

Bakalářský studijní program: **Ekonomika a management**

Studijní obor: **Ekonomika veřejné správy a sociálních služeb**

Organizace a zdroje financování péče o drogově závislé v ČR

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor: **Lucie KNIKNEROVÁ**

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Milan VENCLÍK

Znojmo, 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Ing. Milana Venclíka a použila jsem k tomu literaturu, kterou uvádím v seznamu použité literatury.

Ve Znojmě dne 28. 4. 2012

.....
Lucie Kniknerová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu své bakalářské práce panu Ing. Venclíkovi za jeho odborné konzultace, připomínky a rady, které přispěly k vypracování této bakalářské práce.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

| | |
|-----------------------------|---|
| Autor | Lucie KNIKNEROVÁ |
| Bakalářský studijní program | Ekonomika a management |
| Obor | Ekonomika veřejné správy a sociálních služeb |
| Název | Organizace a zdroje financování péče o drogově závislé v ČR |
| Název (v angličtině) | Organizations and financing of the care for drug addicts in the Czech Republic |

Zásady pro vypracování:

Cíl práce: Cílem práce je provedeným šetřením ukázat, jaká je úspěšnost léčby z drogové závislosti, kolika penězi stát přispívá na tuto léčbu u nás v ČR i v porovnání s ostatními státy EU a zdali jsou tyto peníze efektivně využívány.

Postup práce:

1. Krátký popis drogové závislosti, její příčiny, vznik a dopady na člověka
2. Organizace, drogová centra a poradny, ve kterých se drogově závislí léčí - jejich popis a postup péče o drogově závislé
3. Šetření úspěšnosti vyléčení z drogové závislosti ve víceúčelové drogové službě Netopeer
4. Financování péče ze státního rozpočtu i jiných zdrojů v ČR
5. Jak je financována péče o drogově závislé v jiných státech EU ve srovnání s ČR

Metody: deskripce, šetření, sběr dat, komparace

Rozsah práce: 40 - 55


Seznam odborné literatury:

1. HOLDEN, K. *Na vlastní kůži*. Brno : Jota, 2006. 284 s. ISBN 80-7217-421-5.
2. JANÍK, A. *Drogy a společnost*. Praha : Avicenum, 1990. 342 s. ISBN 80-201-0087-3.
3. PREŠL, J. *Drogová závislost*. Praha : Maxdorf, 1995. 87 s. ISBN 80-85800-25-X.
4. VONDRKA, J. *Smrt jménem závislost*. Praha : Portál, 2004. 187 s. ISBN 80-7178-884-8.
5. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.

Datum zadání bakalářské práce: duben 2011

Termín odevzdání bakalářské práce: duben 2012




Lucie KNIKNEROVÁ
autor


Prof. PhDr. Kamil FUCHS, CSc.
rektor SVŠE Znojmo


Ing. Milan VENCLÍK
vedoucí bakalářské práce

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje vzniku drogové závislosti, činnosti organizací, které pečují o drogově závislé v ČR a zdrojům, ze kterých je léčba drogově závislých financována. V praktické části se současnou situací kontaktního centra Netopeer, které působí ve Znojmě. Poté je analyzována úspěšnost léčby z drogové závislosti z celkového počtu problémových uživatelů, ukazuje kolik finančních prostředků je z těchto zdrojů poskytováno u nás v České republice, i v porovnání s některými zeměmi Evropské unie.

Klíčová slova: drogová závislost, zdroje financování péče o drogově závislé, protidrogová politika, problémoví uživatelé

Abstract

This bachelor thesis deals with the inception of the drug abuse, organizations activities, which care for drug addicts in Czech Republic and sources from which the care for drug addicts is financed. The practical part deals with the present situation of the contact centre Netopeer which operates in Znojmo. Then treatment success of drug addiction out of the whole number of problem users is analyzed, it shows how many funds are provided from these sources in the Czech Republic also in comparison with some countries of the European Union.

Key words: drug addiction, sources of financing the care for drug addicts, antidrug policy, problem users

1 Obsah

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Úvod..... | 7 |
| 2 | Cíle práce a metodika..... | 8 |
| 3 | Teoretická část..... | 9 |
| 3.1 | Drogová závislost..... | 9 |
| 3.1.1 | Příčiny vzniku drogové závislosti, drogová závislost..... | 9 |
| 3.1.2 | Dopady na člověka..... | 11 |
| 3.2 | Možnosti léčby narkomanů v ČR..... | 12 |
| 3.2.1 | Terénní programy..... | 16 |
| 3.2.2 | Nízkoprahová kontaktní centra..... | 18 |
| 3.2.3 | Lékařská ambulantní péče o závislé..... | 19 |
| 3.2.4 | Denní stacionář..... | 20 |
| 3.2.5 | Detoxikační jednotky..... | 21 |
| 3.2.6 | Střednědobá ústavní léčba..... | 22 |
| 3.2.7 | Rezidenční léčba v terapeutických komunitách..... | 22 |
| 3.2.8 | Následná péče, doléčovací programy..... | 23 |
| 3.3 | Kontaktní centrum Netopeer..... | 24 |
| 3.3.1 | Poslání služby..... | 24 |
| 3.3.2 | Cílová skupina..... | 24 |
| 3.3.3 | Poskytující služby..... | 25 |
| 3.3.4 | Cíle služby..... | 25 |
| 3.4 | Financování péče o drogově závislé..... | 25 |
| 3.4.1 | Protidrogová politika v České republice..... | 25 |
| 3.4.2 | Zdroje financování péče o drogově závislé..... | 26 |
| 3.4.3 | Výdaje z veřejných i neveřejných rozpočtů..... | 26 |
| 3.5 | Financování drogové závislosti ve státech EU..... | 27 |
| 3.5.1 | Srovnání drogové scény v ČR a ostatních zemích EU..... | 28 |
| 4 | Praktická část..... | 29 |
| 4.1 | Otázky pro KC Netopeer Znojmo..... | 29 |
| 4.2 | Šetření počtu problémových uživatelů drog..... | 37 |
| 4.3 | Financování péče o drogově závislé v ČR..... | 45 |
| 4.4 | Financování péče o drogově závislé v jiných státech EU..... | 48 |
| 4.4.1 | Financování péče o drogově závislé ve Velké Británii..... | 48 |
| 4.4.2 | Financování péče o drogově závislé v Polsku..... | 49 |
| 4.4.3 | Financování péče o drogově závislé na Slovensku..... | 51 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.4.4 | Financování péče o drogově závislé v Rakousku | 52 |
| 5 | Závěr..... | 54 |
| 6 | Seznam použité literatury | 55 |
| 7 | Seznam tabulek, grafů, zkratek a příloh..... | 58 |

1 Úvod

Drogová problematika je velice složitý problém, který se v naší společnosti stále více rozšiřuje. Drogová závislost vzniká u člověka snadno a velice rychle. Není problém v dnešní době si drogy obstarat. Když už u člověka něco vyvolá touhu ochutnat drogu, je velice pravděpodobné, že na ní zůstane závislý. V ČR existuje mnoho organizací, center, kde se budou ostatní snažit toho člověka začlenit zpět do života bez drog.

Tato bakalářská práce se věnuje organizacím, které pečují o drogově závislé a zdrojům, které poskytují finanční prostředky těmto organizacím v České republice.

V teoretické části se věnuje nejprve vzniku závislosti, tedy příčinám, které člověka vedou k tomu, aby zkusil drogu. Následně pak jevům, které naši závislost potvrdí a nakonec dopadům, které má drogová závislost na člověka. V další části se pak věnuje organizacím, které pomáhají drogově závislým, zařazení poskytovaných služeb a také občanskému sdružení SANANIM, které je jedním z nejstarších center pečujících o drogově závislé. Je zde rozsáhleji popsán systém péče o drogově závislé. U jednotlivých typů služeb jsou popsány jejich služby, které nabízejí klientům. Podrobněji se pak věnuje kontaktnímu centru Netopeer, které působí ve Znojmě. Další část je věnována zdrojům, ze kterých pocházejí finanční prostředky na provoz těchto organizací. Srovnání drogové scény se státy EU je také součástí této kapitoly.

V praktické části je uveden řízený rozhovor s vedoucí kontaktního centra Netopeer paní Mgr. Zuzanou Protivínskou. Otázky se týkaly toho, jak vidí jejich působení do budoucna, jaké jsou jejich kontakty s klienty, jak probíhají jejich kontakty s nimi, kolik se za tyto služby platí, jaké finanční prostředky a z jakých zdrojů přijímají.

V další části se zaměřuje na šetření počtu problémových uživatelů od roku 2002 do roku 2010 a dále pak počtu uživatelů, kteří se chtějí dobrovolně léčit. Srovnává, jak vysoký je počet uživatelů, kteří jsou ochotni se léčit oproti uživatelům, kteří ve své závislosti nevidí problém a nadále užívají drogy a navštěvují ostatní centra, kde jim jsou poskytovány služby, jako jsou hygienické, poradenské, výměna injekčního materiálu a další, zcela bezplatně. Šetřením se snaží objasnit, jak se situace v posledních letech změnila.

V poslední části je uvedeno, kolik finančních prostředků je z jednotlivých zdrojů poskytováno v posledních letech na léčbu drogově závislých v České republice a jiných státech Evropské unie.

2 Cíle práce a metodika

Cílem práce je provedeným šetřením ukázat, jaký zájem mají drogově závislí o léčbu a jaký je jejich počet. Zda se počet osob závislých na drogách mění a zároveň s ním se mění i počet osob žádajících o léčbu. Dalším cílem je porovnat situaci s jiným státem Evropské unie.

Deskripcí se snaží popsat příčiny, které obvykle vedou k tomu, abychom zkusili účinky, které vyvolá droga, jevy, které potvrzují drogovou závislost, objasnit pojem drogová závislost. Popisuje systém péče o drogově závislé v České republice, z jakých zdrojů je léčba poskytována.

Komparací se snaží objasnit otázku, kolik finančních prostředků je vynakládáno v jiném ze států Evropské unie oproti našemu státu. Cílem je zjistit, zda je situace podobná jako v České republice, a zda je na léčbu drogově závislých poskytováno více, či méně finančních prostředků v závislosti na počtu drogově závislých osob.

V praktické části je řízený rozhovor s vedoucí kontaktního centra Netopeer, který má za cíl objasnit situaci počtu klientů a kontaktů centra, situaci po ekonomické stránce a výhled do budoucího působení kontaktního centra Netopeer.

Sběrem dat ze zpráv o stavu ve věcech drog zjistíme za jednotlivé roky, kolik uživatelů drog je u nás v ČR a kolik jich má zájem o léčbu. Tyto čísla následně převedeme do tabulek a grafů, kde uvidíme tento rozdíl. Pohledem na tyto grafy budeme chtít objasnit otázku, zdali se zvyšuje zájem o léčbu, kterou financuje stát nebo se zvyšuje pouze počet problémových uživatelů, kteří nemají zájem a dále pokračují ve své závislosti a navíc využívají služeb, které jim jsou poskytovány bezplatně. Chceme tedy zjistit, jestli tyto finanční prostředky jsou efektivně využívány k tomu, aby se snižoval počet drogově závislých osob.

3 Teoretická část

3.1 Drogová závislost

V této části se seznámíme s příčinami, které obvykle vedou ke vzniku drogové závislosti, pojmem drogová závislost, s jevy, které potvrzují drogovou závislost a s dopady, které jsou závislostí doprovázeny.

3.1.1 Příčiny vzniku drogové závislosti, drogová závislost

Jaké jsou příčiny vzniku drogové závislosti?

Většina lidí se domnívá, že drogová závislost vzniká u lidí, kteří k tomu mají určité dědičné předpoklady, které mu jsou dány. Těmito předpoklady se myslí například to, že rodiče se o dítě nestarají a tak dítě hledá útěchu, radost ze života v tom, že začne brát drogy a dostane se do jiného mnohem „lepšího“ světa, kde mu je nejlíp, nic ho nebolí, netrápí a všechny starosti a problémy jsou pryč. Dalším předpokladem je například to, že rodiče byli drogově závislí nebo že jeden z rodičů je alkoholik.

Někteří autoři uvádějí, že tomu není tak, jak by se mohlo na první dojem zdát. Nezáleží na tom, jestli jste z bohaté rodiny, kde vše funguje tak, jak má nebo jste z rodiny, kdy rodiče byli závislí.¹ Jiní uvádějí, že jde o dědičné vrozené činitele, co na nás působí již v našem raném dětství. V dětství i v dospívání dochází k přejímání reakcí prostřednictvím pozorování našich členů rodiny a blízkého okolí. A již v tuto chvíli je nezbytné hledat základy rozvíjející se chorobné závislosti.²

Ale naopak ve většině případů se shodují na tom, že hlavním motivem vzniku závislosti je zvědavost. Každého z nás jistě napadlo, jaký je to pocit, který v nás droga vyvolává a co s námi udělají její účinky. Ke vzniku závislosti, tedy braní drogy, nás může vést také to, že nechceme být v partě lidí odstrkování a chceme „zapadnout“ do jejich party. V tomto případě je to vyvoláno vlivem prostředí, které na nás působí. Po přečtení knihy od autorky Kate Holden, která prožila nejhorší chvíle ve svém životě právě kvůli své závislosti, se přikláním spíše k názoru tomu, že k drogám se mnoho lidí dostane jen proto,

¹ PRESL, Jiří *Drogová závislost*. Praha : Maxdorf, 1995. 87 s. ISBN 80-85800-25-X.

² JANÍK, Alois *Drogy a společnost*. Praha : Avicenum, 1990. 342 s. ISBN 80-201-0087-3, s. 330

že si připadají opuštění, okolím nepřijímaní. Jsou vyčleňováni z kolektivu a nejlepším možným způsobem, jak se do kolektivu začlenit, je to, že na sebe chtějí uvést pozornost ostatních.

Drogová závislost může začít většinou nevinně, tedy nevinně jak se může pro některé mladé, dospívající jedince zdát. A to například tím, že začnete kouřit marihuanu a pak se připelete mezi kolektiv lidí, kteří vás v minutě mohou stáhnout dolů. A to jenom tím, že vám nabídnou jinou drogu s tím, že je to mnohem lepší a silnější. Vzniku závislosti tedy také většinou předchází užívání průchozích drog. Za průchozí drogu je u nás považována již zmíněná marihuana, ale také alkohol a tabák a to zvláště u mladých, dospívajících lidí.³

Nejčastějšími důvody k tomu, že se člověk rozhodne zkusit drogu, je tedy již zmíněná zvědavost, co v nich droga vyvolá a co s nimi udělá, dále potom pozornost, kdy na sebe tímto způsobem chtějí upozornit nebo také to, že nemají co dělat, myslí si, že droga jim pomůže nalézt řešení jejich problému nebo se nudí a chtějí mít lepší náladu.⁴

Co je drogová závislost?

Jednou z definic drogové závislosti je, že drogová závislost není jen onemocnění, které postihuje fyzickou stránku člověka, ale jedná se o bio-psycho-sociální onemocnění.⁵

Další definice pro definování drogové závislosti zní takto: „Závislost (náruživost) je psychický fenomén, charakteristický neodolatelným nutkáním k určitému chování, přáním změnit prožívání reality, tendencí ke zvyšování dávek, neschopností omezit dané chování (užívání drogy), nepříjemnými pocity při vynechání (abstinenci).“⁶

Drogová závislost je skupina několika skutečností, které v člověku vzbuzují potřebu upřednostňovat tuto látku před činnostmi, kterými se dříve zabýval. Charakteristikou závislosti je touha, která nás přímo nutí látku brát a je někdy silnější než

³ NEŠPOR, Karel *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X. str.47

⁴ PRESL, Jiří *Drogová závislost*. Praha : Maxdorf, 1995. 87 s. ISBN 80-85800-25-X.

