nestátní neziskové organizace, výzkumné instituce a vysoké školy.

Zájmy odborné společnosti, nestátního a akademického sektoru jsou zastupovány prostřednictvím členství jejich reprezentantů v Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky a poradních a pracovních orgánech Rady a pracovních skupinách sekretariátu Rady a Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti.

Podobně jako předchozí dokument, i Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2011 – 2014 vychází z Národní strategie protidrogové politiky, snaží se postihnout zejména specifika Olomouckého kraje i jednotlivých regionů v kraji.

Na jeho přípravě se podílely dvě pracovní skupiny:

- pracovní skupina primární prevence
- pracovní skupina snižování rizik, léčby, doléčování a sociálního začleňování

Obě skupiny měly svého koordinátora a řešily specifickou problematiku z oblasti drogové prevence. Byli v nich zastoupeni odborníci z různých regionů Olomouckého kraje.

Základní metodou práce jednotlivých pracovních skupin byla SWOT analýza, založená na určení slabých a silných stránek, příležitostí a hrozeb krajské protidrogové politiky.

Realizace protidrogové politiky Olomouckého kraje záleží na spolupráci všech dotčených subjektů – odborníků, krajské a místních samospráv a realizátorů protidrogové prevence v praxi.

Předkladatelé děkují všem spolupracujícím institucím, organizacím a odborníkům, kteří se podíleli na tvorbě tohoto dokumentu.

2 Strategické dokumenty Olomouckého kraje

Protidrogová politika Olomouckého kraje vychází z Národních strategických dokumentů České republiky, zejména z nejnovější Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 (usnesení vlády ČR č. 340 ze dne 10. 5. 2010). Tento dokument je zveřejněn na webových stránkách vlády České republiky¹.

Dalšími významnými dokumenty, se kterými Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje úzce souvisí, jsou:

- Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje (Závěrečná zpráva, Praha 2010).
- Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2011 - 2014 (2010)
- Programové prohlášení Rady Olomouckého kraje pro období 2008 - 2012 (2009)
- Program rozvoje územního obvodu Olomouckého kraje (2006) - poslední aktualizace tohoto dokumentu byla schválena Zastupitelstvem Olomouckého kraje dne 17. 2. 2006
- Akční plán realizace prevence kriminality Olomouckého kraje na období 2009 – 2011 (2008)

Veškeré dokumenty Olomouckého kraje jsou k dispozici na internetových stránkách Olomouckého kraje².

¹ http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/dokumenty/Narodni_strategie_protidrogove_politiky_2010-2018_pro_jednani_vlady.pdf

² <http://www.kr-olomoucky.cz>

3 Protidrogová politika na počátku 21. století

3.1 Mezinárodní úroveň

Na mezinárodní úrovni je do problematikou drog zabývá Rada Evropy prostřednictvím kooperační skupiny Pompidou Group, která vytváří platformu pro spolupráci a výměnu informací mezi evropskými ministry, státními úředníky, odborníky a jinými kvalifikovanými osobami.

Cílem její činnosti je zlepšit systém sběru dat v Evropě, monitorovat nové trendy a problémy, na jejichž podkladu budou definovány akční plány, stimulovat výměnu znalostí a zkušeností mezi politiky i profesionály a podporovat komplexní řešení drogového problému na národní, regionální a místní úrovni.

Stávající drogová politika EU je definována na základě příležitostí vyplývajících z Amsterdamské úmluvy, kde jsou hlavními prioritami v oblasti drogové politiky ochrana veřejného zdraví a potírání organizovaného zločinu zapojeného do nezákonného obchodu s drogami.

Česká republika se svojí protidrogovou politikou hlásí mimo jiné k mezinárodním úmluvám Organizace spojených národů o drogách, k Politické deklaraci o základních principech snižování poptávky po drogách Zvláštního zasedání Valného shromáždění OSN z června 1998, k Politické deklaraci a Akčnímu plánu o mezinárodní spolupráci vedoucí k vytvoření komplexní a vyvážené strategie v rámci boje proti světovému problému drog (Komise pro narkotika OSN, březen 2009), k závěrům Dublinské konference o podobě budoucí protidrogové strategie Evropské unie – Cesta vpřed z května 2004 a k programu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 navazuje na cíle a opatření Protidrogové strategie Evropské unie na období 2005-2012 a Protidrogového akčního plánu Evropské unie na období 2009-2012.

3.2 Národní úroveň

Česká republika při řešení problému užívání drog vychází z konceptu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století, podle něhož užívání drog je problémem ohrožujícím veřejné zdraví.

Protidrogová politika ČR vychází tedy ze dvou základních konceptů, které se vzájemně doplňují:

3.2.1 Ochrana veřejného zdraví

Koncept ochrany veřejného zdraví, definovaný Světovou zdravotnickou organizací, staví na komplexu preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních opatření, včetně opatření vymáhání práva (zaměřené na omezení dostupnosti a distribuce drog a dodržování zákonů), a dalších, jež mají za cíl zlepšovat zdravotní, sociální, ekonomické, bezpečnostní a trestněprávní podmínky,

kteřé ovlivňují zdravý vývoj jednotlivce i společnosti. Ochrana a podpora veřejného zdraví je také předmětem zájmu Evropské unie a je ukotvena v Lisabonské smlouvě.

Ochrana veřejného zdraví je charakterizovaná komplexním řešením specifických problémů, tzn. že se zaměřuje na ovlivnění souvisejících zdravotních, sociálních, ekonomických a demografických rizikových faktorů.

3.2.2 Ochrana jednotlivců a společnosti

Výroba, distribuce a neautorizované nakládání s ilegálními drogami jsou nezákonné jevy, se kterými je spojen výskyt kriminálního chování.

Jako účinný, směřující k řešení problémů spojených s užíváním drog, uznává vláda České republiky komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Tedy takový, který vychází ze široké celospolečenské, mezirezortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních.

Národní strategie 2010 - 2018 nezanedbává důležitou oblast nelegálních drog, nýbrž klade zvýšený důraz na začlenění problematiky legálních drog do protidrogové politiky státu.

Od 90. let mezi mladými lidmi v ČR nezlepšila, což je vzhledem k relativně vysoké míře užívání alkoholu (včetně rizikových vzorců užívání alkoholu v nadměrných množstvích) varující údaj. Proto je v dalším období třeba věnovat zvláštní pozornost cíleným a systematickým preventivním opatřením vedoucím ke snížení poptávky po legálních i nelegálních drogách zejména u nejohroženějších cílových skupin mladistvých a mladých dospělých.

Udržení příznivých ukazatelů i změny v nepříznivém vývoji drogové situace lze dosáhnout jen společným a koordinovaným postupem založeným na spolupráci subjektů.

Hlavními prioritami jsou předcházení a snižování potenciálních zdravotních a sociálních rizik a dopadů spojených s užíváním drog pro jednotlivce a pro společnost a potírání organizovaného zločinu zapojeného do nezákonného obchodu s drogami

Hlavní principy protidrogové politiky v následujícím období jsou multidisciplinární, mezirezortní, mezisektorová spolupráce na všech úrovních, dosažitelné a měřitelné cíle, vyvážené uplatňování strategií snižování poptávky po drogách, snižování nabídky drog, minimalizace rizik spojených s užíváním drog (harm reduction) a využívání výzkumem ověřených metod

Poradní, koordinační a iniciační orgán vlády České republiky v otázkách protidrogové politiky je **Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky** (dále jen „RVKPP“).

Rada předkládá vládě návrhy opatření a aktivit protidrogové politiky, koordinuje a vyhodnocuje jejich realizaci a provádí na všech úrovních kontrolu plnění úkolů vyplývajících z národní strategie a z akčních plánů. Rada doporučuje k financování programy protidrogové politiky realizované na centrální a místní úrovni. Rada rovněž garantuje systém zabezpečení kvality programů prevence a snižování rizik užívání drog, léčby a sociálního začleňování uživatelů drog a závislých na drogách. Rada dále koordinuje zapojení České republiky do mezinárodních a evropských záležitostí v drogové problematice.

Pro zajišťování uvedených činností má RVKPP k dispozici sekretariát, který je organizačně začleněn do Úřadu vlády České republiky. Sekretariát RVKPP odpovídá

za přípravu strategických dokumentů protidrogové politiky, jejich praktickou implementaci a každodenní koordinaci protidrogové politiky mezi jednáními Rady, za financování programů protidrogové politiky, za certifikaci odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog a mezinárodní spolupráci. Sekretariát RVKPP dále organizačně zajišťuje činnost dalších nástrojů koordinace a realizace drogové politiky a monitorování situace v oblasti drog, kterými jsou výbory a pracovní skupiny.

RVKPP dále koordinuje sběr, analýzu a distribuci dat o užívání drog, o jeho dopadech a o realizovaných opatřeních protidrogové politiky. Tuto činnost zajišťuje prostřednictvím Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, které je organizační součástí sekretariátu RVKPP. Monitorovací středisko koordinuje a metodicky podporuje činnost resortů a dalších subjektů.

Monitorovací středisko dále je českým národním partnerem decentralizované agentury Evropské unie pro monitorování drog – Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost a českým partnerem sítě REITOX, zřízené a podporované národními vládami a Evropskou unií s cílem monitorovat situaci v oblasti psychotropních látek.

