



Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje na období 2012 - 2018

Pardubický kraj

Krajský úřad Pardubického kraje, odbor sociálních věcí

Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje na období 2012 – 2018 byla schválena Zastupitelstvem Pardubického kraje usnesením Z/360/11 ze dne 15. 12. 2011.

1. Předmluva

Užívání návykových látek a nezákonné zacházení s nimi je nejenom v naší zemi, ale v celém světě vnímáno jako vážný problém, který stále představuje ohrožení zdraví, bezpečnosti, sociální situace a prosperity obyvatel, zejména mládeže.

Mezi významná nebezpečí, jež drogový problém představuje, patří změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských a rodinných vztahů, ohrožení pořádku ve městech, veřejného zdraví a bezpečnosti. Na jedné straně může závislost evokovat pocity beznaděje a bezmoci, na druhé straně růst společenských nákladů. Z těchto důvodů je třeba řešit problém závislosti komplexně na základě dostupných vědeckých poznatků a metod osvědčených výzkumem a zkušeností.

Problematika drog je diskutována a řešena na všech úrovních. Na evropské úrovni je hlavním dokumentem Protidrogová strategie Evropské unie na období 2005 – 2012 a dva související akční plány její realizace. Klíčovým dokumentem v České republice je Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 a navazující tři akční plány její realizace. Na krajské úrovni je protidrogová politika řešena Strategií protidrogové politiky Pardubického kraje na období 2012 - 2018, která navazuje na Strategii protidrogové politiky Pardubického kraje na období 2005 – 2009, ale současně vychází z aktuální Národní strategie protidrogové politiky a snaží se naplňovat její cíle na krajské úrovni. Součástí krajské strategie jsou i dva akční plány, ve kterých jsou stanoveny opatření a aktivity, jejichž pomocí se naplňují cíle strategie.

Základní principy a zásady jsou ukotveny v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. V České republice definuje drogy zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů ve znění pozdějších předpisů jako omamné a psychotropní látky a přípravky je obsahující. Ve strategii jsou pod pojmem drogy zahrnuty výše uvedené návykové látky, látky běžně dostupné (organická rozpouštědla) a návykové látky naší společnosti vysoce tolerované a veřejně propagované (alkohol a tabák). Vzhledem ke skutečnosti, že užívání alkoholu a tabáku má neméně závažné dopady na jedince i společnost jako ilegální drogy, zabývá se Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje na období 2012 – 2018 ve zvýšené míře i legálními drogami.

Strategie je členěna do jednotlivých kapitol, které na sebe navazují a vzájemně se prolínají. Ve druhé kapitole je popsána situace v oblasti užívání tabáku, alkoholu a drog v Pardubickém kraji, ve třetí kapitole jsou uvedeny základní východiska, přístupy a principy, o které se krajská strategie opírá. Ve čtvrté kapitole jsou vydefinovány obecné a specifické cíle pro tyto klíčové oblasti: 1. Primární prevence, 2. Minimalizace škod (harm reduction), 3. Léčba a resocializace, 4. Vzdělávání, koordinace a finance a 5. Snížení dostupnosti drog. Pro každou oblast jsou v páté kapitole SWOT analýzy a specifikovány cíle a cílové skupiny, kterých se plnění cílů týká. Všechny specifické cíle jsou v kapitole 6 rozpracovány do konkrétních dílčích aktivit. V kapitole 7 je uveden vývoj financování drogových služeb.

Krajská protidrogová politika je definována na základě analýzy současné situace a identifikovaných potřeb a má jasnou strukturu, jež umožní praktickou realizaci a hodnocení.

2. Hlavní charakteristiky situace užívání drog v Pardubickém kraji

Pardubický kraj složený ze čtyř okresů – Chrudim, Pardubice, Svitavy a Ústí nad Orlicí - měl k 1. 1. 2010 celkem 451 obcí s průměrným středním počtem 1 145 obyvatel na jednu obec. V obcích s méně než 500 obyvateli žije 13,5% obyvatelstva kraje. Postupně narůstá podíl obcí od 500 do 1 999 obyvatel, nyní 24,9%. V obcích od 2 000 do 9 999 je podíl obyvatel v kraji 19,9%. Podíl obyvatel v obcích nad 10 000 obyvatel se v posledních letech zvolna snižuje, ke konci roku 2009 činil 41,7%. Krajské město Pardubice obývá 17,4% obyvatel kraje.

Nejlidnatějším okresem Pardubického kraje je okres Pardubice, následují okresy Ústí nad Orlicí, Chrudim a Svitavy. Třemi největšími městy Pardubického kraje jsou Pardubice, Chrudim a Svitavy. Správním centrem kraje je město Pardubice, které je současně i největším hospodářským centrem s vysokou koncentrací průmyslu, komerčních a veřejných služeb.

• Obyvatelstvo

Na území Pardubického kraje žilo k 31. 12. 2010 celkem 517 164 osob, v tom 255 117 mužů a 262 047 žen. Během roku 2010 počet živě narozených dětí převýšil počet zemřelých o 401 osob, stěhováním přibýlo 434 osob, celkový počet obyvatel vzrostl o 835 osob.

V průběhu roku 2010 se v kraji živě narodilo 5 721 dětí, což je oproti roku 2009 o 77 dětí více. Mimo manželství se narodilo 38,1% ze všech živě narozených dětí (republikový podíl činil 40,3%). Během roku 2010 zemřelo 5 320 osob, což je o 317 osob více než v roce 2009. Hlavní příčinou smrti i nadále zůstávají nemoci oběhové soustavy s podílem 50,5% ze všech zemřelých, podíl druhé hlavní příčiny smrti – novotvarů – představoval 24,9%.

V roce 2010 bylo uzavřeno 2 166 manželství, tj. o 57 méně než v roce 2009. Počet sňatků se snížil ve všech okresech Pardubického kraje. Rozvedeno bylo 1 281 manželství, o 80 méně než v roce 2009.

• Nezaměstnanost

Počet neumístěných uchazečů o zaměstnání evidovaných na úřadech práce dosáhl k 31. 12. 2010 v kraji celkem 27 359 osob (z toho 12 226 žen, tj. 44,7%) a proti stejnému období roku 2009 se počet neumístěných uchazečů zvýšil o 542 osob. Z celkového počtu nezaměstnaných bylo v uvedeném období evidováno v Pardubickém kraji 1572 čerstvých absolventů škol, přičemž jich bylo 333 z okresu Chrudim, 427 z okresu Pardubice, 428 z okresu Svitavy a 384 z okresu Ústí nad Orlicí.

Míra registrované nezaměstnanosti, zjištěná na základě evidence úřadů práce, dosáhla v kraji k 31. 12. 2010 hodnoty 9,87 (k 31. 12. 2009 činila 9,58%). Nejvyšší míra registrované nezaměstnanosti byla zjištěna na Svitavsku (12,97%), nejnižší pak v okrese Pardubice (7,02%).

Pardubický kraj se s registrovanou mírou nezaměstnanosti, která je o 0,30 bodu vyšší než celorepublikový průměr, umístil na 6. místě v rámci České republiky.

Počet volných pracovních míst dosáhl k 31. 12. 2010 hodnoty 2 165, na jedno volné pracovní místo tak připadalo 12,6 uchazeče (14,8 v roce 2009). Proti stavu v roce 2009 se počet volných míst absolutně zvýšil o 352, tj. o 16%.

2.1 Užívání tabáku

Podle průzkumu¹ z roku 2009 lze 26,3% občanů označit za pravidelné kuřáky, kouřící v současné době více než 1 cigaretu denně. Dalších 2,9% tvoří nepravidelní (příležitostní) kuřáci, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně. Znamená to, že dle vlastní výpovědi 29,2% lidí ve věku 15 – 64 let v roce 2009 kouřilo a lze je označit za kuřáky.

Mezi bývalé kuřáky, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, avšak v současné době již nekouří, se zařadilo 10,4% dotázaných. U této populace lze konstatovat, že se jí podařilo závislosti na nikotinu zbavit, i když není jisté, zda se ke kouření v budoucnosti opět někdy nevrátí. Za nekuřáky se označuje 60,4% dotázaných. Z nich 25,1% má s kouřením zkušenosti (i když v životě vykouřilo méně než 100 cigaret) a zbývajících 35,3% uvádí, že nikdy v životě nevykouřilo cigaretu.

Pokud bychom vzali v úvahu výsledky platné pro celou populaci (včetně nejstarší věkové skupiny nad 65 let, u které je prevalence kouření výrazně nižší), potom podíl kuřáků, kouřících nejméně 1 cigaretu denně činí 23,6% a těch, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně je 2,7%. Dalších 11,6% se označilo za bývalé kuřáky, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří, 24,6% jsou nekuřáci, kteří to kdysi zkusili a zbývajících 37,5% nikdy v životě nekouřilo.

Vyšší podíl všech kuřáků byl zjištěn v nejmladší věkové skupině 15 – 24 let, kde činil 36,7%, ve vyšších věkových skupinách podíl kuřáků klesá. Skutečnost, že prevalence kouření v nejmladší věkové skupině je v porovnání s ostatními věkovými skupinami nejvyšší nedává dobré vyhlídky do budoucnosti. Ukazuje se, že omezovat kouření u mladých lidí se stále nedaří a dlouhodobě si vyžaduje maximální pozornost.

Kritickým obdobím pro začátek kouření je věk od 14 – 15 let. Muži uvádějí častěji, že začínali s kouřením do 15 let, ženy zase více uvádějí pozdější začátky (15 a více let). Pro obě pohlaví však platí, že rozhodující pro začátek kouření je věk 15 let. Výsledky signalizují, že se počátky kouření posouvají do nižšího věku. Ukazuje to skutečnost, že starší generace uvádějí častěji počátky kouření po 19. roce věku. **Z analýzy věkové podmíněnosti počátků kouření vyplývá, že více než ¾ současných kuřáků začalo s kouřením do 18 let věku (včetně), tj. nejčastěji v období docházky na základní event. střední školu či učiliště.** Výsledky posledních let však naznačují posun počátků kouření do mladšího věku (13 – 14 let).

Nejvíce kuřáků (téměř 2/5) vykouří v průběhu dne 6 až 10 cigaret. Podíl kuřáků, kouřících 1 až 5 cigaret denně se v posledních letech pohybuje okolo 1/5. V porovnání s uplynulými roky signalizuje pokles podílu těch kuřáků, kteří vykouří větší množství cigaret v průběhu dne (16 a více) a růst podílu těch, kteří vykouří denně 6 – 10 cigaret. Téměř 2/3 (65,4%) kuřáků si zapálí první cigaretu do 1 hodiny po probuzení. V praxi to znamená, že kouří ještě před odchodem do zaměstnání nebo do školy.

Z uvedených skutečností dlouhodobě vyplývá, že mezi současnými kuřáky je okolo 3/5 těch, které lze označit za silné kuřáky. Tito lidé kouří již ráno před odchodem do zaměstnání (školy). Jde o projevy silného kuřáctví s výraznou závislostí na nikotinu. Uvnitř této skupiny je část extrémně silných kuřáků, kteří jsou na nikotinu velmi výrazně závislí. Jde asi o 10% kuřácké

¹ Sovinová, H., Sadílek, P., Scémy, L. *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR, Názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997 – 2009), Výzkumná zpráva*

populace, pro kterou je typické kouření na lačný žaludek ihned po probuzení. Tato část je „nejrizikovější mezi rizikovými“ a je pro své okolí rovněž nejvíce nebezpečná.