⁵ Možnosti a způsoby léčby narkomanů v ČR. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://jpittner.euweb.cz/index.html>

⁶ FIŠEROVÁ, Magdaléna. Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm

my sami. Pokud se během roku zaznamenají tři nebo více těchto jevů, potom je stanovena definitivní diagnóza závislosti. Jedná se o tyto jevy:

- Dychtivost po látce
- Problémy se sebeovládáním při užívání látky
- Užívání jiné látky za účelem utlumení stavu vyvolaného předchozí užitou látkou
- Zvyšování objemu látky za účelem dosažení účinku původního
- Upřednostnění před ostatními zájmy nebo potěšeními
- I přes vědomí, že nám látka uškodila (deprese, poškození orgánů, myšlení) ji nadále užíváme.⁷

Jednotlivé fáze drogové závislosti

Závislost probíhá ve čtyřech fázích. V první fázi je člověk nadšený z drogy, vidí svět v lepším světě, připadá mu mnohem lepší. Dochází u něj ke střídání nálad a v žádném případě si nepřipouští, že by ho droga mohla nějak ohrozit tím, že na ní začne být závislý. Ve druhé fázi dochází již k problémům ve škole a rodině, zaměstnání, dochází ke ztrátě paměti. Člověk si v této fázi nepřipouští to, že by nebyl schopný přestat s drogou, projevují se už i zdravotní problémy jako např. deprese, nechut' k jídlu, agresivita. Nachází nové přátele, se kterými si má co říct, kteří patří také k uživatelům drog a se svými předchozími přáteli si nemá co říct. Ve třetí fázi nastává už úplná podřízenost droze, vše se točí kolem drog. Dochází již k finančním problémům, jelikož člověk drogově závislý ztratil veškeré finanční prostředky na nákup drogy, ocitá se najednou na ulici a z těchto problémů ho může vysvobodit jenom dávka drogy. Aby člověk získal peníze na nákup, začíná krást a žebrot na ulici. V poslední fázi dochází většinou k předávkování nebo ukončení svého života sebevraždou. Člověk je natolik závislý, že je schopen uchýlit se i k prostituci nebo dokonce i vraždě. Je nemožné se z této situace dostat bez pomoci jiné osoby. Tělo narkomana je ochablé a vyhublé.

3.1.2 Dopady na člověka

Užívání drog má negativní dopady na člověka. Mezi tyto dopady se řadí:

- zdravotní dopady, kdy prochází různými depresemi, různými změnami

⁷ NEŠPOR, Karel *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X. str.14

stavu nálad. Rozlišují se zde zdravotní problémy způsobené braním drog a to depresemi, poruchami jater a mozku jak již bylo zmíněno a problémy způsobené s nedodržíváním hygieny, používání špinavých injekčních stříkaček,

- sociální dopady, které jsou vyvolané tím, že člověk ztrácí zájem o věci, kterého zajímali, bavili ho a věnoval se jim ve volných chvílích se svými přáteli, blízkými. Ztrácí přátele, se kterými sdílel své volnočasové aktivity. Nachází nové přátele, se kterými sdílí činnost a tou je braní drog. Oni totiž vědí, jaké to je a může si s nimi povídat o pocitech, které přitom prožívá on a mohou si srovnávat své pocity navzájem,
- rodinné dopady, kdy závislý přišel o svou rodinu. A to tím, že byl agresivní vůči nim, přicházel pozdě domů, doma se ztrácelo velké množství peněz,
- finanční dopady, kdy jedinec ztratil veškeré své finanční prostředky, které měl. Nejdříve se snaží nalézt peníze na drogu u svých přátel a blízkých, ale to po určité době už není možné. Banky mu nechtějí poskytnout úvěry a tak ho touha spojená s drogou a jejími účinky „nutí“ krást, páchat zločiny, prostituci.⁸

3.2 Možnosti léčby narkomanů v ČR

Vznik péče o drogově závislé

Péče o závislé má v České republice již dlouhou zvyklost. První specializované zdravotnické zařízení pro závislé na alkoholu vzniklo 10. září 1948, o něž se zasloužil Jaroslav Skála. Postupem času v návaznosti na toto zařízení se začali zakládat ambulantní ordinace AT, které se zaměřovali už spíše na lidi závislé na jiných drogách, než je alkohol. V roce 1978 bylo založeno specializované ambulantní zařízení pouze pro závislé na drogách, které se netýkají alkoholu. Toto zařízení se později zrovnoprávnilo v první nestátní zdravotnické zařízení DROP-IN. Dalo by se říci, že touto cestou vznikla péče o drogově závislé. Nacházelo se zde ale mnoho nesrovnalostí, neboť nebyl součástí resortu zdravotnictví a spadal pouze do péče státních zdravotnických institucí.

Po roce 1989 se začal vyvíjet nestátní a neziskový sektor, který se později stal

⁸Drogová závislost. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Drogová_závislost

společníkem a součástí soustavy péče o závislé. První organizace zaměřující se na léčbu drogové závislosti byla nadace DROP-IN a občanské sdružení SANANIM, jak již bylo poznamenáno.⁹

Občanské sdružení SANANIM

Vzniklo v roce 1990. Patří mezi největšího poskytovatele léčby a služeb v drogové oblasti v České republice. Občanské sdružení je nejen historicky nejstarším nestátním zařízením poskytující služby klientům závislým na nealkoholových drogách, ale také první historickou internetovou drogovou poradnou u nás. Poskytuje celkový systém péče a léčby o závislé a to zahrnuje:

- terénní programy a kontaktní centrum (programy zaměřené na minimalizaci rizik spojené s užíváním drog),
- ambulantní stacionární léčba,
- pobytová léčba v terapeutických komunitách,
- následná péče, resocializace, chráněné bydlení,
- psychiatrické a psychoterapeutické služby,
- substituční léčba,
- program pro rodinné příslušníky závislých, programy na podporu zaměstnanosti.¹⁰

„Denní stacionář je nestátní zdravotní zařízení, které je součástí systému prevence péče a léčby občanského sdružení SANANIM.“¹¹

Dále pak občanské sdružení SANANIM pořádá vzdělávací kurzy a semináře, které jsou určeny pro odborníky, kteří dělají v oblasti drogové problematiky a pracuje spolu s ostatními organizacemi ať už v ČR, tak i v zahraničí.

⁹ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 154

¹⁰ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2, s.8-11

¹¹ BOUKAL, Petr. *Nestátní neziskové organizace (teorie a praxe)*. Praha: Oeconomica, 2009. 304 s. ISBN 978-80-245-1650-9, s. 203

Občanské sdružení SANANIM je financováno ze 70 % státním rozpočtem a ze 30 % sponzorskými dary, příspěvky a zahraničními granty.¹²

Současný systém péče o drogově závislé

Obr. č. 3: Systém péče o drogově závislé



Zdroj: ŠUSTKOVÁ-FIŠEROVÁ, Marie. Mechanismy a léčba drogových závislostí.

[online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z:

http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/farmakologie/journal/galerie-download/DZ_alkohol__tabak_

V odborném časopise SESTRA uvádí sociální pracovnice Bc. Jana Bednářová: „V České republice je rozšířená záchranná síť služeb pro osoby závislé na návykových látkách. Prochází napříč jednotlivými obory – zdravotnické služby (AT poradny, detoxikační oddělení, psychiatrické léčebny a kliniky), sociální služby (denní a poradenská

¹² KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2, s.8-11

centra, terapeutické komunity), ale též psychologické a psychoterapeutické služby soukromého charakteru.“¹³

Péče o drogově závislé je sociální služba. Tato služba se dále řadí do služeb **sociální intervence** a do služeb **sociálních aktivit**. Cílem služeb sociální intervence je redukce nebo celková přeměna životní situace, ve které se dotyčná osoba nacházela. Do této skupiny se řadí denní centra, denní stacionáře, terapeutické komunity. Cílem služeb sociálních aktivit je pomoc při vykonávání volnočasových a dalších programů, které napomáhají k vývoji komunity. Do této skupiny patří komunitní centra.

Podle délky trvání se tyto služby dále dělí: na střednědobé služby a krátkodobé služby. Podle místa, kde jsou poskytovány, se dělí: na služby spojené s návštěvou zařízení, služby spojené s bydlením v zařízení. Do služeb spojených s návštěvou zařízení patří denní centra, komunitní centra, krizová pomoc, noclehárny a také poradenství. Do služeb spojených s bydlením v zařízení patří azylové bydlení, domy na půl cesty a další.¹⁴

Možnosti odborné pomoci

V poslední době se velice rozvinula komunikace pomocí internetu. Na internetu a různých stránkách existují různé poradny (webové poradny, on-line poradny), kde závislým, kteří nechtějí být prozatím v kontaktu, mohou odborníci pomoci. Obvykle to bývá jakýsi jejich první krok k tomu, aby se šli léčit. Nebo naopak se zde právě informují o možných rizicích spojených s užíváním.

Na těchto internetových stránkách mohou také nalézt informace o drogách, jejich účincích, dopadech, které člověku způsobují, ale také o možnostech léčby závislosti.¹⁵

Pokud si jsme jistí, že se u nás nejedná o závislost, pokusíme se vyhledat psychologa či psychoterapeuta, s kterým se budeme snažit naše problémy vyřešit a najít správné řešení k překonání těchto problémů.

Pokud se lidé dostanou do obtížnějších situací a jsou uživateli drog, především injekční uživatelé mohou využívat služeb terénních programů a kontaktních center (nazývané nízkoprahová zařízení). Jsou určeny pro uživatele drog, kteří se nerozhodli ještě

¹³ BEDNÁŘOVÁ, Jana. Bere drogy! Co s ní?. *Sociální poradna*. 2009, 2/2009, s. 17.

¹⁴ KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-2754-662-7, s. 24-25

¹⁵ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2, s. 8

s drogami přestat. Služby v těchto centrech a zařízeních mu poskytují hygienické prostředky a udržují je ve stavu, který neohrožuje ostatní (například výměna injekčních stříkaček a další). Může zde také získat informace o léčbě.

Pro uživatele, kteří se rozhodli začít s léčbou je tu substituční léčba (pouze u závislosti na opiátech), dále také léčba pomocí Subutexu (buprenorfinu) a metadonu. Jsou zde různé možnosti léčby, jako je ambulantní léčba, léčba pobytová v různé délce a to v léčebně nebo terapeutické komunitě. Každý uživatel je odlišný a také pro každého uživatele se hodí léčba jiná. Pro někoho je vhodnější dlouhodobější léčba, pro někoho naopak krátkodobější s doléčovacími službami. Typ léčby zvolí terapeut po rozhovoru s uživatelem.¹⁶

Nyní se budeme věnovat podrobněji zařízením, které poskytují péči jak uživatelům, kteří se nechystají s užíváním přestat, tak i těm, kteří se rozhodli léčit, i těm, kteří svoji léčbu dokončili, ale potřebují následně využívat doléčovacích služeb, aby se mohli začlenit zpět do společnosti.

3.2.1 Terénní programy

Terénní programy jsou vykonávány za účelem přiblížení se uživatelům drog, kteří jsou špatně dosažitelní a nemají v úmyslu s drogami přestat, protože si neuvědomují, jak je droga postupně ničí. Lidé, kteří tuto práci vykonávají, se nazývají streetworkeri. Práce jimi vykonávaná se nazývá streetwork. Je pro ně velmi důležité, aby si získali jejich náklonnost a důvěryhodnost. Potom je pro streetworkery snazší uživatele donutit k tomu, aby začali docházet do léčebného zařízení.

Navázat kontakt se závislými se jim daří hlavně prostřednictvím výměny injekčních stříkaček, sdílení jehel atd. Bez těchto opatření by závislý neměl důvod se s nimi bavit.

Zaměřují se tedy na tuto cílovou skupinu:

- mladí lidé, kteří zkusí drogu a nacházejí se v první fázi závislosti na ní
- mladí lidé, kteří nemají ubytování, bydlí v různých azylech a nachází se ve fázi zkoušení drogy, pravidelného užívání drogy nebo v úplné závislosti na ní,
- lidé, kteří užívají pravidelně, ale nemají žádný důvod, pohnutek k tomu, aby se šli léčit,

¹⁶ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2, s. 20-21

- uživatelé projevující zájem, ale nejsou schopni poskytnutí léčby vyhledat¹⁷

„Základním principem je tzv. nízkoprahový přístup, který vede k maximální možné dostupnosti poskytovaných služeb pro uživatele drog v prostoru i čase.“¹⁸ Je využíván hlavně proto, že někteří závislí nejsou ochotní docházet do jednotlivých institucí, kde jim mohou pomoci, ale také proto, že zde musí nahlásit své jméno nebo že s nimi nemají dobré zkušenosti.

V návaznosti na tento přístup začala fungovat nízkoprahová zařízení, kam může uživatel přijít, bez toho aniž by musel hlásit své jméno nebo také to, že se může dostavit kdykoliv, kdy bude chtít. Přesto i pro některé závislé je to, že musí někam dojít nepředstavitelné. Proto se díky metodě streetwork se pracovníci z různých kontaktních center po České republice vydávají do ulic přímo za nimi.

Cílem těchto terénních programů je nejen pomoci závislým k prvnímu kroku jejich vyléčení, ale také uchránění okolního prostředí před nemocemi, které mohou ohrozit jiné lidské životy. (např. výměnou injekčních stříkaček nedochází k přenosu smrtelné nemoci HIV/AIDS, dále snížení počtu onemocnění hepatitidou typu B, C, zredukovat počet předávkovaných, předcházení kriminality). Mezi složky terénní práce patří:

- výměna injekčních stříkaček, dále také poskytování kondomů, náplastí, sterilní vody do injekčních stříkaček apod. Tímto se předchází přenosu nemocí, ale také při této výměně a poskytnutí tohoto materiálu, dochází k možnosti získat o klientovi, tedy uživateli nějaké informace,
- poskytování informací o škodlivosti drog na lidský organismus, informace o léčebnách a kontakty na ně. Informace se klientům podávají verbálně nebo poskytnutím letáčků, které jsou pro uživatele vhodné a srozumitelné,
- důležitý úkol má složka sociální a zdravotní poradenství- uživatelé se střetávají s velkou dávkou potíží a tona příklad, že se octnou na ulici, nemají občanský průkaz, potřebují sehnat práci, mají zdravotní problémy a některé z těchto problémů může pracovník terénních programů vyřešit sám, ale pokud není schopen pomoci, posílá uživatele do organizací, kde jim pomohou a zároveň jim také

¹⁷ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s.159

¹⁸ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 160

sděluje rizika nevyлéčení těchto nemocí,

- motivace uživatele k tomu, aby se šli léčit do zařízení, které je pro ně vhodné (to záleží na druhu jeho závislosti), ukázat mu, že braní drog je pro něj překážkou.¹⁹

3.2.2 Nízkoprahová kontaktní centra

„Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě“.²⁰

Klienti mají možnost v těchto centrech působit anonymně. Do služeb, které tyto centra nabízejí, patří navázání kontaktu s klienty, zjištění jejich problému, dále potom výměna injekčních stříkaček, náplast apod., poskytnutí pomoci při zjištění nemoci, odborné rady, kde se mohou léčit, jaká rizika jim hrozí v případě nevyлéčených nemocí, krátkodobé zásahy v podobě práce s rodinou, partnerem či partnerkou, tréninky, při kterých vystupuje klient z anonymity a je mu poskytováno poradenství s terapeutem, dále pak pomoc při kontaktu s úřadem práce, policií, rodinou a také poskytnuté stravy a hygienických potřeb.²¹

„Kontaktní centra jsou vázána povinnostmi předávat údaje hygienickým stanicím (hlášení do registru problémových uživatelů), spolupracují s praktickými lékaři (někteří klienti mají potíže s dosažením na základní lékařskou péči z důvodů různých indispozic např. problémy se zdravotním pojištěním), s ambulantními psychiatry (komplikace, duální diagnózy, závažné psychické poruchy), s programy detoxikace, s terapeutickými komunitami (příprava na vstup do komunity), se stacionáři (psychoterapeutická pomoc, rodinné intervence), s psychiatrickými léčebnami a odděleními, s právními poradnami (konzultace problémů klientů v konfliktu se zákonem, zastupování klientů v různých fázích trestního řízení), s probační a mediační službou (spolupráce na možném odklonu trestu,

¹⁹KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 161, 162

²⁰ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 165

²¹ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 169

jsou-li splněna kritéria), se zařízeními sociální péče (možnosti podporovaného bydlení, práce, příspěvků).“²²

Nízkoprahovost znamená, že poskytovatel služby nepotřebuje znát žádné osobní údaje o klientovi, uživateli drog, a ani jméno uživatele. Poskytování sociální služby nízkoprahově znamená redukovat sociální, psychologické a další bariéry, jež omezují uživateli službu vyhledat. Je to například práce streetworkerů, kteří oslovují uživatele v jejich prostředí a nabízí jim pomoc.²³

3.2.3 Lékařská ambulantní péče o závislé

Mezi cílovou skupinu pro tzv. AT poradny můžeme zařadit kohokoliv, ať už středoškoláky, vysokoškoláky nebo zaměstnance v nějakém podniku ba naopak nezaměstnané, všichni mohou navštívit tuto poradnu. Může se také jednat o uživatele, kteří jsou vysoce závislí na droze nebo jen uživatele, kteří jsou, jak se nazývají „sváteční“.

