

## **PŘÍLOHY** k strategii protidrogové politiky Zlínského kraje

### Obsah:

- 1) Geografické a demografické údaje o Zlínském kraji
- 2) Charakteristika drogové scény v České republice
- 3) Výzkumná studie NEAD 2000
- 4) Popis vztahu kraje vůči ostatním subjektům v oblasti protidrogové politiky
- 5) Koordinace protidrogové politiky
- 6) SWOT – analýza současného stavu protidrogové politiky
- 7) Drogy v regionu (drogy, příznaky, rizika )
- 8) Péče o uživatele drog
- 9) Sběr dat
- 10) Usnesení vlády č.1045/2000 kterým vláda schválila – Národní strategii protidrogové politiky na období 2001-2004
- 11) Akční plán EU boje proti drogám 2000-2004
- 12) Statut, jednací řád a návrh funkčního zastoupení komise Rady Zlínského kraje pro otázky protidrogové politiky
- 13) Koncepce prevence sociálně patologických jevů 2002-2004 ve školství
- 14) NNO- seznam organizací zabývajících se sociálními službami
- 15) Použitá literatura
- 16) Základní slovníček obecných pojmů a souvisejících s protidrogovou politikou
- 17) Legislativa
- 18) Kontrola, zajišťování kvality a efektivity

## PŘÍLOHA č.1

### Geografické a demografické údaje.

Zlínský kraj leží ve východní části střední Moravy a tvoří jej čtyři okresy, z toho tři z bývalého Jihomoravského kraje (Zlín, Uherské Hradiště a Kroměříž) a okres Vsetín z bývalého kraje Severomoravského. Vyšší procento populace bydlí ve větších venkovských sídlech s 1-2 tisíci obyvateli. Demografický vývoj kraje je na celostátním průměru. Patrný je stálý úbytek obyvatel v pohraničních oblastech. Důsledkem oklesu porodnosti je vykazován úbytek obyvatel (941 osob), který je částečně kompenzován kladným migračním saldem (491 osob). Jádrem hospodářství Zlínského kraje tvoří velké průmyslové podniky. Největší podíl výroby mají gumárenský průmysl, všeobecné strojírenství, textilní, oděvní a kožedělný průmysl a průmysl elektrotechnický.

V Registru ekonomických subjektů bylo k 20. březnu 2000 zapsáno celkem 112 377 jednotek, z toho 96 777 soukromých podnikatelů, 35 státních podniků, 9 553 obchodních společností a 260 družstev.

Míra nezaměstnanosti Zlínského kraje (8,5% k 31. prosinci 2001) se pohybovala pod celorepublikovým průměrem (8,9%). Situace v jednotlivých okresech byla : Kroměříž – 9,8% , Uherské Hradiště – 7,3%, Vsetín – 10,2% a Zlín 7,5%.

Vzhledem k poloze kraje při hranici se Slovenskem jsou některé obce a města Zlínského kraje zapojeny do dobrovolné přeshraniční spolupráce.

#### Kraj v číslech

Rozloha: 3 964 km<sup>2</sup> (co do rozlohy zaujímá mezi 14 kraji ČR 11. místo)

Počet obyvatel: 596 903 (8. místo v ČR)

Hustota osídlení: 151 obyvatel/km<sup>2</sup> (5. místo v ČR)

Počet obcí: 304 (z toho 28 měst)

Počet obyvatel, rozloha, počet obcí Zlínského kraje (data k 1. 3. 2001)

	počet obyvatel	rozloha	počet obcí
Kroměřížsko	107 746	992 km <sup>2</sup>	79
Uherskohradištsko	145 188	799 km <sup>2</sup>	78
Vsetínsko	146 898	1 143 km <sup>2</sup>	59
Zlínsko	197 071	1 030 km <sup>2</sup>	84
<b>Zlínský kraj</b>	<b>596 903</b>	<b>3964 km<sup>2</sup></b>	<b>304</b>

Obyvatelstvo podle věku v jednotlivých krajích ČR, (data k 1. 3. 2001)

Kraj	Počet obyvatel celkem	v tom ve věku							procentuální struktura		
		0 - 14	z toho ženy	15 - 59	z toho ženy	60 +	z toho ženy	nezjištěno	0 - 14	15 - 59	60 +
ČR celkem	10 230 060	1 654 869	805 861	6 687 927	3 319 472	1 883 783	1 121 156	3 481	16,2%	65,4%	18,4%
v tom:											
Zlínský kraj	595 010	98 416	47 963	386 759	191 096	109 736	65 851	99	16,5%	65,0%	18,4%

Obyvatelstvo 15leté a starší podle nejvyššího ukončeného vzdělání v jednotlivých krajích ČR (data k 1. 3. 2001)

Kraj	Počet obyvatel 15letých a starších celkem	v tom ukončené vzdělání							procentuální vyjádření		
		základní a neukončené	střední	úplné střed. a nástavb.	vyšší odborné	vysoko školské	bez vzdělání	nezjištěno	základní vzdělání	střední školské	vysoko školské
ČR celkem	8 571 710	1 974 776	3 254 921	2 322 623	108 111	762 235	37 922	111 122	23,0%	65,1%	8,9%
v tom:											
Zlínský kraj	496 495	123 181	193 801	129 874	5 594	38 101	2129	3815	24,8%	65,2%	7,7%

Obyvatelstvo ekonomicky aktivní podle odvětví ekonomické činnosti v jednotlivých krajích ČR (data k 1. 3. 2001)

	Počet ekonomicky aktivních celkem	zemědělství, lesnictví a rybolov	průmysl	stavebnictví	obchod, opr. motor. voz., a spotř. zboží	veřej. správa, obrana, soc., zabezpečení	školsství	zdravotnictví, veterin. a sociální čin.
ČR celkem	5 253 400	230 475	1 525 837	454 835	555 913	322 008	278 618	291 832
v tom:								
Zlínský kraj	298 616	11 797	109 549	28 947	30 564	14 689	15 811	15 278

Zaměstnanost dle oborů ve Zlínském kraji  
(data k 1. 3. 2001)

Odvětví ekonomické činnosti		Obyvatelstvo ekonomicky aktivní celkem	Muži	Ženy
Obyvatelstvo úhrnem		298 616	164 897	133 719
z toho	zemědělství, lesnictví a rybolov	11 797	8 315	3 482
	dobývání nerostných surovin	375	324	51
	zpracovatelský průmysl a výroba elektřiny	109 174	64 777	44 397
	stavebnictví	28 947	26 034	2 913
	obchod, opravy motorových vozidel a spotř. zboží	30 564	13 216	1 7348
	pohostinství a ubytování	10 650	4 090	6 560
	doprava, pošty a telekomunikace	15 297	11 289	4 008
	peněžnictví a pojišťovnictví	4 322	1 449	2 873
	činnosti v oblasti nemovitostí a služby pro podniky	11 422	5 839	5 583
	výzkum a vývoj	649	477	172
	veřejná správa, obrana, sociální zabezpečení	14 689	8 442	6 247
	školství	15 811	3 543	12 268
	zdravotnictví, veterinární a sociální činnosti	15 278	2 671	12 607
	ostatní veřejné a osobní služby	12 528	5 831	6 697
Z úhrnu osoby s druhým případně dalším zaměstnáním		13 869	9 261	4 608

Vývoj nezaměstnanosti ve Zlínském kraji - rok 2001

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

	leden	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad	prosinec
Kroměříž	10,4	10,3	10,1	9,8	9,4	9,6	10,1	10,1	9,8	9,7	9,6	9,8
Uherské Hradiště	7,7	7,6	7,4	6,9	6,6	6,8	7,2	7,2	7,0	6,7	6,8	7,3
Vsetín	10,0	9,8	9,6	9,3	8,9	8,8	9,4	9,5	9,5	9,5	9,7	10,2
Zlín	7,2	7,1	6,9	6,8	6,6	6,6	7,0	7,2	7,1	7,1	7,0	7,5
<b>Zlínský kraj</b>	<b>8,6</b>	<b>8,5</b>	<b>8,3</b>	<b>8,0</b>	<b>7,7</b>	<b>7,7</b>	<b>8,2</b>	<b>8,3</b>	<b>8,1</b>	<b>8,0</b>	<b>8,1</b>	<b>8,5</b>

Vývoj nezaměstnanosti ve Zlínském kraji - rok 2002

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

	leden	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen
Kroměříž	10,3	10,1	9,8	9,6	9,4	9,6	10,4	10,6
Uherské Hradiště	8,1	8,0	7,7	7,7	7,5	7,8	8,2	8,4
Vsetín	11,0	11,0	10,9	10,4	10,1	10,3	11,0	11,2
Zlín	7,9	7,9	7,7	7,6	7,7	8,0	8,7	9,1
<b>Zlínský kraj</b>	<b>9,1</b>	<b>9,1</b>	<b>8,9</b>	<b>8,7</b>	<b>8,5</b>	<b>8,8</b>	<b>9,4</b>	<b>9,7</b>

## Školství – výchova a vzdělávání

Zlínský kraj je tvořen čtyřmi okresy - Kroměříž, Uherské Hradiště, Vsetín a Zlín s počtem obyvatel cca 598 tis :

- z toho děti a mládeže cca 73 tis. ve věku 5 – 14 let
- cca 42 tis. ve věku 15 – 19 let
- a cca 70 tis. ve věku 20 – 26 let

( zdroj –Český statistický úřad,ke dne 1.3.2001).

Typ školy a školského zařízení	Počet
Mateřské školy	319
Základní školy	237
Základní umělecké školy	23
Speciální školy	31
Střední školy	75
Vyšší odborné školy	11
Vysoká škola	1
Domovy mládeže, internáty	3
Dětské domovy, výchovné ústavy	13
Střediska volného času	19
Celkem	732

Z hlediska rozvoje regionu má zásadní význam vznik Univerzity Tomáše Bati v roce 2000. Vysokoškolské studium se totiž prozatím přímo v kraji realizovalo pouze prostřednictvím několika fakult- odloučených pracovišť brněnské VUT - a mělo jednoznačně charakter technický, exaktní. Univerzita si klade za cíl vyrovnat zde obecný deficit vysokoškolsky vzdělaných obyvatel a nabídnout jim kromě nových společensko-vědních oborů i dosud v ČR ojedinělou možnost studia "marketingových informací a reklamy".

Odbor školství, mládeže a sportu Krajského úřadu Zlínského kraje v současné době koordinuje činnost jednotlivých institucí v systému prevence a v přenesené působnosti zajišťuje naplňování úkolů a záměrů obsažených ve Strategii prevence resortu při respektování specifických podmínek Zlínského kraje (viz.příloha). Vytváří podmínky pro realizaci preventivních programů a aktivit ve školách a školských zařízeních a kontroluje jejich plnění. Naplňováním metodiky pro poskytování dotací ze státního rozpočtu ČR zabezpečuje efektivní a účelné využívání finančních prostředků. Pracuje na systému evaluace Minimálních preventivních programů škol a školských zařízení a připravuje finanční rozvahy pro zabezpečení preventivních aktivit z rozpočtu Zlínského kraje na rok 2003

## Příloha č.2

### Charakteristika drogové scény v České republice:

Devadesátá léta, charakterizovaná otevřením naší společnosti a jejím postupným návratem k (západo)evropské kultuře, s sebou přinesla i některé nežádoucí jevy. Na poli drogové problematiky je to zejména postupné přibližování všech důležitých ukazatelů (rozšíření nelegálních drog a jejich užívání, související zdravotní poškození, primární a sekundární drogová kriminalita atd.) k typickému obrazu středo/severoevropské země (typu Belgie, Rakouska, Německa či Dánska).

S jistou mírou zjednodušení tak lze český vývoj v posledních dvanácti letech prohlásit za akcelerovaný obraz toho, co západní Evropa prožila a prožívá od konce let šedesátých.

Rok 2001– charakterizuje především ( podobně jako dva předešlé roky):

- další vzestup experimentální a rekreační konzumace konopných látek mezi mládeží mladými dospělými,
- vzestup v pravidelném užívání konopných látek v populaci (a to především mezi mládeží a mladými dospělými, kteří ve stále vzrůstající míře považují konopné psychotropní látky za jakousi „generační obdobu alkoholu“),
- další šíření heroinu mimo primárně zasažené oblasti (Praha, Severní Čechy) do větších měst napříč republikou a také do „venkovských oblastí,“ „heroinová situace“ je nicméně v ČR oproti EU ještě stále výrazně příznivější, jedná se tedy spíše o „přibližování“ k okolní situaci;
- zmenšování relativně uzavřené pervitinové scény, skládající se z malých skupinek, seskupených kolem „vaříče/ky,“ a
- nahrazování této nespojitě pervitinové scény klasickou sítí organizovaného (především ruskojazyčného) zločinu, který ve vzrůstající míře získává kontrolu nad výrobní a prodejní částí tržní pyramidy a úspěšně hledá pro tuto drogu trhy v zahraničí; to představuje – stejně jako celý český fenomén pervitinu – unikátní vývoj, paradoxně „podporovaný“ narůstajícím policejním tlakem na samozásobitelské skupiny, jejichž uprázdněné místo zabírají dealeři vysoce organizovaných skupin; místo řady vzájemně nepropojených „minitrhů“ tedy v ČR stále rychleji vzniká velký, organizovaný pervitinový trh, který strukturou i zákonitostmi plně přebírá mechanismy trhu heroinového a ve vzrůstající míře se s ním propojuje;
- narůstající komercializace a „standardizace“ původně subkulturní taneční scény, od počátku spjaté s rekreačním užíváním tzv. „tanečních drog“ (ecstasy, halucinogeny); nárůst popularity a komercializace těchto volnočasových aktivit představuje celosvětový fenomén.

### Incidence problémových uživatelů drog - 2001

	Heroin, ost. opiáty	Pervitin, ost. stimul.	Kanabinoidy	Halucinogeny	Rozpustidla	Sedativa, hypnotika	Jiné drogy, léky	Neznámá	Celkem	Gambling
Zlínský kraj	6	169	38	2	16	5	3	0	239	20
Olomoucký kraj	18	88	69	1	13	3	1	0	193	11
Moravsko-slezský kraj	71	205	114	1	41	5	4	0	441	123
Jihomoravský kraj	134	316	44	5	9	5	1	2	516	9
Kraj Vysočina	33	110	94	2	11	0	0	0	250	11
Pardubický kraj	1	86	4	0	0	0	0	0	91	1
Královehradecký kraj	36	59	14	2	1	1	1	0	114	15
Liberecký kraj	27	86	48	1	9	1	1	0	173	0
Ústecký kra	267	280	50	3	29	5	5	2	641	7
Jihočeský kraj	123	128	20	1	1	2	0	1	276	2
Karlovarský kraj	31	76	22	3	3	2	3	1	141	0
Plzeňský kraj	44	108	27	0	4	3	1	0	187	6
Středočeský kraj	110	119	130	1	5	2	2	3	372	4
Praha	312	200	66	3	4	0	0	6	591	0
<b>Celkem</b>	<b>1213</b>	<b>2030</b>	<b>740</b>	<b>25</b>	<b>146</b>	<b>34</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>4225</b>	<b>209</b>

Z výše uvedených statistických údajů, které poskytla Hygienická stanice Hl. města Prahy, která má problematiku mapování drogové situace v české republice na starosti jsou vidět regiony s velmi rozdílnými problémy v oblasti návykových látek. Velmi problémovými v oblasti drog jsou regiony Prahy, Středočeského, Moravskoslezského, Jihomoravského a Ústeckého kraje, které vykazují nejvyšší procento problémových uživatelů návykových látek v celé české republice.

## Problémoví uživatelé drog ČR (1. čtvrtletí 2002) - základní droga podle skupin drog a krajů

Kraj	Heroin ost.opiáty	Pervitin, ost. stimulancia	kanabinoidy	halucinogeny	rozpustidla	ostatní	gambling	Celkem uživatelů
Praha	252	151	35	3	3	6	0	450
Středočeský	89	87	134	1	10	15	6	336
Jihočeský	81	98	23	0	3	2	1	207
Plzeňský	23	73	37	1	7	8	9	149
Karlovarský	11	51	14	0	2	1	0	79
Ústecký	325	381	34	2	22	4	5	768
Liberecký	18	49	28	1	5	3	0	104
Královehradecký	34	48	10	0	0	5	12	97
Pardubický	2	72	5	1	0	3	0	83
Vysočina	28	108	151	5	8	1	11	301
Jihomoravský	59	536	45	3	5	3	3	651
Olomoucký	49	179	47	3	14	4	6	296
Zlínský	2	193	26	3	7	0	18	231
Moravskoslezský	74	129	48	0	24	7	49	282
ČR	1047	2155	637	23	110	62	120	4034

Zdroj: Hygienické stanice hl. m. Prahy

V absolutních počtech nejvyšší záchyt uživatelů drog byl v Ústeckém a Jihomoravském kraji. Nejvíce uživatelů heroinu a ostatních opiátů je stále v Ústeckém kraji a v Praze, pokud jde o uživatele pervitinu a ostatních stimulancií, pak jich je nejvíce v Jihomoravském a Ústeckém kraji (možnost zkreslení i díky novému vykazování údajů).

### Drogy a čísla

Českou republiku stojí zneužívání nezákonných drog ročně zhruba 2,8 mld. Kč. Z toho 2,3 mld. Kč činí náklady přímé, tj. státem vynaložené (přičemž 82 % z této částky je vydáno na činnost trestně-právního systému, 3 % na primární prevenci – do této částky nejsou započítány náklady na sportovní a zájmovou činnost a 13 % na náklady spojené s léčbou závislostí) a 0,5 mld. Kč tvoří náklady nepřímé, vzniklé v důsledku ušlé produktivity jako dopad užívání drog (např. náklady na nemocnost, na výkon trestu atd.).

### Lidé

V České republice alespoň jednou vyzkoušelo nelegální drogu cca 1 150 000 osob, tj. 16 % obyvatel ve věku 15-64 let.

Alespoň jednou za rok nelegální drogu užije asi 570 000 osob; v obou případech se jedná především o marihuanu a hašiš.

Do kategorie problémových uživatelů drog – tedy těch, kteří zatěžují společnost náklady – spadá v ČR cca 15 000 osob užívajících dlouhodobě a/nebo injekčně heroin a asi 22 500 osob užívajících stejným způsobem pervitin (tj. cca 37 500 osob).



V roce 2001 se v souvislosti s nelegálními drogami léčilo cca 12 000 osob, z toho cca 8 000 problémových uživatelů (léčilo se tedy cca 21 % problémových uživatelů).

Služeb nízkoprahových center využívalo dalších 17 000, tj. cca 40% problémových uživatelů drog.

Poprvé léčbu vyhledalo 4 233 osob; jejich průměrný věk byl 21,6 roku. Policie ČR obdržela 804 oznámení o přestupku držení drog v malém množství a projednala jich ve správním řízení 401.

Policie ČR stíhala za „drogové trestné činy“ 1 952 pachatelů, z toho 139 dětí a 221 mladistvých; pro prosté držení drogy pro vlastní potřebu bylo stíháno 166 osob.

Státní zastupitelství vnesla obžalobu proti 2 160 pachatelům drogové trestné činnosti; za prosté držení drogy pro vlastní potřebu pak proti 215 z nich. Soudy v roce 2001 za drogové trestné činy pravomocně odsoudily 1 094 pachatelů. Ve věznicích ČR si k 31.12. 2001 trest pro drogové trestné činy odpykávalo 652 pachatelů.

Na předávkování nelegálními drogami a zneužívanými těkavými látkami zemřelo v roce 2001 v ČR 84 osob; dalších 83 osob zemřelo na předávkování léky, často v kombinaci s alkoholem.

Byl zpracován aktuální odhad počtu (prevalence) problémových uživatelů (problémové užívání je injekční užívání drog, nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů) nezákonných drog, jenž činí 37.500 osob. Zhruba 30.000 ze všech problémových uživatelů si drogy aplikuje injekčně. Z odhadů dále vyplývá, že v ČR je cca 250 tis. tzv. příležitostných uživatelů (někdy rekreační uživatelé, užívání drog opakovaně, jejich užívání jim nepůsobí zdravotní či sociálněekonomické problémy) ilegálních drog.

### **Náklady**

V České republice se každoročně spotřebují nelegální drogy v hodnotě 15 000 000 000 (15 miliard) Kč, měřeno podle jejich ceny na černém trhu; skutečných peněz je ale vynaloženo podstatně méně – značné množství drog spotřebovávají sami výrobci (to platí zejména pro konopné drogy a v menší míře pro pervitin); z celkového objemu tuzemské roční konzumace drog orgány Policie ČR a Generálního ředitelství cel zabavily 0,41 %.

Společenské náklady v souvislosti s užíváním nelegálních drog (náklady na prevenci, léčbu, represí a hodnota ušlé produktivity) činí nejméně 2,8 miliardy Kč ročně; zhruba 80% přímých nákladů je v souvislosti s drogami vynaloženo na represivní opatření, tj. na práci policie, soudů a vězeňství.

Podle odhadů je v ČR především majetkovými trestnými činy, páchanými v souvislosti s drogami, způsobena jednotlivcům a institucím každoročně škoda ve výši zhruba 1,9 miliardy Kč.

Ze státního rozpočtu bylo v roce 2001 vynaloženo na specifickou primární prevenci, léčbu a opatření harm reduction téměř 245 milionů Kč. Na nespecifickou primární prevenci (volnočasové aktivity, tj. sportovní a zájmovou činnost) bylo ze státního rozpočtu vynaloženo téměř 792 milionů Kč.

### **Míra užívání drog v ČR**

Stejně jako jinde v Evropě a ve Spojených státech, i v České republice neustále narůstá obliba rekreačního užívání marihuany, zejména mezi nejmladší populací (ve

věku 15-25 let). Pravidelně marihuanu užívá cca 15 % populace ve středoškolském věku (15-19 let), alespoň jednu zkušenost s ní má v téže věkové skupině téměř polovina populace (46%).

Spolu s růstem oblíbenosti „taneční hudby“ stoupá počet osob, užívajících „ecstasy“ v týdenních nebo delších intervalech – i to je součástí celoevropského trendu.

Počet problémových uživatelů drog (injekčních a/nebo dlouhodobých uživatelů opiátů, amfetaminových drog a/nebo kokainu) je stabilní – neroste – a pohybuje se kolem 37 500 osob. V posledních dvou až třech letech ale dochází k přelévání mezi jednotlivými typy drog – stoupá míra užívání heroinu „na úkor“ pervitinu.

Snižuje se počet šestnáctiletých studentů a učňů, kteří mají alespoň jednu a více zkušeností s „problémovými drogami“ – tedy s pervitinem a heroinem.

Podle celopopulačních průzkumů má v životě alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou 16 % obyvatel ČR (v EU mezi 20-25 %, v USA 34 %). V posledním roce u nás alespoň jednou nelegální drogu užilo 8 % populace (v zemích EU 5-10 %, v USA 10 %).

Pro většinu osob charakterizovaných v předchozím odstavci platí, že jedinou nelegální drogou, s níž se setkaly, bylo konopí nebo hašiš. Taneční drogu „ecstasy“ alespoň jednou v životě užila 4% obyvatel ČR ve věku 15-64 let, jiné drogy (heroin, pervitin, kokain, LSD atd.) pak méně než 1% populace.

### **Zdravotní dopady**

V roce 2001 vyhledalo léčbu v souvislosti s drogami poprvé ve svém životě 4 233 osob v průměrném věku 21,3 let. Věk uživatelů, kteří vyhledávají léčbu, se v posledních letech zvyšuje – to je možno považovat za velmi příznivý trend, protože signalizuje faktickou stagnaci rozsahu drogové scény.

Ambulantní nebo ústavní či pobytovou léčbu využívá přibližně 8 000 problémových uživatelů drog.

V kontaktu s institucí, poskytující léčbu či jiné služby – zejména s nízkoprahovými centry –, je asi 40 % uživatelů (cca 17 000) a tento podíl je velmi pravděpodobně rostoucí. Na tomto trendu se podílí zejména nabídka služeb přizpůsobená potřebám klientů. V tomto směru patříme mezi ty evropské země, jimž se účinně daří zachytit problémové uživatele drog a snižovat tak celospolečenské škody, jež z užívání nelegálních drog vyplývají.

Alarmující je velmi nedostatečný podíl uživatelů opiátů (především heroinu) v substitučních programech – cca 3%, což je několikanásobně nižší podíl než v zemích EU.

