

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Zdravotní a sociální situace uživatelů nelegálních drog a pomoc od
relevantních sociálních a zdravotnických zařízení v České republice**

Diplomová práce

Vypracoval:

Petr Horák

2007

Vedoucí práce:

MUDr. Kvetoslava Kotrbová, Ph.D

Health and social situation of illicit drug users and the aid they receive from the respective social and healthcare institutions in the Czech Republic

This thesis is composed of two main parts: theoretical and practical. Theoretical part contains chiefly categorization of illicit drugs, where we learn how they are divided according to their origin, effects, and their chemical composition, as well as their seriousness for the society.

The thesis also maps the development of the illicit drug scene before and after 1989 and also discusses the importance of the year 1994—considered a breakthrough—since even before the convertibility of the Czech currency, it witnesses a massive invasion of high-quality and cheap heroine import. Furthermore, the harmful effects of drug abuse and their categorization is presented. Health hazards are correlated with data covering the HIV and viral hepatitis diffusion in the Czech Republic. This part also contains a list and description of institutions dealing with illicit drug abuse and issues connected with it. An analysis of social, health, and economic situation of illicit drug users, those filed in a L/K center. In conclusion, the thesis deals with the illicit drug use policy in the Czech Republic, where prevention, repression, prohibition and regulations are discussed, within the framework of sample of other national drug policies. The reader will find here the description of individual illicit drugs as well.

The thesis aims to map the activities of K-centers, and the way their work—in its result, the aid to illicit drug users—is being made harder by the low-threshold institutions. Low-threshold institutions were chosen to represent the group of relevant institutions since they are attended by the illicit drug users most often, as well as being the first institution of this kind the users come to. The author also explored what suggestions of improvement the centers present. Three hypotheses were set:

1. The offer of services is broad in K-centers
2. Low-threshold institutions lack resources

3. Low-threshold institution representatives hold serious reservations to the illicit drug use policy in the Czech Republic

The data were collected in questionnaires and secondary analysis of data from annual reports of K-centers. The questionnaires were filled in by low-threshold centers representatives. The data confirmed the set hypotheses.

In the discussion, the author debates the results of his research and discusses expert literature, while explaining difficulties that he encountered composing this thesis.

The conclusion deals with the suggestions for improvement, particularly of the illicit drug use policy and sums up the thesis.

Děkuji touto cestou MUDr. Kvetoslavě Kotrbové, Ph.D., za pomoc a vedení při vypracování diplomové práce.

Děkuji také vedoucím K-center, kteří byli tak ochotní a trávili čas s dotazníky a posíláním informací.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Zdravotní a sociální situace uživatelů nelegálních drog a pomoc jim od relevantních sociálních a zdravotnických zařízení v České republice vypracoval samostatně a použil jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 18. 4. 2007

OBSAH

1. ÚVOD.....	8
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
2.1 Rozdělení nelegálních drog a těkavých látek.....	9
2.2 Vývoj Drogové scény před a po roce 1989.....	10
2.3 Škodlivé důsledky užívání drog.....	13
2.3.1 Zdravotní rizika a škodlivé důsledky užívání nelegálních drog.....	14
2.3.1.1 Zdravotní rizika individuální.....	14
2.3.1.2 Zdravotní rizika populační.....	15
2.3.2 Důsledky/rizika kriminální povahy.....	19
2.3.3 Ekonomické škody.....	20
2.4 Socioekonomické charakteristiky.....	21
2.5 Základní typy institucí zabývajících se pomocí uživatelům nelegálních drog.....	33
2.5.1 K centrum.....	33
2.5.2 Psychiatrická léčebna.....	34
2.5.3 Terénní programy.....	35
2.5.4 Střediska pro mládež.....	35
2.5.5 Ambulantní psychologické a psychiatrické ordinace.....	36
2.5.6 Doléčovací centrum.....	36
2.5.7 Terapeutická komunita.....	37
2.6 Drogová politika.....	38
2.6.1 Složky drogové politiky.....	39
2.6.1.1 Prevence.....	39
2.6.1.1.1 Primární prevence.....	39
2.6.1.1.2 Sekundární prevence.....	41
2.6.1.1.3 Terciální prevence.....	42
2.6.1.2 Represe.....	43
2.6.1.3 Prohibice.....	43
2.6.1.4 Regulace.....	43
2.6.2 Strategie v drogové politice.....	44
2.6.3 Typy drogové politiky.....	45
2.6.3.1 Represivní model.....	46
2.6.3.2 Model minimalizace rizik a škod.....	46
2.6.3.3 Model kulturní integrace.....	47
2.6.4 Protidrogová politika ČR.....	47
2.6.4.1 Hlavní principy protidrogové politiky ČR.....	48
2.6.5 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.....	50
3. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE.....	52
4. METODIKA.....	53
5. VÝSLEDKY.....	54
5.1 Výsledky dotazníkového průzkumu.....	54
5.2 Výsledky z výročních zpráv.....	67
5.2.1 Cílová skupina K-center.....	67
5.2.2 Služby poskytované K-centry.....	68

5.2.3	<i>Cíle K-center</i>	70
5.2.4	<i>Hodnocení poskytovaných služeb</i>	71
5.2.5	<i>Využívání služeb K-center</i>	72
6.	DISKUSE	74
7.	ZÁVĚR	80
8.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	82
9.	KLÍČOVÁ SLOVA	85
10.	PŘÍLOHA	86

1 ÚVOD

Drogy hrály, hrají a zřejmě i dlouho hrát budou významnou roli v naší společnosti. Již dlouho mě zajímá, proč lidé po drogách sahají a jakým způsobem a do jaké míry se dá užívání a zneužívání drog snížit. Zneužívání drog a drogové závislosti nepostihují pouze jednotlivce, ale také jejich okolí a v širším měřítku prakticky celou společnost. Jednotlivé společnosti jsou tedy nuceny se s tímto problémem vypořádat, respektive ujasnit si náhledy na tuto problematiku, dle nichž se budou chovat. Toto hledisko je bezpochyby ovlivněno historickou tradicí užívání drog v dané společnosti. Míra tolerance či opačného represivního přístupu závisí samozřejmě také na kulturních tradicích státu, jeho ekonomické situaci, politickém zaměření i na zeměpisné poloze státu. Užívání drog může mít rovněž souvislost s náboženskými obřady. V oblastech, kde jsou přírodní suroviny obsahující omamné a návykové látky běžně rozšířeny, je samozřejmě tato tolerance vyšší. Také je podstatné to, které drogy jsou pro danou společnost přijatelné a které méně. Důkazem toho je i naše republika, kde např. alkohol je drogou všeobecně tolerovanou až uznávanou, oproti tomu je zde přístup k lidem závislým na nealkoholových drogách silně záporný. Dle přístupu společnosti k určitým drogám lze tyto dělit na 2 skupiny. Drogy tolerované a netolerované, což v přenosu do legislativy zní jako drogy legální a nelegální. To, jestli je droga legální, a tedy společensky akceptovatelná, či nikoliv, je výsledkem drogové politiky státu. Drogová politika státu představuje směr, kam se stát bude ubírat v této problematice. Je samozřejmé, že na drogovou politiku existují, jako snad na vše, na světě protichůdné názory a prozatím je velkým tajemstvím, který směr je skutečně správným a účelným. Jak si můžeme všimnout i na příkladu ČR, dochází při začlenění do evropských struktur ke sblížení těchto politik v závislosti na výsledcích společných dlouhodobých výzkumů a diskusí. Rád bych nahlédl pod pokličku toho, jak se vlastně může realizovat takováto centrálně stanovená drogová politika v praxi, u institucí, které se přímo stýkají s osobami nejvíce zasaženými touto problematikou.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Rozdělení nelegálních drog a těkavých látek

Explicitní seznam ilegálních, nezákonných a státem nepodporovaných omamných nebo psychotropních látek je v českých podmínkách definován zákonem 167/1998 Sbírky o návykových látkách.

V roce 1969 WHO zveřejnila definici svých expertů, podle níž je drogou „jakákoliv látka, která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“ Zábranský (2003).

Drogy dělíme na legální (např. tabák, alkohol, káva atd.) a na nelegální. V epidemiologii se nejvíce používá tří typů klasifikace a to:

A) podle vzniku (přírodní, semisyntetické a syntetické)

B) podle typu působení a chemického složení (tlumivé látky, stimulancia, halucinogeny)

C) podle stupně společenské nebezpečnosti (podle závažnosti společenských následků).

A) podle vzniku

a) přírodní - sem patří např. konopné produkty (marihuana, hašiš, máslo atd.), opium, koka, psychoaktivní houby (lysohlávky, muchomůrky atd.), psychoaktivní rostliny (některé kaktusy, durman, blín, mandragora atd.), kava atd. Existuje zhruba 2500 psychoaktivních rostlin a hub.

b) semisyntetické- sem řadíme morfin, heroin, LSD, kokain, crack atd.

c) syntetické – sem řadíme amfetaminy a jejich deriváty (pervitin), opioidy, ecstasy, těkavé látky (rozpuštědla), farmaceutická anxiolytika a sedativa atd.

B) podle typu (psychoaktivního) působení a chemického složení

- a) tlumivé látky- opiátová/opioidová skupina (morfin, heroin, metadon, atd.)
- b) stimulancia- amfetaminy(pervitin, dexendrin, benzendrin), kokain a crack, těkavé nitráty, ecstasy
- c) halucinogeny - konopné produkty (marihuana, hašiš, konopný olej a další), LSD, psylocibyn, mescalín, PCP (phenycyklidin), těkavé látky a další.

C) podle stupně společenské nebezpečnosti

Přestože existují poměrně přesné techniky, jak vyjádřit okruhy škod (zdravotní a ekonomické a kriminogenní), způsobených drogami, váhu všech tří indikátorů při určení společenské nebezpečnosti té které drogy v zásadě určuje hodnotový systém jedince či společnosti, a tak je absolutní (celospolečenský nebo dokonce celosvětový) konsenzus v podstatě nemožný. Zábranský (2003)

2.2 Vývoj drogové scény před rokem 1989 a po něm

Současná česká drogová scéna je významně ovlivněna odlišným vývojem v oblasti zneužívání, výroby, distribuce a transferu drog v druhé polovině 20. století v ekonomicky rozvinutých demokratických státech a v zemích příslušejících k tzv. socialistickému bloku, včetně ČR. To ovšem neznamená, že se drogy u nás nezneužívaly. Zpočátku byly zneužívány drogy zejména rostlinného původu - konopí, houby, rostliny z čeledi lilkovitých, např. durman, blín a rulík, specifickým druhem toxikomanie byl, a do současné doby je, sniffing - čichání těkavých látek. Později začalo být zneužíváno dostupných léků jako Fenmetrazin, Dexfenmetrazin, Ipecarin, Pleumolysin, Solutan, Alnagon, Benephorin, Diolan, Yastyl apod., které se zpracovávaly k toxikomanské potřebě (např. z Alnagonu se do současné doby vyrábí silný opiát Braun.) V sedmdesátých letech se začal „vyrábět“ metamfetamin – pervitin.

Šíření a zneužívání nezákonných drog se objevilo po roce 1990 ve všech zemích střední a východní Evropy v předtím nebývalé míře a závažnosti. Doprovází takřka zákonitě ekonomické, politické a sociální změny po pádu socialistických režimů. Kalina (2003)

Prudký nárůst problémů s nezákonnými drogami, charakteristický pro střední a východní Evropu v první polovině devadesátých let, je označován jako odložená epidemie. Země „na západ od železné opony“ prožívaly příval drog od 60.-70. let, naučily se rozumět jejich bezpečnostním, zdravotním a sociálním rizikům a aspoň částečně je kontrolovat. V komunistických režimech však tento víceméně standardní vývoj proběhnout nemohl. Uzavřenost a vysoká vnější sociální kontrola, typická pro totalitární státy, zabraňovala sice výraznějšímu šíření drog, zároveň však také znemožňovala vytvoření účinných obranných mechanismů. Problém drog byl většinou spojován s upadajícím Západem a jeho ideologickou diverzí, jeho skutečný rozsah byl zatajován a informace nebyly přístupné ani veřejnosti, ani odborným zájemcům.

Důležité pro vývoj drogové scény po roce 1989 byly uplatňující se faktory větší zranitelnosti vůči šíření drog. Mezi ně je možné zařadit například měnící se hodnoty a životní styl, oslabení vnějšího pořádku a sociálních jistot, zrychlenou sociální stratifikaci, nedostatečně vyvinutou infrastrukturu občanského života a nedostatečné porozumění a komunikaci dříve tabuizovaného problému. Významné místo mezi těmito faktory zranitelnosti měla pochopitelně i absence vhodné legislativy.

Po roce 1989 začaly do ČR proudit všechny druhy drog. U nás vyráběný pervitin se stával stále známějším. Nejprve byl vyvážen jako finální produkt, později vyjížděly do zahraničí osoby, které jej uměly „uvařit“. Do ČR se začali sjíždět toxikomané a obchodníci s drogami z jiných států. Liberální legislativní prostředí v této oblasti a snadná dostupnost drog vytvářely příhodné podmínky pro akceleraci dalšího rozvoje „drogového trhu“ v ČR.

Dalším dynamizujícím aspektem byly liberální postoje české společnosti vůči zneužívání drog, které bezprostředně souvisely s její minimální zkušeností s jinými

drogami než s tabákem a alkoholem. Stejně nezkušená byla i veřejná správa a orgány činné v trestním řízení. Držení drogy pro vlastní potřebu nebylo trestné, takže nebylo možné ani definovat množství přesahující tolerovatelné „množství pro vlastní potřebu“. Podobně i absence zákonné normy, která by bránila praní špinavých peněz, vytvářela prostředí, v němž bylo snadné a téměř bez rizika legalizovat v ČR výnosy z trestné činnosti. (K částečnému zlepšení situace došlo až přijetím zákona č. 61/1996 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a o změně a doplnění souvisejících zákonů, který nabyl účinnosti dnem 1. července 1996.) A konečně poslední významnou podmínkou pro rozvoj drogového trhu byla rozvinutá výroba a distribuce domácího pervitinu.

V devadesátých letech, zejména po roce 1993, dochází na české drogové scéně k výrazným změnám. Z hlediska transferu drog se z původně tranzitní země ČR stala i zemí cílovou. Prudce vzrostl počet osob zaangażovaných na obchodu s omamnými nebo psychotropními látkami (dále již OPL) i osob, které nelegální drogy zneužívají. Rok 1994 je pokládán za zlomový, protože v předstihu před dosažením konvertibility české měny dochází k masivní invazi kvalitního a levného heroinu z dovozu na domácí trh. Počet uživatelů heroinu rychle roste. Ve velkoměstech a městských aglomeracích vzniká otevřená drogová scéna se značným finančním obratem, hierarchií distributorů, konkurenčním bojem a pochopitelně s výraznou drogovou kriminalitou. Drogy jsou všeobecně dostupné a věková hranice prvních uživatelů nelegálních drog se snižuje.

V současnosti jsou v ČR dostupné téměř všechny druhy nelegálních drog. Přesné údaje o počtu osob zneužívajících drogy nejsou k dispozici. Odhady vycházejí z nejrůznějších údajů, např. z množství zadržených OPL, počtu léčených osob docházejících do léčebně kontaktních center, z evidence nových problémových uživatelů drog nebo z počtu zadržených dealerů či počtu prodaných injekčních stříkaček v lékařské síti. V současnosti se odhaduje, že existuje 34 000 problémových uživatelů drog, z toho 23 300 mužů a 10 700 žen. Odhaduje se, že přibližně 9500 z nich jsou uživatelé opiátů, 22 500 uživatelé amfetaminů a 2000 problémoví uživatelé ostatních drog. Odhad injekčních uživatelů drog je 28 300 osob. V roce 2005 byl

celkový počet všech evidovaných klientů v L/K centrech 8874. Ve srovnání s rokem 2004 se jedná o pokles léčených uživatelů drog (o 209 osob). Mezi nově evidovanými uživateli drog bylo 68 % mužů a 32 % žen. Mezi žadateli o první léčbu jsou nejčastěji zastoupenou skupinou drog stimulancia ,celkem 60% ze všech nově evidovaných klientů. Jde z 99 procent o pervitin. Druhou nejčastější skupinou jsou kanabinoidy s 20 % a na třetím s 16 % opiáty, kde hlavní roli zaujímá heroin.

Pokud budeme srovnávat prevalenci problémových uživatelů drog se zeměmi Evropské unie, patří ČR do středu. Vyšší odhady uvádějí např. Dánsko, Irsko, Itálie, Lucembursko, Rakousko, Portugalsko, Španělsko a Velká Británie. Naopak nižší odhady má Německo, Řecko, Nizozemsko a Polsko. Ve většině zemí převažují mezi problémovými uživateli drog uživatelé opiátů, pouze ve Finsku a Švédsku je častější zneužívání amfetaminů, tak jako u nás.

2.3 Škodlivé důsledky užívání drog

Pro nelegální psychotropní látky platí to, co pro jakékoliv chemické látky obecně: jejich externí dodávání narušuje homeostázu organismu různým způsobem, v různé míře a různou rychlostí- podle typu látky a může mít patologické důsledky. Zábranský (2003)

K sociálním problémům spojeným s užíváním drog patří na úrovni jedince zhoršené vztahy s rodinou, pracovním a školním prostředím, nižší nebo nedokončené vzdělání, nezaměstnanost a nižší socioekonomický status nebo špatná bytová situace, která v některých případech vede až k bezdomovectví. Kumulace uvedených sociálních problémů může v určitých případech vést k tzv. sociální exkluzi vyloučení ze společnosti. Sociální exkluze však nemusí být důsledkem užívání (a především problémového užívání) drog, sama o sobě může být také jeho příčinou.

Na úrovni společnosti nebo skupiny obyvatel má sociální exkluze další dimenze: v sociální oblasti jde o rozpad tradiční rodiny a koncentraci některých negativních socio-demografických jevů jako např. potratovosti, nechtěných těhotenství nezletilých nebo

kriminality, v oblasti komunitní dochází k devastaci prostředí a bydlení, nedostupnosti služeb a především ke koncentraci vyloučených osob nebo celých skupin, čímž dochází k dalšímu prohlubování sociální exkluze. Sociální exkluze je zesilována tzv. symbolickou exkluzí, která zahrnuje negativní postoje veřejnosti k dané skupině obyvatel, často zprostředkované masmédií, a na druhé straně také tzv. subjektivně pociťovanou sociální exkluzí, která popisuje stav, kdy jedinec nebo skupina obyvatel má pocit, že je ze společnosti vylučován .

V současných podmínkách má způsob užívání drog a kontext, v němž k němu dochází, častější a závažnější škodlivé následky než látka sama.

Typy rizik a tedy potenciálních škod můžeme rozdělit podle oblastí, v nichž vznikají, na:

- a) zdravotní (ve smyslu psychického i somatického zdraví)
- b) kriminální
- c) ekonomické (zahrnuje v sobě pomocí převodu na peněžní ukazatele obě předchozí oblasti)

2.3.1 Zdravotní rizika a škodlivé důsledky užívání nelegálních drog

Zdravotní rizika lze dělit na: a) individuální b) populační

2.3.1.1 Zdravotní rizika individuální

Rizika individuální (interní) nese přímo uživatel drog. Individuální zdravotní rizika/škody se dělí na přímé a nepřímé. Přímé vznikají přímo v důsledku interakce účinné psychotropní látky s organismem. Uživatele může postihnout předávkování, poškození RES, poškození CNS, poškození sliznic, kancerogenní efekt, poruchy vnímání a prožívání, akutní poruchy výbavnosti a vstřípivosti, toxická psychóza.

Nepřímé důsledky nevznikají přímo v důsledku působení dané látky (nevyplývají z její chemické podstaty, jsou způsobeny jinými faktory).

Patří sem:

a) důsledky způsobu aplikace - např. poškození nosní přepážky, které je způsobeno šňupáním, poškození plic vyvolané kouřením, povrchové poškození kůže opakovanou injekční aplikací, hlubší záněty až po abscesy, krví přenosné infekce způsobené používáním jedné injekční stříkačky více uživateli, myokarditidy, endokarditidy, flebitidy, trombózy, poškození a záněty periferních cév

b) škodlivé důsledky/rizika cizorodých látek v dávkách drog - intoxikace cizorodou látkou tj. příměsí k naředění drogy, např. kofein, fenacetin, cyankáli, pračí přípravky atd., embolie z cizorodé látky

c) důsledek socioekonomických poměrů živilců nelegálních drog

d) nutriční poruchy, poruchy imunity, jiné než krevní infekce, poškození chrupu, automutilace

e) důsledek kontextu, v němž se osoba pod vlivem psychotropní látky nachází - dopravní i jiné nehody, jejichž aktivní účastníci byli pod vlivem psychotropní látky

2.3.1.2 Zdravotní rizika populační

Kromě obecných populačních důsledků, které jsou přímým důsledkem začlenění jednotlivce do populace, tedy zhoršení průměrného statistického zdravotního stavu obyvatelstva, jde o důsledky jimiž narkomané ovlivňují zdravé, drogami jakéhokoliv typu nezasazené jedince. Představují tedy riziko pro populaci jako celek.

Jde v tomto ohledu zejména o šíření krevně přenosných nemocí (via injekční nářadí, sexuální styk atd.), které u nás prozatím (díky důslednému prověřování dárců krve a zejména úspěšnému praktikování harm reduction programů, více v kapitole 2.5.2

Složky drogové politiky), nepředstavuje ve srovnání s jinými zeměmi zatím výrazný problém, ale počet lidí postižených neustále, i když pomalu stoupá. Jde zejména o virus HIV a hepatitidu typu B, C a D.