Každý pacient musí projít lékařským vyšetřením, kde se zjišťuje objektivní a subjektivní anamnéza. Objektivní anamnézu sděluje rodič nebo partner. Napomáhá k osvětlení problému z různých stran. Subjektivní anamnéza nám sděluje informace o začátku a příčině braní drog, jak velké dávky jsou užívány a v jakém časovém intervalu. Dále je podroben psychiatrickému vyšetření, kdy se zjišťuje jeho psychický stav a stav, který má když danou látku užívá, a poté když účinek odeznívá. Při neurologickém vyšetření se zjišťuje jeho pohyb, puls, krevní tlak, dýchání atd. Poté se klient účastní vyšetření, ve kterém se zjišťuje, jestli nemá nějakou nemoc (hepatitida A, B, C, HIV apod.).²⁴

K prvnímu kontaktu dochází již při sestavování anamnézy, kdy se klient seznamuje s pracovníky a prostředím a zbavuje se úzkosti z toho, co se bude dít. Léčba se skládá ze tří částí a to:

- psychoterapie - při které se personál musí přizpůsobovat stavu pacienta, vycítit

²² KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 169-170

²³ BOUKAL, Petr. *Nestátní neziskové organizace (teorie a praxe)*. Praha: Oeconomica, 2009. 304 s. ISBN 978-80-245-1650-9, s. 204

²⁴ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 173

jeho problémy, aby pacient věděl, že někdo má zájem o jeho problémy

- farmakoterapie - řeší problémy týkající se brání drog (vzniklým onemocněním)
- socioterapie – snaží se navrátit uživatele do světa, ve kterém je jeho rodina, škola, práce

Následná péče zahrnuje sledování zdravotního stavu pacienta po dobu pěti let, kdy dochází na kontroly, které se postupem času konají ve vzdálenějších časových intervalech. Po pěti letech je klientova složka vyřazena z evidence.²⁵

3.2.4 Denní stacionář

Denní stacionář nepatří k ambulantní léčbě a také ani ne k péči ústavní. Poskytuje svou péči přes den, v pracovní dny. Je určena pro uživatele, kteří mají kde bydlet, tudíž nepotřebují péči ústavní, ale potřebují péči přes den, aby ve svém bytě nezůstávali sami, a k tomu jim nestačí péče ambulantní. Uživatelé se řídí podle strukturovaného programu, kde mají určený přesný časový rozvrh, soubor pravidel vztahujících se k léčbě a k žádoucímu a nežádoucímu chování, dále pak skupinové terapie, terapeutické aktivity a rozsah léčby minimálně 20 hodin týdně rozvržený do pěti pracovních dnů. Délka léčby se pohybuje v rozsahu 3 až 6 měsíců. Jedná se tedy o střednědobou délku léčby.²⁶

Cílem této léčby je nejen udržet ho v abstinenci ale také ho podporovat v jeho osobním životě, který se vyvíjí, ve vztahu k jeho okolnímu prostředí a to tak, aby mohl najít práci, či studovat a zlepšit jeho sociální fungování. Tento druh léčby není vhodný pro všechny uživatele. Kritéria, které by měl uživatel drog splňovat:

- měl by mít bydlení a být schopný každý den dojíždět do stacionáře,
- odvykací příznaky nesmí být v závažném stupni,
- tělesné a psychické potíže nesmí být v takovém stavu, že vyžadují nemocniční péči,
- přijmutí programu, pohnutek k pravidelnému navštěvování,

²⁵ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 174-175

²⁶ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s 179-180

- schopnost opustit drogu,
- podpora ze strany přátel a rodiny, vyhovující okolí, které pro něj není škodlivé.

Řada těchto kritérií může být nahrazena pomocnými či přípravnými programy. Uživatel ale nesmí trpět vysokým stupněm závislosti, zachovalou sociální a psychickou nedotknutelností a stálostí.²⁷

3.2.5 Detoxikační jednotky

Detoxikační jednotky jsou určeny uživatelům, pro které není žádoucí například léčba ve zdravotním zařízení, na jednotce intenzivní péče nebo jiném zařízení. Je určena pro zvládání odvykacích syndromů. Slouží ke střednědobé nebo dlouhodobé léčbě závislosti. V čele detoxikační jednotky stojí kvalifikovaný lékař, zaměstnanci tvoří další lékaři, terapeuti, sociální pracovníci a střední zdravotní personál. Detoxikační jednotka by měla být schopna poskytovat následující péči:

- farmakoterapie – určuje se druh léku a výše dávkování,
- psychoterapie – práce s motivací klienta, posílení motivace,
- sociální práce – pomoc při jednání s rodinou, úřady, výběrem vhodné následující léčby atd.²⁸

U těžší závislosti je nutná další péče, jelikož u ní detoxikace není zcela postačující. Pacienti detoxikačních jednotek bývají předáváni do kontaktních center, do krátkodobé nebo střednědobé ústavní léčby, programům intenzivní ambulantní péče a ambulantní péče orientované k abstinenci a do terapeutických komunit s dlouhodobým pobytem.²⁹

²⁷ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 180-181

²⁸ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 191-192

²⁹ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 192

3.2.6 Střednědobá ústavní léčba

Doba léčby je vymezena na 3-6 měsíců, je poskytována psychiatrickými léčebnami a také některými specializovanými psychiatrickými odděleními v nemocnicích. Cílem střednědobé ústavní léčby je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek. Léčba je rozdělena do několika fází. Pokud se jedná o typický průběh, lze ji zařadit do 4 fází: 1. fáze (1-3 týden) dochází k detoxikaci, stabilizaci pacienta, 2. fáze (1 měsíc) přizpůsobení se programu a prostředí, 3. fáze (2-3 měsíce) aktivní léčba pacienta, 4. fáze (1 měsíc) příprava na život po léčbě. Během týdne se objevují všechny části celého programu, které jsou rozděleny do 20 hodin týdně, ten obsahuje:

- aktivity volnočasové,
- aktivity skupinové,
- komunitní, psychoterapeutické,
- pracovní prvky,
- edukativní, racionální terapie (přednášky na vybrané téma, popřípadě samostudium a následné přezkoušení)³⁰

3.2.7 Rezidenční léčba v terapeutických komunitách

Zařízení je zaměřené na léčbu střednědobou a dlouhodobou trvající 6-18 měsíců, léčba vede k abstinenci a sociální rehabilitaci. K dosažení cílů komunity je nezbytná otevřenost, komunikace, samotný život v komunitě. Prvky, které jsou zahrnuty v programu léčby, se zaměřují na chování, na emoce a vývoj osobnosti, na vzdělání, etiku, spiritualitu (vzdělávání, semináře atd.), na dovednost přežít a být profesně zajištěn. Rozdělení dne a týdne je jako v reálném životě.³¹

Fáze léčby v komunitě je rozdělena jako obvykle do 4 fází. V nulté fázi klient ještě není považován za člena komunity, musí požádat o přijetí do komunity a toto přijetí s sebou nese povinnost podepsání smlouvy a zúčastnění se rituálu. V druhé fázi dochází k odnaučení se droze, uvědomování si všeho, co droga způsobila, učení se otevřenosti a

³⁰KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 196-198

³¹ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 201-203

spolupráce, pravidlům. Požádá-li o přestup do další fáze, celá komunita ho zhodnotí a poté je poslán do další fáze, pokud tomu vyhovuje jeho hodnocení. Přestup je opět doprovázen rituálem. Ve druhé fázi nachází člověk cestu k sobě samotnému a ostatním v komunitě a přijímá a uplatňuje nové hodnoty komunity. Ve třetí fázi mohou klienti docházet do práce, shánět si bydlení. Komunita jim slouží jako noční stacionář. Jedná se o nejtěžší fázi, kdy může dojít ke zhoršení stavu.³²

3.2.8 Následná péče, doléčovací programy

K hlavním složkám následné péče patří psychoterapie, kdy se objevují nové problémy nebo naopak ty, které předcházely braní drog. Klíčovou složkou následné péče je prevence relapsu, kdy dochází k obavám selhání. Zde je nutné člověka naučit zvládání těchto situací a vypořádání se s nimi. Dále sem patří sociální práce, kdy má člověk problémy s neplacením zdravotního pojištění, sociálních dávek atd. Prostřednictvím těchto sociálních prací dochází k pomoci těmto lidem. Dále sem patří práce, chráněná místa a rekvalifikace, což je pro klienta velmi důležité. Pomáhá mu najít práci, získat základní pracovní návyky, odbornou kvalifikaci. Lékařská péče je nutná, jelikož braní drog způsobilo vyvolání škodlivých nemocí, jako například hepatitidy typu B, C, gynekologické a dentální problémy. Práce s rodinnými příslušníky je velice důležitá, jelikož zvyšuje efektivitu léčby. Nabídka volnočasových aktivit – klient se musí naučit žít bez drog, zbavit se myšlenek na ně a využívat svého volného času na své koníčky. Délka doléčovacího programu, péče je stanovena na minimální dobu 6 měsíců, ale mnoho klientů si ji prodlužuje na delší dobu.³³

Podmínkou toho, aby klient mohl vstoupit do doléčovacích programů, je minimální abstinence od drog v délce 1-2 měsíce, většinou vezmou i klienta, který z léčby odešel předčasně. U chráněného bydlení je to však delší léčba a podmínkou je i řádně dokončená léčba. S prosbou o následnou péči se však klienti mohou kontaktovat i jiná zařízení, jako

³² KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 205

³³ KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6, s. 209-211

jsou AT poradny, či psychologické poradny.³⁴

Domy na půl cesty nabízí ubytování a pomoc při získávání zaměstnání a nových přátel. Ambulantní doléčovací programy mají stejný cíl jako již zmíněné domy na půl cesty.³⁵

3.3 Kontaktní centrum Netopeer

Tato část kapitoly se věnuje konkrétnímu příkladu organizace poskytující péči drogově závislým a to kontaktnímu centru Netopeer ve Znojmě. Popisuje poslání a cíle protidrogové víceúčelové služby, na jakou cílovou skupinu se zaměřuje a jaké služby poskytuje. O kontaktním centru je dále zmíněno i v praktické části, kde je uveden rozhovor s vedoucí kontaktního centra.

3.3.1 Poslání služby

„Posláním služby je minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním nelegálních nealkoholových drog a ochrana společnosti před možnými negativními důsledky zneužívání návykových látek. Kontaktní centrum Netopeer poskytuje ambulantní a terénní sociální služby v regionu Znojmo.“³⁶

3.3.2 Cílová skupina

Mezi cílovou skupinu kontaktního centra Netopeer patří:

Primární cílová skupina a to:

- uživatelé drog, kteří jsou problémoví a vyskytují se v oblasti Znojma nebo jeho blízkosti
- lidé, kteří jsou závislí na návykových látkách
- lidé experimentující a škodlivě užívající

³⁴ KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2, s.112

³⁵ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9, s. 102

³⁶ Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do;jsessionid=F9159CA2434B696BCE1D57A1CF7B80DB.node1?756g=43473b883a93523f>

Další skupiny a to:

- rodiče a blízké osoby uživatelů drog
- abstinující uživatelé³⁷

3.3.3 Poskytující služby

Služba poskytuje kontaktní a poradenské služby a to v terénu i v centru, výměnu injekčních setů a dalšího zdravotnického materiálu, pomáhá uživateli, který danou situaci nezvládá, poskytnutí základního ošetření, terénní programy, pomoc zvládnutí situace po léčbě, sociální podpora.

3.3.4 Cíle služby

Za svůj hlavní cíl vytyčuje tato služby redukci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog., ochránit okolí před negativními vlivy, které způsobuje braní drog, jako je přenos infekčních onemocnění³⁸

3.4 Financování péče o drogově závislé

Tato kapitola se věnuje zdrojům, ze kterých jsou čerpány prostředky na péči o drogově závislé v České republice.

3.4.1 Protidrogová politika v České republice

Protidrogová politika v ČR je realizována na úrovni národní, krajské a místní. Spolupráci ministerstev a dalších orgánů řídí Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky v ČR (dále jen RVKPP). Každým rokem podává vládě výroční zprávu o stavech ve věcech drog za předešlý rok. Další její činností je udělování certifikátů odborné způsobilosti osobám poskytujícím služby pro uživatele drog a schvalování dotací na návrhy protidrogové politiky.

³⁷ Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z:

<http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do;jsessionid=F9159CA2434B696BCE1D57A1CF7B80DB.node1?756g=43473b883a93523f>

³⁸ Kontaktní centrum Netopeer - Víceúčelová drogová služba, Znojmo. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/kontakti-centra/kontakti-centrum-netopeer-viceucelova-drogova-sluzba-znojmo/>

„Čtyři základní pilíře protidrogové politiky v ČR: represe, prevence (prevence primární), léčba a resocializace, Harm Reduction.“³⁹

3.4.2 Zdroje financování péče o drogově závislé

Péče o drogově závislé je financována z několika zdrojů. Jedná se o tyto zdroje:

- Zdravotní pojišťovny
- Veřejné zdroje: **ze státního rozpočtu** (Úřadů vlády ČR – Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a jednotlivých ministerstev)
z místních rozpočtů (krajů a obcí)
- Neveřejné zdroje (nadace, sbírky, sponzorské dary)
- Zahraniční zdroje
- Vlastní zdroje a poplatky
- Jiné

3.4.3 Výdaje z veřejných i neveřejných rozpočtů

Výdaje z veřejných rozpočtů zahrnují výdaje ze státních a místních rozpočtů. Tyto rozpočty jsou určeny na přímé financování protidrogové politiky.

„Veřejné financování zabezpečují:

- *instituce státní správy (ministerstva) a*
- *samosprávy*“⁴⁰

Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku přicházejí z těchto odborů:

- Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP)
- Ministerstva školství, mládeže, tělovýchovy (dále jen MŠMT)
- Ministerstva obrany (MO)
- Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV)

³⁹ Protidrogová politika [online]. [cit. 2012-04-13]. Dostupné z:

<http://www.legalizace.cz/legislativa/protidrogova-politika-v-cr/>

⁴⁰ BOUKAL, Petr. *Nestátní neziskové organizace (teorie a praxe)*. Praha: Oeconomica, 2009. 304 s. ISBN 978-80-245-1650-9, s. 72

- Ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ)
- Ministerstva spravedlnosti (dále jen MS)
- Generálního ředitelství cel (dále jen GŘC)
- Národní protidrogové centrály Služby Kriminální policie a vyšetřovací Policie ČR (dále jen NPC)

„Protidrogová politika je financována i z místních rozpočtů, tj. rozpočtů krajů a obcí.“⁴¹

Finance z neveřejných zdrojů jsou poskytovány:

- jednotlivými dárci (tuzemskými i zahraničními)
- podnikovými dárci
- nadacemi z tuzemska i zahraničí.⁴²

3.5 Financování drogové závislosti ve státech EU

Tato kapitola se věnuje financování léčby drogových závislostí ve státech Evropské unie.

Financování pochází ze 3 zdrojů:

- Veřejné zdroje
- Soukromé zdroje
- Sociální zdravotní pojištění

Veřejné zdroje pochází od vlády, která tyto prostředky získává prostřednictvím poplatků, půjček a dotací. Soukromé zdroje se skládají z dotací (mezinárodních nebo domácích), granty, půjčky nebo od lidí, kteří přímo platí poskytovatelům v drogových léčebnách. V několika evropských zemích je zdravotní péče poskytována prostřednictvím zdravotního pojištění, čímž jsou zaměstnanci a pracovníci zavázáni podílet se na poplatcích zdravotního pojištění. V Evropě je hlavní zdrojem poskytování finančních

⁴¹ Zdroj: Mravčík, Viktor *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010* [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. Str. 15

⁴² BOUKAL, Petr. *Nestátní neziskové organizace (teorie a praxe)*. Praha: Oeconomica, 2009. 304 s. ISBN 978-80-245-1650-9, s. 75

prostředků vláda. Na obrázku č. je vidět, že víc než polovinu finančních prostředků poskytuje vláda. Vyskytuje se to v 11 ze 13 sledovaných zemí. Role, kterou hraje odlišná úroveň vlády se liší mezi zeměmi.

V Portugalsku je financována léčba centrální vládou. V pěti dalších případech, a to v Estonsku, Řecku, Kypru, Lucemburku, Velké Británii, centrální vláda financuje více než polovinu ošetřování drogově závislých. Na rozdíl od Dánska, kde místní orgány financují všechny náklady na ošetření drogově závislých. Ve Španělsku a Finsku financují více jak polovinu nákladu místní a regionální orgány. V České republice poskytuje centrální a ostatní nižší úrovně vlády přibližně stejnou částku a dohromady platí více jak polovinu nákladu na ošetření závislých.

Financování drogového ošetření prostřednictvím zdravotní pojišťovny je hlášeno v pěti zemích. Ve dvou z nich, a to v Německu a Slovinsku, je zdravotní pojištění hlavní sponzorem, zatímco v ostatních třech (ČR, Rakousko a Lucembursko) je jen podstatným sponzorem.⁴³

3.5.1 Srovnání drogové scény v ČR a ostatních zemích EU

Česká republika vede v konzumaci drog oproti ostatním státům EU. Je tomu ze dvou důvodů, jak uvedl Národní protidrogový koordinátor. A je to mu tak, proto, že Česká republika nemá dostatek financování na protidrogovou politiku a také to, že si mnoho lidí myslí, že je u nás marihuana legální, ale ve skutečnosti tomu tak není.

