

Protidrogová politika hlavního města Prahy na období 2014 až 2020



**Koncepce protidrogové politiky hlavního města Prahy na
období 2014 až 2020**

**Strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy
období 2014 až 2020**

Materiál předkládá:

doc. Ing. Mgr. Martin Dlouhý, Dr., MSc., radní HMP pro oblast zdravotnictví, sociální politiku a bydlení

Na přípravě pracovali:

PhDr. Ivan Douda, Mgr. Nina Janyšková, doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., Ing. Ivo Kačaba, MUDr. Hana Karbanová, Mgr. Aleš Kuda, Mgr. Sylva Majtnerová Kolářová, prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Mgr. Martin Pešek, Mgr. Ondřej Počarovský, PaedDr. Martina Richterová Těmínová, Mgr. Tomáš Řezník, Mgr. Jan Žufníček

Pracovní verze připomínkovali:

volení zástupci MČ Praha 1-22, protidrogoví koordinátoři MČ Praha 1-22, ředitel Městské policie hlavního města Prahy, ředitel Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti

Technické a jazykové úpravy:

Mgr. Nina Janyšková, MUDr. Alena Weberová

OBSAH

KONCEPCE PROTIDROGOVÉ POLITIKY HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY NA OBDOBÍ 2014 AŽ 2020	4
STRATEGIE PROTIDROGOVÉ POLITIKY HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY NA OBDOBÍ 2014 AŽ 2020	31
PŘÍLOHY	57
LITERATURA	66
ZKRATKY	70

Koncepce
protidrogové politiky hlavního města Prahy na
období 2014 až 2020



Obsah

1. Úvod.....	6
2. Legislativní rámec služeb pro uživatele návykových látek	7
3. Vývoj protidrogové politiky a sítě adiktologických služeb v hl. m. Praze.....	8
– Souhrn klíčových trendů v systému adiktologických služeb v období 2010 až 2013	9
4. Východiska protidrogové politiky a systému adiktologických služeb v hl. m. Praze	10
4.1. Koncepční východiska v bodech.....	11
4.2. Slabé stránky systému adiktologické péče	14
4.3. Silné stránky systému adiktologické péče.....	15
5. Cílová populace služeb adiktologické péče	16
6. Principy služeb adiktologické sítě a protidrogové politiky.....	18
6.1. Ochrana veřejného zdraví (Public Health)	18
6.2. Bio-psycho-sociální model závislosti	18
6.3. Systémová teorie.....	18
6.4. Snižování zdravotních a sociálních rizik	18
7. Protidrogová politika z pohledu občana hl. m. Prahy	19
8. Protidrogová politika z pohledu užívaných látek a cílové skupiny uživatelů návykových látek	20
8.1. Nealkoholové návykové látky	20
8.2. Alkohol a tabák.....	20
9. Protidrogová politika z pohledu zajištění služeb v hl. m. Praze	22
9.1. Specializované služby pro nealkoholové návykové látky	22
9.1.1. Služby snižování zdravotních a sociálních rizik	22
9.1.2. Služby zabývající se léčbou a resocializací včetně následné péče	22
9.1.3. Služby zabývající se primární prevencí rizikového chování u dětí a mladistvých ...	24
9.1.4. Subjekty a aktivity zabývající se informacemi, vědou, výzkumem a vzděláním	25
9.2. Specializované služby pro závislost na alkoholu.....	25
9.3. Společná zařízení pro léčbu všech typů závislostí	26
10. Protidrogová politika z pohledu bezpečnostních složek	26
11. Protidrogová politika a komunitní bezpečí	27
12. Protidrogová politika z pohledu financování.....	27
13. Protidrogová politika z pohledu poskytovatelů služeb	29
14. Závěr	30

PREAMBULE

Všelék neexistuje¹

Místní protidrogové politiky mohou působit pouze v rámci národních protidrogových politik a v mezinárodním režimu kontroly drog definovaném třemi úmluvami OSN. To ovšem neznamená nutnost požadovat uniformitu protidrogových politik na místní úrovni, které z globálního pohledu v konkrétních zemích nebo dokonce celých kontinentech mohou vypadat jako velmi homogenní, ale při bližším pohledu do jednotlivých měst a obcí je jasné, že jsou velmi různorodé. Inovativní a účinné intervence a přístupy na místní úrovni, které reagují na místní vývoj drogové situace, vedly v posledních desetiletích k většině pozitivních kroků v oblasti léčby, prevence, snižování škod a prosazování zákonů a jejich vzájemné spolupráce. Proto je nesmírně důležité, aby místní protidrogové politiky využívaly veškerý manévrovací prostor pro experimentování v rámci národních a mezinárodních právních prostředí.

1. Úvod

Protidrogová politika představuje systém zákonů, regulačních opatření, činností a způsobů financování se vztahem k drogové problematice vyhlášených vládními orgány a jejich zástupci. (EMCDDA, prosinec 2012)

Na evropské úrovni je hlavním dokumentem Protidrogová strategie Evropské unie na období 2013–2020 a dva související akční plány její realizace.

V České republice je klíčovým dokumentem Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018 a tři akční plány její realizace.

Na krajské úrovni je protidrogová problematika řešena krajskou protidrogovou strategií, která vychází z aktuální Národní strategie protidrogové politiky a naplňuje její cíle na krajské úrovni. Hlavní město Praha (dále jen „HMP“²) má vytvořeny další nástroje pro naplňování protidrogové politiky. Je to funkce krajského protidrogového koordinátora, krajského školského koordinátora, protidrogová komise jako poradní orgán Rady HMP, pracovní skupiny protidrogové komise a Pražské centrum primární prevence, které je oddělením Centra sociálních služeb Praha. Na městských částech Praha 1-22 jsou spolupracujícími osobami protidrogoví koordinátoři. Dalším velmi podstatným nástrojem je dotační program.

Nástroj koordinace k implementaci Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018, který se dotýká krajů, je Výbor zástupců regionů Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který je stálým orgánem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Úkolem tohoto výboru je koordinace a harmonizace protidrogové politiky státu a protidrogových politik krajů. Výbor zástupců regionů Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky je složen z krajských protidrogových koordinátorů a zástupce sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a je poradním orgánem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

První materiály definující protidrogovou politiku HMP, její cíle a aktivity byly do roku 1998 nazývány koncepcí. Později tento termín nahradil v souladu s pojmenováním materiálů na národní úrovni název strategie. Oba tyto termíny byly používány jak pro části popisující

¹ Pražská deklarace o principech účinných místních protidrogových politik – viz příloha

² Zkratky jsou v celém materiálu používány všude mimo nadpisy a oficiální názvy nebo tam, kde by jejich použití ztížilo pochopení textu; všechny použité zkratky jsou souhrnně uvedeny v příloze

teoretická východiska, tak pro části ukazující potřeby, cíle a postupy k jejich dosažení. Protože se protidrogová politika obecně, tedy nejen v HMP, ve svých postojích, východiscích a realizaci vyvíjela a měnila, je tento zásadní materiál rozdělen na dvě části:

- Koncepce protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2020
- Strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2020

Akční plán je a musí být vytvářen v úzké součinnosti Protidrogové komise Rady HMP, městských částí HMP a Rady HMP. Akční plán z logiky tvorby protidrogových politik navazuje na krajskou strategii a koncepci. V akčním plánu budou stanovena konkrétní opatření a aktivity, pomocí nichž se naplní cíle strategie vždy na kratší období jejího trvání, vždy s ohledem na vývoj situace a společenské potřeby. Také z těchto důvodů není akční plán součástí tohoto materiálu.

Pro účely této koncepce užíváme pojem „adiktologie“, kterým se rozumí v nejširším slova smyslu interdisciplinární obor zaměřující se na prevenci, léčbu a/nebo minimalizaci poruch a nemocí souvisejících s užíváním návykových látek a poruch vznikajících v souvislosti s různými formami závislostního chování.

Cílem této koncepce je popsat stávající stav sítě adiktologických služeb v HMP a definovat opatření v návaznosti na finanční prostředky tak, aby bylo možné realizovat adiktologické služby způsobem, který bude v souladu s národní strategií protidrogové politiky ČR.

Těžiště sítě adiktologických služeb musí spočívat v kombinaci zdravotnických služeb a služeb spadajících do rezortu práce a sociálních věcí, tzn. provozů definovaných Certifikačními standardy kvality (2012).

2. Legislativní rámec služeb pro uživatele návykových látek

Od dubna 2012 je účinný balíček nových zdravotních předpisů v rámci reformy zdravotnictví. Jedná se především o zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Specificky pro oblast péče o uživatele návykových látek je z celého zdravotnického legislativního rámce nejvýznamnějším **zákon č. 379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon kodifikuje základní zásady a principy, které byly součástí všech dosavadních národních protidrogových strategií od 90. let minulého století. Pro účely zákona se pojem „protidrogová politika“ vztahuje nejen na nelegální návykové látky, ale i na tabákové výrobky a alkohol. Zákon poprvé za existence České republiky definoval typy služeb určené uživatelům návykových látek, v současné době probíhá jeho novelizace mimo jiné v částech typů adiktologické péče tak, aby byl v souladu s rámcem zdravotní péče, který je nově vymezen zákonem o zdravotních službách. Nicméně zatím jsou typy adiktologických služeb v § 20 zákona č. 379/2005 Sb. definovány následovně:

- akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,
- detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná poskytovatelem ambulantní a lůžkové péče,

- terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- kontaktní a poradenské služby,
- ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- krátkodobé a střednědobé poskytnutí lůžkové péče, kterým je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5-14 týdnů,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6-15 měsíců,
- programy následné péče, které zajišťují poskytovatelé zdravotních služeb a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
- substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantních služeb pod vedením lékaře.

V roce 2006 byl přijat **zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách, připravovaný od počátku 90. let, který stanovuje zejména druhy sociálních služeb, systém jejich financování, zajištění jejich dostupnosti a kvality. Sociální služby jsou poskytovány ve třech formách: pobytové, ambulantní nebo terénní. Zákon definuje 33 druhů sociálních služeb, které rozděluje na (1) služby sociální péče, (2) služby sociální prevence a (3) sociální poradenství, které je základní činností při poskytování všech typů sociálních služeb. Uživatelé návykových látek jsou v zákoně uvedeni jako cílová skupina některých služeb:

- terénní programy,
- kontaktní centra,
- terapeutické komunity,
- služby následné péče,
- chráněné bydlení (zpravidla pro osoby s duální diagnózou),
- sociální rehabilitace.

Z výše uvedeného popisu rozsahu, legislativního rámce a strategie politiky v oblasti adiktologické péče je zřejmé, že adiktologická problematika spojuje ve službách pacientům/klientům zdravotní a sociální služby. Vytváří to potřebu vícezdrojového financování těchto služeb finančními prostředky obou rezortů, ovšem rovněž potřebu definovat způsob a transparentní pravidla takového financování. Zdá se, že jedním z klíčů k řešení této problematiky by mohla být definice výkonů zdravotnických a nezdravotnických pracovníků a oddělený způsob jejich úhrady.

3. Vývoj protidrogové politiky a sítě adiktologických služeb v hlavním městě Praze

Moderní koncepce protidrogové politiky vychází ze zásadních změn ve vnímání některých pojmů, reaguje na vývoj v prevenci a léčbě závislostí, na nové vědecké poznatky, které se týkají prevence, léčby a následné péče o drogově závislé. Koncepce protidrogové politiky

hlavního města Prahy na období 2014 až 2020 (dále jen „Koncepce 2014-2020“) kromě zmiňovaného vychází i z různých pohledů zainteresovaných stran protidrogové politiky a respektuje multidisciplinaritu problematiky.

Zásadní změnu ve vnímání a realizaci důsledné protidrogové politiky si vyžádala zejména hrozba šíření doposud nevléčitelné nemoci HIV/AIDS a potřeba vybudovat síť služeb v oblasti primární, sekundární a terciární prevence vzhledem k posttotalitní situaci v Praze a České republice, kdy řada těchto služeb vůbec neexistovala.

Budování sítě adiktologických služeb

V 90. letech proto došlo v HMP k rozvoji a podpoře služeb v oblasti Harm Reduction – snižování zdravotních a sociálních rizik (dále jen „HR“) -, kdy vznikala nízkoprahová zařízení, terénní programy. Dále vznikaly služby ambulantní a residenční, např. terapeutické komunity, centra substituční léčby a následné péče. Aktuální přehled adiktologických služeb v HMP je uveden v příloze č. 2.

Adiktologické služby vznikaly v souladu s národními strategiemi protidrogové politiky a s koncepcemi protidrogové politiky HMP, kdy první byla zpracována v roce 1996.

Od roku 2003 je do protidrogové politiky HMP zahrnuta také primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v gesci školství. V Praze vzniklo v roce 2009 první specializované pracoviště Pražské centrum primární prevence (dále jen „PCPP“).

Dalším důležitým krokem bylo založení Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, které se od počátku zaměřovalo na výzkum užívání návykových látek a činností vedoucích k vytvoření závislého chování a na výzkum a vývoj nových přístupů v prevenci, léčbě a sociální reintegraci postižených. Spojením Centra adiktologie a Oddělení pro léčbu závislostí VFN v Praze vznikla k 1. 1. 2012 Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze.

Zásadní pro další rozvoj oboru adiktologie bylo v akademickém roce 2005/2006 otevření vysokoškolského studia na 1. lékařské fakultě UK v Praze. Jde o obor spojující různé disciplíny z oblasti psychologie, speciální pedagogiky a sociologie, ale i medicíny, kriminologie apod. Dotýká se ovšem i poznatků z jiných vědních oborů, jako je třeba ekonomika, právo, politologie, religionistika či kulturní a sociální antropologie. Cílem studia je teoreticky i prakticky seznámit posluchače s problematikou některých rizikových forem chování i s možnostmi jejich výzkumu, léčby a prevence. Výuka adiktologů, zdravotníků-nelékařů, probíhá v bakalářském a magisterském stupni.

Od roku 2008 se profese adiktologa stala oficiálně uznaným nelékařským zdravotnickým povoláním (novela zákona č. 96/2004 Sb. – zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Souhrn klíčových trendů v systému adiktologických služeb pozorovaných v období 2010 až 2013³

- *Věk problémových uživatelů se zvyšuje, což je příznivý trend. Roste počet mládeže, která má opakované zkušenosti s alkoholem, tabákovými výrobky a s konopnými látkami.*

³ Zdroje: 1/ Statistika ČSÚ; 2/ Závěrečné zprávy organizací; 3/ Zprávy ze sekcí při Protidrogové komisi RHMP; 4/ Zpráva Hygienické stanice hlavního města Prahy - 2011

- *Spolu s trvající krizí stoupá počet osob bez práce, a tím se zvyšuje i riziko nárůstu mladých závislých na alkoholových i nealkoholových drogách. Tento nebezpečný trend se odrazil i ve zvýšeném počtu patologických hráčů.*
- *Zvyšuje se počet uživatelů návykových látek bez domova.*
- *Zvyšuje se počet uživatelů návykových látek s diagnostikovanými duševními nemocemi.*
- *Snižuje se vzdělání osob závislých. S tímto trendem souvisí stále obtížnější resocializace a integrace na trh práce.*
- *Zhoršuje se zdravotní stav uživatelů návykových látek. S tímto trendem je spojena předpokládaná vyšší ekonomická zátěž veřejného zdravotního pojištění.*
- *Zhoršuje se celková sociální situace uživatelů návykových látek. Na tento trend je navázána předpokládaná zhoršená kvalita života v HMP nejen cílové skupiny, ale i běžné veřejnosti, viz např. pocit bezpečí.*
- *Snižuje se kapacita ambulantních, kontaktních a poradenských adiktologických služeb.*
- *Zhoršuje se dostupnost adiktologických služeb.*
- *Obyvatelé měst se nechtějí smířit s negativními jevy, které souvisejí s problémovým užíváním návykových látek, bezdomovectvím a prostitucí, a reagují pozitivně na zkratkovitá a represivní řešení.*

Abychom mohli dosáhnout trvalých a pozitivních změn, je nutné analyzovat situaci, znát potřeby, být si vědomi našich možností a realizovat opatření, kterými bychom cílů dosáhli. K tomu, mimo jiné nástroje, slouží i výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky, zpracovávané krajskou protidrogovou koordinátorkou. Materiál sbírá a interpretuje data, mapuje aktuální situaci na drogové scéně, situaci v koordinaci protidrogové politiky v HMP, nové trendy v prevenci a léčbě, ale i v distribuci a trendech užívání návykových látek, přestupky v souvislosti s drogovou problematikou atd.

V dalších kapitolách je zmapována situace z různých pohledů – pohled obyvatele města, politika, poskytovatelů služeb, podle typů zneužívaných látek, typů služeb atd. Jedná se o inovativní postup, který je zhodnocením různých přístupů a názorů a hledáním společných opatření. Na základě následujících pohledů jsou ve Strategii protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014 až 2020 (dále jen „Strategii 2014-2020“) definována stručná východiska, ale hlavně potřeby, návrhy opatření a předpokládané náklady.

4. Východiska protidrogové politiky a systému adiktologických služeb v hlavním městě Praze

Společenský vývoj po roce 1990 s sebou přinesl řadu změn v oblasti rozvoje služeb a následného poskytování odborné péče pro uživatele psychoaktivních látek. Především došlo k nerovnoměrnému vývoji služeb pro uživatele alkoholu a uživatele nelegálních návykových látek, který vedl k jejich – z dnešního pohledu - umělému a nesystémovému rozdělení, kdy

služby pro uživatele nelegálních návykových látek byly v rámci protidrogové politiky státu dlouhodobě podporovány veřejnými dotacemi. To, včetně chybějící koncepce transformace bývalých AT ordinací do podoby pracovišť pružně reagujících na nové trendy v užívání návykových látek a uplatňujících výzkumem podložené novější přístupy prevence a léčby, vedlo ke snížení kvality, dostupnosti a návaznosti různých typů a úrovní odborné zdravotní péče pro jednotlivé skupiny klientů a pacientů.

Závislost, zneužívání a škodlivé užívání

Podle American Society for Addiction Medicine je závislost primární chronická nemoc systému odměňování v mozku, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Poruchy těchto funkcí vedou k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům v patologickém chování jednotlivce, který užíváním substancí a/nebo pokračováním v chování s potenciálem vzniku a rozvoje závislosti dlouhodobě usiluje o dosažení odměny a/nebo úlevy. Závislost je charakteristická neschopností abstinovat, postižením kontroly chování, bažením, sníženou schopností rozpoznávat či připouštět si výrazné problémy vznikající v důsledku vlastního chování a v mezilidských vztazích, stejně jako v dysfunkčních emočních reakcích. Stejně jako u dalších chronických nemocí se v cyklu závislosti vyskytují relapsy a remise. Bez léčby nebo zapojení do uzdravných aktivit je závislost progresivní a může vyústit v invaliditu nebo v předčasnou smrt (American Society for Addiction Medicine, 2012).

Hrozba onemocněním AIDS

Světová zdravotnická organizace přijala jako zásadní doporučení k omezení šíření nemoci AIDS mezi injekčními uživateli návykových látek princip HR a substituční léčbu. Od roku 1993 je princip výměny injekčního materiálu v terénních programech a také v kontaktních a poradenských centrech důsledně uplatňován. V současné době se v HMP uskutečnil téměř polovina výměn z celé ČR. Zahraniční srovnávací studie jednoznačně potvrdily význam HR v omezení šíření nejen viru HIV, ale i ostatních krví přenosných chorob.

Hlavním cestou infekce HIV zůstává v ČR přenos sexuální cestou, celkem v 90,6 % případů. Přitom 153 infikovaných, tedy 72,2 %, bylo u mužů, kteří mají sex s muži. Přenos infekce u injekčních uživatelů návykových látek zůstává dlouhodobě nízký, v roce 2012 byl zjištěn u dvou mužů a tří žen.

4.1 Koncepční východiska v bodech⁴

Kvalita a bezpečí služeb – adiktologické služby mají splňovat nároky dobré praxe podložené výzkumem, tj. uplatňovat individuální přístup k pacientům/klientům v kontextu bio-psycho-sociálního-spirituálního modelu závislosti s ohledem na jejich potřeby. Zdravotní péče má probíhat v souladu s doporučenými postupy příslušných odborných společností, neboť adiktologická péče zasahuje více odborností. Sociální složka péče má odpovídat standardní kvalitě. Kvalita služeb má být ověřována v procesu certifikací s využitím Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby uživatelům návykových látek Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky ČR, které mají multidisciplinární charakter.

Přiměřená cena služeb má být předmětem průběžného monitorování a vyjednávání. Ukazatele ceny (nákladnosti) pro některé typy služeb (např. dotovaných Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky) jsou zpracovávány v rámci dotačních řízení zejména ve vztahu k rovnoměrnému rozdělení omezeného dotačního fondu. Je třeba s takovými ukazateli dále koncepčně pracovat i mimo rámec dotačních řízení, usilovat o modelování ukazatelů

⁴ Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice schválená 6. listopadu 2013 výborem Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 11. listopadu 2013 výborem České asociace adiktologů

přiměřené ceny služby jednotlivých typů služeb v souvislosti s jejich kapacitou a lokálními odlišnostmi (např. velkoměstské a venkovské lokality). Odborná veřejnost má mít platný a kvalifikovaný hlas při vyjednávání o ceně služeb.

Hodnocení výkonnosti a účinnosti služeb souvisí úzce s hodnocením přiměřené nákladovosti služeb. K ukazatelům výkonnosti jednotlivých služeb je přihlíženo ze strany plátců péče – jak ze strany zdravotního pojištění, tak v dotačních řízeních, jde o přiměřené využití kapacity a nákladů služby porovnáním výkonu služeb navzájem. Hodnocení účinnosti služby – její efektivity – je složitějším procesem, který je t. č. v kompetenci zejména samotných poskytovatelů služeb. Základní zadání k hodnocení účinnosti služeb poskytují Standardy odborné způsobilosti. Zařízení podle nich mj. musí být řízena odborníky/manažery s potřebnou kvalifikací, kteří nesou odpovědnost za kvalitu a efektivitu poskytovaných služeb. Je třeba usilovat o to, aby hodnocení výkonnosti a účinnosti jednotlivých služeb podle požadavků Standardů odborné způsobilosti probíhala ve všech adiktologických službách.