V roce 2001 v ČR přetrvával relativně nízký výskyt HIV infekce (AIDS) ve skupině injekčních uživatelů drog i v populaci, která drogy neužívá. Dostupné sérologické přehledy ukazují, že přibližně každý třetí injekční uživatel drog je nakažen virovou hepatitidou C. Tato promítenost uživatelů (cca 30%) je významně nižší než v zemích EU (65 – 80 %), přesto bude v budoucnu představovat významnou zátěž zdravotního systému.

V roce 2001 zemřelo na předávkování psychotropní látkou 167 osob; z toho 83 se předávkovalo léky na předpis, velmi často v kombinaci s alkoholem. Nejvíce úmrtí v této kategorii (39) je třeba připsat léku Rohypnol®.

Z nelegálních drog jsou za nejvíce úmrtí zodpovědné opiáty (53) a z nich zejména heroin (30). Významně se snížil počet předávkování pervitinem – z 31 v roce 2000 na loňských pět. Na předávkování zemřelo také 14 uživatelů těkavých látek (zejména toluenu). Jedno úmrtí cizího státního příslušníka v ČR vyvolala látka PMA, již zakoupil v Německu jako „ecstasy.“

Počet úmrtí na předávkování nelegálními drogami je v ČR ve vztahu k počtu obyvatel i k počtu problémových uživatelů drog v porovnání se státy EU a USA velmi nízký.

Analýza školních studií z let 1995 - 2000 dokumentuje příznivý vývoj a změny v postojích a v chování dětí a mladých lidí k užívání drog. Mladí lidé znají rizika a možné důsledky užívání různých typů drog a ve velké míře upustili od experimentů s látkami, které jsou více rizikové, heroinem či pervitinem. Nadále však vzrůstá podíl těch, kteří užívají legální drogy (alkohol a tabák), produkty cannabisu či tzv. taneční drogy, zejména ecstasy (odhad celoživotní prevalence udává 850 tis. osob (jež nejméně jednou v životě užily nezákonnou drogu). Tento jev vypovídá mj. i o velmi tolerantním postoji naší společnosti k drogám, legálními počínaje. Tuto „toleranci“ lze dokumentovat mj. i na výsledcích projednávání návrhu zákona o reklamě v Poslanecké sněmovně PČR. Poslanci značně zmírnili striktní omezení reklamy na tabákové výrobky a alkohol (jejichž užívání v raném věku je dle výzkumů mezi mladými lidmi onou „vstupní branou“ k užívání drog ilegálních), jež předložilo Ministerstvo zdravotnictví.

*Oblasti primární prevence* užívání drog jsou dle metodického pokynu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ve všech školách a školských zařízeních realizovány Minimální preventivní programy. V ČR existuje i řada dalších preventivních programů, které nabízejí své služby školám a školským zařízením. Ministerstvo školství však dosud nezpracovalo jednotné standardy primární prevence jako základ pro akreditování kvalitních a efektivních programů.

*V oblasti léčby a resocializace* závislých osob sít programů léčby a resocializace závislých v ČR odpovídá potřebám, nedostatečně zabezpečené se jeví služby pro nezletilé, chráněné bydlení a chráněná práce. Potěšitelný je podíl problémových uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s některým z léčebných programů v ČR - zhruba 21 % (průměr v zemích EU je kolem 6,5 %<sup>iii</sup>). Pracovníkům léčebných programů se díky tomu daří ovlivňovat chování poměrně velké části uživatelů drog, což má mj. příznivé dopady i v oblasti šíření infekčních nemocí. Prevalence HIV/AIDS v obecné populaci i v populaci uživatelů nezákonných drog je v ČR ve srovnání se světovou situací mimořádně nízká, ve srovnání se západní Evropou, Austrálií i Severní Amerikou je v ČR i významně nižší promořenost žlutenek typů A, B i C mezi uživateli drog (promořenost žlutenkou C v ČR je zhruba 35 %, v zemích EU mezi 65 – 80 %).

*V oblasti prevence, léčby a resocializace* drogově závislých přetrvávají nevyřešené problémy ve financování programů (kolísající rozpočet na protidrogovou politiku, poskytování dotací z více zdrojů na centrální úrovni, dotační systém - každoroční předkládání žádostí o dotace, pozdní uvolňování dotací ze státního rozpočtu). Tyto problémy lze odstranit pouze systémovými kroky

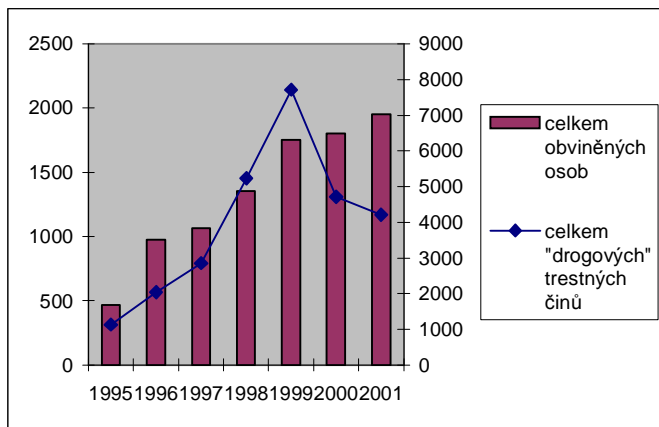
*V oblasti potlačování nabídky drog* vyplývá, že se dostupnost drog ve sledovaném období 1999 – 2000 navzdory zpřísněné legislativě dále zvýšila. Z podkladů Generálního ředitelství cel (GŘC) a Národní protidrogové centrály (NPC) vyplývá, že v roce 2001 zadrželi pracovníci GŘC 228 kg drog (v roce 2000 174 kg drog), pracovníci NPC zadrželi 17,93 kg ilegálních drog a 20.247 ks extáze (v roce 2000 166,8 kg drog) určených pro tuzemský černý trh. Oproti tomu Český statistický úřad

(ČSÚ) udává, že v roce 2000 bylo v ČR spotřebováno úhrnem nejméně 33.500 kg ilegálních drog (z toho 5.000 kg heroinu, 3.500 kg pervitinu, 25.000 kg cannabisu, 50 kg kokainu) a 300.000 ks extáze.

Jakkoli není k dispozici přehled o množství drog zadržených dalšími složkami Policie ČR, je patrné, že orgány odpovědné za potlačování nabídky drog jsou schopny postihovat přibližně jen o něco málo více než 1% z celkového nezákonného obchodu s drogami určenými pro český černý trh.

## Prosazování práva

Rok 2001 můžeme v oblasti represe považovat za stabilizovaný.



Policie zjistila 4 209 drogových trestných činů (TČ dle §§ 187, 187a, 188, 188a trestního zákona) a pro ty sdělila obvinění 1 952 osobám; z držení drog pro vlastní potřebu obvinila 166 osob (z 241 zjištěných trestných činů). Pokračoval tak mírně vzestupný trend z minulých let (viz graf). Srovnání trendů naznačuje výrazný vzestup objasněnosti trestných činů nebo nárůst spolupachatelství.

Takové závěry však nelze učinit, protože Policie ČR zásadně změnila způsob vykazování trestných činů. To znemožňuje spolehlivé porovnání počtu vykazovaných trestných činů v různých letech a zkresluje přehled o skutečném vývoji drogové kriminality.

Setrvalý mírně vzestupný trend (stejně jako v minulých letech) zaznamenala i státní zastupitelství; v souvislosti s nelegálními drogami vznesla loni žalobu proti 2 160 obviněným (v roce 2000 proti 2 043; v roce 1999 proti 1 765); totéž platí pro soudy, které odsoudily 1 094 pachatelů „drogových trestných činů“ (2000: 972; 1999: 891). Případné nesrovnalosti, resp. neprovázanost statistik Ministerstva spravedlnosti ČR se statistikami Policejního prezidia ČR jsou dány jak odlišnou metodologií, tak možností státního zástupce změnit v souladu s trestním řádem kvalifikace trestného činu oproti obsahu sdělení obvinění, přičemž tato změna se nepromítne zpětně do policejních statistik. V neposlední řadě hraje roli také časový posun, kdy je např. trestní stíhání zahájeno v roce 2000 a obžaloba vznesena až v roce 2001.

V České republice se k 31.12. 2001 pro drogové trestné činy podrobovalo trestu odnětí svobody 652 pachatelů. Stále častěji mohou dobrovolně trávit výkon trestu v tzv. bezdrogových zónách, v některých případech dokonce mohou být ve věznicích i léčeni. Ve srovnání s EU však není léčba zneužívání drog ve věznicích dostupná ani v dostatečné míře, ani v dostatečné šíři léčebných postupů.

Čísla a trendy v práci represivních složek, srovnána s ostatními výše uvedenými indikátory drogové situace, nasvědčují standardní „evropské“ úrovni práce českých represivních složek v oblasti potlačování nabídky.

V této souvislosti se stále jasněji ukazuje irelevantnost měření úspěšnosti represivních složek „mírou zabavení“ nelegálních drog (tj. poměrem zabavených

drog k odhadu všech spotřebovaných drog). Ta se nicméně stále používá a má se podle některých tvrzení pohybovat až kolem 30 %.

V roce 2001 represivní orgány zabavily necelého půl procenta (0,41 %) z odhadovaného množství všech nelegálních drog, spotřebovaných v tomto roce v ČR.

Nejvyšší míry zabavení pak dosáhly u ecstasy (přes 12 % – velký jednorázový záchyt při společné akci Policie a Celní správy) a u relativně nejméně rozšířeného kokainu (9%); nejnižší míry zabavení represivní složky dosahují u konopných drog (0,05% z odhadované spotřeby), které jsou naopak v ČR nejrozšířenější.

### **Incidence problémových uživatelů drog (1995-2001)**

Informace o počtech osob, které v souvislosti nebo v důsledku užívání drog požádaly ve sledovaném roce poprvé o odbornou pomoc:

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Incidence na 100 000 obyvatel	23,9	31,5	30,4	37,4	37,7	40,3	41,2
Specifická incidence u 15-39letých/100 000 obyvatel	62,9	78,7	75,1	96,3	99,0	105,5	106,1
Poměr mužů a žen	2,4 : 1	1,9 : 1	1,7 : 1	2,0 : 1	1,9 : 1	1,9 : 1	1,9 : 1
Průměrný věk (v rocích)	22,8	21,5	20,8	20,6	20,8	20,9	21,3
Procento uživatelů mladších 19 let	47,2	57,4	54,1	52,4	49,1	47,5	43,9
Procento injekčních uživatelů	54,3	56,5	55,0	61,8	64,0	62,3	64,8
Procento injekčních uživatelů mladších 19 let	51,6	53,9	52,1	54,9	52,5	50,9	52,4
- z uživatelů mladších 19 let	44,9	54,7	51,2	46,5	40,3	38,3	35,5
- ze všech injekčních uživatelů	24,4	30,9	28,2	28,8	25,8	24,2	23,0
Počty nově evidovaných uživatelů heroínu (základní i sekundární droga), Procenta	529 21,4 %	1050 32,3 %	945 30,2 %	909 23,6 %	1094 28,1 %	1229 29,6 %	1362 32,2 %
Počty nově evidovaných uživatelů pervitinu (základní i sekundární droga), procenta	1252 50,7 %	1757 54,0 %	1946 62,1 %	2642 68,5 %	2554 65,6 %	2576 62,1 %	2545 60,1 %

Incidence (First Treatment Demand) všech uživatelů drog v ČR (základní droga)

Skupina drog	2000		2001	
	počet	%	počet	%
Heroin a ostatní opiáty	1044	25,2	1213	28,7
Pervitin a ostatní stimulancia	1917	46,2	2023	47,8
Kanabinoidy	912	22,0	747	17,6
Halucinogeny	36	0,9	25	0,6
Rozpustidla	161	3,9	147	3,5
Sedativa, hypnotika	56	1,3	35	0,8
Jiné drogy a léky	17	0,4	22	0,5
Neznámá	5	0,1	15	0,4
Celkem uživatelů	4148	100	4233	100
Gambling	259	5,9	214	4,8

## PŘÍLOHA č.3

### Výzkumná studie NEAD 2000

NEAD 2000 (**ne**alkoholové **d**rogy) je výzkumným projektem v kategorii školních studií zaměřených na užívání alkoholu, nikotinu a nelegálních drog mezi středoškolskou mládeží. Hlavním organizátorem výzkumu bylo Sdružení Podané ruce. Na výzkumu se podílel Psychologický ústav Akademie věd ČR a Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého Olomouc ve spolupráci s firmou SC&C Praha.

Data byla prostřednictvím dotazníkového šetření získána v průběhu druhého pololetí školního roku 1999/2000 na středních školách a učilištích. Výstupy, které byly získány z této studie nás přesvědčí, že drogová problematika není fenoménem pouze velkých měst. Ze studie vyplývají následující údaje

Studie NEAD 2000 v okrese KM :

- 1) První opilost v životě do svých 15 let (včetně) zažilo 52,7 % středoškoláků, 12,5 % do 13 let (včetně).
- 2) Pravidelně kouří cigarety 46,9 % oslovených středoškoláků, 31 % začalo pravidelně kouřit do svých 15 let (včetně).
- 3) 17,4 % středoškoláků má zkušenost se zneužitím léků.
- 4) 20,9 % středoškoláků v okrese KM má zkušenost s nelegální drogou a tuto zkušenost hodlá v budoucnu opakovat. 50 % středoškoláků nemá zkušenost s nelegální drogou a ani ji učinit nechce.
- 5) 48,2 % oslovených středoškoláků má zkušenost s nelegální nealkoholovou drogou.
- 6) První zkušenost s nelegální nealkoholovou drogou má 32 % středoškoláků do 15 let (včetně) Největší procento mládeže učiní zkušenost s drogou ve věku 14 - 16 let.
- 7) S marihuanou nebo hašišem má zkušenost 42,9 % středoškoláků.
- 8) Opakovanou zkušenost s marihuanou nebo hašišem v posledním měsíci má asi 9,5 %
- 9) Zkušenost s těkavými látkami má v okrese 11,7 % středoškoláků, s pervitinem 7,8 % oslovených středoškoláků.
- 10) Svoji první nelegální nealkoholovou drogu v životě získalo 95,9 % středoškoláků od někoho v blízkém okolí (kamarád, známý, sourozenec apod). Pouze 4,1 % ji získalo od neznámé osoby.

Studie NEAD 2000 v okrese ZL :

- 1) První opilost v životě do svých 15 let (včetně) zažilo 55,9 % středoškoláků. 12,2 % dokonce do 13 let (včetně).
- 2) Pravidelně kouří cigarety 43,9 % oslovených středoškoláků. 30,3 % začalo pravidelně kouřit do svých 15 let (včetně).
- 3) 18,1 % středoškoláků má zkušenost se zneužitím léků.
- 4) 17 % středoškoláků v okrese ZL má zkušenost s nelegální drogou a tuto zkušenost hodlá v budoucnu opakovat. 53,7 % středoškoláků zkušenost s nelegální drogou nemá a ani ji učinit nechce.
- 5) 42,6 % oslovených středoškoláků má zkušenost s nelegální nealkoholovou drogou.
- 6) První zkušenost s nelegální nealkoholovou drogou má 28,1 % středoškoláků do 15 let (včetně). Největší procento mládeže učiní zkušenost s drogou ve věku 14 – 16 let.
- 7) S marihuanou nebo hašišem má zkušenost 38,1 % středoškoláků.
- 8) Zkušenost s těžkými látkami má v okrese 6 % středoškoláků, s pervitinem 4,8 % oslovených středoškoláků.
- 9) Opakovanou zkušenost s marihuanou nebo hašišem v posledním měsíci má 9,3 %.
- 10) Ze souboru respondentů se zkušeností s drogou jich svoji první nelegální nealkoholovou drogou v životě získalo 98,4 % středoškoláků od někoho v blízkém okolí (kamaráda, partnera, známého, sourozence apod.). Pouze 1,6 % ji získali od někoho, koho neznali.

Ze studie vyplývá, že respondenti, kteří uvedli, že mají zkušenost s drogou jich svoji první nelegální nealkoholovou drogou získalo mezi 95,5% -97,9% středoškoláků od někoho v blízkém okolí ( kamaráda, partnera, známého, sourozence a podobně).

Ve výzkumu bylo prostřednictvím dotazníku osloveno více jak 2500 respondentů představujících reprezentativní výběrový soubor (dle typu školy a věku) pro uvedený region. Ve studii byly dodrženy metodologické standardy běžné pro školní studie užívané v zemích EU a díky využití metodiky studie ESPAD jsou výsledky použitelné a srovnatelné s jinými obdobnými výzkumy. Studie proběhla v celkem 31 okresech ČR.



## PŘÍLOHA č.4

### **Popis vztahu kraje vůči ostatním subjektům v oblasti protidrogové politiky**

Tak jak již bylo uvedeno Krajský úřad v přenesené odpovědnosti odpovídá za protidrogovou politiku na území kraje. Ve spolupráci s RV KPP se spolupodílí na realizaci projektů v oblasti protidrogové prevence.

Charakteristika programů obsáhne:

- popis programu,
- gestor a správce programu,
- použité finanční formy řešení (dle všech členění rozpočtové skladby),
- problémy, které se programem řeší, resp. cíl, který je sledován,
- kritéria použitá při vyhlášení programu,

KPP - typy programů:

- komplexní, meziresortní prevence užívání drog v komunitě nebo na území okresu (*preventivní programy propojující dobrovolníky a pracovníky různých profesí*);
- časná diagnostika, intervence a poradenství v nezdravotnických zařízeních;
- terénní výměnné programy zaměřené na kontaktování skryté populace uživatelů drog a snižování rizik s užíváním drog spojených;
- nízkoprahová zařízení zaměřená na práci s uživateli drog a jejich blízkými;
- ambulantní/stacionární léčba uživatelů drog a práce s jejich blízkými v nezdravotnických zařízeních;
- střednědobá a dlouhodobá léčba a resocializace uživatelů drog v terapeutických komunitách;
- ambulantní a rezidenční doléčovací programy pro uživatele drog;
- programy zaměřené na práci s rodinnými příslušníky uživatelů drog;
- profesní vzdělávání a zvyšování kvality poskytování služeb v oblasti léčby a resocializace uživatelů drog.

### **MPSV-typy programů pro NNO :**

Vyhlášené programy pro rok 2002 (celkem 3 kola)

#### 1. Program rozvoje sociálních služeb.

V rámci programu rozvoje sociálních služeb budou podporovány projekty zaměřené na poskytování sociálních služeb.

## 2. Program podpory ostatních projektů v sociální oblasti .

V rámci tohoto programu dojde k postupnému omezování poskytování financování dosud podporovaných projektů, které nejsou orientovány na sociální služby /např. rekondiční pobyty, ediční činnost, samostatné projekty zaměřené na vzdělávání, dopravu zdravotně postižených/.

## 3. Program podpory rozvoje místních sociálních služeb ( 2kolo)

Pro dotační řízení v roce 2001 byly definovány priority a systém preferencí podle typu služeb a typu klientely (2kolo)

V případě služeb sociální péče byly tyto priority stanoveny tak, aby respektovaly trend deinstitutionalizace, rozvoje terénních služeb a podporu služeb poskytovaných na základě individuálního výběru ze strany klienta.

U služeb sociální intervence je kladen důraz na včasnou pomoc, jejíž preference vyplývá ze snah předejít v nejvyšší možné míře vzniku sociálních problémů nebo aby se řešily již v počátečním stadiu. Podle typu klientely vychází systém preferencí ze snahy podpořit rozvoj takových služeb, které jsou určeny klientům, pro které nejsou rozvinuty služby v potřebném rozsahu nebo kteří jsou ohroženi marginalizací.

## 4. Program podpory kvality poskytovaných sociálních služeb ( 3kolo)

Cílem tohoto programu je umožnit zvýšení kvality stávající nabídky sociálních služeb poskytovaných nestátními neziskovými subjekty.

Dotační tituly na MZ ČR:

### **Priority Ministerstva zdravotnictví pro rok v roce 2002**

- zvýhodnění, propagace zdravého životního stylu prostřednictvím médií
- cílené léčebné programy (děti, mladiství, rodina, marginalizované osoby)
- ambulantní programy včetně ambulantní a domácí detoxifikace
- detoxifikace dětí a mladistvých
- substituční programy
- diagnostické a léčebné standardy, metody měření efektivity, akreditace
- vzdělávání zdravotnických pracovníků v diagnostice a časně intervenci,
- odborné publikace zaměřené na rozvoj oboru návykových nemocí

### **Subjekty, pro které je program určen**

V souladu s výnosem Ministerstva financí ČR mohou předložit žádost o přidělení finančních prostředků ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku vlády ČR v roce 2002 následující typy organizací:

- státní organizace zřízené nebo založené ministerstvem či jiným správním úřadem

- územní samosprávné celky a jimi zřízené příspěvkové organizace,
- občanská sdružení vyvíjející činnost dle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů,
- obecně prospěšné společnosti vyvíjející činnost dle zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech, ve znění pozdějších předpisů,
- církve a náboženské společnosti vyvíjející činnost dle zákona č. 308/1991 Sb., o svobodě víry a postavení církví a náboženských společností, ve znění pozdějších předpisů,
- ostatní právnické a fyzické osoby.

### **Programy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy:**

Hlavní dotační priority MŠMT na rok 2002 dané usnesením vlády č. 621/2001

Programy státní podpory práce s dětmi a mládeží vyhlášené MŠMT pro rok 2002 respektují hlavní oblasti státní dotační politiky vůči NNO:

- zabezpečování široké nabídky využití volného času dětí a mládeže,
- integrační aktivity dětí a mládeže ohrožených sociálně patologickými jevy,
- podpora specializovaných a integračních programů, zaměřených na zdravotně postižené a chronicky nemocné děti a mládež,
- enviromentální osvěta, vzdělávání a výchova dětí a mládeže,
- podpora neprofesionálních kulturních aktivit dětí a mládeže,
- podpora aktivit příslušníků národnostních menšin v oblasti práce s dětmi a mládeží.,
- boj proti rasismu a diskriminaci.

### Priority MŠMT v rámci Programů státní podpory práce s dětmi a mládeží pro NNO

#### Střechy

- podpora společných aktivit zastřešených sdružení,
- zajištění činnosti střechy jako legitimní platformy nevládních organizací,
- podpora rozvoje činnosti NNO na úrovni kraje (krajské střechy).

#### Sdružení

- podpora pravidelné činnosti základních článků sdružení formou poskytnutí finančních prostředků na provozní náklady a vybavení;
- podpora vzdělávání a další přípravy vedoucích dětských a mládežnických kolektivů;
- podpora aktivit o prázdninách vyhlášených MŠMT, především formou příspěvku na dítě a den a na táborové a sportovní vybavení;
- podpora aktivit o prázdninách, vyhlášených MŠMT;
- podpora systematické práce s mládeží s výchovným charakterem při zájmových aktivitách a její materiální zabezpečení;
- podpora práce s neorganizovanou mládeží ve smyslu bodu 1.3.b) Programů.

- podpora systémové práce v oblasti výchovy ke snášenlivosti a soužití národnostních skupin;
- podpora pravidelné činnosti regionálních a místních NNO s dětmi a mládeží.

### Zahraničí

- **podpora výměn s Německem a Francií** a dále s dalšími sousedními;
- podpora projektů zaměřených **na vzdělávání vedoucích a multiplikátorů**.

### Investice

- finanční podpora rekonstrukcí a úprav nemovitostí v majetku NNO, zejména poškozených živelnými pohromami nebo v havarijním stavu;
- finanční podpora rekonstrukcí a úprav nemovitostí nabytých bezúplatným převodem ze správy Fondu dětí a mládeže na NNO.

Současně s těmito programy poskytl MŠMT účelovou státní dotaci všem krajům na programy v oblasti protidrogové prevence a programů v oblasti prevence kriminality.

### **Ministerstvo vnitra:**

#### Prevence drogových závislostí

ve vztahu k prevenci kriminality představuje všestrannou péči od předcházení experimentování s drogami u dosud intaktní populace a nespécifickou výchovu ke zdravému životnímu stylu, přes ambulantní i ústavní léčbu v indikovaných případech problémového zneužívání drog, až po rehabilitaci a resocializaci osob, které již léčením prošly a u nichž je společenský zájem udržet dosaženou abstinenci a pomoci jim k návratu do normálního života.