V Británii, Francii a Německu bylo před několika lety užívání marihuany také na vysoké úrovni jako u nás. Ale procento výskytu užívání se začalo snižovat v důsledku zacílených zásahů právě na specifické uživatele konopí.

Pro českou drogovou scénu, a částečně i slovenskou je typické užívání pervitinu. Jeho výskyt se každoročně zvyšuje a za poslední dva roky se v České republice zvýšil o 20%. Toto zvýšení vysvětluje národní protidrogový koordinátor státními škrty v protidrogové politice. Česká republika začíná vyvážet pervitin do zahraničí. Jedná se zatím o malé vývozy do Německa, ale je otázkou času, kdy se tato situace změní.⁴⁴

⁴³ COST AND FINANCING OF DRUG TREATMENT SERVICES IN EUROPE: AN EXPLORATORY STUDY . [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/publications>

⁴⁴ ČERNÝ, Ondřej a kol. V Česku je nejvíce konzumentů drog z celé EU. [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: [Http://www.rozhlas.cz/zpravy/spolecnost/_zprava/v-cesku-je-nejvice-konzumentu-drog-z-cele-eu--976552](http://www.rozhlas.cz/zpravy/spolecnost/_zprava/v-cesku-je-nejvice-konzumentu-drog-z-cele-eu--976552)

4 Praktická část

V praktické části se v první kapitole zaměříme na organizaci Netopeer. Je to kontaktní centrum, které sídlí ve Znojmě. Tato organizace byla vybrána právě proto, že se nachází v naší blízkosti. V teoretické části jsme tuto organizaci popsali a teď se zaměříme na údaje, které nám při našem řízeném rozhovoru poskytla vedoucí kontaktního centra Mgr. Zuzana Protivínská. Otázky se týkaly ekonomické stránky organizace, k čemu organizace slouží a kolik osob navštěvuje toto centrum.

Původním cílem našeho bylo zjistit, jaká je úspěšnost vyléčení osob závislých na nealkoholových drogách, tedy kteří si aplikují drogy injekčním způsobem. Je ale velmi obtížné určit, kolik lidí, tedy osob závislých na drogách, se rozhodne jít léčit. Kontaktní centrum se spíše snaží pomoci těmto lidem a komunikovat s nimi a nevede si statistiky osob, které se chtějí jít léčit. Proto se v další části věnujeme zjištění efektivity vyléčení z drogové závislosti, které se vztahuje na celou ČR.

4.1 Otázky pro KC Netopeer Znojmo

1. Co je KC Netopeer?

„Definice se různí podle toho, jak se to vykládá. My jsme jednak registrovaná sociální služba, tato definice vyplývá ze zákona o sociálních službách, kde ty kontaktní centra jsou definované jako nízkoprahová zařízení, které jsou určena osobám ohroženým, v závislosti na návykových látkách. Toto je definice obecná a v podstatě my jsme tedy naše kontaktní centrum nízkoprahové zařízení, potažmo drogová služba, takže to je další jakoby článek, kterým se zabývá Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky a ta si to definuje právě jako určitou drogovou službu s určitou nabídkou služeb právě pro klienty, kteří jsou právě uživatelé drog.“

2. Čím se zabývá KC Netopeer?

„Čím se kontaktní centrum zabývá, vyplývá znovu právě ze zákona o sociálních službách.“

3. Kolik lidí za měsíc/rok navštíví Vaše centrum s žádostí o pomoc?

„Ještě se vrátím k té cílové skupině. My se tedy zaměřujeme na uživatele nealkoholových drog, nelegálních. My se nezaměřujeme na uživatele alkoholu a potom na nikotinu, takže nás zajímají ty nelegální drogy. Primární naší cílovou skupinou jsou problematičtí uživatelé drog, to znamená, že jsou to lidé, kteří si aplikují injekčním způsobem. To je naše hlavní cílová skupina. A druhá taková podskupina jsou příbuzní a rodiče právě tady těchto osob, a potom i laická a odborná veřejnost apod., takže to vyplývá z toho. Ale obecně k té statistice my máme průměrně 100 klientů za rok a v podstatě za den nás tady průměrně navštíví 15-18 lidí, s tím, že my v tuhle chvíli máme otvírací dobu na kontaktní centrum, pondělí až čtvrtek od 12:00 do 16:00, takže za 4 hodiny 15-18 lidí. Takže tohle je docela dost vysoké číslo.“

4. Jak dlouho trvá jejich léčba a jaká je úspěšnost vyléčení?

„Ono to vyplývá z toho, že kontaktní centrum je obecně první taková odborná instituce, se kterou lidé přicházejí nejprve do toho kontaktu a je to vlastně první zařízení nebo podaná ruka, pomoc, a v této chvíli pracujeme s lidmi, kteří právě mají různý postoj k drogám, takže někteří nechtějí přestat s užíváním drog, někteří chtějí třeba jenom nějakým způsobem to užívání drog zmírnit, někteří chtějí absolutně abstinovat, takže se obecně nedá říct, jakou máme úspěšnost s léčbou, protože jsme právě ta první instituce, se kterou se setkávají a my jako první se snažíme respektovat jejich postoj k drogám, jejich aktuální situaci. Samozřejmě jsme schopni nabídnout tu pomoc, tu léčbu, zprostředkováváme tu léčbu, ale není to základní poptávka, se kterou tito klienti přicházejí v tuto chvíli.“

5. Kolik pacientů se k Vám obrací znovu po ukončení léčby s prosbou o další pomoc?

„Ono to v podstatě vychází z filosofie té závislosti, kdy v podstatě, my můžeme říct, že nepsané pravidlo, které platí, je to, že jak dlouhou dobu ten klient drog užívá, tak tak dlouhou dobu se z té závislosti bude dostávat. To je takové nepsané pravidlo, takže samozřejmě vždycky mají větší šanci, tedy ta šance se násobí u lidí, kteří opravdu ty drogy užívají menší dobu, kratší dobu, ale je pravda, že ta léčba bývá opakovanou, ten relaps je docela častý a v podstatě se jedná o to, že někteří naši klienti ani nevstupují do léčby, do odborných institucí, ale dokáží abstinovat svépomocí, v současné době jich máme několik

a ti právě za námi průběžně chodí a průběžně se bavíme o jejich situaci nebo nám přijdou prostě jenom říct, co se jim daří, co se jim nedaří, s čím potřebují pomoc apod. Takže existuje léčba i svépomocí, která je docela častá.“

6. A po jak dlouhé době přicházejí?

„Ono se to vlastně odvíjí od toho, že každý nebo jakýkoliv klient, uživatel nás vyhledá v tu chvíli, když má nějaký problém, se kterým potřebuje poradit a ví, že my to máme v té nabídce služby a že se na nás s tím může obrátit. Takže to je hrozně individuální, protože naším těžištěm té práce je odborné poradenství, odborné poradenství v léčbě, přístup založený na minimalizaci rizik, které sou spojeny s užíváním drog, takže to poradenství je právě hojně využíváno. Pouze „abstinovat“ nestačí pro začlenění do běžného života, ono je to spojeno s tím, že v průběhu toho užívání několika řádech měsíců nebo let, to je individuální, tak se jim nakupí, nakumulují různé problémy a t zdravotní, trestně-právní, takže to jsou věci, které potom následně oni začínají jakoby řešit. Takže po jak dlouhé době se vracejí, to je hodně různé, to Vám neřeknu.

7. Kolik Vaši klient platí za poskytování Vašich služeb?

„To vás možná překvapím, ale my tím, že jsme registrovaná sociální služba, tak ze zákona jsme pod hlavičkou sociální prevence, takže naše veškeré služby, které tady poskytujeme, které vyplývají ze zákona, tak jsou bezplatné. Takže úhrada klientů za jakoukoliv naši službu je nulová. Takže služby jsou poskytovány zdarma.“

8. Jaké jsou přibližně náklady na jednoho pacienta/závislého?

„My tedy působíme zde od roku 2001 a v podstatě máme zaregistrované dva typy programů. Jsou to kontaktní a poradenské programy a terénní. A ten rozdíl je v tom, že tady se nacházíme v kontaktním centru, což je budova, má to své zázemí, svůj personál a nabídku služeb. Kdežto ten terénní program se odlišuje v tom, že jeho základem je vyhledávání právě potencionální skupiny v jejich přirozeném prostředí. Takže my pracovníci chodíme za těmito klienty ven, do ulic, do parků, do různých restauračních

zařízení, vyhledáváme je, kontaktujeme je a navazujeme na tyto služby, které poskytujeme. A tato finanční stránka se právě hodně liší od toho počtu klientů, které máme třeba za ten rok. Stabilně tedy průměrně je to 100, ale jinak se to může lišit, může to být 125, 130 nebo 110 za ten rok. Ale není to až tak určující, protože určující je počet kontaktů, které mi s nimi máme. To znamená, kolikrát nás navštíví a kolikrát jsme v kontaktu a poskytneme jim tu službu. Což třeba v loňském roce bylo extrémní a ty stabilní náklady se odvozují od toho, jaké je personální složení. My jsme zde v tuhle chvíli 3 sociální pracovníce na dva a půl úvazku na toto centrum a na terénní programy dva úvazky a v loňském roce jsme měli rozpočet 1 412 000,- Kč. Ale samozřejmě do toho rozpočtu jsou počítány náklady jednak mzdové, nájem za budovu, energie, plyn, patří sem i podíl správy, protože my jsme nezisková organizace, spadáme do sdružení podané ruce, což je jedna velká organizace, která má spoustu takovýchto služeb po Moravě a ta nám zajišťuje třeba tu ekonomickou stránku apod. Takže její podíl patří do nákladů také.“

9. Jaká je nyní situace ve Znojmě ve srovnání s předchozími roky? Je více pacientů, kteří znají Vaše K centrum?

„Obecně můžu říct, že počet klientů za ten rok je stabilní, s mírným, ale opravdu mírným nárůstem. Počet prvokontaktů, to znamená počet lidí, kteří nás navštíví poprvé, je relativně také stejný, ale právě dochází k tomu, že stoupá počet výkonů. To znamená, že klienti využívají čím dál více těchto služeb a opakovaně. Ono se vlastně jedná také o to, že změny jsou takové, že nám narůstá počet klientů, kteří jsou v tzv. sekundárním kontaktu. To znamená, že my s nimi ten osobní kontakt nemáme, ale máme ho pouze zprostředkovaný přes další osoby. Takže tenhle počet kontaktů narůstá. Obecně máme více klientů mužů, nežli žen a ten průměrný věk je kolem 28 let a tato věková hranice se stále pořád drží. Za loňský rok to bylo 97 klientů, v roce 2010 78+ 35 v tom sekundárním kontaktu a jak jsem říkala, ty výkony se násobí a minulý rok jsme měli přes 2200 kontaktů s těmi klienty, kteří nás tady navštěvují.“

10. Vedete se nějaké statistiky o počtech Vašich klientů?

„Ano vedeme.“

11. Víte o dalších závislých, kteří nenavštěvují Vaše centrum?

„Určitě. Ono se dá mluvit o tom, že tohle je pouze taková „špička ledovce“, se kterou naše zařízení je v kontaktu, protože my teda působíme ve městě Znojmě a my kontaktní centrum také máme ve městě Znojmě, terénní programy jsou v současné době také poskytovány jenom ve městě Znojmě, takže nám odpadá tak trochu to okolí, ty přilehlé vesničky, protože když si to vezmete tak, tak vlastně bývalý okres Znojmo čítá na 144 obcí a v dnešní době ta protidrogová služba je umístěna až v Brně, Břeclavi, Třebíči, Jihlavě a je prostě ve vzdálenosti 60 a více kilometrů. Takže tady tahle oblast není zatím pokrytá, ale naši snahou do budoucna je rozšířit ty terénní programy do těch ostatních vesnic a i třeba větších měst, jako je Moravský Krumlov, Miroslav protože ty zatím touto službou pokryty nejsou a my s těmito lidmi jsme zatím pouze jenom v sekundárním kontaktu a vidíme, že ten problém tam je a bylo by potřeba i ty služby. Ale odráží se to od té finanční stránky.“

12. Jaké jsou celkové finance, které přijímáte a z jakých zdrojů je přijímáte?

„V současné době máme 4 hlavní donátory, je to Ministerstvo práce a sociálních věcí, rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Jihomoravský kraj a město Znojmo. V minulosti to bylo například Ministerstvo zdravotnictví nebo Evropský sociální fond a jiné třeba dary to bylo minulý rok, ale v současné době jsou to tito 4 hlavní donátoři.“

13. Jak vidíte financování do budoucna?

„Tak třeba v letošním roce se nám bohužel ukázalo, že spoléhat na tady tyto 4 donátory, byť jsou teda jakoby základní, zásadní a největší, tak jakoby není úplně asi dobře, protože jsme byli zkráceni o dotace, teď v téhle době je to trend sociální služby dotace zkracovat. Budeme se muset poohlížet asi po změně koncepce. Ono v podstatě je to trošičku začarovaný kruh, v tom, že jsme nezisková organizace a to znamená, že jsme ekonomicky nevýdělečná organizace. Takže jsme právě odkázáni buďto na stát a nebo na další jiné zdroje. Takže je trošičku potřeba se poohlédnout více po těch Evropských sociálních fondech, více se zaměřit na spoluúčasť obcí, hledat si partnery i v tom světě podnikatelském apod.“

14. Máte představu, jak bude Vaše centrum fungovat, pokud se příchod financí z veřejných zdrojů omezí?

„To je bohužel situace, kterou řešíme letošní rok, kdy v podstatě jsme dostali oproti loňskému roku dotaci ještě menší a řešíme situaci v tom, že ono se nedá nějakým způsobem udělat jinak, než omezit tu službu na provozu a na personálním obsazení, takže my v dnešní době řešíme, samozřejmě se snažíme o získání nějaké mimořádné dodatečné dotace, ale pokud by se nám toto nepodařilo, tak jednak by se to tedy promítlo na provozní době, kdy bychom ji museli upravit. A bylo by to samozřejmě nepříjemné vzhledem ke klientům, že služby by byly ještě více omezeny. A samozřejmě také na tom personálním obsazení, kdy by jsme opravdu museli nejspíš hledat i řešení v tom, že bychom propustili částečný úvazek a ty celé úvazky bychom museli snížit na 0,8. To znamená, že by tato služba byla poskytována 4 dny v týdnu.“

15. Co byste zařadila mezi silné a slabé stránky vaší organizace?

„Silná stránka vyplývá v podstatě z toho, že nás zřizuje sdružení Podané ruce, což je občanské sdružení, které se už 20 let profesně zabývá právě drogovou problematikou a je to silný partner na poli právě drogových služeb a své služby poskytuje po celé Moravě. Silnou stránku je i to, že zde působíme již přes 10 let, takže nějakým způsobem máme už nějaké zázemí, vybudovanou důvěru. Také to, že se aktivně účastníme v komisi prevence kriminality a jsme členy sociálních služeb, takže podíl tady v tomhle. Silná stránka je i v tom, že máme vybudovanou důvěru ke klientům, ta práce je opravdu profesionální, máme tady tým pracovníků s vysokoškolským vzděláním, dále se vzdělávají.“

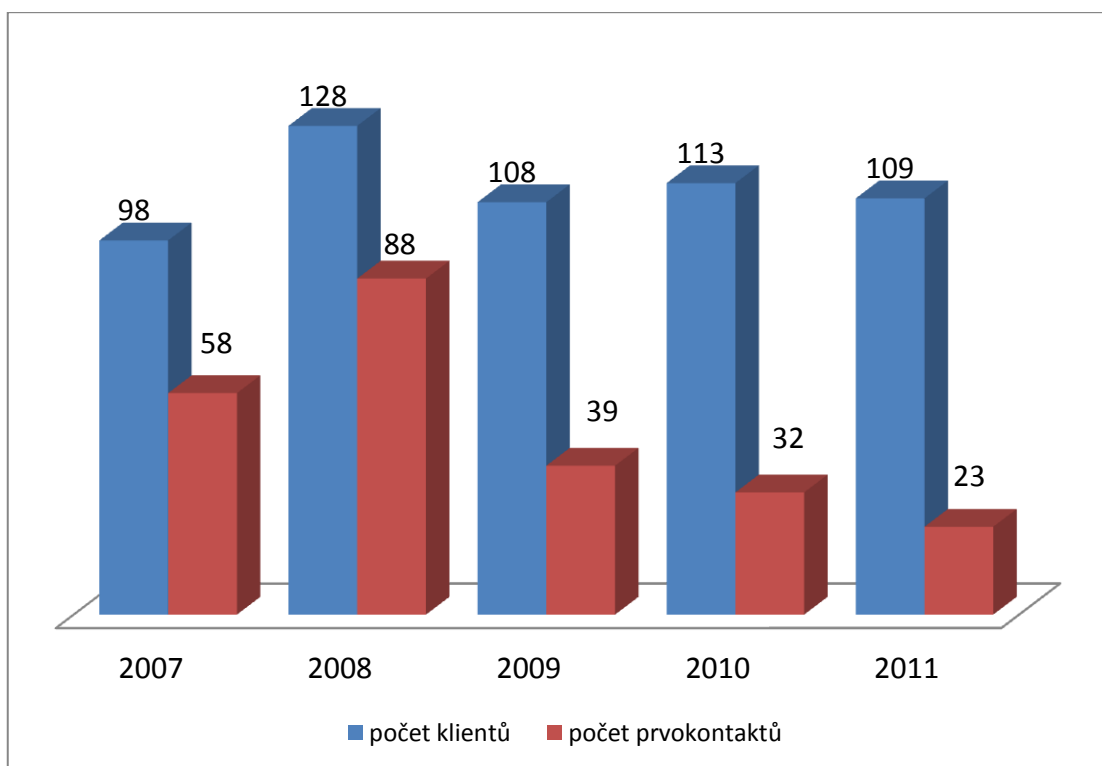
Mezi slabé stránky bych zařadila jednosměrné financování, kdy se opravdu spoléháme v podstatě na ten stát, je to vlastně obecně postavení neziskových organizací.“

Z řízeného rozhovoru je patrné, že kontaktní centrum pocítilo redukci dotací, které přijímají. Počet klientů navštěvující toto centrum se nemění, ale omezené finance jim kontakt s nimi neusnadní. Dále by bylo velice dobré, kdyby bylo dostatečné množství financí na založení kontaktních center v jiných, větších městech, neboť kontaktní centrum

právě kvůli financím omezilo veškeré výjezdy za problémovými uživateli z okolí Znojma. Nyní se s nimi dorozumívají pouze přes e-mail, ale jak už uvedla vedoucí kontaktního centra Mgr. Zuzana Protivínská, není to pro klienty tak efektivní, jako při osobním kontaktu. Bude velice těžké pro kontaktní centrum během dalších let získat finance potřebné pro udržení centra v provozu.

