MASARYKOVA UNIVERZITA
FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ
Katedra sociální politiky a sociální práce

Seminární práce do předmětu SPP416 Sociální vyloučení a politika sociální inkluze

Téma: Sociální vyloučení drogově závislých

Vypracovali: Petra Crlová, učo 231100
Dagmar Koláčková, učo 231096
Pavel Řezáč, učo 78947

Sociální vyloučení a narkomani

Úvod

Pro naši seminární práci jsme si jako cílovou skupinu vybrali drogově závislé, neboť nás tato problematika zajímá a během našeho studia jsme se již s řešením případů toxikomanie několikrát setkali. Vědomosti získané během předchozích studií se budeme snažit plně využít a aplikovat i v této práci.

Narkomani spadající do takzvaných marginálních skupin se vždy potýkají s aspekty sociálního vyloučení, ať už přímo či nepřímo, více či méně. V naší eseji se pokusíme o nastínění situace narkomanů v některých dimenzích běžného života.

Toxikomanie, závislost na drogách je společenským jevem, který se u nás rozmohl v devadesátých letech 20. století, což úzce souvisí s koncem komunistické vlády u nás a následným otevřením hranic směrem na západ. Tato závislost byla definována Světovou zdravotnickou organizací a od roku 1969 se sousloví drogová závislost stalo často používaným pojmem. Primárně lze drogy rozlišovat na měkké a tvrdé. Dělení drog vychází z toho, do jaké míry jsou jak které drogy návykové a jaké následky jejich dlouhodobější užívání vyvolává. Mezi měkké drogy lze zařadit stále více populárnější marihuanu a hašiš, mezi drogy tvrdé pak například heroin, kokain, pervitin.[1]

Každý člověk, který drogu vyzkouší, má nějaký motiv k tomuto jednání. Většinou je to touha po experimentu, po poznání nepoznaného, zakázaného. Pak již záleží na okolnostech a na člověku samotném, jak se jeho budoucnost s drogou nebo bez drogy bude vyvíjet.

Člověk v tíživé životní situaci hledá únik od problémů a pokud kolem sebe nemá přátelé, rodinu nebo zázemí, které mu ze svízelné situace pomůže, často své vysvobození nachází ve spojení s drogou. Když se člověk ocitne ve skupině narkomanů, o to snadnější je propadnutí závislosti. Do skupiny lidí, která sdílí jednu vášeň, společný trend, má společné ideály, se člověk snadněji integruje a přijme názory a chování party za své vlastní. Sociální práce s narkomany je specifická a hodně náročná, protože je nutný interdisciplinární přístup k takovémuto sociálnímu případu. Zcela nepostradatelnou se stává spolupráce různých odborníků, počínaje psychology, speciálními pedagogy, protidrogovými koordinátory, zdravotníky a streetworkry konče. Drogy totiž nejsou spojeny jen se závislostí, ať už psychickou anebo fyzickou, ale jsou především spojeny s nebezpečnými nemocemi, které v konečném důsledku neohrožují jen uživatele drog samotné, ale stávají se nebezpečnými i pro lidi, kteří se nepřímo a někdy nechtěně dostávají do kontaktu anebo do blízkosti drogově závislého jedince. Mezi typické nemoci narkomanů lze zařadit absces, hepatitidy, AIDS. Je samozřejmé, že nakažení nemocí se odvíjí částečně od způsobu aplikace drog. Kouření způsobuje celkové onemocnění dýchacího systému, šňupání vyvolává časté záněty nosohltanu, krvácení z nosu a při nitrožilní aplikaci (intravenózní) může dojít k infekčním zánětům končetin až k následné otravě krve. Léčení je velmi zdlouhavé a hlavně finančně nákladné. Některé z nemocí, pokud se vůbec dají vyléčit, způsobují člověku trvalé následky.

[1] srov.: Pokorný, V.: Prevence sociálně patologických jevů, Brno: Nakladatelství ústavu psychologického poradenství a diagnostiky r.s. Brno, 2003, s. 74-81.

Stupně závislostí na drogách [2]

- **experimentální užívání drogy** – nepravidelné zkušenosti s drogou, při kterých nejsou patrné důsledky užívání.

- **příležitostné užívání drogy** – droga se užívá maximálně jedenkrát za týden, užívání drogy je jako součást životního stylu, následky účinku drogy se objevují jen těsně po užití, a proto jsou užívány.

- **pravidelné (škodlivé) užívání drogy** – droga je užívána více než jedenkrát týdně v pravidelných dávkách, následkem užívání drog se postupem času projevují jejich škodlivé účinky na organismus člověka.

- **problémové užívání drogy** – užívání je pravidelné a ovlivňuje člověka při zvládání jeho každodenních povinností, jsou patrné zdravotní následky vlivu drogy, v této fázi je droga užívána často nitrožilně. Člověk selhává při pracovních činnostech, stává se nezodpovědným a má laxní přístup k povinnostem.

- **závislost na droze** – člověk podřizuje své chování a jednání získání a užití drogy, organismus člověka je drogou devastován, což je zjevné na zhoršeném fyzickém vzhledu, v této fázi závislosti se člověk dostává do sociálních problémů a droga řídí život jedince. Člověk potřebuje pomoc specialisty.

Sociální prevence

Prevence nám slouží k předcházení řešení akutních problémů spojených nejen s užíváním drog. Nikdy by se neměla zanedbávat a hlavně by se o ní měli dozvědět děti již v útlém věku, tím máme na mysli nejen středoškoláky, ale i žáky druhých stupňů základních škol. Dobrá informovanost o důsledcích užívání drog minimalizuje šíření toxikomanie.

- **primární prevence** – základní ochrana před negativními jevy zaměřená především na děti a mladistvé. V této fázi není nikdo bezprostředně ohrožen sociálně patologickým chováním jedinců. Do primární prevence můžeme zahrnout různé informační letáky, přednášky na školách apod. Tento stupeň prevence by se neměl zanedbávat.

- **sekundární prevence** – týká se těch jedinců, u nichž je velká pravděpodobnost kontaktu s rizikovou skupinou lidí. Druhý stupeň prevence je zaměřen hlavně na mladistvé z dysfunkčních rodin, ve kterých je jeden z rodičů např. alkoholik, gambler. Může jít i o rodiny, ve kterých se objevila šikana, domácí násilí. Zde je již nutný konkrétní zásah sociálního pracovníka.

