



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky



Návrh „Systému vzdělávání krajských a místních protidrogových koordinátorů a dalších klíčových osob“

Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“

reg. č.: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035



Obsah

O projektu	5
Úvod.....	7
1. Východiska pro vzdělávání protidrogových koordinátorů.....	9
2. Územní samosprávné celky v kontextu koordinace protidrogové politiky....	16
3. Kraj	21
4. Protidrogová politika v krajích	24
5. Obec	28
6. Protidrogová politika v obcích.....	31
7. Klíčové osoby krajů a obcí (nadřízení koordinátorů)	32
8. Koordinace mezisektorových činností v krajích	36
9. Úloha krajských a místních protidrogových koordinátorů	44
10. Cílové skupiny vzdělávacího programu a systému vzdělávání a jejich kompetence	47
11. Není kompetence jako kompetence (pojem kompetence a jednotlivé druhy kompetencí)	50
12. Optimální kompetenční profil protidrogového koordinátora.....	55
13. Krajský protidrogový koordinátor – specifika	58
14. Místní protidrogový koordinátor – specifika	65
15. Hlavní principy navrhovaného vzdělávání	68
16. Hlavní cíle vzdělávání koordinátorů.....	70
17. Základní teoretický rámec vzdělávání koordinátorů.....	71



18.	Formy a časová dotace vzdělávání.....	74
19.	Charakteristika metodiky a metod vzdělávání.....	77
20.	Tematické celky (základní teoretická východiska):	84
20.1.	Návykové látky, účinky, rizika, základy toxikologie jednotlivých skupin návykových látek, etiologie závislosti a modely vzniku závislosti; základy neurobiologie závislostí.....	84
20.2.	Strukturální a situační charakteristiky hazardních her a nelátkových závislostí, epidemiologie užívání návykových látek a hazardního hraní, monitoring v oblasti závislostí.....	98
20.3.	Základy přístupů k prevenci závislostí na látkách, na procesech	101
20.4.	Základy Harm reduction přístupů v závislostech.....	106
20.5.	Základy přístupů v léčbě a doléčování závislostí	111
20.6.	Drogová kriminalita, prosazování práva v oblasti drog.....	116
20.7.	Síť služeb v oblasti závislostí, kvalita (standardy), dostupnost a financování adiktologických služeb a protidrogové politiky, související systémy (sociální a zdravotní služby – z pohledu obsahu služeb, způsobu financování, kompetencí aktérů)	118
20.8.	Tvorba a vyhodnocení veřejné politiky v oblasti závislostí, teorie a praxe tvorby protidrogové politiky a jejích jednotlivých komponent/strategií, včetně tvorby akčních plánů.....	124
20.9.	Legislativní rámec a systém protidrogové politiky na národní a mezinárodní úrovni, samostatná vs. přenesená působnost (role vlády, RVKPP, ministerstev, případně dalších státních institucí, kraje, obce – vzájemné kompetence a vztahy)	127



20.10.	Tvorba strategií, výročních zpráv	137
20.11.	Adiktologické služby současnosti a možnosti síťování	141
20.12.	Kompetenční profil koordinátora a rozvoj měkkých kompetencí (např. efektivní komunikace, zvládání zátěže, řešení problémů, spolupráce)	144
21.	Návrh systému vzdělávání koordinátorů (včetně návrhu odpovědností, návrhu finančního rámce systému vzdělávání a návrhu systému vzdělávání bez finančního rámce)	153
22.	Příklady dobré praxe k vybraným tématům.....	174
	Doporučená literatura	175
	Použitá literatura	176
	Seznam tabulek.....	181
	Seznam schémat.....	182
	Seznam zkratk	182
	Seznam samostatných příloh.....	182



O projektu

Projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“ zajišťuje podporu procesů a systémových změn vedoucích k poskytování provázaných, komplexních, dostupných a efektivních adiktologických služeb a zaměřuje se na úroveň metodiky služeb a nástrojů jejich monitoringu, kontroly a financování. Zároveň je zasazen do kontextu koncepční proměny přechodu od úzce vymezené protidrogové politiky, která pokrývala především látkové závislosti, v integrovanou protidrogovou politiku, která zahrnuje všechny druhy závislostí (včetně závislostí na procesech), usiluje o systematizaci a koncepční rozvoj služeb, programů a dalších nástrojů naplňování protidrogové politiky České republiky.

V rámci projektu bude zpracován návrh nového strukturního rámce adiktologických služeb a připraven návrh nového integrovaného systému adiktologických služeb, který by měl služby jasně kompetenčně zakotvit v soustavě veřejných služeb a zabezpečit jejich stabilní financování. K důležitým cílům pak patří rozvoj systémů vzdělávání krajských a místních protidrogových koordinátorů a dalších pracovníků vybraných profesí veřejné správy, zkvalitnění výkonu jejich agendy v oblasti závislostí a současné zvyšování kvality poskytovaných adiktologických služeb zaváděním nových metod sociální práce a prostřednictvím rozvoje systému vzdělávání pracovníků v oblasti sociální práce, sociálních a adiktologických služeb. Cílem projektu je zefektivnění a zkvalitnění sítě služeb, které využívají nebo mohou využívat osoby závislé na návykových látkách a procesech a osoby závislostí ohrožené. Hlavním cílem projektu je vytvoření nového strukturního rámce pro adiktologické služby a nového integrovaného systému kvalitních a dostupných adiktologických služeb, postaveného na jasném kompetenčním zakotvení v soustavě veřejných služeb



a na stabilním systému financování. V naplňování cílů projektu hraje důležitou roli vzdělávání a jeho podpora.

Projekt si klade za cíl systematizaci a koncepční rozvoj služeb, programů a dalších nástrojů naplňujících cíle protidrogové politiky ČR a její vizi ohledně snižování negativních dopadů užívání návykových látek, hazardního hraní a souvisejících negativních jevů na společnost. Projekt zapadá do politického a odborného vývoje, kterým ČR (a Evropa) v oblasti postoje k drogám a závislostem prošla a prochází. Důležitou součástí projektu je vytvoření komplexního návrhu udržitelného systému vzdělávání a rozvoje kompetencí v oblasti koordinace protidrogové politiky na úrovni krajů a obcí (včetně vzdělávacího programu pro krajské a místní protidrogové koordinátory).

Na základě řádně uzavřené Smlouvy na tvorbu Systému vzdělávání a rozvoje kompetencí krajských a místních protidrogových koordinátorů mezi Úřadem vlády České republiky, Odborem protidrogové politiky a společností Everest, s.r.o, byla provedena Analýza vzdělávacích programů na základě studia současných a dostupných vzdělávacích programů určených pro vzdělávání krajských a místních protidrogových koordinátorů.

První verze návrhu systému vzdělávání a rozvoje kompetencí v oblasti koordinace protidrogové politiky na úrovni krajů a obcí (dále také jen „První verze návrhu systému vzdělávání a rozvoje kompetencí“) byla zpracována v rámci projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, Reg. č: CZ. 03.2.63/0.0/0.0/15_030/0003035 na základě Smlouvy na tvorbu Systému vzdělávání a rozvoje kompetencí krajských a místních protidrogových koordinátorů. (dále také jen Smlouva).

Projekt je realizován Úřadem vlády České republiky, Odborem protidrogové politiky za podpory Operačního programu „Zaměstnanost“.



Úvod

Vzdělávání je nepochybně základním stavebním kamenem každé odbornosti. Rostoucí objem informací, rychlost, s jakou se mění nebo stárnou a stávají se neaktuálními, vyžaduje systémový přístup k jejich ověřování, osvojování a předávání. Protidrogový koordinátor není pouze odborník na závislosti, adiktolog, ale ani jenom úředník. Musí umět propojovat informace s cílem efektivní a udržitelné koordinace léčebně preventivních aktivit. To je složitý úkol, který není snadné zvládnout bez dlouhodobé, systematické a odborné vzdělávací podpory právě v oblasti práce s informacemi a jejich využitím v každodenní praxi.

Cílem první verze návrhu systému vzdělávání a rozvoje kompetencí v oblasti koordinace protidrogové politiky na úrovni krajů a obcí je nastavit takový systém vzdělávání a rozvoje kompetencí vybraných aktérů protidrogové politiky v gesci RVKPP/ Odboru protidrogové politiky ÚV ČR, který odpovídá jejich potřebám a aktuálním požadavkům na její vertikální koordinaci. Navržený systém vzdělávání a rozvoje kompetencí vychází z Analýzy současných a dostupných vzdělávacích programů pro krajské a místní protidrogové koordinátory, která byla zpracována jako dílčí výstup veřejné zakázky nazvané Systém vzdělávání a rozvoje kompetencí krajských a místních protidrogových koordinátorů.

Protidrogoví koordinátoři obcí, městských částí a krajů jsou důležitým článkem realizace veřejné politiky v oblasti závislostí, nicméně dlouhodobě nejen oni sami pocítují nedostatek příležitostí k odbornému vzdělávání ve specifických oblastech, které jsou nezbytné pro výkon jejich činnosti. Tato skutečnost byla potvrzena provedenou Analýzou dostupných vzdělávacích programů pro krajské a místní protidrogové koordinátory. V minulých letech (1997–2000) bylo



vzdělávání okresních protidrogových koordinátorů realizováno za podpory externích zdrojů, v celkovém rozsahu cca 360 hodin. Jednalo se celkem o tři ročníky, garantem byla Mezirezortní protidrogová komise vlády ČR. Jednalo se o ucelený program, který zahrnoval všechna podstatná a potřebná témata, zároveň se jednalo o ojedinělý takto koncipovaný vzdělávací program. V následujících letech nebyl žádný obdobně komplexní program realizován, nabízeny byly spíše dílčí, tematicky omezené vzdělávací aktivity. Požadavky na odpovídající vzdělávání protidrogových koordinátorů se nepodařilo zařadit do systému vzdělávání úředníků veřejné správy.

Aktuálně jsou k dispozici vzdělávací programy, které mohou naplnit potřebu zvyšování jejich odbornosti, rozvoj kompetencí či udržení dosažené úrovně odbornosti v řadě oblastí. Patří sem v první řadě adiktologická témata v širším slova smyslu, například typologie a účinky návykových látek, etiologie závislostí, teoretická východiska léčby a prevence závislostí, typologie adiktologických služeb, legislativní úprava manipulace s návykovými látkami a další. Je možné v běžně dostupných vzdělávacích programech rozvinout nebo rozšířit tzv. měkké kompetence, odborné znalosti a obecné i odborné dovednosti.

Co ovšem aktuálně chybí, je část vzdělávání, která propojuje jednotlivé segmenty adiktologie s veřejnou správou, možnost získání informací, znalostí a dovedností, které tvoří základní předpoklady pro efektivní koordinaci jednotlivých oblastí. Jediným aktuálně dostupným akreditovaným vzdělávacím programem určeným specificky pro protidrogové koordinátory a reagujícím na potřeby vzdělávání v klíčových oblastech jako je systém koordinace veřejné politiky v oblasti závislostí, je 40hodinový kurz Společnosti Podané ruce (Institut expertních služeb – I.E.S.). Omezením, zvláště pro místní protidrogové koordinátory z menších obcí, je cena kurzu, jeho délka a další spojené náklady



(cestovné, ubytování). Kurz je na dostatečně vysoké odborné úrovni, nicméně chybí navazující vzdělávání.

Proto lze konstatovat, že v ČR není dostupný ucelený, komplexní vzdělávací program, který by tyto potřeby aktérů vertikální koordinace zohledňoval.

Cílem tohoto návrhu je takový vzdělávací program vytvořit, ověřit v praxi a navrhnout systémové řešení vzdělávání protidrogových koordinátorů do budoucna.

1. Východiska pro vzdělávání protidrogových koordinátorů

Návrh systému vzdělávání a rozvoje kompetencí v oblasti koordinace protidrogové politiky krajů a obcí (dále jen „Návrh“) respektuje zásady a teze, na kterých je postavena Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2030+, schválené vládou ČR dne 19. 10. 2020. Ta je základním dokumentem pro ostatní průřezové a dílčí koncepce a politiky v této oblasti a představuje koncept celoživotního učení. Obsah „Návrhu“ jednoznačně reflektuje skutečnost, že celoživotní učení tvoří členitý, nepříliš jasně ohraničený celek. Zároveň je nutné zdůraznit, že takto komplexní problematiku nelze jednoznačně „naplánovat“. Procesy celoživotního učení nelze ve všech ohledech a do důsledků centrálně řídit, zvláště je třeba varovat před byrokratizací této sféry, před nárůstem správních a administrativních systémů, které budou o těchto procesech rozhodovat. Naopak je nutné vybavovat člověka dovednostmi a schopnostmi invenčně řešit aktuální problémy, se kterými přichází profesně do styku, a toto vzdělání by nemělo postrádat morální obsah. „Návrh“ je zaměřen na oblast dalšího vzdělávání, které probíhá po dosažení určitého stupně vzdělání, resp. po vstupu vzdělávajícího se na trh práce. Další vzdělávání v oblasti koordinace veřejné politiky v oblasti závislostí musí být zaměřeno na různorodé spektrum vědomostí, dovedností a kompetencí důležitých pro uplatnění v pracovním



životě. Vychází se přitom ze zásady, že konkrétní získané kompetence nejsou tak cenné jako schopnost učit se. Z oblasti celoživotního vzdělávání jsou pro návrh systému vzdělávání důležité dvě oblasti:

Z oblasti celoživotního vzdělávání je pro Návrh systému vzdělávání důležitá oblast „neformálního vzdělávání“. Ta je zaměřena na získání vědomostí, dovedností a kompetencí, které mohou respondentovi zlepšit jeho společenské i pracovní uplatnění.

Nevede k získání stupně vzdělání. Jedním z možných dopadů systému vzdělávání je i dopad na jeho účastníky ve smyslu přijetí principu „Informálního učení“ jako integrální součásti jejich profesního rozvoje. To je definováno jako proces získávání vědomostí, osvojování si dovedností a kompetencí z každodenních zkušeností a činností v práci, v rodině, ve volném čase. Zahrnuje také sebevzdělávání, kdy učící se nemá možnost ověřit si nabyté znalosti (např. televizní jazykové kurzy). Na rozdíl od formálního a neformálního vzdělávání je neorganizované, zpravidla nesystematické a institucionálně nekoordinované.

Legislativní oporou Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2030+ je zákon č. 179/2006 Sb., o ověřování a uznávání výsledků dalšího vzdělávání. Mimo jiné definuje základní pojmy, jako např. úplnou profesní kvalifikaci, definuje Národní soustavu kvalifikací, kvalifikační standardy profesní kvalifikace a obecné podmínky hodnocení dosažené odborné způsobilosti.

Co se týče Národní soustavy kvalifikací, pozice protidrogový koordinátor zde není zpracována. Aktuálně jsou v Národní soustavě povolání (viz <https://www.nsp.cz/odborny-smer/uzemne-samospravni-celky>) dostupné popisy poměrně podobných pracovních pozic (Odborný referent územního samosprávného celku na protidrogovou koordinaci/ státní správa; Referent specialista územně samosprávného celku na protidrogovou koordinaci/ státní správa). Obě pozice jsou ovšem z Národní soustavy vyřazeny pro svoji



neaktuálnost, nehledě k tomu, že popsané pracovní činnosti nejsou z pohledu faktické náplně práce koordinátora vybrány optimálně jednak z pohledu dobré praxe, ale také z toho důvodu, že aktuálně je pozice protidrogového koordinátora vykonávána v samosprávě.



Jedním z možných dopadů navrženého systému vzdělávání proto může být i zařazení pozice protidrogového koordinátora právě do Národní soustavy povolání, nastavení kvalifikačních standardů profesní kvalifikace. To ovšem přesahuje rámec tohoto projektu.

Vzdělávání a rozvoj lidských zdrojů

Oblast vzdělávání, s ní spojený rozvoj lidských zdrojů a zejména schopnost člověka obstát v rychle se měnících podmínkách ve společnosti hrají v současné době významnou úlohu. Zvláštní pozornost je nutné věnovat také novým výzvám udržitelného rozvoje a možnostem, které se nám při jejich řešení otevírají především v oblasti celoživotního učení. Procesy celoživotního učení nelze centrálně řídit, zvláště je třeba varovat před byrokratizací této sféry, před nárůstem správních a administrativních systémů, které budou o těchto procesech rozhodovat. Míra normativní regulace jednotlivých sektorů závisí především na míře veřejného zájmu o rozvoj určitého typu vzdělávací nabídky. Aby vůbec mohlo dojít k zásadním změnám, musí všichni klíčoví aktéři na úrovni vlády, regionů, podniků i jednotlivců podporovat celoživotní učení jako jeden z rozhodujících faktorů konkurenceschopnosti země. Předpokladem rozvoje celoživotního učení je proto vytvoření motivačního právně-ekonomického prostředí, které umožní, aby prostředky byly vynakládány efektivně. Investice do celoživotního učení musí být chápány jako rozvojové investice s nejvyšší prioritou, jejichž efekty jsou signifikantní zejména v dlouhodobém výhledu (Strategie celoživotního učení ČR).

Celoživotní vzdělávání je tedy pro protidrogové koordinátory nezbytné i v oboru adiktologie, a jeho potřeba se proto promítá i do klíčových aktivit projektu IP RAS. Zaměřuje se jednak na inovace v oblasti sociální práce a jejich přenos do oblasti adiktologie, jednak klade důraz na vzdělávání a rozvoj kompetencí významných cílových skupin: krajských a místních koordinátorů, sociálních



pracovníků a pracovníků v sociálních službách a dále dalších pracovníků veřejné správy, kteří přicházejí do kontaktu s osobami závislými či ohroženými závislostí na návykových látkách.

Základním východiskem pro vytvoření tohoto Návrhu systému vzdělávání krajských a místních protidrogových koordinátorů je skutečnost, že koordinace a realizace protidrogové politiky vyžaduje specifické znalosti a dovednosti z mnoha oborů. Moderní, na vědeckých poznatcích postavená realistická politika v oblasti závislostí, vyžaduje vyvážené a komplexně uchopené multioborové znalosti a další kompetence. Prolínají se zde informace a postupy z oblasti sociální práce a sociální politiky, zdravotnictví, pedagogiky. Oblast závislostí je obsahem relativně nově definovaného, v praxi již v ČR ustáleného vědního oboru adiktologie. Adiktologie je mezioborová vědecká disciplína, která se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem závislostního chování. Propojuje nejen poznatky z oboru medicíny, psychologie, sociologie a sociální práce, ale i ekonomiky, práva, kriminologie, pedagogiky, politologie, religionistiky či kulturní a sociální antropologie.

Do portfolia protidrogového koordinátora patří znalosti z oblasti vymáhání práva a znalost vybraných okruhů platné legislativy. Důležité a podstatné jsou kompetence vztahující se k nakládání s informacemi, statistickými daty, nutná je dovednost umět si potřebná data získat, na jejich základě učinit realistické závěry a dále s nimi pracovat.

Koordinátor k výkonu své činnosti potřebuje získat informace nejen o zdravotnických nebo sociálních aspektech závislostí nebo užívání návykových látek, ale i v systémových přístupech, které tuto problematiku ovlivňují, řeší její jednotlivé aspekty. Orientuje se v oblasti tvorby strategií a přípravy analytických podkladů. Předpokladem jsou také manažerské schopnosti. Podstatnou součástí práce koordinátora je komunikace, umění argumentovat a přesvědčovat.



Důležité jsou i vlastní zkušenosti s tím, jak fungují konkrétní služby a instituce čili praktický výcvik či zajištění odborných stáží je podstatnou složkou systémového přístupu k jeho vzdělání. Výčet všech nutných specifických znalostí, dovedností a dalších kompetencí jednoznačně naznačuje, že systém vzdělávání koordinátorů postavený na znalosti jejich práce a zároveň na potřebách systému koordinace politiky v oblasti závislostí je nezbytnou nutností pro udržení stávajícího modelu spolupráce státu a samospráv, které v něm hrají velmi podstatnou roli.

Zároveň je nezbytné udržet dohled nad odbornou, věcnou a realistickou úrovní profesního vzdělávání, které naplní výše popsané potřeby a také udržet jeho směr a smysl. Jistě je možné vzdělávací potřeby koordinátorů řešit výběrem již existujících kurzů či jiných vzdělávacích akcí zaměřených na vzdělávání ve vybraných tématech z oblasti adiktologie, ale zkušenost praví, že minimálně v oblasti tvorby veřejné politiky v oblasti závislostí a její koordinace toto nemusí být ani praktické, ani efektivní řešení. V praxi je nutné věnovat pozornost systematickému vzdělávání a efektivnímu řešení.

Z výše uvedeného orientačního a spíše obecnějšího výčtu oblastí, jejichž znalost je nutná pro plnohodnotný výkon práce koordinátora, je zřejmé, že nejefektivnějším a nejrychlejším způsobem, jak získat alespoň základní informace pro vstup do problematiky v komplexní struktuře, je ucelený vzdělávací kurz. Ten pracovníkovi pro výkon práce na této pozici dodá základní přehled a nejvýznamnější orientační body v celé oblasti závislostí. To je nutné již proto, že v ČR neexistuje studijní či vzdělávací obor, který by uměl poskytnout absolventovi odpovídající souhrn znalostí (vyjma studia oboru Adiktologie, vyučovaném na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy). Protože vstupní kompetence budoucích koordinátorů jsou velmi rozdílné z pohledu odborných znalostí a praktických dovedností či zkušeností, je nutné je buď doplnit, nebo



rozšířit, v některých případech korigovat a upřesnit. Druhým argumentem pro vznik takového kurzu je skutečnost, že některá vzdělávací témata nejsou běžně dostupná, viz příklady výše.

Ucelený vzdělávací kurz sám o sobě nemůže stačit jako jediný způsob podpory odborného růstu koordinátorů. Kromě předaných informací a dovedností musí být jeho náplní ukázat cestu k dalšímu odbornému celoživotnímu vzdělávání. Kromě širokého rozsahu témat (to vyplývá z náplně práce koordinátora) je potřebné podpořit i různorodost absolvovaných forem vzdělávání. Kromě klasického získávání informací na kurzech či seminářích sem patří i:

- stáže a praxe na obdobných pozicích (magistrátní úřady, obecní úřady, spolupracující instituce);
- stáže a praxe přímo ve službách, které pracují s cílovými skupinami politiky v oblasti závislostí);
- strukturované speciální vzdělávání, semináře, workshopy – ke konkrétním tématům;
- odborné konference k relevantním tématům (mezinárodní, celostátní, na místní úrovni, ad hoc konference ke speciálním tématům – např. v ČR konference terapeutických komunit);
- příležitostné akce s drogovou tematikou

Protidrogový koordinátor musí ze samé podstaty nastaveného systému koordinace veřejné politiky v oblasti závislostí svoje získané dovednosti a vědomosti v průběhu vykonávání své funkce neustále rozšiřovat a doplňovat. Akcent na průběžné celoživotní vzdělávání je základní podmínkou úspěšného výkonu jeho profese.

Ze zpracované Analýzy současných a dostupných vzdělávacích programů pro krajské a místní protidrogové koordinátory, tj. především z podkladů



dotazníkového šetření od krajských a místních koordinátorů, je zřejmé, že koordinátoři se snaží deficit ve vzdělávání a předávání si důležitých a potřebných informací, znalostí, dovedností a měkkých kompetencí i zajištění trvalé kvality, účelnosti a efektivity práce řešit individuálně podle svých potřeb a dostupných vzdělávacích programů. Jediný identifikovaný specifický kurz pro tuto cílovou skupinu jako řešení jejího systematického a dlouhodobého odborného vzdělávání nepostačuje. Aktuální stav v oblasti odborného vzdělávání protidrogových koordinátorů neposkytuje podmínky pro zkvalitnění práce a zvyšování jejich odbornosti, a to zejména s ohledem na nedostatečnou koordinaci vzdělávání na celorepublikové úrovni a její nesystematičnost.

2. Územní samosprávné celky v kontextu koordinace protidrogové politiky

V České republice je koordinace politiky v oblasti závislostí realizována Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP), výkonným orgánem je sekretariát RVKPP, který je součástí organizační struktury Úřadu vlády ČR. Členy RVKPP jsou především ministři jednotlivých dotčených resortů, předsedou je premiér. Na této úrovni je koordinace úzce spjata s výkonem státní správy. Vzhledem k potřebě přenosu realizace konkrétních opatření z centrální úrovně na celé území ČR a získání informací o dosahování cílů národní politiky v oblasti závislostí na místní úrovni, případně potřeby kontroly jejich efektivity či účelnosti je však nutné zapojit i další partnery. Kromě dalších relevantních subjektů je podstatné zapojení nižších úrovní veřejné správy. V případě ČR jsou to územní samosprávné celky, konkrétně obce a kraje.

V České republice je politika v oblasti závislostí řízena a koordinována Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP). Jejím výkonným orgánem je sekretariát RVKPP, který je součástí organizační struktury Úřadu



vlády ČR. Předsedou RVKPP je premiér, členy jsou především ministři vybraných resortů a zástupci dalších institucí či organizací:

Členy Rady jsou:

- a) ministr/ministryně (dále jen „ministr“) zdravotnictví,
- b) ministr práce a sociálních věcí,
- c) ministr školství, mládeže a tělovýchovy,
- d) ministr vnitra,
- e) ministr spravedlnosti,
- f) ministr financí,
- g) ministr obrany,
- h) ministr zemědělství,
- i) ministr průmyslu a obchodu,
- j) ministr nebo zmocněnec vlády pro lidská práva, je-li jmenován,
- k) ministr zahraničních věcí,
- l) zástupce Asociace krajů ČR – je jím hejtman nebo primátor hlavního města Prahy nominovaný Radou Asociace krajů ČR,
- m) zástupce Společnosti pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně,
- n) zástupce Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním,
- o) zástupce České asociace adiktologů,
- p) zástupce Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky,



q) expert jmenovaný předsedou Rady (např. poradce předsedy vlády pro oblast zahrnující protidrogovou politiku).

Na národní úrovni je koordinace úzce spjata s výkonem státní správy, nicméně vzhledem k potřebě přenosu realizace konkrétních opatření z centrální úrovně na celé území ČR a získání informací o situaci v oblasti závislostí na místní úrovni je však nutné zapojit i další partnery. Kromě dalších relevantních subjektů (viz výbory RVKPP nebo další poradní výbory či pracovní skupiny) je podstatné zapojení dalších úrovní veřejné správy. V případě ČR jsou to územní samosprávné celky, konkrétně obce a kraje. Primárními kontaktními a spolupracujícími osobami jsou v tomto případě protidrogoví koordinátoři.

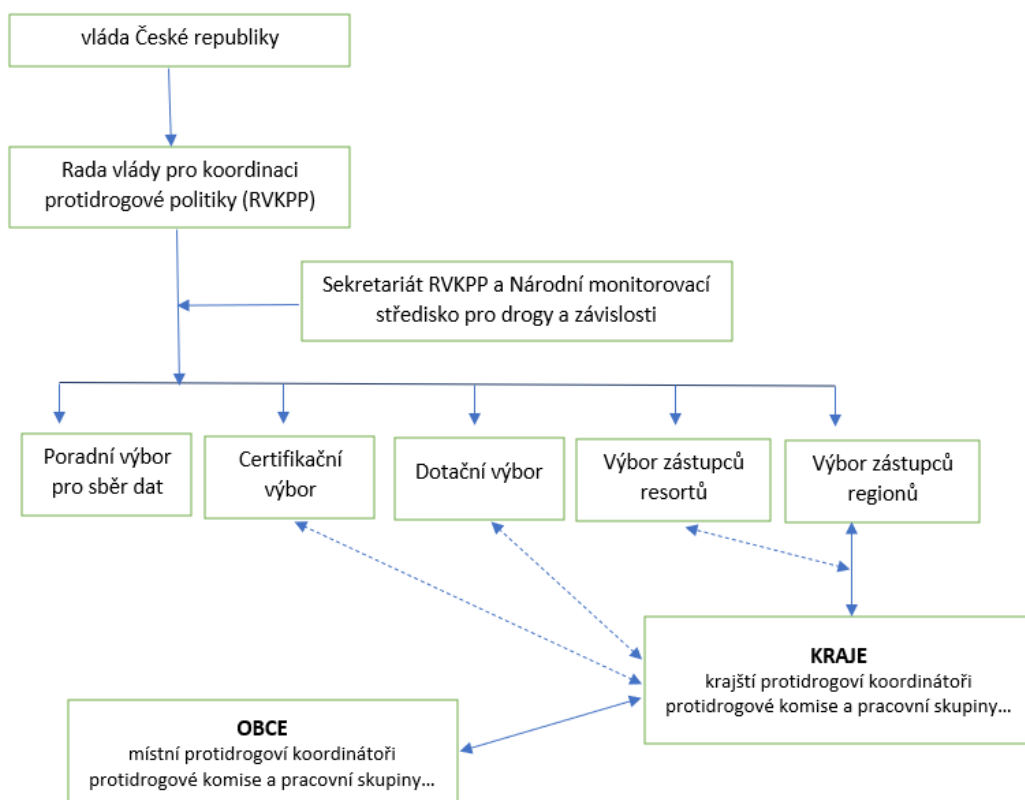


Schéma 1: Systém vertikální koordinace v ČR / zapojení krajů a obcí

Obce i kraje realizují svou vlastní protidrogovou politiku v samostatné působnosti, což znamená, že teoreticky mohou činit svá vlastní dílčí opatření podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, které je ohraničeno na jednu stranu



obecněji pojatým zněním příslušných částí zákonů, které výkon samostatné působnosti upravují či ohraničují, na straně druhé pak ustanoveními zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodami působenými návykovými látkami.

Velmi stručně je vertikální koordinace (byť tak není pojmenovaná a z logiky textu toto nevychází) zmíněna v zákoně č. 65/2017 Sb., § 28, Organizace a provádění protidrogové politiky. (odst. 1) Vláda, ministerstva a **územní samosprávné celky** provádějí opatření k ochraně zdraví populace před škodlivými účinky návykových látek a návykového chování (dále jen "protidrogová politika"); při provádění protidrogové politiky postupují ve vzájemné součinnosti. Další paragraf (§ 29) se pak velmi stručně věnuje realizaci protidrogové politiky přímo samosprávnými subjekty, upřesnění níže.

Pokud se jedná o termín koordinace, jedna z jeho možných definic zní: Základem koordinace je všestranné úsilí podporovat a motivovat odpovědné subjekty k zapojení se do řešení úkolů a vzniklých problémů v oblastech protidrogové politiky a dále pak jejich postupy sladovat.

Na rozdíl od právního předpisu, který byl tímto zákonem nahrazen, je zde role obcí a krajů výrazně redukována, respektive jsou redukovány jejich povinnosti. Tvůrci zákona k tomuto kroku přistoupili z přesvědčení, že je nutné co nejvíce omezit zasahování státu do samostatné působnosti, na druhé straně tento krok může znamenat do budoucna poměrně významné ohrožení koordinace protidrogové politiky ve smyslu vertikálním, tedy již zmíněný přenos vědecky ověřených přístupů a řešení problematiky závislostí směrem z centra na místní úroveň, do běžné praxe a běžného života. Jak kraje, tak obce nemusí realizovat pouze vlastní „dílčí“ opatření, ale mohou nastavit i „vlastní“, samostatný, na odborném konsensu nezávislý přístup k realizaci politiky v oblasti závislostí. Nejedná se ovšem o obvyklý stav. Důležitou roli zde hraje setrvačnost (v dobrém slova smyslu) předcházející zákonnému nastavení této problematiky. Dalším



faktorem je i odborný přístup sekretariátu RVKPP (dále jen sRVKPP) k řešení této problematiky. Další neméně důležitou roli zde hraje poměrně široký konsensus odborné veřejnosti (minimálně v základních principech) a odborné personální zajištění koordinace politiky v oblasti závislostí. V každém případě je role obcí a krajů nezastupitelná.

Tyto subjekty (či jejich úřady) mají velmi vysoký potenciál zapojovat do protidrogové politiky další instituce či organizace, se kterými běžně při výkonu veřejné správy spolupracují, ale mohou využít i vlastní potenciál (svých úřadů) v oblasti přenesené působnosti (jedná se především o oblast sociální, zdravotní). V případě některých činností, které mohou být důležité pro řešení dílčích oblastí protidrogové politiky, dochází k mísení přenesené a samostatné působnosti.¹

Zároveň kraje, ale i obce (především ty větší) realizují další vlastní veřejné politiky v samostatné působnosti. Ty mohou být různého zaměření, ale řada z nich se s politikou v oblasti závislostí více či méně prolíná, typicky se jedná o oblast prevence kriminality, prevence rizikového chování, rodinné či prorodinné politiky, oblasti národnostních menšin apod. Kraje i obce zpracovávají koncepce v oblasti podpory zdravého životního stylu, řešení problematiky bezdomovectví, sociálního vyloučení a z mnoha dalších oblastí.

V řadě případů cíle souvisejících politik či konkrétní opatření spolu souvisejí, a jejich propojení či koordinace může synergicky zvyšovat jejich účinnost, vést k efektivnějším a udržitelnějším řešením.

Vztah kraje a obcí je založen na principu samosprávy, nejedná se o vztah založený na nadřízenosti či podřízenosti. Vzhledem k potřebě řešit problémy jak

¹ V textu jsou používány běžně oba pojmy. Pojem „protidrogová“ politika je starší, aktuálnímu stavu koordinace v této oblasti více vyhovuje pojem „politika v oblasti závislostí“. Nicméně protože tento výraz se bude v textu opakovat poměrně často (nelze se tomu v tomto případě vyhnout), čistě ze stylistických důvodů budou rovnovážně používány oba pojmy, které v kontextu tohoto dokumentu znamenají totéž = (integrovaná) veřejná politika v oblasti závislostí.



plošného charakteru, tak reagovat na zcela konkrétní situaci na místní/komunitní úrovni, je koordinovaná a věcná spolupráce obou subjektů nutná. V souvislosti s tím se přirozeně vyprofilovaly činnosti, spadající z pohledu efektivity a z důvodu nutnosti zajištění odpovídající odbornosti jejich realizace na úroveň kraje nebo velkých aglomerací. Ty spadají spíše do gesce jednotlivých obcí. Zde se jedná skutečně o velmi konkrétní aktivity, vyplývající ze situace uvnitř komunity nebo ty, které souvisí s pravomocí a povinností obce zajišťovat veřejný pořádek v rámci svých zákonných kompetencí. Například oblast obecně závazných vyhlášek (s tím souvisí existence přestupkové komise) patří sem i řízení vlastních příspěvkových organizací atd. Některé kompetence a činnosti v působnosti samosprávy jsou shodné, průřezové.

3. Kraj

Kraje jsou v současné době v České republice označení pro dva různé typy subjektů:

- Vyšší územní samosprávné celky (územní společenství občanů, veřejnoprávní korporace), které ustanovuje ústavní zákon č. 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územních samosprávných celků.
- Územní jednotky (části území republiky), které jsou stanoveny zákonem č. 36/1960 Sb., o územním členění státu, v novelizovaném znění.

Aktuálně vymezuje činnost kraje z pohledu samostatné působnosti zákon č. 129/2000 Sb., o krajích (krajské zřízení). Zde je kraj definován jako územní společenství občanů, které má právo na samosprávu.

Realizace politiky v oblasti závislostí na úrovni kraje je ohraničena dvěma zákonnými normami. V již zmíněné „obecnější“ podobě je to díkce § 4 zákona



č. 129/2000 Sb., o krajích (odst. 4: Kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů).

Co se týče pojmu „samostatná působnost“, je na místě připomenout její definici podle § 2, odst. 1) zákona o krajích. **Kraj spravuje své záležitosti samostatně (dále jen „samostatná působnost“). Státní orgány mohou do samotné působnosti zasahovat, jen vyžaduje-li to ochrana zákona, a jen způsobem, který stanoví zákon.**

Rozsah samostatné působnosti může být též omezen zákonem.

Vzhledem ke vztahu kraje a obcí (vertikální koordinace) je důležité ještě jedno ustanovení citovaného zákona, § 14, odst.4).

