

Královéhradecký kraj



Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje na období 2008 – 2010

Krajský úřad Královéhradeckého kraje

Odbor sociálních věcí a zdravotnictví

Obsah

Úvod	- 4 -
1. Situace ve věcech drog v Královéhradeckém kraji	- 5 -
1. 1. Demografická a geografická situace	- 5 -
1. 2. 1. Legální drogy – tabák a alkohol	- 6 -
1. 2. 2. Nelegální drogy	- 8 -
1. 2. 3. HIV/AIDS.....	- 10 -
1. 2. 4. Virová hepatitida A, B, C.....	- 10 -
1. 2. 5. Služby, instituce v protidrogové oblasti v Královéhradeckém kraji.....	- 11 -
1. 2. 6. Působení v oblasti podpory výchovy ke zdravému životnímu stylu.....	- 12 -
2. Protidrogová politika Královéhradeckého kraje.....	- 13 -
2. 1. Principy strategie	- 13 -
2. 2. Cíle strategie	- 14 -
3. 1. Koordinace, výzkum a mapování v oblasti protidrogové politiky.....	- 15 -
3. 1. 1. SWOT analýza v oblasti koordinace, výzkumu a mapování.....	- 15 -
3. 1. 2. Cílové oblasti koordinačních činností jednotlivých subjektů protidrogové prevence	- 16 -
3. 2. Primární prevence	- 17 -
3. 2. 1. SWOT analýza v oblasti primární prevence.....	- 17 -
3. 2. 2. Cílové oblasti podpory systematické primární prevence.....	- 18 -
3. 3. Harm reduction a léčba	- 18 -
3. 3. 1. SWOT analýza v oblasti harm reduction a léčby.....	- 18 -
3. 3. 2. Cílové oblasti harm reduction a léčby.....	- 20 -
3. 4. Sekundární prevence a resocializace	- 20 -
3. 4. 1. SWOT analýza v oblasti sekundární prevence a resocializace.....	- 20 -
3. 4. 2. Cílové oblasti sekundární prevence a resocializace.....	- 21 -
4. Akční plán.....	- 22 -
4. 1. Koordinace, výzkum a mapování v oblasti protidrogové politiky.....	- 22 -
4. 2. Primární prevence	- 24 -

4. 3. Harm reduction a resocializace	- 26 -
4. 4. Sekundární prevence a léčba	- 27 -
5. Závěr	- 29 -
Slovník vybraných pojmů	- 30 -
Odkazy	- 36 -
Protidrogová komise Rady Královéhradeckého kraje	- 38 -
Použitá literatura a zdroje	- 39 -

Zpracovala: Monika Červená

krajská protidrogová koordinátorka

tel: 495 817 584

e-mail: mcervena@kr-kralovehradecky.cz

Úvod

Problematika užívání drog je bezesporu celospolečenský, globální problém. Zasahuje nejen do životů samotných uživatelů drog, ale postihuje každého občana České republiky. Jedná se o problematiku s přesahem do budoucnosti, týká se oblastí nejen sociální a zdravotní, ale také ekonomické.

Česká republika patří mezi státy, které si tuto situaci uvědomují a protidrogovou politiku řeší i v rámci Evropské unie. Jako nejdůležitější je v rámci EU utváření evropské spolupráce a budoucích opatření v oblasti drog, přičemž klíčovým dokumentem je Protidrogová strategie Evropské unie na období 2005 – 2012 a dva související akční plány. (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2007).

Snahou protidrogové politiky České republiky je koordinace čtrnácti subsystémů tvořených jednotlivými kraji, jejich sjednocování, vzájemné doplňování a prolínání. Kraje vytvářejí své protidrogové strategie, které mají společný základ v přijetí národní protidrogové strategie a zároveň jsou schopny reagovat na specifika jednotlivých regionů. Metodickou podporou krajů je spolupráce se sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, nově vzniklým stálým orgánem pak Výbor zástupců regionů Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky pro koordinaci a harmonizaci protidrogové politiky státu a protidrogových politik krajů.

Dalším významným dokumentem je pak „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století“, který byl schválen usnesením vlády a je znám jako program Zdraví 21. Tento dokument se opírá o akční strategii programu Světové zdravotnické organizace a svým pojetím navazuje na cíle dlouhodobé strategie Národního programu zdraví. Základním cílem programu ZDRAVÍ 21 je dlouhodobé vytváření podmínek pro zlepšení zdraví občanů České republiky. Orientuje se na posilování zdraví, předcházení nemocem a začlenění všech složek společnosti do všeobecného zájmu o zdraví.

1. Situace ve věcech drog v Královéhradeckém kraji

1. 1. Demografická a geografická situace

Počet obyvatel Královéhradeckého kraje je poměrně stabilní, mírně vzestupný – k 31.12. 2006 činil **počet obyvatel 549 643** (Český statistický úřad). Královéhradecký kraj se rozkládá na ploše 4758 km², sousedí s krajem Pardubickým, Libereckým a Středočeským, na severu pak kraj tvoří hranici s Polskem. Královéhradecký kraj se počtem obyvatel v Česku řadí mezi kraje na desáté místo. Podobný počet obyvatel, mezi 500.000 a 600.000, mají ještě kraje Plzeňský, Zlínský, Pardubický a Vysočina.

Celkový počet obcí je 448, z toho obcí s rozšířenou působností je 15. Kraj je rozdělen do 5 okresů (Hradec Králové, Rychnov nad Kněžnou, Trutnov, Jičín, Náchod).

Z hlediska počtu obyvatel je okres Hradec Králové největší, k 31. 12. 2006 zde žilo 159 756 obyvatel, tj. 29,1 % z celkového počtu obyvatel kraje. Proto se vyznačuje i největší hustotou zalidnění a největší koncentrací problémových uživatelů drog.

Situace v nezaměstnanosti je příznivá s klesající tendencí. Míra nezaměstnanosti činila vždy ke 31. 12. 7,67 % v roce 2004, 7,33 % v roce 2005 a 6,32 % v roce 2006 (Český statistický úřad)

Tab. 1. Vývoj počtu obyvatel Královéhradeckého kraje

(zdroj: Český statistický úřad)

OBYVATELSTVO		1993	2000	2003	2004	2005
Střední stav obyvatelstva celkem	osoby	554 485	551 297	547 720	546 995	547 849
Počet obyvatel (k 31. 12.) celkem	osoby	554 500	550 780	547 563	547 296	548 368
Obyvatelé ve věku (k 31. 12.)						
0 - 14	osoby	106 652	90 121	84 476	82 758	81 394
15 - 64	osoby	372 447	380 532	382 842	383 816	385 321
65 a více	osoby	75 401	80 127	80 245	80 722	81 653
Průměrný věk obyvatel celkem	roky	37,1	39,0	39,8	40,1	40,3

1. 2. Specifika kraje ve věcech drog

1. 2. 1. Legální drogy – tabák a alkohol

Informace o stavu v oblasti tabakismu v Královéhradeckém kraji chybí.

Dostupné jsou však informace ze zdravotnictví Královéhradeckého kraje Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Statistika s názvem Psychiatrie vč. AT – návykových nemocí a sexuologie – činnost oboru v Královéhradeckém kraji v roce 2006 vychází z výkazů Programu statistických zjišťování Ministerstva zdravotnictví v ČR, přičemž návratnost výkazů byla 100%. Z tohoto materiálů vyplývá, že v roce 2006 vykazovalo v kraji činnost 21 ambulantních zařízení AT péče. V „živé kartotéce“ (pacienti aktivně léčení krátkodobě i dlouhodobě se záznamem ne starším jednoho roku a všichni pacienti s uloženou ochrannou léčbou) AT pracovišť bylo evidováno 3 015 osob, z toho 76% osob závislých na alkoholu. Krajský průměr na 10 tisíc obyvatel činil 42 léčených a výrazně tak přesáhl průměr republiky, kde je udáno 26 léčených. Evidovaných toxikomanů bylo 713.