Současný denní kuřák – muž kouří průměrně 21,3 let, současná denní kuřačka 18,6 let. Ukazatel je pochopitelně vázán na věk. Odhad průměrného věku při začátku pravidelného denního kouření je u mužů 20,7 let a u žen 23,9 let.

Více než polovina (55%) současných kuřáků se v posledním roce nepokusila přestat kouřit. Cca ¼ (25,2%) se o to pokusila jedenkrát, zbývajících 19,8% to zkoušelo vícekrát.

Kouření vodní dýmky nikdy nevyzkoušelo 70,9% obyvatel. Ti nemají s tímto způsobem kouření žádnou zkušenost. Dalších 14,6% uvádí, že to zkusilo jedenkrát, 13,4% zvolilo odpověď občas. Mezi pravidelné kuřáky vodní dýmky lze zařadit pouze cca 1% populace – jde o ty respondenty, kteří uvedli, že vodní dýmku kouří 1x za týden a častěji. Lze tedy konstatovat, že populace dosud pravidelnému kouření vodní dýmky neholduje a tento způsob kouření má zatím spíše charakter experimentování. Vodní dýmku více kouří svobodní a bezdětní jedinci, zpravidla studenti, z hlediska vzdělání pak zejména ti, kteří mají maturitu nebo VŠ. Zcela jednoznačně souvisí kouření vodní dýmky s věkem. Platí, že tento způsob kouření praktikují zejména nejmladší věkové skupiny, s přibývajícím věkem se kouření vodní dýmky vyskytuje méně.

V Pardubickém kraji poskytuje léčbu závislým na tabáku Centrum léčby závislosti na tabáku, které je zřízeno při plicním oddělení Pardubické krajské nemocnice, a.s.

2.2 Užívání alkoholu

Spotřeba alkoholu v roce 2009 činila 177,6 litru na 1 obyvatele České republiky za rok, což je 10,4 l čistého lihu na osobu. Nejvyšší podíl na spotřebě alkoholu představuje konzumace piva, kterého se vypilo 150,7 litrů na 1 obyvatele za rok. Spotřeba 40% alkoholu dosahovala výše 8,2 litru a spotřeba vína 18,7 litru na osobu za rok.

Další informace o užívání alkoholu lze získat ze studie ESPAD² z roku 2007. Tato studie je zaměřena na dospívající, kteří dosáhli v tomto roce věku 16 let. Ze studie vyplývá, že jakýkoliv alkoholický nápoj pilo v životě 97,4% studentů, v posledním měsíci konzumovalo alkohol 75,6% studentů. Čtvrtina respondentů (23,2%) pilo v posledním měsíci alkohol více než 5krát. Časté pití nadměrných dávek alkoholu, tedy konzumaci 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti 3krát a vícekrát v posledních dnech uvedlo v Pardubickém kraji 15,7% studentů. Opilost (3krát a vícekrát v posledních 30 dnech) uvádělo 2,7% studentů. Nejčastěji je mezi studenty preferována konzumace piva (36,8%), dále je oblíbená konzumace vína (19,3%) a potom destilátů (16,6%).

V roce 2010 se v ambulantních zařízeních na území kraje léčilo 662 mužů a 254 žen (celkem 916 osob) – problémových uživatelů alkoholu, z toho 711 pacientům byla diagnostikován syndrom závislosti, 40 pacientům byly navíc diagnostikovány poruchy chování či intoxikace a 165 osob mělo zároveň nějaké somatické nebo psychické poškození. Nejvíce pacientů bylo ve věkové skupině 40 – 64 let (625) a ve věkové skupině 20 – 39 let (214). Do 20 let bylo léčeno 12 osob a nad 65 let 65 uživatelů alkoholu. Přepočtený index počtu pacientů užívajících alkohol (na 10 000 obyvatel), kteří se léčí v ambulantních zařízeních, je

² Csémy, L., Chomynová, P., Sadílek, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*

v Pardubickém kraji 17,7, tedy o 5,3 bodů nižší než celorepublikový průměr (23,0)³. V Protialkoholní záchytné stanici bylo hospitalizováno v roce 2010 celkem 1105 pacientů, z toho 365 jich bylo z města Pardubice a 572 z Pardubického kraje. V meziročním srovnání se počet klientů Protialkoholní záchytné stanice drží zhruba na stejné úrovni (r. 2009 – 1037 klientů, r. 2008 – 1118 klientů).

V roce 2011 působí v Pardubickém kraji 14 ambulantních zdravotnických zařízení, z nichž nejvýznamněji se na léčbě závislostí podílejí 2 AT poradny (zaměřené na alkohol a jiné toxikomanie), a to v Pardubicích a ve Svitavách, a 6 psychiatrických ambulancí (Chrudim, Hlinsko v Čechách, Lanškroun, Ústí nad Orlicí, Vysoké Mýto, Žamberk), které se věnují problematice léčby alkoholu.

2.3 Užívání drog

2.3.1 Užívání drog v obecné populaci

Dle výsledků poslední reprezentativní studie ve školní populaci ESPAD⁴ v roce 2007 bylo zjištěno, že čeští šestnáctiletí vykazují nadprůměrné hodnoty ve všech klíčových ukazatelích týkajících se užívání prakticky všech návykových látek kromě těkavých látek. Mimořádně vysoké míry prevalence ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi dosahuje zejména užívání konopných drog.

Jakoukoliv nelegální drogu (konopné látky, extáze, LSD a jiné halucinogeny, pervitin nebo amfetamin, heroin nebo jiné opiáty, kokain, crack a GHB) užilo v životě 46,1% dotázaných žáků a studentů z Pardubického kraje. Užití jakékoliv nelegální drogy v posledním roce uvedlo 35% studentů, udávané zkušenosti v posledním měsíci byly ve výši 16,9%. Jakoukoliv nelegální drogu mimo konopné látky užilo v životě 14,4% dotázaných, v posledním roce 6,9% a v posledním měsíci 1,8%. Celoživotní prevalence užití jakékoliv nelegální drogy mimo konopné látky je v porovnání se zbytkem ČR na vysoké úrovni. Rovněž celoživotní prevalence konopných látek se v Pardubickém kraji drží nad celorepublikovým průměrem, a to ve výši 45,2%.

Celoživotní prevalenci užití extáze udává v kraji 4,5% respondentů, LSD užilo alespoň jednou v životě 5,7% šestnáctiletých a halucinogenní houby 8,6% studentů, což je opět nad celorepublikovým průměrem. Celoživotní užití pervitinu i opiátů uvádí 1,5% respondentů, což je přibližně 2% pod celorepublikovým průměrem. Naopak vysokou procentní hladinu vykazují respondenti z Pardubického kraje v celoživotním užití těkavých látek (7,4%) a v užití těkavých látek v posledním roce (4,5% respondentů) a v posledním měsíci, kdy jsou hodnoty druhé nejvyšší v rámci ČR (2,4% studentů).

V Pardubickém kraji uvádí 68% studentů dostupnost konopných látek za relativně snadnou, dostupnost pervitinu subjektivně vnímá jako snadnou pouze 8% respondentů. Dostupnost extáze a těkavých látek je snadná pro 24 – 29% respondentů.

³ Viz tabulka č. 1. Zdroj ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 23/2011.

⁴ Csémy, L, Chomynová, P., Sadílek, P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*

Při zohlednění výsledků studií⁵ provedených v dospělé populaci v letech 2008 – 2009 dosahuje míra celoživotní prevalence užívání konopných drog v české dospělé populaci cca 30%, extáze 5 – 10%, pervitinu přibližně 4% a kokainu 2%. Prevalence užití konopných drog v posledním roce mezi českými dospělými pak dosahuje hodnot 11 – 15%, extáze 3 – 4%, pervitinu do cca 1,5% a kokainu cca 0,5%. Mezi mladými dospělými (15 – 34 let) je míra prevalence užití konopných drog v posledním roce 22 – 28%, extáze 3 – 8 %, pervitinu do 3% a kokainu přibližně 0,5 – 1,5%. Průzkumy provedené v prostředí tanečních akcí a noční zábavy ukazují na výrazně vyšší míry prevalence užívání nelegálních drog v této specifické subpopulaci mladých dospělých – vedle konopných látek se jedná především o extázi a dále o pervitin, kokain a halucinogeny.

2.3.2 Užívání drog v prostředí noční zábavy

V r. 2009 pokračoval sběr dat v rámci evaluace projektu *Safer Party Tour 2009*⁶, který navázal na obdobný projekt z r. 2008 a poskytoval preventivní a harm reduction služby na 14 letních festivalech. Dotazníkového šetření mezi klienty projektu se zúčastnilo 381 respondentů ve věku mezi 16 a 54 lety, průměrný věk celého souboru byl 24,2 let. Dvě třetiny (69,7 %) tvořili muži, jimž bylo v průměru 24,8 roku; ženám pak 22,8 roku. Necelá třetina klientů projektu (30,5 %) v době šetření studovala, 62,5 % bylo v zaměstnaneckém poměru nebo podnikalo. Pětina respondentů (20,1 %) uvedla vysokoškolské vzdělání, 53,5 % tvořili středoškoláci s maturitou.

Alespoň jednu zkušenost s některou ze sledovaných drog (s výjimkou alkoholu a tzv. sirupu) uvedla naprostá většina klientů (92 %), kteří vyplnili dotazník. Během uplynulých 12 měsíců užily některou ze sledovaných drog tři čtvrtiny souboru (75,9 %) a v posledních 30 dnech 44,9 %. Největší oblibě se mezi klienty projektu těšily konopí, alkohol a extáze, následovaly lysohlávky, LSD, pervitin, poppers a kokain. Alkohol, konopí a extáze byly také drogami, o nichž respondenti nejčastěji uváděli, že je užili nebo plánují užít na festivalu, kde vyplnili dotazník; ve všech třech případech byl dokonce podíl těchto osob vyšší než podíl osob, které drogu užily v uplynulých třiceti dnech. S většinou sledovaných látek měli častěji zkušenosti muži než ženy – výjimku tvořily celoživotní a dvanáctiměsíční zkušenosti s konopím.

2.3.3 Problémové užívání drog

Podle EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009) je problémové užívání drog definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu. Česká definice nezahrnuje užívání kokainu, neboť to je v ČR stále na velmi nízké úrovni. Ze skupiny amfetaminů je z obdobných důvodů odhadován pouze počet uživatelů pervitinu (metamfetaminu). Mezi opiáty typicky užívanými v ČR patří především heroin a Subutex® (sezonně se objevuje také užívání opia).

V Pardubickém kraji nebyly v roce 2010 opět zaznamenány zásadní změny ve vývoji drogové scény a cílové populace. Nejvíce užívanými nelegálními drogami je mezi uživateli nejčastější užívání kanabisových drog a taneční drogy. Z pohledu zneužívání drog

⁵ Běláčková, V. and Horáková, M. (2010). Celopopulační studie užívání návykových látek CS 2008 a sada otázek na zkušenosti s alkoholem, cigaretami a nelegálními drogami, dotazník Evropského výběrového šetření o zdraví (EHIS 2008).

⁶ Projekt realizuje občanské sdružení Chilli.org ve spolupráci s dalšími poskytovateli drogových služeb na hudebních festivalech v ČR. V rámci projektu byly mimo jiné hodnoceny informace o organizaci a zajištění bezpečnosti návštěvníků hudebních akcí, projekt vyhodnocuje Národní monitorovací středisko.

s vysokým rizikem zůstává drogová scéna v Pardubickém kraji převážně pervitinová, užívání opiátů, nejčastěji surového opia a substitučních látek typu Subutex a Suboxon udává kolem 10% klientů. Často se objevuje kombinované užívání pervitinu, alkoholu a marihuany. Častějšími klienty programů pro problémové uživatele drog jsou muži (70%), průměrný věk klientů se drží na hranici 26 – 27 let. 91% problémových uživatelů drog si aplikuje drogu injekčně. Pardubická drogová scéna je spíše uzavřená, přesunutá na byty.