Při výkonu samostatné působnosti kraj spolupracuje s obcemi; nesmí přitom zasahovat do jejich samostatné působnosti. Proti takovému zásahu může obec podat žalobu podle zvláštního zákona. Podrobněji je pak koordinace protidrogové politiky upravena zákonem č. 65/2017 Sb. Jedná se konkrétně o § 29. Kraj v samostatné působnosti:

a) provádí protidrogovou politiku na území kraje; za tím účelem kraj přijímá nejméně jednou za 10 let krajskou strategii protidrogové politiky;

b) za účelem koordinace protidrogové politiky může zřídit funkci krajského koordinátora pro protidrogovou politiku.

Jak je patrné, aktuální legislativní úprava samostatné působnosti v této oblasti je skutečně minimalistická. Již zmíněné znění předchozí právní úpravy, zákon č. 379/2005 Sb. bylo mnohem podrobnější a instruktivnější a současný stav vertikální koordinace politiky pro oblast závislostí stále ještě do značné míry ovlivňuje. Proto se celá řada činností opírá o přístupy či zásady, které byly



v tomto zákoně poměrně jednoznačně a přehledně pojmenovány či definovány.

Viz § 22, odst. 1. Kraj v samostatné působnosti²:

- koordinuje a podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány obcí a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky;
- ve spolupráci se státními orgány i s orgány obcí zpracovává krajskou strategii protidrogové politiky;
- podílí se na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků;
- zřizuje za účelem koordinace protidrogové politiky na svém území funkci krajského protidrogového koordinátora;
- zřizuje svůj iniciativní nebo poradní orgán pro oblast protidrogové politiky;
- zřizuje záchytné stanice v rozsahu stanoveném vyhláškou Ministerstva zdravotnictví, g) koordinuje zřizování a činnost záchytných stanic zřizovaných obcemi v samostatné působnosti;
- ročně soustřeďuje a vyhodnocuje údaje o situaci týkající se škod působených tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami na svém území.

Rozdíl mezi oběma právními úpravami je markantní, podstatná je i okolnost, že z aktuální právní úpravy vymizely pasáže upravující vztah krajů a obcí v této oblasti (viz např. původní § 22, odst. 1, písm. a), nebo odst. 2, písm. a).

² Citace původního znění zákona, který již pozbyl platnosti, zde není samoúčelná. V podstatě aktuální praxe v koordinaci integrované politiky v oblasti závislosti v ČR vychází stále z jeho základních principů a je dále přenášena. Což je nepochybně stav pozitivní.



4. Protidrogová politika v krajích

Zákon č. 65/2017 Sb. definuje protidrogovou politiku jako „soubor opatření k ochraně zdraví populace před škodlivými účinky návykových látek a návykového chování“. Podrobnější a mnohem konkrétnější definice je uvedena na webových stránkách Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zde je uvedeno, že „Politika v oblasti závislostního chování je definována jako komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně opatření vymáhání práva, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni zaměřených na problematiku legálních i nelegálních návykových látek a patologického hráčství. Jejím účelem je koordinovaným a vědeckými důkazy podloženým přístupem předcházet negativním důsledkům spojeným se závislostním chováním a snížit škody (zdravotní, sociální, ekonomické, nehmotné) působené závislostním chováním jak pro jedince, tak pro společnost, včetně dopadů na veřejné rozpočty, a posílit tak blahobyt (well-being) obyvatel ČR.“

Z této definice jednak vyplývá, že se jedná o politiku v širším slova smyslu, která není zaměřena, jak tomu bylo v minulosti, výhradně na tzv. nelegální drogy, ale že aktuálně je pozornost soustředěna na celou problematiku závislostí, která zahrnuje látkové závislosti obecně (včetně alkoholu, tabáku, nadužívaných léčiv) a vybrané závislosti nelátkové (aktuálně především patologické hráčství).

Za druhé je z definice patrné, že jak široký je předmět zájmu veřejné politiky v oblasti závislostí, tak jsou rozmanité cesty, způsoby a přístupy, jak tuto oblast řešit a snižovat negativní dopady na jedince i celou společnost. V tomto ohledu je velmi rozdílné postavení státní správy, reprezentované RVKPP, ministerstvy a dalšími specializovanými úřady a institucemi (Policie ČR, Hygienické stanice), oproti postavením samosprávných celků, v tomto případě krajů. Na rozdíl od



linie státní správy nemají kraje v této oblasti víceméně žádné přímé pravomoci a také disponují omezenými možnostmi přímo ovlivňovat situaci v řadě oblastí prostřednictvím přenesené působnosti. Absolutně se toto týká jednoho ze základních pilířů racionální politiky v oblasti závislostí, tedy vymáhání práva. Tady je role krajů omezena víceméně na pozici konzultanta, spočívá v předávání nebo naopak získávání informací.

Možnost krajů ovlivňovat legislativní prostředí v ČR je fakticky omezená. Kraje mají možnost připomínkovat zákony v procesu přípravy, avšak jejich role je spíše konzultační. V zákoně o krajích je sice vymezena možnost krajů prostřednictvím zastupitelstva kraje (§ 35, odst. 1, písm. a) předkládat návrhy zákonů Poslanecké sněmovně, nicméně tato kompetence je využívána velmi zřídka.

Oblast vzdělávání mohou kraje ovlivňovat spíše nepřímě jako poskytovatelé či zprostředkovatelé relevantních informací nebo jako organizátoři či podporovatelé vzdělávacích aktivit, ale nemají možnost ovlivnit tuto oblast systémově (například nemají pravomoc zasahovat do systému nebo obsahu vzdělávání na jednotlivých typech škol).

Naopak mají kraje výraznou možnost ovlivňovat některé aspekty realizace politiky v oblasti závislostí přímo, v rámci svých pravomocí a kompetencí (například formou tvorby a podpory sítí služeb, částečně jejich odborného či metodického vedení). Prostředkem je jednak přímá finanční podpora těchto služeb z vlastních rozpočtů krajů, ale zvláště pak prostřednictvím plánování sociálních služeb (terénní programy, kontaktní centra, následná péče a terapeutické komunity). Specificky se pak jedná o službu odborného sociálního poradenství, která je logickou součástí adiktologických služeb ve vězeňství, ambulantní a substituční léčbě jako sociální složka služeb poskytovaných či realizovaných podle Standardů RVKPP. Kraj má do jisté míry kompetence ovlivňovat nastavení sítě svých poskytovaných služeb. Pro příklad uvádíme



kompetence v segmentu zdravotních služeb, jako jsou ambulantní léčba, substituční léčba, detoxifikace a záchytné stanice za podmínek souhlasného postojů zdravotních pojišťoven. Principiálním omezením je, že kraje nemají k dispozici jako základní pracovní nástroj všechny klíčové kompetence a pravomoci, aby mohly ve všech oblastech realizovat svoji vlastní protidrogovou politiku přímo. Tato okolnost nutí kraje ke spolupráci s ostatními aktéry veřejných politik, se státní správou, dalšími samosprávami (které mu jsou zákonem postaveny na roveň) a celou řadou dalších subjektů. To představuje značné nároky na koordinační, vyjednávací a až diplomatické schopnosti příslušných pracovníků kraje (nejen protidrogových koordinátorů). V řadě případů se kraj musí smířit spíše s postavením konzultanta než rovnocenného partnera a mnohdy slevit ze svých představ. Na straně druhé je tento stav, tedy nutnost nacházet shodu ve všech klíčových oblastech s dalšími subjekty, účinnou pojistkou před případnými extrémy. Těmi může být například politika postavená převážně na represii, ignorování vědeckých poznatků a neefektivní hledání „třetích cest“, aktivity zaměřené spíše na efekt apod. V České republice jsou kraje důležitým článkem koordinace politiky v oblasti závislostí, kraje jsou zapojeny do koordinační struktury realizace protidrogové politiky, jsou pro RVKPP respektovanými partnery. A to především naprosto logicky tam, kde mají již zmíněné reálné kompetence a možnost přímo ovlivňovat situaci na místní úrovni.

Typické oblasti protidrogové politiky, v nichž se kraje primárně angažují:

- Vyhodnocování situace na jejich území, sběr informací a dalších statistických dat, jejich porovnávání a analýzy;
- Konzultace ke konkrétním zjištěním s dalšími aktéry v území;
- Konzultace a výměna informací s ostatními subjekty na celostátní úrovni, jinými kraji;



- Tvorba vlastních strategických dokumentů;
- Nastavování a správa sítí služeb;
- Podpora politiky v oblasti závislostí z vlastních zdrojů; především podpora služeb (primární prevence, adiktologické služby podle Standardů RVKPP, ostatní služby a programy);
- Podpora vzdělávacích aktivit – typicky především hlubší vzdělávání místních protidrogových koordinátorů – pravidelné či příležitostné, realizace vlastních odborných seminářů k vybraným tématům, spolupráce s dalšími institucemi na vzdělávacích aktivitách zpravidla aktuálním tématům – v letech 2019/2020 například ve spolupráci s NMS semináře ke strategii eliminace hepatitidy typu C, zprostředkování informací o odborně fundovaných vzdělávacích programech, krajské odborné konference).

Typické související oblasti, částečně propojené s oblastí závislostí:

- Prevence kriminality;
- Prevence rizikového chování;
- Plánování sociálních služeb na území kraje (a další aspekty vlastní sociální politiky krajů – například ve vztahu k sociálním pracovníkům na obcích, sociálně vyloučeným obyvatelům kraje, osob bez přístřeší apod.);
- Oblast veřejného zdraví (strategie rozvoje zdravotnické péče, Zdraví 21 apod.);
- Oblast rodinné či prorodinné politiky;
- Oblast školství (pokud se kraj angažuje např. i ve výchovné složce působení zřizovaných škol...).



Instituce, partneři:

- Policie ČR – krajská ředitelství (a další specializované útvary – typicky NPC); Probační a mediační služba ČR, zdravotnické instituce na krajské úrovni (KHS, SZÚ), pedagogicko-psychologické poradny atd.

Nástroje a prostředky používané pro realizaci politiky v oblasti závislosti:

- Lidské zdroje:
 - protidrogový koordinátor;
 - odborné a poradní orgány („protidrogová komise“ stálá, ad hoc pracovní skupiny k aktuálním tématům, stálé pracovní skupiny ke specifickým, užším oblastem);
- Další prostředky:
 - strategie, akční plány;
 - nastavené a popsané sítě služeb;
 - analýzy, výzkumy – v případě kraje/obce obvykle ke specifickým oblastem;
 - další datové, statistické a analytické podklady.

5. Obec

V Česku je obec veřejnoprávní korporací, která je základní jednotkou veřejné správy, územní samosprávný celek základního stupně (vyšším územním samosprávným celkem je kraj). V tomto smyslu je subjektem samosprávy a v různé míře, podle typu obce, také vykonavatelem státní správy. Základní definici obce obsahuje zákon 128/2000 Sb., o obcích: „Obec je základním územním samosprávným společenstvím občanů; tvoří územní celek, který je vymezen hranicí území obce.“



Realizace politiky v oblasti závislostí na úrovni obce je ohraničena dvěma zákonnými normami. V již zmíněné „obecnější“ podobě je to díkce § 2, odst. 2 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích:

- odst. 2): Obec pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů; při plnění svých úkolů chrání též veřejný zájem.);
- a § 35, odst. 2): Obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu dále pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů. Jde především o uspokojování potřeby bydlení, ochrany a rozvoje zdraví, dopravy a spojů, potřeby informací, výchovy a vzdělávání, celkového kulturního rozvoje a ochrany veřejného pořádku.

Podrobněji je pak koordinace protidrogové politiky upravena zákonem č. 65/2017 Sb. Jedná se konkrétně o § 29, (2): Obec v samostatné působnosti provádí protidrogovou politiku na území obce. V případě potřeby může zřídit funkci místního koordinátora pro protidrogovou politiku. Opět, stejně jako u krajů, zde chybí podrobnější informace o tom, co je vlastně míněno pojmem protidrogová politika (zákon ji definuje jako „soubor opatření k ochraně zdraví populace před škodlivými účinky návykových látek a návykového chování“. Bez bližší konkretizace se ovšem stále jedná o příliš široký a neurčitý pojem, nijak neohraničený ve vztahu ke kompetencím a možnostem obce.). Nicméně tento zákon obsahuje některá ustanovení, která umožňují obcím nastavit regulaci v dílčích oblastech souvisejících s prevencí užívání návykových látek. Obec může obecně závaznou vyhláškou:



- Zakázat kouření a zakázat používání elektronických cigaret na veřejném prostranství, které se nachází v blízkosti školy, školského zařízení nebo jiného prostoru vyhrazeného pro aktivity osob mladších 18 let;
- Nebo zakázat konzumaci alkoholických nápojů na veřejně přístupném místě nebo veřejnosti přístupné akci, pokud je toto místo nebo akce přístupná osobám mladším 18 let;
- Či omezit nebo zakázat v určitých dnech nebo hodinách nebo na určitém místě prodej, podávání a konzumaci alkoholických nápojů v případě konání kulturní, sportovní nebo jiné společenské akce přístupné veřejnosti (§ 17).

I v případě obcí platí, že přechází právní úprava, zákon č. 379/2005 Sb., byla mnohem konkrétnější. Obce v samosprávné působnosti se týkal § 22, Obec v samostatné působnosti:

- Podílí se na realizaci protidrogové politiky na svém území, za tím účelem spolupracuje se státními orgány, s orgány kraje a s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové politiky;
- V případě potřeby a ve spolupráci s orgány kraje zpracovává a přijímá místní plán protidrogové politiky, který schvaluje zastupitelstvo obce;
- V případě potřeby se podílí na financování programů protidrogové politiky a kontroluje účelné využití těchto finančních prostředků;
- V případě potřeby zřizuje za účelem koordinace protidrogové politiky na svém území funkci místního protidrogového koordinátora, případně zvláštní iniciativní nebo poradní orgán;
- Je oprávněna zřizovat záchytné stanice, nebo se podílet na financování takových stanic.



Pro úplnost je nutné dodat, že obec může spolupracovat při výkonu samostatné působnosti i s jinými obcemi (§ 46 zákona o obcích). Jedná se o tzv. dobrovolný svazek obcí. Podle znění § 50 příslušného zákona by s tématem protidrogové politiky mohly nejbližší souviset v něm zmíněné „úkoly v oblasti školství, sociální péče, zdravotnictví, veřejného pořádku“.

Další formou rozvoje území obce může být spolupráce obce s tzv. místními akčními skupinami. Místní akční skupina (MAS) je místní společenství složené ze subjektů, které zastupují místní socioekonomické zájmy – veřejné i soukromé (tvoří ji skupiny občanů, neziskové organizace, soukromí podnikatelé, obce, svazky obcí apod.). Jejich společným cílem je rozvoj vymezeného území – venkovského regionu. MAS se podílí na obnově a rozvoji venkova s cílem zlepšit zde kvalitu života.

6. Protidrogová politika v obcích

Pro protidrogovou politiku realizovanou obcemi platí velmi podobný model jako pro kraje. Stručně shrnuto, i obce mají nejsilnější postavení tam, kde mají reálné kompetence a pravomoci. Dalším specifikem obcí je skutečnost, že ve výhodě jsou obce se specializovaným úředním aparátem a alespoň dílčími kompetencemi v přenesené působnosti (obce s pověřeným obecním úřadem, nebo obce s rozšířenou působností). Obce se od krajů liší také tím, že vzhledem k tomu, že mají ve své správě mnohem menší území s menším počtem obyvatel, mohou mít, a také mívají, detailnější, podrobnější přehled o konkrétní situaci v komunitě a disponují zároveň alespoň některými nástroji, kterými mohou klima ve své působnosti ovlivňovat. Již byla zmíněna možnost regulovat užívání návykových látek prostřednictvím obecně závazných vyhlášek, ale existují i další možnosti. Obce v řadě případů pronajímají zázemí pro pořádání kulturních a společenských akcí, prostory pro podnikání. Obce jsou zřizovateli mateřských a základních škol, prostřednictvím osvětových opatření mohou ovlivňovat situaci



v těchto zařízeních. Řada obcí zřizuje obecní policii, mají tedy prostředky společně s pravomocemi v oblasti přestupků nejen na úseku toxikomanie a závislostí regulovat do značné míry veřejný pořádek (jakkoli nelze považovat tento způsob za jediný možný přístup k řešení problematiky závislostí). Obce spolupracují s kraji na nastavení sítí sociálních služeb, některé mají vlastní sociální pracovníky nebo zřizují vlastní sociální služby včetně adiktologických služeb (v minulosti vzácný, ale ne zcela neobvyklý jev).

Vzhledem k tomu, že obce stejně jako kraje hospodaří s vlastním rozpočtem, mohou využít i poměrně značné množství finančních prostředků na řešení problematiky závislostí, a mohou podporovat i další oblasti synergicky provázané (volnočasové a sportovní aktivity dětí a mládeže, aktivity v oblasti prevence kriminality apod.).

V principu se v praxi obce soustřeďují spíše na ty problémy či jevy související s oblastí závislostí, na které dohlédnou a které vnímají jako ohrožující. Spektrum konkrétních aktivit a forem zapojení obcí do veřejné politiky v oblasti závislostí je velmi široké a závisí na řadě faktorů, z nichž některé jsou zmíněné výše (ochota vynaložit finanční prostředky, míra odbornosti konkrétních odpovědných osob, vnímání priorit). Z praxe víme, že častěji než v případě krajů hraje podstatnější roli politická orientace obecních zastupitelů.

7. Klíčové osoby krajů a obcí (nadřízení koordinátorů)

Klíčové osoby, které mají vliv na podobu protidrogové politiky v krajích, ale i na obcích, jsou jednak příslušní odborní pracovníci, jejich nadřízení a osoby, které mají rozhodovací pravomoc (v oblasti vedení úřadu i samosprávy).

Lze ilustrativně popsat tři klíčové personální linie³:

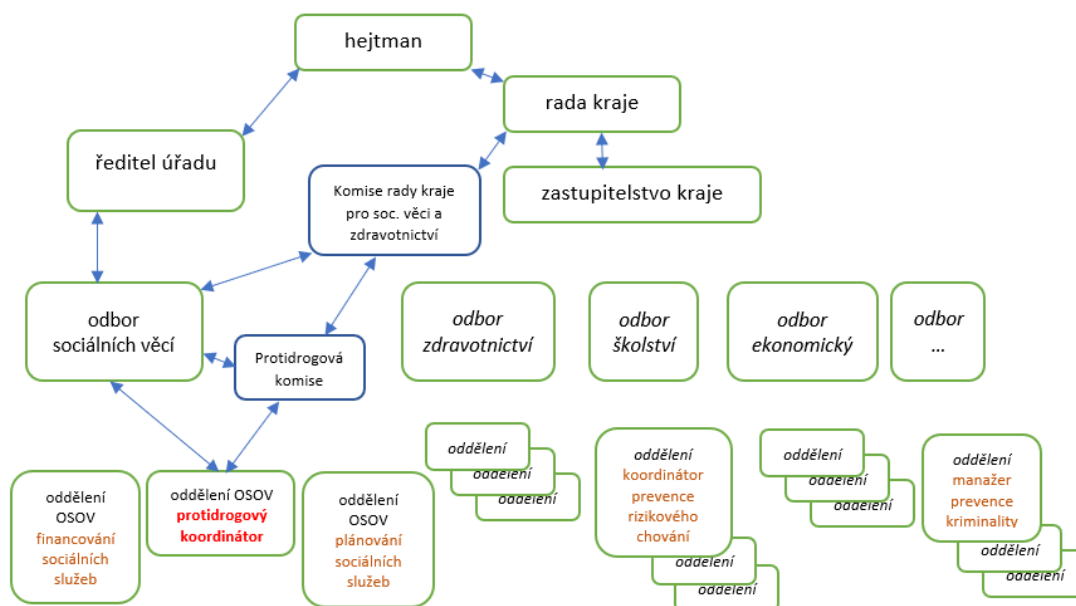


Schéma 2: klíčové osoby / orgány kraje

Linie přímé nadřízenosti: Koordinátor – vedoucí oddělení – vedoucí odboru – ředitel úřadu (v případě krajských úřadů) / tajemník (v případě obecních úřadů)

Typické (klíčové/podstatné) situace či činnosti, které jsou řešeny nebo realizovány po této linii v souvislosti s realizací politiky kraje v oblasti závislostí:

- příprava strategických dokumentů;
- konzultace ke konkrétním krokům – požadavky na provozní prostředky krajského úřadu (dílní výdaje – typicky oblast vzdělávání), nebo na požadavky směrem k rozpočtu kraje (dotační programy);
- požadavky na odborné vzdělání koordinátora, účast na akcích;

3 Schéma je silně zjednodušené. Ve skutečnosti by bylo možné zobrazit mnohem hustší síť vztahů, nicméně názornosti by to příliš neprospělo. Proto jsou z klíčových osob z jiných oblastí/ odborů vybrány pouze některé, ty jsou vyznačeny barevně. Nicméně i z tohoto schématu poměrně přesvědčivě vyplývá složitost koordinace – už na úrovni krajského úřadu. Pochopitelně záleží na skutečném zařazení pozice koordinátora na konkrétní odbor/oddělení.



- obecně pak konzultace záměrů koordinátora směrem k samosprávě kraje.

Linie věcné spolupráce (klíčoví spolupracovníci):

Po stránce odborné: Koordinátor prevence rizikového chování, manažer prevence kriminality, koordinátor plánování sociálních služeb, metodik sociálních služeb atp.

Typické situace či činnosti, které jsou řešeny po této linii:

- synchronizace a koordinace podpory služeb krajské sítě z jiných zdrojů;
- odborné konzultace k odborné způsobilosti subjektů realizujících aktivity v různých oblastech;
- věcná a odborná spolupráce na příslušných strategických dokumentech) např., z pohledu synergie aktivit, dodržení odborné terminologie, odstranění nežádoucích/neefektivních duplicit apod.).

Po stránce zajištění věcné realizace preventivních či podpůrných aktivit: zaměstnanci úřadu, kteří mají v náplni práce realizaci dotačních řízení.

Typické situace či činnosti, které jsou řešeny po této linii:

- spolupráce na administrativním zajištění dalších významných činností (například administrace příslušných dotačních titulů, věcná a finanční kontrola realizace vlastních projektů/služeb, hodnocení žádostí...);
- spolupráce na realizaci jednorázových (typicky vzdělávacích) akcí z pohledu materiálně technického a logistického zajištění.

Linie rozhodovací:



Po stránce zajištění věcné realizace dílčích nebo podpůrných aktivit: přímí nadřízení, odpovědní pracovníci či vedoucí relevantních odborů (především odbor ekonomický).

Typické situace či činnosti, které jsou řešeny nebo realizovány po této linii souvisí především s faktem, že krajské úřady jsou co do kompetencí obvykle organizovány velmi hierarchicky. Tedy pokud koordinátor například potřebuje nutně spolupracovat na přípravě krajské konference s pracovníkem jiného odboru (typická spolupráce odbor sociální – odbor školství), není toto myslitelné bez toho, aby se to obešlo bez vzájemné dohody vedoucích obou odborů. Tato zásada platí pro všechny typy či formy spolupráce.

Po stránce strategického rozhodování: samospráva (hejtman – věcně příslušný náměstek nebo problematikou pověřený člen rady – další členové rady kraje – členové zastupitelstva; specificky pak členové oficiálních poradních orgánů samosprávy – např. sociální komise, zdravotní komise apod.)

Typické situace či činnosti, které jsou řešeny nebo realizovány po této linii:

- Schvalování závazných strategických nebo realizačních dokumentů obce/ kraje týkajících se problematiky závislostí (netýká se pouze úzce „protidrogových strategií“, ale i souvisejících dokumentů – např. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Platí i pro koncepční dokumenty širšího záběru – dlouhodobé strategie rozvoje regionu/ obce);
- Rozhodování o podobě samosprávného rozpočtu – vyčlenění potřebného podílu na tuto oblast;
- Vyhlašování, hodnocení a schvalování příslušných dotačních programů;



- Patří sem i vyžádané konzultace samosprávy – k různým tématům v souvisejících oblastech (to platí, pokud samospráva vnímá nebo chce vnímat protidrogového koordinátora jako skutečného odborného garanta této oblasti).

Všechny zde popsané linie se pochopitelně prolínají. Jsou schematické, konkrétní situace v podstatě závisí především na umístění protidrogového koordinátora ve struktuře úřadu, ale také na rozdělení kompetencí mezi jednotlivé složky úřadu (Typický příklad: V některých krajích je odpovědnost za dotační řízení pro oblast závislostí svěřena jinému odboru, než na jaký je zařazen koordinátor, někdy může být odpovědnost rozdělena mezi více odborů – administrativní vs. věcná, odborná část dotačního řízení).

8. Koordinace mezisektorových činností v krajích

Pojem „mezisektorový“ vyjadřuje podstatný rys efektivní koordinace veřejné politiky v oblasti závislostí. „Sektory“ jsou míněny oblasti veřejné správy, jasně ohraničené a vymezené. Například pro protidrogovou politiku jsou nejvýznačnější sektory vzdělávání (oblast primární prevence), zdravotnický (léčba), sociální věci (prevence sociálního vyloučení). Základním rysem koordinace je pak iniciace a prosazování změn napříč těmito sektory. Termín je analogický s dalšími používanými v obdobném smyslu – mezioborová (spolupráce, činnost), multidisciplinární atd.

Primárně je osobou odpovědnou za přenášení témat potřebných pro realizaci efektivní politiky v oblasti závislostí odpovědná osoba koordinátora. Koordinátor identifikuje potřeby, hledá pro tato řešení partnery a oslovuje je, navrhuje řešení nebo je konzultuje či teprve v průběhu komunikace s dalšími subjekty je hledá.

Je základním rysem koordinace (a důvodem, proč vlastně pozice koordinátora existuje), že není v silách jednoho poměrně specifického systému (protidrogová



politika) řešit všechny potřeby samostatně, odděleně. To by přineslo významný nárůst nákladů jak finančních, tak zvýšenou potřebu personálního zajištění této problematiky. Významným přínosem koordinace je naopak právě využívání stávajících zdrojů v jiných systémech pomoci či veřejné správy, v jiných veřejných politikách. Naopak slabší stránkou bývá v řadě případů potřeba se do jisté míry ostatním spolupracujícím systémům přizpůsobit a v krajním případě slevit z části odborných nároků.

I to je součást dobře realizované koordinace – umět rozpoznat hranici, kde je ještě možné přistoupit na kompromis i z pohledu odborného, a kdy je to už nepřijatelné. Pro koordinaci mezisektorové spolupráce na krajích v této oblasti platí totéž, co v dalších obdobných případech. Je nutné si uvědomit, že jak z pohledu centrálního, tak krajského, ale i obecního, místního, je politika v oblasti závislostí pouze malou složkou, malou součástí celého souboru veřejných politik. Zároveň se jedná o oblast, která v řadě případů vzbuzuje emoce, informace, kteří mají aktéři ostatních veřejných politik, jsou obvykle neúplné, zkreslené. Často v jejich pohledu hraje roli osobní zkušenost, která je může vést jak k pozitivnímu a vstřícnému postoji, tak naopak může být negativní a působí zcela opačně. Navíc v řadě případů je nutné počítat s ovlivněním politickými postoji nebo politickým kalkulem.

Koordinaci protidrogové politiky na krajích lze rozdělit do dvou linií: mezisektorová spolupráce v rámci kraje/obce (míněno je především příslušný úřad), a spolupráce s dalšími sektory mimo působnost kraje/obce (v území).

Mezisektorová spolupráce uvnitř úřadu:

Lze použít i víceméně analogický termín mezi**odborová** spolupráce. Již bylo zmíněno v kapitole klíčové osoby krajů/obcí, že pro realizaci politiky v oblasti závislostí je nutná spolupráce (to vyplývá ze samotné její definice) řady aktérů. Bez ohledu na zařazení protidrogového koordinátora jsou nejvýznamnější tři



oblasti: sociální věci, zdravotnictví a školství. Každá z nich je ovšem krajem spravována či řízena jinak, v každé oblasti má kraj/obec rozdílné kompetence a pravomoci. Podíváme-li se na mezisektorovou spolupráci z úhlu správy sítě adiktologických služeb (případně sítě služeb primární prevence) je nutné si uvědomit minimálně tyto rozdíly:

Pro oblast sociálních věcí platí, že kraj nastavuje síť sociálních služeb, rozhoduje o zařazení do sítě služeb, nastavuje výši vyrovnávací platby a tyto služby spolufinancuje (obvykle bývá hlavním zdrojem finančních prostředků na jejich činnost). Mimoto je kraj odpovědný za registraci sociální služby podle zákona, kontroluje dodržování podmínek registrace, řeší stížnosti klientů služeb, může sledovat kvalitu poskytování služby (byť nedisponuje kompetencemi Inspekce kvality sociálních služeb), kontroluje vyúčtování finančních prostředků. Obec může nastavit vlastní síť sociálních služeb, spolupracuje s krajem na nastavení krajské sítě (ovšem poslední slovo má zde kraj), ve své působnosti zřizuje sociální služby, může být významným zdrojem spolufinancování.

Pro oblast zdravotnictví platí, že kraj zdravotnické služby registruje, administruje výběrová řízení na poskytovatele zdravotních služeb (ale nerozhoduje již o jejich výběru). Kraj může výběrové řízení iniciovat i sám, ale poslední slovo mají obvykle zdravotní pojišťovny. Ty také zdravotnické služby financují, kraj obvykle nikoli.

Kraj je vybaven pro kontrolu plnění registračních podmínek služby, v oblasti vlastního poskytování kvalitu nesleduje, je ovšem místem pro podání stížností pacientů a tyto stížnosti řeší. Obec v této oblasti nemá žádné kompetence.

Pro oblast školství platí, že kraj zřizuje střední školy (ne všechny), a administruje finanční toky směrem k dalším školským zařízením, resp. k jejich zřizovatelům. Zřizuje pedagogicko-psychologické poradny. Oblast kvality přímé práce, tedy pedagogického působení škol, je v kompetenci České školské



inspekce. Kraj řeší stížnosti v této oblasti, značnou oblast provozní administrativy (dodržování zákonných ustanovení – přijímací zkoušky, maturity apod.). Kontroluje vyúčtování poskytnutých finančních prostředků. Kraj jako zřizovatel může spolufinancovat školy ze svého rozpočtu. Kompetence obcí v této oblasti se týkají pouze jimi zřizovaných škol, tedy škol mateřských a základních. Obec jako zřizovatel může spolufinancovat „své“ školy ze svého rozpočtu, do značné míry může ovlivňovat jejich vzdělávací politiku, přístup k výchově apod.

Co z tohoto krátkého přehledu vyplývá? Pokud bude záměrem krajského koordinátora přímo usměrňovat nastavení sítě adiktologických služeb, najde partnera pro jejich sociální složku přímo na odboru sociálních věcí (koordinátor plánování, metodik plánování, vedoucí odboru či příslušného oddělení), který v této oblasti disponuje potřebnými kompetencemi beze zbytku (s drobnou výjimkou sociálních služeb zařazených do celostátní sítě – ty spravuje MPSV).

Pokud se bude jednat o složku zdravotnickou, bude kromě odboru zdravotnictví nutné vyjednávat i se zdravotními pojišťovnami, případně ministerstvem zdravotnictví. Nejvýznamnějším momentem je ovšem otázka, nakolik je reálná podpora ze strany zdravotních pojišťoven. Výsledkem těchto jednání ovšem obvykle bývá v případě skutečně akutní potřeby podpory vzniku nové zdravotnické služby závěr, že nelze spoléhat se na zdravotnický systém, ale bude nutné financovat tyto služby z jiných zdrojů (obvykle RVKPP, vlastní rozpočty krajů (to je případ převážné většiny aktuálně fungujících adiktologických služeb dle Standardů RVKPP – ambulantní a substituční léčba).

Pokud se bude jednat o podporu služeb v oblasti specifické primární prevence, je nutné primárně zapojit přímo školy. Možným nástrojem je dohled nad plněním primárně preventivního minima na školách dané Metodickými doporučeními k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (fakticky



má v této oblasti kontrolní pravomoc Česká školní inspekce, krajský metodik prevence rizikového chování pak má spíše kompetence metodické, doporučující).

I jejich zřizovatelé mají velmi malou kompetenci (a obvykle i nedostatečné odborné znalosti v této specifické oblasti) jim „nařít“, aby se primární prevenci věnovali, nehledě na spíše kontraproduktivní dopady takového kroku. O tom, že by se jednalo o velmi nejisté zajištění skutečně efektivního (nejen z hlediska odborného) naplnění takového požadavku nebo příkazu, není nutné pochybovat.

Co z tohoto jediného konkrétního příkladu vyplývá obecně – vždy je nutné vědět, jaké má kraj/obec (jejich úřady) reálné kompetence pro naplnění identifikovaných potřeb. A že tyto kompetence a pravomoci, obecně možnosti, jsou v různých systémech/sektorech, které spravují, velmi rozdílné.

Mezisektorová spolupráce v území:

V tomto případě se jedná o spolupráci s institucemi nebo dalšími subjekty, bez kterých si nelze představit skutečně komplexní přístup k dané oblasti. Opět se primárně jedná o sektor sociální, zdravotnický, školský. Reálně má k těmto institucím bezprostřednější přístup spíše krajský koordinátor, ten také obvykle plní roli prostředníka mezi zmíněnými institucemi a obcemi, menšími regiony.

Vybrané tipy na nejzásadnější partnery/spolupracující subjekty v jednotlivých oblastech jsou uvedeny typické oblasti spolupráce:

Sektor sociální

- Poskytovatelé sociálních služeb (získávání údajů a informací o situaci jejich klientů nebo v území, kde pracují; konzultace ke konkrétním záměrům v oblasti rozvoje sítě adiktologických služeb; zjišťování jejich



potřeb – identifikování překážek bránících jim efektivně vykonávat jejich práci).

- Vzhledem k tomu, že naprostou většinu kompetencí v této oblasti disponují především kraje, další klíčoví partneři nejsou pro běžnou praxi nutní a v území ani obvykle nejsou. Jistá úroveň spolupráce může být nastavena s úřady práce apod., zde se jedná spíše výhradně o předávání informací.



Sektor zdravotnický

- Zdravotní pojišťovny. Klíčový, ovšem velmi nepřístupný, spíše potenciální či ideální, než dostupný partner (jsou zde uvedeny spíše jako přání, než jako odraz reality).
- Konkrétní zdravotnická zařízení. I zde lze identifikovat dvě linie:
 - Zdravotnická zařízení přímo pracující s cílovými skupinami v oblasti léčby závislostí: psychiatrické ambulance (zabývající se léčbou závislostí nebo na ně specializovaná), psychiatrické nemocnice s relevantním zaměřením, záchytné stanice;
 - Zdravotnická zařízení, která pracují v oblastech, které jsou pro práci s osobami ohroženými závislostí podstatné z jiných důvodů: Nejtypičtěji, co se týče dlouhodobé či systémové spolupráce na úrovni kraje, se jedná o infekční oddělení nemocnic, případně další specialisty v této odbornosti (velmi podstatní partneři – z důvodu nutnosti řešit prevenci a léčbu typických infekčních onemocnění – HIV/AIDS, hepatitidy, další pohlavně a krví přenosné nemoci. Spolupráce na nastavení konkrétních přístupů, výměna informací a poznatků, konzultace odborných kroků v této problematice, síťování aktérů); psychiatrii obecně – otázka duálních diagnóz (byť se oblastí závislostí vůbec nemusí primárně zabývat) a další zdravotníci – dětské a dospělé lékaře, praktičtí lékaři (pro tyto dvě skupiny přichází v úvahu především vzájemné předávání informací, poznatků z praxe apod.).
- Krajské hygienické stanice (získávání informací a datových podkladů, konzultace ke specifickým oblastem – především infekční onemocnění spojená buď s nitrožilním užíváním návykových látek, nebo s



rizikovým způsobem života obecně, konzultace k zajištění hygienické bezpečnosti provozu adiktologických služeb nebo jejich postupů apod.).