4 Krajská úroveň

4.1 Olomoucký kraj - vybrané demografické a socioekonomické ukazatele

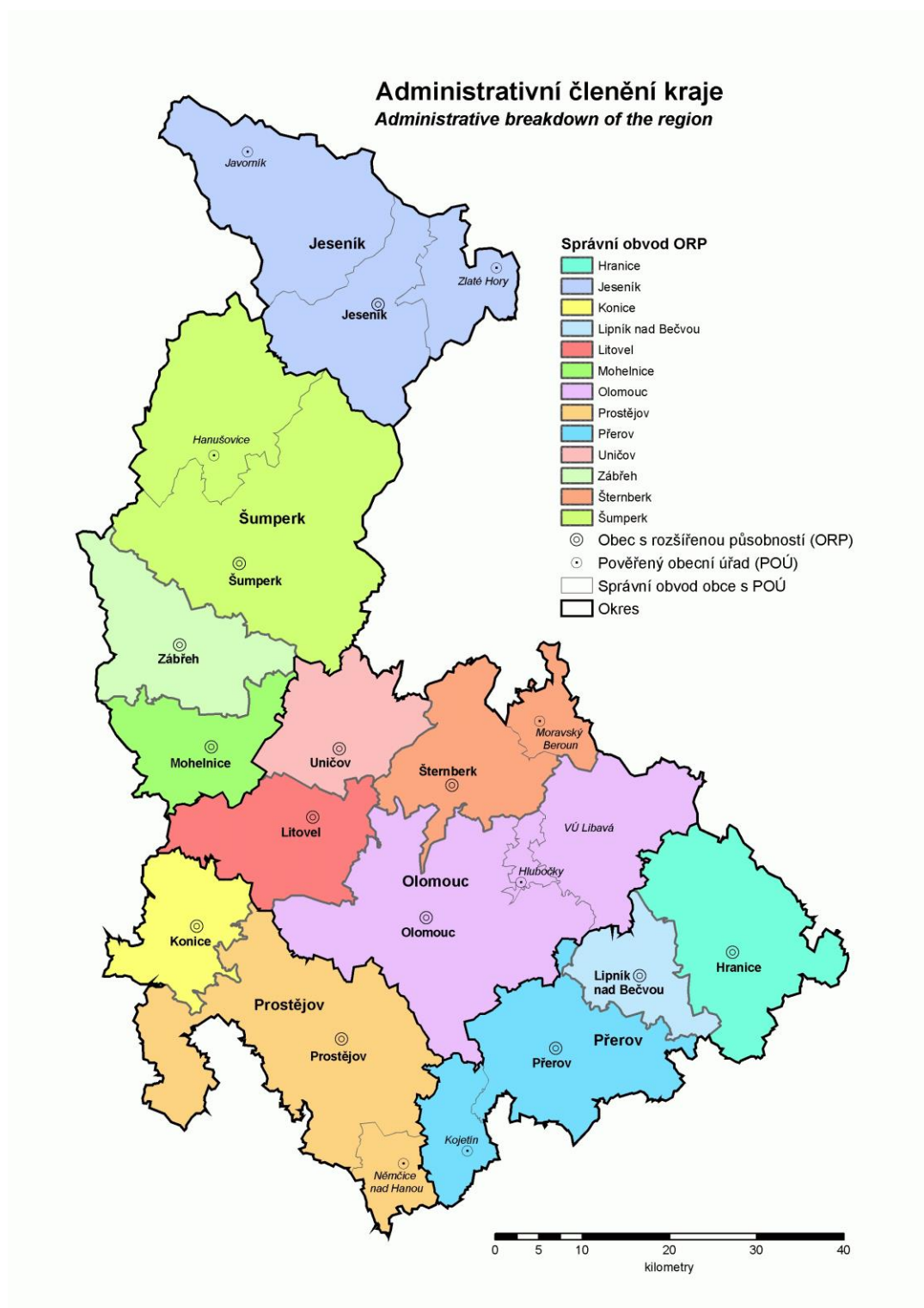
Olomoucký kraj se rozkládá ve střední části Moravy a zasahuje i do její severní části. Celková výměra kraje 5 267 km² tvoří 6,7% z celkové rozlohy České republiky. Svou rozlohou se řadí k menším regionům, zaujímá osmé místo mezi 14 kraji v ČR. Olomoucký kraj má na severu 104 km dlouhou mezistátní hranici s Polskem, na východě sousedí s Moravskoslezským krajem, na jihu se Zlínským a Jihomoravským krajem a na západě s krajem Pardubickým.

Geograficky je kraj členěn na severní hornatou část s pohořím Jeseníky s nejvyšší horou Praděd (1 492 m n. m.). Jižní část kraje je tvořena rovinatou Hanou. Územím kraje protéká řeka Morava, na jejíž hladině u Kojetína v okrese Přerov je nejnižší položený bod kraje (190 m n. m.)

Administrativní členění kraje

Olomoucký kraj je tvořen územím 5 okresů – Jeseník, Olomouc, Prostějov, Přerov a Šumperk. Z hlediska územně-správního tvoří spolu se Zlínským krajem Region soudržnosti NUTS II – Střední Morava.

Na území Olomouckého kraje bylo stanoveno 13 správních obvodů obcí s rozšířenou působností a 20 správních obvodů obcí s pověřeným obecním úřadem.



Struktura a počet obyvatel

Olomoucký kraj je počtem 642 041 obyvatel (k 31. 12. 2009) šestý nejlidnatější mezi 14 kraji v České republice, tj. 6,1% z celkového počtu obyvatel České republiky. Průměrný věk obyvatel v Olomouckém kraji celkově činil 40,7 let.

Věková struktura obyvatel Olomouckého kraje odpovídá průměru České republiky. Demografický vývoj Olomouckého kraje lze charakterizovat pokračujícím úbytkem osob předproduktivního věku a zvyšujícím se početním stavem poproduktivní složky obyvatelstva nad 65 let.

Hustota osídlení

Průměrnou hustotou zalidnění 121,9 obyvatel/km² se kraj řadí k průměrně lidnatým krajům České republiky. Hustota se ale v jednotlivých okresech značně liší – nejnižší je na Jesenicku.

Počet obcí

Obyvatelé Olomouckého kraje žili v 398 obcích, z nichž mělo 30 přiznaný statut města. V těchto městech bydlelo 57,1% obyvatel. Statutárními městy jsou krajské město Olomouc s 100 362 obyvateli (k 31. 12. 2009) a město Přerov.

Některé zahraniční i naše výzkumy poukazují na úzkou spojitost některých ekonomických a sociálních ukazatelů s rizikovým chováním, mimo jiné užíváním drog. Některé z těchto faktorů jsou v Olomouckém kraji natolik nepříznivé, že s vysokou pravděpodobností negativně ovlivňují způsob života, jeho kvalitu a chování obyvatel kraje.

Nezaměstnanost

Nezaměstnanost je v Olomouckém kraji velkým problémem.

Míra registrované nezaměstnanosti v České republice dosáhla k 31. 3. 2010 úrovně 9,73 %. Nejnižší nezaměstnanost byla zaznamenána v Hl. m. Praze (3,96 %), nejvyšší v Ústeckém kraji (14,09 %). Po Ústeckém a Moravskoslezském kraji je Olomoucký kraj (12,67 %) místem s třetí nejvyšší nezaměstnaností v zemi.

Podle výsledků Ministerstva práce a sociálních věcí k poslednímu prosincovému dni roku 2009 byla zjištěna v Olomouckém kraji nejvyšší míra nezaměstnanosti ve správním obvodu obce s rozšířenou působností Uničov, která činila 20,71 (Český statistický úřad, 2009).

Hrubý domácí produkt

Hrubý domácí produkt v regionu vytvořený je odrazem ekonomické výkonnosti regionu. Olomoucký kraj patří ke krajům ekonomicky slabším, na tvorbě HDP České republiky se podílí pouze 4,9% a v přepočtu HDP na 1 obyvatele dosahuje pouze necelých 75% republikového průměru (Český statistický úřad, 2009).

Mzdy

Nízká úroveň mezd obyvatel Olomouckého kraje je jednou z dalších negativních charakteristik. Průměrná měsíční mzda Olomouckého kraje se v roce 2009 meziročně navýšila o 3,8 %, z původních 19 552 Kč na 20 289 Kč. V mezikrajském srovnání se Olomoucký kraj podle výše průměrné měsíční mzdy umístil na 12. místě, před krajem Zlínským (20 049 Kč) a Karlovarským (19 773 Kč).

4.2 Olomoucký kraj – protidrogová prevence

Základní strategickým dokumentem Olomouckého kraje pro oblast protidrogové prevence je **Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2011 – 2014**.

Tento plán navazuje na obdobný dokument, Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2005 – 2010.

Dlouhodobé cíle obsažené ve Strategickém protidrogovém plánu Olomouckého kraje na období 2005 - 2010 se podařilo splnit pouze částečně.

Protidrogová politika Olomouckého kraje je tvořena dvěma základními pilíři – primární prevencí a oblastí snižování rizik, léčby, následné péče a sociálního začleňování.

Kromě nelegálních drog je zaměřena také na problematiku užívání alkoholu a tabáku a patologického hráčství.

Užívání legálních drog studenty

Poznatky prezentované publikace Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007 (Csémy a kol., 2009) 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.

Konopné drogy

Konopné drogy, převážně marihuana, patří k nejsnáze dostupným a nejvíce užívaným ilegálním drogám celorepublikově a podle dostupných údajů i v Olomouckém kraji. 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.

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 působících na území kraje. (Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje: Závěrečná zpráva, 2010).

4.2.1 Oblast primární prevence

Primární prevence projevů rizikového chování představuje složitý a mnohvrstevný soubor jevů a opatření, které vedou k předcházení, potírání a řešení společensky rizikového chování.

Primární prevence v oblasti protidrogové politiky hraje v tomto systému velice důležitou roli a v soudobém společenském klimatu čím dál významněji vystupuje do popředí potřeba její efektivní realizace.

Stále většímu počtu jedinců, v první řadě mládeži či dospívajícím mladým lidem, se v postmoderním světě a v náporu jeho civilizačních důsledků nedaří z různých důvodů vyrovnat se přiměřeně a zodpovědně s mnoha náročnými životními situacemi. Zástupným řešením pak pro ně bývá mimo jiné i zneužívání tabáku, alkoholu, drog a dalších návykových látek.

V České republice i přes časový handicap někdejšího totalitního zřízení, během něhož se svět s touto reálnou hrozbou učil žít a vyrovnávat, kompetentní odborníci uvedená rizika nepodcenili. Přiměřeně kritický pohled na stále existující nedostatky a rezervy je i v tomto případě zcela na místě, avšak bez nadsázky lze konstatovat, že naše země disponuje odborně uceleným a v praxi fungujícím **systémem** primární prevence a její koordinace, přičemž prevence protidrogová představuje jednu z nejefektivnějších složek tohoto systému, v němž realizace této prevence v krajích hraje velice důležitou roli.

Realizace primární protidrogové prevence v Olomouckém kraji se prioritně opírá o **legislativní znění** jejího uzákonění, o **znění příslušných národních strategií** na daná léta a je vykonávána v souladu s příslušnými resortními **metodikami**. Na tomto základu je budována strategie krajská.

Primární protidrogová prevence je v Olomouckém kraji prioritně zajišťována a koordinována **resortem školství**, který v protidrogové politice odpovídá především za primární prevenci užívání všech typů drog dětmi a mladými lidmi, kterou staví na výzkumem ověřených opatřeních a aktivitách. Dále odpovídá za realizaci preventivních programů ve školách a ve školských zařízeních a za financování dalších preventivních programů realizovaných státními i nestátními organizacemi. Rovněž odpovídá za profesní přípravu pedagogických pracovníků pro účinné preventivní působení při výuce, vzdělávání a při výchově dětí a mládeže. V rámci speciálního školství nese odpovědnost za zabezpečení programů včasné a krizové intervence, léčebně-výchovné péče u dětí a mladých lidí, kteří s drogami experimentují nebo je zneužívají.

Realizace primární protidrogové prevence probíhá v Olomouckém kraji jak na **horizontální**, tak na **vertikální** úrovni.

- ♦ Horizontální úroveň představuje meziresortní koordinaci primární protidrogové prevence, dále spolupráci všech zainteresovaných složek a

současně spolupráci jednotlivých úrovní vycházejících z vertikálního pojetí jejího výkonu.

- ♦ Na vertikální úrovni je primární protidrogová prevence vykonána v souladu s metodickou (nikoliv subordinační) hierarchií poslušností pozic:
 - krajské (krajský školský koordinátor).
 - oblastní (oblastní metodici prevence, v Olomouckém kraji jde o pracovníky Pedagogické psychologické poradny Olomouckého kraje – PPP OK).
 - školní (školní metodici prevence).