- **terciární prevence** – se nabízí člověku, který si dostatečně neosvojil (anebo mu nebyly poskytnuty) informace z primární prevence a u kterého ztroskotaly snahy sociálního pracovníka o minimalizování problémů v rámci druhého stupně prevence. Tito lidé se stávají nositeli sociálně patologických jevů. Zde již nemůžeme mluvit o předcházení, ale spíše o snaze o minimalizování asociálních projevů v chování. Takovýto člověk se stává klientem, který potřebuje pomoc profesionála k tomu, aby se

[2] srov.: Matoušek, O.: Sociální práce v praxi, Praha: Portál, 2005, s. 212.

mohl vrátit do normálního života (typickým příkladem jsou recidivisti, kteří si odpykali trest ve vězení a snaží se začlenit do společnosti). Někteří lidé si svou bezmoc uvědomují a odbornou pomoc se snaží vyhledat sami. Ti, kteří ve formální prostředí institucí s úředníky nevěří, mají šanci, že si je streetworkr vyhledá v jejich přirozeném prostředí. Kontakt neprobíhá za žádných dramatických okolností a nucenou formou. Streetworkr pomáhá lidem, kteří chtějí změnit svůj život, ale nemají odvahu přijít do formálního prostředí organizace a poradit se s odborníky. Streetwork ukazuje, že pomoci se dá i aktivní spoluprací přímo v terénu.[3]

Sociální práce s uživateli drog

Formy práce a typy činností sociálního asistenta [4]

a) **přímá práce** – tím se myslí konkrétní činnost vykonávána s cílovými skupinami ať už v terénu nebo v zařízení.
   - streetwork
   - individuální pomoc
   - skupinová práce v nízkoprahovém zařízení

b) **nepřímá práce** – není zde přímý kontakt s cílovou skupinou, ale tato forma zahrnuje nezbytnou administrativu, zajišťování a plánování činností v zájmu klientů.
   - koncepty, projekty
   - jednání s institucemi

c) **přesahující práce** – tato forma v sobě snoubí obě výše uvedené formy. Díky ní se řeší konkrétní problémy, které vznikly v průběhu přímé práce.
   - mediace
   - supervize
   - intervize

Léčba lidí závislých na drogách je dlouhodobá záležitost. V případech těžších intoxikací se provádí na záchytných stanicích především záchyt osob, které v rámci akutní intoxikace či vykazují hrubší poruchy chování. V kritických případech, kdy je ohrožen život v souvislosti s intoxikací návykovou látkou provádí ARO (Anesteziologicko - resuscitační oddělení) úkony směřující k záchraně života. Tato zařízení však poskytují akutní pomoc, zejména pomoc lékařskou. Nejedná se zde o systémově prováděnou léčbu, která by pomáhala klientům z komplexního hlediska a zaměřovala by se také na osobnostní složku klienta. Klasický koncept léčby užívá na sebe vzájemně navazující, více či méně spolupracující, instituce. Model léčby je založen na základních tezích komplexnosti a zejména dostupnosti v prostoru i čase.

Prvním stupněm je monitorování a následný kontakt s klienty. Tu mohou odborníci získat například pomocí **terénních pracovníků (streetworkerů)**. Jejich hlavní náplní je kontaktování drogově závislých v místech, kde se prodávají drogy a kde je největší výskyt uživatelů drog. Pracovníci distribuují informace, sterilní materiál, zajišťují základní poradenství a snaží se kontaktovat klienty na odborné pracoviště.

[3] srov.: Bednářová, Z., Pelech, L.: Slabikář sociální práce na ulici, Brno: DOPLNĚK, 2003, s. 7-12.
[4] srov.: Bednářová, Z., Pelech, L.: Sociální práce na ulici, Brno: DOPLNĚK, 2000, s. 23-26.

Záchytným bodem pro navázání kontaktu je tedy samotné odborné pracoviště – **kontaktní centrum** (také nazývané jako **nízkoprahové zařízení**). Mezi naše nejznámější zařízení této fáze patří např. Sananim, K-centrum, Drop-in, ordinace AT. Zpravidla se v těchto případech jedná o nestátní neziskové organizace. Nízkoprahovost zde má charakter ten, že centra respektují anonymitu klientů a nekladou na ně terapeutické nároky. Jejich hlavní náplní je poradenství, minimální potravinový servis, distribuce vitamínů, hygienický servis, výměnný program realizovaný výměnou použitých injekčních stříkaček, zajištění krizové intervence, zejména pak koordinace pacienta v rámci sociální sítě. Tato nízkoprahová zařízení určují pořadí v jakém pacient absolvuje příslušný typ péče v konkrétním léčebném a posléze resocializačním zařízení. Tento realizovaný postup se dle *Rabocha (2001)* označuje jako párování. Nejdříve jsou řešeny klientovy nejpalčivější potíže (např. poranění, infekce…). Následuje léčba chronických somatických a psychických obtíží. Přibližně polovina klientů závislých na návykových látkách potřebuje psychiatrickou léčbu.

Předpokladem úspěšného zahájení léčby je provedení **detoxifikace**, jejímž smyslem je zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat možné odvykací příznaky. To je nezbytné u osob, které užívají drogy v nadměrném množství. Zde klient absolvuje nejen vlastní detoxifikaci, ale také celou řadu vstupních vyšetření. Jedná se o psychiatrické, somatické, toxikologické a biochemické a případně screening infekčních onemocnění. Tento stupeň pomyslné pyramidy intervence se nevyužívá ve všech případech, ale pouze tam, kde se musí odbourat fyzická závislost organismu na látce. Často se setkáme, že dotoxifikace je prováděna přímo v zařízení ústavního typu (zpravidla psychiatrické léčebny či léčebny závislostí).

Dalším stupněm léčby, či lépe řečeno možností, je tzv. **ambulantní péče**. Nejčastěji se jedna o tzv. substituční programy metadonové léčby. Pojmem substituce označujeme terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka účinkující krátkodobě nahrazena látkou, která má dlouhodobé účinky, jak uvádí E. *Rahn (2000)*. Podmínky pro zařazení do tohoto programu substituční terapie jsou velmi striktní. Musí se prokázat vícenásobné selhání při pokusech o jinou léčbu drogové závislosti a konkrétní klient musí splňovat další kritéria k tomu, aby byl do programu zařazen. Substituční léčba může mít charakter krátkodobé substituce (1 – 2 týdny), střednědobé substituce (několik týdnů až měsíců) či dlouhodobé substituce (často nazývané udržovací substituce), která má trvání v řádu měsíců či let. Ambulantní léčba se také provádí např. ve specializovaných ordinacích Oddělení alkoholu, toxikománie (OAT). Tyto ordinace jsou jakýmsi pozůstatkem původního zdravotnicko ambulantního systémů. Část těchto ordinací zanikla a zbylá část přešla do privátní sféry.