- Další specializované zdravotnické instituce: Státní zdravotní ústav, Centra duševního zdraví (CDZ, aktuální produkt reformy psychiatrické péče – klienti s psychotickými a afektivními poruchami (dále jen SMI). Spojitost s oblastí závislostí je zřejmá – především problematika duálních diagnóz), Centra podpory zdraví (zdravý životní styl a podpora zdraví obecně, oblast prevence, ale i důraz na práci se skupinami obyvatel se ztíženým přístupem k zdravotní péči – např. osoby jiných národností, další menšiny, sociálně vyloučení občané).

Sektor školský

- Pedagogicko-psychologická poradna;
- Česká školní inspekce;
- Regionální vysoké školy/akademická pracoviště, případně specializované střední a vyšší odborné školy. Tyto instituce by bylo možné uvést i u přehledu institucí v předchozích dvou sektorech – spolupráce s nimi je motivována skutečností, že obvykle disponují řadou podstatných odborných informací i pracovníky s potřebnými odbornými dovednostmi.

Aktuální příklad omezení v mezisektorové spolupráci (dané situačně, nikoli systémově): V průběhu roku 2019 se v České republice podařilo získat potřebnou podporu i nástroje pro řešení problematiky hepatitidy C. Léčba zcela novou metodou byla široce zpřístupněna a je víceméně bez komplikací poskytována i uživatelům návykových látek. Jak zdravotní pojišťovny, tak příslušní lékaři, infekční oddělení nemocnic a další aktéři silně podporovali tento proces.



Situace v souvislosti s epidemií koronaviru počátkem roku 2020 ale tuto problematiku na čas zcela zastínila a kapacita infekčních oddělení nemocnic je aktuálně primárně směřována do této oblasti.

9. Úloha krajských a místních protidrogových koordinátorů

Protidrogový koordinátor je úředníkem veřejné správy, který má koordinační, iniciativní, organizační a poradní roli v působnosti příslušného kraje nebo obce, je respektovaným partnerem dalších institucí na místní i celostátní úrovni. Má klíčovou úlohu ve vytváření konzistentní protidrogové politiky v místě svého působení a v koordinování místních postupů. Jeho úkolem je i koordinace činností jednotlivých odborů úřadu a služeb, které úřad poskytuje, spolupráce s dalšími institucemi a organizacemi, od vládních orgánů po místní nevládní organizace a další poskytovatele služeb, kteří se podílí na realizaci dílčích cílů integrované protidrogové politiky. Protidrogový koordinátor je erudovaným a kvalifikovaným odborníkem v oblasti protidrogové politiky.

Mezi pozicemi krajský a místní protidrogový koordinátor není definován žádný jiný rozdíl než územní působnost. V praxi se pak liší především intenzita či spíše objem práce. Zatímco protidrogový koordinátor Prahy, Brna, Ostravy má velmi podobný, či dokonce stejný objem práce a rozsah řešené problematiky jako krajský koordinátor, místní koordinátor v obci s 13 000 obyvateli bude mít objem práce významně nižší.

Obě pozice mají v systému realizace veřejné politiky v oblasti závislostí dvě úlohy, přičemž v ideálním případě se obě doplňují. V první řadě se jedná o přenos relevantních opatření z úrovně národní na úroveň místní. Základní úloha spočívá v oboustranném přenosu informací i v obhajobě a podpoře zavádění systémových opatření, která jsou v rámci území relevantní.



Druhou složkou jejich působení je vycházet z místní situace a podporovat řešení, která z ní plyne, jsou realistická a dlouhodobě udržitelná. Přitom vychází nejen ze znalosti situace v oblasti rozšíření jednotlivých druhů závislostí a jejich dopadů na místní společenstva, ale i celkového kontextu souhrnu veřejných politik v regionu. Podstatným regulačním, v některých oblastech dokonce omezujícím prvkem, je vůle místních i krajské samosprávy k řešení jednotlivých aspektů politiky v oblasti závislostí, která je vyjádřena jednak akceptací či podporou jednotlivých přístupů, ale i ochotou tyto aktivity (spolu)financovat.

Příklad – v minulosti typicky přístupy „harm reduction“ – jádrem sporu byly především programy výměny injekčního materiálu, ale v řadě případů i substituční léčba. Dlouhodobě se pak na úrovni samosprávy vedou spory o účinnost programů primární prevence – odborný přístup vs. efektivní, ale neúčinné či nákladově neefektivní programy a aktivity, nebo záměna nespecifických aktivit za specifické.

Obě tyto složky by měly být v rovnováze a vzájemně se doplňovat. Zjednodušeně řečeno, z národní úrovně by na místní úroveň měla být přenášena opatření, která mají v situaci na území opodstatnění a přinášejí ověřená a efektivní řešení, na straně druhé by neměla být realizována opatření, která jsou s národní politikou v této oblasti v odborném rozporu. Typický příklad: Nelze vyřešit oblast primární prevence tím, že budeme místo specifických programů plošně podporovat sportovní a volnočasové aktivity s poukazem na to, že takto je nastavená krajská/místní strategie a je to obsaženo ve volebním programu. Samospráva má pochopitelně právo rozhodovat, na co vydá své finanční prostředky, ale v tomto případě nemůže rozhodně tvrdit, že podporuje specifickou primární prevenci, nebo že její politika přispívá k věcnému a faktickému řešení problematiky závislostí.



Vzájemná a průběžná spolupráce obou úrovní a postavení koordinátora v ní se prolíná všemi relevantními oblastmi.

Sběr a předávání informací: Koordinátor na místní/krajské úrovni sbírá a na centrální úrovni poskytuje informace z regionu, jak ty vyžádané, tak ty, které považuje za podstatné a důležité. Na druhou stranu od centrální úrovně získává informaci o situaci v jiných regionech, které mu slouží pro srovnání situace s jinými regiony, poskytují mu možnost argumentovat před představiteli místní správy apod.

Analýzy a výzkumy: Koordinátor na místní/krajské úrovni využívá závěry z analýz a výzkumů na celostátní úrovni. Na druhou stranu je jeho kompetencí zadávat či realizovat analýzy vlastní, které jsou obvykle zaměřené úžeji a konkrétněji na situaci v jasně ohraničeném území nebo cílové skupině, jsou zaměřeny na vybrané, konkrétní oblasti. Toto rozdělení je výhodné a efektivní – není praktické ani příliš smysluplné například v regionu realizovat plošné průzkumy užívání návykových látek v obecné populaci, pokud jsou tyto informace dostupné z celostátní úrovně a je zřejmé, že se jedná o popis situace, kde se mohou zjištěné údaje možná lišit v řádech jednotek procent, ale praktické využití tohoto zjištění je v podstatě nulové. Důležitá je konfrontace, nebo lépe porovnání zjištění z dílčích, místních výzkumů a těch z úrovně národní, vzájemná konzultace výstupů s odbornými garanty na centrální úrovni, zvláště v případě, že se závěry významně rozchází.

Realizace konkrétních opatření (typicky podpora služeb či jednotlivých programů): Místní/krajský vychází při nastavení sítě služeb nebo v případě podpory realizace úžeji cílených programů ze získaných informací nebo zjištění z cílených průzkumů (např. intervence v prostředí noční zábavy, opatření k eliminaci místních ohnisek nákazy hepatitidami A, B apod.).



Využívá přitom obvykle systému adiktologických služeb. Spektrum těchto služeb je dostatečně široké na to, aby pokrylo převážnou většinu potřeb souvisejících s přímou prací s cílovými skupinami. Není v tomto případě efektivní vymýšlet a realizovat vlastní cesty už vzhledem k finanční náročnosti tohoto přístupu. I zde se místní koordinátor opírá o reálnou podporu z centrální úrovně a možnosti, které poskytuje, a zároveň je přizpůsobuje aktuální situaci v regionu.

V souhrnu tedy platí, že místní/ krajský koordinátor využívá možnosti vyplývající z intenzivní a oboustranné spolupráce s národní úrovní, ale vždy s ohledem na dobře poznanou situaci na úrovni regionu, ve kterém působí.

Souběžně pak na stejném principu spolupracuje s dalšími relevantními institucemi v místě.

10. Cílové skupiny vzdělávacího programu a systému vzdělávání a jejich kompetence

První verze návrhu systému vzdělávání a rozvoje kompetencí v oblasti koordinace protidrogové politiky na úrovni krajů a obcí je zpracována na základě provedené Analýzy současných a dostupných vzdělávacích programů pro krajské a místní protidrogové koordinátory.

Cílovou skupinou vzdělávacího programu jsou krajští a místní protidrogoví koordinátoři. Tyto skupiny se částečně velmi odlišují, co se týče kompetencí a svěřených úkolů, částečně se v některých momentech výrazně přibližují.

Místní protidrogový koordinátor

Podle zákona č. 65/2017 Sb. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek mohou obce na základě potřeby zřídit funkci protidrogového koordinátora. Česká republika měla k 31. 1. 2019 celkem 6 258 obcí, z toho 607 měst a 27 statutárních měst. Již z tohoto údaje vyplývá, že není reálné, aby



každá obec měla svého místního koordinátora. Obvykle jsou místní koordinátoři součástí obecních (městských) úřadů obcí s rozšířenou působností. Podle Souhrnné zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2017 bylo k tomuto roku v ČR celkem 213 místních protidrogových koordinátorů, obvykle při obecních úřadech obcí s rozšířenou působností (dále jen ORP). Velikost obcí je velmi rozdílná, stejně jako území ORP. Od obcí/měst s cca 10 000 obyvateli (a území ORP s 30 000 obyvateli) až po Statutární město Brno s cca 400 000 obyvateli (což je vyšší počet než počet obyvatel některých krajů). S počtem obyvatel a společně s dalšími místními specifickými podmínkami (např. počet sociálně vyloučených lokalit, jejich koncentrace a počet obyvatel, vzdělanostní a sociální struktura obyvatelstva obecně, blízkost hranic apod.) se také proměňuje okruh problémů, kterými se místní protidrogový koordinátor zabývá.

Navíc platí, že jedním z významných prvků, které koordinaci politiky v oblasti závislosti na místní úrovni poněkud komplikují, je fakt, že i když je místní koordinátor součástí úřadu obce s rozšířenou působností, pak pravomoci, které má, se vztahují pouze na úroveň této obce, nikoli již širšího území, kde obecní úřad vykonává státní správu v přenesené působnosti.

Zatímco reálná náplň práce koordinátora statutárního města se blíží nebo i shoduje s náplní práce koordinátora krajského a řeší víceméně velmi obdobné úkoly a situace, koordinátoři na menších obcích mají nejen významně nižší faktický pracovní úvazek, ale i obvykle užší okruh problémů k řešení. Je ovšem třeba zdůraznit, že vzhledem k tomu, že mívají vyčleněný poměrně malý úvazek, nemají pro odpovědný výkon své funkce dostatečný prostor. Jejich úvazek je obvykle spojen s dalšími činnostmi, typicky se jedná o sociální pracovníky nebo sociální kurátory. Ti jsou pověřeni koordinací dalších veřejných politik – manažeři prevence kriminality, romští poradci, koordinátoři plánování sociálních služeb atp. Je tedy zřejmé, že místní koordinátoři nejsou homogenní skupina



a je nutné mezi nimi diferencovat, a to i v oblasti nastavení jejich vzdělávání. Na druhou stranu mají na rozdíl od krajského koordinátora velkou příležitost mít velmi detailní a realitě odpovídající obrázek o situaci v regionu (zvláště v menších komunitách).

Obvyklé typické kompetence (nikoli ovšem pravomoci, viz výše) místních koordinátorů:

-
- Získávání informací;
 - Komunikace s vedením úřadu a samosprávou, jejich informování o situaci v místě a příprava podkladů pro jejich rozhodování;
 - Komunikace s ostatními subjekty v území;
 - Příprava krajské strategie protidrogové politiky nebo dílčích programů;
 - Správa sítě služeb na území kraje;
 - Spolupráce s krajem.

Krajský protidrogový koordinátor

Podle zákona č. 65/2017 Sb. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek mohou kraje zřídit funkci protidrogového koordinátora. Od 1. ledna 2000 platí v České republice nové územní uspořádání, území ČR se skládá z 14 krajů včetně hl. m. Prahy jako samostatného kraje. Krajem s největším počtem obyvatel je Středočeský kraj (cca 1,37 mil. obyvatel), nejméně obyvatel má Karlovarský kraj (cca 295 000 obyv.). Největší rozlohou je opět kraj Středočeský (cca 10 900 km²), druhý nejmenší je Liberecký kraj (cca 3 160 km²). Praha jako samostatný kraj má cca 1,3 mil. obyvatel, rozlohu 496 km². Rozdíly jak v počtech obyvatel, tak v rozloze i v dalších podstatných rysech, např. hustota zalidnění atp. jsou v řadě případů značné, nicméně z pohledu koordinace protidrogové politiky je situace ve všech krajích velmi podobná, jak



co se týká rozšíření problému, tak i v potřebě realizace konkrétních služeb či dalších opatření.

Z tohoto úhlu pohledu jsou krajští protidrogoví koordinátoři na rozdíl od místních protidrogových koordinátorů poměrně homogenní skupina, a co se týče politiky v oblasti závislostí, řeší velmi podobné situace či úkoly. Rozsah jejich kompetencí je v principu shodný, rozdíl bývá v tom, že na některých krajích plní pracovník pověřený koordinací politiky v oblasti závislostí více rolí (typicky souběžně manažer prevence kriminality, nebo koordinace prevence rizikového chování).

Obvyklé (typické a základní) kompetence krajských koordinátorů:

- Získávání informací;
- Komunikace s vedením úřadu a samosprávou, jejich informování o situaci v území a příprava podkladů pro jejich rozhodování (návrhy řešení);
- Komunikace s ostatními subjekty v území;
- Příprava místní strategie protidrogové politiky nebo dílčích programů;
- Spolupráce s obcemi a centrální úrovní.

11. Není kompetence jako kompetence (pojem kompetence a jednotlivé druhy kompetencí)

Pojem kompetence je obvykle v českém jazyce používán ve dvou hlavních významech. Jednak jako pravomoc či rozsah působnosti, jednak jako schopnost vykonávat odpovědně určitou činnost. Následují dvě podrobnější definice.

K významu prvnímu:



Kompetence je rozsah působnosti nebo činnosti oprávnění a povinností svěřených právní normou určitému orgánu nebo organizaci, příslušnost po odborné nebo věcné stránce, funkční nebo služební pravomoc (obecněji soubor oprávnění a povinností, které jsou svěřeny určitému subjektu).

Pozice protidrogových koordinátorů se toto v plném významu v podstatě netýká. Koordinátor nemá legislativou (zákonem ani jinými právně závaznými předpisy) svěřeny žádné pravomoci, oprávnění, povinnosti. Zákon č. 65/2017 Sb. je v tomto ohledu, jak je uvedeno na jiných místech, velmi obecný, stručný, nekonkrétní. Žádné další právně závazné předpisy se touto agendou, jejím ohraničením, definicí apod. nezabývají. Vzhledem k tomu, že výkon této funkce spadá do samosprávných činností, nelze na něj vztáhnout závazně ani náznakem usnesení vlády, která v minulosti výkon této funkce upravovala, tehdy se jednalo o výkon přenesené působnosti (koordinátoři na okresních úřadech nebo na úřadech statutárních měst nebo městských částí).

Jedinou kompetencí v tomto smyslu je (možná) skutečnost, že koordinátor je součástí výkonu samosprávy, je to pracovník vybraný a pověřený krajem/obcí k řešení této problematiky. Tím vzniká závazek za co nejodpovědnější plnění této povinnosti jemu samotnému vůči vedení územního samosprávného celku, ale již nikomu dalšímu. Uzavření pracovní smlouvy je ovšem slabý důvod pro to, aby koordinátor měl jakákoli oprávnění nebo pravomoci vyžadovat spolupráci potřebných partnerů, ukládal jim úkoly apod.

K významu druhému:

Kompetence je způsobilost provádět určitou činnost správně a efektivně, jedná se o soubor či rozsah znalostí, kvalifikace, schopností a dovedností nebo specifickou schopnost či dovednost. Jejich kombinace v daném kontextu umožňuje kompetentní výkon.



V některých definicích se k výše popsanému přidává i nutnost zahrnout **postoje a hodnoty**, což sice může na první pohled vypadat jako nadbytečný přívazek, nicméně nelze při realizaci opatření veřejné politiky v oblasti závislostí, kde je nepochybně nutné přemýšlet i v takových kategoriích, jako je humanita, úcta a respekt k člověku, tyto složky osobnosti profesionála zcela ignorovat.

Nicméně snad můžeme použít smělou zkratku, že protidrogový koordinátor má takové faktické kompetence ve vztahu k dalším spolupracujícím subjektům podle toho, jaké jsou jeho schopnosti profesionální a vlastnosti lidské. Ne zcela tento pohled nahrazuje chybějící kompetence vycházející z legislativy, ale v řadě situací jsou zcela dostatečné.

Dalším, v tomto případě zásadním výrazem, jsou **kompetence klíčové**.

V obecném smyslu klíčové kompetence představují souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění každého člena společnosti. Jejich výběr a pojetí vychází z hodnot obecně přijímaných ve společnosti a z obecně sdílených představ o tom, které kompetence jedince přispívají k jeho vzdělávání, spokojenému a úspěšnému životu a k posilování funkcí občanské společnosti.

Pro potřeby vzdělávání koordinátorů považujeme za klíčové tyto další druhy kompetencí:

- **pracovní kompetence**
 - Obsahují předpoklady pro úspěšné a efektivní vykonávání pracovní pozice a role, součástí je další vzdělávání se v profesní oblasti, úsilí o tvořivost v oblasti vlastních pracovních aktivit, samostatnost v řešení úkolů;
- **kompetence k učení**



- o Koordinátor plánuje, organizuje a řídí vlastní učení, projevuje ochotu věnovat se dalšímu studiu a celoživotnímu učení, propojuje do širších celků poznatky z různých oblastí a na základě toho si vytváří komplexnější pohled na oblast, kterou se profesně zabývá;



- **kompetence k řešení problémů**

- Samostatně řeší problémy; volí vhodné způsoby řešení; užívá při řešení problémů získaných odborných znalostí. Vnímá nejrůznější problémové situace ve své profesi, rozpozná a pochopí problém, přemýšlí o nesrovnalostech a jejich příčinách, promyslí a naplánuje způsob řešení problémů;
- Vyhledává informace vhodné k řešení problému, nachází jejich shodné, podobné a odlišné znaky, využívá získané vědomosti a dovednosti k objevování různých variant řešení.

- **komunikativní kompetence**

- Formuluje a vyjadřuje své myšlenky a názory v logickém sledu, vyjadřuje se výstižně, souvisle a kultivovaně v písemném i ústním projevu s důrazem na přesnost, věcnost a odbornost. Vnímá názory ostatních, rozumí jim, vhodně na ně reaguje, účinně se zapojuje do diskuse, obhájí svůj názor a věcně a odborně argumentuje... Umí využívat informační a komunikační prostředky a technologie pro kvalitní a účinnou komunikaci.

- **kompetence sociální a personální**

- Schopnost účinné spolupráce ve skupině, respektování pravidel práce v týmu, spolupodílí se na utváření atmosféry v týmu, pochopení potřeby efektivně spolupracovat při řešení daného úkolu, oceňování zkušenosti druhých lidí, respekt k různosti postojů či názorů.

Tzv. „**měkké**“ **kompetence** – projevují se např. při vedení pracovních skupin nebo vyjednávání s dalšími subjekty, navazování spolupráce napříč spektrem spolupracujících organizací či institucí.



Patří mezi ně schopnost adekvátně komunikovat, motivovat, navazovat kontakty a udržovat je atp. Podstatné jsou i kompetence zaměřené na vyjednávání, řešení konfliktů a střetů zájmů.

12. Optimální kompetenční profil protidrogového koordinátora

Protidrogový koordinátor na úrovni kraje nebo obce je pozice, která má své léty potvrzené opodstatnění v systému veřejné správy. Na druhou stranu nemá stále své místo v systému legislativního ukotvení veřejné správy. Jeho role je nezastupitelná, ale zároveň díky nedostatečné opoře v oblasti konkrétních kompetencí nebo pravomocí také náročná a složitá. A právě proto, že nikde nejsou jednoznačně definovány povinnosti ostatních spolupracujících subjektů ve vztahu k této pozici, není řešena oprávněnost jeho požadavků ve směru k dalším aktérům veřejných politik v oblasti závislostí, jsou tzv. měkké kompetence důležitým předpokladem pro efektivní výkon jeho práce. Zjednodušeně řečeno, co si koordinátor nemůže vymoci za podpory nějaké autority, to si musí vykomunikovat, vyjednat sám.

V principu by měly mít tzv. měkké kompetence v systému kompetencí klíčových mnohem významnější postavení, než jak jsou u přijímacích pohovorů a výběrových komisí obvykle vnímány. Je ovšem také realitou, že se tyto dovednosti jednak velmi těžko (zvláště v časové tísní) posuzují a hodnotí, zároveň se ale také dají získat. Proto by měl být rozvoj měkkých kompetencí důležitou součástí vzdělávání koordinátorů, jak úvodního, tak celoživotního. K tomu je také nutné dodat, že v řadě případů souvisí tyto dovednosti nebo schopnost se jim naučit i s osobnostním nastavením, lidskými vlastnostmi koordinátora.

Základní, patrně nejpodstatnější vlastností, nebo dojmem, kterým koordinátor působí na své okolí a spolupracující subjekty je přesvědčivost. Odborná,



profesní, ale i lidská. Protidrogový koordinátor jednoznačně musí ty, od kterých vyžaduje spolupráci, přesvědčit o tom, že práce, kterou vykonává, má smysl, je důležitá a má pozitivní dopad v rozměru celé společnosti. Proto je důležitou složkou jeho práce umění argumentovat skutečnými, odborně podloženými údaji, čísly, fakty, ale i konkrétními příklady. Koordinátor musí umět vyjednávat. To znamená, že musí rozpoznat, kdy je vyjednávání a s ním spojené ústupky skutečně nutné, a musí být schopen poznat hranici, kdy případné ústupky jsou ještě (alespoň dílčím způsobem) ku prospěchu věci, a kdy již škodí, devalvují jeho práci nebo práci jiných jeho spolupracovníků.

Obecně platí, že musí mít široký rejstřík komunikačních schopností, ať se jedná o styl, formu nebo obsah komunikace (v rozpětí od běžného obyvatele kraje/obce přes pracovníky ve specializovaných službách až po vysoké úředníky veřejné správy či politiky). S oblastí komunikace a vyjednávání souvisí i schopnost řešit konflikty. Z praxe lze říci, že platí premisa, že v této oblasti k nim není nikdy daleko.

Konflikty obvykle pramení jednak z malé informovanosti některých aktérů spolupráce o řadě aspektů realizace politiky v oblasti závislostí, jednak z jejich vlastních či získaných předsudků, nebo i z osobních negativních zkušeností. Je snadné, aby se například starosta obce dostal do sporu s místními službami harm reduction, je jednoduše představitelné, že prohlásí, že nehodlá podporovat užívání drog prostřednictvím zdarma rozdávaných jehel. Na druhou stranu obvykle nebývá složité ho pomocí racionálních argumentů přesvědčit, že tomu tak ve skutečnosti není. Základem úspěšné strategie je najít čas a prostor na věcnou a odbornou diskusi.

K dalším potřebným schopnostem koordinátora patří i schopnost prezentace (toto poněkud souvisí s oblastí argumentace). Především se jedná o prezentaci přínosů a výsledků krajského/obecního přístupu k politice v oblasti závislostí,



práce partnerů, smyslu nebo opodstatnění konkrétních, ne vždy pro laika pochopitelných intervencí. Jak před různými odbornými fóry, spolupracovníky všech kategorií, přímými nadřízenými, politiky samosprávy, ale i širokou veřejností.

Měkké kompetence koordinátora jsou faktorem, který může významně ovlivnit úspěšnost realizace veřejné politiky v oblasti závislostí v konkrétním regionu.

V principu není důvod, aby byl v této části kompetencí činěn jakýkoli rozdíl mezi krajským a místním koordinátorem. Pokud v praxi rozdíly budou, tak spíše mezi koordinátory menších obcí a ostatními. Důvod rozdílu bude ve dvou základních okolnostech:

1/ Místní protidrogový koordinátor na menší obci je obvykle na své místo přijímán s tím, že hlavní část jeho úvazku nebude koordinace místní politiky v oblasti závislostí, ale např. výkon práce kurátora pro dospělé nebo sociálního pracovníka (obvyklá kombinace), čili primárně budou pro budoucího zaměstnavatele podstatné jiné kvalifikační nebo odborné předpoklady, včetně měkkých kompetencí než ty klíčové pro výkon profese koordinátora.

2/ Víceméně z týchž příčin je pak velmi složitý přístup k dalšímu vzdělávání, prohlubování kompetencí, a to včetně těch tzv. „měkkých“.

Dalším poznatkem z praxe je, že v případě dělení úvazků koordinátorů na větších městech nebo na krajích nebývá z pohledu přístupu zaměstnavatele v tomto segmentu kompetencí problém. Na této úrovni se sice stává, že pracovník, který je pověřen výkonem práce koordinátora, má přidělené ještě další agendy. Ale vzhledem k tomu, že z pohledu jejich realizace je potřeba specifických měkkých kompetencí velmi podobná (typická bývá kombinace s pozicí manažer prevence kriminality, koordinátor prevence rizikového chování), nedochází k žádnému rozporu v tomto ohledu.



13. Krajský protidrogový koordinátor – specifika

První zmínka související s pozicí protidrogový koordinátor se objevila v usnesení vlády ze dne 18. srpna 1993. S ohledem na reformu státní správy byla náplň práce protidrogového koordinátora aktualizována a dostala se v této době i do Národní strategie protidrogové politiky pro období 2001–2004. V roce 2005 byla povinnost zřídit krajského protidrogového koordinátora ukotvena i v legislativě, a to v zákoně č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami způsobenými tabákem, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Krajský protidrogový koordinátor má aktuálně především koordinační a poradní roli. Má klíčovou úlohu ve vytváření konzistentní a smysluplné protidrogové politiky v kraji s návazností na koordinování místních postupů, když obcím (v samostatné působnosti) byla v uvedené legislativě dána možnost tuto pozici zřídit pouze v případě potřeby.

Specifika práce koordinátorů obou úrovní – krajské i místní úrovně veřejné politiky v oblasti závislostí – jsou zmíněny i v předešlých kapitolách tohoto dokumentu. Na tomto místě jsou uvedeny již konkrétní činnosti (optimální model), které by současně měly být obsahem jejich pracovních náplní. Vlastní činnosti, které jsou koordinátory v samosprávné působnosti zajišťovány, nejsou ukotveny legislativně.

V předchozím zákoně, který legislativně ukotvoval i principy realizace veřejné politiky v oblasti závislostí (379/2005 Sb.) byly ještě alespoň základní okruhy činnosti, kterým by protidrogoví koordinátoři obou úrovní měli věnovat pozornost a měly by být hlavní náplní jejich práce, zmíněny. Výslovně se jedná o § 23 (Krajský a místní protidrogový koordinátor):



Odst. 1) Krajský protidrogový koordinátor:

- a) napomáhá při uskutečňování veškerých činností kraje v oblasti protidrogové politiky;
- b) koordinuje, průběžně kontroluje a vyhodnocuje plnění úkolů vyplývajících z krajské strategie protidrogové politiky,
- c) spolupracuje s obcemi na tvorbě místních plánů protidrogové politiky,
- d) spolupracuje se státními a nestátními subjekty zabývajícími se programy prevence a léčby návykových nemocí,
- e) řeší úkoly v oblasti protidrogové politiky státu na úrovni kraje a poskytuje součinnost státním orgánům v oblasti protidrogové politiky.

Odst. 2) Místní protidrogový koordinátor:

- a) napomáhá při uskutečňování veškerých činností obce v oblasti protidrogové politiky;
- b) koordinuje, průběžně kontroluje a vyhodnocuje plnění úkolů vyplývajících z místního plánu protidrogové politiky,
- c) spolupracuje se státními a nestátními subjekty zabývajícími se programy prevence a léčby návykových nemocí.

Jakkoli se jedná spíše o klíčové oblasti, než komplexní souhrn všech úkolů a kompetencí, lze přesto považovat tento výčet za inspirativní a za jakousi „základní osnovu“ prostředků a postupů vertikální koordinace veřejné politiky v oblasti závislostí. Nová podoba tohoto zákona (65/2017 Sb.) již neobsahuje ani tato základní vodítka.

Za dodnes základní pramen pro nastavení věcné náplně pozice „protidrogový koordinátor“ je Usnesení vlády č. 111 ze dne 23. února 1998. V něm byla jako jeden z úkolů pro okresy a magistráty stanovena povinnost „zabezpečit vytvoření podmínek pro činnost protidrogového koordinátora, jehož pracovní



náplň je vymezena metodickým pokynem schváleným Meziresortní protidrogovou komisí“. Toto je dosud jediné legislativně ukotvené konkrétní určení náplně práce protidrogového koordinátora. Ovšem aktuálně je využíváno spíše jako inspirace – jednalo se o úkol orgánům státní správy v přenesené působnosti, jeho závaznost vypršela s reformou státní správy kolem roku 2002 a přesunutím koordinace na krajské a místní úrovni do oblasti výkonu samosprávy.

S ohledem reformu státní správy byla náplň práce protidrogového koordinátora aktualizována a dostala se i do Národní strategie protidrogové politiky na období 2001–2004. Strategie konkrétně uvádí „Systém koordinace a realizace protidrogové politiky, založený na úzké spolupráci centrální a místní, resp. okresní úrovně, se osvědčil. Praktické naplňování Národní strategie protidrogové politiky je bez existence tohoto systému koordinace neuskutečnitelné. Je proto nezbytné, aby tento systém zůstal zachován i v podmínkách reformy veřejné správy a přenosu výkonu státní správy na jiné úrovně, než tomu bylo dosud. Reforma přináší transformaci agend, nikoli změny aktivit. Nezbytným předpokladem udržení stávajícího systému koordinace protidrogové politiky je začlenění činnosti protidrogových koordinátorů do katalogu prací, vytvoření tabulkových míst protidrogových koordinátorů ve struktuře nově vznikajících nebo transformovaných úřadů veřejné správy“.

Výše popsaná, dnes již historická úprava postavení koordinátorů v systému národní politiky v oblasti závislostí, velmi věcně vycházela z tehdejší dobré praxe a ani aktuální vývoj na vhodnosti navržených opatření nic zásadního nezměnil. Z výše popsaných, aktuálně již legislativně nezávazných nařízení, vyšli i autoři doporučující metodiky RVKPP „Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace“. (Metodické doporučení, 2016)



V návaznosti na postavení a roli protidrogového koordinátora v realizaci protidrogové politiky na krajské a místní úrovni je zde popsána faktická optimální pracovní náplň krajského protidrogového koordinátora.

Koncepční činnost:

- krajský protidrogový koordinátor vyhodnocuje situaci zneužívání návykových látek a hazardního hráčství v kraji a na základě toho zpracovává koncepci protidrogové politiky kraje, nebo její zpracování organizačně/odborně zajišťuje a na jejím zpracování se významně podílí;
- koordinuje plnění úkolů vyplývajících z platné, realizované koncepce protidrogové politiky kraje;
- iniciuje, navrhuje a předkládá/podává návrhy na řešení situace v oblasti zneužívání návykových látek v kraji, či řešení problematiky hazardního hráčství, předkládá je poradním orgánům (např. protidrogové komisi) a vedení kraje⁴;
- vytváří samostatné projekty protidrogové politiky kraje;
- podle potřeby zajišťuje u místních služeb posouzení potřebnosti jejich vzniku, rozsahu provozu, či odborné úrovně služeb a zabezpečuje jim odbornou a organizační pomoc;
- zpracovává roční hodnotící zprávy o realizaci protidrogové politiky v kraji;

⁴ Tzn. zajišťuje odborné podklady pro rozhodování kraje ve věcech drogové problematiky a prevence rizikového chování a poskytuje stanovisko samosprávě kraje, případně příslušným vedoucím úředníkům krajského úřadu.



- zpracovává podklady a sleduje efektivní využití dotací určených na protidrogovou politiku kraje⁵.

Metodická a koordinační činnost

- krajský protidrogový koordinátor spolupracuje se subjekty, které se podílejí na realizaci protidrogové politiky kraje, poskytuje jim odborné konzultace⁶;
- spolupracuje se samosprávami na tvorbě protidrogových programů obcí a měst⁷;
- spolupracuje s ostatními útvary krajského úřadu, zejména s krajskými školskými koordinátory prevence, koordinátory prevence kriminality, koordinátory pro romské záležitosti, národnostní menšiny, metodiky sociálních služeb, metodiky plánování sociálních služeb apod.;
- spolupracuje s centrálními institucemi (především se sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), ale i dalšími resorty státní správy na tvorbě protidrogových strategií, případně

⁵ Tzn. eviduje a zajišťuje posouzení žádostí o dotace na protidrogovou politiku kraje, případně se na tomto podílí z odborného hlediska, případně kontroluje jejich efektivní využití.

⁶

Tzn. v protidrogové problematice spolupracuje s místními složkami a institucemi a organizuje jejich součinnost – především v oblasti školství, sociální práce/péče, zdravotnictví, hygienické služby, policie (státní i městské), soudů, státního zastupitelství, specificky se zabývá spoluprací s poskytovateli služeb, a to zejména adiktologických, ale i dalších služeb se širším přesahem, ve kterých se cílová skupina uživatelů návykových látek a hazardních hráčů prolínají (např. služby pro bezdomovce, osoby pracující v sex byznysu, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež apod.)

⁷

Tzn.: může spolupracovat v roli odborného garanta na vypracování a případně realizaci koncepcí a preventivních programů měst a regionů kraje; dále na přípravě a realizaci preventivních aktivit v oblasti předcházení rizikového chování na místní úrovni (prevence kriminality, prevence agresivity a násilného chování a dalších souvisejících oblastí); nebo na přípravě, vyhodnocování dotačních programů měst a obcí, příp. jiných způsobů spolufinancování aktivit v oblasti protidrogové politiky a dalších souvisejících oblastech (prevence kriminality, rizikové chování atd.).



dalších koncepčních dokumentů, které se protidrogové problematiky dotýkají;

- spolupracuje s ústředními orgány státní správy a s místními protidrogovými koordinátory při vyhlášení, přípravě a vyhodnocování programů protidrogové dotační politiky;
- poskytuje Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky a dalším institucím či organizacím informace o situaci v oblasti užívání návykových látek či hazardního hráčství v kraji.

Sběr a analýza dat

- krajský protidrogový koordinátor průběžně soustřeďuje a vyhodnocuje informace o situaci/vývoji v oblasti zneužívání návykových látek a hazardního hráčství na území kraje;
- má informace o situaci/vývoji v oblasti zneužívání návykových látek a hazardního hraní na území ČR, případně v zahraničí, a umí je využívat pro potřeby kraje a krajské protidrogové politiky;
- vytváří a aktualizuje databázi institucí v oblasti protidrogové politiky v daném kraji⁸;
- vede přehled o dotační politice všech zainteresovaných subjektů (Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, ministerstev, obcí kraje, dalších zdrojích) ve vztahu k příslušnému kraji.



Další činnosti

- krajský protidrogový koordinátor zajišťuje další odbornou agendu ve výkonu protidrogové politiky kraje a krajského úřadu;
- vykonává funkci tajemníka/místopředsedy/jednatele protidrogové komise (případně obdobných orgánů)⁹;
- vyhledává a propojuje subjekty v regionu pro spolupráci v oblasti protidrogové politiky;
- spolupracuje se sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, který protidrogové koordinátory metodicky vede;
- při řešení problémů v oblasti protidrogové politiky spolupracuje se zástupci dalších příslušných orgánů a institucí státní správy;
- v rámci své funkce se aktivně účastní akcí, zaměřených na odborné vzdělávání v oblasti protidrogové politiky a souvisejících oblastech a příbuzných oborech (*např. prevence rizikového chování, prevence kriminality apod.*).



