

Sociální vyloučení a politika sociální inkluze

Jana Hetmánková
Josef Tůša

03.12.2005

Skupiny ohrožené sociálním vyloučením – drogově závislí

V tomto textu se budeme zabývat problematikou skupiny na drogách závislých osob. Hlavním obsahem textu je výpis stavu této skupiny ve vybraných státech EU a jejich přístup k této skupině ve věci jejich reintegrace do společnosti.

Ještě před samotnými zeměmi se v kapitole Úvod do problematiky věnujeme obecnějšímu popisu problému. Jsou zde též uvedeny pojmy sociální exkluze a inkluze.

Pro porovnání jsme vybrali tyto země Finsko, Německo, Řecko jako zastupitele rozdílného přístupu státu ve věci sociální politiky jako celku, kdy země postupně reprezentují skandinávský model, model středokontinentální, a jihoevropský. Kapitola každého státu je rozdělena na tři rámcové podkapitoly. První je Úvod, ve kterém se věnujeme celkovému pohledu země na problematiku drogově závislých a na to jak se s ní země vypořádává po organizační stránce. Věnujeme se tu též financování a soudnictví. Druhou je Skupina uživatelů, kde se zabýváme popisem stavu skupiny drogových uživatelů v konkrétní zemi. Data v této kapitole se mohou zdát méně uspořádaná jak stejným kapitolám věnujeme v jednotlivých zemích různý prostor, ale je to dáno tím, na co se země ve své politice nejvíce zaměřuje. Můžeme tak vlastně porovnat priority jednotlivých zemí při určení a popisu této problematiky. Třetí podkapitolou je Politika inkluze (reintegrace, rehabilitace), kde se věnujeme konkrétním přístupům země k zařazení skupiny uživatelů drog zpět do normální společnosti.

Na závěr textu se ve třetí části pojmenované Doporučení pro ČR po srovnání problémů a přístupů jednotlivých států věnujeme doporučením která jsme odvodili ze zkušeností zde popsaných zemí. Tato kapitola je tematicky dělena podle částí při popisu jednotlivých zemí, kdy se snažíme vybrat jak pozitivní tak negativní zkušenosti, jejichž pochopení by pomohlo směřovat naši politiku v problematice drogové závislosti a při snazší reintegraci této skupiny zpět do společnosti.

Úvod do problematiky

Úvod

Sociální problémy uživatelů drog zahrnují především vyšší výskyt bezdomovectví, rodinných problémů, nezaměstnanosti a nižšího vzdělání. S rostoucí délkou problémového užívání drog¹ výskyt těchto negativních jevů roste. Kumulace těchto problémů může vést až k sociálnímu vyloučení. Problém sociálního vyloučení má dvě dimenze - sociální vyloučení jako

¹ **Problémové užívání drog** je injekční užívání drog nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů nebo kokainu nebo drog amfetaminového typu; do pojmu problémové užívání se nezahrnuje užívání extáze, konopí, LSD, toluenu (definice Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti v Lisabonu - EMCDDA).

důsledek užívání drog, ale také naopak jako příčina užívání drog v sociálně vyloučených komunitách. Tato druhá dimenze se týká především některých národnostních komunit (v ČR hlavně Romů), kde k sociálnímu vyloučení vedou především špatná bytová a ekonomická situace spojená s nezaměstnaností. Jednou z nejzávažnějších sociálních souvislostí užívání drog je páchání trestné činnosti.

Sociální exkluze

K sociálním problémům spojeným s užíváním drog patří na úrovni jedince zhoršené vztahy s rodinou, pracovním a školním prostředím, nižší nebo nedokončené vzdělání, nezaměstnanost a nižší socioekonomický status nebo špatná bytová situace, která v některých případech vede až k bezdomovectví. Kumulace uvedených sociálních problémů může v určitých případech vést k tzv. sociální exkluzi - vyloučení ze společnosti. Sociální exkluze však nemusí být důsledkem užívání (a především problémového užívání) drog, sama o sobě může být také jeho příčinou. Na úrovni společnosti nebo skupiny obyvatel má sociální exkluze další dimenze: v sociální oblasti jde o rozpad tradiční rodiny a koncentraci některých negativních socio-demografických jevů jako např. potratovosti, nechtěných těhotenství nezletilých nebo kriminality, v oblasti komunitní dochází k devastaci prostředí a bydlení, nedostupnosti služeb a především ke koncentraci vyloučených osob nebo celých skupin, čímž dochází k dalšímu prohlubování sociální exkluze. Sociální exkluze je zesilována tzv. symbolickou exkluzí, která zahrnuje negativní postoje veřejnosti k dané skupině obyvatel, často zprostředkované masmédií, a na druhé straně také tzv. subjektivně pociťovanou sociální exkluzí, která popisuje stav, kdy jedinec nebo skupina obyvatel má pocit, že je ze společnosti vylučován.

Sociální charakteristiky žadatelů o léčbu

V souvislosti s užíváním drog je velké procento žadatelů o léčbu bez domova, nebo bydlí v zařízeních (např. diagnostickém nebo výchovném ústavu, terapeutické komunitě, věznici, azylovém domě). Mezi žadateli o opakovanou léčbu je patrný posun k problémovějšímu charakteru bydlení - mezi opakovanými žadateli je vyšší podíl bezdomovců i osob bydlících v zařízeních, a častěji jsou oproti žadatelům o první léčbu nezaměstnaní nebo vykonávají pouze příležitostnou práci. Problémem je také nízké vzdělání žadatelů o léčbu – většina z nich má základní vzdělání.

Sociální inkluze

V souvislosti s drogovou problematikou se často píše o resocializaci, reintegraci nebo rehabilitaci. V ČR je často používáno právě slovo resocializace, zatímco v zahraničí se častěji vyskytují termíny reintegrace a rehabilitace. Jako vhodnější se nám jeví termín inkluze neboli sociální začleňování uživatelů drog, které je podmíněno získáním či obnovením sociálních dovedností a přijetím společností sdílených sociálních norem. Sociální inkluze tedy znamená plnohodnotné zapojení závislých do podmínek běžného života.

Jednotlivé státy

FINSKO

ÚVOD

Kulturní kontext

Z pohledu veřejného mínění jsou drogy viděny jako vážný národní problém. V porovnání se situací v roce 1990, všeobecný zájem o drogovou tematiku stoupl. Ve stejný čas se však lidé začali méně obávat rizika spojeného s experimentováním s marihuanou a více se zajímají o rizika spojená s pitím a kouřením.

Národní strategie

Jádro protidrogové aktivity ve Finsku je založeno na síti prevence, podpůrné síti prevence ve školním prostředí, zvýšení nabídky nízko-prahových léčeb, investice do poradních center zabývajících se zdravím a aktivní práce s mladými lidmi, rozvoj léčby drog ve vězení, a uvedení nových kontrolních metod. Všechny indikátory (experimentace, problémové užití, zdravotní problémy, chorobnost, úmrtnost, kriminalita) vztahující se na měření mezi lety 1995-2001 naznačovali, že situace se zhoršuje. Avšak mezi lety 2001-2003 došlo naopak k nárůstu v poklesu.

Vládní protidrogové aktivity se zaměřili na včasnou intervenci u mladých lidí nacházejících se v riziku exkluze. Zvyšovalo se regionální pokrytí substituční léčby a center zabývajících se zdravím, byli zřizováni sítě zařízení starající se o lidi opouštějící vězení, a docházelo k propojování kontrolní práce na úrovni street-level a sociální práce.

Soudní problematika

Již od 60 let finské soudnictví praktikuje oddělení léčby od trestu. Speciální preventivní kroky byly nasazeny až v letech devadesátých při stoupajícím počtu kriminálních činů souvisejících s drogami. Rehabilitační aktivity byly ve zvýšené míře uvedeny do chodu od roku 2000. V projednávání je zákon o smluvní léčbě, jehož předmětem je možnost poslání obžalovaného z majetkových deliktů, ale souvisejících s drogovou závislostí, na léčbu do instituce mimo vězení.

SKUPINA UŽIVATELŮ

Podíl drog ve skupině

Čísla opět pocházejí z průzkumu v roce 2003 jenž se uskutečnil u uživatelů kteří se z drogové závislosti léčili. Hlavní drogou byli u této skupiny opiáty (31% případů, z čehož bylo 24% buprenorphinu), amfetaminy a ostatní stimulanty (28%), míchání alkoholu s drogami (19%), marihuana (16%) a hypnotika a sedativa (6%). Podíl buprenorphinu za poslední tři roky stoupl. Skoro tři ze čtyř léčených klientů užilo nejméně jednou v životě drogu nitrožilně. 2% z testovaných klientů byli HIV pozitivní, 55% mělo žloutenku typu C a 11% typu B.