Řízený rozhovor s Mgr. Zuzanou Protivínskou probíhal 7. března 2012 v 9:30. Bylo položeno celkem 15 otázek, na které Mgr. Zuzana Protivínská ochotně odpovídala. Dále mi byly poskytnuty údaje, které můžete vidět v následujících grafech.

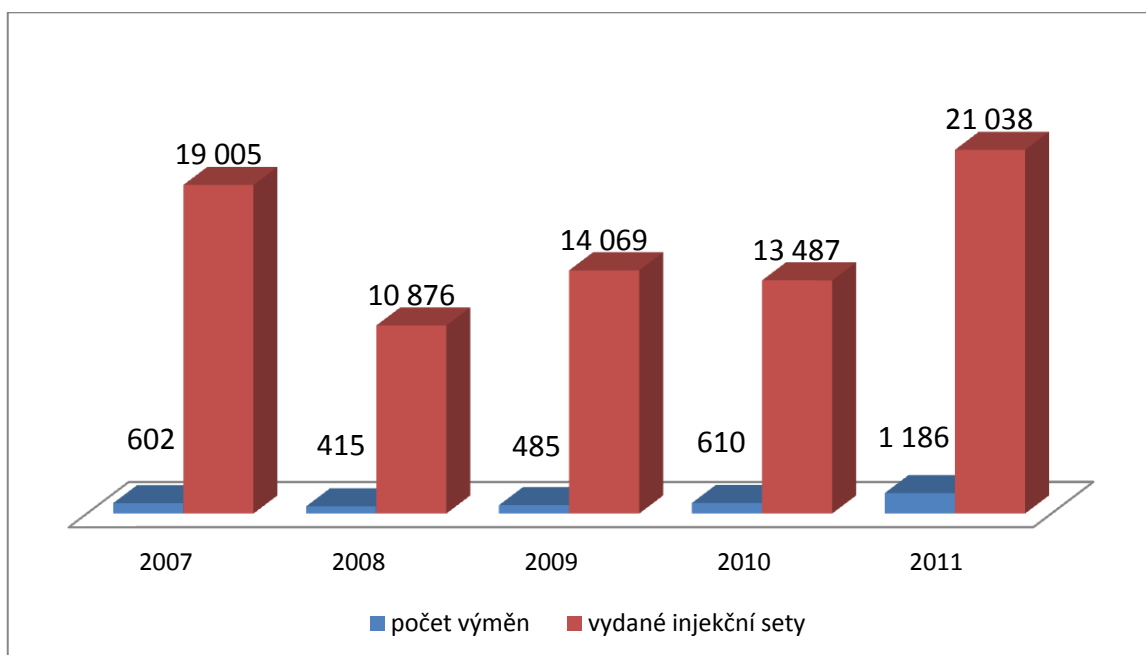
Graf č. 1 Počet klientů kontaktního centra a počet prvokontaktů



Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů získaných z kontaktního centra

Počet klientů kontaktního centra se drží přibližně na stejném počtu, ale počet prvokontaktů se od roku 2008, kdy se rapidně zvýšil, pořád snižuje. To znamená, že kontaktní centrum navštěvují víceméně pořád stejní klienti, uživatelé služby.

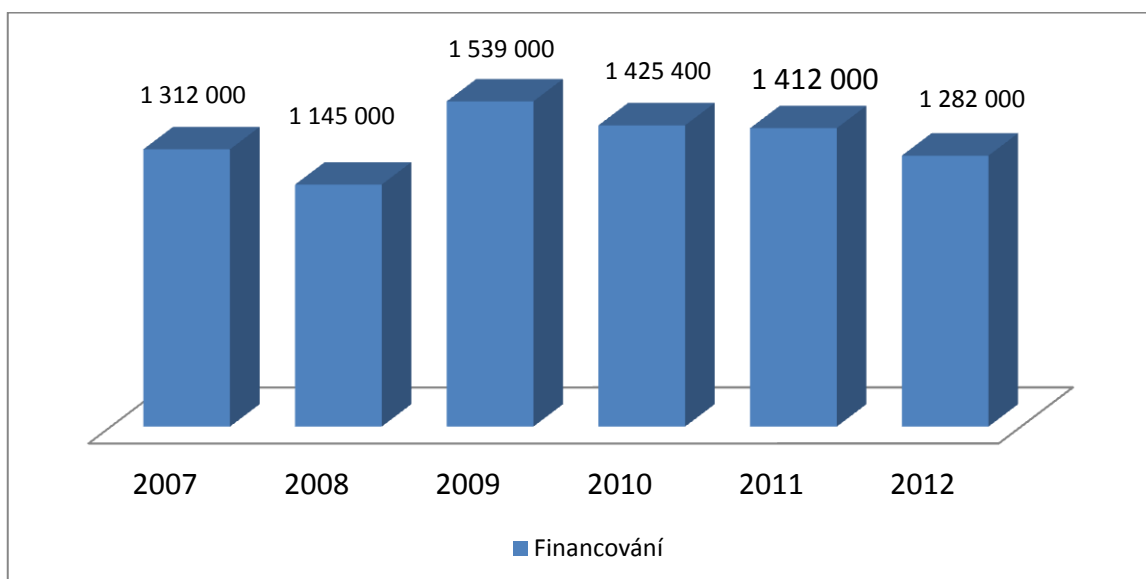
Graf č. 2 Výměna injekčních setů



Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů získaných z kontaktního centra

Výměna injekčních setů v kontaktním centru Netooper probíhá hlavně tak, že drogově závislí si chodí pro injekční sety. V případě výměny injekčních setů se v porovnání se s vydanými sety nejedná o vysoká čísla. Injekční sety, které drogově závislí použijí, jsou tedy nejspíše někde pohozeny.

Graf č. 3: Financování kontaktního centra Netopeer



Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů získaných z kontaktního centra

4.2 Šetření počtu problémových uživatelů drog

V tabulce jsou uvedena čísla, které se vztahují na problémové uživatele drog. „Problémoví uživatelé drog jsou podle definice lidé, kteří dlouhodobě "berou" opiáty, heroin, kokain a pervitin či extázi a snaží se proti tomu něco dělat.“⁴⁵

To znamená, že tito lidé jsou v kontaktu s některými centry a ví se o nich. Uživatelů, kteří berou drogy je mnohem více, a jen těžko lze tento počet odhadnout, proto se budeme věnovat uživatelům, kteří se pokoušejí se svojí závislostí něco dělat. Kokain v těchto číslech není zahrnut, jelikož není v ČR rozšířen, vztahuje se pouze přibližně na 1 % drogově závislých.

Tabulka č. 1 Počet problémových uživatelů drog v ČR 2002-2010

| Rok | Počet problémových uživatelů | Uživatelé opiátů | Uživatelé pervitinu | Injekční uživatelé drog |
|------|------------------------------|------------------|---------------------|-------------------------|
| 2002 | 35 100 | 13 300 | 21 800 | 31 700 |
| 2003 | 29 000 | 10 200 | 18 800 | 27 800 |
| 2004 | 30 000 | 9 700 | 20 300 | 27 000 |
| 2005 | 31 800 | 11 300 | 20 500 | 29 800 |
| 2006 | 30 200 | 10 500 | 19 700 | 29 000 |
| 2007 | 30 900 | 10 000 | 20 900 | 29 500 |
| 2008 | 32 500 | 11 300 | 21 200 | 31 200 |
| 2009 | 37 400 | 12 100 | 25 300 | 35 300 |
| 2010 | 39 200 | 11 000 | 28 200 | 37 200 |

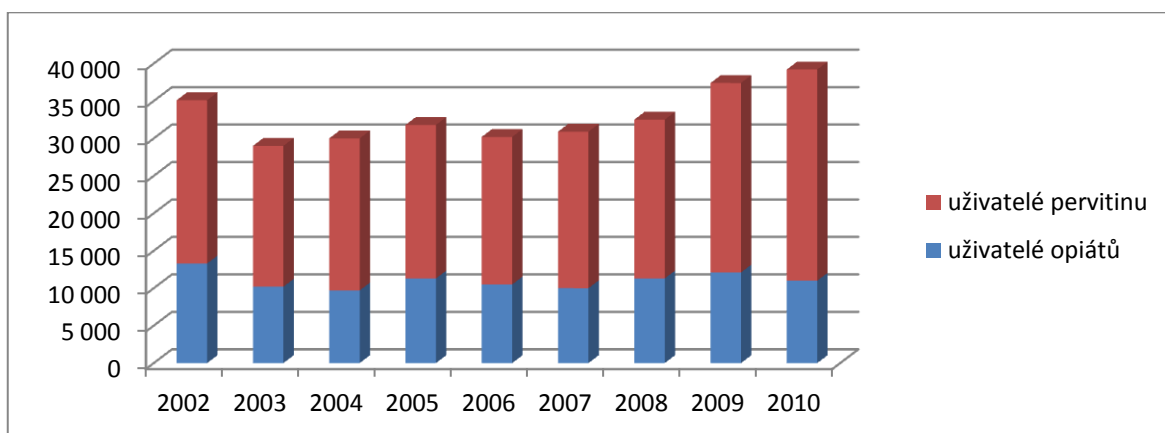
Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010. [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2010

V tabulce uvedené údaje nejsou přesné, jelikož jen těžce se dá zjistit celkový počet osob závislých na drogách. Nejsou zde zahrnuty čísla týkající se počtu osob závislých na alkoholu a nikotinu a marihuaně.

Pro lepší přehlednost si tato čísla uvedeme v následujícím grafu.

⁴⁵ Drogy v ČR. www.zdrav.cz [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5299>

Graf č. 4 Počet problémových uživatelů drog v ČR 2002-2010



Pramen: Vlastní zpracování

V grafu můžeme vidět rok 2002, kdy byl celkový počet závislých 35 100. V dalších letech počet závislých klesal a držel se pod touto hranicí. Od roku 2009 ale překročila tuto hranici a počet závislých se zvedá. Je také na první pohled vidět, že v české drogové scéně vede s přehledem pervitin. Tato droga je u nás oblíbená už jen proto, že je lehce dostupná.

Nyní si ukážeme, jaký je počet žadatelů o léčbu, a jak se v jednotlivých letech zájem o léčbu mění.

Tabulka č. 2 Počet žadatelů o léčbu 2002-2010

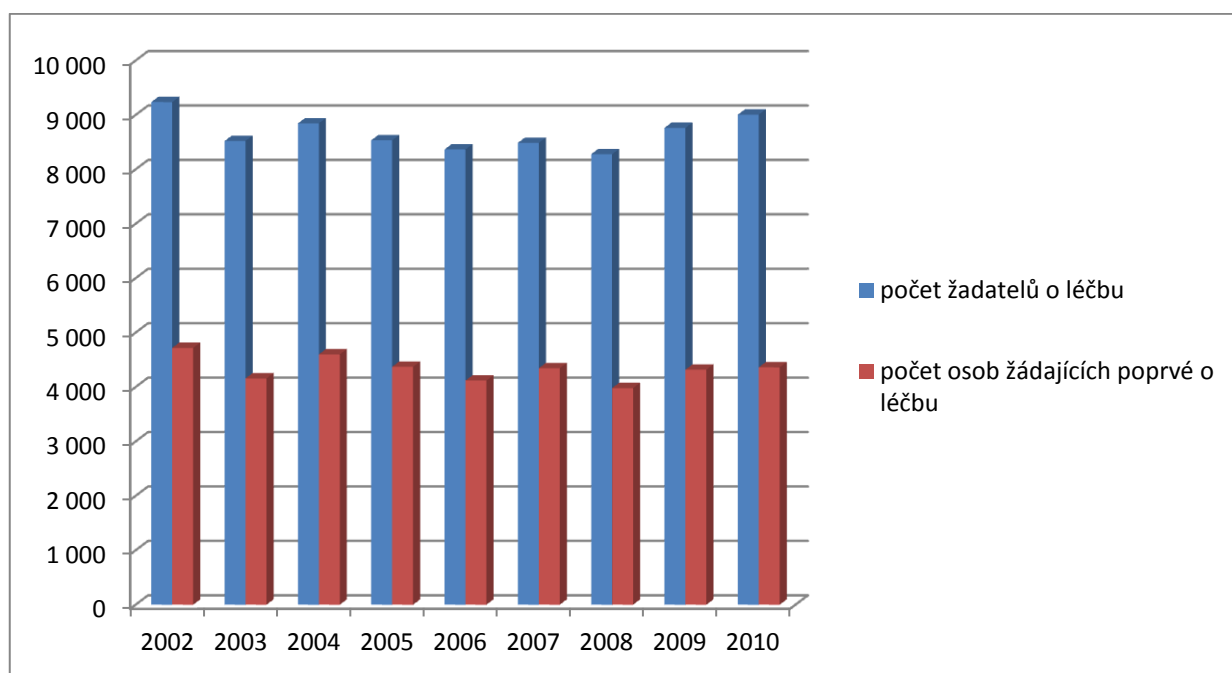
| Rok | počet žadatelů o léčbu | Počet osob žádajících o léčbu poprvé |
|------|------------------------|--------------------------------------|
| 2002 | 9 237 | 4 719 |
| 2003 | 8 522 | 4 158 |
| 2004 | 8 845 | 4 600 |
| 2005 | 8 534 | 4 372 |
| 2006 | 8 366 | 4 119 |
| 2007 | 8 487 | 4 346 |
| 2008 | 8 279 | 3 981 |
| 2009 | 8 763 | 4 318 |
| 2010 | 9 005 | 4 362 |

Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů získaných z www.drogy-info.cz [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy

Jak lze na první pohled vidět, z počtu osob žádajících o léčbu, je jen polovina osob, které žádají o tuto léčbu poprvé. Zbýlý počet tvoří osoby, které se do léčby přihlásili dvakrát či dokonce několikrát nebo ti, kteří nastoupili do dlouhodobé léčby nebo si z jakýchkoliv důvodů prodloužili svoji léčbu, protože nebyli připraveni na to, aby se vrátili „zpět“ do života bez drog a přizpůsobili se okolnímu prostředí.

Abychom se přesvědčili, že osoby žádající o léčbu poprvé, uvedeme si tato čísla v procentech. V roce 2002 to bylo 51 % počtu osob žádajících poprvé o léčbu, v roce 2003- 49 %, v roce 2004- 52 %, v roce 2005- 51 %, v roce 2006 49 %, v roce 2007- 51 %, v roce 2008- 48%, v roce 2009- 49 % a v roce 2010 to bylo 48% z celkového počtu osob žádajících o léčbu. Pro přehlednost si údaje znázorníme v grafu, kde je na první pohled vidět, že se jedná přibližně o polovinu z celkového počtu osob žádajících o léčbu.