Výsledek průzkumu Monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti s názvem Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách zatím znám není. Jedná se o dotazníkové šetření zaměřené na užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog mezi mládeží ve věku 15 – 16 let, které by mohlo poskytnout velké množství zajímavých informací.

Jediná dostupná data o konzumaci alkoholu a tabáku vycházejí z Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace v roce 2002 Českého statistického úřadu. Jedná se o podíl kuřáků a o podíl osob s nadměrnou konzumací alkoholu v populaci starší 15 let. Bohužel, rozsah výběru (2476 respondentů z celé ČR) je relativně malý na to, aby z něj mohly být vyvozovány závěry reprezentativní za jednotlivé kraje. Uvádím proto i rozmezí, interval, který počítá s možnou statistickou chybou, a ve kterém se reálný údaj bude s 95 % pravděpodobností pohybovat. Tento údaj je nutné zohlednit při interpretaci výsledků a vyvozování konkrétních závěrů.

Tab. 2.: Podíl kuřáků a podíl osob s nadměrnou konzumací alkoholu v populaci starší 15 let.

(zdroj: Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace 2002 Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky)

Počet respondentů	Kraj	Podíl kuřáků *	95% Interval spolehlivosti pro podíl kuřáků	
			horní mez	dolní mez
241	Praha	27,4	33,0	21,8
213	Středočeský	29,6	35,7	23,4
166	Jihočeský	30,1	37,1	23,1
125	Plzeňský	24,8	32,4	17,2

69	Karlovarský	40,6	52,2	29,0
208	Ústecký	40,9	47,5	34,2
111	Liberecký	23,4	31,3	15,5
157	Královéhradecký	33,8	41,2	26,4
118	Pardubický	25,4	33,3	17,6
140	Vysočina	25,0	32,2	17,8
266	Jihomoravský	29,7	35,2	24,2
164	Olomoucký	28,7	35,6	21,7
157	Zlínský	28,0	35,1	21,0
340	Moravskoslezský	32,1	37,0	27,1
2475	Celkem	30,1	31,9	28,3
* slabí, silní, příležitostní				

Počet respondentů	Kraj	Podíl osob s nadměrnou konzumací alkoholu	95% Interval spolehlivosti pro % osob s nadměrnou konzumací alkoholu	
			horní mez	dolní mez
241	Praha	10,0	13,7	6,2
212	Středočeský	4,7	7,6	1,9
166	Jihočeský	7,2	11,2	3,3
125	Plzeňský	4,8	8,5	1,1
68	Karlovarský	5,9	11,5	0,3
202	Ústecký	11,9	16,3	7,4
110	Liberecký	4,5	8,4	0,7
156	Královéhradecký	5,8	9,4	2,1
117	Pardubický	9,4	14,7	4,1
140	Vysočina	4,3	7,6	0,9
265	Jihomoravský	9,4	13,0	5,9
164	Olomoucký	4,3	7,4	1,2
156	Zlínský	5,8	9,4	2,1
338	Moravskoslezský	8,0	10,9	5,1

2460	Celkem	7,3	8,3	6,2
-------------	--------	-----	-----	-----

1. 2. 2. Nelegální drogy

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006 (Úřad vlády České republiky, 2007) uvádí **počet problémových uživatelů drog na cca 30 200 osob**, z toho 19 700 uživatelů pervitinu, 6 200 uživatelů heroinu a 4 300 uživatelů Subutexu, přičemž počet injekčních uživatelů drog je odhadován na 29 000.

Počet problémových uživatelů drog se v **Královéhradeckém kraji** odhaduje na **1050 lidí** (viz. Tabulka 3.)

Tab. 3.: Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR v roce 2006 podle krajů ČR

(zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti)

Kraj	Celkový počet problémových uživatelů	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet injekčních uživatelů
		Heroin	Subutex®	Celkem		
Praha	8 400	2 900	2 700	5 600	2 800	8 400
Středočeský	2 450	400	800	1 200	1 300	2 450
Jihočeský	1 750	150	150	300	1 450	1 700
Plzeňský	1 350	650	<50	650	700	1 250
Karlovarský	1 250	100	0	100	1 150	1 150
Ústecký	4 450	850	550	1 400	3 050	4 350
Liberecký	500	<50	0	<50	500	450
Královéhradecký	1 050	50	50	100	950	1 050
Pardubický	350	<50	0	<50	350	300
Vysočina	350	<50	<50	<50	350	350
Jihomoravský	3 150	750	100	850	2 300	2 950
Olomoucký	2 350	50	<50	100	2 300	2 150
Zlínský	1 300	<50	<50	<50	1 250	1 200
Moravskoslezský	1 450	150	0	150	1 300	1 300
Celkem	30 200	6 150	4 300	10 500	19 700	29 000

Z Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky Královéhradeckého kraje za rok 2006 (J. Šmíd, 2007) vyplývá, že u klientů převažuje jako základní droga pervitin a ostatní stimulantia.

Drogová scéna zůstává pervitinová (jedná se o základní drogu jak u nově evidovaných klientů, tak u všech klientů), vzrostl počet uživatelů kanabisových drog, přičemž se nejedná pouze o mladé experimentátory, ale zejména o osoby ve věku kolem 30 let zneužívajících masivně drogy po dobu několika let. Průměrný věk klienta uživatele drog Královéhradeckého kraje je 25,4 let.

Tab. 4. : Základní droga podle skupin drog a krajů - nově evidovaní klienti

(zdroj: Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Královéhradeckého kraje za rok 2006, J. Šmíd)

		Skupiny - základní drogy									
		heroin, ostatní opiáty	pervitin, stimulancia	kanabinoidy	halucinogeny	rozpustidla	sedativa, hypnotika	jiné drogy, léky	neznámá	celkem, uživatelů	gambling
Královéhradecký kraj	Počet	30	128	19	*	*	*	1	*	178	15
	%	16,9	71,9	10,7	*	*	*	0,6	*	4,3	7,8
Česká republika	Počet	686	2548	755	4	66	26	11	23	4119	202
	%	16,7	61,9	18,3	0,1	1,6	0,6	0,3	0,6	100	4,7

Tab. 5. : Základní droga podle skupin drog a krajů – všichni klienti

(zdroj: Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Královéhradeckého kraje za rok 2006, J. Šmíd)

		skupiny základní drogy									
		heroin, ostatní opiáty	pervitin, stimulancia	kanabinoidy	halucinogeny	rozpustidla	sedativa, hypnotika	jiné drogy, léky	neznámá	celkem, uživatelů	gambling
Královéhradecký kraj	Počet	64	175	25	*	4	3	15	*	283	20
	%	22,6	60,8	8,8	*	1,4	1,1	5,3	*	100	6,6
Česká republika	Počet	2127	4935	1044	6	124	64	37	29	8366	264
	%	25,4	59	12,5	0,1	1,5	0,8	0,4	0,3	100	3,1

1. 2. 3. HIV/AIDS

HIV (Human Immunodeficiency Virus = virus lidského imunodeficitu) je virus, který způsobuje ztrátu obranyschopnosti (imunity) člověka před nejrůznějšími infekcemi. Tento virus napadá zejména určitou skupinu bílých krvinek, takzvaných T-lymfocytů, které mají důležitou úlohu v imunitním systému lidského organismu. Virus se v nich množí, poškozuje jejich funkci a nakonec je i usmrcuje. Jejich absolutní počet se tak snižuje, což vede k úplné ztrátě imunity a ke vzniku onemocnění AIDS. Virus HIV se vyskytuje v krvi, v sekretech pohlavního ústrojí (sperma, vaginální sekrety) a v dalších tělních tekutinách, včetně mateřského mléka (<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=30>).

Ke dni 31.12.2006 bylo v ČR evidováno 920 HIV pozitivních osob, z toho **41 případů u injekčních uživatelů drog** a 209 případů AIDS , z toho se v 7 případech jednalo o injekční uživatele drog (Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2007). O stavu konkrétně v Královéhradeckém kraji nejsou žádné informace, žádné aktuální výzkumy či statistiky.