14. Místní protidrogový koordinátor – specifika

Potřebné kompetence, schopnosti a odborné vzdělání místních koordinátorů se především v případě koordinátorů minimálně statutárních měst blíží kompetencím koordinátorů krajských. Z toho důvodu nemůže být hranice mezi oběma skupinami jednoznačná. Charakter jednotlivých obcí, kde může být funkce koordinátora zřízena, může být velmi rozdílný (hovoříme o obcích s rozpětím několik set tisíc obyvatel až po obce o méně než 10 000 obyvatelích, nebo případně o regionech/správních územích ORP o méně než 25 000 obyvatelích). Stejně tak úvazek koordinátora může být nastaven dle potřeby, kde právě velikost spádového území bude hrát významnou roli. V menších obcích bude mít místní koordinátor nepochybně na tuto činnost vyhrazen mnohem menší než plný úvazek a bude nepochybně pověřen i jinými úkoly. Tomu by měl odpovídat i rozsah pracovní náplně. Proto je několik prvních bodů návrhu pracovní náplně zvýrazněno jako základní, neboť tyto činnosti lze považovat za nepodkročitelné minimum. Níže je uvedeno možné dílčí rozdělení kompetencí respektující objem práce koordinátora na malých obcích (základní náplň), rozšířená se pak týká koordinátorů na větších obcích, pokud předpokládanému objemu práce odpovídá i nastavený pracovní úvazek. Čerpáno je z publikace Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace. Praha, 2016.



Specifická náplň práce místního protidrogového koordinátora

Základní

- Protidrogový koordinátor má působnost koordinační, iniciativní, organizační a poradní v působnosti obce (s možným přesahem do širšího regionu/ORP);
- V protidrogové problematice spolupracuje a organizuje součinnost všech místních složek – školství, sociální péče, zdravotnictví, hygienické služby, policie (státní i městské), okresního soudu, okresního státního zastupitelství apod., včetně nestátních organizací;
- Průběžně soustřeďuje informace o vývoji situace na drogové scéně na území obce/regionu, zabezpečuje jejich vyhodnocení a podává iniciativní návrhy starostovi obce a radě nebo zastupitelstvu obce na řešení situace v problémových oblastech;
- Zajišťuje odborné podklady pro rozhodování obce/regionu ve věcech drogové problematiky a prevence sociálně-patologických jevů a poskytuje stanovisko starostovi, radě a zastupitelstvu MěÚ, případně vedoucímu odboru;
- Eviduje a zajišťuje posouzení žádostí o dotace na protidrogovou politiku, předložených obci a kontroluje efektivní využití poskytnutých finančních prostředků;
- Spolupracuje s příslušným krajem, krajským protidrogovým koordinátorem.

Rozšířená¹⁰



- Vede přehled o všech projektech a akcích organizovaných v protidrogové oblasti na území obce/ regionu;
- Vede přehled o zařízeních pro prevenci, poradenství, léčbu a rehabilitaci drogových závislostí na území celé ČR;
- Podle potřeby zajišťuje u služeb a organizací, působících v obci/regionu posouzení potřebnosti jejich založení, provozu a potřebnosti a zabezpečuje jim odbornou a organizační pomoc;
- Iniciuje, koordinuje a podílí se na preventivních protidrogových akcích v rámci obce/regionu i mimo něj a spolupracuje při aktivitách pořádaných jinými subjekty v protidrogové oblasti a oblasti prevence sociálně-patologických jevů, včetně jejich možné finanční podpory;
- Zajišťuje vypracování a realizaci koncepce a preventivních programů v obci/regionu;
- Spolupracuje na přípravě a realizaci preventivních aktivit v oblasti sociálně-patologických jevů (rizikového chování);
- Účastní se jednání odborných koordinačních orgánů;
- V rámci své funkce se aktivně účastní akcí, zaměřených na další vzdělávání protidrogových koordinátorů a pracovníků v příbuzných oborech – prevence sociálně-patologických jevů (rizikového chování);

Charakter jednotlivých obcí, kde může být funkce koordinátora zřízena, může být velmi rozdílný (hovoříme o obcích s rozpětím několik set tisíc obyvatel až po obce o méně než 10 000 obyvatelích, nebo případně o regionech/správních územích ORP o méně než 25 000 obyvatelích). Stejně tak úvazek koordinátora může být nastaven dle potřeby, kde právě velikost spádového území bude hrát významnou roli. V menších obcích bude mít místní koordinátor nepochybně na tuto činnost vyhrazen mnohem menší než plný úvazek a bude nepochybně pověřen i jinými úkoly. Tomu by měl odpovídat i rozsah pracovní náplně. Proto je několik prvních bodů návrhu pracovní náplně zvýrazněno jako základní, neboť tyto činnosti lze považovat za nepodkročitelné minimum.



- Na vyžádání poskytuje krajskému protidrogovému koordinátorovi, Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky a dalším institucím (Policie ČR, Okresní státní zastupitelství, Okresní soud...) informace o drogové situaci v obci/ regionu;
- další – členství v komisích, upřesnění některých dalších možných forem práce (odborné poradenství pro občany, školy apod.).

Potřebné kompetence, schopnosti a odborné vzdělání místních koordinátorů se především v případě koordinátorů minimálně statutárních měst blíží kompetencím koordinátorů krajských. Z toho důvodu nemůže být hranice mezi oběma skupinami ostrá, jednoznačná a neprostupná.

15. Hlavní principy navrhovaného vzdělávání

U navrhovaného vzdělávání protidrogových koordinátorů budou dodržovány principy a zásady vycházející z principů vzdělávání dospělých (Mužík, J., 2005):

- princip aktivity

U programů je nutné se opírat o zájem účastníka a stimulovat jej vhodnou motivací. Cílem je aktivizovat poznávací, citové a volní procesy jedince a podporovat ho v aplikaci obsahu programu a praktickém využívání získaných vědomostí a dovedností.

- princip názornosti

U vzdělávání je potřeba vycházet ze smyslového nazírání předmětů a jevů skutečnosti a z jejich obrazů, opírat se o dosavadní představy a zkušenosti účastníka programu. Je nutné, aby účastník používal více smyslů nežli jen sluch. Důležité je také použití příkladů z praxe, symbolické názornosti (např. grafů) a dalších názorných nástrojů, díky kterým jedinec lépe pojme vzdělávací obsah programu.

- princip individuálního přístupu



Každý z účastníků má svéráznou osobnost, která je daná mimo jiné jejich sociálním zázemím, kulturou, věkem a zkušenostmi. Také jsou mezi účastníky rozdíly v preferovaných stylech učení. Proto je potřeba, aby lektor přistupoval ke každému účastníkovi individuálně.

- princip přiměřenosti

Na účastníky programu je velmi důležité klást přiměřené nároky. To ale neznamená, že tyto nároky mají být nenáročné. Nároky, které jsou ve vzdělávacím programu kladeny na účastníky, by měly podněcovat a přispívat k jejich komplexnímu rozvoji s ohledem na jejich jedinečnou osobnost, jejichž předpoklad učení se jedinec od jedince liší. Proto je potřebné lektorem zjistit, jaké jsou schopnosti a možnosti jednotlivých účastníků programu.

- princip spojení teorie s praxí

Při rozvoji kompetencí je důležité, aby předávání znalostí bylo spojeno s rozvojem kompetencí, a to vše s praktickým navázáním na jejich vzdělávací potřeby, pramenící z běžného života. Díky tomu budou účastníci lépe vidět smysl v tom, co se učí. Kontext a navázání na známá fakta a zkušenosti jim umožní si věci lépe osvojit a zapamatovat. Toto propojení může probíhat buď klasickým tréninkem, kdy si účastníci nejprve osvojují potřebné znalosti a až poté trénují dovednosti. Nebo zážitkovým či participativním tréninkem, kde si nejprve trénují dovednosti či měkké kompetence a na ně potom navazují potřebné znalosti, které jim pomohou se v dovednostech dále rozvíjet.



- zásada kvality vzdělávacího procesu

Kvalita vzdělávacího procesu je zajištěna především vhodně zpracovaným obsahem vzdělávání a použitými formami a metodami vzdělávání. Je tedy velmi důležité, aby program vedl lektor, který je kompetentní ve vybraných tématech a má zkušenosti ve vzdělávání dospělých.

- zásada adaptability obsahu vzdělávacího programu pro krajské a místní protidrogové koordinátory vzhledem k cílové skupině vzdělávacího programu pro krajské a místní protidrogové koordinátory

Adaptabilita obsahu vzdělávacího programu je zajištěna analýzou aktuálních potřeb ve vzdělávání u cílové skupiny a kvalitní přípravou vzdělávacího obsahu s ohledem na vybraná témata a cílovou skupinu programu.

16. Hlavní cíle vzdělávání koordinátorů

Hlavním cílem vzdělávání koordinátorů prostřednictvím tohoto projektu je zefektivnění a zkvalitnění práce a činnosti místních a krajských protidrogových koordinátorů ve spolupráci s RVKPP (odborem protidrogové politiky Úřadu vlády ČR). Navržený systém umožní udržitelnost vertikální koordinace protidrogové politiky, dodá samosprávám krajů i obcí odborné zázemí pro realizaci jejich veřejných politik.

Systém vzdělávání velmi důležitých aktérů koordinace protidrogové politiky (místní a krajské protidrogové koordinátory) napomůže jejich orientaci v širší problematice závislostí, zprostředkuje informace o oblasti koordinace protidrogové politiky a napomůže jim k získání či rozvoji klíčových kompetencí. Základním cílem je zajistit trvalou kvalitu, účelnost a efektivitu jejich práce.

Konkrétním cílem této aktivity je pak nastavení systému vzdělávání, který bude fakticky výše popsané zobecněné cíle naplňovat. Podrobněji a velmi konkrétně



je tomuto tématu věnována především kapitola Kompetenční profil koordinátora a kapitola Návrh systému vzdělávání koordinátorů.

17. Základní teoretický rámec vzdělávání koordinátorů

Základní teoretický rámec vzdělávání koordinátorů se zaměřuje na tři hlavní cíle:

- Rozvoj znalostí, schopností a dovedností;
- Podpora vzájemné spolupráce a výměny informací mezi koordinátory, díky které může docházet k obohacování stávajících znalostí i vzniku zcela nových;

Převedení nabytých znalostí, schopností a dovedností do praxe a jejich rozšiřování ve svém profesním okolí.

Rozvoj znalostí, schopností a dovedností

Tematické celky jsou navrženy tak, aby účastníci vzdělávání obohatili své stávající znalosti, schopnosti a dovednosti zejména v inovativních metodách sociální práce, aktuální legislativě, schopnosti tvořit strategii, přehledu adiktologických služeb napříč ČR, sdílením odborných zdrojů a v neposlední řadě v měkkých dovednostech, které jsou pro koordinátora velmi důležité.

Forma vzdělávání je kombinovaná se součástí e-learningu, který utuží znalosti účastníků z předešlých prezenčních částí a připraví si teoretický základ na praktické využití v nastávajícím prezenčním bloku.



Podpora vzájemné spolupráce a výměny informací mezi koordinátory, díky které může docházet k obohacování stávajících znalostí i vzniku zcela nových

Mezi hlavní použité metody patří skupinová diskuze a best practice, která cílí na předávání zkušeností mezi koordinátory z různých lokalit ČR. Tomuto cíli je vhodné věnovat dostatek času.

Jednou ze tří forem předkládaného rámce vzdělávání je exkurze, kde budou účastníci mít možnost vidět, jak se jednotlivé principy, na kterých je způsob práce adiktologických služeb založen, a které již mají teoreticky osvojené, projevují v běžné praxi (aktivity a programy nastavené s ohledem na potřeby cílové skupiny a společnosti).

Převedení nabytých znalostí, schopností a dovedností do praxe a jejich rozšiřování ve svém profesním okolí

Účastníkům bude lektorem doporučeno se o získané zkušenosti z absolvovaného vzdělávání podělit s dalšími kolegy z jejich pracoviště.

Forma vzdělávání	Kombinovaná	
Časová dotace vzdělávání	Prezenční forma	24 hodin
	E-learning	8 hodin
	Exkurze	8 hodin
Metody vzdělávání	Hlavní použité metody	Přednáška, skupinová diskuze, best practice
Tematické celky	• návykové látky, účinky, rizika, základy toxikologie jednotlivých skupin návykových látek, etiologie závislosti a modely vzniku závislosti; základy neurobiologie závislostí • strukturální a situační charakteristiky hazardních her a nelátkových závislostí, epidemiologie užívání návykových látek	



	a hazardního hraní, monitoring v oblasti závislostí • základy přístupů k prevenci závislostí na látkách, na procesech • základy harm reduction přístupů v závislostech • základy přístupů v léčbě a doléčování závislostí • drogová kriminalita, prosazování práva v oblasti drog • síť služeb v oblasti závislostí, kvalita (standards), dostupnost a financování služeb a protidrogové politiky související systémy (sociální a zdravotní služby – z pohledu obsahu služeb, způsobu financování, kompetencí aktérů) • tvorba a vyhodnocení veřejné politiky v oblasti závislostí, teorie a praxe tvorby protidrogové politiky a jejích jednotlivých komponent/strategií, včetně tvorby akčních plánů • legislativní rámec a systém protidrogové politiky na národní a mezinárodní úrovni, samostatná vs. přenesená působnost (role vlády, RVKPP, ministerstev, případně dalších státních institucí, kraje, obce – vzájemné kompetence a vztahy) • tvorba strategií, výročních zpráv • adiktologické služby současnosti, moderní metody sociální práce a možnosti síťování • kompetenční profil koordinátora a rozvoj měkkých kompetencí (např. efektivní komunikace, zvládání zátěže, řešení problémů, spolupráce).
--	--

Tabulka 1: Základní teoretický rámec vzdělávání koordinátorů



18. Formy a časová dotace vzdělávání

Vzdělávací systém musí být z pohledu nutného zajištění odborného výkonu profese koncipován jako dlouhodobý, kontinuální a zahrnuje celou řadu forem. Základem je vstupní vzdělávání, jehož účelem je „uvedení“ do adiktologické problematiky a zároveň seznámení se se specifickými oblastmi práce koordinátora jako manažera veřejné politiky v oblasti závislostí na svěřeném území.

Optimální formou **vstupního vzdělávacího programu** je kombinovaný program, zahrnující prezenční formu vzdělávání, e-learning a formu zážitkovou, zajištěnou exkurzí účastníků ve vybraných organizacích. V rámci pilotního ověřování proběhnou dva vzdělávací kurzy, každý pro minimálně 25 účastníků. Jeden bude realizován v Brně, jeden v Ostravě.

Prezenční forma vzdělávání bude základem kurzu. Doplnění e-learningem umožňuje dvě možné formy rozvoje. První je využití e-learningu pro sdílení základních znalostí ještě před začátkem prezenční formy. Účastníci tak přicházejí na společná setkání vybaveni stejnými základními informacemi a teoretickými základy, které mohou při společném setkání dále rozvíjet. Druhou možností je využití e-learningu až po společném setkání, případně mezi jednotlivými dny. V této podobě je e-learning využíván pro individuální rozvoj, sdílení rozšiřujících informací, včetně zadávání individuálních úkolů, které řeší každý účastník samostatně, a na společném setkání jsou výstupy těchto úkolů sdíleny společně.

Závěrečná exkurze umožňuje zasazení všech získaných informací a zkušeností do rámce konkrétní praktické podoby přímo na pracovišti a kontakt se zaměstnanci.



Forma vzdělání	Časová dotace	Počet účastníků	Účel
Prezenční forma	24 hodin	50 (dva kurzy) minimálně 25	Teoretické základy, aplikace teorie do praxe, individuální a skupinová cvičení
E-learning	8 hodin	individuálně	Teoretické základy, individuální úkoly, zadávání individuálních úkolů
Exkurze	8 hodin	podle možností navštívené organizace	Praktická aplikace

Tabulka 2: Forma a časová dotace vzdělávání

Výše je popsán návrh pilotního vzdělávacího programu. Jak je uvedeno na jiných místech, má smysl ve dvou směrech – **sjednocení odborného základu** (v případě některých účastníků i základní vstup/ vhléd do problematiky), druhým směrem je **vzdělání v tématech, která nejsou jinak dostupná** (především oblast vlastní koordinace).

Kurz tohoto zaměření má pro protidrogového koordinátora význam jako seznámení se se všemi základními tématy, které úzce souvisí s výkonem jeho profese. Z tohoto důvodu má smysl jej absolvovat pouze jednou. To nicméně neznamená, že by se uskutečněním pilotáže potenciál takto nastaveného kurzu vyčerpal, z praxe víme, že na pozici koordinátorů dochází k poměrně vysoké fluktuaci. Z toho vyplývá, že bude nutné mít tento základní kurz zařazen v systému vzdělávání nadále. Lze kvalifikovaně odhadnout, že je reálné při velikosti cílové skupiny očekávat naplnění kapacity kurzu minimálně jednou ročně. Při tomto vycházíme z předpokladu, že především u místních koordinátorů z menších obcí nebude vzhledem k časové i finanční náročnosti kurzu (cestovné, ubytování) o účast na kurzu velký zájem (resp. že jim toto nebude umožněno zaměstnavatelem).



Na absolvovaný kurz, kde je u řady poměrně složitých témat časová dotace ne zcela dostatečná a není příliš prostoru pro workshopy a intenzivnější zapojení účastníků, je nutné navázat pokračováním, prohloubením znalostí ve vybraných tématech. Při návrhu vycházíme ze skutečnosti, že řada témat je různými poskytovateli vzdělávání v oblasti adiktologie nabízena běžně, některá jsou ovšem nedostupná, a přitom úzce provázaná s výkonem profese koordinátora. Za taková **specifická témata** považujeme (a vycházíme i z realizované Analýzy současných a dostupných vzdělávacích programů pro krajské a místní protidrogové koordinátory):

- Monitoring situace v území, sběr a vyhodnocování statistických nebo epidemiologických dat, tvorba výročních zpráv;
- Tvorba strategií, případně akčních plánů a průběžných nebo závěrečných zpráv;
- Oblast koordinace protidrogové politiky na národní úrovni a legislativní prostředí.

Toto jsou témata, kde je nutné kompetenci koordinátora prohlubovat průběžně. Jsou ovšem oblasti, kde není možné témata zcela jednoznačně upřesnit – vychází z aktuální potřeby realizace protidrogové politiky, zavádění nebo podpory nových přístupů nebo intervencí. V minulosti se toto týkalo zavedení substituční léčby nebo masového šíření tzv. „nových drog“, problematiky tzv. „smartshopů“, zavedení pojmu „menší než malé“, v této chvíli např. plánu eliminace výskytu hepatitidy C mezi uživateli návykových látek. V některých případech jsou informace o aktuálně vyvstalých potřebách nebo změnách v systému koordinace národní politiky předávány prostřednictvím tematických seminářů, realizovaných i na místní úrovni (příklad: aktuálně probíhající semináře k eliminaci VHC, které probíhají v jednotlivých krajích pod záštitou NMS), nebo



na tematických národních konferencích (příklad: Konference ke změně zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek).

Návrh dalšího vzdělávání:

- **Úvodní/vstupní kurz** (viz návrh pilotního kurzu). Odborná/věcná garance RVKPP/NMS);
- Pokračování v dalším systematickém vzdělávání v **běžně dostupných vzdělávacích tématech** (odpovědnost koordinátora, podle vlastního, individuálního vzdělávacího plánu);
- Pokračování v dalším systematickém vzdělávání ve **specifických tématech**. Odborná/věcná garance RVKPP, NMS;
- Vzdělávání v **aktuálních tématech**. Odborná/věcná garance RVKPP, NMS, případně další – ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo vnitra/NPDC atp.;
 - Přenos informací z národní úrovně na místní úroveň. Odborná/věcná garance kraje.

19. Charakteristika metodiky a metod vzdělávání

Obecně pojmem **metoda** označujeme cestu, postup k dosažení cíle. Metoda jako cesta k cíli je rozhodujícím prostředkem k dosahování těchto cílů v každé uvědomělé činnosti (Miovský a kol., 2015). Jde o cílevědomý a záměrný postup, kterým lektor reguluje svou činnost.

S ohledem na to, že výzkumy ukazují, že si pamatujeme 70 % toho, co jsme sami řekli, a 90 % toho, co jsme zároveň řekli a udělali, tak z hlediska efektivity vzdělávání je tedy potřeba volit takové metody, které budou účastníky vzdělávacího kurzu **aktivizovat a motivovat**.

Co se týče verbálních metod, které jsou založeny na vnímání a chápání slovního projevu lektora pro rozvoj klíčových kompetencí, je důležitou metodou



přednáška. Tato metoda se však nedoporučuje aplikovat samostatně. Důležité je považovat ji za „aktivní“ přednášku čili takovou, která je prokládána vstupy posluchačů vzdělávacího kurzu vlastní praxí, dobrými zkušenostmi a získanými znalostmi sebevzděláváním. Účastník vzdělávací akce takto svou vlastní činností a aktivním zapojením určuje průběh a dynamiku výuky, aktivně se zúčastňuje procesu vzdělávání.

Doporučuje se propojit s metodami aktivizačními, které jsou zajímavé, přitažlivé a vytvářejí příznivé klima ve skupině, což rozvíjí klíčové kompetence. Tyto metody (diskuse, řešení problémů, metody situační) jsou však zároveň náročné na čas, přípravu a prostředí. Velký důraz se klade na myšlení a řešení problémů. Přidáváme tak metodu **skupinové diskuse**. Vzdělávací akce je pro účastníky zajímavá a podnětná, když v průběhu vzdělávání mohou **pracovat v různých velkých skupinách**, kdy jsou ze strany lektora pověřeni ke zpracování zadaného úkolu na základě předložené **kazuistiky**. Edukace také probíhá prostřednictvím kazuistik a jednotlivých **příběhů** závislých klientů z praxe ostatních účastníků vzdělávání.

Další doporučované metody jsou: sdílení dobré praxe, sdílení zkušeností, zážitkové techniky, brainstorming, modelové situace, mediální technologie (např. videoukázky). V kurzech je vhodné kombinovat (dle konkrétního tématu) především ty metody, které se hodí pro dané téma:

Icebreakers: Jedná se o krátké techniky, které využíváme na začátku kurzu pro překonání nervozity a ostychu a pro seznámení se s lektorem. Tím zajistíme, že bude kurzu věnována maximální pozornost.

Diskuse: Při diskusích si účastníci utříbí své názory, konfrontují je s ostatními a ujasní si případné nesrovnalosti. Jsou vždy vedeny lektorem tak, aby každý účastník dostal prostor vyjádřit svůj názor a obhájit ho a zároveň se vyjádřil



k postoji ostatních. Témata k řešení jsou uzpůsobena tak, aby korespondovala s prostředím a specifickými potřebami účastníků.

Interaktivní prezentace lektora: Systematický výklad tématu je doplněn o moderní prezentační techniky s důrazem na zapojení účastníků. Lektor komunikuje a účastníky zapojuje. Během výkladu vyvolává diskuse a dává všem prostor vyjádřit svůj názor. Propojení výkladu s prezentací spojuje vizuální a sluchový vjem, což posiluje zapamatování.

Brainstorming: Tato metoda doprovází diskusní metody, kdy účastníci bez velkého rozmyšlení chrlí své nápady k danému tématu – posuzování myšlenek probíhá až posléze. Slouží k uskupení myšlenek všech účastníků do jednoho celku a vyvození souhrnného závěru. Má řadu podob (jednou z nich je psaný brainwriting) a jakkoli je notoricky známá, je důležité dělat ji správně, aby přinesla očekávané výsledky.

Cvičení a řešení případových studií: Mají různou formu a liší se v návaznosti na téma kurzu. Jejich smyslem je procvičit teoretické poznatky v reálných situacích na konkrétních příkladech a zafixovat si naučené postupy. Cvičení a případové studie jsou vybírány tak, aby odpovídaly tématu daného tématu.

Cílená / rozvojová zpětná vazba: Je důležitou součástí každého vzdělávacího procesu, kdy si účastník ujasňuje, jak probranou látku pochopil a jestli ji dokáže správně aplikovat do praxe. Hlavním přínosem je uvědomění si a hodnocení prožité aktivity, zpracování těchto informací a jejich aplikace v budoucích situacích podobného typu. Může dojít k nějakému závěru ve smyslu poučení, ale není to její podmínkou, stačí, když funguje jako metoda pro sdílení zážitků.

Sebereflexe: Lektor vede účastníky k zamyšlení nad sebou samým, nad svými úspěchy a neúspěchy a jejich příčinami a nad možnostmi seberozvoje. Učí účastníky, jak seberefektovat během vlastního života a pracovní praxe.



Lektor se zaměřuje převážně na jednání z praxe účastníků, které mohou účastníci díky sebereflexi zkvalitnit.

Ohlédnutí a sumarizace: Po každém větším bloku lektor s účastníky kurzu rozebere probírané téma, čímž zvyšuje procento informací, které si budou s delším časovým odstupem pamatovat. Konečné shrnutí je automaticky uzavřeno na konci kurzu.

Best practice – sdílení dobrých / špatných zkušeností: Jasně příklady a návody, co kde funguje (a co je naopak slepá ulička), patří mezi nejoblíbenější části všech kurzů.

Řešení praktických situací: Jsou zaměřeny k utváření praktických dovedností. Vštěpují účastníkovi důležité zásady chování a jednání: naslouchat, uváženě klást otázky, hledat příčiny a podmínky vzniku situace, hledat bezprostřední i dlouhodobé důsledky svého rozhodování, při řešení problémů postupovat z širšího pohledu než jen z pohledu své specializace či funkce.

Facilitovaný workshop: Jedná se o metodu, při které lektor/facilitátor vede program tak, aby prostřednictvím různých technik (brainstorming, prioritizace, mentální mapy, aj.) účastníci pomocí vlastních zkušeností a znalostí došli k výstupu, který je pro ně užitečný a využitelný v jejich další práci, praxi.

Koučovací přístup: Při klasickém vzdělávání (školení, tréninky, kurzy) lidé někdy nedokážou efektivně přenést nové dovednosti do praxe a postupně pak zapomínají to, co nevyužívají, a jejich výkon neroste adekvátně absolvovaným rozvojovým programům. Mohou se také subjektivně cítit přeškoleni. Tyto nástrahy pomáhá překonat koučovací přístup, kdy lektor v roli kouče vede účastníky cílenými otázkami k tomu, aby sami odhalili řešení a navrhli konkrétní aplikaci poznatků. Koučink uvolňuje vnitřní bariéry člověka, koncentruje jeho vnímání a posiluje odpovědnost. Když se člověk zbaví svazujících věcí, je



skutečně motivován a může začít tvořit, potom může naplno využívat vlastní potenciál.



Téma	Doporučené metody
Návykové látky, účinky, rizika, základy toxikologie jednotlivých skupin návykových látek, etiologie závislosti a modely vzniku závislosti; základy neurobiologie závislosti	• přednáška • skupinová diskuze • ohlédnutí a sumarizace • best practice
Strukturální a situační charakteristiky hazardních her a nelátkových závislostí, epidemiologie užívání návykových látek a hazardního hraní, monitoring v oblasti závislostí	• přednáška • skupinová diskuze • ohlédnutí a sumarizace • best practice
Základy přístupů k prevenci závislostí na látkách, na procesech	• přednáška • skupinová diskuze
Základy harm reduction přístupů v závislostech	• přednáška • skupinová diskuze • řešení praktických situací
Základy přístupů v léčbě a doléčování závislostí	• přednáška • skupinová diskuze
Drogová kriminalita, prosazování práva v oblasti drog	• přednáška • skupinová diskuze
Legislativní rámec a systém protidrogové politiky na národní a mezinárodní úrovni, samostatná vs. přenesená působnost (role vlády, RVKPP, ministerstev, případně dalších státních institucí, kraje, obce – vzájemné kompetence a vztahy)	• přednáška • skupinová diskuze • ohlédnutí a sumarizace • best practice
Sít služeb v oblasti závislostí, kvalita (standardy), dostupnost a financování služeb a protidrogové politiky, související systémy (sociální a zdravotní služby – z pohledu obsahu služeb, způsobu financování, kompetencí aktérů)	• přednáška • skupinová diskuze

	• ohlédnutí a sumarizace • best practice
Adiktologické služby současnosti, moderní metody sociální práce a možnosti síťování	• přednáška • skupinová diskuze • řešení praktických situací
Sít' služeb v oblasti závislostí z pohledu způsobu financování a kompetencí aktérů	• brainstorming • workshop • koučovací přístup • best practice
Tvorba a vyhodnocení veřejné politiky v oblasti závislostí, teorie a praxe tvorby protidrogové politiky a jejích jednotlivých komponent/strategií, včetně tvorby akčních plánů	• brainstorming • workshop • koučovací přístup • best practice
Tvorba strategií, výročních zpráv	• brainstorming • workshop • koučovací přístup • best practice
Kompetenční profil koordinátora a rozvoj měkkých kompetencí (např. efektivní komunikace, zvládání zátěže, řešení problémů, spolupráce)	• brainstorming • workshop • koučovací přístup • sebereflexe

Tabulka 3: Doporučené metody k jednotlivým tématům



20. Tematické celky (základní teoretická východiska):

20.1. Návykové látky, účinky, rizika, základy toxikologie jednotlivých skupin návykových látek, etiologie závislosti a modely vzniku závislosti; základy neurobiologie závislosti

Úvod k návykovým látkám, uvedení do tématu

Lidské bytosti mají potřebu zažívat příjemné zážitky, překonávat každodennost, případně pátrat po smyslu života a hledat jeho skryté dimenze. Paleta prostředků na změněné stavy vědomí se postupně měnila, přes výrazné lokální odlišnosti můžeme tvrdit, že neexistovalo společenství, které by nějakou substancí neznalo.

Drogová problematika se postupně stává společenským problémem, který determinuje mnoho sociálních vrstev a skupin. Výrazně se zvyšují zdravotní i sociální důsledky užívání drog, objevují se snahy národních vlád o systémová řešení drogové problematiky v kontextu celospolečenských souvislostí.

V devadesátých letech 20. století je označován problém drog jako globální, vzniká globální akční plán OSN. Drogová problematika ovlivňuje většinu zemí světa, kdy každá země hraje určitou úlohu. Dochází k prorůstání ilegální ekonomiky s ekonomikou legální. (Kalina I, 2003, s. 16). Zisky z nelegálního prodeje drog umožňují postupné získávání hospodářského i politického vlivu. Globální trh s drogami a jejich prekursory je po nelegálním obchodu se zbraněmi druhý nejvýnosnější sektor. Rizika masivního přenosu HIV a hepatitid vedou postupně k požadavkům na snižování zdravotních a sociálních rizik uživatelů i okolí. Vzniká koncepce vyváženého přístupu mezi represí a prevencí, zakotvená v politických dokumentech EU, uvádí Kalina (I, 2003, s. 18).

Trendy užívání drog v českých zemích kopírovaly středoevropský vývoj až do roku 1948, kdy se kvůli politické izolaci začal vývoj v ČR odlišovat. Nikdy však nedošlo k tomu, že by se užívání drog vymýtilo. Relativně uzavřené a lokálně

oddělené subkultury drogy vyráběly a rozšiřovaly. Užívání drog bylo mnohdy chápáno jako jedna z forem protestu proti vládnoucí garnituře, v undergroundovém proudu se potkávali narkomani s filozofy nebo umělci. Po roce 1990 nastává boom v importu západní kultury, drogy nevyjímaje. Dochází ke vzniku dobře organizovaného černého trhu s mezinárodním zázemím, objevují se nové substance, se kterými je málo zkušeností. V první fázi byla ČR vnímána spíše jako tranzitní země, přes kterou se drogy masivně převážely všemi směry. (Kalina I, 2003, s. 33). Ve druhé polovině 90. let minulého století se Česká republika stává i zemí spotřebitelskou. Nastávají „zlatá devadesátá léta“ pro uživatele a překupníky, zároveň vzniká moderní prevence.

Co je to závislost?

V Mezinárodní klasifikaci nemocí je závislost a syndrom závislosti definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je často silná touha užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Diagnóza závislosti by se měla stanovit jen tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- Silná touha užít látku (bažení, craving) - rozlišujeme bažení tělesné, které vzniká při odeznívání intoxikace návykovou látkou nebo bezprostředně poté a bažení psychické, které se objevuje i po delší abstinenci;
- Potíže v ovládní při jejím užívání, ztráta volní kontroly – úzce související s bažením, které zhoršuje sebeovládání;
- Přetrvávající užívání i přes škodlivé následky – neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím, které u osoby nastaly;

- Postupné upřednostňování látky před ostatními aktivitami a zájmy – převažující orientace na užívanou látku, její shánění a zotavování se z jejího účinku, důležitá a často se vyskytující známka závislosti, projevující se v zúženém spektru chování nebo ve stereotypním chování vůči návykové látce;
- Růst nebo pokles tolerance k účinku látky – růst tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látky;
- Odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy (Nešpor, 1996, s. 32)

Závislost rozlišujeme také na závislost fyzickou a psychickou. Zatímco psychická závislost je specifická především psychickým bažením, problémy v kontrole užívání a pokračování v užívání navzdory následkům, fyzická závislost se vyznačuje růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je bažení fyzické. Psychická a fyzická závislost se rozvíjí většinou zároveň (Kalina et al, 2008, str. 55). Závislí a problémově užívající vykazují jistá specifika v řadě oblastí, z nichž zásadní jsou zdravotní oblast, psychologicko-psychiatrická oblast a sociální oblast.

Dělení návykových látek a jejich účinky

1. Alkohol

V českém prostředí má velkou společenskou toleranci, která je dána dlouhou historickou zkušeností. Problematika alkoholismu je živá a aktuální. Dle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách z roku 2011 stoupá konzumace alkoholu v České republice mezi mladistvými, a dokonce se řadí na první příčku v konzumaci alkoholu v Evropě. Vlivem nadměrného užívání alkoholu mladistvými narůstá riziko vzniku závislosti nebo přetrvávajícího nadměrného pití i v dospělosti. Laickou veřejností je tento jev podceňován, tolerován.

Škodlivé užívání je způsob užívání alkoholu, který vede k poškození zdraví, předcházející většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu. Přejít od škodlivého užívání k závislosti na alkoholu probíhá většinou poměrně nenápadně. Typické pro vývoj závislosti jsou postupné změny (postupná ztráta kontroly, zanedbávání jiných zájmů atd.). Současně dochází, také většinou nenápadně, ke změnám v myšlení a chování, které se postupně mohou fixovat a způsobit osobnostní změny. Jedná se o adaptační mechanismus, kterým závislý reaguje na konflikty, vznikající při konfrontaci s realitou stále častějších a výraznějších problémů vyvolaných jeho pitím (Kalina et al, 2003, str. 152-153).

2. Opioidy a opiáty

Tato skupina látek má tlumivý účinek na centrální nervový systém. Potlačují bolest, způsobují euforii a zklidnění až ospalost. V lékařství využívány pro analgetické účinky – morfin. Drogy z této skupiny jsou braun, opium, heroin, morfin, kodein. Substituční léčba je prováděna metadonem, buprenorfinem. Způsobují silnou psychickou závislost a střední až těžkou závislost fyzickou.

Nejčastější účinky jsou euforie, zklidnění, nevolnost, útlum dýchání, zúžené zornice, tělesný útlum, znecitlivění, pocity lhostejnosti. Předávkování se projevuje pomalým až povrchním dýcháním, lepkavou kůží, křečemi, kómatem, v případě zástavy dechu a krevního oběhu dochází k úmrtí. V případě nemožnosti užít drogu se objevují abstinenní příznaky – vodnaté oči, zívání, ztráta chuti k jídlu, podrážděnost, třes, panika, nevolnost, zimnice, pocení, bolesti svalů a kloubů, průjem. Zvládnutí odvykacího stavu není jednoduché a často probíhá na detoxifikačním oddělení pod lékařským dohledem.