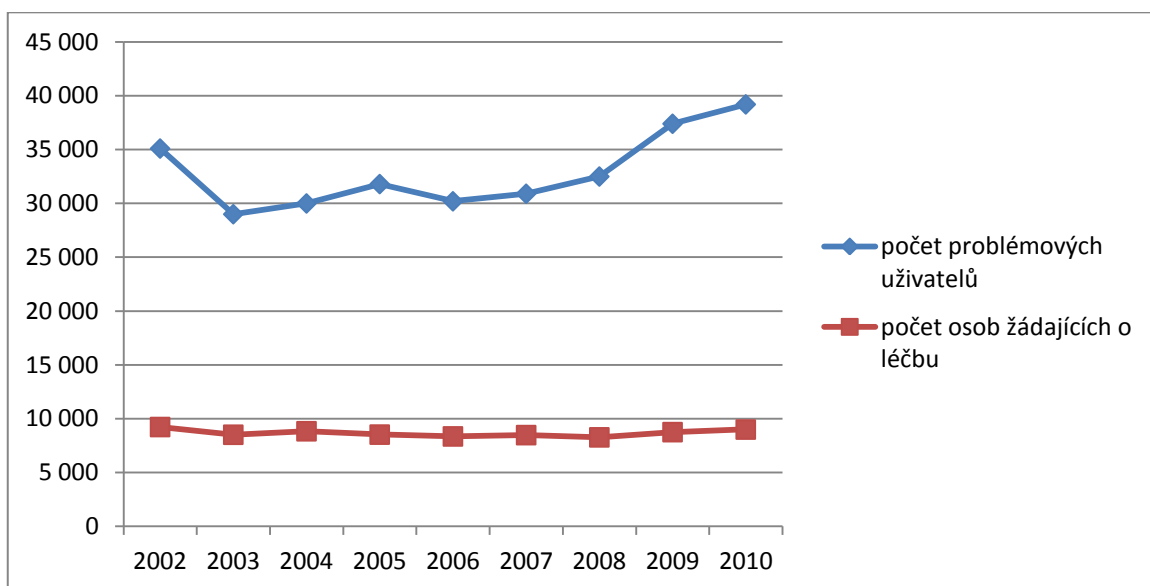
Graf č. 5 Počet žadatelů o léčbu v letech 2002-2010



Pramen: Vlastní zpracování

Chtěli jsme docílit toho, jaká je efektivnost vyléčení se z drogové závislosti. Je to však těžko zjistitelné, jelikož nejsou žádné údaje o lidech, kteří jsou plně vyléčení a mohou se prohlásit za již nezávislého na drogách. To však trvá několik let, než o sobě mohou říci, že nejsou závislí. V následujícím grafu č. 6 si ukážeme rozdíl počtu problémových uživatelů s počtem uživatelů žádajících o léčbu.

Graf č. 6 Počet problémových uživatelů a počet osob žádajících o léčbu 2002-2010



Pramen: Vlastní zpracování

Na první pohled je vidět, že problémových uživatelů stále přibývá, ale počet osob žádajících o léčbu, se nemění, zůstává přibližně na stejné úrovni. Nyní si vyjádříme v číslech a procentech stav problémových uživatelů k osobám žádajícím o léčbu.

Tabulka č. 3 Stav problémových uživatelů k osobám žádajícím o léčbu 2002-2010

| Rok | Počet problémových uživatelů | Počet osob žádajících o léčbu | Nemá zájem o léčbu | Nemá zájem o léčbu (v %) |
|------|------------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------|
| 2002 | 35 100 | 9 237 | 25 863 | 74 % |
| 2003 | 29 000 | 8 522 | 20 478 | 71 % |
| 2004 | 30 000 | 8 845 | 21 155 | 71 % |
| 2005 | 31 800 | 8 534 | 23 266 | 73 % |
| 2006 | 30 200 | 8 366 | 21 834 | 72 % |
| 2007 | 30 900 | 8 487 | 22 413 | 73 % |
| 2008 | 32 500 | 8 279 | 24 221 | 75 % |
| 2009 | 37 400 | 8 763 | 28 637 | 77 % |
| 2010 | 39 200 | 9 005 | 30 195 | 77 % |

Pramen: Vlastní zpracování

Údaje uvedené v tabulce jsou zaokrouhleny

Počet problémových uživatelů, kteří se nechtějí léčit nebo spíše nemají zájem o léčbu je zdrcující. Téměř tři čtvrtiny z celkového počtu osob, které „žijí spolu s drogou“ a svým chováním ohrožují nejen svůj život, ale i život ostatních.

I osoby, které se rozhodnou léčit, svoji léčbu nakonec neabsolvuji do konce. Mým cílem bylo zjistit úspěšnost léčby z drogové závislosti v České republice. Zkontaktovala jsem pomocí e-mailu známé osoby, které jsou zaměřeny na drogovou problematiku.

Pan Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina mi na můj e-mail odpověděl, že takové statistiky, o počtu osob úspěšně abstinujících z drogové závislosti, pro Českou republiku neexistují. Poskytnul mi ale pro jistotu kontakt na statistika pana Viktora Mravčíka, který mi odpověděl, že počty abstinujících a ani jiné výstupy léčby se ve statistikách nesledují a poznamenal, že je to velice složitá a komplexní otázka.

Některé zdroje však uvádí, že zhruba třetinu osob se podaří vyléčit, jiné uvádí 40-50 % vyléčených. Jaká je úspěšnost vyléčení se z drogové závislosti nám už ale mohou napovídat čísla těch, kteří v léčbě zůstávají nebo do léčby nastupují už po několikáté.

Ne všichni závislí, jak již bylo zmíněno, kteří se rozhodnou léčit, svoji léčbu dokončí. Svoji léčbu ukončí předčasně. Důvodů k ukončení může být několik, obvykle to je však to, že se rozhodnou vrátit zpět k drogám nebo poruší některé z pravidel platících pro danou organizaci, v níž se léčí.

My se v následující části budeme držet průzkumu, ze kterého vyplynulo, že zhruba 40 % uživatelů, kteří se léčí, svoji léčbu absolvují úspěšně. Tento průzkum absolvoval americký DATOS (Drug Abuse Treatment Outcomes Study) a anglický NTORS (National Treatment Outcomes Research Study). Co je velice důležité a je zde také uvedeno, že tyto výsledky jsou, vzhledem ke kvalitě poskytovaných služeb u nás v České republice, platné i pro nás.⁴⁶

Tak tedy vezmeme si 40 % úspěšnosti vyléčení se z drogové závislosti u osob, které se chtějí léčit. Zůstává otázkou co ti ostatní, kteří jsou drogově závislí? I na ty se vztahují finanční prostředky, které jsou poskytovány kontaktním centřům, kde se mohou osoby závislé na drogách osprchovat, najíst, vyměnit si injekční stříkačky a mohou prokonzultovat svůj stav se zaměstnanci daného kontaktního centra.

Tito uživatelé jsou také vedeni jako problémoví, jelikož jsou v kontaktu s centry, ale ve skutečnosti většina z nich o léčbě ani neuvažuje, jen využívá nabídky služeb, které tyto centra poskytují zdarma.

⁴⁶ Funguje léčba uživatelů drog?. www.adiktologie.cz [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/168/>

Zkusíme si tato čísla dosadit do tabulek a následně je vyhodnotit v grafu.

Tabulka č. 4 Úspěšnost léčby z počtu osob žádajících o léčbu 2002-2010

| Rok | Počet osob s žádostí o léčbu | Z toho vyléčených |
|-------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 2002 | 9 237 | 3 695 |
| 2003 | 8 522 | 3 409 |
| 2004 | 8 845 | 3 538 |
| 2005 | 8 534 | 3 414 |
| 2006 | 8 366 | 3 346 |
| 2007 | 8 487 | 3 395 |
| 2008 | 8 279 | 3 312 |
| 2009 | 8 763 | 3 505 |
| 2010 | 9 005 | 3 602 |

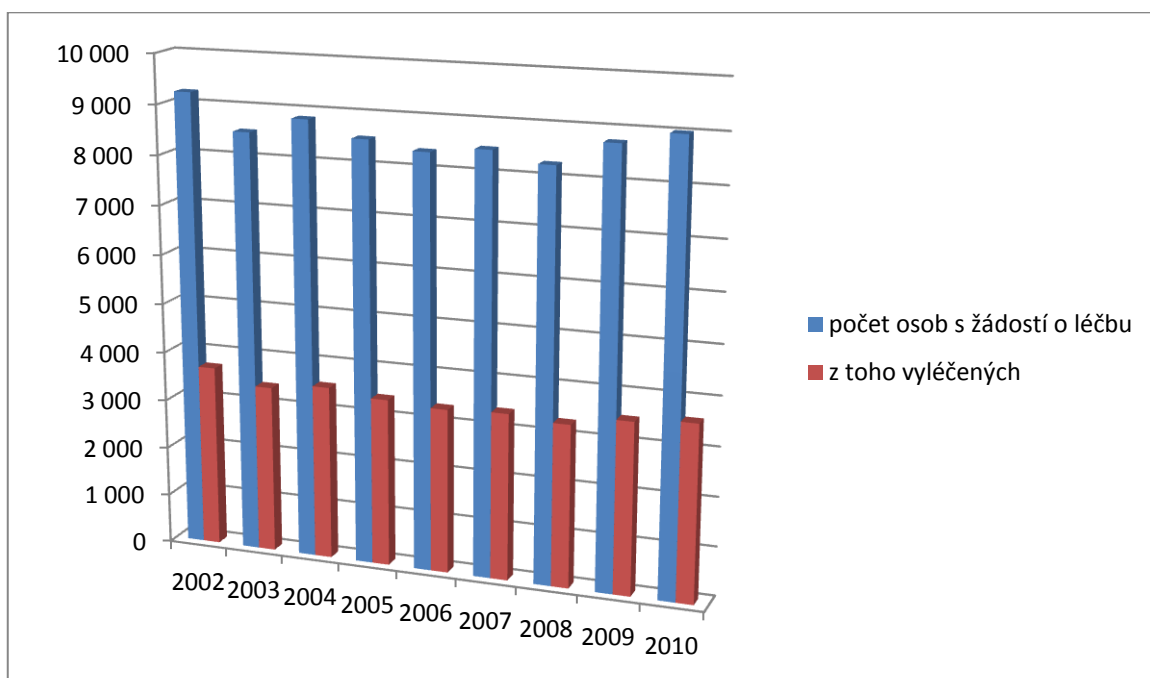
Pramen: Vlastní zpracování

Údaje v tabulce jsou přibližné, počítalo se s 40 % úspěšností léčby. Samozřejmě ne ve všech centrech, kde se mohou uživatelé léčit, je úspěšnost léčby 40 %, jelikož by potom platila úměra kolikrát více žádostí o léčbu, tím větší úspěšnost léčby.

A tomu tak určitě ve skutečnosti není. V některých organizacích je úspěšnost vyšší a někde naopak nižší. Musíme ale brát na vědomí, že počet osob, které žádají o léčbu, je na konci roku jiný, jelikož někteří z nich předčasně ukončí léčbu.

Nyní si ukážeme graf, ve kterém budeme mít počet žádostí o léčbu s počtem pravděpodobně vyléčených. Na první pohled se může zdát, že počet vyléčených osob je nízký. Ale spíše bych řekla, že úspěšnost úplného vyléčení se dá považovat za úspěšnou. Tedy pokud si tuto situaci nezhodnotíme k celkovému počtu problémových uživatelů.

Graf č. 7 Úspěšnost léčby z počtu osob žádajících o léčbu 2002-2010



Pramen: Vlastní zpracování

Když si tedy nyní zhodnotíme situaci, ve které jsou problémoví uživatelé celkem a pouze počet vyléčených osob, tak počet osob vyléčených je opravdu nízký. Podívejme se na tabulku č. 5 a graf č. 5, kde vidíme úspěšnost léčby proti počtu problémových uživatelů.

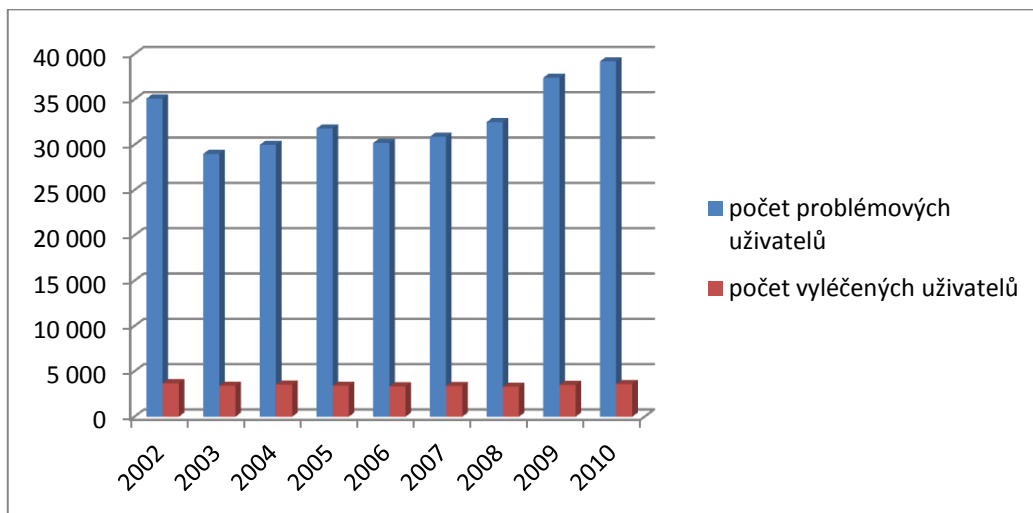
Tabulka č. 5 Úspěšnost léčby k celkovému počtu problémových uživatelů 2002-2010

| Rok | Počet problémových uživatelů | Počet vyléčených uživatelů | Zbýlý počet problémových uživatelů | % |
|-------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------|
| 2002 | 35 100 | 3 695 | 31 405 | 90 % |
| 2003 | 29 000 | 3 409 | 25 591 | 88 % |
| 2004 | 30 000 | 3 538 | 26 462 | 88 % |
| 2005 | 31 800 | 3 414 | 28 386 | 89 % |
| 2006 | 30 200 | 3 346 | 26 854 | 89 % |
| 2007 | 30 900 | 3 395 | 27 505 | 89 % |
| 2008 | 32 500 | 3 312 | 29 188 | 90 % |
| 2009 | 37 400 | 3 505 | 33 895 | 91 % |
| 2010 | 39 200 | 3 602 | 35 598 | 91 % |

Pramen: Vlastní zpracování

V tabulce byly přepočítány výsledky počtu vyléčených osob k celkovému počtu problémových uživatelů. Jednalo se o výsledky uvedené jak v číslech, tak i v procentech. Dá se říci, že k celkovému počtu problémových uživatelů se jedná o deseti procentní úspěšnost vyléčení z drogové závislosti.

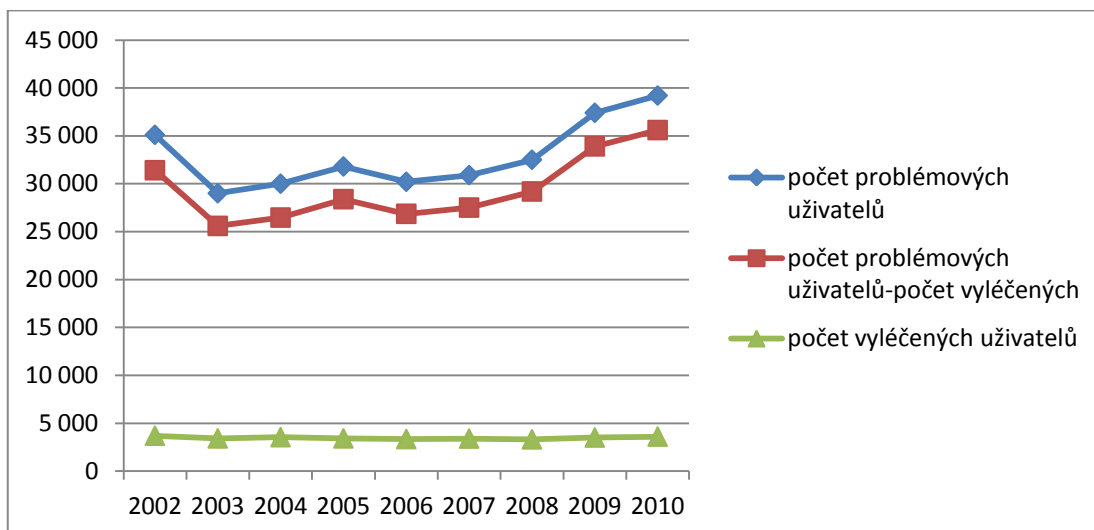
Graf č. 8-1 Úspěšnost léčby k celkovému počtu problémových uživatelů 2002-2010



Pramen: Vlastní zpracování

V grafu jde vidět, že celkový počet problémových uživatelů roste, ale počet osob vyléčených z drogové závislosti se nemění, zůstává stále stejný, jelikož i počet osob, které se chtějí léčit je zhruba od roku 2002 ve stejném počtu.