Nákladová efektivita adiktologické péče byla potvrzena řadou studií. Nákladovou efektivitu adiktologické péče potvrdila přehledová práce zahrnující cca 75 samostatných ekonomických studií publikovaných v posledních 20 letech a shrnující data z veškerých základních typů léčebných programů včetně věznic (Balenko, 2005) s těmito závěry:

Léčba uživatelů návykových látek vede k signifikantnímu snížení užívání alkoholu a drog, kriminality a ke zlepšení zdravotního stavu a sociálního fungování léčených uživatelů.

- Ekonomické studie bez ohledu na typ populace, programu nebo metodu zpracování, stabilně nacházejí výraznou ekonomickou výhodnost léčby alkoholových či drogových závislostí. Ta především plyne ze snížení kriminality (včetně následných nápravných opatření) a ze snížení zdravotních nákladů po absolvování léčby.
- Obecně lze říci, že ambulantní programy léčby přispívají ke snížení zneužívání návykových látek levněji, nicméně pro těžce závislé pacienty je ústavní péče efektivnější.

Komplexní přístup

Adiktologické služby mají – na základě zjištěné individuální situace a potřeb jejich uživatelů - integrovat specifické léčebné, edukativní a preventivní postupy včetně sociální práce. Praktická podoba těchto postupů má být dostatečně podložena poznatky z výzkumu. Týmy pracovníků adiktologických služeb mají být sestavovány podle zadání standardů odborné způsobilosti multiprofesně a jejich přístup má odpovídat bio-psycho-sociálnímu modelu.

Diferenciace

Péči poskytovanou v rámci jednoho adiktologického pracoviště různým cílovým skupinám klientů/pacientů je třeba diferencovat (např. vyhrazenými ordinačními hodinami, speciálními programy apod.) tak, aby byly zohledněny jejich rozdílné potřeby ve vztahu k poskytovaným službám, např. k abstinenci motivovaní klienti/pacienti nemají být v programech kontraproduktivně vystavováni negativnímu vlivu aktuálních uživatelů návykových látek, klienti s deficitem motivace nemají být službami odmítáni pro přítomnost tohoto symptomu. Vždy je třeba zohledňovat místní specifika a podmínky.

Výrazem principu diference je rovněž požadavek standardů odborné způsobilosti na individuální plánování odborné péče v procesu poskytování služby: Má reflektovat potřeby a cíle pacienta/klienta, kterých chce prostřednictvím odborné péče dosáhnout a které jsou vzhledem k jeho možnostem za využití služby realizovatelné. Služba podporuje pacienta/klienta, aby své potřeby a cíle vyjádřil a uplatnil. Standardy rovněž požadují, aby

další vzdělávání pracovníků se odvíjelo zejména od identifikovaných potřeb pacientů/klientů a trendů v oblasti služeb pro příslušnou cílovou skupinu.

Efektivita a flexibilita

Účinnost, efektivita, ambulantní i lůžkové adiktologické léčby byla opakovaně prokázána řadou výzkumů. Podmínkou účinnosti je flexibilita v poskytování služeb s ohledem na aktuální potřeby pacientů/klientů s různými typy problémů v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek či v souvislosti s patologickým hráčstvím, zavádění inovativních postupů podložených výzkumem, hodnocením praxe. Profil poskytovaných služeb má být v souladu s ověřovanými potřebami příslušných cílových skupin služeb. Je třeba usilovat o soulad s potřebami veřejnosti. Jsou zpracovávány doporučené a účinné postupy práce s cílovými skupinami a pacienti/klienty. Tyto postupy mají být předmětem stálé diskuse odborné veřejnosti.

Dostupnost

Adiktologické služby by měly být bez zbytečných průtahů a komplikací dostupné všem potenciálním uživatelům. Dostupnost služeb také znamená, že kontakt se službami je možné navázat a udržovat bez nutnosti vytržení pacienta/klienta z kontaktu s jeho přirozeným sociálním prostředím. Služby mají pacienta/klienta aktivně podporovat při využívání běžných služeb a neformálních přirozených zdrojů. Mají mu pomáhat kontaktovat a využívat tyto služby a zdroje podle jeho potřeb a přání. Určené místo a denní doba, během níž je služba poskytována, odpovídají cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny. Zařízení má realizovat opatření ke zvýšení dostupnosti péče (šíření informací o zařízení, monitorování využívané kapacity a čekací doby, poskytování informací pacientům/klientům a jejich rodinám o dalších možnostech odborné péče atd.).

Model víry ve vlastní zdraví

Chování vychází z toho, do jaké míry si jedinec myslí, že by ho daná nemoc mohla postihnout, a jak závažné by to pro něj mělo důsledky. Tento model souvisí s primární prevencí, především s dostatečnou informovaností cílové populace o důsledcích takového jednání.

Teorie motivace k ochraně vlastního zdraví

Míra motivace chránit se před nebezpečím záleží na následujících hlediscích: považujete hrozbu za závažnou, připouštíte, že může ohrozit i vás, zjistíte, že se proti ní dá účinně zakročit. Tato teorie je v systému primární prevence opět využitelná, např. v kontextu ovlivňování protidrogových postojů cílové populace a opět v dostatečné informovanosti dětí a mládeže o rizicích spojených s užíváním návykových látek.

Bezpečí – komunitní bezpečí

Adiktologické služby i správci jejich sítě mají usilovat o bezpečí ve správě a rozvoji sítě služeb. Jedná se o bezpečí uživatelů služeb (jež je součástí pojetí kvality služeb), o bezpečí veřejnosti, o bezpečí pracovníků služeb (zde zejména ve vztahu ke kontinuálnímu a přiměřenému financování služeb, souvisejícímu s jejich cenou). Je třeba usilovat o to, aby v síti služeb nebyly uplatňovány zásahy vedené úzkými, odborně či ekonomicky nedostatečně odůvodněnými zájmy.

Odborné personální zabezpečení a supervize

Odbornou péči provádí personál s příslušnou kvalifikací a osvědčením. Organizace má mít stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a předpoklady osobní a morální. Struktura i počet personálu odpovídá vyhlášce číslo 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů a zohledňuje potřeby a aktuální počet uživatelů služeb a jejich potřeby i provoz organizace. Složení a doplňování pracovního týmu odpovídá těmto potřebám. Pracovníci mají rovný přístup k vnější supervizi. Supervizorem je kvalifikovaný a uznávaný odborník, pracující mimo organizaci. Organizace má zavedený a respektovaný postup pro

pravidelné hodnocení pracovníků a týmů, jež zahrnuje stanovení, vývoj a naplňování osobních a týmových cílů, úkolů a potřeby další odborné kvalifikace. Organizace má vypracovaný a uplatňovaný systém oceňování pracovníků, a to nejenom finanční odměnou, ale i jinými způsoby (možnost zvyšování kvalifikace atd.).

Jedním z praktických nástrojů, který tato koncepce navrhuje k řešení problému roztržité péče o pacienty/klienty na hranicích jednotlivých systémů, v nichž je poskytována, je „**case management**“ (tzv. případové vedení) – mezioborový postup koordinované péče, užívaný u klientů s vícečetnými problémy v určitém období jejich života, případně u náročných klientů, kteří potřebují dlouhodobě péči více služeb současně. Tento postup je plně v souladu s požadavky Standardů odborné způsobilosti. Adiktolog získává tuto odbornost již v bakalářském stupni svého vysokoškolského vzdělání. Pozice case managera je pozice pracovníka, který pacienta/klienta provází různě dlouhým obdobím, řídí se individuálním plánem a v souladu s ním podporuje a ověřuje stabilizaci či zlepšování stavu pacienta/klienta. Výhodou této péče šité na míru klientovým potřebám a možnostem, stejně jako na míru dostupným místním podmínkám léčby a péče, je i fakt, že case manager může sledovat položku nákladovosti péče. Může tak ovlivňovat některé aspekty její efektivity (např. místo opakovaných pobytů v různých nemocničních zařízeních či léčebných komunitách pracovat individuálně na přípravě klienta k léčbě, nebo respektovat jeho rozhodnutí k tomu, že o léčbu nemá zájem a ve spolupráci s ním minimalizovat nárůst zdravotních, psychického a sociálního poškození pacienta/klienta a jeho okolí). Prakticky může case manager koordinovat práci s pacientem/klientem, který je v kontaktu s více službami současně (vyjednáváním o koordinovaném postupu v zájmu klienta i efektivity práce pracovníků těchto služeb).

Case manager může být také „rozcestníkem“ při prvním kontaktu klienta se systémem a rozhraním mezi sítí adiktologických služeb a sítí jiných služeb (sociálních, krizových, zdravotních jiných odborností apod.) při vstupu indikovaného klienta do systému adiktologických služeb. Case manager doplňuje položky na straně pacienta/klienta, ve kterých je projevem deficit (zejména motivaci, schopnost učení, samostatnosti v dopravě atd.). Prakticky koordinuje součinnost služeb zdravotních a sociálních, ambulantních i lůžkových. Legitimita této koordinace v přístupu k případu je mimo jiné dána kontraktem s pacientem/klientem.

V praxi těchto postupů v uplynulých desetiletích byl a je často využíván i efekt tohoto postupu pro lokální koordinaci sítě služeb v širším smyslu (sdílení společných pracovníků, prostor, procesů hodnocení kvality, společných projektů). Metoda case management je pro mnohé pacienty/klienty jedinou alternativou k hospitalizaci.

4.2 Slabé stránky systému adiktologické péče⁵

K hlavním slabým stránkám systému adiktologické péče, jež jsou výsledkem výše uvedeného vývoje, patří:

- Omezený počet ambulantních zdravotních služeb v oblasti léčby návykových poruch a výrazně nedostatečná realizace adiktologické péče v privátních psychiatrických ambulancích.
- Omezený počet kontaktních a poradenských služeb v oblasti minimalizace zdravotních a sociálních rizik.

⁵ Závěrečné zprávy organizací; Výroční zprávy HMP a NMS; zprávy sekcí při PK RHMP

- Omezený počet terénních programů v oblasti minimalizace zdravotních a sociálních rizik.
- Omezený počet substitučních programů.
- Absence sociálního bydlení a pracovních programů.
- Absence specializovaných programů zaměřených na snižování zdravotních a sociálních rizik s orientací na prevenci přenosu infekčních nemocí (HIV/AIDS, hepatitidy aj.).
- Potřeba poskytování určitého objemu a profilu výkonů odborné zdravotní péče je v rozporu s tím, že tyto výkony nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění nebo jsou hrazeny nedostatečně (např. sociální práce, rozsah psychoterapie, toxikologická vyšetření, substituce).
- Vylučování pacientů z programů dříve, než dojde k vytvoření sociální stability, z důvodu tlaků plátců péče, kteří odmítají úhradu tzv. sociálních hospitalizací.
- Zúžené spektrum některých adiktologických služeb – nezdravotnické programy se většinou zaměřují jen na práci s uživateli nelegálních návykových látek a neposkytují služby jiné specifické klientele (uživatelům alkoholu, patologickým hráčům)⁶, některé specializované zdravotnické programy pracují zase např. jen s uživateli alkoholu; poradny pro odvykání kouření jsou dalším zřejmým příkladem úzké specializace.
- Nestabilní a nedostatečné financování adiktologických služeb z veřejných zdrojů, zejména služeb závislých na každoročních dotacích.
- Preference striktně bio-medicínského přístupu v kombinaci s omezenou dostupností psychosociálních komponent léčby uživatelů návykových látek ve většině současných zdravotních adiktologických služeb, ačkoliv žádoucí je širší uplatňování bio-psycho-sociálního modelu závislosti dle Světové zdravotnické organizace.
- Mezi stávajícími adiktologickými programy chybí programy pro adiktologické pacienty s komorbiditami a duálními diagnózami (tedy programy využívající ve větší míře postupů „case managementu“).
- Veškeré standardy a teoretické teze odvykacího programu vycházejí často z představy plné a trvalé abstinence a plné resocializace pacienta. Pro velkou část pacientů/klientů jsou to nepředstavitelné a nereálné cíle. Současné koncepty „redukce konzumace“ nebo „redukce rizik“, použitelné stále častěji mimo oblast injekčního užívání návykových látek, nejsou dosud v adiktologii plně akceptovány.

4.3 Silné stránky systému adiktologické péče

- Adiktologické služby se rozvinuly do vějíře, který je dostupný pacientům/klientům ve všech fázích jejich závislosti, procesu změny. Jsou schopny nabídnout variantu individuální léčby, která je intenzivní a na rozdíl od minulosti i ambulantní formu péče. Principy komplexního přístupu a diferenciací se podařilo rozhodujícím způsobem implementovat.

⁶ Tuto „cílenost“ služeb na specifické skupiny klientů dosud udržuje například i řada v minulosti stanovených grantových/dotačních pravidel. Rozšíření spektra péče by znamenal výrazný nárůst finančních prostředků do grantových/dotačních řízení.

Existuje dostatek údajů o službách, aby bylo možné objektivně posuzovat a porovnávat jejich kvalitu, výkonnost a přiměřenost nákladů.

- Existence základního systému adiktologických služeb v oblasti primární, sekundární a terciární prevence. V HMP je funkční síť adiktologických služeb, která zahrnuje kontaktní a poradenská centra, terénní programy, substituční a doléčovací programy, denní stacionář, zařízení ambulantní a lůžkové péče, residenční péči v terapeutických komunitách a další vzdělávací a poradenské instituce, včetně certifikovaných programů primární protidrogové prevence.
- Služby zřizované zejména nestátními neziskovými organizacemi (dále jen „NNO“) se v dlouhodobém procesu projektového řízení (včetně vypracování průběžných a závěrečných každoročních zpráv o své činnosti) naučily korigovat a projektovat svou činnost na základě pravidelné analýzy potřeb a místní situace.
- Standardy kvality pro programy pracující s uživateli nelegálních návykových látek (tzv. certifikační systém Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky), které nastavují v duchu bio-psycho-sociálního modelu a multidisciplinárního přístupu vhodnou pozici pro uplatnění požadavků univerzality a flexibility služeb.
- Je koncipován samostatný obor adiktologie, který vytváří půdu pro rozvoj odborného zázemí služeb. Jeho absolventi jsou perspektivními nositeli žádoucích přístupů a dovedností. V současnosti tak obor adiktologie disponuje čtyřmi základními odbornostmi: lékařská odbornost - psychiatr s nadstavbovou specializací pro obor návykové nemoci, nelékařská odbornost - klinický psycholog, všeobecná sestra a adiktolog. Adiktolog je přitom jako odbornost koncipován a schválen jak na bakalářské, tak magisterské úrovni.
- Lůžková zařízení obecně prošla v posledních letech procesem standardizace péče, což se týká i lůžkové péče oboru psychiatrie.
- Specializovaná lůžková zdravotnická péče postupně vstřebala prvky terapeutické komunity jako léčebné metody, personál se vesměs vzdělává v psychoterapii – klasický redukovaný medicínský model je tak uplatňován jen málokde.

5. Cílová populace služeb adiktologické péče

a) Cílovou skupinou klientů/pacientů služeb adiktologické péče jsou podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10) osoby, které trpí poruchami, jež byly vyvolány užíváním jedné nebo více psychoaktivních látek (F10-F19), patologickým hráčstvím (F63.0), dalšími, obdobnými poruchami a/nebo abúzem látek nevyvolávajících závislost (F55). Jejich zdravotní stav a sociální situace v důsledku užívání psychoaktivních látek/patologického hráčství vyžaduje odbornou péči ambulantní či rezidenční.

Velmi často se jedná o sociálně problémovou klientelu, obtížně spolupracující, s nízkou tolerancí ostatními pacienty i nepoučenými zdravotníky. Na druhou stranu mají specializované odvykací programy relativně náročnou strukturu a vyžadují poměrně vysoký stupeň kooperace pacienta a stability jeho zdraví.

Onemocnění má recidivující charakter a léčba je tedy dlouhodobá a časově náročná, zároveň je obtížně ovlivnitelná pouze farmakoterapií, a proto vyžaduje vysoký objem psychosociálních intervencí, nutnost práce s rodinou pacienta, dlouhodobou a časově náročnou psychoterapii.

Cílovou skupinou adiktologických služeb jsou uživatelé návykových látek a osoby jim blízké. Nejčastěji se jedná o problémové a pravidelné uživatele návykových látek, méně často o rekreační uživatele. Patří sem také rodinní příslušníci, partneři, sourozenci a jiné blízké osoby uživatelů návykových látek. Další rozdělení cílové skupiny je možné podle typu závislosti, podle zneužívané látky a podle aktuální situace klienta, tedy zda je akutní uživatel, v léčbě nebo doléčovacím programu.

Základní cílové skupiny:

- problémoví uživatelé návykových látek (v HMP většinou injekční uživatelé)
- neinjekční uživatelé návykových látek
- osoby blízké uživatelům drog (partneři, rodinní příslušníci, přátelé apod.)

Specifické skupiny adiktologických služeb v HMP:

- mladiství klienti do 18 let
- matky uživatelské (těhotné uživatelské a uživatelské vychovávající děti vyžadující zvláštní péči)
- uživatelé – cizinci žijící na území HMP

Sekundární cílová skupina

- pracovníci adiktologických služeb – lékaři, adiktologové, psychologové, speciální pedagogové
- veřejnost
- bezpečnostní složky
- komunální politici, protidrogoví koordinátoři
- sociální pracovníci, kurátoři pro děti a mládež

b) Cílovou skupinou v rámci primární prevence rizikového chování je ta část populace, u které chceme zamezit vzniku rizikového chování – užívání návykových látek nebo jiných forem rizikového chování. Na základě systému služeb, resp. realizovaných programů primární prevence, můžeme primární cílovou skupinu rozdělit dle míry rizikovitosti rozvoje rizikového chování do tří základních skupin:

Primární cílová skupina

- běžná populace dětí a mládeže bez rozlišení z hlediska míry rizika,
- rizikové skupiny dětí a mládeže, tj. skupiny osob, u kterých jsou ve zvýšené míře přítomny rizikové faktory pro vznik závislosti na návykových látkách nebo vznik jiných forem rizikového chování a jsou více ohrožené než jiné skupiny běžné populace,
- jednotlivci, kteří vykazují rysy rizikového chování.

Sekundární cílová skupina

Je část populace, která bude působit na primární skupinu a bude jí svými postoji a chováním ovlivňovat. Jsou to následující cílové skupiny:

- studenti vyšších odborných a vysokých škol s humanitním zaměřením
- pedagogové základních, speciálních a středních škol
- školní metodici prevence
- rodičovská veřejnost
- protidrogoví koordinátoři, sociální pracovníci, kurátoři pro děti a mládež
- pediatři a psychologové

6. Principy služeb adiktologické sítě a protidrogové politiky⁷

6.1 Ochrana veřejného zdraví (Public Health)

Přístup ochrany veřejného zdraví vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Ve své čisté podobě nesleduje zájem individuálního klienta, ale ochranu celé společnosti - především před přenosem závažných infekčních chorob (HIV/AIDS, hepatitidy B a C). Vznikl a vyvíjel se nikoliv jako odpověď na problematiku drogové závislosti, ale v souvislosti s šířením viru HIV. Soustředil se tudíž na sdílení jehel a stříkaček při nitrožilním užívání návykových látek a na rizikový pohlavní styk jako na významné kanály, jimiž se infekce HIV šíří. Na základě těchto skutečností vznikaly metodické postupy jako je výměnný program, distribuce kondomů a edukačních materiálů, slinové testy na HIV, očkování drogové populace proti hepatitidám atd.

6.2 Bio-psycho-sociální model závislosti

Při používání metod a přístupu k léčbě osob užívajících návykové látky se vychází z komplexnosti problému souvisejícího se závislostí na návykových látkách. Proto, aby byly odborné služby efektivní a kvalitní, musí léčba těchto osob respektovat individualitu jedince, která je ovlivňována biologickými, psychologickými a sociálními faktory. Bio-psycho-sociální model popisuje kontext mezi návykovou látkou, uživatelem (i potenciálním) a sociálním prostředím. V samotném důsledku to znamená, že odborná péče o uživatele návykových látek musí vycházet z jejich potřeb a možností. Spektrum poskytovaných služeb se proto musí umět přizpůsobovat a rozvíjet nejen ke specifické povaze samotného problému závislosti, ale zejména směrem k měnícím se potřebám a individuálním rozdílům mezi klienty.

6.3. Systémová teorie

Systémová teorie předpokládá, že každý jev, tedy zdraví i nemoc (v našem případě závislost na návykových látkách nebo jiné rizikové chování), je důsledkem neustálé interakce různých systémů. Jedná se především o systémy intrapersonální (psychické a somatické), interpersonální (rodina, vrstevníci apod.) a sociální (prostředí, sociální klima apod.). Na úrovních těchto systémů lze definovat rizikové a protektivní faktory pro vznik symptomu, např. závislosti či jiných forem rizikového chování. V případě úrovně systému ve vztahové oblasti je symptom vnímán v širším kontextu, než je samotný jedinec. Subjektem zájmu není jen samotný identifikovaný klient, ale systém jako soubor všech vztahů, ve kterých je jedinec zúčastněn.

6.4 Snižování zdravotních a sociálních rizik (Harm reduction)

I když se v rámci Harm Reduction (dále jen „HR“) využívá některých metod, které zároveň slouží k ochraně veřejného zdraví, jde na rozdíl od výše uvedeného přístupu Public Health o přístup především individuální, zaměřený na individuální potřeby a perspektivy jedince. Přístup minimalizace poškození si neklade za cíl abstinenci klienta od návykových látek. Nevylučuje tuto perspektivu, ale nepokládá za nutné a účelné její okamžité, prvořadé a výlučné prosazování. Akceptuje, že klient v dané době užívá návykové látky a nechce či nemůže přestat (nemá třeba ani dostatečnou motivaci k tomu, aby o to usiloval a nastoupil léčbu), a snaží se zachovat klienta při životě a maximálním možným zdravím v bio-psycho-sociálním smyslu. Podaří-li se to, bude se klient později rozhodovat rozumněji.