Virus HIV (human immunodeficiency virus) patří mezi tzv. retroviry a je původcem syndromu AIDS (acquired immune deficiency syndrome, syndrom získané imunitní nedostatečnosti). Virus byl objeven v roce 1983. Inkubační doba, od vstupu viru do vnímané buňky po objevení se klinických příznaků charakterizovaných jako akutní infekce či primární onemocnění, obnáší průměrně tři týdny. Latentní infekce s minimálními klinickými příznaky trvá podle současných znalostí až 15 let. Krátce po expozici - za 3-8 týdnů - přibližně u 50 % infikovaných dochází k příznakům primoinfekce-akutní HIV infekce. Ta obvykle probíhá pod obrazem chřipkovitého onemocnění, často s prchavým exantémem, jindy připomínající syndrom infekční mononukleózy a jen vzácněji se objeví neurologická symptomatologie -seriózní meningitida či polyradikuloneuritida. Genom HIV tvoří dvě identické kopie jednořetězcové RNA obsahující 9 genů. Virus infikuje zejména lymfocyty T (typ CD4), tj. bílé krvinky specificky odpovědné za buněčnou imunitu, a postupně i další buňky imunitního systému. Ve formě proviru v nich přežívá, chráněn před účinky protivirových léčiv, a je přenášen na jejich potomstvo. Může se však kdykoliv aktivovat a svou replikací hostitelské buňky ničit. Posléze také poškozuje buňky kostní dřeně a ústředního nervového systému a bezbranný organismus pomalu podléhá příležitostným infekcím tzv. oportunní infekce, či zhoubným nádorům. Virus HIV je velmi citlivý na zevní prostředí - UV záření a dezinfekční prostředky, kdy rychle hyne. Jakmile spermatická nebo jiná tělní tekutina vyschne, virus HIV nedokáže přežít a téměř okamžitě hyne. Z epidemiologického hlediska je AIDS krevní infekcí. Nemoc AIDS je stále smrtelným onemocněním, na které neexistuje účinný lék. Prevence proti AIDS souvisí s možnými způsoby přenosu viru HIV.

Nákaza HIV Virus HIV se přenáší třemi způsoby: 1. Při rizikovém sexuálním styku, 2. krví – např. infikovanými jehlami u narkomanů nebo při transfuzi krve a chirurgických zákrocích v rozvojových zemích a za 3. z matky na plod. Na test HIV se

doporučuje jít po 2-3 měsících od rizikového styku. Léčba infekce virem HIV je velmi komplikovaná a v současné době se nedá říci, že vede k uzdravení, ale její smysl spočívá především v prodloužení života HIV pozitivního člověka. V současnosti se preferuje tzv. kombinovaná léčba, kdy se používá více léků najednou, aby se snížily účinky vedlejších účinků a zároveň se prodloužila doba, než se vytvoří vůči této lékové formě rezistence.

Ke dni 31. 12. 2005 bylo v ČR evidováno 827 HIV pozitivních osob. Z toho bylo 37 případů u injekčních uživatelů drog. Koncem roku bylo v ČR evidováno celkem 196 případů AIDS, z toho se v 5 případech jednalo o injekční uživatele drog. Poslanecký (2006)

Při interpretaci uváděných výsledků vyšetření na HIV v hlášeních z L/K center nejsou z epidemiologického hlediska ani tak důležité velice nízké počty pozitivních osob jako skutečnost, že 74,6 % nově zachycených injekčních uživatelů drog, buď nebylo testováno, nebo je neznámo, zda byli testováni, a nebo údajně testováni sice byli, ale výsledek testu není znám. O zhruba 12 % je lepší situace v testování všech léčených injekčních uživatelů drog.

Za virové hepatitidy považujeme všechny akutní event. chronické nemoci jater, vyvolané virovými činiteli s primárně vyznačeným hepatotropismem. Většina akutních hepatitid je vyvolána hepatotropními viry (A, B, C, D, E, G). Vývoj virové hepatitidy může být chronický nebo akutní, doprovázený jaterním selháním.

Hepatitida B je akutní onemocnění s přechodem do chronických komplikací. 5-10 % onemocnění má tendenci k přechodu do chronicity s případným vznikem cirhózy či hepatocelulárního karcinomu. Kromě příznaků gastrointestinálních jsou velmi časté příznaky chřipkové, kloubní, kožní a nervové. Při stanovení diagnózy se vychází z klinického obrazu, epidemiologické anamnézy, výsledků vyšetření biochemických a sérologických. Diagnóza je potvrzena nálezem specifických antigenů a protilátek v séru, tzv. markerů HBV, a to HBsAg a protilátek proti němu. HBsAg byl nalezen téměř ve všech tělních tekutinách, ale pro přenos infekce má zásadní význam krev a krevní

deriváty, dále sperma, vaginální sekret, sliny. Nejčastěji dochází k přenosu parenterální inokulaci infekčního materiálu (profesionální onemocnění zdravotníků po poraněních, onemocnění v komunitách kde se používají společné předměty - nejen jehly u i.v. narkomanů, ale i holicí strojky, zubní kartáčky, ručníky atd.) Významný je i přenos pohlavním stykem. Může dojít i k přenosu z matky na novorozence. Inkubační doba je 50-180 dní, průměrně 90 dní. Léčba je symptomatická, u chronických infekcí alfa-interferon.

Tato virová hepatitida jeví trvalý nárůst jak ve formě akutní, tak i ve formě chronické. Od roku 1997 došlo ke čtyřnásobnému zvýšení incidence! Stále trvá vysoký podíl osob s rizikovým chováním ve věkových skupinách, které korespondují s nejvíce postiženými věkovými skupinami s injekčním užíváním drog. Tito nemocní tvoří celou třetinu nemocných v absolutním počtu v České republice. Problém komunity je v trvale vysoké skupině zdrojů nákazy, zvláště pro nové injekční uživatele drog, proto se procento i přes účinnost harm-reduction systému, nezmenšuje. Výskyt může v budoucnosti omezit zavedené očkování novorozenců a dvanáctiletých zahájené v roce 2000. V roce 2005 bylo postiženo akutní virovou hepatitidou typu B 361 osob, z toho je 113 injekčních narkomanů tj.31,3%. Chronickou 211, z toho 36 injekčních narkomanů tj.17,1%.

Hepatitida C - cesta přenosu u hepatitidy C je hlavně parenterální (krev, plazma, dialýza, atp). Sexuální přenos je také možný, ale je to výjimečné. Inkubační doba je od 2 týdnů do 6 měsíců, nejčastěji 6-9 týdnů. Průběh nemoci je většinou lehký, ale značné procento přichází do chronicity. Riziko přenosu představují dárci krve, hemofilici, narkomani, dialyzovaní, po transplantacích orgánů. Léčba je symptomatická, u chronických infekcí alfa-interferon, případně v kombinaci s antivirovými preparáty.

Akutní virovou hepatitidou typu C bylo postiženo v roce 2005 162 osob, z toho 104 injekčních narkomanů, tj. 64, 2%. Chronickou 682, z toho 408 injekčních narkomanů tj. 59,8 %. Hepatitida C je v posledních letech kvůli těmto číslům nazývána „žloutenkou narkomanů“.

Vzhledem k neexistenci prevence vakcinací, která je stejně vzdálená realitě jako vakcína proti HIV/AIDS, se stává tato virová hepatitida vysoce společensky nebezpečnou. Z posledních 10 let sledování vyplývá, že výměna stříkaček a jehel prakticky neovlivnila - i přes zvyšující se počet výměn - toto onemocnění ve skupině injekčních narkomanů. Poslanecký (2006)

2.3.2 *Důsledky/rizika kriminální povahy*

Nelegální drogy jsou, již jak napovídá název, spojeny s nezákonnými aktivitami. Jde o primárně trestné činy či sekundární trestné činy. Do primárních patří zejména výroba a prodej nezákonných drog. Do sekundárních patří trestné činy, které jsou páčány v jakékoliv souvislosti s drogami nebo pod jejich vlivem. Do této kategorie řadíme např. páčání trestných činů pod vlivem nezákonných drog, násilné, zstrašující a korumpující chování obchodníků s drogami, doprovodnou finanční kriminalitu, korupci.

a) páčání trestných činů pod vlivem nezákonných drog

Právě toto spojení vnímají občané nejcitlivěji, ale ve skutečnosti k trestným činům, kdy pachatel je pod vlivem nezákonných drog, dochází poměrně výjimečně a je to zhruba 1 % všech zjištěných trestných činů. Mnohem významněji je na tom alkohol.

b) páčání trestných činů za účelem obstarávání prostředků na nezákonné drogy.

Na rozdíl od závislých na alkoholu, kteří si svou návykovou látku obstarávají pomocí poměrně nízkých finančních obnosů, závislý člověk na nelegální droze (vyjma marihuany, která je prozatím v ČR extrémně levná a v některých oblastech i špatně obchodovatelná) vydá na vrcholu svého návyku 1000-5000 Kč denně (podle druhu a množství drogy), což je částka legálně získanými prostředky fakticky nezískatelná.

To závislé na droze logicky žene do trestné činnosti - ať už do klasické majetkové (krádeže, loupeže), nebo do nejefektivnějšího systému pyramidového obchodu v lidských dějinách – do dealerství.

c) násilné, zastrašující a korumpující chování obchodníků s drogami

Černé trhy vyvolávají násilné a korumpující chování – nejen proto, že přitahují osoby se „sklony ke zločinu“, ale také proto, že na černém trhu neexistují instituce, jež by řešily spory, vynucovaly pravidla a nebo garantovaly kvalitu. Místo volné soutěže a podílu na trhu jsme svědky násilných aktů, zastrašování a vražd.

d) doprovodná finanční kriminalita

Je zřejmé, že peníze získané z nelegálního obchodu s drogami nelze normálním způsobem zdanit či jinak legalizovat, stejně zřejmé ovšem je, že ten, kdo je takto získává, je nezískává proto, aby je nemohl dále použít. Z logiky věci před ním tedy vyvstává nutnost peníze „vyprat“, a vzhledem k tomu, že za úspěch se považuje dvacetiprocentní výnos „čistých peněz“ z původní částky, cca 80 % drogovým dealerům a výrobcům zůstává na další „přidružené náklady“ včetně korupce. Vzhledem k obrovským objemům těchto peněz (odhaduje se, že mezi výrobou samotné drogy a jejím prodejem finálnímu uživateli se její cena zvýší cca tisíckrát, což představuje rabat sto tisíc procent, nemající obdoby u žádné jiné komodity) se pak do legální ekonomiky přelévají obrovská kvanta nezdaněných peněz, získaných v neregulární, extrémně tvrdé hospodářské soutěži, a ty vstupují do soutěže s penězi získanými legální cestou.

e) drogy a korupce

Korupce je samozřejmě, a to pravděpodobně ne málo, zastoupena v oblasti obchodu s drogami. Paradoxně (byť tuto skutečnost lze v praxi verifikovat jen velmi obtížně) můžeme důvodně spekulovat, zda s rostoucí tvrdostí represe a posilování působnosti represivního aparátu nerostou rovněž i rizika korupce v této oblasti.

2.3.3 Ekonomické škody

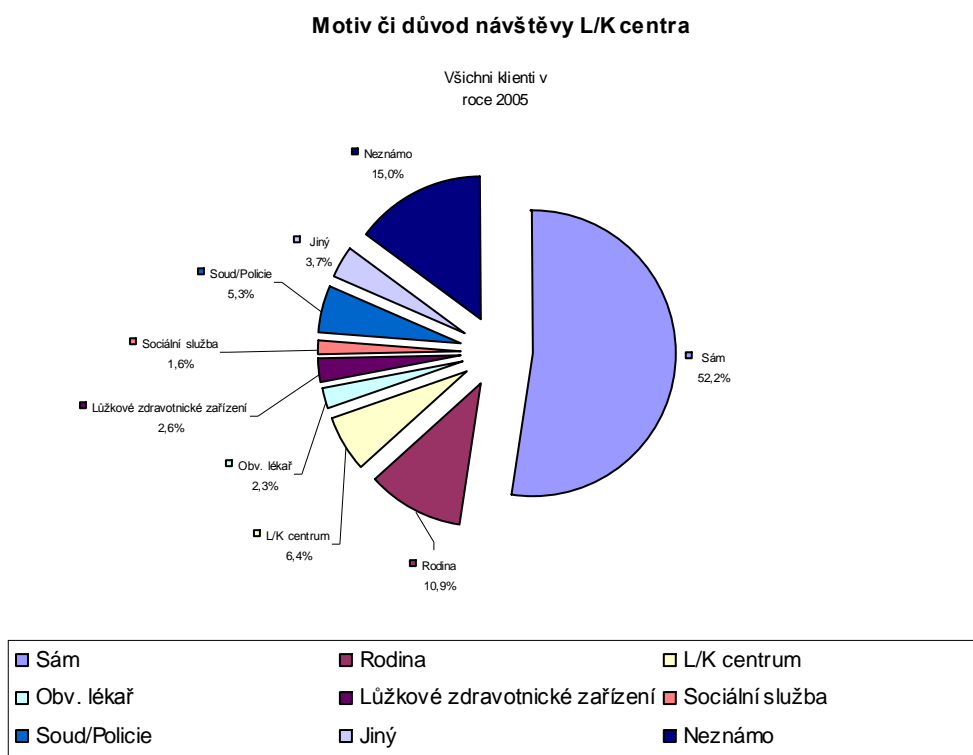
Ekonomické škody jsou považovány za nejuniverzálnější ukazatel zátěže, která společnosti či jednotlivci vzniká v důsledku (zne)užívání drog. Zábranský (2003)

Jsou to ty důsledky, které přímo i nepřímo zatěžují státní rozpočet, a tedy kapsu voliče, daňového poplatníka. Principiálně vzato lze ekonomické škody považovat za monetární (peněžní) vyjádření všech předchozích škod.

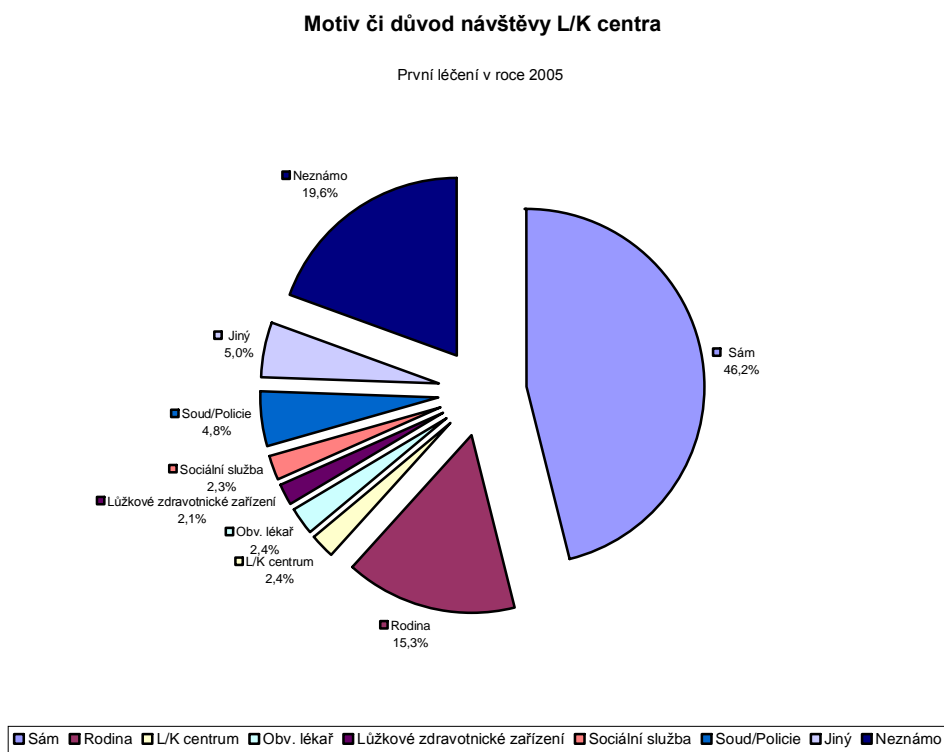
2.4 Socioekonomické charakteristiky

Zhruba 52 % všech i nově evidovaných uživatelů drog přišlo do L/K center z vlastního rozhodnutí, 11 % pod vlivem některého z rodinných příslušníků. Sociální služba, soudy či policie jsou jako iniciátoři návštěvy v L/K centru uváděny pouze v 6,9 % mezi všemi klienty, 7,1 % mezi nově evidovanými. Více ukazuje graf 1 a graf 2.

Graf 1



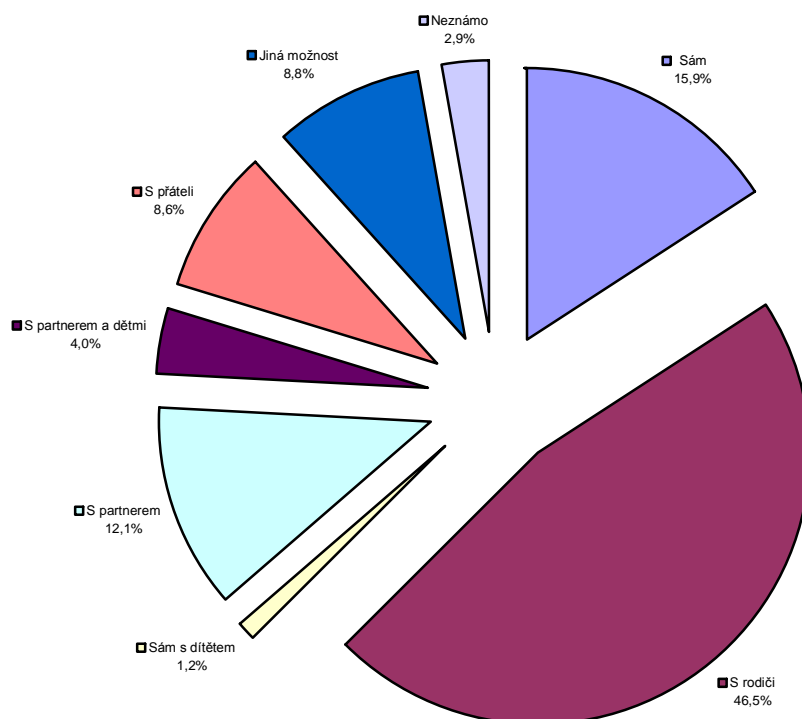
Graf 2



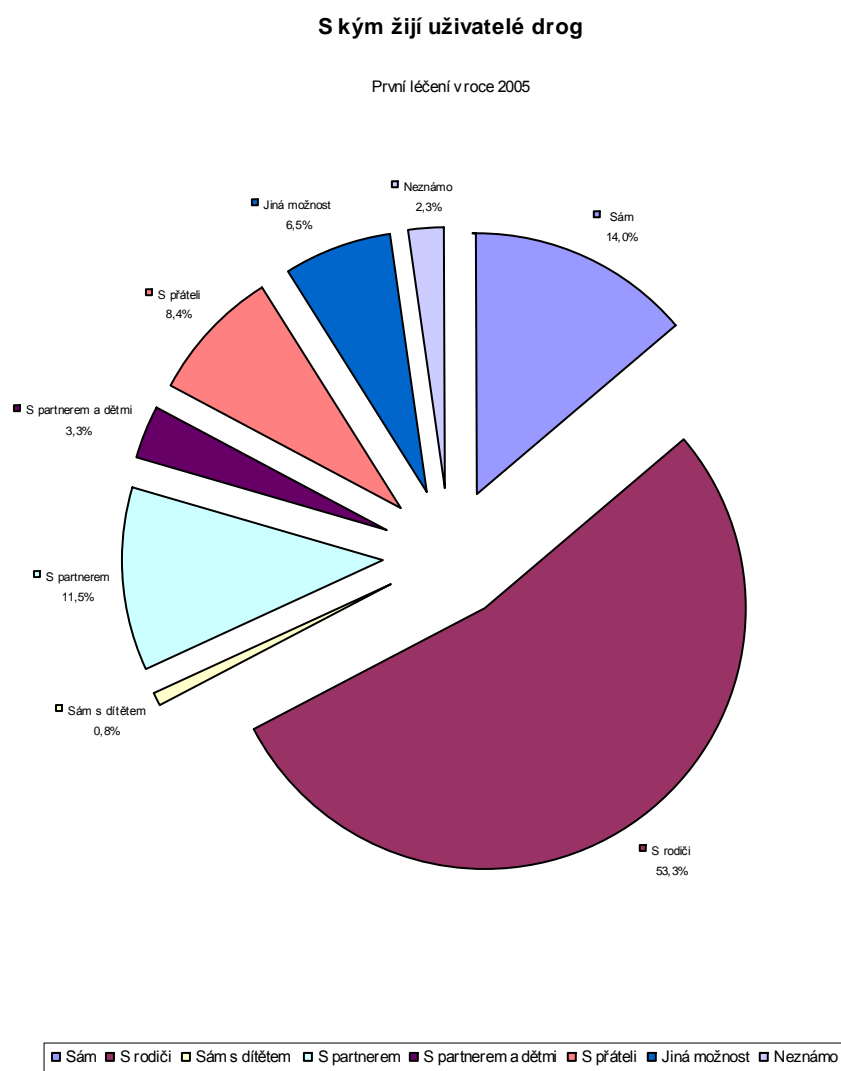
Jak ukazuje graf 3 a 4, 46,5 % všech klientů žije s rodiči. Mezi prvně evidovanými klienty je to 53,3 %. 15,9 % všech klientů udává, že žije pouze sám - častěji muži než ženy. Mezi nově evidovanými klienty žije samo 14 % z nich. Závažné jsou informace o tom, že spolu s uživateli drog žijí děti, ať již s partnerem či bez něj. Týká se to 442 klientů, z toho 178 nově evidovaných. V procentech to znamená, že sami s dítětem žije 1,2 % všech klientů a 4 % s partnerem a s dítětem. S přáteli žije téměř 9 % všech klientů.