Za důležitý je v tomto ohledu považován stav trhu s drogami, neboť jeho velikost ovlivňuje možnost experimentu. Čísla ukazují že při zvýšení nabídky na trhu drog dochází i ke zvýšení experimentace. Zvýšený trend v experimentování s drogami u mladých lidí byl nepřímo vyhodnocen v roce 2003 ve studii o zdravotních návycích mladých lidí a dospělých. Nejběžnější

skupinou která drogy zkoušela se nacházela ve městech v rozmezí 15-24 let. Větší čísla byla zaznamenána též u skupin nezaměstnaných nebo jinak exkludovaných z pracovního života.

Charakteristika skupiny uživatelů

Výzkum byl proveden v roce 2003 u uživatelů kteří se léčili z drogové závislosti. Čísla jsou následující: 60% z léčených klientů bylo nezaměstnaných, dvě třetiny mělo vzdělání prvního stupně, přitom jeden z deseti nedokončil ani základní vzdělání. Jeden ze čtyř má druhý stupeň vzdělání. Kolem jedné pětiny žilo s oficiálním partnerem nebo s někým bydleli. Polovina z nich přitom žila s partnerem který měl problémy s drogami. Jeden ze čtyř měl dítě pod 18 let. Dvě třetiny z těchto dětí žilo jinde, a 25% z těchto dětí využívalo ochranných služeb. 11% mohlo být klasifikováno jako bezdomovci.

Sociální problémy způsobené konzumací drog

Za nejpodstatnějším problémem, který finská vláda spojuje s užíváním drog, je sociální exkluze v různých podobách. Za vinu je často pokládáno nižší úroveň vzdělání uživatelů drog. Jejich další charakteristikou je častější nezaměstnaní či bezdomovectví. Další důležitou proměnnou, která odráží sociální exkluzi, je kriminalita spojená s konzumací drog, a to ať již přímá či nepřímá (řízení pod vlivem). Podle finské vlády se trend exkluze lépe odráží na počtu trestných činů souvisejících s drogami, neboť ty jsou spojeny s problémem užívání drog a zásobování drogou (pašeráctví, distribuce).

Neboť již samotné užívání drog je považováno za trestné, mnoho uživatelů se tak pohybuje v uzavřeném kruhu vězení a zločinu. Množství zaznamenaných zločinů v souvislosti s drogami stoupl od roku 2003 o 8%. V této souvislosti stoupl obzvláště počet přestupků, zatímco u těžkých zločinů číslo zůstalo přibližně stejné. 46% uvězněných trpělo užíváním či závislostí na drogách. Za poslední 3 roky bylo 18% vězňů odsouzeno za přestupky související s drogami.

Politika inkluze (reintegrace, rehabilitace)

Sociální reintegrace ve Finsku

Reintegraci se dostalo zřetelné pozornosti v posledních letech, ani ne tak kvůli zvýšení problémového užívání drog, ale spíše díky zvýšené nezaměstnanosti. Problém zneužívání návykových látek může být jednou z příčin marginalizace na trhu práce.

Ve Finsku byl veškerý léčebný program vytvořen primárně pro alkoholiky a má dlouhou tradici. Tento program nedělá jasný rozdíl mezi léčbou a reintegrací. To je také důvod, proč v léčebném řetězci mnoho zařízení nabízí následné (po-léčebné) služby. Ex-pacienti (ex-klienti) jsou zařazeni do všeobecného sociálního a zdravotního systému služeb - například bydlení, vzdělávání a služeb zaměstnanosti, které jsou většinou provozovány ve spolupráci s municipalitami.

Protože skoro všechna zařízení která provádějí reintegraci provádějí také jiné aktivity je nemožné kvantitativně rozlišit zařízení pro reintegraci a zařízení pro léčbu. Nezbyvá než popsat reintegrační aktivity z kvalitativního hlediska.

Většina reintegračních služeb ve Finsku patří do tří standardizovaných subkategorií. Jsou to: vzdělávání, zaměstnanost a bydlení. Subkategorie bydlení byla ještě rozdělena na služby bydlení a denní centra.

Zdá se, že ve Finsku neexistuje národní protidrogový plán nebo jiný politický dokument pojednávající výlučně o sociální reintegraci drogově závislých. Nicméně, drogově závislí jsou zahrnuti ve všeobecných programech, které se zabývají lidmi vyloučenými ze společnosti.

Podobně neexistují národní kritéria pro dostupnost a přístup k reintegračním službám, která by byla vytvořena speciálně pro drogově závislé.

Současné služby sociální reintegrace ve Finsku

V oblasti vzdělávání a přípravy na povolání byla vytvořena široká škála projektů zaměřena zejména na mladé drogově závislé. Jmenuje se - Zpět do budoucnosti (implementována v Helsinkách v 1998-1999) a je částečně financována z integračního programu sociálního fondu EU. Projekt je zaměřen na přípravu na povolání a zlepšení pracovních schopností.

V oblasti zaměstnanosti nebyla vytvořena velká škála integračních projektů, proto některá reintegrační zařízení vytvořila vlastní malé projekty. Kalliola Clinics (klinika) poskytuje speciální služby asistence při hledání zaměstnání pro závislé, propuštěné z výkonu trestu.

Další aktivitou v oblasti zaměstnávání jsou workshopy pro mladé týkající se zaměstnání a uplatnění na trhu práce.

V oblasti bydlení existují tři druhy služeb, které mohou být drogově závislým poskytovány. Za prvé je možné požádat o finanční podporu jako součást všeobecných sociálních služeb. Za druhé existují speciální služby pro alkoholiky a drogově závislé. Za třetí v menší míře existuje bydlení speciálně pro drogově závislé.

Protidrogová strategie zdůrazňuje, že uživatelé drog, který se dostal pod policejní dohled a vyšetřování má být vždy poskytnuta vhodná léčba (zacházení), která má být alternativou trestu.

Vězeňská služba se spoluprací vhodných organizací připravila různé služby pro drogově závislé vězně a také pro osoby propuštěné z vězení. Programy ve vězení zaměřené na alkohol a drogy umožňují individuální rehabilitaci od hodnocení rehabilitačních potřeb až po začlenění propuštěné osoby do společnosti.

Rehabilitaci je taky možné uskutečňovat v otevřených institucích v případě, že zde vězeň začal léčbu už před příchodem do vězení.

NĚMECKO

ÚVOD

Kulturní kontext

Veřejné diskuzi v Německu dominovali v poslední době témata ekonomie, nezaměstnanosti, zdravotní a měnové politiky, a důchodců. Závislosti a zvláště pak nezákonné drogy byli těmito tématy zatlačeny do pozadí. Jediné co naopak vzbuzovalo pozornost veřejnosti bylo užívání marihuany, obzvláště pak na školách. Je možné též vyzorovat jisté strání hranic mezi legálními a nelegálními psychotropními látkami.

Vývoj pojetí drogové problematiky

V Německu probíhá termín „drogová politika“ postupnou změnou významu. Do konce minulého století, byly tímto pojmem označovány nezákonné drogy, které byly v centru politického zájmu. Ve věci alkoholu a tabáku, a ani pro „politiku závislosti“, zahrnující velký rozsah látek na nichž vzniká závislost žádná taková poměřitelná koncepce nebyla. Za posledních pár však poruchy přivozené legálními psychotropními látkami a běžné aspekty těchto látek (s ohledem na primární prevenci, nebo pacientů s mnohočetnou závislostí) upoutali ve zvýšené míře v centru politického zájmu. To je důvod proč se termíny „drogová politika a politika závislosti“ používali stále víc a nahrazovali tak termín „drogová politika“. Díky rozdílům

v politických cílech a strategiích pro legální a nelegální látky se tedy v Německu termín „*drug and addiction policy*“ užívá daleko více. Rozsah záběru se tedy rozšiřuje z originálního zaměření na látky související se závislostí na nebezpečné a škodlivé užívání a tím pádem na komplexní porozumění zdravotní politiky na látky způsobující poruchy a nebezpečí.

