

Analýza stavu drogové scény Zlínského kraje

Závěrečná zpráva



Praha, 2010

Název projektu: Analýza stavu drogové scény Zlínského kraje

Zadavatel studie: oddělení neziskového sektoru Odboru Kancelář hejtmána Krajského úřadu Zlínského kraje

Realizátor: PROADIS, o.s. – Propojené adiktologické služby - PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc. (PROADIS – WHITE LIGHT I., o.s.), Mgr. Ondřej Počarovský (PROADIS – Prev-centrum, o.s. Praha), Mgr. Ing. Jiří Staníček (PROADIS – Laxus, o.s., Hradec Králové), MUDr. David Adameček (PROADIS – Advaita, o.s., Liberec), Mgr. Jiří Koreš (PROADIS – Prevent, o.s., České Budějovice),

Název zprávy: Analýza stavu drogové scény Zlínského kraje: Závěrečná zpráva

Autoři zprávy: Radimecký, J., Počarovský O., Staníček, J., Koreš, J., Adameček, D.

Počet stran: 126

Pro bibliografické citace:

Radimecký, J., Počarovský O., Staníček, J., Adameček, D. a Koreš, J. (2010) Analýza stavu drogové scény Zlínského kraje: Závěrečná zpráva, Praha, Zlínský kraj.



Závěry prezentované v této zprávě vyjadřují stanoviska jejích autorů a nemusí se shodovat se stanovisky Krajského úřadu Zlínského kraje.

Obsah

1. Souhrn hlavních zjištění	6
1.1 Drogová scéna a rizikové lokality v kraji.....	6
1.2 Trendy v užívání návykových látek a rizikové chování uživatelů	6
1.3 Dostupnost a přiměřenost služeb pro uživatele drog.....	7
1.4 Identifikované okruhy problémů	7
1.5 Návrh opatření	7
2. Design analýzy	8
2.1 Zadání	9
drogová scéna.....	9
služby pro uživatele drog.....	9
2.2 Použité metody a průběh analýzy	10
2.2.1 Sběr primárních kvalitativních dat.....	12
2.3. Etické otázky a metodologické limity studie.....	15
2.4. Technické, organizační a personální zajištění výzkumu	16
2.5. Postřehy z terénního šetření	17
3. Legislativní a politické prostředí.....	18
3.1 Role krajů v kontextu stávající legislativy	18
3.2 Financování služeb pro uživatele drog z rozpočtu kraje	21
3.2.1 Příjmy a výdaje rozpočtů krajů.....	22
3.3 Financování služeb pro uživatele drog z rozpočtů samospráv měst a obcí	26
3.4 Definice služeb pro uživatele drog	27
3.4.1 Odborná způsobilost pracovníků pracujících ve službách pro uživatele drog.....	29
3.4.2 Odborná způsobilost služeb a zajištění jejich kvality.....	30
3.5 Financování služeb pro uživatele drog.....	31
4. Drogová scéna, trendy v užívání drog a jeho dopady	34
4.1. Dostupnost a distribuce drog.....	35
4.2. Trendy v užívání drog a jeho dopady	41

4.3. Vytipované rizikové lokality	55
5. Síť poskytovatelů služeb pro uživatele ilegálních drog.....	59
5.1 Specifikace sítě poskytovatelů služeb pro uživatele drog	59
5.1.1 Nízkoprahová kontaktní a poradenská centra a terénní programy zaměřené na aktivní uživatele drog – pokrytí v jednotlivých okresech Zlínského kraje.....	59
5.1.2 Služby ambulantní léčby a resocializace	63
5.1.3 Další léčebné programy.....	63
5.1.4 Další služby pro uživatele drog	64
5.1.5 Komentář k popisu sítě služeb.....	64
5.2 Poptávka po službách pro uživatele drog	65
5.2.1 Citace z dokumentů související s poptávkou:	66
5.2.1.1 Koncepční a strategické dokumenty.....	66
5.2.1.2 Závěrečné zprávy poskytovatelů služeb.....	66
5.2.1.3 Místní analýza – citace z dotazníkových šetření.....	68
5.2.2 Interpretace citovaných zdrojů vzhledem k poptávce	79
5.2.3 Poptávka registrovaná jednotlivými službami.....	80
5.2.4. Vývoj poptávky po jednotlivých službách ve vybraných klíčových indikátorech....	81
5.2.5. Vývoj jednotlivých indikátorů průřezově mezi službami.....	83
5.2.6. Některé reakce sítě služeb na poptávku	84
5.2.7. Interpretace výstupů k poptávce demonstované v grafech	86
5.3. Nákladová analýza vybraných adiktologických služeb Zlínského kraje za roky 2007 až 2009	87
5.3.1 Výkony, práce, finanční zdroje, náklady a nákladovost v roce 2007	87
5.3.2 Výkony, práce, finanční zdroje, náklady a nákladovost v roce 2008	95
5.3.3 Výkony, práce, finanční zdroje, náklady a nákladovost v roce 2009	100
5.3.4 Meziroční srovnání 2007–2009.....	106
5.3.5 Interpretace	117
5.4 Další identifikované okruhy problémů.....	119
5.4.1 Okruhy problémů systémového rázu	119

5.4.2 Okruhy problémů na úrovni služeb	120
5.5 Závěrečné výstupy a doporučení.	121
6. Seznam zkratek.....	125
7. Literatura.....	126

1. Souhrn hlavních zjištění

1.1 Drogová scéna a rizikové lokality v kraji

- Za nejrozšířenější a nejrizikovější drogu je jednoznačně považován alkohol.
- Nejrozšířenější a nejužívanější ilegální drogu je marihuana, následována pervitinem (metamfetaminem), jehož užívání působí v kraji největší problémy.
- Marihuana i pervitin jsou většinou vyráběny svépomocí na území kraje a distribuovány mezi přáteli nebo ve formě směnného obchodu mezi uživateli drog.
- Drogová scéna v kraji je spíše uzavřená, uživatelé drog mají tendenci se skrývat, což klade vyšší nároky na pracovníky terénních služeb při vyhledávání uživatelů.
- Je patrný sklon uživatelů drog skrývat se, zpravidla po policejních zátazích. To vede ke snížení počtu jejich klientů a ke zvýšení zdravotních rizik pro uživatele i jejich okolí.
- Téměř v každém z měst a obcí se lze setkat s různě velkými skupinami problémových uživatelů¹ pervitinu, kteří si drogu sami vyrábějí.
- Rizikové lokality z hlediska distribuce drog a zvýšené koncentrace uživatelů jsou v různé míře prakticky ve všech městech a obcích.
- Typické rizikové lokality jsou: chatové/zahrádkářské kolonie, parky, skate parky, nádraží, restaurace, bary, herny, sídliště, náměstí a ubytovny sociálně znevýhodněných osob.

1.2 Trendy v užívání návykových látek a rizikové chování uživatelů

- Klienti odborných služeb působících v kraji užívají hlavně metamfetamin (pervitin), který si často aplikují injekčně, začínající uživatelé jej kouří nebo šňupají.
- Užívání heroinu, Subutexu či kokainu je sporadické, na Kroměřížsku se sezónně užívá surové opium. Občas se objeví případy užívání toluenu mezi Romy.
- Užívání extáze stagnuje, je spojováno s některými diskotékami v kraji.
- Při dočasné nedostupnosti bývá pervitin nahrazován nadměrným pitím alkoholu.
- Injekční užívání drog může vést k řadě nepříznivých, zdravotních a sociálních dopadů.
- Zdravotní rizika – předávkování, infekční nemoci HIV či virové hepatitidy typu B a C, zvýšená nemocnost, různé druhy somatických poškození a závislost.
- Sociální rizika - rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, páchání majetkové trestné činnosti, nižší vzdělání a zhoršená bytová situace, která může vést až k bezdomovectví.
- Většina odborných služeb monitoruje nárůst počtu vyměněného injekčního materiálu, což svědčí o trendu méně rizikového chování uživatelů drog při injekční aplikaci a jejich vyšší informovanosti o bezpečném užívání drog.
- Některé odborné služby referují o dobrých zkušenostech s nabídkou želatinových kapslí jako alternativou injekční aplikace pervitinu.

¹ Tj. těch, kteří v souladu s definicí Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti dlouhodobě a/nebo injekčně užívají heroin, kokain či pervitin.

1.3 Dostupnost a přiměřenost služeb pro uživatele drog

- Síť nízkoprahových služeb pro uživatele drog je v kraji relativně hustá, lze hovořit o jejich dobré dostupnosti pro cílovou skupinu jejich klientů – problémových uživatelů drog.
- Poptávka po nízkoprahových službách vykazuje stoupající tendenci. Jako úspornější řešení pro jejich případné rozšiřování se jeví podpora terénních, než stacionárních služeb.
- Služby disponují potenciálem monitorovat a vyhodnocovat měnící se poptávku a pružně na ni reagovat modifikací služeb nebo vývojem nových aktivit.
- Pružnost sítě omezuje nedostatečná finanční podpora. S ohledem na klesající podporu z celostátní úrovně by byla vhodná zvýšená podpora ze strany kraje a obcí.
- Pracovníci služeb pracují ve finančně diskriminujících podmínkách – vysoké kvalifikační nároky, jež musí splňovat vs. výrazně nižší platové ohodnocení ve srovnání s průměrným platem v ČR (21.175,- Kč vs. 23.488,- Kč v roce 2009).
- Ve Zlínském kraji jsou certifikované pouze terénní programy a kontaktní centra (dle údajů RV KPP). Pro budování sítě adiktologických služeb a zajištění rovnosti podmínek pro čerpání finančních prostředků z veřejných zdrojů je dobré požadovat certifikaci odborné způsobilosti také od dalších poskytovatelů adiktologických služeb.
- 1 hod. přímé práce pracovníků služeb s klientem stojí 302,- Kč, pro srovnání - 1 hod psychoterapie hrazená ze zdravotního pojištění stojí 646,- Kč.
- Pobytovou léčbu uživatelů drog se daří zajistit v zařízeních mimo Zlínský kraj, na území chybí služba následné péče pro uživatele drog po absolvované léčbě.

1.4 Identifikované okruhy problémů

- Klíčový problém služeb pro uživatele je na systémové úrovni, tj tyto služby dosud nejsou začleněny do systému zdravotních a sociálních služeb, jako v jiných zemích EU.
- V důsledku jsou financovány ročními dotacemi, na něž není právní nárok a není jasně stanoven podíl spolufinancování jednotlivými orgány veřejné správy – stát, kraje, města.
- Zlínský kraj vydává na protidrogovou politiku v přepočtu na jednoho občana 7,48 Kč oproti 14,10 Kč, což je průměr výdajů všech krajů ČR na danou oblast.
- V rozporu s narůstajícími provozními i mzdovými náklady služeb pro uživatele drog, výše jejich finanční podpory od orgánů veřejné správy průběžně klesá.
- To ohrožuje kvalitu a efektivitu provozovaných služeb i samu jejich existenci a v důsledku jejich dostupnost pro občany kraje.
- K dalším problémovým otázkám patří systémové zabezpečení realizace aktivit primární prevence užívání návykových látek včetně zaměření na rizikové užívání alkoholu.
- Adiktologické služby se potýkají s nepochopením veřejnosti a nízkou ochotou spolupracovat ze strany zdravotnického personálu, patrně v důsledku nízké míry informovanosti a předsudků.

1.5 Návrh opatření

- Navýšit finanční prostředky na financování činnosti regionálních služeb pro uživatele drog v rozpočtu kraje a vyjednávat se samosprávnými orgány měst a obcí, aby zvýšily svoji spoluúčasť na financování služeb realizovaných v jimi spravovaných územích.

- Podporovat vládou deklarovanou reformu financování služeb pro uživatele drog ve smyslu jejich začlenění do standardního systému sociálních a zdravotních služeb.
- Jako hlavní prioritu budoucí protidrogové politiky kraje stanovit udržení stávající sítě nízkoprahových služeb pro uživatele drog.
- Zvážit zřízení ambulantní služby následné péče pro uživatele drog po absolvování léčby ve Zlíně a případně ji doplnit o 1 - 2 podporované byty s kapacitou 4 – 8 lůžek.
- V rámci připravované strategie protidrogové politiky se zaměřit na koncepci primární prevence užívání návykových látek zaměřené i na užívání alkoholu a dospělou populaci.
- Zvážit možnost realizace informační kampaně pro veřejnost a zdravotnický personál, prezentující služby pro uživatele drog v pozitivním světle.
- Zvážit zřízení tematicky zaměřených pracovních mezioborových a mezisektorových skupin, pro tvorbu plánů a realizace aktivit protidrogové politiky kraje.

2. Design analýzy

Design studie a použitá metodologie replikují postupy z obdobných šetření, která v minulosti v České republice proběhla. Jde zejména o Analýzu institucionálního kontextu protidrogových programů v České republice (Csémy a kol., 2001), Analýzu institucionálního kontextu poskytování služeb v oblasti protidrogové politiky [Středočeského²] kraje (Vacek, 2004), Analýzu drogové scény Ústeckého kraje (Minařík a kol., 2004), Analýzu situace a potřeb v oblasti léčby a následné péče uživatelů návykových látek v Jihočeském kraji (Radimecký a kol., 2006), Analýzu drogové scény a služeb pro uživatele drog v Libereckém kraji (Radimecký, 2006), Analýzu drogové scény Karlovarského kraje (Radimecký a kol., 2008) a Analýzu stavu drogové scény Olomouckého kraje (Radimecký a kol., 2010). Postupy ověřené v předešlých šetřeních byly v případě potřeby modifikovány zejména s ohledem na zadání studie a časové omezení doby pro její realizaci (červen – září 2010).

Stěžejní použitou metodou byl Rapid Assessment and Response - metoda rychlého zhodnocení situace, jež má potenciál generovat důležité aktuální informace z oblasti veřejného zdraví, které mohou být využity pro rozvoj odpovídajících opatření a intervencí (Fitch a Stimson, 2003) při realizaci opatření protidrogové politiky Zlínského kraje. Nicméně, vzhledem ke svému charakteru, nabízí data a informace spíše kvalitativního charakteru o současném stavu drogové scény ve Zlínském kraji, jež se však může v důsledku různých faktorů poměrně rychle změnit. Nepodává rovněž vyčerpávající odpovědi na všechny otázky, na něž by nositelé rozhodovacích pravomocí v kraji mohli chtít odpověď – viz např. v zadání studie požadované zjištění podílu klientů ze Zlínského kraje v zařízeních mimo území kraje a případná úspěšnost a finanční nákladnost jejich léčby. Jak bylo zpracovateli této studie v období vyjednávání o zakázce argumentováno, takové zjištění by vydalo na samostatnou

² Pro upřesnění doplněno autorem zprávy.

studii, jejíž realizace by vyžadovala mnohem delší časové období, než 3 respektive 4 měsíce. Důvody tohoto omezení jsou diskutovány v kapitole 4.2 této zprávy.

2.1 Zadání

Hlavní cíl analýzy byl v zadání ze strany Zlínského kraje definován takto³:

zmapovat drogovou scénu a poskytované služby pro uživatele ilegálních drog ve Zlínském kraji jako základ pro přípravu krajské koncepce protidrogové politiky.

Výstupem realizovaného šetření má tedy být zejména popis a analýza aktuální situace na území kraje v následujících okruzích:

drogová scéna

- lokality s rozdílnou koncentrací výskytu užívání návykových látek (hlavní, vedlejší);
- populace uživatelů návykových látek s ohledem na jejich věkovou skladbu, pohlaví, etnická nebo národnostní specifika;
- užívané návykové látky s ohledem na míru jejich dostupnosti a způsoby obstarávání uživateli;
- vzorce užívání návykových látek s ohledem na rizikové chování jejich uživatelů.

služby pro uživatele drog

- dostupnost a přiměřenost spektra stávajících nízkoprahových služeb pro uživatele návykových látek v kraji (kontaktní centra, terénní programy);
- kapacita poskytovaných služeb s přihlédnutím k poptávce po nich v jednotlivých regionech kraje (okresy, obce s rozšířenou působností) a dále odbornosti;
- absence dalších typů služeb pro uživatele drog (zejména pobytových služeb typu terapeutické komunity a následné péče/doléčování) a případné dopady této absence (např. zjištění podílu klientů ze ZK v zařízeních mimo území kraje a případná úspěšnost léčby a finanční nákladnost).

Zjištění z jednotlivých analyzovaných okruhů mají být shrnuta a použita pro formulaci doporučení zadavateli pro zpracování do krajské koncepce – viz body 1. Souhrn hlavních zjištění a 5.5. Závěrečné výstupy a doporučení této zprávy.

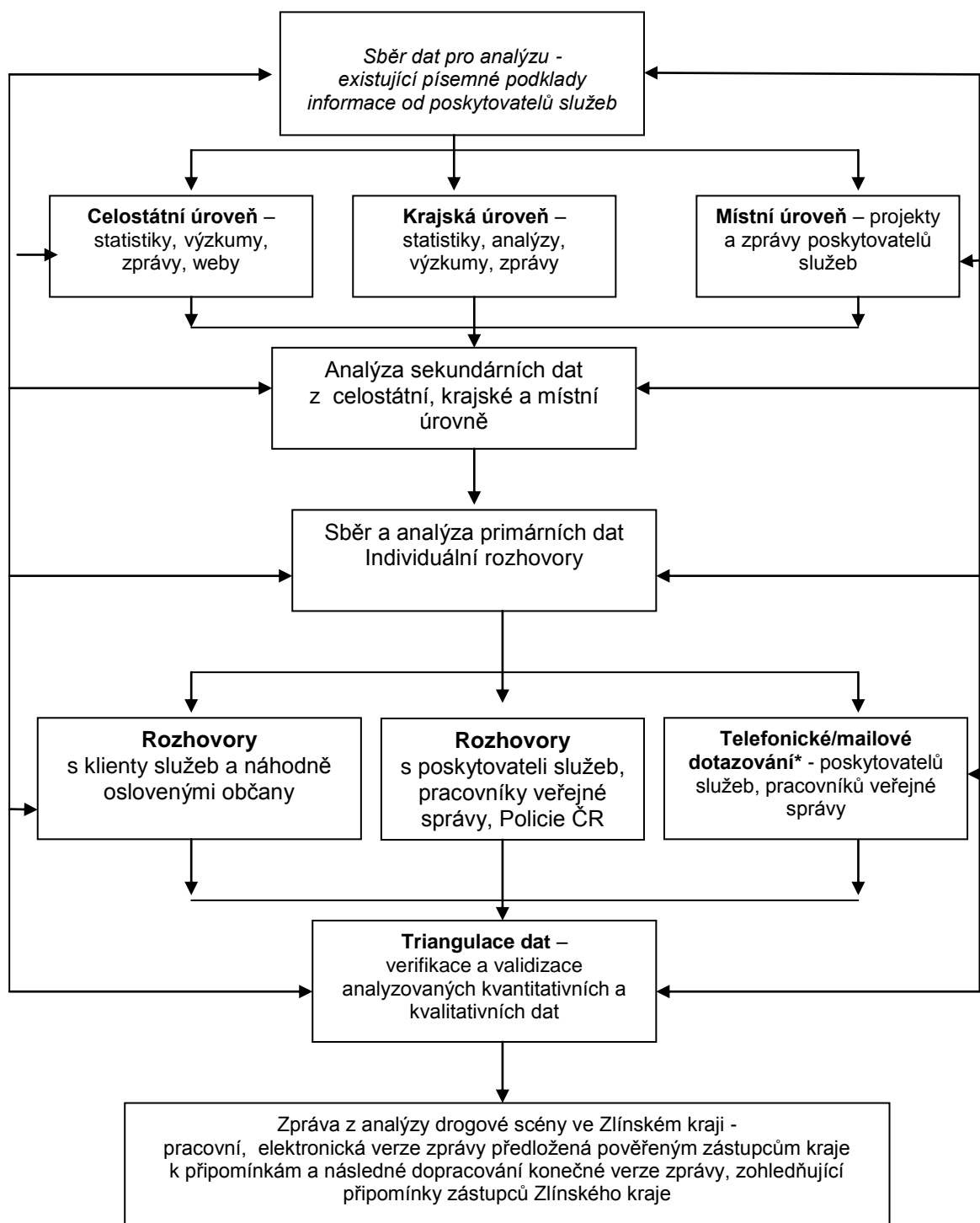
³ Viz smlouva o dílo.

2.2 Použité metody a průběh analýzy

Podklady pro zpracování analýzy stavu drogové scény Zlínského kraje byly získány ve formě dvou základních typů dat:

- *sekundární kvantitativní a kvalitativní data* - tj. informace z dostupných písemných dokumentů a informací v elektronické podobě na webu zejména statistického charakteru – závěrů z celostátních výzkumů, zpráv Zlínského kraje, průzkumů, statistických přehledů z celostátní, krajské a místní úrovně, ze zpráv o činnosti poskytovatelů služeb pro uživatele návykových látek na území kraje (viz seznam použité literatury),
- *primární kvalitativní data* získaná realizátory studie prostřednictvím semistrukturovaných individuálních a/nebo skupinových rozhovorů, případně telefonického a e-mailového dotazování problémových uživatelů návykových látek využívajících odborných služeb, zástupců poskytovatelů služeb pro uživatele návykových látek, pracovníků relevantních zdravotnických a sociálních služeb na území kraje, pracovníků městských úřadů III. typu (koordinátoři městských úřadů, sociální kurátoři), policistů a/nebo pracovníků Městské Policie a náhodně oslovených občanů měst a obcí na území Zlínského kraje. Design analýzy znázorňuje obr. 1:

Obr. 1 - Design analýzy stavu drogové scény ve Zlínském kraji



* - telefonické a e-mailové dotazování bylo použito v případě, že se nepodařilo některé vytipované účastníky šetření kontaktovat osobně, v případě potřeby doplnit/upřesnit informace získané z individuálních rozhovorů a/nebo ověřit data z písemných dokumentů.

2.2.1 Sběr primárních kvalitativních dat

Převážná část podkladů pro zpracování studie byla získána z individuálních rozhovorů s identifikovanými zástupci cílových skupin pracovníků, kteří jsou různou měrou zapojeni do realizace opatření protidrogové politiky na území Zlínského kraje. Přehled oslovených účastníků provedených místních šetření a uskutečněných individuálních rozhovorů podle cílových skupin a počtu dotazovaných znázorňuje následující tabulka č. 1:

Tab. 1 – Přehled oslovených respondentů a uskutečněných rozhovorů

Forma rozhovoru	Cílová skupina	Počet tázaných
Individuální rozhovory*	Pracovníci MěÚ a KÚ (koordinátoři, sociální kurátoři)	12
	Pracovníci Městské Policie	8
	Pracovníci zařízení speciálního školství (PPP, SVP)	2
	Policisté (Policie ČR)	8
	Pracovníci lékáren	14
	Pracovníci probační a mediační služby	2
	Poskytovatelé sociálních a zdravotnických služeb	26
	Klienti služeb	12
	Náhodně oslovení občané	12
Celkem		96

* - v několika ojedinělých případech proběhlo dotazování prostřednictvím e-mailové komunikace z důvodu aktuální nepřítomnosti oslovených pracovníků na pracovišti v době místního šetření z důvodu dovolených.

Cílem rozhovorů bylo získat přehled o situaci v užívání drog na území Zlínského kraje, o stávající síti služeb pro uživatele drog, o spektru jimi poskytovaných služeb pro různé skupiny klientů, o jejich dostupnosti, vytíženosti, provázanosti a spolupráci a o případných chybějících typech služeb z pohledu jejich poskytovatelů, klientů, pracovníků Policie ČR a MěÚ – koordinátorů městských úřadů a/nebo Městské Policie, kde to bylo možné, byli osloveni i pracovníci lékáren⁴. Osloveni byli i zástupci pracovníků zařízení speciálního školství, Probační a mediační služby pracujících na území kraje i občanů, kteří žijí v navštívených městech kraje.

2.2.2 Struktura rozhovorů

Pro vedení rozhovorů s respondenty studie byly zpracovány záznamové archy, jež obsahovaly strukturu rozhovorů podle sledovaných okruhů a typu zjišťovaných informací (viz tab. 2). Rozhovory s pracovníky lékáren probíhaly podle pevně stanovené struktury, rozhovory s náhodně oslovenými občany byly redukovány. Ale zaměřovaly se rovněž na

⁴ V některých případech se pracovníci, kteří sbírali pro realizaci studie v terénu data, setkali s neochotou pracovníků lékáren, účastnit se realizovaného šetření.

získání stanoveného okruhu informací, aby pomohly doplnit a případně ověřit informace získané při podrobnějších rozhovorech s uživateli drog, poskytovateli služeb, pracovníky PČR a/nebo MP, městských či obecních úřadů, dalších oslovených institucí a z písemných podkladů. Okruhy otázek, z nichž jednotlivé rozhovory sestávaly, ilustruje následující tabulka:

Tab. 2 – Položky použitého semistrukturovaného interview s respondenty studie

část	sledované okruhy	konkrétní zjišťované informace	
1.	charakteristiky drogové scény	typy užívaných drog	hlavní užívané drogy v kraji
		distribuce drog	způsoby distribuce drog a jejich případná ilegální výroba na území kraje
		dostupnost a cena	fyzická, ekonomická a sociální dostupnost drog a jejich ceny na černém trhu
		způsoby aplikace	nejčastější vzorce užívání různých typů drog
		rizikové formy chování	informace o injekčním užívání, výměně respektive sdílení injekčních stříkaček či jejich opakovaném užívání
		rizikové lokality	vytipování rizikových území ve vztahu k ilegální výrobě, distribuci a užívání drog
2.	pomáhající instituce	informace o službách	povědomí o existujících službách pro uživatele drog a jejich nabídce odborné pomoci
		dostupnost služeb	místní, časová dostupnost, její práh, přístup pracovníků služeb
		chybějící služby	chybějící typy služeb podle charakteru poskytované pomoci a podle regionů/lokalit
3.	subjektivní zkušenosti	potřeby a problémy	vnímané problémy a potřeby ve vztahu k realizaci opatření protidrogové politiky a poskytování služeb pro uživatele návykových látek na území kraje

Základní **struktura rozhovoru** tedy byla předem stanovena, na přípravné schůzce realizátorů studie představena a diskutována s pracovníky, kteří následně prováděli sběr dat v terénu. Cílem tohoto vstupního proškolení sběračů dat bylo sjednotit postup při sběru dat a přispět ke srovnatelnosti jimi získaných informací pro potřeby následné analýzy dat.

Přes stanovenou základní strukturu rozhovorů umožňují akceptované postupy kvalitativního výzkumu tazatelům, aby v průběhu rozhovorů (ať individuálních nebo skupinových) kladli i další, doplňující otázky, jež jim mohou pomoci rozšiřovat porozumění dalším okolnostem a specifickým podmínkám (např. místním geografickým, kulturním, politickým, sociálním či finančním faktorům apod.) v nichž zkoumaný jev probíhá a je jimi v různé míře ovlivňován. Pro takovou formu rozhovoru je používán termín **semistrukturované interview** (Bryman 2003).

Kontakty na oslovené instituce byly získány z elektronických dokumentů postoupených pracovníky oddělení neziskového sektoru Odboru Kancelář hejtmana Krajského úřadu Zlínského kraje. Dalšími zdroji byly existující celostátní adresář služeb pro uživatele návykových látek Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (www.drogy-info.cz/mapapomoci), webová stránka Zlínského kraje a další informace volně

dostupné na internetu, především na webových stránkách některých poskytovatelů služeb ve Zlínském kraji.

Jak už bylo zmíněno, byla data potřebná pro zpracování studie získávána **třemi formami kontaktu**, přičemž základním klíčem k volbě formy kontaktu byla role respondentů v kontextu krajské drogové politiky a sítě služeb pro uživatele návykových látek. Vybraní respondenti byli navštíveni osobně (rozhovory s pracovníky služeb, s jejich klienty, s pracovníky PČR a MP, lékáren či městských/obecních úřadů a dalších relevantních institucí). Od některých účastníků šetření byly informace získány prostřednictvím e-mailové korespondence z důvodu jejich nepřítomnosti na pracovišti v době realizovaného místního šetření. Náhodně oslovení občané měst a obcí Zlínského kraje byli rovněž dotazováni formou redukovaných individuálních rozhovorů. Někteří z oslovených respondentů preferovali zpracování odpovědí písemnou formou a jejich zaslání elektronickou poštou. V několika případech oslovení pracovníci – např. lékáren – odmítli rozhovor, o který je tazatelé požádali, uskutečnit. Sběr dat probíhal v období od června do srpna 2010. Je tedy zřejmé, že případné změny, které v realizaci protidrogové politiky na území Zlínského kraje nastaly od 1. září 2010, nejsou v této zprávě zachyceny.

Ve většině případů byly individuální rozhovory s respondenty zaznamenávány na diktafon a současně z nich byly pořizovány písemné poznámky. Z rozhovorů s dalšími respondenty byly pořizovány písemné poznámky buď bezprostředně při rozhovoru nebo – v případě na ulici náhodně oslovených občanů – po provedeném interview. Relevantní statistická data a další popisné údaje o kraji, o zařízeních poskytujících služby pro uživatele návykových látek a o poskytovaných službách získaná ve formě sekundárních písemných nebo elektronických dokumentů byla pro potřeby analýzy přepsána do tabulek. V případě poskytovatelů služeb pro uživatele drog byly jako hlavní zdroj statistických dat použity jejich závěrečné zprávy o realizaci projektů protidrogové politiky pro Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Tento zdroj dat byl využit jednak pro komplexnost ve zprávě zjišťovaných údajů, jednak pro možnost porovnávání statistických údajů služeb pracujících na území Zlínského kraje a jejich případné porovnání se službami, pracujícími mimo něj.

Po skončení úvodní fáze sběru dat, byly získané informace analyzovány, přičemž byly využity standardní postupy kvalitativní analýzy dat, zejména kódování a konceptualizace (Bryman 2003), tj. vytváření kategorií odpovědí na jednotlivé stanovené otázky (viz zadání analýzy). V případě potřeby byly identifikované chybějící informace doplňovány návazným sběrem dat, např. formou telefonického či e-mailového dotazování.

2.3. Etické otázky a metodologické limity studie

Realizátoři studie se při její realizaci snažili dodržovat relevantní **etické zásady**. Osloveným respondentům se nejprve představili a informovali je o účelu a plánovaném průběhu šetření stejně jako o dobrovolnosti jejich účasti v něm na základě informovaného souhlasu. Oslovení pracovníci byli rovněž seznámeni se způsobem sběru dat, zaznamenáváním rozhovorů a o zachování anonymity dat při jakémkoli nakládání s nimi. Účastníkům studie byla nabídnuta možnost seznámit se s jejími závěry způsobem, který odpovídá jejich přání.

S ohledem na charakter, cíle a metody použité při realizaci této studie je třeba zmínit její **limity při interpretaci zjištění**. V první řadě z důvodů omezené míry **reliability** (spolehlivosti) a **validity** (platnosti) sebraných dat, jež může být limitována obavou některých z oslovených respondentů z ohrožení jejich postavení v kontextu krajské protidrogové politiky. Proto mohli tazatelé sdělit jen selektivní údaje, tj. pouze ty, které sami chtěli. Přičemž ověřit jimi poskytnuté informace, jež mohly být zkresleny jejich subjektivními názory, přesvědčeními a preferencemi je obtížné, ne-li nemožné.

Realizátoři studie navíc při sběru dat nedisponovali žádnými zvláštními pravomocemi, což se mohlo projevit i co do **úplnosti dat**. Pracovníci oslovených institucí nemuseli být ochotni nebo schopni se do šetření zapojit nebo sdělit všechny informace, jež od nich realizátoři požadovali. V několika případech se oslovení pracovníci – např. lékáren či městské policie – odmítli do šetření zapojit, což jak bylo uvedeno výše, bylo jejich právo, na které byli tazatelé při žádosti o rozhovor upozorněni.

Je rovněž pravděpodobné, že nemuseli být osloveni všichni jednotlivci či subjekty, od nichž bylo možné získat informace využitelné pro realizaci studie. To je způsobeno zejména tím, že užívání ilegálních drog je skrytou činností a je proto obtížné kontaktovat jejich uživatele přímo v terénu, s čímž se tazatelé při sběru dat setkali. Rovněž je možné, že realizátoři nekontaktovali všechny osoby, které se na realizaci opatření protidrogové politiky na území kraje podílejí proto, že o nich neměli dostatek informací nebo proto, že se domnívali, že o daném regionu/lokalitě již získali dostatek potřebných informací.

Ostatně, jak vyplývá z jejího názvu, **metoda** použitá pro zhodnocení situace v kraji - **rychlý průzkum** - je výzkumný přístup, který **nepočítá s kontaktováním vyčerpávajícího a/nebo reprezentativního počtu možných respondentů**.

Další skutečnosti, jež mohou vypovídací hodnotu této zprávy limitovat, jsou **problémy ve srovnatelnosti statistických dat** poskytovaných jednotlivými respondenty v jejich zprávách o činnosti. Pro ilustraci, nejsou jednoznačně definovány běžně užívané termíny – např. termín uživatel drog (s výjimkou tzv. problémového uživatele) či termín žádost o léčbu. Ten je v kontextu systému monitorování a sběru dat Rady vlády pro koordinaci protidrogové

politiky vnímán jako jakákoli žádost o službu odborného programu, který poskytuje služby uživatelům návykových látek. V případě, že tedy v uvedeném kontextu „žádá o léčbu“, může žádat pouze o službu výměny injekčního náčiní, které používá pro aplikaci drog či o jinou ze služeb minimalizace rizik (harm reduction), které z definice nejsou léčbou syndromu závislosti na užívání návykových látek.

Konečně **realizátoři studie**, vzhledem k tomu, že nepocházejí ze Zlínského kraje, **nemuseli pochopit všechny souvislosti a kontext**, v němž realizace opatření protidrogové politiky probíhá, **případně se mohli dopustit chyb při přepisu rozhovorů** zaznamenaných na diktafonech a v důsledku tak **např. uvést nesprávný název zařízení či některé obce a/nebo interpretovat statistická data služeb v kraji jinak, než to činí jejich realizátoři, kteří znají všechny okolnosti jejich poskytování**. Za taková případná nedorozumění či chyby se autoři zprávy předem omlouvají.

Neúplnost dat získaných realizátorem výzkumu a omezená velikost vzorku respondentů, stejně jako pokračující vývoj situace na drogové scéně a v realizaci opatření protidrogové politiky představují významné omezení při **zobecnování získaných poznatků**.

2.4. Technické, organizační a personální zajištění výzkumu

Studie byla realizována na základě zadání Zlínského kraje formulovaného ve smlouvě o dílo. Realizoval ji tým občanského sdružení PROADIS, které sdružuje poskytovatele adiktologických služeb ze sedmi krajů ČR. Tým pracoval pod vedením PhDr. Josefa Radimeckého, Ph.D., MSc., ředitele o. s. PROADIS a současně vědeckého pracovníka Centra adiktologie 1. lékařské fakulty UK v Praze. Spolu s ním se na sběru a zpracování dat podíleli další vybraní pracovníci členských organizací o. s. PROADIS.

Sběr dat pro potřeby analýzy realizovali: Mgr. Eva Krejcarová a Bc. Lukáš Gylányi (o.s. Laxus v Hradci Králové), Mgr. Jiří Koreš a Bc. Kamil Podzimek, DiS. (o. s. Prevent ve Strakonících), Bc. Jakub Solčány a Martin Zahálka (o. s. WHITE LIGHT I. v Ústí nad Labem). Na analýze dat a zpracování závěrečné zprávy z analýzy spolupracovali: Mgr. Ondřej Počarovský (o.s. Prev-centrum v Praze), Mgr., Ing. Jiří Staniček (o.s. Laxus v Hradci Králové), Mgr. Jiří Koreš (o. s. Prevent ve Strakonících) a MUDr. David Adameček (o.s. Advaita v Liberci). Jde o zkušené pracovníky, dlouhodobě pracující ve službách pro uživatele návykových látek, kteří mají s realizací podobných studií zkušenosti.

Realizace analýzy byla finančně a materiálně zabezpečena z prostředků poskytnutých Zlínským krajem. Pro pořízení záznamů z rozhovorů byly v některých rozhovorech použity diktafony. Přepis rozhovorů, jejich následnou analýzu i analýzu dalších dat prováděli realizátoři studie.

2.5. Postřehy z terénního šetření

Díky tomu, že krajský protidrogový koordinátor Zlínského kraje oslovil před zahájením sběru dat všechny relevantní pracovníky a informoval je o připravované analýze, setkávali se realizátoři studie ve většině případů se vstřícným přijetím a ochotou poskytnout požadované informace.

V některých případech však oslovení respondenti – např. pracovníci lékáren či v jednom případě Městské policie - s rozhovorem z různých důvodů nesouhlasili (což nicméně korespondovalo s deklarovanou dobrovolností jejich účasti v realizovaném šetření), případně upřednostňovali písemné zpracování otázek obsažených v semistrukturovaném interview.

Pracovníci realizující sběr dat se rovněž setkali s tím, že pracovníci telefonicky či e-mailem oslovených pracovišť na jejich žádosti nereagovali ani přes opakované pokusy tazatelů. Nejméně v jednom případě se tak dělo v důsledku problémů s internetovým připojením osloveného zástupce poskytovatele sociálních služeb ve Zlínském kraji. Zdá se však, že podobné – ojedinělé – případy, neovlivnily bohatost a komplexnost dat získaných pro zpracování analýzy a že tedy její závěry poměrně věrně zobrazují realitu drogové scény v kraji i realizovaných opatření protidrogové politiky.

Oslovení poskytovatelé služeb i většina pracovníků samosprávných úřadů měst a obcí oceňovali spolupráci v oblasti realizace protidrogové politiky koordinované Zlínským krajem, který pro ně reprezentuje především krajský protidrogový koordinátor Mgr. Petr Horyanský. Zdá se navíc, že se spolupráce pracovníků zainteresovaných institucí – městských protidrogových koordinátorů, pracovníků protidrogových služeb a dalších subjektů po jeho nástupu do zmíněné funkce zlepšila, protože např. iniciuje jejich setkávání, k němuž podle jejich vyjádření dříve nedocházelo.

Oslovení uživatelé návykových látek oceňovali vstřícný a pomáhající přístup existujících odborných služeb na území kraje. Rovněž si všímají, že existující protidrogové služby v kraji mají patrně problémy s financováním.

Výrazným rizikovým faktorem ve vztahu k užívání ilegálních návykových látek v kraji se jeví být životní styl části populace v kraji, zejména v regionech s tradicí domácí výroby pálenky (Vizovice, Valašské Klobouky apod.).

Jistým paradoxem tzv. preventivních snah v podobě budování skate parků je, že na těchto místech se koncentrují mladí uživatelé marihuany (např. Valašské Klobouky nebo Slavičín).

Vzhledem k toleranci vůči pití alkoholu i nezletilými dětmi ze strany jejich rodičů, se vytvářejí předpoklady pro zvýšenou toleranci mladých lidí vůči užívání ilegálních drog, které části z nich připadá „normální“. Některé zahraniční studie naznačují, že tzv. vstupní branou

k užívání více rizikových drog může být právě užívání alkoholu v období dětství a/nebo dospívání.

3. Legislativní a politické prostředí

3.1 Role krajů v kontextu stávající legislativy

1. ledna 2006 vstoupil v platnost **zákon č. 379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Ten kromě řady dalších obsahuje i ustanovení o **zajištění koordinace drogové politiky** (Hlava V. Organizace a provádění protidrogové politiky) a **definuje služby odborné péče** pro uživatele návykových látek (§ 20), jež jsou předmětem této analýzy.

Z dikce zákona pro kraje (§ 22, odst. 1) mj. vyplývá, že **kraj v samostatné působnosti:**

koordinuje a podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány obcí a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky,

c) podílí se na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků a

h) ročně soustřeďuje a vyhodnocuje údaje o situaci týkající se škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami na svém území.

Jakým způsobem se má kraj na realizaci opatření protidrogové politiky na svém území podílet a jak má spolupracovat s poskytovateli služeb, zákon neuvádí s výjimkou ustanovení v § 23, odst. 1, písm. d) podle něž má se státními a nestátními subjekty pracujícími v oblasti prevence a léčby návykových nemocí spolupracovat krajský protidrogový koordinátor. Stejně nejasné je i ustanovení (§22, odst. 1, písm. c), jak respektive v jakém poměru se má kraj v samostatné působnosti podílet na financování služeb odborné péče pro uživatele návykových látek.