3. Stimulační drogy

Mají budivý efekt na centrální nervový systém, po jejich aplikaci dochází ke zvýšenému vylučování dopaminu, serotoninu. Stimulační drogy zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, urychlují myšlení. Zkracují spánek, zahánějí

únavu, vyvolávají pocit síly a euforie. Většina uživatelů popisuje také sníženou chuť k jídlu. Urychlují tok myšlenek, často na úkor pozornosti a soustředěnosti. Po odeznění účinku látky se dostavuje tzv. „dojezd“, charakterizovaný únavou, celkovým vyčerpáním, spavostí a hladem.

Stimulační drogy způsobují silnou psychickou závislost, naopak projevy fyzické závislosti se obvykle neobjevují. Abstinenční příznaky doprovází apatie, dlouhý spánek, podrážděnost, deprese, nervozita, neklid. Dlouhodobé užívání vede k hubnutí, vyčerpání a k psychickým obtížím – halucinace, strach, vztahovačnost, sebevražedné tendence, podezíravost, stavy zmatenosti. Drogy z této skupiny jsou pervitin, kokain, crack, MDMA (extáze). Mezi účinky předávkování patří pokles tělesné teploty, křeče, paranoidní psychóza. Typickou drogou z této skupiny je metamfetamin – pervitin.

4. Halucinogenní drogy

Představují širokou paletu látek, které přitahují neobvyklými vlastnostmi a účinky na psychiku člověku. Je s nimi spojena určitá nevyzpytatelnost, tajemnost, až mystičnost. Přírodní halucinogeny jsou např. meskalin, durman a psilocybin, mezi syntetické halucinogeny patří LSD.

Způsobují halucinace, změněné stavy vědomí a při vysokých dávkách až odtržení vědomí od fyzického těla (dochází k cestování v časoprostoru, setkání s bohem nebo komunikaci s mimozemskými bytostmi). U nás je nejrozšířenějším halucinogenem LSD a „houbičky“ (především lysohlávka kopinatá). LSD se užívá hlavně formou papírků (papírek cca 5x5 mm), které jsou napuštěny touto látkou. Houby s obsahem psilocybinu rostou v ČR běžně ve volné přírodě, lze je i pěstovat v domácích podmínkách.

Přírodní halucinogeny jsou oblíbené u experimentátorů, hrozí riziko předávkování. Déletrvající „trip“ může skončit psychózou, neobvyklé nejsou tzv. flashbacky. Halucinogeny mají nízký potenciál rozvoje závislosti, tolerance je

obvykle obrácená (opakované užívání není obvyklé, účinky látky oslabují a nepomáhá ani zvyšování dávek. K návratu požadovaného účinku je nutné na čas užívání přerušit.). Při dlouhodobém užívání může docházet k poruchám mozkové aktivity, k poškození jater apod.

5. Konopné drogy

Konopí je rostlinou pěstovanou v různých kulturách odpradávná a je nejčastěji užívanou drogou. Samozásobitelství a masové rozšíření brání v efektivní regulaci užívání. Spíše dochází k „tiché toleranci“, protože reálně není možné důsledně vymáhat zákonná opatření. Jedná se o tzv. rekreační a relaxační drogu, která je užívána pro navození euforie, uvolnění zábran, snížení chuti k jídlu. Obecně lze říci, že marihuana zesiluje momentální duševní stav. Psychoaktivní účinky konopí z největší míry způsobuje THC, což je účinná látka ze skupiny kanabinoidů a vyvolává psychickou závislost.

Vzhledem k různé kvalitě odrůd nebo forem rostliny nemusí být snadné odhadnout množství účinné látky. Účinná látka je obsažena v sušině marihuany, hašiši nebo ve fénixových slzách (olej s velmi vysokým obsahem účinné látky určený ke kouření). Nejčastěji se kouří ve formě sušiny, ale dá se i konzumovat – THC se rozpouští v tukách, proto se listy marihuany vaří v mléce, rozpouští v másle, nebo se z nich připravuje olej používaný k vaření. Účinky se při kouření dostaví asi do pěti minut. Aplikace přes trávicí trakt je charakteristická pozdějším nástupem účinku a nemožností dávku snížit. Další formou užití je vodní dýmka, tzv. bong nebo kouření přes vaporizér.

Hašiš je konopná pryskyřice, obvykle obsahuje malý obsah květenství a nečistot. Má tmavě zelenou až hnědou barvu a obsahuje až 40 % účinných látek.

6. Těkavé látky

Časté je užívání u mladistvých v etnických minoritách, patří sem nejrůznější ředidla, rozpouštědla, laky, lepidla a podobně. Typickým představitelem je

toluen. Užívají se nejčastěji inhalováním přes látkový hadřík. Jsou velmi snadno dostupné a nebezpečné, riziko předávkování s fatálními následky je vysoké.

Po aplikaci dochází k otupění, polospánku, objevují se poruchy vnímání. Při čichání prochází výpary těchto látek dýchacími cestami a poškozují horní cesty dýchací a mozek. Již při jednorázovém užití může dojít k nenávratnému poškození všech sliznic, které s výpary přijdou do styku. Největší poškození ale způsobí v mozku, následkem užívání dochází k degeneraci mozku, značnému snížení intelektu a demenci. Uživatelé těchto těkavých látek umírají častěji na toxické poškození jater a ledvin. Jsou známy projevy psychické závislosti, částečně i fyzické.

Psychofarmaka, léky vyvolávající závislost

Jedná se o širokou škálu prostředků užívaných v lékařství – analgetika (tlumí bolest), sedativa (zklidnění psychiky), hypnotika (podporují spánek), anxiolytika (mírní úzkosti) a jiné.

Nejčastěji jsou předepisovány lékaři, objevuje se také zneužívání na černém trhu, záměrné překračování doporučeného dávkování a kombinace s jinými návykovými látkami. Účinky jednotlivých látek se stejně jako účinky předávkování a abstinenční příznaky liší podle typu medikamentu. Obecně lze konstatovat, že lékové závislosti se podceňují a dlouhou dobu probíhají skrytě. Odvykání je komplikované a zdlouhavé. Při léčbě je třeba řešit původní potíže klienta, pro které byla psychofarmaka nasazena. V prostředí ČR se hovoří o nadužívání psychofarmak na úkor psychoterapie, která je dražší, a tudíž méně dostupná.

7. Designer drugs – nové drogy

Jedná se o širokou skupinu ilegálních drog, které jsou distribuovány obvykle prostřednictvím internetu. Jsou vyráběny tak, aby se účinky podobaly „klasickým“ nelegálním drogám jako pervitin, THC a podobně, ale neobsahovaly

žádné zakázané látky. Vlády se snaží tyto látky co nejrychleji umisťovat na seznamy zakázaných látek. Nové varianty ale přicházejí rychleji, než se je daří regulovat. Největším rizikem těchto látek je hlavně nevyzpytatelnost. Není známo, co přesně tyto drogy obsahují a jaký je jejich účinek, dopad na lidský organismus a dlouhodobé účinky (také není známo, jestli na nich vzniká závislost). Riziková je konzumace látek s neznámým účinkem, skupinové užívání na hudebních akcích a kombinace s alkoholem nebo jinými látkami.

8. Příčiny vzniku závislosti

Závislost je stav mysli charakteristický nutkavou potřebou chovat se určitým způsobem a změnit prožívání reality, tendenci zvyšovat dávky a neschopností omezit dané chování – aplikace drogy. Při vysazení drogy dochází k nepříjemným pocitům (abstinenční příznaky). Návyk začíná, vzdáme-li se perspektivy dosavadního života a droga utváří rozhodujícím způsobem náš všední den, uvádí Göhlert (2001, s. 11). Dle WHO se drogová závislost definuje jako psychický a někdy fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užít drogu opakovaně pro její příjemné účinky a také proto, aby se zabránilo nepříjemným stavům při nepřítomnosti drogy.

Nešpor (2003, s. 30–42) zmiňuje existenci jiných typů závislostí, které nejsou spjaty s užíváním drog – závislost na práci, nakupování, internetu, sexu apod. Tyto novodobé formy závislostního chování jsou na vzestupu a mnohdy závislost na drogách doplňují.

Závislost je zařazena mezi chronická onemocnění centrální nervové soustavy (dále jen CNS), která je možno diagnostikovat, léčit a je možno jim vhodnou prevencí předcházet. Míra potenciálu rozvoje závislosti je u různých látek odlišná, např. u heroinu je riziko rozvoje závislosti velmi vysoké, a u marihuany je naopak minimální. V posledních letech je kladen důraz na studium všech, nejen biologických aspektů závislosti. Je proto důležité pojímat tuto

problematiku vždy komplexně jako bio-psycho-socio-spirituální onemocnění. (Kalina I, 2003, str. 91). K onemocnění dochází, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti se substancí, která u něj vyvolá nutkání ji opakovaně užít. Častěji k tomu dochází v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují (různé party, kluby apod.)

U drogových závislostí hovoříme o tzv. spouštěčích, což jsou osoby, jevy nebo věci, které umocňují bažení po droze a jsou spojeny s jejím užitím. V organismu je také pozorována řada změn v CNS při opakovaném užití.

1) Droga – je nesporně základní, ne však jediný činitel při vzniku toxikomanie. Schopnost vyvolat dychtění po droze („craving“) vedoucí k opakovanému užití drogy je založena na schopnosti drogy vyvolat silný psychický zážitek, být rozpoznána mezi jinými látkami a vyvolat následně nepříjemné pocity po přerušení opakované aplikace.

2) Prostředí – důležitá je dostupnost drogy v okolí jedince, tzn. distribuce a cena drog, dále také pohled společnosti na užívání dané drogy. Nejčastější formou závislosti vůbec je závislost na alkoholu a tabáku, právě díky snadné dostupnosti.

Mezi faktory prostředí, které vznik závislosti usnadňují, patří party, kde je užívání návykových látek symbolem statusu příslušnosti, rozvrácené nebo nefunkční rodiny, nedostatek péče rodičů, osamělost a neléčené/nerozpoznané duševní onemocnění aj. V případě psychické závislosti je prostředí a jednání s drogou stejně důležité jako droga sama, jsou součástí rituálu užití (odborně set&setting). Proto je při léčbě důležité postupné rozpojování těchto vazeb (tj. metoda „vyhasnutí“ v chování).

3) Organismus – byly prokázány typické znaky osobnostních i genetických predispozic k závislostnímu chování. Nejrizikovější skupinou jsou lidé zvědaví, hledající nové zážitky, lidé rádi riskující, cestovatelé a milovníci umění. Často se

ale mezi závislími objevují lidé nevyrovnaní, se sklonem k depresím, úzkostem, impulsivitě. Duální diagnóza je termínem pro souběh závislosti s diagnostikovanou duševní chorobou. V praxi mnohdy není zřejmé, zda primární příčinou stavu byla závislost, která následně vyvolala duševní chorobu, nebo naopak. Mnoho závislostí je ovlivněno rodovou dispozicí, některé studie poukazují na rozdílné dispozice k závislostem u mužů a žen. Ženy bývají mnohem citlivější na drogy než muži, závislost se u nich vyvíjí rychleji. Rychleji reagují na léčbu, avšak mohou být náchylnější k relapsům. Účinek některých drog je naopak vyšší u mužů, než u žen (např. kokain). Je též prokázána zvýšená reaktivita a citlivost nezralých jedinců k rozvoji drogové závislosti. U dětí proto bývá rozvoj rizikového užívání rychlejší než u dospělých, s dramatičtějším průběhem a s vážnějšími důsledky.

Obecně lze říci, že droga vyvolává závislost ovlivněním řady neurobiologických procesů v CNS, za účasti rozvoje adaptačních změn opakovaného podávání. Látky s vysokým potenciálem závislosti mají centrální účinky, rychle pronikají hematoencefalickou bariérou a vážou se na specifické receptory.

Bio – psycho – socio – spirituální model

Existuje celá škála teorií o příčinách vzniku závislostního chování, např. genetické, vrozené dispozice, sociokulturní vazby na drogu a rituály spojené s požíváním návykových látek, stejně jako duální diagnózy spojené s duševní chorobou. U jednotlivých osob jde často o kombinaci řady faktorů. Návykové užívání drog vede k vytváření psychofyzilogických vztahů. (Kalina I, 2003, s.91). Moderní pojetí analýz hledajících příčiny závislostí zohledňuje čtyři základní úrovně, jejichž působení na výsledné chování není vždy jednoznačné, nebo se prolíná.

Třífaktorový – bio-psycho-sociální model znázorňuje, že na jedince musíme nahlížet jako na jednotu společně s prostředím a drogou samotnou (Göhlert, Kühn, 2001, str. 25).

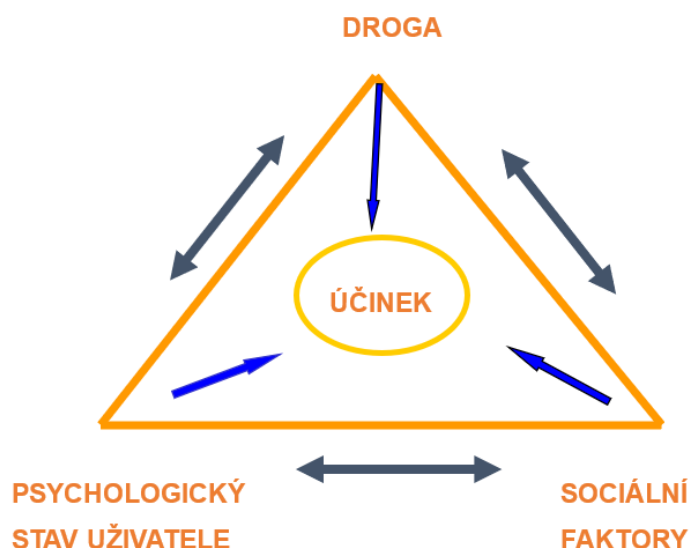


Schéma 3: Droga – prostředí – jedinec

Biologická úroveň

Na biologické úrovni se jedná o některé problematické okolnosti během prenatálního vývoje (matka byla sama alkoholička nebo toxikomanka – fetální alkoholový syndrom). Dále sem patří komplikace při porodu (byly použity psychotropní, tlumivé látky) a také celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí apod. Zatím jediné ověřené genetické souvislosti se týkají vrozené vyšší tolerance vůči návykovým látkám u dětí rodičů uživatelů. Masové šíření drogových závislostí v celosvětovém měřítku ale nelze vztáhnout na biologické faktory. Spíše za tyto projevy odpovídá vyšší dostupnost a sociokulturní faktory (popularizace, reklama, módní trendy apod. (Rotgers, 1999, s. 19–21). Každá osobnost má jedinečné „nastavení“ mozkového neurochemismu, kde do interakce s tímto systémem vstupují jednotlivé psychotropní látky a navozují změny nálad, emocí a kognitivních funkcí.

Psychická úroveň

Vliv psychického nastavení člověka na rizika závislostního chování je popsán v řadě studií. Významnými faktory jsou například podpora v době dospívání, hledání identity a také pomoc v případě objevující se patologie duševních poruch a chorob (např. deprese, úzkost). Presl (1995, s. 49–50) uvádí, že vysoké procento osob má v souvislosti s pozdějšími drogovými problémy stanovitelnou psychiatrickou diagnózu. Řada drog má anxiolytický a antidepressivní účinek na začátku užívání, později se však užívání stává důvodem depresivních stavů.

Sociální úroveň

V současné době je prokázáno, že negativní vlivy prostředí výrazně zvyšují výskyt užívání drog, ale i jiné sociální patologie. Sociální prostředí hraje klíčovou roli při procesu socializace, při vytváření vztahů s okolím, které formují zrání jedince. Tato úroveň zahrnuje rasovou příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém žije. Patří sem i kvalita rodinných vztahů, případně absence rodiny. Rizikovým prostředím jsou rozpadající se rodiny, krize hodnot a absence společenských rituálů pozitivně formujících zrání jedince. Mladí hledají identifikační vzory mimo rodinu, pocit přijetí, sounáležitosti, nezávislosti je mnohdy vyhledáván v nevhodném, rizikovém prostředí. Pro psychické ukotvení dospívajícího jedince jsou nenahraditelné kvalitní mezilidské vztahy, stejně jako akceptovatelný žebříček hodnot. Téma negativních vlivů nevhodných vrstevnických skupin je všeobecně známé.

Spirituální úroveň

Spiritualita neboli duchovno je vztahem k tomu, co jedince přesahuje, k čemu se obrací jako k největší autoritě, řádu, ideji. Ke spiritualitě patří neoddelitelně také pokora. Existenciální prázdno, deprese, ztráta smyslu bytí jsou témata, která zůstávají, i když člověk již stabilizoval svoji abstinenci. Proto je důležité

pamatovat i na přístupy, které se dotýkají této roviny potřeb. Kalina (I, 2003, s. 93).

Užívání drogy, fáze a průběh „kariéry“

Experimentátoři – osoby, které dočasně a nepravidelně užívají různé drogy a typy drog a mohou, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech. Tyto osoby drogy tzv. zkouší (Kalina, 2001, s. 38).

Příležitostní a rekreační uživatelé drog – u této skupiny se již užívání stalo součástí jejich životního stylu. Užívají drogu méně než jednou za týden. Jeho důsledkem zatím není vznik závislosti. Typickými uživateli jsou zejména uživatelé marihuany, extáze či LSD v rámci tzv. parties.

Pravidelní uživatelé – užívání je pravidelné, zpravidla vícekrát týdně, zahrnuje nejen životní styl, ale také již projevy škodlivých účinků látek ve stupni závislém na užívané látce.

Problémoví uživatelé – Zjednodušeně a historicky lze za problémové uživatele označit ty, kteří nitrožilně či dlouhodobě a pravidelně užívají opiáty, amfetaminy či kokain. Tato definice problémového užívání (nově high-risk drug use) byla v r. 2013 Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (dále jen EMCDDA) revidována a rozšířena o další drogy užívané s vysokou frekvencí.

Závislí – splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti, často jde právě o problémové uživatele (Kalina et al, 2003, s. 16).

Abstinující – opakované pokusy o udržení abstinence a rekonstrukce života před obdobím užívání. Abstinence může být celoživotní, častěji je však epizodická nebo ji závislý jedinec kompenzuje jinými závislostními formami chování.

Vývoj a typologie závislosti

Vývoj závislosti je ovlivněn osobnostními dispozicemi, užším a širším sociálním kontextem, frekvencí užívání, genetickými predispozicemi a v neposlední řadě i samotnou užívanou látkou (Kalina et al, 2001, str. 40).

Diagnóza závislosti staví na několika opěrných bodech:

- Zhodnocení abúzu, kvantifikovaného množství a frekvenci
- Zhodnocení závislosti nebo předstupně – abúzu nutkavého charakteru
- Zhodnocení důsledků škod na tělesném i duševním zdraví a ve společenských vztazích (rodina, zaměstnání, zákon) souvisejících s abúzem alkoholu (Skála, 1987).

Závislost se rozvíjí po dlouhodobém užívání, předchází jí poměrně dlouhé období, kdy je již patrné tělesné i psychické poškození, a kdy je možné abúzus ještě relativně „bezbolestně“ zastavit.

20.2. Strukturální a situační charakteristiky hazardních her a nelátkových závislostí, epidemiologie užívání návykových látek a hazardního hraní, monitoring v oblasti závislostí

Na celostátní úrovni byly provedeny výzkumy, které hovoří o ohrožení hazardním hráčstvím u 126 000 obyvatel a o vysokém ohrožení u 42 000 obyvatel v ČR (NMS, 2014). Další studie uvádějí, že v ČR je rizikem ve spojitosti s hazardním hráčstvím ohroženo 4,5 – 5 % populace (Mravčík, 2014).

Z adiktologického hlediska je hráčství chápáno podobně jako ostatní formy závislostního chování. Hazardní hráčství je definováno jako účast na hazardní hře, což je jakékoli jednání, které vyžaduje nevratné investice s vidinou zisku založeného na náhodě nebo nejistém výsledku.

Komerční hazardní hry mají celou řadu forem – číselné loterie, losy, sázkové hry v kasinu, elektronická herní zařízení, kurzové sázky, online sázení. Všechny komerční hazardní hry se vyznačují asymetrickým vztahem mezi provozovatelem hry a hráčem. Hráči jako skupina prohrávají peníze vůči provozovateli, kdy peněžní ztráta je nejvýraznější charakteristikou škodlivého hráčství.

Prostředí, ve kterém jedinec žije, má vliv na povahu a četnost hraní hazardních her. Dostupnost a expozice závisí na řadě faktorů, od ekonomického a sociálně-politického prostředí státu přes geografické rozmístění a hustotu heren v regionu, po fyzické charakteristiky herny a typy nabízených produktů hazardních her. Je prokázáno, že dostupnost příležitostí v okolí hráče významně zvyšuje riziko patologického hraní. Ke zvýšení rizika rozvoje patologického hráčství může přispívat také prostředí herny – nepřítomnost kamerového systému, pohodlí při hraní, zdarma nápoje pro hráče. Jedním z nejdůležitějších faktorů je dostupnost peněz v okolí provozoven – bankomaty, možnost platby kartou, blízké zastavárny. Pro vznik závislosti je také klíčová samotná kvalita hry, její zábavnost a pocit vzrušení při hře. Kvalita hry z hlediska vzrušení je ovlivněna především těmito charakteristikami: bezprostřednost výhry, rychlost hry, maximální výše vkladů a výher, frekvence těsných proher a interakce přístrojů. Zajímavé, a ne zcela probádané, jsou souvislosti mezi hráčstvím, užíváním drog a alkoholu, kdy jedna činnost bývá spouštěčem pro činnost jinou, nebo tzv. křížové závislosti. Přejít od příležitostného k problémovému hráčství nastává často tehdy, když hráč vlivem různých situačních faktorů poruší vlastní pravidla pro hraní, která pomáhají hrát bezpečněji a snížit riziko výskytu problémů. Těmi jsou zejména:

- Hrát pro zábavu, a ne pro výdělek;
- Hrát s penězi, o které můžete přijít. Nikdy nepoužívat peníze, které jsou potřeba na důležité věci, jako je jídlo, nájem, účty nebo škola;
- Nastavit si limit pro vklad, aby hráč nikdy nemohl prohrát víc, než si může dovolit;
- Dodržet čas, který si pro hru vymezil;
- Nikdy se nesnažit dohnat své ztráty či splatit dluhy z další hry. Při prohře nikdy nehrát o vyšší sázky, aby se „kompenzovala“ ztráta;

- Nehrát rozrušený, unavený nebo deprimovaný. Je velmi obtížné dělat správná rozhodnutí, když se člověk necítí dobře;
- Vyvažovat hraní i jinými aktivitami. Najít si i jiné způsoby zábavy, aby hraní nezabíralo příliš velkou část života.

Porušení těchto pravidel vyvolává problémy – zejména úbytek peněz nebo i zadlužení. Zhoršují se i vztahy s blízkými – rodiči a kamarády, hráč často lže, aby zamaskoval svůj špatný pocit z toho, že situaci nezvládá. Obvykle nastává zlom v okamžiku, kdy hráč začíná hraní vnímat jako zdroj příjmů, zadlužuje se a vrství jeden dluh na druhý.

Monitoring v oblasti závislosti

V ČR existuje systém institucí, které se zabývají monitoringem v oblasti závislosti. Pokud zmíníme jednotlivé instituce subsidiárně, pak je třeba začít u terénních a nízkoprahových center, která jsou v přímém kontaktu s drogovou scénou a velmi rychle se orientují v nových trendech užívání. Data z nízkoprahových center jsou reportována protidrogovým koordinátorům na obcích a krajích, na hygienické stanice a Národnímu monitorovacímu středisku pro drogy a závislosti.

Na úrovni obcí a krajů monitorují drogovou situaci protidrogoví koordinátoři, kteří síťují stávající služby, navrhují opatření a vyjadřují se k dotačním podporám jednotlivých programů. Zpracovávají koncepce a strategie pro oblast závislosti. Hygienické stanice se zaměřují především na ochranu veřejného zdraví a evidenci infekčních nemocí – HIV, HCV, syfilis. Důležitou složkou jsou také represivní orgány – Policie ČR a městské policie, které dovedou statisticky oddělit páchanou kriminalitu od drogové kriminality. Na centrální úrovni publikuje odborně podložené informace Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které pravidelně vyhodnocuje statistická data, srovnává situaci a trendy se zahraničím a pravidelně vydává publikace o aktuálních trendech.

Další informace publikuje především Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, který pracuje s údaji z oblasti zdravotnictví.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky dotačně podporuje požadované projekty, zajišťuje dodržování odborných standardů a zejména zpracovává národní strategie protidrogové politiky, což je dokument určující směr a orientaci protidrogové politiky.

20.3. Základy přístupů k prevenci závislostí na látkách, na procesech

Společenské postoje k drogové problematice se liší podle geografických a kulturních odlišností, v různých částech světa jsou návykové látky spojeny s jiným významem a symbolikou. Je známo, že řada kultur používá omamné látky jako součást vlastní kultury, jako věc běžné denní potřeby. V ČR se uplatňuje především pohled „euroatlantický“, který vnímá užívání drog patologicky, s relativně malou společenskou tolerancí. Největší význam z pohledu celosvětového měřítka, tedy i z pohledu ČR, má OSN se třemi nejvýznamnějšími dohodami týkajícími se omamných a psychotropních látek:

- Jednotná úmluva o OPL z roku 1961;
- Úmluva o psychotropních látkách z roku 1971;
- Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s OPL z roku 1988.

Všechny státy, které úmluvu přijaly, se zavázaly k přijetí legislativních a správních opatření, která jsou nutná k omezení produkce, výroby, dovozu a vývozu, obchodu a distribuce, použití a přechovávání OPL.

Postoj české společnosti je k uživatelům (především tzv. nelegálních) drog odmítavý a odsuzující. Uživatel získává nálepku narkomana, který není z pohledu společnosti jejím přijatelným a rovnoprávným členem. Na základě takového hodnocení se pak uživatel ztotožňuje s drogovou subkulturou, přijímá normy a hodnoty, a tím se vzdaluje většinové společnosti. Mnozí uživatelé končí jako

bezdomovci, plně závislí na svém okolí. Je jednoznačné, že se jedná o handicapovanou skupinu, která na poli sociální oblasti vyžaduje pozornost a péči (Růžička, 2012, s. 43). Pro racionální diskusi a navrhování účinných opatření je dobré znát dopady užívání drog na společnost:

- Přímé náklady – finanční prostředky vynaložené společností na řešení problému. Přímé náklady jsou zejména náklady zdravotní péče, náklady prosazování práva, náklady pojišťoven, náklady na prevenci, výzkum a vzdělávání a jiné náklady typu dopravních nehod;
- Nepřímé náklady – užívání má vliv na ztrátu produktivity v důsledku nemocnosti, úmrtnosti, kriminality apod.;
- Nehmotné náklady – jsou složitě ekonomicky ohodnotitelné, protože se týkají především psychosociálního vývoje, bolesti, utrpení a ztráty blízkých a sekundárních následků pro trh v důsledku snížené kupní síly (Kalina et al, 2001, str. 70).

Snižování nabídky

Nezákonný trh s drogami má podobně jako každý trh svoji stranu nabídky a stranu poptávky. Oba tyto segmenty jsou vzájemně velice úzce svázané. Nabídka odpovídá na potřeby uživatelů a sekundárně je sama stimuluje (Kalina I, 2003, s. 16).

Strana poptávky využívá nabídky trhu k uspokojení svých potřeb, zároveň však své potřeby rozšiřuje, a tím napomáhá dodavatelům k větším ziskům

Snahy o mezinárodní systém kontroly drog funguje již téměř 100 let. V oblasti snižování nabídky se jedná o širokou škálu aktivit celních a represivních složek – policejní orgány, celní orgány, justice a vězeňství. Nabídka a produkce alkoholu a tabáku je sekundárně redukována vysokým zdaněním, u ilegálních drog tento faktor neplatí. V oblasti medicíny probíhají režimové a administrativní zásahy

zaměřené na eliminaci úniku legálních substancí používaných v medicíně jako léčiva, prekursorů a pomocných látek.

V posledních letech vstupují do popředí aktivity eradikace zemědělské produkce v rozvojových zemích – jedná se o kompletní rekonstrukci venkovských producentských oblastí, kdy jsou zaváděny alternativní plodiny pro prvovýrobce koky, cannabisu a opiového máku. Míra efektivit aktivit v této oblasti je zatím nízká, protože prvotním motivátorem pěstitelů zůstává ziskovost produkce.

Dalšími inhibičními faktory těchto aktivit bývá často provázanost místní samosprávy s nelegálním obchodem, nevhodné klimatické podmínky pro efektivní výrobu alternativních plodin a v neposlední řadě přímá existenční závislost prvovýrobců na překupnicích. Konkrétní opatření jsou garantována orgány OSN, WHO a dalšími, nelze však předpokládat pozitivní výsledky v krátkodobém časovém horizontu, uvádí Kalina. (I, 2003, s. 16). Nutno podotknout, že náklady na represivní přístup výrazně převyšují náklady preventivních opatření.

Snížování poptávky

Tyto aktivity jsou zacíleny na konzumenty drog, v širším pojetí pak na celou populaci. Snahou je snížit četnost vyhledávání a konzumace drog jejich uživateli, kdy jsou preferovány především nerepresivní přístupy. Poptávka může být snižována prostřednictvím preventivních a edukačních programů, které mají odvracet uživatele nebo potenciální uživatele od konzumace drog. V praxi nejsou tyto preventivní programy stále dostatečně účinné. Jedním z důvodů je i složitý přístup k významné části populace, mimo osob ve školním prostředí. Každá věková skupina populace má navíc odlišné rizikové faktory – např. u mladistvých je třeba zmínit nezaměstnanost, záškoláctví, sociální izolaci, deziluze při přechodu ze školního prostředí na trh práce, vztahové problémy s primární rodinou, traumatické zážitky apod. Skutečné výsledky resocializačních

a preventivních aktivit se mohou projevit s dlouhým časovým odstupem, proto je financování těchto aktivit velmi často mimo zorné pole politické reprezentace.

Zastřešujícím pojmem pro opatření snižující poptávku po drogách je prevence, kterou WHO dělí na primární, sekundární a terciární (Kalina I, 2003, s. 17). Toto rozdělení je obecně platné a vztahuje se kromě drog také na jiné formy sociální patologie.

Primární prevence předchází užití drogy u populace, která s ní nebyla dosud v kontaktu, nebo je snaha užití drogy posunout do vyšší věkové kategorie. Cílovou skupinou aktivit primární prevence jsou jedinci ohrožení negativním sociálním nebo zdravotním jevem více než zbytek populace.

Sekundární prevence předchází vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogy užívají, jedná se zejména o poradenství, včasnou intervenci a léčení. Cílovou populací jsou zejména experimentátoři, kteří nepravidelně užívají různé typy drog a příležitostní uživatelé (rekreační), pro které se stává užívání drog součástí životního stylu.

Aktivity **terciární prevence** předcházejí vážnému a trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Jedná se o aktivity resocializace, snižování zdravotních škod způsobených drogami (harm reduction), doléčování a podporu v abstinenci. (Kalina I, 2003, s. 17).

Principy vyváženého přístupu

Přístupy k drogovému fenoménu se lišily v jednotlivých kulturách, stejně jako v jednotlivých vývojových etapách veřejných politik. Měnil se také poměr preventivních a represivních aktivit, zjednodušeně by se dalo říci, že od vysloveně represivních přístupů je aktuálně zřejmý posun k akceptaci preventivních aktivit.

Celosvětově určují strategii boje proti drogám především Úmluva o omamných látkách OSN, Úmluva o psychotropních látkách OSN, Jednotná úmluva o omamných a psychotropních látkách OSN. Těžištěm těchto úmluv je potlačování nezákonného trhu s drogami. V roce 1991 vzniká Globální akční plán VS OSN, který stanovuje jako cíl tzv. vyvážený přístup. Princip vyváženého přístupu reaguje na některé dříve aplikované přístupy, které částečně komparuje, zmiňuje Kalina (I, 2003, s. 18).

Příklady politik v oblasti závislostí

- Model prohibice a represe – cílem je potlačení užívání všech nelegálních drog s heslem společnost bez drog. Ukazatelem bývají zpravidla množství zabavených drog, počty usvědčených a odsouzených pachatelů, ale také celoživotní prevalence užívání drog, tj. počty uživatelů, kteří alespoň jednou přišli do kontaktu s ilegální drogou. U modelu prohibice a represe je však výrazná tendence jak kontakt s drogou, tak skrývání problémového užívání, čímž vzniká skrytá populace uživatelů drog, jejíž problémy jsou mimo evidenci a dosah pomáhající intervence. Zároveň z logiky tohoto přístupu vyplývá, že je k dispozici málo věrohodných informací, takto nastavené modely mívají tendenci problém zakrývat, nebo naopak zveličovat.

- Model minimalizace škod – uživatelé nejsou diskriminováni a penalizováni, předchází se škodám způsobeným užíváním drog. Měřítkem úspěšnosti je snižování počtu uživatelů drog, u kterých dochází ke značným zdravotním, psychickým a sociálním problémům.
- Model ochrany veřejného zdraví (public health) – cílem je omezení negativních zdravotních jevů v populaci, aktivity jsou zaměřeny zejména na prevenci rizikového chování spojeného s užíváním drog a prevenci šíření viru HIV a hepatitid.
- Model kulturní integrace – tento model se staví k užívání drog jako k něčemu, co není mimořádné a odlišné od jiných problémů (např. konzumace alkoholu nebo tabáku). Cílem je podříditi užívání ilegálních drog běžným mechanismům kontroly a systémovým opatřením, které byly vytvořeny ke kontrole přijatelného chování.

Vyvážený přístup se v současné době jeví jako jeden z možných a komplexně pojatých vůdčích přístupů, již akční program EU na roky 2000–2004 definoval čtyři pilíře evropské strategie. (Kalina I, 2003, s. 38):

Represe – Prevence (primární) – Léčba a resocializace – Harm reduction

Tento systém je přínosný i přes některá kontroverzní témata. Kromě tradičních aktivit represivních orgánů jsou také podporovány aktivity primární, sekundární a terciární prevence, kdy pracovníci protidrogových služeb vyhledávají uživatele a intervnují.

20.4. Základy Harm reduction přístupů v závislostech

V mezioborovém glosáři pojmů (Kalina, 2001) jsou pojmem „harm reduction“ (dále také HR nebo HR programy, případně HR přístup) označovány přístupy, které mají snižovat či minimalizovat poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby přestali užívat.

Tento přístup vychází mj. také z přístupu ochrany veřejného zdraví, tzv. public health – ten se primárně nezaměřuje na individualitu jednotlivých klientů a jejich potřeby, ale spíše na ochranu veřejného zdraví v souvislosti se šířením závažných infekčních onemocnění, jako jsou HIV a žloutenka. Přes některé společně používané metody je přístup harm reduction více zaměřen na individuální potřeby a perspektivy klienta (Kalina, 2008, s. 79). Nezaměřuje se na absolutní eliminaci drog a jejich užívání, ale na to, aby poškození v souvislosti s užíváním bylo co nejmenší. Cílem harm reduction není abstinence klienta. Snaží se zachovat klienta při životě a v maximálním zdraví v době, kdy nechce či nemůže z různých důvodů přestat drogu užívat.

Úkolem je tedy omezit či minimalizovat, nebo také předejít zejména těmto poškozením:

- Život a zdraví ohrožující infekce, které se šíří sdílením injekčního materiálu při intravenózním užívání návykových látek a nechráněném pohlavním styku;
- Somatické komplikace, jako např. abscesy, záněty, poškození vnitřních orgánů;
- Fatální následky předávkování;
- Sociální propad a ztráta lidské důstojnosti (Kalina, 2003, s. 80)

Hlavním praktickým cílem je změna vzorců chování ve smyslu efektivního snižování rizik a dopadů rizikového chování a s tím také spojený posun od rizikových forem užívání k těm méně nebezpečným (např. nesdílení injekčního materiálu, přechod na užívání jiným než injekčním způsobem a vyhýbání se rizikovému sexu). V této oblasti je podstatné předávání informací a edukace uživatelů tak, aby věděli, co je rizikové a proč, jak se tomu vyhnout a zároveň podpora klientů HR programů, aby byli schopni tyto znalosti a informace aplikovat v praxi. Programy minimalizace rizik harm reduction jsou obvykle

realizovány prostřednictvím nízkoprahových služeb, především kontaktních center a terénních programů.