1. 2. 4. Virová hepatitida A, B, C

Virová hepatitida, nazývaná též infekční žloutenka, je nakažlivé onemocnění způsobované virem napadajícími játra. Kromě virové infekce může být zánět jater vyvolán alkoholem, různými chemickými látkami, některými léky a jejich vlivy. V současné době je dobře popsáno pět typů virů hepatitid, označovaných písmeny A-E. Zánět jater mohou méně často způsobovat i herpetické viry, virus Epstein-Baarové, cytomegalovirus a jiné. V České republice se v praxi objevují hepatitidy A, B, C, vzácněji typ D (<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=31>).

Virová hepatitida typu A není snad jen kromě národnostních menšin problémem a to ani mezi problémovými uživateli (Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2007). Jiné je to ovšem u virové hepatitidy typu B, jejíž akutní i chronická forma trvale narůstá, přičemž trvá vysoký podíl osob s rizikovým chováním ve věkových skupinách, které korespondují s nejvíce postiženými věkovými skupinami s injekčním užíváním drog (tj. věk 25 – 35 let). Hepatitida B je přenosná zejména při nechráněném pohlavním styku (bez použití kondomu), krví či krevními deriváty, používáním nesterilních infekčních jehel (riziko hrozí zejména při společném používání náčiní při nitrožilní aplikaci drog), případně z matky na dítě při porodu. V rodinách může být virus přenášen mezi jednotlivými členy při společném užívání hygienických potřeb, které mohou přijít do kontaktu s krví (kartáček na zuby, holení). Možná i z toho důvodu se procento nakažených stále zvyšuje i přes harm reduction systém. Vzhledem k tomu, že se virová hepatitida C šíří především krví, týká se komunit závislých v první řadě.

O stavu konkrétně v Královéhradeckém kraji nejlépe vypovídá níže uvedená tabulka, která vychází z podkladů Hygienické stanice hl. m. Prahy a jejich Výroční zprávy na rok 2006. Nutno podotknout, že u virové hepatitidy typu B a C jsou údaje za akutní a chronickou formu nemoci dohromady.

Tab. 6.: Virová hepatitida typu A, B a C podle krajů

(zdroj: Hygienická stanice hl. m. Prahy; Výroční zpráva České republiky – 2006: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog).

kraj	hepatitida typu A		hepatitida typu B		hepatitida typu C	
	celkem	injekční uživatelé	celkem	injekční uživatelé	celkem	injekční uživatelé
Vysočina	0	0	8	0	32	16
Jihočeský	1	0	36	8	131	110
Karlovarský	1	0	8	1	16	10
Liberecký	4	0	18	0	28	11
Plzeňský	4	0	9	0	8	2
Zlínský	4	0	19	0	30	13
Olomoucký	6	0	18	1	14	5
Pardubický	6	0	10	0	13	7
Moravskoslezský	8	0	62	3	87	32
Jihomoravský	9	0	28	7	103	69
Praha	13	0	125	62	330	287
Královéhradecký	14	0	24	6	24	7
Středočeský	19	0	85	20	70	34
Ústecký	43	0	78	32	136	101

1. 2. 5. Služby, instituce v protidrogové oblasti v Královéhradeckém kraji

Pokrytí „protidrogovými“ službami území Královéhradeckého kraje odpovídá reálným potřebám. Hlavním způsobem práce poskytování služeb klientům s drogovým problémem je především terénní sociální práce poskytovaná v celém regionu. Vycházíme přitom z faktů, že zajištění terénní sociální práce je ekonomicky výhodnější, než zřízení kontaktních center na malých městech. Počet dvou kontaktních center je dostačující.

Podpůrné skupiny Anonymních alkoholiků v Královéhradeckém kraji v této době neprobíhají, nejbližší a nejlépe dostupná lokalita je v tomto ohledu hlavní město Praha.

Z oblasti zdravotnictví je důležitým subjektem Fakultní nemocnice Hradec Králové resp. Léčebna návykových nemocí v Nechanicích. V kraji fungují u většiny oblastních nemocnic také ambulance pro alkoholismus a jiné toxikomanie (AT ambulance), které využívají spíše osoby závislé na alkoholu. V Královéhradeckém kraji funguje jedna protialkoholní záchytná stanice a to přímo v Hradci Králové.

V oblasti primární prevence fungují Pedagogicko psychologické poradny, úplně chybí certifikovaná služba poskytující specificky tuto službu. Bílé místo tak vyplňuje Občanské sdružení Semiramis ze Středočeského kraje.

Z represivních složek působí v Královéhradeckém kraji Policie České republiky Správa Východočeského kraje a jednotlivé obecní policie.

Krajský úřad Královéhradeckého kraje má zřízenou pozici protidrogové/ho koordinátorky/a, v každé obci s rozšířenou působností funguje místní protidrogový/á koordinátor/ka.

Všechny potřebné informace a kontakty jsou uvedené na internetových stránkách Krajského úřadu Královéhradeckého kraje, případně na níže uvedených serverech (viz. Odkazy).

1. 2. 6. Působení v oblasti podpory výchovy ke zdravému životnímu stylu

V Královéhradeckém kraji je podporován zejména projekt Škola podporující zdraví (dále jen ŠPZ), který je projektem Světové zdravotnické organizace (WHO), do kterého se zapojila i Česká republika. Vychází z usnesení vlády České republiky ze dne 30. října 2002 k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století a z dokumentu Ministerstva zdravotnictví ČR Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století (Ministerstvo zdravotnictví, 2003).

Projekt Škola podporující zdraví je jasně zpracovanou, certifikovanou a realizovanou filozofií výchovy ke zdraví u dětí, žáků, studentů i učitelů. Do tohoto projektu mohou být zařazeny mateřské a základní školy z celé České republiky.

Záměrem programu ŠPZ je aplikovat strategii podpory zdraví na podmínky školy a přispět k její účasti na vlastní proměně a rozvoji. V praxi školy to znamená, že všechno, co se ve škole dělá záměrně (vyučovací kurikulum, školou organizované činnosti), či živelně (kultura či ethos školy), se pedagogové učí promýšlet a ovlivňovat pod zorným úhlem obou polů možných důsledků, jaké má působení školy na zdraví svých žáků, pedagogů, zaměstnanců, rodičů, ale i spoluobčanů v obci.

Cílem proměny je trvale umožňovat optimální vývoj a rozvoj každého jednotlivce, žáka a učitele v součinnosti s rodiči a obcí, po stránce tělesné, duševní, sociální a duchovní.

Krajská síť škol podporující zdraví Královéhradeckého kraje byla ustavena v roce 2006 v prostorách Krajské hygienické stanice Královéhradeckého kraje za účasti dvou zástupců Státního zdravotního ústavu v Praze, dále zástupců škol zapojených do tohoto projektu (v současné době se jedná o 13 škol), zástupců Krajské hygienické stanice, Zdravotního ústavu se sídlem v Hradci Králové a pracovníků odboru školství Krajského úřadu Královéhradeckého kraje.

2. Zásady protidrogové politiky

Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje na období 2008 – 2010 (dále jen Strategie) navazuje na Strategii protidrogové politiky na období 2002 – 2006. Z celkového hlediska vychází z Národní strategie protidrogové politiky na období 2007 – 2009, klíčového dokumentu (Úřad vlády ČR, 2005).

Vzhledem k šíře problematiky protidrogové politiky byl vytvořen orgán Protidrogové komise Rady Královéhradeckého kraje, který je především poradním orgánem, scházejícím se dle potřeby několikrát do roka. Jedná se o zástupce jednotlivých oblastí protidrogové politiky jako je koordinace, zdravotnictví, neziskový sektor či primární prevence. Členové Protidrogové komise Rady Královéhradeckého kraje jsou jmenovitě uvedeni v příloze tohoto dokumentu, stejně jako na oficiálních internetových stránkách Krajského úřadu (www.kr-kralovehradecky.cz).