Jediným vodítkem v tomto ohledu je usnesení vlády⁵ stanovující doporučený maximální podíl dotačních prostředků na financování služeb provozovaných nestátními neziskovými organizacemi (NNO) ze státního rozpočtu. Usnesení vlády však nemají odpovídající právní oporu a nejsou tudíž pro orgány krajských respektive místních samospráv závazná. Nicméně stanoví, že se státní rozpočet má na financování služeb pro uživatele drog provozovaných NNO podílet nejvýše 70 % jejich rozpočtu. Zbylou část si mají poskytovatelé služeb obstarat

⁵ Usnesení vlády č. 114 ze dne 7. února 2001 o Zásadách vlády pro poskytování dotací ze státního rozpočtu ČR nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy.

tzv. z vlastních zdrojů, k nimž mohou vedle např. platby klientů za poskytované služby, prostředků získávaných od nadací či nadačních fondů či jiných sponzorů patřit i finanční prostředky poskytované na realizaci služeb z rozpočtů orgánů krajských a/nebo místních samospráv. Tato konstrukce opomíjí skutečnost, že v České republice tradici donorství neziskovým organizacím zpřetrhalo více než 40 let komunismu, že platná legislativa sponzorství de facto nepodporuje a že služby poskytované NNO pro uživatele návykových látek jsou veřejně (nikoli vzájemně) prospěšné a měly by tudíž být financovány stejně, jako ostatní sociální služby a/nebo služby zdravotní péče. Po jejich provozovatelích rovněž nikdo nepožaduje, aby si na svoji činnost ve prospěch společnosti získávali vlastní prostředky. Proto by více odpovídalo charakteru poskytovaných služeb, kdyby se o jejich „nákup“ postaral veřejný rozpočet, stejně jako je tomu v případě zmíněných sociálních resp. zdravotních služeb. To však předpokládá zásadní změnu ve financování služeb pro uživatele drog, již vláda v Národní strategii protidrogové politiky 2005-2009 slíbila (Úřad vlády ČR 2005), ale dosud nesplnila.

V tomto kontextu se jako největší slabina stávajícího způsobu financování služeb pro uživatele návykových látek jeví především **a) neexistence kalkulace nákladnosti jednotlivých typů služeb**, jež vede k tomu, že cenu poskytovaných služeb stanovuje jejich provozovatel, což nemusí vždy vycházet z kalkulace objektivně potřebných nákladů respektive běžných nákladů odpovídajících charakteru poskytovaných služeb a **b) nestabilita stávajícího způsobu poskytování a uvolňování dotací na realizaci služeb pro uživatele drog**, jež vyplývá ze stávajícího nekoncepčního systému jednorozhodného dotačního způsobu financování, přičemž na dotace není právní nárok, není předem jasné, jakou částku z požadované dotace poskytovatelé služeb od orgánů veřejné správy dostanou a kdy. Tyto nedostatky ve způsobu financování adiktologických služeb každoročně významnou měrou **ohrožují existenci stávajících kvalitních a efektivních služeb pro uživatele návykových látek a představují překážku pro jejich plánování a další rozvoj v závislosti na měnících se potřebách cílové populace** a poptávce po specifických službách.

Jako jedno z možných řešení stávajícího stavu se jeví možnost, aby kraje u poradního, iniciačního a koordinačního orgánu vlády v otázkách protidrogové politiky – tj. Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky – v souladu s úkoly stanovenými v Národní strategii protidrogové politiky 2005 - 2009 respektive 2010 - 2018 požadovaly změnu stávající praxe financování ve smyslu odstranění výše uvedených nedostatků.

V kontextu výše uvedeného poměru financování nejvýše 70 % provozních nákladů služeb ze státního rozpočtu (pozn. - vzhledem ke zvyšujícím se cenám služeb a materiálu, zřizování nových služeb vs. několik let klesajícímu množství prostředků alokovaných ve státním

rozpočtu na financování služeb pro uživatele drog, jsou dotace ze státního rozpočtu výrazně nižší než 70 % ročního rozpočtu) a nejvýše 30 % z rozpočtů krajských a místních samospráv, lze podle územní působnosti konkrétních služeb pro uživatele drog logicky odvodit následující proporci podílu finančních prostředků:

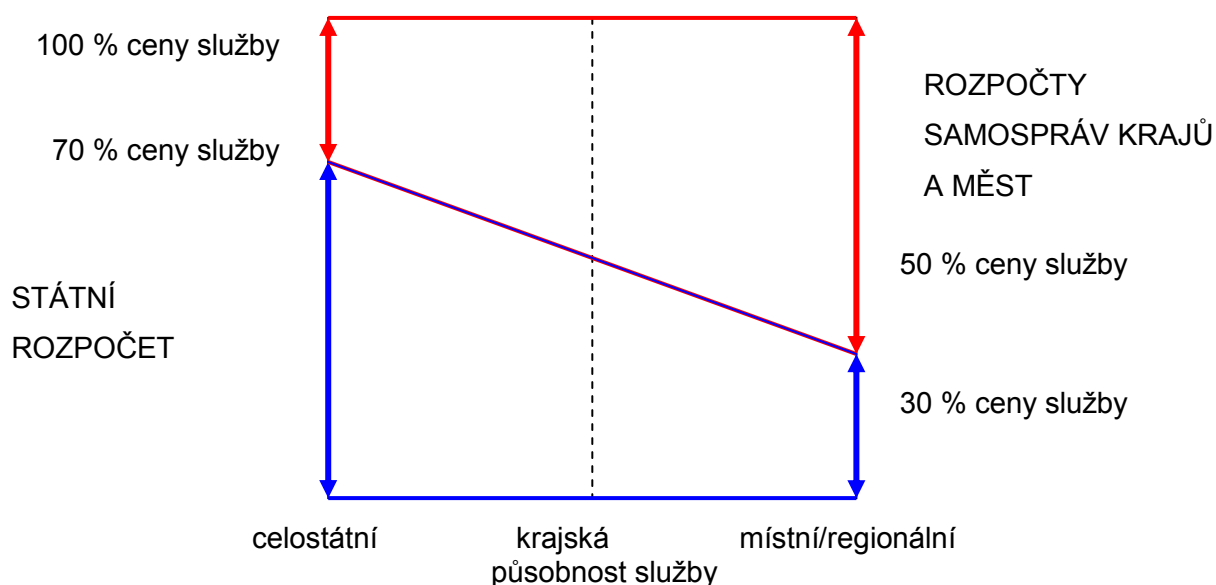
celostátní působnost – 70 % státní rozpočet + 30 % rozpočty krajů a místních samospráv;

krajská působnost – 50 % státní rozpočet + 50 % rozpočty krajů a místních samospráv;

místní/ regionální působnost – 30 % státní rozpočet + 70 % rozpočty krajů a místních samospráv.

Uvedený poměr graficky znázorňuje následující obrázek:

Obr. 2 – podíl spolufinancování služeb pro uživatele drog podle jejich územní působnosti a zdrojů z veřejného rozpočtu



V kontextu navrženého modelu by podíl financování služeb pro uživatele drog v části „rozpočty samospráv krajů a měst“ měl být dále rozdělen podle místní působnosti konkrétní služby. Tj. podíl finančních prostředků z rozpočtů samosprávných orgánů krajů by měl být vyšší u služeb s krajskou působností (např. v poměru 40 % kraj : 10 % město, kdežto z rozpočtů samosprávných orgánů měst by měl převažovat u služeb s místní/regionální působností (např. v poměru 20 % kraj : 50 % město).

3.2 Financování služeb pro uživatele drog z rozpočtu kraje

Jak je zřejmé z přehledu, který ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008⁶ uvádí Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Mravčík a kol., 2009), **kraje se ke své roli v otázce financování drogových služeb postavily různě.**

Z uvedeného přehledu mj. vyplývá, že **Zlínský kraj** se co do výše finančních prostředků, jež na realizaci opatření protidrogové politiky ze svého rozpočtu vyčleňuje, řadil v roce **2008 na 9. místo mezi všemi kraji.** Při srovnávání množství finančních prostředků, jež kraje ze svých rozpočtů na financování opatření protidrogové politiky uvolňují, je třeba brát v potaz i rozdílnou velikost krajů, počet jejich obyvatel stejně jako míru výskytu environmentálních, demografických a socio-ekonomických rizikových faktorů, jež mohou přispívat k výskytu určitých fenoménů, k jakým mj. patří i užívání (nejenom) ilegálních drog. Pokud se množství finančních prostředků, vydávaných z rozpočtů krajů na opatření protidrogové politiky vyčíslí v hodnotě výdajů **na 1 občana kraje**, jde **ve Zlínském kraji** o částku cca **7,48 Kč.** Kraje přitom v průměru vydávají na protidrogovou politiku v přepočtu na jednoho svého občana cca **14,10 Kč.**

V tomto kontextu, kdy Zlínský kraj patří k územím, která vykazují vyšší počty problémových uživatelů drog - 1 850 resp. 1 350 osob - a řadí se tak na pomyslné 9. místo mezi všemi kraji, **se jeví jako odpovídající krok, zvýšit míru finanční podpory, kterou kraj, města i obce službám pro uživatele návykových látek působících na území kraje poskytují.**

Tab. 3 – Srovnání krajů s podobným počtem klientů a jejich výdaje na protidrogovou politiku v přepočtu na 1 obyvatele

Kraj	Počet uživatelů drog	Počet obyvatel k 31.12. 2008	Výdaje kraje na protidrogovou politiku	Výdaje na 1 občana kraje v Kč
Liberecký	1 500	437 325	11 456 000	26,19
Jihočeský	1 550	636 328	10 174 000	15,98
Středočeský	1 750	1 230 691	17 787 000	14,45
Plzeňský	1 650	569 627	6 394 000	11,22
Olomoucký	1 600	642 137	8 338 000	12,98
Zlínský	1 850 resp. 1 350	591 412	4 429 000	7,48

Jak vyplývá z mezikrajového srovnání i z poznatků získaných v rámci terénního šetření, služby pro uživatele drog, které působí na území kraje se potýkají s finančními problémy. Hlavním důvodem je průběžně se snižující výše dotací, které jim přidělují ústřední orgány státní správy, ale i podpora ze strany kraje respektive obcí, jež je nižší, než celostátní průměr. **Navýšení účelově vázaných finančních prostředků vydávaných z rozpočtu kraje**

⁶ V době zpracování analýzy nebyla zpráva NMS pro rok 2009 dosud zpracována.

na financování stávajících služeb pro uživatele drog, **by bezesporu přispělo ke zvýšení jejich stability** i odpovídající **dostupnosti** pro klienty.

Přesto je třeba upozornit na jeden zásadní limit ve srovnávání množství finančních prostředků, jež kraje ze svých rozpočtů na realizaci opatření protidrogové politiky vynakládají. **A sice, že některé kraje mohou uvádět pouze výši dotačních prostředků, které do dané oblasti vynakládají a jiné vyčíslovat i finanční prostředky, které poskytují na provoz jimi zřizovaných a přímo řízených zdravotnických zařízení – např. nemocnic s odděleními pro léčbu závislostí. Proto je třeba brát srovnání výše uvolňovaných prostředků do dané oblasti jako orientační a obtížně porovnatelné mezi jednotlivými kraji.** Aby bylo takové srovnání skutečně reliabilní a validní, mělo by být mezikrajové srovnání výdajů na protidrogovou politiku realizováno s využitím jednotné metodiky, v níž by mělo být jasně definováno, které náklady krajů mají být v rámci daného ukazatele vykazovány.

3.2.1 Příjmy a výdaje rozpočtů krajů

V této části se zpráva zaměří na některé ekonomické aspekty poskytování služeb pro uživatele návykových látek ve Zlínském kraji. Následující tabulka ilustruje příjmy a výdaje rozpočtů krajů, obcí a dobrovolných svazků obcí v roce 2008 podle krajů, jež budou následně porovnány s výdaji krajů na opatření protidrogové politiky.

Tab. 4 - Příjmy a výdaje rozpočtů krajů, obcí a dobrovolných svazků obcí v roce 2008 podle krajů v mil. Kč, zdroj: Ministerstvo financí ČR

ČR, kraje	Příjmy celkem	v tom				výdaje celkem	z toho kapitálové
		daňové příjmy	nedaňové příjmy	kapitálové příjmy	přijaté dotace		
Česká republika	404 609	204 238	30 165	16 281	153 937	389 942	96 981
Hl. m. Praha	66 421	45 599	2 439	90	18 292	59 266	19 547
Středočeský	41 793	20 148	3 329	2 509	15 807	40 810	9 182
Jihočeský	24 659	11 605	2 509	1 038	9 508	23 954	5 229
Plzeňský	23 108	11 891	2 366	1 096	7 755	22 595	6 498
Karlovarský	11 609	5 400	1 254	774	4 192	11 221	2 625
Ústecký	29 971	13 491	2 256	1 474	12 751	29 571	6 431
Liberecký	15 836	7 313	1 217	974	6 332	16 062	3 939
Královéhradecký	19 624	9 238	1 656	934	7 796	19 605	4 386
Pardubický	17 981	8 478	1 297	788	7 419	17 299	3 814
Vysočina	20 351	9 187	1 727	1 148	8 289	18 988	4 652
Jihomoravský	44 272	20 887	3 102	2 293	17 990	42 638	10 479
Olomoucký	22 537	10 529	1 505	708	9 795	22 454	5 408
Zlínský	20 227	8 882	1 726	755	8 865	19 934	4 526
Moravskoslezský	46 220	21 591	3 782	1 699	19 147	45 545	10 265

Následující tabulka je každoročně sestavovaná Národním monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády ČR z dat, která mu postupují jednotlivé kraje ČR. Národní monitorovací středisko (dále NMS) každoročně zpracovává – na základě metodiky vytvořené Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti při Evropské komisi - Výroční zprávu o stavu ve věcech drog, jež slouží jako podklad pro zpracovávání přehledu o situaci v celé Evropské unii. Struktura zprávy je pro všechny členské země závazná a jedním z aspektů, na které se kromě trendů v počtech uživatelů návykových látek zaměřuje, jsou i výdaje jednotlivých členských zemí na realizovaná opatření protidrogové politiky.

V roce 2008 poskytly všechny kraje ČR na financování opatření protidrogové politiky částku 162,9 mil. Kč (oproti 128,4 mil. Kč v roce 2007), obce 62,5 mil. Kč. Oproti celkově stoupajícímu trendu ve výdajích na protidrogovou politiku krajů, vydal Zlínský kraj v roce 2008 na svoji protidrogovou politiku nižší částku, než v roce 2007 (viz tab. 5).

Tab. 5 - Financování protidrogové politiky z krajů

Kraj	2007	2008	Kraj	Počet problémových uživatelů drog 2007	Celkový počet problémových uživatelů drog 2008	Pořadí
Hl. m. Praha	40 627	50 044	Hl. m. Praha	10 000	11 500	1.
Středočeský	17 360	17 787	Středočeský	1 700	1 750	4.
Jihočeský	6 197	10 174	Jihočeský	1 500	1 550	7.
Plzeňský	1 810	6 394	Plzeňský	1 300	1 650	5.
Karlovarský	1 128	1 330	Karlovarský	900	1 000	12.
Ústecký	4 830	5 055	Ústecký	4 100	4 150	2.
Liberecký	6 474	11 456	Liberecký	500	1 500	8.
Královéhradecký	6 783	6 909	Královéhradecký	1 750	1 100	11.
Pardubický	5 500	5 575	Pardubický	450	450	14.
Vysočina	7 910	3 911	Vysočina	700	500	13.
Jihomoravský	8 500	8 500	Jihomoravský	3 400	3 250	3.
Olomoucký	2 500	8 338	Olomoucký	1 650	1 600	6.
Zlínský	4 711	4 429	Zlínský	1 850	1 350	9.
Moravskoslezský	14 028	22 977	Moravskoslezský	1 100	1 150	10.
celkem	128 358	162 878	Celkem ČR	30 900	32 500	

Ekonomická analýza adiktologických služeb byla provedena na vzorku nízkoprahových center a terénních programů Zlínského kraje. Důvodem pro zkoumání dat na tomto vzorku bylo kompletní předání dat týkajících se rozpočtů a příjmů těchto organizací. Pro rychlé zhodnocení a základní ekonomickou analýzu adiktologických služeb považujeme tento vzorek za dostačující. **Z ekonomické analýzy služeb pro uživatele drog ve Zlínském kraji vyplývá, že náklady na 1 kontakt i klienta průběžně stoupají**, tj. poskytované služby jsou rok od roku dražší. To mj. koresponduje i s nárůstem cen v důsledku meziroční inflace. Jsou-li, úměrně s nárůstem cen, poskytované služby i kvalitnější, z dostupných dat vyčíst nelze. **Je však možné vyčíst čas věnovaný 1 klientovi. Protože počet lidí i úvazků je ve zkoumaných letech 2007 – 2009** (hovoříme o výběru adiktologických zařízení, tedy

nízkoprahových centrech a terénních programech, které poskytly závěrečné zprávy a vyúčtování) **víceméně stejný a počet klientů každý rok stoupá, je zřejmé, že se jim pracovníci nemohou věnovat tak intenzivně, jak v předešlých letech.** V roce 2007 věnovali pracovníci protidrogových služeb přímé práci s klienty v průměru 21,79 hod, v roce 2009 jen něco málo přes 19 hod, což je významný rozdíl (téměř 10%). **Pokud by služby měly klientům věnovat více času, musel by jim stát, kraj a obce poskytnout více finančních prostředků a umožnit jim zaměstnat více personálu.**

Zajímavé také je, že každý rok stoupá doba strávená administrativou. V roce 2007 věnovali pracovníci služeb 89% (alespoň vykázaných) pracovní doby přímé práci s klienty, 11 % času věnovali související administrativě. O dva roky později už administrativa zabrala 17 % jejich pracovní doby. **Tento nárůst administrativy jistě ovlivnil i snižující se průměrný počet hodin věnovaných přímé práci s jedním klientem.** Hrubé náklady na jednu hodinu práce se zvyšují, stejně jako člověkohodiny. Bylo by dobré mít možnost srovnání s jinými kraji. **Díky analýze člověkohodin lze konstatovat, že ve Zlínském kraji (jedná se o tentýž vzorek nízkoprahových center a terénních programů) stojí 1 hodina přímé práce s klientem (terapie, sociální práce atd. tedy 1 hodina průměrné práce, nikoli administrativy) v r. 2009 cca 302,- Kč.** Tuto cenu dohromady platí všichni donátoři, hrubá mzda pracovníků je však stále velmi nízká. Ve srovnání s platbami VZP za 1 hodinu psychoterapie (646,- Kč) je zmíněná částka až poloviční. **Lze tedy konstatovat, že 1 hodina přímé práce s klientem ve Zlínském kraji je relativně levná.** Jak si co do mzdy stojí pracovníci služeb pro uživatele drogových služeb v rámci celorepublikového průměru, ukazuje tab. č. 6:

Tab. 6 – Porovnání průměrných mezd pracovníků služeb pro uživatele drog ve ZK vs. průměrná mzda v ČR

rok	Průměrná mzda ZK (Kč)	Průměrná mzda ČR (Kč)	Poměr mzdy pracovníků služeb ZK vs. průměrná mzda v ČR
2007	14 626, 669	20 957,00	69,79 %
2008	18 606,163	22 691,00	82,00 %
2009	21 175,358	23 488,00	90,15 %

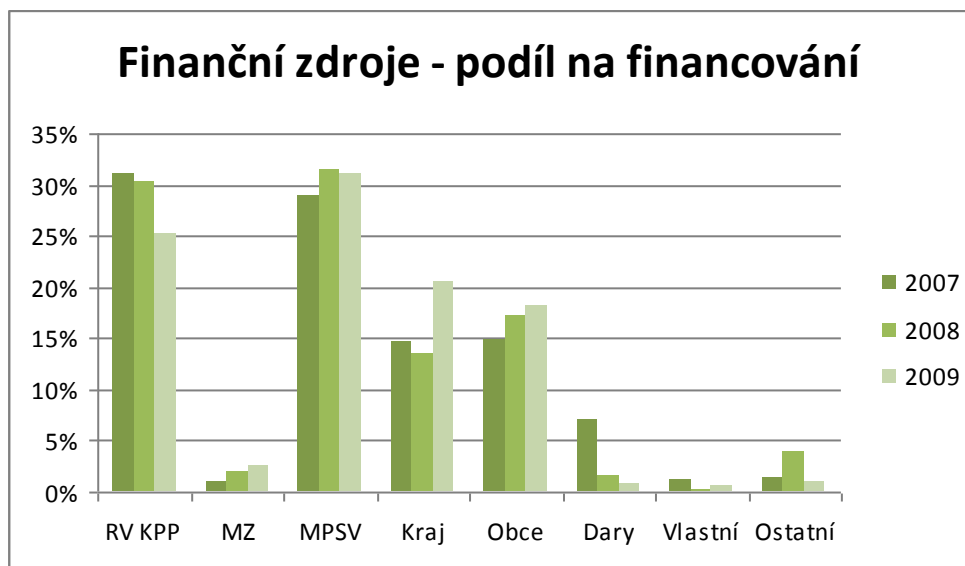
Na financování opatření protidrogové politiky se vedle krajů a měst podílí i ústřední orgány státní správy. Přehled jejich výdajů na protidrogovou politiku nabízí následující tabulka:

Tab. 7 - *Financování protidrogové politiky ze státního rozpočtu, zdroj: NMS*

Účel čerpání	2007	2008
RV KPP (koordinace protidrogové politiky)	104 442	99 979
MŠMT (výhradně primární prevence, vzdělávání)	12 557	12 447
MPSV (sociální služby)	57 013	79 472
MZ (zdravotnické služby, kontaktní centra, terénní programy)	22 241	18 874
MS (spravedlnost,)	12 610	7 385
MO (obrana, finance se netýkají služeb)	3 595	5 276
GŘC dtto	26 725	10 656
NPC (dtto, potírání zločinu, snižování dostupnosti)	127 743	137 846
celkem	366 926	371 935
Celkem prevence a léčba	196 253	210 772
Celkem represe, obrana, spravedlnost etc.	170 673	161 163

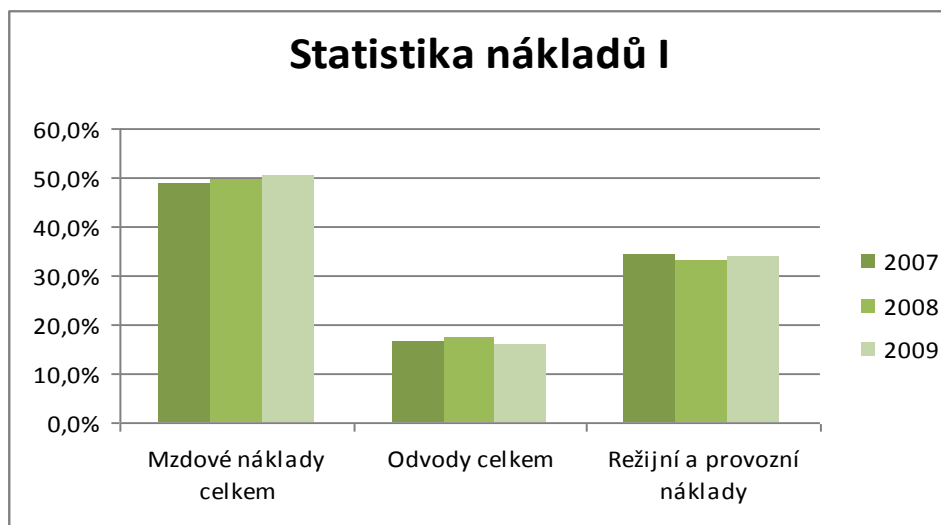
Přehled podílu jednotlivých zdrojů, které se na financování opatření protidrogové politiky v ČR podílejí ilustruje následující graf:

Graf 1



Následující graf prezentuje hlavní nákladové položky, na jejichž krytí jsou finanční prostředky určené na financování protidrogové politiky využity:

Graf 2



Vzhledem k tomu, že se jedná v převážné míře o financování služeb, patrně nepřekvapí, že převážná část vynaložených prostředků je vynakládána na mzdové náklady.

3.3 Financování služeb pro uživatele drog z rozpočtů samospráv měst a obcí

Dalším významným zdrojem financování služeb mohou být rozpočty samosprávných orgánů měst a obcí, jež se ve Zlínském kraji v roce 2008 podílely na financování služeb pro uživatele drog částkou ve výši 4.457.000,- Kč. Tato částka řadí Zlínský kraj v porovnání s ostatními kraji na **7. místo** (viz tab. 8).

Tab. 8 - Srovnání výdajů obcí na protidrogovou politiku podle jednotlivých krajů, zdroj: NMS

Kraj	Výše dotací obcí a měst	Pořadí
Praha	13 890	1.
Moravskoslezský	9 545	2.
Plzeňský	7 728	3.
Jihomoravský	5 768	4.
Ústecký	5 196	5.
Středočeský	4 890	6.
Zlínský	4 457	7.
Olomoucký	2 453	8.
Jihočeský	1 950	9.
Pardubický	1 819	10.
Liberecký	1 646	11.
Karlovarský	1 426	12.
Královéhradecký	1 060	13.
Vysočina	651	14.
Celkem	62 479	

I to je ovšem třeba hodnotit opatrně s ohledem na výše diskutované limity podobných srovnání. Na základě dosavadní praxe je ale patrné, že postoj samosprávných orgánů měst v ČR ke spolufinancování služeb pro uživatele drog je ještě rozporuplnější a rozdílnější, než je tomu v případě krajů. Některá města přispívají drogovým službám přiměřeně počtu občanů daného města, kteří služeb zařízení využívají, část měst přispívá spíše jen symbolickou částkou, část neposkytuje finanční prostředky vůbec.

Opakovaně se objevují informace o nepříznivých důsledcích stávajícího systému financování služeb – především v případě těch, které poskytují nestátní neziskové organizace (NNO). Jde především o:

- poddimenzované personální zajištění služeb, které nezřídka způsobuje fluktuaci kvalifikovaných a zaškolených pracovníků;
- omezování provozu existujících služeb;
- omezování dostupnosti služeb;
- absence některých typů služeb;

Všechny uvedené nepříznivé dopady stávajícího způsobu financování protidrogových služeb byly ve Zlínském kraji v rámci analýzy identifikovány.

3.4 Definice služeb pro uživatele drog

Služby odborné péče pro uživatele návykových látek jsou definovány v § 20 zákona č. 379/2005 Sb. o ochraně před škodami působenými užíváním tabákových výrobků, alkoholu a jiných návykových látek. Přičemž podle odst. 1 **hlavním cílem poskytování odborných služeb je mírnění škod na zdraví** působených užíváním legálních a ilegálních návykových látek a služby odborné péče mohou poskytovat jak zdravotnická zařízení (zřizovaná podle zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů), tak i zařízení sociální péče popřípadě jiná, za tímto účelem zřízená zařízení (zpravidla programy NNO).

Zákon definuje jednotlivé typy služeb odborné péče pro uživatele návykových látek včetně nízkoprahových služeb, na něž je tato analýza především zaměřena. Typy služeb jsou podle zmíněného § 20, odst. 2, písm. b) – j) definovány následovně:

- b) **detoxifikace** - léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu,
- d) **kontaktní a poradenské služby** (pozn. - nejsou v zákoně blíže definovány),
- e) **ambulantní léčba** závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách, (**pozn.** - není v zákoně blíže definována),

f) **stacionární programy**, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí,

g) **krátkodobá a střednědobá ústavní péče**, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 až 14 týdnů,

h) **rezidenční péče v terapeutických komunitách**, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 až 15 měsíců,

i) **programy následné péče**, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení, obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence a

j) **substituční léčba** - krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře, jež jsou povinna hlásit pacienty do Národního registru uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek.

Přes dílčí nedostatky v definici odborných služeb pro uživatele návykových látek (viz např. chybějící definice kontaktních a poradenských služeb resp. ambulantní léčby), jež lze připsat obvyklým procesům hrajícím roli při přípravě a projednávání návrhů zákonů v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, odpovídají tyto definice alespoň rámcově typu služeb, z nichž některé jsou v této zprávě diskutovány.

Jiný úhel pohledu na některé typy služeb pro uživatele návykových látek poskytuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v Dílu 3 definuje kontaktní centra (§ 59), služby následné péče (§ 64), terapeutické komunity (§ 68) a terénní programy (§ 69). Tyto služby jsou definovány následujícím způsobem, který vyvolává otázky ohledně kompatibility a provázanosti zákona o sociálních službách s výše citovaným zákonem resortu zdravotnictví.

§ 59

Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

§ 64

Služby následné péče

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

§ 68

Terapeutické komunity

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

§ 69

Terénní programy

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

3.4.1 Odborná způsobilost pracovníků pracujících ve službách pro uživatele drog

Od r. 1980 je možná lékařská specializace „v léčení alkoholizmu a jiných toxikomanií“, která je v současnosti podle vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů nástavbovým oborem specializačního vzdělávání lékařů „návykové nemoci“, do kterého může být lékař zařazen, pouze pokud má složenou zkoušku v základním specializačním oboru psychiatrie (tento systém lékařských specializací byl znám také jako atestace). Atestační specializací může být podmíněna např. způsobilost k poskytování určitého typu léčby (např. farmakoterapie) či uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou o úhradě léčebných výkonů z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V oblasti léčby závislostí jsou však definovány pouze dva výkony navázané na specializaci v oboru „návykové nemoci“, které navíc nesouvisí s léčbou uživatelů nealkoholových drog, a to vyšetření alko-testem a disulfiramová (antabusová) reakce prováděná u pacienta při zahájení desenzibilizační léčby při závislosti na alkoholu;

ostatní výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou vázány buď na odbornost psychiatra, nebo se jedná o univerzální průřezové výkony pro různé odbornosti.

V r. 2005 vzniklo Centrum adiktologie, multidisciplinární výzkumné a vzdělávací pracoviště zaměřené na oblast závislostí. Spolu s jeho vznikem došlo k zakotvení oboru adiktologie jako interdisciplinárního zdravotnického nelékařského oboru. Byl zahájen bakalářský studijní program v oboru adiktologie. Od akademického roku 2010/2011 byl spuštěn magisterský program. V souvislosti s těmito studijními programy vzniklo v r. 2008 novelizací zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních,²¹ ve znění pozdějších předpisů, povolání adiktologa (vedle povolání např. všeobecné sestry, porodního asistenta atd.) a došlo k vymezení odborné způsobilosti k výkonu tohoto povolání.

V současné době je před schválením vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu adiktolog (v rozsahu více než 900 hodin), který má připravit účastníky kurzu pro práci zdravotnických pracovníků, kteří budou poskytovat preventivní, léčebnou a rehabilitační péči v oboru adiktologie, a to bez odborného dohledu.

Odborná způsobilost profesionálů pracujících v sociálních službách je definována zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (viz výše) a v zásadě je předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka vyšší odborné, případně vysokoškolské vzdělání získané v programech zaměřených na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku; v ostatních případech je nutné absolvovat akreditovaný vzdělávací kurz v rozsahu minimálně 200 hodin a dosáhnout délky praxe 5–10 let.

Většina pracovníků pracujících ve službách pro uživatele drog mimo zdravotnická zařízení má statut sociálního pracovníka a/nebo pracovníka v sociálních službách. Mimo výše uvedené, zákonem stanovené podmínky, jsou kvalifikační předpoklady pro práci s uživateli drog uvedeny také ve Standardech odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (Kalina, 2003b) nebo v metodickém materiálu Seznam a definice výkonů drogových služeb (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006b) (Mravčík a kol., 2009).

3.4.2 Odborná způsobilost služeb a zajištění jejich kvality

V r. 2005 byl usnesením vlády ze dne 16. 3. 2005 č. 300 schválen systém certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, který slouží k zajištění kvality služeb poskytovaných v oblasti harm reduction, léčby a následné péče. Systém certifikací je v činnosti od r. 2006 a certifikace je nezbytnou podmínkou, aby NNO mohla být poskytnuta dotace ze státního rozpočtu od r. 2007; tato podmínka se nevztahuje na nové projekty poskytování služeb. Definováno je 9 typů služeb, kvalita služeb se ověřuje pomocí Standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, které mají část obecnou a pro každý typ služeb část

speciální (Kalina, 2003b); certifikát je platný maximálně 4 roky, záleží, do jaké míry naplní certifikovaná služba stanovené standardy. K červnu 2009 bylo certifikováno 177 programů (Mravčík a kol., 2009).

Tab. 9 – *Přehled certifikovaných programů podle typů k 25. 6. 2010 (RV KPP, 2010)*

Typ služby	Počet programů ČR	Počet certifikovaných programů Zlínský kraj	Organizace – NNO/státní
Detoxifikace	4	0	Státní
Terénní programy	58	4	NNO
Kontaktní a poradenské služby	59	4	NNO
Ambulantní léčba	16	0	Státní/privátní
Stacionární programy	1	0	-
Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	3	0	Státní
Rezidenční péče v terapeutických komunitách	12	0	-
Ambulantní doléčovací programy	17	0	-
Substituční léčba	7	0	privátní
Celkem	177	8	NNO 8 / státní 0

3.5 *Financování služeb pro uživatele drog*

V oblasti služeb pro uživatele návykových látek pracují poskytovatelé služeb minimalizace rizik, léčby a následné péče, kteří se mohou lišit co do formy právní subjektivity, jež má své implikace pro jejich financování. S jistou mírou zjednodušení lze subjekty poskytující tyto služby podle formy jejich právní subjektivity rozdělit do tří hlavních skupin:

- tzv. **státní poskytovatelé služeb** se statutem zdravotnických zařízení nebo sociálních služeb – ti se mohou dále dělit na subjekty zřizované ústředním orgánem státní správy či samosprávnými orgány krajů nebo měst. Tito poskytovatelé jsou zpravidla financováni přímo svým zřizovatelem nebo kombinovanou formou, kdy část jejich rozpočtových nákladů hradí jejich zřizovatel, část nákladů je hrazena ze zdravotního pojištění. Až na výjimky nemají tyto poskytovatelé služeb nárok na získání dotace ze státního rozpočtu.

- **nestátní neziskové organizace poskytující služby (NNO)** - většinou se jedná o subjekty, jež nemají statut zdravotnického zařízení, a jejich právní subjektivita může mít tři různé formy – občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti a účelová zařízení církví. Provozní náklady služeb pro uživatele návykových látek zřizovaných nestátními neziskovými organizacemi mohou být zpravidla nejvýše do 70 % jejich provozních nákladů kryty z dotací od ústředních orgánů státní správy (nejčastějšími a největšími donory jsou Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky při Úřadu vlády ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí a ve

stále menší míře i Ministerstvo zdravotnictví). Zbylých nejméně 30 % finančních prostředků potřebných pro pokrytí provozních nákladů (zpravidla však i větší část celkového rozpočtu) jsou NNO povinny získat z tzv. vlastních zdrojů, za něž jsou v kontextu platné legislativy v ČR považovány dotace od orgánů krajských nebo městských samospráv, příjmy od klientů či dary od nadací nebo dalších dárců apod. Podíl samosprávných orgánů krajů, měst a obcí na financování služeb však není legislativně zakotven. Záleží tak pouze na vůli krajských a/nebo komunálních politiků, nakolik se na financování služeb pro uživatele návykových látek jsou ochotni podílet. **Jak bylo demonstrováno výše, ve Zlínském kraji patří tato oblast – tedy otázka výše spolufinancování služeb pro uživatele drog působících na území kraje z rozpočtu kraje - k příležitostem, jak posílit a stabilizovat realizaci opatření protidrogové politiky. Nezbytným předpokladem pro to, je navýšení finanční částky, kterou se Zlínský kraj na spolufinancování těchto služeb podílí.**

V roce 2005 přijala vláda ČR s cílem provést změny ve financování služeb pro uživatele drog dvě usnesení: „Teze změn ve financování protidrogové politiky“ a „Pravidla pro vynakládání finančních prostředků státního rozpočtu na protidrogovou politiku“ (usnesení vlády č. 300/2005 a 700/2005). Tyto dokumenty zpřesnily pravidla financování služeb pro uživatele návykových látek a s platností **od 1. 1. 2007 zavedly novou podmínku pro poskytnutí finančních dotací** nestátním organizacím – **certifikaci odborné způsobilosti** služeb pro uživatele drog (Mravčík a kol. 2005, str. 5). K blíže nespecifikovaným změnám by mělo dojít i ve stávajícím způsobu každoročního poskytování účelových dotací na provozní náklady služeb pro uživatele návykových látek poskytovaných NNO. Situaci následně zkomplikovalo přijetí zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten mj. klade jako základní podmínku pro to, aby služby pro uživatele návykových látek – uvedené v tomto zákoně – mohly získávat finanční prostředky z veřejných zdrojů tzv. registraci sociální služby. Registrace má být následně doplněna o inspekce sociálních služeb dle standardů a postupů stanovených v uvedeném zákoně o sociálních službách. Podmínky pro to stanovené, se významně liší od podmínek (standardů) stanovených v systému zmíněných certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog.

Formální nároky na provozování služeb pro uživatele návykových látek **se tak permanentně zvyšují, jejich finanční zabezpečení z veřejných zdrojů však** oproti tomu **dlouhodobě stagnuje respektive klesá**, přes zvyšující se provozní náklady, inflaci apod. To se jeví jako nesystémové a často **ohrožuje samotnou existenci služeb** pro uživatele návykových látek, **jejich dostupnost, ale i kvalitu a efektivitu.**

- **privátní ordinace** – do této skupiny se řadí soukromí lékaři, kteří poskytují služby uživatelům návykových látek. Ti jsou za své služby placeni ze zdravotního pojištění, nicméně údajně nízké platby za odvedené výkony a stigma uživatelů především ilegálních drog je

k poskytování služeb léčby a následné péče ve sledované oblasti příliš nemotivují. Což ilustruje i situace ve Zlínském kraji, kde je dostupnost těchto typů odborné péče částí poskytovatelů služeb i uživateli drog hodnocena jako nízká nebo neodpovídající potřebám klientů.

Shrnutí

Stávající legislativa řeší otázku realizace opatření protidrogové politiky a jejich financování ze strany centrálních orgánů státní správy i samosprávných orgánů krajů, měst a obcí jen vágně. Rovněž existující postupy financování služeb pro uživatele drog z rozpočtů ústředních orgánů státní správy – někdy napodobované i samosprávnými orgány krajů, případně měst - postavené na každoročním poskytování dotací na jejich činnost, jež je svým charakterem veřejně prospěšná a měla by být financována obdobně jako jiné typy sociálních služeb respektive služeb zdravotní péče, jsou přežitá, nefunkční a ohrožují existenci stávajících služeb.

Jako řešení se nabízí, aby kraje u vlády v souladu s Národní strategií protidrogové politiky 2005-2009 respektive 2010 – 2018 urgovaly změnu stávajícího systému financování drogových služeb tak, aby:

1) byla stanovena kalkulace nákladů na provozování různých typů služeb pro uživatele drog ve smyslu zákona č. 379/2005 Sb. respektive zák. č. 108/2006 Sb., tj. **aby byl stanoven „ceník poskytovaných služeb“**, z něž by bylo možné takovou kalkulaci odvodit jak pro poskytovatele služeb, tak pro poskytovatele finančních prostředků na zabezpečení činnosti služeb pro uživatele návykových látek a

2) místo stávajícího systému poskytování dotací byl vytvořen systém nákupu služeb pro uživatele drog s jasným stanovením zdrojů, typů služeb, jejich rozsahu a ceny, za něž budou nakupovány. Jako jeden z možných modelů se nabízí stanovení podílu různých článků veřejné správy v závislosti na územní působnosti konkrétních služeb navržených v této zprávě. Jiným možným modelem je doplnit hrazení provozu služeb pro uživatele návykových látek o zdroje ze zdravotního respektive sociálního pojištění podle typu konkrétní služby a převažujícího charakteru poskytovaných služeb. To by si však rovněž vyžádalo zásadní změny stávající legislativy.

Zmíněné nejasnosti obsažené v zákoně č. 379/2005 Sb. vedou k tomu, že se kraje ke své roli v otázce financování drogových služeb (jež pro ně ze zákona vyplývá prakticky až od ledna 2006) staví různě. Nicméně ze srovnání dat o výdajích krajů vyplývá, že **Zlínský kraj se co do množství finančních prostředků, jež na realizaci opatření protidrogové politiky v přepočtu na 1 obyvatele kraje ze svého rozpočtu vyčlenil, v letech 2007 – 2008 řadil na deváté místo mezi všemi kraji v České republice.** Co do výdajů měst a obcí v této

oblasti se Zlínský kraj řadí na **sedmé místo**. To mohou být mimo jiné důvody, proč je síť služeb pro uživatele návykových látek ve Zlínském kraji ve srovnání s jinými regiony relativně neúplná a některé typy služeb v kraji zcela chybí. **V situaci, kdy ve Zlínském kraji zajišťuje adiktologické služby 8 certifikovaných adiktologických služeb zejména v oblasti nízkoprahových center a terénních programů a jedná se o NNO** odkázané de facto výhradně na dotační systém, přičemž dotace nejsou právně nárokovatelné, může se protidrogová politika Zlínského kraje jevit jako nestabilní a NNO nemohou deklarovat plnění veřejného závazku například v oblasti ochrany veřejného zdraví, prevence a léčby. Jednoznačně dle zdrojů RV KPP a NMS chybí certifikované služby ambulantní léčby, substituční léčby a následné péče.