Sociální a situační přístupy se vzájemně doplňují v primární, sekundární a terciální prevenci.

- Primární prevence zahrnuje především výchovné, vzdělávací, volnočasové, osvětové a poradenské aktivity zaměřené zejména na nejširší veřejnost. Zvláštní pozornost je zaměřena na pozitivní ovlivňování zejména dětí a mládeže (využívání volného času, možnosti sportovního vyžití).

Těžiště primární prevence spočívá v rodinách, ve školách a v lokálních společenstvích.

- Sekundární prevence se zabývá rizikovými jedinci a skupinami osob, u nichž je výšena pravděpodobnost, že se stanou pachateli nebo oběťmi trestné činnosti (specializovaná sociální péče), na sociálně patologické jevy (např. drogové a alkoholové závislosti, záškoláctví, gamblerství, povalečství, vandalismus, interetnické konflikty, dlouhodobou nezaměstnanost) a příčiny kriminogenních situací.

- Terciální prevence spočívá v resocializaci kriminálně narušených osob (pracovní uplatnění vč. rekvalifikace, sociální a rodinné poradenství, pomoc při získávání bydlení ...). Jejím cílem je udržet dosažené výsledky předchozích intervencí a rekonstrukce nefunkčního sociálního prostředí.

**Komplexní součinnostní program** představuje systém metodické, koncepční a finanční podpory ze strany ústředních orgánů státní správy a podpory vzniku programů prevence kriminality ve městech zatížených kriminalitou, která nejvýrazněji ovlivňuje pocit bezpečnosti občanů

Podstatou těchto programů je součinnost orgánů státní správy, samosprávy, policie a nevládních organizací. Záběr programu je podmíněn místní situací v oblasti vývoje sociálně patologických jevů, potřebami, zájmem a schopnostmi lidí a finančními prostředky.

Za realizaci programů prevence kriminality v rámci Komplexního součinnostního programu prevence kriminality na místní úrovni nesou odpovědnost obecní zastupitelstva.

Programy, které každým rokem vyhláší města a obce OK jsou zaměřeny zejména na oblast volnočasových aktivit, programů prevence kriminality a protidrogové prevence.

- kdo provádí hodnocení výsledků a podle čeho,

Hodnocení projektů realizují vždy subjekty, které finanční dotaci poskytli. Hodnotí se zejména účelové využití finančních prostředků na projekt, kvality poskytnutých služeb. V případě, že budou do praxe zavedeny standardy, na kterých pracovalo MPSV společně s MM Olomouce, NNO, OkÚ v Olomouci a britským partnerem, budou stanovena jasná kritéria, které budou muset splňovat všechna zařízení, která požádají o dotaci ze státního rozpočtu.

- okruh příjemců,
- míra spolufinancování,

Všechny NNO, která poskytují služby v oblasti protidrogové prevence se na rozpočtu podílí minimálně 30%. Tento poměr je dán zákonnými normami, kdy ze státního rozpočtu nesmí být hrazeno více finančních prostředků na projekt než max. 30 %.

- kdo posuzuje a vybírá příjemce,
- přehled výdajů programu podle regionů v dostupném členění,
- další relevantní charakteristiky programu.
- SWOT analýza

## **PŘÍLOHA č. 5**

### **Koordinace protidrogové politiky**

Cílem je zkvalitnit systém koordinace protidrogové politiky na horizontální a vertikální úrovni, zapojit do prevence užívání drog celou společnost se zvláštním důrazem na místní komunitu tak, aby přijaly svoji odpovědnost a roli v protidrogové politice vlády ČR, vytvářením podmínek a podporou programů, zaměřených na snižování negativních dopadů spjatých s užíváním drog.

#### Východiska koordinace protidrogové politiky

Problematika užívání drog přesahuje hranice jednotlivých oborů a sektorů, je mezioborová a mezisektorová. Koordinací se zabývá Meziresortní protidrogová komise, na okresech je to Okresní protidrogová komise. Řešení protidrogové politiky vyžaduje multidisciplinární spolupráci na všech úrovních. Na místní úrovni jsou kladeny nároky na různé články společnosti a politickou reprezentaci.

Odpovědnost za tvorbu a naplňování nese vláda ČR, samosprávy obcí a krajské úřady. V současné době fungují na OkÚ okresní protidrogové komise jako poradní a iniciační orgán přednosty, která je pověřena koordinací protidrogové politiky na místní úrovni, tajemníkem komise je protidrogový koordinátor (metodické pokyny, usnesení vlády č.1045 ze dne 23. 10. 2000). Na KÚ by měla vzniknout krajská protidrogová komise a pracovní skupiny zaměřené na jednotlivé oblasti protidrogové politiky. Bez systému koordinace je nemožné naplňovat úkoly národní strategie i krajské strategie. Proto je nezbytné, aby tento funkční systém zůstal zachován i v podmínkách reformy veřejné správy a přenosu státní správy na jiné úrovni. Reforma přináší transformaci agend, nikoliv změny aktivit.

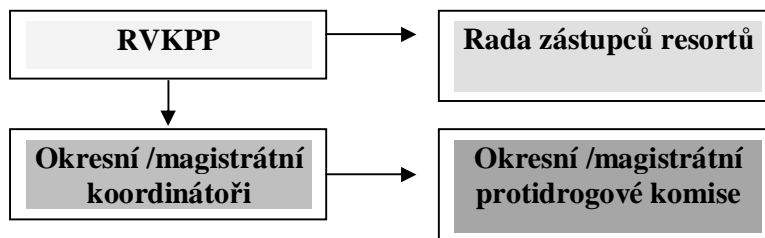
Variantou koordinace protidrogové politiky v kraji by měl být systém – krajský protidrogový koordinátor na celý úvazek (dále jen PK). Byla by vytvořena krajská protidrogová komise (KPK), 3 odborné pracovní skupiny (PS). Čtyři protidrogoví koordinátoři by pracovali na detašovaných pracovištích kraje ( jeden koordinátor na území 3 bývalých okresů), jejich působnost by byla v rozsahu stejného regionu - původních okresů.

Další variantou by byl PK zaměstnanec obce III. typu a ten by mohl mít kumulované funkce, které spolu souvisí (např. koordinátor protidrogové politiky a koordinátor prevence kriminality nebo kombinace s funkcí koordinátor Zdravého města, národnostní menšiny). Zcela nevhodná by byla kumulace funkcí s agendami přestupků, policistů, uprchlíků, sociálních dávek aj. PK vykonávající koordinaci na území samosprávy by úzce spolupracoval s krajským PK na krajském úřadě PK by měl vytvořenou protidrogovou komisi, na obcích i se zaměřením na jiné sociálně patologické jevy, na samosprávách obcí by komise měla širší působnost i v oblasti nespécifické prevence.

#### Současný způsob koordinace protidrogové politiky – stručný nástin

Koordinace protidrogové politiky ČR probíhá jak na centrální úrovni, tak také na úrovni místní, kde vychází z metodického pokynu tehdejší Meziresortní protidrogové komise (dnes Rada vlády pro protidrogovou politiku - RVKPP) z roku 1997. Podle něj okresní a magistrátní úřady a úřady statutárních měst zřídily funkci protidrogového koordinátora.( tito končí v rámci rušení OkÚ k 31.12.2002 ). Ti jsou metodicky řízeni RVKPP. Na místní úrovni existují protidrogové komise jako poradní a iniciační orgány a jsou tvořeny zástupci různých oborů a sektorů.

Dosavadní úrovně koordinace protidrogové politiky:



V rámci probíhajících změn protidrogoví koordinátoři Okresních úřadů a Okresní protidrogové komise k 31.12.2002 končí svoji činnost. Ta přechází na kraje a pověření obce.

Nástin koordinace protidrogové politiky kraje:

Při krajském úřadu by měl vzniknout jako iniciační, poradní a koordinační orgán – komise Rady Zlínského kraje pro otázky protidrogové politiky, která bude mít na starosti problematiku návykových látek a dotýkat se bude i ostatních sociálně patologických jevů. Jejím úkolem bude koordinovat a navrhnout veškeré aktivity v oblasti protidrogové prevence. V oblasti protidrogové prevence by bylo potřebné vytvoření třech pracovních skupin (dále jen PS), které budou pracovat při krajské komisi :

PS v oblasti primární prevence

PS v oblasti harm reduction, léčby a následná péče, resocializace

PS v oblasti potlačování nabídky a represe

Komise Rady ZK by měla spolupracovat v rámci pracovních skupin se všemi státními i nestátními zařízeními, zabývající se aktivitami v protidrogové oblasti. Měla by analyzovat problematiku tak, jak o ní hovoří následující pojednání, a v neposlední řadě by měla přinášet informace o přijatých opatřeních veřejnosti.

### **Cíle dlouhodobé, střednědobé, krátkodobé**

Dlouhodobé cíle:

Zajistit vyhovující způsob koordinace na regionální úrovni.

Prohlubovat mezisektorovou, mezioborovou spolupráci.

Zapojit obce do protidrogové politiky, zvláště v býv. okresních městech.

Účastnit se výzkumných studií.

Zabezpečit dostatek lidských zdrojů.

Posilovat kritický postoj veřejnosti k návykovým látkám.

Zajistit implementaci všech uvedených cílů!

Zajistit provádění evaluace protidrogové politiky a programů- finančně ji zabezpečit.

Střednědobé cíle:

Uplatňovat provázaný systém protidrogové koordinace.

Zajistit financování programů z kraje.

Propojit horizontálně i vertikálně informační toky.

Krátkodobé cíle:

Začlenit protidrogovou politiku do priorit samosprávy.

Trvale zajišťovat koordinovaný přístup v regionu.

Podporovat osvědčené programy na základě kvality a kontroly, s důrazem na specifickou prevenci.

Podporovat objektivní mediální protidrogovou politiku kraje.

Zmapovat psychosociální služby, vytvořit katalog služeb.

**Prostředky ověření:**

Průzkumy informovanosti, průzkumy veřejného mínění, analýza médií, výroční zprávy, kontrola, posouzení a analýza kvality služeb, výzkumy a školní studie, epidemiologické studie incidence a prevalence, statistiky, katalog poskytovaných služeb, seznamy služeb, hodnocení místních protidrogových strategií, hodnocení místních plánů péče, finanční zabezpečení realizace služeb.



## **PŘÍLOHA č.6**

### **SWOT analýza současného stavu protidrogové politiky**

SWOT analýza jako strukturovaná metoda mapující vnitřní i vnější faktory, které ovlivňují protidrogovou politiku v kraji SWOT analýzu zpracovávala skupina protidrogových koordinátorů z jednotlivých okresů kraje.

#### **Silné stránky**

V kraji existuje funkční síť kvalifikovaných okresních protidrogových koordinátorů ( v rámci reorganizace státní správy tito k 31.12.2002 končí), kteří přenášejí informace i z centrální úrovně a zajišťují jejich realizaci na místní úrovni, k čemuž jim pomáhá dobrá znalost místního systému a dobrá spolupráce s ostatními institucemi jejich okresů. V rámci celého kraje existuje síť komplexní péče o klienta v jakékoliv fázi drogové závislosti.

#### **Slabé stránky**

Za nedostatek současného stavu lze považovat nerovnoměrné pokrytí jednotlivých programů sítě komplexní péče v jednotlivých regionech našeho kraje, nejednotné posuzování efektivity a kvality jednotlivých poskytovaných služeb a málo efektivní systém financování, který díky pomalému uvolňování finančních prostředků, vytváří nestabilní prostředí.

#### **Příležitosti**

Za příležitosti lze označit funkční přetransformování sítě stávajících okresních protidrogových koordinátorů na detašovaná pracoviště kraje, na základě jejich znalostí daného regionu a navázaných kontaktů by se urychlilo i rozšíření chybějících služeb rovnoměrněji po kraji. Zavedením jednotného systému vykazování údajů v zařízení a zavedením systému akreditačních standardů budou k dispozici nástroje na měření a kontrolu kvality a efektivity vynakládaných finančních prostředků.

#### **Hrozby**

Rizikovou možností se stává v souvislosti s reformou veřejné správy rozpad sítě stávajících okresních protidrogových koordinátorů, čímž by došlo k přerušení navázaných kontaktů a odlivu vyškolených odborníků z drogové oblasti. Stejně tak i roztržštění státní koncepce a možná nespolečná spolupráce mezi samosprávou kraje a obecní, nedostatečné finanční zdroje a nejistota ve financování programů mohou mít za následek jejich zánik.

## SWOT analýza protidrogové politiky

### **Silné stránky**

Síť kvalifikovaných okresních protidrogových koordinátorů kraje  
Systém péče o drogově závislé osoby provázaná- síť institucí  
Vytvořená Národní strategie v souladu s mezinárodními úmluvami  
Dobrá komunikace institucí (školy, pedagogicko-psychologické poradny, mediační a probační služba, úřady práce, lékaři aj)  
Síť středisek pro volný čas dětí a mládeže  
Realizace Minimálního preventivního programu ve školách a školských zařízeních  
7. Dostatek vzdělaných odborníků  
Dobrá komunikace v obcích

### **Slabé stránky**

Nesjednocená a nestanovená legislativa  
Stávající systém financování a operativnost přidělování fin. prostředků  
Nedefinovatelnost funkčního zařazení protidrog. koordinátorů  
Neexistence platných kritérií efektivity programů  
Neprovázané a duplicitní informační toky  
Pracnost a složitost zpracovávání projektů, nesjednocené formuláře  
Nedostatečné a pomalé financování programů  
Vysoký podíl drogové kriminality v kraji  
Podceňování závažnosti drogové problematiky

### **Ohrožení**

Rozbití systému- sítě koordinátorů, zprůtrhání navázaných kontaktů  
Odliv kvalifikovaných odborníků, zánik funkčních zařízení  
Nevyváženost prevence a represe  
Nedostatečná prezentace výsledků programů- úspěšnost systematické a ucelené péče  
Neexistence strategie kraje  
Růst preference konzumního životního stylu  
Tolerance společnosti k substancím ( tabákové výrobky, alkohol, nealkoholové drogy)  
Poloha kraje - propojená drogová scéna s Prahou  
Kriminalizace a stigmatizace uživatelů drog  
10. Neodborně prováděná substituce

### **Příležitosti**

Udržení systému odborných institucí  
Funkční přetransformování sítě protidrogových koordinátorů na detašovaná pracoviště kraje  
Přijetí zodpovědnosti státu a samosprávy za protidrogovou politiku  
Začlenění protidrogové problematiky do sítě sociálních a zdravotních služeb  
Vytváření komunitních programů v obcích  
Vytvoření protidrogové strategie kraje a krajského plánu prevence a léčby  
Sdružování fin. prostředků v regionech  
Akreditační systém  
Racionální mediální politika  
Monitoring, výzkumné studie, zkušenosti ze zahraničí  
11. Spolupráce institucí a odborníků v ČR,  
provázanost Středočeského kraje s Prahou

## PŘÍLOHA č.7

### DROGY V REGIONU ( drogy, příznaky, rizika )

V posledních letech se objevuje rozšíření jistých druhů drog, především u mládeže. Jedná se především o marihuanu, pervitin, extázi a její další formy, dále lysohlávky, heroin, toluen, léky. Alkohol a tabákové výrobky jsou prvotními drogami, s kterými se mladí lidé setkávají pro jejich snadnou dostupnost a vysokou toleranci společnosti. Nebezpečnost drog tkví v jejich prvotní schopnosti okouzlit.

*Alkohol* (etylalkohol) je nejrozšířenější stále podceňovaná droga. Existují různé teorie účinku alkoholu na mozek, je pravděpodobné, že alkohol působí v mozku na více než jediný receptorový systém. Intoxikace alkoholem má mnohotvárný obraz, tolerance postupně narůstá, odvykací syndrom bývá silný. Zisky, které má stát ze zdanění alkoholických nápojů, jsou pouze nepatrným zlomkem přímých i nepřímých ekonomických škod, které alkohol působí. Podle studie WHO a Světové banky je alkohol mezi všemi návykovými látkami na prvním místě v počtu ztracených let produktivního věku v důsledku nemoci nebo smrti. V evropském regionu tvoří úmrtí v důsledku požívání alkoholu u mužů ve věku 15-29 let čtvrtinu všech úmrtí (ve východní části Evropy je to dokonce celá třetina úmrtí!). ČR se připojila k mezinárodnímu dokumentu „Evropská charta o alkoholu“, tato charta byla přijata v r. 1995 v Paříži a je v souladu s Evropským akčním plánem o alkoholu.

*Marihuana* je nejběžnější užívanou drogou, zdroje pochází většinou z regionu vlastním pěstováním, droga je levná, často bývá nabízena zdarma, aktivní látkou je THC, nejčastější konzumaci je kouření. Tato společenská droga bývá spojená s různými rituály, má hluboké historické kořeny. Produkty konopí mají široké využití – v průmyslu, v lékařství, v kosmetice atd. Marihuana je přírodní droga, která je obhajovaná i zatracovaná. Její nebezpečnost je mnohem nižší než u jiných drog, ovšem její halucinogenní účinky jsou velmi rizikové. Může nastartovat i rozvoj schizofrenního procesu.

*Pervitin* (metamfetamin) typicky česká syntetická stimulační droga, ovšem není vynalezená u nás, název pervitin je německého původu. Snadno vyrobitelná v jednoduchých laboratorních podmínkách, vstupní látkou je efedrin. Pervitin se již používal za druhé světové války (japonští sebevražední piloti kamikadze a němečtí parašutisté). Droga je finančně dostupná, aplikuje se většinou nitrožilně nebo se šňupe. Její nebezpečnost je značná, zásadně mění psychiku, bývá pro své účinky oblíbenou drogou a velmi rozšířenou mezi intravenózními uživateli.

*Extáze* patří do skupiny syntetických drog, tzv. „taneční droga“ stává se módní drogou po celé Evropě, bývá často spojena s taneční scénou (techno aj.). Účinky drogy jsou zajímavé, přivádí člověka ke schopnosti vcítění se do druhého, ale má svá rizika. Je dostupná ve formě tablet s různými symboly. Tato droga bývá zaměňována za LSD (halucinogen), účinky se vrací i po dlouhé době po užití formou flashbacku.

*Lysohlávky* (houbičky), velmi rozšířené v některých lokalitách a mají podobné účinky jako LSD, ale počitky nebývají tak drastické. Experimentátoři považují lysohlávky za delikatesu, vztahují je k různým rituálům. Nebezpečnost drogy je především v halucinogenních stavech. Objevuje se i zneužívání jedovaté rostliny durmanu a rulíku většinou formou kouření i u mladších dětí, z důvodu snadné dostupnosti těchto drog. Durman vyvolává halucinogenní stavy a hrozí otrava.

*Heroin* (diacetylmorfin) syntetický opiát finančně hůře dostupný bývá považován za drogu, která slouží jako protilek bídě existenci závislých, slibuje neutralitu a

z necitlivuje osobnost, často se s ní pojí kriminalita, sociální vykořenění. Heroin je nejvíce návykový opiát, hrozí vysoká zdravotní rizika. V loňském roce došlo v ČR k četným úmrtím v souvislosti s předávkování této drogy. U vhodných případů bývá lékařsky substituována metadonem.

*Toluen* těkavá látka (inhalant) velmi dostupná a laciná, vysoce nebezpečná chemická látka. Často ji užívají děti již na prvním stupni základních škol a sociálně znevýhodněné skupiny mládeže. Rizikovost je daná v okamžitém předávkování a smrti, těkavé látky bývají nazývány „drogami hloupých“, jelikož příliš málo dávají a příliš mnoho berou.

*Léky* (barbituráty, neuroleptika, analgetika, antidepresiva, anabolika aj.) bývají častěji zneužívány- nadužívány ženami i v kombinaci s alkoholem. Získání léků je spojeno s krádežemi, falšování receptů, dostupnost je poměrně snadná. Léky jsou dobrým byznysem pro farmaceutické firmy, vhodná reklama podněcuje a ovlivňuje přístup k těmto látkám. Nadužívání léků a různých potravinových doplňků bývá dlouho skryté a stále dosti podceňované.

*Tabák* byl vždy pěstován jako lék, jako okrasná rostlina i jako droga. Již na počátku století získal dominantní postavení na světových trzích. Účinnou látkou je jeden z nejtoxičtějších známých jedů nikotin, má psychotropní účinky a je návykový. Další škodlivé látky organické i anorganické jsou především kyanovodík, amoniak, oxid uhličitý, metan, sirovodík, metylalkohol aj. Podle britských odhadů umírá v ČR předčasně každý den 63 lidí na následky kouření.

### Drogy, příznaky, rizika

Drogy	Příznaky	Rizika
Marihuana (Konopí)	Nevolnost, šedožlutá pokožka, bušení srdce, podrážděnost, agresivita a impulzivita, euforie, náladovost, halucinace a krátké paranoidní stavy, otupění, výrazná chuť k jídlu, zmatenost, vyhublost aj.	Schizofrenní psychóza, poruchy vnímání, dysfunkce imunitního systému, poškození paměti, snížená kritičnost (možnost dopravních nehod), chronická bronchitida, nespavost.
Pervitin	Hyperaktivita, euforie, rozšířené zornice, chybí pocit únavy, nespavost, ztráta chuti k jídlu, zvýšená ospalost a únava, deprese, podrážděnost, zvýšená výkonnost.	Závislost, halucinatorně paranoidní psychóza, úbytek hmotnosti, hepatitidy a jiné virové onemocnění, suicidální tendence.
Heroin	Nevolnost, zvracení, zvýšený tep, bušení srdce, zčervenalá pokožka okolo úst a nosu, podrážděnost, agresivita, halucinace, otupění, barevné vize, poruchy vnímání- otupuje a brání počítkům, útlum- neutralita v obtížných životních situacích, vysoká návykovost, ztráta pocitu bolesti tělesné i duševní.	Psychická závislost, poškození plic, jater, dýchacích cest, ledvin a nervového systému. Deprese, citová otupělost. Nebezpečí zadušení či ochrnutí dýchací soustavy a zástavy srdce. Poruchy menstruace, infekce virové i bakteriální-hepatitidy, endokarditida, AIDS. Riziko předávkování-možné úmrtí! Vrozené vady u novorozenců, předčasné porody- zvyšuje se úmrtí novorozenců.

Extáze	Zvýšená empatie a sociální sblížení, čilost, euforie, chybí pocit únavy, nespavost.	Flashbacky, předávkování – zmatenost, přehřátí a dehydratace, selhání srdce a krevního oběhu, dlouhodobé deprese a úzkostné stavy, možné úmrtí.
LSD	Změny vnímání času, prostoru, barev, světla, poruchy paměti, halucinace, bludy, změny nálad, není potřeba spánku a odpočinku.	Latentní psychózy – rozvinutí psychózy, nebezpečné chování.
Lysohlávky	Změny vnímání, halucinace, euforie, pohoda, hovornost	Otrava, nebezpečné chování, latentní psychózy.
Toluen	Nevolnost, zvracení, začervenalý nos a ústa, charakteristický zápach z dechu, agresivita a podrážděnost, otupělost, poruchy vnímání, halucinace.	Infekce, snadné předávkování, citová otupělost, ztráta rozumových schopností, poškození sliznic, zástava dechu a selhání srdce, úmrtí.
Léky	Především poruchy spánku, úzkosti, strach z nedostatku léku, zvýšená poptávka, otupělost, agitovanost, poruchy koordinace, utlumenost, zpožděné reakce aj.	Předávkování, deprese, selhání srdce, zástava dechu, poškození orgánů, úmrtí.
Tabák	Typický zápach, zažloutlé prsty, stimulační nebo uklidňující subjektivní pocity, snížení pozornosti, zpomalené reakce.	Chronický zánět průdušek, rakovina nejenom plic, astma, choroby srdce a cév, nemoci zažívacího traktu, např. žaludeční a žlučnickové vředy, poškození plodu kouřící matky, úmrtí na následky kouření.
Alkohol	Euforie, neklid, agresivita, poruchy spánku, nevolnost, poruchy vnímání (tunelové vidění, zhoršené vnímání barev), sklon k riskování a přeceňování, horší odhad vzdálenosti, reakční čas se prodlužuje.	Alkoholické psychózy, např. delirium tremens, demence, halucinace, poruchy paměti, dezorientace, rizika úrazů – dopravní nehody, oslabení imunity, infekce, rakovina, jaterní choroby a nemoci trávicího systému, choroby srdce a cév, poškození plodu – fetální alkoholový syndrom a vznik vrozené mentální retardace, úmrtí.