Národní strategie

V roce 2003, byl schválen národní „Action plan drugs and addiction“ jako základní rámec pro sledování politiky ve věci drog a závislosti v následujících 5 až 10 letech. Plán má přispět „ke dbání o zdraví a vyhnutí se, nebo přinejmenším snížení, zdraví poškozujícímu užívání“. Akční plán je založen na čtyřech pilířích národní drogové politiky (viz. Federální zmocněnec pro drogy). V akčním plánu je mimo jiné věnována velká pozornost i drogám legálním. Ve věci drog nelegálních je pak věnována pozornost specifickým problémům spojených s užíváním drog. Jde například o rizika infekce při nitrožilním užívání jako je žloutenka typu C nebo možné poškození mozku způsobené užíváním syntetických drog. Plán volá po prevenci nebo redukování konzumace těchto látek. Akční plán se též zaměřuje na specifické skupiny jako jsou děti již závislých rodičů, vysoce rizikové skupiny, řidiči atd., a nastartování opatření pro lepší zacílení skupin mladých například poradních služeb nabízených přes internet.

V rámci „Actionplan Drugs and Addicion“ je ustavena „The Council on Drugs and Addiciton“, ta se setkala poprvé v říjnu 2004. V této skupině se setkali ti jenž mají možnost činit důležitá rozhodnutí v záležitostech drog a závislosti na úřadech na federální a zemské úrovni. Skupina by měla v budoucnu sloužit pro lepší koordinaci a kooperaci.

Odpovědnost a financování

Odpovědnost za politiku drog a závislosti („drug and addiction“) je sdílána Federální vládou a Vládou spolkových zemí (VSZ). Federální vláda definuje zákonný rámec pro drogovou politiku a formuluje jisté standardy. Vykonávání těchto zákonů je pak v moci VSZ. Největší váha odpovědnosti za implementaci, obzvláště pak za financování, leží na VSZ, která může z rámci zákonných podmínek a obecných cílů nastavit rozdílné zaměření aktivit.

Financování léčby a rehabilitace je z velké části poskytována ze zdravotního a penzijního pojištění, které jedná jako nezávislé organizace pod veřejným právem. Proto nemají politická rozhodnutí přímý vliv na způsob financování s ohledem na jisté nabídky léčby. Financování skrz sociální pomoc je bráno jako náhražka. Cena sekundárních poruch způsobených užíváním drog a léčby a detoxifikace jsou všeobecně pokryty ze zdravotního pojištění, zatímco pacienti mimo a ve zdravotní rehabilitaci jsou placeni z fondů pojištění na stáří.

Organizace péče a pomoci

Pod Federálním ministerstvem zdraví a sociálního zajištění je od roku 1998 zřízena funkce Federálního zmocněnce pro drogy. Úkolem Federálního zmocněnce pro drogy je koordinace drogové politiky celé Federální vlády, na základě následujících pilířů: 1) prevence před užíváním drog 2) Poskytnutí poradenství a léčba uživatelů drog 3) Snižování rizik a pomoc zaměřená na poskytnutí podmínek k přežití.

Zdravotnické služby, a sociální práce obzvláště, jsou v Německu obstarávány na principu subsidiarity. Poskytnutí zdravotní péče je garantována všeobecnými i praktickými lékaři. Velkým podílem se pak na psychologické péči (podpoře) pro uživatele drog podílejí soukromé charitní organizace. Ty jsou podporovány z veřejných zdrojů – z národního, regionálního, městského rozpočtu – přičemž jsou vázány jistými kritérii. Pouze v několika výjimkách je vláda sama o sobě

poskytovatelem specifické pomoci a služeb pro osoby se závislostními problémy. V péči o mladé se tedy Německo spoléhá na kooperaci mezi vládními a nevládními organizacemi.

Soudní problematika

V případě soudního řízení tu je možnost jeho zrušení a to v případě držení malého množství drog pro osobní užití a pokud žaloba není veřejným zájmem. U soudů v různých částech země lze však vysledovat rozdílnou praxi. To je způsobeno tím, že každá spolková země může uplatňovat při uplatňování zákonů rozdílné regulace.

SKUPINA UŽIVATELŮ

Podíl drog ve skupině

Tři čtvrtiny ze všech uživatelů užívá heroin nitrožilně. Stejnou situaci, ale v daleko menší míře, můžeme vysledovat u kodeinu a kokainu. Všechny ostatní látky jsou užívány orálně nebo kouřeny. U heroinu nitrožilní užívání kleslo na 70.2% (2002: 72,2%; 2001: 68,4%; 2000: 69.5%). Methadon a kokain zůstali na stejné úrovni. U kokainu se čísla mírně zvýšila na 33.8% (2000: 29.7%; 2001:32.5%; 2002:32.8%). Nitrožilní užívání je na stále vysoké a stabilní úrovni, z čehož vyplývají i stabilně zvýšená rizika. Pohyb směrem k méně nebezpečnému vzorci nebyl nalezen.

Charakteristika skupiny uživatelů

V současnosti počty úmrtí spojených s užíváním drog klesají, což je viděno jako potvrzení dobrého nastavení strategie s ohledem na nitrožilní užití, speciálně pak v závislosti na heroinu. V plánu je udržet mix náhražkových nabídek a pomoci v přežití („survival aid“) na jedné straně a na straně druhé je to podpora závislých v záměru přerušit užívání.

Při výzkumech v roce 2003 konaných s uživateli závislými na užívání drog kteří projevíli vůli se léčit bylo z 38,285 ambulantních klientů 45% muži. Kolem 60% bylo mezi 15-30 lety. 88% bylo Německé národnosti, 3% byli ze sousedních evropských zemích a 9% z ne-evropských zemích, jako je Turecko nebo státy Sovětského svazu.

Dále se tyto výzkumy zaměřili na psychoaktivní látky a ukázali následující zjištění: 25.2% ze skupiny 18 až 59 let užilo drogu přinejmenším jednou v životě (2000: 21.8%). Z toho bylo 31.3% mužů (2000: 25.4%) a 18.9% (2000: 18.1%) žen. Míra zkušenosti s drogou je nejvyšší ve skupině 21-24 let, a to 45.1%. Výzkum užívající při dotazování časové období posledních 12 měsíců či 30 dní ukazuje hodnoty jiné, což je dáno tím, že daleko menší část lidí neužívá drogy pravidelně. Pro skupinu 18-59 let, je rozšíření 7.3% respektive 3.9%. Nejvyšší míra rozšíření byla nalezena pro všechny látky ve skupině mezi 18-20 rokem: 25.0% užilo drogu v posledních 12 měsících, 16.4% v posledních 30 dnech. Nejfrekventovanější skupinou v míře užívání je věková skupina 18-24 let: kdy jednou za život drogu užilo v roce 1980 15,4%, v roce to už bylo 2000-38,4%, a v roce 2003 44,2%. Za posledních 12 měsíců pak drogu v této skupině užilo: 1980 6,3%; 2000 22,6%; 2003 23,5%.

Sociální problémy způsobené konzumací drog

Při průzkumech v roce 2003 (viz. výše) bylo zjištěno následující: 39% klientů bylo na počátku léčení regulárně pracujících, školu pak studovalo kolem 8%. Mimo zaměstnání či trh práce bylo 44%. Zjištění ukazují na zvýšený nárůst nezaměstnaných v této části obyvatelstva (mezi pacienty), což je dáváno do souvislosti se stoupající celkovou nezaměstnaností. Tato tendence by mohla v budoucnu reprezentovat další rizikové faktory pro úspěšné dokončení

úspěšné terapie. Další otázka se týkala bydlení, kdy více jak 80% nastoupivších pacientů mělo stále bydlení a 13% z nich žilo v institucích (např. klinika, vězení).

Neboť je držení drogy nelegální, nejvíce důležitý negativní následek pro uživatele drog jsou trestní následky. Pod pojem „přímé ekonomicky motivované zločiny“ spadají všechny zločiny jež jsou spáchány pro získání narkotik, náhražky, či alternativní drogy. V roce 2004 to bylo 2,568 zločinů (2002: 2,807). Více jak 70% z těchto činů bylo spojeno s paděláním předpisů či krádeže předpisových formulářů.

Podmínky společenského rámce, pod nímž je užívání drog umístněno, ukazuje marginalizaci především intenzivních uživatelů drog.

Rizikové skupiny

Speciální pozornost je v Německu věnována problémové skupině náctiletých a mladých uživatelů drog mezi etnickými německými imigranty ze zemí východní Evropy. Federálním ministerstvem vnitřních záležitostí bylo zahájeno deset iniciativ zaměřených na specifické životní podmínky a prevenci závislosti mezi těmito skupinami lidí. Terapeuti a sociální pracovníci obdrželi speciální trénink zaměřený na práci s těmito klienty. Jsou též vyvíjeny speciální informační materiály a nabídky služeb v jazyku těchto přistěhovaleckých skupin.