Poměrně důležitým faktorem se také ukazuje personalistická otázka nebo jinými slovy politika zaměstnanosti, vzdělanosti a uplatnění lidských zdrojů ve službách pro uživatele drog. Je zřejmé, že v nich pracují profesionálové, na které jsou v souvislosti se zákonem č. 108/2006 Sb., certifikacemi odborné způsobilosti RV KPP a novelizací zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (profese adiktologu), kladeny stále vyšší nároky jak na jejich pregraduální kvalifikaci (stupně VŠ nebo VOŠ), tak v rámci systému celoživotního vzdělávání.

Těmto nárokům ale neodpovídá jejich odměňování za odváděnou práci. **Dle získaných údajů jsou tito profesionálové v adiktologických službách placeni částkou v průměru 21.175,- Kč hrubého oproti průměrné hrubé mzdě v ČR, která dosahuje částky 23.488,- Kč v roce 2008.** Tato situace je zdánlivě v daném kontextu ekonomické recese a úspor neřešitelná. Nicméně pokud se nebude optimalizovat systém a hledat zdroje uvnitř, tzn. současný stav nebude řešen, může taková situace vést ke ztrátě lidských zdrojů ve sledované oblasti a v důsledku k vyšší ekonomické zátěži. V případě, kdy by došlo k zásadnímu úbytku kvalifikovaných profesionálů s praxí a k jejich náhradě novými pracovníky, kteří by si museli dle zmíněných zákonů a standardů doplňovat vzdělání a zapracovávat se, ekonomická náročnost stávajícího systému služeb pro uživatele drog se oproti současnému stavu ještě zvýší.

4. Drogová scéna, trendy v užívání drog a jeho dopady

Tato kapitola byla zpracována s využitím dat z písemných podkladů postoupených realizátorům analýzy v elektronické podobě a/nebo informací, které byly získány ze semistrukturovaných rozhovorů s pracovníky veřejné správy – místními protidrogovými koordinátory a Městské policie, se zástupci poskytovatelů a klientů odborných služeb a Policie ČR a dalších oslovených osob (viz bod 2 Design analýzy).

Mapovat drogovou scénu, dostupnost návykových látek, případy jejich výroby a distribuce je obtížné. To proto, že se zaměřuje na získávání poznatků o zacházení se zákonem zakázanými látkami a o chování, které je protizákonné. Proto mají případní výrobci a distributoři návykových látek, stejně jako jejich uživatelé přirozenou tendenci se skrývat. Přesto se zdá, že se v rámci realizovaných terénních šetření i následné analýzy v nich získaných dat podařilo identifikovat hlavní trendy, typické pro drogovou scénu ve Zlínském kraji.

4.1. Dostupnost a distribuce drog

Zdá se, že se situace v dostupnosti a distribuci ilegálních drog i v jejich užívání od hlavních trendů monitorovaných v dalších krajích České republiky výrazně neliší. Podle poznatků získaných v průběhu terénních šetření patří k nejnáze dostupným a tudíž nejrozšířenějším užívaným drogám na území alkohol. Jeho distribuce a užívání nejsou s ohledem na zadání pro tuto analýzu předmětem zájmu této zprávy. Přesto je – vzhledem k souvislostem mezi užíváním alkoholu nezletilými a následným užíváním ilegálních návykových látek – na místě, toto specifikum zejména některých regionů kraje s tradicí výroby domácí pálenky zmínit. To proto, že představuje významný rizikový faktor v kontextu užívání ilegálních návykových látek i realizace opatření protidrogové politiky kraje.

Pokud jde o ilegální drogy v kraji, nejvíce rozšířené, nejnáze dostupné a užívané jsou produkty z konopí – zejména marihuana. Tu si její uživatelé v převážné většině pěstují sami pro vlastní potřebou, případně je v převážné míře předmětem bezplatného předávání a/nebo směnného obchodu. Jen v jednom případě byl zaznamenán pokus o organizovanou velkovýrobu marihuany na území kraje.

Druhou nejvíce rozšířenou ilegální drogou na území Zlínského kraje, jejíž užívání je typické pro skupinu tzv. problémových uživatelů⁷, je metamfetamin (pervitin). Jeho problémoví uživatelé patří k těm, kteří v souvislosti se svým užíváním návykových látek nejčastěji vyhledávají pomoc odborných služeb a/nebo jsou – vzhledem ke své tendenci skrývat se – aktivně vyhledáváni pracovníky nízkoprahových terénních programů výměny injekčního materiálu. I pervitin je na území kraje v převažující míře velmi pravděpodobně vyráběn formou malovýroby a distribuován bezplatně či formou výměnného obchodu v uzavřených skupinách uživatelů drog, kteří se soustřeďují kolem „vaříče“.

S případy distribuce a užívání heroinu se lze na území Zlínského kraje setkat spíše ojediněle, výjimečně. Nebyly zaznamenány případy zneužívání substitučního preparátu Subutex. Na Kroměřížsku se pracovníci služeb setkávají s případy sezónního užívání

⁷ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti definuje problémové užívání jako dlouhodobé a/nebo injekční užívání drog typu heroin, kokain, případně metamfetamin (pervitin).

surového opia, které si jejich klienti vyrábějí pro vlastní potřebu přímo na makových polích. Tento vzorec užívání představuje pro uživatele drog vážné zdravotní riziko.

Marihuana

Respondenti šetření se shodují v názoru, že marihuana je pro zájemce o její užívání na celém území kraje snadno nebo velmi snadno dostupná. Hlavním zdrojem dostupnosti marihuany se zdá být samopěstitelství, kdy si uživatelé této drogy pěstují rostliny konopí setého pro vlastní potřebu. V řadě případů jde patrně o venkovní, tzv. out-door pěstování, kdy jsou rostliny konopí ilegálně pěstovány v polích mezi jinými, standardními zemědělskými plodinami. Takto pěstovaná marihuana bývá často bezplatně darována mezi přáteli respektive známými, nezářídka na půdě zejména středních škol či středních odborných učilišť, objevují se i případy distribuce mezi spolužáky vyšších ročníků základních škol.

Část uživatelů marihuany si patrně pěstuje konopí i formou tzv. in-door kultivace. Zdá se, že případů této formy výroby marihuany přibývá. Tomu nasvědčuje i skutečnost, že byl v letošním roce ve Vsetíně otevřen první Grow-shop, tedy obchod pro domácí pěstitele konopí. In-door neboli hydroponní pěstování marihuany probíhá většinou ve vytápěných sklenících či k tomu uzpůsobených pěstitelských „skříních“ v bytech uživatelů. Rostlinám jsou dodávána odpovídající hnojiva, vytvářeny optimální teplotní podmínky a věnována zahradnická péče, které umožňují získat sklizeň několikrát do roka. Za tím účelem používané, speciálně vyšlechtěné odrůdy obecně nazývané „skunk“ obsahují oproti rostlinám pěstovaným ve volné přírodě výrazně vyšší koncentraci účinné psychotropní látky delta-9-tetrahydrocannabinolu (dále THC). Zatímco u rostlin, pěstovaných ve volné přírodě je její průměrná koncentrace udávána v rozmezí 3,5 – 5 %, u hydroponně pěstovaných látek se uvádí koncentrace cca mezi 13 – 16 % THC (Miovský a kol., 2008; EMCDDA, 2008). Pro srovnání, jedná se o rozdíl v obsahu účinné látky, jako by byl v případě alkoholu zhruba mezi pivem a vínem. Je pak pochopitelné, že pokud uživatel vykouří stejné množství marihuany, může být v případě hydroponně pěstované marihuany silněji intoxikován, než tomu bylo v minulosti v případě uživatelů drogy pěstované ve volné přírodě.

Z poznatků respondentů vyplývá, že se na území kraje objevil nejméně jeden případ, kdy se vedle izolovaného pěstování marihuany jejími uživateli pro vlastní potřebu jednalo o pokus organizované ilegální velkovýroby drogy na území kraje. V Otrokovicích byla odhalena pěstírna konopí provozovaná členy vietnamské komunity. Nicméně stávající poznatky dosud nedovolují usuzovat na to, zda šlo o izolovanou aktivitu nebo se jedná o rozšířenější chování, jako tomu je v některých dalších krajích ČR, jak naznačují poznatky Národní protidrogové centrály zveřejněné v její výroční zprávě:

„V České republice i nadále trvá značná poptávka po marihuaně s vysokým obsahem účinné látky THC. Tuzemští pěstitelé jsou schopni tzv. hydroponním způsobem produkovat značné množství kvalitní marihuany. Na celém území republiky tak vznikají skryté prostory (pěstírny) se specializovaným vybavením určeným pro hydroponní pěstování konopí.

Hydroponním pěstováním konopí a následnou výrobou marihuany se na našem území čím dál více zabývají vietnamští občané, kteří takto vyrobenou marihuanu distribuují nejen na území České republiky, ale vyvážejí ji i do zahraničí, zejména do západní Evropy.

(Národní protidrogová centrála, 2008)

Jak již bylo zmíněno, zdá se, že marihuana je na území Zlínského kraje v převážné míře distribuována bezplatně mezi přáteli či známými. Objevují se však i případy jejího ilegálního prodeje. Je-li distribuována na černém trhu, její cena se pohybuje v rozmezí 100,- až 250,- Kč za dávku, respektive sáček se sušinou drogy. Nejedná se ale zpravidla o jednoznačně stanovenou cenu za konkrétní množství drogy – např. za 1 gram. Nakupující spíše nakupují drogy za finanční obnos, kterým disponují (např. „prodej mi za stovku..“) a množství pak určují dealeri. Na jaře, když uživatelům marihuany docházejí zásoby, cena drogy stoupá až na cenu v rozmezí mezi 600,- až 800,- Kč za 1 g hydroponně pěstovaného konopí.

Pervitin

I v případě této drogy existují výrazné podobnosti se situací ve výrobě a distribuci v dalších krajích republiky. Pervitin je na území celého kraje dostupný bez výrazných problémů a jeho výroba, distribuce a užívání jsou většinou oslovených respondentů považovány – v kontextu protidrogové politiky - za nejzávažnější riziko pro veřejné zdraví ve Zlínském kraji.

Pervitin je v převážné míře pravděpodobně vyráběn podomácku téměř ve všech městech i menších obcích či jejich okolí jednotlivými „vařiči“ – kteří zpravidla drogu rovněž užívají - v poměrně primitivních podmínkách. Nejedná se většinou o organizovanou výtěžnou činnost, většina výroby a následné konzumace se odehrává v menších skupinách uživatelů drogy. Jde tedy o formu jakéhosi směnného obchodu. Setkat se však lze i s případy, kdy „vařiči“ drogu pouze vyrábějí, ale sami ji neužívají, což je vnímáno jako výnosný obchod. Výjimkou není, že výrobci pervitinu jsou dobří chemici.

Za hlavní zdrojová místa pervitinu v menších regionech kraje jsou – zejména v případech dočasného výpadku v místní výrobě po policejním zátahu na „vařiče“ – z území kraje považována města Zlín a Vsetín. Kromě toho jsou při dočasných výpadcích „domácí“ produkce za zdrojová místa pro jihozápadní části kraje považována „přespolní“ města Brno a Hodonín, do severovýchodní části kraje je v takových případech droga údajně dovážena z Ostravy. Drogy se do Zlínského kraje patrně dostávají i po trase vlakového spojení Praha – Olomouc – Přerov - Otrokovice.

Z výše uvedených zjištěných skutečností vyplývá, že výroba a distribuce pervitinu pro uživatele ve Zlínském kraji je zajišťována převážně „místní“ produkcí prakticky na celém území kraje, která probíhá ve dvou formách: a) **malovýroba** a distribuce, jež je zpravidla určena pro „samozásobování“ uzavřeného okruhu stálých odběratelů, který se soustřeďuje kolem „vaříče“, obeznámeného s ne příliš složitou a na technické vybavení relativně nenáročnou technologií přípravy drogy a b) sofistikovanější, **organizovaná výroba** a distribuce, jež je zaměřena na širší okruh jejích konzumentů a je provozována především za účelem zisku z ilegální výroby a prodeje.

Pravděpodobně hlavním zdrojem – prekurzorem - pro výrobu pervitinu na území Zlínského kraje je pseudoefedrin, který je obsažen v zákonem povoleném množství 30 mg v jednotce několika volně prodejných léků proti chřipce a nachlazení (Modafen®, Nurofen Stop Grip®, Paralen Plus®, Panadol Plus Grip®). Lékárny se ke zneužívání těchto léků k výrobě pervitinu stavějí různě. V některých - podle informací od uživatelů drog - nechtějí občanský průkaz a prodej léků s obsahem pseudoefedrinu neomezují. V jiných, pravděpodobně i na základě spolupráce s Policíí ČR jejich prodej omezili nebo omezují. V takových případech používají ti, kteří vstupní surovinu pro výrobu pervitinu shánějí, různé způsoby, jak si potřebné množství léků obstarat:

- 1) obejdou více lékáren a nashromáždí tak potřebné množství léků, jež je jim prodáváno v omezených počtech balení;
- 2) více uživatelů drog obchází více lékáren, v nichž uživatelé drog postupně, po jednom, chodí nakupovat potřebné léky, dokud nezískají potřebné množství;
- 3) zaznamenány byly častější případy nákupu potřebných léků v Brně nebo na Slovensku, v omezenějším počtu případů dokonce v Polsku, kde jim na rozdíl od Čech prodají léky v neomezeném množství. Pro ilustraci, na Kroměřížsku byl zaznamenán organizovaný dovoz léčiv ze Slovenska, za nímž stáli příslušníci romské komunity.

Zjištěné poznatky naznačují, že **malovýroba** pervitinu probíhá diverzifikovaně na celém území kraje. Droga je vyráběna v jednoduchých až primitivních varnách, které lze jednoduše přenášet, a jejich majitelé migrují v několikadenních intervalech z místa na místo, aby snížili riziko svého odhalení policií. K přípravě drogy využívají zpravidla opuštěné objekty na okrajích měst, ve vesnicích, dočasně opuštěné chatové či zahrádkářské kolonie, či úkryty v lesích apod. Tento modus operandi je v případě malovýroby pervitinu typický prakticky na celém území ČR (Národní protidrogová centrála, 2008).

Práci Policie ČR ztěžuje skutečnost, že na místo jednoho odstíhaného a usvědčeného „vaříče“ metamfetaminu (pervitinu), relativně rychle nastoupí „vaříč“ nový. Často jde o jeho

bývalé zákazníci, kteří odpozorovali výrobní postupy, vyzkoušeli si je a čekali na svoji příležitost, začít pervitin za účelem zisku vyrábět a prodávat. „Vařič“, který umí připravit kvalitní pervitin, zaujímá v komunitě uživatelů drog i mezi dealery - prodejci drog významné postavení. Pokud vaří drogu sám - nikoli v rámci sofistikovaněji organizované skupiny - bývá obklopen okruhem stálých odběratelů. Nejblíže mu stojí úzký okruh jeho blízkých, kteří zajišťují přísun výrobních surovin a odbyt pervitinu v širším okruhu uživatelů. Objevily se i případy krátkodobého „vývozu vařičů“ pervitinu do Maďarska.

Při obchodování s pervitinem na černém trhu, se obvyklé ceny nejčastěji pohybují od 500,- do 1.200,- Kč za dávku. Podobně, jako v případě ilegálního prodeje marihuany nakupující kupuje od dealera drogu za finanční obnos, kterým disponuje (např. „prodej mi za pět set.“) a množství opět určují dealeři. Nicméně za běžnou cenu je považováno cca 800,- až 1.000,- Kč za 1 gram drogy.

Opioidy

K typickým představitelům opioidů – tj. omamných a psychotropních látek řazených mezi ty s tlumivým účinkem – patří heroin, „brown“ (hydrokodein - podomácku vyráběná tekutina hnědé barvy, jež dala této látce její jméno), metadon a/nebo buprenorfin (Subutex), tj. látky určené k substituční léčbě uživatelů heroínu či surové opium (připravované uživateli drog z nezralých makovic zpravidla přímo na poli). Zdá se, že je výroba respektive distribuce i užívání těchto drog na území kraje dlouhodobě na ústupu. Respondenti se s informacemi o jejich distribuci setkávají spíše sporadicky, nárazově. Pouze v Kroměříži má podle dostupných informací cca 19 % klientů tamních nízkoprahových služeb zkušenosti s užíváním surového opia. Jde o sezónní chování části injekčních uživatelů pervitinu, kteří touto cestou experimentují s jiným typem látky, případně ji krátkodobě užívají z úsporných důvodů. Tento vzorec užívání návykových látek s sebou nese vážná zdravotní rizika.

Další drogy

Na území kraje jsou patrně bez větších problémů dostupné i další typy ilegálních omamných a návykových látek. Jde především o lysohlávky (tzv. houbičky) či o extázi (MDMA) a její deriváty, jež jsou spojovány s tzv. rekreačním a/nebo příležitostným užíváním při specifických akcích, jako jsou zejména taneční zábavy či diskotéky. Na území kraje se však patrně nejedná o významný masový jev.

Jako závažná forma rizikového chování je hodnoceno užívání alkoholu nezletilými mladými lidmi. Rovněž uživatelé pervitinu patrně v období nedostatečné nabídky pervitinu (např. po policejních zásazích proti „vařičům“) nahrazují dočasnou nedostupnost pervitinu masivní konzumací alkoholu.

V menší míře se lze setkat s čicháním toluenu zejména příslušníky romské komunity, podle všeho se ale nejedná o masový jev.

Sporadicky se objevují informace o případech užívání kokainu zejména mezi místními podnikateli.

Drogová scéna

Drogová scéna má ve všech městech a obcích Zlínského kraje spíše uzavřený charakter, přesto se lze zejména ve větších městech setkat s většími či menšími skupinami uživatelů drog. Ať už jde o občasné, příležitostné uživatele zejména marihuany na volných prostranstvích, extáze zejména na zábavách či v disko klubech či o problémové uživatele zejména pervitinu. I když ti posledně uvedení dávají patrně spíše přednost konzumaci převážně v soukromí v tzv. uživatelských bytech.

Po policejních zásazích namířených proti „vaříčům“ pervitinu zpravidla dochází k ještě výraznějšímu uzavření drogové scény, kdy injekční uživatelé drog mají tendenci se ještě více schovávat. To se projevuje i v případech jejich poptávky po službách nízkoprahových služeb, která na určitou dobu klesá a/nebo se zvýší počet uživatelů drog, kteří využívají možnosti tzv. sekundární výměny injekčního náčiní, tj. výměny prostřednictvím jiných uživatelů drog, kteří vstupují do kontaktu se službami.

Shrnutí

Situace v dostupnosti drog je ve Zlínském kraji do značné míry podobná, jako ve většině krajů České republiky. Nejdostupnější a současně nejvíce užívanou ilegální drogou jsou produkty vyráběné z konopí – marihuana, případně hašiš - následované pervitinem. Užívání heroinu či jiných návykových látek na bázi opioidů (Subutex či hydrokodein přezdívaný „brown“) se mezi uživateli drog objevuje spíše ojediněle. Poskytovatelé nízkoprahových služeb v Kroměříži se setkávají u části svých klientů se sezónním užíváním surového opia, které si uživatelé drog připravují nařezáváním nezralých hlavic makovice seté.

Drogy jsou distribuovány zejména v zábavních podnicích – restauracích, diskotékách či hernách, případně v uživatelských bytech anebo ve squattech. Drogová scéna v kraji má převážně uzavřený charakter, což klade velké nároky zejména na pracovníky nízkoprahových terénních programů při aktivním vyhledávání a kontaktování uživatelů ilegálních drog s cílem předcházet a/nebo minimalizovat možné nepříznivé zdravotní a sociální důsledky spojené s užíváním drog pro místní společenství a jednotlivce.

Do výroby a/nebo distribuce ilegálních drog na území kraje jsou v největší míře patrně zapojeni uživatelé návykových látek, kteří si drogy opatřují formou malovýroby pro uzavřené skupiny uživatelů drog. Objevují se však i případy výroby drog výhradně za účelem zisku.

Nejrizikovější z ilegálních drog nejvíce rozšířených v kraji – pervitin – se ve většině případů vyrábí z prekursoru pseudoefedrinu obsaženého v řadě léků proti chřipce či nachlazení. Část lékáren pracujících na území kraje jejich dostupnost omezila, proto jsou léky s obsahem pseudoefedrinu často dováženy z Brna nebo ze Slovenska, v některých případech i z Polska.

V nabídce drog tak hraje významnou roli trend malovýroby pervitinu a samopěstitelství marihuany. Odhalen byl jeden případ ilegální velkopěstírny marihuany provozované příslušníky vietnamské komunity. Není však zřejmé, zda se jedná o signál postupného většího zapojování této skupiny obyvatel do organizované ilegální výroby marihuany, jako tomu je v jiných příhraničních krajích ČR. Značná diverzifikace především malovýrobců pervitinu a jejich častá migrace z místa na místo významně ztěžují práci Policie ČR při její snaze potírat ilegální výrobu a distribuci drog a tím snižovat jejich nabídku.

4.2. Trendy v užívání drog a jeho dopady

K nejobtížněji zjistitelným informacím ve vztahu k užívání ilegálních drog patří ty o počtech jejich uživatelů, případně problémových nebo závislých uživatelů. To je patrně způsobeno především skutečností, že užívání ilegálních drog je vnímáno jako protizákonné a proto mají jejich uživatelé přirozené sklony se skrývat a nevyhledávat odbornou pomoc (Hartnoll 1992). I proto jsou pro stanovení počtu uživatelů drog používány odhady, jež staví na ověřených epidemiologických postupech a jsou relativně přesné – vždy však záleží na přesnosti vstupních dat zpravidla z více zdrojů, jež jsou pro zpracování odhadů používány. V tomto ohledu disponuje Česká republika na celostátní úrovni relativně kvalitními a spolehlivými údaji, je však obtížné je bez dalšího aplikovat i na regionální či místní úrovni. To zejména s ohledem na rozdílné socio-demografické podmínky v různých krajích a regionech a s ohledem na hustotu sítě služeb primárně zaměřených na práci s uživateli ilegálních drog, jež mohou prevalenci uživatelů návykových látek významným způsobem ovlivňovat a jejich odhady zkreslovat.

Užívání drog v obecné populaci

Poslední celopopulační studie, která mapovala rozsah užívání ilegálních drog v obecné populaci⁸, byla realizována v r. 2004 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006). Podle ní mělo alespoň jednu zkušenost s užitím některé z ilegálních drog přibližně 22 % dospělé populace ve věku 18 – 64 let. Nejčastěji se jednalo o užití konopných látek (21 %), extáze (7 %), lysohlávek a jiných přírodních halucinogenů (3,5 %) (Mravčík a kol., 2008).

⁸ Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR

Užívání drog žáky a studenty škol

V r. 2007 byla v ČR již počtvrté realizována Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), zaměřená na zjišťování postojů a chování šestnáctiletých studentů středních škol (cca 2/3 respondentů) a žáků 9. tříd základních škol (cca 1/3 respondentů) ve vztahu k legálním a ilegálním návykovým látkám. Z výsledků šetření vyplývá, že alespoň jednu zkušenost s užitím nelegálních drog mělo v r. 2007 celkem 46,6 % respondentů, převážně šlo o konopné látky (45,1 %). Z nich zhruba polovina uvedla jednorázovou zkušenost, druhá polovina užila konopné látky více než 5krát v životě.

Jinou nelegální drogu užilo v životě 13,5 % respondentů, nejčastěji šlo o lysohlávky nebo jiné přírodní halucinogeny (7,4 %), LSD (4,9 %) a extázi (4,5 %). Zkušenost s užitím pervitinu uvedlo 3,5 % dotázaných, prevalence zkušeností s ostatními nelegálními drogami nedosahuje 2 %. Relativně časté jsou zkušenosti studentů s užíváním sedativ (9,1 %), těkavých látek (7,0 %) a anabolických steroidů (4,2 %), časté je užívání alkoholu v kombinaci s léky. Zkušenosti s nelegálními drogami mají častěji chlapci, výjimkou je užití léků se sedativním účinkem a užití heroinu nebo jiných opiátů, kde více zkušeností uvedly dívky (Csémy a kol., 2008, Mravčík a kol., 2008).

Stejně, jako je tomu v celorepublikovém průměru, i ve Zlínském kraji je mezi mladými lidmi ve věku 14 – 18 let nejčastěji užívanou ilegální drogu marihuana. **Zlínský kraj** se však v kontextu České republiky řadí ke krajům, v nichž šestnáctiletí studenti a učni vykazují **nižší míru zkušeností s užíváním ilegálních drog**, než je celorepublikový průměr respektive průměr v dalších krajích (Csémy a kol., 2008). To ilustruje i následující obrázek, který prezentuje míru alespoň jednorázové zkušenosti šestnáctiletých s užitím konopných drog:

Obr. 3 - Celoživotní prevalence užití konopných látek podle krajů ČR ve studii ESPAD 2007, v % (Csémy et al. 2008), Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008

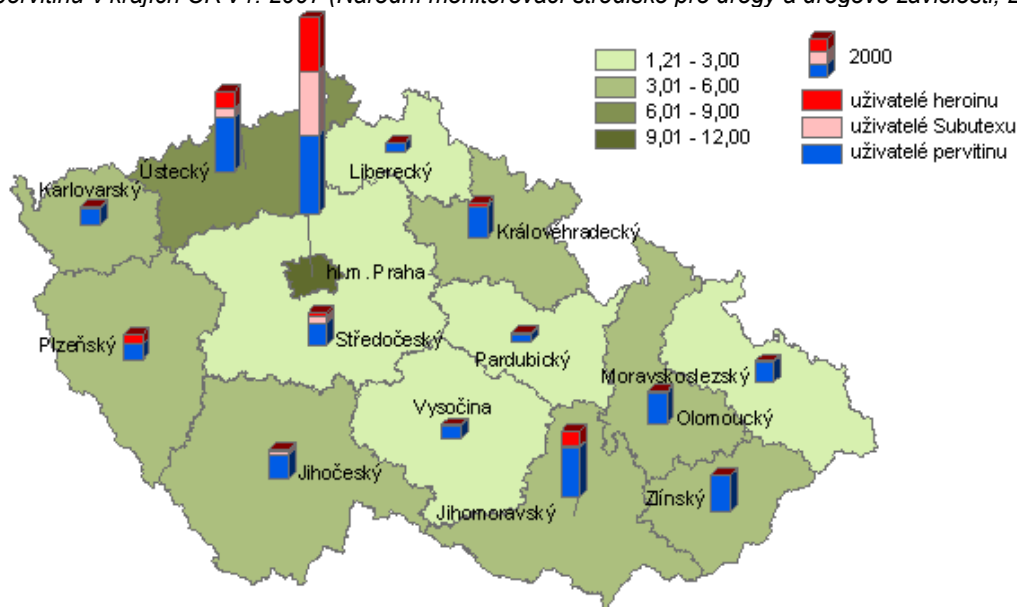


Problémové užívání drog

Podle odhadů Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti pro rok 2007, je v ČR zhruba 32.500 problémových uživatelů drog, tj. cca 0,3 % z celkové populace. Z toho přibližně 21.200 má užívat metamfetamin (pervitin) a 11.300 drogy na bázi opioidů, tj. heroin (6.400) a Subutex® (4.900). Počet injekčních uživatelů drog (IUD) byl odhadnut na 31.200 ze všech problémových uživatelů (Mravčík a kol. 2009). Problémové užívání kokainu a konopných drog dosud není v ČR součástí definice problémového užívání (Mravčík a kol. 2005), nicméně odhad počtu uživatelů kokainu se pro Zlínský kraj nejeví jako relevantní.

Podle aktuálního odhadu Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (dále NMS) je na území Zlínského kraje asi **1.350 problémových uživatelů drog**. Má jít o uživatele pervitinu, z nichž cca 1.100 užívá drogu intravenózně. Co do absolutního počtu problémových uživatelů drog by se tak Zlínský kraj umístil na pomyslném 9. místě ze 14 krajů v ČR. Jinými slovy, odhaduje se, že celkový počet problémových uživatelů drog je – ve srovnání s jejich odhadovaným počtem ve Zlínském kraji - nižší jen v pěti krajích (Pardubický – 450, Vysočina – 500, Karlovarský – 1.000, Královéhradecký – 1.100 a Moravskoslezský – 1.150). Co do počtu problémových uživatelů drog v přepočtu na 1.000 obyvatel ve věku mezi 15 - 64 lety se Zlínský kraj řadí spolu s dalšími sedmi kraji na pomyslnou střední příčku mezi regiony s vyšší respektive nižší koncentrací problémových uživatelů drog, jak ilustruje následující obrázek:

Obr. 4 - Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008)



Jiný pohled pomyslného mezikrajového srovnání počtu problémových uživatelů návykových látek nabízí následující tabulka, která prezentuje odhady počtu problémových uživatelů drog podle krajů České republiky v časové řadě v období let 2005 – 2008:

Tab. 10 - Odhady počtu problémových uživatelů drog podle krajů v letech 2005–2008, střední hodnoty (Mravčík a kol., 2009)

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

Celostátně zpracovávané odhady počtů problémových uživatelů drog mají své limity, jež mohou být ovlivněny charakterem vstupních dat. Např. nízkoprahové služby – kontaktní a poradenská centra a terénní programy - realizované na území Zlínského kraje jsou vzhledem k okolnostem – zejména s ohledem na zásahy Policie ČR a s nimi souvisejícím výraznějším uzavřením drogových scén a větším skrýváním uživatelů drog v jednotlivých městech – nuceny ve zvýšené míře poskytovat služby výměnného injekčního materiálu prostřednictvím tzv. sekundární výměny. Tj. výměna probíhá prostřednictvím uživatelů drog, kteří vstupují do kontaktu s pracovníky služby a mění injekční materiál i pro část uživatelů, kteří chtějí zůstat v naprosté anonymitě. Co se týká informace o tom, pro kolik uživatelů konkrétní klient injekční materiál mění, se pak pracovníci služby musí spoléhat na informace o počtu uživatelů drog, které jim uvedou ti uživatelé, kteří do kontaktu s nimi vstoupili. Navíc, patrně významnou část potřebných injekčních stříkaček a jehel si uživatelé drog mohou v kraji opatřovat formou jejich nákupu v lékárnách.

Je proto možné, že **je odhad 1.350 problémových uživatelů drog** – což je tzv. střední hodnota - žijících na území Zlínského kraje v roce 2008 **podhodnocený**. Zvláště, pokud byl jejich počet Národním monitorovacím střediskem (dále NMS) v roce 2007 odhadován na **1.850** (Mravčík a kol., 2008). Z provedených rozhovorů s respondenty šetření nevyplývá, že by ve své praxi sledovali výrazný trend poklesu počtu problémových uživatelů drog na území kraje. Spíše se zdá, že se uživatelé drog více zdržují kontaktu s odbornými službami,

pravděpodobně v důsledku aktivit Policie ČR, což patrně vedlo i k dočasnému snížení počtu výkonů práce s klienty a/nebo objemu vyměněných injekčních setů oproti předešlému roku.

Současně se však ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog NMS pro rok 2008 uvádí, že nízkoprahové služby ve Zlínském kraji referovaly do kontaktních center nebo do jiných typů léčebných zařízení **1.497** klientů (Mravčík a kol., 2009). I bez složitých epidemiologických postupů je zřejmé, že odhad počtu problémových uživatelů drog a počtu klientů referovaných nízkoprahovými službami koliduje. Zdá se tedy jako nejvýše pravděpodobné, že **aktuální počet problémových uživatelů drog se na území Zlínského kraje spíše blíží** odhadu z roku 2007, tj. **1.850** než poslednímu odhadu z roku 2008, tj. 1.350 problémovým uživatelům.

Vzorce užívání drog a způsoby jejich aplikace

Užívání všech typů návykových látek je komplexní a mnohvrstevný jev s celou řadou vzájemně se ovlivňujících potencionálních rizik pro jedince i pro společnost. Česká republika ve své protidrogové politice vychází z konceptu ochrany veřejného zdraví definovaného Světovou zdravotnickou organizací v dokumentu Zdraví pro všechny v 21. století (1998). Podle něj představuje užívání drog problém ohrožení veřejného zdraví zejména s ohledem na jeho možné nepříznivé sociální, zdravotní, trestně-právní, bezpečnostní a ekonomické dopady, jež mohou nepříznivě ovlivňovat zdravý vývoj jednotlivců i společnosti v širším společenském kontextu. Největší hrozbu pro veřejné zdraví přitom představuje injekční užívání návykových látek vzhledem k možným rizikům přenosu infekčních nemocí přenášených krví – HIV/AIDS a žloutenek typu B a C – nejenom v subkultuře uživatelů drog ale i mezi částí populace, která ilegální drogy neužívá. O minimalizaci těchto rizik usiluje přístup harm reduction (Hunt a kol., 2003), jehož intervence se zaměřují na způsoby, jak jsou drogy užívány a snaží se uživatele návykových látek motivovat ke změně rizikových vzorců jejich aplikace. Nezaměřuje se však nezbytně na snahy uživatele návykových látek od užívání ilegálních látek odradit.

Způsoby, jimiž jsou návykové látky užívány, se odvíjejí jednak od specifík jednotlivých látek, zejména jejich účinků, ale i od specifických očekávání a/nebo priorit jejich uživatelů ve vztahu k farmakologickým účinkům drog, od specifických sociálních norem či tzv. „kultury užívání“ sdílených skupinou uživatelů drog či od jejich ekonomické situace.

Marihuana

Nejčastěji je užívána formou kouření marihuanových cigaret, tzv. jointů, ale lze ji konzumovat i ve formě čajů, přísad do potravin apod. Vedle alkoholických nápojů a tabákových výrobků – jež patří jednoznačně mezi nejrozšířenější drogy užívané dětmi, mladými lidmi a dospělými

ve Zlínském kraji, patří marihuana mezi nejčastěji užívané ilegální omamné a psychotropní látky, s jejichž užíváním se lze setkat již u žáků základních škol.

Marihuana je někdy vnímána jako tzv. „vstupní droga“ k užívání dalších, více rizikových ilegálních drog, v případě Zlínského kraje zejména pervitinu. Jedná se však o oblíbený mýtus, který není podložen výzkumem ani zkušenostmi z praxe, neboť pokud by tento axiom platil, mělo by zkušenosti a/nebo by drogy typu pervitinu či heroinu užívalo stejné množství osob jako těch, které kdy v životě marihuanu vyzkoušely. Tak tomu ale není. Na druhou stranu je pravda, že většina tzv. problémových uživatelů drog předtím, než začala užívat pervitin či heroin, vyzkoušela marihuanu. Nicméně mezi užíváním marihuany a užíváním pervitinu neexistuje přímá kauzalita.

Csémy a kol. (2008) uvádějí řadu možných nepříznivých důsledků užívání marihuany zejména pro mladé lidi. K těm mohou patřit problémy ve vztazích s přáteli či s rodiči, snížená výkonnost ve škole nebo v práci, nesnáze s policií, přijetí k ošetření do zdravotnického zařízení či krizového centra a/nebo rizikový či nechtěný sex pod vlivem návykové látky.

Pervitin

K nejčastějším formám aplikace metamfeminu (pervitinu) patří injekční užívání, jemuž zpravidla v počátečních stádiích užívání a/nebo při občasném užívání předchází šňupání drogy. Jak již bylo zmíněno, problémoví uživatelé drog ve Zlínském kraji patrně nejčastěji užívají pervitin nitrožilně, tj. nejvíce rizikovým způsobem, který je asociován s celou řadou nepříznivých zdravotních důsledků (předávkování, abscesy, infekční nemoci přenášející se krví - žloutenky B, C či HIV/AIDS, sexuálně přenosné nemoci, rozvoj závislosti, toxické psychózy atd.). Dalšími rizikovými formami chování při injekční aplikaci pervitinu mohou být opakované používání injekčního náčiní a/nebo jeho sdílení více uživateli návykových látek. To může, v případě, že jeden z uživatelů je infikován některou ze zmíněných infekčních nemocí, vést k jejich přenosu na další spoluživatele drogy.

Přesto je však možné identifikovat mezi různými skupinami uživatelů pervitinu významné rozdíly ve vzorcích užívání a způsobech aplikace drog. Zdá se, že ty mohou být ovlivněny jak délkou užívání, tak i specifickým normami a sociálním kontextem, v němž rozličné skupiny uživatelů drog v různých regionech žijí a užívají drogy. V důsledku se pak objevují všechny možné vzorce rizikového chování, tj. v některých skupinách uživatelů se drogy užívají výrazně rizikověji než v jiných. To může být časté u mladých, začínajících uživatelů návykových látek, u nichž se pracovníci protidrogových služeb ve Zlínském kraji často setkávají s naprostou neznalostí zásad bezpečného užívání drog případně s řadou mýtů a fám o něm. Způsoby užívání návykových látek však mohou ovlivňovat „módní trendy“. S těmi se lze setkat i v některých částech Zlínského kraje, např. na Vsetínsku, kde se podle slov

jednoho z respondentů – uživatelů drog „v současné době pervitin více kouří než dříve, ubývá injekčních uživatelů. Kouření je moderní, zvláště pro začínající uživatele. Také se více šňupe.“

Na ovlivňování způsobu užívání návykových látek se v kontextu služeb pro uživatele drog zaměřují především služby minimalizace rizik (harm reduction), tj. terénní programy a nízkoprahová kontaktní a poradenská centra. Pracovníci těchto služeb přitom na individuální úrovni vycházejí z poznatku, že chování jednotlivce je ovlivněno jeho povědomím a názory o zdravotních rizicích užívání drog, ale i jeho záměry, motivacemi a schopnostmi ve vztahu k budování jeho/její budoucnosti. Proto se intervence harm reduction zaměřují na jednotlivé typy drog nebo na jejich uživatele, s cílem ovlivnit a/nebo změnit jejich chování ve vztahu k užívání návykových látek. Na skupinové úrovni je chování ovlivněno názory a jednáním sociální skupiny, k níž jednotlivec patří nebo patřit chce a sociálním kontextem, v němž členové skupiny žijí a užívají drogy. Intervence se proto zaměřují na sociální kontext, v němž jsou drogy užívány a na sociální normy, které konkrétní skupina lidí vyznává a snaží se je ovlivnit k méně rizikovým a společensky více žádoucím (Rhodes 1999, str. 25).

Používání injekčních stříkaček

Harm reduction je pragmatický přístup, který vychází z poznatků, že část uživatelů drog není v danou chvíli rozhodnuta nebo ochotna své chování zásadním způsobem změnit a přestat drogy užívat. Intervence se proto zaměřují na způsoby, jak jsou drogy užívány, nikoli nezbytně na snižování počtu uživatelů nebo užívání drog. Hlavním cílem je, aby uživatel přežil v co možná nejlepším zdravotním stavu pro případ, že se někdy v budoucnu pro abstinenci od užívání drog rozhodne. Důležitým prvkem harm reduction proto je výchova k co nejméně rizikovému způsobu užívání návykových látek (Hunt a kol., 2003). Pokud uživatel drog není ochoten upustit od intravenózní aplikace, cílem je naučit ho, aby pokud možno vždy používal sterilní injekční stříkačku a jehlu a nesdílel ji s jinými uživateli drog, aby tak minimalizoval riziko přenosu infekčních nemocí, které se přenášejí krví. Ze šetření i ze zahraničních výzkumů vyplývá, že **uživatelé návykových látek jsou si zdravotních rizik spojených s injekční aplikací drog vědomi** (Stimson, 1995), **přesto se však za určitých okolností občas mají tendenci chovat rizikově a zásady bezpečné aplikace poruší.**

Tento závěr podporuje i poznatek účastníků šetření – pracovníků služeb pro uživatele drog ve Zlínském kraji, kteří mj. uvedli, že „jednu dobu byl v určitých skupinách populární „krvák“ – smíchané zbytky ze stříkaček s obsahem krve po aplikaci více osob.“

Z informací od pracovníků služeb i jejich klientů rovněž vyplývá, že **rizikové chování injekčních uživatelů drog** – zejména opakované používání jedné injekční stříkačky a/nebo její sdílení s více uživateli drog – **se nejčastěji vyskytuje o víkendech, kdy nejsou služby**

výměnných terénních programů dostupné. Tuto dočasnou aktuální nedostupnost řeší v některých zemích EU zřizováním prodejních automatů, v nichž si uživatelé návykových látek mohou za přiměřený poplatek sterilní injekční náčiní a další parafernálie pro přípravu a aplikaci drogy zakoupit. Prodejní automaty ověřovalo v praxi občanské sdružení Progressive v Praze 5, ale muselo je – vzhledem ke kritice místní samosprávy založené na stížnostech laické veřejnosti, jež pramenila z obav o ohrožení zejména dětí žijících v okolí automatu – předčasně odinstalovat.