## PŘÍLOHA č.8

### Péče o uživatele drog

#### System péče

Vzájemně provázené programy a služby, které odpovídají na různé potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty k normálnímu životu. Za základní složky či součásti systému péče se pokládají: (1) terénní a nízkoprahové služby, (2) ambulantní péče a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích, (3) ústavní detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá, (4) dlouhodobá – rezidenční péče v terapeutických komunitách, (5) doléčování včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod., (6) dlouhodobé – udržovací substituční programy. Aby jednotlivé služby a programy fungovaly jako systém, je nezbytná jejich odborná komplementarita, slučitelnost východisek a cílů, vzájemná informovanost, pružné předávání klienta a spolupráce na jeho problémech.

Nástroje k vytváření a rozvíjení systému péče jsou např.: průzkum potřeb, plánování služeb, matching (párování potřeb a intervencí), standardy, hodnocení kvality a účinnosti péče, vzdělávání, výcvik a supervize, usnadňování komunikace, koordinační porady apod.

#### Standardy

Soubor kritérií směrodatných pro kvalitu péče a její hodnocení. Rozlišujeme: (1) standardy vzdělávání, definované obsahem žádoucích znalostí a dovedností nebo absolvováním určitých škol a vzdělávacích programů, (2) standardy metod – popisují přesně, co má obsahovat určitý léčebný postup, např. metadonová substituce, (3) standardy založené na případu či diagnóze – definují soubor intervencí a služeb, které mají být poskytnuty pacientovi či klientovi s určitou nemocí, poruchou či problémem, mohou být i právním nárokem, (4) standardy služeb, programů a zařízení – definují podmínky poskytování péče ve službách určitého typu a často tudíž představují i typové definice, např. standard nízkoprahového kontaktního centra, terapeutické komunity, chráněného bydlení atd., (5) etické standardy – etický kodex.

U nás používané nebo připravované standardy pro oblast závislostí („Minimální standardy“ od r.1995, „Akreditační standardy“ od r. 2000) patří do 4.výše uvedené kategorie, podobným duchu jsou MPSV standardy sociálních služeb, zatímco MZ (používá nový termín certifikace) a odborné lékařské společnosti zpracovávají standardy kategorie 2 a 3.

#### Terénní práce - streetwork

Pomáhající aktivity probíhající mimo instituce a zařízení, a to: (a) přímo na ulicích, veřejných prostranstvích a veřejně přístupných místech, jako jsou nádraží, restaurace a zábavní podniky, (b) v jiných zařízeních a institucích, jako jsou věznice, školy, azylové domy, nevěstince, kluby a domovy mládeže, (c) v bytech příslušníků cílové skupiny. Cílovou skupinou terénní práce jsou rizikové jednotlivci a skupiny, které nejsou efektivně zachycovány existujícími institucemi, buď proto, že těmto institucím nedůvěřují a vyhýbají se jim, nebo proto, že v nich nemohou najít takové služby, které potřebují. K těmto cílovým skupinám patří např. bezdomovci, „děti ulice“, prostitutky a prostituti, migranti, příslušníci etnických menšin, specifickou cílovou skupinu tvoří uživatelé drog.

#### Terénní programy pro uživatele drog

Programy pro problémové uživatele drog; jejich souhrnným cílem je usnadnit zlepšení zdravotního stavu a omezit s užíváním drog spojená rizika a poškození u jednotlivců a skupin, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy, tj. s tzv. skrytou

populací. Terénní programy se zaměřují především na nitrožilní uživatele drog s cílem snížit jejich rizikové chování (sdílení injekčního náčiní, nechráněný sex) a omezit tak riziko přenosu a šíření HIV a virů hepatitidy B a C.

K běžným typům služeb poskytovaných terénními programy patří: (a) výměna injekčních jehel a stříkaček, (b) distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci: sterilní vodu, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry, případně i aluminiovou fólii pro úplný odklon od nitrožilního užívání, (c) distribuce kondomů, (d) základní zdravotní ošetření, (e) základní, tzv. kontaktní poradenství a informace, (f) distribuce zdravotně výchovných informačních materiálů, letáků, brožurek, svépomocných časopisů apod. Stále častější jsou terénní programy zabývající se cílovou skupinou uživatelů „tanečních drog“, která má svoje specifická zdravotní rizika.

#### Kontaktní centrum (Drop-in centre)

Kontaktní centra (KC) nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi (skrytá populace). KC překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají „nízkoprahová.“

Základní program kontaktního centra je kontaktní práce, výchovné a vzdělávací aktivity, kontaktní poradenství, výměna injekčního náčiní a zdravotní ošetření. Činnost probíhá především v kontaktní místnosti, kde jsou pracovníci spolu s klienty. Klienti kontaktní místnosti (obvykle anonymní) mohou být, a obvykle jsou, pod vlivem drogy, nesmí však jakkoliv manipulovat s drogou přímo na místě nebo se dopouštět násilí. Při porušení těchto elementárních pravidel klient musí odejít a má vysloven zákaz vstupu na určité časové období. Klienti kontaktní místnosti mohou využívat potravinový servis (polévka, čaj a pečivo, případně další potraviny a nápoje zdarma nebo za symbolickou cenu), vitaminový servis a hygienický servis (možnost se osprchovat, vyprat prádlo v pračce atd.). Větší možnosti než v terénu má základní zdravotní péče, prováděná zdravotní sestrou nebo i lékařem. Kontaktní centra také provádějí testování na hepatitidy B,C a HIV. Druhou důležitou složkou práce KC je poradenství, které probíhá na žádost klienta odděleně od provozu kontaktní místnosti a zaměřuje se již na systematictější (nikoliv pouze jednorázové) řešení zdravotních, sociálních, psychologických, vztahových, rodinných, právních a jiných problémů dle zhodnocení potřeb klienta. Může zahrnovat i podporu v abstinenci nebo přípravu na léčbu (předléčebné poradenství, motivační trénink). Klient již většinou není anonymní a o procesu se vede řádná dokumentace se zajištěním ochrany osobních údajů. Častá je práce s rodiči, partnery nebo rodinami klientů, případně podpůrné a informační rodičovské skupiny.

#### Výměnný program

Výměna injekčního náčiní je významnou složkou strategie Harm Reduction. Probíhá v terénních programech, v kontaktních centrech, někdy i jako samostatný program. Trvání na výměně s následnou bezpečnou likvidací použitého náčiní snižuje riziko přenosu virových infekcí z použitých a odhozených jehel a stříkaček. Součástí výměnného programu je i distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci (sterilní voda, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry) a kondomů, předávání informací o bezpečnější aplikaci drog a motivace k bezpečné likvidaci injekčního náčiní. Pro hodnocení účinnosti výměnného programu je významný indikátor návratnosti (poměr vydaných a vrácených stříkaček): v optimálním případě by měl přesáhnout 100%, protože se do oběhu dostává náčiní získané jinde, např. v lékárnách.

## Detoxifikace

Léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxifikačním centrem či jednotkou. Tradiční detoxifikace se prováděla ve speciálním léčebném zařízení nebo na lůžku všeobecné nebo psychiatrické nemocnice. Klient je přijat ještě intoxikovaný nebo již s odvykacími příznaky. Dávkování počítá s ulehčením odvykacích příznaků bez způsobení intoxikace a postupně se snižuje. Pobyť na detoxifikační jednotce se ukončí až několik dní po té, co odvykací příznaky bezpečně odezní a léky jsou vysazeny, jinak je vysoké riziko relapsu a pokud si propuštěný klient vezme dávku drogy, na niž byl předtím nastavený, může dojít k vážným až smrtelným komplikacím z předávkování. Důležitým doprovodem detoxifikace je psychoterapie, zejména individuální, zaměřená na podporu a motivaci k další péči. V současnosti narůstá trend uskutečňovat detoxifikaci v neformálním prostředí, včetně klientova vlastního domova. Detoxifikace uskutečňovaná v domácí péči zahrnuje návštěvy lékařského personálu a rodině nebo přátelům je poskytována neformální podpora.

## Léčba

U závislostí se tento pojem používá v širším významu pro odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem či klientem, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu: jako „léčbu“ tudíž označujeme i odborné programy mimo rámec zdravotnictví.

Podle typu rozlišujeme léčbu ambulantní, ústavní, rezidenční, podle délky může být krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá.

Účinná léčba má splňovat tyto charakteristiky: (1) individualizovaný obsah a rozsah - neexistuje jednotná léčba vhodná pro všechny klienty, (2) včasná a rychlá dostupnost, (3) zaměření na komplexní problémy klienta, nikoliv pouze na drogovou závislost, (4) průběžné hodnocení a modifikace podle měnících se potřeb klienta, (5) přiměřeně doba setrvání v léčbě – za účinné minimum se obvykle pokládá léčba v délce 3 měsíců, (6) nezbytné používání psychosociálních metod – individuální, skupinová, rodinná terapie atd., (7) vhodné použití léků, zejména při detoxifikaci nebo v případě psychických komplikací, (8) možnost léčit souběžnou psychickou poruchu či komplikaci současně se závislostí, (9) používání detoxifikace jako vhodného úvodu do léčby, nikoliv jako samostatného opatření, (10) využití případného vnějšího donucení pro získání motivace, (11) průběžné monitorování případného užití drogy, (12) zajištění diagnostiky a poradenství týkající se infekčních nemocí, zejména AIDS a hepatitid, (13) zahrnutí možnosti relapsu a potřeby více léčebných epizod do dlouhodobé perspektivy klienta.

## Ambulantní léčba

Léčba prováděná bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě pacient/klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je jeho potřebám. Nejčastější formou ambulantní léčby jsou individuální rozhovory (poradenské nebo terapeutické) v délce obvykle 30-60 minut a s frekvencí 1-2x týdně. Mimořádná situace (počátek léčby, krize) může vyžadovat denní kontakt, jehož délka může být kratší, při stabilizovaném stavu se naopak intervaly mezi návštěvami prodlužují (např. 1x za 14 dní, případně ještě nižší frekvence).

Skupinová forma: ambulantní skupiny se obvykle scházejí 1x týdně na dobu 1,5 hod., frekvenci 2x týdně nacházíme výjimečně. Spektrum možností ambulantní péče doplňuje sociální práce, rodinná terapie, klubové a volnočasové aktivity, pracovní a právní poradenství apod. Ambulantní léčba je vhodná pro pacienty/klienty s větší schopností sebekontroly a motivací ke změně a s podpurným nebo alespoň neškodícím sociálním zázemím. Prokázaně



efektivní je ambulantní léčba s 2-3 kontakty týdně po dobu minimálně 3 měsíců, může pak plynule přecházet do ambulantního doléčování.

#### Intenzivní ambulantní léčba/péče

Na rozdíl od klasické ambulantní léčby je intenzivní ambulantní léčba či péče definována strukturovaným programem, rozvrženým minimálně na 10 hodin týdně během minimálně 3 dnů, optimálně na 20 hodin během 5 dnů. Program může být denní, odpolední nebo v podvečerních a večerních hodinách, poslední možnost se uplatňuje zejména v doléčování. Čím větší je intenzita programu, tím větší je i jeho schopnost efektivně působit i u závažnějších a komplikovanějších případů a udržet v léčbě i pacienty/klienty, kteří by jinak byli vhodní pro léčbu ústavní. Spolupracující nebo minimálně neškodící sociální zázemí je ovšem nezbytné. Výhodná a leckdy nevyhnutelná je práce s rodinnými příslušníky pacienta/klienta (rodinná terapie či poradenství, rodičovské skupiny apod.).

#### Denní stacionář (Day centre, day clinic)

Zařízení poskytující denní péči, tj. péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. Uplatňují se u zdravotně postižených, seniorů, chronicky nemocných dětí, duševně nemocných či drogově závislých osob, podle cílové skupiny a zaměření mohou mít charakter ošetrovatelský, rehabilitační (resocializační) nebo léčebný. V léčbě závislých se léčba v denním stacionáři pokládá za alternativu ústavní či rezidenční léčby pro klienty, kteří jsou schopni abstinovat bez vyčlenění z původního prostředí. Pro uživatele, kteří se potřebují dostat ze svého prostředí, z tlaku okolí a dostupnosti drog, je vhodnější ústavní nebo rezidenční léčba, denní stacionář se s ní však může vhodně kombinovat (předcházet nebo navazovat zejména na kratší pobyty).

#### Rezidenční - pobytová léčba, Ústavní léčba

Léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného či rehabilitačního (resocializačního) zařízení (jako protiklad léčby ambulantní). Tyto programy se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, v němž se od klientů očekává participace na individuálním poradenství a na skupinové práci, která má rozvíjet sociální a jiné životní dovednosti. Ústavní léčba je vhodná pro klienty s rizikovým sociálním okolím a psychickými či somatickými komplikacemi. Může jít – podle délky – o léčbu krátkodobou nebo střednědobou. Pojem se nejčastěji používá pro léčbu a resocializaci v psychiatrické léčebně (ústavní) a terapeutické komunitě (rezidenční).

#### Krátkodobá léčba

Pojem obvykle vyhrazený pro ústavní léčbu kratší než 3 měsíce (nejčastěji 4-8 týdnů). Jde o strukturovaný program, v němž léčebné aktivity převažují nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními. Vhodná pro uživatele drog motivované k léčbě, kteří nejsou schopni se uzdravit v ambulantní léčbě, případně vyžadují komplexní péči, protože vedle drogové závislosti mají jinou osobnostní poruchu nebo psychiatrické či somatické onemocnění. Nepředpokládá se výrazné ovlivnění životního stylu u osob s delší drogovou kariérou, i u nich však může hrát krátkodobá léčba důležitou roli jako “úvodní léčba” po které následuje jiný, střednědobý nebo dlouhodobý program péče. V ČR se provádí málo.

#### Střednědobá léčba

Za střednědobou léčbu se obvykle pokládá léčba v trvání 3-6 měsíců. U nás tento typ léčby poskytují nejčastěji specializovaná oddělení psychiatrických léčeben nebo klinik, což umožňuje současně se zaměřit na doprovodné somatické i psychické problémy pacienta/klienta. Ve strukturovaném programu převažují léčebné aktivity nad aktivitami

rehabilitačními či resocializačními. Dolní hranice trvání střednědobé léčby, tj. 3 měsíce, se v odborné literatuře pokládá za minimum pro dosažení trvalejšího účinku. S pojmem „střednědobá léčba“ se setkáváme nověji i v terapeutických komunitách, kde je horní hranice trvání posunuta nad 6 měsíců (za střednědobou léčbu v TK se pokládá např. program v délce 6-8 měsíců).

#### Dlouhodobá léčba

Tento pojem je vyhrazen pro léčbu ústavní či rezidenční, nikoliv ambulantní. Za „klasickou“ se pokládá dlouhodobé léčba v trvání 1 roku. Dlouhodobá léčba je vhodná pro klienty s výraznou problematikou (dlouhodobá závislost, značná sociální nezralost, nerozvinuté nebo ztracené sociální návyky a dovednosti, kriminální anamnéza, zcela chybějící či destruované nedrogové sociální zázemí a vztahy). Probíhá obvykle v terapeutických komunitách.

#### Terapeutická komunita

Strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení/rehabilitace. Obvyklá délka pobytů je 6 až 15 měsíců. Od klientů je očekávána aktivní účast na léčebných aktivitách, jimiž jsou skupinová a individuální psychoterapie, pracovní terapie, práce s rodinnými příslušníky, zátěžové pobyty aj. Terapeutická komunita (TK) nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Cílem programů je zejména rozvoj sociálních dovedností (pocit odpovědnosti za své chování, zvyšování sebehodnocení, změna negativních životních postojů apod.) potřebných pro změnu škodlivých vzorců chování. Z průzkumu terapeutických komunit v roce 2001 vyplývá, že až 40 % z klientů, kteří předčasně ukončili léčbu a až 90 % z těch, kteří léčbu úspěšně absolvovali, se úspěšně zapojí zpět do společnosti.

TK se uplatňují nejen v léčbě a resocializaci závislých, ale také u jiných diagnostických skupin (neurózy, psychózy, poruchy chování) a rovněž v psychoterapeutickém výcviku. První TK pro léčbu drogově závislých byl SYNANON v USA v r. 1956.

#### Doléčování

Doléčovací programy pomáhají vytvořit podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.). Jejich cílem je sociální integrace klienta do podmínek života bez drog. K tomu jsou využívány zejména následující intervence: prevence relapsu, podpůrná skupinová terapie, individuální terapie a poradenství, volnočasové aktivity, sociální práce, pracovní poradenství, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky a zdravotní péče. Intenzivní doléčovací program trvá obvykle 6 – 12 měsíců a jeho absolvování výrazně zvyšuje efektivitu léčby. Z realizovaných zahraničních průzkumů i průzkumů českých programů vyplývá, že doléčovací programy snižují riziko relapsu či recidivy u klientů až o 80 %.

#### Resocializace / reintegrace

Proces znovuzačlenění jedince do společnosti. V institucionalizované podobě má resocializace osob závislých na drogách řadu forem – od pracovní terapie po chráněné dílny, od sociálního poradenství po socioterapeutické kluby, od výuky sociálních dovedností po rekvalifikační programy apod. Teoretické východisko resocializace najdeme v bio-psycho-sociálním modelu závislosti. Zatímco léčba a rehabilitace se zaměřuje na somatická a psychická poškození, resocializace umožňuje získání potřebných sociálních znalostí a dovedností. Hranice mezi léčbou, rehabilitací a resocializací je otevřená, všechny tři typy intervencí spolu úzce souvisí a vzájemně se podmiňují. Pojetí resocializace jako komplementární součásti každého typu služeb v procesu uzdravy je novým prvkem. Dříve byly resocializační programy vnímány jako služba následující po léčbě (detoxikace-léčba-

resocializace). Příslušné služby je však možné (potřebné) poskytovat jak aktivním uživatelům drog, lidem se substituční léčbou, stejně jako lidem v „abstinenčních“ programech.

#### Chráněné bydlení

Sociální služba, která je součástí komplexu sociálních a zdravotních služeb. Cílem ChB je zajištění ubytování při absolvování terapeutického a resocializačního programu, a to i lidem, kteří v místě svého bydliště nemají příslušné služby nebo je pobyt v dřívějším bydlišti kontraindikací k úspěšné léčbě/doléčování. Bydlení si klienti hradí nebo na něj přispívají. Bydlení je časově omezeno a je na ně uzavřena smlouva. Mezi základní pravidla patří dodržování „bezdrogového“ prostředí v objektu chráněného bydlení a respektování práv ostatních ubytovaných. Bydlení může mít podobu samostatného bytu nebo bytů či pokojů v určitém objektu, které jsou určeny více osobám. Obvyklá doba, po kterou je chráněné bydlení poskytováno, je u nás max. jeden rok, v zahraničí (Německo, Holandsko) i více let po absolvování terapeutického a resocializačního programu. Na rozdíl od azylových domů je ChB službou s výraznějším posilováním sociální kompetence klientů: možnost aktivního vstupu do podoby interiéru bytu, možnost přijímání a ubytování návštěv, koedukovaný charakter bydlení, vlastnictví klíče od bytu apod.

V terminologii MPSV by výše uvedené definici spíše odpovídal pojem dům na půli cesty.

#### Domy „Na půl cesty“

Místo pobytu, které slouží jako přechodná fáze mezi hospitalizací nebo rezidenční léčbou a plně nezávislým životem ve společnosti. Termín používaný pro způsob bydlení osob závislých na alkoholu nebo drogách, usilující zároveň o udržení jejich abstinence. Existují také domy na půl cesty pro osoby s psychiatrickým onemocněním a osoby propuštěné z vězení.

#### Chráněná dílna

Sociální služba, která je součástí komplexu sociálních a zdravotních služeb. Poskytování práce v chráněných dílnách (ChD) je vázáno na kontakt s pracovištěm poskytujícím léčebné (doléčovací) a resocializační služby. Cílem ChD je znovuoživení (vytvoření) běžných pracovních návyků, získání pracovních dovedností a finanční příjem. Na práci v ChD je uzavřena řádná pracovní smlouva a klienti pracují za mzdu. Práce v chráněné dílně zpravidla koresponduje s dobou terapeutického programu: obvykle od 4 měsíců do jednoho roku. ChD je vedena minimálně středoškolsky vzdělaným člověkem s praxí v oboru a zkušeností práce s lidmi. Vytvořit chráněný pracovní program, který splňuje požadavky výuky, výchovy i finanční efekt, je obtížné. Zpravidla jsou tyto programy dotovány. Úřady v rámci aktivní politiky zaměstnanosti mohou přispívat na mzdy takto zaměstnaných osob. Chráněná dílna na rozdíl od pracovní terapie, která bývá součástí krátkodobé, střednědobé či dlouhodobé léčby, musí respektovat požadavky na následnou zaměstnatelnost a situaci na trhu práce. Příklady dobré praxe: čajovna, vývařovna, truhlářská dílna. Osvědčila se spolupráce ChD se středními školami, učilišti a agenturami poskytujícími v daném oboru rekvalifikace. V tomto případě může ChD klientovi nabídnout kromě praktických zkušeností i vyšší vzdělanostní statut.

V terminologii MPSV, by výše uvedené definici spíše odpovídal pojem „podporované zaměstnání“.

#### Substituce

Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy lékařsky předepsaným) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga. (např. heroin je nahrazen metadonem). Dále může jít o substituci škodlivého způsobu užití (cigarety nahrazeny nikotinovými náplastmi nebo žvýkačkami),

případně kombinace obou způsobů (injekční aplikování heroínu je nahrazeno orálně podávaným metadonem). Cílem substituce je eliminování nebo snížení užívání určité drogy, změna rizikové formy jejího užívání (např. nitrožilní užívání) na méně rizikovou, a tím i snížení negativních zdravotních a sociálních následků. Substituční léčba má být doprovázena psychoterapií, poradenstvím či socioterapií. Může trvat od několika týdnů až po mnoho let.

#### Probační a mediační služba

Probační a mediační služba (PMS) je součástí systému trestní justice. Jako samostatná služba vznikla v ČR schválením zákona č. 257/2000 Sb. Konkrétně se činnosti PMS zaměřují na: (1) zprostředkování alternativních způsobů řešení trestné činnosti, (2) usilování o nápravu pachatelů a snahu motivovat je k odpovědnosti za jejich jednání a náhradu či řešení způsobené škody, (3) zohlednění zájmů obětí trestných činů, (4) poskytování informací a nabídka konkrétních možností, jak se oběti mohou zapojit do řešení škod jim způsobených. Filosofie PMS vychází z principů restorativní (obnovující) justice a jejím cílem je přispívat k naplňování trestní spravedlnosti.

#### Ochranná léčba

Ochranná léčba je v českém trestním systému jedním z institutů ochranného opatření. Je možné ji uložit vedle trestu nebo při upuštění od potrestání. Ochranné léčení podle § 72 tr. z. může být uloženo formou ambulantní nebo ústavní a dodatečně může být změněno, a to jak z ambulantního na ústavní, tak i naopak. Ústavní ochrannou protitoxikomanickou léčbu je možné vykonávat i během výkonu nepodmíněného trestu odnětí svobody, ale pouze v několika věznicích. Mimo vězeňská zařízení existují při nástupu na ústavní ochrannou léčbu velmi dlouhé čekací doby (není výjimkou i několik let). Ambulantní ochranná protitoxikomanická léčba může být vykonávána de facto ve všech zařízeních, které poskytují ambulantní léčbu. Největší příčinou velmi malé efektivity ochranného léčení mimo již zmíněných čekacích dob je malá motivace klientů a to, že s klienty ochrannou léčbu nikdo nepředjedná a nepřipravuje je na její nástup.

## PŘÍLOHA č.9

### Sběr dat

#### Prevalence

Míra výskytu konkrétního stavu/situace nebo nemoci obvykle vyjádřená v počtu případů na 10.000 lidí v dané populaci (např. počet osob závislých na návykových látkách).

#### Incidence

Míra nového výskytu nějakého stavu nebo onemocnění, většinou udávaná v počtu případů na 10 000 obyvatel za rok (např. počet nově zaregistrovaných osob závislých na návykových látkách).