S kým žijí uživatelé drog

Všichni klienti v roce 2005



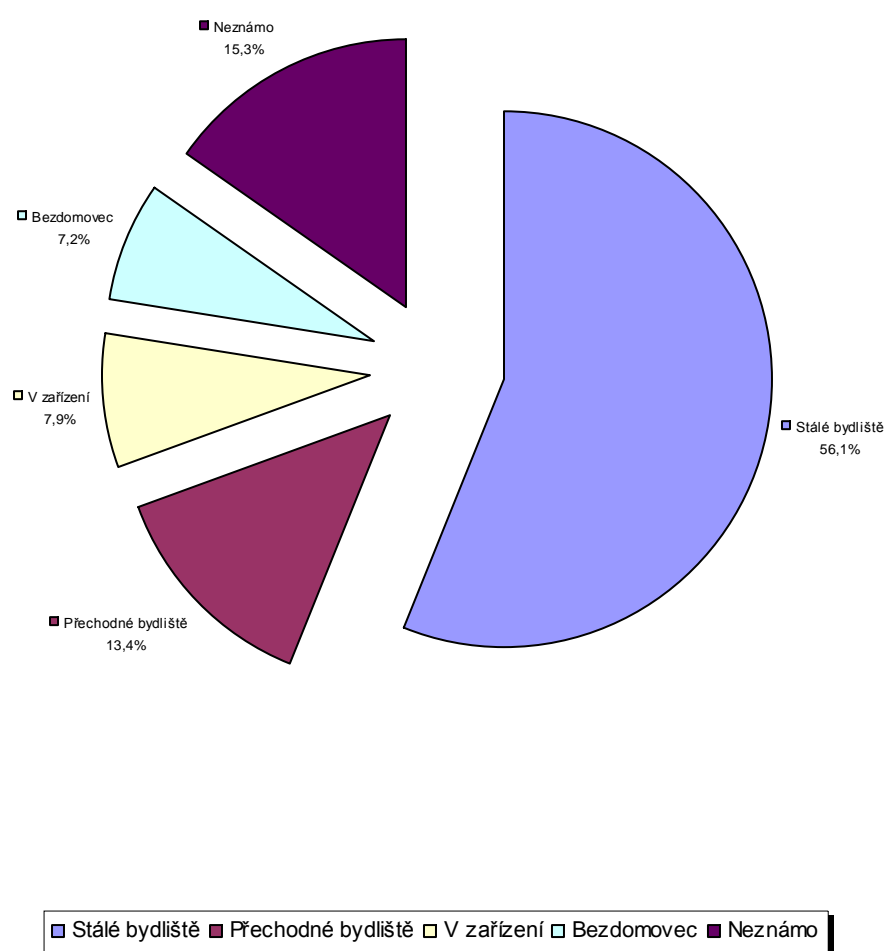
■ Sám
 ■ S rodiči
 ■ Sám s dítětem
 ■ S partnerem
 ■ S partnerem a dětmi
 ■ S přáteli
 ■ Jiná možnost
 ■ Neznámo



Osob s přechodným bydlištěm, osob umístěných v nějakém zařízení, či dokonce bezdomovců je výrazně víc mezi opakovaně léčenými a dlouhodobými uživateli drog než mezi žadateli o první léčení. Mezi všemi klienty udává stále bydliště jen 56,3 % tj. o 3,7 % méně než v roce 2004. Bezdomovců a osob bydlících v nějakém zařízení je 7,2 % všech klientů. Podrobněji je to znázorněno v grafech 5 a 6.

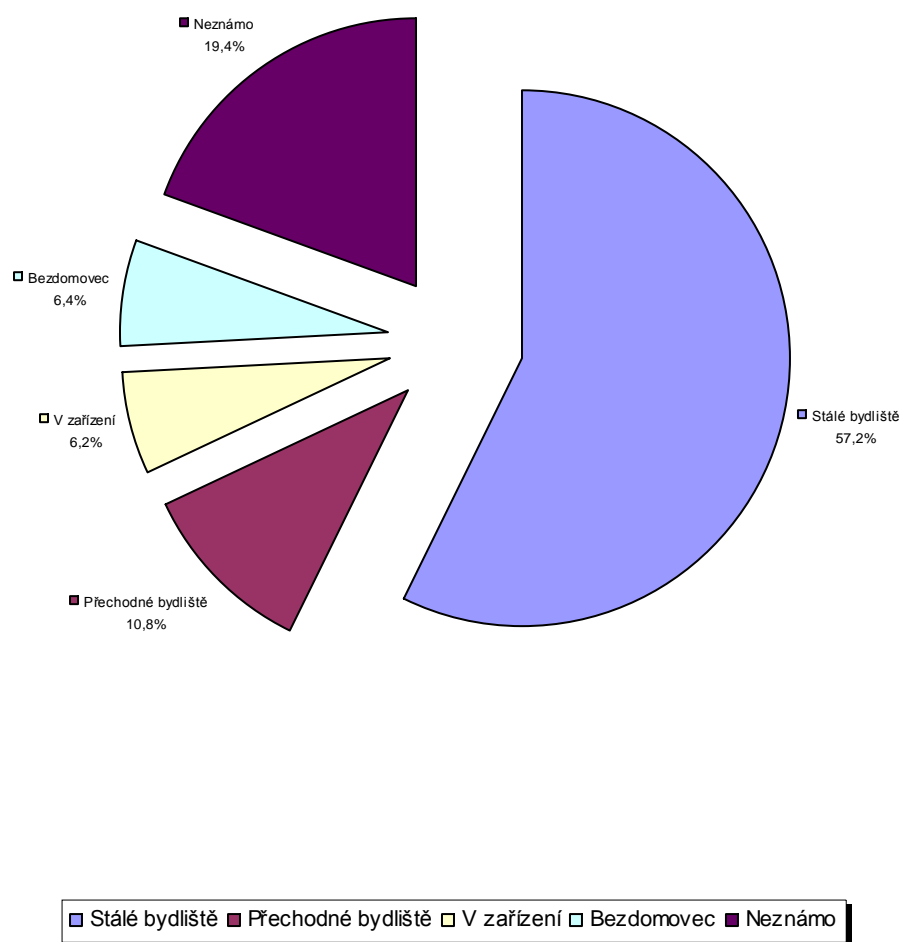
Charakter bydlení uživatelů drog žádajících o léčbu

Všichni klienti v roce 2005



Charakter bydlení uživatelů drog žádajících o léčbu

První léčení v roce 2005



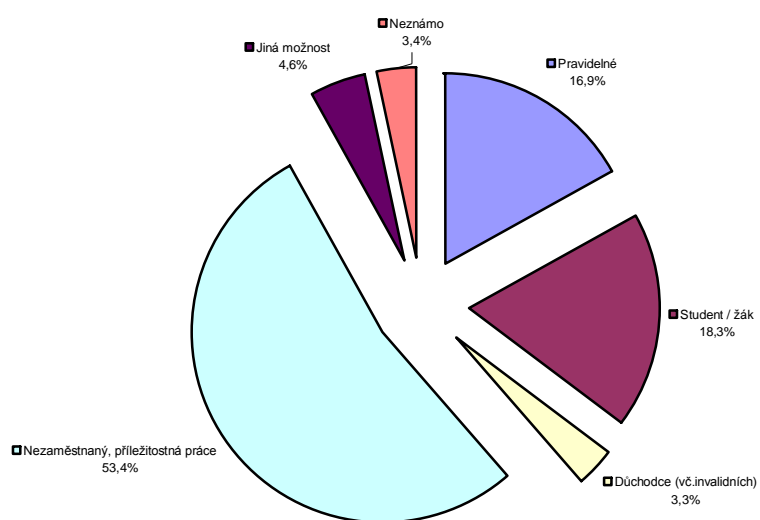
Důležitý a sledovaný je počet uživatelů drog, kteří žijí s dalšími uživateli drog. Mezi prvožadatelé o léčbu je takových osob 945 (21,6 %), mezi všemi klienty 1796 (tj. 21 %). Častěji tuto skutečnost uvádějí ženy než muži. U všech evidovaných žen je to téměř 27 %. U mužů je to necelých 18 %.

Z celkem 8534 evidovaných klientů L/K center bylo 146 osob s jinou než českou národností tj. 1,7 %. Nově evidovaných je 81 osob, tj. 1,85 % a tedy mírně vyšší číslo než u všech evidovaných klientů. Nejčastěji byla uvedena národnost slovenská (67x) a romská (18x). Dále byla uvedena národnost ukrajinská (9x), ruská (6), vietnamská (6x), srbská (6x), Ostatní národnosti nebyly uvedeny více než 3x. Zajímavé je, že u Ukrajinců, Rusů a Vietnamců se jedná krom jedné, maximálně dvou osob o prvožadatele o léčbu. Je možné, že půjde o trend, ovšem stále jde o velmi nízká čísla.

Velmi špatnou sociální situaci naznačují čísla (graf 7 a 8) zachycující charakter zaměstnání léčených uživatelů drog. Mezi všemi klienty vykazuje pravidelné zaměstnání 1445 osob (15,7 %). Z prvně registrovaných žadatelů vykazuje pravidelné zaměstnání 687 osob (16,9 %). Ze všech uživatelů má pravidelné zaměstnání 13,2 % a u nově evidovaných žen je to 10,4 %. U mužů pravidelně ze všech uživatelů pracuje 18,7 % a u nově evidovaných je to 18,2 % . Nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících bylo mezi žadateli o prvou léčbu 2120 (48,5 % oproti 49,6 % v roce 2004), mezi všemi klienty 4558 osob (tj. 53,4 %- proti 52,3 v roce 2004). Vyšší je podíl nezaměstnaných či pouze příležitostně pracujících mezi muži (mezi prvožadatele je to 51,6%, mezi všemi klienty 56,1 % mužů, ale pouze 42,1 %, resp.47,4 % žen). Ze všech evidovaných žadatelů studovalo 1564 osob (18,3 %), ale mezi nově evidovanými je studentů 1184, což znamená 27 %, a tedy rozdíl téměř 9 %. Zajímavé ze socioekonomického hlediska jsou poměrně vysoká čísla důchodců (včetně invalidních) a to ze všech evidovaných uživatelů je to 3,3 % a u nově evidovaných 2,45 %.

Charakter zaměstnání uživatelů drog žádajících o léčbu

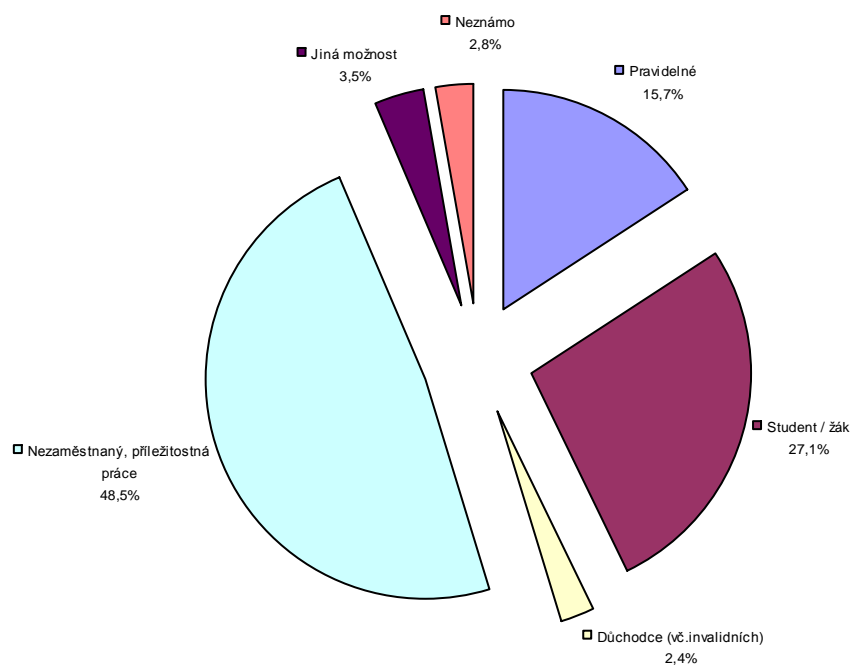
Všichni klienti v roce 2005



Pravidelné Student / žák Důchodce (vč.invalidních) Nezaměstnaný, příležitostná práce Jiná možnost Neznámo

Charakter zaměstnání uživatelů drog žádajících o léčbu

První léčení v roce 2005



Pravidelné	Student / žák	Důchodce (vč. invalidních)
Nezaměstnaný, příležitostná práce	Jiná možnost	Neznámo

Nezaměstnané uživatele drog nacházíme v absolutních počtech stejně jako v minulých letech nejčastěji v Ústeckém kraji, v Praze a v Jihomoravském kraji, mezi všemi v krajích registrovanými uživateli drog tvoří tyto klienti největší podíl v Ústeckém kraji, v Plzeňském a Karlovarském kraji, nejmenší je tentokrát jejich podíl

v Praze, kraji Vysočina a Pardubickém kraji. Největší rozdíl je mezi Prahou (41,2 %) a Ústeckým krajem (71,6 %), kde je to více než o 30 %. Největší podíl zaměstnaných uživatelů mají kraje Liberecký (24,9 %) a Středočeský (24,4 %). Naopak nejnižší podíl zaměstnaných mají kraje Karlovarský (11,1 %), Jihomoravský (11,4 %) a Ústecký (11,8 %). Největší podíl studentů mají kraje Pardubický (31,7 %) a Moravskoslezský (30,2 %) a naopak nejnižší mají kraje Ústecký (8,8 %) a Jihomoravský (11,1 %).

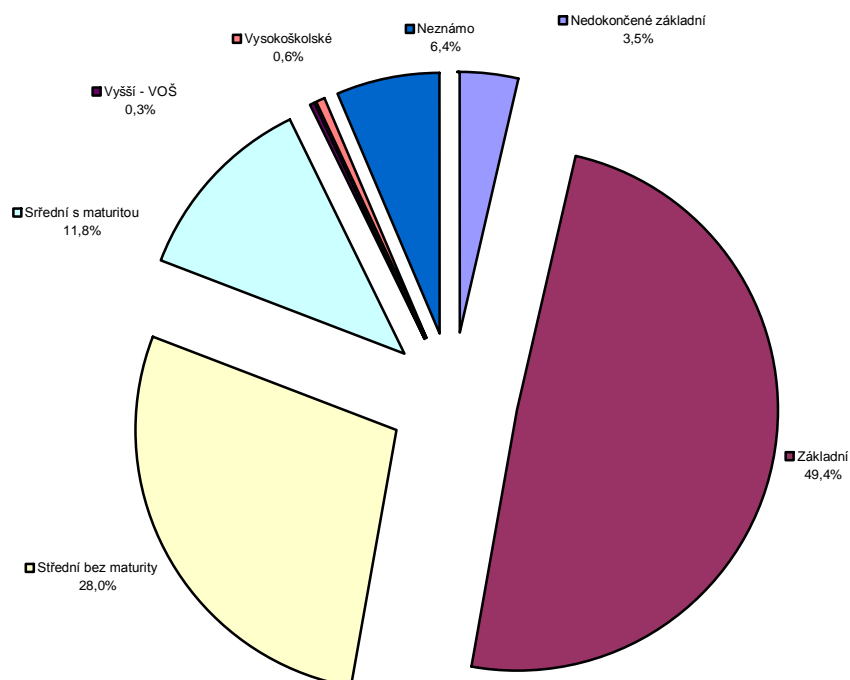
Velmi důležitý ukazatel je, jaké mají uživatelé drog nejvyšší dosažené vzdělání. Téměř 52 % z prvožadatelů o léčbu a téměř 50 % všech klientů má pouze základní vzdělání a dokonce 3,5 % ze všech klientů a 4,8 % z nově evidovaných má nedokončené základní vzdělání. Další nejčastější kategorií jsou klienti ze střední školou bez maturity (26,2 % resp. 28 %). Vyšší či vysokoškolské vzdělání uvádí pouze minimální počet léčených uživatelů drog, a to pouze 0,9 %. Přímou vysokoškolské uvádí 0,6 % ze všech evidovaných uživatelů drog. Středoškolské vzdělání s maturitou má 1007 osob ze všech evidovaných uživatelů tj. 11,8 %. Maturitu má 10,6 % mužů a 14,6 % žen. Z nově evidovaných uživatelů drog má středoškolské vzdělání s maturitou 10,6 % uživatelů drog. Z toho 12,9 % žen a 9,5 % mužů.

Výrazně vyšší je podíl dívek se základním či nedokončeným základním vzděláním ve srovnání s chlapci, těch je naopak více se středoškolským vzděláním bez maturity. Více grafy 9 a 10.

Graf 9

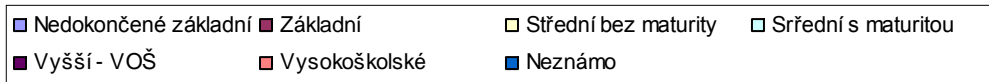
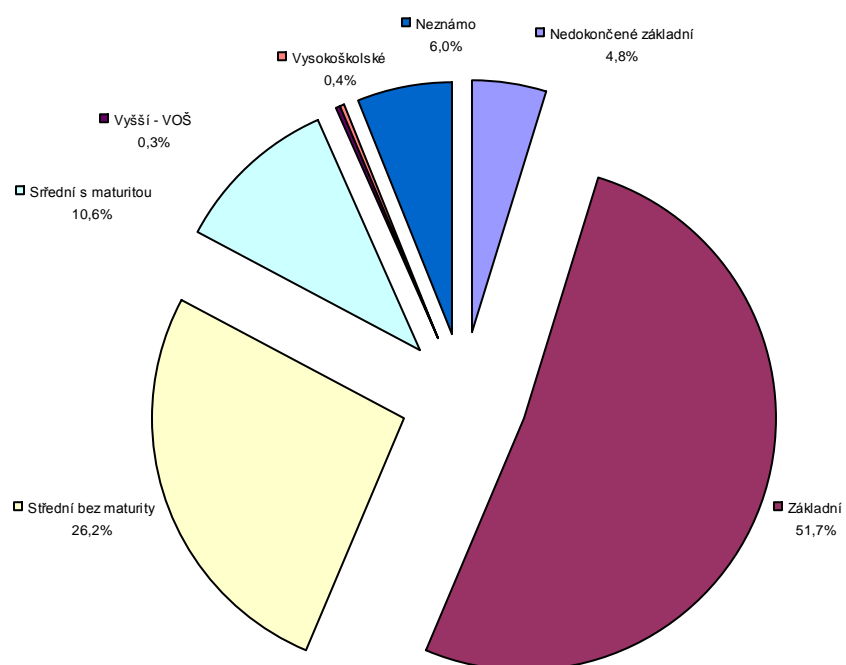
Nejvyšší dokončené vzdělání uživatelů drog žádajících o léčbu

Všichni klienti v roce 2005



Nejvyšší dokončené vzdělání uživatelů drog žádajících o léčbu

První léčení v roce 2005



2.5 Základní typy institucí zabývajících se pomocí uživatelům nelegálních drog.

Mezi základní typy institucí zabývajících se pomocí uživatelům nelegálních drog patří: K Centrum, psychiatrická léčebna – oddělení pro léčbu závislostí, terapeutická komunita, střediska pro mládež (4 zařízení v ČR), ambulantní psychologické a psychiatrické ordinace, terénní programy, doléčovací centra, centra následné péče, protidrogový koordinátor, krizové centrum, Linka důvěry, soukromá psychoterapeutická praxe.

V České republice bylo v roce 2005 podle databáze celé České republiky evidováno 292 léčebných a kontaktních center, dále již jen L/K center. Z toho bylo evidováno 78 nízkoprahových zařízení (K centra), 117 ambulantně - zdravotnických zařízení, 38 ambulantních nezdravotnických zařízení a 59 lůžkových zařízení. Ve srovnání s rokem 2004 se celkový počet L/K center v databázi snížil o 25. Informace, které zde budou uvedeny, nejsou zcela úplné, jelikož ne všechna L/K centra poskytli a své informace autorům Výroční zprávy pro rok 2005 své informace, z které je čerpáno v této práci. Tyto informace jsou však absolutně dostatečné, jelikož procento vykazujících L/K center je 86,6%. U nízkoprahových center (dále také nízkoprahová zařízení a K-centra), která nás nejvíce zajímají, je toto číslo dokonce 97,4 %.

Nízkoprahová centra navštívilo 4572 klientů, ambulantní-zdravotnická zařízení 1411 klientů, ambulantní-nezdravotnická 767 klientů a lůžková 1784 klientů. Celkem tyto zařízení zaznamenali v roce 2005, 8534 klientů. Mezi okolnosti, které uživatele drog vedly, či dokonce přinutily k návštěvě L/K centra a k žádosti o léčebnou či poradenskou službu, patří se 63 % všech i nově evidovaných uživatelů vlastní rozhodnutí. Sociální služba, soudy či policie jsou jako iniciátoři návštěvy v L/K centru pouze 6,9 % mezi všemi klienty a 7,1 % mezi nově evidovanými.

2.5.1 K- centrum

Jedná se o specializovaná nízkoprahová zařízení zaměřená na oblast sekundární a terciární prevence zneužívání nealkoholových drog. Kontaktní centra jsou určena uživatelům návykových látek starším 15 let (včetně příležitostných uživatelů a

experimentátorů), klientům s diagnózami „škodlivé užívání“ nebo „závislost“ na nealkoholových drogách, jejich rodinám či sociálnímu okolí (ostatní rodinní příslušníci, přátelé) a pedagogům, probačním pracovníkům a ostatním odborníkům. Nízkoprahové zařízení, je v současnosti ve většině větších měst. Nabídku služeb je třeba si zjistit na místě. Kontaktní centra nabízí např. programy snižování zdravotních a sociálních rizik, základní potravinový a hygienický servis, poradenství, zprostředkování všech typů ambulantní i rezidenční léčby (včetně detoxifikace), práci s uživateli drog ve vazebních věznicích a výkonu trestu, poradenství pro rodiče, partnery nebo přátele drogou ohrožených nebo uživatelů, odborné konzultace a stáže pro odborníky a studenty. Veškeré služby jsou poskytovány bezplatně a anonymně. Základním principem práce K-centra je nízkoprahovost (tzn. umožnění anonymního kontaktu všem klientům), díky které dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce. To napomáhá navazování kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníky K-centra. Nabízené služby reflektují poptávku klientely K-centra a mění se v souvislosti se změnami a tendencemi na drogové scéně. Mezi základní cíle činnosti K-center patří např. navázání prvního kontaktu s klientem a vytvoření vzájemné důvěry mezi ním a odbornou institucí, prohloubení navázaného kontaktu s důrazem na změnu rizikového chování klienta, motivace klienta k dalšímu postupu v léčbě (směrem k abstinenci), poskytování pomoci nutné „k přežití“ (zabezpečení základního zdravotního a hygienického servisu, pracovní programy), pomoc v náročných životních situacích prostřednictvím poradenství a krizové intervence.