Pro regionální drogové scény je typické víkendové užívání drog, pro centrum scény (Pardubice a okolí) je spíše typické excesivní (nadměrné, intenzivní) užívání. V určitých regionech se soustředí i malé skupina uživatelů opiátů, kde jsou zastoupeni hlavně sezónní uživatelé surového opia, ale v malé míře i uživatelé heroinu, metadonu a subutexu. Subutex v kraji není ve větší míře předepisován, klienti si jej obstarávají na černém trhu, a to hlavně v Praze. Časté je kombinované užívání všech typů drog, včetně léků a alkoholu.

V Pardubickém kraji je dlouhodobě odhadován počet cca 700 – 900 problémových uživatelů drog. Na drogové scéně nedošlo k žádné výraznější změně ani v počtu zkontaktované populace, takže z dostupných dat není důvod tento odhad měnit. Tento odhad se shoduje i s kvalifikovaným odhadem pracovníků služeb harm reduction, který činí 800 problémových uživatelů v Pk. Dle prevalenčních odhadů problémového užívání provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů uváděno Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti v Pardubickém kraji cca 500 problémových uživatelů, z toho 450 uživatelů pervitinu a 50 uživatelů opiátů.

V kraji poskytuje od roku 2007 služby uživatelům drog občanské sdružení Laxus (www.laxus.cz). Organizace provozuje 3 služby – kontaktní centrum v Pardubicích, terénní programy a ambulantní léčbu, jejíž součástí jsou programy ve vězení. Kontaktní centrum je nízkoprahové zařízení poskytující veškeré služby harm reduction, tedy služby, které pomáhají snižovat rizika s užíváním drog spojená. Regionální terénní program probíhá v regionu **Svitavsko** (5 obcí – Vysoké Mýto, Litomyšl, Svitavy, Polička, Moravská Třebová), **Orlicko-ústecko** (6 obcí - Česká Třebová, Lanškroun, Ústí nad Orlicí, Králíky, Letohrad), **Chrudimsko** (7 obcí Chrudim, Přelouč, Chvaletice, Třemošnice, Prachovice, Hlinsko, Skuteč) a **Pardubice**. Do regionů se v roce 2010 vyjíždělo denně, na území Svitavska a Orlicko-ústecka připadaly v plném provozu 2 výjezdy týdně, na území Chrudimska, vzhledem k většímu počtu měst, 3 výjezdy týdně.

Ambulantní centrum poskytuje léčbu uživatelů drog, kteří chtějí svoji závislost ukončit. Léčba je určena klientům na pervitinu, heroinu, marihuaně, alkoholu i patologickým hráčům. Zařízení rovněž poskytuje poradenství rodinným příslušníkům uživatelů drog. Ambulantní program funguje v Pardubicích a ve Svitavách. Kapacita zdravotnických ambulancí zaměřených na léčbu závislostí (na alkoholu i drogách) je v kraji nedostatečná, v kraji neexistuje žádné zařízení, které by poskytovalo systematicky substituční léčbu.

Tabulka č. 1 – Pacienti užívající návykové látky léčení v ambulantních zdravotnických zařízeních v roce 2010

Kraj	Počet pacientů					
	Alkohol	Na 10 000 obyvatel	Nealkoholové drogy	Na 10 000 obyvatel	Celkem	Na 10 000 obyvatel
Hl. m. Praha	4272	34,1	4 903	39,2	9175	73,3
Středočeský	1286	10,2	1199	9,5	2485	19,8
Jihočeský	594	9,3	332	5,2	926	14,5
Plzeňský	1078	18,8	1447	25,3	2525	44,1
Karlovarský	381	12,4	321	10,4	702	22,8
Ústecký	777	9,3	1087	13,0	1864	22,3
Liberecký	597	13,6	485	11,0	1082	24,6
Královehradecký	1098	19,8	766	13,8	1864	33,6
Pardubický	916	17,7	120	2,3	1036	20,0
Vysočina	1284	24,9	443	8,6	1717	33,5
Jihomoravský	2858	24,8	1223	10,6	4081	35,4
Olomoucký	2186	34,1	1595	24,9	3781	58,9
Zlínský	2237	37,9	190	3,2	2427	41,1
Moravskoslezský	4618	37,1	1905	15,3	6523	52,4
Celkem	24182	23,0	16016	15,2	40198	38,2

3. Východiska, přístupy a principy strategie protidrogové politiky Pardubického kraje

Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje na období 2012 – 2018 navazuje na obdobný krajský dokument, jehož platnost skončila v roce 2009, vychází z Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018 a postihuje zejména specifika Pardubického kraje a podle možností i jednotlivých regionů v kraji.

Strategie je klíčovým koncepčním dokumentem Pardubického kraje a zároveň vyjádřením záměrů a postupů při řešení problému užívání drog, definuje v komplexní a koncepční rovině základní východiska a směry řešení problému užívání drog a principy a přístupy, na kterých protidrogová politika staví; stanovuje cíle, kterých se snaží dosáhnout a priority při realizaci opatření na období 8 let. Součástí strategie je i soubor opatření směřujících k dosažení cílů, který je rozpracován ve dvou akčních plánech realizace krajské strategie včetně vymezení potřebných zdrojů pro jeho implementaci.

3.1 Základní východiska

Problém užívání drog

Užívání všech typů návykových látek (alkoholu, tabáku a nealkoholových drog) je komplexní a mnohvrstevný jev s celou řadou vzájemně se ovlivňujících potencionálních rizik pro jedince i pro společnost. Pardubický kraj bude při řešení problému užívání drog vycházet, stejně jako Česká republika, z programu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století, podle něhož představuje užívání drog problém ohrožení veřejného zdraví. Jde o jeho možné nepříznivé sociální, zdravotní, trestněprávní, bezpečnostní a ekonomické dopady, jež mohou nepříznivě ovlivňovat zdravý vývoj jednotlivců i společnosti v širším společenském kontextu.

Protidrogová politika

Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření včetně vymáhání práva, uskutečňovaných na krajské a místní úrovni. Jejich konečným cílem je snížit užívání všech typů drog a/nebo potencionální rizika a škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku jejich užívání nastat.

Protidrogová politika vychází tedy ze dvou základních konceptů, které nestojí v protikladu, ale vzájemně se doplňují:

Ochrana veřejného zdraví

Koncept ochrany veřejného zdraví, definovaný Světovou zdravotnickou organizací, staví na komplexu preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních opatření, včetně opatření směřujících k vymáhání práva (zaměřené na omezení dostupnosti a distribuce drog a dodržování zákonů), a dalších, jež mají za cíl zlepšovat zdravotní, sociální, ekonomické, bezpečnostní a trestněprávní souvislosti, které ovlivňují zdravý vývoj jednotlivce i společnosti. Ochrana a podpora veřejného zdraví je také předmětem zájmu Evropské unie a je ukotvena v Lisabonské Smlouvě.

Ochrana bezpečnosti jednotlivců a společnosti

Výroba, distribuce a neautorizované nakládání s ilegálními drogami jsou nezákonné jevy, se kterými je spojen výskyt kriminálního chování. Ohrožení bezpečnosti jednotlivců i společnosti představuje především organizovaná forma této a dalších trestných činností souvisejících s

výrobou a distribucí drog. Rizikem je rovněž zacházení s legálními drogami mimo rámec vymezený zákony. Řešení uvedených problémů vyžaduje koordinované úsilí všech složek protidrogové politiky tak, aby bezpečnost jednotlivců i společnosti byla zajištěna v maximální dosažitelné míře.

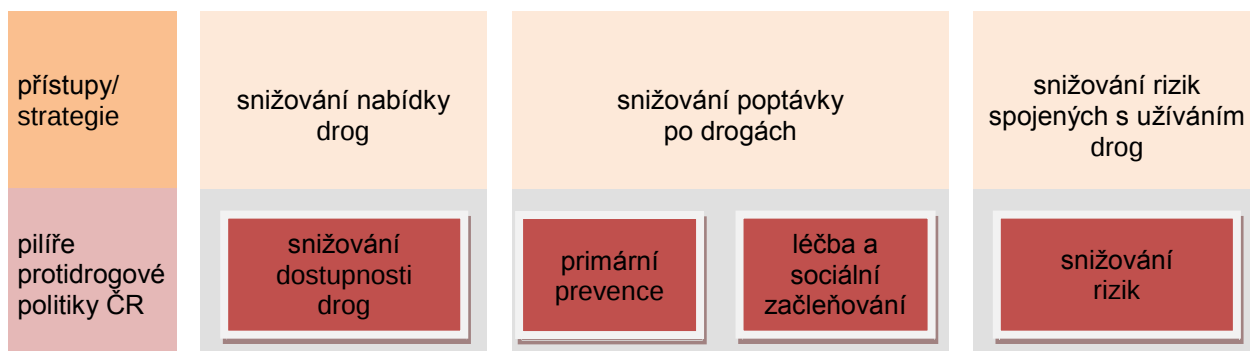
3.2 Základní přístup k řešení problému užívání drog

Za účinnou strategii směřující k řešení problémů spojených s užíváním drog je v kraji uznáván komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Tedy přístup, který vychází ze široké celospolečenské, meziresortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních a je postavený na komplexním, výzkumem podloženém a vyváženém uplatňování tří základních strategií/přístupů moderní protidrogové politiky, které jsou vzájemně nezastupitelné a doplňují se. Těmito přístupy jsou:

- snižování nabídky drog (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné výroby a distribuce nelegálních drog),
- snižování poptávky po drogách (primární prevence, léčba a sociální začleňování uživatelů),
- snižování rizik spojených s jejich užíváním (minimalizace škod).

Protidrogovou politiku Pardubického kraje proto budou i nadále tvořit čtyři základní pilíře:

- primární prevence,
- léčba a resocializace,
- snižování rizik,
- snižování dostupnosti drog.



Takový přístup umožňuje ovlivnit problém užívání návykových látek, počínaje odrazováním od experimentování s nimi až po omezování negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních důsledků jejich užívání.

3.3 Principy protidrogové politiky kraje

Krajská protidrogová politika se i v období let 2012-2018 bude zakládat na následujících principech:

- **Komplexní řešení problematiky nelegálních i legálních drog**

Užívání legálních i nelegálních drog má na společnost závažné dopady a zároveň existují prokázané souvislosti mezi užíváním alkoholu, tabáku a nelegálními drogami. Krajská strategie 2012 - 2018 se na koncepční strategické úrovni zabývá definicí a formulací vzájemného propojení a koordinace řešení problémů souvisejících s užíváním legálních i nelegálních drog.

- **Dlouhodobé a komplexní plánování**

Řešení drogového problému vyžaduje dlouhodobý komplexní a strukturovaný přístup, v němž mají jednotlivé složky protidrogové politiky nezastupitelnou a rovnocennou roli. Změny v dosavadním nepříznivém vývoji tak komplexního jevu nelze dosáhnout dílčími ani izolovanými opatřeními v jedné z oblastí protidrogového působení, ale dlouhodobým a komplexním úsilím a strategiemi.