#### Epidemiologie

Epidemiologie se zabývá zkoumáním prevalence a incidence v populaci a také zkoumáním příčin s tím souvisejících (např. problémové užívání drog). Systematicky monitoruje skupiny zdravotních problémů a rizik chování v celé komunitě nebo populaci. Epidemiologické monitorování užívání drog a problémů s nimi souvisejících má řadu metodologických problémů právě v okruhu nezákonných drog, protože jejich uživatelé obvykle nejsou v kontaktu s institucemi a/nebo užívání nezákonných drog nepřiznávají. Je tudíž obtížné získat dostatečně rozsáhlý a reprezentativní vzorek. Pro odhad prevalence se proto používá kombinování údajů ze 2-4 různých zdrojů, v nichž je jedna osoba zachycena opakovaně („capture-recapture“). Ve zkoumání incidence se nejčastěji používá indikátor "první žádosti o léčbu“ (FDT – First Demand of Treatment), který ovšem zachycuje pouze počet osob, které vyhledali kontakt s odbornými zařízeními, nikoliv počet těch, kteří začali brát drogy.

V rámci epidemiologického monitorování oblasti užívání omamných a psychotropních látek se hovoří o drogových ukazatelích, harmonizovaných v zemích EU, které jsou považovány za relevantní pro sledování vývoje drogové epidemie; měly by být přijaty uznány ve všech kandidátských zemích EU.

Následuje popis deseti základních ukazatelů/indikátorů (čtyři z nich jsou označovány jako indikátory klíčové), i když v poněkud zjednodušené formě, která nemůže obsáhnout všechny aspekty vědecké definice.

- Celoživotní prevalence (1) užívání drog. Toto je ukazatel počtu uživatelů drog v celkové populaci, demonstrující spotřebu – současnou a dřívější - jednotlivých typů drog v různých věkových skupinách. Takto lze zjistit, které sociální skupiny jsou rizikové. Takto zjištěné údaje však, vzhledem k použitým metodám, nezahrnují údaje týkající se převážné části té nejrizikovější – sociálně deprivované – populace; tento indikátor je tedy citlivý vůči méně škodlivým (a více rozšířeným) typům drog a způsobům jejich užívání.
- Prevalence (jednorázového) užití drogy v posledním roce (2) a v posledním měsíci (3). Tento ukazatel vypovídá o počtu lidí, kteří alespoň jednou za poslední rok či měsíc užili některou nezákonnou drogu. Indikátor prevalence užívání drog v posledním roce ve srovnání s předchozími léty ukazuje vývojové trendy v užívání jednotlivých látek.

Indikátor prevalence užívání v posledním měsíci vypovídá o současné situaci; tyto tři indikátory by měly být doplněny údaji o:

- četnosti užití drogy v posledním měsíci (4), což je důležité zejména pro odhad možných následků současné situace a pro aplikaci příslušných opatření v oblasti drog. Jestliže průměrná frekvence užívání v cílové skupině vzrůstá, zvyšuje se riziko závislosti a

somatických onemocnění a lze tedy předpokládat i vyšší míru zdravotních problémů, kterým bude muset daný region čelit; jinými slovy, frekvence užívání během posledního měsíce úzce souvisí s dalším ukazatelem – viz (7): problémovým užíváním.

Tyto čtyři indikátory, které jsou výsledkem (všeobecných a školních) průzkumů, souvisí s 2 dalšími:

Věk prvního užití konopných drog a prevalence užívání tabáku a alkoholu (5) vypovídá o dostupnosti těchto látek (zvláště pro věkovou skupinu do 18 let); tento ukazatel úzce souvisí s následujícím; postoj různých sociálních skupin k užívání drog je nepochybně faktorem, který značně ovlivňuje (začátek) užívání;

Společenské postoje drogám (6) přinášejí poznatky důležité pro vytváření specificky zaměřených programů primární, všeobecné a sociální prevence.

Vědecké zpracování vyžaduje analýzu dalších údajů:

Prevalence problémového užívání (7), tj. identifikace nejzávažnějších zdravotních problémů souvisejících s problémovým užíváním drog. Problémové užívání s sebou přináší jednak závažná zdravotní rizika pro celou společnost (především s ohledem na zvyšující se počet krví přenosných infekčních onemocnění) a jednak s ním spojené přímé a nepřímé společenské náklady.

Klíčové indikátory:

Zájem o léčbu související s užíváním drog (8); vypovídá o počtu osob, které v souvislosti s užíváním drog (zejména kvůli zdravotním, psychickým, ekonomickým či sociálním problémům) požádali o léčbu či jinou službu ve veřejných či soukromých zařízeních. O každém zájemci o léčbu či jinou službu získají příslušná zařízení základní údaje, včetně informací o způsobu užívání, začátku užívání, jeho frekvenci atd.

Aby byl tento ukazatel relevantní, musí být vyhodnocen v souvislosti s ukazatelem problémového užívání (7): velký rozdíl mezi nimi (vysoká míra problémového užívání a nízký počet žádostí o léčbu) vyžaduje posílení léčebných programů, jejich atraktivitu a jejich přizpůsobení potřebám cílové populace.

Infekční choroby spojené s užíváním drog (9)

Tyto údaje se týkají především zdravotních problémů, včetně HIV/AIDS, ale jsou ovlivňovány také sociálními aspekty, především celkovým počtem problémových uživatelů, rizikovými způsoby užívání (souvisejícími s úspěšností opatření zaměřených na minimalizaci škod - harm reduction – a terciární prevence) a rozsahem využívání zdravotních a jiných služeb, jakož i jejich kvalitou.

- Úmrtí související s drogami a úmrtnost uživatelů drog (10)

Za úmrtí související s drogami jsou považována: úmrtí v důsledku předávkování, v důsledku dlouhodobého užívání drog, sebevraždy v důsledku závislosti, smrtelné úrazy způsobené drogami; jelikož se jedná o značně různorodý koncept, je získání potřebných údajů na národní a mezinárodní úrovni obtížné. Aby bylo možné získat tyto údaje na místní/ regionální úrovni, je zpravidla nutné kontaktovat místní instituce soudního lékařství či přímo jejich toxikologické laboratoře. Údaje o úmrtnosti uživatelů drog jsou často interpretovány jako

„riziko úmrtí užívání drog“ a jsou srovnávány s procentem úmrtnosti stejné věkové skupiny v celkové populaci (výsledkem tohoto srovnání je tzv. „relativní riziko“).

Celoživotní prevalence (1)

Typy prevence – primární, sekundární, terciární (širší vymezení)

PRIMÁRNÍ	SEKUNDÁRNÍ	TERCIÁRNÍ
Předcházíme zneužívání	Léčíme, resocializujeme	Minimalizujeme poškození
NESPECIFICKÁ PREVENCE	Nízkoprahová centra	TERÉNNÍ PROGRAMY
Volný čas	Poradenství, motivace	Výměna injekčního materiálu
Rodina	DETOXIKACE	testy, očkování
SPECIFICKÁ PREVENCE	AMBULANTNÍ LÉČBA	AKUTNÍ LÉKAŘSKÁ PÉČE
Škola	ÚSTAVNÍ LÉČBA	SUBSTITUCE
Peer-programy	Střednědobá a dlouhodobá	
MPP – minimální prev. Programy	TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	
Včasná intervence u rizikových skupin	DOLÉČOVACÍ PROGRAMY	
	Chráněné bydlení	
	Rekvalifikace Chráněné dílny	
MŠMT	MPSV (MZ)	MZ (MPSV)

Zdroj RVKPP

## **PŘÍLOHA č.10**

**Usnesení vlády č.1045/2000, kterým vláda schválila -Národní strategii protidrogové politiky na období 2001 – 2004.**

### **U S N E S E N Í vlády České republiky ze dne 23. října 2000 č. 1045**

k Národní strategii protidrogové politiky na období 2001 – 2004

**V l á d a**

s c h v a l u j e Národní strategii protidrogové politiky na období 2001 – 2004 (dále jen „Národní strategie“), uvedenou v části III. předloženého materiálu;

p o v ě ř u j e

předsedu vlády předložit Národní strategii předsedovi Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky a předsedkyni Senátu Parlamentu České republiky, ministra a vedoucího Úřadu vlády

a) koordinovat postup plnění úkolů vyplývajících z Národní strategie, uvedený v příloze tohoto usnesení,

zveřejnit kompletní materiál na www stránce Meziresortní protidrogové komise, mj. pro potřeby orgánů kraje a místní samosprávy;

u k l á d á

prvnímu místopředsedovi vlády a ministru práce a sociálních věcí, místopředsedovi vlády a ministru zahraničních věcí, místopředsedovi vlády a ministru financí, místopředsedovi vlády a předsedovi Legislativní rady vlády, ministru obrany, ministru spravedlnosti, ministru školství, mládeže a tělovýchovy, ministru vnitra, ministru zdravotnictví, ministru zemědělství, ministru vlády a vedoucímu Úřadu vlády zajistit konkretizaci plnění úkolů, vyplývajících z Národní strategie a uvedených v příloze tohoto usnesení do 31. 3. 2001;

. přednostům okresních úřadů, primátorovi hlavního města Prahy, primátorům statutárních měst a ředitelům krajských úřadů zajistit konkretizaci plnění úkolů, vyplývajících z Národní strategie a uvedených v příloze tohoto usnesení ve strategických plánech okresní nebo místní protidrogové politiky do 31. 3. 2001;

d o p o r u č u j e hejtmanům krajů, a starostům obcí a měst zajistit plnění úkolů vyplývajících z Národní strategie a uvedených v příloze tohoto usnesení.

**Provedou:**

místopředseda vlády a ministr práce a sociálních věcí,

místopředseda vlády a ministr zahraničních věcí,

místopředseda vlády a ministr financí,

místopředseda vlády a předseda Legislativní rady vlády,

ministr obrany,

ministr spravedlnosti,

ministr školství, mládeže a tělovýchovy,

ministr vnitra,

ministr zdravotnictví,



ministr zemědělství,  
ministr vlády a vedoucí Úřadu vlády,  
přednostové okresních úřadů,  
ředitelé krajských úřadů,  
primátor hlavního města Prahy,  
primátoři měst Kladno, České Budějovice, Plzeň, Karlovy Vary,  
Ústí nad Labem, Liberec, Hradec Králové, Pardubice, Brno, Zlín,  
Olomouc, Ostrava, Havířov, Most.  
Na vědomí:  
hejtmané krajů

## PŘÍLOHA č.11

### Akční plán Evropské Unie boje proti drogám 2000 - 2004

Od počátku devadesátých let se drogová problematika dostala do popředí politických agend jak jednotlivých členských zemí, tak Evropské unie jako celku. Tento přístup členských zemí zdůrazňuje obecnou hrozbu, kterou ilegální drogy pro společnost znamenají, stejně jako nezbytnost společného přístupu k řešení drogového fenoménu a potřebu intenzivní spolupráce na všech úrovních.

Za nejlepší strategii směřující k řešení budoucích problémů v oblasti zneužívání ilegálních drog EU neustále považuje komplexní a vyvážený přístup. Tedy přístup vycházející ze široké celospolečenské, meziřesortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce, postavený na rovnováze snižování nabídky (zákonné represe) a snižování poptávky po ilegálních drogách (prevence, léčby včetně harm reduction a resocializace). Jen takovým přístupem je možné pokrýt oblasti prevence zneužívání drog, počínaje odrazením od experimentování s drogami až po omezování negativních zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog.

Rizika zdravotního poškození nejsou omezena pouze na zakázané drogy. Větší pozornost by proto měla být věnována jevu kouření tabákových výrobků a požívání alkoholických nápojů v raném věku, stejně jako prvním experimentům se zakázanými drogami. Preventivní strategie uplatňované na užívání tabáku a alkoholu by měly mít pozitivní dopad i v oblasti zneužívání ilegálních drog.

Vezmeme-li v úvahu skutečnost, že nezákonné užívání drog má, navzdory veškerému dosud vynaloženému úsilí, stoupající tendenci, měla by být v členských státech věnována zvýšená pozornost stanovení konkrétních standardů v oblasti preventivních programů, a to jak co do jejich počtu a kvality, s ohledem na jejich snadnou dostupnost v případě potřeby, tak i co se týče opatření zaměřených k odvrácení recidivy.

Akční plán EU boje proti drogám 2001 – 2004 přikládá nejvyšší prioritu aktivitám v oblasti prevence, zdraví, vzdělávání, výzkumu a boje proti sociálnímu osamocení. Před EU byly postaveny základní cíle, jejichž plnění by mělo být vyhodnoceno před rokem 2004 prostřednictvím daných a srovnatelných metod výzkumu, sběru a vyhodnocování dat.

#### A. HLAVNÍ CÍLE A ÚKOLY EU

Vycházejí z principu subsidiarity při realizaci jednotlivých kroků protidrogové politiky stanovuje Akční plán EU boje proti drogám 2001 - 2004 pro dosažení základních cílů tyto hlavní úkoly:

zajistit, aby otázka boje proti zneužívání drog měla i nadále nejvyšší prioritu v rámci vnitřních i vnějších aktivit EU;

pokračovat v integrovaném a vyváženém přístupu EU k boji proti zneužívání drog, v jehož rámci se omezení poptávky a nabídky jeví jako vzájemně se povzbuzující prvky;

zajištění sběru, rozboru a šíření spolehlivých a srovnatelných informací týkajících se drogového fenoménu v zemích EU, za podpory EMCDDA a Europolu;

prosazování mezinárodní spolupráce, integrace kontroly drog do rozvíjející se spolupráce v rámci EU a podpora úsilí OSN a UNDCP, především v oblasti mezinárodní spolupráce;

zdůrazňovat, že pokud nebudou k dispozici dostatečné finanční zdroje, vyžádá si úspěšné uplatňování strategie a aktivit uvedených v tomto Akčním plánu nezbytné další zdroje.

Hlavní charakteristiky Akčního plánu EU boje proti drogám 2001 – 2004 lze shrnout následujícím způsobem:

je zdůrazněna potřeba průběžného vyhodnocování získaných zkušeností a identifikace osvědčených postupů s přihlédnutím k zabezpečení konzistentnosti a kontinuity aktivit Společenství při zacházení s drogovým fenoménem; zde vychází z předchozího Akčního plánu na období 1996 – 2000;

jsou identifikovány nové úkoly a strategie, které je nutno implementovat na úrovni EU a ve spolupráci s našimi mezinárodními partnery;

v souladu s rezolucí Evropského parlamentu z října 1998 se opětovně potvrzuje závazek vůči úmluvám OSN týkajících se kontroly drog.

## B. SPECIFICKÉ CÍLE

Akční plán definuje pět základních domén protidrogové politiky, v jejichž rámci definuje následující specifické cíle:

### B.a. Informace

Globální strategie EU v boji proti drogám musí být založena na pravidelném hodnocení povahy a rozměru užívání drog v populaci a na jeho důsledcích, jakož i na znalostech získaných prostřednictvím výzkumu a výsledků minulých programů.

V oblasti sběru, analyzování a srovnávání dat týkajících se drogového fenoménu – úkol EMCDDA – je třeba iniciovat proces progresivní harmonizace klíčových epidemiologických indikátorů v oblasti šíření užívání drog a jeho zdravotních důsledků, jedná se zejména o:

informace týkající se zacházení s uživateli drog;

data týkající se úmrtí spojených s drogami;

data o úmrtnosti a případech úmrtí mezi uživateli drog;

data o stupni výskytu infekčních chorob souvisejících s užíváním drog (HIV, Hepatitis B a C);

kompatibilitu výzkumů v oblasti užívání drog, chování a postojích široké populace k nim;

srovnatelnost obvyklých odhadů v oblasti zneužívání drog.

### B.b. Aktivity směřující k omezení poptávky po drogách

V oblasti snižování poptávky po drogách sleduje Akční plán dosažení dvou základních cílů:

v průběhu pěti let dosáhnout významného omezení šíření nezákonného užívání drog mezi lidmi mladšími 18 let;

v průběhu pěti let dosáhnout významného snížení počtu úmrtí souvisejících s užíváním drog.

K dosažení těchto cílů, na základě identifikovaných klíčových problémů definuje Akční plán následující úkoly, jež je třeba zohlednit a vzít v úvahu:

identifikovat nejlepší praktiky prevence z důvodů jejich budoucího využití a zajistit

rovnocenný vliv a podporu preventivních nástrojů zaměřených na specifické cílové skupiny;

nezbytnost komplexního preventivního přístupu ve školách, včetně speciálního proškolení pedagogů ve smyslu včasného rozpoznání problémů žáků;

klást větší důraz na nástroje boje proti sociálnímu osamění, aby bylo možné preventivně omezit zneužívání drog a napomáhat opětovnému začlenění bývalých narkomanů zpět do společnosti;

zdravotní a sociální aspekty spojené s pohybem rizikových skupin na území členských států EU, s přistěhovalci a bezdomovci a s těmi, jejichž problémy mají svůj původ v drogové turistice;

zkvalitnění substitučních programů na bázi methadonu a využívání dalších alternativních a méně návykových náhražek;

nutnost zvážit značný počet tak závažných skutečností, jakými jsou uplatňování zákona a potřeba zacházení s uživateli drog a rozvíjení sankcí alternativních k trestu odnětí svobody.

#### B.c. Aktivity směřující k omezení nabídky drog

V této oblasti by EU měla věnovat prvořadou pozornost zkvalitnění opatření a nástrojů vztahujících se ke:

kontrole šíření chemických prekurzorů v zemích EU a třetích zemích;

preventivním opatřením v oblasti praní špinavých peněz;

účinnější spolupráci mezi policií, celními orgány a justičními institucemi;

provádění Akčního plánu boje proti organizovanému zločinu;

prevenci v oblasti využívání nových komunikačních systémů (např. Internet) jako prostředků rozvoje zneužívání drog, jejich výroby a obchodu s nimi;

mezinárodní spolupráci v oblasti boje proti obchodu s nezákonnými drogami.

#### B.d. Aktivity na mezinárodní úrovni

Mezinárodní rozměr boje proti drogám vyžaduje citlivou spolupráci. Ta se musí vyvíjet s ohledem na cílové země a oblasti ve smyslu podpory národních, respektive regionálních plánů tam, kde existují, na základě hlavních principů za využití existujících nástrojů (vývoj, dialog v oblasti techniky, financí, obchodu i politiky, spolupráce v oblasti justice a vnitřních záležitostí). Spolupráce EU s průmyslovými zeměmi a s UNDCP a ostatními kompetentními mezinárodními institucemi a skupinami musí pokračovat a být nadále rozvíjena.

#### B.e. Spolupráce, integrace a zjednodušení

Koordinace je základním kamenem pro boj s mnohotvárným drogovým fenoménem a „vnitřním pilířem“ aspektů aktivit realizovaných EU. Koordinace by měla být posilována na všech úrovních a zahrnovat všechny instituce a subjekty.

### C. ZÁVĚRY

Cílem Akčního plánu EU boje proti drogám 2001 – 2004 je vybavit Společenství vhodnými prostředky a nástroji v jeho boji proti drogám. Koordinace aktivit na všech úrovních by měla přispět k zajištění skutečně komplexního a vyváženého přístupu k drogovému fenoménu a ke splnění úkolů, jež mají vysokou prioritu. K tomu bude EU využívat všechny dostupné informační nástroje a koordinační struktury.

V oblasti snižování poptávky po drogách Akční plán zdůrazňuje, že by nejvyššími prioritami EU měly být prevence vztahující se ke zdravotním otázkám, výchova, výzkum a vzdělávací aktivity, stejně jako nástroje bojující proti vyřazení uživatelů drog ze společnosti. Akcentuje požadavek výměny informací a osvědčených postupů, podporuje vytváření sítě

programů na místní úrovni a široké spolupráce odborníků. Zdůrazňuje rovněž, že pro zabezpečení těchto aktivit musí být vyčleněny odpovídající finanční zdroje.

V oblasti snižování nabídky drog a aktivit směřujících proti nezákonnému obchodu s drogami by měla být nejvyšší priorita přiřazena zkvalitňování nástrojů a opatření EU, jež se vztahují ke kontrole zneužívání chemických prekursorů na území EU a ve třetích zemích, prevenci a boji proti praní špinavých peněz, účinné spolupráci mezi policejními složkami, celními a justičními institucemi, sjednocení aspektů Schengenské dohody zaměřených na drogovou scénu, realizaci Akčního plánu EU v oblasti organizovaného zločinu a spolupráci se třetími zeměmi a regiony v boji proti nezákonnému obchodu s drogami.

V oblasti mezinárodních aktivit bude EU systematicky začleňovat komponenty kontroly drogové scény do rozvoje své vlastní politiky spolupráce. Na principu sdílené zodpovědnosti přikládá EU nejvyšší prioritu kontrole drog, která ukáže sílu politického odhodlání s nedovolenými drogami bojovat. Program kontroly drog bude realizován v souvislosti s rozvojem spolupráce s národními vládami a regionálními institucemi všech zemí Evropy, které realizují příslušná opatření v oblasti kontroly drogové scény.

## **PŘÍLOHA č.12**

### **STATUT A JEDNACÍ ŘÁD - KOMISE RADY ZLÍNSKÉHO KRAJE PRO OTÁZKY PROTIDROGOVÉ POLITIKY**

### **NÁVRH FUNKČNÍHO ZASTOUPENÍ - KOMISE RADY ZLÍNSKÉHO KRAJE PRO OTÁZKY PROTIDROGOVÉ POLITIKY**

#### **S T A T U T**

Rada Zlínského kraje (dále jen „Rada“) zřizuje v souladu s ustanoveními písmena d), § 59 a § 80 zákona č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení) Komisi Rady Zlínského kraje pro otázky protidrogové politiky (dále jen „komise“).

Komise je kolektivní koordinační, poradní a iniciativní orgán Rady ve věci praktického uplatňování protidrogové politiky na krajské úrovni.

Komise je ze své činnosti odpovědná Radě.

Ve své činnosti se komise řídí zákony a ostatními právními předpisy a v jejich mezích usnesením vlády a vnitřními normami Zlínského kraje

#### **J E D N A C Í   Ř Á D**

##### **Článek 1 Úvodní ustanovení**

Jednací řád komise upravuje přípravu, svolání, průběh zasedání, usnášení, jakož i další procesní otázky zasedání komise a způsob práce s přijatými usneseními..

##### **Článek 2 Povinnosti komise**

Komise pracuje podle schváleného plánu práce, přičemž předkládá k projednání Rady svá stanoviska, popř. iniciativní návrhy. Mimo plnění úkolů vyplývajících z plánu práce plní rovněž další úkoly, které mu byly stanoveny usnesením Rady v řešení protidrogové problematice.

Každý materiál, který je komisí odsouhlasen k projednání v Radou, je současně doručen na organizační odbor k zařazení do programu Rady.

Komise volí z řad svých členů zástupce předsedy komise, který zastupuje předsedu, popřípadě výbor, pokud je k tomu zmocněn předsedou.

### Článek 3

#### Svolání zasedání komise

Komise se schází podle potřeby, a to tak, aby jednotlivá zasedání korespondovala se schváleným plánem práce, který komise zpravidla stanovuje na jeden rok dopředu v souladu s hlavními úkoly kraje.

Zasedání komise svolává a zpravidla řídí předseda výboru. Svolává ji nejpozději 7 dnů předem dnem zasedání. Požádá-li o to alespoň 1/3 členů komise, je předseda povinen svolat zasedání komise.

### Článek 4

#### Příprava zasedání komise

Přípravu zasedání komise organizuje předseda podle schváleného plánu práce, případně usnesení Rady týkajících se komise, přitom stanoví:

- a) dobu a místo zasedání,
- b) návrh programu zasedání,
- c) odpovědnost za zpracování a předložení písemných podkladových materiálů.

O zařazení návrhů dalších bodů programu přednesených členy komise v průběhu zasedání komise rozhodne komise hlasováním.

Písemné materiály, určené pro zasedání komise, předkládá navrhovatel 7 dnů předem dnem zasedání komise všem jeho členům. Upřednostňuje se elektronická podoba rozesílání písemností.

Předseda komise je oprávněn požadovat po řediteli krajského úřadu pomoc při přípravě zasedání komise. Rovněž tak je ředitel úřadu povinen spolupracovat s komisí při technicko-organizačním zajištění práce komise. Předseda určí na návrh ředitele tajemníka komise, kterým je pracovník příslušného odboru krajského úřadu.