Jakkoliv všechny tyto složky systému plní své úkoly a jejich činnost a charakter výkonu primární protidrogové prevence jsou dány, zvláštní zmínku zaslouží vynikající výkon **oblastních metodiků prevence** v PPP OK. Jde o významný pilíř tohoto systému, jakýsi hlavní spojník mezi zajištěním primární protidrogové prevence ve veřejné správě a na institucionální úrovni a mezi jejím konkrétním výkonem ve školách a školských zařízeních, především s dopadem na děti, žáky a studenty. V Olomouckém kraji – jak vyplývá z dále uvedené SWOT analýzy – je síť těchto specialistů stabilní a významným způsobem přispívá ke každodennímu řešení této problematiky.

Druhým – zcela svébytným - pilířem, metodicky nezávislým na resortu školství, je v oblasti realizace primární protidrogové prevence činnost **nestátních neziskových organizací**. Tyto nabízejí cílené programy primární protidrogové prevence, přičemž co do svého rozsahu se neomezují pouze na děti a mládež (případně jejich rodiče), ale zahrnují i zbytek veřejnosti. Školy a školská zařízení využívají jejich služeb nejčastěji v oblastech, které nejsou již schopny saturovat vlastní činností. Významným způsobem – vedle vysokého školství reprezentovaného v tomto směru v Olomouckém kraji Univerzitou Palackého v Olomouci – přispívají rovněž v problematice dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků cílenými akreditovanými studijními programy.

V primární protidrogové prevenci v resortu školství pracujeme s tzv. **primárními a sekundárními** cílovými skupinami.

Mezi primární skupiny patří: **děti, mládež a pedagogové**.

Do sekundární skupiny řadíme: **rodiče dětí a veřejnost**.

V primární protidrogové prevenci vystupuje v posledních letech do popředí především realizace tzv. **specifické primární protidrogové prevence**, přičemž její chápání je nutno opřít o výklad Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT): jde o systém aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj a který se snaží předcházet nebo omezovat nárůst jeho výskytu.

V realizovaných snahách a opatřeních pak v resortu školství musí toto pojetí nalézat konkrétní podobu především **ve snaze snížit co nejvíce míru experimentálního a příležitostného užívání jakýchkoliv drog a návykových látek zejména mladými lidmi**.

Podstata efektivní primární protidrogové prevence spočívá především v realizaci **specifických preventivních aktivit** (s prokázanou efektivitou). Intervence v oblasti specifické prevence musí být zaměřeny zejména na dosažení následujících změn, s nimiž počítá schválená Národní protidrogová strategie na léta 2010-2018:

- motivace k životnímu stylu bez drog.
- motivace k návratu k životnímu stylu bez drog, pokud k experimentálnímu či příležitostnému užívání drog dochází.
- posunutí zahájení experimentování s drogami (užívání drog) do vyššího věku.
- snížení míry užívání drog, pokud k experimentálnímu či příležitostnému užívání drog dochází.
- snížení rizik spojených s užíváním drog, pokud k experimentálnímu či příležitostnému užívání drog dochází.

K zajištění těchto úkolů jsou samozřejmě zapotřebí nemalé finanční prostředky. Tyto mohou plynout ze tří potenciálních zdrojů, přičemž je do budoucna nutné pokusit se co nejefektivněji využít každý z nich:

- v přenesené působnosti výkonu státní správy ze státního rozpočtu (MŠMT v této oblasti každoročně dosud uvolňovalo pro potřeby Olomouckého kraje cca 800 tis. až 1 mil. Kč.).
- v samostatné působnosti územní samosprávy (v letech 2008 – 2010 podpořil Olomoucký kraj tuto oblast každoročně 150 – 200 tis. Kč).
- z prostředků EU (jde o velkou rezervu, dosud zcela nedostatečně využívanou).

Za účelem zjištění priorit v oblasti protidrogové primární prevence byla pro potřeby tvorby této strategie jmenována „pracovní skupina pro primární prevenci“, která využila zavedenou manažerskou techniku: vyhotovení SWOT analýzy. Tato analýza je v oblasti primární protidrogové prevence nejen konsenzem celé pracovní skupiny, ale současně východiskovým materiálem pro tvorbu jednotlivých cílů cíl a podcílů uvedených dále

4.2.1.1 Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2005 – 2010 – vyhodnocení oblasti primární prevence

Při vyhodnocení oblasti primární prevence ve Strategickém protidrogovém plánu Olomouckého kraje na léta 2005 – 2010 je třeba opřít se o posloupnost parciálních hodnocení šesti hlavních cílů (s jejich dílčími podcíli) stanovených v této výše uvedené strategii.

I. Cíl: Vytvořit přehled realizátorů primární prevence a programů.

Tento cíl lze považovat za zcela splněný. Hlavními realizátory protidrogové primární prevence v Olomouckém kraji jsou školy a školská zařízení. Jejich počty jsou proměnlivé, to v důsledku racionalizačních kroků. Avšak všechna stávající zařízení v daném časovém úseku disponují metodikem primární prevence a tuto prevenci jako zákonnou povinnost vykonávají. Přehledy těchto zařízení jsou zavěšeny a průběžně aktualizovány na webových stránkách Olomouckého kraje (zařízení sama pak disponují vlastními webovými stránkami). Nad rámec těchto subjektů nejvýznamněji do primární prevence vstupují nestátní neziskové organizace (NNO). Rovněž jejich údaje vede v patrnosti krajský úřad a i tyto se prezentují vlastními weby. Síť těchto zařízení se ve výše uvedeném období platnosti strategického plánu stabilizovala a to tak, že v každém z pěti okresů kraje je k dispozici minimálně jedno takovéto zařízení.

II. Cíl: Zkvalitnit primární prevenci ve školách a připravenost učitelů.

Rovněž tento cíl byl splněn beze zbytku. Ve školách a školských zařízeních i v NNO existují různorodé a mnohdy velice kvalitní programy na řešení drogové tematiky. V oblasti projektové - s přímou návazností na čerpání finančních prostředků ze státního i krajského rozpočtu – ve sledovaném období markantně stoupl počet žádoucích programů: zejména aktivit směřujících k výchově a tvorbě zdravého životního stylu, zážitkovým lekcím, aktivnímu sociálnímu učení, vrstevnickému přístupu a zejména v dnes tolik důležité oblasti tzv. alternativní socializace. Za pětileté období strategie byly v rámci kvalifikačních studií (nařízených zákonem) proškoleny desítky pedagogických pracovníků a v těch kurzech se i nadále pokračuje, přičemž hlavními školiteli jsou pedagogická a filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a 2 NNO: P-centrum Olomouc, Kappa Help Přerov a krajské (školské) poradenské zařízení Pedagogicko-psychologická poradna Olomouckého kraje. Toto poradenské zařízení disponuje sítí oblastních metodiků prevence, kteří průběžným a systematickým vedením škol garantují kvalitu preventivní činnosti na této úrovni. Rovněž v oblasti kontroly výkonu primární prevence na školách a školských zařízeních došlo k žádoucímu a plánovanému posunu – Česká školní inspekce od roku 2008 realizuje tematické kontroly na těchto zařízeních zaměřené právě na hodnocení kvality výkonu primární prevence.

III. Cíl: Vytvořit kvalitní vzdělávací program pro různé cílové skupiny.

Tento cíl se podařilo splnit pouze částečně. Je velice obtížné definovat, které programy jsou zapotřebí. K tomu by musel být vytvořen nějaký oficiální měřicí nástroj, např. konkrétně zaměřená analýza vzdělávacích potřeb pro určitou část populace, jež ve sledovaném období realizována nebyla. Školy a školská zařízení realizují své programy na základě předchozích screeningů, takže tyto programy svůj účel plní. NNO se v primární prevenci nejčastěji orientují na poskytování takových služeb, jejichž náročnost nejsou schopné školy a školská zařízení saturovat z hlediska soběstačnosti. Tyto kroky jsou přirozeně prospěšné. Avšak chybí cílené zjištění vzdělávacích potřeb u zbytku populace nad rámec žáků a studentů. Je však otázka, zda tento krok přináleží výkonu veřejné správy a nebo by měl být spíše směřován do privátní sféry v rámci uplatnění potenciálních nových vzdělávacích produktů na trhu.

IV. CÍL: Sledovat kvalitu a efektivitu práce v primární prevenci.

Tento cíl byl splněn. Kvalitu a efektivitu ve výkonu primární prevence v její programové či projektové části je však třeba rozlišovat zvlášť pro školy a školská zařízení a zvlášť pro NNO. V případě škol a školských zařízení je kvalita výkonu jednak kontrolována oficiálním státním orgánem - Českou školní inspekci a jednak jejím nepřímým ukazatelem je rovněž míra úspěšnosti v projektově konkurenčním prostředí potenciální možnosti financování programů v grantových schématech krajských či celostátních. Tato hlediska pak lze doložit i kvantitativně. V případě NNO je požadovaná míra kvality – opět v úzké návaznosti na potenciální čerpání finančních prostředků ze státního rozpočtu – určena zcela rigorózně: nutností státní certifikace za splnění daných a zcela závazných standardů kvality.

V. CÍL: Zajištění odpovídajících finančních prostředků na realizaci primární prevence.

Tento cíl byl splněn pouze částečně. Financování protidrogové politiky v oblasti primární prevence se ve sledovaném období hodnocené strategie opíralo o dva základní pilíře: o finanční dotace poskytované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR a o finance z rozpočtu Olomouckého kraje. Ve sledovaném období plynula finanční podpora do primární prevence z obou zdrojů, za povšimnutí však stojí, že celková míra poměru finančních prostředků ze státních a krajských zdrojů je cca 80% : 20% ve prospěch zdrojů státních (stát poskytl celkově cca 5,5 milionu Kč, Olomoucký kraj jen cca 1,1 milionu Kč). Olomoucký kraj financuje uvedené oblasti na základě rozpočtu schváleného zastupitelstvem a tyto finance zřejmě odrážejí reálné možnosti jejich celkové výše. Avšak z hlediska finančních potřeb v uvedené oblasti tvoří pouze zlomek potřebných cifer. Ve financování primární prevence tak tkví pravděpodobně největší rezerva v úspěšném výkonu protidrogové politiky.

VI. CÍL: Aktivní a objektivní informování veřejnosti v médiích.

Tento cíl byl splněn. Zpravodaj školství – jako masový prostředek k oslovování škol a školských zařízení – vychází již sedmým rokem v řadě a obsahuje pravidelnou rubriku věnovanou problematice primární prevence. Výsledky protidrogové politiky v oblasti primární prevence jsou pravidelně publikovány v médiích po dohodě s tiskovým oddělením krajského úřadu, případně si v rámci své působnosti tuto publicitu zajišťují NNO. K razantním změnám došlo i ve vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti problematiky komunikace s médii. V rámci specializačního 250-hodinového studia potřebného k získání kvalifikace tzv. školního metodika prevence je v každém z těchto vzdělávacích modulů bez ohledu na realizátora tohoto vzdělávání obsažena cílená přednáška na téma „primární prevence její výkon ve vztahu k mediální prezentaci a komunikaci s hromadnými sdělovacími prostředky“, která je garantována krajským školským protidrogovým koordinátorem. Tímto vzděláváním za dobu realizace hodnoceného strategického plánu prošly desítky pedagogů.