- **Realistické rozhodování - uplatňování ověřených dat a hodnocení efektivity**

Realistická protidrogová politika, a aktivity v ní realizované, je založena na analýze současné situace, identifikovaných problémech, potřebách a prioritách, tedy na vědecky ověřených faktech a datech, nikoli na předpokladech a domněnkách.

V rámci realistické protidrogové politiky jsou opatření důsledně monitorována, je vyhodnocována jejich účinnost a případně jsou modifikovány realizované aktivity. Krajská strategie 2012 - 2018 je strukturována tak, aby se usnadnilo hodnocení její realizace a efektivity, její cíle jsou realistické (tj. dosažitelné) a měřitelné (tj. hodnotitelné).

- **Racionální financování a garance kvality služeb**

Akční plány realizace krajské strategie 2012 - 2018 nově obsahují podklady pro návaznost na rozpočet a vyčíslení finančních zdrojů. Tento prvek bude nástrojem pro rozhodování o racionálním financování opatření protidrogové politiky již ve fázi jejich plánování. Zároveň usnadňují pochopení, že účinná opatření protidrogové politiky není možno uskutečnit bez adekvátního zabezpečení finančních zdrojů k její realizaci.

- **Partnerství a společný postup**

Krajská strategie 2012 - 2018 podporuje partnerství a širokou spolupráci všech článků veřejné správy a občanské společnosti. Společný koordinovaný postup na místní/komunální a krajské úrovni zvyšuje pravděpodobnost účinnosti působení a úspěchu při dosahování stanovených cílů. Hlavním koordinačním nástrojem je Komise Rady Pardubického kraje pro koordinaci protidrogové politiky, kde jsou zastoupeny všechny subjekty řešící protidrogovou politiku v kraji.

4. Cíle protidrogové politiky Pardubického kraje

4.1 Obecné cíle Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje

- Snížit míru experimentálního užívání a příležitostného užívání drog zejména u mladých lidí.
- Snížit potencionální rizika spojená s užíváním drog pro jedince a společnost.
- Snížit míru problémového a intenzivního užívání drog.
- Zvýšit informovanost o užívání návykových látek a zlepšit koordinaci subjektů realizujících aktivity protidrogové politiky.
- Snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi.

4.2 Specifické cíle Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje

4.2.1 **Primární prevence** - prostřednictvím efektivního systému prevence, fungujícího na základě komplexního působení všech na sebe vzájemně navazujících subjektů, minimalizovat vznik a snížit míru rizikového chování u dětí a mládeže v Pardubickém kraji.

4.2.2 **Minimalizace škod** - souborem specifických přístupů snižovat potencionální rizika všech typů návykových látek a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost.

4.2.3 **Léčba a resocializace** - zajistit spektrum dostupných, odborných, kvalitních, stabilních a komplexních služeb vycházející z dlouhodobých analýz, které má odpovídající finanční zajištění a jehož místní, časová a finanční dostupnost přispívá ke snížení míry užívání nelegálních i legálních látek a výskytu gamblingu.

4.2.4 **Vzdělávání, koordinace, finance** - zajistit součinnost všech složek vstupujících do problematiky tabáku, alkoholu a drog.

4.2.5 **Represe** - efektivnějším využíváním dostupných legislativních nástrojů snížit dostupnost drog.

5. SWOT analýzy protidrogové politiky Pardubického kraje

Hlavní metodou tvorby Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje byla SWOT analýza, která byla založena na stanovení silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb krajské protidrogové politiky.

5.1 Primární prevence

5.1.1 SWOT analýza v oblasti primární prevence

Silné stránky	Slabé stránky
✗ Krajské centrum primární prevence ✗ Metodická podpora kraje ✗ Síť metodiků prevence na školách ✗ Zavedený systém vzdělávání školních metodiků prevence ✗ Grantové programy MŠMT ✗ Možnost využít kvalitních certifikovaných programů primární prevence ✗ Zapojení různých složek do prevence v kraji (PPP, SVP, školy, Policie ČR, městské policie, města, kraj, zdravotnická zařízení ...)	✗ Nulová finanční podpora v oblasti primární prevence z rozpočtů obcí i kraje ✗ Nedostatečná spolupráce v oblasti primární prevence mezi obcemi, školou a PPP ✗ Vysoká vytiženost školních metodiků prevence ✗ Nízké využití grantových programů MŠMT ze strany škol z důvodu příliš náročné administrativy ✗ Nedostatek kvalitních specifických aktivit primární prevence ✗ Nedostatek odborníků a poskytovatelů primární prevence v kraji ✗ Nesystémové vzdělávání v oblasti prevence pro pedagogické i nepedagogické pracovníky ✗ Do prevence drogových závislostí není dostatečně zapojena problematika zneužívání legálních návykových látek ✗ Nízké praktické využití zákona 379/2005 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. ✗ Nepřehlednost v nabídce primární prevence
Příležitosti	Hrozby
✗ Zlepšení spolupráce subjektů v oblasti primární prevence – obec – škola – PPP – NNO – zdravotnická zařízení ✗ Financování z fondů EU ✗ Plnění úkolů Akčního plánu Národní strategie PP 2010 – 2018 ✗ Zvětšení objemu finančních prostředků na programy specifické prevence z rozpočtu kraje ✗ Zlepšení koordinace všech aktivit primární prevence na krajské úrovni ✗ Navázání spolupráce s pedagogickými fakultami ✗ Změna postoje veřejnosti v oblasti protidrogové politiky, zlepšení informovanosti a PR ✗ Osvěta místních samospráv ✗ Zmapování všech subjektů na úrovni obcí Pardubického kraje, které realizují primární prevenci ✗ Zmapování metodických programů ✗ Zpřehlednění nabídky preventivních programů i jejich poskytovatelů odborné i laické veřejnost	✗ Zánik Krajského centra primární prevence z důvodu skončení podpory z fondů EU ✗ Setrvání stávajícího stavu realizace prevence na školách (přetíženost metodiků prevence, nízké finanční ohodnocení atd.) ✗ Odliv kvalitních pracovních sil ✗ Zapojování neodborníků do primární prevence ✗ Nedostatek finančních prostředků ✗ Nesystematičnost financování programů primární prevence ✗ Nedostatek finančních prostředků na financování programů primární prevence z rozpočtu kraje ✗ Negativní postoj veřejnosti k řešení protidrogové politiky ✗ Vysoká společenská tolerance k legálním drogám ✗ Nezáměr o dlouhodobé programy primární protidrogové prevence na školách

Ze SWOT analýzy primární prevence vyplývají tyto zásadní problémy:

- ✗ Dlouhodobě nízká finanční podpora primárně preventivních aktivit škol
- ✗ Vysoká společenská tolerance k legálním drogám a nedostatečné zaměření primární prevence na problematiku užívání legálních látek

Rizika neřešení zásadních problémů:

- ✗ Rezignace škol na realizaci dlouhodobých, efektivních a kvalitních programů primární prevence, vyhoření pedagogických pracovníků. Primární prevence bude na školách realizována formálně.
- ✗ Zvýšení tolerance dětí a mládeže k užívání legálních i nelegálních látek. Zvýšení procenta dětí pravidelně užívajících tabák, alkohol a návykové látky.

5.1.2 Cíle v oblasti primární prevence

- Provést analýzu poskytovatelů primární a sekundární prevence v kraji.
- Udržet aktivity Krajského centra primární prevence minimálně v dosavadním rozsahu.
- Podporovat realizaci kvalitních, dlouhodobých a osvědčených programů specifické primární prevence realizovaných přímo na školách (peer programy, GO programy, interaktivní programy apod.).
- Podporovat odborné vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence drogových závislostí.
- Začleňovat do metodiky programů primární prevence drogových závislostí prevenci zneužívání tabákových výrobků, alkoholu a nových syntetických drog.
- Vyhodnocovat realizované a podpořené programy specifické prevence na základě vytvořených nástrojů hodnocení kvality a efektivity.
- Podporovat preventivní programy pro rodiče a širší veřejnost s cílem informovat je o drogové problematice.
- Zlepšit spolupráci a zefektivnit tok informací mezi jednotlivými subjekty působícími v oblasti primární prevence.
- Prosadit jednotnou spolupráci s obcemi v oblasti financování.

5.1.3 Cílové skupiny primární prevence

- Děti v mateřských školách, žáci základních škol, studenti středních škol a učilišť.
- Metodici prevence na školách, výchovní poradci škol, ředitelé škol, ostatní pedagogové.
- Rodiče žáků všech typů škol, široká laická veřejnost.

5.2 Minimalizace škod (Harm reduction)

5.2.1 SWOT analýza v oblasti minimalizace škod

Silné stránky	Slabé stránky
✗ Programy minimalizace škod jsou standardní součástí protidrogové politiky Pardubického kraje a jsou podporovány Pardubickým krajem ✗ Poskytovatelé služeb působící v oblasti minimalizace škod jsou v kraji vysoké odborné úrovni ✗ Nabídka služeb v oblasti minimalizace škod je v souladu s poptávkou ✗ Návaznost služeb minimalizace škod na síť léčebné péče ✗ Terénní programy v kraji jsou řízeny z jednoho centra, mají jednotnou metodiku a jednotné formy práce s klienty ✗ Dostatek informací o drogové scéně v Pardubickém kraji ✗ Podpora programů minimalizace škod z rozpočtu některých obcí ✗ Služby mají certifikát kvality drogových služeb	✗ Nízká podpora programů minimalizace škod z rozpočtu některých obcí ✗ Nezájem některých obcí o problematiku užívání drog ✗ Nízká dostupnost testování Hep a HIV pro rizikovou populaci problémových uživatelů drog ✗ Nedostatek finančních prostředků na pokrytí služeb minimalizace škod ve všech potřebných částech kraje ✗ Nízká informovanost veřejnosti o filosofii a metodách práce služeb minimalizace škod ✗ Nedostatek informací o drogové scéně na úrovni obcí ✗ Negativní postoj veřejnosti k programům minimalizace škod
Příležitosti	Hrozby
✗ Vyšší finanční podpora obcí kraje ✗ Podpora programů HR ze strany veřejnosti ✗ Zapojování dobrovolníků a příslušníků cílové populace do práce v oblasti služeb minimalizace škod ✗ Rozvoj pomoci specifickým skupinám cílové populace moderními formami sociální práce (romská populace, uživatelé tanečních drog, vězňové, specifické služby pro ženy) ✗ Existence jednotného systému sběru dat umožňující přesnější monitorování a plánování ✗ Zavedení profese adiktologa	✗ Snížení objemu finančních prostředků na služby minimalizace škod ✗ Zánik a omezení stávajících služeb ✗ Nezájem obcí o programy minimalizace škod ✗ Nízký status služeb minimalizace škod v očích odborné i laické veřejnosti ✗ Nestabilita služeb minimalizace škod ✗ Nekontrolované šíření infekčních onemocnění v izolovaných skupinách a sociálně vyloučených lokalitách (Romové, chovanci zařízení pro výkon ochranné výchovy, imigranti atd.)

Ze SWOT analýzy minimalizace škod vyplývají tyto zásadní problémy:

- ✗ Dlouhodobý trend poklesu finančních prostředků na zajištění služeb minimalizace škod v kraji
- ✗ Postupné omezování rozsahu služeb minimalizace škod na teritoriální i časové úrovni.