Smyslem těchto služeb není normalizovat užívání drog, ale naučit klienty i samotnou společnost, že některé z projevů závislosti nemusí nutně být spojeny s velkými riziky a současně, že je možné dosáhnout efektivních změn a zamezit sociálnímu vyloučení, které obvykle vede k další progresi uživatelské kariéry, ke zhoršení stavu a zvýšení rizik (Matoušek et al, 2013, str. 125).

Nízkoprahovost vychází z poznatku, že ne každý, kdo se ocitne v nepříznivé situaci, využije pomoci běžně dostupných zdravotních či sociálních institucí. Ty mohou být pro jedince z různých důvodů nedosažitelné, zejména proto, že o nich nevědí, mají s nimi špatné zkušenosti, či jsou klientům kladeny podmínky, které nejsou splnitelné (typicky abstinence). Nízkoprahová zařízení se snaží nároky na vstupní podmínky minimalizovat, např. tím, že se klient nemusí objednávat, může přijít anonymně a nejsou na něj v rámci kontaktu (alespoň zpočátku) kladeny téměř žádné nároky (Kalina, 2003, s. 160).

Herzog (Klíma et al, 2007) uvádí, že základní rysy nízkého prahu jsou následující:

- Zaměření na osoby, které nevyhledávají běžnou institucionalizovanou pomoc;
- Služba je poskytována co nejvíce v přirozeném prostředí klienta;
- Není potřeba znát podrobné údaje o klientovi;
- Jsou nastaveny pragmatičtější cíle;
- Jsou odstraněny psychologické, sociální a technické bariéry k využití služby.

Cílovou populaci nízkoprahových služeb tvoří uživatelé drog v různých fázích závislosti. Nejpočetnější skupinou bývají zpravidla problémoví uživatelé drog, kteří drogy užívají nitrožilně. Další cílovou skupinu tvoří přátelé, partneři, rodiny

či blízcí uživatelů drog. Jedním ze základních principů je anonymita. Vstup do zařízení a využívání služeb není podmíněno abstinencí (Kalina, 2008, s. 373).

Mezi základní aktivity nízkoprahových služeb patří (Kalina, 2003, str. 167):

- Kontaktní práce – navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb;
- Výměnný program – výměna injekčního materiálu, distribuce zdravotnického materiálu potřebného k bezpečné či méně rizikové aplikaci;
- Základní zdravotní ošetření – v případě drobných poranění, abscesů apod., testování na infekční choroby;
- Poradenství – důraz na změnu vzorců chování, informace o rizicích spojených s užíváním drog, ohledně léčby a další návazné péče;
- Strukturované poradenství a motivační trénink – klient vstupuje do terapeutického procesu, většinou se jedná o posílení motivace směrem k abstinenci;
- Sociální práce – pomoc při hledání práce, bydlení, vyřizování dokladů, pomoc při problémech s úřady;
- Doplnkové služby – hygienický servis, potravinový servis, využití pračky.

Často jsou nízkoprahové programy první službou, se kterou se uživatelé drog setkají. Většinou se totiž jedná o tzv. skrytou populaci drog, která je obtížně dosažitelná, má malou motivaci službu vyhledat a řešit nejrůznější, často závažné sociální, zdravotní či psychologické problémy. Takové skupiny osob se setkávají s většími bariérami v přístupu ke službám, přičemž mívají větší problémy s užíváním drog než ostatní populace. Dochází přitom k paradoxu, kdy ti, co by mohli z poskytovaných služeb těžit nejvíce, nejvíce službám unikají

(Nepustil, 2012, s. 17). Na drogové scéně patří mezi cílovou populaci terénních programů zejména:

- Děti ulice, které nacházejí dočasný azyl v drogových bytech či squatech;
- Experimentátoři, kteří drogu zkouší;
- Pravidelní uživatelé, kteří se ještě nepotýkají se sociálním či zdravotním propadem, zatím tedy nepotřebují službu vyhledat;
- Problémoví uživatelé drog, kteří by o služby měli zájem, nicméně nejsou schopni ji vyhledat (Nedělníková, s. 94).

Cílem služeb je navázat s takovými klienty kontakt a vybudovat vztah postavený na vzájemné důvěře tak, aby se dalo ovlivňovat rizikové chování k lepšímu. Úkolem je minimalizovat negativní důsledky nejen pro samotné uživatele, ale i pro celou společnost, tj: udržet nízký výskyt HIV a snížit výskyt žloutenek; snížit počet úmrtí v důsledku předávkování; předcházet kriminalitě; motivovat klienty ke změně životního stylu, učit je bezpečnějšímu užívání a sexu; motivovat klienty k výměně injekčního materiálu nebo jeho bezpečné likvidaci; navazovat důvěru a motivovat ke kontaktu s ostatními drogovými službami.

20.5. Základy přístupů v léčbě a doléčování závislostí

Efektivní intervence směrem k uživateli drog je velice obsáhlým tématem, které přesahuje rozsah této práce. Někdy se diametrálně liší pohled na efektivní změnu pohledem klienta a pracovníka.

Za efektivní jsou považovány tyto ukazatele: Kolik uživatelů drog dlouhodobě abstínuje; jak se zlepšilo postavení klientů na trhu práce; kolik klientů má trvalé bydlení; jaké jsou rodinné a partnerské vztahy; jak se zlepšila celková kvalita života.

Důležité je umět si odpovědět na otázky, úzce související s otázkou efektivity intervence:

- Kdy začít pomáhat (ve které fázi propadu do závislosti);

- Komu pomáhat (které případy mají být preferovány);
- Jakou formou (metody intervence);
- Jaká míra pomoci vede k autonomii, jaká naopak klienta zneschopňuje;
- Je prováděná intervence skutečně pomocí, nebo klientovi z dlouhodobého hlediska spíše škodí (přílišná závislost na sociální službě);
- Kdy pomoc ukončit (prostor pro vlastní odpovědnost).

Pro zvládnutí závislosti je vhodné použít tzv. „kaskádu opatření“, kdy nejprve zkouší abstinovat sám jedinec, poté pomůže rodina, dále ambulantní forma péče a teprve v případě selhání předešlého je indikována rezidenční léčba.

Detoxifikační jednotky

Jsou určeny ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikace. Bývají součástí zařízení pro léčbu závislostí nebo nemocnic. Detoxikace je léčebný postup, který má za úkol vyloučit návykovou látku z těla a omezit škodlivost jejích účinků.

Detoxifikační jednotky bývají složeny z lékařů, zdravotnických pracovníků, terapeutů a sociálních pracovníků. Klienty jsou osoby připravující se na další léčbu, osoby nebezpečné samy sobě nebo svému okolí z důvodu intoxikace, nebo ti, u nichž je žádoucí vzhledem k zdravotnímu a sociálnímu stavu snížit toleranci, ale zatím nejsou motivováni zcela přestat s užíváním. Probíhá zhodnocení stavu pacienta, farmakoterapie, psychoterapie, sociální práce, strukturovaný denní program, zahrnující edukační a motivační aktivity (Kalina et al, 2008, str. 375–376).

Ústavní léčba – psychiatrické nemocnice

Jedná se o rezidenční léčbu pacientů, obvykle po absolvované detoxifikaci ve zdravotnických zařízeních. Může být různě dlouhá – krátkodobá v řádu 1–4

týdnů, střednědobá 1–3 měsíce. Pacienti se léčí dobrovolně, nebo jim je nařízena ochranná ústavní léčba. Personál tvoří hlavně zdravotničtí pracovníci, dále psychoterapeuti, sociální pracovníci a další odborné profese, např. arteterapeuti, ergoterapeuti. Cílem je změna životního stylu pacienta, abstinence, stabilizace a vybudování náhledu na závislost, zvnitřnění norem, osvojení si základů prevence relapsu. Model léčby vychází např. ze Skálova či apolinářského modelu, v němž jsou zahrnuty hlavně:

- strukturovaný a komplexní týdenní program;
- režim, pravidla, odměny, sankce;
- komunitní setkání – prostor pro řešení problematiky léčby, pravidel, hodnocení programu;
- skupinová a individuální psychoterapie mnoha směrů a přístupů;
- rodinná a partnerská terapie a poradenství;
- pracovní terapie;
- volnočasové aktivity a sport (Kalina et al, 2008, str. 382).

Bez léčby?

Významná skupina uživatelů drog se zotaví ze závislosti bez profesionální pomoci, uvádí Nepustil. Výzkumy bylo prokázáno, že jistá část uživatelů zvládá dlouhodobou abstinenci díky tzv. „spontánní úzdravě“. Jedná se o koncept založený na silné motivaci jedince a pozitivním vlivu okolí. Uživatel drogy potřebuje být obklopen zdravým společenstvím, do kterého postupně vrůstá a začíná se identifikovat s jeho hodnotami. Důležitý je sociální a kulturní kapitál, vzory a zejména vztah. Vztah k lidem, ke komunitě, sám k sobě. Skrze vztahy nalézá jedinec smysl v životě, svoji hodnotu. Důležitý je vyvážený životní styl, spánek, práce, životospráva a také všímavé okolí reflektující i drobné úspěchy klienta. Závislý člověk také prochází tzv. vynořující se identitou, kdy se postupně

přestává vnímat jako závislý, pacient, klient, a jeho sebedefinice je zdravá, např. „jsem šikovný truhlář“. Spontánní úzdrava a její principy jsou využitelné i v ambulantní formě léčby závislostí, kdy klient má jenom omezený kontakt s terapeutickým zázemím a většinu času se pohybuje ve svém prostředí.

Následná péče a doléčování

Vymezení pojmů následné péče a doléčování není jednoznačné. Často jsou obě slova používána jako synonyma. Smyslem následné péče je udržení změn, které nastaly u klienta v průběhu léčby. Doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě.

Programy doléčování a následné péče vyžadují multidisciplinaritu týmů s ohledem na potřeby klientů. Jedná se o psychology, speciální pedagogy, sociální pracovníky, ale také další odborné profese. Obvyklé bývá i zapojení bývalých uživatelů (peer přístup, recovery kouč). Obvyklou podmínkou pro vstup do doléčovacích programů bývá: prokázaná abstinence déle jak tři měsíce, nebo absolvování ambulantní či pobytové léčby.

Terapeutické strategie:

- Psychoterapie – často se v následné péči vynořují témata, kterých se klient v léčbě vůbec nemusel zmínit. Je nutná dobrá diagnostika a zvážení, co je řešitelné v aktuálním čase a co souvisí se stabilizací abstinence;
- Prevence relapsu – v prvních týdnech po absolvování základní léčby je velmi těžké odolávat psychickému bažení. Prevence relapsu je tedy klíčová a jejím cílem je vybavit klienta potřebnými znalostmi, jak snížit pravděpodobnost relapsu. Prevence relapsu pomáhá klientovi zvyšovat náhled na rizikové situace;
- Sociální práce – zaměřuje se na celou škálu častých problémů, jako jsou dluhy, sociální dávky, trestní stíhání apod. Sociální práce je

podstatnou složkou doléčování, protože mnoho klientů není schopno řešit tyto typy problémů samostatně;

- Práce, chráněná pracovní místa, rekvalifikace – intenzivní pomoc při hledání zaměstnání či pomoc při získávání pracovních návyků v rámci chráněných dílen. Také možnost zprostředkování rekvalifikace;
- Lékařská péče – podpora a pomoc při hledání vhodné lékařské péče;
- Práce s rodinou – efektivita programu se zvyšuje, pokud se do programu zapojí i rodina, která je mnohdy užíváním drog člena rodina poškozena. Práce s rodinou je důležitou složkou, je nutné pracovat na změně vzorců chování celé rodiny např., pokud se objevují rizikové faktory, které se podílely na rozvoji závislosti, či tlak a vysoké nároky na abstinujícího;
- Volnočasové aktivity – nabídka alternativ trávení volného času s cílem naučit se užívat si bez drog;
- Chráněné bydlení – může být jednou ze složek následné péče. Cílem je zajištění ubytování v průběhu resocializačního a terapeutického programu následné péče. Obvyklá doba poskytnutí bydlení je 6 měsíců, během této doby si klient obvykle musí najít bydlení vlastní. Samozřejmostí je dodržování nastavených pravidel.

V praxi se obecně doporučuje délka doléčování 6 měsíců, v odůvodněných případech se však nastavuje až na jeden rok (Kalina, 2003, s. 208-212).

Svépomocné skupiny – Anonymní alkoholici

Společenství osob sdílející vlastní zkušenost a naději, že jsou schopni vyřešit svůj život a pomoci ostatním od alkoholu. Skupiny bývají svépomocné, tzn., bez účasti profesionálů, ale pouze abstinujících osob, které zde sdílejí své zkušenosti, názory a situace. Členové se řídí „12 kroky“ a „12 tradicemi“, které pomáhají

vyrovnat se závislostí na alkoholu (od přiznání bezmoci nad alkoholem, přes napravení chyb až po pokoru a pomoc ostatním) a určují pravidla chování skupiny. Skupiny mají detailně rozpracovaný systém patronství, kterým takto zkušenější členové pomáhají a podporují nováčky (Nešpor, 2000, str. 99–103).

20.6. Drogová kriminalita, prosazování práva v oblasti drog

Užívání drog a tzv. „drogový“ životní styl jednoznačně znamenají vyšší výskyt kriminálního chování. Velká část užívaných návykových látek je nelegální, logicky je tedy jejich výroba, distribuce i nakládání s nimi činnost protiprávní. Velmi pestrá je škála tzv. zaopatřovací kriminality, kdy uživatelé drog získávají trestnou činností finanční prostředky na opatření drog nebo základních životních potřeb. Krádeže, loupežná přepadení, prostituce, kuplířství, vydírání atd. Náklady na represí převyšují náklady na preventivní opatření a výrazně zatěžují státní rozpočet.

Národní strategie v oblasti závislostí má ve své strategii regulaci trhu a snižování nabídky, což jsou v podstatě represivní opatření. Potírání drogové kriminality je v gesci Ministerstva vnitra, které prostřednictvím Policie ČR reguluje nabídku odhalováním, dokumentováním a vyšetřováním drogové trestné činnosti na všech úrovních od pouliční drogové kriminality až po organizovaný zločin. Policie ČR se podílí na kontrole povinností provozovatelů ve věci zákazu prodeje tabákových nebo alkoholických výrobků nezletilým. Ministerstvo spravedlnosti vytváří podmínky pro činnost soudů a státních zastupitelství ve věcech týkajících se drogové trestné činnosti. Vězeňská služba zajišťuje adiktologickou péči osobám ve výkonu vazby a ve výkonu trestu odnětí svobody. Probační a mediační služba vykonává dohled nad obviněnými, obžalovanými nebo odsouzenými, kontrolu výkonu alternativních trestů, včetně uložených povinností a omezení.

Příklady nejčastějších trestných činů, spojených s užíváním nelegálních návykových látek:

Trestný čin nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy, § 283 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále je trestní zákoník) – Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán na 1 až 5 let vězení nebo peněžitým trestem.

Trestný čin přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu, § 284 odst. 1 trestního zákoníku – Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu, bude potrestán vězením až na 1 rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

Počátkem 21. století se v ČR začalo hovořit o potřebě alespoň částečné dekriminalizace chování, spojeného s užíváním nelegálních návykových látek, důvodem byla především potřeba soustředit síly represivních orgánů na významnější drogové delikty a zároveň snaha nekriminalizovat běžné uživatele, ale naopak nabídnout jim pomoc a léčbu. Pro tyto účely byl do trestního řádu zaveden pojem „malé množství“, který se vztahuje k trestným činům držení drog (pro vlastní potřebu) a pěstování rostlin s obsahem omamných a psychotropních látek. Držení definovaného množství pak není stíháno soudně, jako trestný čin, ale jako přestupek. Množství větší, než malé bylo stanoveno nařízením vlády č. 467/2009 Sb. ze dne 14. prosince 2009, nálezem ústavního soudu ze dne 23. července 2013, sp. zn. Pl. ÚS 13/12 bylo toto nařízení zrušeno. Pro účely trestního zákona je aktuálně využívána právní úprava – stanovisko Nejvyššího soudu z března 2014, která orientačně (pro soudy nezávazně) stanovuje

množství větší než malé: *pervitin více než 1,5 g; marihuana více než 10 g sušiny; extáze více než 4 tablety; hašiš více než 5 gramů; kokain více než 1 g; heroin více než 1,5 g; lysohlávky více než 40 plodnic houby.*

K tomu, aby u množství těchto drog mohlo být určeno, že jde o množství větší než malé, je také důležité laboratorní zjištění, jaké množství účinné psychotropní látky je obsaženo ve směsi. Přestupky postihující neoprávněné nakládání s omamnými a psychotropními látkami řeší zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách – neoprávněné přechovávání omamné nebo psychotropní látky v malém množství pro svoji vlastní potřebu, umožnění užívání návykových látek osobě mladší osmnácti let a jiné drobnější delikty. Za všechny drogové delikty lze podle českého trestního zákona uložit trest odnětí svobody. V praxi se uplatňuje subsidiární role trestního práva – prostředky trestní represe a udělování trestu odnětí svobody mají být využívány pouze tehdy, jestliže jiný způsob řešení nemůže splnit zákonem stanovený účel. Konzumentům drog, kteří se nevěnují výrobě a distribuci, jsou udělovány jiné druhy trestů, které mají převýchovný účel (alternativní tresty).

20.7. Sít' služeb v oblasti závislostí, kvalita (standardy), dostupnost a financování adiktologických služeb a protidrogové politiky, související systémy (sociální a zdravotní služby – z pohledu obsahu služeb, způsobu financování, kompetencí aktérů)

Potřeba společnosti reagovat na masivní nárůst užívání drog se objevuje na počátku 90. let minulého století. Systém péče o uživatele drog je dnes v ČR rozvinut do široké nabídky různých typů služeb, což je známkou racionálního přístupu ze strany státu k této problematice. Problémem může být nerovnoměrné lokální rozmístění služeb a následně nízká dostupnost v některých regionech.

V České republice jsou jako měřítko odbornosti pro adiktologické služby používány Standardy odborné způsobilosti (RVKPP). Ověřování odbornosti služeb probíhá formou certifikačního procesu garantovaného RVKPP. Dodržování odborného přístupu poskytování služeb je u řady jejich poskytovatelů zajištěno duplicitně, kromě Standardů RVKPP musí významná část poskytovatel naplňovat i Standardy kvality sociálních služeb (SQSS) sociálních služeb (včetně naplňování registračních podmínek podle zákona 108/2006 S.) a podléhá v tomto inspekcím kvality.

Typologie adiktologických služeb¹¹

Aktuálně platná typologie specializovaných multidisciplinárních adiktologických služeb je obsažena ve Standardech odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče). Schváleno Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky dne 03. 03. 2015.

- Detoxifikace;
- Terénní programy;
- Kontaktní a poradenské služby („kontaktní centra”);
- Ambulantní léčba;
- Ambulantní stacionární péče;
- Krátkodobá a střednědobá lůžková péče;
- Rezidenční péče v terapeutických komunitách;
- Doléčovací programy;

11 V době zpracování tohoto dokumentu je ve fázi zpracování nová typologie adiktologických služeb.

- Substituční léčba;
- Adiktologické služby ve vězení a následná po-výstupní péče.

Typologie adiktologických služeb byla v minulosti legislativně ukotvena v zákoně č. 379/2005 Sb. (§ 20), ten byl však nahrazen zákonem č. 65/2017 Sb., kde již tato oblast obsažena není. Jedinou službou z tohoto seznamu, která není obsažena v typech služeb dle Standardů RVKPP, jsou zachytné stanice (tzv. akutní, krátkodobá lůžková péče).

Druhy sociálních služeb (podle zákona č. 108/2006 Sb.), které jsou primárně určeny osobám, které jsou ohroženy závislostí: Terénní programy; Kontaktní centra; Terapeutické komunity; Služby následné péče; Domovy se zvláštním režimem; Odborné sociální poradenství.

Typologie zdravotnických služeb:

- Detoxifikační jednotky. Detoxifikační jednotky bývají součástí zařízení pro léčbu závislostí, především tedy psychiatrických nemocnic/léčeben, nebo jako samostatné jednotky v rámci nemocnic;
- Ústavní léčba. Je léčba v rámci zdravotnických zařízení. Jedná se především o psychiatrické léčebny či specializovaná oddělení nemocnic. Obvykle je nastavena jako střednědobá, což v tomto případě znamená, že doba léčby trvá 3 až 6 měsíců;
- Ambulantní léčba. Obvykle souhrnně pod kategorií psychiatrické ambulance, v minulosti byly specializované provozy označovány jako ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie (tzv. AT ambulance), aktuálně se ujalo označení adiktologické ambulance. Ambulantní péče ve zdravotnictví nerozlišuje mezi vlastní ambulantní léčbou a doléčováním (typicky po návratu z ústavní léčby). Součástí náplně může být i substituční léčba, ta však v ČR není omezena pouze na

odbornost psychiatra, substituční látku (obvykle na bázi buprenorfinu) může předepsat i praktický lékař (viz Standardy substituční léčby MZ);

- Záchytné stanice.

Síť služeb je obsahem samostatné kapitoly.

Financování služeb v oblasti protidrogové prevence je dlouhodobě roztržštěné do mnoha zdrojů a vychází ze situace, kdy se touto problematikou zabývá více resortů. V poslední době však dochází ke sloučení některých dotačních titulů MZ, MSp, MŠMT pod Úřad vlády. Těmito kroky má dojít ke zjednodušení dotačních řízení na centrální úrovni. Protidrogová politika je dále spolufinancována ze strany MPSV, krajů a místních samospráv. Dalšími zdroji financování adiktologických služeb mimo dotačních zdrojů veřejné správy jsou platby zdravotních pojišťoven, a platby samoplátců, ty však mají svá specifika. V převážné míře se jedná o klienty služeb, kteří jsou dobře situovaní, mají vyšší až velmi vysoký sociální status. Důvody, proč tito klienti vyhledávají služby, kde za jejich poskytování musí platit, jsou v principu dva: Tyto osoby jsou navyklé na vyšší úroveň péče a prostředí, nadstandardní zacházení, kterého se jim obvykle v běžných službách nedostane. Za druhé pak vyžadují obvykle velmi vysokou ochranu svého soukromí, vysokou míru zachování anonymity (jedná se o osoby veřejně známé, nebo zastávající vysoké posty v politice, podnikatelském prostředí). Adiktologické služby, které jsou na tuto klientelu zaměřené, obvykle nebývají financovány z jiných finančních zdrojů. Proto se jimi nebudeme dále zabývat.

Hlavní zdroje financování z veřejných prostředků jsou zpravidla rozdělené tak, že:

- **Zdravotnické služby** jsou financovány z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Plně bývají obvykle financovány psychiatrické ambulance (ambulantní léčba, doléčování, okrajově substituční léčba),

psychiatrická oddělení nemocnic včetně detoxifikace, záchytné stanice a psychiatrické nemocnice (léčebny);

- **Sociální služby podle zákona 108/2006 Sb.** jsou financovány z prostředků státního rozpočtu – dotace na podporu sociálních služeb. Ty jsou rozdělovány buď přímo MPSV (typicky služby s celostátní spádovostí, např. služby následné péče nebo terapeutické komunity), nebo jsou tyto finanční prostředky rozdělovány prostřednictvím krajů (služby, zařazené v krajských sítích sociálních služeb). Pro tyto služby jsou dalšími finančními zdroji příjmy od klientů (typicky Domovy se zvláštním režimem). Další sociální služby se zaměřením na adiktologické klienty pak bývají dofinancovávány prostřednictvím vlastního rozpočtu kraje, nebo obcí;
- Samostatnou kapitolou jsou **adiktologické služby** (podle Standardů RVKPP). Ty mají svůj specifický charakter. Mívají zároveň status služeb sociálních nebo zdravotnických a jejich provoz je financován jak výše zmíněnými finančními zdroji, tak prostřednictvím především dotačního řízení RVKPP (státní rozpočet). Bývají dofinancovávány prostřednictvím krajů nebo obcí, případně mají vlastní příjmy (sponzorské dary apod., ale tyto zdroje bývají spíše doplňkové až marginální). Částečně se u těchto služeb mohou uplatňovat i zdroje z veřejného zdravotního pojištění, ale bývají spíše doplňkem rozpočtů, jedná se především o tzv. výkony adiktologa, které pojišťovny proplácí, jsou omezené a nemohou plně pokrýt náklady spojené s léčbou.

Kategorie služeb výše uvedených se překrývají, stejně jako zdroje financování. Typický příklad jsou nízkoprahové služby. Ty jsou obvykle registrovány jako sociální služby a zároveň jsou certifikovány (podle Standardů odborné způsobilosti RVKPP). Na svůj provoz tedy získávají dotaci z programů na

podporu sociálních služeb (státní rozpočet – MPSV – kraje), další část prostřednictvím dotačního programu RVKPP (aktuálně spojené prostředky RVKPP, MZ, MSp). Dalšími zdroji jsou pak vlastní rozpočty krajů a obcí. Důvod je spíše historický, vyplývá z charakteru adiktologických služeb jako služeb komplexních s nutným multidisciplinárním přístupem. Aktuálně se rozpočet běžného kontaktního centra skládá z minimálně čtyř hlavních zdrojů a není jednoduché poskládat rozpočet tak, aby vyhovoval představám všech donátorů, nehledě na skutečnost, že koordinace mezi jednotlivými poskytovateli finančních prostředků pokulhává a je mnohdy složité získat dostatek finančních prostředků, aby bylo možné zajistit bezproblémové financování běžného provozu služby.

V ojedinělých případech se k výše popsanému způsobu financování přidává stále častěji, ale stále nesystémově, financování z veřejného zdravotního pojištění. To se týká především adiktologických služeb s výrazně zdravotnickým charakterem (ambulantní nebo substituční léčba). Tyto služby musí kromě registrace sociální služby a certifikace dle Standardů RVKPP ještě mít registraci zdravotnického zařízení a především smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Tyto zdroje jsou ale spíše doplňkové, pokrývají pouze omezené spektrum potřebných výkonů, navíc ne všichni klienti jsou v momentě, kdy potřebují péči, pojištěni, nebo nejsou pojištěni u pojišťovny, se kterou má služba smlouvu. Jedná se zpravidla o cca 10–15 % standardního rozpočtu tohoto typu služeb. Je nutné dodat, že mít uzavřenou smlouvu s pojišťovnou není pro adiktologické služby standard.

Specifickým případem jsou **služby primární prevence v oblasti závislostí**. Zdrojem jejich financování je buď RVKPP (nebo MŠMT, pokud byly tyto služby v minulosti v dotačním programu MŠMT zařazeny do kategorie prevence kriminality), dále pak kraje a obce (z vlastních rozpočtů). Významným zdrojem bývá finanční spoluúčast škol.

20.8. Tvorba a vyhodnocení veřejné politiky v oblasti závislostí, teorie a praxe tvorby protidrogové politiky a jejích jednotlivých komponent/strategií, včetně tvorby akčních plánů

Veřejná politika je označení pro souhrn činností, záměrně realizovaných jedním či více aktéry při řešení nějakého problému či sledování určitého zájmu. Lze jej členit na nároky, rozhodnutí, prohlášení, činy a důsledky (zamýšlené i nezamýšlené). Obvykle je veřejná politika (policy) chápána nejen jako záměr něco konat, ale i jako vlastní proces realizace tohoto záměru.

Hlavními aktéry veřejné politiky (a iniciátory vzniku podpůrných strategických dokumentů) jsou obvykle politici, kteří formulují své představy a vize o změně stavu společnosti, které jsou buď jejich vlastní, nebo je přejímají od občanů (často od skupiny svých vlastních voličů).

Veřejná politika je často zvláště v případě potřeby realizace dlouhodobých opatření prováděna prostřednictvím strategických dokumentů. Aktuální systém veřejné správy je tak složitý proces/organismus, že každá zásadnější (komplexnější) změna vyžaduje obvykle dlouhodobý, pečlivě naplánovaný proces za podpory širokého spektra specializovaných expertů, který je zárukou (nebo by měl být) maximální možné podpory dosažení zvoleného cíle, a naopak pokud možno by měl eliminovat nechtěné/kontraproduktivní důsledky.

Plánování je obvykle definováno jako stanovení obecných a dílčích cílů a prostředků k jejich dosažení. Lze dělit na strategické, taktické či operační. Strategické plánování, které se týká veřejných oblastí v oblasti závislostí, probíhá ve střednědobém a dlouhodobém horizontu. Vlastní plánování je sofistikovaný proces, který má svá pravidla a vyžaduje specifické a vysoce odborné znalosti. Jeho součástí jsou činnosti různého druhu, které je nutné realizovat na takové odborné úrovni, která zajistí jejich potřebnou kvalitu, validitu, potenciál skutečně dospět k plánované změně nebo stavu.

Činnosti, související s procesem plánování: Vlastní tvorba strategií a plánů – vytváření strategických dokumentů. Související pomocné činnosti, které jsou využívány při vlastním plánování, nebo před jeho zahájením (mohou znamenat impuls, že ve veřejné politice, resp. přímo ve společnosti je nutné něco změnit):

- Deskripce a monitoring – sběr dat a informací (popis a sledování v čase);
- Explanace – tvorba teorií a modelů o příčinách a důsledcích jevů;
- Komparace – porovnání stavu v určité oblasti se situací jinde;
- Formulovaná expertní doporučení – identifikace problému, případně návrh způsobu jeho řešení
- Součástí plánování nebo vlastní strategie pak bývají i iniciativy směřující ke změně příslušné legislativy, tedy je důležité v relevantních případech při sestavování expertního týmu nepominout i tuto oblast (To se ovšem obvykle krajské nebo místní úrovni netýká. Kraje ani obce nemají v oblasti ovlivnění legislativního procesu významné kompetence, tyto aktivity obvykle končí pouze odvedenou prací.).

Pravidla či metody pro tvorbu veřejných strategií se vyvíjela nedlouhou dobu, nicméně aktuálně je to velmi dobře teoreticky podložená oblast veřejné správy a víceméně velmi často platí, že strategické dokumenty jsou vytvářeny na odpovídající odborné úrovni. S jejich významem pro realizaci potřebných změn ve společnosti a s dosaženými výsledky je to ovšem v řadě případů složitější. Konkrétním případem v ČR je například strategický dokument Koncepce prevence bezdomovectví, osud koncepce a novely zákon o sociálním bydlení apod. Důvodem nezdaru realizace některých veřejných politik nebo jejich částí je obvykle střet s dalšími, aktuálně silnějšími vlivy.

Z uvedených příkladů vyplývá velmi důležitá okolnost, na kterou je při strategickém plánování nutné brát ohledy. A tou je zapojení, pokud možno

všech relevantních aktérů (přiměřeným způsobem, tzn. nikoli pouze formálně) tak, aby byly při přípravě strategie zohledněny jejich kompetence, možnosti a představy.

Druhou podstatnou okolností, která může ve specifickém případě politiky v oblasti závislostí na krajské/obecní úrovni je fakt, že úkolování jiných subjektů je poměrně citlivou záležitostí. To souvisí s tím, že je realizovaná v samostatné působnosti. Pokud nemáme k dispozici jednoznačně dané (a vymahatelné) pravomoci, je zcela neúčinné a opatření tohoto typu jsou odsouzena k nezdaru již v okamžiku, kdy je formulujeme. Nehledě na to, že se jedná o etický faul...

Aktuálně je v České republice k dispozici velmi podrobný, odborně zpracovaný podklad, který je uveřejněn na webových stránkách ministerstva pro místní rozvoj. Jedná se o Metodiku přípravy veřejných strategií, orgánům veřejné správy je doporučeno se tímto postupem řídit nebo jej zohledňovat při přípravě strategických dokumentů ve všech oblastech.

Vzhledem k tomu, že realizace veřejné politiky v oblasti závislostí se neobejde bez systematické podpory ze strany externích subjektů, čímž konkrétně míníme především adiktologické služby, které pracují přímo s cílovými skupinami této politiky, pak je vhodná kombinace doporučených postupů pro přípravu veřejných strategií s principy plánování sociálních služeb. Minimálně v oblasti nastavování sítí služeb, nebo v případě, pokud po službách chceme plnit další, specifické nebo zcela nové úkoly (typicky akceptace nových pracovních postupů, realizace specializovaných nebo jinak náročných programů atp. – např. oblast testování na infekční onemocnění, zavádění nových typů substituční léčby – metamfetaminová substituce, nové přístupy k sociální práci nebo harm reduction – peer prvky v práci s klienty, programy v prostředí noční zábavy).

Specifikem plánování sociálních služeb je totiž na rozdíl od významné části jiných postupů velmi intenzivní a demokratické zapojení poskytovatelů služeb

(pochopitelně i ostatních relevantních aktérů). V tomto procesu mají poskytovatelé služeb = ti, kdo vlastní strategii, fakticky naplňují svou práci pozici na úrovni partnerů a zároveň expertů na problematiku, která se jich týká.

Aktuálně není k dispozici specializovaná metodika, která by podchytila specificky segment strategického plánování veřejných politik zaměřených na prevenci a snižování škod v oblasti závislostí. Co se týče nastavování sítí služeb, neexistují dosud odpovídající nástroje, určené pro plánování adiktologických služeb, nicméně v této chvíli je připravována v rámci projektu RAS pracovníky sekretariátu RVKPP metodika síťování. Ta by měla být k dispozici do konce roku 2020 a bude nepochybně významnou pomocí tvůrcům „protidrogových“ strategií.

Vlastní tvorba strategií a akčních plánů včetně závěrečných zpráv je obsahem samostatné kapitoly.

20.9. Legislativní rámec a systém protidrogové politiky na národní a mezinárodní úrovni, samostatná vs. přenesená působnost (role vlády, RVKPP, ministerstev, případně dalších státních institucí, kraje, obce – vzájemné kompetence a vztahy)

Závazné mezinárodní dokumenty v oblasti protidrogové politiky

Základním dokumentem mezinárodního práva v oblasti návykových látek je **„Jednotná úmluva Organizace spojených národů o omamných látkách“** z roku 1961 ve znění protokolu z roku 1972. Vyjmenovává omamné látky podléhající mezinárodní kontrole a rozděluje je do příloh, zavádí režimová opatření pro legální výrobu, dovoz, vývoz a distribuci omamných látek, nastavuje pravidla pro pěstování máku setého, konopí a koky a produkci omamných látek z těchto rostlin, uvádí opatření proti neuzívání omamných látek a zavádí trestní opatření, která jsou strany smlouvy povinny respektovat.

Většina povinností, kterými je podle této úmluvy Česká republika vázána, je vyjádřena v zákoně č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a to včetně správních trestů a přestupků. Seznam návykových látek je stanoven v Nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek. Sankce za porušení povinností ve formě trestní jsou v zákoně č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Pomoc osobám závislým na návykových látkách, kterou úmluva rovněž vyžaduje, je legislativně zakotvena v zákoně č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

Na tuto úmluvu navazují další závazné dokumenty: **„Úmluva o psychotropních látkách“**. Vyjmenovává psychotropní látky podléhající mezinárodní kontrole a rozděluje je do příloh, analogicky k jednotné úmluvě z r. 1961 zavádí režimová opatření pro tyto psychotropní látky. Navazuje na Jednotnou úmluvu OSN o omamných látkách a rozšiřuje ji. S oblastí nelegálních nebo škodlivých návykových látek rovněž souvisí **„Jednotná úmluva proti nezákonnému obchodu s omamnými a psychotropními látkami“** (posiluje a upřesňuje pravomoci smluvních stran v případech nedovoleného obchodu s omamnými a psychotropními látkami zejména v trestní oblasti a vyjmenovává, rozděluje a stanoví pravidla pro legální činnosti s látkami, které se často zneužívají při nelegální výrobě drog - prekursorů drog) a **„Mezinárodní úmluva proti dopingu“** (z roku 2005, v přílohách sumarizuje zakázané látky a metody – některé jen v určitých sportech, spolu s terapeutickými výjimkami). Na základě této úmluvy stát zřizuje Antidopingový výbor ČR a definuje trestné činy spojené s dopingem.