Komise může k projednání úkolů, na nichž se podílejí i jiné komise, výbory, orgány, nebo sdružení, konat společná zasedání a je-li to účelné k projednání úkolů, týkajících se určité části území kraje, konat výjezdní zasedání.

### Článek 5

#### Povinnosti členů komise

Členové komise jsou povinni se zúčastnit každého zasedání komise. Svou neúčast jsou povinni omluvit předsedovi nebo zástupci předsedy.

Účast na zasedání stvrzují členové komise podpisem do listiny přítomných.

Člen komise, u něhož skutečnosti nasvědčují, že by jeho podíl na projednávání a rozhodování v dané záležitosti mohl znamenat výhodu, nebo škodu pro něj či osobu jemu blízkou, pro

fyzickou nebo právnickou osobu, kterou zastupuje na základě zákona, nebo plné moci (střet zájmů), je povinen sdělit tuto skutečnost před zahájením jednání předsedovi komise. O tom, zda existuje důvod pro vyloučení z projednání a rozhodování příslušné záležitosti, rozhodne komise.

#### Článek 6

##### Program zasedání komise

Na zasedání komise může být jednáno jenom o věcech, které byly schváleny na program jednání a o návrzích přednesených před schválením programu zasedání komise. Předseda sdělí návrh programu a návrhy na jeho doplnění na začátku zasedání. O programu se hlasuje.

#### Článek 7

##### Organizační struktura komise

Komise je tvořena předsedou a jeho dalšími členy. Členové a předseda jsou schváleni na zasedání Rady. Počet členů komise je 19.

Protidrogoví koordinátoři (stávajících Okresních úřadů) – KM, UH, VS a ZL jsou stálými hosty komise s poradním hlasem při hlasování komise

Komise si ke své práci může přizvat odborníky, kteří v projednávané problematice pracují, nebo ji zabezpečují v rámci území kraje.

Komise při výběru a schvalování projektů v protidrogové problematice úzce spolupracuje s pracovní skupinou pro posuzování předložených projektů na úseku protidrogové politiky.

O závěrech, přijatých odbornou pracovní skupinou, rozhoduje komise na svých zasedáních.

#### Článek 8

##### Průběh zasedání komise

Zasedání komise řídí jeho předseda, nebo jeho zástupce, případně předsedou pověřený člen komise (dále jen předsedající).

Jestliže při zahájení jednání komise nebo v jeho průběhu není přítomna nadpoloviční většina všech členů komise, ukončí předsedající zasedání komise. Do 30 ti dnů se koná její náhradní zasedání.

Jednání komise je neveřejné, přičemž se ho mohou účastnit osoby přizvané komisí k projednávání bodů programu a popř. další osoby, s jejichž přítomností na jednání vysloví komise souhlas. V zahajovací části jednání předsedající prohlásí, že zasedání komise bylo řádně svoláno a vyhlášeno, konstatuje přítomnost nadpoloviční většiny členů, dá schválit program jednání a opatření, zda diskuse bude probíhat ke každému bodu programu zvlášť a navrhne ověřovatele zápisu.

Zasedání komise je oprávněn účastnit se člen rady kraje, přičemž mu musí být uděleno slovo, pokud o ně požádá.



## Článek 9

### Příprava usnesení komise

Návrh usnesení komise předkládá ke schválení navrhovatel projednávaného materiálu.

Kterýkoliv člen komise může podat vlastní návrh na usnesení, a to zpravidla písemnou formou.

Usnesení musí obsahově odpovídat výsledkům jednání. Závěry, opatření a způsob kontroly musí být v usnesení formulovány stručně, adresně, s termíny a odpovědností za splnění ukládaných úkolů.

## Článek 10

### Hlasování

Komise je schopna se usnášet, je-li přítomna nadpoloviční většina všech jeho členů.

Vyžaduje-li povaha usnesení, aby komise hlasovala o jednotlivých bodech navrženého usnesení, stanoví pořadí pro postupné hlasování předsedající, nerozhodne-li komise jinak.

Byly-li předloženy pozměňující návrhy, dá předsedající hlasovat nejprve o těchto změnách a poté o ostatních částech návrhu.

V případě, že je předložen návrh usnesení v několika variantách, hlasuje komise nejprve o variantě doporučené předsedajícím.

Byly-li předloženy protinávry, hlasuje se nejdříve o těchto protinávruzích, a to v pořadí, v jakém byly podány. Schválením jednoho návrhu se považují ostatní návrhy za nepřijaté.

Hlasování se provádí veřejně. Veřejné hlasování se provádí zvednutím ruky pro návrh, proti návrhu, nebo se lze hlasování zdržet. Usnesení je přijato, hlasuje-li pro návrh nadpoloviční většina všech členů komise.

## Článek 11

### Organizačně-technické záležitosti komise

O průběhu zasedání komise se pořizuje zápis, za jehož vyhotovení odpovídá tajemník komise, který také vede evidenci usnesení z jednotlivých zasedání komise a soustřeďuje zprávy o jejich plnění.

Ověřený zápis dosvědčuje průběh jednání a přijatá usnesení. Jeho nedílnou součástí je vlastnoručně podepsaná listina přítomných a všechny písemně předložené materiály.

V zápise se uvádí:

den a místo jednání

hodina zahájení a ukončení

počet přítomných členů komise

jména určených ověřovatelů zápisu

jména omluvených i neomluvených členů výboru

jména přizvaných osob na jednání výboru

schválený pořad jednání  
stručný průběh rozpravy se jmény řečníků  
přijatá usnesení  
další skutečnosti, které by se podle rozhodnutí členů komise měly stát součástí zápisu.

Zápis se pořizuje do 7 dnů po skončení zasedání komise a podepisují jej předseda a ověřovatelé.

Tajemník zajistí rozeslání zápisu všem členům komise. O námitkách člena komise proti zápisu rozhodne nejbližší zasedání komise.

## Článek 12 Hlavní úkoly komise

Připravuje podklady pro vytváření protidrogové koncepce kraje

Poskytuje informace a podklady pro vyhodnocení rozsahu problémů působených drogami v kraji

Zabezpečuje provázanost a součinnost při uplatňování protidrogové politiky obcí, měst a státu na území Zlínského kraje a součinnost s ostatními regiony.

Spolupodílí se při rozhodování o přidělování finančních prostředků z rozpočtu kraje a dotací z kapitoly Všeobecné pokladní správy (VPS) na protidrogové aktivity kraje

Plní další úkoly stanovené Radou ve věcech protidrogové politiky kraje

## Článek 13 Závěrečná ustanovení

Jednací řád komise schválila Rada Zlínského kraje na svém zasedání dne .....

**návrh**  
„funkční zastoupení„

## KOMISE RADY ZLÍNSKÉHO KRAJE PRO OTÁZKY PROTIDROGOVÉ POLITIKY

PČ	příjmení, jméno, titul	funkce	kontakt
1		člen RZK odpovědný za příslušnou oblast (sociální, zdravotní)	
2		uvolněný člen Zastupitelstva ZK	
3		zástupce odboru zdravotnictví (např. vedoucí odboru)	
4		zástupce odbor sociálních věcí (např. vedoucí odboru)	
5		zástupce odboru školství, mládeže a sportu (např. vedoucí odboru)	
6		vedoucí oddělení mládeže a sportu (primární prevence ve školství)	
7		Krajský protidrogový koordinátor	
8		zástupce Policie ČR	
9		zástupce Krajské hygienické stanice	
10		zástupce Střediska mediační a probační služby (např. vedoucí oddělení)	
11		zástupce TOXIREHAB.odd. PL - Kroměříž	
12		zástupce Nestátních neziskových organizací (např. vedoucí nízkoprahového zařízení)	
13		zástupce Nestátních neziskových organizací (např. vedoucí K-centra)	

**PŘÍLOHA č.13**

**KONCEPCE PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ**

**U DĚTÍ A MLÁDEŽE VE ZLÍNSKÉM KRAJI**

**V PŮSOBNOSTI ODBORU ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE a SPORTU**

**NA LÉTA 2002 - 2004**

**Srpen 2002**

## Úvodní slovo

Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti odboru školství, mládeže a sportu Krajského úřadu Zlínského kraje vychází z výsledků analýzy prevence sociálně patologických jevů v roce 2001 v kraji a navazuje na cíle a hodnotový rámec koncepčního materiálu „Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti MŠMT ČR 2001 – 2004“.

Společensky a sociálně nežádoucí jevy tvoří širokou škálu problémů, které jsou zejména u dětí a mládeže výrazným zdravotním, společenským i ekonomickým rizikem. Nemalé části mladých lidí se z různých důvodů nedaří vyrovnat přiměřeně a zodpovědně s osobními a sociálními požadavky, konflikty, školními neúspěchy a s různými životními situacemi. Zástupným řešením pak pro ně bývá zneužívání drog (včetně nikotinu a alkoholu), záškoláctví, šikanování, vandalismus a další formy nežádoucího chování spadajícího do oblasti společensko patologických jevů.

**Základním principem strategie** prevence nežádoucích sociálně patologických jevů **je výchova dětí a mládeže ke zdravému životnímu stylu, k osvojení si pozitivního sociálního chování a rozvoji osobnosti.** Naplňování základního principu strategie je možné realizovat procesem vytváření a upevňování morálních hodnot, zvyšování sociální kompetence dětí a mládeže, rozvojem jejich dovedností, které vedou k odmítání všech forem autodestrukce, projevů agresivity a porušování zákona.

Nosným prvkem strategie prevence jsou vedle vzdělávacích programů pro pedagogy a ostatní odborné pracovníky pracující s dětmi a mládeží i komplexní volnočasové programy dětí a mládeže, programy tvořící komponenty zdravotní, relaxační, socializační a preventivní.

Při hledání cest je nutno vrátit se zpět ke zdravé rodině, obecné slušnosti, úctě člověka k člověku. Cíleně a systematicky podporovat u dětí a mládeže zdravé sebevědomí, pěstovat otevřený vztah k okolnímu světu s pozitivním vnímáním sebe sama i svého okolí.

## 1. Terminologie

**Primární prevencí ve školách a školských zařízeních** se rozumí podpora zdravého životního stylu, vytváření optimálních podmínek pro výchovu a vzdělávání a podpora aktivit vedoucích ke smysluplnému trávení volného času dětí a mládeže.

**Prevence je obecně soubor jevů, procesů a postupů, které slouží minimalizaci nebo úplné eliminaci nežádoucích a společensky neakceptovatelných forem chování dětí a mládeže.** Cílem výchovně vzdělávacího působení v oblasti primární prevence je dítě odpovědné za své chování a způsob života v míře přiměřené jeho věku

- s posílenou duševní odolností vůči stresu, negativním zážitkům a vlivům,
- se schopností dělat samostatná ( a pokud možno správná) rozhodnutí,
- se schopností týmové práce,
- schopné řešit problémy,
- podílející se na tvorbě prostředí a životních podmínek.

**Sekundární prevencí** rozumíme včasnou diagnostiku, intervenci, poradenské služby a programy pro již experimentující skupinu dětí a mládeže.

## 2. Právní zakotvení prevence sociálně patologických jevů v podmínkách kraje

Základním školským dokumentem pro oblast prevence je Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže Č.j. 14514/2000-51 s účinností od 1. ledna 2001, který nahradil metodický pokyn stávající. Tento pokyn je v souladu s Národní strategií protidrogové politiky na období 2001 – 2004, Akčním plánem Evropské unie boje proti drogám na období 2000 – 2004 a Strategií prevence kriminality na období 2001 – 2003. Výše uvedený metodický pokyn ukotvuje realizaci minimálních preventivních programů na úrovni škol a školských zařízení, vymezuje role jednotlivých institucí a definuje funkci školního metodika prevence.

Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v ČL. II uvádí, že

*Základní nástroj prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy představuje Minimální preventivní program , který je komplexním systémovým prvkem v realizaci preventivních aktivit v základních školách, středních školách a speciálních školách, ve školských zařízeních pro výchovu mimo vyučování a školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a preventivně výchovné*

*péče. Jeho realizace je pro každou školu a každé uvedené školské zařízení závazná a podléhá kontrole České školní inspekce.*

Minimální preventivní program (dále jen MPP) vypracovává škola nebo školské zařízení na příslušný školní rok jako povinný školní dokument. MPP je pravidelně jednou ročně vyhodnocován. Sledována je celková účinnost MPP, efektivita jednotlivých aktivit a výsledky uskutečňovaného procesu změn. Za realizaci MPP a vytváření podmínek pro účinné preventivní působení nese plně odpovědnost ředitel školy a školského zařízení.

Účinné fungování systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy je zajišťováno plněním hlavních úkolů jeho jednotlivých článků a to:

- Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a jeho příslušných přímo řízených organizací
- odboru školství, mládeže a sportu krajského úřadu
- krajského pedagogického centra
- mateřských, základních, středních, vyšších odborných a speciálních škol včetně soukromých škol
- školních družin, školních klubů, domovů mládeže
- středisek pro volný čas dětí a mládeže
- pedagogicko psychologické poradny a střediska výchovné péče pro děti a mládež
- školských zařízení pro výkon ústavní péče.

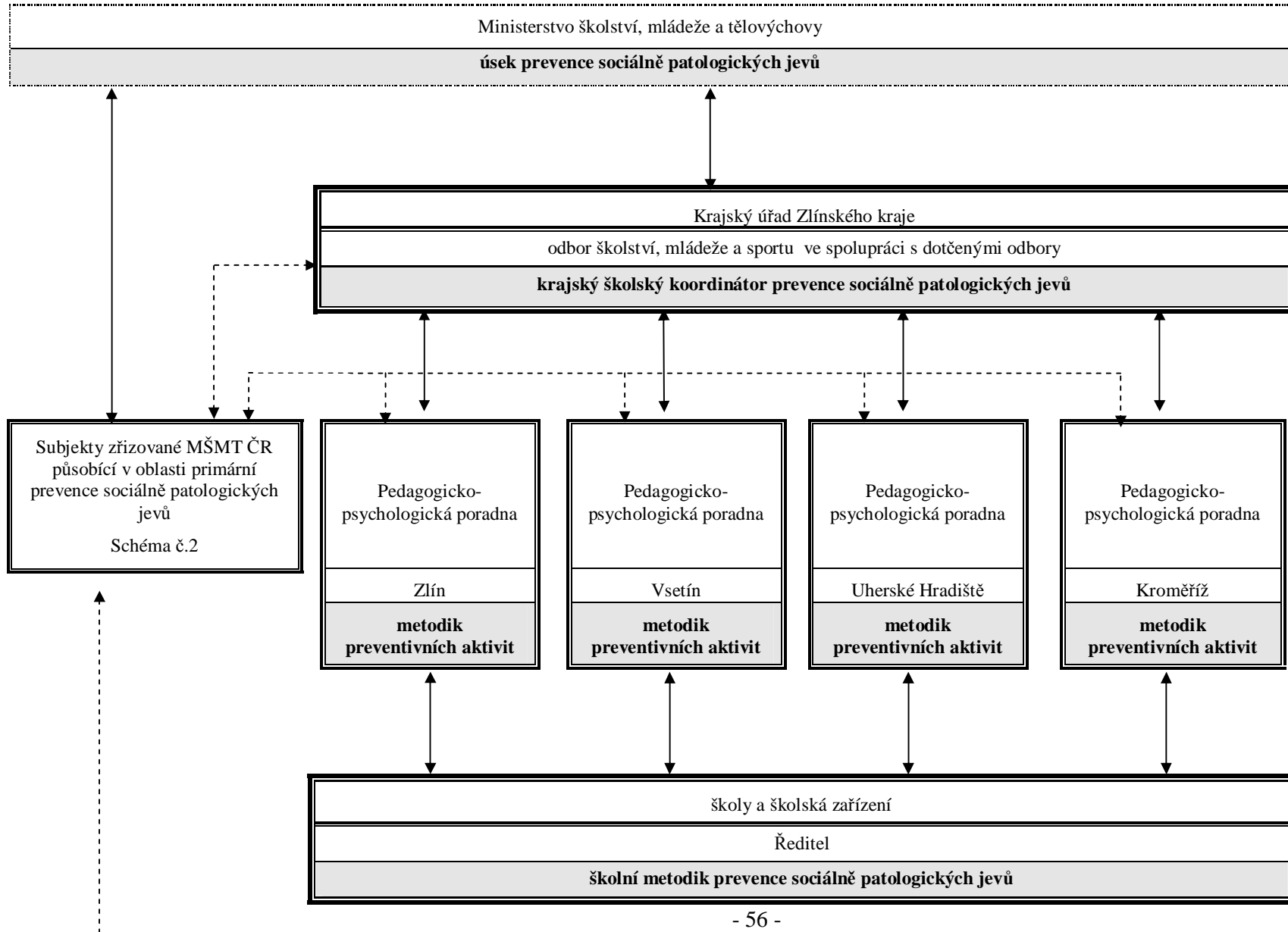
*Páteř systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy tvoří: úsek prevence Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, krajský školský koordinátor preventivních aktivit, metodik preventivních aktivit pro stávající okres a školní metodik prevence.*

Činnost institucí v systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy je provázána s činností institucí v působnosti dalších resortů ( Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva vnitra ČR) a analogicky na úrovni Zlínského kraje.

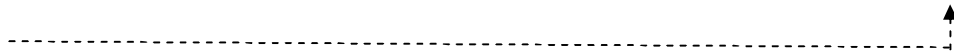
Na prevenci sociálně patologických jevů dále participují :

- obecně prospěšné společnosti ( dle zákona č. 248/1995 Sb.)
- občanská sdružení ( dle zákona č. 83/1990 sb.) .

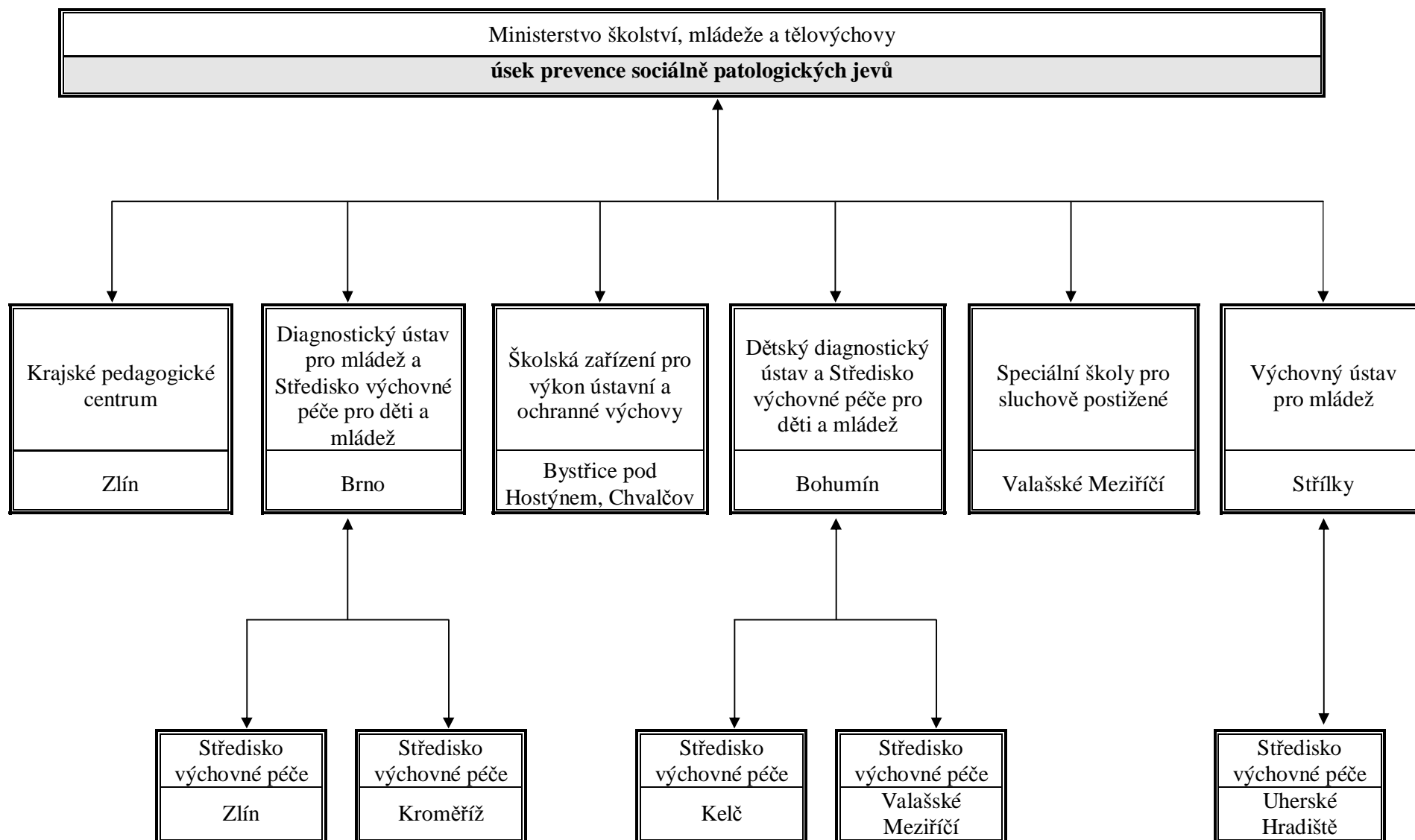
**Schéma č.1 Organizační články v systému prevence sociálně patologických jevů ve Zlínském kraji**







**Schéma č.2 Subjekty zřizované MŠMT ČR působící v oblasti primární prevence sociálně patologických jevů**



ČL.IV. Metodického pokynu ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci sociálně patologických jevů u dětí a mládeže uvádí základní penzum činností, které mají vybrané instituce v oblasti prevence zajišťovat. Odbor školství, mládeže a sportu Krajského úřadu Zlínského kraje dle výše uvedené metodiky :

- *koordinuje činnosti jednotlivých institucí systému prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy na krajské úrovni a zajišťuje naplňování úkolů a záměrů obsažených v Koncepti prevence resortu při respektování specifických podmínek kraje,*
- *soustavně vytváří podmínky pro realizaci MPP ve školách a školských zařízeních na úrovni kraje a kontroluje jejich plnění,*
- *zabezpečuje funkční systém vzdělávání pedagogických pracovníků na úrovni kraje, zaměřený na zvyšování jejich odborné způsobilosti pro činnost v oblasti prevence,*
- *zařazuje do krajských programů rozvoje školství témata týkající se prevence,*
- *za účelem koordinace činností, realizovaných v rámci krajské koncepce či programu prevence úzce spolupracuje s institucemi dalších resortů, které realizují prevenci na krajské úrovni ( krajský protidrogový koordinátor, popřípadě okresní protidrogový koordinátor, Policie ČR, Okresní hygienická stanice) a také s nevládními organizacemi,*
- *v rámci organizační struktury odboru školství, mládeže a tělovýchovy krajského úřadu je pověřen vhodný pracovník funkcí „ krajského školského koordinátora prevence“,*
- *zajistí podmínky pro činnost okresních metodiků preventivních aktivit v pedagogicko psychologické poradně nebo ve středisku výchovné péče ( 1 pracovní úvazek psychologa nebo speciálního pedagoga nebo jiného odborného pracovníka se vzděláním a praxí v oblasti prevence pro výkon této funkce),*
- *při realizaci preventivních aktivit spolupracuje pouze s těmi právníckými a fyzickými osobami, které splňují odborná kritéria uvedená v Čl. V tohoto pokynu.*

Mezi další školské dokumenty pro oblast prevence patří :

- Strategie prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT na období 2001 - 2004
- Minimální preventivní program „Škola bez drog“
- Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení č.j. 28 275/2000-22
- Národní osnovy pro vzdělávání metodiků primární prevence škol a školských zařízení
- Pedagogové proti drogám – Program preventivních aktivit uplatňovaných ve školách a školských zařízeních

### 3. Hlavní úkoly v rámci prevence sociálně patologických jevů ve Zlínském kraji

Hlavní oblasti a s nimi související úkoly v rámci prevence sociálně patologických jevů ve Zlínském kraji z cílem minimalizace či eliminace těchto jevů jsou :

#### a, Minimální preventivní programy škol a školských zařízení

Kontinuálně zkvalitňovat obsah a realizaci programů :

- komplexní změnou podmínek ve školách a školských zařízeních ( změna činností, procesů a prostředí )
- rozšířením skladby MPP – zařazení aktivit pro celou rodinu, zpracováním programů pro třídní kolektivy společně s třídním učitelem, projektů sociálního učení, zařazení vhodných volnočasových aktivit
- využitím širokého informačního spektra internetu v rámci distančního vzdělávání učitelů, k předávání informací dětem a mládeži, k informacím o realizovaných projektech apod.
- zařazováním programů týkajících se celého spektra sociálně patologických jevů
- širokou kooperací na úrovni regionu ( účast na projektech „Zdravé město“, zapojení se do kampaně Národní program rozvoje sportu pro všechny )
- zapojením do programu Škola podporující zdraví a do programu Mateřská škola podporující zdraví
- autoevaluací procesů a výsledků MPP
- oceňováním nejúspěšnějších autorů MPP a koordinátorů jejich realizace
- využíváním školních vzdělávacích programů zpracovaných v návaznosti na rámcový program pro předškolní vzdělávání
- koncipováním programů prevence v podobě preventivního působení na adekvátní věkovou skupinu
- hledáním nové formy spolupráce s rodiči, jejich vzdělávání v oblasti prevence, jejich aktivace a zapojování do života školy
- zaváděním pravidelných konzultačních hodin ve školách a školských zařízeních.