2. 1. Principy strategie

Strategie postihuje specifika Královéhradeckého kraje a podle nich navrhuje opatření i v jednotlivých regionech kraje.

Zaměření protidrogové politiky (dle Národní protidrogové strategie) vychází z preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních opatření, které mají za cíl zlepšovat zdravotní, sociální, ekonomické, bezpečnostní a trestněprávní podmínky, které působí na zdravý vývoj jednotlivce i společnosti. Dalšími principy uplatňovanými při realizaci protidrogové politiky budou:

Realistický přístup – protidrogová politika bude vycházet z analýzy současné situace a identifikovaných problémů, potřeb a priorit. Cíle budou realistické a měřitelné.

Partnerství – krajská strategie bude stavět na partnerství a široké spolupráci všech článků veřejné správy a občanské společnosti. Úspěchy při dosahování cílů zabezpečí koordinovaný postup na místní a krajské úrovni.

Komplexní přístup – změnu nelze dosáhnout pouze dílčími opatřeními.

Hodnocení efektivity – opatření je třeba důsledně monitorovat a vyhodnocovat jejich účinnost.

Dlouhodobé plánování – problematiku drog lze ovlivnit pouze dlouhodobými, koncepčními opatřeními.

Níže uvedený obrázek pak jasně ukazuje komplexní podobu protidrogové politiky kraje. Koordinace zastřešuje čtyři důležité pilíře protidrogové politiky kraje a ve svém důsledku umožňuje ovlivnit problém užívání návykových látek komplexně.

Tab. 7.: Koordinace protidrogové politiky – pilíře

(zdroj: <http://www.vlada.cz/dokument7336.html>)

koordinace			
financování			
primární prevence	léčba a resocializace	snižování rizik	snižování dostupnosti
aktivity zaměřené na předcházení užívání drog příp. na oddálení první zkušenosti s drogou do vyššího věku	spektrum služeb léčby k abstinenci dostupných pro uživatele drog, kteří se svobodně rozhodli pro život bez jejich užívání	aktivity snižování možných zdravotních a sociálních rizik a dopadů užívání drog na uživatele v daný čas nerozhodnuté pro život bez drog a na společnost	aktivity k vymáhání práva k potlačování nabídky drog
snižování poptávky		harm reduction	potlačování nabídky
výzkum, informace, evaluace			

2. 2. Priority strategie

Obecné priority strategie jsou:

- snížit spotřebu legálních i nelegálních drog ve společnosti, především mezi mládeží
- snížit počet problémových uživatelů nelegálních i legálních drog
- omezit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních i nelegálních drog
- snižovat dostupnost legálních a nelegálních drog a to především pro mladé lidi
- podporovat dostupné kvalitní služby pro vytváření kvalitnějšího života uživatelů a jejich rodinných příslušníků
- snižovat rizika užívání všech typů drog a ekonomické zdravotní a sociální dopady na jedince i společnost

3. Protidrogová politika Královéhradeckého kraje

Vychází z obecných zásad a principů protidrogové politiky.

Pro snadnější využití a orientaci v jednotlivých oblastech byla problematika drog a drogových závislostí rozdělena na 4 oblasti:

- koordinace, výzkum a mapování
- primární prevence
- harm reduction a léčba
- sekundární prevence a resocializace

Základní metodou vytváření Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje je využití SWOT analýzy, založené na určení slabých a silných stránek, příležitostí a hrozeb krajské protidrogové politiky.

Vzhledem k šíři SWOT analýzy byli do práce zapojeni členové Protidrogové komise Rady Královéhradeckého kraje za účelem udržení objektivitu a odborného hlediska v jednotlivých oblastech a to nejen při samotné tvorbě analýzy v rámci výjezdního setkání, ale také formou připomínkování. Při práci se SWOT analýzou byli využity jak informace jednotlivých členů Komise, tak faktů uváděných z jednotlivých oblastí. Z těchto jednotlivých analýz pak vzešly jednotlivé cíle.

3. 1. Koordinace, výzkum a mapování v oblasti protidrogové politiky

3. 1. 1. SWOT analýza v oblasti koordinace, výzkumu a mapování v oblasti protidrogové politiky

Silné stránky	Slabé stránky
Krajský protidrogový koordinátor	Neexistence návaznosti mezi získanými daty a opatřeními v praxi
Místní protidrogový koordinátor na obci III.	Absence mezirezortní koordinace ve financování, v informování, následné překrývání činností, chybění některých činností
Předávání dobré praxe	MPK nepůsobí na každé obci
Konzultování aktuální situace na drogové scéně v jednotlivých regionech	Chybí objektivní výzkum pro potřebnost služeb
Komise specifické prevence na KÚ	
Existence Krajské protidrogové komise	
Reálná data ze studie ESPAD a HBSC,	

sběr dat z drogových registrů	
Mapování v rámci terénních služeb	
Příležitosti	Rizika – hrozby
Zpracování studie zahrnující sběr dat a následná analýza potřeb	Časová, finanční a lidská náročnost
Návrh cílů a opatření na základě studie	Nedostatek spolupracujících institucí v regionu
Analýza finančních zdrojů	Nedostatek motivace existujících spolupracujících institucí v regionu
Spolupráce resortů	Kumulace funkcí koordinátorů MÚ
Aktualizace katalogu drogových služeb v kraji	Fluktuace pracovníků
Získávání dat a zajištění jejich implementace do praxe	Syndrom vyhoření pracovníků
Krajská strategie a její reálné naplňování	Absence podpory ze strany volených představitelů obce, kraje
	Nedostatek finančních prostředků (dlouhodobé financování)

3. 1. 2. Cílové oblasti koordinačních činností jednotlivých subjektů protidrogové prevence

- Koordinace dotačních titulů KÚ a MŠMT, včetně podpory Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky
- Činnost komise protidrogové prevence a specifické prevence
- Spolupráce s městy, informační servis pro města, koordinace činností měst ve vztahu k protidrogové politice
- Koordinace aktivit v oblasti kontrol zákonného omezení prodeje alkoholu a tabáku na místní a regionální úrovni – nabídka metodologické pomoci pro vytvoření systému kontrol
- Podpora zajištění protidrogových služeb v návaznosti na činnosti harm reduction – léčby – resocializačních programů ...
- Zajištění pravidelných článků a vstupů v regionálních médiích
- Zajištění informační strategie k možnosti čerpání finančních zdrojů v oblasti protidrogové politiky
- Zajištění seminářů, konzultací k možnosti čerpání zdrojů EU

- Zvyšování povědomí o harm reduction skrze informační strategii kraje (včetně zástupců obecních úřadů obcí s rozšířenou

3. 2. Primární prevence

3. 2. 1. SWOT analýza v oblasti primární prevence

Silné stránky	Slabé stránky
<p>Zapojení pracovníků Policie ČR a obecních policí do primární prevence</p> <p>Existující koncepční, promyšlený, dlouhodobý, dotační program KÚ, MŠMT</p> <p>Existence standardů MŠMT pro programy primární prevence</p> <p>Existence nabídky volnočasových aktivit v regionu (DDM, kroužky na školách, NZDM) pro děti školního věku</p> <p>Nízký podíl drogové trestné činnosti v kraji</p> <p>Dobré výsledky v oblasti odhalování drogové trestné činnosti</p> <p>Úvazek a odměňování školního metodika prevence</p> <p>Existence legislativy v oblasti užívání drog nezletilými</p>	<p>Chybí aktuální souhrnná analýza aktivit v oblasti v primární prevenci vycházející z validních statistických údajů</p> <p>Nedostatek projektů k čerpání peněz z ESF, EHP Norska</p> <p>Absence právního vědomí u části populace, zejména u dětí a mládeže</p> <p>Nedostatečná kontrola zákonného omezení široké nabídky alkoholu a tabáku</p> <p>Fluktuace pracovníků v primární prevenci</p>
Příležitosti	Rizika – hrozby
<p>Minimální preventivní programy na školách</p> <p>Možnost zapojení se do projektu Škol podporujících zdraví</p> <p>Zvýšení motivace ředitelů škol pro realizaci programu primární prevence</p> <p>Zákaz reklamy a nepřímé reklamy a sponzorství spojeného s reklamou sportovních a kulturních akcí alkoholovým a tabákovým průmyslem</p>	<p>Podceňování problému užívání drog ve školách</p> <p>Dostupnost drog</p> <p>Vysoká tolerance společnosti k užívání drog – tabák, alkohol, kanabinoidy, medikamenty</p> <p>Rozdílná nabídka volnočasových aktivit</p> <p>Nedostatečné, nevědecké a účelové informování o drogách</p> <p>Nerespektování zákazu prodeje alkoholu</p>