⁷ K. Kalina et. al., Drogy a drogové závislosti, 2001, NMS

HR můžeme tedy definovat jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání návykových látek. Zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání po strategie vedoucí k abstinenci. HR strategie se snaží pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“ a zaměřuje se na okolnosti užívání i na užívání samotné.

Charakteristickým znakem modelu HR je jeho pragmatičnost, tedy zaměření se na praktický užitek a prospěch.

Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci návykových látek a jejich užívání, snaží se pracovat tak, aby negativní důsledky užívání návykových látek byly pro konkrétního jedince co nejmenší. Jakákoli změna směrem ke snížení poškození je považována za krok správným směrem. Toto úsilí směřuje ve výsledku ke snížení poškození zdraví celé komunity a v tomto kontextu může být problém jednotlivce chápán jako problém celku.

Přístup HR v adiktologii je dle EMCDDA⁸, WHO⁹ a dalších organizací jasně vymezen a účinnost tohoto přístupu je doložena řadou zpráv a vědeckých studií. Nicméně v ČR opakovaně dochází k situacím, kdy se jednotlivci, politici, občané i organizace a firmy dopouštějí krátkozrakých a populistických výroků a proklamací, které později vedou k neméně krátkozrakým řešením. Tato řešení nejen, že nejsou systémová, odborná a o vědecké výsledky opřená, ale dokonce hraničí s xenofobií a nesnášenlivostí. Takové chování společnosti v důsledku povede pouze ke zhoršení veřejného zdraví a s tím, především v oblasti výdajů na sociální a zdravotní péči, k větší ekonomické zátěži pro celou společnost.

Přístup HR je v praxi v evropském i celosvětovém kontextu realizován od počátků lidské společnosti, ale definován byl až v 80. letech 20. století. Prvními evropskými zeměmi, které začaly model HR aplikovat, bylo Nizozemí a Velká Británie. I v mnoha dalších zemích Evropy, například ve Švýcarsku a Německu, následně vznikly další programy vycházející z této strategie: „consumption room“ – aplikační místnost, Extasy Harm Reduction - testování tanečních návykových látek apod. Od konce 90. let je strategie HR uváděna jako jeden ze čtyř pilířů evropské drogové politiky. (Kalina 2001)

7. Protidrogová politika z pohledu občana hlavního města Prahy

Občané HMP mají velké obavy ze závislých na nealkoholových návykových látkách, které vnímají jako nebezpečné. Do osob závislých se často promítá strach z neznámého, nepochopitelného a tudíž nebezpečného. Proto jsou často závislí na návykových látkách považováni za původce všeho zlého v lokalitě.

Osoby závislé na alkoholu jsou vnímány jako obtěžující v případě, že se jedná o bezdomovce. Vůči osobám závislým na alkoholu ve svém okolí jsou občané HMP poměrně tolerantní. Opilost je vnímána jako něco normálního, nikoli jako nemoc – závislostní porucha.

Velmi negativně se k problematice závislostí staví občané bydlící v blízkosti otevřených drogových scén, kteří jsou každodenně konfrontováni s důsledky otevřené drogové scény, jako je aplikace návykových látek na veřejnosti, drogové obchody, majetková kriminalita, odhozené injekční stříkačky, zápach a špína, provázející uživatele návykových látek.

Občané většinou nevnímají závislé jako osoby nemocné, kteří potřebují léčbu, ale především jako pachatele trestné činnosti. Ze všech možných intervencí preferují represivní přístup.

⁸ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

⁹ Světová zdravotnická organizace

Zvláštní skupinou občanů jsou rodiče či příbuzní uživatelů návykových látek, kteří si jsou velmi dobře vědomi negativních postojů ostatních občanů. Reagují izolací, o svém trápení nemluví, cítí se vinni, nijak veřejně nevystupují. Máme-li v Praze přibližně 15 000 problémových uživatelů návykových látek, pak máme v Praze minimálně 22 000 občanů/rodičů, kteří jsou ve výše uvedené situaci.

8. Protidrogová politika z pohledu užívaných látek a cílové skupiny uživatelů návykových látek

8.1 Nealkoholové návykové látky

Prevalenční odhad problémových uživatelů drog¹⁰ (PUD - injekční uživatelé a/nebo dlouhodobí pravidelní uživatelé opiátů či pervitinu) žijících v Praze v roce 2012 byl Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti ČR (dále jen „NMS“) stanoven na 14 600 osob. Tento počet představuje více než 30 % z celkového počtu problémových uživatelů drog v ČR. NMS uvádí ve své zprávě 41 300 problémových uživatelů drog v ČR. Většina těchto osob nemá stálé zaměstnání, čtvrtina z nich nemá stálé bydliště a přespává na ubytovnách, squatech, na ulici.

Trendy vývoje jsou následující¹¹

- Počet problémových uživatelů nealkoholových návykových látek v posledních letech v podstatě stagnoval. Vzhledem k ostatním trendům v sociální oblasti je velmi pravděpodobný pozvolný růst problémových uživatelů. Expertní odhad je cca 16 000 problémových uživatelů v roce 2015.
- Věk problémových uživatelů se zvyšuje na 28,6 roku v roce 2012 (27,4 let v roce 2011).
- Zvyšuje se počet nezaměstnaných problémových uživatelů.
- Zvyšuje se počet uživatelů bez domova.
- Snižuje se vzdělání osob závislých.
- Zhoršuje se zdravotní stav uživatelů.
- Zhoršuje se celková sociální situace uživatelů, jsou více nápadní, mají zanedbaný zevněšek, páchnou a dopouštějí se více majetkové trestné činnosti.

8.2 Alkohol a tabák

Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

Mezinárodní projekt Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) je největší celoevropskou studií zaměřenou na zjištění rozsahu užívání legálních a nelegálních návykových látek u šestnáctiletých studentů. Projekt je realizován každé 4 roky od roku 1995. V roce 2011 tak proběhla již pátá vlna studie, do které se zapojilo 36 evropských zemí. V České republice na realizaci projektu ESPAD dlouhodobě spolupracuje Psychiatrické centrum Praha, NMS a Lékařské informační centrum spolu s agenturou INRES-SONES.

¹⁰ Výroční zpráva o věcech ve stavu drog v České republice za rok 2012

¹¹ Výroční zpráva o věcech ve stavu drog v České republice za rok 2012; závěrečné zprávy organizací; výsledky šetření pracovních skupin při PK RHMP

Přehled hlavních výsledků¹²

V roce 2011 pokračoval pokles zkušeností mládeže s nelegálními návykovými látkami, který byl zjištěn již mezi roky 2003 a 2007. Pokles zkušeností byl zaznamenán u všech sledovaných nelegálních návykových látek, poprvé včetně konopných látek (marihuana nebo hašiš).

Nejčastěji uváděnou nelegální návykovou látkou jsou stále konopné látky (42,3 % uvedlo alespoň jednu zkušenost v životě). Na dalších místech se objevovaly zkušenosti s užíváním léků se sedativním účinkem (v životě vyzkoušelo 10,1 %), s čicháním rozpouštědel (7,8 %) a s užitím halucinogenních hub (6,9 %). Zkušenosti s LSD (5,1 %), extází (3,3 %) a amfetaminy (2,0 %) byly mezi studenty méně časté, zkušenosti s návykovými látkami typu heroin a kokain byly v populaci šestnáctiletých minimální (1,4 %, resp. 1,1 %).

V posledních 30 dnech užilo marihuanu nebo hašiš 14,6 % šestnáctiletých, těkavé látky 1,5 %, užití ostatních návykových látek se pohybovalo do 1 %.

Při extrapolaci na věkovou skupinu 15–19 let mělo tedy odhadem v ČR alespoň jednu zkušenost s nelegálními návykovými látkami (především konopnými látkami) asi 250 tisíc osob, opakovanou zkušenost (více než 5krát v životě) asi 100 tisíc osob.

Průzkum v roce 2011 potvrdil rozdíly v užívání konopných návykových látek mezi pohlavími – chlapci uváděli vyšší zkušenosti ve srovnání s dívkami. U jiných návykových látek nebyly rozdíly v závislosti na pohlaví významné.

Podíl denních kuřáků cigaret zůstává dlouhodobě na stejné úrovni. Denně kouřilo v roce 2011 celkem 25 % šestnáctiletých, z nich bylo 8 % silných kuřáků (vykouřilo denně 11 a více cigaret). Rozdíly v prevalenci denního kuřáctví byly mezi chlapci a dívkami malé (27,2 %, resp. 24,2 %).

V užívání alkoholických nápojů se situace téměř nezměnila od poloviny 90. let minulého století. U chlapců vzrostl výskyt pravidelného pití piva, u děvčat vína a u obou pohlaví vzrostl výskyt pravidelné konzumace destilátů a alkopops (tj. alkoholizovaných limonád). Nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) více než 3krát v posledním měsíci konzumovalo 21 % studentů.

Oproti roku 2007 se nezměnilo subjektivní vnímání rizik spojených s kouřením a pitím alkoholu. Jen 55 % dotázaných považuje denní kouření více než 20 cigaret za velké zdravotní riziko a necelá polovina dotázaných považuje za rizikové pití 4 nebo více sklenic alkoholu denně.

Odhady osob závislých na alkoholu v ČR se pohybují od 990 000 – 1 400 000 (Sovinová; Csémy, 2010). Z toho je v HMP 36 250 – 84 200 osob. Z uvedeného rozpětí odhadu je vidět, že situace stran zneužívání alkoholu není dostatečně monitorována a nejsou k dispozici přesnější data.

¹² Výsledky české části studie, zveřejněné 20. 2. 2011

9. Protidrogová politika z pohledu zajištění sítě služeb v hlavním městě Praze¹³

9.1 Specializované služby pro nealkoholové návykové látky

9.1.1 Služby snižování zdravotních a sociálních rizik (HR)

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

V současné době v Praze působí pět specializovaných terénních programů. V roce 2012 jejich služby využilo 6 419 problémových uživatelů. Poskytované služby jsou výměny injekčního materiálu, poradenství a zdravotního ošetření. V HMP je také jeden terénní program zaměřený na mladé uživatele – většinou alkoholu či cannabinoidů.

Kontaktní centra v hlavním městě Praze

Nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek. Služby poskytují 3 nestátní neziskové organizace.

Kontaktní centra jsou v Praze tři a za rok poskytnou služby 4 335 klientům (výměnný program, poradenství, hygienický servis, zajišťování léčeb). Organizace jsou dotovány finančními prostředky v rámci grantových řízení vyhledávaných odborem zdravotnictví, sociální péče a prevence Magistrátu HMP (dále jen „ZSP HMP“), musí doložit certifikaci odborné způsobilosti udělenou Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen „RV KPP“), registraci sociálních služeb dle z. č. 108/2006 Sb.

9.1.2 Služby zabývající se léčbou a resocializací včetně následné péče

Ambulantní léčba

Ambulantní léčba je v současné době nejslabším článkem. V Praze fungují dvě zdravotnické ambulance pro nealkoholové závislosti - Klinika adiktologie 1. Lékařské fakulty UK v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (385 klientů v roce 2012), Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (Dětské a dorostové detoxikační centrum).

Další ambulantní služby provozují nestátní zdravotnická zařízení:

- Prev-Centrum – Ambulantní léčba (ambulantní léčba, psychosociální složka substituční léčba, rodinná terapie) s kapacitou 270 klientů v ambulanci.
- Denní stacionář SANANIM s kapacitou 10 klientů ve skupině denně a 250 klientů v ambulanci. Zařízení je také určeno pro matky s dětmi.
- Středisko prevence a léčby drogových závislostí - DROP IN o. p. s. poradna pro matky s dětmi.

¹³ Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice; Analýza současného stavu a potřeb v oblasti drogových služeb na území hl. m. Prahy určených příslušníkům národnostních menšin a přistěhovalcům - Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP a Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Ostatní ambulantní služby na území HMP jsou nestátní neziskové organizace se statutem sociální služby. Mezi ně patří Anima - terapie, o. s., Poradna pro rodiče SANANIM a Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem SANANIM pro 200 osob ve vězení.

Specializované ambulantní služby:

- pro děti, mladistvé a mladé uživatele jsou tři ambulance,
- pro matky s dětmi je jedno zařízení,
- pro rodiče závislých klientů je jedno zařízení,
- pro závislé osoby s duální diagnózou je jedno zařízení,
- pro osoby v konfliktu se zákonem je jedno zařízení.

Z uvedeného se zdá, že jsou zajištěny ambulantní služby pro specifické skupiny, ale nedostatečně jsou zajištěny služby pro běžnou populaci závislých.

Ve zdravotnických ambulantních zařízeních se v HMP v roce 2012 léčilo 7 737 klientů, s alkoholovou závislostí 3 695 a závislých na nealkoholových návykových látkách bylo 3 981¹⁴.

Substituční léčba

V roce 1998 byl v HMP (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, oddělení léčby závislosti Apolinář) zahájen pilotní projekt substituce metadonem s deseti klienty. Po vyhodnocení pilotního projektu se substituční léčba stala základním projektem protidrogové politiky v ČR.

Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní návykové látky nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky (např. užívání heroinu je nahrazeno užíváním metadonu), nebo může jít o substituci škodlivého způsobu aplikace návykové látky za méně škodlivý (např. cigarety jsou nahrazeny nikotinovými náplastmi), případně je to kombinace obou způsobů (např. injekční užívání heroinu je nahrazeno užíváním metadonu, který je podáván jako nápoj).

Substituční léčba je zajištěna v šesti specializovaných centrech, s kapacitou 260 – 300 osob pro substituci metadonem a 450 – 500 osob pro substituci buprenorfinem, většinou Suboxon. Centra poskytují komplexní substituční program i s psychosociální komponentou. Samotný buprenorfin v Praze předepisuje cca 10 lékařů pro 800 klientů, celkem bylo substituováno v Praze 1 523 klientů¹⁵ (dle registru substitučních látek).

Terapeutické komunity - dlouhodobá residenční péče

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

Klienti z Prahy se mohou léčit v cca dvanácti terapeutických komunitách. HMP přispívá ze svého rozpočtu na provoz tří komunit. Jedna je pro klientelu od 25 do 60 let s kapacitou 20 lůžek, druhá je pro mladistvé a mladé dospělé od 15 do 24 let a pro závislé matky s dětmi (kapacita 31 lůžek) a třetí, provozovaná organizací se sídlem ve Středočeském kraji, je pro 16 klientů.

¹⁴ ÚZIS

¹⁵ Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky HMP v roce 2012

Služby následné péče

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

V Praze fungují pro klienty, občany HMP, tři intenzivní strukturované doléčovací programy s kapacitou 400 osob ročně a s chráněným bydlením s kapacitou 27 lůžek. Specifickou cílovou skupinou jednoho doléčovacího programu jsou matky s dětmi. Dále jsou dostupné tři ambulantní doléčovací skupiny s kapacitou 40 klientů. V HMP také fungují svépomocné skupiny, jako „Anonymní narkomani“ a „Anonymní alkoholici“.

Resocializace a zaměstnávání

Své služby v Praze nabízí jedna pracovní agentura pro bývalé uživatele návykových látek, která umísťuje klienty na běžný trh práce. Kapacita této služby je 200 osob. Dále je v HMP Praze jedna chráněná dílna pro problematické bývalé uživatele, jedna sociální firma s pracovním programem pro celkem 8 pracovních míst a pracovní program pro aktuální uživatele návykových látek s kapacitou 10 míst na DPP.

9.1.3 Služby zabývající se primární prevencí rizikového chování dětí a mladistvých

Primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže v gesci školství

Primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže v gesci školství (dále jen „PPRCH“) je nedílnou a nezbytnou součástí preventivního působení na nejširší cílovou populaci. Hlavní cílovou skupinou, na kterou se tato část prevence zaměřuje, jsou školou povinné děti a mládež. Kromě toho se primární prevence zaměřuje na pedagogy a rodiče, kteří jsou zásadními prostředníky pro působení na hlavní cílovou skupinu. Při naplňování uvedených východisek klademe důraz na smysluplné a uspokojivé propojování potřeb cílových skupin s nabídkou služeb za efektivního využívání ekonomických zdrojů.

Od roku 2003 jsou projekty tohoto typu prevence systematicky podporovány z rozpočtu HMP prostřednictvím grantového řízení „Zdravé město Praha“ v samostatném programu. Školy a školská zařízení v HMP jsou tak v celorepublikovém měřítku ve výjimečném postavení. V žádném kraji ČR nejsou aktivity PPRCH takto podporovány z krajské úrovně. S kvalitou PPRCH úzce souvisí další přednost HMP, kterou je Pražské centrum primární prevence (dále jen „PCPP“). PCPP je oddělením Centra sociálních služeb Praha.

V roce 2013 byl spuštěn proces certifikací PPRCH, což znamená, že MŠMT přijalo Standardy odborné péče PPRCH. Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování je posouzením a formálním uznáním, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. Jde tedy o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými standardy a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění.

Pražské centrum primární prevence

PCPP je důležitým partnerem oddělení prevence ZSP MHMP. Spolupráce zejména v přípravě metodiky a následném posuzování projektů specifické primární prevence a při vzdělávací činnosti metodiků prevence a protidrogových koordinátorů městských částí. PCPP nabízí metodickou podporu, konzultace a vzdělávání v jednotlivých oblastech rizikového chování. Tyto služby jsou určeny pro vedení školy, třídní učitele, školní metodiky prevence, další pedagogické pracovníky, organizace a další odborníky z oblasti prevence rizikového chování. Dále se PCPP zaměřuje na tyto činnosti:

- podílí se na tvorbě informačních a metodických projektů,
- mapuje systém služeb primární prevence,
- připravuje analýzy z oblasti rizikového chování, které jsou podkladem pro vytváření plánů a strategií v oblasti primární prevence rizikového chování v Praze, v této oblasti také spolupracuje s MŠMT a oddělením prevence ZSP MHMP,
- podílí se na vědecko-výzkumné činnosti ve spolupráci s akademickými pracovišti.

9.1.4 Subjekty a aktivity zabývající se informacemi, vědou, výzkumem a vzděláváním

Klinika adiktologie

Klinika adiktologie je odborné pracoviště 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Vznikla k 1. 1. 2012 spojením Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a oddělení pro léčbu závislostí VFN v Praze. Jde na tomto poli o zcela unikátní spojení dvou doposud samostatných pracovišť, zahrnujících jak lékařskou, tak nelékařskou část profesí pohybujících se v tomto nově se konstituujícím oboru. Klinika adiktologie se zaměřuje na klinický lůžkový provoz (3 lůžková oddělení), ambulantní provoz (4 ambulantní provozy) a na výuku a výzkum v adiktologii, oboru zkoumajícím rizikové prostředí užívání návykových látek a závislostní chování.

Informační a internetové služby

V rámci služeb jsou dostupné internetové poradenské služby pro nealkoholové návykové látky, specializovaný server pro závislosti na alkoholu, server pro závislosti na benzodiazepinech. Tyto servery obsahují svépomocné dotazníky pro zhodnocení vlastního užívání alkoholu a svépomocný program zvládnutí problémů s alkoholem.

Hlavní stránky:

- drogovaporadna.cz
- prevence-praha.cz
- drogy-info.cz
- drogy.net
- primarni-prevence.cz
- Další informace poskytují internetové stránky úřadů – magistrátu a úřadů městských částí, např.:

http://www.praha.eu/jnp/cz/home/magistrat/odbory_mhmp/protidrogova_politika/aktuality/index.html

Právní poradenství

Právní poradnu pro uživatele návykových látek a jejich blízké se zaměřením na právní pomoc v oblastech práva rodinného, občanského, pracovního a trestního zajišťuje A.N.O – Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním.

9.2 Specializované služby pro závislost na alkoholu

Záchytné stanice

Praha v současnosti disponuje jednou záchytnou stanicí s devatenácti lůžky. Od roku 2004 provozovala záchytnou stanicí na základě smlouvy s HMP Fakultní nemocnice Na Bulovce. Od 1. 1. 2013 provozuje HMP záchytnou stanicí prostřednictvím své příspěvkové organizace Městská poliklinika Praha.

Ambulantní zařízení

AT (Alkohol – Toxikomanie) ordinace jsou ambulantní zařízení, která se starají především o uživatele alkoholu. Ucelená síť těchto služeb není v Praze zajištěna. V současné době je

v Praze devět AT ordinací, které nabízejí klasické služby psychiatra, ale ještě k tomu podpůrné skupiny, psychoterapii, abstinenční léčbu. Rada psychiatrů má v Praze nasmlouvanou problematiku AT, ale ta není hlavní činností jejich ordinací. Z důvodu menší ekonomické zajímavosti a více komplikací spojených s klientelou uživatelů návykových látek ubývá těch, kteří chtějí touto problematikou cíleně zabývat.

V Praze funguje jeden denní stacionář pro osoby závislé na alkoholu s 10 místy. Celkem se v AT ordinacích a u ambulantních psychiatrů v roce 2012 léčilo v HMP 3 659 osob.

Následná péče

Pro osoby závislé na alkoholu jsou zřizovány většinou doléčovací skupiny, které jsou součástí intenzivních léčebných programů (např. Klinika adiktologie VFN v Praze, Psychiatrická nemocnice Bohnice) nebo při AT ordinacích. Intenzivní strukturovaný doléčovací program poskytuje jedna nestátní nezisková organizace, kterou je Centrum Alma. Informace o kapacitě nejsou běžné dostupné a vzhledem k tomu, že se jedná o skupiny ve zdravotnických zařízeních, jsou tito klienti vykázáni v ambulantní léčbě.

9.3 Společná zařízení pro léčbu všech typů závislostí

Detoxifikační jednotky

V Praze jsou dvě detoxifikační jednotky pro dospělé muže i ženy. Část pražských klientů se detoxifikuje i v zařízeních mimo Prahu. Kapacita detoxifikačních lůžek v Praze je cca 35 lůžek. V provozu je též detoxifikace pro mladistvé a děti s kapacitou 14 lůžek. Ambulantní detox provádějí specializovaná substituční centra.

Lůžková péče (dříve ústavní léčba)

Lůžková péče probíhá společně pro všechny závislosti. V Praze je 231 lůžek. Uživatelé nealkoholových návykových látek se většinou léčí v zařízeních mimo Prahu. Existuje jedno soukromé léčebné pobytové centrum, které však nemá statut ani zdravotnického ani sociálního zařízení a +služba není ani certifikována.