2.5.2 Psychiatrická léčebna

Oddělení pro léčbu závislostí není zdaleka v každé léčebně. Hradí pojišťovna. Klienti jsou sem posíláni, pokud již jde o rozeznanou závislost na drogách (heroin, pervitin, alkohol). Je již vyčerpána možnost ambulantní docházky jinam. Existuje krátkodobá (4-9 týdnů) a střednědobá (3-6 měsíců) ústavní léčba. Jde o vysoce strukturované léčebné programy na principech terapeutické komunity a s náplní obdobnou jako v denní léčbě (skupinová a individuální terapie, rehabilitační, edukační a volnočasové aktivity, práce s rodinou a sociální práce). Dodržování léčebného režimu a

zapojení klienta do léčby je často monitorováno pomocí bodovacího systému (kladné body za žádoucí chování, záporné za nežádoucí). V ČR v současné době provádí léčbu odpovídající tomuto popisu 12 zařízení, z toho je však pouze jeden program krátkodobý. Ústavní zařízení jsou přetížena a na léčbu se čeká. Přitom je známo, že zkrácení indikačního a přijímacího procesu u klientů, kteří se chtějí léčit, zlepšuje počet skutečných nástupů do léčby a působí jako prevence časných odchodů z léčby.

2.5.3 Terénní programy

Ty se zabývají aktivitami, které probíhají přímo na ulici. Jejich cílem je vyhledávání, kontaktování a ovlivňování skryté populace uživatelů drog. Jsou určeny aktivním uživatelům nealkoholových drog, především injekčním uživatelům, uživatelům, kteří nejsou v kontaktu s žádným zdravotním ani sociálním zařízením, příležitostným uživatelům nealkoholových drog. Terénní programy nabízejí např. některé z těchto služeb: výměnu injekčního materiálu, distribuci kondomů a zdravotnického materiálu, první pomoc a minimální zdravotní ošetření, poradenské služby a krizovou intervenci, informační materiály, zprostředkování služeb jiných zařízení, sociální pomoc. Klienti terénních programů jsou vedeni ve statistikách zařízení se 100% zárukou anonymity.

Základní cíle terénní práce jsou: navázání prvního kontaktu se skrytou populací uživatelů drog a vytvoření vzájemné důvěry mezi klientem a terénním pracovníkem, minimalizace rizik poškození souvisejících s užíváním drog prevence epidemie HIV-AIDS a hepatitid, pozitivní změna rizikových modelů užívání drog a chování toxikomanů (směrem k bezpečnějším a šetrnějším způsobům aplikace drogy a k bezpečnému sexu) a ochrana společnosti sběrem použitého injekčního materiálu. Protidrogový koordinátor je pracovník zpravidla okresního úřadu, který je zodpovědný za realizaci protidrogové politiky v daném regionu.

2.5.4 Střediska pro mládež

Zde bývá pobyt na dobu 2 -4 měsíců pro mládež 14 – 20 let. Jsou určena hlavně pro uživatele nelegálních drog, u kterého začínají problémy s užíváním nebo pro závislé,

kteří užívají drogy zhruba do dvou let trvání. Nejčastěji se to týká uživatelů pervitinu a heroinu. Vhodné především jako první pokus o pobytovou léčbu. Možnost spolupráce se školou, individuální studijní plány. Především pro mladší klienty. V současné době jsou v provozu 4 tato střediska.

2.5.5 Ambulantní psychologické a psychiatrické ordinace

Jsou vhodné pro ambulantní léčbu pro klienty s lehčím stupněm závislosti, s minimem somatických a psychických komplikací, vysokou motivací a podporujícím sociálním zázemím. Případnou vyšší intenzitu odvykacích příznaků je možné zvládnout absolvováním ústavní detoxifikace. Vedle farmakoterapie se v ambulantní léčbě používá především individuální terapie (1-5x týdně dle potřeby) a skupinová terapie (obvykle 1 x týdně). Za efektivní ambulantní program se pokládají 3 kontakty klienta s léčebným zařízením během týdne (např. jedna skupina a dva individuální rozhovory) po dobu 6 měsíců. V individuálních i skupinových kontaktech je důležité uplatnit i zdravotní edukaci a zabývat se prevencí relapsu. Abstinence se monitoruje testováním přítomnosti drog v moči. Práce s rodinou klienta (rodinná intervence, rodinná terapie, skupiny s rodinnými příslušníky) a sociální práce jsou v ambulantní léčbě přínosné až nezbytné stejně jako v dalších formách léčby. Nabídka takto komplexní ambulantní léčby je bohužel u nás značně nižší, než by odpovídalo potřebám a než by nasvědčovalo tradici a rozšíření AT ordinací v českém zdravotnictví. Většina z nich se věnuje alkoholovým závislostem a se závislými na ilegálních drogách systematicky nepracují. Některé pozitivní příklady však potvrzují, že dobře prováděná ambulantní léčba má v léčení drogových závislostí nezpochybnitelné postavení a velké možnosti.

2.5.6 Doléčovací centrum

Socioterapeuticky orientované pracoviště zajišťující následnou péči pro osoby závislé na návykových látkách. Toto zařízení je určeno pro klienty s předchozí ukončenou léčbou. Nabízí následnou péči v podobě: psychoterapie, poradenství, sociální práce, někdy i dočasné chráněné bydlení. Doléčovací centrum je určeno klientům, kteří absolvovali léčbu (ne jen detoxifikaci) a abstinují déle než 2 měsíce,

klientům s motivací k životu bez drog, klientům starším 15 let .Doléčovací centra nabízejí skupinovou terapii, individuální poradenství, skupinovou podpůrnou psychoterapii, arteterapii, volnočasové aktivity, sport, rodinné poradenství, pracovní terapii atd.

Cílem je podpořit samostatnost klientů, zvýšit jejich sebedůvěru, pomoci jim obstát v podmínkách běžného života a tím snížit riziko relapsu drogové závislosti (návratu k závislému chování). Mezi další cíle patří zapojení do pracovního procesu, zajištění bydlení, osobnostní stabilizace a dokončení léčebného procesu, vytvoření volného společenství, ve kterém klienti mohou uspokojovat potřebu sociálních kontaktů a kde jsou akceptováni.

2.5.7 Terapeutická komunita

Pojem „terapeutická komunita“ (léčebné společenství, dále jen TK) používáme ve dvojím smyslu, a to TK ve smyslu metody, používané jednak v léčbě psychických poruch včetně závislostí, jednak ve výcviku budoucích odborníků – jde o způsob organizace účinných psychosociálních faktorů působících na růst a zrání člověka. Jeho podstatou je trvalé prolínání a konfrontace mezi rozměrem každodenního života, rozměrem „terapie“ či „změny“ a rozměrem kolektivního nevědomí a archetypů. Tyto rozměry vstupují do hry všude tam, kde se lidé často, delší dobu a intenzivně setkávají. TK používáme také ve smyslu typu zařízení, v němž je tato metoda základem a dominantním obsahem poskytované péče. I když principy a rámec TK se běžně používají v nemocnicích, léčebnách a denních stacionářích, klasická TK je samostatné zařízení na venkově a mimo zdravotnické areály, obvykle s kapacitou 15-20 klientů. U rezidenční (pobytové) léčby můžeme odlišit střednědobé programy v délce 6-8 měsíců od dlouhodobých (1 rok a více). Jde opět o vysoce strukturované programy, v nichž jsou zastoupeny různé formy skupinové terapie, edukačních a volnočasových aktivit, významnou část však naplňuje práce v každodenním provozu zařízení (provoz kuchyně, úklid, údržba), na farmě apod. Pobyt klienta v TK se rozčleňuje do několika etap („fáze“ - obvykle tři) s různě odstupňovanými právy a povinnostmi. Přestup z jedné fáze do druhé stejně jako ukončení terapeutického pobytu doprovázejí typické rituály.

V posledních letech se v odborně vedených TK klade větší důraz i na souběžnou individuální terapii (aspoň podpůrnou a poradenskou) a na práci s rodinou klienta. Sociální práce je důležitá jednak pro úpravu často složitých problémů, které klient zanechal ve vnějším světě, jednak jako příprava pro návrat do něj. Pro rezidenční léčbu jsou indikováni především klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychosociálního (např. s rozpadlým sociálním zázemím, s kriminální anamnézou, dlouhodobě nepracující atd.). Proces sociálního učení v TK jim pomůže získat potřebné schopnosti a dovednosti k tomu, jak začít znovu žít nebo jak vůbec žít v normální společnosti. V TK se více zdůrazňuje aspekt sociálně-výchovný a sociálně-rehabilitační (resocializační) než aspekt zdravotnický, resp. psychiatrický. Klienti s vysokou mírou psychiatrických a somatických komplikací, vyžadujících trvalé lékařské vedení případu, nejsou proto pro léčbu v TK vhodní. V ČR v současné době působí asi 15 TK. Většinou je provozují nestátní neziskové organizace, což nevylučuje odbornost: řada našich TK poskytuje kvalitní programy dobře srovnatelné s mezinárodními standardy. Jde o oblíbenou, často vyhledávanou a často indikovanou formu léčby, takže čekací doba může být značně dlouhá.

2.6 Drogová politika

Jak dokazuje historická zkušenost lidstva je nemyslitelné domnívat se, že se drogy nebo závislost na nich podaří z jakékoliv společnosti odstranit. Vždy bude existovat jisté procento populace - podobně jako jsou přibližně 4 % populace vrozeně a nezvratně homosexuální - jehož zástupci chtějí unikat před realitou pomocí „umělých rájů“ a také před ní - přes jakékoliv překážky, jež jim společnost či právní systém naklade do cesty - tímto způsobem unikat budou. To je axiom prověřený tisíciletími.

Rezignujeme-li však na donkichotskou snahu měnit lidskou přirozenost, nemůžeme rezignovat na trvalé a neochabující úsilí o minimalizaci negativních důsledků, které by se v ideálním případě měly limitně blížit nule. Proto je velmi důležité, jakou cestou se naše drogová politika bude ubírat.

Drogová politika je komplexní soubor preventivních, léčebných a sociálních, represivních a dalších opatření uskutečňovaných na strukturální (makro), komunitní (menzo) a individuální (mikro) úrovni, jejichž konečným cílem je snížit užívání drog a/nebo škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku užívání drog nastat.

Drogovou politiku lze vnímat jako kulturní a sociální produkt jednotlivých společností. Je výsledkem toho, jaký hlavní koncept daná společnost pro drogový problém a uživatele používá (medicínský, morální, kriminální, sociální, veřejného zdraví atd.) Významnou roli při definici tohoto konfliktu sehrává politický vliv rivalizujících příslušníků různých profesí, který se může měnit v čase i sociálním prostředí.

2.6.1 Složky drogové politiky

Složky drogové politiky jsou: prevence; represe; prohibice; regulace

2.6.1.1 Prevence

Drogová závislost představuje problém, se kterým se společnost musí vyrovnávat stále ve větší míře. Boj proti drogám a prevence jejich užívání se staví proti velmi silnému soupeři, drogovému „průmyslu“. Uvádí se, že celosvětové zisky z výroby a prodeje drog přesahují svou výší zisky ropného průmyslu. Tak silnému finančnímu zázemí musí čelit celková protidrogová politika státu, do níž je zahrnuta vedle represe také prevence. V preventivním působení se obecně rozlišují tři stupně:

2.6.1.1.1 Primární prevence

směřuje k těm, kteří zatím drogy neberou, ale mohli by se potenciálně stát jejich uživateli. Primární prevence se obrací na populaci jako celek nebo na vybrané skupiny uvnitř populace, tzv. cílové skupiny. Představují převážnou část adolescentní populace. Zaměřuje se na tvorbu správného životního stylu jako předpokladu předcházení nevhodných návyků. Primární prevence je věcí dlouhodobé výchovy v rodině, ve škole a v dalších institucích.

Primární prevence si obecně klade za cíl, aby u člověka k poruše zdraví (ve smyslu tělesném, duševním i sociálním) vůbec nedošlo. Tím se odlišuje od prevence sekundární a terciální, které již počítají s daným faktem zdravotní poruchy nebo postižení. U drog se primární prevence soustřeďuje na stranu poptávky na drogovém trhu. Usiluje o to, aby se potenciální spotřebitel nestal skutečným spotřebitelem, tj. aby drogy nevyhledával a nekonzumoval. K dosažení tohoto cíle se používají metody psychologie, pedagogiky, sociologie, veřejné politiky, reklamy, marketingu atd. Jde o metody převážně nelékařské, nemedicínské.

Primární prevence by měla být stejně důmyslná a důsledná jako strategie mafí, přiměřená složité motivaci člověka pro život s drogami i život bez drog. Měla by být schopná vyhnout se krajnostem, např. odstrašování (jednostranný důraz na negativní a varovné informace), odsuzování ohrožených či postižených osob jednostranným zdůrazňováním jejich slabosti či viny (tzv. očerňování oběti), pozitivní diskriminace drogy a jejich uživatelů. Primární prevence by měla být prováděna jako kontinuální proces, tj. nikoliv jednorázová a „kampaňovitá“. Je důležité, aby byla přiměřená různým věkovým kategoriím a skupinám v populaci. Je velmi vhodné, aby byla opřena o oblíbené a směřodatné osoby, vrstevníky, názorné přístupy a neformální diskuzi. Měla by klást důraz na to, že drogy nejsou nic tak hrozného, aby se o nich nedalo otevřeně hovořit, a mají nad lidským společenstvím jen takovou moc, jakou jim samo propůjčí.

Hlavním těžištěm primární prevence je formativní věk a formativní prostředí, tj. věk a prostředí, ve kterém se vytvářejí normy a hodnoty: děti, mládež a jejich nejbližší okolí. Nezanedbatelným prostředím je zejména rodina, školní prostředí a výuka, prostředí mimoškolní činnosti, práce a pracoviště a místní společenství.

Primární prevence není nikde ve vyspělých zemích výsadní doménou státu, je ale vždy státem podporovaná. Zabývají se jí různé organizace veřejného i soukromého neziskového sektoru. U nás jsou to především hygienické stanice a nevládní neziskové organizace (občanská sdružení či nadace), které na tuto činnost dostávají dotace a granty státních a městských orgánů. Z centra lze provádět primární prevence jen

v případě širokého populačního záběru. Státní i nestátní sektor proto vytváří i místní pracoviště, „střediska primární prevence“, která disponují metodickými materiály, knihovnou a videotékou, jsou schopna pro potřeby primární prevence provést nebo zajistit průzkum potřeb a hodnocení dopadu provedených programů a akcí, mají dostatečně odborné zázemí, manažerské schopnosti a spojení s místní komunitou. Tento zároveň profesionální a zároveň komunitní charakter primární prevence je předpokladem pro její účinnost a účelnost.

2.6.1.1.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence nastupuje v okamžiku, kdy se problémy s užíváním drog začínají objevovat. Zde už nejde o vytváření hodnotové orientace, ale o snahu již existující orientaci změnit. Měnit myšlení, chování a jednání lidí je však velice náročné, dlouhodobé a někdy neefektivní. Do okruhu sekundární prevence patří poradenství, léčení a léčebná rehabilitace. Spadají sem i aktivity v rámci přístupu „minimalizace poškození“. Charakteristiky sekundární prevence jsou následující:

- a) obrací se na jednotlivce, který je zdravotní poruchou bezprostředně ohrožen nebo postižen
- b) obecně si klade za cíl, aby porucha zdraví, ke které již došlo, měla co nejmírnější průběh a člověk opět nabyl zdraví co nejrychleji a nejúplněji

U drog jde o dva nezávislé, ale vzájemně se doplňující cíle. Jde o to aby člověk, který již drogu užívá, ji opět přestal vyhledávat a konzumovat- k tomu se používá přístupů a metod jako je krizová intervence, detoxikace, psychoterapie individuální, skupinová a rodinná apod. Druhým cílem je, aby člověk, který drogu užívá, byl co nejméně poškozen zdravotními důsledky této konzumace, jako je např. otrava a úmrtí z předávkování nebo různé sekundární infekce,. V ohnisku pozornosti této strategie minimalizace poškození je infekce HIV/AIDS a základními metodami jsou farmakoterapie a bezplatné poskytování injekčních jehel a stříkaček.

2.6.1.1.3 Terciální prevence

Terciální prevence nastupuje v okamžiku, kdy problémy s drogou dostanou závažný ráz jak zdravotní, tak psychický. Jedná se již o patologické stavy, jejichž léčba je záležitostí specializovaných pracovišť, která jsou zaměřena na léčbu již vzniklých závislostí. Rozdíl oproti sekundární prevenci je dán spíše cíli než používanými postupy. Terciální prevence se obrací na jednotlivce, který je postižen chronickou a recidivující zdravotní poruchou. Obecně si klade za cíl, aby nedošlo k recidivě poruchy zdraví nebo k sociální degradaci v důsledku poruchy zdraví. U drogově závislých osob jde vždy zároveň o prevenci recidivy a prevenci sociálního úpadku. K tomu se používá metod z celé bio-psycho-sociální škály, od podpůrné farmakoterapie přes nejrůznější formy psychoterapie až k sociální rehabilitaci a sociální práci.

V terciální prevenci je velmi důležitý termín „Harm reduction“. „Harm Reduction“ (HR – obvykle se nepřekládá do češtiny) se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivovány k tomu, aby užívání zanechaly. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. V širším pohledu se může pod HR také zahrnout i substituční léčba. Do oblasti HR patří také aplikační místnosti – tzv. šlehárny. Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog. HR se

provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Edukace zaměřená na snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž pevnou součástí léčebných programů.

Prevence se člení také na specifickou a nespecifickou. Specifická prevence využívá především kognitivního působení. Zahrnuje znalost drog a jejich účinků, ale také změny postojů a chování. Nespecifická forma prevence se dotýká drog nepřímo a soustřeďuje se na učení řešit problémy a naplňovat své potřeby. Zahrnuje zvládání rolí a vztahů, komunikaci, asertivitu, sebepoznání, sebeúctu, předcházení problémům a jejich řešení, rozvíjení schopností a zájmů.

2.6.1.2 Represe

Pod represí se skrývá široká škála aktivit s cílem zastavit nebo alespoň podstatně omezit výrobu a distribuci nelegálních drog. Zaměřuje se na výrobce, dopravce a distributory drog. Represe v oblasti psychotropních látek (a v jiných oblastech) v sobě obsahuje vždy dva prvky: prohibiční a regulační. Ty jsou v různých zemích vyjádřeny různě silně (podle typu/ modelu drogových politik). Ovšem vždy jsou alespoň nějak přítomny oba.

2.6.1.3 Prohibice

Prohibice znamená vynucování a kontrolu absolutního zákazu nakládání s některými drogami, případně uvalování sankcí za porušení takového zákazu.

2.6.1.4 Regulace

Regulace znamená omezení dostupnosti některých drog tak, aby byly společenské škody co možná nejnižší (množstvím, podle věku případných konzumentů, jejich zranitelnosti rizikům atd.), a vyloučení drog z některých situací (řízení vozidel, ovládání těžkých strojů apod.).

Mezi regulační opatření se řadí také zákaz reklamy a jiných forem zvyšování poptávky. Teoreticky je klasickou regulovanou drogou v západní Evropě alkohol – sama regulace je v tomto případě velmi laxní.

Mezi hlavní represivní intervence patří:

- a) prosazování (prohibičního) práva (vyhledávání a potlačování výroby, dopravy a distribuce drog a postih pachatelů trestné činnosti podle národně platné legislativy)
- b) prohibiční a regulační kontrola státních hranic (vyhledávání, kontrola a postih neoprávněného převážení a pašování psychotropních látek, prekurzorů a pomocných látek)
- c) regulace (kontrola) chemických látek (např. povinné licencování výroby a zacházení s OPL, prekurzory a pomocné látky)
- d) regulace dostupnosti (např. omezená dostupnost některých psychotropních látek pomocí lékařů a lékárníků)

V České republice jsou hlavními výkonnými složkami represivní části protidrogové politiky- Inspektorát pro omamné a psychotropní látky Ministerstva zdravotnictví České republiky, Policie České republiky, Státní zastupitelství a soudy a celní služby Ministerstva financí České republiky, Vězeňský systém Ministerstva spravedlnosti České republiky.

2.6.2 Strategie v drogové politice

Současné drogové politiky zpravidla tvoří tři široké strategie, a to:

- a) potlačování nabídky drog

Cílovou skupinou intervencí snižování nabídky jsou výrobci a distributoři legálních a/nebo ilegálních drog. Jejím cílem je snižovat nabídku/dostupnost užívaných látek prostřednictvím zaměření se na omezování (legální drogy) nebo potírání (ilegální

drogy) jejich nabídky. Jejím cílem je snižovat nabídku/dostupnost užívaných látek prostřednictvím zaměření na omezování (legální drogy) nebo potírání (ilegální drogy) jejich nabídky.

b) snižování poptávky po drogách

Cílem je snížit poptávku a tím předejít, zastavit nebo snížit užívání, snížit počty všech uživatelů, a především počty problémových uživatelů. Intervence se zaměřují na užívání drog.

c) minimalizace rizik a škod z užívání drog (harm reduction)

Cílem je snížit škody z užívání látek u jedinců a ve společnosti. Preventivní a léčebné intervence se zaměřují především na rizikové způsoby, jimiž jsou drogy užívány (viz 2.5.1 Složky drogové politiky)

2.6.3 Typy drogové politiky

Mezi tři základní modely drogové politiky se řadí:

a) represivní model

b) model minimalizace rizik a škod

c) model kulturní integrace

Názvy prvních dvou typů drogové politiky navozují představu, že se každá z nich omezuje jen na jednu ze základních strategií (potlačování nabídky resp. minimalizace škod), a žádná tedy není přítomna „čistá“ jednosložková politika nicméně neexistuje a názvy charakterizují spíše důraz na tu kterou strategii. I represivní model obsahuje intervence ze strategie snižování poptávky, tj. prevence a léčby, nemusí však- jako je tomu v případě USA - na politické úrovni akceptovat strategii minimalizace škod. Model minimalizace škod, který je v současnosti v zemích EU nejrozšířenější, existuje v prostředí úplné nebo částečné prohibice, a tedy zahrnuje silné represivní prvky. Ani

model kulturní integrace nijak nerezignuje na represivní metody regulace psychotropních látek, a to především ve vztahu k dětem a mládeži - ale nejen k nim - jako je tomu v případě Nizozemí.