Rizika neřešení zásadních problémů:

- ✗ Omezení nebo zánik služeb minimalizace škod v kraji (kontaktní centrum, terénní programy), snížení dostupnosti těchto služeb pro uživatele drog, čímž se zvýší procento uživatelů nakažených infekčními chorobami s dopadem šíření těchto chorob do celé společnosti.
- ✗ Uživatelé drog nebudou mít možnost být v kontaktu s žádnou službou, takže nebudou motivováni k bezpečnému braní a ke změně jejich životního stylu.

5.2.2 Cíle v oblasti minimalizace škod

- Podporovat legální, osvědčené, kvalitní a dlouhodobé programy minimalizace škod (strategie snižování škod).
- Analýza drogové scény a sítě služeb v regionu, nastavení optimální a minimální sítě a vydefinování finančního zajištění této sítě.
- Podporovat odborné vzdělávání pracovníků obcí v oblasti minimalizace škod, zvyšovat povědomí o minimalizaci škod službách u veřejnosti.
- Podporovat vzdělávání odborných pracovníků zabývajících se terénními programy a programy minimalizace škod v kraji.
- Mapovat drogovou scénu a vyhodnocovat tendence ke změnám v drogové scéně.
- Nastavit jednotné spolufinancování z rozpočtu obcí, kde je realizován terénní program.
- Zajistit testování injekčních uživatelů drog na hepatitidy B, C a na HIV/AIDS.

5.2.3 Cílové skupiny minimalizace škod

- Skrytá populace uživatelů drog, s minimální motivací službu vyhledat a řešit problémy, problémoví uživatelé drog.
- Blízké sociální okolí problémových uživatelů (rodiče, partneři, vrstevníci).
- Skupiny ohrožené dotykem s drogovou scénou (především mladí lidé do 20 let, příslušníci specifických subkultur, účastníci taneční scény, sociálně znevýhodněné skupiny, utečenci, běženci, národnostní menšiny žijící v Pk apod.).

5.3 Léčba a resocializace

5.3.1 SWOT analýza v oblasti léčby a resocializace

Silné stránky	Slabé stránky
✗ Programy léčby a resocializace jsou součástí protidrogové politiky kraje a jsou Pk podporovány ✗ Existence NNO působících v oblasti ambulantní péče (Ambulance o. s. Laxus Pardubice, Svitavy) ✗ V kraji existují ambulantní AT poradny zabývající se léčbou závislostí ✗ Postupně zvyšující se akceptace léčby a resocializace ve společnosti ✗ Služby mají certifikát kvality drogových služeb ✗ Zajištěná návaznost ambulantních programů na programy v jiných krajích (detoxifikace, krátkodobá a střednědobá léčba, léčba v terapeutických komunitách, ...)	✗ Neexistence sítě zařízení pro léčbu závislostí ✗ Nedostatečná kapacita AT ambulancí v kraji ✗ Nedostatek odborníků na léčbu a resocializaci v kraji ✗ Nezáměr léčebných zařízení o UD a alkoholiky ✗ Neexistence zařízení specializovaného na léčbu dětí a mladistvých v kraji ✗ Neexistence substituční léčby, detoxifikace a krátkodobé pobytové léčby v kraji ✗ Špatná dostupnost ze vzdálenějších míst kraje do ambulantní péče ✗ Nedostatečný objem finančních prostředků na programy léčby v kraji
Příležitosti	Hrozby
✗ Rozvoj služeb pro uživatele drog ✗ Financování programů léčby z prostředků VZP ✗ Změna postoje vedení léčebných zařízení kraje ✗ Vznik ambulantního doléčovacího programu pro uživatele drog v kraji ✗ Podpora vzdělávání nových pracovníků specializujících se na problematiku léčby závislostí ✗ Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti drogové problematiky (praktičtí lékaři, aj.)	✗ Stagnace nebo dokonce snižování objemu finančních prostředků na programy léčby a resocializace v kraji ✗ Nízký zájem odborníků (lékařů, psychologů, pedagogů) o problematiku závislostí ✗ Nedostatečná kapacita léčebných zařízení ✗ Vysoká fluktuace pracovníků v drogových službách a malá atraktivita profese, syndrom vyhoření u těchto pracovníků ✗ Zánik jakékoliv stávající služby

Ze SWOT analýzy léčby a resocializace vyplývají tyto zásadní problémy:

- ✗ Nedostatečná kapacita léčebných a terapeutických programů pro uživatele drog, alkoholu a tabáku
- ✗ Neexistence substituční léčby pro uživatele opiátů (doposud je služba saturována AT ordinací v Hradci Králové).

Rizika neřešení zásadních problémů:

- ✗ Uživatelé drog, alkoholu a tabáku nebudou mít možnost v případě potřeby se ambulantně bezodkladně léčit.
- ✗ V případě, že nevznikne odborná substituční léčba, závislí uživatelé budou dále pokračovat v užívání ilegálních drog, což sníží jejich motivaci k léčbě a prohloubí závislost se všemi negativními důsledky pro jejich osobu i společnost.

3.2 Cíle v oblasti léčby a resocializace

- Podporovat kvalitní programy léčby a resocializace, které fungují v Pk.
- Provést analýzu situace a potřeb ambulantních a léčebných služeb v kraji a navrhnout optimální a minimální síť služeb.
- Udržet, popř. rozšířit stávající dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a sociálních služeb pro uživatele drog a jejich blízké v rámci Pk.
- Podpora vzniku resocializačních a doléčovacích služeb.
- Podpora vzniku substituční léčby.
- Podporovat vzdělávání odborných pracovníků, kteří se zabývají léčbou drogových závislostí a resocializací.

- Spolupracovat s probační a mediační službou na území Pk, podporovat jejich činnost v oblasti resocializace klientů s drogovou minulostí.
- Nastavení jednotné spolupráce s obcemi v oblasti financování.

5.3.3 Cílové skupiny léčby a resocializace

- Experimentátoři, konzumenti, víkendoví uživatelé, problémoví uživatelé a závislí na alkoholu a nealkoholových drogách.
- Rodiče, příbuzní a partneři člověka, který má problémy s užíváním návykové látky.
- Klienti vracející se z léčby závislosti na alkoholu a drogových závislostí.
- Klienti, kterým byla nařízena ochranná protialkoholní nebo protitoxikomanická léčba.

5.4 Vzdělávání, koordinace a finance

5.4.1 SWOT analýza v oblasti vzdělávání, koordinace a finance

Silné stránky	Slabé stránky
✗ Pravidelné metodické semináře pracovníků obcí ✗ Finanční prostředky na koordinaci protidrogové politiky z rozpočtu kraje ✗ Již fungující programy vzdělávání v kraji ✗ Podpora vzdělávání odborníků z rozpočtu Pk ✗ Na krajské úrovni vzájemně dobrá spolupráce s obcemi ✗ Spolupráce kraj a poskytovatel klíčových služeb (o.s. Laxus) ✗ Finanční prostředky na koordinaci z rozpočtu kraje ✗ Existence Komise RPK pro koordinaci protidrogové politiky	✗ Absence víceletého financování služeb ✗ Nedostatečné financování ✗ Nedostatečná vzdělanost odborníků v oblasti protidrogové politiky (lékařů, policistů, složky IZS, preventistů, pedagogů, pracovníků obcí....) ✗ Nedostatečná legislativa v oblasti koordinace ✗ Vysoká cena kvalitních vzdělávacích programů ✗ Vysoká pracovní vytíženost pracovníků v oblasti drogové problematiky ✗ Nízký zájem o vzdělávání a spolupráci
Příležitosti	Hrozby
✗ Vytvoření jednotného systému koordinace a financování programů na místní úrovni ✗ Víceleté financování ✗ Změna koncepce ministerstva zdravotnictví ohledně financování adiktologických výkonů ✗ Vzdělávání jednotlivých skupin odborníků ✗ Sjednocení všech typů prevence (protidrogová, prevence kriminality, atd.) na úrovni kraje ✗ Nové metody vzdělávání	✗ Nedostatek finančních prostředků na koordinaci a vzdělávání ✗ Nezájem o spolupráci v oblasti protidrogové politiky mezi krajem a obcemi ✗ Nízká motivace a nezájem se vzdělávat u odborníků pracujících v drogových službách ✗ Syndrom vyhoření pracovníků ✗ Komercializace vzdělávání ✗ Nedostatek finančních prostředků na vzdělávací programy

Ze SWOT analýzy vzdělávání, koordinace a finance vyplývají tyto zásadní problémy:

- ✗ Nedostatek finančních prostředků na vzdělávání
- ✗ Nejednotný systém spolufinancování služeb obcemi

Rizika neřešení zásadních problémů:

- ✗ Zánik příp. omezení vzdělávacích programů pro různé skupiny odborníků v kraji.
- ✗ Obce se nebudou podílet na financování služeb pro uživatele drog, přičemž při současném trendu snižování dotací ze státních i krajských zdrojů bude pravděpodobně docházet k omezení základních drogových služeb

5.4.2 Cíle v oblasti vzdělávání, koordinace a finance

- Realizovat vzdělávací programy pro různé skupiny odborníků přicházejících ve své praxi do kontaktu s drogovým problémem.
- Zavedení funkčního systému komunikace a koordinace mezi obcemi, nestátními neziskovými organizacemi a dalšími organizacemi působícími v oblasti protidrogové politiky.
- Vytvoření systému jednotného spolufinancování služeb obcemi.
- Vytvoření systému víceletého financování služeb z rozpočtu kraje.
- Zavést vzdělávání zdravotnických pracovníků, např. dětských a praktických lékařů, v zájmu upozornit na rizika s ohledem na nové trendy a poznatky.

5.4.3 Cílové skupiny v oblasti vzdělávání a koordinace

- všichni pracovníci Pardubického kraje, kteří přicházejí nebo mohou přijít s problematikou drogových závislostí do styku: pracovníci o. s. Laxus, pedagogicko-psychologických poraden, městských a obecních úřadů Pardubického kraje, středisek výchovné péče, Věznice Pardubice, AT poraden, psychiatrických ambulancí, nemocnic, ambulantní ošetřující lékaři, ředitelé škol, metodici prevence na školách a ostatní pedagogové, učitelé mateřských škol, vychovatelé domovů mládeže, výchovní poradci atd.

6. Akční plán

Akční plány realizace Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje na období 2012 až 2018 (akční plány) detailněji rozpracovávají plánované postupy pro naplňování cílů strategie a definují opatření v podpůrných technicko-organizačních oblastech. Po dobu platnosti strategie budou zpracovány dva akční plány na období let 2012 – 2014 a 2015 – 2018.

Akční plány jsou součástí Strategie protidrogové politiky Pardubického kraje 2012 – 2018 a zároveň plní funkce:

- implementačního nástroje strategie v dané oblasti – určují konkrétní aktivity a výstupy, rozdělení odpovědnosti, termíny plnění a odhadované zdroje pro realizaci aktivit,
- kontrolního nástroje realizace strategie – definují ukazatele dosažení stanovených cílů, ukazatele uskutečnění plánované aktivity, definují potřebné zdroje informací pro jednotlivé ukazatele,
- usměrňujícího dokumentu pro realizaci protidrogové politiky různými subjekty působícími v dané oblasti – definují priority protidrogové politiky na období pokryté v příslušném akčním plánu.