4.2.1.2 Stanovení cílů a podcílů v primární protidrogové prevenci

I. CÍL: Podporovat činnost výkonu primární prevence zajišťovanou v Olomouckém kraji systémově i institucionálně.

1. podcíl:

V první řadě maximální pozornost a pomoc věnovat výkonu primární prevence zajišťovaného na školách a školských zařízeních oblastními metodiky prevence, personálně ukotvenými v Pedagogicko psychologické poradně Olomouckého kraje.

2. podcíl:

Udržet stabilizovanou síť nestátních neziskových organizací a jejich doplňkových služeb a nabídek.

3. podcíl:

Ke koordinaci a zefektivnění systému primární prevence v souvislostech krajské a národní spolupráce využít v první řadě vlivu „Výboru ministra školství pro primární prevenci“, jehož členem je i krajský koordinátor primární prevence na Odboru školství, mládeže a tělovýchovy Krajského úřadu Olomouckého kraje.

II. CÍL: Zajistit odpovídající finanční prostředky na primární prevenci.

1. podcíl:

Udržet stabilní tok financí ze státního rozpočtu prostřednictvím MŠMT, přičemž prioritou v této oblasti je snaha o opětovnou decentralizaci těchto financí z gesce MŠMT na kraje jako donátory v rámci vyhlašovaných grantových schémat.

2. podcíl:

Zajistit masivnější finanční podporu z rozpočtu Olomouckého kraje, přičemž takovéto financování z krajských zdrojů realizovat jako kontinuální a víceleté.

3. podcíl:

Více využívat možnosti financování ze strany strukturálních fondů EU.

III. CÍL: Realizovat cíleně zaměřenou kampaň větší informovanosti vedení školských příspěvkových organizací v působnosti Olomouckého kraje o nutnosti realizace primární prevence, zejména s ohledem:

- ♦ na nutnost zajištění a vytvoření podmínek pedagogům ze strany škol a školských zařízení pro kvalifikační 250-hodinové studium pro školní metodiky prevence.
- ♦ na nutnost souladu realizace primární prevence s požadavky na tvorbu školského kurikula na úrovni škol.

- ♦ na splnění všech náležitostí vyplývajících z potenciální kontroly ze strany České školní inspekce.

IV. CÍL: Sledovat kvalitu a efektivitu práce v primární prevenci

1. podcíl:

Při stávající existenci mezioborově tvořených kritérií hodnocení kvality programů primární prevence (certifikace) tato pravidla v Olomouckém kraji respektovat a v návaznosti na ně vždy využívat v první řadě certifikované služby.

2. podcíl:

Vytvořit systém a realizovat důsledně evaluaci preventivních programů na školách a školských zařízeních.

3. podcíl:

Zintenzivnit kampaň proti neodborné a nekvalifikované realizaci primární prevence ve školách a školských zařízeních, a to ve smyslu odmítání nabídek a zamezení vstupu nekvalifikovaných realizátorů.

V. CÍL: Pokusit se do budoucna nad rámec Strategického protidrogového plánu Olomouckého kraje na příslušná léta iniciovat vznik komplexní a zastřešující Strategie primární prevence rizikového chování v resortu školství.

4.2.2 Oblast snižování rizik, léčby, následné péče a sociálního začleňování

4.2.2.1 Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2005 – 2010 - vyhodnocení oblasti snižování rizik, léčby, následné péče a sociálního začleňování

Pro tuto oblast bylo ve Strategickém protidrogovém plánu Olomouckého kraje na období 2005 – 2010 stanoveno celkem 5 cílů, které vycházely ze SWOT analýzy.

I. CÍL: Vytvořit stabilní systém financování

Tento cíl byl splněn jen částečně. Z rozpočtu Olomouckého kraje je každoročně vyčleňována částka 2 500 000 Kč pro Dotační program Olomouckého kraje pro oblast protidrogové prevence pro příslušný kalendářní rok.

Zejména poskytování a uvolňování dotací na realizaci služeb pro uživatele drog ze státního rozpočtu lze označit jako naprosto nestabilní. Nestabilita stávajícího způsobu vyplývá mimo jiné také ze stávajícího nekonceptního systému jednoročního dotačního způsobu financování.

Nedostatky ve způsobu financování služeb pro uživatele návykových látek významnou měrou ohrožují existenci stávajících kvalitních a efektivních služeb představují překážku pro jejich plánování a další rozvoj v závislosti na měnících se potřebách cílové populace a poptávce po specifických službách.

Při srovnávání množství finančních prostředků, které kraje ze svých rozpočtů na financování opatření protidrogové politiky uvolňují, je třeba zohlednit i rozdílnou velikost krajů, počet jejich obyvatel stejně jako míru výskytu environmentálních, demografických a socioekonomických rizikových faktorů, jež mohou přispívat k výskytu určitých fenoménů, k jakým mj. patří i užívání nelegálních i legálních 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 (Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje, Praha 2010).

Podobně jako v celostátním měřítku, i v Olomouckém kraji se nepodařilo nastavit systém dlouhodobého financování služeb pro uživatele drog. Příčinou je zejména sestavování rozpočtu Olomouckého kraje, který je sestavován na jeden kalendářní rok, který je časově totožný s rokem hospodářským.

II. CÍL: Zajistit kvalitní podklady pro rozhodování

V roce 2010 byla v Olomouckém kraji „Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje“. Tato nejnovější výzkumná studie byla zpracována na základě objednávky Olomouckého kraje občanským sdružením PROADIS (Propojené adiktologické

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

Analýza v podstatě potvrdila odhad situace ve službách pro uživatele drog v Olomouckém kraji. Nebyla však zaměřena na služby pro osoby ohrožené návykovým jednáním (např. gamblery). Účinnost a efektivita služeb pro uživatele drog v celé České republice je každoročně vyhodnocována na základě podkladů obsažených v závěrečných zprávách realizace projektu RVKPP. Tyto zprávy jsou předkládány i krajskému protidrogovému koordinátorovi.

Významným podkladem pro rozhodování o kvalitě služby je naplnění standardů kvality – certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog RVKPP a inspekce sociálních služeb MPSV.

Po celé období realizace Strategického protidrogového plánu Olomouckého kraje na období 2005 – 2010 probíhalo předávání odborných informací kontaktním osobám pro oblast protidrogové prevence na obecních úradech obcí s rozšířenou působností nebo přímo jejich zástupcům (např. při setkání těchto zástupců s vedením Krajského úřadu Olomouckého kraje).

III. CÍL: Evaluovat jednotlivé služby drogové prevence

V roce 2010 byla v Olomouckém kraji provedena „Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje“ (Radimecký, J., Počarovský O., Staníček, J., Adameček, D. a Němec, M. (2010): Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje: Závěrečná zpráva, Praha, Olomoucký kraj).

Účinnost a efektivita služeb pro uživatele drog v celé České republice je každoročně vyhodnocována na základě podkladů obsažených v závěrečných zprávách realizace projektu RVKPP. Tyto zprávy jsou předkládány i krajskému protidrogovému koordinátorovi.

Jak je uvedeno výše, významným nástrojem hodnocení kvality služby pro uživatele drog je proces certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog RVKPP a inspekce sociálních služeb MPSV.

IV. CÍL: Sledovat a prověřovat kvalitu práce v oblasti léčby a snižování rizik

Byl zaveden celostátní systém certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog RVKPP a systém inspekci sociálních služeb MPSV.

Olomoucký kraj vyžaduje od poskytovatelů služeb splnění kritérií certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog RVKPP a respektuje závěry certifikační komise. Získání odborného certifikátu je nutnou podmínkou při žádání o finanční podporu z prostředků kraje (Dotační program Olomouckého kraje pro oblast protidrogové prevence). Nově vzniklá služba musí splnit certifikační podmínky do 3 let od svého vzniku. Samozřejmou podmínkou je registrace sociální služby dle 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

V. CÍL: Ovlivnit názory veřejnosti na legální drogy a činnosti

Jedná se o dlouhodobý cíl, jehož naplňování je spíše průběžné. Významnou roli v něm hrají i aktivity v oblasti primární prevence.

Organizacemi P-centrum a Sdružení Podané ruce, o.s. byl realizován projekt prevence návykového jednání – hazardního hraní, jehož součástí bylo i oslovení široké veřejnosti.

4.3 Strategické cíle Strategického protidrogového plánu Olomouckého kraje

V Národní strategii protidrogové politiky na období 2010 až 2018 jsou v oblasti léčby, snižování rizik a následné péče a sociálního začleňování v stanoveny **dva strategické cíle**.

- I. Snižít míru problémového a intenzivního užívání drog (léčba a sociální začleňování)*
- II. Snižít potenciální rizika spojená s užíváním drog pro jedince společnost (snižování rizik)*

Strategické cíle Strategického protidrogového plánu Olomouckého kraje jsou s těmito cíly totožné.

Intervence v oblasti léčby a sociálního začleňování jsou zaměřeny zejména na návrat k životu bez drog, zlepšení celkového zdraví uživatelů drog a závislých na návykových látkách, zlepšení sociálního statutu a míry sociálního začlenění uživatelů drog a závislých na návykových látkách a snížení negativních zdravotních a sociálních důsledků u uživatelů drog a závislých na návykových látkách (Národní strategie protidrogové politiky 2010 -2018, Praha, 2010)

Intervence v oblasti snižování rizik jsou zaměřeny na snižování nepříznivý zdravotních a sociálních důsledků užívání drog pro společnost a samotné uživatele, kteří drogy aktuálně užívají (Národní strategie protidrogové politiky 2010 -2018, Praha, 2010)

4.3.1 Dílčí cíle Strategického protidrogového plánu Olomouckého kraje

Pro dosažení výše uvedených strategických cílů byly s využitím metody SWOT analýzy stanoveny pracovní skupinou složenou s předních odborníků v Olomouckém kraji 3 dílčí cíle:

- I. Zachování stávající sítě služeb*
- II. Zvýšení regionální dostupnosti služeb pro osoby s návykovým jednáním a pro osoby užívající legální návykové látky v jednotlivých okresech Olomouckého kraje*

**III. Zachování a zlepšení provázanosti sociálních a zdravotních služeb –
Zákony č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů a č. 379/2005
Sb., o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů**

Podrobné konkrétní kroky a opatření vedoucí k naplnění těchto cílů budou obsaženy v Akčních plánech realizace protidrogové politiky v Olomouckém kraji, vždy na dvouleté období.

4.4 Specifikace sítě poskytovatelů služeb pro uživatele drog

Služby odborné péče pro uživatele návykových látek jsou definovány v § 20 zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek, o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Tento zákon definuje jednotlivé typy služeb odborné péče pro uživatele návykových látek včetně programů léčby a následné péče.

Tyto typy služeb jsou podle zmíněného § 20, odst. 2, písm. a) – j) definovány následovně:

- a) **akutní lůžková péče**, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí
- b) **detoxifikace** - léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu
- c) **terénní programy**, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé
- d) **kontaktní a poradenské služby**
- e) **ambulantní léčba** závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách
- 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
- 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. Tato služba je spojena s povinností hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.