Ústavní léčba může mít charakter dobrovolného léčení nebo je možná hospitalizace bez souhlasu pacienta, např. když je pacient při probíhající toxické psychóze nebezpečný sobě nebo okolí. Ústavní léčba může být také různě dlouhá v závislosti na účelu, který má splnit. Můžeme tedy rozlišovat krátkodobou ústavní léčbu, která je v délce do čtyř týdnů. Ta slouží jako jakýsi záchytný bod, při kterém např. může být prováděna detoxifikace. Střednědobá léčba má trvání od 1 – 3 měsíců. Ta je nabízena jako základní léčba, závislosti, jež je u většiny pacientů dostačující pro psychickou a somatickou stabilizaci.

Pro skutečně komplexní léčbu, je nutné aby klienti absolvovali ještě program **doléčování a následné péče**, který je poskytován Centrem následné péče. Jedná se o jakési plynulé pokračování ústavní léčby, jež byla úspěšně absolvována. Léčba může mít charakter ambulantní či stacionární (provozované denními stacionáři). Tato léčba má za smysl další budování resistence na drogy a snahu o najití smyslu v jiných věcech – tedy v životě bez drog. Tento program trvá minimálně 6 měsíců, je rozdělen do tří fází a klade velký důraz na budování osobní zodpovědnosti. Jedním z hlavních cílů je motivovat klienta k tornu, aby normálně chodil do práce nebo do školy. Při skupinových setkáních se klienti učí převzít

zodpovědnost za svou abstinenci. Své tempo si přitom určují sami spolu se svým terapeutem, stejně jako přestup z jedné fáze do druhé. Úspěšnost léčby je těžké určit. Zdaleka totiž nestačí, aby klient pouze abstinoval. Závislost je totiž určitý způsob životní cesty, jak se klient snaží adaptovat na různé životní okolnosti. Jestliže je klientovi droga odebrána, je s ní vzat i určitý adaptační mechanismus a musí být klientovi dán jiný. Abstinence tedy není cílem, ale prostředkem. Cílem léčby je člověk, který nejen vyřešil svou situaci a dokáže žít plnohodnotným životem, ale, aby dokázal být také šťastný.

Zpravidla pro klienty, kteří byli závislí na „nealkoholových" drogách dlouhodobě je dále nabídnuta **komunitní terapie**. Jedná se o dlouhodobé pobyty, jež mají trvání od 6 měsíců do 2 let. Střednědobá léčba trvá šest až osm měsíců. Dlouhodobá léčba trvá v průměru kolem 12 - 13 měsíců a je určena pro poměrně poškozenou populaci s delší anamnézou. Dále je zaměřena na ty, kteří nemají dostatečné zázemí a kvalitní přátele a jsou ochotni takovouto léčbu přijmout a dostatečně dlouho v ní setrvat. Podmínkou pro dlouhodobý pobyt v komunitě je také duševní schopnost takový pobyt zvládnout. Pobyty jsou realizovány zpravidla v nezdravotnických zařízeních. Léčba by se dala charakterizovat jako resocializační s využitím skupinové psychoterapie. Resocializace spočívá zejména v postupném přebírání stále větší zodpovědnosti za sebe a za chod komunity. Komunita je ve většině běžných denních aktivit (vaření, úklid…) soběstačná. V některých komunitách je také po určitém čase podmínka, že člen komunity musí být pracující a mít tak trvalý příjem. K tomuto účelu byly zřízené např. možnosti truhlářské, řezbářské, zahradnické, pěstitelské, kuchařské aj. práce přímo na pozemcích, které vlastní daná komunita. Díky uzavřenému prostředí a neustálým interakcím se v komunitě odehrávají velmi silné přenosové vztahy a terapeutické procesy. Komunita v nich umožňuje klientovi znovu prožít dětství. V ideálním případě by měl klient opouštět komunitu jako mladý člověk, který opouští svoji rodinu a odchází do svého života. To může být pro některé klienty těžké, protože nejsou ochotni vstoupit tak hluboko do terapeutického procesu. Nejdůležitější je vždy počáteční rozhodnutí klienta, který přijímá fakt, že závislost je silnější než on, a rozhodne se, že chce žít jiným životem, a přijme i skutečnost, že ale pro to musí udělat hodně těžkých kroků. Čím je toto rozhodnutí silnější, tím snáze klient přijímá to, co komunita nabízí. U nás se setkáme přibližně s 10 komunitami[5], jež jsou určeny pro dospělé (např. Magdaléna, Karlov, Němčice…). Jakousi zvláštností je komunitní terapie, která je určená pro děti do 18 let věku. Tato komunita je jedinou v republice a spadá pod zařízení Alternativa.

Ve většině případů je rozhodnutí o podstoupení léčby dobrovolné. Jediným případem je při odsouzení závislého pro trestný čin může mít léčba charakter soudem nařízeného (tedy nedobrovolného) ochranného léčení. Pro celý komplex intervence existují jakési základní principy. Základem je vždy získání důvěry klienta. Ta je důležitá ve všech z uvedených možností léčby. Je důležité, aby klient měl pocit, že je léčba v jeho zájmu a že jí není nijak ohrožen. Hlavní metodou celé léčby a pomoci závislým je tzv. režimová léčba. Jedná se o styl léčby, který využívá techniky postupného stanovování úkolů a cílů, které má klient dosáhnout. Při této režimové léčbě je nezbytné vypracovat pracovní plán dne. Tento harmonogram slouží pro dodržování a zvykání si na nové povinnosti, úkoly…Tyto úkoly jsou stanovovány ve spolupráci klienta a odborníka na začátku práce. Hlavním smyslem je dodržování těchto pravidel a vypěstování si vědomí odpovědnosti. Cílem režimové léčby je zlepšení kondice léčených pro zvládnutí života bez drogy. Obstát ve světe bez nutnosti užívání drog (v tom lepším případě), nebo alespoň omezit či zmírnit ty nejrizikovější faktory užívání. Důležitým prvkem samotné léčby jsou, psychoterapeutické techniky. Určitý význam má také léčba medikamentózní. Psychofarmaka se doporučují podávat v malých dávkách a v co nejkratší době. Bývají nutná pro zvládnutí závažných odvykacích příznaků (postupné

snižování dávky zneužívané či příbuzné drogy) a pro léčbu psychotických poruch (neuroleptika u paranoidně halucinatorních syndromů). Specifickým druhem léčby u osob závislých na alkoholu je podávání Antabusu. Tato léčba je založena na principu averzívní terapie, nejedná se o léčbu kauzální. Další z možností, které se uplatňují jsou tzv. substituční léčby (viz výše). V neposlední řadě je součástí léčby také kontrola abstinence.