10. Protidrogová politika z pohledu bezpečnostních složek

Základním cílem zůstává snížení dostupnosti ilegálních látek na černém trhu, což je plně v gesci represivních složek. Pro potřeby koncepce protidrogové politiky HMP je možné definovat základní principy spolupráce zejména s Městskou policií hlavního města Prahy. Praxe ukazuje jak velmi je potřebná spolupráce mezi zástupci represivních složek a pracovníky adiktologických služeb.

Nejdostupnější ilegální návykovou látkou v ČR jsou konopné látky, následuje pervitin. V HMP jsou na rozdíl od ostatních krajů ČR, na druhém místě nejvíce zneužívány opiáty. Stále je vysoká dostupnost alkoholu a tabáku i pro osoby mladší 18 let, kdy příčinou je často nedostatečné vymáhání práva. Je nutné si uvědomit, že alkohol a tabák jsou pro tuto věkovou skupinu ilegální návykové látky.

Podstatné jsou programy zaměřené na trestně-právní vědomí, kdy zejména mladým lidem je nutné vysvětlovat zákony týkající se pěstování/výroby, užívání a prodeje návykových látek.

V posledních letech je velmi aktuální spolupráce zástupců samosprávy a represivních složek v souvislosti s přibývajícím aktivitou zejména vietnamské komunity v pěstování konopí a ve výrobě pervitinu. Všeobecně se mění vztah příslušníků národnostních menšin k užívání návykových látek.

11. Protidrogová politika a komunitní bezpečí

Život ve velkém městě s sebou přináší i téma komunitního bezpečí. Komunitní bezpečí je narušováno jednak trestnou činností, jednak výskytem osob, které se svým chováním a zjevem vymykají běžné populaci. Do této skupiny patří i uživatelé návykových látek. Nejproblematictější oblasti z hlediska komunitního bezpečí a protidrogové politiky jsou otevřené drogové scény.

Jako nejproblematictější na chování uživatelů návykových látek jsou vnímány následující projevy: krádeže, žebrání, konfliktnost, aplikace drog na veřejnosti, prodej drog, nepořádek, pohazování injekčního materiálu a neupravenost vzhledu, přespávání v bytových domech, průchodech a strach z infekce.

Vzhledem k výše uvedeným projevům chování se obyvatelé obávají umístění nízkoprahových center v blízkosti jejich bydliště.

Řešení problémů působených uživateli návykových látek by mělo obsahovat následující kroky:

- Otevřená komunikace mezi policií, městskou policií, zástupci MČ, poskytovateli služeb, pravidelné schůzky, v rámci kterých by se projednávala aktuální situace a její řešení. Vzájemné sdílení informací a vytvoření vhodné platformy pro tuto komunikaci v Praze i na městských částech.
- Vyváženost represe a prevence, s ohledem na veřejné zdraví.
- Využití obecních vyhlášek k úpravě chování ve veřejném prostoru (zákaz aplikace drog na veřejnosti).
- Diskuse o umístění nízkoprahových služeb s optimální kapacitou a způsobu jejich vzniku.

Při vytváření sítě nízkoprahových služeb a jejich rozložení do lokalit by měla být zvažována následující kritéria:

- Dopravní dostupnost městskou dopravou s pravidelnou a spíše častější frekvencí spojů.
- Předcházení vytváření ghett.
- Aplikace integračního principu při práci s uživateli návykových látek.
- Rovnoměrné rozložení služeb po celé Praze.
- Optimální kapacita center.
- Systémový přístup k budování sítě s vědomím toho, že se nejedná o izolované kroky (např. otevření více malých nízkoprahových center v jednom okamžiku).

12. Protidrogová politika z pohledu financování

Financování služeb, které zabezpečují protidrogovou politiku v HMP, je vícezdrojové. Náklady na státní policii, soudy, vězeňství jsou hrazeny ze státního rozpočtu a náklady na městskou policii jsou z rozpočtu HMP. Zdravotní služby, především pro léčbu závislosti na alkoholu, jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Nestátním zdravotnickým zařízením pro léčbu závislosti na nealkoholových návykových látkách se v podstatě nedaří uzavírat smlouvy se zdravotními pojišťovnami, a proto většina péče zdravotních i sociálních služeb je hrazena z jiných zdrojů. Na financování se podílí rezortní ministerstva, RV KPP, HMP (případně další kraje), městské části, zdravotní pojišťovny a vlastní získané prostředky.

HMP patří mezi nejvýznamnější poskytovatele finančních prostředků na realizaci programů protidrogové politiky v ČR. Finanční prostředky vynakládané z rozpočtu HMP svědčí o odpovědnosti jeho představitelů a vůli přistupovat k problematice závislostí racionálně a efektivně.

Na financování protidrogové politiky v HMP se podílí:

Poskytovatel prostředků	finančních	Podporované oblasti
Hlavní město Praha		programy primární prevence programy snižování rizik programy léčby a sociálního začleňování
Městské části hl. m. Prahy		programy primární prevence programy snižování rizik programy léčby a sociálního začleňování
Úřad vlády ČR – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky		programy primární prevence programy snižování rizik programy léčby a sociálního začleňování
Ministerstvo práce a sociálních věcí		programy snižování rizik programy léčby a sociálního začleňování
Ministerstvo zdravotnictví		programy snižování rizik programy léčby
Ministerstvo spravedlnosti		legislativní návrhy služby prevence, léčby a minimalizace rizik v podmínkách výkonu vazby a trestu odnětí svobody
Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy		programy primární prevence
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR		programy léčby

Vysoký počet zdrojů, rozdílné podmínky pro poskytování dotačních prostředků a v neposlední řadě značně poddimenzované finanční prostředky na programy protidrogové politiky činí systém finančního zabezpečení nestabilním. Nestabilita znemožňuje efektivní finanční plánování a vede k meziročnímu nepředvídatelnému snižování kapacity programů, a tím i k omezování dostupnosti potřebných adiktologických služeb pro uživatele návykových látek.

Finanční prostředky, které byly alokovány na protidrogovou politiku v rozpočtu HMP pro rok 2014 jsou ve výši 45 mil. Kč. Tyto prostředky jsou určeny na podporu všech typů služeb protidrogové prevence, léčby a resocializace, ale také na podporu realizace protidrogové politiky na místní úrovni, tedy pro městské části, a na tzv. neslužbové aktivity – vzdělávací akce, informační kampaně apod. Krácení finančních prostředků, které jsou určeny pro pražské služby v rámci dotačních řízení na RV KPP, MZ a MPSV, způsobuje nestabilitu sítě služeb a nutné dofinancování v průběhu roku.

Výsledkem nedostatečného financování adiktologických služeb je situace, kdy nelze zajistit služby pro počet klientů, který je deklarován v rámci statistických údajů HMP, Hygienické stanice HMP a NMS. V důsledku tedy dochází k problémům v poskytování adiktologických služeb, které spočívá v některých nutných omezeních buď ve výkonu služby, nebo v jejím časovém rozsahu. Důsledkem jsou také otevřené drogové scény v několika exponovaných částech HMP proto, že nejsou kapacity a personální zdroje, které by v souladu s dobrou praxí

a standardy odborné způsobilosti mohly zajistit potřebné služby tak, aby nedocházelo k excesům, narušování veřejného pořádku a ohrožování veřejného zdraví.

Pro podporu standardně fungující současné sítě adiktologických služeb v HMP je nutné zajistit dostatečné finanční prostředky, které jsou uvedeny v dalších částech materiálu, včetně jejich určení.

Dotlační systém je velmi nestabilním způsobem financování, který zatěžuje jak poskytovatele finančních prostředků, tak poskytovatele služeb, kteří každý rok bojují o přežití. Významným posunem ke zlepšení je přidělování čtyřletých grantů.

13. Protidrogová politika z pohledu poskytovatelů služeb

Poskytovatelé služeb mají velký zájem podílet se na řešení protidrogové politiky v HMP. Užívání návykových látek není možné zcela vymýtit, ale je možné snížit počet problémových uživatelů a zmírnit dopady užívání jak pro samotné uživatele, ale zejména s ohledem na zdraví celé společnosti. To je také hlavní cíl všech pracovníků v adiktologických službách. Názor, který je občas prezentován, že pracovníci služeb podporují uživatele v jejich závislosti, aby nepřišli o práci, je přinejmenším zcestný, a rozhodně je nebezpečný. S takovými předsudky a mýty se musí všichni, kteří se snaží prosadit racionální a efektivní protidrogovou politiku, vypořádávat. Jedním z dalších předsudků je, že jsou služby příčinou problému, že kdyby nebyly služby pro klienty, nebyli by ani klienti. Pracovníci služeb si uvědomují pohled občana, politika, ale samozřejmě vnímají i ty, se kterými úzce pracují, tedy samotné uživatele návykových látek a jejich blízké.

Někdy jsou však služby tak úzce zaměřeny na problematiku svých klientů, že nejsou schopny efektivně spolupracovat, nedochází ke vzájemnému pochopení potřeb a cílů, a tak není ani shoda na řešení společných problémů s občany, politiky, obcemi.

Rozbor situace ve vztahu k navrhovaným opatřením

- V současné době je v HMP cca 14,6 tisíc problémových uživatelů nealkoholových návykových látek¹⁶, z toho na tzv. otevřené drogové scéně 6-8 tisíc.
- Podle kvalifikovaných odhadů jsou služby poskytovány 4 tisícům klientů v kontaktních centrech a 2 tisícům klientů v péči terénních programů¹⁷.
- Ze zkušeností vyplývá, že budou-li klienti pod kontrolou v nízkoprahových centrech, nebudou na ulicích.
- Vzhledem k ekonomické krizi můžeme předpokládat nárůst problémových uživatelů nealkoholových návykových látek na minimálně 15,5 až 16 tisíc v HMP do roku 2018.
- Hrozbou je prudce a dlouhodobě se zhoršující zdravotní stav problémových uživatelů návykových látek – VHC, VHB, HIV/AIDS, TBC, syfilis.
- Dále se snižuje sociální statut cílové skupiny, uživatelé návykových látek dosahují nižšího vzdělání, zvyšuje se počet uživatelů návykových látek bez domova a bez zaměstnání a zhoršuje se schopnost uplatnění na trhu práce.

Na tuto situaci je potřeba se připravit již nyní. O nutnosti připravenosti na obtížné mimořádné situace nás poučila nedávná substituční krize, stejně jako epidemie žloutenky (VHA) v roce 2008 a metanolová krize v roce 2012.

¹⁶ Výroční zpráva o věcech ve stavu drog v České republice za rok 2012

¹⁷ Závěrečné zprávy organizací

- Zajistit realizaci a rozvoj substitučních programů.
- Zabezpečit služby pro mladistvé alkoholiky.
- Zajistit dostatečné kapacity služeb HR – nízkoprahových kontaktních a poradenských center a terénních programů.
- Podpořit budování programů zaměřených na snižování zdravotních a sociálních rizik v souladu s potřebami HMP, jednotlivých místních komunit a v souladu s legislativou a vědeckými poznatky v daném oboru.
- Zaměřit se na podporu sociálního bydlení a pracovních programů pro definované cílové skupiny.

14. Závěr

První koncepce protidrogové politiky HMP po téměř patnácti letech navazuje na dokumenty jako je „Pražská deklarace o principech účinných místních protidrogových politik“ (viz příloha), Národní strategie protidrogové politiky, Strategický plán rozvoje sociálních služeb hl. města Prahy, Koncepce prevence kriminality a další. Souhrn klíčových trendů v systému adiktologických služeb vychází z materiálů zpracovaných pracovní skupinou primární prevence, pracovní skupinou Harm Reduction, pracovní skupinou léčby a následné péče a pracovní skupinou složenou ze zástupců volených orgánů městských částí. Podstatné informace a podklady byly pro tento materiál použity ze závěrečných zpráv mnoha organizací a institucí, zejména RV KPP, NMS, Hygienické stanice hl. města Prahy, závěrečné a výroční zprávy nestátních a státních organizací a také EMCDDA.

Podstatnou a klíčovou součástí koncepce jsou texty a citace převzaté ze Strategie adiktologických služeb (SNN ČS JEP 2013), na nichž se podíleli přední odborníci v oblasti adiktologie a psychiatrie. Takové texty jsou jistě důležitou pomocí a oporou pro nově vznikající koncepci a strategii HMP.

Součástí koncepce a strategie protidrogové politiky HMP je vyčíslení nákladů na provoz stávající sítě adiktologických služeb a návrh realizace opatření nebo vybudování chybějících kapacit včetně finančních nákladů.

Koncepce a následně i strategie protidrogové politiky HMP má za cíl navrhovat a následně implementovat skutečně účinné intervence v oblasti veřejného zdraví, které prospívají i bezpečnosti v komunitách. Zdraví komunity je zásadní pro vnímání bezpečnosti, aktivity a intervence chránící bezpečnost veřejnosti. Musí být jedním z předpokladů zlepšování veřejného zdraví. Opatření v oblastech ochrany veřejného zdraví a bezpečnosti občanů, tedy členů komunit, mají stejný konečný cíl, pokud jde o návykové látky, a to minimalizovat negativní důsledky obchodu s nimi a maximálně omezit jejich zneužívání.

Problém návykových látek, nejen nelegálních, a jejich škodlivých dopadů je natolik složitý a komplexní, že je nezbytná spolupráce mnoha oborů při vytváření a prosazování protidrogové politiky. Protidrogová politika je ovlivňovaná desítkami faktorů, které se netýkají jen oblastí psychiatrie, psychologie, sociální práce nebo kriminologie, ale i širokého spektra společenského života, včetně faktorů genetických, biologických, náboženských/duchovních, politických, ekonomických a jiných. Je zřejmé, že hodnoty uznávané konkrétními národy a komunitami je nutné reflektovat v každodenním rozhodování. Každý takový proces rozhodování by měl pevně vycházet a opírat se o důkazy shromážděné vědeckými a kontrolovatelnými metodami a nikdy by neměl být založen jen na ideologii nebo zbožných přáních.

STRATEGIE
protidrogové politiky hlavního města Prahy
na období 2014 až 2020



Obsah

1. Úvod.....	34
2. Funkce Strategie 2014-2020	35
2.1. Základní východiska	35
2.1.1. Protidrogová politika	35
2.1.2. Základní přístup k řešení problému užívání návykových látek	36
2.1.3. Primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v gesci školství	36
2.1.4. Programy léčby a sociálního začleňování	37
2.1.5. Programy snižování zdravotních a sociálních rizik.....	37
3. Legislativní rámec	38
3.1. Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog	38
3.2. Oblast zdravotní	39
3.3. Oblast sociální.....	40
3.4. Oblast primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v gesci školství	41
4. Cíle protidrogové politiky HMP na období 2014-2020	41
4.1. Hlavní cíl	41
4.2. Dílčí cíle	41
4.3. Zabezpečení cílů	42
4.4. Koordinace protidrogové politiky v HMP	43
4.4.1. <i>Protidrogová komise Rady HMP</i>	43
4.4.2. <i>Oddělení prevence v odboru zdravotnictví, sociální péče a prevence Magistrátu HMP</i>	44
4.4.3. <i>Městské části Praha 1-22</i>	44
4.4.4. <i>Ostatní subjekty</i>	44
4.4.5. <i>Síť poskytovatelů služeb</i>	44
4.4.6. <i>Policejní složky</i>	45
4.4.7. <i>Kraje ČR</i>	45
5. Stanovení východisek, potřeb a opatření v kontextu jednotlivých aktérů vytvářejících protidrogovou politiku HMP.....	45
5.1. Z pohledu občana HMP	46
5.2. Z pohledu politika	47
5.3. Z pohledu poskytovatelů služeb.....	47
5.4. Z pohledu zajištění sítě služeb v HMP	48

5.4.1. Sít' služeb pro uživatele nealkoholových návykových látek a alkoholu	48
5.4.2. Podle návykových látek a charakteristiky uživatelů	49
5.4.3. Z pohledu bezpečnostních složek.....	50
5.4.4. Z pohledu financování protidrogové politiky	51
6. Předpokládané fáze Strategie 2014-2020 v návaznosti na financování a rozvoj adiktologických služeb	53
7. Závěr	55

PREAMBULE

*Klíčový je realismus*¹⁸

Svět bez drog – nebo město bez drog – je nerealistická idea, která se stává škodlivou koncepcí ve chvíli, kdy je stanovena jako konečný cíl, stejně jako jiné utopie, které v historii potkal stejný osud. Látky s psychotropními účinky jsou starší než lidstvo samo a budou tu s námi vždy, se všemi negativními i pozitivními momenty. Je ovšem užitečné a realistické dát si za cíl snižování škod vzniklých v důsledku obchodování s drogami a jejich zneužívání v co nejvyšší míře – mimo jiné snižováním objemu drog užívaných mimo zdravotnictví, a tím i snižováním celkové závažnosti s tím souvisejících rizik prostřednictvím prevence, léčby a regulace.

1. Úvod

Protidrogová politika hlavního města Prahy (dále jen „HMP“) je uplatňována na základě zásadních dokumentů, kterými jsou Koncepce protidrogové politiky hlavního města Prahy, Strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy a Akční plán protidrogové politiky hlavního města Prahy. Strategie protidrogové politiky hlavního města Prahy na období 2014-2020 (dále jen „Strategie 2014-2020“) vychází z Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018 schválené usnesením vlády č. 340 ze dne 10. května 2010 a dále z Protidrogové strategie EU (2013-2020) a z Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb schválené výborem Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen „SNN ČLS JEP“).

Strategie 2014-2020 se nezabývá pouze užíváním ilegálních návykových látek, ale i problematikou užívání alkoholu a tabáku, oblastí vymáhání práva a komunitním bezpečím.

Stále se nedaří zastavit trend zvyšování počtu uživatelů návykových látek. Zatímco v České republice se podle posledních údajů NMS počet zvyšuje jen mírně, v HMP došlo mezi roky 2011 a 2012 k poměrně významnému nárůstu problémových uživatelů návykových látek. Zejména v případě užívání alkoholu a tabáku je celorepublikový trend nárůstu stále velmi nepříznivý. V případě legálních návykových látek je nutné mít stále na zřeteli, že alkohol i tabák jsou pro děti a mládež do 18 let návykové látky ilegální!

V oblasti protidrogové politiky zaměřené na nelegální návykové látky, kde se v posledních letech podařilo stabilizovat počet uživatelů a zvyšuje se jejich průměrný věk, Strategie 2014-2020 vznikla na podkladě hodnocení Strategie protidrogové politiky HMP na období 2008 až 2012 a akčních plánů. Hodnocení provedly pracovní skupiny při Protidrogové komisi Rady HMP a protidrogoví koordinátoři městských částí. Dalším podkladem byly analýzy statistických údajů, výzkumy a zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti při Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen „RV KPP“). V oblasti primární protidrogové prevence a primární prevence rizikového chování se na hodnocení podílelo také Pražské centrum primární prevence, oddělení Centra sociálních služeb Praha (dále jen „PCPP“). Koncepce primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na území hl. m. Prahy na období 2014 až 2020 je předkládána Radě HMP a Zastupitelstvu HMP jako samostatný dokument. Samostatná Koncepce primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v gesci školství odráží současnou celospolečenskou snahu o její postupnou emancipaci a potřebu vytvořit pro školy a školská zařízení základní koncepční materiál, ze kterého by mohla při realizaci primární prevence rizikového chování vycházet.

¹⁸ Pražská deklarace o principech účinných místních protidrogových politik – viz příloha

2. Funkce Strategie 2014-2020

Zdraví lidí a jejich bezpečnost nesmějí být vnímány jako protiklady. Problematika intervencí v drogové oblasti je často vykládána jako „kompromis“ mezi zájmy veřejného zdraví a veřejné bezpečnosti, jako by šlo o nějaké protiklady. To je v rozporu s vědeckými poznatky a zkušenostmi na tomto poli: „Skutečně účinné intervence v oblasti veřejného zdraví prospívají i bezpečnosti v komunitách, protože zdraví komunity je zásadní pro vnímání bezpečnosti, a intervence chránící bezpečnost veřejnosti musejí být a také jsou jedním z předpokladů zlepšování veřejného zdraví. Opatření v oblastech ochrany zdraví a bezpečnosti lidí mají stejný konečný cíl, pokud jde o návykové látky - minimalizovat negativní důsledky obchodu s návykovými látkami a jejich zneužívání v co nejvyšší možné míře.“¹⁹

Strategie 2014-2020 je základní koncepční dokument, který navrhuje směry rozvoje protidrogové politiky ve všech jejích oblastech. Návným dokumentem bude Akční plán na rok 2014-2015, který určí podrobný rozpis kroků protidrogové politiky HMP, jejich termíny, gesci a tam, kde je to možné, i finanční náklady potřebné na zabezpečení jednotlivých úkolů. Další akční plány předpokládáme na období 2016-2018 a 2019-2020.

Strategie 2014-2020 navazuje na předchozí strategii a aktualizuje ji v souladu se současnými poznatky o fenoménu užívání návykových látek, o jeho důsledcích a účinných řešeních s ním souvisejících problémů. HMP definuje základní východiska a směry řešení problému užívání návykových látek a doporučuje základní rámec pro tvorbu strategií městských částí Praha 1-22. Její hlavní funkce jsou:

- Vytyčit základní principy a cíle a stanovit priority protidrogové politiky HMP.
- Vymezit institucionální a organizační rámec protidrogové politiky, odpovědnosti a kompetence.
- Propojovat samosprávu, státní i nestátní organizace na všech úrovních plánování a realizace protidrogové politiky.
- Informovat a realizovat osvětové aktivity, které by přiblížily veřejnosti cíle a záměry protidrogové politiky HMP, definované v tomto materiálu.
- Umožnit poskytovatelům služeb najít si své místo v systému prevence a léčby a stát se plnohodnotným partnerem pro HMP jako kraj i pro městské části.

2.1 Základní východiska

2.1.1 Protidrogová politika

Protidrogová politika HMP je založena na racionálním přístupu k problematice zneužívání návykových látek. Tento přístup nazírá problematiku zneužívání návykových látek jako jev nežádoucí, který však nelze z reality moderní společnosti odstranit použitím jednoduchých řešení. Proto se opírá o účinné a ověřené postupy s doložitelnými výsledky, zohledňuje jejich efektivitu, respektuje potřeby všech zúčastněných a neopomíjí jejich povinnosti.

Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně vymáhání práva, uskutečňovaný na mezinárodní, státní, krajské a místní úrovni. Jedná se o řízení a vztahy mezi všemi subjekty, jež se podílí na řešení daného problému, s využitím různých prostředků. Účelem je zabezpečit zdraví, ochranu a bezpečnost jednotlivců, společnosti a majetku před zdravotními, sociálními, ekonomickými škodami a dopady v podobě trestné činnosti, která je

¹⁹ Pražská deklarace o principech účinných místních protidrogových politik – viz příloha

s návykovými látkami spojena. Snížit užívání všech typů návykových látek a/nebo potencionální rizika a škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku jejich užívání nastat.

2.1.2 Základní přístup k řešení problému užívání návykových látek

Za efektivní strategii při řešení problémů spojených s užíváním návykových látek uznává HMP (stejně jako vláda ČR) komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Tedy přístup, který vychází ze široké spolupráce na všech úrovních, je postavený na komplexním, výzkumem podloženém a vyváženém uplatňování tří základních strategií moderní protidrogové politiky. Jedná se o snižování poptávky po návykových látkách (primární prevence, léčba a resocializace uživatelů), snižování rizik s jejich užíváním spojených Harm Reduction (dále jen „HR“) a snižování nabídky návykových látek (kontrola prodeje a distribuce legálních návykových látek a potlačování nezákonné distribuce, výroby, dovozu a vývozu ilegálních návykových látek). Tyto strategie se vzájemně doplňují a jsou nezastupitelné.

Protidrogová politika HMP je v souladu s Národní strategií protidrogové politiky ČR na období 2010-2018 založena i nadále na 4 pilířích:

Pilíře protidrogové politiky ČR	Snižování dostupnosti drog	Primární prevence	Léčba a sociální začleňování	Snižování rizik
Přístupy/ Strategie	Snižování nabídky drog *	Snižování poptávky po drogách **		Snižování rizik spojených s užíváním drog ***

* Snižování nabídky drog - kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné výroby a distribuce ilegálních drog.

** Snižování poptávky po drogách – primární protidrogová prevence, léčba a sociální začleňování uživatelů.

*** Snižování rizik spojených s užíváním drog – HR.

2.1.3 Primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v gesci školství

Programy primární prevence

Jedná se o cílené a strukturované aktivity, jejichž cílem je dosáhnout toho, aby návyková látka nebyla vůbec užitá, případně aby k jejímu užití došlo v co možná nejvyšším věku uživatele.

Primární prevence je v HMP pojata v širším kontextu a řeší i ostatní jevy tak, jak jsou definovány Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen „MŠMT“) ²⁰. Termín specifická primární prevence v sobě zahrnuje jak specifickou primární protidrogovou prevenci, tak prevenci rizikového chování u dětí a mládeže v rezortu školství.

²⁰Záškoláctví, šikana, rasismus, xenofobie, vandalismus, kriminalita, delikvence, užívání návykových látek (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky – dále jen „OPL“) a onemocnění HIV/AIDS a dalšími infekčními nemocemi souvisejícími s užíváním návykových látek, závislost na politickém a náboženském extremismu, netolismus (virtuální návykové látky) a patologické hráčství (gambling). *Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, č.j. 20 006/2007-51, MŠMT.*

Pod pojmem rizikové chování rozumíme chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Miovský a kol., 2010). Za prevenci rizikového chování považujeme jakékoli typy výchovných, vzdělávacích, zdravotních, sociálních či jiných intervencí směřujících k předcházení výskytu rizikového chování, zamezujících jeho další progresi, zmírňujících již existující formy a projevy rizikového chování nebo pomáhajících řešit jeho důsledky. Obecně v tomto duchu rozlišujeme minimálně těchto devět oblastí rizikového chování, které v současné školní prevenci představují hlavní tematické oblasti:

- záškoláctví,
- šikana a extrémní projevy agrese,
- extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě,
- rasismus a xenofobie,
- negativní působení sekt,
- sexuální rizikové chování,
- závislostní chování (adiktologie),
- poruchy a problémy spojené se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte,
- spektrum poruch příjmu potravy.

2.1.4 Programy léčby a sociálního začleňování

Jedná se o léčebné programy pro osoby s diagnostikovanou závislostí na návykové látce/návykových látkách, které jsou motivovány k abstinenci, nebo již léčbou prošly/abstinují. Rovněž do této oblasti řadíme substituční programy, které jsou určeny aktuálním uživatelům návykových látek, a dle konkrétních forem jejich realizace je možné některé z nich řadit rovněž do oblasti snižování rizik (HR).

V programech léčby jsou kromě medicínského přístupu uplatňovány také přístupy psychoterapeutické, pedagogické a sociální. V programech sociálního začleňování je akcentována sociální práce a psychoterapie. Program léčby může být realizován ambulantně i rezidenčně, krátkodobě až dlouhodobě. Zařízeními poskytujícími programy léčby a sociálního začleňování jsou psychiatrické ambulance, psychiatrické léčebny/nemocnice, denní stacionáře, terapeutické komunity, doléčovací centra/doléčovací centra s chráněným bydlením. Substituční programy poskytují uživatelům legální náhražku návykové látky, což jim umožňuje opuštění drogových stereotypů a rizikového chování, vede k sociální stabilizaci a následně pak k abstinenci.

2.1.5 Programy snižování zdravotních a sociálních rizik – HR

Jedná se postupy a intervence vycházející z principu ochrany veřejného zdraví, které směřují k tomu, aby rizika spojená s užíváním návykových látek byla minimalizována, a to jak pro jedince/uživatele, tak i pro společnost. Významnou roli sehrávají programy HR především v oblasti zamezení šíření infekčních chorob (HIV/AIDS, hepatitidy). Tyto programy jsou určeny aktuálním uživatelům návykových látek, kteří v dané situaci nechťejí či nemohou abstinovat, a snaží se uživatele udržet při životě a maximálním možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu, aby v budoucnu byla abstinence možná. Do spektra služeb programů HR patří zejména výměna použitého aplikačního materiálu za sterilní, edukace stran bezpečného užívání návykových látek, sociální práce se zřetelem na pracovní uplatnění a motivace směrem k abstinenci.

Programy snižování rizik prokazatelně významně snižují společenské náklady na zdravotní péči, dávky sociálního zabezpečení a v důsledku rovněž náklady na vymáhání práva.

Programy snižování rizik jsou aktuálně realizovány nestátními neziskovými organizacemi, a to formou terénních programů a kontaktních/nízkoprahových center.

3. Legislativní rámec

Snižování rizik, léčba a sociální začleňování uživatelů návykových látek jsou ze své povahy multidisciplinární obory zahrnující sociální a zdravotní intervence a postupy. Specifická primární protidrogová prevence a prevence rizikového chování dětí a mládeže je upravena školskými předpisy.

Adiktologické služby a jejich poskytování je legislativně upravené nejen řadou právních norem, ale i koncepčními dokumenty, z nichž mezi zásadní patří následující, např.:

- Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog
- Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Koncepce sítě zdravotních služeb oboru adiktologie
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2013–2015

3.1 Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog

Aktuálně jediným materiálem zahrnujícím v adiktologických službách oblast sociální i zdravotní jsou Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog. Tyto standardy jsou součástí systému posuzování odborné způsobilosti zařízení a programů poskytujících odborné služby uživatelům návykových látek, který byl schválen usnesením vlády č. 300 ze dne 16. března 2005. Základní podmínkou pro získání certifikátu je dodržování a naplnění Standardů odborné způsobilosti, které stanoví podmínky, postupy a zásady poskytování odborných služeb. Od služeb se požaduje přiměřená kvalita, cena, výkonnost a účinnost. Standardy odborné způsobilosti definují základní typy služeb takto:

- Detoxifikace
- Terénní programy (včetně programu výměny injekčního materiálu)
- Kontaktní a poradenské služby (včetně programu výměny injekčního materiálu)
- Ambulantní léčba
- Stacionární programy
- Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba
- Rezidenční péče v terapeutických komunitách
- Ambulantní doléčovací programy (včetně programů chráněného bydlení a chráněné práce)
- Substituční léčba

HMP od roku 2006 prostřednictvím grantů z kapitoly 0504, § 3541 - Protidrogová politika HMP - podporuje pouze takové služby, jejichž poskytovatelé jsou držiteli platného certifikátu odborné způsobilosti.

3.2 Oblast zdravotní

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon jako první definoval některé postupy/nástroje realizace protidrogové politiky a typy služeb určené pro uživatele návykových látek:

- akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí,
- detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná poskytovatelem ambulantní a lůžkové péče,
- terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé,
- kontaktní a poradenské služby,
- ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách,
- stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,
- krátkodobé a střednědobé poskytnutí lůžkové péče, kterým je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 až 14 týdnů,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců,
- programy následné péče, které zajišťují poskytovatelé zdravotních služeb a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence,
- substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantních služeb pod vedením lékaře; poskytovatelé zdravotních služeb, kteří poskytují substituční léčbu, jsou povinni hlásit pacienty do Národního registru léčby uživatelů návykových látek, zřízeného zákonem o zdravotních službách.

Koncepce sítě zdravotních služeb oboru adiktologie schválená výborem SNN ČLS JEP
Tato koncepce předkládá návrh typizace zdravotních služeb adiktologické péče, rozsah zařízení zdravotní adiktologické péče a jejich dostupnost.

Koncepcí předpokládané základní typy ambulantní adiktologické péče jsou:

- lékařská ordinace pro návykové poruchy
- adiktologická ambulance
- adiktologický stacionář

Koncepcí předpokládané typy jednodenní a lůžkové péče jsou:

- stabilizační jednotka/stabilizační lůžko
- detoxifikační jednotka
- psychiatrická léčebna pro léčbu závislostí
- oddělení pro léčbu závislostí
- terapeutická komunita pro léčbu závislostí
- domov s adiktologickým režimem

Předpokladem poskytování zdravotních služeb oboru adiktologie je registrace poskytovatele (souhlas s poskytováním služeb) jakožto zdravotnického zařízení v souladu s platnými právními normami – např. zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

3.3 Oblast sociální

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů - tento zákon definuje jako základní oblasti sociálních služeb: služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství, z nichž jsou pro uživatele návykových látek určeny zejména:

- terénní programy
- kontaktní centra
- terapeutické komunity
- služby následné péče a chráněné bydlení
- domovy se zvláštním režimem
- sociální rehabilitace

Zákon upravuje odborné nároky na poskytovatele sociálních služeb, stanovuje povinnost registrace sociálních služeb v registru spravovaném krajskými úřady, která je rovněž podmínkou financování těchto služeb z veřejných prostředků.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy na období 2013–2015 schválený usnesením Rady HMP č. 216 ze dne 19. 2. 2013.

Tento plán definuje priority a opatření HMP v oblasti sociálních služeb také pro cílovou skupinu osoby se závislostí.

Priority:

- Nastavení strategie cílené podpory kvalitních sociálních služeb pro osoby závislé na nealkoholových návykových látkách.
- Zmapovat stav zdravotně-sociálních služeb na území HMP, které se věnují jiným typům závislosti než na nealkoholových návykových látkách (především závislosti na alkoholu).
- Podpora a účinná pomoc formou sociálních služeb pro osoby závislé na nealkoholových návykových látkách.
- Hledání nových forem účinnější pomoci osobám závislým na nealkoholových návykových látkách.

Opatření:

- Tvorba strategie vhodných terénních a ambulantních sociálních služeb pro osoby závislé na nealkoholových návykových látkách se zaměřením na jejich návaznost, kapacitní rozsah a lokalizaci.
- Analyzovat druhy závislostí a formy pomoci s praxí, která funguje na území HMP i v souvislosti s preventivními aktivitami.
- Podpora terénních a ambulantních sociálních služeb pracujících na principu HR.
- Vznik komunitního terénního týmu vyhledávajícího především osoby, u kterých se kombinuje více faktorů ohrožení (např. bezdomovec závislý na nealkoholových návykových látkách trpící duševním onemocněním).
- Rozšířit spektrum zdravotně-sociálních služeb pro osoby se závislostí na nealkoholových návykových látkách o efektivní metody práce.

3.4 Oblast primární prevence rizikového chování dětí a mládeže v gesci školství

Oblast primární prevence rizikového chování v gesci školství upravují zejména tyto zákony:

- zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, v platném znění.

Dále pak tyto vyhlášky:

- vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v platném znění,
- vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v platném znění.

A další významné dokumenty:

- Národní strategie primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže v působnosti MŠMT na období 2013-2018,
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018,
- Akční plány realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018,
- Usnesení vlády č. 549/2003, o posílení národní protidrogové politiky,
- Plán primární prevence rizikového chování kraje PRAHA,
- Metodický pokyn k primární prevenci sociálně patologických jevů u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních (čj. 20 006/2007-51 ze dne 16. 10. 2007).

4. Cíle protidrogové politiky HMP na období 2014-2020

4.1 Hlavní cíl

V kontextu vyvážené aplikace tří základních strategií - snižování nabídky návykových látek, snižování poptávky po návykových látkách a snižování potenciálních rizik spojených s užíváním návykových látek - má Strategie 2014-2020 jeden hlavní cíl, kterým je snížit užívání všech typů návykových látek a snížit potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání vzniknout. Strategie využívá čtyři klíčové pilíře:

- specifická primární prevence,
- léčba a resocializace,
- snižování rizik (zdravotních a sociálních),
- snižování dostupnosti (ochrana veřejného pořádku a zajištění komunitního bezpečí).

4.2 Dílčí cíle

- Snížit nebo alespoň stabilizovat počet problémových uživatelů návykových látek.
- Oddálit experimentování a příležitostné užívání legálních i nelegálních návykových látek a klást důraz na zdravý způsob života bez návykových látek.
- Udržet a rozvíjet základní síť služeb.
- Zajistit dostupnost chybějících služeb nebo stávající služby modifikovat tak, aby se zvýšila dostupnost pro širokou klientelu.

- Zajistit zvyšování profesionální úrovně služeb a jejich společenskou prestiž.
- Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů návykových látek, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti všech typů péče založené na komplexním přístupu k osobnosti klienta/pacienta.
- Zvyšovat úroveň zázemí poskytovatelů služeb prostřednictvím adekvátních pracovních možností a zlepšení prestiže profese pedagoga, pracovníka sociálních služeb a adiktologa.
- Zvyšovat odbornou úroveň protidrogových koordinátorů městských částí, poskytovatelů služeb, vytvářet synergický efekt a podporovat vzájemnou dobrou spolupráci založenou na komunikaci.
- Zvyšovat odbornou úroveň obvodních a školních metodiků prevence rizikového chování dětí a mládeže.
- Vytvářet vhodné ekonomické a organizační podmínky pro poskytovatele služeb a předcházet odchodu kvalifikovaných odborníků do jiných oblastí pracovního uplatnění.

4.3 Zabezpečení cílů

K zabezpečení cílů strategie protidrogové politiky je nutné znát a mít základní podmínky a nástroje. Je nutné znát situaci na drogové scéně, znát a vnímat poznatky vědy a výzkumu, sledovat trendy, reagovat na ně a zavádět následná opatření do služeb, respektovat a vhodným způsobem koordinovat potřeby a názory všech občanů HMP, protože všech se drogová situace více či méně dotýká.

V HMP je systematicky budován a rozšiřován systém služeb. Z odborného hlediska je možné konstatovat, že síť služeb odpovídá celosvětovým trendům. Od počátku byla budovaná systematicky a racionálně na základě mezinárodních zkušeností a rozvíjela se podle potřeb a možností. Služby mají svá jasná pravidla a poslání, pracovníci jsou velmi dobře odborně připraveni.

Přes tyto nesporné klady je nutné vnímat také negativa. Síť služeb kapacitně nestačí zajistit všechny potřebné výkony, dlouhodobě přetrvává nesoulad mezi zájmy prosazovanými poskytovateli služeb a zájmy samosprávy a bezpečnostních složek. Kromě neshod ve vnímání drogových problémů a ve způsobu jejich řešení jsou negativem každoroční propady ve financování služeb z veřejných rozpočtů jak v čase, kdy organizace dostávají granty s velkým zpožděním, tak v objemu poskytovaných finančních prostředků.

Protidrogová koordinátorka HMP každoročně zpracovává výroční zprávu o realizaci protidrogové politiky HMP za uplynulý rok, která je zveřejněna na internetové stránce HMP: http://www.praha.eu/jnp/cz/home/magistrat/odborny_mhmp/protidrogova_politika/index.html.

Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky HMP za rok 2012 je podkladem pro koncepční a strategické materiály protidrogové politiky na období 2014-2020.

Organizace, které HMP každoročně podporuje ze svého rozpočtu, poskytují následující typy služeb:

Typologie služeb²¹

PP	Specifická primární prevence - selektivní a indikovaná
KPS	Kontaktní a poradenské služby

²¹ Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách

TP	Terénní programy
L	Ambulantní a lůžková léčba
SL	Substituční léčba
SP	Stacionární programy
RPTK	Rezidenční péče v terapeutických komunitách
NP	Následná péče
SV	Služby pro uživatele drog ve výkonu trestu a ve vazbě
D	Detoxikace, detoxifikace
IVH	Informace, výzkum, hodnocení

Adresář poskytovatelů služeb uživatelům návykových látek a osobám ohroženým návykovými látkami, včetně zaměření, cílové skupiny a kontaktů je pravidelně uváděn ve výroční zprávě. Aktuální adresář adiktologických služeb je v tomto materiálu je přílohou č. 2.

4.4 Koordinace protidrogové politiky v HMP

Zásadní rozhodnutí protidrogové politiky jsou plně v gesci Rady HMP a Zastupitelstva HMP.

Zastupitelstvo HMP				
Rada HMP				
Protidrogová komise Rady HMP				
odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence MHMP		oddělení prevence	ostatní odbory MHMP; Pražské centrum primární prevence	
nestátní neziskové organizace	městské části Praha 1-22	státní organizace	Policie ČR	Městská policie HMP
<i>adiktologické organizace; soukromé školy</i>	<i>protidrogoví koordinátoři; obvodní metodici prevence</i>	<i>školy a školská zařízení; specializované zdravotnické a sociální organizace</i>		

4.4.1 Protidrogová komise Rady HMP (dále jen „PK RHMP“)

Odborný poradní, koordinační a iniciační orgán Rady HMP vytváří s pracovními skupinami platformu pro spolupráci jednotlivých subjektů, které se podílí na realizaci protidrogové politiky HMP. PK RHMP předkládá podklady a opatření orgánům HMP. PK RHMP koordinuje, zadává, vyhodnocuje, kontroluje a realizuje jednotlivé úkoly vyplývající ze strategie a akčních plánů.

Odborné sekce

Od roku 2003 byly při PK RHMP ustanoveny sekce. Jedná se o pracovní skupiny:

- sekce primární prevence,
- sekce léčby a následné péče,

- sekce Harm Reduction.

Jejich úkolem je pomáhat PK RHMP zejména při realizaci cílů akčního plánu, například zpracováváním analýz a hodnocení, sběrem dat, přípravou konferencí a seminářů.

4.4.2 Oddělení prevence v odboru zdravotnictví, sociální péče a prevence Magistrátu HMP

Od roku 2012 je protidrogová koordinátorka HMP pracovnící oddělení prevence a je členkou PK RHMP. Oddělení prevence zabezpečuje také koordinaci v oblasti prevence kriminality a primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže v gesci školství.

4.4.3 Městské části Praha 1-22

Při zajišťování cílů protidrogové politiky HMP je naprosto nezbytná spolupráce HMP a jeho městských částí. Je nutné přihlížet k lokálním specifickým podmínkám a potřebám, ale i k potřebě komplexního řešení problémů celého města. Výsledkem spolupráce je větší efektivita programů a snadnější možnost zpětné kontroly využití finančních prostředků.

Protidrogoví koordinátoři městských částí Praha 1-22 jsou důležitými partnery protidrogového koordinátora HMP. Podílejí se na hodnocení projektů HMP, sběru dat, na koordinaci dílčích aktivit a realizaci potřebných opatření protidrogové politiky na místní úrovni. Metodicky je řídí protidrogový koordinátor HMP. Předávají a dostávají informace a přinášejí inspirace a zdroj podkladů ke společným opatřením. Protidrogoví koordinátoři městských částí Praha 1-22 jsou garantem účelného a efektivního využití finančních prostředků přidělených z rozpočtu HMP jednotlivým městským částem na podporu realizace protidrogové politiky na místní úrovni. Předkládají protidrogovému koordinátorovi HMP závěrečné zprávy o realizaci lokálních programů a vyúčtování přidělených prostředků. Konzultačně se podílejí na tvorbě krajských koncepčních materiálů.

Při pedagogicko-psychologických poradnách HMP pracují *obvodní metodici prevence rizikového chování dětí a mládeže v gesci školství*. Jejich úkolem je pomoc při zajišťování specifické primární prevence na místní úrovni, konzultační, poradenské služby a časná intervence při zjištění problémů v konkrétním školském zařízení. Metodicky vedou školní metodiky prevence v jednotlivých školách. Školní metodici prevence jsou součástí školního poradenského pracoviště společně s výchovným poradcem a případně školním speciálním pedagogem a školním psychologem. Školní metodik prevence vykonává ve své škole činnosti metodické, koordinační, informační a poradenské v oblasti prevence rizikového chování.

4.4.4 Ostatní subjekty

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky a rezorty

Rezorty a RV KPP jsou základní řídicí a koordinační složkou protidrogové politiky na státní úrovni. Všechny strategie protidrogové politiky krajů se odvíjejí od národní strategie.

Síť organizací poskytovatelů služeb v HMP je spolufinancována ze státního rozpočtu prostřednictvím dotačních řízení rezortů a RV KPP.

4.4.5 Síť poskytovatelů služeb

Síť adiktologických služeb a síť primární prevence rizikového chování v HMP tvoří převážně zdravotnická a školská zařízení zřizovaná ministerstvy, HMP nebo městskými částmi, nestátní neziskové organizace (dále jen „NNO“). Zastoupení NNO ve službách se mění podle typu

prevence. Zatímco specifická primární prevence je zejména v gesci škol a školských zařízení, které jsou většinou příspěvkové organizace zřizované městskou částí, HMP či MŠMT, v ostatních typech protidrogové prevence (sekundární a terciární) je tomu zcela naopak. Některé typy prevence, jako například HR, zajišťují pouze NNO.