#### b, Prevence v oblasti speciálního školství

Základní úkoly v této oblasti :

- modifikovat preventivní strategie , přístupy a metody se zaměřením na výchovné problémy a sociálně handicapované jedince
- realizovat strategie respektující specifika postižených dětí a mládeže
- zpracovat strategii preventivního působení pro národnostní menšiny
- vzdělávat pracovníky pro výkon ústavní a ochranné výchovy a realizace programů terapeuticky a výcvikově orientovaných.

### **c, Vzdělávání a zvyšování odbornosti pracovníků v oblasti prevence**

- vytvořit systém vzdělávání - školních metodiků prevence
  - ředitelů škol a školských zařízení
  - ostatních odborných pracovníků
- a vzdělávací proces každoročně evaluovat.

### **d, Osvěta**

- medializovat pozitivní výsledky plynoucí z realizace preventivní koncepce
- systémově informovat veřejnost o přijímaných opatřeních a realizovaných aktivitách

Koordinačním a regulačním činitelem postupu uskutečňování koncepce je Akční plán prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti odboru školství, mládeže a sportu Krajského úřadu Zlínského kraje zpracovaný na určité časové období. Naplňování výše uvedených dokumentů bude každoročně vyhodnoceno. Aspekty prevence či preventivního působení vyplývající z Koncepce prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže ve Zlínském kraji na léta 2002 – 2004 zahrnou do své struktury, náplně činnosti, případně koncepčních materiálů, v rámci integrovaného pojetí také dotčené organizační útvary Krajského úřadu Zlínského kraje.

## **4. Financování**

Financování aktivit souvisejících s prevencí sociálně patologických jevů u dětí a mládeže ( myšleno preventivní působení pedagogů ve školách a školských zařízeních ) je systém stabilní a kontrolovatelný z hlediska hospodárnosti vynaložených prostředků a z hlediska účinnosti služeb. Je v souladu s obecnými trendy financování veřejných potřeb Zlínského kraje a tvoří provázaný systém i vzhledem k centrální úrovni.

### **Centrální úroveň financování tvoří**

- oblast dotačních programů pro prevenci sociálně patologických jevů v rozpočtové kapitole MŠMT
- výdajová položka na protidrogovou politiku v rozpočtové kapitole Všeobecná pokladní správa (rozdělení finančních prostředků schvaluje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky a uvolňuje je Ministerstvo financí )
- vzdělávání pedagogických pracovníků působících v oblasti prevence .

Oblast dotační politiky , financované z rozpočtové kapitoly MŠMT, upravují v souladu s legislativními normami na základě principu subsidiarity Pravidla pro poskytování dotací v oblasti prevence

sociálně patologických jevů v působnosti Krajského úřadu Zlínského kraje ze státního rozpočtu České republiky. Dotace mohou být použity pouze na programy a účely věcně a finančně vymezené v Rozhodnutí o poskytnutí dotace na příslušný rok. Krajský úřad zodpovídá za hospodárné použití rozpočtových prostředků. Školy a školská zařízení provádí vyúčtování poskytnuté dotace odboru školství, mládeže a sportu KÚ ZK a ten následně úseku prevence odboru pro mládež MŠMT zasílá zprávu o plnění projektu.

#### **Ostatní zdroje financování**

- rozpočet a fondy Zlínského kraje
- rozpočty a fondy obcí a měst
- jiné příspěvky ( dary od fyzických a právnických osob )
- zahraniční zdroje apod.

Hospodaření s nimi upravují způsoby a pravidla využívání finančních prostředků s vymezením účelů a priorit.

#### **4. Závěr**

Prevence v oblasti sociálně patologických jevů vyžaduje těsné spolupůsobení všech sil ve společnosti a předpokládá řadu spolupracujících složek. Vedle rodiny, škol a školských zařízení předpokládá řadu sladěných a propojených opatření v oblasti zájmových organizací, občanských sdružení, krajské a místní samosprávy, zdravotnických zařízení, duchovních sdružení, policie, kulturních středisek, podnikatelských subjektů apod. Zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti sociálně patologickým jevům vyžaduje velmi systémovou a koordinovanou přípravu realizátorů preventivních aktivit ve školách a školských zařízeních.

## PŘÍLOHA č. 14

### Seznam organizací spolupracujících v rámci protidrogové politiky - ZLÍN

- o.s.Daimonion (p.Klement) [daimonion@volny.cz](mailto:daimonion@volny.cz)
- AA Klub (MUDr.Krynská) [krynska@batahospital.iqnet.cz](mailto:krynska@batahospital.iqnet.cz)
- Unie Kompas (sl.Příbylová, sl Skoumalová) [unie-kompas@volny.cz](mailto:unie-kompas@volny.cz)
- MMZ OPSPJ (Mgr.Opravitl) [karelopravitl@muzlin.cz](mailto:karelopravitl@muzlin.cz)
- MMZ Odbor sociálních věcí (ing.Pobořilová) [janapoborilova@muzlin.cz](mailto:janapoborilova@muzlin.cz)
- MÚ Napajedla (p.Odstčilíková)
- MÚ Otrokovice (p.Horáková)
- MÚ Vizovice (Mgr.Tomšů)
- Český červený kříž (p.Vyoralová)
- DDM Astra (Mgr.Bráblíková)
- Linka SOS (p.Bartáková)
- Azylový dům Samaritán (ing.Škopík) [och-sv.anezky@volny.cz](mailto:och-sv.anezky@volny.cz)
- Centrum pro rodinu (p.Osohová) [centrum@mbox.mrp.cz](mailto:centrum@mbox.mrp.cz)
- PPP (PhDr.Veškrnová) [bozena.veskrnova@pppor.zlivedu.cz](mailto:bozena.veskrnova@pppor.zlivedu.cz)
- CP (Mgr.Netočný, sl.Hrnčířková) [cpzlin@volny.cz](mailto:cpzlin@volny.cz)
- KHS (MUDr.Marečková) [ohszlin@zln.cz](mailto:ohszlin@zln.cz)
- Soukromá SOŠ (Mgr.Okénková)
- Záchraná služba Zlín (MUDr.Pudil)
- SVP Domek (Mgr.Marková) [svpdomek@zlinedu.cz](mailto:svpdomek@zlinedu.cz)
- PČR (p.Mitáček) [mitacek@policiezlin.cz](mailto:mitacek@policiezlin.cz)
- Salesiánský klub mládeže (Mgr.Šimůnek)
- ref.školy OkÚ Zlín (Mgr.Kapalková)
- O.s.Pírko (sl.Gorčíková)
- Poradna pro ženy (p.Jurásková, p.Hartigová, p.Slováčková)
- R - EGO. (p.Tománková)
- Dům Ignáce Stuchlého Fryšták (p.Martínek) [disfryst@volny.cz](mailto:disfryst@volny.cz)
- O.s.Grunt (p.Mareček)

## Seznam organizací spolupracujících v rámci protidrogové politiky - KROMĚŘÍŽ

Název zařízení	adresa	telefon	kontaktní osoba	typ zařízení	forma péče	poskytované služby
Okresní úřad protidrogový koordinátor	Husovo nám. 2/4 767 37 Kroměříž e-mail: ztravnickova@oku-km.cz	0634/ 315423	Trávníčková Zdeňka	státní	G	A
Psychiatrická léčebna	Havlíčková 1265 767 40 Kroměříž	0634/ 314111	prim. MUDr. Skácelová Ivana	státní D,E	B	B,C,D,E,F,I
Psychiatrická léčebna	Havlíčková 1265 767 40 Kroměříž	0634/ 314111	prim. MUDr. Možný Petr	státní E	B	B,C,E,F,G, K
Ambulantní centrum pro rodiče a děti	nám.Míru 3287 767 01 Kroměříž	0634/ 331001	MUDr. Elena Kašparová	státní B	B	C,E
NZZ - privátní psychiatrická ambulace	nám. Míru 3287 767 01 Kroměříž	0634/ 338786	MUDr. Eim Josef	nestátní B	B	A,C,M
NZZ-privátní psychiatrická ambulace	nám.sv.Anny 1030 769 01 Holešov	0635/ 21178	MUDr. Marie Ošťádalová	nestátní B	B	A,C,M
Linka důvěry	Purkyňova 702 767 01 Kroměříž	0634/ 331 888	Mgr. Anna Raková	státní	G	A,L
Kontaktní centrum PLUS	Ztracená 64 767 01 Kroměříž	0634/ 336569	Vondroušová Jana DiS	nestátní A	A	A,B,H,K
obč.sdružení Spektrum preventivních programů pro děti a mládež	Husovo nám. 229 767 01 Kroměříž	0634/ 333333	Chytilová Lenka dipl.soc.pedag.  PhDr.Cruzová Dagmar	nestátní	G	A,C,L,M
Pedagogicko psychologická poradna	Jánská 9 767 01 Kroměříž	0634/ 331515	PhDr. Jaroslava Chudobová	státní	G	A,M

### Legenda:

#### Typ zařízení:

- A nízkoprahové zařízení
- B ambulantní zařízení
- C denní stacionář
- D detox
- E psychiatrická léčebna
- F terapeutická komunita
- G doléčovací zařízení

#### Forma péče:

- A terénní práce
- B krátkodobá až střednědobá léčba
- C středně až dlouhodobá léčba
- D následná péče - resocializace
- E chráněné bydlení
- F chráněná pracovní místa
- G jiné

#### Poskytované služby:

- A poradenství
- B sociální práce
- C psychoterapie
- D substituční léčba
- E režimová léčba
- F zdrav. a ošetř. péče
- G zátěžové programy
- H výměnné programy
- I detoxifikace
- K Harm reduction
- L včasná intervence
- M jiné



## Seznam organizací spolupracujících v rámci protidrogové politiky - VSETÍN

Občanské sdružení Mládež v tísní . Centrum Klíč      Ohrada 1864, 755 01  
571 436 900 Eva Slováčková, OkÚ Vsetín - 697 475

Poradna pro mezil. Vztahy a drog.probl.Smetanova 1050, 75501  
571 415 093

OHS Vsetín Slévárenská 287, 75528      571 411 910 MUDr.Marta Orolinová

Okr.pedagogicko psycholog.poradna      Hrbová, Vsetín 75501  
571 411 426

Linka důvěry Hrbová, Vsetín 75501      571 413 300 Michal Trřálek

Kriz.centrum pro matky s dětmi      Hrbová 1561,Vs.,75501      571 421 062  
ALCEDO - DDM      Jiráskova 419      571 417 704 Mgr. Hlinská Iva

Azylový dům Elim, Vsetín-Jasenka

DDM Val. Meziříčí a Rožnov p.Radhoštěm

Charita Valašské Meziříčí

**Seznam organizací spolupracujících v rámci protidrogové politiky  
UHERSKÉ HRADIŠTĚ**

Referát zdravotnictví , Okresní úřad - Uherské hradiště (protidrogový koordinátor)	572 52 31 11
Pedagogick-psychologická poradna – Uherské hradiště	572 55 13 52
Středisko výchovné péče HELP – Uherské Hradiště	572 56 45 20
Centrum prevence – Uherský Brod	572 63 14 00
Poradna AIDS a testování návykových látek Uherské Hradiště	572 55 13 79
Kontaktní centrum CHARÁČ Podané ruce – Uherské Hradiště	572 54 06 16
Psychiatrie – poliklinika Uherské Hradiště	572 55 22 37
Kontaktní poradenské centrum TULIP Oblastní charita Uherské Hradiště	572 55 57 83

## **PŘÍLOHA č.15**

### **Použitá literatura**

- Adiktologie- odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí č.1, ročník 1, Scan, Tišnov 2001
- Brožek, G.: Fyziologie užívání drog z pohledu lékaře, Centrum dohody s.r.o., Praha 2000
- Doležalová, P.: Alternativní péče o drogově závislé-terapeutická komunita, MU PF, Brno 1999
- Doležalová, P.: Závěrečná zpráva o realizaci protidrogové politiky na okrese Třebíč v r. 2000, OkÚ, Třebíč 2001
- Exnerová, P.: Cíle a koncepce protidrogové politiky MZ ČR, Centrum dohody s.r.o., Praha 2000
- Fryč, J.: Prevence sociálně patologických jevů v resortu školství v kontextu reformy veřejné správy, Centrum dohody s.r.o., Praha 2000
- Gawlik, L.: Nová zákonná úprava drogové problematiky, Studijní skripta k distančnímu vzděl. protidrog. koordinátorů okresních, magistrátních a statutárních měst ČR, Pragouniversa, Praha 1999Praha 2000
- Gawlik, L.: Přehled stávající trestně právní úpravy Mezinárodní srovnání zákonné úpravy se Kalina, K: Kvalita a účinnost a prevenci a léčbě drogových závislostí, Sananim, Praha 2001
- Kalina,k: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí, Filia Nova 2001
- Miovský, M., Urbánek, T., Csémy, L.: Nead 2000 nealkoholové drogy 2000, Scan , Praha 2000
- MPK: Katalog služeb poskytovaných v protidrogové prevenci, MPK, Praha 2000
- Nešpor, K., Csémy I., :Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami, Sportpropag, a.s., Praha 1999
- Nešpor, K., Provazníková, H.: Slovník prevence problémů působených návykovými látkami, SZÚ Praha 1999
- Nožina, M.: Svět drog v Čechách, KLP, Praha 1997
- Polanecký, V.: Droginfo, Hygienická stanice hl. m. Prahy, Praha 2000
- Presl, J.: Drogová závislost, Maxdorf, Praha 1994
- Radimecký, J.: Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004, MPK, Praha 2000
- Riesel,P.: Lesk a bída drog, Votobia 1999
- Sotolář, A., Ouředníčková, L.: Specifika trestání drogové kriminality, Centru dohody s.r.o., zeměmi EU, Centrum dohody s.r.o., Praha 2000
- SZÚ.: Zpravodaj Drogového informačního centra, č. 28, 3/2001, SZÚ Praha 2001
- Tyler, A.: Drogy v ulicích, Ivo Železný, Praha 2000

## PŘÍLOHA č.16

### Základní slovníček obecných pojmů souvisejících s drogovou problematikou

#### *Rekreační užívání*

Výraz pro užívání drog (obvykle nelegálních) za různých společenských a rekreačních okolností, za předpokladu, že důsledkem není vznik závislosti a dalších problémů. Typickými drogami jsou marihuana, LSD, extáze. Neměl by se užívat k odlišení příležitostného užívání od užívání návykového, protože všechny typy užívání mohou být čas od času společenské a rekreační.

#### *Experimentování, experimentátor*

Ve slangu se tak často označují lidé, kteří drogy takzvaně „zkoušejí“. Jedná se o výraz nepřesně definovaný a neohrazený (např. i závislý na heroinu může „experimentovat“ s halucinogeny), v odborné mluvě používá označení „experimentátor“ pro osobu, která občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přítom problémy v jiných oblastech.

#### *Pravidelné užívání*

Užívání určité drogy s předem danou minimální frekvencí. Pro výzkumné účely se ve vyspělých zemích tato frekvence zpravidla stanovuje jako nejméně jednou v týdnu. Nicméně v mnoha komunitách, kde jsou svátky, prázdniny nebo dny volna méně často, může být jako pravidelné užívání chápáno i užívání nejméně jednou měsíčně, nebo jednou za čtrnáct dní.

#### *Problémové užívání drog*

Problémové užívání je injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo drog amfetaminového typu; do pojmu problémové užívání se nezahrnuje užívání extáze, konopí, LSD, toluenu (definice Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu - EMCDDA).

#### *Skrytá populace*

Termín používaný pro uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy. Důvodem může být např. odlišný životní styl a specifické normy a hodnoty drogových komunit, nezáměr o odbornou péči, nedůvěra k institucím, citlivost na administrativní postupy včetně vedení dokumentace o pacientech a klientech, neplacení zdravotního pojištění, obavy z předsudků, odsuzování a odmítání, strach z problémů s úřady a policií apod. Na skrytou populaci se zaměřují terénní programy a nízkoprahová kontaktní centra. Poskytování těchto služeb je anonymní, jejich pracovníci usilují o vyhledání klientely (u terénních programů), navázání kontaktu, překonání nedůvěry a zvýšení informovanosti, vlastním cílem programů je především snížení rizik spojených s užíváním drog. Výzkum prováděný ve skryté populaci používá specifických kvalitativních přístupů.

#### *Ex-user*

Bývalý uživatel drog, abstinující spontánně či po léčbě podstatnou dobu v řádu měsíců či let. Doba, kdy určitého člověka můžeme pokládat za „bývalého uživatele“ a nikoliv za „uživatele v přítomnosti abstinujícího“ není přesně stanovena, stejně tak se liší odborné i neodborné názory na to, po jak dlouhé době můžeme člověka přestat označovat za ex-usera. Nejednotný je rovněž postoj k úloze ex-userů v programech primární, sekundární a terciární prevence. V ČR v současné době převládá stanovisko, že (1) účast ex-userů v primární prevenci většinou není vhodná, (2) není vhodné využívat ex-usery nedlouho abstinující jako dobrovolníky v terénních programech nebo nízkoprahových zařízeních, protože je to vystavuje zvýšenému riziku, (3) nejvýznamnější je úloha ex-userů v doléčování a resocializačních programech, například ve svépomocných a klubových aktivitách, (4) pro zaměstnávání ex-userů v poradenských, léčebných a resocializačních zařízeních musí

existovat jasná pravidla. Například akreditační standardy MZ doporučují 2 roky od skončení léčby, předcházející pracovní adaptaci v jiném zaměstnání a zaměření na další vzdělávání a získání kvalifikace, aby pracovník nebyl v roli ex-usera v zaměstnání fixován („ex-user není profese“).

## **Péče o uživatele drog**

### *Systém péče*

Vzájemně provázené programy a služby, které odpovídají na různé potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty k normálnímu životu. Za základní složky či součásti systému péče se pokládají: (1) terénní a nízkoprahové služby, (2) ambulantní péče a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích, (3) ústavní detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá, (4) dlouhodobá – rezidenční péče v terapeutických komunitách, (5) doléčování včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod., (6) dlouhodobé – udržovací substituční programy. Aby jednotlivé služby a programy fungovaly jako systém, je nezbytná jejich odborná komplementarita, slučitelnost východisek a cílů, vzájemná informovanost, pružné předávání klienta a spolupráce na jeho problémech.

Nástroje k vytváření a rozvíjení systému péče jsou např.: průzkum potřeb, plánování služeb, matching (párování potřeb a intervencí), standardy, hodnocení kvality a účinnosti péče, vzdělávání, výcvik a supervize, usnadňování komunikace, koordinační porady apod.

### *Standardy*

Soubor kritérií směrodatných pro kvalitu péče a její hodnocení. Rozlišujeme: (1) standardy vzdělávání, definované obsahem žádoucích znalostí a dovedností nebo absolvováním určitých škol a vzdělávacích programů, (2) standardy metod – popisují přesně, co má obsahovat určitý léčebný postup, např. metadonová substituce, (3) standardy založené na případu či diagnóze – definují soubor intervencí a služeb, které mají být poskytnuty pacientovi či klientovi s určitou nemocí, poruchou či problémem, mohou být i právním nárokem, (4) standardy služeb, programů a zařízení – definují podmínky poskytování péče ve službách určitého typu a často tudíž představují i typové definice, např. standard nízkoprahového kontaktního centra, terapeutické komunity, chráněného bydlení atd., (5) etické standardy – etický kodex.

U nás používané nebo připravované standardy pro oblast závislosti („Minimální standardy“ od r.1995, „Akreditační standardy“ od r. 2000) patří do 4.výše uvedené kategorie, podobným duchu jsou MPSV standardy sociálních služeb, zatímco MZ (používá nový termín certifikace) a odborné lékařské společnosti zpracovávají standardy kategorie 2 a 3.

### *Terénní práce - streetwork*

Pomáhající aktivity probíhající mimo instituce a zařízení, a to: (a) přímo na ulicích, veřejných prostranstvích a veřejně přístupných místech, jako jsou nádraží, restaurace a zábavní podniky, (b) v jiných zařízeních a institucích, jako jsou věznice, školy, azylové domy, nevěstince, kluby a domovy mládeže, (c) v bytech příslušníků cílové skupiny. Cílovou skupinou terénní práce jsou rizikovní jednotlivci a skupiny, které nejsou efektivně zachycovány existujícími institucemi, buď proto, že těmto institucím nedůvěřují a vyhýbají se jim, nebo proto, že v nich nemohou najít takové služby, které potřebují. K těmto cílovým skupinám patří např. bezdomovci, „děti ulice“, prostitutky a prostitutů, migranti, příslušníci etnických menšin, specifickou cílovou skupinu tvoří uživatelé drog.

### *Terénní programy pro uživatele drog*

Programy pro problémové uživatele drog; jejich souhrnným cílem je usnadnit zlepšení zdravotního stavu a omezit s užíváním drog spojená rizika a poškození u jednotlivců a skupin,

kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy, tj. s tzv. skrytou populací. Terénní programy se zaměřují především na nitrožilní uživatele drog s cílem snížit jejich rizikové chování (sdílení injekčního náčiní, nechráněný sex) a omezit tak riziko přenosu a šíření HIV a virů hepatitidy B a C.

K běžným typům služeb poskytovaných terénními programy patří: (a) výměna injekčních jehel a stříkaček, (b) distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci: sterilní vodu, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry, případně i aluminiovou fólii pro úplný odklon od nitrožilního užívání, (c) distribuce kondomů, (d) základní zdravotní ošetření, (e) základní, tzv. kontaktní poradenství a informace, (f) distribuce zdravotně výchovných informačních materiálů, letáků, brožurek, svépomocných časopisů apod. Stále častější jsou terénní programy zabývající se cílovou skupinou uživatelů „tanečních drog“, která má svoje specifická zdravotní rizika.

#### *Kontaktní centrum (Drop-in centre)*

Kontaktní centra (KC) nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi (skrytá populace). KC překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají „nizkoprahová.“

Základní program kontaktního centra je kontaktní práce, výchovné a vzdělávací aktivity, kontaktní poradenství, výměna injekčního náčiní a zdravotní ošetření. Činnost probíhá především v kontaktní místnosti, kde jsou pracovníci spolu s klienty. Klienti kontaktní místnosti (obvykle anonymní) mohou být, a obvykle jsou, pod vlivem drogy, nesmí však jakkoliv manipulovat s drogou přímo na místě nebo se dopouštět násilí. Při porušení těchto elementárních pravidel klient musí odejít a má vysloven zákaz vstupu na určité časové období. Klienti kontaktní místnosti mohou využívat potravinový servis (polévka, čaj a pečivo, případně další potraviny a nápoje zdarma nebo za symbolickou cenu), vitaminový servis a hygienický servis (možnost se osprchovat, vyprat prádlo v pračce atd.). Větší možnosti než v terénu má základní zdravotní péče, prováděná zdravotní sestrou nebo i lékařem. Kontaktní centra také provádějí testování na hepatitidy B,C a HIV. Druhou důležitou složkou práce KC je poradenství, které probíhá na žádost klienta odděleně od provozu kontaktní místnosti a zaměřuje se již na systematictější (nikoliv pouze jednorázové) řešení zdravotních, sociálních, psychologických, vztahových, rodinných, právních a jiných problémů dle zhodnocení potřeb klienta. Může zahrnovat i podporu v abstinenci nebo přípravu na léčbu (předléčebné poradenství, motivační trénink). Klient již většinou není anonymní a o procesu se vede řádná dokumentace se zajištěním ochrany osobních údajů. Častá je práce s rodiči, partnery nebo rodinami klientů, případně podpůrné a informační rodičovské skupiny.