Specificky v oblasti tabáku je základním pilířem mezinárodního práva **„Rámcová úmluva Světové zdravotnické organizace o kontrole tabáku“** (definuje např. cenová a necenová opatření včetně regulace složení obsahu tabákových výrobků, jejich balení a označení, opatření ke snížení poptávky včetně zvyšování vzdělávání, veřejného povědomí o dopadech jejich užívání apod.), na kterou

přímo navazuje „Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/33/ES ze dne 26. května 2003“, o sblížování právních a správních předpisů členských států týkajících se reklamy na tabákové výrobky a sponzorství souvisejícího s tabákovými výrobky a Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2014/40/EU ze dne 3. dubna 2014 o sblížování právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků a o zrušení směrnice 2001/37/ES.

V prostředí České republiky jsou tyto předpisy prováděny několika zákony: zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích, zákon č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních, zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, zákon č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání a zákon č. 132/2010 Sb., o audiovizuálních mediálních službách na vyžádání.

Na úrovni Evropské unie jsou nejpodstatnějšími právně závaznými dokumenty v oblasti závislostí především:

„Nařízení Evropského Parlamentu a Rady (ES) č. 273/2004 o prekursorech drog“ a **„Nařízení Rady (ES) č. 111/2005 ze dne 22. prosince 2004“**, kterým se stanoví pravidla pro sledování obchodu s prekursory drog mezi Společenstvím a třetími zeměmi. Na tyto právně závazné předpisy v ČR navazuje zákon č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog a nařízení vlády č. 458/2013 Sb., o seznamu výchozích a pomocných látek a jejich ročních množstevních limitech.

Oblast tzv. „nových psychoaktivních drog“ řeší **„Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2017/2103/EU17“** ze dne 15. listopadu 2017, kterou se mění rámcové rozhodnutí Rady 2004/757/SVV. Jejím cílem je zahrnout do definice drogy nové psychoaktivní látky. Je prováděna zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (ve kterém je popsán postup přidávání nových

psychoaktivních látek do seznamu návykových látek), a Nařízením vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek.

Pro oblast koordinace protidrogové politiky na celém území EU, ale i specificky pro ČR je velmi důležité **„Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1920/2006 ze dne 12. prosince 2006 o Evropském monitorovacím centru pro drogy a drogovou závislost“**.

Na jeho základě je v ČR zřízeno Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které je národním kontaktním místem Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost, ale také je současně velmi důležitým prvkem v systému koordinace politiky v oblasti závislostí.

Vybrané mezinárodní doporučující dokumenty OSN (stručný výběr)

- Globální strategie pro omezování škodlivého užívání alkoholu, WHO 2010;
- Rámcová politika WHO o alkoholu v evropském regionu, 2006;
- Evropský akční plán ke snížení škodlivého užívání alkoholu 2012–2020;
- Globální strategie k akceleraci kontroly tabáku: pokrok v udržitelném rozvoji prostřednictvím FCTC 2019–2025;
- Mezinárodní standardy pro léčbu drogových závislostí (International standards for the treatment for drug use disorders), UNODC, WHO 2017.

Doporučující dokumenty EU

- Protidrogová strategie EU (2013–2020) – obsahuje následující doporučení: snižování poptávky prostřednictvím prevence a léčby, posílení spolupráce a koordinace v oblasti snižování nabídky a represe, prosazování práva, koordinace protidrogových politik v oblasti výzkumu, monitoringu a hodnocení dopadů;
- Protidrogový akční plán EU na období 2017–2020 – vyjmenovává úkoly na vytyčené období – snižování poptávky a nabídky drog; průřezovými tématy jsou zlepšení koordinace a mezinárodní spolupráce;
- Doporučení Rady EU o prevenci a snižování poškození zdraví v souvislosti s drogovou závislostí – doporučuje státům v zájmu vysoké ochrany veřejného zdraví zpracovávat komplexní protidrogové strategie; cílem by mělo být (také) razantně snížit výskyt infekčních nemocí (HIV, hepatitidy B a C či TBC) a počet úmrtí souvisejících se zneužíváním návykových látek;

- Strategie EU (2006) na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem – obsahuje doporučení v oblasti lepšího prosazování současných věkových hranic při prodeji a podávání alkoholu, vzdělávání o škodlivosti alkoholu, podávání alkoholu intoxikovaným osobám, řízení motorových vozidel;
- Doporučení Rady 2003/54/ES ze dne 2. prosince 2002, o preventivních opatřeních proti kouření a snaze o zlepšení tabákové kontroly.

Národní legislativa – přehled

- Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů;
- Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek;
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (zejm. § 130, § 274, §§ 283–287);
- Zákon č. 272/2013 Sb., o prekursorech drog;
- Zákon č. 273/2008 Sb. o Policii České republiky (zejm. § 67);
- Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zejm. § 5);
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zejm. § 78);
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů;
- Zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů;
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování;
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách;

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů;
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
- Zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách;
- Zákon č. 187/2016 Sb., o dani z hazardních her;
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Základní strategické dokumenty na národní úrovni

Dokumenty širšího zaměření/související:

- Česká republika 2030;
- Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže;
- Zdraví 2020;
- Strategie reformy psychiatrické péče;
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025;
- Strategie sociálního začleňování 2014–2020;
- Koncepce sociálního bydlení České republiky 2015–2025;
- Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2016 až 2020;
- Akční plán prevence kriminality na léta 2016 až 2020;
- Koncepce vězeňství do roku 2025 – pro oblast závislostí je souhrnným cílem zavedení systému pomoci uživatelům návykových látek, prevence šíření toxikomanie, účinné ochrany vězeňského prostředí před průnikem nelegálních látek.

Specifické strategické dokumenty:

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. Souhrnným cílem je předcházení a snižování zejména

zdravotních, sociálních, ekonomických i nehmotných škod vyplývajících z užívání návykových látek, hazardního hraní a dalšího závislostního chování a z existence legálních i nelegálních trhů s návykovými látkami, hazardním hraním a dalšími produkty se závislostním potenciálem prostřednictvím trvale udržitelného souboru moderních, efektivních, vzájemně koordinovaných a na důkazech založených vzdělávacích, preventivních, léčebných, sociálních, legislativních, ekonomických, represivních a dalších opatření.

Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021. Priority/oblasti: Posílení prevence a zvýšení informovanosti; Kvalitní a dostupná síť adiktologických služeb, Efektivní regulace trhů s návykovými látkami a závislostními produkty a Efektivní řízení, koordinace a financování.

Koordinace protidrogové politiky v ČR

Realizace a koordinace české politiky v oblasti závislostního chování probíhá na dvou vzájemně nezastupitelných, prolínajících se a doplňujících se úrovních – centrální a krajské (místní) úrovni, přičemž se využívá nástrojů horizontální a vertikální koordinace.

A/ Horizontální koordinace na centrální úrovni

Horizontální koordinace na centrální úrovni usiluje o sladování postupů jednotlivých resortů a o iniciování a podporu jejich optimální spolupráce při plnění úkolů strategických dokumentů na centrální úrovni. Zodpovědnost za tvorbu a naplňování protidrogové politiky ČR nese vláda. Pro koordinaci aktivit politiky v oblasti závislostního chování na národní úrovni využívá zejména tyto nástroje:

- Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP);

- Národního koordinátora pro protidrogovou politiku (výkonný místopředseda RVKPP);
- sekretariát RVKPP, jehož součástí je Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti;
- výbory RVKPP;
- pracovní skupiny RVKPP a Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti;
- Národní strategii a akční plány politiky v oblasti závislostního chování.

Politiku v oblasti závislostního chování na národní úrovni koordinuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP). Vytváří platformu pro průběžnou komunikaci s ministerstvy s dalšími články veřejné správy a s dalšími subjekty, které se podílejí na realizaci politiky (včetně nestátních neziskových organizací a odborných společností). RVKPP předkládá vládě návrhy opatření a aktivit politiky v oblasti závislostí, koordinuje a vyhodnocuje jejich realizaci a provádí na všech úrovních kontrolu plnění úkolů vyplývajících z národní strategie pro oblast závislostí a z akčních plánů. RVKPP zajišťuje finanční prostředky na realizaci politiky v oblasti závislostí v rámci své působnosti a garantuje zabezpečení kvality programů prevence a snižování rizik závislostního chování, léčby a sociálního začleňování osob ohrožených závislostí. Pro zajištění kvalitní meziresortní a mezioborové spolupráce zřizuje RVKPP své pracovní orgány.

B/ Vertikální koordinace

Vertikální koordinace usiluje o sladění jednotlivých aktivit politiky v oblasti závislostního chování na regionální a místní úrovni (tj. krajské i místní - tj. obecní) tak, aby byly zohledňovány místní podmínky a potřeby a současně, aby realizovaná opatření a intervence byly uskutečňovány v souladu s hlavními cíli, principy a postupy doporučenými národní strategií. Nástroje koordinace na regionální a místní úrovni:

- Výbor zástupců regionů
- Krajsí protidrogoví koordinátoři
- Místní protidrogoví koordinátoři
- Protidrogové komise
- Pracovní skupiny
- Strategie a plány

V r. 2005 byly tyto nástroje koordinace protidrogové politiky kodifikovány v zákoně č. 379/2005 Sb., a v zákoně se vydefinovala povinnost krajů zřizovat pozici krajského protidrogového koordinátora na plný úvazek a zavádět další nástroje koordinace. Novým zákonem č. 65/2017 Sb., zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek se ponechala povinnost krajů realizovat protidrogovou politiku na svém území, **povinnost mít zřízenou pozici krajského koordinátora** nebo další nástroje koordinace však **byla zrušena**. Podrobněji je tato problematika popsána v příslušných kapitolách (4. Kraje a 6. Obce).

20.10. Tvorba strategií, výročních zpráv

Při vlastní tvorbě strategie je nutné postupovat promyšleně, systematicky a na základě odborného konsensu všech aktérů podstatných pro její realizaci. Proces je vždy strukturovaný a skládá se z několika fází:

A. Příprava:

- Identifikace potřebných zdrojů (personální, provozní, lidské) a jejich faktické zajištění;
- Identifikace klíčových partnerů a spolupracujících institucí, včetně jejich vlastních strategických plánů a kompetencí;

- Inventura vlastních kompetencí (kompetence instituce i vlastní), ale také popsaných a schválených strategických záměrů kraje/obce (obvykle jsou širšího rámce – např. program rozvoje kraje apod.);
- Zpracování odpovídajících pracovních postupů;
- Konzultace a schválení záměru strategicky plánovat (vedením úřadu/samosprávy), včetně schválení potřebných zdrojů (Zajištění finančních prostředků na analýzy a průzkumy, odměny expertům atp.).

B. Vlastní proces plánování:

- Sestavení organizační struktury včetně odpovídajících kompetencí a pravidel jednání, formy a postupu schvalování dílčích kroků atd.;
- Nastavení cílů strategie ve zvolených oblastech;
- Popis situace v dotčené oblasti – dostatečné zdroje podkladů, informací, statistických dat atp.;
- Vyhodnocení informací (statistické, komparativní srovnání atp.);
- Na základě vyhodnocených informací nastavení konkrétních opatření, postupů a cest k jejich naplnění;
- Schválení strategie;

Po celou dobu procesu plánování probíhají konzultace s gestory jednotlivých oblastí (včetně centrální úrovně), průběžný monitoring činností.

C. Realizace strategie:

- Trvá zapojení odpovídajících aktérů při průběžném monitoringu, vyhodnocování dosažení dílčích výsledků či výstupů, evaluace;
- Realizace strategie (s ohledem na délku jejího trvání) může být rozložena na dílčí dokumenty (akční plány). Pro jejich zpracování platí pochopitelně obdobné zásady, jako pro vlastní strategii;

- Strategie jednou schválená není neměnný dokument. Okolnosti podmiňující její úspěšnou realizaci nemusí být neměnné (vnější prostředí – legislativa apod., ale i zcela konkrétní místní podmínky – změna v síti služeb, spolupracujících organizací a institucí apod.). Tzn., že lze strategii měnit, přizpůsobovat změněné situaci – vhodné je tak činit stejným způsobem jako v případě její tvorby.

D. Vyhodnocení dopadů strategie, dosažených výsledků:

- Nezbytná podmínka – i z pohledu přípravy navazujících strategických dokumentů, postupů;
- Již při samotné přípravě strategie by měly být nastaveny indikátory dosažení zvolených cílů, naplnění opatření (což je obvykle jedna z nejsložitějších oblastí);
- Může být realizováno různými způsoby:
 - Interně vs. externě;
 - Hodnotí se dosažení plánovaných výstupů nebo výsledků;
 - Kvalitativní vs. kvantitativní vyhodnocení.

Tvorbu strategií obecně, tedy i těch protidrogových, souhrnně ohraničují minimálně tyto rámce:

- Strategie by měla vyjadřovat konsensus všech relevantních aktérů a respektovat jejich kompetence (s tím souvisí další podstatná okolnost – nutnost respektovat multidisciplinární/mezioborový rámec moderní politiky v oblasti závislosti);
- Cíle strategie musí být pojaty realisticky (to například souvisí s otázkou indikátorů. Pokud jako indikátor úspěšné realizace strategie zvolíme snížení počtu závislých osob v území – děje se to a vypadá to logicky, pak si velmi zkomplikujeme situaci. Obdobně jako u jiných přístupů veřejné politiky v obdobných oblastech – domácí násilí, další

„skryté“ jevy – spíše, pokud v průběhu realizace strategie posílíme podporu služeb pro cílové skupiny, logicky dosáhneme opaku. Z „šedé zóny“ se do statistik dostane mnohem více osob...);

- Musí být zpracována na odpovídající odborné úrovni (to souvisí se zapojením externích odborníků, dalších subjektů, konzultacemi s národní úrovní; v případě krajů je podstatná navíc konzultace s obcemi, v případě obce naopak s krajem);

Akční plány;

Strategie bývají charakterizovány jako koncepční dokumenty, které jsou nastaveny na střednědobý až dlouhodobý výhled, v rozpětí od cca 3 let až na 10–15 let. Tomu obvykle odpovídá i jejich rozsah věcný. Zvláště u dlouhodobých strategických dokumentů je praktické a v podstatě povinné je doplnit tzv. „akčními plány“. To jsou prováděcí dokumenty, krátkodobé plány práce (obvykle v rozsahu 1 rok až max. 3 roky), kde jsou úkoly vyplývající z koncepčního dokumentu podrobněji rozepsány. Je stanovený zcela konkrétní obsah jednotlivých aktivit či opatření, které je nutné realizovat pro naplnění cílů vlastní strategie, včetně určení odpovědnosti (kdo úkol realizuje či za jeho splnění odpovídá), termínů (kdy bude úkol splněn) a podoby konečných výstupů nebo výsledků. Zároveň akční plány obsahují indikátory plnění úkolů (po stránce technické i věcné – nebo kvalitativní a kvantitativní, tedy například kolik jednání se uskuteční a jaký má být jejich výsledek). Akční plány se průběžně vyhodnocují a základním měřítkem úspěšnosti jejich realizace je, jak jednotlivé aktivity přispívají k plnění cílů vlastního strategického dokumentu. Je možné, že se v průběhu jejich realizace objeví potřeba některé úkoly prodloužit do dalšího období trvání strategie, nebo že naplánovaný způsob práce nevedl k dosažení nastavených výsledků (pak je nutné změnit způsob, jakým měl být cíl dosažen), nebo se ukáže, že se změnily vnější podmínky a úkol není nutné – nebo možné splnit. To vše se odráží v nastavení následujícího akčního plánu, případně může

vést i k změnám vlastní strategie. Je nutné zdůraznit, že ani strategie ani akční plány nejsou neměnný kánon. Mají mít nastavena taková pravidla pro své naplnění, aby bylo možné pružně reagovat na změny prostředí, vnější situace (typicky například v oblasti legislativy).

Závěrečné zprávy

Závěrečné zprávy jsou podstatným nástrojem pro práci koordinátora na jakékoli úrovni. Lze je rozdělit (prakticky) na ty, které využívá, které sám zpracovává, a na kategorii zprávy **výroční** (obvykle popisují situaci v konkrétní oblasti za uplynulé období), nebo **závěrečné** – ty jsou vztaženy obvykle k plnění programových dokumentů, strategií apod.).

K první kategorii patří závěrečné zprávy poskytovatelů služeb z regionu, nebo naopak zprávy z centrální úrovně (RVKPP/NMS – každoročně vydávaná zpráva o situaci v oblasti závislostí v ČR, Národní protidrogová centrála – zprávy o situaci v ČR z pohledu trestně právního...). Patří sem i závěrečné zprávy, tedy průběžné a závěrečné vyhodnocení dopadu realizace strategií a akčních plánů na jiných úrovních (celostátní, nebo v konkrétním území).

Druhou kategorii tvoří zprávy, ve kterých koordinátor popisuje situaci v území, kde působí, nebo plnění strategických dokumentů, které zpracovává nebo jichž je garantem.

20.11. Adiktologické služby současnosti a možnosti síťování

Síť služeb je pojem, který je v České republice již dlouhodobě používán. Legislativně je ukotven v zákoně o sociálních službách, kde je síť sociálních služeb definována takto (§ 3, písm. i): *Pro účely tohoto zákona se rozumí sítí sociálních služeb **souhrn** sociálních **služeb**, které v **dostatečné kapacitě, náležitě kvalitě** a s **odpovídající místní dostupností** napomáhají řešit nepříznivou sociální situaci osob na území kraje, a které jsou v souladu se*

zjištěnými potřebami osob na území kraje a dostupnými finančními a jinými zdroji; síť sociálních služeb je součástí střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje.

Tuto zcela konkrétní definici lze vztáhnout i na síť adiktologických služeb. Zvýrazněny jsou části definice, které nepochybně bude nutné respektovat i při tvorbě sítí služeb adiktologických:

- **Kvalita služeb:** pro potřeby sítě adiktologických služeb lze využít Standardy odborné způsobilosti. Ač nejsou stále plně legislativně ukotveny, jedná se o dlouhodobě úspěšně využívaný nástroj, garantující zadavatelům sítě služeb potřebnou kvalitu;
- **Dostatečná kapacita:** souvisí významně s oblastí **zjištěných potřeb**. V principu znamená, že plánované služby by měly mít parametry (počet úvazků, lůžek atp.), které odpovídají velikosti potenciální cílové skupiny služby, musí být přiměřené velikosti území a rozsahu řešené problematiky apod. (cílová skupina osob ohrožených závislostí je poměrně citlivá na okamžité řešení problému – proto je potřebné nejen u ambulantních služeb zajistit minimální čekací dobu. Naopak je neefektivní postup, kdy je kapacita zjevně naddimenzovaná.);
- **Místní dostupnost:** mají-li být služby schopné řešit konkrétní problém, musí být jejich provoz (tedy místo nebo rozsah působení, případně časový rozsah poskytování služby) přizpůsoben možnostem cílové skupiny (například je chybný postup je umístit ambulantní službu pouze ve velkých centrech, vzdálenost dojížděky je z pohledu klienta limitující faktor). Řešením pro zajištění optimální dostupnosti jsou i detašovaná pracoviště, terénní formy služeb.

Všechny tyto tři komponenty musí být ve vzájemném souladu, ideálem je služba, která odborně řeší potřeby specifické cílové skupiny v jasně ohraničeném území,

dostatečně personálně i materiálně zajištěná. Na tuto službu ovšem musí být k dispozici i odpovídající finanční prostředky, dlouhodobě alokované, dosažitelné.

Aktuálně je v ČR již dlouhodobá zkušenost s nastavováním sítí sociálních služeb, které se částečně mohou prolínat se službami adiktologickými, respektive mohou být jejich základem. Komplikací je neexistence jednoznačného legislativního ukotvení adiktologických služeb (šířeji tzv. sociálně zdravotní služby nebo služby na sociálně zdravotním pomezí). To omezuje i efektivní financování velmi podobných služeb (v obou typologiích – Standardy RVKPP i zákon o sociálních službách - např. terénní programy nebo kontaktní centra/KPS, nebo v momentě, kde se služby ani nepřekrývají – nemají vzájemný ekvivalent (např. substituční léčba, ambulantní léčba. Ty v některých případech bývají doplněny sociální službou odborné sociální poradenství.). Touto vícekolejností není celý systém průhledný pro řadu poskytovatelů finančních prostředků.

V každém případě je reálnou cestou vycházet z nastavených sítí sociálních služeb, a reflektovat jejich doplnění o složku zdravotnickou. Aktuálně (k červnu 2020) je zpracován první metodický materiál k síťování sociálních služeb na krajské úrovni (MPSV, v rámci systémového projektu „Zajištění podpory střednědobého plánování sociálních služeb na krajské úrovni“, financovaného z Operačního programu Zaměstnanost, dále jen OPZ). Pro oblast adiktologických služeb připravuje podpůrný materiál RVKPP (projekt „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, OPZ). Na webových stránkách projektu je zveřejněn dokument „Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách“, který se zabývá problematikou síťování spíše z pohledu průchodu klienta službami ve smyslu podpory case managementu. V přípravě je pak metodika pro systémové uchopení komplexní problematiky síťování dokončena a zveřejněna by měla být

ke konci roku 2020. Bude se jednat o první ucelený odborný materiál k této problematice.

20.12. Kompetenční profil koordinátora a rozvoj měkkých kompetencí (např. efektivní komunikace, zvládání zátěže, řešení problémů, spolupráce)

Návrh optimálního kompetenčního profilu¹²

Protidrogový koordinátor (referent specialista územního samosprávného celku na protidrogovou koordinaci)

Kvalifikační úroveň: Magisterský studijní program (NSP 7)

Kvalifikace k výkonu povolání: Školní vzdělání: Školní vzdělání definuje stupeň a obor vzdělání (prostřednictvím KKOV a RVP), který je nejvhodnějším nebo vhodným vzdělanostním základem pro výkon příslušného povolání/specializace povolání.

Název oboru	Typ číselníku KKOV/RVP	Kód	Vhodnost
Magisterský studijní obor adiktologie	KKOV	5345R022	nejvhodnější
Magisterský studijní program v oboru sociální péče	KKOV	7502T	nejvhodnější
Magisterský studijní program ve skupině oborů pedagogika, učitelství a sociální péče	KKOV	75xxT	vhodná
Magisterský studijní program ve skupině oborů právo, právní a veřejnosprávní činnost	KKOV	68xxT	vhodná
Magisterský studijní program	KKOV	xxxxT	vhodná

Tabulka 4: Vhodnost kvalifikace k výkonu povolání

Legislativní požadavky na způsobilost k výkonu povolání: Povinné – činnosti úředníků samosprávných celků – zvláštní odborná způsobilost a průběžné vzdělávání podle zákona č. 312/2002 Sb., o úřednících územních samosprávných

¹² Návrh je zpracován ve struktuře Národní soustavy povolání (viz). Jedná se o návrh doporučující, jeho dopracování do definitivní podoby je záležitostí specialistů na tuto problematiku, s ohledem na specifika činnosti protidrogových koordinátorů bude patrně nutné doplnit některé odborné znalosti a dovednosti do Centrální databáze kompetencí (CDK). Návrh je zpracován jak pro pozice krajský protidrogový koordinátor, tak místní protidrogový koordinátor, nutné předpoklady pro výkon obou pracovních pozic jsou totožné.

celků a o změně některých zákonů a podle vyhlášky č. 512/2002 Sb., o zvláštní odborné způsobilosti úředníků územních samosprávných celků

Charakteristika: Protidrogový koordinátor – referent specialista územního samosprávného celku na protidrogovou koordinaci metodicky usměrňuje a koordinuje protidrogovou prevenci v územního samosprávném celku (dále jen ÚSC). Provádí analytickou činnost zaměřenou na situaci v oblasti závislostí a navrhuje systémová opatření k řešení této situace, organizuje a koordinuje akce protidrogové prevence. Vydává odborná stanoviska k projektům a žádostem o finanční podporu v oblasti protidrogové prevence v ÚSC.

Pracovní činnosti

- Podílí se na koncepci protidrogové koordinace a prevence v ÚSC včetně její koordinace;
- Koordinuje aktivity v oblasti protidrogové prevence v ÚSC
- Podílí se na stanovování postupů, zásad a metodik pro poskytování finančních podpor, výběru žadatelů o podpory včetně vyhodnocování projektů pro oblasti protidrogové prevence v ÚSC;
- Vydává odborná stanoviska k projektům a žádostem o finanční podporu v oblasti protidrogové koordinace a prevence v ÚSC;
- Spolupracuje na řešení priorit vlády v oblasti protidrogové koordinace a prevence v ÚSC a úzce spolupracuje v uvedených oblastech s příslušnými úřady a institucemi;
- Spolupracuje při monitoringu, analýzách v oblasti protidrogové koordinace v ÚSC;
- Provádí konzultační a poradenskou činnost v oblasti protidrogové koordinace a prevence v ÚSC;

- Spolupracuje při přípravě preventivních, vzdělávacích, publikačních a osvětových akcích ve vztahu k protidrogové prevenci v ÚSC;
- Metodicky usměrňuje projektové aktivity státních i nestátních institucí v oblasti protidrogové koordinace a prevence v ÚSC;
- Provádí výzkumy a analýzy zaměřené zejména na oblast protidrogové prevence v ÚSC.
- Pořádá semináře a konference k odborným otázkám v oblasti protidrogové politiky v ÚSC, její prezentace na veřejnosti.

Odborné dovednosti¹³: Odborné dovednosti označují schopnost vykonávat určitou pracovní činnost nebo soubor pracovních činností. Jedná se tedy o schopnost aplikovat teoretické vědomosti v praxi.

7	Tvorba metodiky a koncepcí v oblasti protidrogové koordinace
7	Provádění výzkumů a analýz v oblasti protidrogové politiky
7	Příprava preventivních, vzdělávacích, publikačních a osvětových akcí ve vztahu v oblasti protidrogové koordinace
7	Orientace v právních předpisech

Tabulka 5: Odborné dovednosti

Odborné znalosti¹⁴: Odborné znalosti označují teoretické vědomosti požadované pro výkon povolání.

nutné	výhodné	
5		počítačové zpracování grafů
5		počítačové prezentace
	6	projektový management
6		sociální psychologie
	7	metody a techniky sběru sociologických dat
	7	metody analýz a interpretace sociologických dat
7		problematika sociálních jevů
7		psychologie
7		problematika grantů a grantové politiky

¹³ Část odborných dovedností je vybrána z Centrální databáze kompetencí (CDK). Úrovně – 1 až 8.

¹⁴

Odborné znalosti jsou vybrány z Centrální databáze kompetencí (CDK). Úrovně 1-8.

Tabulka 6: Odborné znalosti

Obecné dovednosti: Odborné kompetence obecné (průřezové) jsou souborem odborných požadavků potřebných pro výkon práce, které zcela výhradně nesouvisí s určitou profesí. Mají průřezový charakter a jsou uplatnitelné napříč obory (např. práce na PC).

1	2	3	
		X	Počítačová způsobilost
	X		Způsobilost k řízení osobního automobilu
		X	Numerická způsobilost
	X		Ekonomické povědomí
		X	Právní povědomí
		X	Jazyková způsobilost v češtině
	X		Jazyková způsobilost v angličtině

Tabulka 7: Obecné dovednosti

Měkké kompetence: Měkké kompetence (soft skills) jsou souborem požadavků potřebných pro kvalitní výkon práce nezávislých na konkrétní odbornosti, ale na komplexních schopnostech člověka. Jsou napříč obory přenositelné a uplatnitelné (např. tvořivé myšlení, komunikace, vedení lidí). Jsou vybrány pouze některé z možných kompetencí:

1	2	3	4	5	
				X	Efektivní komunikace
				X	Kooperace (spolupráce)
		X			Kreativita
			X		Flexibilita
			X		Výkonnost
			X		Samostatnost
				X	Celoživotní učení
				X	Objevování a orientace v informacích

Tabulka 8: Měkké kompetence

Kompetenční profil je souhrn klíčových kompetencí (čili znalostí, předpokladů, schopností, dovedností a měkkých kompetencí), které jsou potřebné pro úspěšný výkon pracovní pozice. Na tomto místě jsou podrobněji popsány některé klíčové kompetence protidrogového koordinátora s ohledem na

skutečnost, že jsou specifické a nejsou uvedeny v plném rozsahu v Národní soustavě povolání.

Kvalifikační předpoklady

- Optimálně a minimálně vysokoškolské vzdělání humanitního směru (sociální práce, sociální pedagogika, sociální politika, pedagogika obecně, zdravotnické obory – ideálně přímo související s oblastí závislostí – adiktologie, epidemiologie...);
- zkušenosti s výkonem práce úředníka (výhodou);
- zkušenosti či praxe (především z přímé práce) v adiktologických, sociálních či zdravotních službách nebo zkušenosti s výkonem přímé práce sociálního/pedagogického pracovníka jsou výhodou, stejně jako znalost cizího jazyka (optimální je anglický jazyk).

Pracovní činnosti

- Získávání relevantních, ověřitelných informací a statistických dat pro popis situace v daném území;
- navrhování a zpracování strategických záměrů v součinnosti s vedením úřadu i samosprávy;
- vyhledávání zdrojů pro realizaci naplánovaných a schválených záměrů a opatření;
- formulace potřeb v oblasti zabezpečení realizace politiky v oblasti závislostí na daném území, včetně potřeb personálních či materiálních;
- průběžné vyhodnocování a monitoring realizovaných opatření;
- iniciace vzniku potřebných poradních orgánů nebo pracovních skupin, nastavování pravidel jejich fungování a zajištění všech náležitostí spojených s jejich prací;
- spolupráce s dalšími aktéry politiky v oblasti závislostí uvnitř i vně úřadu/instituce;
- spolupráce na finančním řízení jednotlivých aktivit či opatření;

- vedení dokumentace o realizovaných aktivitách či opatřeních a o dalších souvisejících činnostech;
- prezentace dosažených výsledků realizovaných aktivit a opatření vedení úřadu/samosprávě a spolupracujícím institucím, informování veřejnosti;
- konzultace relevantních informací se spolupracujícími informacemi na místní, krajské i národní úrovni v roli odborně rovnocenného partnera;
- schopnost vykonávat běžné činnosti úředníka – především řídit se příslušnou legislativou, dodržovat pracovní a spisový řád, pokyny nadřízených a zajišťovat činnosti související.

Odborné znalosti

- Umí používat (rozumí ji) základní odbornou terminologii minimálně z oblasti závislostí, v širším slova smyslu z oblasti sociální práce a sociální politiky, zdravotnictví, pedagogiky;
- zná legislativu týkající se oblasti závislostí. Je obeznámen s dalšími souvisejícími legislativními oblastmi, které se problematiky týkají (především oblast sociálních a zdravotnických služeb). Orientuje se v legislativě týkající se pravomocí a kompetencí kraje/obce;
- zná systém koordinace veřejné politiky týkající se oblasti závislostí v ČR, jeho aktéry a jejich kompetence a pravomoci;
- orientuje se ve strategických dokumentech na národní úrovni, které se jemu svěřené kompetence přímo týkají. Je obeznámen s dalšími souvisejícími oblastmi (strategie veřejných politiky v oblasti sociálního vyloučení, bydlení, národnostních menšin a jiných marginalizovaných skupin obyvatel; strategie a koncepce v oblasti prevence rizikového chování obecně, prevence kriminality, podpory zdravého životního stylu apod.).

Odborné dovednosti

- Umí zpracovat popis situace v oblastech souvisejících s užíváním návykových látek a jinými závislostmi na daném území za využití relevantních, doložitelných informací. Tento popis využívá jako podklad pro tvorbu krajské strategie v oblasti závislostí;
- umí zpracovat základní analýzu potřeb daného území a možností instituce ve vztahu k potřebě realizovat realistickou veřejnou politiku v oblasti závislostí;
- umí zpracovat strategický dokument veřejné politiky v oblasti závislostí na daném území, včetně jeho struktura do dílčích výstupů, nastavit jejich návaznost a harmonogram realizace;
- umí stanovovat měřitelné a reálné cíle a rozpracovat plány jejich naplňování;
- umí identifikovat rizika při realizaci strategie, eliminovat je přijímáním preventivních opatření;
- umí stanovit potřeby v oblasti materiálního, personálního a finančního zajištění strategie, vyhledávat další zdroje a příležitosti pro její realizaci;
- umí nastavovat pravidla pro průběžnou kontrolu realizace strategie, indikátory úspěšnosti její realizace;
- umí využívat ověřitelně informace, získané v průběhu realizace strategie, další informace z relevantních veřejných zdrojů pro ověření úspěšnosti veřejné politiky v oblasti závislostí;
- umí definovat problém, stanovit možnosti jeho řešení a tato řešení vyhodnotit;

- orientuje se v oblasti grantové a dotační politiky ČR a evropských fondů v této a souvisejících oblastech, a v souvisejících informačních zdrojích;
- umí posoudit vhodnost jednotlivých finančních zdrojů, rozumí pravidlům jejich využití a umí je aplikovat ve vztahu k potřebám daného území.

Měkké kompetence¹⁵

- Kompetence k **efektivní komunikaci** (schopnost aktivně komunikovat, včetně schopnosti dobře prezentovat a také schopnosti dobře naslouchat a argumentovat);
- Kompetence ke **kooperaci/spolupráci** (schopnost a připravenost podílet se aktivně a zodpovědně na skupinové práci. Je opakem nezdravé soutěživosti, stejně tak jako opakem preference pracovat sám);
- Kompetence ke **kreativitě**/podnikavosti (schopnost aktivně pozorovat své pracovní prostředí a pomocí nalézání příležitostí a následných nápadů přispívat k jeho přetváření s cílem získat vyšší výkon, větší efektivitu, kvalitu nebo jinak definovaný úspěch. Základem podnikavosti je vnitřní motivace, tvořivost při produkci nápadů, zvládnutí rizik a připravenost ke změnám);
- Kompetence k **flexibilitě** (schopnost operativního a pružného myšlení, chování a přístupu k úkolům a situacím, které jsou před jednotlivcem denně stavěny. Je to schopnost změnit či přizpůsobit své pracovní návyky, chování a efektivně pracovat v nových nebo měnících se situacích);

15 vybraná část, plné znění viz příloha č. 9 Národní soustavy povolání, Příloha_C9_manualu.pdf.
Dostupné na <http://kompetence.nsp.cz/mekkeKompetence.aspx>

- Kompetence k **výkonnosti** (schopnost a zájem pracovat dobře nebo podle standardu vynikajícího výkonu);
- Kompetence k **samostatnosti** (schopnost pracovat soustředěně, vědomě a vytrvale na svém úkolu. Samostatný člověk se snaží co nejvíce zastat bez přispění ostatních. Zná své silné stránky i své slabiny, nemusí být příliš kontrolován);
- Kompetence k **celoživotnímu učení** (schopnost a ochotu přijímat nové informace, účastnit se krátkodobých a dlouhodobých vzdělávacích programů);
- Kompetence k **objevování a orientaci v informacích** (schopnost vyhledat, najít, rozpoznat, vybrat validní nebo důležité informace potřebné v dané situaci. Zahrnuje různé výzkumy, vyhledávání informací a práci s nimi, nespokojení se s povrchními nebo nedostatečnými informacemi).

21. Návrh systému vzdělávání koordinátorů (včetně návrhu odpovědností, návrhu finančního rámce systému vzdělávání a návrhu systému vzdělávání bez finančního rámce)

Vzdělávací potřeby koordinátorů (na tomto místě nečiníme rozdíl mezi koordinátorem krajským a místním) a jeho optimální kompetenční profil jsou popsány na jiných místech dokumentu, stejně jako východiska a cíle projektu. Návrh optimálního modelu vzdělávání reaguje na definované potřeby a vychází z Analýzy současných a dostupných vzdělávacích programů pro krajské a místní protidrogové koordinátory realizované v průběhu projektu. Zároveň jsou při jeho návrhu respektovány zkušenosti z aktuální praxe, které stanovují jisté hranice, jak z pohledu nastavení systému, tak z pohledu na efektivitu jeho realizace.