Za rizikovou skupinu jsou též považovány děti, kdy více jak 2.5 milionů dětí pod hranicí 18 let vyrůstá v rodině kde je přinejmenším jeden rodič závislý na užívání drog.

Politika inkluze (reintegrace, rehabilitace)

Koncept sociální reintegrace v Německu

V německé literatuře (včetně národní zprávy) se uvádí termín reintegrace jako synonymum pro léčbu, což nesouhlasí s pojetím reintegrace jako posledního kroku v procesu léčby. Avšak publikace „*Zusammenstellung der Länderkurzberichte über die Situation im Suchtbereich*“ - *podává informace o možnosti tak zvaného chráněného bydlení*. Chráněné bydlení je míněno jako poslední fáze kompletního léčebného procesu, který je cílený na integraci bývalých uživatelů do společnosti. Chráněné bydlení je hlavní intervencí sociální reintegrace. Cílem je stabilizovat, zprostředkovat pomoc při orientaci a také poskytnout krizovou intervenci. Tato forma bydlení je určena klientům, kteří potřebují pravidelnou, ale ne permanentní péči expertů.

Národní kontext

Klíčový dokument v Německu je zpráva o závislosti a drogách, která zahrnuje poslední trendy v oblasti drog a formuluje cíle pro budoucí politiku. Dokument poukazuje na potřebu reintegrovaných závislých pomocí práce a zaměstnání a uvádí, že práce je jedním z preventivních faktorů sociálního vyloučení. Cílem objektivní a profesionální reintegrace je najít si zaměstnání - zajištění platby sociálního a penzijního pojištění. Jako další důležitý prvek je zmíněno nalezení vlastního bydlení.

Existují také reintegrační dávky financované ze speciálních fondů job-center a komunit, ale díky složité rozpočtové situaci bývají většinou těžko dosažitelné. Dále v Německu funguje asi 75 job- projektů pro zhruba 1000 drogově závislých klientů.

Národní zpráva uvádí, že reintegrace už není poslední článek v řetězci léčby, ale má být nabízena v každé fázi léčebného procesu. To znamená tendenci k individualizaci intervence tak, že například relativně dobře fungující drogově závislí nemusí projít veškerým léčebným procesem, ale mohou se zařadit rovnou do reintegrační fáze.

Zařízení pro sociální reintegraci

V Německu existuje systém zařízení pro léčbu drogových závislostí:

- detoxikační jednotky
- poradenská centra
- centra pro hospitalizaci pacientů
- centra pro ambulantní pacienty

Reintegrační zařízení jsou buď částečně-rezidenční nebo rezidenční kde pacienti tráví noc, participují na sezeních ve svépomocných skupinách, jiní pouze žijí v tomto uspořádání na čas bez podstoupení léčby.

Příklady projektů

Projekt MOVE - Motivierende Kurzintervention bei Konsumierende Jugendlichen (*Motivational swift interventions for young consumers*)

Institute: Ginko-Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW (*Ginko - NRW Regional Coordination Office for Addiction Prevention*)

Cílová skupina: Mladí konzumenti

Cíle: Zlepšení komunikace mezi dospělými a mladými lidmi o jejich specifickém chování (konzumaci drog) a rozvíjení profesionálního přístupu k diskusi. Zprostředkování motivace ke změně problematického užívání drog a k dohodě na konkrétních krocích, které mají být podniknuty.

Aktivita: Výcvikové kurzy a příručka. Každodenní kontakty s mladými jako forma systematické intervence.

Projekt-název Addiction skills training

Institute: Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Hamburg (*Hamburg Social Paediatric Centre*)

Cílová skupina: Týmy učitelů

Cíle: Výcvik učitelů k podpoře dětí a mladých lidí, aby se vyhnuli nebo překonali problémy s konzumací návykových látek

Aktivita: Nový deseti-článekový tréninkový výcvikový program vytvořen SPZ, je provozován ve dvou vzdělávacích institucích v Hamburku.

Projekt-název LOS – Leben ohne Sucht und Gewalt (*Life without addiction and violence*)

Institute: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz, Rotary

Club (*Bavarian Ministry of Health, Nutrition and Consumer Protection*), Rotary Club

Cílová skupina: Učitelé, ředitelé mateřských škol, rodiče

Cíle Rozšíření: implementace výukových metod zaměřených na prevenci závislosti a násilí

Aktivita: výcvik učitelů v metodách prevence závislosti a násilí; kulaté stoly pro personál a ředitele mateřských škol; rodičovské večery

ŘECKO

ÚVOD

Vývoj pojetí drogové problematiky

Nově byl ustanoven pojem „na droze závislá osoba“ místo termínu „drogová závislost“ který byl užíván předtím.

V různých zemích Evropy považovali za nezbytné převzít definici „drug problem“ preferovanou EU. V Řecku, povaha zacházení s daty přinutila definovat problémové uživatele jako lidi jejichž primární zneužívaná látka je heroin a kteří eventuálně vyhledají léčbu.

Soudní problematika

V poslední době byli přijaty zákony, poskytující mírnější tresty za užívání drog, a nezaznamenávání takového přestupku do záznamu za podmínky že v období 5 let nespáchají závažný přečin. To má za cíl vyhnouti se stigmatizace uživatele a usnadnění reintegrace.

Pro uživatele kteří vlastní drogy pouze v množství pro vlastní potřebu, pěstující marihuanu v množství a místech ospravedlnitelných pro vlastní potřebu, nemohou být odsouzeni na více jak jeden rok. Přestupek též není zapsán do záznamu pokud do pěti let nespáchají závažný zločin.

Nové zákony též umožňují, těm kdož se prohřešili, přístup do Speciálních léčebných jednotek, nebo do Speciálních vězeňských oddělení operujících pod záštitou zákonem povolených organizací. Tím nové zákony předchází stigmatizaci uživatelů drog a urychlují jejich sociální a profesionální integraci.

Národní strategie

Národním akčním plánem pro roky 2002-2006 byla nastavena opatření pro vyrovnaný rozvoj činností směřujících k redukci poptávky a nabídky drog, stejně tak opatření pro rozvoj a posílení kooperace mezi veřejnoprávními orgány. Byla též rozpoznána role občanské společnosti, společně s tím byli nastartovány kampaně ve snaze zvýšit veřejnou pozornost o tomto tématu. Nicméně v několika komunitách došlo k negativní reakci na zřízení a provozování léčebných jednotek, což je důkaz důležitosti spolehlivé a včasné informovanosti veřejnosti o potřebách systematického průzkumu potřeb a pohledu na věc místních komunit.

Na straně prevence byli implementovány informační vzbuzující programy pro vzbuzení pozornosti a též tréninkové kurzy. Na straně léčby byli dosavadní programy posíleny a nové byly projektovány tak aby pokryly rozdílné potřeby uživatelů drog. To vše vyjadřuje jeden z hlavních cílů Národního akčního plánu což je pluralita.

Odpovědnost a financování

Byl zřízen „Single Fund to Address Problems with Addictive Substance“, který je odpovědný za přidělení potřebných prostředků pro implementaci činů všech kompetentních ministerstev. Všechna ministerstva zapojená do implementace NAP (National Report of the Greek REITOX Focal Point) (2002) by měli zřídit skupinu, která se bude zabývat drogovou problematikou. Přitom NAP zamýšlí zřízení „Special Institute for Substance dependence and Drug Addiction“ a uspořádání a sloučení řecké legislativy ve věci drog. NAP, operující od roku 2002, je odpovědná Centrální protidrogové koordinační jednotce za koordinaci činností na poli redukce poptávky

Drogová problematika a věci s ní spojené jsou z hlavní části financovány Ministerstvem zdravotnictví a Sociálních věcí, dále pak z darů, sponzorství, dílen a produktivních workshopů. Ministerstvo kryje i většinu nákladů na terapeutické programy, neboť služby pro uživatele drog a jejich rodiny jsou bezplatné.

SKUPINA UŽIVATELŮ

Podíl drog ve skupině

Řecko patří mezi skupiny zemí, kde velké procento uživatelů hlásí jako primární látku zneužívání opiáty, resp. heroin. V 2003 to bylo 88.8.% všech kteří vyhledaly pomoc, následuje marihuana 7,7%, po ní hypnotika/sedativa 1,6,% a kokain s 1,4%.