Jiný úhel pohledu na některé typy služeb pro uživatele návykových látek poskytuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v části třetí, dílu 2 definuje sociální poradenství (§37) a v dílu 4 definuje kontaktní centra (§ 59), služby následné péče (§ 64), terapeutické komunity (§ 68) a terénní programy (§ 69).

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).

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, kromě okresu Přerov, kde jsou dvě zařízení. Činnost kontaktních center je doplňována terénními programy, které jsou realizovány v každém okrese Olomouckého kraje.

V rámci kraje působí několik státních 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.

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

4.4.1 Nízkoprahová kontaktní a poradenská centra a terénní programy zaměřené na aktivní uživatele drog

Kontaktní centrum Olomouc, Sdružení Podané Ruce, o. s.

☐ Zařízení poskytuje standardní služby minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek. Součástí činnosti tohoto zařízení jsou programy pro ženy a rodiče – uživatele drog.

Terénní programy Olomouc, Sdružení Podané Ruce, o.s

☐ Poskytují služby minimalizace rizik a terénní sociální práce ve městech Olomouc, Šternberk, Litovel a od roku 2011 i v Uničově. V rámci tohoto projektu je poskytována také služba výměnného programu, tzv. noční okno, kdy terénní pracovníci v době po ukončení provozu K-centra realizují 3 dny v týdnu výměnu injekčního materiálu.

Kontaktní centrum v Prostějově

☐ V okrese Prostějov jsou realizovány dvě služby: Kontaktní a poradenský program a Terénní programy. Kontaktní centrum i terénní programy poskytují standardní nabídku služeb minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek.

K-centrum Přerov, KAPPA-HELP

☐ Zařízení poskytuje standardní služby minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním drog.

K-centrum Hranice n. M., KAPPA-HELP

Stejně služby zařízení poskytuje 3 dny v týdnu ve své pobočce v Hranicích na Moravě.

Terénní programy Přerov, KAPPA-HELP

Poskytují služby minimalizace rizik a terénní sociální práce ve městech Přerov a Hranice n. M., Lipník n. B. a Kojetín.

K-centrum Šumperk, Pontis Šumperk o.p.s.

Zařízení poskytuje standardní služby minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek.,

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

☐ Poskytující služby minimalizace rizik a terénní sociální práce ve městech okresu Šumperk.. Terénní práce se orientuje především na obce Libina a Hanušovice, Zábřeh a Mohelnice.

K-centrum Jeseník, Darmoděj, o. s.

Zařízení poskytuje standardní služby minimalizace zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek.

Terénní programy, Darmoděj, o. s.

Poskytují služby minimalizace rizik a terénní sociální práce ve městech okresu Jeseník.

4.4.2 Služby ambulantní léčby a resocializace

☐ **Ambulantní léčebnou péči** primárně v kraji zajišťují P-centrum (Poradna pro alkoholové a jiné závislosti) a Sdružení Podané ruce, o. s. (Ambulance Adiktologie). Oba programy jsou realizovány ve městě Olomouc a jsou nabízeny klientům jak z města Olomouc, tak i z přirozené spádové oblasti.

Doléčování zajišťují služby P-centrum – Doléčovací program, který zajišťuje standardní aktivity ambulantního doléčování a navíc krátkodobě poskytuje služby tzv. zvýhodněného bydlení s kapacitou 12 osob. Program je realizován v Olomouci.

V Jeseníku je realizován doléčovací program občanského sdružení Darmoděj,o.s. (Doléčovací centrum Restart).

V Ambulanci závislostí, která spadá pod kliniku psychiatrie Fakultní nemocnice v Olomouci, probíhá program **substitute** pro uživatele opiátů.

Ostatní zařízení, deklarující poskytování služeb ambulantní léčby a poradenství, jsou psychiatrické ambulance, ať už privátní nebo spadající pod nemocnice. Tato zařízení jsou orientovaná i na jiné cílové skupiny.

4.4.3 Další léčebné programy

☐ **Pobytová léčba** je v kraji realizována Psychiatrickou léčebnou Bílá Voda a Psychiatrickou léčebnou ve Šternberku a Střediskem sekundární prevence a léčby závislostí při Vojenské nemocnici Olomouc.

V Psychiatrické léčebně v Bílá Voda vzniklo postupně několik komunit, které jsou zaměřeny na střednědobou a dlouhodobou léčbu závislostí a návykového jednání.

☐ **Detoxifikace:** je umožňována ve Fakultní nemocnici Olomouc, Vojenské nemocnici v Olomouci a v Psychiatrických léčebnách Šternberk a Bílá Voda.

Detoxikace osob pod silným vlivem alkoholu, většinou s projevy agresivity, je možná v jediné **protialkoholní a protitoxikomanické záchranné stanici** v Olomouckém kraji, která je součástí Vojenské nemocnice v Olomouci, a jejíž provoz je zajištěn finančním příspěvkem z rozpočtu Olomouckého kraje.

4.4.4 Jiné služby

Program práce s klienty v konfliktu se zákonem, Sdružení Podané ruce, o.s. poskytuje odborné adiktologické a sociální poradenství lidem, kteří jsou anebo mohou být, v souvislosti s návykovým chováním vystaveni právnímu postihu a jeho důsledkům. Služby jsou poskytovány jak osobám na svobodě obviněným ze spáchání přestupku nebo trestného činu, tak přímo na vazbě a výkonu trestu, třetí fáze je pak zaměřena na osoby, které opustily vězení.

4.5 Oblast výzkumu a mapování drogové situace v Olomouckém kraji

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.

Na základě objednávky Olomouckého kraje byla proto v roce 2010 občanským sdružením PROADIS (Propojené adiktologické služby) zpracována studie **Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje** s cílem popsat a analyzovat drogovou scénu v jednotlivých částech kraje a stávající síť služeb a jejich cílových skupin (potenciálních) klientů (Radimecký, J., Počarovský O., Staníček, J., Adameček, D. a Němec, M. (2010): Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje: Závěrečná zpráva, Praha, Olomoucký kraj).

V rámci individuálního projektu Olomouckého kraje „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb“ financovaného z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu ČR prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost jako komplexní výzkumná zpráva byl uskutečněn **Výzkum potřeb uživatelů, poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb v Olomouckém kraji.**

V rámci výzkumů byly zpracovány analýzy místní a typové dostupnosti sociálních služeb pro uživatele sociálních služeb různých cílových skupin, také cílové skupiny osob ohrožených návykovým jednáním.

4.6 Technicko – organizační zajištění protidrogové prevence

Při zajištění realizace protidrogové prevence v Olomouckém kraji je nezbytné zdokonalovat stávající systém horizontální a vertikální koordinace protidrogové politiky.

Jak uvádí Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje, v organizačních aspektech Olomoucký kraj předstihl většinu krajů České republiky (jako v jednom z prvních krajů začal fungovat krajský protidrogový koordinátor, krajská protidrogová komise a vznikla krajská strategie).

4.6.1 Koordinace protidrogové politiky Olomouckého kraje

4.6.1.1 Legislativní prostředí

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, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon 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,

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

a) 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

e) zřizuje svůj iniciativní nebo poradní orgán pro oblast protidrogové politiky v souladu se zvláštním právním předpisem

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

4.6.1.2 Horizontální koordinace

Horizontální rovina postihuje meziresortní a mezioborovou spolupráci. Do protidrogové politiky v Olomouckém kraji se postupně zapojuje řada institucí, organizací a odborníků z různých oblastí protidrogové prevence.

Poradním orgánem Rady Olomouckého kraje je Komise pro prevenci kriminality a drogových závislostí, která se schází několikrát do roka.

4.6.1.3 Vertikální koordinace

Vertikální spolupráce na protidrogovém poli mapuje kvalitu vztahů mezi státem, krajem a obcemi a směřuje spíše do oblasti metodické a organizační.

Spojovacím článkem mezi krajem a vládou České republiky je sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Spolupráce s ministerstvy je realizována prostřednictvím „Pracovní skupiny vertikální koordinace“, složené z Výboru zástupců resortů (zástupců ministerstev) a Výboru zástupců regionů při RVKPP (krajských protidrogových koordinátorů).

Spolupráce mezi **Olomouckým krajem a obcemi** je vstřícná a probíhá převážně formou emailové komunikace a osobních setkání se zástupci obcí. V roce 2003 ve všech obcích s přenesenou působností Olomouckého kraje a některých dalších ustavena funkce **kontaktního pracovníka pro věci drog**. Opakovaně je na centrální úrovni připravován projekt zaměřený na odborné vzdělávání krajských protidrogových koordinátorů a kontaktních pracovníků pro věci drog na obcích, který však zatím nebyl bohužel realizován.

Jedním z důležitých cílů v oblasti koordinace pro odcházející období je prohloubení spolupráce s obcemi Olomouckého kraje

Kontaktní pracovníci pro věci drog na obcích mají nezastupitelné postavení v systému protidrogové politiky díky komplexnímu pohledu a místním znalostem, na základě kterých mohou objektivně posuzovat potřeby regionu podle skutečného stavu drogového problému a být účinným sjednocujícím, koordinujícím, ale také progresivním a kontrolním prvkem.

4.6.2 Financování protidrogové prevence v Olomouckém kraji

4.6.2.1 Financování protidrogové prevence z centrálních zdrojů

Finanční zabezpečení protidrogové prevence je zajišťováno převážně ze státních, krajských a místních zdrojů. V menší míře se finančním zajištění podílí ještě dotační programy evropské unie nebo jiných subjektů a finanční zdroje poskytovatelů služeb (např. dary a sbírky).

Příspěvkové organizace - poskytovatelé služeb se statutem zdravotnických zařízení nebo sociálních služeb – se dále dělí 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.

Nestátní neziskové organizace poskytující služby (NNO) - většinou se jedná o subjekty, které nemají statut zdravotnického zařízení, a jejich právní subjektivita může mít čtyři různé formy – občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby a nadace a nadační fondy. 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 místních samospráv, příjmy od klientů či dary od nadací nebo dalších dárců apod. Podíl krajů, měst a obcí na financování služeb však není legislativně zakotven.

V Olomouckém kraji patří tato oblast k příležitostem, jak posílit a stabilizovat realizaci opatření protidrogové politiky.

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 |

Zdroj: Analýza stavu drogové scény Olomouckém kraje, 2010

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 zavádí 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.

Nároky na provozování služeb pro uživatele návykových látek se tak stále zvyšují, jejich finanční zabezpečení z veřejných zdrojů však oproti tomu dlouhodobě stagnuje, případně přes zvyšující se provozní náklady, klesá. To se jeví jako nesystémové a často ohrožuje samotnou existenci služeb pro uživatele návykových látek, jejich dostupnost a může ohrožovat i jejich kvalitu a efektivitu.