6.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE

PROSTŘEDNICTVÍM EFEKTIVNÍHO SYSTÉMU PREVENCE, FUNGUJÍCÍHO NA ZÁKLADĚ KOMPLEXNÍHO PŮSOBNÍ VŠECH NA SEBE VZÁJEMNĚ NAVAZUJÍCÍCH SUBJEKTŮ, MINIMALIZOVAT VZNIK A SNÍŽIT MÍRU RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ U DĚTÍ A MLÁDEŽE V PARDUBICKÉM KRAJI

Specifický cíl 1	Efektivní primární prevence užívání návykových látek v kraji, zajištěná systémem preventivních aktivit na všech úrovních, který respektuje kompetence jednotlivých subjektů a jejich zaměření na různé cílové skupiny.
Indikátory	Analýza poskytovatelů primární prevence v Pardubickém kraji Počet programů primární prevence Počet vzdělávacích seminářů pro pedagogické pracovníky Počet podpořených primárně preventivních projektů škol/ŠZ Počet realizovaných programů Centra primární prevence Počet škol, kde jsou realizovány dlouhodobé programy primární prevence Počet škol využívající metodické programy primární prevence

Aktivita 1	Analýza poskytovatelů primární (všeobecné, selektivní a indikované) prevence v kraji
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, krajský školský koordinátor prevence
Výstupy	zpráva, rejstřík poskytovatelů a programů primární prevence realizovaných v kraji
Termín	30. 6. 2012
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	50 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 2	Udržet aktivity Krajského centra primární prevence minimálně v dosavadním rozsahu
Gestor	vedoucí OŠKT KrÚ Pk
Výstupy	počet realizovaných programů Centra primární prevence, výroční zpráva o činnosti centra
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	2 000 000,- Kč/rok
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 3	Podporovat realizaci kvalitních, dlouhodobých a osvědčených programů specifické primární prevence realizovaných přímo na školách (peer programy, GO programy, interaktivní programy apod.)
Gestor	vedoucí OŠKT KrÚ Pk
Výstupy	počet podpořených programů specifické primární prevence, závěrečné zprávy o realizaci podpořených programů primární prevence
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.

Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	500 000,- Kč/rok
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0
Návrh OŠKT na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 4	Podpora a realizace odborného vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence drogových závislostí.
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, krajský školský koordinátor prevence
Výstupy	počet realizovaných vzdělávacích programů
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	100 000,- Kč/rok
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	30 000,- Kč

Aktivita 5	Začlenit do metodiky programů primární prevence drogových závislostí prevenci zneužívání tabákových výrobků a alkoholu
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, krajský školský koordinátor prevence, krajská hygienická stanice, krajské centrum primární prevence
Výstupy	implementace metodiky prevence zneužívání tabákových výrobků a alkoholu
Termín	31. 12. 2014
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	0
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 6	Vyhodnocovat realizované a podpořené programy specifické prevence na základě vytvořených nástrojů hodnocení kvality a efektivity
Gestor	krajský školský koordinátor prevence, protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	závěrečné zprávy o realizovaných programech, minimální preventivní programy škol/ŠZ
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	0
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0
Návrh OŠKT na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 7	Podporovat a realizovat preventivní programy pro rodiče a širší veřejnost s cílem informovat je o drogové problematice
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, krajský školský koordinátor prevence, krajské centrum primární prevence
Výstupy	počet informačních akcí pro rodiče a širší veřejnost
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	0
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Specifický cíl 2	Zlepšit spolupráci a zefektivnit tok informací mezi jednotlivými subjekty působícími v oblasti primární prevence v kraji
Indikátory	Počet setkání pracovní skupiny primární prevence Spolupráce klíčových subjektů Jednotnost realizace primární prevence v kraji

Aktivita 1	Pravidelná setkání pracovní skupiny primární prevence vedoucího odboru školství, kultury a tělovýchovy
Gestor	krajský školský koordinátor prevence
Výstupy	setkávání pracovní skupiny, zápisy z jednání pracovních skupin, zlepšení komunikace a spolupráce v oblasti primární prevence
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0
Návrh OŠKT na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 2	Metodické vedení okresních metodiků prevence a okresních pracovních týmů.
Gestor	krajský školský koordinátor prevence, protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	počet porad okresních metodiků prevence
Termín	dlouhodobě
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	0
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0
Návrh OŠKT na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 3	Pravidelná aktualizace webových stránek k prevenci sociálně-patologických jevů (Portál Pk, www.vychovakezdravi.cz)
Gestor	krajský školský koordinátor prevence, krajská hygienická stanice
Výstupy	dostupné a přehledné informace o programech primární prevence v kraji
Termín	vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	20 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0
Návrh OŠKT na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 4	Setkání realizátorů primární prevence působících v kraji
Gestor	krajský školský koordinátor prevence, protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	počet setkání, počet účastníků, zápis z jednání
Termín	31. 6. 2012
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	1 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0
Návrh OŠKT na rozpočtové krytí 2012	0

6.2. Minimalizace škod (Harm reduction)

Specifický cíl	Souborem specifických přístupů snižovat potencionální rizika všech typů návykových látek a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost.
Indikátory	Počet klientů služeb minimalizace škod Počet nových kontaktů z problémových lokalit kraje Počet měst a obcí v kraji, kde jsou nabízeny služby minimalizace škod Výše finančních prostředků na minimalizace škod programy

Aktivita 1	Podporovat legální, osvědčené a kvalitní a dlouhodobé programy minimalizace škod (strategie snižování škod).
Gestor	protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	výroční zpráva o grantovém řízení kraje, počet podpořených programů
Termín	vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	1 200 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	710 000,- Kč

Aktivita 2	Analýza drogové scény a sítě služeb v regionu, nastavení optimální a minimální sítě
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, o. s. Laxus
Výstupy	analýza, definice optimální a minimální sítě
Termín	31. 12. 2012
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	50 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	30 000,- Kč

Aktivita 3	Podporovat odborné vzdělávání pracovníků obcí v oblasti minimalizace škod, zvyšovat povědomí o minimalizace škod službách u veřejnosti.
Gestor	protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	počet vzdělávacích akcí
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	50 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	20 000,- Kč

Aktivita 4	Podporovat vzdělávání odborných pracovníků zabývajících se terénními programy a programy minimalizace škod v kraji
Gestor	poskytovatelé služeb minimalizace škod v kraji
Výstupy	počet vzdělávacích akcí
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	30 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 5	Mapovat drogovou scénu vyhodnocovat tendence ke změnám v drogové scéně
Gestor	poskytovatelé služeb minimalizace škod
Výstupy	trendy ve vývoji klientů protidrogových služeb, počet klientů drogových služeb
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 6	Zajistit testování injekčních uživatelů drog na hepatitidy B, C a na HIV/AIDS.
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, poskytovatelé služeb minimalizace škod
Výstupy	počet testovaných uživatelů drog
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 7	Nastavit jednotné spolufinancování z rozpočtu obcí, kde je realizován terénní program
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, člen Rady Pk zodpovědný za sociální péči
Výstupy	příspěvek obcí na zajištění terénních programů
Termín	31. 12. 2012
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

6.3 Léčba a resocializace

Specifický cíl	Zajistit spektrum dostupných, odborných, kvalitních a komplexních služeb vycházející z dlouhodobých analýz, které má odpovídající finanční zajištění a jehož místní, časová a finanční dostupnost přispívá ke snížení míry užívání nelegálních i legálních látek a výskytu gamblingu.
Indikátory	Počet klientů v léčbě, doléčovacích a resocializačních programech Počet léčebných, doléčovacích a resocializačních programů v kraji Výše finančních prostředků na programy léčby, doléčování a resocializace

Aktivita 1	Podporovat kvalitní programy léčby a resocializace v kraji, které fungují v Pardubickém kraji
Gestor	protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	výroční zpráva o grantovém řízení kraje, počet podpořených programů
Termín	vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	500 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	250 000,- Kč

Aktivita 2	Provést analýzu situace a potřeb ambulantních a léčebných služeb v kraji a navrhnout optimální a minimální síť služeb
Gestor	protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	analýza, definice optimální a minimální sítě
Termín	31. 12. 2012
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 3	Udržet, popř. rozšířit stávající dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a sociálních služeb pro uživatele drog a jejich blízké v rámci Pardubického kraje
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, člen Rady Pk zodpovědný za sociální péči
Výstupy	počet programů léčby a resocializace v kraji
Termín	dlouhodobě
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 4	Podpora vzniku resocializačních a doléčovacích služeb
Gestor	protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	vznik nové služby, počet klientů
Termín	31. 12. 2014
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	400 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 5	Podpora vzniku substituční léčby
Gestor	protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	analýza potřeby, vznik nové služby, počet klientů
Termín	30. 6. 2012 – analýza potřeby 31. 12. 2014 - vznik nové služby
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	veřejné zdravotní pojištění
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 6	Podpora vzdělávání odborných pracovníků, kteří se zabývají léčbou drogových závislostí a resocializací
Gestor	protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	počet vzdělávacích akcí
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	30 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 7	Spolupracovat s probační a mediační službou na území Pk, podporovat jejich činnost v oblasti resocializace klientů s drogovou minulostí
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, PMS v kraji
Výstupy	počet klientů PMS, počet podpořených programů
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 8	Nastavit jednotné spolufinancování z rozpočtu obcí, kde jsou realizovány programy léčby, doléčování a resocializace
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, člen Rady Pk zodpovědný za sociální péči
Výstupy	příspěvek obcí na zajištění programů léčby, resocializace a doléčování
Termín	31. 12. 2012
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

6.4 Vzdělávání, koordinace a finance

Specifický cíl 1	Zajistit vzdělání a součinnost všech složek vstupujících do problematiky tabáku, alkoholu a drog
Indikátory	Počet setkání Komise RPK pro koordinaci protidrogové politiky Počet vzdělávacích akcí pro dotčené skupiny odborníků Počet informativních akcí pro odbornou i laickou veřejnost

Aktivita 1	Pravidelná setkání Komise Rady Pk pro koordinaci protidrogové politiky
Gestor	protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	počet setkání
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení k 31.12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 2	Realizovat vzdělávací programy pro různé skupiny odborníků přicházejících ve své praxi do kontaktu s drogovým problémem
Gestor	protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	počet vzdělávacích programů
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení k 31.12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	50 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	35 000,- Kč

Aktivita 3	Zavedení funkčního systému komunikace a koordinace mezi obcemi, nestátními neziskovými organizacemi a dalšími organizacemi působícími v oblasti protidrogové politiky
Gestor	protidrogový koordinátor Pk
Výstupy	počet setkání dotčených pracovníků, hodnocení spolupráce
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení k 31.12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	30 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	5 000,- Kč

Aktivita 4	Zajistit kvalitnější informovanost odborné i laické veřejnosti o problematice drogových závislostí a o existenci daných programů (poradenství, distribuce materiálů, informace o pomoci, medializace, kampaně atd.).
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, krajská hygienická stanice, NNO
Výstupy	počet realizovaných osvětových akcí, počet poradenství a předaných informací
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	20 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	10 000,- Kč

Aktivita 5	Zavést vzdělávání zdravotnických pracovníků, např. dětských a praktických lékařů, v zájmu upozornit na rizika s ohledem na nové trendy a poznatky
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, krajská hygienická stanice
Výstupy	počet vzdělávacích akcí, počet účastníků
Termín	dlouhodobě, vyhodnocení vždy k 31. 12.
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	10 000,- Kč
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Specifický cíl 2	Nastavení transparentního a dlouhodobého systému financování protidrogových služeb
Indikátory	Výše finančních prostředků vyčleněných na služby pro uživatele drog Počet donátorů

Aktivita 1	Vytvoření systému jednotného spolufinancování služeb obcemi
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, člen Rady Pk zodpovědný za sociální péči
Výstupy	finanční příspěvky obcí
Termín	31. 12. 2012
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 2	Vytvoření systému víceletého financování služeb z rozpočtu kraje
Gestor	protidrogový koordinátor Pk, člen Rady Pk zodpovědný za sociální péči, vedoucí odboru sociálních věcí
Výstupy	jednotný systém víceletého financování z rozpočtu kraje
Termín	31. 12. 2012
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