4.4.6 Policejní složky

Police ČR a Městská policie HMP

Police odpovídá za realizaci konkrétních opatření v oblasti snižování nabídky drog – potlačování nabídky ilegálních návykových látek, za kontrolu dodržování zákonných norem, které upravují prodej legálních návykových látek (alkoholu a tabáku) –, za ochranu veřejného pořádku a bezpečnosti a potírání kriminality páchané v souvislosti s užíváním všech typů návykových látek.

Police ČR a Městské policie HMP realizují vlastní programy primární prevence.

4.4.7 Kraje ČR

Protidrogový koordinátor HMP spolupracuje s krajskými protidrogovými koordinátory ve Výboru zástupců regionů při RV KPP. Aktivně se účastní jednání, informačních seminářů a vzdělávacích programů organizovaných sekretariátem RV KPP.

Základní rámec protidrogové politiky ve vztahu k územním samosprávným celkům upravuje zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zejména v § 22 – 23, kde je vymezena působnost územních samosprávných celků v oblasti protidrogové politiky a pravomoc krajských a místních protidrogových koordinátorů.

Síť krajských a místních protidrogových koordinátorů a protidrogových komisí krajů a měst hraje významnou roli v přenosu úkolů a poznatků z centrální úrovně na místní úroveň a zpět. Protidrogoví koordinátoři a protidrogové komise vyhodnocují provedená opatření i jejich dopad na vývoj užívání drog na území daného regionu a podílejí se na aktualizaci realizovaných opatření protidrogové politiky na základě potřeb identifikovaných ve spolupráci s centrálními institucemi.

Klíčová úloha krajů a obcí spočívá především ve faktu, že místní společenství dobře znají své potřeby a podmínky. Na základě této znalosti je jedině možné dobře plánovat jednotlivá opatření protidrogové politiky, jak v oblasti prevence, tak v oblasti represe.

5. Stanovení východisek, potřeb a opatření v kontextu jednotlivých aktérů vytvářejících protidrogovou politiku HMP

HMP vytváří nové, aktuální koncepční a strategické materiály ve snaze, aby byly akceptovatelné pro všechny zúčastněné strany a sloužily jako podklad pro jednotný postup v řešení drogové problematiky v HMP. Doposud se objevovaly izolované pokusy jednotlivých městských částí či institucí, které se v rámci svých omezených pravomocí snažily minimalizovat negativní jevy spojené s místní drogovou scénou. Rozhodně není efektivním řešením to, které je založené na represivních „vytlačovacích“ praktikách.

K pochopení celé šíře problému, ale hlavně k uskutečňování cílů strategie, je nutné nejen se zamyslet nad problematikou z různých pohledů tak, jak je tomu v koncepční části, ale přímo definovat východiska, potřeby a opatření, která se musí promítnout do jednotlivých akčních

plánů zpracovaných na kratší období trvání platnosti strategie, včetně základních propočtů jejich nákladovosti. V některých případech nejsou náklady vyčísleny, protože se jedná o opatření patřící do standardních postupů jiných zodpovědných složek, jako např. Městská policie HMP, odbory životního prostředí apod.

5.1 Z pohledu občana HMP

- Východisko: pohyb uživatelů návykových látek ve městě, kteří se výrazně odlišují, páchnou, vypadají nebezpečně a kradou.
- Potřeba: snížit majetkovou trestnou činnost, zlepšit hygienické návyky.
- Opatření: zprovoznit nízkoprahová kontaktní centra (dále jen „KC“) v místech, kde je zjevná kumulace uživatelů návykových látek; rozšířit možnosti hygienického servisu (povinnost KC); pracovní programy, edukace klientů.
- Náklady: vyčlenění prostředků na rozvoj sítě služeb viz kap. 6.

- Východisko: riziko přenosu infekčních chorob z uživatelů návykových látek na běžnou populaci.
- Potřeba: snížit prevalenci i incidenci/výskyt infekčních chorob u uživatelů návykových látek, a tím zajistit snížení nebezpečí přenosu na běžnou populaci.
- Opatření: sběr použitého materiálu, testování uživatelů návykových látek na infekce, motivace a vzdělávání klientů v oblasti ochrany zdraví.
- Náklady: zahrnuto v nákladech na terénní práce a KC.

- Východisko: přespávání uživatelů návykových látek v parcích, průjezdech, na chodbách a ve sklepech činžovních domů a ve squatech.
- Potřeba: zajistit bezpečí majetku občanů a veřejných prostranství.
- Opatření: zvýšení komunitního bezpečí: úprava/sanace objektů a parků, péče o veřejná prostranství – kontrola majitelů a policie, vzdělávání občanů v prevenci majetkové trestné činnosti a neoprávněného užívání cizí věci – zodpovídá Městská policie HMP, možnost specializovaného vzdělávání v komunikačních dovednostech.
- Náklady: zahrnuto v nákladech dotčených organizací

- Východisko: kumulace uživatelů návykových látek v určitých lokalitách.
- Potřeba: omezit výskyt otevřených drogových scén a míst, kde se uživatelé návykových látek veřejně scházejí.
- Opatření: zvýšení komunitního bezpečí: rozproštění služeb pro akutní uživatele návykových látek do více lokalit, intenzivní policejní dohled a kooperace městských strážníků, vznik nízkoprahových center, zamezení kumulace problémových jevů (prostituce, hazard, uživatelé návykových látek) do jedné lokality (MHMP, ÚMČ, Městská policie HMP).
- Náklady: zahrnuto v nákladech dotčených organizací

- Východisko: aplikace návykových látek na veřejnosti.
- Potřeba: eliminovat výskyt veřejných aplikací.
- Opatření: vyhláška zakazující aplikaci na veřejnosti, příprava záměru pilotního projektu aplikační místnosti v rámci dohody HMP a městských částí a v souladu s legislativou, péče o veřejné prostranství, vzdělávání klientů o nevhodnosti aplikace na veřejnosti.
- Náklady: zahrnuto v nákladech dotčených organizací

5.2 Z pohledu politika

- Východisko: nejasné rozdělení kompetencí a odpovědnosti zainteresovaných osob a vymáhání jejich naplňování.
- Potřeba: definování pozic, kompetencí a jasných odpovědností jednotlivých zainteresovaných subjektů.
- Opatření: definování a shoda zainteresovaných subjektů na přijetí a uplatňování odpovědnosti – memorandum apod.

- Východisko: nedostatečná spolupráce všech zainteresovaných aktérů.
- Potřeba: přijetí faktu, že není jednoduchých řešení, jediná cesta je cesta úzké kooperace zainteresovaných stran a racionální přístup; rozšíření platformy umožňující spolupráci.
- Opatření: trvalá pracovní skupina při PK RHMP se zastoupením místostarostů (radních s kompetencí protidrogová politika) + akční týmy kompetentních stakeholderů²² (politik, koordinátor, policie, kurátor, poskytovatel služeb). „Katalog účinných postupů a dobrá praxe jejich uplatňování“, se zahrnutím zahraničních zkušeností. TASK FORCE SKUPINY – tým adiktolog, policista, zástupce komunální správy a editor.

- Východisko: negativní reakce občanů při uplatňování racionálního přístupu, mýty, fantazie, předsudky.
- Potřeba: větší informovanost občanů o realitě protidrogové politiky.
- Opatření: kampaň, vzdělávání za pomoci médií, vytvoření PR strategie vzdělávání opinion makers.
- Náklady: vyčlenění prostředků na výzkumy a vzdělávání, semináře viz kap. 6.

5.3 Z pohledu poskytovatelů služeb

- Východisko: nestabilita sítě služeb a její kapacity.
- Potřeba: zajištění dostatečného množství dostupných finančních prostředků pro kontinuální poskytování ověřených, kvalitních a efektivních služeb.
- Opatření: změna systému financování na centrální úrovni, zajištění rozpočtu na krajské úrovni, který bude odpovídat potřebám kraje.
- Náklady: rozpočet HMP na jednotlivé roky trvání Strategie 2014-2020 je uveden v kapitole „Předpokládané fáze Strategie 2014-2020 v návaznosti na financování a rozvoj adiktologických služeb“.

- Východisko: nízká společenská prestiž, obviňování z toho, že poskytování služeb je příčinou výskytu a zvyšování počtu uživatelů návykových látek.
- Potřeba: partnerská spolupráce se všemi subjekty a vydefinování jasných odpovědností.
- Opatření: pravidelná komunikace zainteresovaných osob, možnost prezentace adiktologické odbornosti a adiktologické práce.

- Východisko: vytvořena síť odborně způsobilých poskytovatelů služeb.
- Potřeba: nutnost zachovat propojenost a kontrolovat kvalitu, vytvářet kanály spolupráce jednotlivých služeb, a to skrze všechny typy služeb.
- Opatření: certifikace odborné způsobilosti, drogová fóra, pracovní skupiny, konference, společné vzdělávání.

²² Pojem stakeholder se v managementu poprvé objevil v roce 1963 na Stanford Research Institute a definoval stakeholders jako „skupiny lidí, bez jejichž podpory by organizace přestala existovat“.

- **Náklady:** na aktivity je v rozpočtu vyčleněn 1 mil. Kč ročně; certifikaci hradí ze 30 % HMP pouze na programy, které jsou podporovány z rozpočtu HMP v rámci grantového řízení.

5.4 Z pohledu zajištění sítě služeb v HMP

5.4.1 Síť služeb pro uživatele nealkoholových návykových látek a alkoholu

- **Východisko:** je zajištěna ucelená síť služeb pro uživatele nealkoholových návykových látek a alkoholu, avšak s nedostatečnou kapacitou v oblasti nízkoprahových poradenských služeb, substitučních programů a ambulantní péče o běžnou populaci osob závislých na nealkoholových návykových látkách a alkoholu; není zajištěna jejich všeobecná dostupnost.
- **Potřeba:** zajistit rozvoj a zvýšení kapacity této sítě, zajistit úhradu substitučních látek ze zdravotního pojištění; využít všechny možnosti, aby si lékaři byli vědomi svých AT závazků a opravdu je plnili.
- **Opatření:** pověřit konkrétního pracovníka odboru zdravotnictví, sociální péče a prevence MHMP k jednání se zdravotními pojišťovkami.
- **Náklady:** hrazeno ze systému zdravotního pojištění.

a) **Kontaktní a poradenská centra**

- **Východisko:** služby kontaktních center nejsou dostupné v řadě částí HMP.
- **Potřeba:** zřídit kontaktní a poradenská centra na základě analýzy a společného vyjednání mezi HMP a příslušnými městskými částmi.
- **Opatření:** rozptýlení drogových služeb po dostupných lokalitách Prahy s cílem zmírnění zátěže pro centrální část HMP.
- **Náklady:** vyčlenění prostředků na rozvoj sítě služeb viz kap. 6.

b) **Substituční léčba**

- **Východisko:** je málo dostupná substituční léčba ve strukturovaných programech (včetně denních stacionářů). V HMP je cca 2 000 klientů, kteří nejsou v kontaktu se zdravotnickým zařízením a zneužívají nelegálně získanou substituční látku, v důsledku čehož se pohybují na otevřené drogové scéně a páchají trestnou činnost.
- **Potřeba:** zřídit substituční program s minimální kapacitou 60 klientů/rok.
- **Opatření:** pověřit konkrétního pracovníka ZSP MHMP/představitel HMP k jednání.
- **Náklady:** vyčlenění prostředků na rozvoj sítě služeb viz kap. 6.

c) **Pracovní programy pro aktuální uživatele návykových látek**

- **Východisko:** nejsou zajištěny pracovní programy pro aktuální uživatele návykových látek.
- **Potřeba:** zajistit pracovní programy pro minimálně 30 aktuálních uživatelů návykových látek.
- **Opatření:** zajistit minimálně 15 míst pro příležitostnou (brigádnickou) práci aktuálních uživatelů a minimálně 15 míst pro stabilizované aktuální uživatele formou přechodného zaměstnání na dobu max. 6 měsíců.
- **Náklady:** vyčlenění prostředků na rozvoj sítě služeb viz kap. 6.

d) **Sociální ubytování pro aktuální uživatele návykových látek**

- **Východisko:** není zajištěno přechodné sociální ubytování pro aktuální uživatele návykových látek.

- **Potřeba:** zajistit diferenciovaně prahové sociální ubytování s kapacitou 30 lůžek.
- **Opatření:** zřízení ubytovny s vnitřně diferencovanými pravidly (sheltered housing²³ až chráněné ubytování).
- **Náklady:** vyčlenění prostředků na rozvoj sítě služeb viz kap. 6.

e) **Péče o seniory - chronické uživatele návykových látek**

- **Východisko:** nejsou zmapovány možnosti dlouhodobé péče pro staré chronické uživatele návykových látek, především alkoholu.
- **Potřeba:** zmapovat, vyhodnotit a navrhnout opatření.
- **Opatření:** studie aktuální situace v uvedené oblasti, potvrdit/zamítnout hypotézu potřeby rozšíření/zavedení kapacity domovů se zvláštním režimem.
- **Náklady:** vyčlenění prostředků na výzkumy - rapid assessment²⁴ viz kap. 6.

f) **Následná péče o závislé na alkoholu**

- **Východisko:** je nedostatečná/neznámá kapacita následné péče pro závislé na alkoholu.
- **Potřeba:** zmapovat kapacitu doléčovacích/podpůrných skupin.
- **Opatření:** zamítnout/potvrdit hypotézu potřeby rozšířit kapacitu doléčovacích/podpůrných skupin dle výsledků zmapování.
- **Náklady:** vyčlenění prostředků na výzkumy - rapid assessment viz kap. 6.

g) **Služby pro patologické hráče**

- **Východisko:** je nedostatečná/neznámá kapacita léčebné (ambulantní i pobytové) péče o patologické hráče.
- **Potřeba:** zmapovat kapacitu a možnosti léčebné (ambulantní i pobytové) péče o patologické hráče.
- **Opatření:** na základě výsledků zmapování zajistit dostatečné kapacity; zahrnout péči o patologické hráče do grantových řízení.
- **Náklady:** vyčlenění prostředků na výzkumy - rapid assessment viz kap. 6.

5.4.2 Podle návykových látek a charakteristiky uživatelů

a) **Akutní uživatelé návykových látek**

- **Východisko:** zhoršuje se zdravotní stav uživatelů.
- **Potřeba:** zajistit dostupnou lékařskou péči – praktický lékař, zubař, gynekolog, chirurg.
- **Opatření:** smlouva s lékaři příslušných specializací na základě výběrového řízení s podmínkou dostupnosti v rámci širšího centra HMP.
- **Náklady:** hrazeno ze systému zdravotního pojištění.
- **Východisko:** snižuje se sociální status uživatelů, ztrácejí pracovní dovednosti, zhoršuje se jejich schopnost návratu do běžného života.

²³ Sheltered housing = Chráněné bydlení (britská angličtina) - je pojem zahrnující širokou škálu nájemního bydlení pro osoby starší a / nebo se zdravotním postižením nebo jinak zranitelných.

²⁴ Rapid assessment = Rychlé posouzení

Způsob, jak zkoumat složité situace, kde není dostatek času nebo dalších zdrojů pro dlouhodobé, tradiční kvalitativní výzkumy. RA využívá intenzivní interakci týmu ve sběru a analýze dat, namísto dlouhodobé práce v terénu.

- Potřeba: posílení kapacity pracovních programů pro aktuální uživatele návykových látek (v souvislosti s ekonomickou krizí se významně snížilo pracovní uplatnění formou příležitostné/brigádní práce).
- Opatření: zajistit minimálně 30 pracovních míst pro aktuální uživatele formou přechodného zaměstnání na dobu max. 6 měsíců.
- Náklady: vyčlenění prostředků na rozvoj sítě služeb viz kap. 6.

b) Uživatelé alkoholu a konopných návykových látek

- Východisko: počet mladých uživatelů THC je stále vysoký a stoupá počet mladých uživatelů alkoholu.
- Potřeba: vytvořit/posílit preventivní strategie, zajistit včasnou intervenci na úrovni poradenství.
- Opatření I.: změna vnímání konzumace alkoholu veřejností (vysoká tolerance), zvýšení povědomí o rizicích konzumace alkoholu u mladých – prioritní změna v aktivitách primární prevence.
- Náklady I.: vyčlenění prostředků na rozvoj sítě služeb viz kap. 6.
- Opatření II.: vznik jednoho ambulantního programu se zaměřením na poradenství pro mladé uživatele THC a alkoholu, spolupracující s pedagogicko-psychologickými poradnami, s nízkoprahovými kluby pro děti a mládež, školami a Pražským centrem primární prevence.
- Náklady II.: vyčlenění prostředků na rozvoj sítě služeb viz kap. 6.
- Opatření III.: Vzdělávání pedagogů ZŠ a SŠ v oblasti účinných preventivních strategií v oblasti zneužívání alkoholu a THC.
- Náklady III.: vyčlenění prostředků na výzkumy a vzdělávání, semináře viz kap. 6.

c) Nárůst počtu problémových uživatelů návykových látek

- Východisko: v důsledku přetrvávající ekonomické krize pravděpodobně stoupne do pěti let počet problémových uživatelů návykových látek v HMP na 16 tisíc osob.
- Potřeba: v předstihu zajistit dostatečnou kapacitu a dostupnost variabilních služeb.
- Opatření: rozvojové projekty pro zajištění služeb ve vztahu k nárůstu problémových uživatelů, zejména mladých lidí bez práce.
- Náklady: vyčlenění prostředků na rozvoj sítě služeb viz kap. 6.

5.4.3 Z pohledu bezpečnostních složek

- Východisko: alkohol a tabákové výrobky jsou snadno dostupné osobám mladším 18 let, což je trestné.
- Potřeba: zvýšit kontrolu prodeje alkoholu a tabákových výrobků osobám mladším 18 let.
- Opatření: kontroly prodeje přímo v podmínkách restauračních zařízení a prodejen; společné aktivity se zástupci místních samospráv.
- Náklady: v rozpočtu policejních složek.
- Východisko: konzumace alkoholu je v některých lokalitách nežádoucí (např. okolí škol a hřišť).
- Potřeba: omezit konzumaci alkoholu ve vybraných lokalitách.
- Opatření: se zástupci místních samospráv vytipovat lokality, vyhláškou zakázat konzumaci alkoholu a dbát na její dodržování.
- Náklady: v rozpočtu policejních složek.
- Východisko: v okolí některých adiktologických služeb se občané cítí být ohroženi zvýšeným počtem klientů.

- Potřeba: zvýšit pocit bezpečí obyvatel města.
 - Opatření: zvýšený dohled strážníků Městské policie HMP v dané oblasti a spolupráce s pracovníky adiktologických služeb.
 - Náklady: v rozpočtu policejních složek.
- Východisko: snadná dostupnost všech typů návykových látek v HMP.
 - Potřeba: snížení počtu dealerů návykových látek; likvidace varen pervitinu; záchyt návykových látek přivážených do ČR.
 - Opatření: zásahy policejních složek a celní správy.
 - Náklady: v rozpočtu policejních složek.
- Východisko: nízké trestně právní vědomí mladých lidí ve vztahu k pěstování/výrobě, distribuci, prodeji a užívání návykových látek.
 - Potřeba: zvyšování trestně právního vědomí.
 - Opatření: programy vysvětlující zejména mladým lidem zákony a další právní normy ve vztahu k pěstování/výrobě, užívání a prodeji návykových látek.
 - Náklady: v rozpočtu policejních složek.

5.4.4 Z pohledu financování protidrogové politiky

- Východisko: dostupné finanční zdroje nepokrývají potřeby; systém financování služeb pro uživatele návykových látek je nepřehledný, komplikovaně dostupný, demotivační.
- Potřeba: zajištění stabilního rozpočtu, sjednocení pravidel, snížení byrokratické zátěže a včasné uvolňování finančních prostředků
- Opatření: kooperace s orgány centrální správy, uplatnění jednotného postupu, změna systému financování směrem k nákupu služeb, na úrovni HMP udržení programu víceletého financování. Iniciování a podpora efektivního a jednoduchého modelu financování protidrogové politiky na státní úrovni.
- Náklady: finanční prostředky nárokové na jednotlivé roky trvání Strategie. 2014-2020 jsou uvedené v kapitole „Předpokládané fáze Strategie 2014-2020 v návaznosti na financování a rozvoj adiktologických služeb“.

Poznámka k navrhovaným opatřením

Pojmem prevence označujeme všechna opatření směřující k předcházení a minimalizování jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledků. Jedná se zejména o předcházení a minimalizaci různých souvisejících poruch a onemocnění, poškození, úrazů atd. a dále pak samotných projevů rozmanitých typů rizikového chování, které ohrožuje společnost a jedince v ní. Prevence může mít charakter předcházení vzniku, rozvíjení a recidivy společensky nežádoucího jevu. Tomu odpovídají tři stupně prevence – primární, sekundární, terciární.

Zatímco aktivity primární prevence nemají odpůrce a jsou kladně přijímány jak širokou veřejností, tak ze strany politiků, nejvíce negativních postojů/stanovisek vzniká vůči aplikování principů HR, které se týkají zejména ovlivňování otevřených drogových scén.

Vycházíme-li z racionální protidrogové i bezpečnostní politiky, není efektivním řešením otevřenou drogovou scénu kamkoliv „posouvat, přesunovat nebo vytlačovat“. Jako mnohem vhodnější se jeví snaha zmenšit množství osob, které na otevřenou drogovou scénu docházejí, omezit negativní dopady otevřené drogové scény a také omezit její viditelnost, ovšem nikoliv na úkor veřejného zdraví.

Zkušenosti ze zemí jako je Holandsko, Německo, Švýcarsko, Španělsko, Francie nebo Portugalsko jasně ukazují, které přístupy v péči o drogově závislé jsou nejvíce efektivní. Jedná se především o:

- nízkoprahová centra,
- terénní programy,
- pracovní programy pro aktuální uživatele návykových látek,
- sociální bydlení/ubytování,
- spektrum služeb Harm Reduction,
- dostatečný počet substitučních programů,
- diacetylmorfinová substituce s významnými efekty léčby a stabilizace klientů,
- case management,
- kooperace s policií a probační a mediační službou.