<p>Spolupráce s regionálními médii</p> <p>Specifická skupinová práce a nabídka specifických volnočasových aktivit pro rizikové skupiny dětí (ohrožení jinou patologií – šikanované, s poruchami chování a učení, absence sociálních dovedností, identifikace s negativními vzory, ...)</p> <p>Poradenství a sociální práce s dysfunkčními rodinami</p> <p>Vzájemná spolupráce školy, rodičů a poskytovatelů služeb</p> <p>Existence kvalitních preventistů a programů na některých školách</p> <p>Fungující školská poradenská pracoviště</p> <p>System vzdělávání školních metodiků prevence</p>	<p>a tabáku osobám do 18 let</p> <p>Syndrom vyhoření pracovníků</p> <p>Odliv kvalitních pracovníků vzhledem k nízké možnosti dalšího profesního rozvoje a nestabilního prostředí</p> <p>Vliv médií (internet, TV, ...)</p>
---	--

3. 2. 2. Cílové oblasti podpory systematické primární prevence

- vytvoření systému primární prevence
- motivace ředitelů škol pro realizaci programů primární prevence na škole
- podpora vzdělávání pedagogů a dalších pracovníků podílejících se na výuce primární prevence na školách
- podpora zapojování pracovníků Policie ČR a obecní policie do preventivních programů na školách

3. 3. Harm reduction a léčba

3. 3. 1. SWOT analýza v oblasti harm reduction a léčby

Silné stránky	Slabé stránky
<p>Pokrytí regionu službou know - how</p> <p>Zkušené stabilní týmy</p> <p>Vzdělaný personál</p>	<p>Dostupnost služby - terénní programy jezdí méně než je potřeba – málo lidí</p> <p>Malé týmy</p> <p>Špatné vybavení (prostory a vybavení, auta pro TP..)</p>

<p>Certifikace, standardy</p> <p>Dlouhodobé vykazování a věrohodná data</p> <p>Mapování a analyzování situace – plánování služeb (nejsou dělány nahodile)</p> <p>Předjímání vývojových trendů (data a analýza) na drogové scéně – možnost rychle reagovat</p> <p>Spolupráce mezi zařízeními</p> <p>Ekonomicky velmi levné a výkonné (srovnání RVKPP)</p> <p>Spolupráce mimo region kraje a dobré kontakty na ostatní poskytovatele HR služeb.</p> <p>Šetříme „vyděláváme“ peníze (prevence přenosných chorob, kriminality ...)</p> <p>60 - 70% skryté populace problémových uživatelů drog je v kontaktu s HR zařízeními</p> <p>Malá promořenost TD</p>	<p>Dlouhodobě podfinancované</p> <p>Nulový rozvoj služeb</p> <p>Nedostatečná finanční podpora z místních zdrojů</p> <p>„Čárkový“ přístup obcí v rámci komunitního plánování služeb</p> <p>Malá spoluúčast – malé státní dotace</p> <p>Národnostní menšiny – málo kontaktů</p> <p>Nízká akceptace HR v menších městech – místní autority</p> <p>Neznalost a nepřiměřená očekávání od „sousedních“ odborníků (sociální, zdravotní služby)</p>
Příležitosti	Rizika – hrozby
<p>Navýšený finančních zdrojů – místní zdroje přinesou zdroje státní</p> <p>Zvýšení povědomí o drogových službách</p> <p>Zvýšení dostupnost – četnost výjezdů TP</p> <p>Testování na TD</p> <p>Kontaktování národnostních komunit především romské</p> <p>Nadregionální spolupráce HR (Laxus, RIAPS, Semiramis)</p> <p>Posílení terénních týmů</p> <p>Kvalitní vybavení (prostory, auta)</p> <p>Propagace a vzdělávání autorit a odborníků</p>	<p>Stávající vybavení (prostory, auta – hygiena a prostor omezuje kapacitu)</p> <p>Infekční choroby</p> <p>Odchod kvalifikovaných lidí za příjemnější a lépe placenou prací</p> <p>Autority jsou spokojeny se stávajícím stavem (podfinancování, dluh)</p> <p>Byrokracie</p> <p>Prezentace médií</p> <p>Nedostatečná informovanost majoritní společnosti</p> <p>Potřeba přeroste finanční a kapacitní možnosti (současný trend ve ViP) a s tím</p>

<p>Spolupráce s místními sociál. a zdrav. službami</p> <p>Zrovnoprávnění služeb</p> <p>Zapojení zdravotnictví do financování – vrací co se v prevenci ušetřilo (alespoň 1.mil. na stříkačky a zdrav.materiál)</p> <p>Rozvoj HR ve vězeních</p>	<p>související riziko mechanické činnosti bez sociální práce.</p> <p>Reálný zánik služby z formálních důvodů (finance a spoluúčast)</p> <p>Účinnost prevence (HIV) vede k paradoxnímu podceňování problému</p>
--	--

3. 3. 2. Cílové oblasti harm reduction a léčby

- Podpora z dotačních titulů, jejich koordinace a zabezpečení pro udržení systému drogových služeb v kraji
- Podpora procesu certifikace drogových služeb
- Podpora systému léčby a návazných služeb

3. 4. Sekundární prevence a resocializace

3. 4. 1. SWOT analýza v oblasti sekundární prevence a resocializace

Silné stránky	Slabé stránky
<p>Existence programů ve vězení</p> <p>Vzdělaný personál</p> <p>Certifikace, standardy</p> <p>Školské zařízení pro klienty s nařízenou ústavní výchovou a drogovým problémem</p> <p>Substituční program (metadon, buprenorfin)</p> <p>Zkušenosti s léčbou nezdravotnického typu</p> <p>Existence léčebny pro návykové nemoci</p>	<p>Neexistence doléčovacích programů (rezidenční , ambulantní)</p> <p>Neexistence chráněného bydlení</p> <p>Neexistence podporovaného zaměstnání</p> <p>Není síť ambulantních poradenských a léčebných služeb</p> <p>Nedostatek finančních prostředků</p> <p>Místní a krajské autority nerespektují potřebnost služby</p> <p>Služby nejsou poskytovány v rámci celého kraje</p> <p>Rozdílná čekací doba na službu (AT)</p> <p>Nedostatečné rodinné poradenství</p> <p>MZ nedostatečně financuje ambulantní typy léčby</p>

	Neexistence věrohodných dat
Příležitosti	Rizika – hrozby
<p>Vytvoření funkční sítě ambulantních poradenských a léčebných služeb (bývalé činnosti AT poraden)</p> <p>Programy pro rodinné příslušníky uživatelů drog</p> <p>MZ by mělo odpovídat za realizaci a financování všech typů ambulantní léčby</p> <p>Posílení kapacity stávajících zařízení nezdravotnického typu</p>	<p>Existence institucí, které deklarují službu, ale nevykazují klienty</p> <p>Limity zdravotních pojišťoven pro zdravotnická zařízení</p> <p>Nedostatečná síť ambulantních zařízení bude mít vliv na motivaci a léčbu</p>

3. 4. 2. Cílové oblasti sekundární prevence a resocializace

- podpora poradenských aktivit pro cílové skupiny uživatelů drog a jejich rodiny
- podpora služeb v oblasti motivace a uplatnění při vstupu na trh práce, integrace do společnosti a resocializace

4. Akční plán

Akční plán Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje je nedílnou složkou tohoto dokumentu, jedná se o nástroj zavádění teorie vycházející ze SWOT analýzy do praxe. Cíle, odpovědnosti i jednotlivé aktivity jsou v něm jasně definovány. Vzhledem k tomu, že se jedná o akční plán zpracován pro Strategii protidrogové politiky na období 2008 – 2010, nepředpokládá se jeho aktualizace.