Naštěstí pro veřejné zdraví se však v případě rizikového chování injekčních uživatelů drog nejedná o neměnný stav. Přetrvávající mýtus o nezodpovědnosti injekčních uživatelů drog a jejich nezájmu o vlastní zdraví (Kalina 1993) byl výzkumem vyvrácen na příkladu zastavení šířící se epidemie HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog na konci 80. let 20. stol. v Edinburghu (Stimson 1995) a od té doby již mnohokrát. **To potvrzuje další zkušenost pracovníků služeb pro uživatele drog ve Zlínském kraji, kteří uvedli, že u svých klientů zaznamenali zlepšení, tj. posun k méně rizikovým způsobům užívání drog.** K tomu v případě injekčních uživatelů pervitinu vedle edukace a výměny použitého injekčního materiálu za sterilní přispívá i nabídka želatinových kapslí pro perorální aplikaci pervitinu jako alternativy rizikového injekčního užívání, kterou pracovníci nízkoprahových služeb Zlínského kraje svým klientům poskytují.

Potenciální nepříznivé dopady užívání

Jak již bylo zmíněno, užívání drog může vést k řadě různorodých nepříznivých, nejčastěji zdravotních, ale i sociálních dopadů. K nejzávažnějším zdravotním rizikům patří předávkování drogami, jež může vést až k úmrtí, k nakažení infekční nemocí, která se přenáší krví – zejména virem HIV či virovou hepatitidou typu B (VHB) a C (VHC). K dalším rizikům patří zvýšená nemocnost, různé druhy somatických poškození a závislost, v jejímž důsledku je vyhledávána léčba.

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (Mravčík a kol. 2009) je trend výskytu infekčních nemocí u uživatelů drog v ČR příznivý. Výskyt viru HIV mezi injekčními uživateli zůstává dlouhodobě pod 1 %. Přesto byl v roce 2007 zaznamenán nárůst o 16 a v roce 2008 o 13 nově infikovaných injekčních uživatelů drog virem HIV. Mezi klienty nízkoprahových zařízení a terénních programů se seroprevalence VHC pohybuje mezi 30 - 35 %, seroprevalence VHB kolem 10 %, ve skupinách uživatelů drog s dlouholetou anamnézou užívání (klienti v substituční léčbě nebo ve vězení) kolem 60 % u VHC a 15 % u VHB. Podle studie Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti se riziko nákazy VHC během 1 roku pohybuje kolem cca 11 % u dlouhodobých injekčních uživatelů drog. To znamená, že se v průběhu 1 roku žloutenkou typu C pravděpodobně nakazí 11 ze

100 injekčních uživatelů – klientů nízkoprahových služeb. K podobným závěrům dospívají i zahraniční follow-up studie u dlouhodobých uživatelů drog (Stimson, 1995).

K nejvýznamnějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, nezaměstnanost, páchání majetkové trestné činnosti, nižší vzdělání a zhoršená bytová situace, která může vést až k bezdomovectví. Kumulace více sociálních problémů pak může vést až k sociální exkluzi. Vyloučení ze společnosti může být jednak důsledkem užívání drog, zároveň však může být i příčinou škodlivého užívání návykových látek (Mravčík a kol., 2006).

Vybrané výkony nízkoprahových zařízení

Ve Zlínském kraji realizovaly podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (Mravčík a kol., 2009) nízkoprahové služby v roce 2009 následující vybrané výkony, jež jsou pro ilustraci porovnávány s výkony v letech 2007 a 2008:

Tab. 11 – Vybrané výkony nízkoprahových zařízení ve Zlínském kraji 2007 – 2009 (zdroj: Mravčík a kol., 2010, 2009)

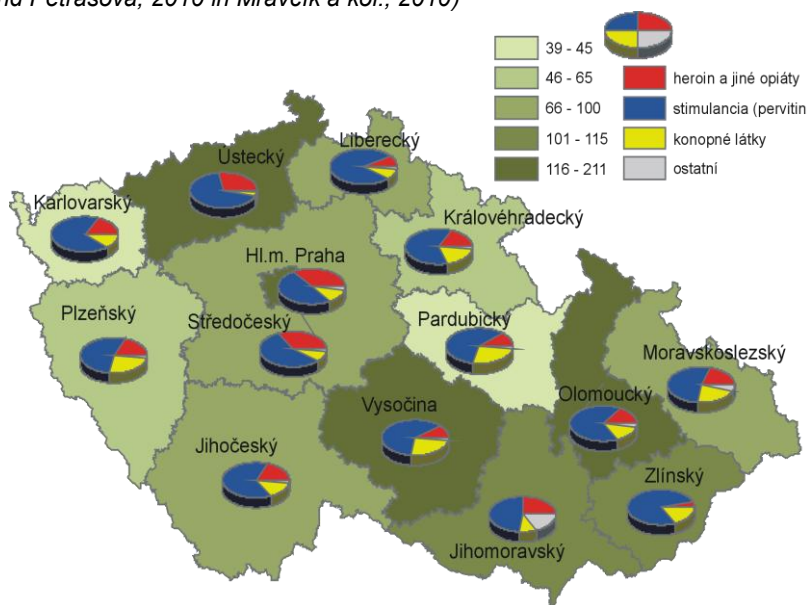
Typ výkonu	Počet výkonů 2009	Počet výkonů 2008	Počet výkonů 2007
celkový počet kontaktů s klienty	11 326	10 663	16 125
počet prvních kontaktů	606	435	826
počet výměn injekčního materiálu	4 280	2 857	4 519
potravinový servis	2 928	3 141	5 563
hygienický servis	1 786	1 568	2 305
individuální poradenství	1 009	684	1 690
reference do kontaktních center/léčby	2 715	1 497	917
zdravotní ošetření	434	221	587
krizová intervence	73	43	67
skupinové poradenství	79	82	13

Výše uvedený přehled vybraných výkonů nízkoprahových služeb pracujících na území Zlínského kraje naznačuje meziroční výkyvy v počtu realizovaných výkonů v letech 2007 – 2009. Ty mohou být způsobeny celou řadou faktorů, z nichž některé již byly zmíněny. Patří k nim například snížení ochoty nebo zájmu problémových uživatelů návykových látek vyhledávat zařízení odborné pomoci po akcích Policie ČR proti „vaříčům“ pervitinu. Vliv může mít i výměna pracovníků nízkoprahových, zejména terénních služeb pro uživatele drog, k níž dochází v důsledku problémů ve financování služeb, jež jsou podrobněji diskutovány v jiné části této zprávy. Při výměně terénních pracovníků zpravidla dochází k přerušení často významného počtu v minulosti navázaných kontaktů s uživateli drog proto, že novým pracovníkům služby nedůvěřují. Noví pracovníci tak musejí často budovat kontakty s uživateli drog od začátku a postupně se počet realizovaných výkonů opět může zvyšovat,

jak je patrné při porovnání dat mezi roky 2008 a 2009. Jak již bylo diskutováno v části zabývající se odhadem prevalence problémových uživatelů drog v kraji, nezdá se jako pravděpodobné, že by příčinou dočasného poklesu počtu výkonů služeb byl významný pokles počtu problémových uživatelů návykových látek.

Pro doplnění výše prezentovaných statistických dat služeb je níže prezentován obrázek, ilustrující počty žádostí o odbornou pomoc v souvislosti s užíváním návykových látek a rozdíly v tomto ukazateli mezi kraji ČR:

Obr. 5 - Počet všech žádostí o léčbu podle typů drog v krajích ČR v r. 2009 na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let (Studničková and Petrášová, 2010 in Mravčík a kol., 2010)



Žádosti o léčbu

Bohužel, z analýzy statistik, které zpracovávají pracovníci služeb pro uživatele drog podle požadavku Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, vyplývá, že sledovaná data v kumulované podobě, v níž jsou prezentována (viz výše), neposkytují všechny potřebné informace pro zpracování spolehlivé a validní analýzy potřeb uživatelů drog jako podklad pro plánování odpovídajících služeb – zejména služeb pobytové léčby - ve Zlínském kraji. To je způsobeno několika okolnostmi: 1) nejasná definice uživatele drog s výjimkou problémového uživatele, jež se odvolává na definici Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti⁹, 2) nejasná definice termínu „žádost o léčbu“, jež ve stávajícím pojetí Hygienické služby hl. m. Prahy vede k evidenci všech uživatelů drog, kteří během sledovaného roku vstoupili do kontaktu (buť jednorázového) s jakýmkoli odborným zařízením, jež poskytuje data do státního registru. **Počty takto evidovaných uživatelů drog nevypovídají nic o tom, o jaký typ služeb požádali – zda o výměnu injekčního materiálu nebo např. o**

⁹ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti definuje problémové užívání jako dlouhodobé a/nebo injekční užívání drog typu heroin, kokain, případně metamfetamin (pervitin). Z této definice např. vypadávají uživatelé těkavých látek, kteří mohou naplňovat kritéria, že jim dlouhodobé užívání působí vážné zdravotní a sociální problémy.

ambulantní či rezidenční **léčbu k abstinenci** (viz obr. 6). 3) ani relativně nově zavedený pojem NMS „reference“ (do kontaktního centra nebo léčebného zařízení včetně substituční léčby – viz Mravčík a kol., 2009) nenabízí konkrétní informace o tom, kolik z tzv. referovaných klientů žádalo o poskytování služeb harm reduction, běžných pro nízkoprahová zařízení a kolik jich žádalo o ambulantní a/nebo pobytovou léčbu závislosti. 4) na celostátní úrovni monitoruje případy ambulantní léčby a hospitalizace podle vybraných kapitol Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Jím publikované statistické přehledy – Zdravotnické ročenky ČR respektive jednotlivých krajů – jsou ovšem zveřejňovány se zpožděním (v současnosti jsou dostupná data pouze za rok 2008) a nenabízí přehled o počtu hospitalizací v důsledku poruch vyvolaných užíváním ilegálních návykových látek (diagnózy F 11 – 19 dle MKN 10).

Vzhledem k těmto omezením a bariérám, které v přístupu k informacím o uživatelích drog v léčbě představuje zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů se v rámci realizovaného šetření nepodařilo zjistit, kolik uživatelů drog ze Zlínského kraje požádalo v roce 2009 o ambulantní či rezidenční léčbu závislosti a kolik z nich do léčby skutečně nastoupila.

Ambulantní léčba

K dispozici jsou pouze data o počtu pacientů, kterým byla v roce 2008 v důsledku poruch způsobených užíváním návykových látek poskytnuta ambulantní zdravotnická péče na území Zlínského kraje: „*na pracovištích zajišťujících péči o alkoholiky a toxikomany bylo evidováno 2.421 osob užívajících psychoaktivní látky, z nich alkohol užívalo 2.238 osob a 85 % bylo na alkoholu závislých. **Drogy zneužívalo 183 osob a závislost byla zjištěna u 72 % pacientů***“ (ÚZIS, 2009, str. 35¹⁰) – jde tedy o **132 uživatelů** ilegálních návykových látek, u nichž byl diagnostikován syndrom závislosti na užívání některé drogy.

Pobytová léčba

Data o počtu hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek nejsou, na rozdíl od informací o ambulantní léčbě, ve zdravotnických ročenkách publikovaných ÚZIS, dostupná. Ty poskytují pouze přehled osob, hospitalizovaných v nemocnicích podle příčin, které ÚZIS vykazuje podle celých kapitol Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10, nikoli podle jednotlivých diagnóz. Ve zdravotnické ročence Zlínského kraje 2008 tak je tedy jako příčina hospitalizace uvedena kapitola V. Poruchy duševní a poruchy chování, jež není dále členěna na jednotlivé typy poruch, mezi něž mj. patří i poruchy vyvolané užíváním návykových látek. Ani další z přehledů publikovaných ÚZIS „Lůžková péče 2009“, který mj. uvádí počet hospitalizací včetně těch, k nimž došlo v celé České republice v důsledku tzv. AT – návykových nemocí, neuvádí data o počtu občanů jednotlivých krajů, kteří podstoupili

¹⁰ Zdroj: Zdravotnická ročenka Zlínského kraje 2008, ÚZIS, http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300

pobytovou léčbu v důsledku poruch vyvolaných užíváním ilegálních návykových látek. Ani Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti údaje o tom, kolik uživatelů návykových látek z jednotlivých krajů se léčilo v důsledku poruch způsobených užíváním ilegálních drog v psychiatrických léčebnách respektive terapeutických komunitách v celé ČR, nesleduje. Na celorepublikové úrovni nejsou tato data z veřejně přístupných zdrojů dostupná. Podobnou statistiku si podle informací získaných prostřednictvím mailového, telefonického a osobního dotazování zpravidla nevede – až na výjimky - ani většina z oslovených terapeutických komunit či psychiatrických léčeben.

Z uvedených informací vyplývá, že zjištění počtu občanů Zlínského kraje, kteří v roce 2009 podstoupili léčbu v 11 terapeutických komunitách a 17 psychiatrických léčebnách na území ČR, by vydalo na samostatnou studii. V jejím rámci by bylo především nezbytné získat pověření, jež by realizátorům šetření umožňovalo vyžadovat informace, které nejsou po psychiatrických léčebnách standardně požadovány – tj. zpracování statistik o počtech pacientů z jednotlivých krajů – které si až na výjimky nevedou.

V rámci rychlého průzkumu se realizátorům analýzy podařilo získat přehled o občanech Zlínského kraje, kteří v roce 2009 podstoupili léčbu závislosti v 11 terapeutických komunitách certifikovaných Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky a těch, kteří využili služby následné péče v 10 zařízeních mimo území kraje a jednom – TK Grunt¹¹ – na území kraje (viz tab. 5). Výstupem průzkumu jsou pouze kumulovaná čísla. To znamená, že uživatelé drog ze Zlínského kraje, kteří využili služeb terapeutických komunit (**28**) mohli rovněž využít služeb doléčovacích center (**28**) nebo část těch, kteří využili služeb následné péče předtím absolvovali léčbu v některé z psychiatrických léčeben na území kraje. Pro jejich odlišení bylo nutné mít oprávnění k zacházení s citlivými údaji klientů, jímž realizátoři studie nedisponují.

Tab. 12 – uživatelé návykových látek ze Zlínského kraje, kteří v roce 2009 podstoupili léčbu v terapeutických komunitách a čerpali služby následné péče v zařízeních mimo území kraje

Terapeutická komunita*	Počet klientů ze ZK	Doléčovací centra	Počet klientů ze ZK
Podcestný Mlýn, SPR	2	Prevent České Budějovice	0
Renarkon Čeladná	4	Město Děčín	0
Fides Bílá Voda	14	WHITE LIGHT I. Ústí n.L.	0
Fénix Bílá Voda - Fénix		Advaita Liberec	0
White Light I. Mukařov	1	Plzeň	1
Magdaléna	0	P-centrum Olomouc	6
Sananim Němčice	0	Podané ruce Brno	4
Sananim Karlov	1	Sananim Praha	0
Kolpingovo dílo Sejřek	2	Renarkon Ostrava	5
Krok Kyjov	4	Circle of Life Koněšín	2
Advaita Nová Ves u Liberce	0	TK Grunt	10
	28		28

* - data shromážděna pouze ze zařízení certifikovaných Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky

¹¹ V mapě pomoci na webové stránce NMS www.drogy-info.cz je TK Grunt uvedena jako zařízení následné péče a doléčování.

Otázka zřízení případných chybějících služeb

Jedním z požadavků v zadání této analýzy bylo, identifikovat případnou „absenci dalších typů služeb pro uživatele drog (zejména pobytových služeb typu terapeutické komunity a následné péče/doléčování) a případné dopady této absence (např. zjištění podílu klientů ze ZK v zařízeních mimo území kraje a případná úspěšnost léčby a finanční nákladnost)“.

Z výše uvedených dat (tab. 5) vyplývá, že službu rezidenční léčby v terapeutické komunitě v loňském roce vyhledalo 28 uživatelů drog ze Zlínského kraje, služby následné péče s podporovaným bydlením rovněž 28 klientů. Data o počtu uživatelů drog ze Zlínského kraje, kteří vyhledali ústavní léčbu v psychiatrických léčebnách v ČR, se realizátorům studie zjistit nepodařilo. Ale lze odhadovat, že se bude jednat o několik desítek osob.

Ani tato data však **nedávají jednoznačnou odpověď na otázku, zda má smysl usilovat o zřízení pobytové služby typu terapeutické komunity ve Zlínském kraji**. Důvodem je, že uživatelé návykových látek mají často tendenci vyhledávat služby léčby závislého chování v jiných krajích ČR, než z nichž pocházejí. K tomu je může vést snaha po anonymitě, ve smyslu utajení skutečnosti, že nastoupili léčbu závislosti, před svými blízkými, přáteli, známými či kolegy ze zaměstnání. Dalším důvodem bývá snaha odejít dál od místa jejich aktivního užívání drog – tzv. „odpoutání se od domovské drogové scény“, aby tak mohli snáze odolat pokušení předčasného ukončení léčby v případě zkratového jednání v důsledku bažení po droze.

Zkušenosti pracovníků výše uvedených **terapeutických komunit naznačují, že v převážné míře nefungují jako spádová zařízení pro uživatele drog přicházejících z kraje, kde komunity sídlí. Jsou spíše zařízeními s celorepublikovou působností**. Navíc, zkušenosti respondentů realizovaného šetření zejména z řad poskytovatelů služeb naznačují, že se v případě potřeby referovat klienty do některé ze služeb pobytové léčby nepotýkají s většími problémy, než s jakými se v obdobných případech potýkají pracovníci služeb pro uživatele drog v krajích, v nichž terapeutické komunity pracují. Jinými slovy, **zdá se, že pobytovou léčbu se pracovníkům služeb pro uživatele drog ze Zlínského kraje až na výjimky daří bez zbytečných průtahů zajišťovat v zařízeních pracujících v dalších krajích ČR**.

Terapeutické komunity navíc patří k nejnákladnějšímu typu služeb pro uživatele návykových látek a mj. proto nechtějí ústřední orgány státní správy ve svých dotačních programech zřizování nových komunit finančně podporovat.

S ohledem na výše uvedené informace se zdá, že **pro zřízení nové terapeutické komunity pro léčbu uživatelů drog ze Zlínského kraje neexistují pádné argumenty**.

Jiná situace se zdá být ve vztahu k otázce **vybudování služby následné péče/doléčování**. **Tento typ služby byl** respondenty realizovaných terénních šetření **jednoznačně označen**

jako chybějící na území kraje. I zde však klinická praxe doporučuje opatrnost, protože řada uživatelů drog má tendenci se po léčbě nevracet do místa svého původního bydliště. Často chtějí začít „nový život“ bez ohrožení ze strany uživatelů drog, s nimiž se absolvent programu léčby dříve stýkal a jež vnímá jako riziko pro udržení dosažené změny svého chování k návykovým látkám. Část uživatelů drog se však po léčbě do místa svého trvalého bydliště vrací (zejména mladší uživatelé drog, kteří dosud žijí se svými rodiči) nebo se v rámci jednoho kraje stěhují do jiných měst.

Z tohoto úhlu pohledu **se jeví jako smysluplné zvážit možnost zřízení služby následné péče/doléčování v krajském městě Zlíně**, jež na území celého kraje zcela chybí. V tomto ohledu lze využít zkušenosti se zřizováním těchto typů služeb v jiných krajích, kdy některé organizace nejprve zřídily ambulantní službu následné péče, případně ji doplnily o jeden (pro 3 – 4 klienty) či dva podporované byty (pro 6 – 8 klientů) pro absolventy léčby, kteří mají problémy najít odpovídající pracovní příležitost a dostupné bydlení. Tento postup se osvědčil více, než jednorázové zřízení tzv. velké služby následné péče s podporovaným bydlením pro 12 či více klientů, kdy se pak jeho zřizovatelé potýkali s malou poptávkou ze strany uživatelů drog z jejich kraje respektive jiných krajů ČR. I v případě služeb následné péče s podporovaným bydlením navíc patří k poměrně běžné praxi, že tuto službu mají často tendenci využívat uživatelé drog z jiných krajů, což je při zvažování zřízení služby rovněž dobré vzít v potaz.

Z realizovaných šetření i analýzy získaných informací se zdá, že **jiné typy služeb pro uživatele ilegálních návykových látek v kraji výrazně nechybějí. Jako prioritu pro další období lze proto doporučit zachovat či - ještě lépe - zvýšit stávající podporu existujících služeb pro uživatele návykových látek z rozpočtů kraje i příslušných měst.** To jednak vzhledem k finanční analýze služeb a průběžně narůstajícím provozním a mzdovým nákladům na jedné straně a snižující se podpoře služeb pro uživatele drog ze strany ústředních orgánů státní správy, zejména RVKPP a MZ ČR.

Nové trendy v užívání NL

Relativně nově se objevuje trend příležitostného užívání pervitinu vysokoškoláky a podnikateli, kteří drogu, zejména na různých akcích jako jsou diskotéky a zábavy, šňupají.

Ve Valašských Kloboukách a okolí se prý v současné době objevuje „nová“ droga přezdívaná „bordýlek“, dovážená údajně z Polska. Patrně se nejedná o pervitin, ale o jinou stimulační drogu, jejíž cena je výrazně nižší než u pervitinu, řádově o polovinu za stejné množství. Ve městě se o droze hodně mluví a vyvolává značný zájem.

Jiné známky nových trendů v užívání omamných a psychotropních látek vymykajících se celostátnímu vývoji nebyly zjištěny.

4.3. Vytípané rizikové lokality

Jak vyplývá z části 4.1 této zprávy, ilegální drogy jsou, v souladu s celorepublikovým trendem, poměrně snadno dostupné na území celého kraje. Jde především o marihuanu a pervitin, jež je možné si opatřit bez výrazných problémů jak ve městech, tak i v menších obcích na území kraje. Na základě zadání byla v průběhu realizovaného šetření zjišťována místa a lokality ve Zlínském kraji, jež jsou na základě zkušeností respondentů vnímány jako více rizikové ve vztahu k distribuci a/nebo užívání ilegálních návykových látek. Vzhledem k tomu, že studie byla prováděna metodou rychlého průzkumu, je pravděpodobné, že výčet identifikovaných rizikových lokalit nemusí být vyčerpávající a omezuje se zejména na taková místa či regiony, jež jsou z pohledu oslovených respondentů nejznámější, a tudíž byla v rozhovorech s nimi explicitně zmíněna.

Z informací získaných v průběhu šetření lze usuzovat, že v každém z měst a obcí s rozšířenou působností či s pověřeným úřadem, ale i v menších obcích se lze setkat s různě velkými komunitami problémových uživatelů ilegálních drog, zejména pervitinu. Ti se převážně zdržují v tzv. uživatelských bytech a část z nich, zejména ti, kteří „vaří“ pervitin patrně průběžně migruje a mění místa pobytu, aby tak snížili riziko svého odhalení Policií ČR, případně v důsledku realizovaných policejních zásahů proti výrobcům a distributorům ilegálních drog.

Různé zahraniční výzkumy upozorňují na souvislosti mezi výskytem různých environmentálních faktorů a užíváním návykových látek a jeho nepříznivých důsledků. Tuto hypotézu potvrdila i první česká srovnávací analýza vybraných demografických a socioekonomických ukazatelů a dat o rozsahu a dopadech užívání drog a jejich srovnání podle krajů České republiky (Lejčková a kol., 2004).

Zahraniční studie naznačují, že různé formy rizikového a/nebo problémového chování se ve zvýšené míře mohou vyskytovat v lokalitách nebo regionech s nižší úrovní kvality života, s vysokou mírou nezaměstnanosti, koncentrace socio-ekonomicky znevýhodněných nebo sociální exkluzí ohrožených skupin obyvatelstva. Kromě toho se ale mohou soustředit i v rekreačních chatových nebo zahrádkářských oblastech či oblastech s vyšším výskytem škol a školských zařízení, ve větších městských aglomeracích a/nebo v okolí sídlišť, parků, autobusových či vlakových nádraží, v okolí restaurací nebo heren s vysokou mírou anonymity. Poměrně novým trendem v ČR je přesun výrobců zejména pervitinu z větších měst do menších obcí. To potvrzují i poznatky z šetření provedeného ve Zlínském kraji, kde byly identifikovány některé lokality, jež jsou na základě zkušeností respondentů šetření – tj. uživatelů drog, poskytovatelů služeb, pracovníků veřejné správy a Policie ČR – vnímány jako rizikové ve vztahu k distribuci a/nebo užívání ilegálních drog. Respektive se jedná o lokality se zvýšenou koncentrací osob užívajících návykové látky. Zde je třeba opět upozornit na

limity použité metody rychlého průzkumu, která usiluje o rychlé zmapování situace a identifikaci hlavních problémů nebo rizik a nikoli o její vyčerpávající zhodnocení. Je proto pravděpodobné, že se v průběhu realizace studie nepodařilo identifikovat všechny objektivně rizikové lokality, případně, že mohlo při přepisování názvu níže uvedených míst dojít k chybě, za což se autoři zprávy předem omlouvají.

Zlín

Jako oblasti se zvýšenou koncentrací osob, které užívají návykové látky, byly uvedeny: parky v centru Zlína (Komenského a Svobody), přilehlé diskotéky a bary, hlavní náměstí, okolí Svitovské brány, oblast kolem nádraží a přilehlé hospody.

Místa distribuce drog se podle některých informací mění, dochází k ní zejména v parcích a barech nebo v hospodách či v nočních klubech a parcích.

Z hlediska pěstování marihuany byla jako riziková uvedena zemědělská oblast na jih od Zlína.

Podle některých informací se na území Zlína nalézají několik desítek malých varen pervitinu, v nichž probíhá malovýroba drogy pro uzavřené skupiny jejích uživatelů.

Otrokovice

Otrokovice byly uvedeny jako město ohrožené užíváním drog, jako historicky jakési „chudinské předměstí“ Zlína. Kromě jiného se zdá, že zde žije velmi semknutá populace uživatelů ilegálních návykových látek, mezi něž je pro pracovníky nízkoprahových služeb obtížné se dostat, což představuje riziko ohrožení jejich i veřejného zdraví.

Holešov

V Holešově podle dostupných informací patří k nejhroženějším oblastem z hlediska zvýšené koncentrace osob užívajících návykové látky a jejich distribuce Americký park, Smetanovy sady a různé diskotéky.

Bystřice pod Hostýnem

V Bystřici p. H. a jejím okolí – hlavně v chatových osadách či v přilehlých lesích se podle dostupných informací vaří pervitin. Nejhroženější oblasti, kde dochází k distribuci a užívání drog jsou hlavní náměstí, parky, ale i okolí škol.

Vizovice

Zdá se, že ve Vizovicích není na veřejném prostranství nějaké „centrum“ s koncentrací uživatelů drog. Ti tvoří značně uzavřenou komunitu a zdržují či setkávají se spíše po bytech. Přesto se distribuce a užívání drog objevují v okolí místních restaurací a během festivalů.

Slušovice

Ve Slušovicích se distribuce a užívání drog údajně koncentrují u dostihové dráhy a u diskotéky Derby Klub.

Luhačovice

V Luhačovicích se uživatelé drog s rizikovým chováním prý nevyskytují. Přesto byla za lokalitu se zvýšeným rizikem ve vztahu k užívání pervitinu označena obec Bohuslavice nad Vlčí. Skate park a hlavní park ve Slavičíně byly označeny jako místa, na nichž se zejména v letním období shlukují mladí uživatelé marihuany.

Kroměříž

V Kroměříži nebyly vytipovány lokality, které by byly vnímány přímo jako rizikové. Přesto jsou větší koncentrace a pohyb klientů nízkoprahových služeb, kteří nemají přístřeší, zaznamenávány na nádraží a v okolí obchodních domů.

Pervitin se má na drogovou scénu v Kroměříži dostávat z malých místních varen, které působí v okolí města. Jde patrně hlavně o obce Morkovice-Slížany a Měřůtky.

Uherský Brod

V Uherském Brodě byly jako rizikové z hlediska zvýšeného výskytu uživatelů drog zmíněny lokality u rybníka, v parku, u restaurace Karel a na Bojkovicku. Bojkovicko bylo v kontextu identifikace rizikových lokalit opakovaně zmíněno jako problematická oblast.

Uherské Hradiště

Z hlediska výroby pervitinu byly uvedeny opuštěné chaty a zahrádkářské oblasti na okraji města. Jako těžiště drogové scény bylo uvedeno město, specificky byl zmíněn městský park.

Valašské Meziříčí

Z hlediska distribuce drog a zvýšeného výskytu jejich uživatelů byly jako rizikové označeny parky Kozina (zde se při návštěvě tazatele povalovaly odhozené plechovky od toulenu a několik krabiček od modafenu), Abácie, Botanika, park u hotelu Apollo, restaurace Rychtář a non stop bary, dále centrum města, restaurace Lyra, Malta, Přístav a další zábavní podniky. Dále byly jako rizikové označeny lokality obývané příslušníky romské komunity – Zašovská vedle městského úřadu, ubytovny Žerotínova a Železničního vojska.

Alkopunkeři se koncentrují kolem vlakového nádraží, obory, obchodních domů Kaufland a Albert, v jejichž okolí již byl v důsledku častého výskytu krádeží věcí odložených v autech zaveden kamerový systém.

Objevily se informace o užívání kokainu na tzv. parties v klubu Admirál a/nebo venkovních akcích.

Rožnov pod Radhoštěm

Zde byly jako rizikové lokality uvedeny City klub (užívání extáze), Bučiska, Dolní a Koryčanské paseky (kde uživatelé drog obsazují opuštěné chaty), klub Vrah (užívání marihuany), dále okolí hřbitova, městský park, lokality kolem Bečvy, blízko Camping sportu, Bowling pizza, ulice 1. máje u paneláků, Zubří a Dubková.

Bezdomovci a alkopunkeři se zdržují a popíjejí alkohol (krabicová vína a vodku) v okolí autobusového či vlakového nádraží nebo v okolí obchodních domů Lidl a Billa.

Vsetín

Ve městě není vyloučená/ohrožená lokalita, uživatelé návykových látek se ale stahují k řece. V minulosti bylo více ohrožené město, nyní se uživatelé a výrobci pervitinu ve větším množství stěhují do zahradních kolonií na okraji města a do přidružených satelitů. Drogy, zejména pervitin, se nejvíce distribuují na diskotékách, v barech a restauracích.

Jako lokality se zvýšeným výskytem užívání a pravděpodobně i výroby pervitinu v okolí byly uvedeny obce Ratiboř, Halenkov, Velké Karlovice, Hovězí, Karolinka a Lačnov.

Marihuana je pravděpodobně pěstovaná a bez větších problémů dostupná ve všech obcích okresu.

Obecně byly ve vztahu k užívání návykových látek označeny jako rizikové všechny obce u slovenských hranic.

Valašské Klobouky

Jako místo, kde se koncentrují mladí uživatelé marihuany, byl označen místní park a skate park.

V regionu se již dlouho pěstuje marihuana zejména formou venkovního pěstování rostliny konopí v okolí Valašských Klobouků a v přilehlých vesnicích.

Tradičně je jakýmsi centrem pěstitelů a uživatelů marihuany obec Študlov a její okolí, naopak obec Brumov-Bylnice je spojována s větší mírou výskytu a užívání pervitinu.

K distribuci a užívání ilegálních drog dochází na místních diskotékách ve Valašských Kloboukách a Vlachovicích, vedle pervitinu je zde možné narazit i na extázi.

5. Síť poskytovatelů služeb pro uživatele ilegálních drog

5.1 Specifikace sítě poskytovatelů služeb pro uživatele drog

Na území Zlínského kraje jsou základem sítě služeb pro uživatele drog **nízkoprahové služby** provozované neziskovými organizacemi s právním statutem občanské sdružení (3) a oblastní charita (1). Rozmístění služeb kopíruje rozmístění okresních měst, což zhruba odpovídá kumulaci obyvatelstva v jednotlivých oblastech kraje.

Základem sítě těchto služeb jsou především kontaktní centra, která jsou v kraji celkem čtyři, po jednom v každém okrese. Činnost kontaktních center je doplňována terénními programy, které pokrývají paralelně místa působnosti center a současně expandují do jejich nejbližšího okolí. Oblast jejich působení nepřekračuje hranice okresu jejich domovského K-centra.

Všechny nízkoprahové programy zapojené do poskytování služeb cílové skupině uživatelů drog jsou držiteli certifikátů odborné způsobilosti RVKPP.

Ambulantní léčba je v kraji dostupná v zařízení Psychocentrum Zlín (www.psychocentrumzlin.cz), což je soukromé zařízení poskytující psychiatrické, psychologické a psychoterapeutické služby. K modelu ambulantních poradenských služeb typu OAT se ve Zlínském kraji hlásí dvě zařízení, ve Vsetíně a ve Valašském Meziříčí.

Pobytovou léčbu a detoxifikaci nabízí Psychiatrická léčebna v Kroměříži, ve svém toxirehabilitačním oddělení (<http://www.plkm.cz/cs/oddeleni-lecebny/8b--toxirehabilitacni-oddeleni>).

Substituční léčba a doléčování nejsou v kraji poskytovány specializovaným a certifikovaným pracovištěm. V kraji také nejsou poskytovány žádné specifické služby zaměřené na cílovou skupinu uživatelů drog.

Ze závěrečných zpráv hodnotících oblast protidrogové politiky kraje vyplývá, že do aktivit zaměřených na prevenci užívání návykových látek kraj počítá i zařízení sociálních služeb pro děti a mládež – **NZDM**.

5.1.1 Nízkoprahová kontaktní a poradenská centra a terénní programy zaměřené na aktivní uživatele drog – pokrytí v jednotlivých okresech Zlínského kraje

Kontaktní centrum PLUS Kroměříž, Oblastní charita Kroměříž

- **Kontaktní centrum PLUS Kroměříž** provozuje standardní nabídku služeb zaměřených na snižování zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek, služby individuálního poradenství, sociální poradenství, krizovou intervenci, asistenční službu a reference do služeb návazné péče. Z internetových stránek Oblastní charity Kroměříž (<http://kromeriz.charita.cz/kontaktني%20centrum.htm>)

vyplývá, že součástí aktivit centra jsou také služby terénních programů a primárně-preventivní programy.

- Kontaktní a poradenské centrum působí v západní části kraje, v obci o velikosti 29 tis. obyvatel, když vzdálenost od ostatních kontaktních center kraje je: Zlín 32 km s dojezdovým časem 35 min., Uherské Hradiště vzdálené 34 km s dojezdovou vzdáleností 35 min. a Vsetín 65 km a dojezdem do 1 hodiny.
- Další kontaktní centra s dojezdovou vzdáleností do 1 hodiny, která leží mimo oblast Zlínského kraje, jsou Přerov (24 km a 25 min.), Prostějov (37 km a 35 min.), Kyjov (45 km a 45 min.) a Olomouc (60 km a 1 hodina).
- **Terénní programy PLUS** poskytují standardní nabídku služeb zaměřených na snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a jsou realizovány ve městech Kroměříž, Holešov, Hulín, Morkovice-Slížany, Chropyně, Bystřice pod Hostýnem. Jedná se o obce okresu Kroměříž. V rámci města Kroměříž poskytuje terénní program služby paralelně s kontaktním centrem. Bystřice pod Hostýnem s počtem 9 tis. obyvatel je vzdálená od centra 27 km a na trase se dále nachází Holešov (12 tis. obyvatel) vzdálený 16 km a Hulín (7 tis. obyvatel) vzdálený od Kroměříže 7 km. Dále jsou terénní služby poskytovány ve 25 km vzdálených Morkovicích-Slížanech se 3 tis. obyvateli a v Chropyni s 5 tis. obyvateli, 10km od Kroměříže.
- Realizaci obou programů zajišťoval v roce 2009 (podle závěrečné zprávy o projektu pro RVKKP) tým čtyř pracovníků s úvazky dělenými mezi terénní a kontaktní práci v poměru 1,6 : 2,4. Personální zajištění a časová dotace pro programy primární prevence není v dostupných zdrojích uváděna.

Kontaktní centrum Zlín, ONYX o.s.

- Kontaktní centrum ONYX Zlín poskytuje standardní nabídku služeb zaměřených na snižování zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek, služby individuálního poradenství, sociální poradenství, krizovou intervenci, asistenční službu a reference do služeb návazné péče. Kontaktní a poradenské centrum působí v centru kraje v obci se 78 tis. obyvateli s tím, že Zlín vytváří souměstí s Otrokovicemi, které mají 19 tis. obyvatel. Vzhledem k provozu K-centra lze tato dvě města považovat za jednu aglomeraci s bezmála 100 tis. obyvateli, tedy za průměrné krajské město.
- V rámci Zlínského kraje jsou další dosažitelná K-centra ve vzdálenosti 32 km od K-centra Kroměříž (dojezdový čas 35 min.), Uherské Hradiště vzdálené 27 km s dojezdovou vzdáleností 30 min. a Vsetín, 34 km s dojezdem cca 30 min.

- Další kontaktní centra leží mimo oblast Zlínského kraje a jejich dojezdová vzdálenost je více než 1 hodina.
- Provoz K-centra zajišťovalo v roce 2009 (podle závěrečné zprávy o projektu pro RVKKP) pět pracovníků v přepočtu na 2,9 úvazky s tím, že čtyři z nich se současně podíleli na práci v terénu, a to v rozsahu úvazků mezi 0,5 a 0,7.

Terénní programy Zlín, ONYX o.s.

- ONYX o.s. podle informací z <http://www.os-onyx.cz/> realizuje terénní programy ve Zlíně a v Otrokovicích, které však lze z hlediska poskytování služeb považovat za jednu drogovou scénu na pozadí obce s cca 100 tis. obyvateli. Dále terénní programy zajíždějí do Vizovic s 5 tis. obyvateli, které jsou vzdálené od Zlína 15 km, tj. cca 15 min., a na stejné trase dále do Valašských Klobouk s 5 tis. obyvateli, vzdálenými 37 km a dojezdem cca do 40 min. Dále terénní pracovníci zajíždějí do Napajedel s 8 tis. obyvateli, vzdálenými 15 km a dojezdem cca 20 min., do Luhačovic s 5 tis. obyvateli na vzdálenost 22 km, s dojezdem 30 min. a dále na stejné trase do Slavičina se 7 tis. obyvateli, vzdálenými 32 km s dojezdem cca 30 min.
- Terénní programy ONYX o.s. ve výše uvedených obcích poskytují standardní služby. V souměstí Otrokovice – Zlín jsou služby poskytovány paralelně se službami K-centra.
- Realizaci terénního programu zajišťoval v roce 2009 (podle závěrečné zprávy o projektu pro RVKKP) tým čtyř pracovníků v přepočtu na 2,0 úvazky s tím, že všichni pracovníci podílející se na službách v terénu současně působí v rámci kontaktního centra. Dělení jejich úvazků je různé mezi 0,5 a 0,7.

Kontaktní centrum a terénní programy Charáč Uherské Hradiště, Sdružení Podané ruce o.s.

- Kontaktní centrum Charáč v Uherském Hradišti poskytuje standardní nabídku kontaktních a poradenských služeb zaměřených na snižování zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek, služby individuálního poradenství, sociální poradenství, krizovou intervenci, asistenční službu a reference do služeb návazné péče. Kontaktní centrum působí v jižní části kraje, v obci s počtem obyvatel 26 tisíc, nicméně Uherské Hradiště tvoří souměstí s obcí Staré Město (7 tisíc obyvatel) a Kunovice (6 tisíc obyvatel). Z hlediska drogové scény je možno je považovat za jednu lokalitu o celkové velikosti zhruba 40 tisíc obyvatel.
- V rámci Zlínského kraje jsou další dosažitelná K-centra ve Zlíně vzdáleném 27 km s dojezdovou vzdáleností cca 30 min., v Kroměříži ve vzdálenosti 34 km K-centrum s dojezdovým časem asi 35 min. a ve Vsetíně 60 km a dojezdem cca 1 hodina.