Dimenze a faktory sociálního vyloučení narkomanů

Ekonomická dimenze sociálního vyloučení

Budeme-li se věnovat dimenzi ekonomické můžeme o ní uvažovat např. z pohledu klasičky sociální práce, Bartlettové (1970). Ta přišla s teorií sociálního zvládání, kde zvažuje nejen jedince a jeho nedostatky – jedincovo zvládání, ale také požadavky společnosti, které jsou na něj kladené. I my se pokusíme ekonomickou dimenzi takto charakterizovat.

Jedinec, který je dlouhodobě pod vlivem drog, má jistě mnoho ekonomických problémů. Drogy jsou velmi drahé (což je z části také zapříčiněno jejich nelegalitou) a člověk, který je na nich závislý zpravidla nebývá ekonomicky aktivní. Nejčastěji se jedná o lidi, kteří jsou nezaměstnaní, studenti apod. Samozřejmě se setkáváme s případy, kdy uživatel drog je např. prosperující podnikatel, ale je to spíše výjimkou. Pro jedince je tedy ekonomická stránka velmi podstatná, jelikož potřebuje za zboží něčím zaplatit. Tuto situaci tak často řeší nelegálními cestami (nejčastěji krádeže) či jiné sociálně patologické jevy. V současné době se často setkáme s názorem, že pokud chování druhého nás ničím neomezuje, tak ho tolerujeme. Pokud tedy člověk užívá drogy v jakékoli formě, intenzitě, je nám to zpravidla jedno, ale pokud se nás dotýkají tyto přidružené jevy – např. krádeže apod. tento problém začneme pociťovat jako závažný. Závislý člověk tedy potřebuje ke svému „zvládání“ látku, kterou do organismu dodá, ale způsob jak se k ní dostane, zaplatí jí se nás zpravidla negativně dotýká.

Na druhé straně máme požadavky okolí. Na problém drogové závislosti je většinou společnosti pohlíženo tak, že si za to ti lidi mohou sami. Sami se do problému dostali, já jim pomáhat nebudu… Drogová problematika má tak velmi jiné pozadí, než např. práce s lidmi s fatálním onemocněním apod. Lidé se tedy snaží co nejvíce o to, aby se jich problém závislosti nedotýkal a také, abychom tento problém někde izolovali. Požadavky okolí jsou tedy z našeho pohledu – buď izolace těchto „nekonformních“ jedinců, nebo jejich „normální“ chování, ale za předpokladu, že jim společnost nebude pomáhat, tedy v duchu věty – sám ses do problému dostal, sám si ho vyřeš. Léčba lidí závislých a jejich resocializace je poměrně nákladná a lidé většinou odmítají adresně přispívat na tyto druhy pomoci. Na druhé straně jdou peníze z příjmů a pojištění do státního rozpočtu, kde se pak přerozdělují a jdou i na tyto účely. Lidé jsou pak demotivováni z toho, že pracují na tyto nepřizpůsobivé lidi.

Co se týče samotné exkluze lidí závislých na ekonomickém procesu je jasné, že člověka, který je závislý na drogách by přijmout nechtěli. Již dnes se setkáváme s tím, že zaměstnavatel nechce přijmout ani kuřáky – vzhledem k častějším pauzám v práci a vzhledem k tomu, že podle zákoníku práce se na pracovišti, kde je alespoň jeden nekuřák nesmí ve společných prostorách kouřit. K tomu musí být vyhrazena speciální místnost, což je další „zbytečný“ náklad pro zaměstnavatele. Dále jsou lidé závislí na drogách častěji vyloučeni např. v oblasti bydlení. Samozřejmě pokud stále nebydlí s rodiči, nepracují… Bydlení je v současné době velmi nákladné a tito lidé bez příjmu si ho mohou jen stěží dovolit. Setkáváme se tedy s tím, že takovíto lidé bydlí nejčastěji ve velkých skupinách se stejně orientovanými lidmi a tím se ještě více dostávají na okraj společnosti. Další oblastí, která s ekonomickou oblastí velmi těsně souvisí je oblast vzdělávání. Také vzdělávání je finančně nákladné a pokud tito lidé nemají příjem a neexistuje někdo (rodiče, příbuzní, partner…), kdo

je finančně podporuje nemají tito lidé možnost kvalitního vzdělání, což později souvisí také s výběrem zaměstnání a jejich šancí na trhu práce.

Jistě bychom mohli hovořit ještě o další oblastech, které se sociální exkluzi v ekonomické oblasti souvisí, ale domníváme se, že tento nástin problematiky je v takové míře dostačující.

Institucionální dimenze sociálního vyloučení

Narkomani jako specifická skupina lidí ohrožených chudobou a sociálním vyloučením se potýkají bezesporu s faktory sociálního vyloučení jako je:

- Vyloučení ze sociálního zabezpečení
- Vyloučení z pracovního trhu
- Vyloučení z oblasti vzdělávání
- Vyloučení z přístupu ke zdraví a zdravotní péči
- Vyloučení z důstojného rodinného života
- Vyloučení v oblasti bydlení

Vyloučení ze sociálního zabezpečení

Systém sociálního zabezpečení je v každém vyspělém státě nastaven tak, aby zaručoval svým občanům co nejvíce bezstarostný život i při nečekaných sociálních událostech jako je nemoc, úraz, smrt blízkého člověka atd. Obvykle je základem takovéhoto systému princip solidarity. Jenže princip solidarity neznamená zneužívání a využívání Proto je jak sociální pojištění, sociální pomoc, tak i sociální zabezpečení určena lidem, kteří nějakým způsobem na udržení tohoto systému participují, a to ve formě odvádění daní. Narkomani jakožto lidé, kteří jsou většinou vyloučeni z pracovního trhu, nemůžou odvádět daně, protože faktory související s toxikomanií jim neumožňují pravidelné docházení do práce a odvádění dobrých pracovních výsledků. Tak se finanční pomoc pro narkomany minimalizuje jen na pokrytí nejnutnějších potřeb. Pomoc nacházejí u neziskových nevládních organizací, které se pokoušejí aktuální nebo vyléčené narkomany integrovat zpět do společnosti.