#### *Výměnný program*

Výměna injekčního náčiní je významnou složkou strategie Harm Reduction. Probíhá v terénních programech, v kontaktních centrech, někdy i jako samostatný program. Trvání na výměně s následnou bezpečnou likvidací použitého náčiní snižuje riziko přenosu virových infekcí z použitých a odhozených jehel a stříkaček. Součástí výměnného programu je i distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci (sterilní voda, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry) a kondomů, předávání informací o bezpečnější aplikaci drog a motivace k bezpečné likvidaci injekčního náčiní. Pro hodnocení účinnosti výměnného programu je významný indikátor návratnosti (poměr vydaných a vrácených stříkaček): v optimálním případě by měl přesáhnout 100%, protože se do oběhu dostává náčiní získané jinde, např. v lékárnách.

### *Detoxifikace*

Léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxifikačním centrem či jednotkou. Tradiční detoxifikace se prováděla ve speciálním léčebném zařízení nebo na lůžku všeobecné nebo psychiatrické nemocnice. Klient je přijat ještě intoxikovaný nebo již s odvykacími příznaky. Dávkování počítá s ulehčením odvykacích příznaků bez způsobení intoxikace a postupně se snižuje. Pobyť na detoxifikační jednotce se ukončí až několik dní po té, co odvykací příznaky bezpečně odezní a léky jsou vysazeny, jinak je vysoké riziko relapsu a pokud si propuštěný klient vezme dávku drogy, na niž byl předtím nastavený, může dojít k vážným až smrtelným komplikacím z předávkování. Důležitým doprovodem detoxifikace je psychoterapie, zejména individuální, zaměřená na podporu a motivaci k další péči. V současnosti narůstá trend uskutečňovat detoxifikaci v neformálním prostředí, včetně klientova vlastního domova. Detoxifikace uskutečňovaná v domácí péči zahrnuje návštěvy lékařského personálu a rodině nebo přátelům je poskytována neformální podpora.

### *Léčba*

U závislostí se tento pojem používá v širším významu pro odbornou, cílenou a strukturovanou práci s pacientem či klientem, která vychází z bio-psycho-sociálního modelu: jako „léčbu“ tudíž označujeme i odborné programy mimo rámec zdravotnictví.

Podle typu rozlišujeme léčbu ambulantní, ústavní, rezidenční, podle délky může být krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá.

Účinná léčba má splňovat tyto charakteristiky: (1) individualizovaný obsah a rozsah - neexistuje jednotná léčba vhodná pro všechny klienty, (2) včasná a rychlá dostupnost, (3) zaměření na komplexní problémy klienta, nikoliv pouze na drogovou závislost, (4) průběžné hodnocení a modifikace podle měnících se potřeb klienta, (5) přiměřeně doba setrvání v léčbě – za účinné minimum se obvykle pokládá léčba v délce 3 měsíců, (6) nezbytné používání psychosociálních metod – individuální, skupinová, rodinná terapie atd., (7) vhodné použití léků, zejména při detoxifikaci nebo v případě psychických komplikací, (8) možnost léčit souběžnou psychickou poruchu či komplikaci současně se závislostí, (9) používání detoxifikace jako vhodného úvodu do léčby, nikoliv jako samostatného opatření, (10) využití případného vnějšího donucení pro získání motivace, (11) průběžné monitorování případného užití drogy, (12) zajištění diagnostiky a poradenství týkající se infekčních nemocí, zejména AIDS a hepatitid, (13) zahrnutí možnosti relapsu a potřeby více léčebných epizod do dlouhodobé perspektivy klienta.

### *Ambulantní léčba*

Léčba prováděná bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě pacient/klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je jeho potřebám. Nejčastější formou ambulantní léčby jsou individuální rozhovory (poradenské nebo terapeutické) v délce obvykle 30-60 minut a s frekvencí 1-2x týdně. Mimořádná situace (počátek léčby, krize) může vyžadovat denní kontakt, jehož délka může být kratší, při stabilizovaném stavu se naopak intervaly mezi návštěvami prodlužují (např. 1x za 14 dní, případně ještě nižší frekvence).

Skupinová forma: ambulantní skupiny se obvykle scházejí 1x týdně na dobu 1,5 hod., frekvenci 2x týdně nacházíme výjimečně. Spektrum možností ambulantní péče doplňuje sociální práce, rodinná terapie, klubové a volnočasové aktivity, pracovní a právní poradenství apod. Ambulantní léčba je vhodná pro pacienty/klienty s větší schopností sebekontroly a

motivací ke změně a s podpůrným nebo alespoň neškodícím sociálním zázemím. Prokázaně efektivní je ambulantní léčba s 2-3 kontakty týdně po dobu minimálně 3 měsíců, může pak plynule přecházet do ambulantního doléčování.

#### *Intenzivní ambulantní léčba/péče*

Na rozdíl od klasické ambulantní léčby je intenzivní ambulantní léčba či péče definována strukturovaným programem, rozvrženým minimálně na 10 hodin týdně během minimálně 3 dnů, optimálně na 20 hodin během 5 dnů. Program může být denní, odpolední nebo v podvečerních a večerních hodinách, poslední možnost se uplatňuje zejména v doléčování. Čím větší je intenzita programu, tím větší je i jeho schopnost efektivně působit i u závažnějších a komplikovanějších případů a udržet v léčbě i pacienty/klienty, kteří by jinak byli vhodní pro léčbu ústavní. Spolupracující nebo minimálně neškodící sociální zázemí je ovšem nezbytné. Výhodná a leckdy nevyhnutelná je práce s rodinnými příslušníky pacienta/klienta (rodinná terapie či poradenství, rodičovské skupiny apod.).

#### *Denní stacionář (Day centre, day clinic)*

Zařízení poskytující denní péči, tj. péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. Uplatňují se u zdravotně postižených, seniorů, chronicky nemocných dětí, duševně nemocných či drogově závislých osob, podle cílové skupiny a zaměření mohou mít charakter ošetrovatelský, rehabilitační (resocializační) nebo léčebný. V léčbě závislých se léčba v denním stacionáři pokládá za alternativu ústavní či rezidenční léčby pro klienty, kteří jsou schopni abstinovat bez vyčlenění z původního prostředí. Pro uživatele, kteří se potřebují dostat ze svého prostředí, z tlaku okolí a dostupnosti drog, je vhodnější ústavní nebo rezidenční léčba, denní stacionář se s ní však může vhodně kombinovat (předcházet nebo navazovat zejména na kratší pobyty).

#### *Rezidenční - pobytová léčba, Ústavní léčba*

Léčebné programy, při nichž klient žije v chráněném prostředí léčebného či rehabilitačního (resocializačního) zařízení (jako protiklad léčby ambulantní). Tyto programy se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, v němž se od klientů očekává participace na individuálním poradenství a na skupinové práci, která má rozvíjet sociální a jiné životní dovednosti. Ústavní léčba je vhodná pro klienty s rizikovým sociálním okolím a psychickými či somatickými komplikacemi. Může jít – podle délky – o léčbu krátkodobou nebo střednědobou. Pojem se nejčastěji používá pro léčbu a resocializaci v psychiatrické léčebně (ústavní) a terapeutické komunitě (rezidenční).

#### *Krátkodobá léčba*

Pojem obvykle vyhrazený pro ústavní léčbu kratší než 3 měsíce (nejčastěji 4-8 týdnů). Jde o strukturovaný program, v němž léčebné aktivity převažují nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními. Vhodná pro uživatele drog motivované k léčbě, kteří nejsou schopni se uzdravit v ambulantní léčbě, případně vyžadují komplexní péči, protože vedle drogové závislosti mají jinou osobnostní poruchu nebo psychiatrické či somatické onemocnění. Nepředpokládá se výrazné ovlivnění životního stylu u osob s delší drogovou kariérou, i u nich však může hrát krátkodobá léčba důležitou roli jako “úvodní léčba” po které následuje jiný, střednědobý nebo dlouhodobý program péče. V ČR se provádí málo.

#### *Střednědobá léčba*

Za střednědobou léčbu se obvykle pokládá léčba v trvání 3-6 měsíců. U nás tento typ léčby poskytují nejčastěji specializovaná oddělení psychiatrických léčeben nebo klinik, což umožňuje současně se zaměřit na doprovodné somatické i psychické problémy



pacienta/klienta. Ve strukturovaném programu převažují léčebné aktivity nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními. Dolní hranice trvání střednědobé léčby, tj. 3 měsíce, se v odborné literatuře pokládá za minimum pro dosažení trvalejšího účinku. S pojmem „střednědobá léčba“ se setkáváme nověji i v terapeutických komunitách, kde je horní hranice trvání posunuta nad 6 měsíců (za střednědobou léčbu v TK se pokládá např. program v délce 6-8 měsíců).

#### *Dlouhodobá léčba*

Tento pojem je vyhrazen pro léčbu ústavní či rezidenční, nikoliv ambulantní. Za „klasickou“ se pokládá dlouhodobé léčba v trvání 1 roku. Dlouhodobá léčba je vhodná pro klienty s výraznou problematikou (dlouhodobá závislost, značná sociální nezralost, nerozvinuté nebo ztracené sociální návyky a dovednosti, kriminální anamnéza, zcela chybějící či destruované nedrogové sociální zázemí a vztahy). Probíhá obvykle v terapeutických komunitách.

#### *Terapeutická komunita*

Strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení/rehabilitace. Obvyklá délka pobytů je 6 až 15 měsíců. Od klientů je očekávána aktivní účast na léčebných aktivitách, jimiž jsou skupinová a individuální psychoterapie, pracovní terapie, práce s rodinnými příslušníky, zátěžové pobyty aj. Terapeutická komunita (TK) nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Cílem programů je zejména rozvoj sociálních dovedností (pocit odpovědnosti za své chování, zvyšování sebehodnocení, změna negativních životních postojů apod.) potřebných pro změnu škodlivých vzorců chování. Z průzkumu terapeutických komunit v roce 2001 vyplývá, že až 40 % z klientů, kteří předčasně ukončili léčbu a až 90 % z těch, kteří léčbu úspěšně absolvovali, se úspěšně zapojí zpět do společnosti.

TK se uplatňují nejen v léčbě a resocializaci závislých, ale také u jiných diagnostických skupin (neurózy, psychózy, poruchy chování) a rovněž v psychoterapeutickém výcviku. První TK pro léčbu drogově závislých byl SYNANON v USA v r. 1956.

#### *Doléčování*

Doléčovací programy pomáhají vytvořit podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.). Jejich cílem je sociální integrace klienta do podmínek života bez drog. K tomu jsou využívány zejména následující intervence: prevence relapsu, podpůrná skupinová terapie, individuální terapie a poradenství, volnočasové aktivity, sociální práce, pracovní poradenství, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky a zdravotní péče. Intenzivní doléčovací program trvá obvykle 6 – 12 měsíců a jeho absolvování výrazně zvyšuje efektivitu léčby. Z realizovaných zahraničních průzkumů i průzkumů českých programů vyplývá, že doléčovací programy snižují riziko relapsu či recidivy u klientů až o 80 %.

#### *Resocializace / reintegrace*

Proces znovuzačlenění jedince do společnosti. V institucionalizované podobě má resocializace osob závislých na drogách řadu forem – od pracovní terapie po chráněné dílny, od sociálního poradenství po socioterapeutické kluby, od výuky sociálních dovedností po rekvalifikační programy apod. Teoretické východisko resocializace najdeme v bio-psycho-sociálním modelu závislosti. Zatímco léčba a rehabilitace se zaměřuje na somatická a psychická poškození, resocializace umožňuje získání potřebných sociálních znalostí a dovedností. Hranice mezi léčbou, rehabilitací a resocializací je otevřená, všechny tři typy intervencí spolu úzce souvisí a vzájemně se podmiňují. Pojetí resocializace jako

komplementární součásti každého typu služeb v procesu údravy je novým prvkem. Dříve byly resocializační programy vnímány jako služba následující po léčbě (detoxikace-léčba-resocializace). Příslušné služby je však možné (potřebné) poskytovat jak aktivním uživatelům drog, lidem se substituční léčbou, stejně jako lidem v „abstinenčních“ programech.

#### *Chráněné bydlení*

Sociální služba, která je součástí komplexu sociálních a zdravotních služeb. Cílem ChB je zajištění ubytování při absolvování terapeutického a resocializačního programu, a to i lidem, kteří v místě svého bydliště nemají příslušné služby nebo je pobyt v dřívějším bydlišti kontraindikací k úspěšné léčbě/doléčování. Bydlení si klienti hradí nebo na něj přispívají. Bydlení je časově omezeno a je na ně uzavřena smlouva. Mezi základní pravidla patří dodržování „bezdrogového“ prostředí v objektu chráněného bydlení a respektování práv ostatních ubytovaných. Bydlení může mít podobu samostatného bytu nebo bytů či pokojů v určitém objektu, které jsou určeny více osobám. Obvyklá doba, po kterou je chráněné bydlení poskytováno, je u nás max. jeden rok, v zahraničí (Německo, Holandsko) i více let po absolvování terapeutického a resocializačního programu. Na rozdíl od azylových domů je ChB službou s výraznějším posilováním sociální kompetence klientů: možnost aktivního vstupu do podoby interiéru bytu, možnost přijímání a ubytování návštěv, koedukovaný charakter bydlení, vlastnictví klíče od bytu apod.

V terminologii MPSV by výše uvedené definici spíše odpovídal pojem dům na půli cesty.

#### *Domy „Na půl cesty“*

Místo pobytu, které slouží jako přechodná fáze mezi hospitalizací nebo rezidenční léčbou a plně nezávislým životem ve společnosti. Termín používaný pro způsob bydlení osob závislých na alkoholu nebo drogách, usilující zároveň o udržení jejich abstinence. Existují také domy na půl cesty pro osoby s psychiatrickým onemocněním a osoby propuštěné z vězení.

#### *Chráněná dílna*

Sociální služba, která je součástí komplexu sociálních a zdravotních služeb. Poskytování práce v chráněných dílnách (ChD) je vázáno na kontakt s pracovištěm poskytujícím léčebné (doléčovací) a resocializační služby. Cílem ChD je znovuoživení (vytvoření) běžných pracovních návyků, získání pracovních dovedností a finanční příjem. Na práci v ChD je uzavřena řádná pracovní smlouva a klienti pracují za mzdu. Práce v chráněné dílně zpravidla koresponduje s dobou terapeutického programu: obvykle od 4 měsíců do jednoho roku. ChD je vedena minimálně středoškolsky vzdělaným člověkem s praxí v oboru a zkušeností práce s lidmi. Vytvořit chráněný pracovní program, který splňuje požadavky výuky, výchovy i finanční efekt, je obtížné. Zpravidla jsou tyto programy dotovány. Úřady v rámci aktivní politiky zaměstnanosti mohou přispívat na mzdy takto zaměstnaných osob. Chráněná dílna na rozdíl od pracovní terapie, která bývá součástí krátkodobé, střednědobé či dlouhodobé léčby, musí respektovat požadavky na následnou zaměstnatelnost a situaci na trhu práce. Příklady dobré praxe: čajovna, vývařovna, truhlářská dílna. Osvědčila se spolupráce ChD se středními školami, učilišti a agenturami poskytujícími v daném oboru rekvalifikace. V tomto případě může ChD klientovi nabídnout kromě praktických zkušeností i vyšší vzdělanostní statut.

V terminologii MPSV, by výše uvedené definici spíše odpovídal pojem „podporované zaměstnání“.

#### *Substituce*

Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy lékařsky předepsaným) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími

riziky, než původní droga. (např. heroin je nahrazen metadonem). Dále může jít o substituci škodlivého způsobu užití (cigarety nahrazeny nikotinovými náplastmi nebo žvýkačkami), případně kombinace obou způsobů (injekční aplikování heroinu je nahrazeno orálně podávaným metadonem). Cílem substituce je eliminování nebo snížení užívání určité drogy, změna rizikové formy jejího užívání (např. nitrožilní užívání) na méně rizikovou, a tím i snížení negativních zdravotních a sociálních následků. Substituční léčba má být doprovázena psychoterapií, poradenstvím či socioterapií. Může trvat od několika týdnů až po mnoho let.

#### *Probační a mediační služba*

Probační a mediační služba (PMS) je součástí systému trestní justice. Jako samostatná služba vznikla v ČR schválením zákona č. 257/2000 Sb. Konkrétně se činnosti PMS zaměřují na: (1) zprostředkování alternativních způsobů řešení trestné činnosti, (2) usilování o nápravu pachatelů a snahu motivovat je k odpovědnosti za jejich jednání a náhradu či řešení způsobené škody, (3) zohlednění zájmů obětí trestných činů, (4) poskytování informací a nabídka konkrétních možností, jak se oběti mohou zapojit do řešení škod jim způsobených. Filosofie PMS vychází z principů restorativní (obnovující) justice a jejím cílem je přispívat k naplňování trestní spravedlnosti.

#### *Ochranná léčba*

Ochranná léčba je v českém trestním systému jedním z institutů ochranného opatření. Je možné ji uložit vedle trestu nebo při upuštění od potrestání. Ochranné léčení podle § 72 tr. z. může být uloženo formou ambulantní nebo ústavní a dodatečně může být změněno, a to jak z ambulantního na ústavní, tak i naopak. Ústavní ochrannou protitoxikomanickou léčbu je možné vykonávat i během výkonu nepodmíněného trestu odnětí svobody, ale pouze v několika věznicích. Mimo vězeňská zařízení existují při nástupu na ústavní ochrannou léčbu velmi dlouhé čekací doby (není výjimkou i několik let). Ambulantní ochranná protitoxikomanická léčba může být vykonávána de facto ve všech zařízeních, které poskytují ambulantní léčbu. Největší příčinou velmi malé efektivity ochranného léčení mimo již zmíněných čekacích dob je malá motivace klientů a to, že s klienty ochrannou léčbu nikdo nepředjedná a nepřipravuje je na její nástup.

## PŘÍLOHA č.17

### Legislativa

Od roku 1993 byla realizována řada konkrétních legislativních opatření. Postupně byla zkvalitňována činnost v oblasti zákonné represe i prevence. Harmonizují se právní normy s EU, ČR plní řadu mezinárodních úmluv OSN i EU, např. v oblasti boje proti organizovanému zločinu, oblast praní špinavých peněz, oblast zákonného zacházení s OPL a prekursory. Novelizací zákona 167/1998 Sb. v roce 1999, se ČR zařadila mezi státy, kde je držení drogy pro vlastní potřebu trestné, tedy došlo ke kriminalizaci uživatelů drog, zvýšila se trestnost nedovoleného obchodu s drogami až na hranici 15 let odnětí svobody. Devět států z 15 států EU rovněž uplatňuje trestnost držení drog pro vlastní potřebu, ale rozlišují drogy podle rizikovitosti.

Nástin několika významných legislativních norem: zákon č. 257/2000 Sb., o probační a mediační službě, novelizace zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, novelizace zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, zákon č. 37/1989 o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, novelizace zákona o rodině č. 94/1993 Sb., zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí.

Připravují se mnohé legislativní změny a novelizace zákonů. Jednou z důležitých připravovaných změn je Zákon o ochraně před škodami působenými alkoholem, tabákem a jinými návykovými látkami. Obsahem tohoto zákona je návaznost na předpisy EU a mezinárodní smlouvy, stanovení pravidel pro prodej tabákových výrobků a alkoholu, zákaz kouření na veřejných místech, zajištění dopravy a ošetření na záchytné stanici, podmínky pro provozování substituční léčby, řízení a koordinace opatření, sankce, standardizace ve zdravotnictví, akreditace, krajský plán prevence a léčby aj. Dále novela zákona 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů. (§ 13a z. 37/1989 Sb. : orgán kraje řídí a koordinuje v přenesené působnosti ochranu před alkoholismem a jinými toxikomaniemi a plní úkoly na úseku státní protidrogové politiky ve svém správním obvodu. Tento zákon byl novelizován novelou z. c. 132/2000 Sb., část třicátá druhá).

Trestné činy v oblasti drog - jde především o specifické trestné činy nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle §§ 187, 187 a 188, 188a trestního zákona (viz trestnost držení drogy pro vlastní potřebu, trestnost šíření toxikomanie, trestnost zacházení s drogami). Svým způsobem specifickou povahu pak má trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky podle § 201 trestního zákona, jehož se dopustí ten, kdo ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil vlivem návykové látky, vykonává zaměstnání nebo jinou činnost, při kterých by mohl ohrozit život nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku (klasickým příkladem takového jednání je řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu, omamné nebo psychotropní látky). Vedle těchto specifických trestných činů (drogová kriminalita v užším smyslu) se s užíváním drog pojí řada dalších trestných činů (tzv. Sekundární nebo přidružená drogová kriminalita), jejichž pachatelé si majetkovou trestnou činností, zejména krádežemi, opatřují prostředky k získání drogy.

## PŘÍLOHA č.18

### Kontrola, zvyšování kvality a efektivity

#### *Smysl a funkce systému kontroly*

Smyslem kontroly je za přiměřené finanční prostředky docílit kvalitních a efektivních služeb ze strany poskytovatelů těchto služeb a na druhé straně právě tyto kvalitní a efektivní služby nabídnout uživatelům návykových látek. Systém kontroly by měl být průhledný a jasný i nejširší veřejnosti.

V rámci kraje bude prosazována kontrola efektivity a kvality daných služeb prostřednictvím standardů a akreditací za přijatelných finančních nákladů. Získávání financí dle připravovaného systému by mělo být realizováno dle návrhu Věcného záměra zákona o standardizaci veřejných služeb. Předpokládaná účinnost zákona by měla být od 1.1.2004.

#### *Standardy a akreditace, licence*

Standardy jsou nástroje na měření kvality péče a její hodnocení. Pro oblast závislostí používané a připravované „Minimální standardy“ (od r. 1995)- služeb, programů a zařízení a „Akreditační standardy“ (od r. 2000) se stanou základním nástrojem pro zabezpečení kvality poskytované péče a umožní orgánům poskytujícím finanční prostředky zajistit a kontrolovat efektivitu jejich vynakládání. MPSV vyvíjí standardy sociálních služeb, zatímco MZ a odborné lékařské společnosti zpracovávají standardy metod a standardy založené na případě či diagnóze.

*Vytváření mechanismu akreditačního a licenčního systému* je vedeno úsilím o zajištění rovného přístupu klientů k sociálním a zdravotním službám a jejich financování na základě objektivní potřeby a kvality, což povede mimo jiné ke zrovnoprávnění poskytovatelů služeb. Udělení akreditace představuje garanci dodržování určitých standardů práce a etických principů. Akreditace je koncipována jako dobrovolná (na základě žádosti poskytovatele služby), nicméně bude podmínkou pro financování dané služby z veřejných prostředků, ať už se bude jednat o zařízení státní či nestátní.

*Hodnocení služeb* vychází z principu „hodnota za peníze“, shrnuje následující požadavky:

požadavek kvality: chceme za své peníze dobré služby,

požadavek efektivity: od „dobrých služeb“ očekáváme, že budou účinné,

požadavek udržitelných nákladů: chceme služby za rozumnou cenu.

Příklady hodnoty účinnosti můžeme v různých programech primární, sekundární a terciární prevence definovat různými způsoby (seřazeno „sestupně“):

optimální kvalita života ( klient dlouhodobě abstínuje a je odůvodněně spokojený se svým životem),

udržení cílového stavu po určitou dobu (klient abstínuje dva roky po skončení léčby),

cílový stav/bezprostřední výsledek (klient abstínuje),

žádoucí změna nebo změny chování (klient sice neabstínuje, ale nedopouští se trestné činnosti),

optimální průběh ( klient dokončil léčbu bez relapsu a závažného porušení pravidel),

indikátory možné změny (klient má náhled, klient změnil hodnoty, účastník peer-programu změnil postoje),

nepřímé indicie (60% učitelů má zájem o pokračování kursu),

prosté kvantitativní ukazatele (rozdalo se 300 kondomů, kurs navštívilo 20 osob).

---