Charakteristika skupiny

Výzkumy provedené mezi roky 1984 a 1998 ukázali, že nezákoně užívání drog vzrostlo v celoživotní prevalenci viditelně, a to ze 4% (1984) na 12.2% (1998). Nejvyšší celoživotní prevalence nezákoněho užití drog (kolem 22%) byla hlášena ve skupině mužů mezi 18-38 rokem, zatím co nedávné užití (posledních 12 měsíců) bylo hlášeno převážně mezi mladými dospělými ve věku 18-24 let (12.9%).

Skrytá populace, tedy ti jenž nekontaktovaly žádnou službu, se odhaduje kolem 19 000 (2003), a to v porovnání k 3637 kteří ji kontaktovali. Celková hodnota je tedy 22626, nezávisle na hlavní závislé substanci. Toto číslo je blízké odhadům z minulého roku (2002) 23532.

Nedostatek dat činí nemožným učinit přesnější odhad, či použít jiné zdroje (jako data policie, či nemocnic). Odhaduje se však, že ve věku 15-64, o který je největší zájmu, je rozsah populace odhadován na 17767 (13419 – 20563), což je velmi blízko číslu z roku 2002 tedy 18481 (15853 - 21652).

Většina uživatelů, kteří v roce 2003 vyhledali léčbu, si drogu aplikovalo přinejmenším jednou v životě nitrožilně v 78.3.%, a skoro polovina z nich 46.7% to udělala v posledních 30 dnech. Od té doby co je nitrožilní užití jedním z kritérií pro substituční program, se jeho praktikování stalo více běžným, v porovnání s uživateli drog ve „free programs and low-treshold services“. Ve výzkumech zaměřených na užívání drogy v posledních 30 dnech ji nitrožilně užilo 51% mužů a 43.1%žen. U mužů je to poprvé v průměrném věku 21 let, u žen 20. 57.7% nahlásilo že alespoň jednou sdílelo jehlu. V posledních 30 dnech to je 32.7%.

Výskyt hepatitis typu C je pro rok 2003 odhadován přibližně v rozsahu mezi 35.8% - 67.2%. Takto vysoký výskyt může být vysvětlen faktem, že více jak polovina vzorků je od klientů z metadonového programu – vzhledem k přístupovým kritériům jsou jeho klienti především starší, mají delší historii užívání a horší zdraví než klienti „drug free program“.

Sociální problémy způsobené konzumací drog

Nejčastěji byl pozorován společný výskyt poruchy osobnosti, a projevy nespolečenského chování. Nedávné studie ukazují na další rozvoj tohoto problému. „Psychiatric comorbidity“ byla diagnostikována u 19% klientů kteří dokončili substituční program v roce 2002. Stejná duální diagnóza byla pozorována v 2002 mezi uživateli drog na terapiích.

V roce 2003 byla vypracována studie pro potřeby zaměstnatelnosti a potencionálu uživatelů drog v rehabilitační fázi léčby, 13.1% těchto uživatelů bylo momentálně na léčbě

psychiatrických problémů, a 6.6% nahlásilo že bylo přinejmenším jednou v životě hospitalizováno s psychiatrickým problémem. 34.5% jich nahlásilo fyzické zdravotní problémy a 2.5% jich nahlásilo neschopnost po fyzické stránce.

Data o sociální exkluzi uživatelů drog, či ex-uživatelů hlásí řecká zpráva jako vzácná. Data ohledně zločinu spojeného s drogami nejsou žádná.

V roce 2003 byla provedena studie o možnosti zaměstnatelnosti dřívější uživatelů drog, zacílená na prozkoumání charakteristik spojených s exkluzí (demografické charakteristiky, historie užívání drog, pracovní zkušenosti / budoucnost) uživatelů drog a postoj zaměstnavatelů. Bylo zjištěno že tato skupina sdílí několik charakteristik které se mohou potencionálně stát překážkou jejich socio-ekonomické integrace a udělat ji náchylnou k exkluzi z pracovního trhu. Průměrný věk bývalého uživatele drog byl 35.3, to společně s relativně dlouhou dobou užívání drog (průměrná doba užívání hlavní látky – heroinu – je 12 let) během níž byla většina z uživatelů mimo pracovní trh, může vést k exkluzi a poté bránit jejich sociální a ekonomické neintegraci. Dalším faktorem je malé vzdělání kombinované s nedostatkem zkušeností a schopnosti. Pohlaví hraje roli též. Ženy mají vyšší vzdělání než muži (56.6% žen a 49.6% mužů má střední stupeň vzdělání, zatímco univerzitní vzdělání má 13.1% žen a 4.5. mužů). Přestože mají ženy více zkušeností a vyšší kvalifikaci než muži, mají větší problémy najít práci.

Při profesní a sociální neintegraci bývalých uživatelů drog je dalším klíčovým faktorem záznam v rejstříku trestu: 77.8% respondentů nahlásilo že bylo předvoláno před soud přinejmenším jednou v životě, a 37.9% mužů a 19.8% žen nahlásilo že bylo uvězněno. Co se ukázalo jako velmi důležité v procesu reintegrace jsou nevyřešená či odložená soudní řízení a žaloby za spáchané trestné činy. Čtyři z desíti, tedy 39,5% má odloženo vynesení rozsudku. Tato past upoutává k minulosti a nalezení práce či nalezení cesty k lepšímu životu dělá ještě těžší.

Politika inkluze (reintegrace, rehabilitace)

Sociální reintegrace v Řecku

Termín sociální reintegrace je v Řecku používán velmi frekventovaně a znamená hlavně aktivní snahu integrovat dříve závislé pomocí stabilního bydlení a obnovení vazeb s rodinou a přáteli. Obvyklé koncepty používané v literatuře pro intervence sociální reintegrace jsou následující:

- Centra sociální reintegrace (obyčejně částečně-rezidenční uspořádání – klient dostane ubytování přes noc a nedostane léčbu)
- Centra přípravy na povolání
- Zařízení sociální reintegrace (pro klienty v nebo po substituční léčbě)
- Podporované zaměstnání (grant pracovního trhu –pomoc se vstupem na prac trh)

Zařízení pro sociální reintegraci

Služby sociální reintegrace jsou poskytovány drogově závislým jako součást každé léčby, buď jako poslední fáze léčebného programu (jednofázový program), nebo v plně kvalifikovaných reintegračních centrech (multifázový program).

V současnosti v řecku funguje 14 specializovaných reintegračních center. Devět z nich vede KETHEA, dvě OKANA², a jedno organizace "18 ANO" (Státní psychiatrická nemocnice) a dvě vede Soluňská psychiatrická nemocnice.

Všechny reintegrační programy jsou ambulantní a jejich délka je od 12-24 měsíců.

Pomoc v oblasti bydlení

Většina reintegračních center poskytuje dobrovolně volitelné ubytování v hostelech, aby byly během léčby pokryty potřeby drogově závislých v oblasti bydlení. Dále je bydlení pro drogově závislé provozováno státními organizacemi, místními autoritami, nevládními a dobrovolnickými organizacemi.

Oblast vzdělávání a příprava na povolání

Důraz je kladen na zvýšení stupně vzdělání a celkové vzdělanosti. V návaznosti na tento cíl, se většina programů zaměřuje na:

- Doplnění mezer v základním vzdělání,
- Zlepšení vzdělání a poskytování další průpravy
- Akreditace kvalifikace školitelů participací na cvičeních

Existují čtyři specializované školící struktury pro bývalé uživatele drog

- a) Přečhodná škola pro adolescenty (KETHEA)
- b) Alternativní škola pro dospělé (KETHEA)
- c) Nápravný program (18 ANO)
- d) Škola pro uživatele drog v Soluňi (Soluňská psychiatrická nemocnice)

Dále v rámci léčebných programů ARIADNI, NOSTOS, ITHAKI, PAREMVASSI and DIAVASSI, vedených organizací KETHEA fungují výcvikové kurzy s cílem zlepšit klientovu kvalifikaci. Tyto vzdělávací intervence také obsahují přípravu na povolání, jako například kurzy internetu, výuka jazyků, kuchařství, fotografování, kosmetika apod. Zároveň skoro všechna reintegrační centra poskytují programy zaměřené na kariérové poradenství. Jako pokračování programu DIAVASSI funguje „Pracovní klub“, který zprostředkovává informace o možnostech zaměstnání, vyučuje dovednosti v hledání práce, pomáhá utvářet kontakty se zprostředkovateli práce a poskytuje informace zaměstnavatelům.