Privátní ordinace – do této skupiny se řadí soukromí lékaři, kteří poskytují služby uživatelům návykových látek. Jejich výkony jsou financovány ze zdravotního pojištění, nicméně údajně nízké platby pojišťoven a stigma uživatelů především ilegálních drog je k poskytování léčby příliš nemotivují. V Olomouckém kraji, je dostupnost těchto typů odborné péče částí poskytovatelů služeb i uživateli drog hodnocena jako omezená nebo neodpovídající potřebám klientů (Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje, Praha 2010)

4.6.2.2 Financování protidrogové prevence obcemi Olomouckého kraje

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon obsahuje i ustanovení o zajištění koordinace protidrogové politiky (Hlava V. Organizace a provádění protidrogové politiky, § 22), kde jsou obsažena převážně spíše doporučení k činnosti v případě potřeby.

S vyčleněním finanční částky na podporu protidrogové prevence a zajištění realizace příslušných programů a služeb některá města a obce zatím dosud vůbec nepočítala, nebo dochází k jejímu postupnému snižování v závislosti na možnostech rozpočtu obce nebo města.

Poněkud odlišná situace je ve financování protidrogové prevence z rozpočtu větších měst, zejména krajského Statutárního města Olomouce a města Šumperka, která v posledních letech přispívají na realizaci programů protidrogové prevence nemalými finančními částkami.

4.6.2.3 Financování protidrogové prevence z rozpočtu Olomouckého kraje

Jak uvádí Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje, Praha 2010, v organizačních aspektech Olomoucký kraj předstihl většinu krajů České republiky (jako v jednom z prvních krajů začal fungovat krajský protidrogový koordinátor, krajská protidrogová komise a vznikla Krajská strategie), v oblasti financování protidrogové prevence zatím nebyl zaveden funkční systém.

Ve srovnání s ostatními kraji i vzhledem k potřebám Olomouckého kraje není objem finančních prostředků na tuto oblast dostatečný, a to přes výrazný nárůst objemu financí z rozpočtu kraje od roku 2002.

Olomoucký kraj každoročně vyhlašuje Dotační program pro oblast protidrogové prevence, který je z rozpočtu Olomouckého kraje dotován částkou zhruba 2 500 000 Kč.

V Olomouckém kraji existuje stabilní a kvalitní síť služeb pro uživatele návykových látek, poskytujících pomoc osobám závislým a jejich blízkým. Jejich činnost není alternována jinými zařízeními, je nezastupitelná a jejich finanční zajištění nelze podcenit.

Finanční podpora protidrogových služeb v Olomouckém kraji ze státních prostředků není již zcela stabilní, postupně dochází ke snižování dotací nebo k jejich úplnému neposkytnutí, což představuje výrazné ohrožení stabilního a kvalitního poskytování služeb pro uživatele návykových látek a osoby ohrožené návykovým jednáním (patologičtí hráči).

Jak je uvedeno v nejnovější studii situace v této oblasti v Olomouckém kraji (Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje, Praha 2010), 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.

Celková finanční částka uvolňovaná z rozpočtu kraje na realizaci protidrogové prevence by každoročně měla být minimálně 2.500.000, při realizaci rozvojových programů 3.000.000 Kč - pokud ovšem nebude docházet k dalšímu poklesu dotací na služby protidrogové prevence ze státního rozpočtu. Pak by již situace služeb pro uživatele návykových látek a osoby ohrožené návykovým jednáním byla trvale neudržitelná.

Je také nutno zajistit dokončení studie „Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje“ – její výzkumné části, což představuje částku 200 000 Kč.

4.6.3 Mezinárodní spolupráce

Probíhá hlavně formou realizace a zapojování se organizací do různých mezinárodních projektů a vzdělávacích akcí.

Na krajské úrovni je to především aktivní spolupráce s partnerskými regiony, zejména s Opolským vojvodstvím v Polské republice, a také aktivní účast na akcích pořádaných pod záštitou Evropské unie a dalších mezinárodních organizací.

PŘÍLOHA - SWOT ANALÝZY PRACOVNÍCH SKUPIN

SWOT analýzy ukazují, jak vnímají odborníci Olomouckého kraje možnosti řešení konkrétní oblasti protidrogové politiky, kde vidí rezervy, úskalí, možná řešení a nebezpečí.

SWOT analýza PRIMÁRNÍ PREVENCE

SWOT analýza Olomouckého kraje

P R I M Á R N Í P R E V E N C E

| S – silné stránky | W – slabé stránky |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Uzákonění primární protidrogové prevence.▪ Vyhovující vertikální hierarchie zajištění primární protidrogové prevence a prestiž a kvalitní horizontální spolupráce jednotlivých pozic v tomto systému (např. metodici prevence: krajský, oblastní, školní).▪ Stabílní financování primární protidrogové prevence z MŠMT ČR.▪ Existence standardů primární protidrogové prevence v resortu školství.▪ Stabilizovaná síť NNO v Olomouckém kraji poskytující kvalitní služby v primární protidrogové prevenci. | <ul style="list-style-type: none">▪ Zpětná centralizace finančních prostředků na primární protidrogovou prevenci MŠMT ČR, neposkytování finančních prostředků krajům.▪ Nevyhovující podmínky pro efektivní primární protidrogovou prevenci na školách, často formální přístup vedení škol k dalšímu vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti primární protidrogové prevence.▪ Nedostatečná finanční podpora primární protidrogové prevence ze strany Olomouckého kraje.▪ Nevyhovující úroveň evaluace primární protidrogové prevence (zejména na školách).▪ Nedostatečné využívání možnosti financování primární protidrogové prevence ze strany EU. |
| O – příležitosti | T – hrozby |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Vytvoření budoucí krajské strategie zastřešující celou šíři primární prevence, nikoliv pouze její zúžení na protidrogovou prevenci.▪ Zintenzivnění kampaně informovanosti ředitelů škol a školských zařízení o potřebě realizace primární protidrogové prevence v souladu se zákonem nařízenými náležitostmi tvorby školního kurikula a současně nutnosti podpory dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků v této problematice.▪ Opětovná decentralizace finančních prostředků na primární protidrogovou prevenci z MŠMT na kraje.▪ Rasantní posílení financování primární protidrogové prevence z rozpočtu Olomouckého kraje.▪ Intenzivnější využívání příležitosti financování primární protidrogové | <ul style="list-style-type: none">▪ Pokračující zhoršování podmínek realizace primární protidrogové prevence na školách a školských zařízeních (nedodržování zásad realizace tvorby kurikula, podceňování potřeby vzdělávání pedagogů atd.).▪ Vysoká míra společenská tolerance k alkoholu a tabáku vedoucí k absenci pocitu osobní odpovědnosti, podceňování rizik s tím spojených a pokračující nárůst počtu zejména mladých lidí užívajících ve zvýšené míře legální drogy.▪ Zachování stávajícího systému financování primární protidrogové prevence ze strany MŠMT jako donátora, bez převodu financí na kraje.▪ Nedostatečné financování primární prevence, zejména z krajských finančních zdrojů.▪ Realizace neodborné a nekvalifikované primární protidrogové prevence na školách a školských zařízeních (zejména vstupem |

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| prevence z finančních prostředků EU. | nekvalifikovaných realizátorů). |
|--------------------------------------|---------------------------------|

SWOT analýza Olomouckého kraje SNIŽOVÁNÍ RIZIK, LÉČBA, NÁSLEDNÁ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ

| Silné stránky (Strenghts) | Slabé stránky (Weaknesses) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síť kvalitních služeb ▪ Dobrá provázanost a spolupráce sociálních a zdravotních služeb ▪ Krajský protidrogový koordinátor – zaměstnanec krajského úřadu na plný úvazek ▪ Studie „Analýza stavu drogové scény Olomouckého kraje“ | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nejednotný systém financování služeb ▪ Složitý administrativní systém - výkaznictví nemá jednotnou formu ▪ Nesoulad standardů kvality služeb MPSV a RVKPP |
| Příležitosti (Opportunities) | Ohrožení (Threats) |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Další zdroje financování - např. EU ▪ Zvýšení pozornosti směrem k legálním látkám a návykovému jednání ▪ Vzájemné propojení adiktologických služeb ▪ Výměna informací mezi sociálně – zdravotními službami | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nedostatek finančních prostředků ▪ Vlivem nedostatečného financování snížení odborných kvalit služeb jejich možný zánik ▪ Pozice obcí – v zákoně č. 379/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů, není stanovena povinnost obcí podílet se na financování protidrogové prevence ▪ Změna centrálních priorit |

PŘÍLOHA V - SLOVNÍČEK ZKRATEK

A - J

| | |
|--------|--|
| AT | = ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie (zdravotnická zařízení) |
| CAN | = Švédská rada pro informace o alkoholu a drogách |
| EMCDDA | = Monitorovací středisko pro věci drog v Lisabonu (monitoring zemí EU) |
| ESPAD | = Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách |
| HDP | = hrubý domácí produkt |
| H-R | = harm reduction (snižování rizik) |
| IUD | = injekční uživatel drog |

K - N

| | |
|-------|--|
| KC | = kontaktní centrum pro osoby závislé na drogách |
| KHS | = krajská hygienická stanice |
| KPK | = krajská protidrogová komise |
| KÚ | = krajský úřad |
| LKC | = léčebně kontaktní centra vykazující statistiky drogově závislých |
| NASUD | = Národní studie o užívání drog mezi mládeží v ČR |
| NMS | = Národní monitorovací středisko (monitoring drogové situace v ČR) |
| NNO | = nestátní neziskové organizace |

O - S

| | |
|-------|--|
| OAT | = ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie (zdravotnická zařízení) |
| ObÚ | = obecní úřad |
| OK | = Olomoucký kraj |
| OPL | = omamné a psychotropní látky |
| OŘ | = okresní ředitelství (Policie ČR) |
| OU | = odborné učiliště |
| PA | = psychiatrické ambulance |
| PČR | = Policie České republiky |
| PMS | = probační a mediační služba |
| PPP | = pedagogicko – psychologická poradna |
| PS | = pracovní skupina |
| PUD | = problémový uživatel drog |
| ROK | = Rada Olomouckého kraje |
| RVKPP | = Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky |
| SNN | = Společnost pro návykové nemoci |
| SOŠ | = střední odborná škola |
| SOU | = střední odborné učiliště |
| SŠ | = střední škola |

T - Z

| | |
|-----|--------------------------------------|
| TK | = terapeutická komunita |
| TP | = terénní program pro uživatele drog |
| TČ | = trestný čin |
| T-P | = trestně právní |
| UD | = uživatel drog |

SLOVNÍČEK CIZÍCH A ODBORNÝCH SLOV

A – J

Adiktologie

vědecký obor zabývající se komplexně problematikou závislostí

Ambulantní léčba

léčba prováděná bez vytržení klienta z původního prostředí, kdy dochází do zařízení poskytujícího léčbu. Délka kontaktu (obvykle 30-60 minut), frekvence (obvykle 1-2x týdně) a doba docházení jsou individuální

Aplikační místnost

patří do oblasti služeb harm reduction (viz dále), jedná se o chráněné prostory obvykle v blízkosti drogové scény, kde si mohou injekční uživatelé bezpečně aplikovat drogu. Přítomnost proškoleného personálu (který při vlastní aplikaci neasistuje) zajišťuje možnost intervence v případě předávkování. V ČR nejsou, zatím se neuvažuje o jejich zavedení