- Další kontaktní centra ležící mimo oblast Zlínského kraje v dosahu dojezdu do 1 hodiny jsou v Kyjově, vzdáleném 30 km s dojezdem asi 35 min. a v Hodoníně ve vzdálenosti 43 km s dojezdem cca 45 min.
- Terénní programy Charáč působí v Uherském Hradišti, Uherském Brodě, Starém Městě, Kunovicích (zdroj <http://www.podaneruce.cz/cz/programy/kontaktni-centra/charac.html>) a podle sdělení terénních pracovníků i v Bojkovicích. Obec Uherské Hradiště, Staré Město a Kunovice tvoří souměstí s celkovým počtem obyvatel cca 40 tisíc (26+7+6 tisíc obyvatel). Terénní programy zajíždějí do Uherského Brodu s počtem obyvatel 17 tis., vzdáleného 20 km od K-centra s dojezdovým časem asi 20 min. Bojkovice jako další obec, kde jsou poskytovány služby terénního programu leží na stejné trase jako Uherský Brod a jsou vzdálené 35 km, s dojezdovým časem cca 30 min.
- Realizaci obou programů zajišťoval v roce 2009 (podle závěrečné zprávy o projektu pro RVK KP tab. 4 a kpt. 6.2.) tým pěti (resp. šesti - administrativa sdružení) pracovníků s přepočteným úvazkem 4,0, včetně administrativy. Rozložení úvazků pracovníků v přímé práci bylo 0,5 na zajištění terénních služeb a 2,7 úvazku na kontaktní centrum.

Kontaktní centrum Klíč Vsetín, Agarta o. s.

- Kontaktní centrum Klíč Vsetín poskytuje standardní nabídku služeb zaměřených na snižování zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek, služby individuálního poradenství, sociální poradenství, krizovou intervenci, asistenční službu a reference do služeb návazné péče. Kontaktní a poradenské centrum působí ve východní části kraje v obci s 28 tis. obyvateli.
- V rámci Zlínského kraje jsou další dosažitelná K-centra ve Zlíně vzdáleném 34 km, s dojezdem cca 30 min., ostatní K-centra v Kroměříži a v Uherském Hradišti jsou v dojezdové vzdálenosti na hranici jedné hodiny.
- Další kontaktní centra leží mimo oblast Zlínského kraje a jejich dojezdová vzdálenost je více než 1 hodina.
- Provoz K-centra zajišťovali v roce 2009 (podle závěrečné zprávy o projektu pro RVK KP) tři pracovníci v přepočtu na 2,3 úvazky s tím, že dva z nich se současně podíleli na práci v terénu, a to v rozsahu úvazků 0,8 a 0,5. Jeden pracovník je na celý úvazek pouze v KC.

Terénní programy Agarta Vsetín, Agarta o. s.

- Terénní programy Agarta o.s. poskytují standardní služby terénních programů pro uživatele drog v obcích Vsetín, Valašské Meziříčí a Rožnov pod Radhoštěm. Ve

Vsetíně, který má 28 tisíc obyvatel, jsou služby poskytovány souběžně se službami kontaktního centra stejné organizace. Valašské Meziříčí s 27 tisíci obyvateli je vzdálené od Vsetína 20 km, s dojezdem asi 20 min, Rožnov pod Radhoštěm má 17 tisíc obyvatel a je vzdálený 33 km a s dojezdovou dobou do 30 min.

- Realizaci terénního programu zajišťovali v roce 2009 (podle závěrečné zprávy o projektu pro RVKKP) tři pracovníci v přepočtu na 1,7 úvazky s tím, že dva z nich se současně podíleli na práci v kontaktním centru a to v rozsahu úvazků 0,2 a 0,5. Jeden pracovník je na celý úvazek pouze v terénním programu.

5.1.2 Služby ambulantní léčby a resocializace

- **Ambulantní léčba** je dostupná v zařízení Psychocentrum Zlín (www.psychocentrumzlin.cz), což je soukromé zařízení poskytující psychiatrické, psychologické a psychoterapeutické služby. Z jednotlivých závěrečných zpráv kontaktních center a terénních programů vyplývá, že klienti jsou do Psychocentra odkazováni především na základě osobních kontaktů pracovníků jednotlivých zařízení s pracovníky tohoto centra. Z uvedeného se lze domnívat, že spolupráce nízkoprahových služeb s tímto léčebným zařízením je vázána na osobu MUDr. Pavla Konečného.
- V kraji se dále k ambulantní léčbě hlásí psychiatrické ambulance typu OAT ve Vsetíně (MUDr. Šebelová) a ve Valašském Meziříčí (MUDr. Kocourek). Ze závěrečných zpráv kontaktních center a terénních programů v kraji vyplývá, že žádné z těchto zařízení s uvedenými ambulancemi nespolupracuje.
- Výše uváděná zařízení jsou ve stejných městech kraje jako nízkoprahové služby, proto dojezdové vzdálenosti lze odvodit od dojezdových vzdáleností výše uváděných pro kontaktní centra.
- Výše uvedená zařízení nejsou držiteli certifikace odborné způsobilosti.
- **Doléčování není podle dostupných informací v kraji zajištěno vůbec.**

5.1.3 Další léčebné programy

- Pobytovou léčbu a detoxifikaci nabízí při Psychiatrické léčebně v Kroměříži toxirehabilitační oddělení. Při práci na této analýze se nepodařilo zjistit žádné konkrétní informace vztahující se k zapojení tohoto zařízení do systému služeb pro uživatele drog ve Zlínském kraji. Zařízení samo deklaruje, že programy léčby a detoxikace jsou nabízeny uživatelům z celé ČR (<http://www.plkm.cz/cs/oddeleni-lecebny/8b---toxirehabilitacni-oddeleni>). Ze závěrečných zpráv nízkoprahových služeb vyplývá, že

s léčebnou nespolupracují. Jedno ze zařízení ve své ZZ konstatuje, že se nedaří dlouhodobě navázat spoluprací.

- Substituční léčba podle dostupných informací není v kraji zajištěna.

5.1.4 Další služby pro uživatele drog

Ze závěrečných zpráv hodnotících oblast protidrogové politiky kraje vyplývá, že do aktivit zaměřených na prevenci užívání návykových látek kraj počítá i zařízení sociálních služeb pro děti a mládež – NZDM.

Z pohledu mapování sítě služeb pro uživatele drog je toto zařazení nejednoznačné a spíše matoucí. NZDM jsou sociální službou zaměřenou primárně na populaci dětí a mládeže, poskytující služby z oblasti prevence celé šíře sociálně nežádoucích jevů. **NZDM současně nejsou standardizovanou službou z pohledu certifikací RVKPP. Proto toto zařízení nelze jednoznačně zařadit do sítě služeb pro uživatele drog.**

5.1.5 Komentář k popisu sítě služeb

Jak vyplývá z popisu výše (5.1.1), **je síť nízkoprahových služeb ve Zlínském kraji relativně hustá.** V rámci služeb kontaktních center a terénních programů jsou služby dostupné. Jednotlivé programy jsou od sebe vzdáleny v průměru cca 20-30 km, **dojezdová vzdálenost klientů za službou nikde nepřesahuje jednu hodinu.** Naopak jsou oblasti, kdy je výrazně menší (kolem 12 -15 min.). To platí jak pro kontaktní a poradenské služby, tak i pro terénní programy.

Ze závěrečných zpráv, z rozhovorů s pracovníky služeb a koordinátory vyplývá, že **tato zařízení jsou nucena často poskytovat i služby, které nespádají do jejich standardizované nabídky. Jde především o poradenské aktivity** spadající spíše do působnosti programů **ambulantní léčby a doléčování, dále o aktivity primární prevence.** K těmto aktivitám je vede absence příslušného typu služby, která by byla dostupná na území kraje. V některých rozhovorech a závěrečných zprávách **se objevil názor o potřebnosti zřízení dalších stacionárních pracovišť pro nízkoprahové služby, konkrétně v oblastech Luhačovicka, Uherskobrodská a Valašských Klobouků. Z pohledu výše popsané hustoty sítě nízkoprahových služeb se tento požadavek nejeví jako zásadní.**

V oblasti nízkoprahových služeb ve Zlínském kraji lze hovořit o velmi dobré dostupnosti.

Komentář k oddílům 5.1.2 a 5.1.3: Substituční léčba a doléčování nejsou v kraji poskytovány specializovaným pracovištěm.

Ze závěrečných zpráv a z rozhovorů s pracovníky drogových služeb **nevyplyvá jednoznačná potřeba substitučních programů a to s ohledem na velmi nízké počty osob užívajících opiáty.**

Naopak **absence doléčovacího zařízení je vnímána jako problematičká.**

Situace v oblasti ambulantní léčby je nejednoznačná. V kraji neexistuje specializované zařízení certifikované jako ambulantní léčba. Z rozhovorů však vyplývá, že zejména **pracovníci nízkoprahových služeb vnímají dostupnost ambulantní léčby, především v zařízení Psychocentrum Zlín, jako dostačující.** Vzhledem k profilaci ambulantních služeb jako psychiatrických ambulancí, dále vzhledem k absenci certifikací nelze jednoznačně konstatovat, zda a v jakém rozsahu je u ambulantní léčby současně také zajišťována i její sociální složka.

Komentář k oddílu 5.1.4: Jako neobvyklé se jeví zapojení sociálních služeb pro děti a mládež do sítě služeb pro uživatele drog.

5.2 Poptávka po službách pro uživatele drog

Cílem této části zprávy je konfrontovat využití jednotlivých služeb pro uživatele drog v kraji se zjištěnou poptávkou. Zdrojem jsou koncepční a strategické dokumenty Zlínského kraje (údaje k období 2007- 2009 + rozvojové plány), dále telefonické dotazování jednotlivých poskytovatelů a především jejich poskytnuté Závěrečné zprávy o realizaci služeb pro RVKPP za roky 2007 až 2009. Podstatným zdrojem jsou však také výstupy z místních šetření v jednotlivých službách a regionech, které jsou součástí celé analýzy. Validita takto získaných údajů je podpořena především skutečností, že služby, jež jsou předmětem analýzy, přijímají prostřednictvím svých klientů velké množství informací přímo z drogové scény. Společně s profesionálním pohledem pracovníků služeb tak mohou tyto informace tvořit kvalitní obraz situaci na drogové scéně a jejích potřebách.

V následujících částech této kapitoly tak výstupy z výše uvedených dokumentů a zdrojů shrnují zejména obecný profil drogové scény a její potřeby. Dále zobrazují jednotlivé trendy v poptávce za sledovaná období a věnují se konkrétním typům služeb. V závěru jsou uvedeny některé reakce služeb na potřeby klientů a konkrétní změny v jejich aktivitách.

5.2.1 Citace z dokumentů související s poptávkou:

5.2.1.1 Koncepční a strategické dokumenty

Plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro rok 2008 v souvislosti s poptávkou uvádí potřebu rozšířit terénní programy při stávajících kontaktních centrech: „**Terénní programy pro osoby závislé na návykových látkách zajišťují v omezené míře kontaktní centra. Prioritou pro rok 2008 je rozšíření této služby při stávajících kontaktních centrech do dalších obcí.**“

Dále se také pozastavuje nad absencí terapeutické komunity, detoxifikačního zařízení a doléčovacího programu: „**Potřeba podpory vzniku terapeutické komunity zazněla dvakrát, a to ve Valašském Meziříčí a Otrokovicích. Tato služba by měla být zastoupena alespoň jednou v kraji. Analýza uvádí, že dle odborné veřejnosti v oblasti protidrogové problematiky je dostatečná kapacita této služby v rámci ČR a není třeba budovat samostatné zařízení. V této věci byl uskutečněn průzkum mezi psychiatry a pracovníky kontaktních center. Z průzkumu vyplynulo, že zřízení terapeutické komunity pro osoby závislé na návykových látkách ve ZK není prioritou.**“ K tomuto závěru se přiklání i zpracovatelé analýzy drogové scény Zlínského kraje a této zprávy, jak bylo diskutováno v bodě 4.2, v části Otázka zřízení případných chybějících služeb.

V rámci kraje však není uspokojivě vyřešeny některé zdravotnické služby pro osoby závislé na návykových látkách, např. **detoxikace a doléčovací zařízení.**

„*V nedostačujícím rozsahu jsou na území kraje realizovány terénní programy. (...) Za stabilizovanou lze označit stávající síť kontaktních center pro uživatele návykových látek. Ukazuje se však jako potřebné rozšířit služby těchto center i do ostatních měst v rámci okresu, na jehož území kontaktní centrum vždy působí.*“

Absenci stejných služeb a nedostatečně pokryté území terénními programy zmiňuje i Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2009 – 2011: „**Služby následné péče – služba v kraji dosud není vůbec poskytována. (...) Terapeutické komunity – služba ve Zlínském kraji neexistuje, klienti využívají zařízení v jiných krajích. V rámci České republiky je síť terapeutických komunit dostačující, proto se jeví jako optimální zajistit případné kapacity této služby pro Zlínský kraj formou „nákupu služby“ ve stávajícím zařízení v jiném kraji.**“

5.2.1.2 Závěrečné zprávy poskytovatelů služeb

„**Charakteristickým klientem zařízení je muž ve věkovém rozmezí mezi 20-ti až 29-ti lety, nezaměstnaný, nitrožilně užívající pervitin.**“

„Typickým klientem našeho zařízení je však **nitrožilní uživatel pervitinu**, který tuto látku užívá přibližně tři roky a je ve věku kolem 22 let.“

„Klienti využívající služeb KC nám **postupně stárnou**, zatímco služeb v terénu využívají spíše klienti mladší.“

„Ve vsetínském regionu jde především o uživatele pervitinu, **dále uživatele s primární drogou marihuana a/nebo těkavé látky**.“

„Spektrum zneužívaných látek se dlouhodobě nemění. Kolem 90 % tvoří pervitin, 5 % THC a zbytek připadá na těkavé látky.“

„Výměna nám v k-centru poklesla. Na druhou stranu v terénním programu výrazně stoupla.“

„Za zmínku určitě stojí znovuzavedení služby **testování na protilátky hepatitidy typu C**, o kterou má zájem mnoho našich klientů stávajících a díky které se nám podařilo „nalákat“ i klienty nové. Naopak testování na virus HIV přes Krajskou hygienickou stanici se výrazně omezilo kvůli vyskytnuvším se problémům ze strany výzkumného zařízení, kde se testy zpracovávají.“

„V oblasti HR nabídky pro uživatele pervitinu se nám podařilo významným způsobem **zaplnit mezeru v nabídce**. Úspěšně pokračujeme v osvětě týkající se užívání jinými způsoby než nitrožilně, konkrétně **pomocí želatinových kapslí**.“

„Terén ve Valašském Meziříčí se velice rychle „rozrostl“ o nové klienty, především ze skryté populace uživatelů, hlavně mladších ročníků.“

„Z těchto rozhovorů se potvrzuje i druhý fakt, a to že **narůstá potencionální cílová skupina v okolních vesnicích**. Podle našich zjištění jde nejen o migraci našich klientů směrem z města do hůře dostupných lokalit, ale i nárůst skupiny nových uživatelů, zvláště z nejmladší generace do 18 let.“

„... že **narůstá počet nezletilých uživatelů alkoholu**, ve stále vyšší míře se toto týká dětí od 12 let.“

„Další, menší ale nezanedbatelnou, částí naší klientely jsou tzv. osoby blízké uživatelům, nejčastěji rodiče, partneři, přátelé, atd., kterým pomáháme s jejich (ať už s existujícím nebo hrozícím) drogovým problémem v jejich rodinném či jiném systému.“

„Za velký úspěch naopak považujeme **rozšíření terénního programu do okolních měst**. Kde se program **setkal s nemalou odezvou klientů**. Naplnil se tak náš předpoklad o potřebnosti této služby v daném regionu.“

„Rovněž v K-centru jsme v kontaktu s rodiči klientů z Uherskobrodsko, pro které by bylo časově méně náročné tuto službu využívat v místě bydliště.“

„Klienti v terénu a klienti K-centra se tak velmi významnou měrou překrývají a rozdělení těchto programů by bylo pro zobrazení efektivity v dosahu cílové skupiny zkreslující“

„I v roce 2008 jsme se setkávali v teplých měsících s vyšším počtem mladých uživatelů drog – bezdomovců. Částečné řešení situace by mohla nabízet levná nízkoprahová noclehárna, bohužel tato služba v našem regionu chybí.“

„Věkový průměr (v TP) je podstatně nižší než na KC (24 let), což ale nepřičítáme vzrůstu počtu mladších uživatelů, ale spíše získané důvěře klientů ze skryté populace uživatelů drog k pracovníkům a také tomu, že tento program probíhá v jejich přirozeném prostředí.“

„Terén v Rožnově zkusíme realizovat i do pozdějších večerních hodin, abychom kontaktovali i další potenciální klienty ze skryté populace uživatelů, se kterými v odpoledních hodinách nemůžeme přijít do styku.“

„Dalšími častými klienty pak jsou experimentátoři s THC či halucinogeny, kteří využívají pouze poradenství.“

„Na Uherskohradištsku není zařízení nebo odborník, který by se cíleně věnoval primární prevenci, a to obecné i specifické (drogy, AIDS především).“

*„Pociťujeme nepřítomnost sociálních služeb a zařízení, které mají určitou souvislost s naší činností. Jedná se například o zařízení, které by nízkoprahovou formou nabízelo volnočasové aktivity pro mládež, **chybí NZDM**, které by pracovalo se staršími 18 let, nízkoprahové denní centrum, noclehárna, vývařovna, či jiná možnost levné teplé stravy, **malá je i kapacita azylových zařízení,....“***

*„Část UD tak ztratila kontakt na výrobce a značně **omezila konzumaci pervitinu. Náhražkou se stává převážně THC, v menší míře alkohol. Specifická je v tomto směru romská klientela, kdy se nejčastější náhražkou stává inhalace rozpouštědel.“***

„Máme ale dlouhodobé poznatky o uživatelích drog, žijících např. v Bojkovicích a ve vesnicích pod Lopeníkem.“

5.2.1.3 Místní analýza – citace z dotazníkových šetření

Komentář: níže uvedené citace jsou výběrem ze všech dat, získaných tazateli v rámci rozhovorů realizovaných při terénních šetřeních. Nejedná se tedy pouze o vyjádření poskytovatelů služeb, ale i o výpovědi jiných subjektů či fyzických osob (policie, městská policie, klienti, občané, Probační a mediační služba České republiky...).

Mikroregion Valašské Klobouky:

- *Jako nejrozšířenější drogu v regionu vidí dotazovaný marihuanu, (...). Z tvrdých drog je to pak jednoznačně pervitin, který se ale dle jeho názoru užívá v **Kloboukách spíše nárazově,...***
- *...v Kloboukách nejvíce užívá **marihuana, dále následuje pervitin.***
- *Scénu charakterizuje jako spíše otevřenou...*
- *... užívání tvrdých drog, to je zde spíše nárazové, bez další kriminální činnosti,...*
- *Nejrozšířenější drogou je marihuana, dále pervitin, obecně je v regionu **nadmíru užíván alkohol.***
- *U uživatelů pervitinu pak jde ve velké většině případů o šňupání. **Nitrožilní uživatelé tvoří dle odhadu cca 5-10%.***
- *...uživatelé pervitinu převážně šňupají, ale jejich celkový počet nelze odhadnout.*
- *...**okrajově se objeví toluen, opiáty nejsou dlouhodobě registrovány.***
- *Využívají především **výměnu, poradenství, testování.***
- *V převážné míře jde o samovýrobu pervitinu*
- *Dotazovaný nepřikládá blízkosti hranic velký vliv na drogovou scénu.*
- *Situaci ve městě a okolí charakterizuje jako vyhovující, problém vidí spíše u uživatelů alkoholu, ti jsou na tom zde sociálně, fyzicky i zdravotně daleko hůře.*
- ***Dostupnost zejména pervitinu a marihuany je zde vysoká, ale dají se sehnat s menší prodlevou i jiné drogy.***
- *Do Klobouků dojíždí pouze **jeden terénní sociální pracovník. I když vzhledem k počtu nitrožilních uživatelů je to odpovídající.** Mládeži a začínajícím experimentátorům by ale prospěl nízkoprahový klub jako je ve vedlejší městečku.*
- *Povědomí o síti služeb má u laické veřejnosti značné rezervy – malá reklama. Mezi uživateli a blízkými je povědomí o síti velké...*
- *dotazovaný se domnívá, že skate park v Kloboukách není řešením drogové situace v regionu – naopak.*
- *...problémem je vzdálenost nízkoprahových zařízení a **intervalů, ve kterých je zde prováděna terénní práce (pouze jednou za 14 dní – v kontaktech není kontinuita).** Na rozsáhlejší práci chybí peníze, respektive pracovník, 1 terénní pracovník má na starosti 5 lokalit.*
- *Dotazovaného nenapadá služba, která by zde chyběla, nesetkal se dosud s poptávkou, která by nějakou vyžadovala.*
- *Chybí zejména **psycholog a nízkoprahové zařízení.***
- *Městský úřad i kraj poskytují velkou podporu a v komunikaci není problém.*

Mikroregion Vsetín:

- **Z tvrdých drog jde nejvíce o užívání pervitinu** v kombinaci s alkoholem či marihuanou. Služba ví pouze o 2 užívatelích opiátů, v současnosti bez kontaktu. **Opium se užívá spíše sezonně – když zrají makovice** a jen malá část uživatelů. Subutex se nevyskytuje, nebo k nim jeho uživatelé nedocházejí.
- **Velkým problémem je alkohol.**
- ...starší uživatelé také zneužívají léky – diazepam
- Myslí si že se užívání drog snižuje – méně uživatelů než před cca 5 lety. **V malé míře se užívá kokain a toluen.**
- ...klienti kontaktního centra jsou ve věku od 20 – 29 let, **průměrný věk je 25 let**, dvě třetiny mužů
- ...**kapacita v kontaktním centru je nenaplněná**, je méně klientů než dříve a je to dlouhodobý trend – pokoušejí se vyjít klientům vstříc
- ...na scéně se pohybuje také část „čičačů“ cca 10 klientů kontaktního centra – toluen jako primární droga.
- U žen je častá kombinace léků s alkoholem.
- Ví se o tom, že je zde **komunita Romů, která užívá pervitin, ale nedaří se jí kontaktovat.**
- Distribuce pervitinu jde z místních varen, scénu lze hodnotit jako polozavřenou.
- Nejvíce se prodává pervitin uvařený zde, poslední dobou je jeho kvalita špatná.
- ...často se droga jezdí vyrábět do okolních vesnic či do lesa.
- ...nárazově se zřejmě dováží z Havířova a Ostravy, dostupnost bez problémů.
- ...**marihuana je na trhu jak z domácích pěstíren, tak venkovní.**
- Pěstování konopí doma nasvědčuje i první Grow-shop otevřený letos ve Vsetíně.
- ...existují zde jak byty, kde se vaří pervitin, tak uživatelé vyjíždějí do lesa a okolních vesnic vařit.
- **Žádný typ aplikace nepřevyšuje, pervitin klienti šňupou i užívají intravenózně.** Marihuana se kouří. **Cca 1/5 uživatelů přechází na želatinové tabletky při užívání pervitinu.**
- ...**u pervitinu je velkým trendem kouření**, také se užívají gelové tobolky z kontaktního centra – z nitrožilních uživatelů je užívá tak 50% uživatelů.
- Přes týden lidé využívají výměny v kontaktním centru a také terénní program, méně se užívá materiál pro snižování škod (vody, tampóny...), o víkendu buď mají své zásoby stříkaček, nebo je nakupují v okolních městech v lékárnách, aby je nikdo nepoznal.

- Během víkendu výměna nefunguje, část klientů se předzásobí v kontaktním centru, část pravděpodobně využívá lékárny – neví které.
- ...**vliv hranice nemají, rozdíl v ceně zde není,**
- Uživatelé ví o nízkoprahových službách, využívají je, často jsou referováni.
- Vzhledem k dostupnosti zde **chybí doléčovací program,**
- ...**nabídka sociálních služeb je dobrá, potřeby klientů jsou pokryty, chybí zde ale lékař, který by přijímal klienty uživatele drog – obvodní a zubař – klienty buďto vůbec nepřijmou, nebo jsou rychle hotovi, bez řádné péče. Chybí také psycholog a psychiatr, který by byl ochotný ke spolupráci. AT ambulance (alkohol/toxi) nefunguje dobře.**
- **Největším problémem je financování, dotace. V současné době kontaktní centrum nedostalo peníze na terénní služby od Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, k jeho zachování pomohlo město Vsetín.**
- **V současné době je dobrá podpora i komunikace jak s městem tak především s krajem.**

Mikroregion Kroměříž

- **Nejrozšířenějšími drogami v regionu jsou marihuana a pervitin.**
- **Nejvíce se v regionu užívá pervitin a marihuana, pervitin ze 70 procent nitrožilně.**
- **Zkušenosti se Subutexem prakticky nejsou.**
- **Téměř vůbec taneční drogy – v regionu zcela chybí taneční scéna.**
- **Marihuana – objevuje se jednak drobné pěstitelství, jednak jsou náznaky, že se v regionu objevují velké pěstírny, a to zejména ve vietnamské komunitě.**
- **Opiáty prakticky nejsou dostupné. Občas se vyskytuje užívání léků v kombinaci s alkoholem.**
- **Mezi uživateli drog poměrně jednoznačně převažují muži, ve věku kolem 35 let.**
- **2/3 všech klientů kontaktního centra tvoří muži ve věku kolem 26 let, v poslední době se objevují prvouživatelé nad 30 let s rychlou drogovou kariérou. Zhruba 18% klientů je bez přístřeší, toto číslo se nezvyšuje, služby navíc využívají také v centru pro bezdomovce, které vzniklo letos.**
- **Ženy tvoří asi 1/3 uživatelů.**
- **V komunitě bezdomovců jsou také uživatelé drog, ovšem tato komunita není moc velká.**
- **Starší bezdomovci občas čichají toluen.**
- **Etnické menšiny se prakticky nevyskytují, proto i uživatelů drog z jejich řad je málo.**
- **Asi 5 % tvoří Romové.**

- **Většina klientů jsou injekční uživatelé, kapsle užívá malý úzký okruh klientů,**
- Služeb kontaktního centra využije také cca 50 rodičů za rok – jsou pro ně vyčleněné dny, kdy je možné se věnovat poradenství.
- **Nízkoprahové služby pro uživatele drog jsou v Kroměříži na vysoké odborné úrovni.**
- Scéna je velmi uzavřená, dostupnost drog špatná – často se konají policejní akce.
- Jako riziková z hlediska užívání drog lze označit města Kroměříž, Holešov, Bystřice pod Hostýnem, poslední dobou se však výrobci i uživatelé stahují na vesnice, kde se snaží žít skrytě a anonymně.
- **Služby jsou dostupné (v centru města), mimo město se provádí terénní sociální práce s klienty, síť zdravotních a sociálních služeb pro cílovou skupinu je poměrně hustá.**
- V Kroměříži funguje Kontaktní centrum i terén, **není zde však nabídka léčby a poradenství pro rodiče.**
- Kapacita kontaktního centra je zatím dostatečná, limitující jsou zejména prostory, i když pracovníci uvádějí, že jsou lepší než ty předchozí.
- **Chybí však systematická a dlouhodobá primární prevence, které se nikdo nevěnuje.**
- **Není třeba budovat nové služby, spíše rozšířit stávající kontaktního centra o služby pro osoby blízké.**
- **chybí návazné služby v regionu, a to zejména doléčování a terapeutická komunita, poradenství pro rodiny. Dále chybí psychologická a psychiatrická péče – spolupráce s Psychiatrickou léčebnou v Kroměříži je nestabilní.**
- **Měly by být zřízeny další služby – nízkoprahové zařízení pro děti a mládež – je jenom církevní...**
- **Těžko se navazuje spolupráce s některými specialisty – lékaři, např. chybí zubař, gynekolog.**

Mikroregion Uherský Brod

- Nejvíce se užívá **marihuana a pervitin, pervitin je užíván injekčně, toluen se objevuje sporadicky mezi sociálně slabšími Romy.**
- Velkým problémem je pití **alkoholu u mladistvých.**
- **Opiáty se příliš neužívají, hodně se kouří marihuana.**
- Mezi klienty dotazovaného převládají ze ¾ muži ve věku 15-17 let, mezi kterými jsou zejména pravidelní konzumenti alkoholu a kuřáci marihuany.
- Pokud se objeví uživatelé pervitinu, užívají injekčně a pohybují se v okolí výrobců.

- *Dobrá je spolupráce s Terénním programem Charáč – vybudována malá základna v Uherském Brodě.*
- **Je třeba rozšiřovat nabídku služeb pro uživatele drog – je to třeba zejména na Bojkovicku formou **terénního programu**, dle názoru dotazovaného by bylo třeba i Kontaktní centrum v této lokalitě.**
- **Primární prevence funguje**, nabídka je dostatečná
- *je třeba navazujících služeb – terapeutická komunita, doléčování.*
- *Dle názoru tázaného je mezi uživateli drog **dobré povědomí o službách**, stejně tak mezi laickou i odbornou veřejností.*

Mikroregion Uherské Hradiště

- *Nejuzívanější drogou je tradičně **marhuana a pervitin**, velice často ve společné kombinaci nebo s alkoholem, který je v regionu hojně rozšířen a často tolerován i u nezletilých.*
- **...většina klientů užívá pervitin nitrožilně.**
- **Zájem o kapsle poklesl.**
- *Extázi nebo kokain se podaří zadržet jen sporadicky a v téměř všech případech je to v souvislosti s přepravou obou látek přes lokalitu...*
- **Prakticky vůbec se v regionu neužívají opiáty.**
- **Převažují muži (4:1), injekční uživatelé pervitinu**, kteří jsou relativně zdraví a sociálně stabilizovaní, minimálně se vyskytují osoby bez přístřeší, věk klientely je kolem 30 let (zejména Uherský Brod).
- **Průměrný věk je 26 let.**
- **U Romů se objevuje toluen**, ale nijak zásadně, jedná se spíše o nárazové či sezónní užití.
- *Mezi klienty jsou i Romové, nejedná se však o uzavřenou komunitu (Romů v Uherském Hradišti není mnoho, nežijí ve vyloučených oblastech atd.), nevyužívají jiné služby než výměnný program.*
- *Kromě diskoték, kde není užívání drog hlavní, se v regionu v podstatě nevyskytují taneční akce, ať již legální nebo nelegální, **takže taneční drogy jsou užívány málo nebo skrytě...***
- *Etnické nebo národnostní menšiny se neobjevují, jen výjimečně Slováci, Ukrajinci.*
- **Hodně klientů migruje na Hodonínsko.**
- *Marihuana je tradičně kouřena, pervitin pak v drtivé většině případů aplikován i.v.*
- *Co se týče poměru muži/ženy, pohybuje se kolem **cca 70% mužů a 30 % žen.***

- *Scéna je vnímána poměrně otevřeně, snadno přijímá nové členy...*
- *Scéna je velmi uzavřená.*
- *Terénní pracovníci poskytují služby přímo v Uherském Hradišti, a to pro stejnou skupinu klientů, kteří využívají služeb kontaktního centra.*
- *Policie české republiky by každopádně uvítala větší informování o činnosti ze strany sdružení.*
- *Celkově je obchod s drogami vnímán jako lokální a ani **blízkost hranic jej nijak zásadně neovlivňuje** – spíše než v oblasti drog je blízkost hranic zmiňována v souvislosti s majetkovou trestnou činností.*
- *V regionu **chybí systematická primární prevence**,...*
- ***Chybí komunita v kraji, doléčování, instituce zaměřená na rodinné poradenství***
- ***Chybí služby pro uživatele legálních drog.***
- *Ze strany měst je patrná podpora, i když jednání a realizace rozhodnutí jsou často zdlouhavá, dále je dobrá spolupráce s kurátorem v Uherském Brodě, s léčebnou Kroměříž je dobrá nárazově. Spolupráce se zdravotními službami stojí na osobních kontaktech.*
- *Spolupráce s institucemi: **léčebna Kroměříž, poskytuje detoxifikaci i léčbu, ale spolupráce je nestabilní**, někdy klienty kontaktního centra berou, někdy ne...*
- *Největší překážkou jsou finance a nemožnost najít kvalitní personál – terénní práci by bylo třeba výrazně posílit, kapacita týmu na to nestačí.*
- *Kraj i město by měli kontaktní centrum zrovnoprávnit s ostatními službami a brát ho jako legitimní službu a podle toho k němu i přistupovat.*

Mikroregion Rožnov pod Radhoštěm

- *Pervitin šňupají – asi nedochází ke sdílení injekčního materiálu.*
- ***Pervitin, domnívá se, že převažuje nitrožilní aplikace.***
- *Převažují **muži***
- *Marihuana – 14-18 let*
- *Od 14 let experiment i s pervitinem*
- *Romové –vesměs chodí do praktické školy, kde mají perfektní preventivní program, spíše mohou zkoušet marihuanu, pervitin asi ne. Zdůraznění fungující prevence.*
- *Uzavřená drogová scéna.*
- *Terénní program – 1x týdně 3 hodiny je opravdu málo.*
- *Mají zkušenost s **terénním programem, jsou v kontaktu, spolupráce funguje.***

- **Kontaktní centrum Vsetín je daleko** – pro uživatele je tato služba daleko a v podstatě nedostupná.
- Celkově nedostatečná nabídka sociálních služeb.
- **Celkově tady chybí síť sociálních služeb. Odborné sociální poradenství, např. občanská poradna.** Uvítali by Kontaktní centrum ve městě, nebo aspoň nějaká pobočka, kam by mohli chodit i rodiče a blízcí uživatelů drog. Rodiče uživatelů drog posílají do Vsetína a není to pro ně moc dostupné, pokud by nebylo v Rožnově, uvítali by kontaktní centrum ve Valmezu.
- Chybí zde nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, ve městě je **spousta neorganizované mládeže, která následně hodně pije a zneužívá marihuanu.**
- V blízkém okolí by měl být detox pro děti do 18 let, momentálně nemají možnost kam je poslat.

Mikroregion Valašské Meziříčí

- **Pervitin**
- **Marihuana – experimenty s kouřením** marihuany zaznamenány i na základní škole, jinak se poměrně užívá na učilištích a střední škole. Experimenty mladistvých s užíváním marihuany, cca 30 % z těchto klientů užívá marihuanu pravidelně.
- Heroin, Subutex – vůbec.
- **Na surové opium nejezdí – spíš to je v lokalitě Kroměříž.**
- Na některých tanečních akcích užívání tanečních drog – extáze.
- **Převažují muži.**
- Věk 18-30 let, **průměrný věk kolem 20 let.**
- Jako velký problém je vnímáno **zneužívání alkoholu v populaci 13-18 let** – následná spolupráce s městskou policií – kontroly v barech a klubech, celkem se jim podařilo vymýtit, ale stále dochází k pití na bytech a v parcích.
- V romské komunitě není větší problém s užíváním návykových látek.
- Užívání drog v romské komunitě – **romský terén nedělají a nemonitorují**, protože se mezi ně těžko dostávají a hůře získávají důvěru.
- **Uzavřená drogová scéna**, užívání drog není tak viditelné.
- Do města jezdí celkem hodně uživatelů z okolních městeček a vesnic.
- Laická veřejnost nemá moc povědomí o sociálních službách.
- Sociální služby ve městě mají dobrý přístup k uživatelům drog.
- Terénní program – měli by ve městě mít nějaké zázemí, popř. otevřít zde kontaktní centrum, kde by mohli využívat poradenství i rodiče a blízcí uživatelů.

- **Uživatelé drog mají určité nějaké povědomí o terénním programu a o Kontaktním centru Klíč** ve Vsetíně, blízcí a laická veřejnost povědomí nemá.
- Dostupnost není zcela ideální, 3 dny terénu by byl ideální stav, časová dotace 15-18:30 hod. **Klienti jezdí do Vsetína využívat služby Kontaktního centra Klíč.**
- Chybí Denní centrum, Noclehárna a terénní program pro lidi bez domova, Charita Valašské Meziříčí.
- ...jinak **velice dobře funguje spolupráce sociálního odboru**, respektive města se sociálními službami. Služby jsou v osobním kontaktu. Služby jsou zapojeny do komunitního plánování a společně tvořily koncepci prevence kriminality města.
- **Psychiatrická péče – ve městě byl 1 psychiatr, ale ten nedávno zemřel.**
- Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, Charita valašské Meziříčí – momentálně ve fázi vzniku (připravují prostory a budou nejspíše koncem srpna otevírat).

Mikroregion Otrokovice

- ...**nejvíce užívanými nelegálními látkami marihuana a pervitin**, vůbec ne opiáty.
- **Z 80% převažují muži, věk je kolem 24 let**, jedná se zpravidla o lidi bez zázemí, bez práce. Ojedinele se objevují osoby bez přístřeší – cca 5 osob.
- Mezi mládeží je problém masivní pití alkoholu.
- **Občas se objevují těkavé látky**, ale nejedná se o masovou záležitost.
- Drogovou scénu v Otrokovicích a okolí by charakterizoval jako uzavřenou.
- ...dobrá spolupráce s Onyx Zlín, a to zejména s terénním pracovníkem,
- **Nabídku služeb považuje dotazovaný za dostatečnou**, chybí pouze dům na půl cesty, detox a terapeutická komunita. ...
- Dotazovaný se neseťkal s tím, že by byli klienti ve službách odmítáni.
- **Povědomí o službách je dle vyjádření pracovníka dostatečné**, a to jak mezi uživateli drog, tak mezi laickou i odbornou veřejností.
- Kurátor by uvítal větší spolupráci s Policií České republiky.

Mikroregion Luhačovice

- **Užívá se hlavně marihuana a alkohol.**
- Rozmezí uživatelů je: děti 14-18 let. Marihuanu si pěstují.
- Drogová scéna je uzavřená.
- **Uvádí, že v Luhačovicích nemají uživatele s rizikovým chováním.**
- Uživatelé mají povědomí o jimi poskytovaných službách.

Mikroregion Vizovice

- **Nejužívanější drogy jsou pervitin a marihuana. Věkové rozmezí uživatelů je od 15 do 25 let.** Jsou zde i děti, které zkusí pervitin před 15 rokem.
- Nejužívanějšími drogami jsou pervitin a marihuana.
- **Převládají chlapci.**
- Ve Vizovicích je uzavřená komunita.
- **Uživatelé většinou berou do žíly.**
- Okres je specifický užíváním alkoholu, ale nevyskytuje se tolik u mladistvých – časté kontroly v hospodách.
- Nemyslí si, že by bylo ve Vizovicích nějaké „centrum“ s koncentrací drog.
- Uživatelé jsou dobře informováni.
- **Nabídka služeb je dostačující.**
- Dostupnost služeb je dobrá, není v tom problém. Služby mají k uživatelům velmi dobrý přístup.
- **Chybí jakákoliv léčba pro závislé. Terapeutická komunita Grunt funguje spíše naoko.**

Mikroregion Zlín

- **Ve Zlíně je vysoká konzumace alkoholu i mezi nezletilými, užívání marihuany a pervitinu.** Marihuana se převážně kouří, pervitin se užívá nitrožilně.
- Bere se hlavně do žíly a nosem.
- **...ojediněle heroin,** který však pochází z jiných krajů nebo ze Slovenska.
- Výskyt užívání opiátů v sezóně, přímo na makových polích.
- ...setkává se i s užíváním toluenu, ale většinou v kombinaci s jinou drogou.
- **Průměrný věk uživatelů drog je 25 let,** ale uživatelé jsou i mladiství od 15 let.
- Mezi uživateli drog je větší počet mužů cca 60%, mírně se zvyšuje věk uživatelů 26 let a více.
- **Nevidí výraznější podíl jiného etnika.**
- Zvláštností je, že v káčku mají mezi uživateli více chlapů (60:40), kdežto v terénu je více žen (60:40).
- Zajímavostí je, že **klienti berou alkohol jako náhražku pervitinu** (když abstinuju, tak chlastám).
- Drogová komunita je skrytá, uzavřená.
- Klienti se též často ptají na možnosti léčby své závislosti – léčebny, komunity.

- **Povědomí o službách pro uživatele drog je prý dobré.** Spektrum a kapacita služeb je dostačující (kontaktní centrum v každém větším městě v kraji). Všechny služby jsou certifikovány a registrovány.
- Pracovnice si myslí, že povědomí klientů o službách pro uživatele drog je dobré. Méně ví klienti o sociálních službách (např. sociální poradenství, soc. úřady).
- Služby jsou dobře dostupné. Nabídka služeb je dostačující. **Ve Zlíně funguje psychiatr, ke kterému někteří klienti dochází.**
- Uživatelé drog jsou určitým způsobem propojená komunita, ti o K-centru ve Zlíně ví, hodně napomáhá také streetwork Zlín.
- **Budova kontaktního centra ve Zlíně je ve špatném technickém stavu a nutně je s tím potřeba něco udělat – najít nové prostory.**
- Problémem je ukončení činnosti terénního programu ve Vsetíně, vzhledem k nepodpoření ze státních dotací.
- **V okrese chybí záchytka.**
- **Chybějící službou v kraji je jakákoliv forma následné péče-doléčování pro uživatele drog.**
- Chybí služby pro rodinné příslušníky.
- Chtěl by automat na inzulinu, v době, kdy není otevřené káčko.