Oblast zaměstnanosti

Ministerstvo práce a sociálního zabezpečení ve spolupráci s Greek Labour Force Employment Organisation v kontextu svých snah bojovat proti sociální exkluzi nejvíce ohrožených skupin na trhu práce, pokračuje v poskytování speciálních forem podpory pro vytvoření nových pracovních míst a sebezaměstnávání mladých. Formy podpory jsou v souladu se směrnicemi Národního akčního plánu zaměstnanosti a jsou adresovány kromě jiných také drogovým uživatelům v léčbě, bývalým drogovým uživatelům a bývalým vězňům.

Další služby

² OKANA provozuje tři sociálně reintegrační zařízení. Jedno se jmenuje Centrum pro přípravu na povolání a má kapacitu 90 míst. Druhé sociálně-reintegrační centrum má kapacitu 50 léčebných míst pro klienty s ukončenou substituční léčbou. Třetí reintegrační centrum je v západním Řecku a má kapacitu 30 míst a je určeno pro klienty, kteří dokončili ambulantní terapeutickou léčbu.

Aby mohlo být dosaženo hlavního cíle reintegračních služeb, tj. znovuoobnovení fungování klientů v sociální realitě, všechny programy poskytují dodatečné služby:

- Individuální a skupinové terapie zaměřené na psycho-emocionální podporu a sociální motivaci uživatelů

- Semináře prevence relapsu

- Rodinná poradenská terapie;

- Skupinové psycho-výchovné aktivity (jako sport, divadlo, atd.).

Navíc v Řecku funguje organizace anonymních narkotiků - NA (Narcotics Anonymous) zastoupena 15 různými skupinami v 5 městech.

ČESKÁ REPUBLIKA

ÚVOD

Kulturní kontext

Možnost přístupu k legálním drogám jako jsou tabák a alkohol je popisován jako velmi vysoká a to i mladistvím. Výzkumy též ukazují zvyšující se toleranci v jistých skupinách k drogám nezákonným. Ve čtrnácti krajích České republiky lze vyzorovat značné rozdíly ve výskytu sociálních a zdravotních rizik, což souvisí s rozdílnou zdejší náklonností k užívání nelegálních drog. Legislativní zajištění implementace drogové politiky není dostačující neboť se stále zakládá na zákonech před lety 1989.

V politice nelze vysledovat jednotný přístup k drogové problematice, neboť jednotliví politici se v této problematice vyjadřují na základě svého osobního přístupu a nikoliv na základě prohlášení politické strany ke které náleží.

Národní akční plán ve věci drog a závislosti

2000 do roku 2004 byla každým rokem implementována Národní strategie drogové politiky, která byla přijata vládním dekretem č.1045, v roce 2000. Orgány EU přitom ocenili současnou drogovou politiku a systém koordinace jako příkladně dobrý. Hlavním problémem však zůstává legislativa, podcenění a bagatelizování témat spojených s užíváním všech návykových látek, obzvláště pak u alkoholu a tabáku. Přetrvává i velká politizace tématu, která vede k populistické diskuzi, jejíž výsledkem jsou rozhodnutí nezaložená na profesionálních argumentech.

Základní východiska Národní strategie protidrogové politiky 2005 - 2009

Problém užívání drog

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 bude při řešení problému užívání drog vycházet z konceptu Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století, podle nějž představuje užívání drog problém ohrožení veřejného zdraví. Jde zejména o jeho možné nepříznivé sociální, zdravotní, trestněprávní, bezpečnostní a ekonomické dopady, jež mohou nepříznivě ovlivňovat zdravý vývoj jednotlivců i společnosti v širším společenském kontextu.

Protidrogová politika

Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření včetně vymáhání práva uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Jejich konečným cílem je snížit užívání všech typů drog a/nebo potenciaální rizika a škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku jejich užívání nastat.

Základní přístup k řešení problému užívání drog

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

Těmi jsou snižování nabídky drog (*kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné distribuce ilegálních drog*), snižování poptávky po drogách (*primární prevence, léčba a resocializace uživatelů*) a snižování rizik s jejich užíváním spojených (*harm reduction*). Tyto strategie jsou vzájemně nezastupitelné a doplňují se.

Hlavní principy protidrogové politiky ČR

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

Specifické cíle

- I. Stabilizovat případně snížit počet problémových uživatelů drog.
- II. Zastavit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních a nelegálních drog.
- III. Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými mladými lidmi.
- IV. Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost.
- V. Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace.
- VI. Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog pro obecnou populaci a zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů.

Odpovědnost a financování

Za přípravu národní drogové politiky je zodpovědná vláda. Jejím hlavním poradcem v této věci je „The council of the Government for Drug Policy Coordination (RVKPP). RVKPP bylo ustanoveno v roce 1993 a mají v něm zastoupení všechna relevantní ministerstva. Je odpovědný především za sběr, analýzu distribuci informací, do čehož spadá v vydávání Výroční zprávy.

Koordinace aktivit jde skrz síť čtrnácti regionálních koordinátorů, jejichž možnosti, kapacita a kompetence se liší kraj od kraje. Regiony pak implementují své vlastní strategie a plány podle místní situace. I přes tuto heterogenitu se podařilo jisté aspektech harmonizovat.

K financování dochází ze dvou zdrojů, centrální a místní. Na centrální úrovni to jsou Ministerstvo zdravotnictví, které převážně zaměřuje na financování detoxifikace, chod poradních programů pro ambulantní klienty ve věci drogové závislosti, dlouhodobé léčení a resocializační programy, programy zabývající se minimalizací zdravotních rizik mezi uživateli drog a k podpoření současných substitučních programů. Ministerstvo vzdělání, které se zaměřuje na preventivní programy. Ministerstvo práce a sociálních věcí financuje běh nízkoprahových center, terapeutických komunit, a přesahových programů pro uživatele drog. Ministerstvo financí pak financuje materiální zajištění a výdaje spojené s provozním výzkumem. Ministerstvo spravedlnosti se finančně podílí na zajištění služeb souvisejících s uvězněním uživatelů drog. Na místní úrovni jsou tak správní celky dané oblasti podílející se na financování prevence a běhu místních programů spadajících do jejich kompetence.

Soudní problematika

Je zdůrazněna potřeba rekodifikace kategorizace drog podle úrovně rizik spojených s jejich užíváním. Mělo by též přistoupit k definování postihů za držení těchto drog.

V roce 2004 byli upraveny podmínky určující postih a odpovědnost u náctiletých a dětí pod 15 let, kdy je nutné aplikovat speciální přístup a řešit každý případ individuálně tak aby bral v úvahu osobnost adolescenta a okolnosti za kterých se přečin stal. V rámci trestu tak může být vynese rozsudek zahrnující vzdělávání či další ochranné prostředky prevence. Při vynášení rozsudku by též soudci měli přihlížet k faktu že přečin se stal díky závislosti na určité látce.

Ve věci možnosti držení drog přetrvává rozdílná interpretace termínu „množství větší než malé“ které nebylo dosud přesně definováno. Soudy přitom nejsou povinny následovat instrukce vydané Policejního prezidia nebo úřadu Vrchního soudu.

PROBLÉMOVÁ SKUPINA

Současná situace

V české republice je problémové užití drog definováno jako injekční užívání či užívání opiátů a amfetaminu.

Výzkumy Centra pro výzkum veřejného mínění z roku 2003 ukazuje, že netolerance veřejnosti směrem ke skupině uživatelů drog je jedna z největších (společně s alkoholiky a Rómským etnikem).

Výzkumy potvrzují všeobecný trend kdy na jedné straně dochází ke zvýšenému experimentování, občasném užívání a tolerance u marihuany a extáze, a straně druhé stagnaci či mírnému poklesu v užívání drog způsobující vážné zdravotní problémy. Výzkumy z roku 2002 říkají že skoro 20% populace v rozmezí 15-64 let má zkušenost alespoň jednou za život s nezákonnou drogou.

V závislosti na metodě odhadu je průměrný počet problémových uživatelů drog odhadován mezi 21,000 do 38,000 (z toho 11,000 uživatelů heroínu a 19,000 uživatelů pervitinu). Přibližně 29,000 užívá drogu nitrožilně.

Přibližně 60% problémových uživatelů drog je v kontaktu s nízkoprahovým zařízením. Údaje o léčených uživatelích drog naznačují že nejčastěji jsou léčené osoby jsou mez 22 a 25 rokem života, přitom poměr mezi muži a ženami je 1:2. Podíl nitrožilních uživatelů mezi těmi kdo se léčí se liší podle typu zařízení, obecně je to mezi 50% u ambulantně léčených pacientů, více jak 60% u nízkoprahových zařízení, a 80%-90% při léčbě prezenční.