4. 1. Koordinace, výzkum a mapování v oblasti protidrogové politiky

Koordinace dotačních titulů KÚ a MŠMT

Aktivita	Metodické vedení a informovanost o dotačních titulech včetně RVKPP.
Termín	Průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	počet podaných žádostí

Udržení mezioborové spolupráce prostřednictvím, činnosti Komise protidrogové prevence a specifické prevence

Aktivita	Spolupráce na aktuálních tématech protidrogové politiky a prevence.
Termín	dle jednacího řádu 2. - 3. ročně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	zápisy ze setkání

Koordinace činností měst ve vztahu k protidrogové politice a zákona 379/2005 Sb.

Aktivita I	Informační servis pro města.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	tiskové zprávy, porady

Aktivita II	Metodická podpora místních protidrogových koordinátorů prostřednictvím porad.
Termín	2.- 3. ročně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	zápis z konaných porad

Aktivita III	Nabídka metodologické pomoci pro vytvoření systému kontrol.
Termín	průběžně dle potřeby
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	uskutečnění konzultací

Aktivita IV	Setkání zástupců obcí za účelem osvěty v oblasti protidrogových služeb (zejména HR služeb).
Termín	alespoň 1. ročně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	tisková zpráva, uskutečněná setkání

Podpora zajištění protidrogových služeb v návaznosti na činnost HR - léčby - resocializačních programů

Aktivita I	Předávání informací týkající se dotačních titulů.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	počet podaných žádostí

Zajištění informační strategie pro oblast financování služeb

Aktivita I	Medializace a informovanosti týkající se možnosti čerpání finančních zdrojů v oblasti protidrogové politiky.
Termín	1. - 2. za rok
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	výstupy v médiích, články v periodikách

Aktivita II	Zajištění seminářů a konzultací k možnosti čerpání zdrojů EU.
Termín	1. - 2. za rok
Zodpovědnost	Krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	uspořádání seminářů, konzultací

Prohloubení spolupráce s Libereckým a Pardubickým krajem za účelem předávání informací a zkušeností jednotlivých služeb a institucí

Aktivita I	Uspořádání konference na aktuální téma v oblasti drogové problematiky.
Termín	1. za rok
Zodpovědnost	protidrogové koordinátorky jednotlivých krajů
Ukazatel	realizace konference

4. 2. Primární prevence

Zmapování primární prevence na školách

Aktivita I	Sledování situace sociálně patologických jevů na školách.
Termín	do konce června 2009
Zodpovědnost	školská koordinátorka prevence
Ukazatel	prezentace zmapované situace na Protidrogové komisi Rady KHK

Aktivita II	Vznik adresáře sítě organizací, které se zabývají problematikou primární prevence a prevencí sociálně patologických jevů na školách.
Termín	do konce roku 2009
Zodpovědnost	školská koordinátorka prevence
Ukazatel	vznik adresáře

Aktivita III	Systematická spolupráce s Policí ČR a obecní policií v oblasti primární prevence.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	školská koordinátorka prevence
Ukazatel	uskutečněná setkání

Motivace ředitelů škol pro realizaci programů primární prevence na škole

Aktivita I	Vyhlášení dotačního řízení na Preventivní programy realizované školami, školskými zařízeními – Program I.
Termín	1. za rok
Zodpovědnost	školská koordinátorka prevence
Ukazatel	počet podaných žádostí

Aktivita II	Metodická podpora k využití dotačního řízení formou semináře.
Termín	jednou ročně
Zodpovědnost	školská koordinátorka prevence
Ukazatel	uskutečnění semináře na téma metodika na školách, dotace

Podpora vzdělávání pedagogů a dalších pracovníků podílejících se na primární prevenci na školách

Aktivita	Předávání informací mezi zainteresovanými osobami a institucemi.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	školská koordinátorka prevence
Ukazatel	tiskové zprávy, konzultace
Ukazatel	prezentace zmapované situace na Protidrogové komisy Rady KHK

Udržení a podpora sítě Škol podporujících zdraví

Aktivita I	Vyhlášení dotačního řízení na podporu a rozvoj zdravého životního stylu.
Termín	jednou ročně
Zodpovědnost	školská koordinátorka prevence
Ukazatel	počet podaných žádostí, porady

Aktivita II	Vytváření rámcových projektů podpory zdraví v rámci Královéhradeckého kraje.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	školská koordinátorka prevence
Ukazatel	Počet zapojených škol a školských zařízení

4. 3. Harm reduction a resocializace

Podpora služeb HR pro udržení systému drogových služeb v regionu, zejména pak certifikovaných služeb Občanského sdružení Laxus a Regionálního institutu ambulantních psychosociálních služeb Trutnov.

Aktivita I	Koordinace dotačních titulů RVKPP, MS, MZ.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	počet podaných žádostí o dotace

Aktivita II	Předávání informací týkajících se protidrogové politiky.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	tiskové zprávy, uskutečněné konzultace

Podpora služeb v oblasti motivace a uplatnění při vstupu na trh práce, integrace do společnosti a resocializace

Aktivita	Předávání informací týkající se dotací EU.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	Krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	počet podaných žádostí o dotace

Podpora procesu certifikace drogových služeb

Aktivita	Metodická podpora při tvorbě a aktualizaci dokumentace potřebné při certifikaci.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	certifikované služby

4. 4. Sekundární prevence a léčba

Podpora poradenských aktivit pro cílové skupiny uživatelů drog a jejich rodiny

Aktivita I	Koordinace dotačních titulů MZ, MPSV, RVKPP.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	podané žádosti o dotace

Aktivita II	Předávání aktuálních informací v oblasti protidrogové problematiky.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	počet předaných zpráv

Podpora služeb léčby návykových nemocí v regionu, zejména programů Léčebny návykových nemocí v Nechanicích a jednotlivých AT ambulancí v Královéhradeckém kraji

Aktivita I	Koordinace dotačních titulů RVKPP, MS, MZ.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	počet podaných žádostí o dotace

Aktivita II	Předávání informací týkajících se protidrogové politiky.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	tiskové zprávy, uskutečněné konzultace

Aktivita III	Navázání kontaktů a spolupráce s jednotlivými AT ambulancemi za účelem lepšího předávání informací.
Termín	průběžně
Zodpovědnost	krajská protidrogová koordinátorka
Ukazatel	uskutečnění společného setkání, emailová komunikace

5. Závěr

Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje na období 2008 - 2010 vychází zejména z Národní protidrogové strategie, nicméně záměrem dokumentu je výstižně a stručně postihnout problematiku a specifika Královéhradeckého kraje tak, aby se jednalo o dokument aktuální, pro laickou i odbornou veřejnost srozumitelný. I z toho důvodu byla využita technika SWOT analýzy za aktivní účasti Protidrogové komise Rady Královéhradeckého kraje, ve které jsou zahrnuty všechny složky působící v uplatňování protidrogové politiky kraje, čímž je do velké míry zajištěna mezioborovost dokumentu, stejně jako spolupráce jednotlivých složek v oblasti problematiky drog pro praktické využití. Protidrogová komise Rady Královéhradeckého kraje tento dokument připomínkovala a posléze schválila.

Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje na období 2008 – 2010 vychází z platných dokumentů ČR a EU. Schválením tohoto strategického dokumentu došlo k naplnění zákona 379/2005 Sb. o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

Slovník vybraných pojmů

AT ambulance

„Ordinace pro alkoholismus a (jiné) toxikomanie“ – v socialistickém zdravotnictví v ČR byla tato pracoviště povinnou součástí psychiatrického oddělení polikliniky a tvořila celostátní síť, která se v první polovině 90.let postupně rozpadala. Některé OAT se privatizovaly, některé zcela zanikly, většina dosud existujících OAT, ať soukromých nebo v zařízeních zřizovaných státem či obcemi, se zabývá především alkoholismem. Nová zařízení pro problémové uživatele drog a závislé na (nealkoholových) drogách nestačí zatím pokrýt všechny mezery v dřívější síti OAT a vzrůstající poptávku po ambulantní léčbě.

Ambulantní léčba

Léčba prováděná bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Při ambulantní léčbě pacient/klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je individualizovaná, přizpůsobená jeho potřebám a zakotvená v jeho ústní či písemné dohodě (kontraktu) s terapeutem nebo se zařízením.

Amfetamin

Látka z velké skupiny syntetických drog se silným stimulačním (sympatomimetickým) účinkem na centrální nervový systém. Tato skupina obsahuje mnoho látek prodávaných výlučně v nezákonném obchodě a také velký počet látek užívaných v lékařství. Nejčastěji zneužívanou skupinou drog této skupiny je amfetamin a metamfetamin (pervitin).

Anonymní alkoholici

Svépomocná organizace pro lidi, kteří mají problémy s alkoholem a chtějí je překonat. Po vzoru Anonymních alkoholiků vznikly organizace pracující na podobných principech, např. Anonymní narkomané (Narcotics Anonymous, NA) a Anonymní hazardní hráči (Gamblers Anonymous, GA). O efektivitě AA existují v odborné literatuře přesvědčivé doklady. V současnosti je v USA běžné, že se účast ve svépomocné organizaci typu AA kombinuje s profesionální léčbou. V rámci léčby prováděné profesionály probíhá například příprava a podpora účasti klienta ve svépomocném programu typu AA („facilitace účasti“).

Buprenorfin

Smíšený agonista/antagonista, který může být použit v substituční léčbě. Byl široce užíván v mnoha zemích pro krátkodobou léčbu mírnění těžkých bolestí. Díky smíšenému působení se jeví buprenorfin jako bezpečný co se týče rizika předávkování a snad i pravděpodobně

méně zábavný než čisté opiáty. Může také zaručit jednodušší rozvrh odvykání a jeho delší působení může umožnit alternativní denní dávkování. Z výzkumů je zřejmé, že buprenorpin je přinejmenším stejně účinný jako metadon při substituční léčbě těch závislých na heroinu, kteří užívali nižší nebo středně vysoké dávky.

Cannabis

Všeobecný termín užívaný k označení jednotlivých psychoaktivních složek rostliny marihuany, Cannabis sativa, která zahrnuje listí marihuany (ve slangu: tráva, pot, dope, weed nebo ganja), hašiš (získaný z pryskyřice vrchních květů rostliny) a hašišový olej.

Droga

Termín má mnoho významů. V Úmluvách OSN a v „Deklaraci snižování poptávky po drogách“ označuje látky podřízené mezinárodní kontrole. V medicíně odkazuje na některá léčiva užívaná pro předejití nebo vyléčení nemoci nebo pro zvýšení fyzické či psychické kondice. Ve farmakologii se termín vztahuje na některé chemické činitele, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáni nebo organismu. Často se pojmem „droga“ rozumí psychoaktivní látka a ještě častěji jde o synonymum pro drogy nezákonné. Kofein, tabák, alkohol a další látky, které jsou běžně užívány bez lékařského předpisu, jsou v jistém slova smyslu také drogy, protože jsou užívány primárně pro svůj psychoaktivní efekt.

Detoxifikace

Léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxifikačním centrem či jednotkou. Tradiční detoxifikace se prováděla ve speciálním léčebném zařízení nebo na lůžku všeobecné nebo psychiatrické nemocnice. Klient je přijat ještě intoxikovaný nebo již s odvykacími příznaky.

Doléčování

Užší pojetí doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psycho-sociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě.

„Harm reduction“

Jako „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 motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či

zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekce, 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.

Injekční uživatel/užívání drog

IUD (angl. IDU – Injection Drug User) je zkratka pro injekční uživatele nebo injekční užívání drog. Nahrazuje termín – nitrožilní uživatel/ užívání drog (IVDU – intravenous drug user), protože injekci je možné aplikovat nejen nitrožilně (intravenózně - i.v.), ale také do svalu (intramuskulárně – i.m.) nebo podkožně (subkutánně – s.c.).

Komunitní péče

Péče probíhající v souvislosti s místním společenstvím, odpovídající jeho potřebám, využívající jeho podpůrných faktorů a usilující o začlenění klientů do života v normálních podmínkách. Je protikladem péče v uzavřených institucích (institucionální péče). V okruhu drogových závislostí patří do komunitní péče například terénní práce, výměnné programy, nízkoprahová kontaktní centra, denní stacionáře, různé formy následné ambulantní péče včetně chráněného bydlení apod.

Meziresortní protidrogová komise

Poradní, koordinační a iniciativní orgán vlády ČR pro protidrogovou politiku, založený v r.1993 krátce po rozdělení Československa a jako odezva iniciativy nestátních organizací (“Vánoční memorandum vládě ČR” z prosince 1992). Statut MPK se od té doby několikrát změnil, čímž se měnilo i její složení. Od poslední změny statutu v r.1998 jsou členy MPK ministři resortů zdravotnictví, vnitra, práce a sociálních věcí, školství, spravedlnosti a obrany. Předsedou je premiér vlády ČR, místopředsedou ministr v úřadu vlády. Měnila se rovněž pozice a kompetence exekutivního vedoucího MPK, který je de facto “vládním protidrogovým koordinátorem,” z výkonného místopředsedy přes generálního sekretáře až k nynějšímu řediteli sekretariátu MPK. S MPK jsou spojeny i významné vládní dokumenty: “Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1993-1995”, “Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období 1998-2000”, “Strategie protidrogové politiky vlády ČR na období 2001-2003”. Od r.1998 má MPK kromě vrcholné platformy na úrovni ministrů ještě další dvě platformy: Radu zástupců resortů (tvořená odbornými pracovníky státních orgánů a zástupcem nestátních organizací, delegovaným A.N.O.) a Radu okresních protidrogových koordinátorů. V r. 2001 změněn název na “Rada vlády ČR – Meziresortní protidrogová komise.”

Návykové látky

Látky s vlastnostmi, které povzbuzují návykové nebo pravidelné užívání. Běžné synonymum rovněž pro látky, které mají schopnost vyvolávat závislost.

Opiát

Generický název užívaný pro alkaloidy z rostlin máku (*Papaver somniferum*) se schopností navodit analgesii, euforii a ve větších dávkách stupor až kóma a respirační depresi. Termín opiát nezahrnuje syntetické opioidy, jakými jsou heroin nebo metadon.

Omamná látka, narkotikum

Chemická látka navozující útlum, poruchu vědomí a necitlivost k bolesti (analgesii). Tento termín se většinou používá pro opiáty a opioidy. V běžné řeči a v právní terminologii některých zemí je často nepřesně používán a označují se jím všechny ilegální drogy, bez ohledu na jejich farmakologické vlastnosti. Například zákony o kontrole narkotik v Kanadě, USA a několika dalších zemích zahrnují kokain a kanabinoidy, stejně jako opioidy. V ČR zákon hovoří o „omamných a psychotropních látkách“ (OPL). Tento termín je také přijatý Jednotnou úmluvou OSN o narkoticích - „Single Convention on Narcotic Drugs“ z r. 1961.