2.6.3.1 Represivní model

Jeho hlavním cílem je potlačit užívání všech nelegálních drog. Drogový problém pro zastánce tohoto modelu znamená více či méně problém drogové prevalence, tedy počtu osob, které někdy v životě přišly alespoň jednou do kontaktu s jakoukoliv nelegální drogou. Celoživotní prevalence je ovšem indikátorem s omezenou výpovědní hodnotou a jeho změny směrem ke snížení jsou poměrně nepravděpodobné. Z definice celoživotní prevalence vyplývá, že o takovou zkušenost se už nikdy nedá přijít. To znamená, že v obecné populaci nemůže dojít k rychlému poklesu celoživotní prevalence a to bez ohledu na to, kolik osob je přestane užívat nebo kolik s užíváním díky prevenci nezačne.

Otázkou také je, jak takový model legitimizovat. Zdánlivě nejúčinnějším způsobem, jak dosáhnout cíle represivní drogové politiky, by bylo všechny (známé) uživatele drog vyvraždit a tak jejich počet a prevalenci přiblížit nule. Problémem ovšem zůstává, že taková logika už byla několikrát v dějinách v souvislosti s různými látkami nastolena a v některých zemích vládne dodnes. Právě ony země - např. země tzv. „Zlatého trojúhelníku“ (Thajsko, Barma, Laos) - však patří mezi největší producenty nezákonných drog a prevalence užívání drog je tam vysoká. Dalším klasickým případem jsou Spojené státy, které mají nejrepresivnější politiku ze států západní kultury, přitom mají nejvyšší celoživotní prevalenci užívání nelegálních drog.

2.6.3.2 Model minimalizace rizik a škod

Důraz se v tomto modelu již neklade na trestní zásahy proti uživatelům, nýbrž na prevenci potenciálně škodlivých účinků užívání a pohybu drog. Snížení prevalence současného užívání drog je tedy vnímáno jako prostředek resp. jeden z prostředků pro snížení škod. Připouští se tu nicméně, že užívání drog existuje odnepaměti a bude existovat i nadále. Více viz. terciální prevence.

2.6.3.3 Model kulturní integrace

Obecným cílem je podřídít užívání drog normálním regulačním mechanismům, které si společnosti vyvinuly, aby kontrolovaly „přijatelné“ chování a přiřazovaly chování smysl.

2.6.4 Protidrogová politika ČR

Pro vládu České republiky je klíčovým dokumentem Národní strategie protidrogové politiky, tohoto času 2005-2009. Vláda v něm definuje základní východiska a směry řešení problému užívání drog a doporučený základní rámec pro tvorbu a uskutečňování protidrogových strategií všech článků veřejné správy na úrovni resortů, krajů a obcí. Její hlavní funkce jsou:

- a) vytyčit základní principy a cíle a stanovit priority národní protidrogové politiky ČR pro všechny články veřejné správy a občanské společnosti
- b) vymežit institucionální a organizační rámec protidrogové politiky i odpovědnosti a kompetence všech hlavních článků veřejné správy v ní
- c) nabídnout institucím a organizacím zapojeným do realizace národní protidrogové politiky, aby si našly své místo a roli při naplňování protidrogové strategie
- d) propojovat veřejnou správu, státní i nestátní, dobrovolnické i svépomocné organizace na všech úrovních realizace protidrogové politiky
- e) pro potřeby spolupráce na národní i na mezinárodní úrovni informovat o podobě, cílech a prioritách směřování národní protidrogové politiky ČR BUREŠ (2005)

Jako účinnou strategii směřující k řešení problémů spojených s užíváním drog uznává vláda ČR komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Tedy přístup, který vychází ze široké celospolečenské, meziresortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních a je postavený na komplexním, výzkumem podloženém a vyváženém uplatňování tří základních strategií moderní protidrogové politiky. Těmi

jsou snižování nabídky drog, snižování poptávky po drogách a snižování rizik s jejich užíváním spojených (harm reduction). Tyto strategie jsou vzájemně nezastupitelné a doplňují se. Protidrogovou politiku České republiky proto budou i nadále tvořit čtyři základní pilíře - primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik a snižování dostupnosti drog. Ty mohou být efektivně uplatňovány pouze ve funkčním institucionálním prostředí, jež staví na mezinárodních závazcích, zkušenostech a spolupráci, na poznatcích z výzkumů, informacích a hodnocení realizovaných opatření tak, aby byly financovány jen efektivní opatření a aktivity. Činnost ve všech oblastech musí být koordinována k zajištění společného postupu při dosahování cílů stanovených strategií.

2.6.4.1 Hlavní principy protidrogové politiky ČR

Vláda schválila svým usnesením č. 109/04 o přípravě národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 jako hlavní princip české protidrogové politiky ochranu veřejného zdraví. Tento koncept, definovaný Světovou zdravotnickou organizací, staví na komplexu preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních opatření včetně opatření vymáhání práva a dalších, jež mají za cíl zlepšovat zdravotní, sociální, ekonomické, bezpečnostní a trestněprávní podmínky, které ovlivňují zdravý vývoj jednotlivce i společnosti.

Mezi dalšími principy uplatňovanými při realizaci protidrogové politiky v období 2005–2009 budou: realistický a poučený přístup, priorita ověřených dat a strategií, partnerství a společný postup, komplexní přístup, hodnocení efektivity a dlouhodobé plánování.

Mezi cíle národní strategie protidrogové politiky patří zejména:

a) potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog

b) snížit užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat

Dalšími důležitými cíly jsou např. stabilizovat, případně snížit počet problémových uživatelů drog. Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog, stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi, snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost, zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace a snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů.

Je také nezbytné zkvalitnit stávající systém a vytvořit odpovídající a funkční organizační prostředí pro realizaci komplexu opatření protidrogové politiky. Proto byly stanoveny tyto technické cíle:

- a) efektivní financování – zefektivnit a zprůhlednit financování jednotlivých strategií a opatření protidrogové politiky
- b) koordinace – vytvořit dostatečnou zákonnou oporu protidrogové politiky, zkvalitnit její stávající systém a vybudovat funkční a přehlednou strukturu založenou na efektivní koordinaci aktivit zapojených subjektů na všech úrovních s jasně definovanými a rozdělenými povinnostmi a kompetencemi
- c) informování veřejnosti – navrhnout a zavést do praxe flexibilní model všestranné komunikace
- d) mezinárodní spolupráce – plně se zapojovat do mezinárodní spolupráce
- e) evaluace aktivit – důsledně uplatňovat výzkumem ověřené postupy při vyhodnocování účinnosti opatření ve všech oblastech protidrogové politiky a aplikovat poznatky z evaluací v praxi.

2.6.5 Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky jako poradní, koordinační a iniciační orgán vlády ČR vytváří platformu pro průběžnou komunikaci s ministerstvy, s dalšími články veřejné správy i s dalšími subjekty, které se podílejí na realizaci protidrogové politiky (včetně nestátních neziskových organizací). Rada předkládá vládě návrhy opatření a aktivit protidrogové politiky ČR, koordinuje a vyhodnocuje jejich realizaci a provádí kontrolní činnost plnění úkolů z národní strategie i z akčních plánů na všech úrovních. V souladu s prioritami národní strategie Rada spolufinancuje multidisciplinární programy protidrogové politiky realizované na místní úrovni. Realizace národní protidrogové politiky vlády je zajišťována formou spolupráce mezi pověřenými zástupci orgánů veřejné správy na všech úrovních a odborné společnosti, které se v meziresortních výborech a pracovních skupinách podílejí na přípravě a realizaci společných aktivit. Rada odpovídá i za sběr, analýzu a distribuci dat o užívání drog, o jeho dopadech a o realizovaných opatřeních protidrogové politiky na všech úrovních. Tuto činnost zajišťuje prostřednictvím Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, jež je organizační součástí sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky – Úřadu vlády ČR. Monitorovací středisko koordinuje a metodicky vede další státní i nestátní instituce, jež se na sběru dílčích dat o sledovaných ukazatelích podílejí. V přenosu úkolů a poznatků z centrální na místní úroveň a zpět hraje významnou roli síť krajských a regionálních protidrogových koordinátorů a protidrogových komisí krajů a měst. Vyhodnocují provedená opatření i jejich dopad na vývoj užívání drog na území daného regionu a podílí se na aktualizaci realizovaných opatření protidrogové politiky na základě identifikovaných potřeb ve spolupráci s centrálními institucemi. RVKPP má 11 členů, kterými jsou předseda, výkonný místopředseda a další členové. Předsedou RVKPP je předseda vlády. Výkonného místopředsedu RVKPP jmenuje a odvolává předseda. Je jím ministr vlády, který následně odpovídá za protidrogovou politiku a zajistí nadresortní přístup vlády k protidrogové politice, obvykle ministr bez portfeje. Dalšími členy RVKPP jsou: ministr obrany, ministr práce a sociálních věcí, ministr spravedlnosti, ministr školství, mládeže a tělovýchovy, ministr vnitra, ministr zdravotnictví, ministr zahraničních věcí,

ministr financí a ministr průmyslu a obchodu. Funkční období členů RVKPP je totožné s funkčním obdobím vlády. Pokud byl člen RVKPP jmenován v průběhu funkčního období vlády, skončí jeho funkční období zároveň s koncem funkčního období vlády. Počet opakovaných jmenování není omezen, pokud není omezení dáno zákonem. Členství v RVKPP automaticky končí ukončením výkonu funkce. BUREŠ (2005)

3 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této diplomové práce bylo za prvé zjistit, zda je, a do jaké míry, ztěžována práce (výsledně pomoc uživatelům nelegálních drog) nízkoprahovým zařízením, a dalším cílem bylo zmapování činnosti K-center a to převším nabídky služeb klientům a využitelnosti těchto služeb. Nízkoprahová zařízení jsem si vybral jako reprezentanta relevantních zařízení a to z toho důvodu, že jsou uživateli drog nejvíce navštěvované a jsou velmi často prvním zařízením tohoto typu, které nový uživatelé navštíví. Dále bylo cílem zjistit, jaké konkrétní návrhy na zlepšení situace centra navrhuji.

Hypotézy byly stanoveny tři:

- a) nízkoprahová zařízení nemají dostatek finančních prostředků
- b) zástupci nízkoprahových zařízení mají výrazné výhrady k drogové politice v České republice
- c) většina K-center zajišťuje svým klientům standardní škálu služeb

4 METODIKA

Níže uvedené výsledky byly zjištěny na základě sekundární analýzy dat a dotazníkové metody. Pro zjištění názorů a postojů vedoucích nízkoprahových center byla použita metoda dotazníková. Anonymní dotazník, který byl v souladu s cílem výzkumu sestaven, obsahoval dohromady 15 otázek, a to uzavřeného i otevřeného typu, které se týkaly finančních prostředků, s kterými hospodaří nízkoprahová zařízení, drogové politiky a problémů, které trápí nízkoprahová centra. Dotazovanými byli vedoucí nízkoprahových center či jejich zástupci.

Pro zjištění, jakým způsobem nízkoprahová zařízení pomáhají svým klientům a do jaké míry oni využívají služeb nízkoprahových zařízení byla použita metoda sekundární analýzy dat, čerpané z výročních zpráv nízkoprahových zařízení. Bylo čerpáno z 21 dotazníků a stejného počtu výročních zpráv.

5 VÝSLEDKY

5.1 Výsledky dotazníkového průzkumu

75 % dotázaných zástupců nízkoprahových center uvedlo, že jejich centrum nedostává dostatek finančních prostředků pro fungování jejich zařízení. 25 % tedy uvedlo, že celkových finančních prostředků pro fungování jejich zařízení mají dostatek. (Graf 11)

Graf 11



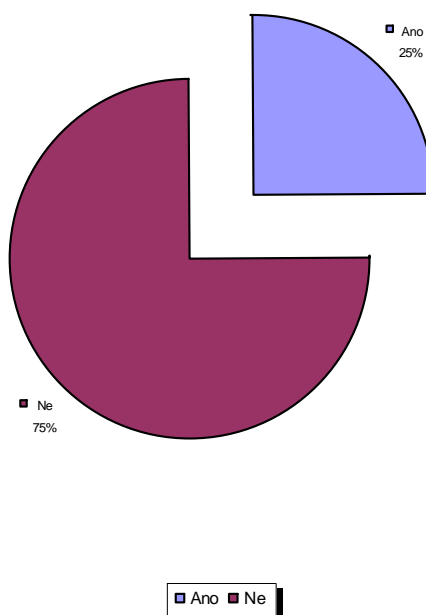
Ze 75 % dotázaných center, která uvedla, že nemají dostatek finančních prostředků pro fungování jejich nízkoprahových center, uvedla procentuálně chybějící částky od nejméně 20 % do nejvíce 40 %. To znamená, že v průměru těmto centrům chybí 31 % finančních prostředků pro jejich fungování. Což je číslo, které velmi výrazně ukazuje na problém financování nízkoprahových center.

Pokud do výpočtu průměru chybějící částky zařadíme všechny zúčastněné, tedy včetně těch, kteří uvedli, že mají dostatek finančních prostředků pro fungování jejich centra, tak dojdeme k tomu, že na jedno nízkoprahové centrum chybí 22 % finančních prostředků.

Na otázku dotazníku číslo 3: „Dostáváte dostatek finančních prostředků od státu“ odpovědělo kladně pouze 25 % dotázaných. Záporně tedy odpovědělo 75 % respondentů. (Graf 12)

Graf 12

Dostávají nízkoprahová centra dostatek finančních prostředků od státu?

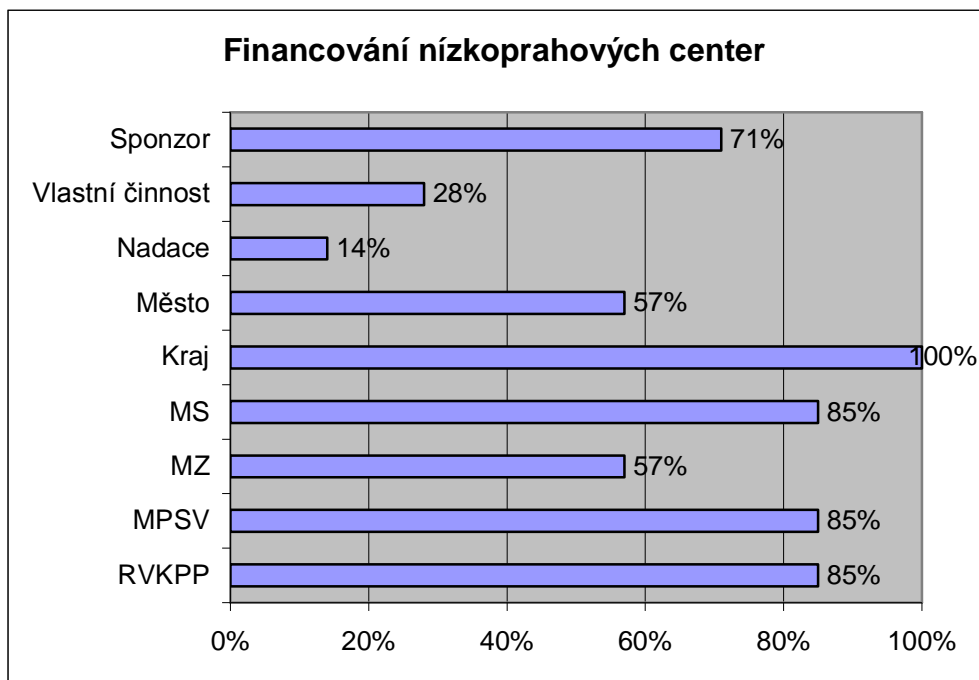


Na otázku dotazníku číslo 4: „Kdo financuje vaše zařízení? Uveďte prosím všechny zdroje a procentuální vyjádření“ byly respondenty zmiňovány tyto instituce:

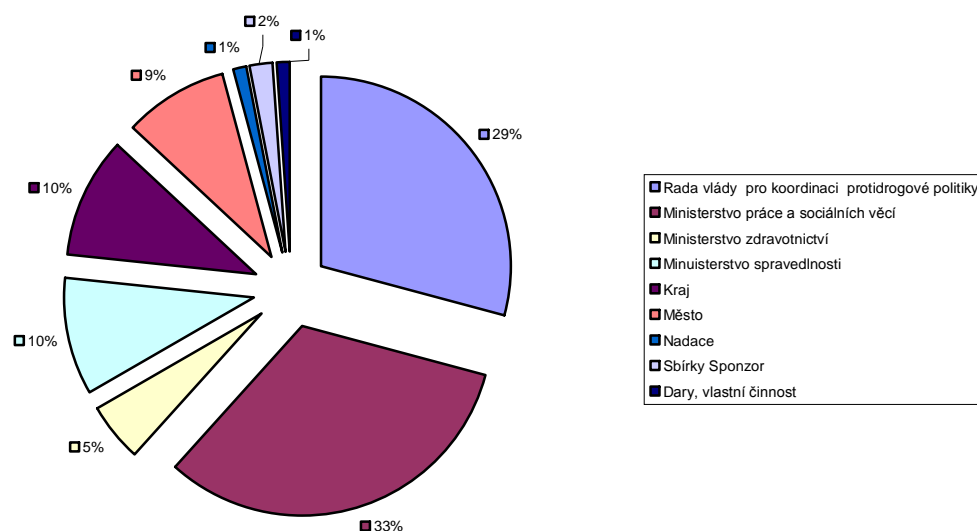
- a) Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP)
- b) Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ)
- c) Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV)
- d) Ministerstvo spravedlnosti ČR (MS)
- e) město
- f) kraj
- g) nadace
- h) sbírky
- ch) sponzor
- i) vlastní činnost

Všechna dotazovaná nízkoprahová centra financuje kraj a to tedy znamená, že kraj financuje 100 % všech dotazovaných center, což je velmi potěšující číslo. Dále většinu center financují Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, ministerstvo práce a sociálních věcí a ministerstvo spravedlnosti, a to 85 % dotazovaných center. 71 % center spolufinancuje také některý sponzor. Dále jsou to z 57 % ministerstvo zdravotnictví a města. 28 % center se podílí na svém spolufinancování vlastní činností. Nadace figuruje na úplném chvostu spolufinancování center.

Na druhou část otázky č. 4 odpověděli respondenti, že 32 % finančních prostředků, kterými ročně disponují, jim poskytuje ministerstvo průmyslu a sociálních věcí 29 % Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky 10 %. Ministerstvo spravedlnosti a kraj, 9% město, 5% ministerstvo zdravotnictví. Zbývající částku poskytují nadace, sponzoři, sbírky a vlastní činnost. (Graf 13 a 14)



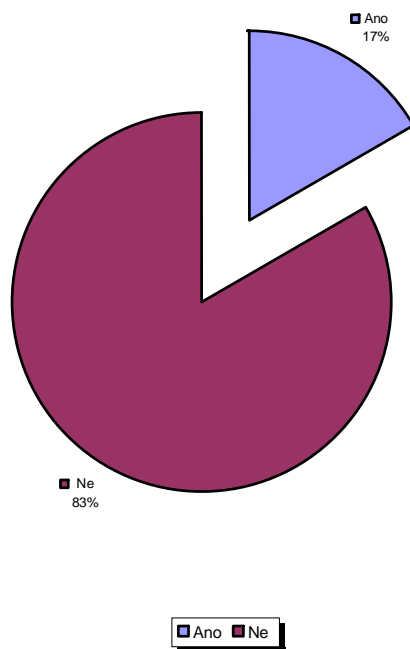
Graf 14



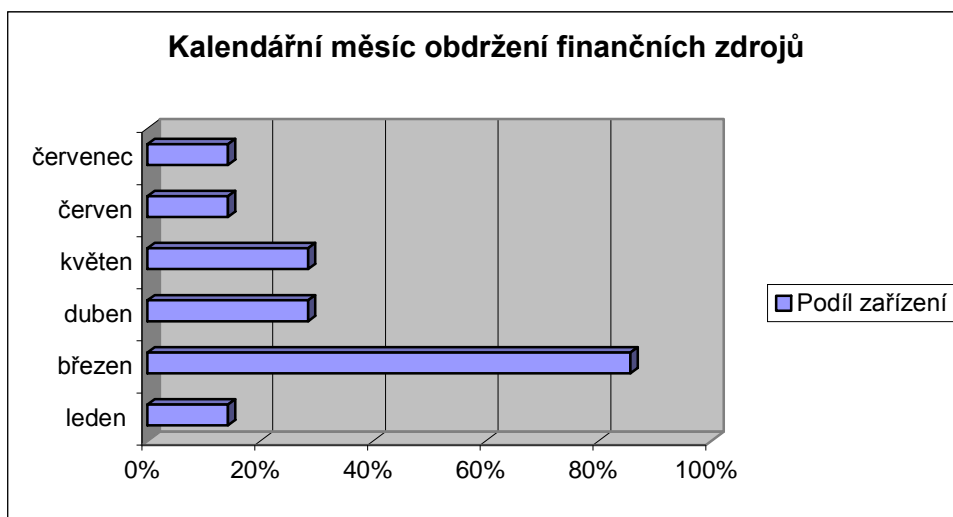
Pouhých 17 procent dotázaných center dostává peníze pro fungování centra včas. 83 % dostává peníze pozdě, a tedy řeší s tím související potíže. Nízkoprahová centra dostávají peníze většinou v průběhu roku a záleží nejčastěji na typu instituce, která peníze posílá. Jako měsíc, kdy nízkoprahová centra dostávají nejčastěji peníze, se ukázal březen. V březnu dostává téměř 86 % center finanční prostředky. Další měsíce první poloviny roku se moc procentuálně neliší a obdobná procenta vykazuje červenec. Červenec je také jediný měsíc druhé poloviny roku, který nízkoprahová centra zmínila. (Graf 15 a 16)

Graf 15

Dostávají nízkoprahová centra včas peníze?



Graf 16



Otázky dotazníku 7 až 10 se zaměřily na problematiku rozdělování finančních prostředků zařízení zabývajícím se drogovou problematikou. 71 % dotázaných se domnívá, že rozdělení finančních prostředků spravedlivé není, a tedy 29 % se domnívá, že rozdělování probíhá spravedlivě, bez nějakých výrazných vlivů okolí (graf 17).