Procento léčených uživatelů aplikujících si drogu nitrožilně je u pervitinu stabilně mezi 80%-90%. Bylo však hlášeno i nitrožilní užívání rozdrčených tablet Alnagonu a Rohypnolu, či jiných léků. Průměrný věk klientů léčebných programů se postupně zvedá. V případě marihuany, halucinogenů a inhalačních látek jde o skupinu mezi 18-19 lety, u opiátů a stimulantů jde běžně o skupinu 22-26 let. Sedativa, hypnotika a alkohol jsou nejvíce běžné mezi pacienty ve věku 30 -39 let.

V roce 2002 byli provedeny výzkumy ohledně sdílení výbavy pro aplikaci drog. Vykázaná data ohledně sdílení za poslední 3 měsíce se liší a to v rozmezí od 25% do 51%. Pokud jde o celoživotní zkušenost je to od 49% do 91%. Sdílení jehel bylo nepříjemné pro 40% respondentů.

Charakteristika skupiny uživatelů

Průzkum mezi 8,522 žadateli o léčbu v roce 2004 ukázal na následující skutečnosti: v průměru (všichni klienti žádající o léčbu) 8% z nich bylo bez domova a 4,7% žilo v zařízeních

jako jsou např. diagnostické a vzdělávací zařízení, terapeutická komunita, vězení či azylový dům. Společně s opakovanou léčbou se projevuje stále horší stav ve věci bydlení, v porovnání s těmi kdo žádají o léčbu poprvé. Mezi nimi je běžná spíše nezaměstnanost či jen příležitostné práce. Pozornost též upoutá skutečnost, že základní stupeň vzdělání dokončilo kolem 55% z žadatelů.

V roce 2003 bylo na léčení registrováno 8,522 klientů (68,8% mužů a 31% žen), přitom 4,158 z nich o léčbu žádalo poprvé. Bylo to poprvé od roku 1997 co méně požadavků na léčení než minulí rok. To podle odborníků odráží pokles u užívání opiátů a stimulantů. Nejvíce o léčení žádala skupina mezi 20-24 roky. Mezi těmi kdo žádali o léčbu poprvé byla nejvíce reprezentována skupina mezi 15-19 roky. Průměrný věk těch kteří žádají o léčení se zvýšil z 23,4% v roce 2002 na 23,6% v roce 2003. Mezi léčenými je 53,47% uživatelů stimulantů, 25% uživatelů opiátů, a 16,5 uživatelů marihuany. Z těch co zažádali o léčbu poprvé je 55,5% uživatelů stimulantů, 23,6% užívá marihuanu a 15,8% užívá opiáty. 70% těch co žádají o léčbu nahlásilo nitrožilní užívání drogy.

Ryzikové skupiny

Podle „2004-2006 Národního akčního plánu pro sociální integraci“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2004) se sociální exkluze týká pouze vybraných skupin Rómského etnika. Do projektu je zapojeno 81 rómských skupin, které se zaměřují na problematiku drog. Zaměřili se obzvláště na nezaměstnatelnost, pití, nedostatečnou hygienu, negramotnost, lichvářství, prostituci, hazard, kriminalitu a kvalitu bydlení. Na konci roku hlásilo 58 komunit problémy spojené s drogami. Z výzkumů též vyšlo, že Rómové začínají s užíváním drog dříve než většinová společnost a na převládá spíše užívání heroin (u většinové spol. je to pervitin). U Rómského etnika se často vyskytuje situace kdy drogou je postižena celá rodina, a tak je daleko větší riziko mezigeneračního přenosu. Rómští uživatelé mají přitom méně zkušeností, v porovnání se skupinou uživatelů z většinové společnosti, s léčbou. Pokud nějaké mají tak je to velmi často pouze z veřejných zdravotních zařízení jako jsou psychiatrická oddělení, což může vést k odrazení od další léčby. Rómští uživatelé mají též méně zkušeností s nízkoprahovými zařízeními.

Politika inkluze (reintegrace, rehabilitace)

Národního akční plán sociálního začleňování na období 2004-2006

Zde chceme poukázat na to, že v Národním akčním plánu sociálního začleňování je drogová problematika zmiňována jen okrajově. Popisuje skutečnost, že dochází k celkovému nárůstu užívání téměř všech druhů omamných psychotropních látek a několik dalších skutečností, které jsme již zmínili při popisu stavu v ČR. Dále už se NAPSZ drogové problematice nevěnuje.

Nejvíce informací o vztahu drogové problematiky a sociální exkluze a inkluze můžeme najít v dokumentu Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2004, ze kterého jsme též čerpali v úvodu.

Opatření v oblasti sociálních souvislostí a důsledků užívání drog

Následná péče o uživatele drog a jejich sociální reintegrace je v ČR zajišťována především prostřednictvím programů chráněného bydlení a strukturovaných programů ambulantní následné péče.

Oblast resocializace a následné péče.

Je otázkou, zda-li slovo resocializace vystihuje cíl léčby osob závislých na drogách. Jedná se spíše o sociální začleňování (inkluze) uživatelů drog, které je podmíněno získáním či obnovením sociálních dovedností a přijetím společností sdílených sociálních norem. Právě sociální začleňování je klíčovým momentem v léčbě závislostí. Tradičně je u nás přeceňována samotná abstinence jako jediný možný cíl léčby. Pokud se však nepodaří pomoci závislému vytvořit odpovídající podmínky pro udržení jeho abstinence, nebude efektivita práce léčebných programů příliš vysoká. Abstinence je nezbytným předpokladem úspěšné intervence a léčby u závislých osob. Avšak konečným cílem musí být především jejich sociální začlenění, tedy plnohodnotné zapojení závislých do podmínek běžného života, kde jsou brány na zřetel nejenom potřeby společnosti, tj. abstinence od užívání ilegálních drog, nepáchání trestné činnosti, snížení potencionálních zdravotních rizik s užíváním drog spojených apod., ale i potřeby klienta, který si především přeje žít spokojený a plnohodnotný život. Ne náhodou je kladen v prevenci relapsu velký důraz na optimalizaci a stabilizaci životního stylu uživatelů drog. Ta se jeví jako jeden ze základních úkolů následné péče.

Pokud je hlavním cílem práce s uživateli drog jejich sociální začleňování, je nezbytné provádět kvalitní sociální práci a intervence již ve službách minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a především pak v léčebných programech denních stacionářů, psychiatrických léčeben a terapeutických komunit. Zahraniční výzkumu nasvědčují tomu, že pokud nedílnou součástí těchto léčebných programů není kvalitní sociální práce, jejich efektivita se snižuje až o 80%.

Služby následné péče a doléčování

Sociální služba poskytující následnou péči osobám s chronickou psychickou poruchou a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ambulantní nebo rezidenční léčbu nebo které od užívání těchto látek abstinují. Služba zahrnuje sociální, léčebnou a pracovní rehabilitaci - tj. strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, chráněné bydlení a programy pracovní rehabilitace. Cílem služby je podporovat klienty v dosažení samostatnosti, jejich stabilizace v procesu sociálního začleňování a pomoc obstát v podmínkách běžného života. Odborné programy následné péče a doléčování pro uživatele drog, kteří prošli již jinými formami pomoci a léčby (kontaktní práce, terapeutické komunity) znamenají pokračování v jejich cestě zpět k plnohodnotnému životu bez drog. V rámci bio-psycho-sociálního pojetí drogové závislosti není očekávaným výsledkem léčby pouze abstinence, ale také dosažení a udržení změn ve způsobu chování ve vztahu ke drogám a jiným maladaptivním vzorcům chování, které pak umožňuje zapojení klienta do jiných běžných sociálních systémů (škola, práce, rodina). Úkolem programů následné péče je dokončit a završit proces terapie, tj. pomoci klientům stát se postupně nezávislými na poskytovaných službách (instituci) a kompetentně žít samostatný život. To znamená zejména:

- řešení vztahových a rodinných problémů
- řešení otázek spojených s prací, pracovním uplatněním, kvalifikací
- řešení otázek spojených s bydlením
- uspokojování duchovních potřeb a vytváření hodnotového systému
- samotné přijetí sociální normy

Odborníci ze služeb pro uživatele drog uvádějí jako efektivní tyto typy intervencí:

Sociální práci,

jako nezbytný nástroj při řešení velmi rozmanitých problémů z minulosti uživatelů drog (konfliktů se společností) a při jejich začleňování do podmínek běžného života. Kvalitní sociální práce je nedílnou složkou spektra odborných intervencí u drogově závislých v každém komplexu služeb pro tuto cílovou skupinu. Především jde o sociální, právní a pracovní poradenství. Sociální práce by měla vést k posílení těch schopností klienta, které povedou k jeho sociálnímu začlenění a k samostatnému fungování v kontextu našeho sociálního systému.