Mikroregion Bystřice pod Hostýnem

- **Mezi nejčastější drogy v Bystřici patří marihuana, hašiš, pervitin a houbičky,** sporadicky se objevuje heroin a LSD.
- Na ulicích jsou vidět hlavně „huliči“ jinak je v Bystřici uzavřená drogová scéna.
- Uživatelé jsou čím dál tím mladší, **věkový rozptyl je cca 12 – 40. ¾ uživatelů jsou muži. V Bystřici je velké procento skryté populace uživatelů drog.**
- Drogy jsou ve městě dobře dostupné, když víte kam jít. Jako specifikum vidí, že je mezi uživateli hodně dětí.
- **Uživatelé jsou dobře informováni o službách.**
- Služby jsou dostatečně využívány. Služby jsou dostačující a nemá pocit, že by nějaká chyběla.

Mikroregion Holešov

- **Mezi nejčastější drogy patří alkohol, tabák a marihuana.**
- Obecně je mezi uživateli více mužů.
- **Nejohroženější je skupina mezi 15 – 18 lety.**

- Varny v Holešově vyrábějí hlavně pro „sebe“ = uzavřená drogová scéna.
- Ohledně alkoholu mají klienti povědomí, kde najdou pomoc a kam se obrátit.
- **V Holešově je jediné pobočka Káčka z Kroměříže. Další služby chybí – uvítal by hlavně detox pro děti, protože se mu opakovaně stalo, že není mladší děti kamkoliv umisťovat.**
- **V Holešově chybí také nízkoprahové centrum pro děti a mládež, kde by mohly děti trávit smysluplně čas.**
- S Káčkem má velmi dobré zkušenosti, považuje jejich služby za profesionální.

5.2.2 Interpretace citovaných zdrojů vzhledem k poptávce

Koncepční a strategické dokumenty Zlínského kraje reflektují terénní programy jako potřebné služby, které je na základě poptávky nutné rozšířit do dalších obcí, v rámci působnosti domovských kontaktních center. Za stabilizovanou je označována síť kontaktních a poradenských center v kraji, v tomto směru je poptávka v největších městech kraje naplněna. Je vnímána potřeba zřídit v kraji terapeutickou komunitu, v kontextu celé republiky je však její potřeba nejednoznačná a není prioritou (za zmínku stojí, že v kraji je provozována terapeutická komunita Grunt, která však není certifikována ani registrována jako sociální služba. Pro potřeby zpracování oblasti týkající se poptávky se komunitu nepodařilo kontaktovat, taktéž krajský koordinátor popisuje snahu o navázání spolupráce se sítí služeb ze strany komunity jako minimální). Dále je zde vnímána poptávka po detoxifikaci a doléčovacím programu, které v regionu chybí.

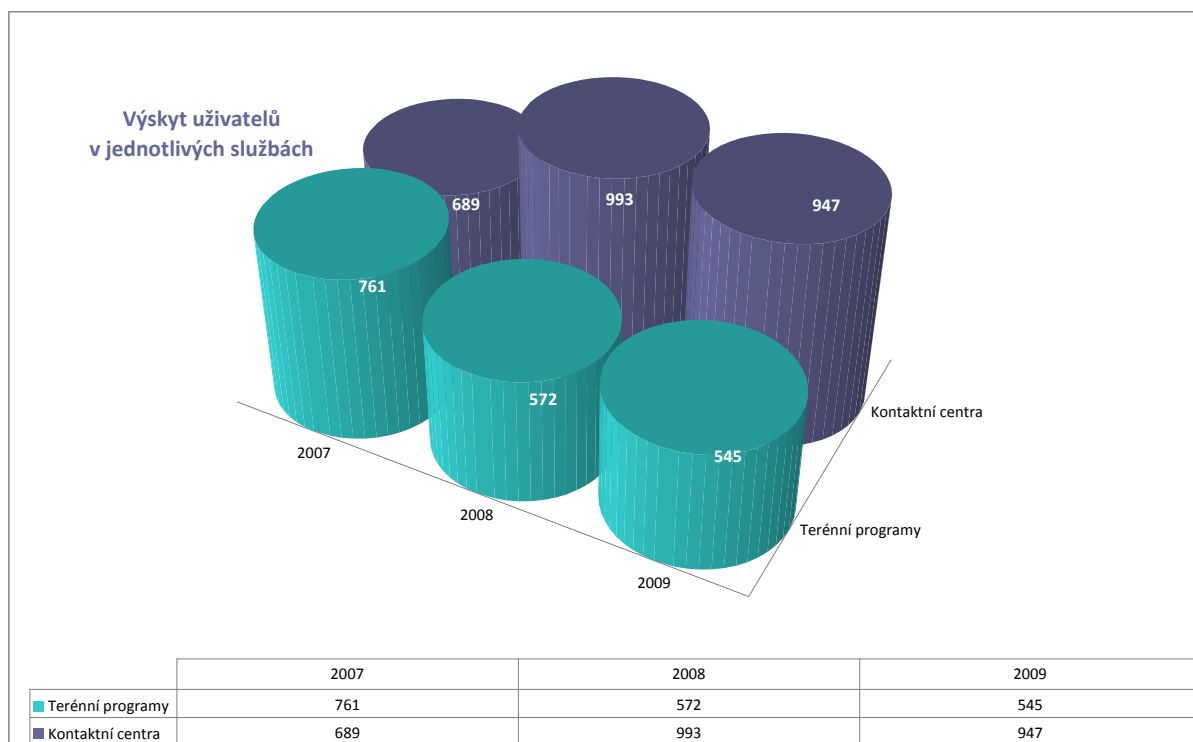
Ze **Závěrečných zpráv poskytovatelů služeb** vyplývá, že poptávku po službách tvoří převážně uživatelé pervitinu, zhruba ve věku 24 let, převážně muži. Nezanedbatelnou skupinou jsou uživatelé marihuany, kteří ale nejsou hlavní cílovou skupinou. Menšinu tvoří uživatelé opiátů a těkavých látek. Celkově uživatelé služeb mírně stárnou. **Ze strany uživatelů roste zájem o terénní programy v odlehlých lokalitách, na což jednotlivá zařízení dle svých možností reagují. V rámci služeb je také zaznamenána poptávka po želatinových kapslích a testování na hepatitidy. Dlouhodobě je vnímán problém s užíváním alkoholu, zejména u mladistvých, pro které chybí odpovídající služba.** Někteří uživatelé také přecházejí z pervitinu na alkohol, který je dostupnější. Část uživatelů využívá jak služeb terénních programů, tak služeb kontaktních center. Je zaznamenána poptávka po primární prevenci, nízkoprahových centrech, či azylových domech.

Na základě analýzy provedené přímo v jednotlivých regionech je nutné reagovat na scénu, kterou v souladu s výše uvedeným tvoří převážně muži, uživatelé pervitinu, věk v průměru mezi 20-30 lety. Z větší části se jedná osoby které neužívají pervitin intravenózně,

jejich poměr se však liší v závislosti na místním prostředí (mikroregionu). Část uživatelů jeví zájem o aplikaci pervitinu v želatinových tobolkách, v některých oblastech je trendem kouření pervitinu. **Scéna v kraji je převážně skrytá, více v odlehlých regionech, na což mohou adekvátně reagovat právě terénní programy.** Tato potřeba je reflektována velmi často, většina bývalých okresů má regiony kam by se terénní programy mohly efektivně rozšířit, či kde by mohly zintenzívnit již zavedené programy, **pro jejich realizaci ale často není dostatek prostředků.** Velkou část potencionálních klientů ambulantních a poradenských služeb (které v regionu chybí) tvoří uživatelé marihuany, popřípadě uživatelé alkoholu. Obě látky mají v kraji dlouhou tradici. Malou skupinu tvoří uživatelé opiátů, v tomto případě se jedná většinou o sezónní konzumenty surového opia ve specifických oblastech (Kroměřížsko). V některých městech se vyskytuje romská menšina (Vsetín) která užívá pervitin či těkavé látky. Subutex se nevyskytuje. **Větší města jsou pokryta kvalitní sítí kontaktních center, která dokáží reagovat na potřeby drogové scény.** Je evidována poptávka po kvalitní primární prevenci, doléčovacích programech, fungující terapeutické komunitě, služby pro uživatele legálních drog, sociální a rodinné poradenství. **Jako problematická je někdy označována komunikace s AT poradnami (alkohol a toxikomanie) a Psychiatrickou léčebnou Kroměříž.** Často je obtížné zajistit pro klienty psychiatra, psychologa či jinou zdravotní péči (obvodní lékaři, zubaři, gynekologové).

5.2.3 Poptávka registrovaná jednotlivými službami

Graf 3 - Následující graf demonstruje, po jakých službách a v jakém počtu je registrována poptávka:

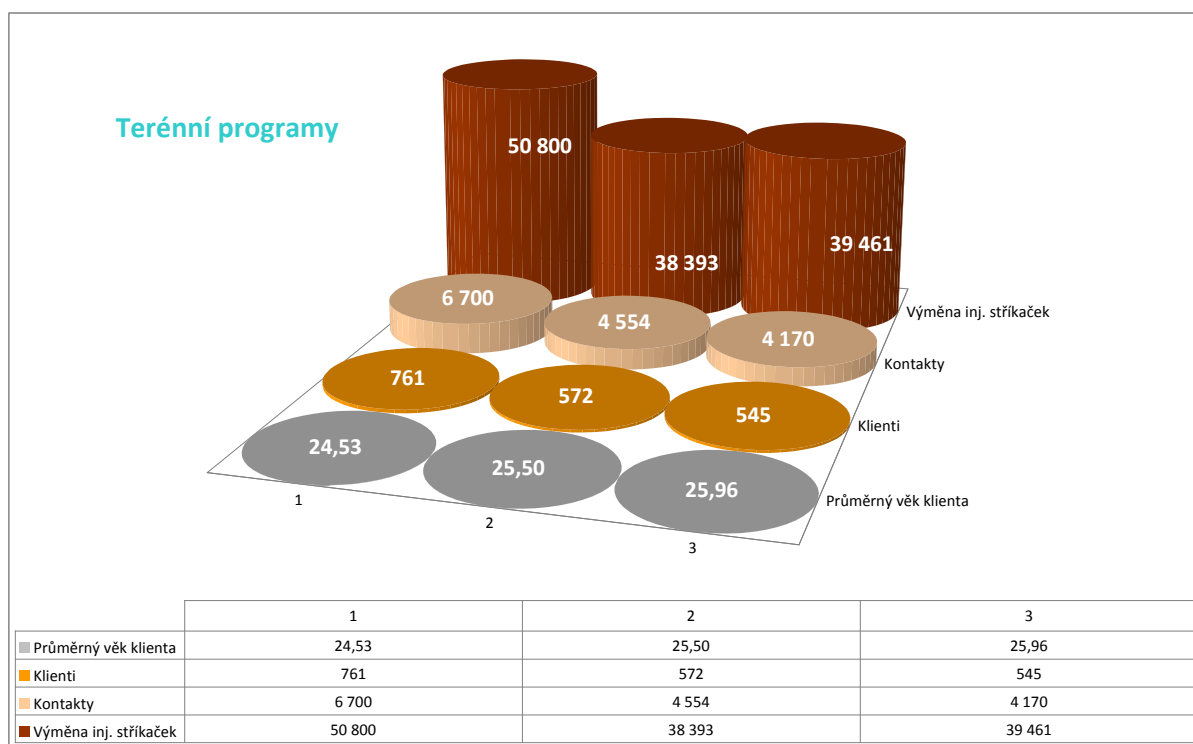


Komentář: V letech 2008 a 2009 je počet klientů v jednotlivých službách obdobný. Rozdíl v roce 2007, kdy je v terénních programech registrováno podstatně více klientů a v kontaktních centrech naopak, lze přičíst sloučení terénního programu Kontaktního centra Charáč s domovským Kontaktním centrem. Vzniká tak víceúčelová drogová služba, která má jednotné výkaznictví (všechna výstupní data z agentury jsou neoddělitelně čerpána z jednoho programu). Nárůst klientů v kontaktních centrech a současně pokles klientů v terénních programech za měřené období tak znamená pouze jejich (formální, nikoliv faktický) přesun z jedné služby do druhé. V případě, že by ke sloučení nedošlo, pak by se (vzhledem k velikosti rozdílu v roce 2007, v porovnání s rozdíly v dalších letech) výskyt uživatelů v jednotlivých službách jevil jako dlouhodobě konstantní.

5.2.4. Vývoj poptávky po jednotlivých službách ve vybraných klíčových indikátorech

Poptávka dle indikátorů v terénních programech

Graf 4 - Terénní programy

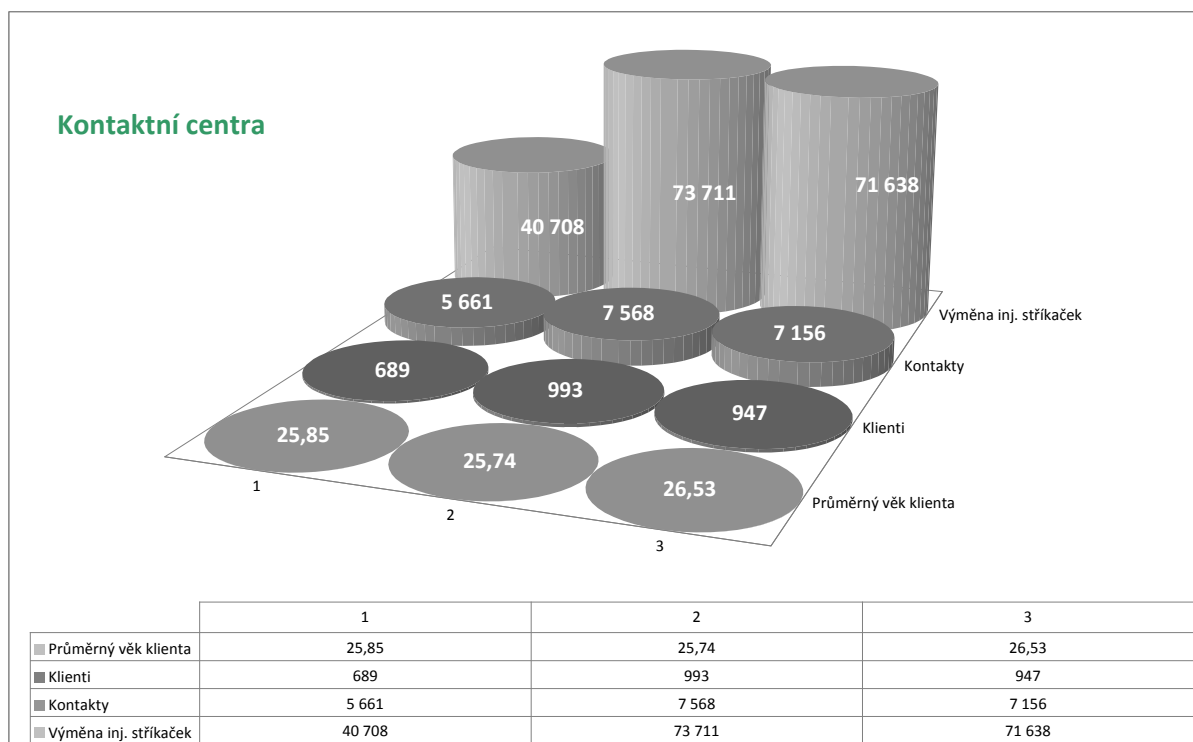


Komentář: Také zde se projevuje sloučení služeb **Kontaktního centra** a **Terénního programu** Charáč, jak je uvedeno v komentáři ke Grafu 3. Z v celku statického počtu výměn a kontaktů vyčnívá rok 2007, který oba následující převyšuje. Zrcadlově se pak tato situace obrací v následujícím grafu 5. (Kontaktní centra). Podobně je tomu i u počtu klientů v jednotlivých typech služby. Z grafu je dále patrné, že průměrný věk klientů v terénních programech velmi mírně stoupá.

Poznámka: Čísla 1, 2 a 3 na ose X grafu představují roky 2007, 2008 a 2009.

Poptávka dle indikátorů v kontaktních centrech

Graf 5 - Kontaktní centra



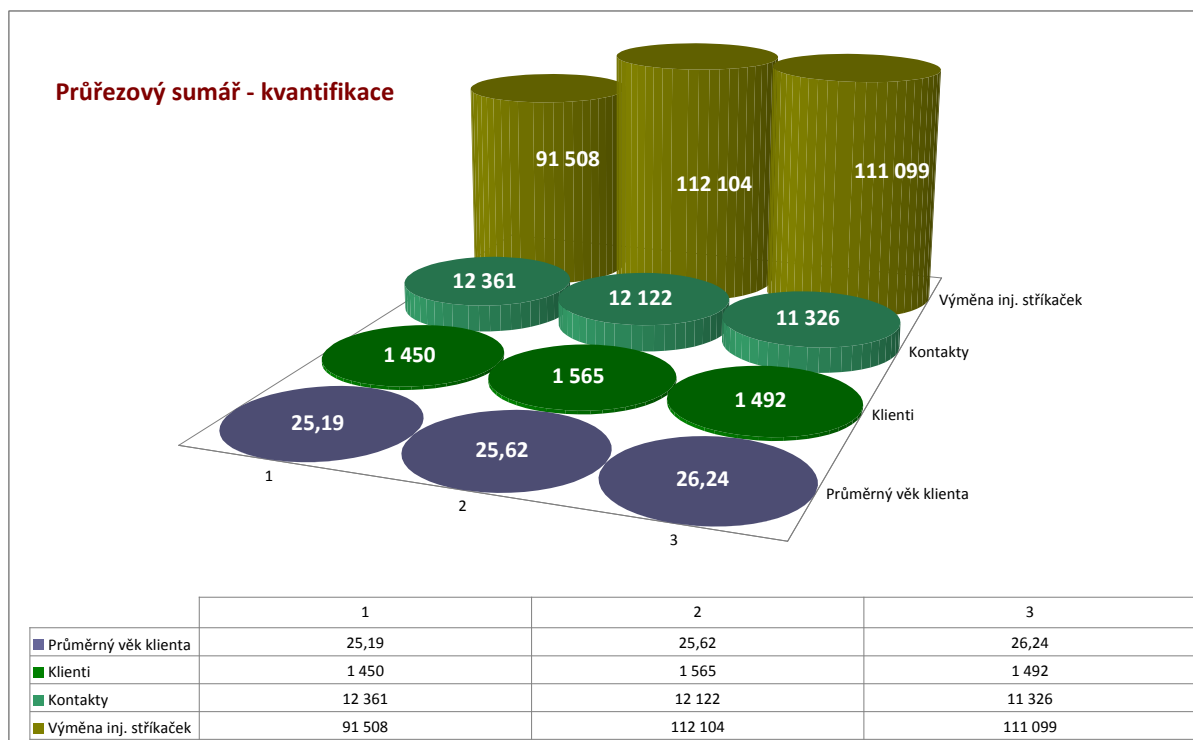
Komentář: Nad rámec dopadů zmíněných v komentářích ke grafům 3 a 4 lze pozorovat pouze spíše statický věk klientů, kteří využívají služeb kontaktních center v kraji. V letech 2008 a 2009 jsou v ostatních kategoriích velmi obdobné výstupy.

Poznámka: Čísla 1, 2 a 3 na ose X grafu představují roky 2007, 2008 a 2009.

5.2.5. Vývoj jednotlivých indikátorů průřezově mezi službami

Klíčové indikátory

Graf 6 - Sumarizuje a porovnává některé klíčové indikátory průřezově všemi službami po jednotlivých letech. Jedná se tedy o vývoj zmíněných indikátorů za celý kraj v období 2007-09.

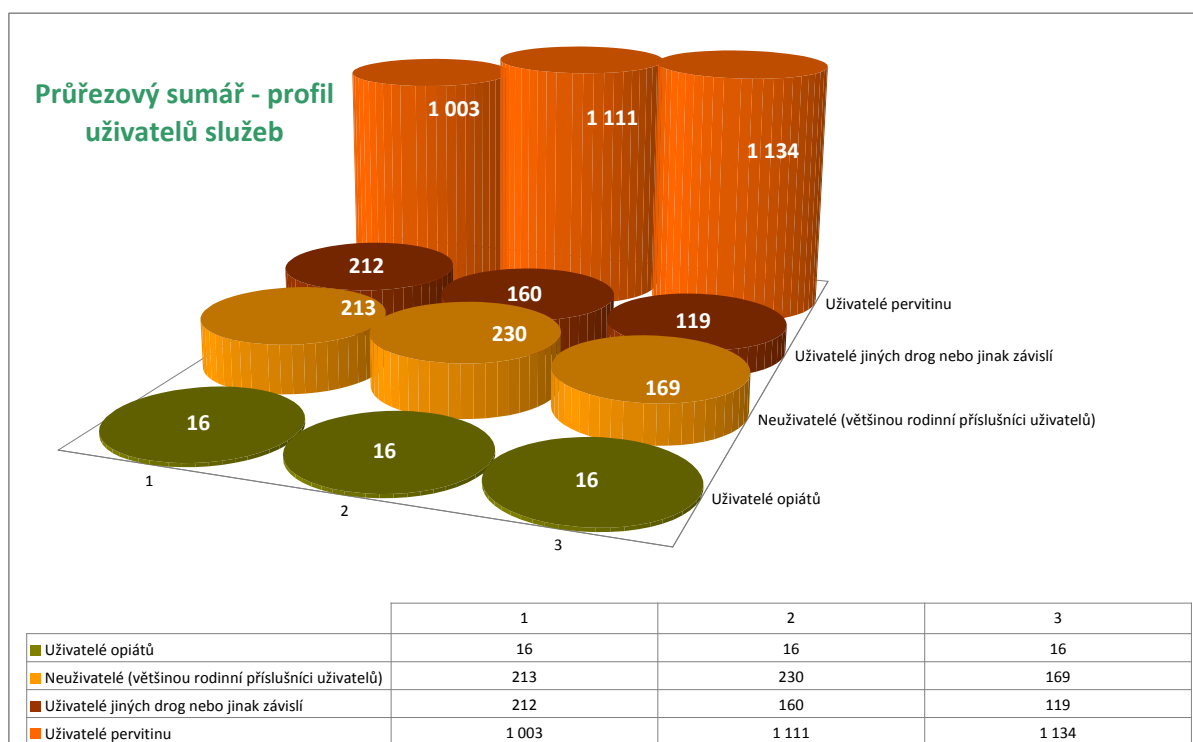


Komentář: Zde je patrný větší nárůst výměn injekčních stříkaček mezi roky 2007 a 2008 (cca o 12.000 ks), v dalším roce je pak jejich počet obdobný. Velmi mírně klesající tendenci mají počty kontaktů ve všech zařízeních, vzhledem k celkovému objemu jde však o zanedbatelný rozdíl. V celkovém počtu klientů jsou ve všech letech započtení i klienti/neuživatelé drog (počty pouze uživatelů jsou uvedeny v tabulkách 12, 18 a 24).

Poznámka: Čísla 1, 2 a 3 na ose X grafu představují roky 2007, 2008 a 2009.

Profil uživatelů služeb

Graf 7 demonstruje rozložení klientů poptávajících služby pro uživatele drog podle některých vybraných „profilů uživatele služby“ a jeho vývoj v období 2007-2009.



Komentář: V souladu s ostatními dokumenty tvoří podstatnou část klientů uživatelé pervitinu, jejichž počet za sledované období mírně roste. Zhruba o stejné hodnoty se meziročně snižuje počet uživatelů „jiných/ostatních“ drog, stejně tak se mírně snižuje počet neuživatelů. Stabilní je zastoupení skupina uživatelů opiátů.

Poznámka: Čísla 1, 2 a 3 na ose X grafu představují roky 2007, 2008 a 2009.

5.2.6. Některé reakce sítě služeb na poptávku

V síti služeb Zlínského kraje lze pozorovat některé tendence, jež jsou odpovídající reakcí jednotlivých zařízení na změny ve vývoji drogové scény a poptávky po službách.

Př.1.

KC Klíč – 2008:

„...došlo však k úpravě časového rozložení poskytování jednotlivých, navzájem rozličných služeb (čas určený pro individuální/rodinné a jiné poradenství a konzultace a čas pro poskytování ostatních, běžných služeb pro klienty) za účelem větší efektivity.“

„...znovuzavedení služby testování na protilátky hepatitidy typu C, o kterou má zájem mnoho našich klientů stávajících a díky které se nám podařilo „nalákat“ i klienty nové.“

Př.2.

TP Agarta – 2007, 2008:

„V dubnu jsme také rozšířili působnost terénního programu o město Rožnov pod Radhoštěm, (...). Zde jsme se setkali se zájmem prvních klientů o naše služby.“

„Terén v Rožnově zkusíme realizovat i do pozdějších večerních hodin, abychom kontaktovali i další potenciální klienty ze skryté populace uživatelů, se kterými v odpoledních hodinách nemůžeme přijít do styku.“

Př.3.

KPS Charáč – 2007, 2008, 2009:

„Nutnost častějšího nitrožilního užívání spolu s žilními onemocněními tvoří problém, na který jsme se pokusili zareagovat šířením informací o jiných způsobech aplikace. Šňupání je mezi našimi klienty neoblíbené, takže jsme se po vzoru některých jiných K-center (např. K-centrum Kyjov) rozhodli nabízet klientům želatinové kapsle pro možnost polykání látky.“

„Terénní program v Uherském Brodě vykazuje stabilní výsledky, (...) je naše služba vnímána jako natolik potřebná, že je v jednání možnost navýšení počtu hodin práce terénního pracovníka ze čtyř na osm týdně.“

„Přestěhování učinilo K-centrum nejen dostupnějším, ale pozvedlo na vyšší úroveň nabízené služby.“

Př.4.

KC+TP Kroměříž – 2008, 2009:

„Vzhledem k neustálému nárůstu počtu těhotných žen a matek uživatelek, jsme rozšířili nabídku služeb o ženské programy. Jedná se o specifické poradenství zaměřené na těhotenství a mateřství ve spojitosti s užíváním drog.“

„Lékárny uvedly, že si u nich kupuje stříkačky měsíčně cca 130 klientů (nejvíce uváděly počet 30 lidí, nejméně 0 – 2), (...) S lékárnami byla navázána spolupráce, od začátku července do konce roku jsme do nich umístili kolem 1500 ks našich propagačních materiálů a 327 ks balíčků s HR materiálem.“

„Rozšíření TP do dalších přilehlých vesnic a měst, kde již TP probíhá a nově zahájení terénní práce ve Zdounkách.“

Př.5.

Onyx Zlín – 2009

„V rámci mapování terénu byl proveden průzkum zaměřený na zjištění celkové spotřeby injekčního materiálu. Průzkum byl proveden v celém okrese Zlín (ORP Zlín, Vizovice, Otrokovice, Luhačovice, Valašské Klobouky). V rámci průzkumu byly osloveny všechny lékárny ve sledovaných ORP.“

„Daří se navazovat kontakty v nových lokalitách (Luhačovice, Slavičín, Slušovice, Valašské klobouky, Napajedla). Důvěra klientů ve službu SW se postupně zvyšuje.“

5.2.7. Interpretace výstupů k poptávce demonstrované v grafech

Sloučení služeb terénního programu a kontaktního centra Charáč do Víceúčelové drogové agentury na přelomu let 2007 a 2008 se jasně promítá do výsledků grafů P-1. až P-3.

Následující sumáře pak ukazují, že **v konečných výstupech všech programů, nedochází za měřené období k výraznějším změnám v poskytovaných službách.** Je tedy zřejmé, že v rámci Víceúčelové drogové služby Charáč došlo pouze k formální změně instituce, která se **samotné práce s cílovou skupinou negativně nedotkla.**

Nárůst počtu výměn mezi lety 2007 a 2008 a jejich setrvalý stav v roce 2009 (Graf P4.), při takřka totožném počtu klientů a kontaktů v měřeném období může poukazovat například **k nárůstu sekundárních výměn** pro skrytou populaci, **či ke snížení míry rizikového chování** (sdílení injekčního materiálu) mezi klienty. To je indikátorem dobře odváděné práce při kontaktech s klienty služby.

Lze se domnívat, že snížení počtu neuživatelů i počtu uživatelů „jiných/ostatních“ drog u všech klientů za sledované období (Graf P-5.) je důsledkem toho, že se **kontaktní centra a terénní programy zaměřují systematičtěji na svou cílovou skupinu**, tedy intravenózní uživatele drog. Zůstává však otázkou na koho se tito uživatelé „jiných/ostatních“ drog obrazejí, pokud pro ně přiměřené služby (ambulantní drogové poradny, rodinné poradenství...) v kraji chybí.

5.3. Nákladová analýza vybraných adiktologických služeb Zlínského kraje za roky 2007 až 2009

Následující část zprávy nabízí přehled nejpodstatnějších informací o jednotlivých organizacích, které poskytují služby pro uživatele drog v letech 2007 - 2009. Následně jsou všechny organizace, působící v kraji meziročně srovnávány, přičemž každý ze sledovaných roků je obsahově stejný.

5.3.1 Výkony, práce, finanční zdroje, náklady a nákladovost v roce 2007

Statistika výkonů 2007

Tabulka 13 – Statistika výkonů 2007 I - manuálně přepsané údaje ze závěrečných zpráv

Zařízení	Počet klientů - uživatelů drog	Počet kontaktů s uživateli drog	Počet prvních kontaktů - z celkového počtu	Výměnný program	Vydané injekční jehly	Zdravotní ošetření	Individuální poradenství	Skupinové poradenství	Krizová intervence
Agarta KC Klíč	176	2 170	54	324	3 962	48	79	13	1
Agarta TP	133	637	110	349	3 102	4	151	0	0
KC & TP Charáč	292	3 764	107	1 057	24 236	163	408	0	6
KC Plus Kroměříž	195	1 998	59	1 013	26 092	88	240	0	10
TP Plus Kroměříž	158	1 368	40	1 322	21 670	62	285	0	9
Onyx KC	190	1 493	341	381	10 654	47	112	16	8
Onyx SW	112	931	317	338	1 792	12	7	0	27
Celkem	1 256	12 361	1 028	4 784	91 508	424	1 282	29	61
Průměr	179	1 766	147	683	13 073	61	183	4	9

Tabulka 14 – Statistika výkonů 2007 II - manuálně přepsané údaje ze závěrečných zpráv

Zařízení	Reference do léčby	Reference do programů substitute	Testy HIV	Testy HCV	Testy HBV	Intervence po telefonu, internetu, první pomoc	Primární prevence - počet žáků & studentů/počet tříd	Primární prevence - počet vyučovacích hodin
Agarta KC Klíč	3	0	15	0	0	0	333/12	40,5
Agarta TP	3	0	31	0	0	74	60/2	2
KC & TP Charáč	1	0	3	0	0	138	669	64
KC Plus Kroměříž	93	0	51	11	12	273		
TP Plus Kroměříž	63	0	0	0	0	468		
Onyx KC	7	0	22	0	0	61	102	20
Onyx SW	0	0	6	0	0	12		
Celkem	170	0	128	11	12	1 026		127
Průměr	24	0	18	2	2	147		32

Statistika práce 2007

Tabulka 15 – Statistika práce. Tabulka obsahuje další údaje, které jsme vyhledali v závěrečných zprávách. Fond pracovní doby na jeden pracovní úvazek jsme použili tak, jak je uváděn na Internetu. Celkový fond pracovní doby (FPD) je počet úvazků krát FPD a poslední jsou člověkohodiny, ty popíšeme dále v textu.

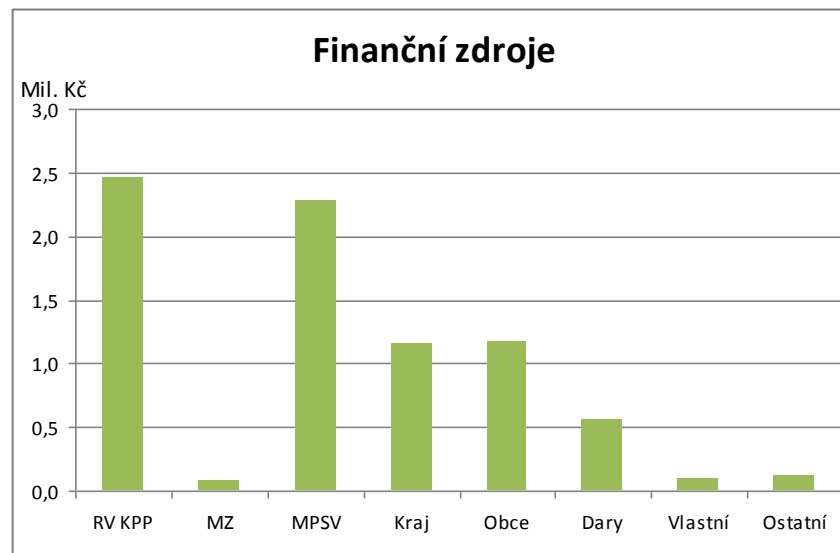
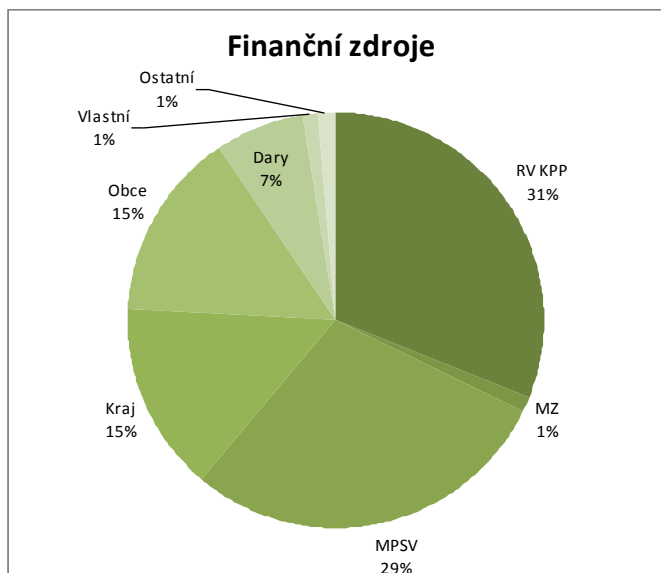
Zařízení	Člověkohodiny (náklady přímé práce na 1 hod, v Kč)	Fond PD na 1 úvazek (v hod)	Fond PD (v hod)	Počet úvazků	Přímá práce	Nepřímá práce	Počet pracovníků na HPP	Externí pracovníci (v hod)
Agarta KC Klíč	218,8	2 008,0	4 618,4	2,3	2,0	0,3	3,0	35,0
Agarta TP	138,9	2 008,0	3 413,6	1,7	1,7	0,0	3,0	35,0
KC & TP Charáč	201,7	2 008,0	6 827,2	3,4	2,6	0,8	5,0	52,0
KC Plus Kroměříž	277,8	2 008,0	6 024,0	3,0	2,6	0,4	4,0	50,0
TP Plus Kroměříž	294,1	2 008,0	2 008,0	1,0	0,9	0,1	4,0	50,0
Onyx KC	255,5	2 008,0	5 421,6	2,7	2,5	0,2	4,0	
Onyx SW	172,4	2 008,0	2 610,4	1,3	1,2	0,1	3,0	
Celkem			30 923,2	15,4	13,5	1,9	26,0	222,0
Průměr	222,7		4 417,6	2,2	1,9	0,3	3,7	44,4

Finanční zdroje 2007

Tabulka 16 – Tabulka slouží ke kalkulaci člověkohodin a dalších ukazatelů. Vychází nám zřetelný koláčový graf, zobrazující podíl jednotlivých zdrojů financování, nejvíce je zastoupena RV KPP, pak MPSV. Ten samý graf, jen v absolutních hodnotách, následuje hned vedle. Obsahuje další údaje, které jsme vyhledali v závěrečných zprávách.

Zařízení	Celkový rozpočet	RV KPP	MZ	MPSV	Kraj	Obce	Dary	Vlastní	Ostatní
Agarta KC Klíč	878 590,0	335 000,0		218 000,0	159 000,0	166 590,0			
Agarta TP	474 098,0	210 000,0		118 000,0	92 000,0	46 590,0	7 000,0	508,0	
KC Charáč	1 052 157,0	311 000,0	29 480,0	316 173,0	154 770,0	142 020,0	88 834,0	3 980,0	5 900,0
TP Charáč	375 484,0	111 000,0	10 520,0	112 827,0	55 230,0	50 680,0	31 701,0	1 420,0	2 106,0
KC & TP Charáč	1 427 641,0	422 000,0	40 000,0	429 000,0	210 000,0	192 700,0	120 535,0	5 400,0	8 006,0
KC Plus Kroměříž	1 450 259,0	347 000,0		500 000,0	190 000,0	100 000,0	205 874,0	16 385,0	91 000,0
TP Plus Kroměříž	531 569,0	266 000,0		14 000,0	20 000,0	130 000,0	101 569,0		
Onyx KC	1 285 828,0	365 000,0		400 000,0	220 000,0	243 500,0		57 328,0	
Onyx SW	415 300,0	89 000,0		180 000,0	53 000,0	93 300,0			
Celkem	7 890 926,0	2 456 000,0	80 000,0	2 288 000,0	1 154 000,0	1 165 380,0	555 513,0	85 021,0	107 012,0
Celkem v %	100,0%	31,1%	1,0%	29,0%	14,6%	14,8%	7,0%	1,1%	1,4%

Grafy 8 a 9

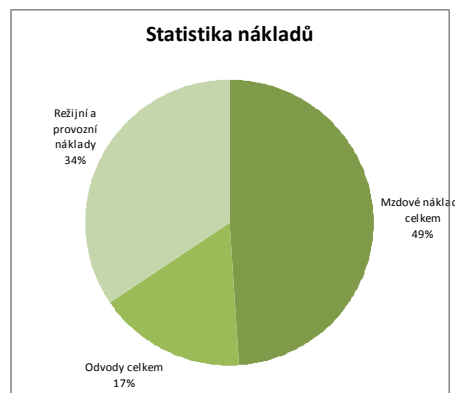


Statistika nákladů 2007

Tabulka 17 – Statistika nákladů obsahuje FPD (fond pracovní doby), který je totožný s údajem ze Statistiky práce, dále jsou vyjádřeny hodinové náklady na hrubou mzdu, odvody a provozní náklady (dané náklady jsou vždy vyděleny počtem hodin).

Zařízení	Fond PD v hodinách	Mzdové náklady celkem	Hrubá mzda za 1 h	Odvody celkem	Odvody za 1 h	Režijní a provozní náklady	Režijní a provozní náklady za 1 h	Náklady celkové
Agarta KC Klíč	4 618,4	458 740,0	99,3	165 229,0	35,8	254 621,0	55,1	878 590,0
Agarta TP	3 413,6	266 161,0	78,0	88 493,0	25,9	119 444,0	35,0	474 098,0
KC Charáč	6 827,2	564 212,0	82,6	188 714,0	27,6	300 084,0	44,0	1 053 010,0
TP Charáč	6 827,2	201 340,0	29,5	67 343,0	9,9	108 212,0	15,9	376 895,0
KC & TP Charáč		765 552,0	112,1	256 057,0	37,5	408 296,0	59,8	1 429 905,0
KC Plus Kroměříž	6 024,0	590 214,1	98,0	158 189,9	26,3	701 855,3	116,5	1 450 259,3
TP Plus Kroměříž	2 008,0	173 765,1	86,5	93 565,8	46,6	264 237,5	131,6	531 568,5
Onyx KC	5 421,6	620 413,0	114,4	212 577,0	39,2	449 765,0	83,0	1 282 755,0
Onyx SW	2 610,4	224 968,0	86,2	82 241,0	31,5	108 091,0	41,4	415 300,0
Celkem	37 750,4	3 865 365,3		1 312 409,7		2 714 605,8		7 892 380,8
Celkem v %		48,98%		16,63%		34,40%		100,00%
Průměr	4 718,8	429 485,0	87,4	145 823,3	31,1	301 622,9	64,7	876 931,2

Graf 10



Statistika nákladovosti 2007

Tabulka 18 – statistika nákladovosti 2007

Zařízení	Hrubé náklady na 1 hod práce (v Kč)	Člověkohodiny (náklady přímé práce na 1 hod, v Kč)	Poměr přímé práce k počtu úvazků (tj. jakou část PD věnují přímé práci s klienty)	Náklady na 1 klienta (v Kč)	Kolik času je věnováno 1 klientovi (přímá práce, v hodinách)	Náklady na 1 kontakt (v Kč)	Podíl na sumě uživatelů	Podíl na sumě kontaktů	Podíl nákladů na sumě nákladů	Efektivita vůči uživatelům	Efektivita vůči kontaktům
Agarta KC Klíč	190,2	218,8	87,0%	4 992,0	22,8	404,9	0,14	0,18	0,11	1,26	1,58
Agarta TP	138,9	138,9	100,0%	3 564,6	25,7	744,3	0,11	0,05	0,06	1,76	0,86
KC Charáč	154,2	201,7									
TP Charáč	55,2	72,2									
KC & TP Charáč	209,4	273,9	76,5%	3 603,3	17,9	279,5	0,23	0,30	0,13	1,74	2,28
KC Plus Kroměříž	240,7	277,8	86,7%	1 925,6	26,8	187,9	0,16	0,16	0,05	3,25	3,38
TP Plus Kroměříž	264,7	294,1	90,0%	9 035,7	11,4	1 043,6	0,13	0,11	0,18	0,69	0,61
Onyx KC	236,6	255,5	92,6%	7 632,9	26,4	971,4	0,15	0,12	0,18	0,82	0,66
Onyx SW	159,1	172,4	92,3%	4 746,2	21,5	571,0	0,09	0,08	0,07	1,32	1,12
Průměr	205,7	233,0	89,3%	5 071,5	21,8	600,4					

Tabulky se statistikou nákladovosti jsou patrně nejzajímavější. Pokusili jsme se v nich vyjádřit několik parametrů, které by mohly ukázat efektivitu jednotlivých organizací, přestože je zřejmé, že parametrů není k dispozici náležitě množství.