Graf č. 8-2 Úspěšnost léčby k celkovému počtu problémových uživatelů 2002-2010



Pramen: Vlastní zpracování

V grafu č. 8-2 můžeme vidět, jaký zůstal počet problémových uživatelů po odečtení pravděpodobně vyléčených z drogové závislosti. Zbýlý počet závislých nemá zájem o léčbu, ale zároveň využívají někteří z nich služeb kontaktních center apod.

To ale ovšem také zahrnuje finanční prostředky, které jsou poskytovány ze státního rozpočtu a jiných zdrojů. Na konci našeho šetření léčby z drogové závislosti zůstalo za posledních devět let vždy kolem 90 % problémových uživatelů. To znamená, že finanční prostředky, vložené na léčbu závislých vykazují o 10 % méně problémových uživatelů.

4.3 Financování péče o drogově závislé v ČR

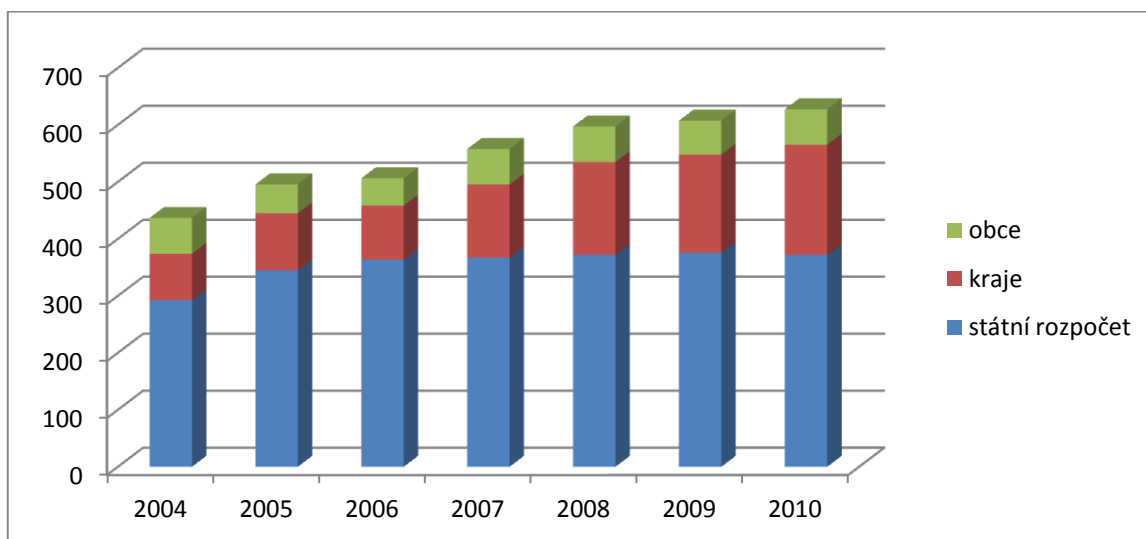
V následující části se budeme věnovat, kolik finančních prostředků a z jakých zdrojů je poskytováno za poslední čtyři roky, tedy od roku 2007. Nakonec porovnáme s vybranými zeměmi EU.

Tabulka č. 6 Čerpání finančních prostředků na protidrogovou politiku 2004-2010 (v mil. Kč)

| rok | Státní rozpočet | kraje | obce | Výdaje z veřejných rozpočtů celkem |
|------|-----------------|---------|--------|------------------------------------|
| 2004 | 292,264 | 81,600 | 62,920 | 436,784 |
| 2005 | 344,722 | 100,332 | 50,611 | 495,665 |
| 2006 | 363,391 | 94,917 | 48,141 | 506,449 |
| 2007 | 367,000 | 128,400 | 62,300 | 557,600 |
| 2008 | 371,900 | 162,900 | 62,500 | 597,300 |
| 2009 | 375,400 | 172,600 | 59,500 | 607,500 |
| 2010 | 371,600 | 193,700 | 62,100 | 627,400 |

Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů získaných z www.drogy-info.cz [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocnizpravy>

Graf č. 9 Čerpání finančních prostředků na protidrogovou politiku 2004-2010 z veřejných rozpočtů



Pramen: Vlastní zpracování

Státní rozpočet přispívá největším obnosem finančních prostředků z veřejných zdrojů. Když porovnáme výdaje krajů na protidrogovou politiku v roce 2006 a 2010, tak došlo k 100 % nárůstu poskytnutí finančních prostředků. Obce přispívají přibližně stejnou částkou, v posledních čtyřech letech, která se pohybuje vy výši cca 60 000,- Kč.

Výdaje na léčbu drogové závislosti z jednotlivých rezortů státního rozpočtu

V této části se podíváme, jak je financována péče o drogově závislé z jednotlivých rezortů státního rozpočtu. Údaje jsou od roku 2007 do roku 2010. Údaje o roku 2011 budou zveřejněny až v listopadu 2012 ve výroční zprávě o stavu ve věcech drog za rok 2011. Proto je tabulka č. 8 uvedena do roku 2010.

Tabulka č. 7 Výdaje ze státního rozpočtu podle rezortů 2007-2010 (v tis. Kč)

| Rok | RVKPP | MŠMT | MO | MPSV | MZ | MS | GŘC | NPC | celkem |
|------|---------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|---------|----------------|
| 2007 | 104 442 | 12 557 | 3 595 | 57 013 | 22 241 | 12 610 | 26 725 | 127 743 | 366 926 |
| 2008 | 99 979 | 12 447 | 5 276 | 79 472 | 18 874 | 7 385 | 10 656 | 137 846 | 371 935 |
| 2009 | 94 476 | 11 263 | 4 280 | 86 785 | 15 057 | 10 817 | 3 180 | 146 548 | 375 406 |
| 2010 | 85 504 | 14 967 | 4 384 | 91 743 | 21 462 | 7 081 | 2 100 | 144 370 | 371 611 |

Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů získaných z www.drogy-info.cz [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy

V tabulce č. 7 jsou zaznamenány vydané finanční prostředky na péči o drogově závislé. Každý resort má určené prostředky, které každý rok vydává na péči o drogově závislé.

V některých z rezortů poklesly výdaje na péči o drogově závislé, u některých se zvýšili. Velký nárůst výdajů na péči o závislé je vidět u ministerstva práce a sociálních věcí, největší nárůst je u Generálního ředitelství cel. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky vydala v roce 2010 o zhruba 19 % méně finančních prostředků než v roce 2007. Ministerstvo spravedlnosti vydalo o 44 % méně finančních prostředků.

Jednotlivých rezortů poskytující péči o závislé je 8, z toho polovina z nich vykazuje pokles v poskytování finančních prostředků a druhá polovina zvýšení.

V následující tabulce si rozdělíme výdaje spojené s léčbou drogové závislosti.

Tabulka č. 8 Poskytnuté finanční prostředky na jednotlivé druhy léčby v mil. Kč

| Rok | Harm reduction | Léčba | Primární prevence | Následná péče | Záchytné stanice | Prosazování práva |
|------|----------------|-------|-------------------|---------------|------------------|-------------------|
| 2007 | 141,0 | 152,6 | 48,7 | 20,5 | - | 160,8 |
| 2008 | 159,4 | 184,5 | 58,4 | 24,9 | - | 152,1 |
| 2009 | 175,0 | 177,2 | 54,0 | 31,8 | - | 154,7 |
| 2010 | 166,2 | 108,9 | 62,3 | 31,3 | 87,2 | 149,4 |

Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů získaných z www.drogy-info.cz [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy

V roce 2009 do léčby spadají náklady i na záchytné stanice

V roce 2008 je na záchytné stanice vydána téměř třetina jejich výdajů

Tabulka č. 8 vykazuje finanční prostředky vydané na jednotlivé typy léčby. Překvapující je fakt, že je v roce 2010 vydáváno více finančních prostředků na harm reduction, což znamená snižování rizik, poškození u osob, které nejsou rozhodnutí k léčbě oproti prostředkům vydaných na léčbu, kde jsou uživatelé, co mají zájem léčit se a odstranit tak svoji drogovou závislost. A právě tak snižování finančních prostředků na léčbu drogové závislosti od roku 2007 do roku 2010. V roce 2009 došlo k vyrovnání výdajů na léčbu a harm reduction a od roku 2010 se změnil poměr financování léčby a harm reduction. Státní rozpočet tedy financuje více osoby závislé a nemající zájem o léčbu.

4.4 Financování péče o drogově závislé v jiných státech EU

V této části se zaměříme na to, jak ostatní státy přispívají na léčbu drogově závislých osob.

4.4.1 Financování péče o drogově závislé ve Velké Británii

V této části se zaměříme na výdaje, které poskytuje Velká Británie na léčbu drogově závislých osob.

Tabulka č. 9 Finanční prostředky na léčbu drogové závislosti ve Velké Británii

| rok | V eurech | V Kč* |
|------|-------------|---------------|
| 2007 | 337 365 287 | 8 366 659 118 |
| 2008 | 329 259 714 | 8 165 640 907 |
| 2009 | 352 927 118 | 8 752 592 526 |

Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů Publication search result. [Http://www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [online]. [cit. 2012-04-19]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w203&country=w131

*Kurz ke dni 12. 4. 2012 je 24,80,- Kč a vztahuje se na všechny částky, které budou v této práci přepočítávány z eur na koruny české.

V tabulce č. 9 jsou uvedeny údaje týkající se vydávání finančních prostředků ze státního rozpočtu na léčbu drogově závislých. Od roku 2007 do roku 2009 je ze státního rozpočtu Velké Británie vydáváno na léčbu drogové závislosti přes 300 milionů eur ročně.

Tabulka č. 10 Počet osob žádajících o léčbu ve Velké Británii 2007-2009

| Rok | Počet osob žádajících o léčbu | Počet osob žádajících o léčbu poprvé |
|------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 2007 | 128 208 | 47 165 |
| 2008 | 132 003 | 46 601 |
| 2009 | 139 390 | 45 048 |

Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů Publication search result. [Http://www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [online]. [cit. 2012-04-19]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w203&country=w13

Počet drogově závislých osob nastupujících do léčby ve Velké Británii nám ukazuje tabulka č. 10. V porovnání s Českou republikou není ve Velké Británii tak velký počet osob, které žádají o léčbu tak velký jako v České republice. Počet osob, které žádají o léčbu poprvé, tvoří 1/3 ve Velké Británii a v České republice je to polovina z celkového počtu osob žádajících o léčbu. Vyjádřením v procentech se jedná o výši 37 % v roce 2007, 35 % v roce 2008 a v roce 2009 o 32 %.

Srovnání počtu osob žádajících o léčbu

Ve Velké Británii žije kolem 60 milionů lidí, což je šestkrát tolik než v České republice. Počet uživatelů, kteří se chtějí léčit z drogové závislosti, je přibližně 16krát vyšší než v České republice.

Jak přispívá stát na jednotlivého uživatele v léčbě?

V roce 2009 bylo v České republice 8 763 osob, které měli zájem se léčit z drogové závislosti. Finanční prostředky poskytnuté na tuto léčbu byly 177 200 000,- Kč. Když si vydělíme počet prostředků vynaložených na tuto léčbu počtem osob, vyjde nám, že v roce 2009 poskytla Česká republika na léčbu drogově závislých osob po zaokrouhlení 20 221,- Kč.

Ve Velké Británii byly v roce 2009 vynaloženy finanční prostředky na léčbu drogově závislých osob ve výši 8 752 592 526,- Kč. Osob žádajících o léčbu bylo 139 390. To znamená, že za rok 2009 vynaložila Velká Británie na léčbu každé osoby drogově závislé po zaokrouhlení na celé číslo 63 000,- Kč za rok a kolem 5000,- Kč za měsíc. To znamená, že je to třikrát více než v České republice. Že vynakládá více finančních prostředků je věc jedna, ale věc druhá je, jaká je ekonomická situace Velké Británie a České republiky.

4.4.2 Financování péče o drogově závislé v Polsku

V této části se podíváme, jak financuje léčbu drogově závislým náš západní soused. Porovnávají budou výdaje, které se vztahují k roku 2009, jelikož nejsou známy údaje za rok 2010. Ty budou zveřejněny ve výroční zprávě tento rok v listopadu, kdy budou uveřejněny na internetových stránkách evropského monitorovacího centra pro drogy a

drogové závislosti.

Tabulka č. 11 Veřejné výdaje Polska na realizaci Národního programu boje proti drogám 2007-2009

| Rok | Veřejné výdaje v eurech | Veřejné výdaje v Kč | Z toho výdaje na léčbu v Kč |
|-------------|--------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 2007 | 35 553 702,66 | 881 731 826,00 | 105 807 819,10 |
| 2008 | 38 819 682,03 | 962 728 114,30 | 115 527 373,70 |
| 2009 | 42 878 665,54 | 1 063 390 905,00 | 127 606 908,60 |

Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů

[Http://www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w203&country=w124

Pro údaje uvedené v tabulce je používán kurz pro euro 24,80,- Kč. Výdaje na léčbu tvoří 12 % z celkového počtu veřejných výdajů na realizaci Národního boje proti drogám.

Tabulka č. 12 Počet osob žádajících o léčbu 2007-2009

| Rok | Počet osob žádajících o léčbu | Počet osob žádajících o léčbu poprvé |
|-------------|--------------------------------------|---|
| 2007 | 12 582 | 5 690 |
| 2008 | 14 709 | 6 362 |
| 2009 | 15 305 | 6 822 |

Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů

[Http://www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w203&country=w124

V tabulce č. 12 je vidět, že se počet osob, které mají zájem o léčbu, od roku 2007 zvyšuje a také tomu odpovídají i číselné údaje, které se týkají počtu osob žádajících o léčbu poprvé. Jde o počet pohybující se kolem 45 % z celkového počtu osob žádajících o léčbu. V roce 2007 je to 45 %, v roce 2008 43 % a v roce 2009 je to 46 % osob žádajících poprvé.

Srovnání počtu osob žádajících o léčbu

Co se týče počtu osob, které v Polsku žádají o léčbu poprvé, je nižší než v České republice. Ve srovnání s počtem obyvatelstva v Polsku a v České republice, není počet osob žádajících o léčbu až tak vysoce rozdílný. Lze tedy říci, že v České republice je větší zájem o léčbu než v Polsku.

Jak přispívá stát na jednotlivého uživatele v léčbě?

Jelikož máme nejnovější údaje z roku 2009, budeme tedy porovnávat s údaji pro Českou republiku platné pro rok 2009.

Tedy v roce 2009 přispívala Česká republika na samostatnou léčbu 108 900 000,- Kč. Počet osob, které žádaly o léčbu, bylo 8 763. Tedy $108\,900\,000/8\,763 = 12\,427,25$. Po zaokrouhlení dostaneme výsledek 12 427,- Kč. Touto sumou přispíval stát jednotlivému uživateli drog, který žádal o léčbu v roce 2009.

V Polsku bylo v roce 2009 15 305 osob, které žádaly o léčbu. Polsko přispělo částkou 127 606 908,60 na léčbu pro osoby, které se chtěli léčit. Tedy $127\,606\,908,60/15\,305 = 8\,337,60$. Po zaokrouhlení dostaneme částku 8 338,- Kč, která náleží jedné osobě, která žádá o léčbu.

V porovnání je zcela jasné, že Česká republika přispívá jednotlivému zájemci v léčbě o třetinu více finančních prostředků.

4.4.3 Financování péče o drogově závislé na Slovensku

Nyní se podíváme na výdaje, které vydává další stát Evropské unie, a tím je Slovensko. Bohužel v Portugalsku nejsou známy údaje o uživatelích, kteří nastoupili do léčby. Zaměříme se tedy na veřejné výdaje, které Slovensko vydalo na péči o drogově závislé a to v roce 2009, jelikož jiné údaje nebyly zjištěny.

Srovnáme tedy veřejné výdaje vydávány Českou republikou a veřejné výdaje vydávány republikou Slovenskou. V roce 2009 bylo z veřejných výdajů vydáno na péči o drogově závislé 14 611 760 eur, což v přepočtu na koruny české, je 362 371 650,- Kč. V České republice bylo vydáno z veřejných rozpočtů, v roce 2009, 607 500 000,- Kč.

4.4.4 Financování péče o drogově závislé v Rakousku

V této části si ukážeme výdaje našeho velmi blízkého souseda a to Rakouska. U tohoto státu se mi podařilo získat i novější informace za rok 2010, tak si srovnáme stav České republiky v roce 2010 se stavem Rakouska také v roce 2010.

Tabulka č. 13 Výdaje na péči o drogově závislé v Rakousku 2007-2009

| Rok | Výdaje na léčbu v eurech | Výdaje na léčbu v Kč v Kč |
|------|--------------------------|---------------------------|
| 2007 | 3 373 000 | 101 190 000 |
| 2008 | 3 292 000 | 98 760 000 |
| 2009 | 3 477 000 | 104 310 000 |
| 2010 | 3 476 000 | 112 380 000 |

Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů

[Http://www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w203&country=w124

V tabulce č. 14 můžeme vidět, že v roce 2010 bylo od roku 2007 vynaloženo nejvíce finančních prostředků na léčbu drogové závislosti.