AT ordinace

„ordinace pro alkoholismus a (jiné) toxikomanie“, dříve povinná součást psychiatrického oddělení polikliniky, tvořila celostátní síť, která se 1.polovině 90.let rozpadala. Dnes existující OAT se zabývají především alkoholismem

Case management

nový způsob práce v sociálních službách (včetně drogových služeb) propojenost sítě služeb, provázení klienta sítí služeb založená na úzkém vztahu důvěry mezi sociálním pracovníkem a klientem

Certifikace

vydání osvědčení o kvalitě práce, programu

Craving

bažení, neovladatelná chuť na drogu

Dekriminalizace

odstranění kriminálních sankcí za aktivity související s užíváním drog, které jsou zákonem zakázány, ale je možno je řešit netrestním postihem nebo je vázat na předepsané a kontrolované podmínky (např. povolený prodej a konzumace cannabisových produktů v tzv. coffee shopech v některých městech v Holandsku a Německu, netrestnost držení drogy pro vlastní potřebu), dekriminalizace není totožná s legalizací drog (viz dále)

Detoxifikace

léčebná metoda, při níž jsou minimalizovány příznaky odvykacího syndromu a riziko somatických a psychických komplikací za pomoci medikamentů, je doprovázena individuální psychoterapií, zaměřenou na motivaci k další léčbě. Trvá několik dní, dle závažnosti může být pacient umístěn na oddělení ARO nebo JIP interních oddělení nebo v lůžkových psychiatrických zařízeních, pobyt je ukončen po vysazení léků

Detoxikace

zbavení organismu, který se obvykle nachází akutně v těžkém stavu intoxikace, návykové látky (jedu) tzv. prostým způsobem „vyabstinování“ bez použití medikamentů, probíhá často v zařízeních, kde není lékař

Doléčování, též následná péče – aftercare, resocializace, sociální rehabilitace - social rehabilitation

soubor služeb pomáhajících jako prevence relapsu (viz dále) a přispívajících ke zlepšení celkového psychosomatického stavu. Posilují vše v léčbě nebo v období abstinence nastartované s cílem udržení abstinence, jsou mezistupněm pro běžný život s jeho povinnostmi, odpovědností, nástrahami. Učí klienty především

- získat nebo upevnit pracovní návyky (často jde o jejich první pracovní zkušenost)
- strukturovat a žádoucím způsobem využívat volný čas
- přijímat odpovědnost za svůj život a zdraví

Evaluace

zjištění, určení hodnoty, kvality, naplnění plánu, cíle

Experimentování s drogami

občasné a nepravidelné „zkoušení“ drogy nebo různých drog, uživatel je přitom bez problémů v jiných oblastech

Extáze, (ecstasy)

je syntetický derivát amfetaminu (methylen-dioxy-methamfetamin, MDMA) poprvé vyrobený v r. 1914 v USA jako látka potlačující chuť k jídlu, nikdy nebyl oficiálním lékem. Je užíván jako „rekreační droga“ (viz dále). Má podobu prášku nebo tablet různých barev s různými motivy. Patří mezi stimulační látky (povzbuzující) a má mírný halucinogenní účinek. Zvyšuje fyzickou energii, pocit větší blízkosti s druhými (empatii), smyslové vnímání, usnadňuje komunikaci. Akutní toxicita je relativně nízká. Krátkodobými účinky této drogy jsou neklid, úzkost a zřetelné zrakové a sluchové halucinace po vyšších dávkách. Zvyšuje krevní tlak, tep, může způsobovat pocity na zvracení nebo zvracení. Dlouhodobé pravidelné užívání může vést k podobným důsledkům jako u ostatních syntetických stimulantů (viz dále), včetně poškození jater a mozku. Zaznamenaná úmrtí následující po požití této drogy v nočních klubech nebo tanečních akcích jsou důsledkem vysoké teploty okolí v kombinaci s extrémní dehydratací. Nebezpečné jsou příměsi, které jsou někdy v tabletách obsaženy, nikoli vlastní MDMA

Halucinogeny

jsou látky, způsobující změny myšlení, nálady, smyslového vnímání (vnímání barev, zvuků, hmatových vjemů), rozšíření vědomí, empatii a usnadnění komunikace. Užívají se pro potěšení. Nežádoucími účinky jsou zvýšená úzkost, roztěkanost až zmatenost, dezorientace, paranoidní pocity (podezřívavost, stihomam) a zvýšené riziko úrazu v důsledku změny vnímání reality. Mohou vyvolat sníženou tělesnou teplotu, pocity na zvracení a zvracení, silné pocení a zrychlení srdečního rytmu. Tolerance se vyvíjí rychle, ale po přerušení užívání mizí. Při opakovaném užívání nejsou zaznamenávány abstinenní příznaky ani fyzická závislost. Nejčastěji jsou sem řazeny halucinogenní houby (př. lysohlávky, muchomůrka červená) a synteticky vyrobené LSD (syntetická droga odvozená od kyseliny lysergové). LSD je nejsilnější známý halucinogen objevený v r. 1943 a krátkou dobu užívaný v psychiatrii jako léčebný přípravek, pro škodlivé vedlejší účinky byl záhy zakázán. Nelegální užívání LSD vyvrcholilo v době hnutí hippies. Vyskytuje se ve formě „tripů“ (napuštěných papírků potištěných obrázky), užívá se perorálně (ústí), výjimečně injekčně. Účinek nastupuje 30 až 60 minut po požití a trvá 8-12 hodin. Může se objevit tzv. „fleshbek“ (intenzivní pocit jako po užití drogy, i když užita nebyla).

Harm reduction (H-R)

přístupy minimalizace poškození drogami u osob, které je aktivně užívají a nejsou motivovány k abstinenci, zmírňují riziko infekce ohrožující jejich zdraví a život (šíří se především sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem), dalších somatických obtíží spojených s dlouhodobým užíváním a vysokými dávkami drog, předávkování atp. Využívá hlavně výměnného programu (viz dále) chránícího vedle uživatelů drog rovněž širokou veřejnost, poskytování informací (př. o možnostech léčby a jiné odborné pomoci), poradenství (př. o bezpečnější aplikaci drog) určeného klientům terénních

programů a kontaktních center i léčebných programů pro případ relapsu (viz dále), ale nepatří veřejnosti, která je může chápat jako „navádění k braní drog“

Heroin, viz opiáty, opioidy

Intoxikace

stav po aplikaci takového množství drogy, jež způsobí poruchy vědomí, paměti, pozornosti, vnímání (halucinace), schopnosti úsudku, emocí, chování a dalších psychických funkcí obvykle na krátkou dobu, po určitém čase odeznívají s výjimkou tkáňových poškození nebo jiných komplikací

K – N

Konopné drogy, též cannabis, cannabinoidy

souhrnný termín užívaný k označení marihuany (květy nebo plody cannabisové rostliny), hašiše (pryskyřice získaná z cannabisové rostliny) a hašišového oleje. Tyto drogy obvykle podporují společenské chování, euforii, bezstarostnost. Někdy při intoxikaci vznikají stavy úzkosti, paniky, bludy, halucinace, které během několika dnů odezní. U disponovaných jedinců mohou vyvolat relaps (viz dále) schizofrenní psychózy. Pravidelné kouření cannabisu způsobuje respirační problémy a je zde riziko onemocnění rakovinou plic. Účinná látka THC (tetrahydrocannabinol) zůstává v moči několik týdnů po požití.

Cannabis se v současnosti využívá nebo zkouší při léčbě rakoviny, v pokročilých stádiích AIDS, u roztroušené sklerózy a Alzheimerovy choroby

Kontaktní centrum

nabízí služby drogově závislým, kteří nejsou v kontaktu s jinými institucemi (skrytá populace), jde většinou o tzv. „problémové uživatele drog“ (PUD – viz dále), kterým pomáhají překonávat psychologické a administrativní bariéry a umožňují jim přístup ke službám bez doporučení, přímo z ulice a v neformálním prostředí (proto „nizkoprahová“ zařízení). V KC jsou poskytovány dva základní typy služeb:

- kontaktní poradenství (výměna injekčního náčiní, sociální pomoc, základní hygienické zázemí, drobné zdravotní ošetření, výchovné a vzdělávací aktivity, minimální potravinový servis, testování na hepatitidy B, C, na HIV) - činnost probíhá především v kontaktní místnosti, jejíž provoz se řídí přesnými pravidly. Klienti kontaktní místnosti mohou být pod vlivem drogy, nesmějí zde však jakkoliv s drogou manipulovat, jinak je jim zakázán vstup do zařízení na určité časové období. V té době mohou využívat jiných forem služeb (nejčastěji terénní programy – viz dále)
- poradenství zaměřené na systematictější řešení zdravotních, sociálních, psychologických, vztahových, rodinných, právních a jiných problémů dle konkrétních potřeb klienta včetně motivačního tréninku (podpora abstinence, příprava na léčbu) probíhá odděleně od běžného provozu kontaktní místnosti.

Pracuje se také s partnery a rodinami klientů

Počty klientů jsou vykazovány pomocí metody kódování zaručující anonymitu, přitom umožňující vést relativně přesnou celostátní statistickou evidenci. Pouze klienti, kteří si to výslovně nepřejí, nejsou vedeni pod kódy

Kognitivně behaviorální terapie

terapie založená na precvičení nežádoucích a naučení se žádoucím formám chování, vychází z rozumového poznání, uvědomění a sebekontroly. Má direktivní podobu, nepátrá po příčinách problémů

Krátkodobá léčba

ústavní léčba kratší než 3 měsíce (nejčastěji 4-8 týdnů) využívající strukturovaného programu, léčebné aktivity převažují nad rehabilitačními a resocializačními, je vhodná pro motivované uživatele drog, kterým nevyhovuje ambulantní léčba nebo potřebují komplexní péči (somatickou, psychologickou). Neosvědčuje se u osob s delší drogovou kariérou (pouze jako "úvodní léčba" po které následuje jiný program). V ČR se provádí málo a její indikace a účinek se podceňují.