Zmíněné přístupy dle zkušeností ze zahraničí jednoznačně a prokazatelně vedou k redukci otevřené drogové scény, resp. k jejímu omezení a snížení výskytu uživatelů návykových látek přímo na otevřené drogové scéně (tzn. na veřejném prostranství). Stejnou měrou vedou i ke snížení kriminálního chování uživatelů návykových látek. Jako klíčový efekt mimo standardní výstupy HR přístupu je to, že se klienti nepohybují na drogové scéně, jsou tzv. pod kontrolou odborných služeb a veřejnost vnímá situaci bezpochyby pozitivně jednoduše proto, že klienti v ulicích nejsou vidět. Zároveň se využitím těchto přístupů snižují zdravotní a sociální rizika a výskyt kriminality. Tím se také významně snižují náklady na celkovou péči o problémové uživatele návykových látek v porovnání s náklady, které by bylo nutné vynaložit v případě léčby infekčních chorob, např. žloutenky (HBV, HCV), HIV/AIDS, syfilis.

Z časového hlediska můžeme výše zmíněná navrhovaná opatření rozlišit:

a) Realizovatelná v krátkodobém časovém horizontu

- Stálá přítomnost kriminální policie ČR zaměřená na prodej návykových látek.
- Stálá přítomnost strážníků Městské policie HMP v oblastech s vyšší zátěží drogové kriminality.
- Zvýšení kapacity v programech substituční léčby.
- Zvýšení kapacity v terénních programech.
- Prostorová opatření (úprava parků, podchodů metra atd.).
- Mediální kampaň zaměřená na osvětu a vysvětlování potřebnosti jak krátkodobých, tak dlouhodobých systémových opatření směřovaná k veřejnosti i úředníkům.

b) Realizovaná v dlouhodobém časovém horizontu jako systémová

- Nízkoprahová centra v blízkosti otevřené drogové scény.
- Nízkoprahová centra pro problémové uživatele návykových látek systematicky rozmístěná po jednotlivých městských částech, zejména MČ Praha 1 až Praha 10.
- Instalace sběrných nádob v místech otevřené drogové scény a jiných rizikových lokalit.
- Sociální bydlení pro uživatele návykových látek.
- Program lékařského předepisování substitučního preparátu.
- Pracovní programy pro uživatele návykových látek.

V rámci plánovaných rozpočtů se v každém roce počítá s vícezdrojovým financováním služeb, tzn. z RV KPP, MPSV, MZ, MŠMT, MS, HMP a městských částí. Výše položek za služby uváděné v tabulce nemohou zajistit celkový provoz zamýšlené sítě služeb.

6. Předpokládané fáze Strategie 2014-2020 v návaznosti na financování a rozvoj adiktologických služeb

1. fáze pro rok 2014-2016			
Aktivity 2014	Finanční prostředky Kč	Specifikace	Termín
Koncepce a strategie protidrogové politiky HMP, 2014 – 2020, Příprava akčního plánu 2014 - 2016	x	PK RHMP, RHMP, ZHMP	01-03/2014
Financování služeb a projektů Zdravé město Praha I. a II. 2014 (v oblasti primární, sekundární a terciární prevence)	5 000 000 34 000 000 400 000 3 500 000 1 100 000 1 000 000	PPRCH Služby Posílení kapacit TP Rozvojový projekt subst. léčby MČ P 1- 22 Konference, výzkum, certifikace, semináře	03/2014 04/2014 04/2014 05-12/2014 03-12/2014 04-12/2014
Příprava rozpočtu 2015			08-09/2014
CELKEM rozpočet pro rok 2014	45 000 000	Stávající aktivity: 41 100 000 Kč Rozvojové projekty: 3 900 000 Kč (SL, TP)	Průběžně v roce 2014
Aktivity 2015	Finanční prostředky Kč	Specifikace	Termín
Financování služeb a projektů Zdravé město Praha I. a II. 2015 (v oblasti primární, sekundární a terciární prevence)	6 000 000 36 000 000 4 500 000 400 000 1 100 000 1 500 000	PPRCH Služby Rozvojový projekt KC Posílení kapacit TP MČ P 1- 22 Konference, výzkumy, certifikace, semináře,	03/2015 04/2015 01-12/2015 04/2015 04-12/2015 03-12/2015 01-12/2015 08-09/2015
Příprava rozpočtu 2016			
CELKEM rozpočet pro rok 2015	49 500 000	Stávající aktivity: 44 600 000 Kč Rozvojové projekty: 4 900 000 Kč (KC, TP)	Průběžně v roce 2015
Aktivity 2016	Finanční prostředky Kč	Specifikace	Termín
Financování služeb a projektů Zdravé město Praha I. a II. 2016 (v oblasti primární, sekundární a terciární prevence)	6 000 000 37 000 000 5 500 000	PPRCH Služby Rozvojový projekt sociálního ubytování (tzv. sheltered housing)	03/2016 04/2016 02-12/2016 04/2016 04-12/2016
Příprava akčního plánu 2017 - 2018	1 100 000 1 200 000	MČ P 1- 22 Konference, výzkumy, certifikace, semináře,	03-12/2016 04-12/2016
Rapid assessment Příprava rozpočtu 2017			08-09/2016

Aktivity 2016	Finanční prostředky Kč	Specifikace	Termín
CELKEM rozpočet pro rok 2016	50 800 000	Stávající aktivity: 45 300 000 Kč Rozvojové projekty: 5 500 000 Kč (Sociální ubytování)	Průběžně v roce 2016

2. fáze pro rok 2017-2018			
Aktivity 2017	Finanční prostředky Kč	Specifikace	Termín
Financování služeb a projektů Zdravé město Praha I. a II. 2017 (v oblasti primární, sekundární a terciární prevence)	6 000 000 37 000 000 4 000 000 4 500 000 1 100 000 1 200 000	PPRCH Služby Rozvojový projekt pracovních programů (integrace) Rozvojový projekt KC MČ P 1- 22 Konference, výzkumy, certifikace, semináře	03/2017 04/2017 01-2/2017 01-12/2017 04-12/2017 02-12/2017 08-09/2017
Příprava rozpočtu 2018			
CELKEM rozpočet pro rok 2017	53 800 000	Stávající aktivity: 45 300 000 Kč Rozvojové projekty: 8 500 000 Kč	Průběžně v roce 2017
Aktivity 2018	Finanční prostředky Kč	Specifikace	Termín
Financování služeb a projektů Zdravé město Praha I. a II. 2018 (v oblasti primární, sekundární a terciární prevence)	6 000 000 39 000 000 3 000 000 1 100 000 1 200 000	PPRCH Služby Rozvojový projekt (zdrav. služby) MČ P 1- 22 Konference, výzkumy, certifikace, semináře	03/2018 04/2018 01-12/2018 01-12/2018 04-12/2018 02-12/2018
Příprava akčního plánu 2019 - 2020			08-09/2018
Příprava rozpočtu 2019			
CELKEM rozpočet pro rok 2018	50 300 000	Stávající aktivity: 47 300 000 Kč Rozvojové projekty: 3 000 000 Kč	Průběžně v roce 2018

3. fáze pro rok 2019 – 2020			
Aktivity 2019	Finanční prostředky Kč	Specifikace	Termín
Financování služeb a projektů Zdravé město Praha I. a II. 2019 (v oblasti primární, sekundární a terciární prevence)	6 000 000 42 000 000 5 000 000 1 100 000 1 200 000	PPRCH Služby Rozvojový projekt KC MČ P 1- 22 Konference, výzkumy, certifikace, semináře	03/2019 03/2019 01-02/2019 01-12/2019 01-12/2019
Rapid assessment			
Příprava rozpočtu 2020			08-09/2019
CELKEM rozpočet pro rok 2019	55 300 000	Stávající aktivity: 50 300 000 Kč Rozvojové projekty: 5 000 000 Kč	Průběžně v roce 2019
Aktivity 2020	Finanční prostředky Kč	Specifikace	Termín
Financování služeb a projektů Zdravé město Praha I. a II. 2020 (v oblasti primární, sekundární a terciární prevence)	6 000 000 48 000 000 1 100 000 1 200 000	PPRCH Služby MČ P 1- 22 Konference, výzkumy, certifikace, semináře	03/2020 04/2020 01-12/2020 01-12/2020
Příprava rozpočtu 2021			08-09/2020
CELKEM rozpočet pro rok 2020	56 300 000	Stávající aktivity: 56 300 000 Kč Rozvojové projekty: 0 Kč	Průběžně v roce 2020

V rámci plánovaných rozpočtů se v každém roce počítá s vícezdrojovým financováním služeb, tzn. z RV KPP, MPSV, MZ, MŠMT, MS, HMP a městských částí. Výše položek za služby uváděné v tabulce nemohou zajistit celkový provoz zamýšlené sítě služeb.

7. Závěr

Koncepce a strategie protidrogové politiky HMP vychází z faktu, že drogová závislost je nemoc definovaná Světovou zdravotnickou organizací. Je jasné, že neexistuje žádné vědecké zdůvodnění ani etický princip, který by ospravedlňoval kriminalizaci nemoci nebo zbavování občanů jejich lidských práv z důvodu nemoci. Toho si musí být vědom každý, kdo je zapojen do protidrogové politiky na místní úrovni, kde uživatelé drog nejsou anonymní „cizinci“, ale blízcí, synové, dcery, sourozenci i rodiče, a lidská práva a důstojnost osob závislých na drogách je nutné důsledně chránit. Zároveň je jisté, že nelze tolerovat porušování práva a principů občanského soužití.

Monitorování a hodnocení intervencí se všeobecně pokládá za nezbytnou podmínku úspěšné realizace jakéhokoli opatření, programu nebo politiky. Jen takovou protidrogovou politiku, která

v sobě zahrnuje proces hodnocení jako nezbytnou součást, lze vyhodnocovat a průběžně zlepšovat. Monitorování drogové situace prováděné na národní úrovni by mělo být rozloženo a prováděno také na místní úrovni – s podporou monitorovacích činností a specializovaných studií zadaných a/nebo podporovaných obecními/místními úřady, pokud nebudou k dispozici jinak a pokud budou nutné v zájmu přijímání kvalifikovaných rozhodnutí.

Národní a mezinárodní právní prostředí nemohou zůstat beze změn, protože jejich smyslem není existovat sama o sobě v odtržení od reality, ale reagovat na dynamický a proměnlivý životní, komunitní a sociální kontext. Zkoumání, hodnocení a příprava národních a mezinárodních norem by měly být vnímány z místní perspektivy a touto perspektivou by měly být ovlivňovány.

Je zřejmé, že navrhovaná opatření se musí realizovat postupně. Kritériem pro stanovení a realizaci úkolů je jejich aktuálnost, společenská potřeba, finanční možnosti a personální zabezpečení. Z toho důvodu je nutné, aby na strategii navazovaly akční plány, které budou zpracovány v součinnosti expertních skupin, protidrogových koordinátorů, Městské policie HMP, Protidrogové komise Rady HMP a dalších subjektů a organizací.

Akční plány mají za cíl implementaci jednotlivých opatření a aktivit – způsob, termíny, gesce, ukazatele a náklady – deklarovaných zejména ve strategii protidrogové politiky HMP v čase a v návaznosti na finanční prostředky určené na realizaci protidrogové politiky. Je nutné nejprve sestavit na základě odborné a multidisciplinární diskuse akční plány a zajistit jejich další plnění.

Akční plán rozpracovává jednotlivé kroky na kratší období platnosti strategie. První akční plán bude na období 2014-2016. Po následném zhodnocení stavu plnění úkolů budou postupně připraveny navazující akční plány na období 2017-2018 a na období 2019-2020. Období akčního plánu by mělo korespondovat s realitou a možnostmi HMP.

Přílohy

Obsah

1. Statistické údaje	59
2. Přehled adiktologických služeb v hlavním městě Praze	61
3. Pražská deklarace o principech účinných místních protidrogových politik.....	65

1. STATISTICKÉ ÚDAJE

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012, Viktor Mravčík a kol.
Praha, září 2013

Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémového užívání drog provedených multiplikační metodou za použití dat z nízkoprahových programů v letech 2002-2012

Rok	Problémoví uživatelé drog celkem		Problémoví uživatelé opiátů/opioidů				Problémoví uživatelé pervitinu		Injekční uživatelé drog	
	Počet	Na 1000 os. 15–64 let	Uživatelé heroinu	Uživatelé buprenorfinu	Celkem	Celkem na 1000 os. 15–64 let	Počet	Na 1000 os. 15–64 let	Počet	Na 1000 os. 15–64 let
2002	35 100	4,89	-	-	13 300	1,85	21 800	3,04	31 700	4,41
2003	29 000	4,02	-	-	10 200	1,41	18 800	2,61	27 800	3,86
2004	30 000	4,14	-	-	9 700	1,34	20 300	2,80	27 000	3,73
2005	31 800	4,37	-	-	11 300	1,55	20 500	2,82	29 800	4,10
2006	30 200	4,13	6 200	4 300	10 500	1,44	19 700	2,69	29 000	3,97
2007	30 900	4,20	5 750	4 250	10 000	1,36	20 900	2,84	29 500	4,01
2008	32 500	4,39	6 400	4 900	11 300	1,52	21 200	2,87	31 200	4,21
2009	37 400	5,04	7 100	5 100	12 100	1,63	25 300	3,40	35 300	4,75
2010	39 200	5,30	6 000	5 000	11 000	1,48	28 200	3,81	37 200	5,03
2011	40 200	5,51	4 700	4 600	9 300	1,27	30 900	4,24	38 600	5,29
2012	41 300	5,71	4 300	6 300	10 600	1,47	30 700	4,25	38 700	5,35

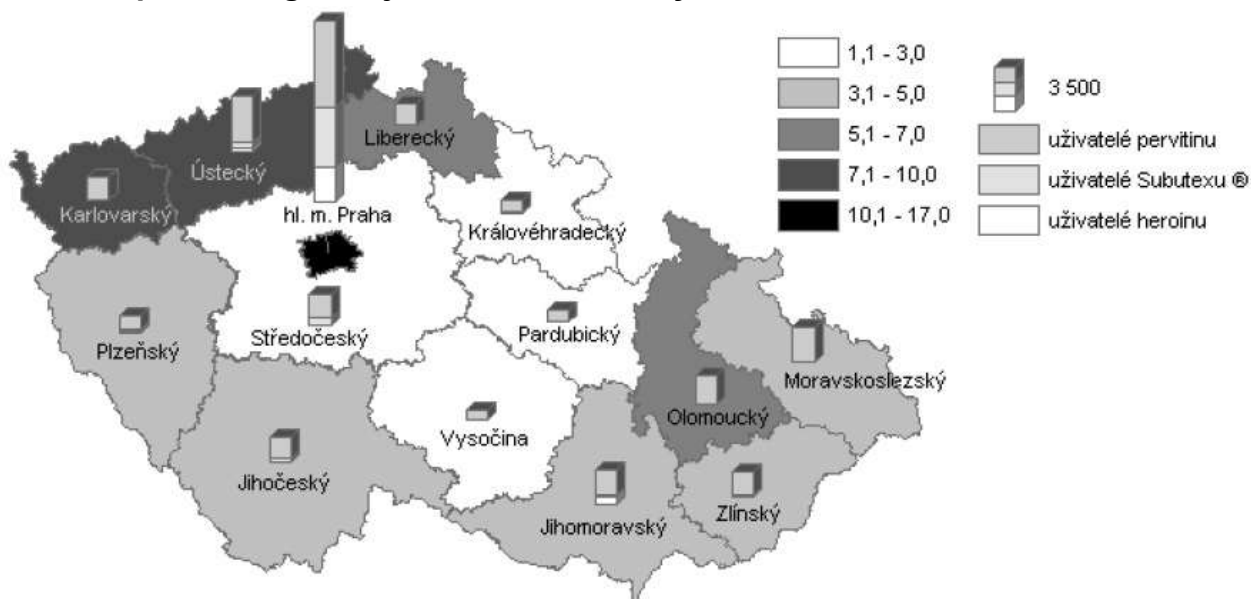
Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v I. 2005–2012 podle krajů, střední hodnoty v absolutních počtech

Kraj	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hl. m. Praha	9 800	8 400	10 000	11 500	10 400	11 350	10 900	14 600
Středočeský	2 500	2 450	1 700	1 750	2 400	2 150	2 100	2 500
Jihočeský	1 700	1 750	1 500	1 550	1 500	1 400	1 300	2 000
Plzeňský	1 450	1 350	1 300	1 650	2 400	2 000	1 900	1 250
Karlovarský	1 450	1 250	900	1 000	1 200	900	1 200	1 950
Ústecký	4 450	4 450	4 100	4 150	5 300	4 900	6 200	4 600
Liberecký	750	500	500	1 500	1 300	2 650	2 800	1 750
Královéhradecký	1 150	1 050	1 750	1 100	1 000	950	1 100	1 050
Pardubický	600	350	450	450	500	400	400	1 000
Vysočina	600	350	700	500	600	600	600	750
Jihomoravský	2 800	3 150	3 400	3 250	3 400	3 900	4 000	2 650
Olomoucký	1 900	2 350	1 650	1 600	3 000	3 300	3 200	2 350
Zlínský	1 150	1 300	1 850	1 350	2 400	2 350	2 500	1 850
Moravskoslezský	1 500	1 450	1 100	1 150	2 000	2 350	2 000	3 000
Celkem ČR	31 800	30 200	30 900	32 500	37 400	39 200	40 200	41 300

Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v r. 2012 podle krajů – střední hodnoty

Kraj	Počet problémových uživatelů celkem	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet IUD
		Heroin	Buprenorfin	Celkem		
Hl. m. Praha	14 600	2 700	4 850	7 550	7 000	14 600
Středočeský	2 500	100	500	600	1 900	2 400
Jihočeský	2 000	< 50	250	250	1 750	2 000
Plzeňský	1 250	150	150	300	1 000	1 100
Karlovarský	1 950	50	0	50	1 900	1 900
Ústecký	4 600	350	450	800	3 750	4 100
Liberecký	1 750	< 50	< 50	< 50	1 750	1 700
Královéhradecký	1 050	100	50	150	950	1 000
Pardubický	1 000	< 50	< 50	50	950	1 000
Vysočina	750	< 50	< 50	50	700	700
Jihomoravský	2 650	600	< 50	600	2 050	2 400
Olomoucký	2 350	50	0	50	2 300	1 900
Zlínský	1 850	50	< 50	< 50	1 800	1 600
Moravskoslezský	3 000	50	< 50	50	2 950	2 400
Celkem ČR	41 300	4 300	6 300	10 600	30 700	38 700

Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15 až 64 let v ČR v r. 2012 podle drog a krajů – střední hodnoty



Počet programů v přepočtu na 100 tis. obyvatel ve věk u 15–64 let podle typu a krajů a pořadí krajů (Vavrinčíková et al., 2013)

Kraj	Nízkoprahové programy		Kontaktní centra		AT ambulance		Ambulantní adiktologické centrum		Detoxifikace		Substituční léčba		Lůžková AT péče		Terapeutická komunita		Doléčovací programy/následná péče		Celkové umístění kraje	
	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Počet	Pořadí	Body*	Pořadí
Hl. m. Praha	0,8	13	0,4	13	1,6	2	3,2	1	4,8	2	1,3	1	3,1	3	0,0	11	0,3	6	52	4-5
Středočeský	0,8	12	0,5	11	0,6	6	1,3	12	1,0	9	0,3	8	0,0	14	0,2	6	0,1	11	89	13
Jihočeský	1,8	5	1,1	5	0,6	7	2,1	3	3,0	5	0,7	3	2,4	6	0,7	1	0,3	7	42	2
Plzeňský	1,3	8	0,6	9	0,9	3	1,5	7	1,5	8	0,3	10	3,5	2	0,3	3	0,4	2	52	4-5
Karlovarský	2,4	2	1,3	2	0,3	10	1,6	5	0,0	14	0,5	6	0,0	14	0,0	12	0,0	14	79	10
Ústecký	2,7	1	1,4	1	0,5	9	1,9	4	0,5	12	0,2	13	1,8	7	0,2	7	0,4	4	58	6
Liberecký	1,0	10	0,7	7	0,0	14	1,1	13	1,7	6	0,3	9	0,0	14	0,3	2	0,2	8	83	12
Královéhradecký	0,9	11	0,5	12	0,8	4	1,5	6	1,6	7	0,8	2	1,5	8	0,1	9	0,0	14	73	8
Pardubický	0,7	14	0,4	14	0,3	11	0,7	14	0,0	14	0,0	14	0,0	14	0,0	12	0,0	14	121	14
Vysočina	1,4	7	0,9	6	0,6	8	1,5	8	5,4	1	0,6	5	4,6	1	0,2	5	0,4	3	44	3
Jihomoravský	1,5	6	0,8	8	0,3	12	1,4	10	3,0	4	0,6	4	1,0	9	0,3	4	0,3	5	62	7
Olomoucký	2,3	3	1,2	3	1,7	1	3,1	2	3,4	3	0,2	12	3,0	4	0,1	10	0,5	1	39	1
Zlínský	2,1	4	1,2	4	0,2	13	1,3	11	1,0	10	0,3	11	2,6	5	0,0	12	0,1	10	80	11
Moravskoslezský	1,1	9	0,7	10	0,7	5	1,4	9	0,6	11	0,5	7	0,6	10	0,2	8	0,2	9	78	9
Celkem ČR	1,4	-	0,8	-	0,7	-	1,8	-	2,1	-	0,5	-	1,6	-	0,2	-	0,2	-	-	-