Prevence (dle WHO)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje prevenci jako soubor intervencí s cílem zamezit či snížit výskyt a šíření škodlivosti účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog. WHO rozlišuje tři druhy prevence:

- primární prevence: předcházení užití u osob, které dosud nejsou s drogou v kontaktu
- sekundární prevence: předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již drogu užívají
- terciální prevence: předcházení vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození v souvislosti s užíváním drog

Primární prevence

Primární prevence zahrnuje veškeré aktivity realizované s cílem předejít problémům spojených s užíváním návykových látek, případně oddálit první kontakt s drogou.

Represe

Potlačování trestné činnosti orgány k tomu určenými zákonem (např. policie, justice). Jeden z pilířů protidrogové politiky, zaměřuje se na snižování nabídky drog na nezákonném trhu (produkce, výroba, doprava, obchod, šíření a držení drog). Represe je tím účinnější, čím vyšší stupně organizovaného zločinu postihuje: málo účinná je tudíž represe zaměřená na drobné pouliční dealery a ještě méně represe soustředující se na uživatele drog. Obojí je však vyžadováno z politických důvodů.

Resocializace

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

Rizikové chování, rizikové užívání

Chování nebo typ užívání s vyšší pravděpodobností zdravotního a sociálního poškození v důsledku užívání drogy. Pojem je často zužován na sdílení jehel, stříkaček a dalšího náčiní (lžíce, voda atd.), kterým intravenózní uživatelé drog riskují možnost nákazy krví přenosných chorob jako AIDS nebo hepatitis B,C. Může se však použít v souvislosti s jakoukoli drogou a jakýmkoli rizikem poškození zdraví, vztahů či sociálních poměrů (práce, bydlení, škola).

Stimulancia

Látky ovlivňující centrální nervovou soustavu tak, že ji aktivují, povzbuzují nebo zvyšují nervovou činnost (též „psychostimulancia“). Patří sem amfetaminy, kokain, kofein, nikotin a některé syntetické látky, které snižují chuť k jídlu. Některé drogy mají stimulační účinky, které nepatří mezi jejich primární účinky, ale které se mohou projevit při užívání vysokých dávek nebo při chronickém užívání. Do této skupiny např.patří antidepressiva a anticholinergika.

Substituce

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

SWOT analýza

SWOT analýza je strukturovaná metoda rychlého zhodnocení situace, která charakterizuje definovanou oblast a mapuje vnější a vnitřní faktory, které tuto oblast ovlivňují. Zkratka SWOT pochází z angličtiny, kde S (počáteční písmeno slova „Strengths“) popisuje

identifikované silné stránky definované oblasti, W (počáteční písmeno termínu „Weaknesses“) popisuje slabé stránky, O (počáteční písmeno výrazu „Opportunities“ definuje jaké jsou v definované oblasti ve výhledu do budoucna příležitosti a T (počáteční písmeno pojmu „Threats“) definuje, co do budoucna danou oblastí ohrožuje.

Terénní práce

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

Ústavní léčba

Léčba v lůžkovém zařízení obecně (jako protiklad léčby ambulantní) nebo v užším smyslu léčba na specializovaném oddělení nemocnice nebo psychiatrické léčebny. Podmínkou je vždy lékařské vedení a strukturovaný program. Může jít – podle délky – o léčbu krátkodobou nebo střednědobou. Dlouhodobá léčba obvykle probíhá jako pobyt v terapeutické komunitě a hovoříme spíše než o ústavní o rezidenční léčbě. Pro ústavní léčbu v nemocnici či léčebně jsou indikováni klienti s vysokým potenciálem pro relaps, rizikovým sociálním okolím a psychickými či somatickými komplikacemi.

Zneužívání drog

Současné mezinárodní smlouvy o kontrole drog pokládají za zneužívání drog užívání každé látky ze seznamu kontrolovaných látek pro účely jiné než lékařské a vědecké. V tomto případě lze hovořit i o nezákonném užívání. Pojem zneužívání se vztahuje i na užívání léků bez medicínských důvodů, včetně užívání předepsaných léčiv v nadměrných dávkách nebo nadměrně často.

Závislost, syndrom závislosti

Závislost (dependence) a syndrom závislosti je definován v ICD-10 jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který zahrnuje typické projevy. Lze ji definovat také jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.

Odkazy

Protidrogová politika

www.kr-kralovehradecky.cz

- Královéhradecký kraj

www.kpss.cz

- Komunitní plánování sociálních služeb

www.emcdda.europa.eu

- Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Informační servery – služby, odborné články, kalendáře vzdělávacích akcí, publikace

www.laxus.cz

www.riaps.cz

www.drogy-info.cz

www.sananim.cz

www.extc.cz

www.alkoholik.cz

www.streetwork.cz

www.adiktologie.cz

Statistické informace

www.czso.cz

- Český statistický úřad

www.uzis.cz

- Ústav zdravotních informací a statistiky ČR

www.khshk.cz

- Krajská hygienická stanice Hradec Králové

Jednotlivé resorty

www.mpsv.cz

- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

www.mzcr.cz

- Ministerstvo zdravotnictví ČR

<http://portal.justice.cz/ms/ms.aspx?o=23&j=33>

- Ministerstvo spravedlnosti ČR

www.msmt.cz

- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR

www.mvcr.cz

- Ministerstvo vnitra ČR

www.vlada.cz

- Úřad vlády ČR

Protidrogová komise Rady Královéhradeckého kraje

titul, příjmení, jméno	Zaměstnavatel	E-mail
Miloslav Plass	Královéhradecký kraj - náměstek	plass@kr-kralovehradecky.cz
Mgr. Robert Černý	Krajský úřad KHK - vedoucí oddělení prevence, rozvoje a SPO	rcerny@kr-kralovehradecky.cz
Hana Vojtěchová	Krajský úřad KHK - odbor školství	hvojtechova@kr-kralovehradecky.cz
Mgr. Zuzana Machová	Krajský úřad KHK - koordinátorka prevence	zmachova@kr-kralovehradecky.cz
npor. Ludvík Berger	Policie ČR Správa Východočeského kraje	spasvck@mvcr.cz
MUDr. Jiří Čížek	Fakultní nemocnice HK	cizek@fnhk.cz ; LNN@fnhk.cz
Bc. Růžena Jirásková	Krajská hygienická stanice KHK	ruzena.jiraskova@khshk.cz
MUDr. Vlastimil Kyrál	Protialkoholní záchytná stanice KHK	zachytka.hk@tiscali.cz
Ing. Mgr. Jiří Staniček	o.s. LAXUS	stanicek@laxus.cz
Mgr. Monika Červená	Krajský úřad KHK - protidrogová koordinátorka	mcervena@kr-kralovehradecky.cz
Olga Trunečková	Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov - RIAPS	harm.reduction@seznam.cz
Dagmar Serbousková	Zdravotní ústav KHK	dagmar.serbouskova@seznam.cz
PhDr. Martin Scháněl, Ph.D.	Krajský úřad KHK - vedoucí odboru soc. věcí a zdravotnictví	mschanel@kr-kralovehradecky.cz
Bc. Jana Kaplanová	Pedagogicko psychologická poradana	ppprutnov@tiscali.cz

Použitá literatura a zdroje

1. Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost (2006), Výroční zpráva za rok 2006: Stav drogové problematiky v Evropě, ISBN 92-9168-254-3
2. Český statistický úřad: <http://www.czso.cz/xh/ediciplan.nsf/p/13-5201-06>
3. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2008), Informace ze zdravotnictví KHK 8, Psychiatrie vč. AT – návykových nemocí a sexuologie – činnost oboru v Královéhradeckém kraji v roce 2006,
4. Úřad vlády České republiky (2007), Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006, ISBN 978-80-87041-22-2
5. Šmíd J., (2007), Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Královéhradeckého kraje v roce 2006
6. <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=30>
7. <http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=31>
8. Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2007, Výroční zpráva České republiky – 2006: Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog, ISBN 978-80-239-9163-5
9. <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=101&list=101&shw=100002>
10. Úřad vlády České republiky (2005), Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009, ISBN 80-86734-39-0
11. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století, 2003, Ministerstvo zdravotnictví ČR, ISBN 80-85047-99-3