Vyloučení v oblasti vzdělávání

Systém vzdělávání je v ČR založen na povinné školní docházce, a to minimálně v průběhu devíti let. Poté se mladiství rozhoduje, kterým směrem bude pokračovat. I další úspěšná studia jsou založena na poctivém přístupu ke škole a studiu. Za předpokladu, že se dítě škole intenzivně nevěnuje, nemůže vykazovat dobré studijní výsledky. Škola jakožto vzdělávací instituce může dítě při neplnění školních povinností potrestat od třídních důtek, přes podmínečné vyloučení k definitivnímu vyloučení. Mladí narkomani, kteří jsou silně závislí na nějaké droze nemají zájem o školu a ve velké míře to jsou záškoláci, kteří na základě neomluvených hodin bývají ze studia vyloučeni. Tak se dostávají na nižší a nižší úrovně škol, až na studium zanevřou. Tím si uzavírají vrátka k profesnímu růstu a lepším pracovním pozicím. Přirozeně se pak stane, že i potomci vyléčených narkomanů budou pravděpodobně školu zvládat hůře, než potomci rodičů bez drogové minulosti.

Nejvíce ohroženými skupinami lidí v oblasti vzdělávání jsou bezesporu středoškoláci a mládež na vysokých školách. Z různých výzkumů je známo, že např. kouření marihuany je mezi mládeží běžnou praxí. Od té je to však malý krůček k těžké závislosti na jiné droze. Velmi oblíbenými mezi mladými jsou tzv. taneční drogy, které jsou bohužel velmi dobře dostupné. Užívány jsou nelegálně na všech tanečních party. Skutečnost je taková, že

narkoman má tendence stahovat k závislosti i blízké okolí a právě mládež v tomto věku je velmi snadno tvárná a nechá se lehce přemluvit k experimentu. Pokud nefunguje dobré rodinné zázemí, je vysoká pravděpodobnost, že dítě může sklouznout k užívání drog.

K tomu, aby se snížilo procento narkomanů ve středoškolském věku je nutná dokonalá osvěta a prevence již na základních školách. Jedině ta dokáže být účinnou zbraní v boji s toxikomanií.

Vyloučení z přístupu ke zdraví a zdravotní péči

Asi žádný narkoman nepřemýšlí nad škodlivostí drog a nad jejich dopadem na jeho organismus. Zprvu ho láká poznat nepoznané, ulehčit si život, vidět jej růžověji. Začne u „startovacích" drog, jako je marihuana a třeba ho ani nenapadne, že tato primární droga je odrazovým můstkem k droze tvrdší. To, že uživatelé drog mají „svůj svět", ve kterém si žijí po svém, neznamená, že se jejich chování a jejich rozhodnutí užívat drogy nebude přímo týkat i ostatní populace, která drogy nebere. Ba naopak, existuje zde vysoká pravděpodobnost, že právě nevinný člověk se nakazí některou z nemocí typickou pro narkomany. Tím máme na mysli různé typy žloutenek, syfilis, HIV. A to tak, že se poraní o volně pohozenou použitou injekční stříkačku infikovaného narkomana.

Počet nakažených narkomanů nikdy neodhadneme, stejně tak jako přesný počet narkomanů. Někteří z nich si vůbec nepřipouští, že by mohli být nakažení a ti druzí se takovéhoto zjištění bojí a na testy ani nejdou. Tím se stávají nebezpečnými pro celé jejich okolí. Řada narkomanů necítí zodpovědnost za jiné a přitom zde existuje přímá úměrnost v tom, že podíl narkomanů v určité společnosti se ve značné míře projevuje na zhoršení zdravotního stavu celé populace.

Ač se na první pohled může zdát, že zdravotní problémy narkomanů se nás netýkají, pravda je jiná. Vzhledem k tomu, že léčení drogových závislostí je proces poměrně náročný nejen časově, ale hlavně finančně, dotýká se celé široké populace daňových poplatníků, neboť systém financování zdravotnictví zatím nedokáže filtrovat míru potřebnosti jednotlivého nás. A proto díky principu solidarity se v léčebnách a odvykacích centrech léčí nejeden narkoman z financí nás všech. Jen pro představu, léčba infekčních onemocnění se pohybuje od 10 000 Kč až po miliony. Myslíte si, že je správné pomáhat lidem, kteří si své zdraví ničí sami? Jenže jak jednoduché je sklouznout k sociálně patologickému chování. Jak snadné je dostat se k droze a nechat se jí ovládnout? Jak správně nastavit financování zdravotnictví je ale úkol stále nedořešený a věčně probíraný. Současná situace v zdravotnictví tak nepřímo vybízí k nutnosti okamžitě nejen konkrétně tuto situaci, ale celkově financování zdravotnictví řešit.

Vyloučení z důstojného rodinného života

Závislost jednoho člena rodiny de facto dokáže zničit rodinu celkově. Mění společenský status celé rodiny. Může se stát, že se rodina rozdělí na dva tábory, kdy se buďto např. k závislému dítěti rodina postaví zády a chce okamžitou profesionální pomoc, kdy nechá dítě odvézt do léčebny a nezajímá se o něj do té doby, dokud není dítě tzv. čisté, nebo se snaží dítěti pomoci prvně sama, s podporou doktorů, sociálních pracovníků některé z nevládních organizacích. Každopádně jde nejen o velkou psychickou zátěž, ale také finanční, protože pomoci dítěti dostat se ze závislosti znamená obětovat se pro dítě na čas a věnovat mu neustálou 24 hodinou péči. To znamená, že rodič upustí na nějakou dobu od zaměstnání. Čímž ztrácí hlavní příjem.

Vyléčením se ze závislosti problémy nekončí. Vyléčený narkoman bude mít v budoucnu nemalé problémy založit si svou vlastní rodinu. Díky tomu, že nebude mít dokončené vzdělání, se bude potýkat s problémy najít si práci a na základě toho se celkově

jeho život opět ztíží. Komplikovanou situaci nalezneme i u těhotných narkomanek. Jejich děti jsou předem odkázány ke zdravotním problémům, pokud přímo nejsou nositeli HIV viru. Aby měli i vyléčení narkomani možnost důstojného plnohodnotného rodinného života, je nutné aby se správně integrovali do společnosti a vyhýbali se bývalým partám a podnikům, které dříve navštěvovali. Zřejmě budou potřebovat pomoc některé z organizací pracující s drogově závislými. Bude záležet na úsilí jednotlivce, jak moc po rodinném životě touží, protože pomoc druhé osoby/instituce nestačí. Základním pilířem bude pevná vůle a odhodlání samotného abusera svůj problém vyřešit.

Kulturní dimenze sociálního vyloučení

Každý člověk vstřebává od svého narození prvky kultury, ve které se narodil. Přejímá hodnoty, tradice, zvyky, učí se jazyku a historii. Je tedy jasné, že všechny tyto atributy má drogově závislý „v sobě" a není vyloučen v tomto slova smyslu. Ale pokud tedy máme mluvit o kulturní dimenzi sociálního vyloučení u abuserů, bude se jednat především o vyloučení, které nastalo až v okamžiku, kdy se stal drogově závislým, což znamená, že mu uniká aktuální kulturní dění ve společnosti.