6.5 Snížení dostupnosti drog

Specifický cíl	Efektivnějším využíváním dostupných nástrojů snížit dostupnost drog.
Indikátory	Počet kontrolních akcí podávání a prodávání alkoholických nápojů a tabákových výrobků nezletilým osobám Počet pachatelů trestné činnosti v oblasti výroby a distribuce drog i obchodu s drogami
Strategie	Důsledné dodržování legislativy v oblasti drogové politiky

Aktivita 1	Důsledná kontrola podávání a prodávání alkoholických nápojů a tabákových výrobků nezletilým osobám.
Gestor	obce Pardubického kraje, Policie ČR, městské policie
Výstupy	počet kontrolních akcí, počet správních řízení
Termín	dlouhodobě, vždy k 31. 3. vyhodnocení
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 2	Potlačovat řízení motorových vozidel pod vlivem alkoholu a dalších omamných látek.
Gestor	Policie ČR, městské policie
Výstupy	počet správních řízení za přestupky v oblasti řízení pod vlivem alkoholu
Termín	dlouhodobě, vždy k 31. 3. vyhodnocení
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

Aktivita 3	Eliminace trestné činnosti v oblasti výroby, distribuce a obchodu s drogami.
Gestor	Policie ČR
Výstupy	počet trestných činů, počet pachatelů trestné činnosti spojené s výrobou, distribucí a obchodem s drogami
Termín	dlouhodobě, vždy k 31. 3. vyhodnocení
Předpok. náklady Pk na realizaci aktivity	---
Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	0

7. Financování protidrogové politiky Pardubického kraje

7. 1. Vývoj finančních zdrojů na služby pro uživatele drog

Program	Donátor	2009 přidělená dotace	2010 přidělená dotace	2011 přidělená dotace
Terénní programy	MZ	150 000,00	10 000,00	20 000,00
	RVKPP	675 000,00	641 000,00	550 000,00
	MPSV	700 000,00	730 000,00	650 000,00
	Pardubický kraj	470 000,00	470 000,00	310 000,00
	MMPCEprev.*	220 000,00	225 000,00	250 000,00
	MMPCEnájem	49 000,00	49 000,00	49 000,00
	Králíky	29 571,00	10 000,00	0,00
	Ústí nad Orł.	10 000,00	10 000,00	10 000,00
	Lanškroun	3 000,00	3 000,00	15 000,00
	Letohrad	0,00	5 000,00	5 000,00
	Svitavy	70 000,00	60 000,00	60 000,00
	Chrudim	60 000,00	60 000,00	60 000,00
	Litomyšl	10 000,00	10 000,00	10 000,00
	Vysoké Mýto	0,00	5 000,00	5 000,00
	Přelouč	0,00	10 000,00	10 000,00
	Polička	0,00	15 000,00	15 000,00
CELKEM		2 446 571,00	2 313 000,00	2 019 000,00
Kontaktní centrum Pardubice	MZ	100 000,00	20 000,00	20 000,00
	RVKPP	706 000,00	676 000,00	430 000,00
	MPSV	600 000,00	620 000,00	500 000,00
	Pardubický kraj	375 000,00	370 000,00	400 000,00
	MMPCE soc. *	520 000,00	520 000,00	520 000,00
	MMPCEnájem	56 000,00	56 000,00	56 000,00
CELKEM		2 357 000,00	2 262 000,00	1 926 000,00
Ambulantní centrum Pardubice	MZ (+AC PCE)	182 377,00	61 850,00	75 000,00
	RVKPP (+ACPCE)	347 276,00	326 500,00	294 500,00
	MPSV	343 000,00	326 000,00	380 000,00
	Pardubický kraj	250 000,00	250 000,00	200 000,00
	MM PCE SF	308 000,00	308 000,00	308 000,00
	MM PCE nájem	0,00	84 000,00	84 000,00
	Svitavy	40 000,00	30 000,00	30 000,00
CELKEM		1 470 653,00	1 386 350,00	1 371 500,00
Drogové služby ve vězení	RVKPP	280 000,00	288 000,00	380 000,00
	MMHK	60 000,00	50 000,00	0,00
	MPSV	1 002 000,00	480 000,00	446 000,00
	KU HK	0,00	197 000,00	40 000,00
	Pardubický kraj	90 000,00	70 000,00	0,00
	MSP.	107 000,00	0,00	200 000,00
	MM PCE prev.	10 000,00	15 000,00	15 000,00
CELKEM		1 549 000,00	1 100 000,00	1 081 000,00
Primární prevence	Pardubický kraj	215 000,00	60 000,00	30 000,00
	MŠMT	788 888,00	0,00	0,00
	ESF – OPVK Centrum primární prevence	1 500 000,00	3 000 000,00	3 000 000,00
	CELKEM	2 503 888,00	3 060 000,00	3 030 000,00
Koordinace	Pardubický kraj	100 000,00	100 000,00	100 000,00

7.2 Vývoj finančních zdrojů na realizaci protidrogové politiky z rozpočtu Pardubického kraje

Rok	Grantový program	Koordinace	Celkem
2002	1 500 000,- Kč	300 000,- Kč	1 800 000,- Kč
2003	1 500 000,- Kč	300 000,- Kč	1 800 000,- Kč
2004	1 500 000,- Kč	300 000,- Kč	1 800 000,- Kč
2005	1 500 000,- Kč	300 000,- Kč	1 800 000,- Kč
2006	1 500 000,- Kč	300 000,- Kč	1 800 000,- Kč
2007	1 500 000,- Kč	300 000,- Kč	1 800 000,- Kč
2008	1 500 000,- Kč	300 000,- Kč	1 800 000,- Kč
2009	1 500 000,- Kč	300 000,- Kč	1 800 000,- Kč
2010	1 300 000,- Kč	100 000,- Kč	1 400 000,- Kč
2011	990 000,- Kč	100 000,- Kč	1 090 000,- Kč
2012 předpoklad	990 000,- Kč	100 000,- Kč	1 090 000,- Kč

7.3 Finanční zajištění plnění Akčního plánu na rok 2012

Aktivita	Předpokládané náklady	Návrh OSV na rozpočtové krytí 2012	Návrh OŠKT na rozpočtové krytí 2012
6.1.1.1	50 000	0	0
6.1.1.2	2 000 000	0	0
6.1.1.3	500 000	0	0
6.1.1.4	100 000	30 000	0
6.1.1.5	0	0	0
6.1.1.6	0	0	0
6.1.1.7	0	0	0
6.1.2.1	0	0	0
6.1.2.2	0	0	0
6.1.2.3	20 000	0	0
6.1.2.4	1 000	0	0
6.2.1	1 000 000	710 000	0
6.2.2	50 000	30 000	0
6.2.3	50 000	20 000	0
6.2.4	30 000	0	0
6.2.5	0	0	0
6.2.6	0	0	0
6.2.7	0	0	0
6.3.1	500 000	250 000	0
6.3.2	0	0	0
6.3.3	0	0	0
6.3.4	400 000	0	0
6.3.5	0	0	0
6.3.6	30 000	0	0
6.3.7	0	0	0
6.3.8	0	0	0
6.4.1.1	0	0	0
6.4.1.2	50 000	35 000	0
6.4.1.3	30 000	5 000	0
6.4.1.4	20 000	10 000	0
6.4.1.5	0	0	0
6.4.2.1	0	0	0
6.4.2.1	0	0	0
6.5.1	0	0	0
6.5.2	0	0	0
6.5.3	0	0	0
Celkem	5 031 000	1 090 000	0

Seznam zařízení podílejících se na realizaci protidrogové politiky Pardubického kraje

Občanské sdružení Lexus

❖ Kontaktní centrum

Demokratické mládeže 2701, 530 02 Pardubice

Časová dostupnost: Po - Pá 9.00 - 18.00 hod.

Kontaktní osoba: Bc. Eva Mířková, tel. 466 265 207

e-mail: kacko.pardubice@laxus.cz

- výměnný injekční program (VIP)
- Kontaktní místnost – spolubytí, potravinový servis, vitamínový servis, hygienický a zdravotní servis, sociální, právní a zdravotní poradenství
- testy Hepatitid a HIV/AIDS

❖ Terénní programy

Kontaktní osoba: Mgr. Martin Svoboda

Časová dostupnost: Pardubice Po, St a Pá od 14:00 do 18:00

e-mail: teren.pardubice@laxus.cz

Regiony: Chrudimsko, Svitavsko, Ústecko-orlicko, Pardubicko,
Pardubice a okolí: tel. 774 626 302

Mimo Pardubice: tel. 774 626 301

- výměnný injekční program (VIP) po domluvě v celém Pardubickém kraji
- sociální, právní a zdravotní poradenství

❖ Ambulantní centrum Pardubice

J. Palacha 1552, 530 02 Pardubice

Časová dostupnost: Po – Čt 9.00 – 16.00 hod. a Pá 9.00 – 14:00 hod.

Kontaktní osoba: Mgr. Daniel Dvořák, tel. 466 265 729

e-mail: ambulance.pardubice@laxus.cz

- poradenství a terapeutická práce s experimentátory a aktivními uživateli návykových látek
- poradenství a pomoc rodičům experimentátorů a aktivních uživatelů
- následná péče a psychosociální pomoc těm, kteří dlouhodobě abstinují
- zprostředkování léčby a další péče
- pomoc v krizových situacích v souvislosti s užíváním návykových látek

Centrum péče o drogově závislé Nemocnice Pardubice

Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

Kontaktní osoba: MUDr. Lucie Malinová, MUDr. Markéta Fialová, tel. 466 016 621

Časová dostupnost: Po - Pá 8.00 - 12.00, 13.00 - 15.30 hod.

- ambulantní léčba závislosti na alkoholu a drogách
- individuální práce s klientem
- ambulantní ochranná léčba

AT poradna Svitavy – psychiatrická ambulance pro dospělé

Kolárova 7, Budova Červeného kláštera u nemocnice Svitavy, 568 02 Svitavy

Kontaktní osoba: tel. 461 569 248

Časová dostupnost: Po: 13.00 – 15.00 hod.

- ambulantní poradenství v oblasti léčby závislosti na alkohol, drogy, hráčství

Psychiatrická ambulance

- **ambulantní péče a poradenství v oblasti léčba závislosti na alkohol, tabák, drogy**

Chrudim	Palackého 191, 537 01 Chrudim <i>Kontaktní osoba:</i> MUDr. Helena Novotná, tel. 469 638 932
Hlinsko	Nádražní 548, 370 01 Hlinsko v Čechách <i>Kontaktní osoba:</i> MUDr. Emil Herr, tel. 469 311 286
Lanškroun	Čechova 43, 563 01 Lanškroun <i>Kontaktní osoba:</i> MUDr. Renata Severová, tel. 465 524 149
Ústí nad Orlicí	Tvarkova 650, 562 01 Ústí nad Orlicí <i>Kontaktní osoba:</i> MUDr. Renata Severová tel. 465 524 149
Vysoké Mýto	Gen. Závady 116, 566 01 Vysoké Mýto <i>Kontaktní osoba:</i> MUDr. František Diblík, tel. 465 422 510
Žamberk	OLÚ Albertinum Žamberk, Za Kopečkem 353, Žamberk <i>Kontaktní osoba:</i> MUDr. David Bayer, tel. 465 677 863

Centrum primární prevence

Královéhradecká 513, 562 01 Ústí nad Orlicí

Kontaktní osoba: PhDr. Petra Novotná, Mgr. Markéta Sychrová, tel. 465 521 296, 465 525 555

Časová dostupnost: Po – Pá: 7.00 – 16.00 hod.