Hrubé náklady na 1 hodinu práce jsou konstruovány stejně jako v předchozí tabulce. **Člověkohodiny jsou náklady přímé práce na 1 hodinu, tzn. bez nepřímé práce, musí být vyšší než Hrubé náklady.** Pokud jsou obě hodnoty stejné, pak organizace nevykázala nepřímou práci, což není reálné (např. v r. 2007 Agarta TP). Další ukazatel je Poměr přímé práce, který říká, kolik procent času věnují organizace přímé práci. Odečtením dané hodnoty od stovky bychom dostali nepřímou práci. Dalším parametrem jsou Náklady na 1 klienta – podíl celkových nákladů a počtu klientů z první tabulky. Můžeme díky tomu říci, kolik prostředků vynaložily organizace na 1 klienta, kolik je stál. Ve vedlejším sloupci je ukázáno, kolik času klientovi věnovali (započítána jen přímá práce). Poslední ukazatel je tvořen podobně – podíl

celkových nákladů a počtu kontaktů. Malá komplikace je v tom, že jsou Náklady na klienta a Náklady na kontakt mezi sebou ovlivněny (korelovány) a může se stát, že některá organizace se soustředí na počet klientů, zatímco kontaktů má málo, a tedy cena nákladů na 1 klienta je velmi nízká, zatímco cena kontaktu je extrémně vysoká. Tyto výsledky je nutné brát s rezervou.

Abychom mohli dospět k propočítání efektivity dali jsme dohromady dalších 5 sloupečků – první tři, začínající názvem Podíl na sumě uživatelů, Podíl na sumě kontaktů, Podíl nákladů na sumě nákladů, Efektivita vůči uživatelům slouží ke kalkulaci indikátorů efektivity, které nás zajímají. Jsou nazvány Efektivita vůči uživatelům a Efektivita vůči kontaktům. Zde můžeme zjistit, kde má která organizace slabé a silné stránky. Například rok 2007, Agarta TP, podíl na uživatelích je 0,11, tzn. že se věnovali 11 % z celkového počtu uživatelů, **tj. údaj podobný např. podílu na trhu**. Na druhou stranu ale získali jen 0,06, tedy jen 6% všech finančních prostředků vynaložených daný rok (RV KPP, MZ etc.). **Z toho můžeme vyvodit, že v tomto ohledu byla služba nadprůměrná – ošetřila více uživatelů, než kolik by vzhledem k tomu, kolik finančních prostředků získali, měla. Pokud je Efektivita uvedená v tabulce větší než jedna, je daná organizace nadprůměrná, pokud menší než jedna, je podprůměrná, pokud je to jedna, podíl organizace na trhu odpovídá obdržným prostředkům**. Stejně to je u Efektivity vůči kontaktům (zde byla Agarta TP podprůměrná).

Aby to nebylo tak jednoduché, zkonstruovali jsme stejným způsobem i Efektivitu vůči kontaktům.

Opět číslo >1 znamená nadprodukcí; =1 je přiměřená produkce a <1 je podprodukce.

Může se stát, že jedna organizace je v jednom ohledu produktivní a v jiném nikoli. To se přesně stalo u Agarty TP v roce 2007, mohli bychom tedy říci, že se v daném roce soustředili na uživatele, kde byli efektivní, zatímco v kontaktech nikoli. Některé organizace jsou v obou sledovaných indexech nadproduktivní (v r. 2007 např. Agarta KC, Charáč, KC Kroměříž), jiné zaostávají u obou (2007 - Onyx KC, TP Kroměříž), tyto organizace by měly buď zlepšit výkaznictví a pokud vykazují validní data, pak zefektivnit poskytované služby.

Jestli se dané organizace zlepšily nebo ne, zjistíme v souhrnném listu 2007-2009.

Pokud se podíváme na předposlední tabulku, vidíme údaje ze všech let. Zajímavé jsou grafy. 2 grafy se týkají efektivit – nás zajímá pomyslná vodorovná přímka na hodnotě 1 (hraniční hodnota mezi podprodukcí a nadprodukcí). Pokud se nějaká organizace pohybuje dlouhodobě pod úrovní 1, lze usuzovat, že je někde chyba. Jak můžeme vidět, jedná se o případ Onyxu KC (v obou efektivitách). Agarta TP je nad úrovní 1 (nadprůměr) vůči uživatelům, kde postupně konverguje k 1 a na úrovni 1 (průměr) vůči kontaktům. Mírně zarážející je sloupec KC plus Kroměříž v roce 07. Nestává se, že jedna organizace tak vysoko převyšuje ostatní (tzn. nejspíš špatně něco vykázali), aby hned další rok spadli do

hlubokého podprůměru (velmi zvláštní, tyto výsledky nelze brát seriózně). Pod každou tabulkou uvádíme základní statistické údaje – většinou to je průměr a suma, někde vyjádřené v procentech.

U roku 2007 se můžeme pozastavit nad tím, že v některých tabulkách je organizace Charáč v jednom řádku a v jiných má řádky tři – je to způsobeno tím, že jsme našli jen společné údaje o počtech klientů, kontaktů atd., společné údaje o statistice práce, avšak měli rozdělené financování – to jsme rozepsali. Tam, kde je to rozepsáno, sledujeme jen poslední řádek KC & TP Charáč. V dalších letech došlo ke sloučení TP a KC, proto se tam tato komplikace neobjevuje.

5.3.2 Výkony, práce, finanční zdroje, náklady a nákladovost v roce 2008

Statistika výkonů 2008

Tabulka 19 – statistika výkonů 2008 I

Zařízení	Počet klientů - uživatelů drog	Počet kontaktů s uživateli drog	Počet prvních kontaktů - z celkového počtu	Výměnný program	Vydané injekční jehly	Zdravotní ošetření	Individuální poradenství	Skupinové poradenství	Krizová intervence
Agarta KC Klíč	174	2 087	67	334	2 827	27	98	18	3
Agarta TP	145	951	46	285	8 591	2	96	0	1
KC & TP Charáč	297	2 457	57	737	28 375	117	100	0	2
KC Plus Kroměříž	200	1 465	77	786	24 088	66	213	0	7
TP Plus Kroměříž	214	1 459	70	1 394	22 191	82	334	0	21
Onyx KC	152	1 559	218	275	18 421	9	122	64	12
Onyx SW	167	2 144	164	440	7 611	3	55	0	18
Celkem	1 349	12 122	699	4 251	112 104	306	1 018	82	64
Průměr	193	1 732	100	607	16 015	44	145	12	9

Tabulka 20 – statistika výkonů 2008 II

Zařízení	Reference do léčby	Reference do programů substituce	Testy HIV	Testy HCV	Testy HBV	Intervence po telefonu, internetu, první pomoc	Primární prevence - počet žáků & studentů/počet tříd	Primární prevence - počet vyučovacích hodin
Agarta KC Klíč	8	0	3	42	0	68		
Agarta TP	3	0	9	0	0	92		
KC & TP Charáč	5	0	16	20	0	39	750/25	50
KC Plus Kroměříž	36	0	36	39	8	271		
TP Plus Kroměříž	55	0	14	0	0	1 564		
Onyx KC	9	0	12	13	0	25		
Onyx SW	2	0	21	0	0	84		
Celkem	118	0	111	114	8	2 143		50
Průměr	17	0	16	16	1	306		50

Statistika práce 2008

Tabulka 21 – statistika práce 2008

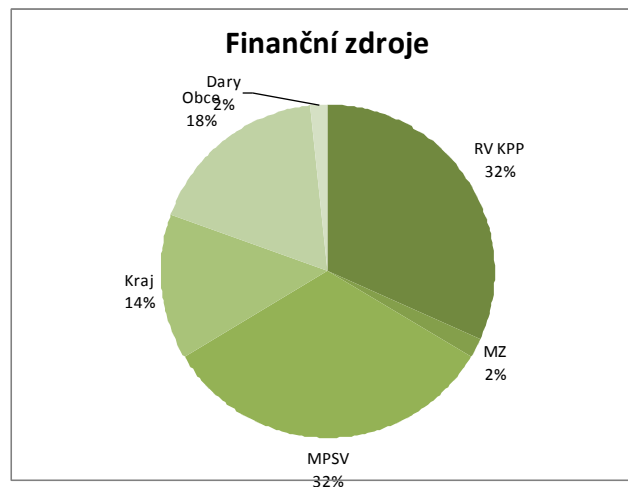
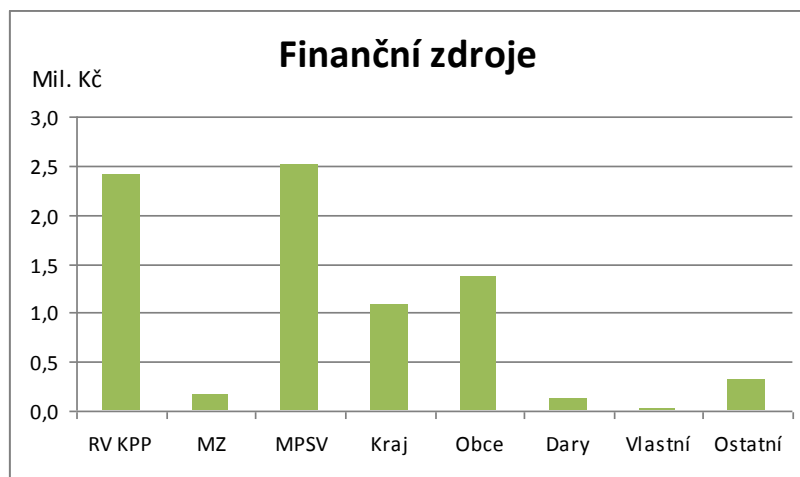
Zařízení	Člověkohodiny (náklady přímé práce na 1 hod, v Kč)	Fond PD na 1 úvazek (v hod)	Fond PD (v hod)	Počet úvazků	Přímá práce	Nepřímá práce	Počet pracovníků na HPP	Externí pracovníci (v hod)
Agarta KC Klíč	257,6	2 024,0	4 655,2	2,3	2,0	0,3	3,0	45,0
Agarta TP	202,2	2 024,0	3 440,8	1,7	1,5	0,2	3,0	45,0
KC & TP Charáč	350,1	2 024,0	7 994,8	4,0	2,7	1,3	6,0	40,0
KC Plus Kroměříž	311,0	2 024,0	6 072,0	3,0	2,4	0,6	4,0	50,0
TP Plus Kroměříž	320,1	2 024,0	3 238,4	1,6	1,4	0,2	4,0	50,0
Onyx KC	265,2	2 024,0	5 464,8	2,7	2,5	0,2	4,0	
Onyx SW	179,4	2 024,0	3 845,6	1,9	1,7	0,2	4,0	
Celkem			34 711,6	17,2	14,2	3,0	28,0	230,0
Průměr	269,4		4 958,8	2,5	2,0	0,4	4,0	46,0

Finanční zdroje 2008

Tabulka 22 – finanční zdroje 2008

Zařízení	Celkový rozpočet	RV KPP	MZ	MPSV	Kraj	Obce	Dary	Vlastní	Ostatní
Agarta KC Klíč	1 049 585,0	310 000,0		321 000,0	206 000,0	192 590,0	13 000,0	1 000,0	5 995,0
Agarta TP	613 806,0	170 000,0		150 000,0	105 000,0	180 806,0	8 000,0		
KC & TP Charáč	1 913 152,0	510 000,0	61 000,0	720 000,0	210 000,0	358 500,0	46 097,0		7 555,0
KC Plus Kroměříž	1 510 915,0	530 000,0	100 000,0	404 000,0	190 000,0	30 000,0	6 915,0		250 000,0
TP Plus Kroměříž	907 007,0	380 000,0		250 000,0	20 000,0	194 000,0	23 007,0		40 000,0
Onyx KC	1 342 737,0	360 000,0		435 000,0	250 000,0	268 437,0	17 000,0	12 300,0	
Onyx SW	617 877,0	150 000,0		230 000,0	90 000,0	137 877,0	10 000,0		
Celkem	7 955 079,0	2 410 000,0	161 000,0	2 510 000,0	1 071 000,0	1 362 210,0	124 019,0	13 300,0	303 550,0
Celkem v %	100,0%	30,3%	2,0%	31,6%	13,5%	17,1%	1,6%	0,2%	3,8%

Grafy 11 a 12

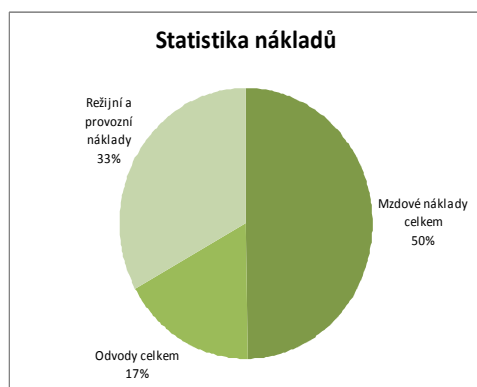


Statistika nákladů 2008

Tabulka 23 – statistika nákladů 2008

Zařízení	Fond PD v hodinách	Mzdové náklady celkem	Hrubá mzda za 1 h	Odvody celkem	Odvody za 1 h	Režijní a provozní náklady	Režijní a provozní náklady za 1 h	Náklady celkové
Agarta KC Klíč	4 655,2	454 889,0	97,7	159 041,0	34,2	428 869,1	92,1	1 042 799,1
Agarta TP	3 440,8	265 000,0	77,0	89 950,0	26,1	258 856,0	75,2	613 806,0
KC & TP Charáč	7 994,8	998 664,5	124,9	338 680,0	42,4	575 613,0	72,0	1 912 957,5
KC Plus Kroměříž	6 072,0	826 008,0	136,0	283 814,0	46,7	401 093,0	66,1	1 510 915,0
TP Plus Kroměříž	3 238,4	414 586,0	128,0	141 908,0	43,8	350 513,0	108,2	907 007,0
Onyx KC	5 464,8	652 041,0	119,3	226 758,0	41,5	463 115,0	84,7	1 341 914,0
Onyx SW	3 845,6	342 916,0	89,2	120 021,0	31,2	154 287,2	40,1	617 224,2
Celkem	34 711,6	3 954 104,5		1 360 172,0		2 632 346,2		7 946 622,7
Celkem v %		49,76%		17,12%		33,13%		100,00%
Průměr	4 958,8	564 872,1	110,3	194 310,3	38,0	376 049,5	76,9	1 135 231,8

Graf 13



Statistika nákladovosti 2008

Tabulka 24 – statistika nákladovosti 2008

Zařízení	Hrubé náklady na 1 hod práce (v Kč)	Člověkohodiny (náklady přímé práce na 1 hod, v Kč)	Poměr přímé práce ku počtu úvazků (tj. jakou část PD věnuji přímé práci)	Náklady na 1 klienta (v Kč)	Kolik času je věnováno 1 klientovi (přímá práce, v hodinách)	Náklady na 1 kontakt (v Kč)	Podíl na sumě uživatelů	Podíl na sumě kontaktů	Podíl nákladů na sumě nákladů	Efektivita vůči uživatelům	Efektivita vůči kontaktům
Agarta KC Klíč	224,0	257,6	87,0%	6 032,1	23,3	502,9	0,13	0,17	0,13	0,98	1,31
Agarta TP	178,4	202,2	88,2%	4 233,1	20,9	645,4	0,11	0,08	0,08	1,39	1,02
KC & TP Charáč	239,3	350,1	68,4%	6 441,6	18,4	778,7	0,22	0,20	0,24	0,91	0,84
KC Plus Kroměříž	248,8	311,0	80,0%	7 554,6	24,3	1 031,3	0,15	0,12	0,19	0,78	0,64
TP Plus Kroměříž	280,1	320,1	87,5%	4 238,4	13,2	621,7	0,16	0,12	0,11	1,39	1,05
Onyx KC	245,6	265,2	92,6%	8 833,8	33,3	861,3	0,11	0,13	0,17	0,67	0,76
Onyx SW	160,5	179,4	89,5%	3 699,9	20,6	288,2	0,12	0,18	0,08	1,59	2,28
Průměr	225,2	269,4	84,7%	5 861,9	22,0	675,6					

5.3.3 Výkony, práce, finanční zdroje, náklady a nákladovost v roce 2009

Statistika výkonů 2009

Tabulka 25 – statistika výkonů 2009 I

Zařízení	Počet klientů - uživatelů drog	Počet kontaktů s uživateli drog	Počet prvních kontaktů - z celkového počtu	Výměnný program	Vydané injekční jehly	Zdravotní ošetření	Individuální poradenství	Skupinové poradenství	Krizová intervence
Agarta KC Klíč	157	939	52	196	3 912	4	100	24	5
Agarta TP	138	857	42	192	5 499	2	83	0	0
KC & TP Charáč	267	2 063	63	623	18 569	83	163	1	12
KC Plus Kroměříž	254	2 558	101	1 338	30 731	154	211	0	9
TP Plus Kroměříž	239	1 836	82	820	22 863	176	105	0	8
Onyx KC	245	1 596	152	564	18 426	10	233	54	25
Onyx SW	130	1 477	114	547	11 099	5	114	0	14
Celkem	1 430	11 326	606	4 280	111 099	434	1 009	79	73
Průměr	204	1 618	87	611	15 871	62	144	11	10

Tabulka 26 – statistika výkonů 2009 II

Zařízení	Reference do léčby	Reference do programů substituce	Testy HIV	Testy HCV	Testy HBV	Intervence po telefonu, internetu, první pomoc	Primární prevence - počet žáků & studentů/počet tříd	Primární prevence - počet vyučovacích hodin
Agarta KC Klíč	10	0	5	27	1	58		
Agarta TP	2	0	1	0	0	72		
KC & TP Charáč	3	0	28	44	24	53	617/24	75
KC Plus Kroměříž	155	0	88	124	67	139		
TP Plus Kroměříž	92	0	0	0	0	931		
Onyx KC	23	0	56	66	26	129	190	32
Onyx SW	3	0	4	3	0	151	42	6
Celkem	288	0	182	264	118	1 533		113
Průměr	41	0	26	38	17	219		38

Statistika práce 2009

Tabulka 27 – statistika práce 2009

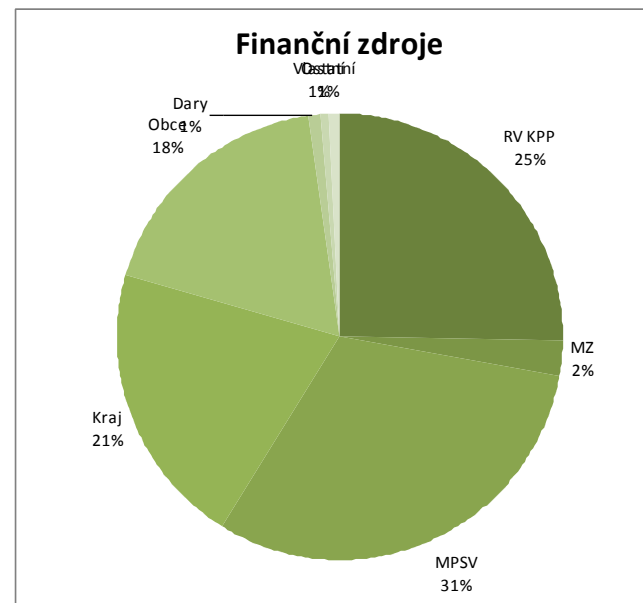
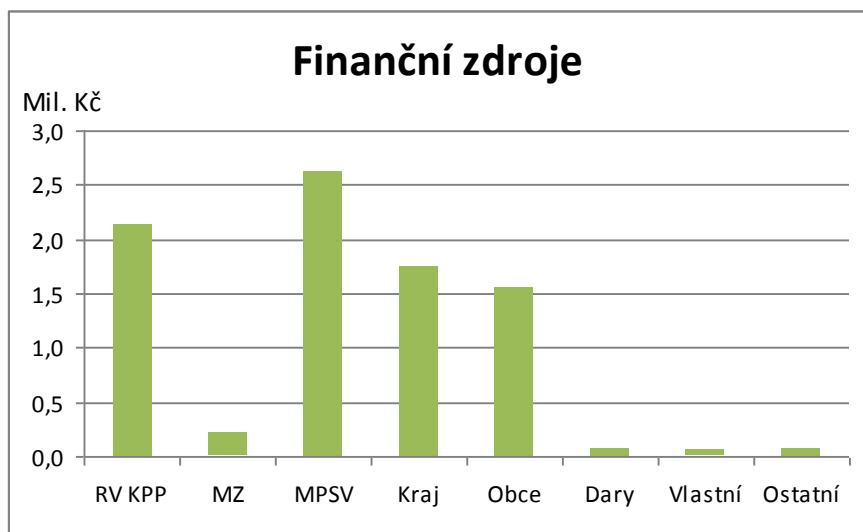
Zařízení	Člověkohodiny (náklady přímé práce na 1 hod, v Kč)	Fond PD na 1 úvazek (v hod)	Fond PD (v hod)	Počet úvazků	Přímá práce	Nepřímá práce	Počet pracovníků na HPP	Externí pracovníci (v hod)
Agarta KC Klíč	283,8	2 008,0	4 618,4	2,3	2,0	0,3	3,0	33,0
Agarta TP	217,4	2 008,0	3 413,6	1,7	1,5	0,2	3,0	33,0
KC & TP Charáč	357,2	2 008,0	8 032,0	4,0	2,9	1,1	5,0	30,0
KC Plus Kroměříž	357,4	2 008,0	4 819,2	2,4	1,8	0,6	4,0	45,0
TP Plus Kroměříž	375,3	2 008,0	3 212,8	1,6	1,4	0,2	4,0	45,0
Onyx KC	266,2	2 008,0	5 622,4	2,8	2,5	0,3	4,8	
Onyx SW	257,3	2 008,0	3 815,2	1,9	1,6	0,3	4,0	
Celkem			33 533,6	16,7	13,7	3,0	27,8	186,0
Průměr	302,1		4 790,5	2,4	2,0	0,4	4,0	37,2

Finanční zdroje 2009

Tabulka 28 – finanční zdroje 2009

Zařízení	Celkový rozpočet	RV KPP	MZ	MPSV	Kraj	Obce	Dary	Vlastní	Ostatní
Agarta KC Klíč	1 139 590,0	298 000,0	20 000,0	347 000,0	280 000,0	194 590,0			
Agarta TP	693 923,0	133 000,0		150 000,0	155 000,0	194 590,0	51 500,0		9 833,0
KC & TP Charáč	2 095 300,0	503 000,0	60 000,0	777 000,0	420 000,0	290 000,0	100,0		45 200,0
KC Plus Kroměříž	1 311 666,0	440 000,0	80 000,0	400 000,0	225 000,0	145 000,0			21 666,0
TP Plus Kroměříž	1 055 087,0	274 000,0		240 000,0	195 000,0	325 000,0		21 087,0	
Onyx KC	1 341 981,6	313 000,0	50 000,0	432 000,0	260 000,0	243 594,0	20 000,0	23 387,6	
Onyx SW	826 756,6	173 000,0		290 000,0	210 000,0	153 232,0		524,6	
Celkem	8 464 304,2	2 134 000,0	210 000,0	2 636 000,0	1 745 000,0	1 546 006,0	71 600,0	44 999,2	76 699,0
Celkem v %	100,0%	25,2%	2,5%	31,1%	20,6%	18,3%	0,8%	0,5%	0,9%

Grafy 14 a 15

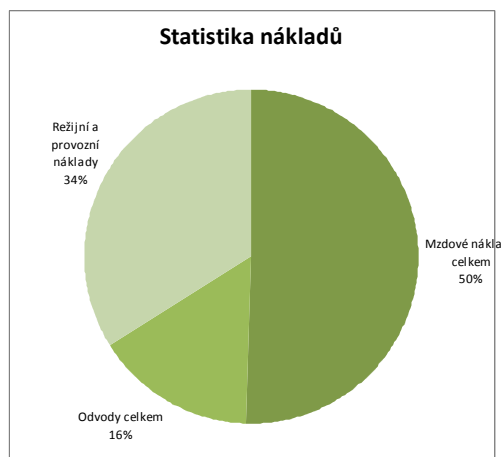


Statistika nákladů 2009

Tabulka 29 – statistika nákladů 2009

Zařízení	Fond PD v hodinách	Mzdové náklady celkem	Hrubá mzda za 1 h	Odvody celkem	Odvody za 1 h	Režijní a provozní náklady	Režijní a provozní náklady za 1 h	Náklady celkové
Agarta KC Klíč	4 618,4	577 557,1	125,1	179 778,0	38,9	382 254,9	82,8	1 139 590,0
Agarta TP	3 413,6	354 178,9	103,8	118 787,0	34,8	181 790,4	53,3	654 756,2
KC & TP Charáč	8 032,0	1 054 229,8	131,3	337 789,7	42,1	709 399,0	88,3	2 101 418,5
KC Plus Kroměříž	4 819,2	630 706,7	130,9	177 039,7	36,7	483 930,6	100,4	1 291 677,0
TP Plus Kroměříž	3 212,8	515 553,7	160,5	144 771,9	45,1	394 761,4	122,9	1 055 087,0
Onyx KC	5 622,4	671 735,0	119,5	214 026,0	38,1	450 368,6	80,1	1 336 129,6
Onyx SW	3 815,2	438 519,0	114,9	144 977,0	38,0	243 093,0	63,7	826 589,0
Celkem	33 533,6	4 242 480,2		1 317 169,3		2 845 597,8		8 405 247,3
Celkem v %		50,47%		15,67%		33,86%		100,00%
Průměr	4 790,5	606 068,6	126,5	188 167,0	39,1	406 514,0	84,5	1 200 749,6

Graf 16



Statistika nákladovosti 2009

Tabulka 30 – statistika nákladovosti 2009

Zařízení	Hrubé náklady na 1 hod práce (v Kč)	Člověkohodiny (náklady přímé práce na 1 hod, v Kč)	Poměr přímé práce ku počtu úvazků (tj.jakou část PD věnuji přímé práci)	Náklady na 1 klienta (v Kč)	Kolik času je věnováno 1 klientovi (přímá práce, v hodinách)	Náklady na 1 kontakt (v Kč)	Podíl na sumě uživatelů	Podíl na sumě kontaktů	Podíl nákladů na sumě nákladů	Efektivita vůči uživatelům	Efektivita vůči kontaktům
Agarta KC Klic	246,7	283,8	87,0%	7 258,5	25,6	1 213,6	0,11	0,08	0,14	0,81	0,61
Agarta TP	191,8	217,4	88,2%	5 028,4	21,8	809,7	0,10	0,08	0,08	1,24	0,97
KC & TP Charáč	261,6	357,2	73,3%	7 847,6	22,0	1 015,7	0,19	0,18	0,25	0,75	0,73
KC Plus Kroměříž	268,0	357,4	75,0%	5 164,0	14,2	512,8	0,18	0,23	0,15	1,16	1,47
TP Plus Kroměříž	328,4	375,3	87,5%	4 414,6	11,8	574,7	0,17	0,16	0,13	1,33	1,29
Onyx KC	237,6	266,2	89,3%	5 477,5	20,5	840,8	0,17	0,14	0,16	1,08	0,89
Onyx SW	216,7	257,3	84,2%	6 359,7	24,7	559,8	0,09	0,13	0,10	0,92	1,33
Průměr	250,1	302,1	83,5%	5 935,8	20,1	789,6					

5.3.4 Meziroční srovnání 2007–2009

Následující tabulky prezentují meziroční srovnání let 2007-2009 a 16 grafů. Byly navrženy tam, kde to dávalo jen trochu smysl. Prvních 12 grafů vychází z celkových hodnot sečtených za všechny organizace, lze z nich tedy udělat závěry týkající se celé drogové scény. Poslední 4 grafy sledují rozdíly mezi jednotlivými organizacemi.

Graf vedle první tabulky vypovídá o tom, že se počet klientů služeb Zlínského kraje meziročně zvyšoval celkově, druhý graf udává zvýšení počtu klientů na 1 organizaci, 3. a 4. graf ukazuje, že se naopak počet kontaktů snižoval.

Další grafy jsou uvedeny vedle tabulky financování – jeden udává procentuální podíl na financování (podobně jako koláčový graf na jednom z předchozích listů), druhý je v absolutních hodnotách.

Pod nimi jsou 2 grafy týkající se nákladů, který je zpracován opět na stejném principu. Ten ilustruje stoupající mzdy pracovníků služeb.

Pod nimi jsou další 4 grafy, kde je zajímavější ten první, který v jednom grafu srovnává hrubé a čisté (člH - člověkohodiny) náklady meziročně. Oba typy nákladů stoupají.

Poslední 4 grafy sledují rozdíly mezi organizacemi, první dva z nich jistě nepřekvapí, opět prezentují hrubé a čisté náklady meziročně, v posledních dvou jsou prezentované již zmíněné efektivity. Z nich lze dobře vysledovat, jak se výkonnost jednotlivých organizací měnila, např. KC Plus Kroměříž se silně odchyluje v roce 2007, což je buď silně nadprůměrný výsledek nebo organizace chybně uváděla relevantní data.

Dále je přidána tabulka a graf týkající se průměrné mzdy. Srovnávat cokoli jiného (tj. třeba člověkohodiny) jde dost obtížně, nikdo tyto údaje nevykazuje a vyhledat údaje o průměrné mzdě pro Zlínský kraj je komplikované, veřejně dostupných je 10 různých údajů. Nakonec je srovnávána průměrná mzda, která vyšla z podkladů organizací a průměrná mzda uváděná pro celou ČR. Sloupec vlevo ukazuje výši průměrné mzdy protidrogových organizací ve Zlínském kraji, sloupec uprostřed je průměrná mzda (dle českého statistického úřadu) a poslední sloupec

vpravo (v %) říká, kolik % průměrného českého platu si vydělá pracovník služby pro uživatele drog v organizacích pracujících ve Zlínském kraji. Vše je hrubá mzda.

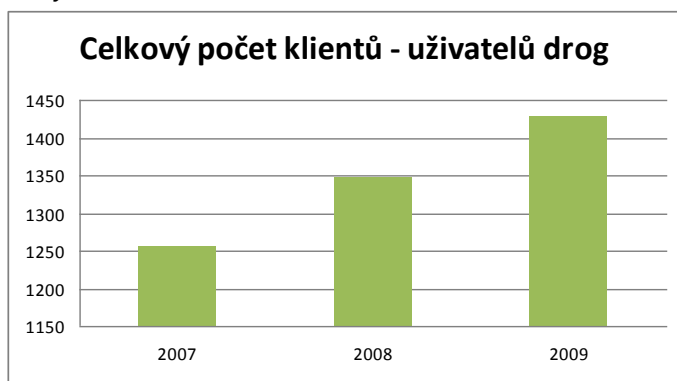
Přestože se ukazuje jako obtížné spočítat průměrné mzdy v daném regionu a příslušných organizacích, je nutné v závěru tohoto oddílu konstatovat, že mzda pracovníků, kteří jsou většinou navíc vysokoškolsky vzdělaní, se v letech 2007-2009 pohybovala o desítky procent níže než průměrná mzda v ČR.

Statistika výkonů souhrnně za roky 2007 až 2009

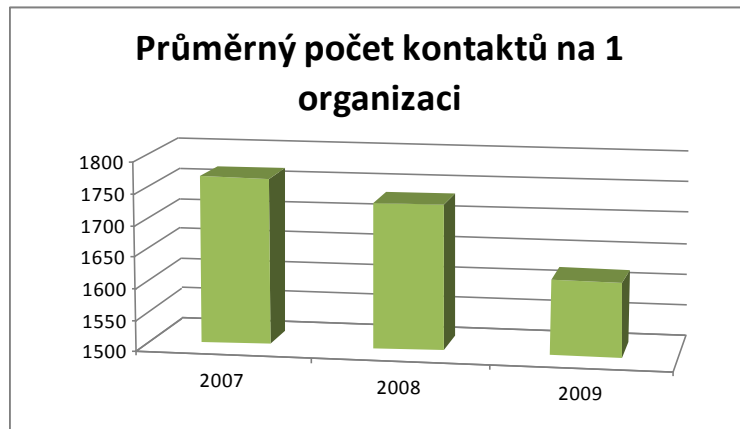
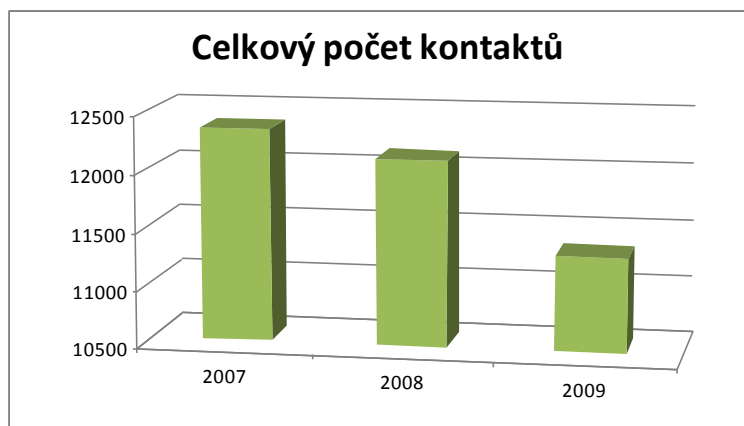
Tabulka 31 – statistika výkonů I souhrnně

Zařízení		Počet klientů - uživatelů drog	Počet kontaktů	Počet prvních kontaktů - z celkového počtu	Výměnný program	Vydané injekční jehly	Zdravotní ošetření	Individuální poradenství	Skupinové poradenství	Krizová intervence
2007	Celkem	1256	12361	1028	4784	91508	424	1282	29	61
	Průměr	179	1766	147	683	13073	61	183	4	9
2008	Celkem	1349	12122	699	4251	112104	306	1018	82	64
	Průměr	193	1732	100	607	16015	44	145	12	9
2009	Celkem	1430	11326	606	4280	111099	434	1009	79	73
	Průměr	204	1618	87	611	15871	62	144	11	10

Grafy 17 a 18



Grafy 19 a 20



Tabulka 32 – statistika výkonů II souhrnně

Zařízení		Reference do léčby	Reference do programů substituce	Testy HIV	Testy HCV	Testy HBV	Intervence po telefonu, internetu, první pomoc	Primární prevence - počet žáků & studentů/počet tříd	Primární prevence - počet vyučovacích hodin
2007	Celkem	170,0	0,0	128,0	11,0	12,0	1026,0		126,5
	Průměr	24,3	0,0	18,3	1,6	1,7	146,6		31,6
2008	Celkem	118,0	0,0	111,0	114,0	8,0	2143,0		50,0
	Průměr	16,9	0,0	15,9	16,3	1,1	306,1		50,0
2009	Celkem	288,0	0,0	182,0	264,0	118,0	1533,0		113,0
	Průměr	41,1	0,0	26,0	37,7	16,9	219,0		37,7

Statistika práce souhrnně za roky 2007 až 2009

Tabulka 33 – statistika práce souhrnně

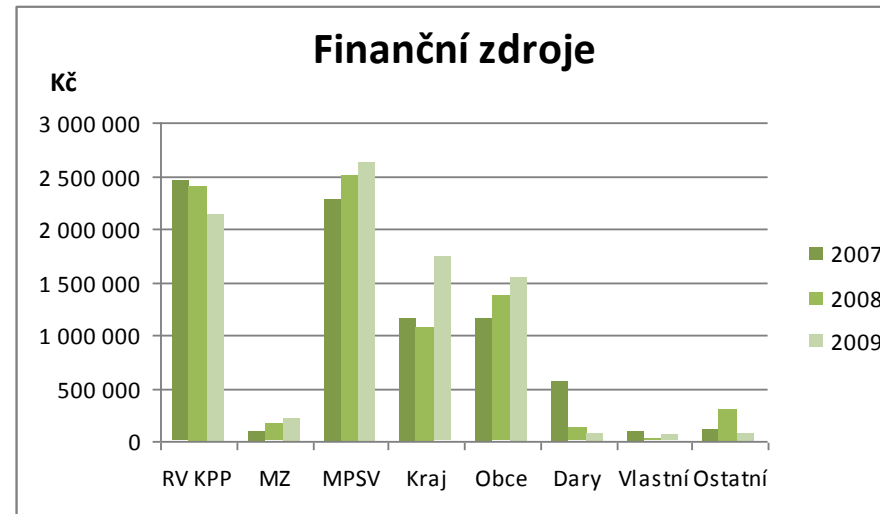
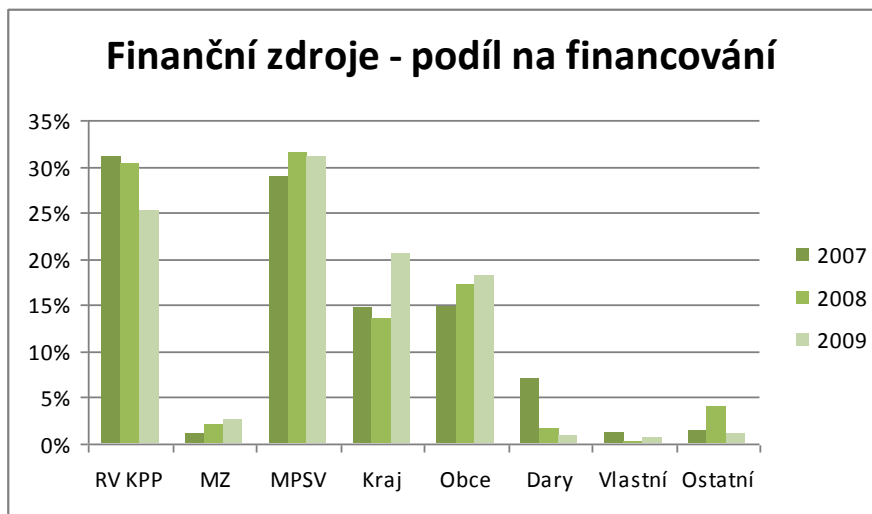
Zařízení		Člověkohodiny (náklady přímé práce na 1 hod, v Kč)	Fond PD na 1 úvazek (v hod)	Fond PD (v hod)	Počet úvazků	Přímá práce	Nepřímá práce	Počet pracovníků na HPP	Externí pracovníci (v hod)
2007	Celkem			30923	15,4	13,5	1,9	26	222
	Průměr	222,7		4418	2,2	1,9	0,3	3,7	44,4
2008	Celkem			34712	17,2	14,2	3,0	28	230
	Průměr	269,4		4959	2,5	2,0	0,4	4,0	46,0
2009	Celkem			33534	16,7	13,73	3,0	27,8	186
	Průměr	302,1		4791	2,4	2,0	0,4	4,0	37,2
Průměr		264,7		33056	16,4	13,8	2,6	27,3	213

Finanční zdroje souhrnně za roky 2007 až 2009

Tabulka 34 – finanční zdroje souhrnně

Zařízení		Celkový rozpočet	RV KPP	MZ	MPSV	Kraj	Obce	Dary	Vlastní	Ostatní
2007	Celkem	7 890 926	2 456 000	80 000	2 288 000	1 154 000	1 165 380	555 513	85 021	107 012
	Celkem v %	100%	31%	1%	29%	15%	15%	7%	1%	1%
2008	Celkem	7 955 079	2 410 000	161 000	2 510 000	1 071 000	1 362 210	124 019	13 300	303 550
	Celkem v %	100%	30%	2%	32%	13%	17%	2%	0%	4%
2009	Celkem	8 464 304	2 134 000	210 000	2 636 000	1 745 000	1 546 006	71 600	44 999	76 699
	Celkem v %	100%	25%	2%	31%	21%	18%	1%	1%	1%