Kulturní dimenzí sociálního vyloučení rozumíme jak pasivní tak aktivní neúčast na kulturním životě společnosti. Je zřejmé, že u abusera se nesetkáme se zájmem o kulturu, nelze asi očekávat, že se bude zajímat o to, jaký film má premiéru, která světová hudební hvězda bude účinkovat v Praze, či o knižní novinky na našem trhu. Stejně tak asi nelze očekávat, že by se takový člověk sám podílel na organizaci kulturního života. V situaci, ve které se nachází, jsou pro něho takové věci bezpředmětné. Tím pádem dochází k vyloučení z kulturní sféry společenského života. Jde o to, jak už jsme uvedli výše, že pravděpodobně nenavštěvuje kino, koncerty, knihovny atd. a tím pádem se straní velké části společnosti, nezískává informace o kulturním dění a tím pádem se stává postupem času „vyloučeným" z této oblasti. Také to znamená, že nepřichází do kontaktu s osobami, které mají o kulturu zájem. Jiným případem jsou lidé, kteří berou drogy jen příležitostně. Tím máme na mysli ty, kteří ji požijí např. na diskotéce jednou za měsíc. U nich podle nás k žádnému vyloučení nedochází.
Myslíme si, že takovéto následky drogové závislosti nepatří mezi ty nejhorší. Nejsou to věci, bez kterých by nedalo žít a ruku na srdce – ve společnosti najdeme spoustu jedinců, kteří nemají problém s jakoukoli závislostí a ani tak se o kulturu příliš nezajímají.

Sociální dimenze sociálního vyloučení

Nikdo z nás nežije sám, všichni jsme členy společnosti. Společnost má vliv na nás a stejně tak my můžeme ovlivňovat ostatní, jsme součástí něčích životů. K této dimenzi sociálního vyloučení podle nás dochází postupně, což znamená, že se drogově závislý nevyčlení ze společnosti ze dne na den, ale trvá to určitou dobu. A stejně tak nikdy nemusí dojít k úplnému vyčlenění, může se stát například to, že abuser změní jen okruh svých kamarádů. Přejde od těch, kteří drogy neberou k těm, kteří s nimi zkušenosti mají, protože mají najednou „hodně společného", to znamená, že se člověk dostane z jedné skupiny do druhé.

Drogová závislost má určitě velký dopad na rodinu. Pokud se jedná o funkční rodinu, určitě se setkáme s tím, že je zde velká snaha rodinných příslušníků dotyčnému pomoci. V méně fungujícím rodinném prostředí se nemusíme setkat s takovou ochotou. V obou případech to ale jistě vede k narušení vztahů, které mohou, ale také už nikdy nemusí být napraveny. Záleží na tom, jestli se abuser ze své závislosti vyléčí či ne. Pokud se nepodaří vztahy s rodinou udržet, dochází ve většině případů k odchodu z domova, což je situace pro drogově závislého velice složitá, protože musí řešit svou závislost a navíc problémy

s bydlením a co víc, jde o vyloučení ze společnosti, která pro téměř každého z nás velice důležitá. Dále určitě následují problémy ve škole či v práci. U studentů se při drogové závislosti vytrácí zájem o studium, který postupem času vede k zanedbávání těchto povinností, což může mít za následek vyloučení ze školy a tím pádem i k odtržení od určitého okruhu osob. U pracujících (i když v tomto případě si myslíme, že není mnoho takových případů) může nastat propuštění z práce, což vede ke ztrátě stálého příjmu. Jak už bylo uvedeno výše, dochází i ke změně v okruhu kamarádů.

Pokud sečteme všechny tyto dílčí dimenze vyloučení, což znamená, že jedinec ztratil vazby s jednotlivci, ale i s institucemi, dojdeme k tomu, že drogově závislý přišel o mnoho důležitých společenských kontaktů a došlo u něho k sociálnímu vyloučení. Podle nás je takový druh vyloučení velkým a těžko řešitelným problémem.

Prostorová dimenze sociálního vyloučení

Co se týká prostorové dimenze sociálního vyloučení u drogově závislých, domníváme se, že zde nedochází k tak masivnímu prostorovému vyloučení jako např. u Romů či migrantů, kde mluvíme o ghettech a etnických enklávách. Je to samozřejmé, jelikož drogově závislí nemají takové vazby na sebe samotné jako je tomu u Romů, kteří žijí ve větších pospolitostech díky svému typickému kočovnému životu ve větších skupinách. Drogově závislí vytvářejí spíše menší skupiny osob, které se seskupují na různých místech.

Člověk se stává na droze závislým postupně. Začíná malými dávkami, ty se ale postupem času zvyšují. Pokud člověk bere drogu jen příležitostně, domníváme se, že k žádnému prostorovému vyloučení nedojde. Ale v případě, kdy se dávka drogy zvyšuje a člověk se stane závislým, dochází také ke změně jeho životního stylu a hodnot. Tím máme na mysli, že pro abusera není primárně důležité, co má na sobě, jaký má účes atd., ale jeho hlavní myšlenkou je mít drogu. Určitě si můžete říct „chtít drogu = muset mít peníze“. Ale jak peníze sehnat? A tak se tento člověk dostává do začarovaného kruhu, ve kterém jde právě o získání drogy a potřebných prostředků na ni. Což vede k postupnému vyčerpávání úspor, zadlužování se, a to až do situace, kdy je abuser zcela bez prostředků. Tuto situaci pak narkomani řeší kriminálním chováním. Na drogy shánějí peníze od drobných krádeží až po větší. Odtud je jen malý krůček k deviantnímu chování, při kterém se útoky můžou směřovat na samotné lidi. Je zřejmé, že člověk trpící absťákem je agresivní a při shánění drogy jej nezastaví téměř nic. Setkání s agresivním člověkem, jež není zcela při smyslech, může tedy skončit tragicky.

Pokud se narkoman kriminálnímu chování vyhne, pravděpodobně se z něj stane člověk bez přístřeší, tedy bezdomovec. Při výuce jsme již byli seznámení s různými druhy bezdomovectví. Rozlišujeme bezdomovectví zjevné, skryté potenciální. Drogově závislý podle nás může spadnout do kterékoliv této skupiny.

Nebo samozřejmě může nastat případ, kdy důvodem prostorového vyloučení nejsou peníze. Například dítě utíká z domu dobrovolně. Nemá zájem trávit čas doma, ale chce být hlavně tam, kde sežene drogy a kde je může bez problémů užívat. Ať tak či onak, je jasné, že se separuje z určitého okolí či okruhu osob a naopak zapadá do jiného prostředí, kde nachází útočiště kde původně ani skončit nechtěl.