Adykt., o.s.

Vraclav – Sedlec 15, 566 01 Vysoké Mýto

Kontaktní osoba: Mgr. Petr Dřínovský, tel. 776 056 814

- monitoring programů primární prevence
- primární prevence drogových závislostí

Pedagogicko-psychologická poradna

- poradenství v oblasti sociálně-patologických jevů
- psychologická a speciální pedagogická diagnostika
- primární prevence drogových závislostí
- konzultace pro rodiče a učitele
- krátkodobá terapie
- individuální a rodinná terapie

Pardubice

Sukova třída 1260, 530 02 Pardubice

tel. 466410327

Palackého 393, 53 Chrudim

tel. 469 621 187

Kontaktní osoba: PaedDr. Jiří Knoll

Časová dostupnost: Po-Pá 7.00 - 15.00 hod.

Ústí nad Orlicí

Královéhradecká 513, 562 01 Ústí nad Orlicí

tel. 465 521 296, 465 525 555

Riegrova 2063/11, 568 02 Svitavy

tel. 461 532 486

Kontaktní osoba: PhDr. Petra Novotná

Časová dostupnost: Po – Pá: 7.00 – 16.00 hod.

Středisko výchovné péče pro děti a mládež Archa

Školní nám. 11, 537 01 Chrudim

tel. 469 623 786

Kontaktní osoba: Mgr. Petr Pražák

Časová dostupnost: Po – Pá: 7.00 – 15.00 hod.

- individuální a skupinová psychoterapie

- rodinná terapie
- krizová intervence
- poradenství v oblasti zneužívání návykových látek
- primární prevence drogových závislostí

SVP Mimoza

Mírové náměstí 1388, 562 01 Ústí nad Orlicí

tel. 465 526 969, mobil: 737 568 228

e-mail: svp-mimoza@centrum.cz

www.svp-mimoza.cz

Kontaktní osoba: Mgr. Kateřina Špačková, vedoucí střediska

Časová dostupnost: Po – Pá: 8.00 – 16.00 hod.

- individuální a skupinová psychoterapie
- rodinná terapie
- krizová intervence
- poradenství v oblasti zneužívání návykových látek

Odborný léčebný ústav ALBERTINUM Žamberk, psychiatrické oddělení

Za Kopečkem 353, 564 01 Žamberk

Tel. 465 677 863

Kontaktní osoba: MUDr. David Bayer

Časová dostupnost: denně

- detoxikace
- léčení akutních stavů spojených s diagnostikou

Centrum léčby závislosti na tabáku

Plicní oddělení, Pardubická krajská nemocnice a.s.

Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

Tel. 466 014 501

Kontaktní osoba: MUDr. Vladimír Molnár, Bc. Jana Nedbalová

Časová dostupnost: dle objednání

www.clzt.cz

Policie České republiky

- primární prevence sociálně patologických jevů - projekt „Učíme se s policií“, přednášková činnost
- anonymní poradenství a konzultace v oblasti drogových závislostí

Krajské ředitelství policie Pardubického kraje

Na spravedlnosti 2516, Pardubice

policejní psycholog: kontaktní osoba: kpt. PhDr. Lenka VLÁŠKOVÁ, tel. 974561401

časová dostupnost: po - pá: 7:30-15:30

Policie České republiky

Krajské ředitelství Pardubického kraje

Na spravedlnosti 2516, Pardubice

preventivně informační skupina (PIS): kontaktní osoba: mjr. Bc. Markéta JANOVSÁ, tel. 974561207

Další zástupci PIS v Pardubickém kraji:

Územní odbor Pardubice: por. Bc. Josef BOCÁN, tel. 974566207

Územní odbor Chrudim: por. Mgr. Jiří TESAŘ, tel. 974572207

Územní odbor Svitavy: por. Mgr. Hana KAIZAROVÁ, tel. 974578207

Územní odbor Ústí nad Orlicí: por. Bc. Iveta LEHKÁ, tel. 974580207

Link na internetovou prezentaci kraje, věnovanou drogám

<http://www.pardubickykraj.cz/article.asp?thema=3098>

Slovník použitých odborných termínů

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 úměrná jeho potřebám. Nejčastější formou ambulantní léčby jsou individuální rozhovory (poradenské nebo terapeutické) v délce obvykle 30-60 minut a s frekvencí 1-2x týdně.

Certifikace

Certifikace odborné způsobilosti služby je posouzení a formální uznání, že daná služba odpovídá stanoveným kritériím kvality, odbornosti a komplexnosti. Jde tedy o proces posouzení služby podle kritérií stanovených Certifikačními standardy, jehož výsledkem je udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění. Splnění kritérií kvality a komplexnosti služby bude jednou z podstatných okolností při posuzování žádosti o dotaci na službu.

Časná intervence

Intervence poskytovaná osobám s počínajícími emočními problémy nebo problémy v chování, které by mohly souviset s užíváním drog. Probíhá nejčastěji ve školním prostředí, kde jejím podnětem je např. Zhoršování školního prospěchu či kázeňské problémy. Jejím nositelem musí být informovaný pedagog s dostatečnými osobními kvalitami. Dalším prostředím pro včasnou intervenci může být např. Ordinace praktického lékaře nebo pedagogicko-psychologická poradna. Cílem je časná intervence je pojmenovat problém, porozumět mu, poskytnout podporu, motivovat ke změně a v ideálním případě zprostředkovat odbornou péči.

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.

Dlouhodobá léčba

Tento pojem je vyhrazen pro léčbu ústavní či rezidenční, nikoliv ambulantní. Za „klasickou“ se pokládá dlouhodobá 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.

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.

Experimentování, experimentátor

Ve slangu se tak často označují lidé, kteří drogy takzvaně „zkoušejí“. Jedná se o výraz nepřesně definovaný a neohraničený (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 přitom problémy v jiných oblastech.

ESPAD

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách, mezinárodní projekt zaměřený na průzkum situace v oblasti užívání návykových látek mezi mládeží ve věku 15 – 16 let.

Evaluace

Vyhodnocování realizovaných programů pomocí předem určených kritérií. Cílem evaluace je prověřit, jestli projekt či program odpovídá identifikovaným potřebám a cílům prevence.

Harm reduction

Jako „Harm Reduction“ (HR – obvykle se nepřekládá do češtiny) se označují přístupy spočívající ve snižování či minimalizaci poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, riziko předávkování, riziko sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti.

Hepatitida

Zánět jater, infekční onemocnění jater vyvolané viry s chorobnými účinky na jaterní tkáň, které vede k jejich poškození. Pro uživatele drog je významná hepatitida typu C, která se přenáší krví a jejíž vysoké riziko se objevuje u injekčních uživatelů drog.

GO programy

Interaktivní programy pro děti a mládež s využitím zátěžových technik pedagogiky volného času.

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).

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.

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). Základní program kontaktního centra je kontaktní práce, výchovné a vzdělávací aktivity, kontaktní poradenství, výměna injekčního náčiní a zdravotní ošetření.

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.

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.

Multiplikátor

Podíl problémových uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s některým nízkoprahovým zařízením. Zbytek je skrytá část populace problémových uživatelů drog.

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.

Peer programy

Metoda primární prevence založená na využívání osob stejného věku ke vzdělávání či jinému ovlivnění cílové skupiny. Např. Výběr člena vrstevnické skupiny ve škole, který je vyškolen, aby předával protidrogové informace svým kamarádům.

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.

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).

Prevence

Následující pojmy (primární, sekundární a terciární prevence) se týkají prevence zdravotních a sociálních následků užívání drog.

Primární prevence - zahrnuje opatření a programy zaměřené na dosud nezasaženou populaci (celkovou populaci nebo rizikové skupiny). Cílem programů primární prevence je předcházet rizikovým formám chování; odradit populaci, která ještě nepřišla do kontaktu s drogou od jejího prvního užití či alespoň první kontakt s drogou co nejvíce oddálit. Úkolem preventivních aktivit je zejména: vytváření povědomí a informovanosti o drogách a o nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich zneužíváním, posilování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů a podpora zdravějších typů chování a životního stylu.

Všeobecná prevence – preventivní programy všeobecné prevence jsou realizovány především ve školách a školských zařízeních. Minimální preventivní program, jehož realizace je závazná pro každou školu, je koncepčním dokumentem školy o podpoře zdravého životního stylu a prevenci všech forem rizikového chování. Školy mohou realizovat preventivní aktivity svépomocí nebo ve spolupráci s externími subjekty.

Selektivní prevence – programy selektivní prevence jsou zaměřeny na ohrožené skupiny populace, u nichž je vyšší riziko užívání návykových látek.

Indikovaná prevence – pracuje individuálně s ohroženým jedincem, jeho rodinou a nejbližším okolím. U těchto jednotlivců jsou přítomny první známky užívání návykových látek, nejsou však naplněna kritéria pro problémové užívání a závislost. Indikovaná prevence je v ČR realizována např. pedagogicko-psychologickými poradnami, nízkoprahovými zařízeními atd.

Sekundární prevence - zahrnuje opatření zaměřené na zasaženou populaci, která využívá nějakou formu péče; tvoří ji zejména: zavádění programů včasné intervence, programy léčebné péče, programy zvyšující úspěšnost léčebné péče.

Terciární prevence - je založena na minimalizaci negativních zdravotních a sociálních důsledků (problémového) užívání drog a závislosti a je zaměřena především na uživatele, kteří nejsou schopni či ochotni skončit s užíváním; zahrnuje zejména: informování uživatelů o méně škodlivých způsobech užívání; substituční léčebné programy pro uživatele opiátů programy pro výměnu jehel, potravinový, hygienický, zdravotnický a vitaminový servis.

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.

Problémové užívání drog

Problémové užívání je injekční užívání drog nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů nebo kokainu 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).

Protidrogová politika

Souhrn zásad, cílů a opatření navržených a prováděných k řešení problému drog, zejména nezákonných, na úrovni místní, státní nebo mezinárodní.

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.

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.

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.

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.

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 případě 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.

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.

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).

SWOT analýza

SWOT analýza je strukturovaná metoda rychlého zhodnocení situace, která charakterizuje definovanou oblast a mapuje vnější a vnitřní faktory, které tuto oblast ovlivňují. Zkratka SWOT pochází z angličtiny, kde S (počáteční písmeno slova „Strengths“) popisuje identifikované silné stránky definované oblasti, W (počáteční písmeno termínu „Weaknesses“) popisuje slabé stránky, O (počáteční písmeno výrazu „Opportunities“ definuje, jaké jsou v definované oblasti ve výhledu do

budoucná příležitost a T (počáteční písmeno pojmu „Threats“) definuje, co do budoucna danou oblastí ohrožuje.

Terapeutická komunita

Strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení/rehabilitace. Obvyklá délka pobytu 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.

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 riziková jednotlivci a skupiny, kteří nejsou efektivně zachycováni 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

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.

Trestné činy v oblasti drog

Jde především o specifické trestné činy nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187, 187a a 188 trestního zákona (viz trestnost držení drogy pro vlastní potřebu, trestnost šíření toxikomanie, trestnost zacházení s drogami).

Výměnný program

Výměna injekčního náčiní je významnou složkou strategie harm reduction (minimalizace škod). 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.