2. Přehled adiktologických služeb v hlavním městě Praze

Organizace	Program	Typ služeb	Adresa	Internetové stránky
A.N.O. ASOCIACE NESTÁTNÍCH ORGANIZACÍ			Karolíny Světlé 18/286, 110 00 Praha 1	www.asociace.org
	Právní poradna A.N.O.	IVH	Koněvova 95 130 00 Praha 3 - Žižkov	
Anima - terapie, o.s.	Terapie osob závislých na návykových látkách a jejich rodin	PP, AL	Apolinářská 4a, 128 00 Praha 2	www.anima-os.cz
Centrum Alma	Centrum služeb následné péče ALMA	ADP	Milady Horákové 690/4, 170 00 Praha 7	www.centrum-alma.cz
	ALKO-STOP	AL		
	Programy primární prevence	PP		
Český adiktologický institut	AT konference	IVH	Apolinářská 4, 120 000 Praha 2	www.snncls.cz/cesky-adiktologicky-institut/
Denní psychoterapeutické sanatorium "Ondřejov" s.r.o.			Klánova 62, 140 00Praha 4 - Hodkovičky	www.ondrejov.cz ; www.capz.cz
	Oddělení pro léčbu závislostí	AL		-

ESET - HELP občanské sdružení			Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 11	www.esethelp.cz
	Terénní program pro uživatele návykových látek	TP	Starodubečská 99/6, 107 00 Praha 10 - Dubeč	
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze			Vlašská 36, 110 00 Praha 1	www.nmskb.cz
	Dětské a dorostové detoxikační centrum	AL		
Magdaléna, o.p.s.			Včelník, 252 10 Mníšek pod Brdy	www.magdalena-ops.cz
	Terapeutická komunita Magdaléna	RPTK		
	Ambulantní doléčovací program	ADP	Pod Vyšehradem 1, 140 00 Praha 4 - Podolí	
Městská poliklinika Praha			Spálená 12, 110 00 Praha 1,	www.prahamp.cz
	Protialkoholní záchytná stanice	Jiné	Budínova 8 180 00 Praha 8,	
Prev-Centrum			Meziškolská 1120/2, 169 00 Praha 6	www.prevcentrum.cz
	Programy primární prevence	PP		
	Ambulantní léčba	AL		
PROGRESSIVE			Janáčkovo nábřeží 43, 150 00 Praha 5	www.progressive-os.cz
	No Biohazard - terénní program pro uživatele nealkoholových drog v hl. m. Praze	TP	Janáčkovo nábřeží 43, 150 00 Praha 5	
	Stage 5 - kontaktní a poradenské centrum závislostí v hl. m. Praze	KPS	Mahenova 4, 150 00 Praha 5	
PROSPE	PROgram SPECifické protidrogové primární prevence	PP	Biskupcova 39, 130 00 Praha 3	www.prospe.cz
Proxima Sociale, o. p. s.			Rakovského 3138, 143 Praha 12	www.proximasociale.cz
	Krok k prevenci	PP		
Psychiatrická nemocnice Bohnice			Ústavní 91, 182 00 Praha 8	www.plbohnice.cz
Pavilon AT: 7, 8	Léčba závislostí na návykových látkách - ženy	AL, ADP		-
Pavilon AT: 18, 31, 35	Léčba závislostí na návykových látkách - muži	AL, ADP		-
Pavilon 17	Ochranná léčba protialkoholní, proti toxikomanická - příjmové oddělení	AL		-
Remedis, s.r.o.	Adiktologická služba - substituce	AL	Vladimírova 10, 140 00 Praha 4	www.remedis.cz

SANANIM			Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13	www.sananim.cz
SANANIM	Poradna pro rodiče SANANIM	IVH	Školská 30, 110 00 Praha 1	
	Terénní programy	TP	Na Zderaze 11, 120 00 Praha 2	
	Romský terénní program SANANIM	TP		
	Kontaktní centrum SANANIM	KPS	Na Skalce 15, 150 00 Praha 5	
	Terapeutická komunita Karlov	RPTK	Karlov, o.s. SANANIM, Karlov 3, 398 04 Smetanova Lhota	
	Terapeutická komunita Němčice	RPTK	Zámek 1, Němčice u Volyně, 387 19	
	Denní stacionář - psychoterapeutické centrum	AL	Janovského 26, 170 00 Praha 7	
	CADAS - Centrum ambulantní detoxifikace a substituce	AL	Spálená 12, 110 00 Praha 1	
	COKUZ - práce s uživateli drog ve vazbách	SV	Štítného 30, 130 00 Praha 3	
	Doléčovací centrum s chráněnými byty a chráněnou dílnou	ADP	Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13	
	Doléčovací centrum pro matky s dětmi	ADP		
	Drogové informační centrum	IVH	Ovčí hájek 2549/64A, 158 00 Praha 13	
	Pracovní a sociální agentura	Jiné	Štítného 30, 130 00 Praha 3	
Sdružení SCAN	Mezinárodní konference "Primární prevence rizikového chování"	IVH	Lamačova 862/26, 152 00 Praha 5	
	Časopis Adiktologie	IVH		
Středisko prevence a léčby drogových závislostí - DROP IN, o.p.s.			Karolíny Světlé 18/286, 110 00 Praha 1	www.dropin.cz
	Centrum pro rodinu - Integrace rodiny	AL	Litevská 8, 101 00 Praha 10	
	Terénní program sociálních asistentů-Streetwork	TP	Jeseniova 89, 130 00 Praha 3	
	Centrum metadonové substituce a ambulantní detoxifikace Praha 1, DROP IN o.p.s.	AL	Budínova 2, 180 00 Praha 8	
	Centrum metadonové substituce Praha 2 DROP IN o.p.s.	AL	Španělská 8, 120 00 Praha 2	
	Nízkoprahové středisko DROP IN o.p.s.	KPS	Karolíny Světlé 18/286, 110 00 Praha 1	
	Tvoje šance DROP IN o.p.s.	Jiné	Horní Počernice, Praha 20	

	Centrum následné péče	ADP	Kobrova 10, 150 00 Praha 5	
Therapia Viva s.r.o.	Psychiatrická ordinace	SL	Erbenova 193/7, 150 00 Praha 5	
VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE			VFN Praha 2, U Nemocnice 2, 128 00 Praha 2	
	Klinika adiktologie VFN Praha 2	E, AL, IVH, PP, MS	Apolinářská 4a, 128 00 Praha 2	www.adiktologie.cz
	Oddělení pro léčbu závislostí	AL		
	Metadonová substituční léčba v Apolináři v letech 2014-2017	AL		
Život bez závislostí			K Výtopně 1224, 156 00 Praha 5 – Zbraslav	www.zivot-bez-zavislosti.cz
	Komplexní program primární prevence	PP		
	Odborná asistence při řešení krizových situací v rámci výskytu SPJ ve školním prostředí	PP		

3. Pražská deklarace o principech účinných místních protidrogových politik

Pražská deklarace je prohlášením zvolených zástupců samospráv, lidí přijímajících rozhodnutí v úrovni místních a obecních protidrogových politik, terénních pracovníků v oblasti prevence drog, regulace, léčby a snižování škod a vědců zkoumajících drogovou problematiku. Deklarace byla formulována během konference Městská protidrogová politika v globalizovaném světě, která se konala v Obecním domě Praha ve dnech 30. září – 2. října 2010.

My, signatáři Pražské deklarace, se domníváme, že právě místní/obecní/městské protidrogové politiky mají největší přímý dopad na drogovou situaci. V období otřesené globální ekonomiky je role obcí při řešení negativních dopadů užívání psychotropních látek a s ním souvisejících jevů na místní komunity významnější než kdy předtím. Opětovné potvrzení odhodlání mezinárodního společenství prosazovat účinnější a vyváženější protidrogové politiky, které lze vidět v Politickém prohlášení a akčním plánu v oblasti mezinárodní spolupráce zaměřené na vypracování integrované a vyvážené strategie boje proti celosvětovému drogovému problému a stoupající obavy předních vědců a představitelů veřejného života z hrozeb, které spočívají jak v nelegálních drogách, tak v nezamýšlených důsledcích protidrogových politik na zdraví a bezpečnost komunit v globálním měřítku (jak bylo naposledy vyjádřeno ve Vídeňské deklaraci nás vedly k tomu, abychom formulovali přehlednou a stručnou sadu sedmi principů účinných protidrogových politik na místní úrovni, které považujeme za osvědčené a ověřené naší každodenní prací a praktickými zkušenostmi.

1. Všelék neexistuje

Místní protidrogové politiky mohou působit pouze v rámci národních protidrogových politik a v mezinárodním režimu kontroly drog definovaném třemi úmluvami OSN. To ovšem neznamená nutnost požadovat uniformitu protidrogových politik na místní úrovni, které z globálního pohledu v konkrétních zemích nebo dokonce celých kontinentech mohou vypadat jako velmi homogenní, ale při bližším pohledu do jednotlivých měst a obcí je jasné, že jsou velmi různorodé. Inovativní a účinné intervence a přístupy na místní úrovni, které reagují na místní vývoj drogové situace, vedly v posledních desetiletích k většině pozitivních kroků v oblasti léčby, prevence, snižování škod a prosazování zákonů a jejich vzájemné spolupráce. Proto je nesmírně důležité, aby místní protidrogové politiky využívaly veškerý manévrovací prostor pro experimentování v rámci národních a mezinárodních právních prostředí.

2. Klíčový je realismus

Svět bez drog – nebo město bez drog – je nerealistická idea, která se stává škodlivou koncepcí ve chvíli, kdy je stanovena jako konečný cíl, stejně jako jiné utopie, které v historii potkal stejný osud. Látky s psychotropními účinky jsou starší než lidstvo samo a budou tu s námi vždy, se všemi negativními i pozitivními momenty. Je ovšem užitečné a realistické dát si za cíl snižování škod vzniklých v důsledku obchodování s drogami a jejich zneužívání v co nejvyšší míře - mj. snižováním objemu drog užívaných mimo zdravotnictví a tím i snižováním celkové závažnosti s tím souvisejících rizik prostřednictvím prevence, léčby a regulace.

3. Lidská práva zvláště pro nemocné

Drogová závislost je nemoc definovaná Světovou zdravotnickou organizací. Má mnoho možných příčin a příslušný výzkum dosud nedospěl k jednoznačným závěrům. Je ale jasné, že neexistuje žádné vědecké zdůvodnění ani etický princip, které by ospravedlňovaly

kriminalizaci nemoci nebo zbavování občanů jejich lidských práv z důvodu nemoci. To musí mít na paměti hlavně všichni ti, kdo jsou zapojeni do protidrogové politiky na místní úrovni, kde uživatelé drog nejsou anonymní „cizinci“, ale synové a dcery, bratři a sestry i rodiče, a lidská práva a důstojnost osob závislých na drogách je nutné důsledně chránit.

4. Zdraví lidí a jejich bezpečnost nesmějí být vnímány jako protiklady

Problematika intervencí v drogové oblasti je často vykládána jako „kompromis“ mezi zájmy veřejného zdraví a veřejné bezpečnosti, jako by šlo o nějaké protiklady. To je v rozporu s vědeckými poznatky a zkušenostmi na tomto poli: Skutečně účinné intervence v oblasti veřejného zdraví prospívají i bezpečnosti v komunitách, protože zdraví komunity je zásadní pro vnímání bezpečnosti, a intervence chránící bezpečnost veřejnosti musejí být a také jsou jedním z předpokladů zlepšování veřejného zdraví. Opatření v oblastech ochrany zdraví a bezpečnosti lidí mají stejný konečný cíl, pokud jde o návykové látky: Minimalizovat negativní důsledky obchodu s drogami a jejich zneužívání v co nejvyšší možné míře.

5. Připouštět pouze podložená rozhodnutí

Problém nelegálních drog a jejich škodlivých dopadů je složitá problematika překračující hranice mnoha oborů, ovlivňovaná desítkami faktorů, které se netýkají jen psychiatrie nebo kriminologie, ale i širokého spektra dalších činitelů, včetně genetických, biologických, společenských, náboženských/duchovních, politických, ekonomických a jiných. Mnoho zjednodušujících myšlenek představovaných svými autory jako nezpochybnitelné se mohou ukázat – a již se tak stalo – jako falešné či dokonce škodlivé. Je jasné, že hodnoty uznávané konkrétními národy a komunitami je nutné reflektovat v každodenním rozhodování. Ovšem každý takový proces rozhodování by se měl pevně opírat o důkazy shromážděné vědeckými, opakovatelnými a kontrolovatelnými metodami, a nikdy by neměl být založen jen na víře, ideologii a/nebo zbožných přáních.

6. Hodnocení a monitorování

Monitorování a hodnocení intervencí se všeobecně pokládá za nezbytnou podmínku úspěšné realizace jakéhokoli opatření, programu nebo politiky. Jen ty protidrogové politiky, které v sobě zahrnují proces hodnocení jako nezbytnou součást, lze vyhodnocovat a průběžně zlepšovat. Monitorování v širším slova smyslu – tedy realizace protidrogových politik i drogové situace jako takové – je podmínkou jakéhokoli hodnocení. Monitorování drogové situace rutinně prováděné na národní úrovni by mělo být rozloženo a prováděno na místní úrovni – s podporou monitorovacích činností a specializovaných studií zadaných a/nebo podporovaných obecními/místními úřady, pokud nebudou k dispozici jinak a budou nutné v zájmu přijímání kvalifikovaných rozhodnutí.

7. Trvalé a zlepšující se vzájemné informační toky mezi místní, národní a mezinárodní úrovní protidrogových politik

Národní a mezinárodní právní prostředí nemohou zůstat beze změn, protože jejich smyslem není existovat sama o sobě v odtržení od reality, ale reagovat na dynamickou a proměnlivou drogovou problematiku. Zkoumání, hodnocení a příprava národních a mezinárodních norem by měly být stále více vnímány z místní perspektivy a touto perspektivou by měly být ovlivňovány. Takový proces lze například podpořit vytvořením globální platformy pro sítě měst, která se zabývají protidrogovými politikami; takové sítě v některých zemích a/nebo regionech již existují. Tato platforma může hrát zásadní roli v přípravě plodné spolupráce mezi různými

partnery na místní, národní a mezinárodní úrovni, která může vyústit v realizaci účinnějších opatření zaměřených na řešení aktuálních problémů v drogové oblasti.

Literatura

Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018, Praha 2011, Úřad vlády České republiky.

BĚLÁČKOVÁ, V., NECHANSKÁ, B., CHOMYNOVÁ, P. & HORÁKOVÁ, M. 2012. Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky.

BRENZA, J. 2013. Vývoj české drogové scény v 70. a 80. letech 20. století z pohledu jejich tehdejších členů. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

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

BUREŠOVÁ, Z., MRAVČÍK, V., POPOV, P. & MIOVSKÝ, M. 2013. Institucionální analýza současného stavu záchytných stanic v České republice. Česká a slovenská psychiatrie.

CABRNOCHOVÁ, H., ČÁPOVÁ, E., FROUZOVÁ, M., HAMANOVÁ, J., JACOBS, P., KABÍČEK, P., KRČMÁŘOVÁ, A., NEŠPOR, K., SCHNEIBERG, F., STAROSTOVÁ, O. & SOUKUP, T. 2012. Manuál drogové prevence v praxi praktického lékaře pro děti a dorost.

CSÉMY, L. & CHOMYNOVÁ, P. 2012. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011.

CSÉMY, L. 1999. Závěrečná zpráva projektu NR1264 - IGA MZ ČR „Mládež a návykové látky“, Praha, Ministerstvo zdravotnictví.

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

CSÉMY, L., ZÁBRANSKÝ, T., GROHMANNOVÁ, K., DVOŘÁKOVÁ, Z., BRENZA, J. & JANÍKOVÁ, B. 2012. Dospívající uživatelé heroinu a pervitinu po 14 letech: analýza psychosociálních charakteristik. Československá psychologie.

ČABLOVÁ, L. & MIOVSKÝ, M. 2013. Rizikové a protektivní faktory v rodině predikující užívání alkoholu u dětí a dospívajících. Československá psychologie.

Český statistický úřad (2012) - Krajská správa ČSÚ v hl. m. Praze, www.czso.cz

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

EXNEROVÁ, M., KAUFOVÁ, T., & SKÁCELOVÁ, L. 2012. Kočičí zahrada. Rozvoj sociálních dovedností dětí v rámci prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

FIDESOVÁ, H., SKLENÁŘ, O. & VAVRINČÍKOVÁ, L. 2013. Vstup adiktologických služeb do systému zdravotnictví.

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

HARTNOLL, R. (1992) Research and the help-seeking process, British Journal of Addiction.

HERZOG, A. (2011) Systémové řešení koncentrace uživatelů drog v centru Prahy. Terénní programy SANANIM.

HUNT, N., ASHTON, M., LENTON, S., MITCHESON, L., NEOLEZ, M B. A STIMSON, G. (2003) A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use, <http://forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>

CHOMYNOVÁ, P. 2013. Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné populaci. Zaostřeno na drogy.

JURYSTOVÁ, L. 2012. Program prevence pro rodiče Unplugged - metodika pro lektory. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

K. KALINA et. al., Základy klinické adiktologie, 2008, Grada.

KALINA, K. & VÁCHA, P. 2013. Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. Adiktologie.

KALINA, K. a kolektiv (2003) Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup, Praha, Úřad vlády České republiky.

KOHOUTOVÁ, I. 2013. Odhad vlivu konzumace alkoholu na úmrtnost v České republice. Adiktologie.

Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb. <http://snncls.cz/>

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

LYNCH, J.W., KAPLAN, G.A. A SALONEN, J.T. (1997) Why do poorer people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychological characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse (Proč se chudší lidé chovají více rizikově? Variace na téma chování dospělých v otázkách zdraví v kontextu psychologických charakteristik podle stádií socioekonomické životní úrovně), Social Science and medicine.

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

MIOVSKÝ, M., ŠŤASTNÁ, L., ŠKOLNÍKOVÁ, M., ČABLOVÁ, L. & MIKLÍKOVÁ, S. 2013. Analýza potřeb dětí a mladistvých z hlediska užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování v kontextu institucionální sítě služeb na území hl. města Prahy a Středočeského kraje. Závěrečná zpráva z výzkumu. Praha.

MRAVČÍK, V. 2012. Léčba VHC u injekčních uživatelů drog v ČR - průzkum mezi centry pro léčbu virových hepatitid. Adiktologie.

MRAVČÍK, V., HORÁKOVÁ, M., PEŠEK, R. & KOŇÁK, T. 2011a. Drogy a vězni v ČR:

Výsledky dotazníkové studie mezi osobami ve výkonu trestu odnětí svobody. Zaostřeno na drogy.

MRAVČÍK, V., LEJČKOVÁ, P. & KORČIŠOVÁ, B. 2005. Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR - souhrnný článek. Adiktologie.

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., ŠKAŘUPOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ŠKRDLANTOVÁ, E., ŠŤASTNÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., BĚLÁČKOVÁ, V., GAJDOŠÍKOVÁ, H., VOPRAVIL, J. (2012) Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Praha, Úřad vlády České republiky.

Národní protidrogová centrála (2012) Výroční zpráva 2011.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018, Praha 2011, Úřad vlády České republiky.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. 2013. Prevence problémů působených alkoholem v rodině – nová zjištění. Praktický lékař.

NEVORALOVÁ, M. & ŠŤASTNÁ, L. 2013. Indikovaná primární prevence užívání návykových látek v praxi. Adiktologie.

NOŽINA, M., KRAUS, F., 2009. Kriminální sítě ve vietnamské diaspoře. Případ České republiky. Praha: Ústav mezinárodních vztahů Praha.

PAVLAS MARTANOVÁ, V. 2012c. Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

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

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

SADÍLKOVÁ, M. (ed.) 2012. Kriminalita & drogy. Sborník odborné konference, Praha 12. – 13. dubna 2012, Praha: SANANIM.

STIMSON, G. (1995) AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. Social Science and Medicine the Czech Republic. Drug and Alcohol Dependence.

Výroční zprávy - Hygienická stanice hl. m. Prahy – referát drogové epidemiologie

Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky hlavního města Prahy

ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V., ŠTEFUNKOVÁ, M., VOPRAVIL, J. & LANGROVÁ, M. 2011a. Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007, Praha, Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze.

Zaostřeno na drogy – periodikum NMS, Úřad vlády ČR.

Internetové zdroje:

www.policie.cz

www.praha.eu/jnp/cz/home/magistrat/odbory_mhmp/protidrogova_politika/aktuality/index.html

www.hygp Praha.cz

www.drogy-info.cz

www.adiktologie.cz

ZKRATKY

Nejčastěji používané zkratky v textu

ADP	ADP – ambulantní doléčovací programy (včetně chráněného bydlení a chráněných pracovních programů)
AT	alkohol - toxikomanie
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
D	detoxikace, detoxifikace
DPP	dohoda o provedení práce
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost)
ESPAD	Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách
EU	Evropská unie
HMP	hlavní město Praha
HR	Harm Reduction
KC	nízkoprahové kontaktní centrum
KPS	kontaktní a poradenské služby
L	ambulantní a lůžková léčba
LF UK	lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
MČ	městská část hlavního města Prahy
MHMP	Magistrát hlavního města Prahy
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MS	Ministerstvo spravedlnosti
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
NNO	nestátní neziskové organizace
OSN	Organizace spojených národů
PCPP	Pražské centrum primární prevence, oddělení Centra sociálních služeb Praha
PK RHMP	Protidrogová komise Rady hlavního města Prahy
PP	primární prevence
PPRCH	primární prevence rizikového chování
PUD	problémový uživatel drog
Rada HMP, RHMP	Rada hlavního města Prahy
RV KPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
RPTK	rezidenční péče v terapeutických komunitách
RV KPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
SANANIM	název organizace
SL	substituční léčba

SNN ČLS JEP	Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
SŠ	střední škola
SV	služby pro uživatele drog ve výkonu trestu a ve vazbě
SWOT analýza	metoda, jejíž pomocí je možno identifikovat silné (angl. Strengths) a slabé (angl. Weaknesses) stránky, příležitosti (angl. Opportunities) a hrozby (angl. Threats), spojené s určitým projektem, typem podnikání, podnikatelským záměrem, politikou (ve smyslu opatření) apod.
THC	Tetrahydrocannabinol - hlavní psychoaktivní látka nacházející se především v květenství konopí setého
TP	terénní programy
ÚMČ	úřad městské části
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
VHA, VHB, VHC	virová hepatitida (žloutenka) typu A, B, C
WHO	Světová zdravotnická organizace
Zastupitelstvo HMP, ZHMP	Zastupitelstvo hlavního města Prahy
ZSP MHMP	odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence Magistrátu hlavního města Prahy
ZŠ	základní škola