Ve společnosti se také můžeme setkat s výrazem squatting. Tento pojem vyjadřuje nelegální obsazování domů. Cílem „pravých“ squateru ale není danou nemovitost devastovat či v ní jen pobývat do doby, než budou policií násilně vyvedení. Jejich snahou je nemovitost spravovat a udržovat v dobrém stavu. Někdy jsou ale za squatery označováni také narkomani. Ti ale přebývají v budově jen z důvodu střechy nad hlavou a nemají žádné jiné úmysly.

Politická dimenze sociálního vyloučení

Každý občan České republiky, který je starší osmnácti let, má aktivní volební právo, dovršením dvacátého prvého roku získává i pasivní volební právo. Co se týká drogově závislých, i oni mají samozřejmě obě tyto práva. Podíváme-li se ale na tuto skupinu, je nám jasné, že při svém způsobu života asi nemají zájem ani jednu z těchto možností uplatnit. Je pravda, že možnost „být volen" využije za život jen malé procento z nás. Co se týká varianty „jít volit", zde jsou naše možnosti otevřenější. Tím, že půjdeme dát hlas námi preferovanému kandidátovi či politické straně, získáváme podíl na politickém životě. A už to, že jdeme volit, vypovídá o našem zájmu o politickou situaci a o dění ve státě. Znamená to, že sledujeme politickou scénu. Pokud se na tuto problematiku podíváme očima abusera, je nám asi všem jasné, že mu jsou takové věci „ukradené". Nezajímá se o politiku a nemá ani zájem se na ní podílet. Tím postupně dochází k vyloučení z této oblasti.

Stav drogové problematiky v Evropě[6]

V následující části se zaměříme na popis drogové problematiky v Evropě. Vycházíme z Výroční zprávy pro rok 2005, kterou zpracovalo Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA).

Konopí

Konopí je vůbec nejběžněji užívanou nelegální látkou v Evropě. Z dostupných národních odhadů lze získat přibližný odhad celkového počtu dospělých (ve věku 15–64 let) užívajících konopí v EU.Uvedený postup naznačuje, že zhruba 20 % celkové populace, neboli více než 62 milionů lidí konopí někdy v životě vyzkoušelo. Je-li posuzováno užívání konopí v bližším časovém úseku (prevalence v posledním roce), jedná se asi o 6 % dospělých, neboli více než 20 milionů lidí. Stejně jako u dalších nelegálních drog je míra užívání podstatně vyšší u mužů než u žen, i když velikost tohoto rozdílu se v jednotlivých zemích liší. Poměr muži – ženy u celoživotní zkušenosti se pohybuje od 1,25:1do 4:1 (1,25 až 4 muži na jednu ženu) a v případě užívání v současné době se tento poměr pohybuje od 2:1 do 6:1. Průzkumy rovněž naznačují, že užívání konopí je běžnější v městských oblastech nebo v oblastech s vysokou hustotou obyvatelstva.

Simulanty na bázi amfetaminu, LSD a další syntetické drogy

Mezi syntetickými drogami užívanými v Evropě jsou jak simulanty (amfetaminy, extáze), tak halucinogenní látky. Z druhé skupiny je zdaleka nejznámější diethylamid kyseliny lysergové (LSD), avšak úroveň celkové spotřeby byla a je nízká a po značnou dobu dosti stabilní. Průzkumy populace tradičně ukazují, že po konopí jsou nejběžněji užívanou nelegální látkou amfetaminy, i když celková prevalence užívání amfetaminů je zřetelně nižší než u konopí.

Kokain

[6] Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. Výroční zpráva za rok 2005: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk, Úřad pro úřední tisky Evropských společenství.2005.

Výsledkem velmi hrubého odhadu užívání kokainu v poslední době (prevalence v minulém roce), za předpokladu průměrné prevalence asi 1 % všech dospělých, bude hodnota 3 až 3,5 milionu lidí v Evropě. Odhadem se podle hodnot současného užívání jedná zhruba o 1,5 milionů uživatelů. Užívání kokainu je vyšší u mužů. U běžné populace je užívání kokainu buď přerušeno po období experimentování v mladším dospělém věku, nebo je příležitostné a dochází k němu zejména o víkendech a v zařízeních pro trávení volného času (bary a diskotéky).

Heroin a nitrožilně užívané drogy

Jedním z metodicky nejnáročnějších úkolů v oblasti monitorování užívání drog je odhadnout počet lidí, kteří užívají drogy chronicky a zvláště škodlivým způsobem. Pro odhad tohoto typu užívání drog byl vyvinut indikátor problémového užívání drog Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost. Indikátory problémového užívání drog ve většině zemí EU odrážejí především užívání opiátů a nitrožilní užívání drog. Podle současných odhadů je v EU asi 1,2 až 2,1 milionu problémových uživatelů drog, z nichž 850 000 až 1,3 milionu si pravděpodobně drogy začalo aplikovat nitrožilně v poslední době. Ve většině zemí zůstává heroin hlavní drogou, kvůli níž klienti vyhledají léčbu. Z dostupných údajů je interpretace současných trendů v užívání heroinu obtížná. Existují důkazy o tom, že situace v mnoha zemích je nyní relativně stabilní, dokonce se objevují známky stárnutí populace, které jsou možná projevem nižšího výskytu. V některých nových členských státech EU, kde došlo ke stupňování problémů s heroinem v poslední době, je však nitrožilní užívání i nadále hlavním způsobem aplikace opiátů.

Stav drogové problematiky v ČR[7]

Údaje jsou čerpány z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005, kterou vydalo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Situace v oblasti užívání drog v obecné populaci zůstává stabilní, v roce 2005 nebyla zaznamenána žádná významnější změna. V dospělé populaci vyzkoušelo nelegální drogu přibližně 20 % osob, mezi mládeží je prevalence zkušeností s drogami vyšší (44 % 16letých a 56 % 18letých studentů středních škol). Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky a extáze, rozsah zkušeností s drogami se závažnějšími zdravotními a sociálními riziky (opiáty, pervitin, kokain) je v ČR velmi nízký.