Služby ucelené pracovní rehabilitace,

smysluplná práce a osvojené pracovní návyky přispívají ke zvýšení sebevědomí uživatelů drog prostřednictvím zážitku úspěchu a jsou zásadním a výrazným milníkem na jejich cestě stát se právoplatnými členy společnosti a začlenit se tak do běžného každodenní pracovního života.

Domy na půl cesty,

vlastní léčba probíhá často v terapeutických komunitách záměrně situovaných do malých vesnic vzdálených od míst původního bydliště klientů a není proto reálné, aby si během základní léčby našli samostatné bydlení. Návrat do podmínek běžného života mimo komunitu, kde klient nemá bydlení a musí řešit mnoho problémů, je z hlediska potenciálního relapsu velmi rizikový. K tomu je třeba brát na zřetel často narušený rodinný systém klienta, kdy je vhodné pracovat na jeho separaci od primární rodiny.

Práci s rodinnými příslušníky,

pokud se podaří do léčby uživatelů drog zainteresovat celou rodinu nebo alespoň její část, výsledná efektivita celého procesu se výrazně zvyšuje. Když rodiče sdílejí cíle léčby klientů, zapojí se do ní a podílí se tak i na výsledku celého procesu jejich postupného uzdravení.

Nabídku volnočasových aktivit,

které učí klienta kvalitně využívat a hospodařit s volným časem, "užívat si bez užívání drog" a jsou významnou uvolňující protiváhou k povinnostem, jejichž zvládání a problémy s tím spojené často bývají příčinou stresů klienta a tím i rizikem relapsu.

Podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii,

jako "terapii každodenního života", která se zaměřuje na praktickou podporu dosažení a udržení změn v rizikovém chování klienta. Důležitou pomocí je pro něj i porozumění a akceptování své nové role abstinenta.

Lékařskou péči,

protože poskytuje klientovi podporu a aktivizuje jeho zájem a péči o své zdraví, resp. včasné vyhledávání zdravotní poradenství či lékařské péče. Napomáhá klientovi přijmout skutečnost, že jeho celková rekonvalescence je dlouhodobý úkol, který vyžaduje s jeho aktivní spoluprací.

Doporučení pro ČR po srovnání problémů a přístupů jednotlivých států

Přístup ke drogové problematice

Celkovému přístupu k problematice drog a závislosti nepřispívá již nesystematický přístup politiků, který jen upozorňuje na předání problematiky drog do rukou odborníků, kteří nebudou ve svých rozhodnutích tlačeni osobními preferencemi. Z něho se pak odvíjejí další problémy na které bude doporučením upozorněno dále.

Jedním z nich je neexistence politického dokumentu pojednávající výlučně o sociální reintegraci drogově závislých, tak jak je to ve Finsku. Vytvoření takového dokumentu by u nás mohlo dopomoci k centrálně vedenému systému péče o tuto skupinu osob.

Z Řecka jde v této oblasti zařadit doporučení na nezanedbání podpory veřejné debaty a osvětových akcí na téma drogové problematiky. Můžeme tak předejít, případnému odmítnutí zřízení zařízení pro léčbu místními občany, tak jak se v Řecku již jednou stalo.

Organizace a financování

Zde nám může jako vzor sloužit Německo, kde i přes vysoký počet spolkových zemí se zvýrazněnými pravomocemi ve věci výkonu drogově relevantní politiky, můžeme vyzorovat jednotný postup. To je způsobeno především dodržováním na státní úrovni stanovených směrnic.

Ruku v ruce s organizací jde i financování, které je u nás roztržštěné mezi jednotlivá ministerstva. Za vzor nám mohou sloužit jak německý model kde je, když ne jeden centrální poskytovatel, tak alespoň jeden většinový poskytovatel z řad ministerstva. Druhým inspirujícím postupem je případ Finska, kde je zřízen jeden fond, který je odpovědný za přidělení potřebných prostředků pro implementaci programů a strategií. To by zřejmě umožnilo lepší koordinaci výdajů a sledování toku peněz, z čehož by šlo lépe vyjádřit možnou účinnost jejich vynaložení.

U nás je sice zřízen RVKPP, ale jeho povinností (a pravomocí) je pouze sběr dat a jejich vyhodnocování.

Soudnictví

Alarmující je legislativní zajištění implementace drogové politiky neboť je odkázána na zákony před rokem 1989, které dostatečně nepostihují současnou tendru a situaci. Též je potřeba kategorizace drog podle úrovně rizik která jsou s jejich užíváním spojena. Pro další postup v této problematice bude též důležité konečné řešení definice termínu „množství větší než malé“, které není dostatečné.

Inspirující mohou být v této věci řecké zákony věnující se mírným trestům v případě užívání drog a možnost nezaznamenání tohoto přestupku, pokud v období 5 let není spáchán žádný závažný přečin. Jako dobrá příležitost pro zpětnou reintegraci a předcházení stigmatizace mohou být viděny i zákony, které umožňují umístění odsouzeného do speciálních vězeňských oddělení operujících pod záštitou zákonem povolených organizací.

Dobrým příkladem může být též i finská praxe ohledně poslání obžalovaného z majetkových deliktů, ale souvisejících s drogovou závislostí, na léčbu do instituce mimo vězení.

Soudnictví je jedním ze základních kamenů při budování úspěšných programů pro reintegraci exkludovaných skupin. Jde o rozetnutí bludného kruhu, kdy jen samotné držení drogy pro osobní užití je možno klasifikovat jako trestný čin.

Důležitý je řecký postřeh v této věci je odkládání soudních řízení či trestů, kdy je nahlášeno že tato situace se týká až 39,5%. Je důležité se této situace vyhnout neboť při tomto odkladu je odložen (znemožněn) i samotný proces resocializace.

Rizikové skupiny

V této oblasti se česká odborná pomoc může vydat cestou Německa s zaměřením se i na skupinu imigrantů, hlavně z bývalých Ruských republik. Česká iniciativa k zapojení Rómského etnika je tedy dobrým směrem. Avšak vzhledem k tomu, že se z naší země stává (a stále více bude) cílové místo mnoha emigrantů z jiných, převážně pak východních zemí, neměli bychom tuto skutečnost podcenit. Doporučením tedy může být včasné zahájení iniciativ nastavených na specifické životní podmínky těchto skupiny, a které budou též odrážet (respektovat) její kulturní vzorce. Jen tak může dojít k včasnému rozpoznání, a tedy i větší úspěšnost zaručující, řešení problému.

Léčba a reintegrace (inkluzí)

Přítěžující je v tomto pohledu pro Českou republiku skutečnost, že drogová problematika je v Národním akčním plánu sociálního začleňování zmiňována jen okrajově.

Jak v Německu tak ve Finsku dochází ke splývání pojmu léčba a reintegrace, kdy jde většinou o zařízení které se zabývají jak léčbou svých klientů tak jejich postupnou resocializací během léčby. Inspirovat se lze v německém pojetí, které uvádí práci jako jednu ze základních proměnných ve věci sociální exkluze. Jde hlavně o job-projekty, které poskytují pracovní příležitosti a tudíž i možnost snazší reintegrace. I u nás však může nastat problém s financováním této aktivity, což je v současné finanční situaci země velmi pravděpodobné. Za povšimnutí stojí i skutečnost, že v Německu není reintegrace řazena na konec řetězce léčby, ale může být prováděna kdykoliv během ní.

Dalším dobrým příkladem v této věci je finské zřízení a dobré zajištění sítě zařízení starající se o lidi opouštějící vězení, se zvláštním zaměřením na ty u nichž je známá náchylnost k rizikovému jednání. Tyto zařízení mohou posloužit jako prevence a zároveň jako resocializační instituce.

LITERATURA:

- Classifications of drug treatment and social reintegration and their availability in EU Member States plus Norway - FINAL REPORT; 2002
- Následná péče v protidrogové prevenci; <http://www.mpsv.cz>
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2009; www.vlada.cz
- Národní akční plán sociálního začleňování na období 2004-2006; www.mpsv.cz
- 2004 National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point – Czech Republic
- 2004 National Report to the EMCDDA by the Finnish National Focal Point, STAKES
- 2004 National Report to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point - GERMANY
- 2004 National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point - GREECE
- New Development, Trends and in-depth information on selected issues
- Mravčík, V.: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v r. 2004*, Praha: Úřad vlády České republiky, 2004; ISBN 80-86734-59-5 (česká verze);