Graf 17

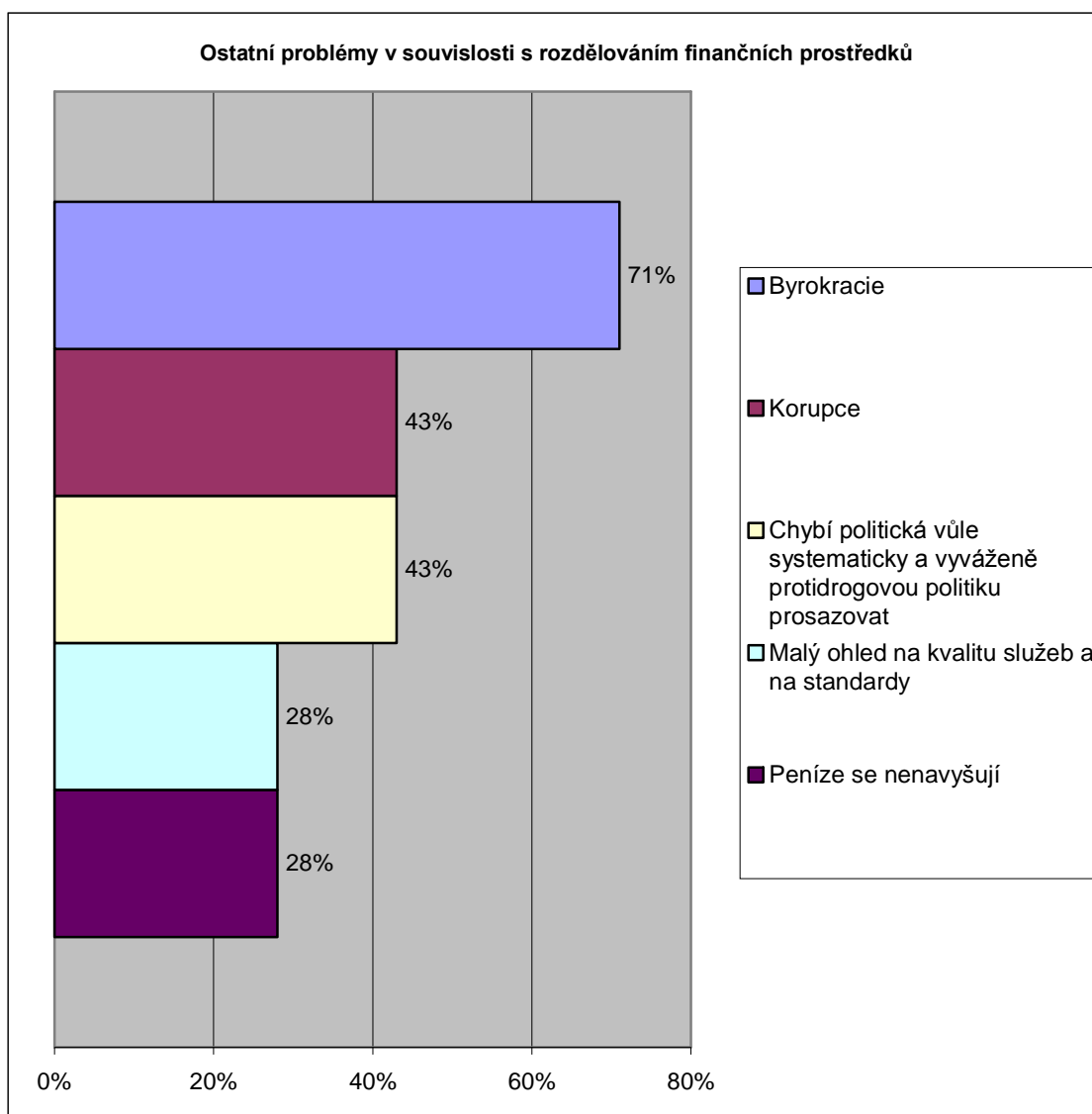
**Názory nízkoprahových center na rozdělování finančních prostředků určené
zařízením, zabývajícím se drogovou problematikou**



Otázka číslo 8 se týkala jen těch respondentů, kteří si nemyslí, že by rozdělování finančních prostředků bylo spravedlivé. Takže se této otázce zúčastnilo 71 % respondentů. Otázka č. 8 zněla „Pokud rozdělení finančních zdrojů není podle vás spravedlivé či optimální, v čem tedy vidíte problém?“ Jako největší problém vidí zástupci nízkoprahových center byrokracii a korupci. Zástupci těchto center postrádají politickou vůli systematicky a vyváženě protidrogovou politiku prosazovat. Jako další problém zmiňují, že se peníze již několik let nenavýšují. Některá centra byla konkrétní a uvedla rok 1999 jako rok, od kterého se již dotace nenavýšují. Nízkoprahovým centrům

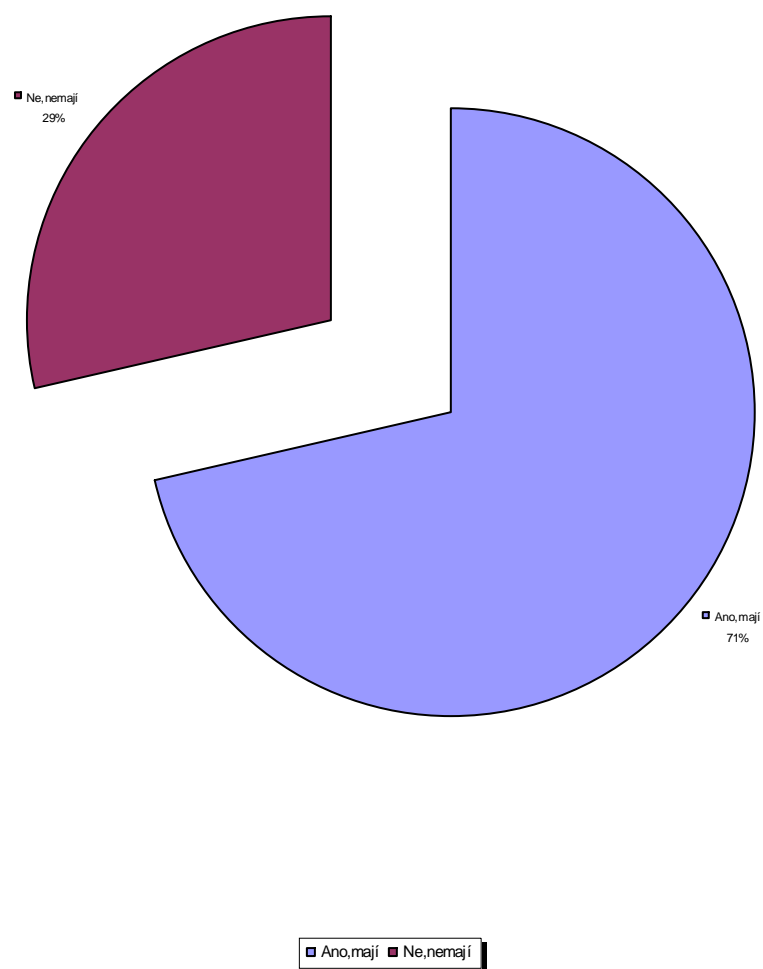
rovněž vadí, že není brán příliš velký ohled na kvalitu poskytovaných služeb při udělování dotací (graf 18).

Graf 18



71 % nízkoprahových zařízení má své konkrétní návrhy, jak řešit ne zcela optimální rozdělování finančních zdrojů. 29 % z nich konkrétní návrhy nemá (graf 18).

Mají nízkoprahová zařízení konkrétní návrhy, jak řešit situaci ohledně rozdělování zdrojů?

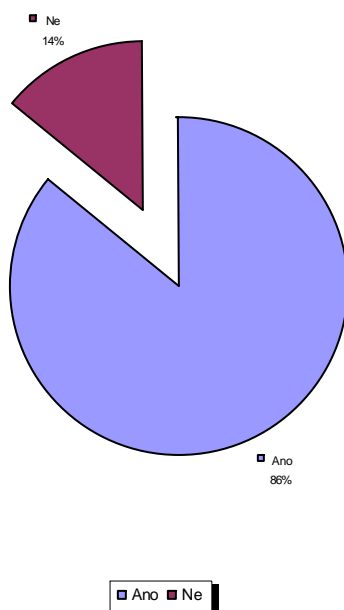


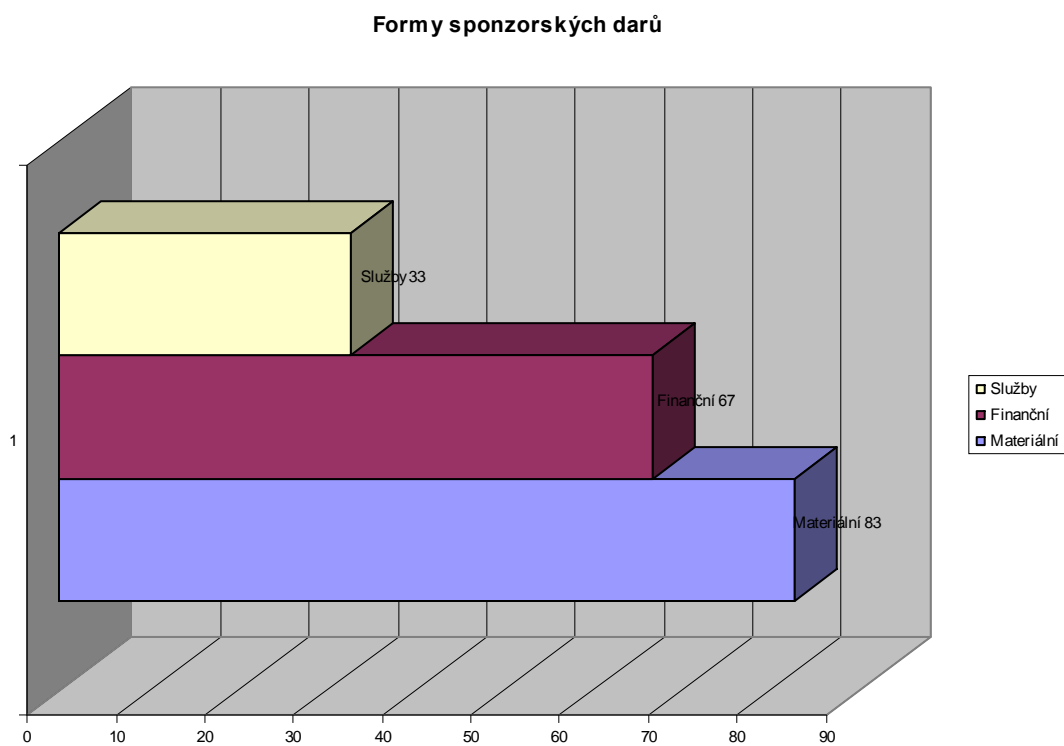
Centra navrhuji zejména zvýšení fundraisingových aktivit v lokální komunitě, rozvoj prezentace před donory, důsledné prosazování standardů kvality a podle výsledků rozdělení peněz rozvoj umění v rámci organizace.

Sponzorské dary dostává 86 % nízkoprahových center, a to zejména ve formě materiální, finanční a ve formě služeb. Ve formě materiální dostávají nízkoprahová centra sponzorské dary ve 83 %, ve formě finanční 67 % a ve formě služeb 33 %. (graf 20 a 21).

Graf 20

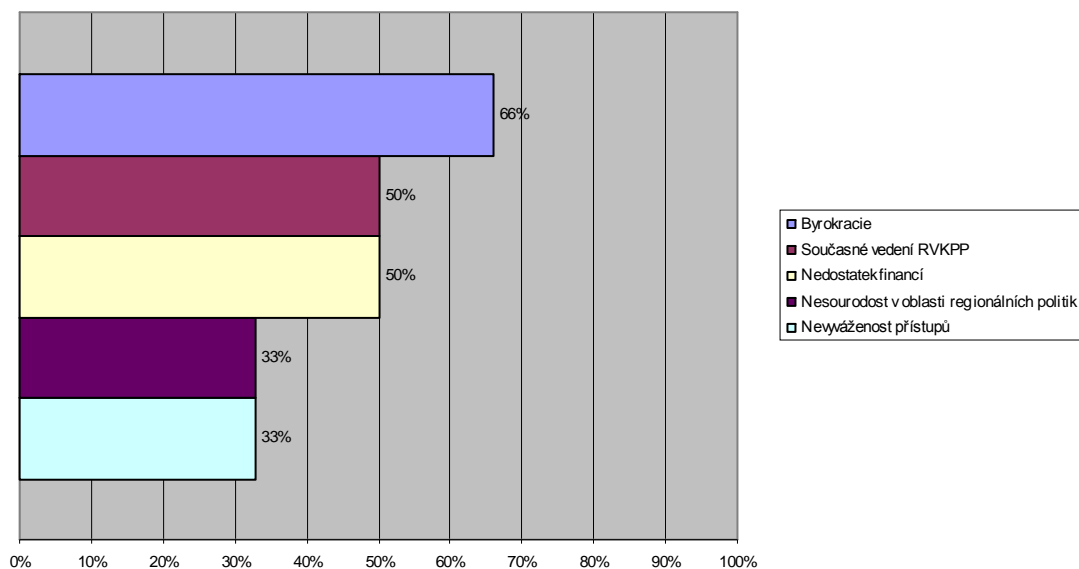
Dostávají nízkoprahová centra sponzorské dary?





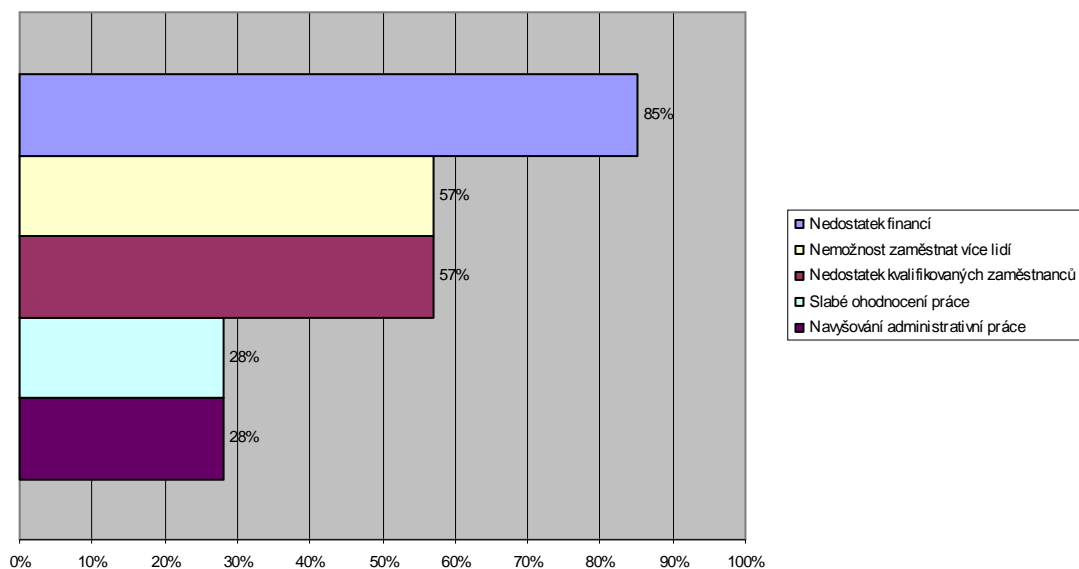
Za největší problémy drogové politiky považují zástupci nízkoprahových center byrokracii, uvedlo to 66 % z nich. 50 % z nich spatřuje problém v současném vedení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a v nedostatku financí a 33 % v nesourodosti a nejednosti v oblasti regionálních politik a v nevyváženosti přístupů. (represe, prevence) (graf 22)

Nejčastější bariéry v realizaci drogové politiky ČR



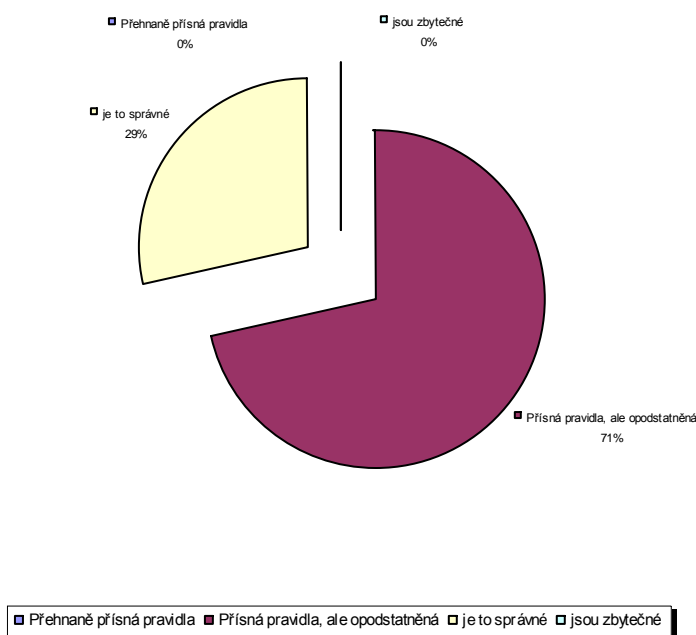
Mezi největší problémy nízkoprahových zařízení patří nedostatek financí. To si myslí 85 % jejich zástupců. 59 % vidí problém také v tom, že nemohou zaměstnat více lidí a trpí nedostatkem kvalifikovaných zaměstnanců. 29 % respondentů vidí problém v čím dál více se navyšující administrativě a ve slabém ohodnocení práce. (graf 23)

5 největších problémů center



O nutnosti akreditace nízkoprahových zařízení si zástupci těchto center myslí v 71 %, že je opodstatněná, ale má přísná pravidla a 29 % z nich se domnívá, že je nutnost akreditací správná. (graf 24)

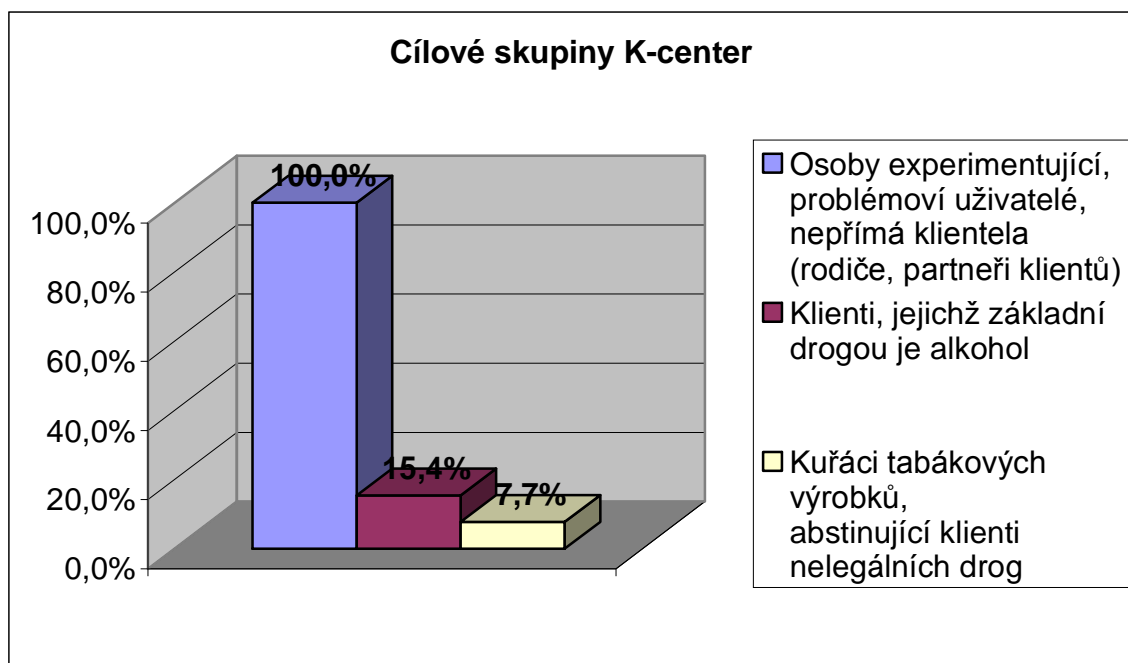
Názory nízkoprahových center na nutnost akreditace a na přísnost podmínek



5.2 Výsledky z výročních zpráv

5.2.1 Cílová skupina K-center

Cílová skupina K-center 100 % K-center, která byla předmětem výzkumu považují za svou cílovou skupinu, osoby experimentující s návykovými látkami, problémové uživatele návykových látek a nepřímou klientelu tj. rodiče, partneři klientů. Dále jsou to studenti a žáci pro aktivity v oblasti primární prevence. 15,4 % procenta K-center uvádí, že jejich cílovou skupinou jsou i klienti, u nichž je základní drogou alkohol. 7,7 % uvádí kuřáky tabákových výrobků a abstinující klienty nelegálních drog s potřebou následné péče a doléčování. (viz graf č. 25)



5.2.2 Služby poskytované K-centry

100 % K-center uvádí, že poskytují služby harm reduction, sociální servis (asistenční služba, sociální práce, poradenství), práci s rodinou a zprostředkování léčby (detoxikace, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity). Všechna K-centra se rovněž zabývají primární protidrogovou prevencí, která pro ně znamená velmi důležitou součást jejich činnosti. Všechna K-centra pocítují velký zájem o tuto činnost ze stran školských zařízení. Centra nabízejí jednorázové i vícerázové bloky zaměřené na primární prevenci, při kterých kombinují edukativní a interaktivní prostředky působení. Nabídky center směřují zejména k třídním kolektivům ZŠ, SŠ, VOŠ v daných regionech. Snahou center je udržovat se školami dlouhodobý kontakt, umožňující rychlou a účinnou spolupráci v případě významnějšího výskytu drog na školách. Mnozí zaměstnanci K-center nastoupili do akreditovaného výcviku „Primární prevence drogových a jiných závislostí“ (Skálův institut).