Tabulka č. 14 Počet osob žádajících o léčbu v Rakousku 2007-2009

| Rok | Počet osob žádajících o léčbu | Počet osob žádajících o léčbu poprvé |
|------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 2007 | 5 611 | 1926 |
| 2008 | 5 311 | 1861 |
| 2009 | 5 849 | 2076 |
| 2010 | 5 962 | 2086 |

Pramen: Vlastní zpracování na základě údajů

[Http://www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w203&country=w124

Srovnání počtu osob žádajících o léčbu

Jak již vidíme v číslech vyjádřených v procentech, zájem o léčbu v Rakousku není nijak vysoký a z počtu zájemců o léčbu je jen třetina, co žádá o léčbu poprvé. V roce 2007 to bylo 34 %, v roce 2008 35 % a v roce 2009 to bylo 36 % uživatelů, v roce 2010 to bylo

35 %, jež žádali o léčbu poprvé. Situace v České republice je na tom opět, co se týče počtu poprvé žádajících uživatelů o léčbu, ve srovnání s dalším státem EU o něco lepší.

Jak přispívá stát na jednotlivého uživatele v léčbě?

Srovnáme si tedy výdaje pro rok 2010 a to jak pro Českou republiku, tak pro Rakousko.

V roce 2010 vydala Česká republika na léčbu drogově závislých osob 108 900 000,- Kč. Počet osob žádajících o léčbu v roce 2010 byl 9 005. Tedy $108\,900\,000/9\,005 = 12\,093,-$ Kč. Česká republika vydala v roce 2010 na jednoho uživatele, který se léčil po zaokrouhlení cca 12 093,- Kč.

Rakousko v roce 2010 vydalo na léčbu drogově závislým osobám 112 380 000,- Kč. Žádost o léčbu podalo, v roce 2010, 5962 osob. Tedy $112\,380\,000/5\,962 = 18\,849,-$ Kč.

Když si srovnáme celkové situace České republiky a Rakouska, přispívá Česká republika celkově velkým množstvím finančních prostředků oproti Rakousku.

5 Závěr

Provedeným šetřením, kdy jsme sbírali jednotlivé údaje pomocí internetových stránek, jsme chtěli zjistit, jaká je úspěšnost léčby z drogové závislosti. Z výsledku šetření je vidět, že počet problémových uživatelů drog se zvedá. Zájem o léčbu se ale nemění, zájem má pořád stejný počet problémových uživatelů a to polovinu z těchto uživatelů tvoří již ti, kteří byli léčeni nebo se ještě pořád léčí.

Uživatelé drog tedy využívají služeb kontaktních center, kam si mohou dojít, vyměnit injekční sety, probrat svou situaci, aniž by platili nějaký poplatek. Jak je dále z výsledků vidět, finanční prostředky zaručí vyléčených 10 %. Dá se říci, že peníze poskytované na tuto problematiku jsou částečně zbytečně vyhozené. Z těchto výsledků jsem dospěla k názoru, že vynakládání finančních prostředků na tuto problematiku není efektivní.

Každý jedinec v České republice se musí rozhodnout, jak se svým životem naloží a kam povedou jeho cesty v životě. Každý má na výběr a každý si je vědom rizika, které mu hrozí při užívání drog. Nikdo v naší republice nedostane finanční prostředky na léčbu nemoci, kterou si sám nezaviní. Proto nechápu důvody, které vedou k tomu, aby drogově závislá osoba, která si byla vědoma toho, že drogová závislost je smrtelně nebezpečná, měla dostávat prostředky na léčbu.

Souhlasila bych v případě, že tato osoba se jde léčit poprvé a také se vyléčí, jelikož je rozhodnuta se vyléčit. Přijde mi nesmyslné, aby se drogově závislí šli několikrát za svůj život léčit a to z peněz státu.

Podle mého názoru by bylo efektivní vynaložit prostředky tam, kde budou účinné. A to zejména v oblasti zdravotnictví, pro nemocné, tělesně postižené, pro ty, jež je postihla některá z živelných katastrof, atd.

Co se týče financování, Česká republika přispívá na léčbu drogově závislých velkým obnosem finančních prostředků a to i v porovnání s ostatními státy Evropské unie. Na to, v jaké finanční situaci je naše Česká republika, jsou tato čísla velmi zajímavá. Naopak ale u nás je největší zájem o léčbu ve srovnání s ostatními státy, které jsou zde uvedeny.

6 Seznam použité literatury

Bibliografické citace – monografie, kniha

- BOUKAL, Petr. *Nestátní neziskové organizace (teorie a praxe)*. Praha: Oeconomica, 2009. 304 s. ISBN 978-80-245-1650-9.
- HOLDEN, Kate *Na vlastní kůži*. Brno : Jota, 2006. 284 s. ISBN 80-7217-421-5.
- JANÍK, Alois *Drogy a společnost*. Praha : Avicenum, 1990. 342 s. ISBN 80-201-0087-3.
- KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Úřad vlády ČR* : Praha, 2003. 320 s. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Úřad vlády ČR* : Praha, 2003. 344 s. ISBN 80-86734-05-6.
- KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
- KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-2754-662-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MRAVČÍK, Viktor a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. 153 s. ISBN 978-80-7440-034-6
- MRAVČÍK, Viktor a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. 168 s. ISBN 978-80-7440-056-8
- NEŠPOR, Karel *Návykové chování a závislost*. Praha : Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.
- PRESL, Jiří *Drogová závislost*. Praha : Maxdorf, 1995. 87 s. ISBN 80-85800-25-X.
- VONDRKA, Jiří *Smrt jménem závislost*. Praha : Portál, 2004. 187 s. ISBN 80-7178-884-8.

Bibliografické citace – Elektronické dokumenty nebo jejich části

- COST AND FINANCING OF DRUG TREATMENT SERVICES IN EUROPE: AN EXPLORATORY STUDY . [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/publications>
- ČERNÝ, Ondřej a kol. V Česku je nejvíce konzumentů drog z celé EU. [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: [Http://www.rozhlas.cz/zpravy/spolecnost/_zprava/v-cesku-je-nejvice-konzumentu-drog-z-cele-eu--976552](http://www.rozhlas.cz/zpravy/spolecnost/_zprava/v-cesku-je-nejvice-konzumentu-drog-z-cele-eu--976552)
- Drogová závislost. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Drogová_zavislost
- Drogy v ČR. www.zdrav.cz [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5299>
- FIŠEROVÁ, Magdaléna. Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm[Http://cs.wikipedia.org](http://cs.wikipedia.org) [online]. 2011 [cit. 2011-11-11].
- Funguje léčba uživatelů drog?. [Www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/168/>
- [Http://www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu) [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.emcdda.europa.eu/publications/searchresults?action=list&type=PUBLICATIONS&SERIES_PUB=w203&country=w124
- Kontaktní centrum Netopeer - Víceúčelová drogová služba, Znojmo. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/kontaktني-centra/kontaktني-centrum-netopeer-viceucelova-drogova-sluzba-znojmo/>
- Možnosti a způsoby léčby narkomanů v ČR. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://jpittner.euweb.cz/index.html>
- Národní protidrogová politika ČR v r. 2010 a její kontext. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/protidrogova_politika/narodni_protidrogova_politika_cr_v_r_2010_a_jeji_kontext
- Neziskové organizace v ČR. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://jpittner.euweb.cz/strana2.html>

- PRESL, Jiří. Řekni drogám NE!. Dostupné z: [Http://www.reknidrogamne.cz/images/pdfdocs/RekniDrogamNe-prirucka2010.pdf](http://www.reknidrogamne.cz/images/pdfdocs/RekniDrogamNe-prirucka2010.pdf) [online]. 2010[cit. 2012-02-16].
- Protidrogová politika [online]. [cit. 2012-04-13]. Dostupné z: <http://www.legalizace.cz/legislativa/protidrogova-politika-v-cr/>
- Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do;jsessionid=F9159CA2434B696BCE1D57A1CF7B80DB.node1?756g=43473b883a93523f>
- ŠUSTKOVÁ-FIŠEROVÁ, Marie. Mechanismy a léčba drogových závislostí. [online]. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/farmakologie/journal/galerie-download/DZ_alkohol__tabak_1.pdf
- Vládní škrty podrážejí protidrogovou politiku. [online]. [cit. 2012-02-14]. Dostupné z: [Http://www.halonoviny.cz/articles/view/229308](http://www.halonoviny.cz/articles/view/229308)
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010. [online]. [cit. 2012-04-18]. Dostupné z: http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2010

Článek v časopise

- BEDNÁŘOVÁ, Jana. Bere drogy! Co s ní?. *Sociální poradna*. 2009, 2/2009, s. 17.

7 Seznam tabulek, grafů, zkratk a příloh

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Počet problémových uživatelů drog v ČR 2002-2010 – str. 37

Tabulka č. 2 Počet žadatelů o léčbu 2002-2010- str. 38

Tabulka č. 3 Stav problémových uživatelů k osobám žádajícím o léčbu 2002-2010 – str. 40

Tabulka č. 4 Úspěšnost léčby z počtu osob žádajících o léčbu 2002-2010 – str. 42

Tabulka č. 5 Úspěšnost léčby k celkovému počtu problémových uživatelů 2002-2010 – str. 43

Tabulka č. 6 Čerpání finančních prostředků na protidrogovou politiku 2004-2010 (v mil. Kč) – str. 45

Tabulka č. 7 Výdaje ze státního rozpočtu podle rezortů 2007-2010 (v tis. Kč) – str. 46

Tabulka č. 8 Poskytnuté finanční prostředky na jednotlivé druhy léčby v mil. Kč – str. 47

Tabulka č. 9 Finanční prostředky na léčbu drogové závislosti ve Velké Británii – str. 48

Tabulka č. 10 Počet osob žádajících o léčbu ve Velké Británii 2007-2009 – str. 48

Tabulka č. 11 Veřejné výdaje Polska na realizaci Národního programu boje proti drogám 2007-2009 – str. 50

Tabulka č. 12 Počet osob žádajících o léčbu 2007-2009 – str. 50

Tabulka č. 13 Výdaje na péči o drogově závislé v Rakousku 2007-2009 – str. 52

Tabulka č. 14 Počet osob žádajících o léčbu v Rakousku 2007-2009 – str. 52

Seznam grafů

Graf č. 1 Počet klientů kontaktního centra a počet prvokontaktů – str. 35

Graf č. 2 Výměna injekčních setů – str. 36

Graf č. 3 Financování kontaktního centra Netopeer – str. 36

Graf č. 4 Počet problémových uživatelů drog v ČR 2002-2010 – str. 38

Graf č. 5 Počet žadatelů o léčbu v letech 2002-2010 – str. 39

Graf č. 6 Počet problémových uživatelů a počet osob žádajících o léčbu 2002-2010 – str.40

Graf č. 7 Úspěšnost léčby z počtu osob žádajících o léčbu 2002-2010 – str. 43

Graf č. 8-1 Úspěšnost léčby k celkovému počtu problémových uživatelů 2002-2010 – str. 44

Graf č. 8-2 Úspěšnost léčby k celkovému počtu problémových uživatelů 2002-2010 – str. 44

Graf č. 9 Čerpání finančních prostředků na protidrogovou politiku 2004-2010 z veřejných rozpočtů – str. 46

Seznam zkratk

např. - například

cca- cirka

atd. - a tak dále

RVKPP- Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky

MŠMT- Ministerstva školství, mládeže, tělovýchovy

MO- Ministerstva obrany

MPSV- Ministerstva práce a sociálních věcí

MZ- Ministerstva zdravotnictví

MS- Ministerstva spravedlnosti

GŘC- Generálního ředitelství cel

NPC- Národní protidrogové centrály Služby Kriminální policie a vyšetřovací Policie ČR

EU- Evropská unie

ČR- Česká republika

Příloha č. 1

Seznam institucí působících v drogové oblasti:

Benešov: K- centrum Benešov

Beroun: Tyrkys, Centrum prevence drogových závislostí

Brno: K- centrum Drug Azyl

České Budějovice:

Poradna drogových závislostí institutu pro rozvoj osobnosti o.p.s.

Děčín: K – centrum

Frýdek Místek: RENARKON o.p.s,

Havířov: Centrum drogové prevence

Hranice: Centrum Kappa

Chomutov: K – centrum, harm reduction,

poradenství, soc. a hyg. servis

Kadaň: K – centrum, (nonstop) - harm reduction, poradenství,

streetwork, soc. a hyg. servis

Karlovy Vary: K - centrum

Kladno: Centrum drogové prevence

Liberec: Středisko výchovné péče

Liberec: Centrum ambulantních

služeb Advaita

Litoměřice: K – centrum (centrum

prevence drogových závislostí)

Most: Most k naději

Olomouc: Oddělení Podané ruce,

K-Centrum Walhalla

Olomouc: P-Centrum

Ostrava - Vítkovice: K-Centrum

Plzeň: Centrum protidrogové prevence

a terapie o.p.s - P-Centrum

Praha 1: Specializované ambulantní

služby CADAS

Praha 1: Drop In - Centrum metadonové

substituce – I.

Praha 1: Drop In
Praha 2: Anima
Praha 2: Drop In – Centrum metadonové
substituce - II.
Praha 4: Eset Help
Praha 7: K – Centrum
Prostějov: K – centrum
Přerov: Kappa – HELP
Šumperk: Kontaktní centrum KRÉDO
Trutnov: Riaps
Ústí nad Labem: K – Centrum
Uherské Hradiště: K-centrum Charáč
Znojmo: K-centrum Netopeer
Žďár nad Sázavou: SPEKTRUM –
nízkoprahové kontaktní centrum

Alkoholické poradny a jiná zařízení

Bruntál: AT ambulance
Hradec Králové: AT ambulance
Praha 1: Anonymní alkoholici
Praha 3: Protialkoholická poradna
Praha 4: Protialkoholická poradna
Praha 4: AT ambulance
Praha 6: Centrum duševní pohody Modrá
laguna
Praha 6: Ordinace pro návykové poruchy
Praha 6: AT poradna
Praha 8: FN na Bulovce – Protialkoholní
oddělení a záchytná stanice
Praha 8: Psychiatrická lékařská ordinace
Praha 10: Centrum pro závislé
Olomouc: P – centrum – AT poradna

Komunity

Terapeutická komunita Podolánky
Léčba drogových závislostí.

Terapeutická komunita Karlov
Rezidenční léčba a sociální rehabilitace
osob závislých na nealkoholových drogách.

Terapeutická komunita Magdaléna
Rezidenční program pro závislé na
návykových látkách starší 18 let.

Terapeutická komunita Němčice
Dlouhodobá rezidenční léčba a sociální
rehabilitace osob závislých na nealkoholových drogách.

Terapeutická komunita pro drogově závislé v Nové Vsi
Hlavním posláním terapeutické komunity je
uzdravovat lidi ze závislosti.

Pastor Bonus terapeutická komunita

Terapeutická komunita Podcestný Mlýn

Ambulantní postpěče

Brno: Doléčovací centrum Jamtana

Děčín: Děčínské doléčovací centrum

Liberec: Advaita, o.s.

Mníšek pod Brdy: Následná péče

CHRPA

Chráněné bydlení a podporované zaměstnání pro absolventy
residenčních protidrogových programů.

Plzeň: Program následné péče

Praha 5: Centrum Následné péče Drop In

Praha 7: Denní stacionář Sananim

Ambulantní psychoterapeutické centrum

poskytující pomoc, poradenství a léčbu lidem ohroženým

důsledky užívání návykových látek.

Praha 9: Doléčovací centrum Sananim⁴⁷

Příloha č. 2

Slovník pojmů

Harm reduction- obvykle se tento název nepřekládá, je to označení pro redukci, minimalizaci rizik spojených s užíváním drog. Nejběžnější formy HR jsou výměna injekčních setů, informační a poradenské služby, snižování rizik přenosu HIV, hepatitid^v součástí jsou také tzv. šlehárny (místoprost, kde si uživatelé mohou aplikovat bezpečně drogu, při předávkování nebo komplikacích je o ně ihned postaráno)

Primární prevence- činnosti, které mají za úkol předejít vzniku závislosti

Detoxikace- odstranění nežádoucích látek z organismu

Relaps- návrat příznaků drogové závislosti po abstinenci

⁴⁷ PRESL, Jiří. Řekni drogám NE!. Dostupné

z: [Http://www.reknidrogamne.cz/images/pdfdocs/RekniDrogamNe-prirucka2010.pdf](http://www.reknidrogamne.cz/images/pdfdocs/RekniDrogamNe-prirucka2010.pdf) [online]. 2010[cit. 2012-02-16].