V roce 2005 došlo k mírnému nárůstu odhadu počtu problémových uživatelů pervitinu a opiátů. Tento nárůst je v případě pervitinu pravděpodobně způsoben jeho dalším rozšířením do prostředí noční zábavy a tanečních akcí včetně menších měst. Na nárůstu uživatelů opiátů se podílejí uživatelé Subutexu jako primární drogy získané na černém trhu a užívané injekčně. Přetrvávají značné regionální rozdíly v prevalenci problémových uživatelů i ve struktuře užívaných drog (Praha a Ústecký kraj vykazují významný podíl uživatelů opiátů včetně Subutexu, v ostatních krajích převažují uživatelé pervitinu a nelegální užívání Subutexu se vyskytuje méně často až zřídka). Došlo k dalšímu nárůstu průměrného věku problémových uživatelů v kontaktu s pomáhajícími zařízeními, podíl problémových uživatelů mladších 19 let má klesající tendenci; velmi pravděpodobně tedy nedochází k „dorůstání“ nové generace mladých problémových uživatelů.

[7] Kolektiv autorů. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Úřad vlády České republiky, 2006.

Přibližně třetina uživatelů v kontaktu s pomáhajícími zařízeními je infikována virovou hepatitidou typu C, u virové hepatitidy typu B je to přibližně 10 %. Počty hlášených nových případů onemocnění uživatelů drog virovými hepatitidami typu A a B poklesly. Výskyt HIV/AIDS se v populaci českých injekčních uživatelů drog udržuje stále pod 1 %. Počet úmrtí na předávkování drogami je stabilní. Nejčastějšími drogami, které se podílejí na drogových úmrtích, jsou opiáty, pervitin a těkavé látky – každá z nich v počtu cca 20 případů ročně. V posledních 2–3 letech jsou hlášena ojedinělá předávkování na extázi a kokain.

Snižování rizik, léčba a resocializace uživatelů drog je v ČR zajišťována širokým spektrem služeb s dobrou dostupností. Síť nízkoprahových programů je stabilní (v kontaktu s nimi je přibližně 60 % problémových uživatelů), v posledních letech dochází k rozvoji terénní práce s uživateli drog. Síť zdravotnických ambulantních a lůžkových zařízení je stabilní. V roce 2005 došlo k zániku dvou terapeutických komunit, naproti tomu dochází k rozvoji doléčovacích programů včetně programů chráněného bydlení a chráněné práce. Počet specializovaných substitučních center roste.

Akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky na období 2005 – 2006

Jedná se o programové usnesení vlády ČR, která se tak zavázala k jeho plnění. Plán obsahuje celkem sedm hlavních částí. Jsou jimi: primární prevence, léčba a následná péče, snižování rizik, snižování nabídky a prosazování práva, informace – výzkum – hodnocení, koordinace a financování, mezinárodní spolupráce. Každý oddíl je rozpracován do několika hlavních cílů. Ty jsou následně definovány konkrétními činnostmi, které jsou k danému cíly považovány za důležité. Plánované činnosti jsou dále svěřené k zodpovědnosti orgánům státní správy, místní samosprávy, či jiných subjektů a je uvedeno datum, do kdy se má plán uskutečnit a jaká bude možnost kontroly, zda byl cíl naplněn. Zpravidla po datu, které je definované jako rozhodné pro naplnění cíle přichází kontrolní mechanismus pro vyhodnocení.

Oddíl věnující se prevenci je obsahuje celkem 4 hlavní cíle, jsou jimi:
1.) účinná koordinace primární prevence s jasně vymezenými kompetencemi subjektů participujících v oblasti primární prevence
2.) dostupné, kvalitní a efektivní programy primární prevence
3.) dostupnost programů cílené primární prevence a včasné intervence zaměřené na nejvíce ohrožené cílové skupiny
4.) jednotný sběr dat v oblasti primární prevence

Veškeré tyto cíle v oblasti prevence se dotýkají oblasti předcházení rizika vzniku syndromu závislosti resp. setkání se s drogami. Je nutné podotknout, že celý akční plán je psán velmi obecně, takže z něj není patrné, zda se vyjadřuje také k riziku alkoholismu příp. dalším „každodenním“ drogám.

Další oblastí plánu je léčba a následná péče. Tato část se zabývá zejména sítí poskytovaných služeb na území ČR a dostupností této péče. Jakousi oddělenou oblastí je dostupnost a kvalitní péče pro vězně. Celá tato část se blíže věnuje jednotlivým stupňům již kurativního přístupu ve vztahu k osobám, které drogy v různé frekvenci užívají.

Část snižování rizik bychom podle některých typologií sice mohli řadit k preventivní oblasti boje proti drogám, ale v plánu je jí věnována samostatná oblast. V plánu se můžeme setkat s klasickým pojetím našich předních odborníků zabývající se touto problematikou, kteří tvrdí, že pokud užívat drogy, ne injekční formou. Jedním ze samostatných cílů plánu je snaha o minimalizaci počtu osob, kteří užívají drogy intravenosně (nitrožilně). Dále se tato část

věnuje minimalizaci zejména zdravotního poškození uživatelů drog. Toho se snaží docílit zejména rozšířením počtu klientů, kteří jsou v kontaktu s pomáhajícími institucemi.

Oblast s názvem snižování nabídky a prosazování práva se vyjadřuje např. organizovanému zločinu v souvislosti s drogami, spoluprací mezi jednotlivými složkami policie, celní správy. Dalšími cíly jsou např. Zvýšený podíl alternativních opatření k trestu odnětí svobody uživatelů drog, omezení úniku léků a léčivých přípravků na černý trh, ale také snížení dostupnosti alkoholu a tabáku v obecné populaci a mezi mládeží. Tato pasáž se tedy implicitně věnuje také společenskými drogami, jako je alkohol, tabák.

Část, která se zabývá výzkumem, apeluje zejména na etiku výzkumu, ale také její kvalitu, možnost hodnoceni, přístupnost veřejnosti apod. Jako nejzajímavější vidím rozvoj tzv. drogového informačního systému, který má sloužit nejen odborné veřejnosti, ale také té široké – laické, která je ohrožena.

Poslední 2 části se věnují koordinaci a mezinárodní spolupráce. Zde jsou postiženy oblasti – předávání informací a spolupráce ať na republikové úrovni, či na té mezinárodní.

Použitá literatura:

Pokorný,V.: Prevence sociálně patologických jevů, Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky r. s. Brno, 2003, ISBN 80 - 86568 - 04 - 0

Bednářová, Z., Pelech, L.: Sociální práce na ulici, Brno: DOPLNĚK, 2000, ISBN 80 - 7239 - 048 - 1

Matoušek, O.: Sociální práce v praxi, Praha, Portál, 2005, ISBN 80 - 7367 - 002 - X

Kolektiv autorů. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Úřad vlády České republiky, 2006.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. Výroční zpráva za rok 2005: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk, Úřad pro úřední tisky Evropských společenství.2005.