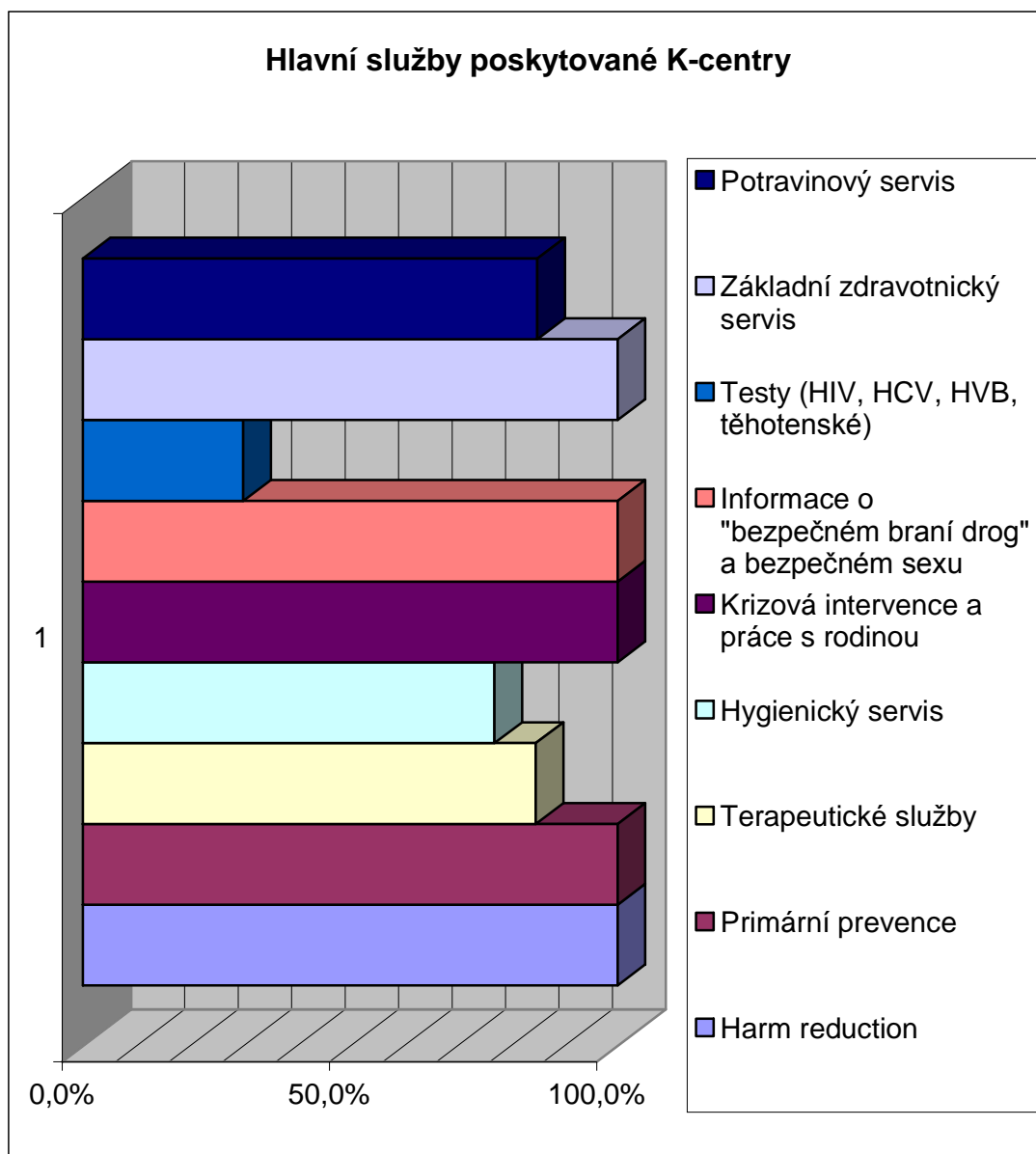
Terapeutické služby uvádí 84,7 % K-center, jde jak o individuální, tak i o skupinovou terapii (klientská, rodičovská) a také o podpůrnou i motivační terapii. Je velmi pravděpodobné, že určitou formu terapie nabízí všechna centra, jen ne všechna je uvádí ve svých výročních zprávách. 77 % K-center nabízí též hygienický servis, který umožňuje klientům se osprchovat, oholit, ale také si mohou vyprat osobní oblečení.

Velmi důležitá a ve všech zkoumaných centrech je možná krizová intervence a práce s rodinou, partnery a přáteli.

K-centra rovněž poskytují informace o „bezpečném braní drog“ i o bezpečném sexu. Zhruba třetina nabízí testy (HIV, HCV, HVB, těhotenské testy) i post-testové poradenství.

K-centra nabízí rovněž zdravotnický servis na základní úrovni. Ve svých výročních zprávách v kolonce nabízené služby ho nezmiňují všechna centra, ale v základních statistických údajích ho uvádějí všechna, i když není příliš využíván. Mezi další služby K-center patří potravinový servis, který poskytuje téměř 85% center. Již v menší míře je ve výročních zprávách zmiňován:

- a) vitamínový servis
- b) gender program - speciální program pro ženy, který zahrnuje těhotenské testy
- c) poskytování hygienických vložek, tampónů atd.
- d) poradenství pro vychovatele, pedagogy a sociální pracovníky
- e) klientská odpoledne“, tj. užití prvků arteterapie, ergoterapie a muzikoterapie
- f) vzdělávací a aktivační činnost pro klienty – výuka práce na PC včetně internetu, psaní životopisů, databáze zaměstnavatelů, nácviky telefonických hovorů
- g) internetové poradenství (graf. 26)



5.2.3 Cíle K-center

Mezi cíle poskytovaných služeb patří zejména:

- a) podpora osob v obtížné sociální situaci, která vyplývá z patologického způsobu života, jehož součástí je užívání návykové látky; pozitivní změny jejich psychického i fyzického stavu
- b) pomoc najít motivaci k léčbě
- c) zlepšení jejich psychického stavu podpora osob z narušeného sociálního okolí přímé klientely, zlepšení jejich psychického stavu
- d) průběžný monitoring drogové scény, přehled dění na drogové scéně v regionu
- e) minimalizace rizik spojených s injekční aplikací drog, prevence nakažlivých infekčních onemocnění, snížení výskytu infekčních chorob v regionu, minimalizace nálezů kontaminovaných stříkaček na volných prostranstvích
- f) více se zaměřovat na oblast zkvalitnění nabídky primární prevence
- g) podstoupení procesu akreditace
- h) tisk kvalitních informačních materiálů a jejich distribuce
- ch) výrazně využívat program FreeBase a zajistit tak statistiku výkonů a služeb
- i) navázat a prohlubovat spolupráci v rámci sítě léčebně kontaktních center, škol, médií, kulturně společenských zařízení, občanských sdružení, politiků a zástupců ostatních organizací
- j) zvyšování kvalifikace zaměstnanců

5.2.4 Hodnocení poskytovaných služeb

K-centra využívají hodnocení kvalitativní i kvantitativní. V kvantitativním hodnocení se bere zřetel na:

- a) počet kontaktů

- b) počet klientů
- c) výměna injekčního materiálu
- d) počet výkonů jednotlivých typů služeb

Takto hodnotí svou činnost všechna sledovaná K-centra.

Mezi metody kvalitativního hodnocení úspěšnosti projektu patří např.:

- a) dotazníkové šetření
- b) porady týmu
- c) formy zpětných vazeb
- d) sledování klienta (využívání služeb, léčby, sledování vývoje v oblastech biopsychosociálního procesu
- e) naplňování individuálního plánu dle karty klienta
- f) naplňování celoročního plánu K-centra

5.2.5 Využívání služeb K-center

Průměrně 343 klientů na zařízení využilo v roce 2005 alespoň jednu službu programu. Přímou kontaktní místnost využilo v průměru 316 klientů. Kontaktů bylo v průměru 4176. Věkový průměr mírně přesáhl 26 let. Počet klientů hlášených do registru žádostí o léčbu hygienické služby bylo v průměru 48 na jedno zařízení. Referencí do programu substituce připadalo v průměru 17 klientů na jedno K-centrum. Referencí do léčby bylo v průměru 75 klientů na jedno K-centrum. Krizových intervencích vycházelo v tomto roce na jedno zařízení 30. Hygienický servis se využil v průměru na jedno K-centrum 450krát a potravinový servis ve 1194 případech. Zdravotnické ošetření bylo poskytnuto v průměru 220krát na jedno zařízení.

Individuální poradenství bylo poskytnuto v průměru 262 klientům. Počet výměn vycházel na jedno zařízení na 1826 a počet vydaných jehel na 53873 kusů. (tabulka číslo 1)

Tabulka č.1

Údaje o průměrném počtu služeb K-center

Služby K-center	Průměrný počet na jedno zařízení
Kontakty celkem	4176
Výměnný program stříkaček a jehel	1826
Potravinový servis	1194
Hygienický servis	450
Zdravotní ošetření	220
Individuální poradenství	262
Krizová intervence	30
Reference do programu substituce	17
Reference do léčby	75
Hlášení do registru žádostí o léčbu hygienické služby	48

6. DISKUSE

Tato výzkumná práce byla zaměřena na zmapování názorů pracovníků nízkoprahových center na protidrogovou politiku v České republice s důrazem na nejčastější bariéry v realizaci drogové politiky v České republice a na konkrétní návrhy nízkoprahových zařízení, jak tyto bariéry řešit a odstranit, a tím pomoci klientům a jejich okolí. Zároveň byla tato práce zaměřena na provoz a druhy poskytovaných služeb nízkoprahových center.

Analýzou shromážděných dat byly zjištěny tyto významné skutečnosti:

75 % nízkoprahových center, která se zúčastnila dotazníkového výzkumu, nedostávají dostatek finančních prostředků pro fungování, což je velmi alarmující výsledek, zvláště když uvážíme, že se jedná o nejvíce využívaný typ protidrogového zařízení v České republice. V průměru těmto centrům chybí zhruba třetina finančních prostředků. Bohužel stát dle názoru zástupců nízkoprahových center přispívá nedostatečně a ostatní zdroje většinou nestačí. Velmi důležité je zjištění, že kraje podporují činnost nízkoprahových center ve všech případech, a tedy si velmi pravděpodobně uvědomují, jak je činnost nízkoprahových center důležitá jak pro klienty a jejich rodiny, tak pro samotný kraj, a to zejména snižováním rizik a prováděním primární prevence. Navíc některá nízkoprahová zařízení provozují poradenské služby pro sociální pracovníky daného kraje. Věřme, že si představitelé krajů skutečně uvědomují důležitost mít v regionu zařízení, kam se mohou obrátit uživatelé nelegálních drog, jelikož bez pomoci budou nejen osobní problémy uživatelů nelegálních drog, ale i celospolečenské problémy daleko větší a výraznější. Bohužel některá nízkoprahová zařízení během realizace této diplomové práce již ukončila svou činnost, a je tedy velmi pravděpodobné, že obyvatelé těch daných lokalit brzy poznají absenci tohoto typu zařízení. Konkrétně se může jednat o zvýšení výskytu injekčních stříkaček na veřejném prostranství nebo na zbledovanějším stavu místních uživatelů atd. Ministerstvo spravedlivosti, ministerstvo práce a sociálních věcí a Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky přispívá 85 % nízkoprahovým zařízením, což je ucházející číslo, přesto bych předpokládal, že tyto subjekty budou financovat všechna nízkoprahová

zařízení bez výjimky. Překvapivé je, že ministerstvem zdravotnictví není financováno 43% nízkoprahových zařízení. Vlastní činností si finančně pomáhá necelá třetina zařízení, což není rovněž příliš vysoké číslo. Snad ještě důležitější je, kolik procent tvoří příspěvek všech dotací, které zařízení dostávají. Jako největší finanční tepna pro nízkoprahová zařízení se zdá být ministerstvo práce a sociálních věcí, to poskytuje třetinu všech dotací určené pro sledované nízkoprahové zařízení. Druhou nejvyšší dotaci poskytuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Její dotace je srovnatelná s dotací ministerstva práce a sociálních věcí. Další dotace jsou již výrazně nižší. Desetinu rozpočtu nízkoprahových zařízení poskytují ministerstvo spravedlnosti, kraje a města. Velmi málo přispívá ministerstvo zdravotnictví a to pouhými 5 %, což je zarážejí zejména z pohledu, že nízkoprahová zařízení mají vliv na zdraví jak klientů, tak i veřejnosti a nebýt výměnného programu, tak by bylo velmi pravděpodobné, že by významně stouply infekční onemocnění. Dále by si mělo ministerstvo zdravotnictví uvědomit, že nízkoprahová zařízení mají vliv na motivaci pacienta k léčbě a pomáhají k udržování hygienickým zvykům klientů těchto zařízení., což je fakt, který by se neměl podceňovat

Téma k diskusi je i to, jestli je možné zvýšení sponzorských darů a to především ve finanční formě. Nízkoprahová zařízení sice uvádějí, že 86 % z nich sponzorské dary dostávají, ale sponzorové se podílejí jen jedním procentem na chodu nízkoprahových zařízení . Navíc častá forma příspěvku je materiální či jako služba. Je to samozřejmě číslo velmi nízké, ale nejsem si jist, zda je možné výrazněji toto číslo zvýšit, a to zejména z důvodu malé atraktivity nízkoprahových zařízení pro potenciální sponzory. Sponzorů ve zdravotní či v sociální sféře není nikdy dostatek a domnívám se, že ti kteří sponzorují některý projekt ve zdravotnictví či v sociální sféře , dají přednost například příspěví na boj proti leukémii nebo pomoci opuštěným dětem. Proti této logice samozřejmě nejde nic namítnout a lze jen konstatovat, že šance na výrazné finanční příspěvky ze strany sponzorů je velmi malá. Větší šanci vidím ve zvýšeném příjmu zásluhou vlastní činnosti., avšak i tady to není určitě jednoduché.

Alarmující je, že 83 % nízkoprahových center nedostávají peníze jim určené včas, což jim pochopitelně způsobuje nemalé obtíže. Problémem je také to, že peníze dostávají tato zařízení během roku, a to nejvíce v březnu a některé dotace až v průběhu července.

Jenom necelá třetina dotazovaných center se domnívá, že finanční prostředky jim určené jsou rozdělovány spravedlivě. To je velmi smutný obrázek, ale vzhledem k politické kultuře, jaká je v České republice, se nemůžeme příliš divit. Velkým problémem je bezesporu byrokracie a také s velkou pravděpodobností korupce, která se samozřejmě těžko dokazuje, ale jak ukazují výsledky této práce, lidé, kteří pracují v nízkoprahových zařízeních ve většině případech o ní nepochybují. 43 % z nich se také domnívá, že chybí politická vůle systematicky a vyváženě protidrogovou politiku prosazovat. Připočítávám to také tomu, že drogová problematika nepatří mezi několik nejdůležitějších volebních témat. Další problém, co se týká rozdělování finančních prostředků, vidí zástupci nízkoprahových center v nenavyšování dotací.

Je velmi důležité zjištění, že nízkoprahová zařízení mají své konkrétní návrhy, jak řešit ne zcela optimální rozdělování finančních zdrojů, a to konkrétně 71 % z nich. Centra navrhují důsledné prosazování standardů kvality a podle výsledků rozdělení peněz, rozvoj presentace před donory, zvýšení fundraisingových aktivit a rozvoj umění v rámci organizace.

Doufejme tedy, že se uskuteční co říká spolutvůrce národní strategie protidrogové politiky Bureš, že se jako nejnaléhavější jeví především reforma financování protidrogové politiky založená na ověřování standardů kvality poskytovatelů služeb protidrogové politiky, kteří jsou finančně podporováni z veřejných prostředků. Zásadní je též zlepšení protidrogové politiky. Státem, zastoupeným Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a jednotlivými ministerstvy, a dále kraji a obcemi. Práce na těchto reformních opatření byly zahájeny okamžitě po schválení Národní strategie. BUREŠ (2005).

Jako největší problémy celé drogové politiky v České republice, nízkoprahová zařízení spatřují zejména v byrokracii, ve vedení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, v nedostatku financí, v nesourodosti v oblasti regionálních politik a v nevyváženosti přístupů, co se týká poměru represe a prevence.

Co se týká největších problémů nízkoprahových zařízení, jedná se zejména opět o nedostatek financí, v nemožnosti zaměstnat více lidí a také trpí nedostatkem kvalifikovaných zaměstnanců. Je samozřejmě těžké mít dostatek kvalifikovaných zaměstnanců za stávajících platových podmínek, které zaměstnanci nízkoprahových zařízení mají. Jako další velký problém vidí navyšující se administrativu a slabé ohodnocení práce.

Co se týká problematiky ohledně akreditací nízkoprahových center, tak 71 % dotázaných se vyjádřilo tak, že s nutností akreditace souhlasí. 29 % souhlasí rovněž, jen upozorňují na přísná pravidla.

Všechna zkoumaná nízkoprahová centra poskytují své služby pro osoby experimentující s nelegální drogou, pro problémové uživatele a nepřímou klientelu (rodiče, partner) a také všechna centra poskytují primární prevenci, a tedy jejich klientelu tvoří žáci a studenti škol. Je důležité zjištění, že funguje pomoc nejen uživatelům, ale i jejich blízkým. Bohužel ještě tato služba není plně využívána, ale je možné usuzovat, že bude docházet ke zlepšení a to zejména z důvodu postupné větší informovanosti veřejnosti o této službě nízkoprahových zařízení a také z toho důvodu, že by se mělo postupně odtabuizovávat drogové téma a lidé se nebudou stydět využít služeb protidrogových zařízení.

Velmi důležité je, co vlastně nabízejí nízkoprahová centra. Je důležité si uvědomit, že nízkoprahová zařízení navštěvuje nejvíce uživatelů nelegálních drog ze všech protidrogových zařízení, a tedy jejich šance pozitivně ovlivnit klienta je poměrně vysoká. Všechna sledovaná nízkoprahová zařízení poskytují služby harm reduction, sociální servis, krizovou intervenci, informace o bezpečném braní, pracují s rodinami klientů, zprostředkovávají léčbu v určitých terapeutických komunitách,

v psychiatrických léčebnách atd. Jak je naznačeno v předcházejícím odstavci, všechna nízkoprahová zařízení poskytují primární protidrogovou prevenci. Je důležité, aby si politici uvědomili, že primární prevence je naprosto nezbytná a důležitá součást protidrogové politiky a uvědomili si tu skutečnost, že to jsou právě nízkoprahová zařízení, které tuto službu dělají. Jednoduchá rovnice zní takto: nebudeli poptávka, nebude nabídka, alespoň ne v takové míře jako dosud. Mezi další služby, které většina nízkoprahových zařízení poskytují, patří terapeutické služby (85 %), hygienický servis (77 %), potravinový servis (85 %), základní zdravotnický servis. Je škoda, že v mnohem menší míře poskytují vitamínový servis, gender program, vzdělávací a aktivizační činnost pro klienty atd. Velkou mezeru ve službách nízkoprahových zařízení vidím zejména v nedostatečné nabídce internetového poradenství. Pokud ji budou nabízet, myslím, že tím mohou pomoci prolomit bariéru uživatelů nelegálních drog vs. organizace zabývající se pomocí těmto uživatelům. Ještě bych vyzdvihl možnost motivačních pohovorů, v kterých vidím velkou naději pro klienty nízkoprahových center.

Jako velmi důležité cíle, které nízkoprahová centra mají, jsou zejména minimalizace rizik spojených s injekční aplikací drog, pomoci najít klientovi motivaci k léčbě a zlepšení jejich psychického a zdravotního stavu.

Je nezbytné se snažit o objektivní hodnocení služeb poskytované klientům nízkoprahových zařízení, ale není to rozhodně jednoduché. Těžko si myslet, že lze provést zcela objektivní hodnocení, ale přesto tato hodnocení plno napovědí a mohou pomoci ke zlepšení kvality služeb.

Když porovnáme výsledky této práce, která využívá statistických údajů z roku 2005 co se týká využívanosti služeb v nízkoprahových zařízeních s výsledky, které uvádí Mravčík, který využívá výsledky z roku 2004, dojdeme k závěru, že se mnoho neliší. Výsledky využitelnosti služeb ve sledovaných 21 nízkoprahových zařízeních, které uvádí autor této práce jsou tyto: v průměru na jedno zařízení bylo uskutečněno 4176 kontaktů, krizových intervencí bylo v průměru 30, hygienický servis se využil

v průměru 450-krát na jedno zařízení , potravinový servis ve 1194 případech, zdravotnické ošetření se využilo v průměru ve 220 případech, individuální poradenství se využilo v průměru na jedno zařízení ve 262 případech a počet výměn vycházel v průměru na jedno zařízení na 1826. Výsledky, které uvádí MRAVČÍK (2005) jsou tyto: :v průměru na jedno zařízení bylo uskutečněno 3784 kontaktů. Krizových intervencí bylo v průměru 35, hygienický servis se využil v průměru 410-krát na jedno zařízení , potravinový servis ve 1127 případech, zdravotnické ošetření se využilo v průměru ve 160 případech, individuální poradenství se využil v průměru na jedno zařízení ve 325 případech, a počet výměn vycházel v průměru na jedno zařízení na 1664.

7. ZÁVĚR

Otázka drogové problematiky a všech dalších problémů s ní spojených je stále diskutovanou otázkou jak mezi odborníky, tak i mezi laickou veřejností. Stále se zhoršující drogová situace nutí všechny zainteresované hledat nové prostředky a metody pro boj proti drogám, vymýšlet nové postupy a zkoušet různé přístupy k tomuto boji. Jak se tyto nové věci osvědčí v praxi, to pomáhají zjistit opakované průzkumné projekty, jakým aspiruje být i tato práce. Zpětná vazba je velmi důležitou součástí strategie boje proti drogovým závislostem. Na jejím základě se vytvářejí další plány, další nové metody, další nové postupy.

Přestože tato práce byla jen malou sondou do problematiky života krizových center a jejich klientů, dá se říci, že poskytla věrohodný obraz o nynější situaci krizových center, uživatelů nelegálních drog a také nastínila problémy české protidrogové politiky. V souvislosti s českou protidrogovou politikou trápí klienty protidrogových zařízení a zaměstnance těchto zařízení nedostatek finančních prostředků. Byrokracie a korupce ztěžuje práci lidí, kteří za velmi malé finanční ohodnocení jsou ochotni pomáhat lidem, kteří se ocitli na rozcestí a potřebují nutně naši pomoc, a to pomoc celé společnosti. Laická veřejnost by pomohla nejvíce tím, kdyby se zbavila předsudků a dokázala ocenit jak snahu přestat užívat drogy, tak práci lidí, kteří se uživatelům drog věnují, a uvědomila si, že pokud se nebudeme věnovat lidem, kteří mají problémy s drogami, tak následky budou daleko rozsáhlejšího rázu než dosud. Možným řešením situace by mohlo být zvýšení informovanosti veřejnosti přes různé druhy médií a dostatečnou distribuci dostatečného množství informačních materiálů.