Krizová intervence

působení na klienta s cílem uklidnit ho, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat, naplánavat s ním nejbližší budoucnost, hledat možnosti řešení problémů a konfliktů. Směřuje k usnadnění jeho komunikace s okolím, správnému náhledu na problém a jeho účelné řešení, uvolnění emocí, získání sebedůvěry, zmapování možností podpory v jeho okolí. Využívá aktuálně zvýšené otevřenosti a motivace pro vnější pomoc a možnost změn, které po odeznění krize většinou rychle klesají

Léčba

u závislostí v širším významu znamená odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem vycházející z bio-psycho-sociálního modelu, tedy i nezdravotnické odborné programy

Kontaktní centra

zdravotnická i nezdravotnická zařízení pracující s osobami závislými na nelegálních drogách, která vykazují statistické výkony každé čtvrtletí krajské hygienické stanici

Legalizace

zrušení zákazu dříve nelegální aktivity (např. prodeje a konzumace drogy), neznamená nezbytně zrušení všech kontrolních mechanismů týkajících se dané aktivity, (např. omezení prodeje mladistvým)

Marihuana, viz konopné drogy, cannabis, cannabinoidy

Metadon

syntetická hygienicky vyrobená látka opiátového typu používaná v přesně stanoveném množství perorálně (ústí), obvykle jednou denně pod dohledem odborníka ve speciálním zařízení. Podává se pacientům dlouhodobě závislým na opiátech (viz dále) s cílem vyloučit užívání nelegálně získávaných opiátů nejistého složení často injekčně, odstranit příznaky z odnětí a blokovat přitom euforický účinek. Hlavní záměr je stabilizovat zdravotní stav pacienta, umožnit mu běžně fungovat (pracovat, plnit povinnosti v rodině). Dávky se mohou postupně snižovat a vést k další léčbě orientované na abstinenci (viz též substituční léčba)

Následná péče - viz „doléčování“

O – S

Odvykací syndrom, též odvykací stav, abstinenční stav

soubor různě závažných a kombinovaných příznaků, které se objevují po vysazení nebo snížení dávek drogy, která byla užívána opakovaně, dlouhodobě nebo ve vysokých dávkách, má podobu tělesného onemocnění nebo duševní poruchy, u různých látek se liší, obvykle má opačný charakter než účinek drogy (např. heroin mírní bolesti - odvykací stav je spojen s bolestivými příznaky)

Opiáty, též opioidy

souhrnný název pro látky získané z rostlin máku, mající schopnost tlumit bolest, vyvolat ospalost, celkový útlum, setřenou výslovnost, někdy euforii, změny nálad a ve větších dávkách útlum dechu až bezvědomí. Po určité době vzniká závislost a odnětí drogy vyvolává nepříjemné abstinenční příznaky (úzkost, zívání, pocení, slzení, nespavost, pocity na zvracení nebo zvracení, průjem, křeče v břiše, svalové bolesti, horečku s třesavkou). Opium

je surová směs získaná vysoušením šťávy zrajících makovic rostliny máku, která obsahuje např. morfin, kodein, užívané pro lékařské účely k tlumení bolestí. Opium se kouří v dýmkách. Nejznámějším syntetickým opioidem je derivát opia heroin, který se většinou užívá injekčně

Pervitin, viz Stimulancia, psychostimulancia, stimulační drogy

Problémový uživatel drog

uživatel opiátů (heroinu), stimulancií (pervitinu, kokainu) nebo uživatel jakékoli drogy, kterou aplikuje injekčně. Jde o nejvíce ohrožené uživatele drog

Příležitostné užívání drog

užívání drog, které nenaplnuje kritéria závislosti a není častější než jednou za týden, termín slouží k odlišení od „návykového“ užívání a neměl by se ztotožňovat s pojmem „rekreační“ užívání drog

Rekreační užívání drog

neodborný a nepřiliš přesný výraz pro užívání nelegálních drog za různých společenských a rekreačních okolností, důsledkem není většinou vznik závislosti a dalších problémů. Typickými takto užívanými drogami jsou marihuana, LSD, extáze (viz dále) na soukromých večírcích, „house parties“, diskotékách, hudebních festivalech a sportovních příležitostech

Relaps

návrat k pití nebo k užívání jiných drog po období abstinence, často provázený rychlým návratem příznaků závislosti. Bývá doprovázen symptomy, označovanými jako „syndrom porušení abstinence“ (deprese, rezignace, pocity viny, hněv), které prohlubují a upevňují obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry (laps - uklouznutí, označuje izolované užití alkoholu nebo drog po abstinenci)

Remise

vymizení symptomů poruchy nebo nemoci, u závislých období abstinence. Obvykle neznamená úplné vyléčení, předpokládá se, že porucha nebo nemoc jsou stále přítomny bez zjevných příznaků. Spontánní remise je vymizení symptomů bez předchozí léčby

Represe

potlačování trestné činnosti orgány k tomu určenými (police, justice), jeden z pilířů protidrogové politiky zaměřující se na snižování nabídky drog na nezákonném trhu (produkce, výroba, doprava, obchod, šíření a držení drog). Je tím účinnější, čím vyšší stupně organizovaného zločinu postihuje, málo účinné je zaměření na drobné pouliční dealery a uživatele drog

Rezidenční - pobytová léčba

léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného či rehabilitačního (resocializačního) zařízení (obvykle terapeutická komunita) bez drog, očekává se aktivní participace klientů na rozvoji sociálních a jiných dovedností

Skrytá populace

uživatelé drog, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními a sociálními službami a s osvětovými programy pro odlišný životní styl, normy a hodnoty komunit, v nichž žijí, pro nezájem o odbornou péči, nedůvěru k institucím, citlivost na administrativní postupy (př. vedení dokumentace), neplacení zdravotního pojištění, často také kvůli obavám z předsudků, odsuzování a odmítání okolím, strachu z problémů s úřady, policií apod. Zaměřují se na ní terénní programy a nízkoprahová kontaktní centra (viz dále), kde pracovníci usilují o aktivní vyhledávání klientely, navázání kontaktu, překonání nedůvěry a zvýšení informovanosti. Cílem programů je především snížení rizik spojených s užíváním drog

Snižování nabídky

řada aktivit pro zastavení či omezení výroby a distribuce nepovolených drog. Zahrnuje především činnost policie a celních úřadů

Snižování poptávky

aktivity cílené na snížení zájmu o drogy u potenciálního zákazníka, ale též u existujícího konzumenta prostřednictvím preventivních a edukačních programů, směřovaných k dosažení a udržení abstinence, snižování frekvence užívání nebo dávek drogy, k léčbě jako alternativě trestu odnětí svobody. Patří sem i sociální opatření ke zmírnění faktorů přispívajících k užívání drog (nezaměstnanost, bezdomovectví, záškoláctví). Působí opačným směrem než strategie snižování nabídky drog, oba přístupy se doplňují

Stimulancia, psychostimulancia, stimulační drogy

látky aktivující centrální nervovou soustavu, působící zrychlení srdeční frekvence, rozšíření cév, zvýšení krevního tlaku, pocení, třesavku, nevolnost, zvracení, zvyšující ostražitost, neklid a oblužující vědomí. Chronické užívání způsobuje změny chování a některých povahových vlastností (impulzivitu, agresivitu, podezřívavost a popudlivost), případně paranoii (vztahovačnost, velikášství). Odnětí drogy po dlouhém nebo silném užívání může způsobit odvykací (abstinenční) příznaky – depresivní stavy, poruchy spánku, únavu, vyčerpanost (viz dále). Patří sem amfetaminy, kokain, kofein, nikotin, u nás je nejznámější synteticky vyrobený pervitin (metamfetamin), aplikovaný většinou injekčně

Střednědobá léčba

léčba v trvání 3-6 měsíců poskytovaná nejčastěji psychiatrickými léčebnami nebo klinikami, zaměřuje se současně na řešení somatických i psychických problémů pacienta/klienta, programy jsou strukturované

Substituční léčba

vznikla v 60. letech v USA, s nástupem HIV infekce se rozšířila, jde o udržovací programy, kdy je užívání původní drogy (heroin) nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga (např. megafonem, jež je hrazen ze zdravotního pojištění). Přispívá ke snížení kriminality, rizikového chování spojeného s injekčním užíváním, předčasných úmrtí. Zlepšuje fungování klientů v sociální oblasti, oslabuje vazby s komunitou uživatelů (také viz metadon). Dnes se užívají i jiné substituční látky, které mohou předepisovat běžní lékaři (subutex), které si klienti hradí sami, užívá se také u nikotinové závislosti

Supervize

odborný dohled nad prací jednotlivců a týmů v pomáhajících profesích k zajištění kvality jejich práce a profesionálního růstu poskytnutím prostoru pro reflexi v bezpečném prostředí supervizního vztahu

T – Z

Taneční drogy

drogy spojované se subkulturou tanečních party, vzniklé v 80. letech v Anglii a nyní populární formě zábavy mladých lidí v celém světě. Nejznámější „taneční drogy“ jsou MDMA (extáze), amfetaminy (pervitin) a LSD – viz dále. S taneční scénou jsou spojovány také látky jako ketamin, kokain a látky typu designer drugs, které jsou užívány i v jiném prostředí. Cannabis není taneční drogou, ale návštěvníci tanečních party ho mohou užívat také

Terénní program, streetwork

navazuje obvykle na činnost kontaktního centra, probíhá mimo instituce a zařízení (na ulicích a veřejně přístupných místech), cílovou skupinou jsou riziková jednotlivci a skupiny nezachycené existujícími institucemi. Zaměřuje se především na nitrožilní uživatele drog

s cílem snížit jejich rizikové chování, což je ku prospěchu klientů i společnosti. K běžným typům služeb patří

- výměna injekčních jehel a stříkaček
- distribuce sterilní vody, dezinfekčních tampónů, filtrů, případně i aluminiové fólie pro úplný odklon od nitrožilního užívání
- základní zdravotní ošetření
- poradenství, informační materiály apod.

Klienti jsou evidováni prostřednictvím jednoduchých In Come dotazníků pro přesnější vedení statistiky, je dbáno na dodržení ochrany osobních dat.

Stále častěji jsou zaměřeny také na uživatele „tanečních drog“ (viz výše), která má svoje specifická zdravotní rizika

Terapeutická komunita

strukturovaný program v bezpečném a podnětném prostředí s jasnými a srozumitelnými pravidly, v němž klient žije a absolvuje léčení a rehabilitaci, orientované na sociální učení a nácvik společností akceptovaných forem chování, vypěstování žádoucích hodnot (viz též rezidenční léčba)

Výměnný program

výměna injekčního náčiní jako součást strategie harm reduction (viz dále) v terénních programech a kontaktních centrech s následnou bezpečnou likvidací použitého náčiní ke snížení rizik přenosu virových infekcí z použitých a odhozených jehel a stříkaček. Patří k němu i distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci (sterilní voda, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry) a distribuce kondomů. Účinnost programu se zjišťuje procentem návratnosti (poměrem vydaných a vrácených stříkaček), která by měla ideálně přesáhnout 100% (do oběhu se dostává i náčiní získané jinde, např. v lékárnách)

Závislost

soubor zdravotních, psychických a dalších projevů včetně projevů v chování, které se vyvíjejí po opakovaném užití látky (obvykle dlouhodobém) - pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnost minimálně tří z níže uvedených kritérií během posledního roku

- silná touha nebo pocit puzení (neovladatelnost) užívat látku (craving – viz dále)
- potíže v kontrole užívání látky (nenasytnost)
- užívání látky se záměrem zmenšit či odstranit tělesné příznaky vzniklé při odnětí látky
- vysoká tolerance (navyklost na látku) vedoucí k vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami (braní látky v množství, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance)
- postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů, zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení z jejího účinku
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (poškození jater, depresivní stavy, poškození myšlení – bludy, poškození vnímání – halucinace)

SEZNAM VÝCHOZÍ LITERATURY A DALŠÍCH PRAMENŮ

Csémy a kol. (2009): Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018

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