Grafy 21 a 22

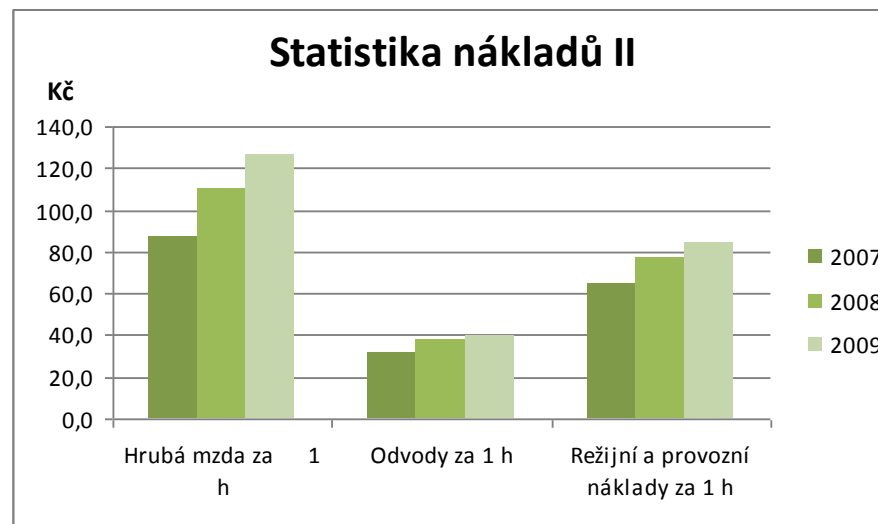
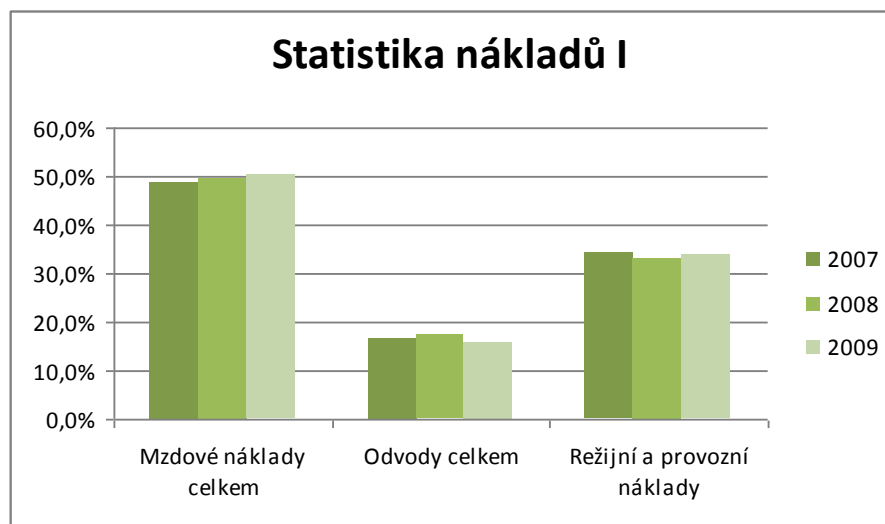


Statistika nákladů souhrnně za roky 2007 až 2009

Tabulka 35 – náklady souhrnně

Zařízení		Fond PD v hodinách	Mzdové náklady celkem	Hrubá mzda za 1 h	Odvody celkem	Odvody za 1 h	Režijní a provozní náklady	Režijní a provozní náklady za 1 h	Náklady celkové
2007	Celkem	37 750,4	3 865 365,3		1 312 409,7		2 714 605,8		7 892 380,8
	Celkem v %		49,0%		16,6%		34,4%		100,0%
	Průměr	4 718,8	429 485,0	87,4	145 823,3	31,1	301 622,9	64,7	876 931,2
2008	Celkem	34 711,6	3 954 104,5		1 360 172,0		2 632 346,2		7 946 622,7
	Celkem v %		49,8%		17,1%		33,1%		100,0%
	Průměr	4 958,8	564 872,1	110,3	194 310,3	38,0	376 049,5	76,9	1 135 231,8
2009	Celkem	33 533,6	4 242 480,2		1 317 169,3		2 845 597,8		8 405 247,3
	Celkem v %		50,5%		15,7%		33,9%		100,0%
	Průměr	4 790,5	606 068,6	126,5	188 167,0	39,1	406 514,0	84,5	1 200 749,6

Grafy 23 a 24

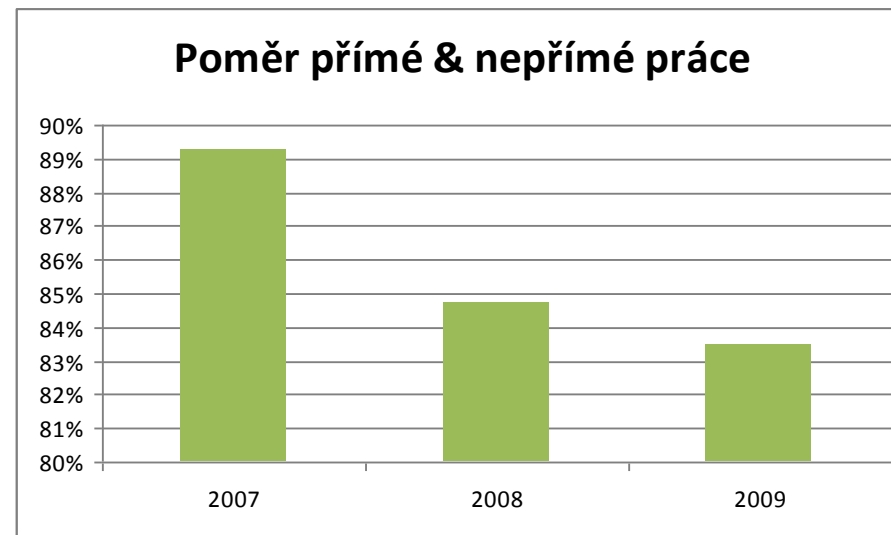
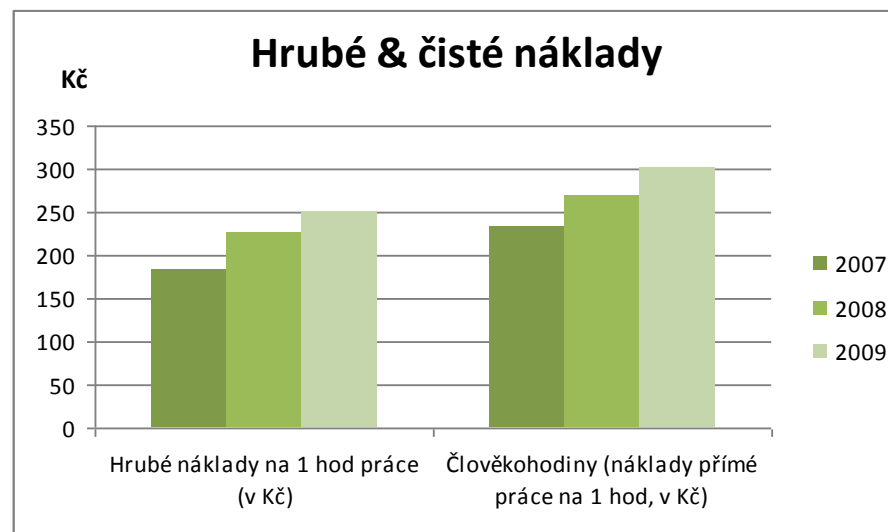


Statistika nákladovosti souhrnně za roky 2007 až 2009

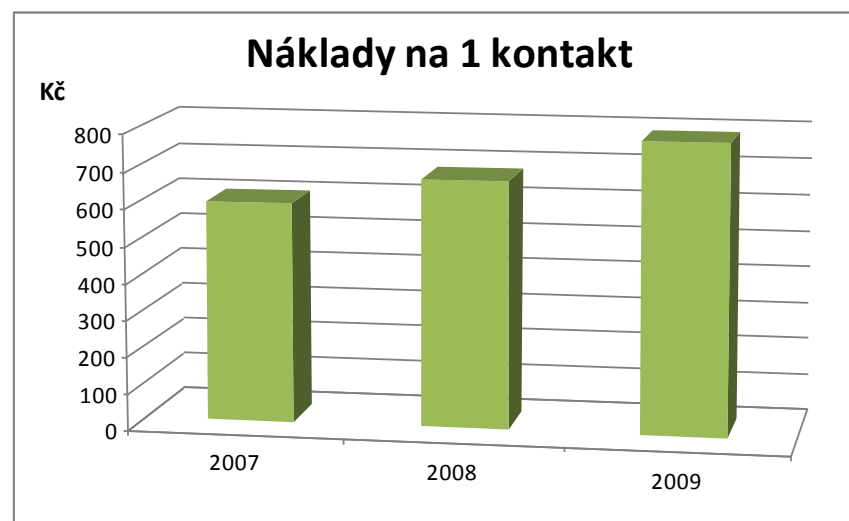
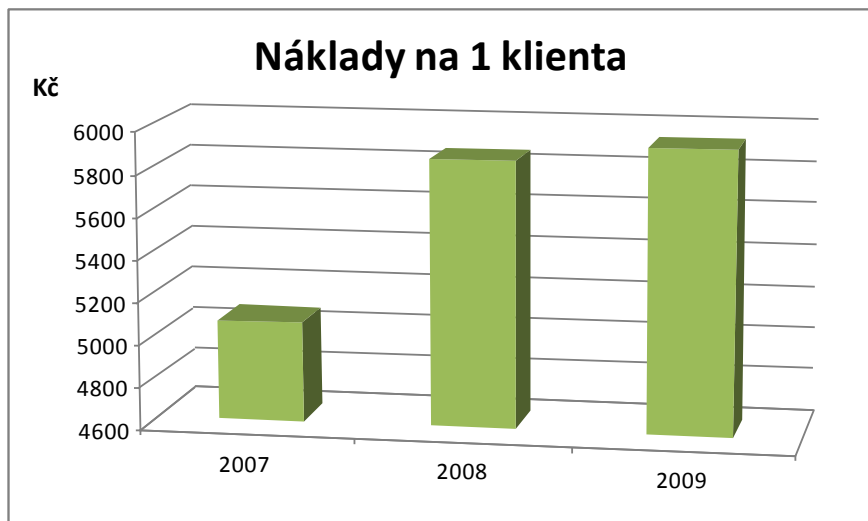
Tabulka 36 – nákladovost souhrnně

Zařízení	Hrubé náklady na 1 hod práce (v Kč)	Člověkohodiny (náklady přímé práce na 1 hod, v Kč)	Poměr přímé práce ku počtu úvazků (tj. jakou část PD věnují přímé práci)	Náklady na 1 klienta (v Kč)	Kolik času je věnováno 1 klientovi (přímá práce, v hodinách)	Náklady na 1 kontakt (v Kč)
2007	183,24157	233,0498481	89%	5071	21,79	600
2008	225,234614	269,3644141	85%	5862	22,00	676
2009	250,131144	302,0637936	83%	5936	20,09	790

Grafy 25 a 26



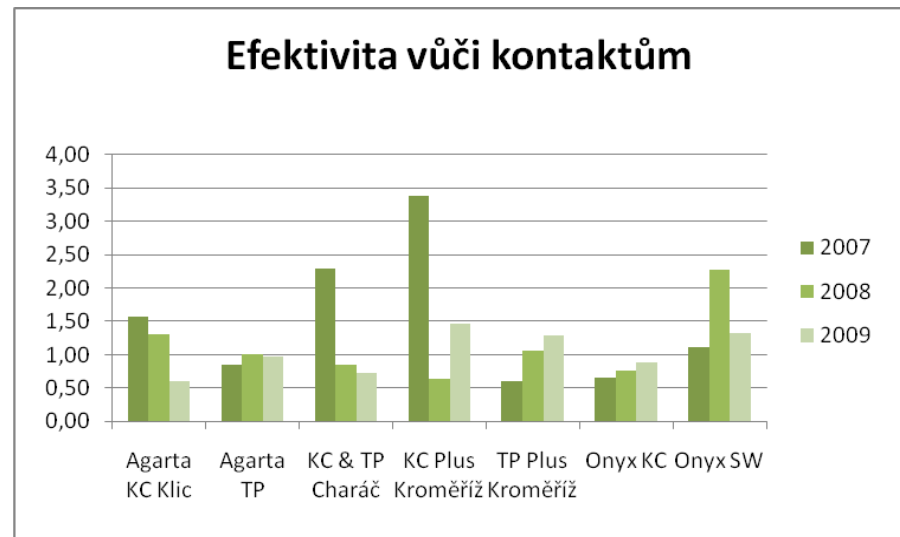
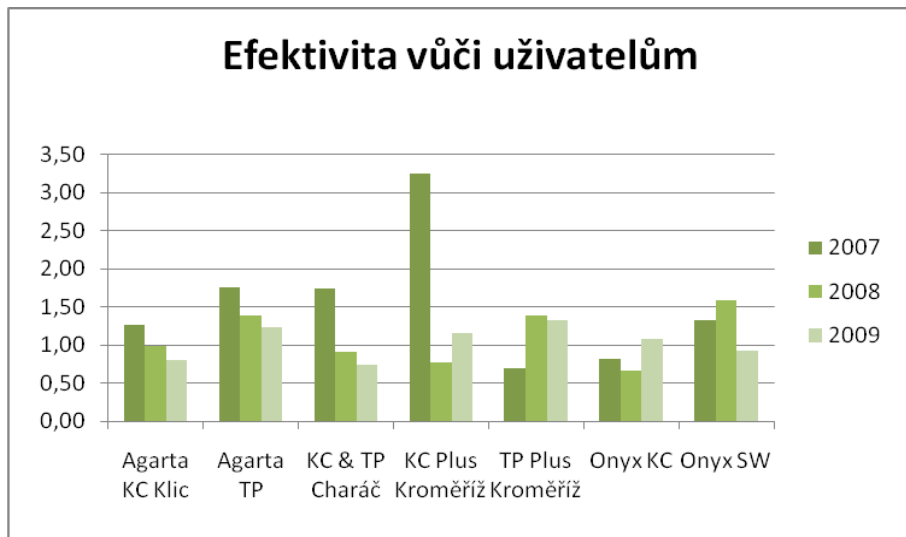
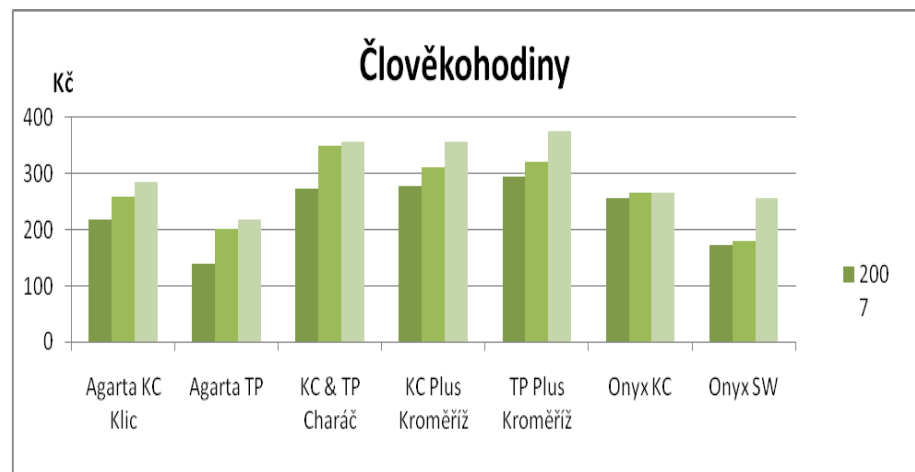
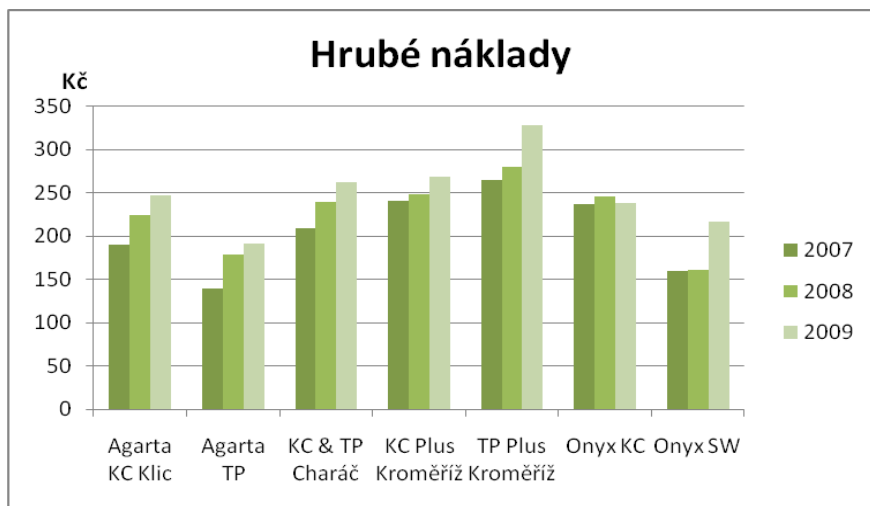
Grafy 27 a 28



Tabulka 37 – Hrubé náklady a efektivita souhrnně 2007–2009

Zařízení	Hrubé náklady na 1 hod			ČLH			Efektivita vůči uživatelům			Efektivita vůči kontaktům		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Agarta KC Klíč	190	224	247	219	258	284	1,26	0,98	0,81	1,58	1,31	0,61
Agarta TP	139	178	192	139	202	217	1,76	1,39	1,24	0,86	1,02	0,97
KC & TP Charáč	209	239	262	274	350	357	1,74	0,91	0,75	2,28	0,84	0,73
KC Plus Kroměříž	241	249	268	278	311	357	3,25	0,78	1,16	3,38	0,64	1,47
TP Plus Kroměříž	265	280	328	294	320	375	0,69	1,39	1,33	0,61	1,05	1,29
Onyx KC	237	246	238	256	265	266	0,82	0,67	1,08	0,66	0,76	0,89
Onyx SW	159	161	217	172	179	257	1,32	1,59	0,92	1,12	2,28	1,33
Průměr	206	225	250	233	269	302						

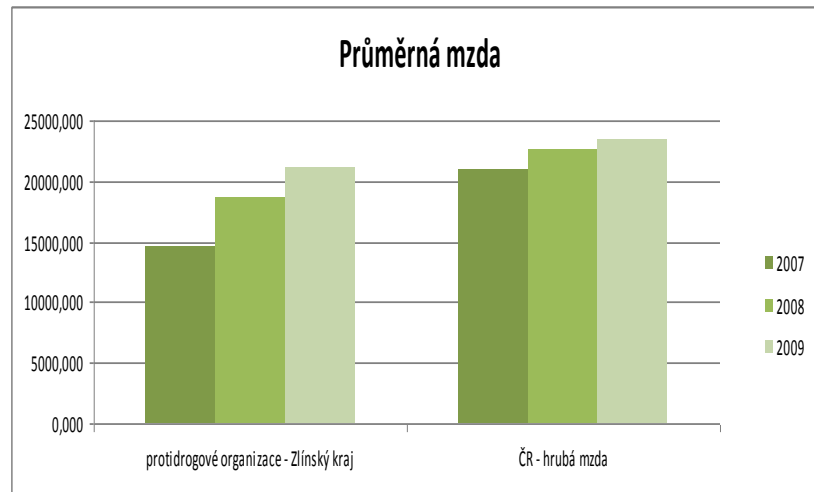
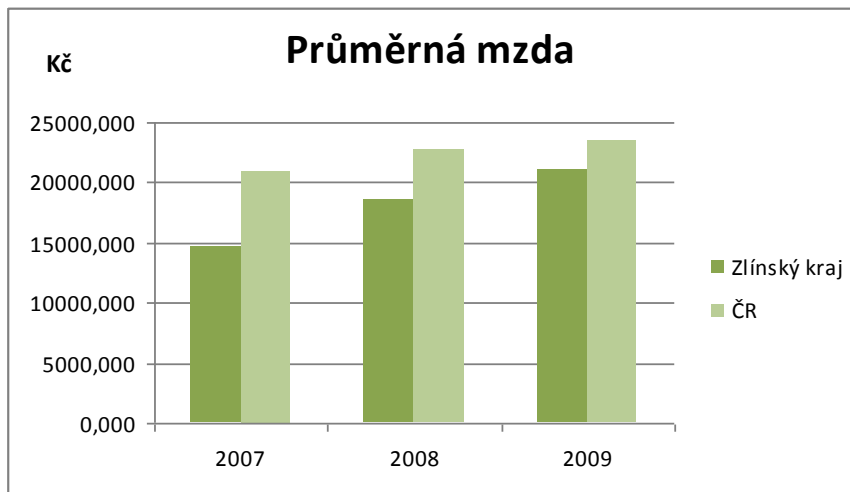
Grafy 29 až 32



Tabulka 38 – Průměrná mzda

	protidrogové organizace - Zlínský kraj	ČR - hrubá mzda	Poměr Zlínského kraje (protidrogových organizací) ku průměru ČR
2007	14 626,669	20 957,00	69,79%
2008	18 606,163	22 691,00	82,00%
2009	21 175,358	23 488,00	90,15%

Grafy 33 a 34



5.3.5 Interpretace

Komentář k tabulkám na posledním souhrnném listu.

Statistika výkonů I

Celkový počet klientů se každým rokem zvyšuje, lze zde najít lineární trend. S tím samozřejmě souvisí i zvyšující se průměrný počet klientů na 1 organizaci.

Naopak, celkový počet kontaktů každým rokem lineárně klesá.

V tabulce lze najít i další ukazatele, které v hodnocení služeb nehrají tak významnou roli.

Statistiky výkonů II

Dle našeho názoru se jedná „jen“ o sekundární ukazatele.

Statistika práce

Zajímavý je počet úvazků a počet pracovníků. V celém kraji pracuje cca 27 pracovníků celkem na 16 úvazků. Zdá se, že je personální zajištění služeb poddimenzované.

Finanční zdroje

Z prvního sloupce (Celkový rozpočet) vyplývá, že je každý rok poskytováno více finančních prostředků, v grafech je ukázáno, jak se který subjekt podílel na spolufinancování služeb – zatímco MPSV poskytuje stále více peněz, RVKPP dotace výrazně snižuje.

Statistika nákladů

Podíl jednotlivých složek je stále stejný – 15% jsou odvody, 35% režijní náklady a 50 % hrubá mzda.

Statistika nákladovosti

Náklady na 1 kontakt i klienta stále stoupají, nelze však říci o kolik, protože obě veličiny se navzájem ovlivňují, ale pokud stoupají obě, mělo by to znamenat, že poskytované služby jsou rok od roku dražší. Zda jsou služby kvalitnější, z těchto čísel vyčíst nelze. Je však možné vyčíst čas věnovaný 1 klientovi. Protože počet lidí i úvazků je víceméně stejný a počet klientů každý rok stoupá, je jasné, že se jim pracovníci nemohou věnovat tak intenzívně, jako v předešlých letech. V roce 2007 se pracovníci služeb věnovali klientům průměrně 21,79 hod, v roce 2009 jen něco málo přes 20 hod, což je poměrně velký rozdíl (téměř 10%). **Pokud by měli pracovníci služeb věnovat klientům více času, musel by stát, kraj a obce poskytnout organizacím, které tyto služby poskytují, přidělit více finančních prostředků a umožnit jim, aby zaměstnaly více pracovníků.**

Zajímavé také je, že každý rok stoupá doba strávená administrativou. V roce 2007 šlo o 89% (alespoň vykázaných) času, který pracovníci věnovali přímé práci s klienty, za kterou jsou především placeni, 11% času věnovali administrativě. O dva roky později už administrativa zabrala 17% času. **Tento nárůst administrativy jistě ovlivnil i snižující se průměrný počet hodin věnovaných jednomu klientovi a svědčí i zvyšujících se administrativních nárocích na pracovníky služeb** (certifikace RVKPP, registrace MPSV). Hrubé náklady na jednu hodinu práce se zvyšují, stejně jako člověkohodiny. Bylo by dobré mít možnost srovnání s jinými kraji. **Díky člověkohodinám lze konstatovat, že ve Zlínském kraji stála v r.2009 1 hodina práce s klientem služby pro uživatele drog** (terapie, sociální práce etc. tedy 1 hodina přímé práce s klientem, nikoli administrativy) **302,- Kč.** Tuto cenu platí všichni přispěvatelé, hrubá mzda pracovníků je však stále mnohem níže. Ve srovnání s platbami VZP za 1 hodinu psychoterapie (646,- Kč) je zmíněná částka až poloviční. **Lze tedy konstatovat, že 1 hodina přímé práce s klientem ve Zlínském kraji je de facto velice levná.**

5.4 Další identifikované okruhy problémů

Z podkladů pro zpracování analýzy, především ze závěrečných zpráv zařízení poskytujících služby a provedených rozhovorů vyplývá, že v oblasti protidrogové politiky bylo ve Zlínském kraji již mnoho uděláno. Respondenti opakovaně kladně hodnotili koordinaci aktivit protidrogové politiky ze strany Zlínského kraje a setkávání pracovníků subjektů, do její realizace v kraji zapojených. V kraji existuje poměrně hustá síť nízkoprahových služeb, které poskytují služby minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek a základní poradenství osobám blízkým uživatelům drog.

Přesto byly v průběhu šetření identifikovány i některé okruhy problémů, jež mohou představovat vážné překážky poskytování kvalitních a efektivních služeb pro cílovou skupinu problémových uživatelů drog na území Zlínského kraje i pro realizaci opatření protidrogové politiky.

5.4.1 Okruhy problémů systémového rázu

Závěry analýzy naznačují, že se v posledním období výrazně zlepšila komunikace a spolupráce mezi subjekty zapojenými do realizace opatření protidrogové politiky. Zdá se ale, že i v této oblasti existuje prostor pro zlepšení.

Nad rámec zadání analýzy drogové scény Zlínského kraje a nízkoprahových služeb pro uživatele drog se jako jeden z problémových okruhů týkajících se stávající a připravované strategie protidrogové politiky kraje objevila **otázka systémového zabezpečení a/nebo realizace aktivit primární prevence užívání návykových látek**, jejichž úroveň byla účastníky šetření v různých regionech kraje hodnocena diametrálně odlišně. V některých regionech byly úroveň primární prevence shledávána na dobré úrovni, v jiných jako naprosto nedostatečná.

Dalším z identifikovaných problémů byla i **otázka informovanosti o službách pro uživatele drog**, pracujících na území kraje. Zdá se, že uživatelé návykových látek jsou o stávajících službách i jejich nabídce informováni relativně dobře, méně informováni se zdají být blízké osoby uživatelů drog, povědomí zbylé části veřejnosti o službách se zdá být jako velmi nízké. Velmi nízká se zdá být i informovanost veřejnosti o významu a přínosu služeb pro uživatele drog pro ochranu veřejného zdraví ve Zlínském kraji, což patrně ústí v nepochopení veřejnosti, která neschvaluje jakoukoliv pomoc uživatelům ilegálních drog.

Mezi respondenty se rovněž objevoval názor, že **finanční podpora protidrogových služeb ze strany kraje i samosprávných orgánů** jednotlivých obcí se jeví jako nepřiměřeně nízká, což může pramenit z neznalosti situace v kraji respektive jeho jednotlivých regionech nebo

z tendence bagatelizovat problémy spojené s užíváním ilegálních drog, ale i legálních drog, zejména alkoholu.

Téma užívání alkoholu nezletilými stejně jako jeho nadužívání dospělými se opakovaně objevilo jako jedno z největších rizik pro veřejné zdraví v kraji. V této souvislosti byly zmiňovány mezery v povědomí široké veřejnosti o rizicích spojených s nadměrným užíváním alkoholu či jeho užívání nezletilými i poměrně snadná dostupnost alkoholu, který často pochází z domácí výroby pálenky.

V neposlední řadě se jako **diskutabilní jeví deklarované zapojení nízkoprahových sociálních služeb pro děti a mládež do sítě služeb protidrogové prevence**. NZDM jsou zákonem o sociálních službách jasně definovanou službou sociální prevence zaměřené na podstatně širší okruh společensky nežádoucích jevů. Jejich úzké propojení s drogovými službami se jeví jako matoucí pro veřejnost i pro cílovou skupinu dětí a mládeže. Z pohledu zpracovatele analýzy hrozí riziko stigmatizace služeb NZDM a jejich klientely.

5.4.2 Okruhy problémů na úrovni služeb

Pracovníci služeb narážejí na **problémy** při snaze **zajistit klientům dostupnou zdravotnickou péči** např. praktického lékaře, zubaře, gynekologa, psychologa či psychiatra.

Jedním z problémů ve stávající síti služeb nízkoprahových programů je aktuální **problém Kontaktního a poradenského centra Onyx Zlín, které sídlí v objektu**, jehož majitelem je Statutární město Zlín. Budova je **ve špatném technickém stavu**, město nechce do její opravy investovat, neboť má být v blízké budoucnosti zbourána. Pro zajištění kontinuity činnosti služby je nezbytné pro centrum najít nové prostory v některé z přiměřených lokalit města.

Problém představují **nejasnosti ve vykazování počtu osob – uživatelů drog, kteří využívají služeb** jednotlivých programů. Hustá síť a paralelní působení kontaktních center a terénních programů navozuje domněnku, že může existovat relativně velká skupina klientů, kteří využívají na jednom místě více služeb současně, nebo podobné služby v různých místech kraje (viz kapitola 5.1. Síť poskytovatelů služeb pro uživatele ilegálních drog a v ní uvedené dojezdové vzdálenosti). Ze závěrečných zpráv není zřejmé, zda zařízení vylučují duplicitu vykazování u klientů, kteří využívají v jednom místě kontaktní centrum i terénní programy. Naopak někteří poskytovatelé ve svých závěrečných zprávách uvádějí duplicitní využívání služeb jako žádoucí a současně v komentářích ke statistickým údajům nepopisují, jak je případná statistická duplicita řešena. Pouze jedno ze zařízení připouští překryv klientů kontaktního centra a terénních programů z cca 25 %. Závěrečná zpráva jednoho terénního programu spíše v kontextu připouští, že podstatná část klientů během roku začala využívat služeb místního kontaktního centra. Proto lze konstatovat, že prostým součtem klientů

jednotlivých programů nelze dojít k reálnému počtu problémových uživatelů drog zapojených do služeb. Současně pak nelze ani odhadnout velikost skryté (tj. službami nepokryté) scény.

Další oblastí možných problémů pro plánování sítě poskytovaných služeb jsou dílčí **nejasnosti ve statistických datech jednotlivých zařízení**. Tři ze čtyř organizací vykazují výrazně vyšší počet injekčních uživatelů, než je počet osob zapojených do výměnných programů. Vzhledem k tomu, že uvedené odchylky nejsou v komentářích zpráv nijak komentovány, lze se domnívat, že zařízení nevěnují dostatečnou pozornost skutečnosti, že významná část (cca 35 %) injekčních uživatelů nevyužívá výměnný injekční program. Čtvrté zařízení naopak vykazuje, že výměnný program využívá více osob, než je zařízením evidovaný počet injekčních uživatelů. V jednom programu této organizace je to přitom až 2,4krát více. Tyto hodnoty spíše poukazují na chybnou práci se statistickými daty. Popsané nejasnosti týkající se vykazovaných počtů injekčních uživatelů jsou pak dalším faktorem komplikujícím stanovení počtu uživatelů drog zapojených do služeb versus velikost skryté drogové scény.

Další oblastí možných rizik je **nízká protestovanost klientů nízkoprahových zařízení na výskyt infekčních chorob**. Srovnání počtu osob využívajících služby s počty osob, kterým byly poskytnuty testy na HIV a hepatitidu typu C, je propastné. Zařízení v prostém součtu uvádějí kontakt s více než tisícem osob, zatímco prostý součet otestovaných klientů je v řádu desítek. Jednotlivé organizace vykazují počty protestovaných v rozpětí 5 -15%.

Dalším možným identifikovaným zdrojem rizik pro další plánování služeb pro uživatele drog v kraji, je **přílišný důraz na stacionární metody práce s klientem**. V kraji jsou čtyři kontaktní centra (relativně blízko sebe, opět viz kapitola 5.1 Síť poskytovatelů služeb pro uživatele ilegálních drog a v ní uvedené dojezdové vzdálenosti), jedna z organizací uvažuje o zřízení stacionárního místa ve vzdálenosti cca 20 km od kontaktního centra a v rozhovorech se objevují požadavky na pokrytí východní oblasti kraje (Luhačovice, Valašské Klobouky) dalším kontaktním centrem. Přitom ze statistických dat, z rozhovorů s pracovníky a klienty vyplývá, že v kraji je stále vysoká poptávka po terénních službách. Kromě toho se počet klientů využívajících terénní služby a množství výkonů, které se v terénu realizují (včetně počtu vydaných injekčních setů) se v průběhu let výrazně nesnižuje a to navzdory husté síti kontaktních center.

5.5 Závěrečné výstupy a doporučení.

Financování služeb

Jako hlavní ohrožující faktor nebo problém jsou většinou respondentů vnímány nedostatky, jež pramení ze stávajícího systému financování služeb pro uživatele drog. Hlavními identifikovanými riziky, která současný stav navozují, mohou být ztráta motivace a vyhoření,

fluktuace pracovníků, finanční nejistota odrážející se do kvality a efektivity poskytovaných služeb, jejich nestabilita, omezování spektra služeb a/nebo jejich provozu. Tyto faktory se mohou negativně promítnout do úrovně jimi poskytované odborné pomoci či mohou ohrozit dostupnost kvalitních služeb pro občany Zlínského kraje a v důsledku pak kvalitu veřejného zdraví.

Jak bylo zmíněno, vydává Zlínský kraj na realizaci opatření protidrogové politiky v přepočtu na jednoho svého občana výrazně nižší částku, než je celorepublikový průměr.

Doporučení

V tomto ohledu nelze, než - s ohledem na stávající politiku ústředních orgánů státní správy krátit výdaje do rozpočtové položky protidrogové politiky – doporučit navýšení výše prostředků určených na financování činnosti regionálních služeb pro uživatele drog z rozpočtu kraje. Z pozice Kraje se pak jako potřebné jeví i zahájit vyjednávání se samosprávnými orgány měst a obcí s cílem posílit jejich spoluúčasť na financování služeb realizovaných v jimi spravovaných územích.

Současně by mohl Kraj iniciovat u Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, jejímž předsedou je premiér vlády, konečné dovršení změn ve stávajícím systému financování služeb pro uživatele drog, který byl jedním z hlavních cílů Národní strategie protidrogové politiky na období let 2005 – 2008. V tomto ohledu se jako řešení jeví možnost začlenit služby pro uživatele drog do existující sítě standardních sociálních a zdravotních služeb, jako tomu je v jiných zemích EU.

Plánování sítě služeb

Součástí této analýzy bylo i hodnocení dostupnosti a přiměřenosti spektra stávajících nízkoprahových služeb pro uživatele návykových látek v kraji a případných chybějících typů služeb, zejména pobytových služeb typu terapeutické komunity a následné péče/doléčování pro uživatele drog v kraji. Zdá se, že pokrytí území kraje nízkoprahovými službami je přiměřené, byť je zajišťováno pracovními týmy, které se na základě ekonomické a výkonové analýzy jeví poddimenzované. V kraji není terapeutická komunita pro léčbu uživatelů drog ani program následné péče pro uživatele návykových látek po absolvování léčby a uživatelé drog vyhledávají tyto služby v zařízeních v jiných krajích ČR.

Doporučení

Prioritou v rámci plánování sítě služeb by měla být podpora a udržení stávající sítě nízkoprahových služeb pro uživatele drog, jež jsou jejich uživateli vnímány jako přiměřené jejich potřebám a poskytující kvalitní služby. V případě rozvoje či rozšiřování těchto typů

služeb by měly být preferovány klienty poptávané terénní spíše než stacionární typy nízkoprahových služeb.

Zdá se jako smysluplné, zvážit zřízení služby následné péče pro uživatele drog po absolvování léčby v krajském městě Zlín, jež bude poskytovat ambulantní služby doléčování a případně nabízet jeden či dva podporované byty pro své klienty s kapacitou 4 – 8 lůžek. Jako jeden z možných zdrojů pro zřízení tohoto chybějícího typu služeb se jako vhodné jeví Evropské sociální fondy.

Zřizovat terapeutickou komunitu pro rezidenční léčbu uživatelů drog se v dohledné době nezdá jako potřebné, neboť stávající kapacita těchto zařízení v kontextu ČR se jeví jako přiměřená poptávce stejně tak jako lůžková kapacita nabízena pro léčbu uživatelů návykových látek psychiatrickými léčebnami.

V rámci připravované strategie protidrogové politiky by si specifickou pozornost zasloužila oblast primární prevence užívání návykových látek. Výstupem by mohla být její aktualizovaná koncepce, jež by se zaměřovala i na otázky užívání alkoholu a na dospělou část populace s cílem zvyšovat povědomí veřejnosti o rizicích spojených s nadměrným užíváním alkoholu respektive užívání alkoholu nezletilými.

Informovanost o stávajících službách

Povědomí o existujících službách pro uživatele návykových látek na území Zlínského kraje a o jejich nabídce se zdá být mezi uživateli drog přiměřené, ne tak v případě jejich rodinných příslušníků respektive u další části veřejnosti. Navíc, jako nevýhoda se v dané oblasti jeví malá informovanost laické veřejnosti o prospěšnosti a významu služeb pro ochranu veřejného zdraví, jež patrně vede k negativnímu postoji části veřejnosti k těmto typům služeb.

Doporučení

Zvážit možnost, připravit a realizovat pro veřejnost informační kampaň, v níž by byly existující služby pro uživatele návykových látek prezentovány v pozitivním světle.

Navrhované PR aktivity by se měly specificky zaměřit i na pracovníky ve zdravotnictví – zejména praktické lékaře, zubaře, gynekology apod. s cílem zvyšovat dostupnost zdravotnické péče pro klienty služeb pro uživatele drog.

Koordinace aktivit

Realizované šetření vede k závěrům, že v oblasti propojování různých subjektů zapojených do realizace opatření protidrogové politiky na úrovni kraje či místních samospráv došlo v posledním období k výraznému zlepšení. Přesto se opakovaně objevily názory, že je stále

co zlepšovat – např. v oblasti již zmiňované primární prevence užívání návykových látek a možnosti propojování různých subjektů, které se do její realizace mnohdy nekoordinovaně zapojují.

Doporučení

Zvážit zřízení tematicky zaměřených pracovních mezioborových a mezisektorových skupin, které by se podílely na tvorbě plánů aktivit v jednotlivých oblastech protidrogové politiky kraje (např. primární prevence, léčba, minimalizace rizik, prosazování práva) i na jejich realizaci.

6. Seznam zkratk

AT	Alkoholicko-toxikologické, označení zdravotnických pracovišť specializovaných na léčbu uživatelů alkoholu a jiných návykových látek vycházející z díky zák. č. 37/1989 o ochraně před alkoholismem a jinými toxikománii.
ČLH	člověkohodiny
EMCDDA.....	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti
KC	Kontaktní centrum
KÚ	Krajský úřad
MP	Městská Policie
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ.....	Ministerstvo zdravotnictví
NL	Návykové látky.
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
NNO	Nestátní neziskové organizace
NZDM.....	Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
OK.....	Olomoucký kraj
OPL.....	Omamné a psychotropní látky
ORP	Obec s rozšířenou působností
PČR	Policie ČR
PL	Psychiatrická léčebna
PMS	Probační a mediační služba
PUD	Problémový uživatel drog
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.
SL	Substituční léčba
TP	Terénní program
UD.....	Uživatel drog
ZK	Zlínský kraj

7. Literatura

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

Csémy, L., Chomynová, P. a Sadílek, P. (2009) *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) – Výsledky průzkumu v České republice v roce 2007*, Praha: Úřad vlády České republiky.

Český statistický úřad (2009) *Počet obyvatel podle pohlaví a věku (stav k 31. 7. 2009) – Zlínský kraj*. http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/publ/4027-08-1998_az_2007

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

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

Hartnoll, R. (1992) *Research and the help-seeking process*, *British Journal of Addiction* 3/3, 429-437.

Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Neolez, B. a Stimson, G. (2003) *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*, <http://forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>

Kalina, K. (1993) *Koncepce a program protidrogové politiky 1993 – 1996*, Ed. Praha: Ministerstvo vnitra ČR.

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

Lynch, J.W., Kaplan, G.A. a Salonen, J.T. (1997) *Why do poorer people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychological characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse (Proč se chudší lidé chovají více rizikově? Variace na téma chování dospělých v otázkách zdraví v kontextu psychologických charakteristik podle stádií socio-ekonomické životní úrovně)*, *Social Science and medicine* 44, str. 809-819.

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

Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orliková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Kiššová, L., Běláčková, V., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2009) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Národní protidrogová centrála (2010) *Výroční zpráva 2009*, <http://www.policie.cz/clanek/vyrocnizpravy-annual-reports.aspx>

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

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

Stimson, G. (1995) *AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic*. *Social Science and Medicine* 699-716.