Prvním cílem této práce bylo zjistit, jestli je ztěžována práce nízkoprahovým zařízením (a ve svém důsledku pomoc uživatelům nelegálních drog). Bohužel se výrazně potvrdila hypotéza, jak již bylo zmíněno výše, že nízkoprahová zařízení trpí vážným nedostatkem peněz a že mají výrazné výhrady k drogové politice v České republice. Odpovědným institucím je vyčítána nedostatečná vůle systematicky a vyváženě prosazovat protidrogovou politiku a již zmíněná korupce a byrokracie. Přitom téměř 3 nízkoprahových zařízení mají návrhy, jak řešit danou situaci, k tomu by ovšem

musela by být větší politická vůle naslouchat a vůle chtít situaci opravdu změnit. Možné řešení je využívat více praktických zkušeností lidí z nízkoprahových zařízení a konzultovat s nimi nové strategie protidrogové politiky.

Potvrdila se i třetí hypotéza, že většina nízkoprahových zařízení zajišťuje svým klientům standardní škálu služeb.

Závěrem lze konstatovat, že protidrogová scéna se, i přes všechny těžkosti marginalizovaného a společensky nepřilíš atraktivního tématu, díky obětavosti lidí, kteří věnují svůj čas a finanční ohodnocení na pomoc drogově závislým, je svou prací na velice vysoké úrovni.

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Anterburn, S., Burns, J. *Drogy klepou na dveře*. Brno: Nová naděje, 2001. ISBN 80-86077-03-9.

Bandinelli, A. *Drogy: radikální řešení. Skončujeme s prohibicí*. 1.vyd. Praha: Argo, 1996. 61 s. ISBN 80-7203-038-8.

Bureš, J. *Národní strategie protidrogové politiky. Na období 2005 až 2009*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 31 s. ISBN 80-86734-39-0.

Dupal, L. *Knihy o marihuaně*. 2. vyd. Praha: Mat'a, 1996. 121 s. ISBN 80-86013-10-3.

Hartl, P., *Psychologický slovník*. 3. vyd. Praha: Jiří Budka, 1996. 291 s. ISBN 80-901549-0-5.

Informační portál o ilegálních a legálních drogách [databáze online]. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, c2006 [citováno 2007-04-05]. Dostupné z URL <http://www.drogy-info.cz/>.

Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

Kalina, K. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

Kalina, K. *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Institut FILIA, 1999. ISBN 80-238-4088-6.

Mravčík, V a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, 103 s.. ISBN 80-86734-59-5.

Nešpor, K. *Jak přestat brát (drogy): svépomocná příručka*. 4. vyd. Praha: FIT – IN, 2004. 140 s.

Nešpor, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80-7178-515-6.

Nešpor, K., Provozničková, H.: *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy*. Praha: Fortuna, 1999, 54 s. ISBN 80-7071-123-X.

Nešpor, K., Csémy, L. *Alkohol, drogy a naše děti*. Praha: NCPZ, 1992. ISBN 0000.

Polanecký, V. a kol. *Výroční zpráva ČR – 2005: incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2006.

PÖTHER, P. *Dítě v ohrožení*. Praha: G+G, 1999. ISBN 80-901896-5-2.

PRESL, J. *Drogová závislost*. Praha: Edice Medica Maxdorf 1994. 87 s. ISBN 80-85800-18-7.

Rhodes, T. *Terénní práce s uživateli-zásady a praxe*. Boskovice: Albert, 1999. 72 s. ISBN 80_85834-71-5.

RIESEL, P. *Lesk a bída drog*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1999. 82 s. ISBN 80-7198-348-9.

ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.

Prevence a léčba drogové závislosti [databáze online]. Praha: Sanonim o.s., c2006 [citováno 2007-04-10]. Dostupné z URL <http://www.sanonim.cz/>.

ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2003, 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

ZÁBRANSKÝ, T. a kol. *Racionální protidrogová politika*. Olomouc: Votobia, 1997.
ISBN 80-7198-250-4.

9. KLÍČOVÁ SLOVA

prevence

snižování rizik (harm reduction)

protidrogová politika

nízkoprahová centra

10. PŘÍLOHY

Příloha 1: Použitý dotazník

Dotazník

Do rukou se Vám dostává dotazník, který vypracoval student pátého ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Tento dotazník je zcela anonymní a nebude zde uvedeno ani jméno respondenta a ani konkrétní zařízení. Tento dotazník slouží pro získání podkladů pro vypracování diplomové práce. Děkuji za spolupráci a váš čas věnovaný tomuto dotazníku.

1) Dostáváte dostatek finančních prostředků pro fungování vašeho zařízení?

a) ano b) ne

2) Pokud nemáte dostatek finančních prostředků, kolik % vám chybí?.....

3) Dostáváte dostatek finančních prostředků od státu?

a) ano b) ne

4) Kdo financuje vaše zařízení? Uveďte prosím všechny zdroje a procentuální vyjádření.

5) Kdy peníze dostáváte? Prosím o kalendářní měsíc

6) Dostáváte peníze včas, tak abyste s tím neměli problémy?

a) ano b) ne

7) Myslíte si, že rozdělení finančních prostředků je spravedlivé?

a) ano b) ne

8) Pokud rozdělení finančních zdrojů není podle vás spravedlivé či optimální, v čem tedy vidíte problém? Prosím o popis.

9) Má vaše zařízení konkrétní návrhy, jak situaci řešit?

1) ano 2) ne

10) Jaké opatření ke zlepšení navrhujete?

11) Dostáváte sponzorské dary?

12) V jaké formě sponzorské dary dostáváte?

13) Uveďte prosím pět největších problémů vašeho zařízení –

14) Uved'te prosím tři největší problémy drogové politiky ČR.

15) Jaký je názor vašeho zařízení na nutnost akreditace nízkoprahových zařízení a na její podmínky?

a) přehnaně přísná pravidla

b) přísná pravidla, ale opodstatněná

c) je to správné

d) jsou zbytečné

Příloha 2: Popis jednotlivých druhů drog

Opiáty

Účinnou látkou většiny přírodních a semisyntetických (poloumělých) opiátů je morfin a jeho deriváty, které se v těle vesměs metabolizují zpět na morfin. Nejčastěji zneužívanou látkou této skupiny je heroin (diacetylmorfin). Ve dvacátém století byla připravena řada syntetických opiátů, z nichž nejčastěji užívanou (především při léčbě závislosti) látkou je metadon (6-dimetylamino-4,4-difenyl-3-hepaton-hydrochlorid).

Tyto látky jsou známy především v medicíně pro svou schopnost tišit bolest. Opiáty jsou hodně používanými drogami pro své euforické efekty a vysokou návykovost. Mnoho opiátů je užíváno orálně, nebo jsou do těla zavedeny injektivně pod lékařským dohledem. Ale opiáty jako heroin, opium, morfin a kodein jsou drogy běžně prodávané na černém trhu. Již ne tak dobře známé jsou opiáty hydromorfon, meperidin a methadon.

Používání opia, šťávy z nezralých makovic, při náboženských rituálech a léčebných praktikách, se objevuje již u starověkých civilizací. „3000 let před Kr. Sumeřané užívají opium (dokládá se skutečností, že pro něj měli ideogram, který zní HUL a překládá se jako radost nebo veselí). Zábranský (1997)

Od zneužívání opia odrazovali již starořeční lékaři, kteří ho již tehdy znali. Opium se postupně rozšířilo ze Středního východu dál na východ a na jih Asie. V Číně a Indii bylo nejprve používáno jako lék. Po roce 1600 dochází k rozšíření tabáku do Evropy a Asie. V Číně se začíná kouřit opium smíchané s tabákem. V polovině 19. století je v Číně již několik miliónů návykových kuřáků opia. Opium se stává výhodným obchodním artiklem. Britové dovážejí opium z Indie do Číny, čemuž se Čína brání. Vede to k rozpoutání dvou opiových válek v letech 1842-1858, které skončily vítězstvím Britů. Opium se tedy rozšířilo do Británie a po moři pak prakticky do celého světa. V Číně je vyhlášen první prohibiční zákon proti opiu. Opium je sušená šťáva z naříznutých nezralých makovic máku setého (*Papaver somniferum album*). Její název

pochází z řeckého „ópos“ (šťáva). K získání 1 kg surového opia je třeba šťávy z přibližně 20 000 nezralých makovic. Typickým způsobem zneužívání opia bylo a je požívání (nebo pití v roztocích) a kouření z dýmek. V této formě se dnes užívá zejména v Asii a mezi asijskými vystěhovaleckými komunitami ve světě. Opium se na českém trhu objevuje také jako příměs pouličně prodávaného hašiše, což výrazně zvyšuje nebezpečnost této konopné drogy. U našich polských sousedů se dodnes zneužívá „čorna“ či „kompot“, což je v podstatě roztok surového opia, jenž si uživatelé vstříkují do žil. To je považováno za jednu z nejdůležitějších příčin mimořádně vysoké úmrtnosti polských uživatelů drog a jejich vysoké promořenosti AIDS/HIV i virovými záněty jater.

Druhým významným mezníkem v šíření zneužívání opiátů bylo objevení morfinu, opiátového alkaloidu (r. 1803), a vynález injekční stříkačky, což umožnilo intravenózní aplikaci, která je účinnější, ale zároveň i rizikovější. Morfin se původně užíval pro vyvolání spánku, odtud pochází i jeho název. Injekce morfia vyvolá vyrovnanou, klidnou euforii. Nastává lhostejnost ke starostem, stoupá sebevědomí a myšlenky se zrychlí (neruší mozkové funkce). Morfin tlumí vnímání bolesti, tlumí dráždivost dýchacího centra. Ve vysokých dávkách působí hypnoticky a dýchací centrum ochrne.

V roce 1874 byl vyvinut heroin, derivát morfia. Do prodeje byl dán v roce 1898. Původně byl mylně užíván k léčení závislosti na morfiu. Heroin však vytváří daleko závažnější a silnější závislost. Po celém světě byl veleben coby bezpečný přípravek, prostý vlastností navozujících závislost. Jeho výroba se stala ilegální teprve po 2. opiové konvenci (1925). Po 2. světové válce byl zákaz mezinárodně znovu stvrzen r. 1961 v „Single Convention on Narcotic Druha“. Přes zákaz a intenzivní boj policie se spotřeba heroinu rozšířila v 50. - 70. letech v USA, od 70. let v západní Evropě, od 80. let na Středním východě a v jižní Asii. S pádem komunistické diktatury a otevřením hranic se pak heroin rozšířil i do východní a střední Evropy včetně ČR. Více než 6 milionů lidí užívá dnes heroin víceméně pravidelně, z toho přes 500 000 v USA, přes 1,5 milionu v západní Evropě a více než 4 miliony na Středním východě a v jižní Asii. Roční ilegální světová produkce (prodávaná strukturami organizovaného zločinu) je

odhadována zhruba na 100 - 200 tun. Heroin patří mezi nejnebezpečnější a nejvíce návykové drogy . V práškové podobě může být v barvách od bílé až po tmavě hnědou. Nejpoužívanější forma je nitrožilní, tzn. injekování, ale v práškové formě může být šňupán nebo kouřen. Illes (2002) Při podávání má náhle nárazový účinek (kick, flash). Asi 1-7 hodin působí příjemný pocit blaha a uvolnění, lhostejnosti a úniku ze skutečnosti. K negativním prožitkům patří: neklid, návaly horka a zimy, dechové obtíže, nausea, zvracení. Žádoucí prožitek se nemusí dostavit. Při prvních aplikacích převažují většinou negativní pocity a k dosažení příjemného stavu je nutný určitý „zácvik“. Dávky tohoto bílého či nahnědlého prášku musí člověk beroucí heroin zvyšovat, rozvíjí se závislost a dochází k situaci, kdy pouze stav po aplikaci je „normální“, kdežto bez heroinu nastupují, a to rychle, abstinenční příznaky, zejména neklid, třes, zvracení, průjem, vyčerpání, bolesti kloubů apod. Důvodem dalšího užívání není jen přání opatřit si příjemné prožitky navíc, ale také zabránit subjektivně nepříjemným propadům do abstinenčních příznaků. Kalina (1999)

Denní dávka heroinu se u „začátečníka“ pohybuje v řádu desítek miligramů, rozvinutá závislost vyžaduje až několik gramů denně. Závislost na heroinu je velmi vysoká, jak psychická tak i fyzická. Bylo zjištěno, že stačí 10 heroinových injekcí, aby došlo ke kompletní závislosti.

Sedativa

Benzodiazepiny přinášejí pocit klidu, vyrovnanosti, mírné euforie, povznesení nad každodenními problémy, nejistotou a úzkostí. Nejde o nijak razantní změny psychiky, o to jsou však benzodiazepiny nebezpečnější, protože stav jimi navozený odpovídá představám o „ ideální formě“ o tom, jaký by člověk měl a chtěl být. Kalina (1999)

Zneuživatelé sedativ jsou a chtějí být konformní a nelegální drogovou scénou odsuzují. Počáteční dávka se pohybuje okolo několika mg, poté dochází k rychle se zvyšující dávce několika desítek mg, přes 100 mg je výjimkou. Bez dávky je člověk úzkostný, neklidný, podrážděný, nevykonný, slabý. Může dojít k epileptickým záchvatům a oběhovému kolapsu.

Stimulancia

Psychostimulancia jsou látky různé chemické struktury, jejichž hlavním účinkem je stimulace. Stimulancia zvyšují psychomotorické tempo a bdělost. Mechanismus působení spočívá v ovlivnění vylučování neuromediátorů dopaminu, noradrenalinu a serotoninu na synapsích v CNS. Standardně se mezi stimulancia zařazují kokainové drogy (koka, kokain, crack), amfetaminy (benzedrin, dexedrin), jejich derivát *metamfetamin* (pervitin); na pomezí mezi touto skupinou a halucinogeny stojí tzv. „halucinogenní aminy“ - amfetaminy se substitucí na aromatickém jádře; jejich typickým zástupcem je MDMA (ecstasy). Hlavním účinkem stimulancií je „zlepšení“ nálady, potlačení únavy a pocitu hladu, celkové zrychlení psychických procesů, zjištěná představitost, zvýšená schopnost vcítit se do pocitu druhých a uvolnění zábran.. Vesměs jsou stimulační drogy používány k vyvolání pocitu euforie, jehož mechanismem zřejmě je snížení odbourávání přenašečů nervových vzruchů v mozku.

Kokain je alkaloid (ve formě prášku) vytažený z rostliny coca, která roste v podobě křoví ve vyšších polohách Peru, Bolívie a dnes i v mnoha kopcovitých zemích. Je to velice silná stimulační látka, která působí na nervový systém a proměňuje chemické procesy v mozku podobně jako amfetaminy. Illes.(2002).

Kokain vyvolává příjemný tělesný pocit, popsáný jako silný adrenalinový přísun energie a síly. Na pohled příjemné povzbuzující efekty kokainu se mohou proměnit a vystupňovat až do podrážděnosti, nekontrolované mluvnosti, neschopnosti zaostřit zrak, zvýšené srdeční činnosti, zvýšeného krevního tlaku, rozšíření očních panenek, bolesti hlavy, nevolnosti, zvracení, zvýšené tělesné teploty a halucinací.

Pervitin (metamfetamin) bývá často uváděn jako „tradiční“ česká droga. V okolních zemích (Německo, Rakousko, Polsko) se pro něj dokonce místo tradičních názvů „meth“ a „pervitin“ používá údernějšího „čeko (tschecho)“.

Tato droga však v žádném případě není českým vynálezem. Byla syntetizována již v roce 1888, a to v Japonsku. /www.drogy-info.cz/. Pervitin je prášek, jehož barva závisí

na způsobu výroby. V případě, že byl vyroben z čistého efedrinu, je bílý. Pokud byl vyroben z efedrinu získaného z léků obsahující efedrin, je hnědý. Může být však i žlutý či růžový. Po rozpuštění je nejčastěji injektován, ale užívá se i šňupáním. Pervitin (stejně jako ostatní stimulantia) urychluje psychomotoriku a usnadňuje vnímání většího počtu podnětů, což udržuje mozek v bdělosti. Stálé užívání pervitinu vede k vážným psychickým poruchám, které se projevují zpočátku jako nedůvěřivost k okolí, jež se neustále stupňuje, až do velice silné paranoie. Záměna reality autentické za realitu fiktivní vytvářenou působením drogy je nejzákladnějším nebezpečím této drogy. Pervitin je v naší společnosti velmi rozšířen. Je prodáván prakticky na všech místech, kde se schází mládež. Velikým nebezpečím je i to, že kupující nemá jistotu, pokud jde o kvalitu nakupovaného zboží. Při předávkování nastává smrt nejčastěji jako důsledek plicního edému, postiženého srdce, jater a ledvin.

Jednou z dalších modifikovaných drog a derivátů je Ecstasy (Extáze, MDMA). Tato droga patří do látek stimulačních, lépe řečeno, má stimulační účinky. Avšak řada pramenů řadí MDMA k halucinogenům. Tato droga vyvolává typický „empatický efekt“, proto byla středem zájmu některých psychologů a terapeutů. Stimulační efekt této drogy například umožňuje tančit celou noc zdánlivě bez únavy. Extáze se díky těmto vlastnostem stává rekreační drogou tzv. „house culture“. Extáze je obecně považována za drogu velice nebezpečnou zejména z hlediska nepředvídatelnosti a obtížnosti dávkování. Při nedostatku tekutin může dojít k přehřátí organismu, k oběhovému kolapsu či akutnímu selhání ledvin. Nezanedbatelný vliv má MDMA také na psychiku, díky němuž byla léta používána k psychoterapii, který spočívá v produkování stavů entagoneze a empatogeneze.

Halucinogeny

Jednotné označení halucinogeny bylo s největší pravděpodobností zavedeno až v roce 1954. Slovo samé v překladu znamená „látky vyvolávající halucinace“.

Do této skupiny patří drogy, které mění vnímání okolního světa i vnitřních prožitků. Bývá doprovázeno halucinacemi nebo novými fantaziemi. Tyto drogy mají ze všech

uváděných drog rozhodně největší podíl účinků vedoucích k prožitkům, které odvádějí pozornost od reálného světa. HAJNÝ (2001)

Halucinogeny se rozdělují na dvě základní skupiny, a to 1) přírodní halucinogeny 2) synteticky připravené halucinogeny. Zvláštností a záludností těchto látek je, že se většinou nenarušují jednotlivé funkce organismu, ale že jejich účinky způsobují narušení organismu jako celku. To je ve svém důsledku daleko nebezpečnější než kdyby byl organismus narušen pouze částečně. /http://nwit.pedf.cuni.cz/kadrp5ag/pr_30.htm

Konopí je jednoletá dvoudomá bylina. Účinnou je tetrahydrocannabinol (THC). Na drogové scéně se užívá buď směs sušených listů a samičích květů ke kouření (marihuana) nebo zaschlá pryskyřice a pyl z téže rostliny (hašiš) v různých úpravách ke kouření nebo jako přísada do pečiva a cukrovinek. THC v podstatě není typickým halucinogenem a jeho účinky jsou širší. Navozuje příjemné naladění, euforii a smích („vysmátí“), vcítění do druhého, stavy změněného prožívání prostoru a času. Žádoucí prožitky se nemusí dostavit napoprvé a vyskytují se i prožitky negativní: nevolnost, pocity chladu, třesavka, úzkost a deprese. Pravidelným doprovodem je sucho v ústech, dráždivý kašel a bušení srdce. K pravým halucinacím obvykle nedochází.

LSD je syntetický halucinogen. LSD je vyráběno z námelu, a takto bylo připraveno v roce 1938 švýcarským chemikem Hofmannem. Nejprve bylo LSD zneužíváno pouze uzavřenými skupinami intelektuálů, teprve v 60. letech se s novým kulturním hnutím jeho užívání rozšířilo. LSD je syntetický halucinogen. U LSD se jedná o přípravek mimořádně zajímavých účinků na psychiku, vyvolávající stav podobný psychózám (příjemný stav opojení s podrážděnou fantazií, světlo připadá nepříjemně jasné a při zavřených očích sledujete fantastické, mimořádné plastické obrazy s kaleidoskopickou hrou barev). K nejčastějším poškozením organismu při dlouhodobém užívání patří: somatické poruchy, může vyvolat mozkové poruchy trvalejšího rázu, genetické poškození např. genové mutace, chromozomální aberace a funkční poruchy psychiky. Těkavé látky (organická rozpouštědla). Těkavé látky jsou sice běžně legálně k dostání, a tak nejde o nelegální drogy v tomto smyslu, ale jsou zneužívány k jiným účelům, než

byly vyrobeny, a patří mezi nejnebezpečnější drogy a jejich užívání má často tragické důsledky. Proto jsou řazeny k nelegálním drogám. Do této skupiny lze zařadit organická rozpouštědla, ředidla, lepidla, čisticí prostředky atd. Může se sem ovšem zařadit i éter a chloroform. Zneužívání těchto látek je rozšířeno zejména u nižších věkových kategorií. Nejde pouze o doplňkovou aktivitu při nedostatku jiných drog, ale jedná se většinou o speciální druh závislosti, která je ve srovnání se zneužíváním marihuany velmi nebezpečná. Tento jev se objevuje zejména mezi skupinami s nižším sociálním statutem. Nejvíce se zneužívá toluen. Látka se inhaluje z napuštěné tkaniny a účinná dávka je řádově několik mililitrů. Účinek se dostavuje během několika minut. K zvýšení účinku se napomáhá přitáhnutím igelitového pytle nebo plastické tašky přes hlavu, což může být fatální. Vdechování je velmi nebezpečné, jelikož při tomto způsobu aplikace je prakticky nemožné přesné dávkování. Vdechování způsobuje poruchu vědomí, obluzení provázané halucinacemi. Při delším používání dochází k celkovému otupění, poruchám emotivity a chování, zejména k afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti. KALINA (1999)