- Koordinace protidrogové politiky v krajích a na obcích je realizována v samostatné působnosti („kraje a obce realizují vlastní protidrogovou politiku“);
- Výše úvazku koordinátorů kolísá, jak na úrovni krajů (zpravidla v rozmezí 0,5 až 1,0 úvazku), tak na úrovni obcí (až na minimální úroveň 0,04 úvazku);
- Počet místních koordinátorů kolísá a spíše se dle zkušeností z praxe dlouhodobě snižuje, v řadě obcí je tato pozice nahrazena více neurčitě pojmenovanou pozicí (např. „kontaktní osoba pro oblast protidrogové politiky“), fluktuace je značná;
- S výší úvazků věnovaných koordinaci souvisí skutečnost, že zvláště při menších úvazcích nebývají zaměstnavatelé koordinátorů „ochotni“ jim finančně náročnější vzdělávání hradit, případně je na vzdělávání uvolňovat;
- „Cílová skupina“ modelu vzdělávání (respektive specifických vzdělávacích témat) bude činit odhadem necelých 200 osob, což je do značné míry překážka pro vytvoření vzdělávacích kurzů na běžné, komerční bázi.

Optimální model systému vzdělávání

Z výše popsaných důvodů, z nichž největší váhu má omezená velikost cílové skupiny a potřeba vzdělávání ve specifických oblastech, které není aktuálně optimálně dostupné, je nutné koncipovat systém jako vyvážený, efektivní a dostupný. Vycházíme z úvahy, že je nutné:

- Nastavit odbornou, věcnou a obsahovou náplň „vstupního kurzu“ jako základu, od kterého se budou odvíjet další vzdělávací aktivity;
- Na vstupní kurz navázat „pokračující, rozšiřující“ kontinuální vzdělávání, rozdělené podle jednotlivých témat tak, aby se

nadbytečně nedublovaly běžně dostupné vzdělávací programy, a aby se pozornost (a vložené prostředky) soustředily na témata, která nejsou běžně nabízena. Z tohoto pohledu lze identifikovat tři úrovně vzdělávání.

- o A: Vzdělávací témata, která jsou běžně dostupná, spíše **obecné povahy** – vzdělávání v pracovních dovednostech (práce s PC apod.), vzdělávání v tzv. „měkkých dovednostech“ (soft skills);
- o B: Vzdělávací témata, která jsou **běžně dostupná v adiktologické oblasti** – klasifikace návykových látek, pojem závislosti, přístupy v prevenci a léčbě závislosti, typologie služeb, adiktologické intervence;
- o C: Vzdělávací témata, která **nejsou běžně dostupná**. Koordinace protidrogové politiky, legislativní rámec, specifické oblasti – mapování situace, epidemiologie závislostí, tvorba strategií, síťování služeb a správa sítí služeb.

Odpovědnost za zajištění je vhodné nastavit s ohledem na nutnost zajištění kontinuity vzdělávání, jeho odbornosti, a především dostupnosti pro všechny úrovně koordinace.

Vstupní vzdělávací kurz

Časový rozsah minimálně pět dnů (den = 8*60 minut) vzdělávání. Prezenční část lze spojit do vícedenních bloků (optimálně 2*2 dny, včetně exkurze).

1. den	E-learning
2. den	Prezenční společná část
3. den	Prezenční společná část
4. den	Exkurze v odborném zařízení – společná část, nebo individuálně + online exkurze (fakultativně)
5. den	Prezenční společná část

Tabulka 9: Optimální model systému vzdělávání

Fáze 1: Seznámit se s pojmy a tématy z oblasti drogové problematiky, spektrem zneužívaných návykových látek, problematikou závislostí, aktuálními trendy a legislativou.

Fáze 2: Seznámit se s odbornými institucemi na lokální úrovni (a v ČR), s možnostmi spolupráce s místními složkami a institucemi, vymezit efektivní prevenci zneužívání návykových látek, koordinaci, předložit možná řešení drogových problémů.

Fáze 3: Přiblížit účastníkům praxi (a kazuistiky z praxe), příklady dobré praxe (např. formou exkurze).

Fáze 4: Seznámit se se strategickým (komunitním) plánováním, jak provést analýzu situace a potřeb, seznámit se s postupy a tvorbou strategií (koncepce, akčního plánu) a tvorbou závěrečných zpráv (plnění strategií, koncepcí, o stavu drogové problematiky apod.). Seznámit se s oblastí a programy „harm reduction“.

Smyslem prezentovaného programu určeného pro protidrogové koordinátory je:

- Zvýšit informovanost v oblastech rizikového a závislostního chování;
- Osvojit si praktické dovednosti souvisejících s koordinací, prevencí a zacházením s rizikovým chováním;
- Seznámit se s praktickými aktivitami preventivního rázu;
- Uvědomit si možnosti spolupráce s místními složkami a institucemi;
- Uvědomit si využití nabytého „know how“ při výkonu své profese.

Návrh strukturování témat:

Vstupní e-learningový kurz (první část)

Vstupní E-learningový „kurz“	Časová dotace
Návykové látky, účinky, rizika, základy toxikologie jednotlivých skupin návykových látek, strukturální a situační charakteristiky hazardních her	3 hod
Etiologie závislosti a modely vzniku závislosti; základy neurobiologie závislosti (látkové i nelátkové)	1 hod
Legislativní rámec a systém protidrogové politiky na národní a mezinárodní úrovni	2 hod
Systém adiktologických služeb, Standardy	2 hod
CELKEM	8 hod

Pozn.: E-learning je možné rozdělit, ovšem jako optimální model se jeví jej celý předřadit prezenčnímu vzdělávání – účastníci prezenční formy pak již budou vybaveni základními informacemi, tím bude omezen prostor pro časově náročné řešení těch částí tématu, které plynou z neznalosti.

Tabulka 10: Vstupní e-learningový kurz – časová dotace

DEN 1 (E-learningová část)

Výuka prostřednictvím e-learningu může být synchronní – kdy výuka probíhá prostřednictvím počítačové sítě v reálném čase za účasti tutora – lektora (např. videokonference, případně audio konference či chat), nebo asynchronní, kdy obsahuje samostudium jednotlivých účastníků, kteří si sami volí, které informace potřebují, kdy a jakým tempem budou postupovat. Pro účastníky znamená tato forma časovou svobodu v procesu učení.

V rámci asynchronního e-learningového prostředí by měly být srozumitelně definované studijní cíle:

- Aktivizace studujícího;
- rozvíjení poznávacích procesů;
- opakování a prohlubování znalostí, dovedností, návyků a postojů;
- zafixování teoretických věcí z předchozího prezenčního školení, které by se měly v rámci druhého dne kurzu ověřit prezenční formou.

E-learningové prostředí má disponovat účelnou, logickou a opakující se strukturou (např. kapitoly přehledně rozdělené na studijní aktivity a studijní materiály). E-learningové prostředí musí také disponovat kvalitním „průvodcem“. Obsahuje úvody kapitol, rámcování, shrnutí, orientaci ve struktuře, důležitá upozornění. Studijní texty musí být srozumitelné a adekvátně dlouhé.

Při zpracování e-learningu bude dodržována didaktická správnost, která spočívá v přehlednosti a poutavosti výkladu. Bude vytvořen scénář e-learningu, díky kterému dochází k eliminaci rizik plynoucích z nesprávného pochopení potřeb, požadavků a možností zadavatele. E-learningový kurz bude členěn na menší celky – kapitoly a snímky. Délka studia jedné kapitoly nezabere více než 15 minut. V úvodu každé lekce musí být uvedeno, čím se bude zabývat a jaké informace se zde uživatel dozví. V závěru pak musí být zobrazeno stručné shrnutí obsahu dané lekce. V e-learningu jsou zastoupeny studijní opory a interaktivní prvky pro aktivizaci studujících (produktivní komunikace, diskuzní fóra a chaty, úkoly a cvičení). Zhruba na každé třetí stránce by měl být aktivní prvek, který vzbudí pozornost studujícího a přesvědčí jej o nutnosti dalšího studia. E-learning by měl využívat multimediální podporu (obrázky, audio), být graficky přitažlivý a intuitivní. Použití obrázků musí odpovídat tématu výkladu. Grafické komponenty mohou být věcné (např. schémata, fotografie) nebo ilustrační. Každá kapitola bude obsahovat průběžné otázky, dle nichž si uživatel ověří pochopení vykládané látky. Na konci každé kapitoly bude závěrečný test s otázkami typu: Single choice a Multiple choice. Test bude mít předem

stanovený rozsah, počet pokusů, časový limit, maximální a požadované skóre. V e-learningu je také možné nalézt odkazy na doplňkové a rozšiřující zdroje.

K ovládání e-learningového prostředí musí postačit běžný počítač a internetový prohlížeč (kompatibilní pro Internet Explorer 11, Mozilla Firefox, Google Chrome, Microsoft Edge, Safari a jejich novější aktualizace).

1. BLOK, DEN 1 (Prezenční společná část)	Hodinová dotace
Úvod vzdělávacího programu, seznámení, organizace a pravidla	1 hod
Návykové látky, účinky, rizika, základy toxikologie jednotlivých skupin návykových látek, strukturální a situační charakteristiky hazardních her	2 hod
Etiologie závislosti a modely vzniku závislosti; základy neurobiologie závislostí (látkové i nelátkové)	1 hod
Legislativní rámec a systém protidrogové politiky na národní a mezinárodní úrovni, samostatná vs. přenesená působnost (role vlády, RVKPP, ministerstev, případně dalších státních institucí, kraje, obce – vzájemné kompetence a vztahy)	2,5 hod
Drogová kriminalita, prosazování práva v oblasti drog	1,5 hod
CELKEM	8 hod
Pozn.: První blok byl uspořádán tak, že předpokládá účast max. dvou lektorů - lektor s odpovídajícím profilem pro oblast legislativy a lektor adiktolog (látky, hry a koncept závislosti). Je možné doplnit o specialistu na oblast drogové kriminality.	

Tabulka 11: 1 den – prezenční společná část – časová dotace

1. BLOK, DEN 2 (Prezenční společná část)	Časová dotace
Základy přístupů k prevenci závislostí na látkách, na procesech	1 hod
Základy harm reduction přístupů v závislostech	2 hod
Základy přístupů v léčbě a doléčování závislostí	1 hod
Moderní metody práce s osobami ohroženými závislostí.	1 hod

Adiktologické služby, jejich kvalita (standarty) a dostupnost, související systémy (sociální a zdravotní služby – z pohledu obsahu služeb a jejich klientů)	3 hod
CELKEM	8 hod
<i>Pozn.: Blok by měl zvládnout jeden lektor – adiktolog, ideálně s praxí v adiktologických službách. Je možná spolupráce dvou lektorů – jeden se zkušeností s nízkoprahovými službami a HR, druhý specialista v oblasti léčby a doléčování.</i>	

Tabulka 12: 2 den – prezenční společná část – časová dotace

2. BLOK, DEN 1 (EXKURZE)	Časová dotace
Exkurze do vybraných adiktologických služeb (min. 2) v dosahu	
CELKEM	8
<i>Pozn.: Je možné, vzhledem např. k časovým nárokům, spojených s přesuny účastníků, volit kombinaci 4 hod. exkurze prezenčně – vybraná služba, a např. 4 hodiny online exkurze/ workshopu (společně z učebny) s doprovodem lektora. Je vhodné kombinovat min. 2 – 3 typy služeb (HR služby, léčba, doléčování) nebo podle formy – terénní, ambulantní, pobytová.</i>	

Tabulka 13: Exkurze – časová dotace

Exkurze

Adiktologické služby pracující podle Standardů odborné způsobilosti jsou základním pramenem pro poznání **skutečné situace** v oblasti užívání návykových (především nelegálních) látek v daném regionu. Jejich poznatky z každodenního působení v terénu nelze nahradit žádnými jinými zdroji, žádnými statistikami či analýzami (byť je nepochybně nutné tyto informace s dalšími zdroji konfrontovat, ověřovat je). V rámci exkurze je cílem naučit účastníky kurzu pozorovat, třídit a hodnotit pozorované skutečnosti, dále upevňovat a ověřovat vědomosti a dovednosti v přímé praktické činnosti. Tím dojde k propojení teoreticky získaných poznatků (1-4 den) s praxí.

2. BLOK, DEN 2 (Prezenční společná část)		Časová dotace
Tvorba a vyhodnocení veřejné politiky v oblasti závislostí, teorie a praxe tvorby protidrogové politiky a jejích jednotlivých komponent/strategií. Oblast financování		2
Monitoring, síťování služeb a tvorba strategií, včetně výročních zpráv		4
Kompetenční profil koordinátora		2
CELKEM		8
<i>Pozn.: předpoklad jeden lektor s odpovídající kvalifikací či kompetencí, optimálně dlouhodobá zkušenost s prací protidrogového koordinátora nebo s výkonem práce na obdobné pozici (odbor protidrogové politiky – sRVKPP). Možná kombinace obou typů lektorů.</i>		

Tabulka 14: 3 den – prezenční společná část – časová dotace

Další specifikta vstupního kurzu:

Minimalistická varianta zajištění kurzu předpokládá zapojení tří lektorů:

- lektor s odpovídajícím profilem pro oblast legislativy (je možné doplnit o specialistu na oblast drogové kriminality)
- lektor adiktolog (látky, hry a koncept závislosti, adiktologické služby).
- lektor s odpovídající kvalifikací či kompetencí k tématům v oblasti tvorby veřejných politik, strategických dokumentů (optimálně dlouhodobá zkušenost s prací protidrogového koordinátora nebo s výkonem práce na obdobné pozici, např. odbor protidrogové politiky – sRVKPP. Je možná kombinace obou typů lektorů).

Lektor bude mít vysokoškolské vzdělání magisterského stupně a praxi minimálně 3 roky v oblasti adiktologie nebo praktické realizace protidrogové politiky, nebo obdobnou délku praxe v konkrétním oboru, který je náplní tématu (legislativa apod.). Praxe ve vzdělávání dospělých/ lektorské zkušenosti jsou výhodou. Je nezbytná úzká spolupráce/ koordinace lektorů tak, aby bylo

zajištěno předání všech relevantních zásadních informací (témat), a naopak aby se témata nedublovala.

Podmínkou realizace programu je jeho akreditace (v plném rozsahu témat, v celkové délce 40 hodin). Po absolvování kurzu obdrží účastník **Osvědčení o absolvování kurzu**. Zajištění studijních opor je nezbytnou součástí realizace kurzu, stejně jako předání informací o aktuální nabídce rozšiřujících či souvisejících vzdělávacích programů, odkazů na odbornou literaturu a další zdroje informací.



Návrh systému vzdělávání protidrogových koordinátorů, včetně návrhu odpovědnosti a finančního rámce

Úspěšná a dlouhodobá realizace Systému vzdělávání protidrogových koordinátorů předpokládá vyřešení minimálně těchto nutných předpokladů:

- Sestavení plánu vzdělávání (podle níže popsaných kategorií) včetně závazného harmonogramu;
 - Důležité je v tomto kontextu nastavit plán vzdělávání na základě mapování (předběžného) zájmu o konkrétní témata; zjišťování časových (termínových) a finančních možností účastníků (především místních koordinátorů);
- Vyčlenění pozice metodik/ koordinátor vzdělávání garantem tohoto systému;
 - Zajištění realizace Systému vzdělávání protidrogových koordinátorů a jeho průběžná evaluace;
 - Příprava výběru témat samostatných vzdělávacích aktivit (navazující vzdělávání);
 - Zajištění odborné úrovně vzdělávacích aktivit (výběr lektorů, organizací, příprava zakázek);
 - Komunikace s cílovou skupinou, sběr a vyhodnocování podkladů pro realizaci konkrétních aktivit, evaluace výsledků, distribuce materiálů/ podkladů pro vzdělávání;
 - Komunikace s ostatními subjekty (odborné společnosti, vzdělávací instituce, kraje);
 - Zajištění organizace kurzů a aktivit;

- Informování o připravovaných aktivitách;
- Vyčlenění odpovídajících finančních prostředků v rozpočtu garanta;
 - Je možné v této souvislosti využít spolupráci s dalšími subjekty tak, aby bylo využití finančních prostředků co nejefektivnější (např. zajištění prostor pro vzdělávací aktivity ve spolupráci s kraji – bezplatné využití prostor, techniky apod.);
 - Informace o finančních možnostech potenciálních účastníků (nastavení odpovídající a realisticky pojaté spoluúčasti) umožní efektivněji využít alokované prostředky (bude možné realizovat více aktivit);
- Navázání spolupráce s dalšími subjekty na organizačním a odborném zajištění jednotlivých vzdělávacích aktivit (krajský protidrogový koordinátoři, odborné společnosti a vzdělávací instituce);
- Nastavení efektivní a koordinované komunikace s potenciálními účastníky vzdělávání – především s místními koordinátory (prostřednictvím krajů z důvodu zajištění aktuálnosti kontaktů, sdílení přání a potřeb cílové skupiny, jejích reálných možností - časových, finančních);
 - Součástí komunikace bude vytvoření přehledu vzdělávacích aktivit tohoto typu – kalendář na webu sRVKPP nebo NMS¹⁶;
 - Do kalendáře by bylo možné zahrnout i vzdělávací aktivity běžně dostupné (akreditované vzdělávací aktivity určené primárně pro jiné cílové skupiny, ale využitelné v praxi koordinátorů – např. celá

¹⁶ Aktuálně na webu NMS (www.drogy-info.cz) dostupný Kalendář akcí, který ovšem zahrnuje spíše významné národní a mezinárodní akce (konference apod.), nicméně by bylo jistě možné vytvořit jeho variantu zaměřenou nejen na aktivity tohoto typu specificky pro protidrogové koordinátory, dostupný online a pravidelně aktualizovaný o relevantní nabídky vzdělávání, včetně těch v aktuálních přesahových tématech (duševní zdraví, Housing First, nové metody sociální práce atp.).

oblast měkkých dovedností, vzdělávací aktivity realizované kraji, aktivity odborných společností);

- Součástí realizace systému vzdělávání bude i jeho propojení s edičním plánem Odboru protidrogové politiky ÚV ČR/ NMS (především ediční řada Koordinace).

CÍLOVÁ SKUPINA SYSTÉMU VZDĚLÁVÁNÍ:

- Cílová skupina není velká (14 krajů, 205 ORP, v tom 27 statutárních měst, 22 MČ Prahy). Ne všude je funkce koordinátora zřízena, úvazek se pohybuje v rozmezí 1,0 až 0,05 (pokud je vůbec stanoven). Jedná se tedy maximálně o 200–250 osob (z toho asi 40–50 koordinátorů absolvovalo v nedávné minulosti akreditovaný kurz, nabízený Společností Podané ruce, který víceméně odpovídal svou náplní vstupnímu vzdělávacímu kurzu a byl akreditovaný, 50 osob absolvovalo pilotní kurz v rámci tohoto projektu);
- Krajsí protidrogoví koordinátoři (a koordinátoři velkých měst) = výkon práce obvykle zabírá podstatnou část úvazku, pracují v poměrně velkých regionech, spolupracují s širokým spektrem služeb a institucí apod. – oproti tomu místní koordinátoři malých měst = malý region, omezené spektrum služeb a institucí (pro přímou spolupráci), a obvykle malý až velmi malý úvazek vyčleněný na práci (často spojený s prací např. soc. pracovníka, kurátora pro dospělé, veřejného opatrovníka apod.);
- Je nutné respektovat objem a strukturu práce (kterou koordinátor zastává – od toho se odvíjí potřeba vzdělávání), ale i realisticky posoudit možnosti, které především místní koordinátoři mají (např. časové, ale i finanční) – z pohledu pracovníka i zaměstnavatele...

- Svou roli (v poptávce po vzdělávání) hraje i dosažené vzdělání (obor), zkušenost/ délka praxe a již absolvované vzdělávací kurzy = aktuální odborná úroveň.

Vstupní vzdělávací kurz

Odborná garance: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Věcná realizace:

- Varianta A: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky;
- Varianta B: Dodavatel, vybraný na základě veřejné soutěže, zajišťuje RVKPP;
- Varianta C: Externí vzdělávací společnost s akreditovaným kurzem.

Finanční zajištění:

- Varianta A: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky v plné výši;
- Varianta B: Částečná spoluúčast účastníků (v rozmezí 30–50 % nákladů);
- Varianta C: plná spoluúčast účastníků.

Finanční náklady na realizaci jedné skupiny (25 účastníků) jsou i se zajištěním ubytování a stravování účastníků následující:

Koordinace vzdělávacího programu:	20.040 Kč
<i>Cena za koordinaci 167 Kč/hod, počítáno 120 hod</i> • zpracování harmonogramu vzdělávacího programu; • příprava a distribuce elektronických pozvánek	

potenciálním účastníkům, vedení evidence účastníků; • zajištění nájmu místnosti pro realizaci vzdělávacího programu včetně technického vybavení; • zajištění ubytování pro účastníky vzdělávacího programu, a to včetně stravování; • tisk a distribuci materiálů pro účastníky; • zpracování prezenční listiny účastníků; • vystavení osvědčení/ certifikátu o absolvování vzdělávacího programu a jejich distribuce.	
Ubytování:	60.000 Kč
Ubytování hotelového typu, minimálně 3* (dvoulůžkové pokoje) se snídaní formou teplého a studeného bufetu nebo servírovaná snídaně. <i>Počítáno je na 25 účastníků, 2 noci.</i> <i>1 účastník = 1.200 Kč/noc</i>	
Stravování:	42.475 Kč
<i>Počítáno při počtu 25 účastníků, 3 dny + exkurze (pouze oběd).</i> <i>1 účastník = 533 Kč/den</i> • 3 dny – dopolední coffeebreak (voda, káva, čaj – možnost výběru čajů, drobné občerstvení – ovoce, koláčky, toasty, sušenky nebo oplatky). • 4 dny – teplý oběd – jednotné menu, s možností úpravy nabízeného jídla s ohledem na specifické	

potřeby – polévka a hlavní jídlo (3 dny prezenční forma + exkurze) • 3 dny – odpolední coffeebreak (voda, káva, čaj – možnost výběru čajů, drobné občerstvení – ovoce, koláčky, toasty, sušenky nebo oplatky, pečivo). • 2 dny – večere – jednotné menu, s možností úpravy nabízeného jídla s ohledem na specifické potřeby stravování jednotlivých účastníků (teplé jídlo).	
Prostory pro realizaci vzdělávání s požadavky:	18.000 Kč
<i>Počítáno za 3 dny, 1 den = 6.000 Kč.</i> • ubytovací a školící prostory se nacházejí v jednom objektu, popř. v bezprostřední blízkosti; • školící prostory jsou dostatečně velké k počtu účastníků (cca 25 osob); disponují dostatkem místa pro lektora; dostatečným počtem židlí i stolů, které lze variabilně rozestavit dle požadavků lektora; • vybavení prezentačním PC, projekční a audiovizuální technikou, možnost regulace teploty v místnosti a větratelnost místnosti, možnost zapojení notebooků, vybavení didaktickou technikou (flipchart s fixy nebo interaktivní tabule), možnost připojení na wi-fi; • v místnosti, kde bude probíhat vzdělávání, nepracuje ani pravidelně neprochází personál zařízení či jiné cizí osoby, • do místnosti po dobu vlastního vzdělávání nemají	

přístup žádné s výjimkou personálu, který připravuje občerstvení v době přestávky.	
Příprava lektorů a lektorné:	48.000 Kč
<i>Počítáno za 24 hodin.</i> <i>Cena za lektorování a přípravu - 2 000 Kč/hodinu vč. dopravného a případného ubytování.</i>	
Příprava e-learningu	60.000 Kč
<i>Počítáno za 8hodinový e – learningový kurz.</i> <i>Vytvoření prostředí; zaplacení autora a programátora; testování; následná správa.</i>	
Zajištění exkurze:	7.000 Kč
<i>Počítáno za 1 exkurzi, 8 hodin. Jedná se o odměnu adiktologické organizaci.</i>	
Celkem	255.515 Kč

Tabulka 15: Vzdělávací kurz v rozsahu 40 hodin – náklady

Z uvedeného je tak zřejmé, že při doporučené kapacitě vzdělávacího programu 25 osob by náklady na „kurzovné“ pro jednoho účastníka představovaly **10.221 Kč**. Při zachování stávajícího rozsahu vzdělávacího programu by se tak jednalo o **2.044 Kč** za jeden den vzdělávání.

Časový průběh: Každý koordinátor jednou. Odhadovaná potřeba realizace kurzu – max. 2* ročně, podle aktuálně zjištěného zájmu/potřeby.

Podíl účastníků vzdělávání: Zajištění ubytování (včetně stravování) a dopravy.

Kontinuální odborné vzdělávání

Navazuje na absolvovaný vstupní kurz. Jeho cílem je prohlubovat odborné znalosti a dovednosti ve vybraných tématech, která nejsou běžně dostupná, viz výše popsaná úroveň C – Vzdělávací témata, která nejsou běžně dostupná. Např. koordinace protidrogové politiky, legislativní rámec, další specifické oblasti – mapování situace, epidemiologie závislostí, tvorba strategií, síťování služeb a správa sítí služeb.

Z evaluace průběhu pilotního vzdělávacího kurzu vyplývá potřeba protidrogových koordinátorů zaměřit vzdělávání více prakticky, dát dostatek prostoru příkladům dobré praxe z práce zkušenějších koordinátorů, názornějším formám výuky a sdílení zkušeností mezi koordinátory samotnými.

Vhodná samostatná specifická aktivita v této oblasti je národní konference, věnovaná specificky oblasti koordinace protidrogové politiky, primárně určená právě pro protidrogové koordinátory a reflektující potřebu propojování dílčích témat (aktuálně realizované národní konference pro oblast alkoholu, nelegálních návykových látek, hazardní hraní atp.) z pohledu koordinace přístupu státu a jeho spolupráce se samosprávami.

Návrh zajištění kontinuálního odborného vzdělávání

Odborná garance: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (Odbor protidrogové politiky ÚV ČR ve spolupráci s NMS)

Věcná realizace:

- Varianta A: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky;
- Varianta B: Dodavatel vybraný na základě veřejné soutěže, zajišťuje RVKPP;
- Varianta C: Externí vzdělávací společnost s akreditovaným kurzem.

Finanční zajištění:

- Varianta A: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky v plné výši;
- Varianta B: Částečná spoluúčast účastníků (max. 50 % nákladů);
- Varianta C: plná spoluúčast účastníků.

Časový průběh: Odhadovaná potřeba realizace tohoto typu vzdělávání – cca 2 semináře/kurzy ročně (seminář 6–8 hodin; počet seminářů na jedno téma – max. 2 až 3, možno realizovat na různých místech ČR – z důvodu usnadnění dostupnosti místním koordinátorům). Počet seminářů/kurzů může variovat podle aktuálně zjištěného zájmu/potřeby.

Podíl účastníků vzdělávání: Zajištění ubytování a dopravy, případně částečná spoluúčast na ceně kurzu.

Další příležitosti k odbornému vzdělávání

Jedná se o doplňující aktivity, buďto víceméně pravidelné (odborné konference), nebo příležitostné, k aktuálním tématům. Nejedná se o aktivity primárně určené protidrogovým koordinátorům, jejich cílovou skupinou je obvykle širší adiktologická obec. Jejich role v podpoře růstu odbornosti je ovšem velmi podstatná, nezastupitelná.

Pravidelné vzdělávací aktivity (odborné konference):

- celostátní (realizátoři: RVKPP – Úřad vlády ČR, odborné společnosti – Společnost pro návykové nemoci, jednotlivé organizace – aktuálně např. Sananim, z. ú.);
- místní: realizují ve své režii kraje – aktuálně např. Plzeňský, Jihočeský);
- samostatná aktivita – dlouhodobý tradiční cyklus seminářů na aktuální témata: např. tzv. „Purkyňky“ (SNN LS J.E.P.).

Příležitostné aktivity: Aktuálně např. cyklus seminářů k problematice léčby Hepatitidy typu C (odborná garance NMS).

U tohoto typu aktivit je pro jejich využití podstatná vlastní aktivita koordinátora, z pohledu systému vzdělávání se jedná o doplněk, který je možné využít bez nutnosti zajištění finančních nákladů.

Kontinuální systém vzdělávání sekundárně podpoří mimo růstu „vlastní“ odbornosti také jednotlivé dovednosti „sebeovlivnění“, kterými jsou:

- **Kritické myšlení** – schopnost analyzovat a objektivně posoudit informace a zkušenosti;
- **Kreativní myšlení** – umožňuje člověku, aby si prozkoumal a zhodnotil různé alternativy a následky svých činů. Přispívá tak jednak k rozhodování, ale i k samostatnému řešení problémů;
- **Řešení problémů** – důležitá dovednost ve vztahu k duševnímu zdraví a psychické pohodě;
- **Rozhodování** – napomáhá konstruktivně se rozhodovat o důležitých oblastech našeho profesního života.

Mezi další potřebné dovednosti patří: stanovování cílů, schopnost sebemotivace, vnímaná osobní účinnost, zvládání stresu, plánování a kontrolování, angažovanost, flexibilita, a další (Miovský, 2015).

22. Příklady dobré praxe k vybraným tématům

Příklady dobré praxe jsou velmi důležitým doplňkem vzdělávání. Pro účely nastavení systému vzdělávání protidrogových koordinátorů jsou vybrány, pokud možno v co nejširším rozpětí, od úrovně jednotlivých přístupů v přímé práci s klienty, přes konkrétní služby až po úroveň národní. Smyslem tohoto uspořádání je zdůraznit skutečnost, že přebírání dobré praxe není pouze záležitostí nebo povinností poskytovatelů služeb, ale týká se všech aktérů koordinace a realizace politiky v oblasti závislostí.

Jednotlivé příklady ke každé z kapitol vzdělávacího programu jsou uvedeny v samostatné příloze s tím, že na základě realizace kurzu mohou být rozšířeny o další, podle zkušeností jednotlivých lektorů nebo účastníků pilotního vzdělávacího kurzu.

Viz	Samostatná	příloha	číslo	1.
-----	------------	---------	-------	----



Doporučená literatura

- Analýza mezinárodního a národního legislativního rámce protidrogové politiky a mezinárodních, národních a regionálních strategických dokumentů, Sociotrendy, Praha, 2018. Dostupné na: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/vystupy/>
- Analýza systémového rámce protidrogové politiky, Petr Pleva, Hana Fidesová, sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Dostupné na: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/vystupy/>
- Hanzlík K. (2018). Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice. Praha. Úřad vlády České republiky. Dostupné na: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/vystupy/>
- Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách, Společnost Podané ruce o.p.s., 2019, Úřad vlády České republiky, Odbor protidrogové politiky, Praha 2019. Dostupné na:
- Metodika přípravy veřejných strategií, Ministerstvo pro místní rozvoj, prosinec 2018 (širší verze). Dostupné na: <https://www.mmr.cz/cs/microsites/portal-strategicke-prace-v-ceske-republice/nastroje-a-metodicka-podpora/vystupy-projektu>
- Národní monitorovací středisko. (2019). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v roce 2018. Praha. Úřad vlády České republiky. Dostupné na: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizprava-o-stavu-ve-vecich-drog-v-ceske-republice-v-roce-2018/>

- Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace: metodické doporučení (2016). Praha: Úřad vlády České republiky. Koordinace. ISBN 978-80-7440-150-3.

Použitá literatura

- Analýza mezinárodního a národního legislativního rámce protidrogové politiky a mezinárodních, národních a regionálních strategických dokumentů, Sociotrendy, Praha, 2018. Dostupné na: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/vystupy/>
- Analýza systémového rámce protidrogové politiky, Petr Pleva, Hana Fidesová, sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Dostupné na: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/vystupy/>
- Broulíková H., M., Dlouhý M., Winkler P. (2020). *Ekonomické hodnocení ve zdravotnictví: Zaměřeno na duševní zdraví*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví
- CSÉMY, Ladislav. a kol. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. 120 s. ISBN 80-86734-94-3
- Česká protidrogová politika a její koordinace, Zaostřeno na drogy 2, Vydává Úřad vlády ČR – NMS, číslo březen–duben 2009. Dostupné na: <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2009-zaostreno-na-drogy/>
- Deset kroků komunitním plánováním, CKP Ústí nad Labem, Ústí nad Labem 2008. Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/metodiky-deset-kroku-procesem-komunitniho-planovani->
- DRHOVÁ, Zuzana, VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA, ed. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-75-5.

- ESCOTOTADO, Antonio. *Stručné dějiny drog*. 1. vydání. Praha: Volvo Globator, 2003. 173 s. ISBN 80-7207-512-8
- HAJNÝ, Jan. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol, s.r.o. 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9
- Hanzlík K. (2018). Analýza systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice. Praha. Úřad vlády České republiky. Dostupné na: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/vystupy/>
- HAVLÍK, Miloš a Zuzana SKŘIČKOVÁ. *Metodiky pro plánování sociálních služeb*. Praha: Centrum pro komunitní práci, 2007. ISBN 978-80-86902-44-9.
- HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.
- Hledání rovnováhy – koncepce protidrogové politiky v České republice, NMS, vydal Úřad vlády ČR, Praha 2012. Dostupné na: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1632/323/Hledadani_rovnovahy_protidrogova_politika_cr.pdf
- KALINA, K. A KOL. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0
- KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1*, Mezioborový přístup. 1. vydání. Dostupné na: <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/monografie/drogy-a-drogove-zavislosti-kalina-a-kol/>
- KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2*, Mezioborový přístup. 1. vydání. Dostupné na: <https://www.drogy->

info.cz/publikace/navykove-latky/monografie/drogy-a-drogove-zavislosti-kalina-a-kol/

- KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: o.s. FILIA NOVA, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-14
- KIŠŠOVÁ, L. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010–2018*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011. ISBN 978-80-7440-045-2
- KLÍMA, Petr, ed. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. [Praha: Česká asociace streetwork, 2009]. ISBN 978-80-254-4001-8.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky 2006, ISBN 80-86734-81-1
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 4 vydání. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-x
- LAUERMAN, Jiří, Kateřina KUBALČÍKOVÁ, Jiří ZEMAN, et al. *Minimální kritéria kvality plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. ISBN 978-80-7421-118-8.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 1 vydání. Praha: Portál, 2001. 310 s. ISBN 80-7178-473-7
- MIOVSKÝ, Michal, a kol. (2015). *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*. 2.vyd. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-7422-394-5.

- MRAVČÍK, V. A KOL. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-067-4. ISBN 978-80-7440-109-1.
- MRAVČÍK, Viktor. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS*. 1. vydání. Úřad vlády ČR, ISBN 80-86734-74-9
- MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 2002. 104 s. ISBN 80-210-2511-5
- MUŽÍK, J. *Didaktika profesního vzdělávání dospělých*. Plzeň: Fraus, 2005. ISBN 80-7238-220-9.
- Národní monitorovací středisko. (2019). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v roce 2018*. Praha. Úřad vlády České republiky. Dostupné na: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocni-zpravy/vyrocni-zprava-o-stavu-ve-vecich-drog-v-ceske-republice-v-roce-2018/>
- Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027, Praha, květen 2019, Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Vydal Úřad vlády ČR. Dostupné na: https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/narodni-strategie-prevence-a-snizovani-skod-spojenych-se-zavislostnim-chovanim-2019_2027-173695/
- NEPUŠTIL, P. A KOL. *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978–80–7440–072-8.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 151 s. ISBN 80-7178-831-7

- NOŽINA, Miroslav. Svět drog v Čechách. 1. vydání. Praha: Vydavatelství KLP – Koniasch Latin Press, 1997. 348 s. ISBN 80-85917-36-X
- POLANECKÝ, Vladimír. *Mládež a návykové látky v České republice – trendy let 1994-1997-2000*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy, 2001. ISBN 80-238-8200-7.
- PRESL, Jiří. Drogová závislost. 1.vydání. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X
- PUNCH, Keith. *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-468-7.
- *Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace: metodické doporučení* (2016). Praha: Úřad vlády České republik. Koordinace. ISBN 978-80-7440-150-3.
- Remešová R., Svobodová L., Valentová M. (2012). *Komparativní analýza nástrojů financování adiktologických služeb*. Adiktologie v preventivní a léčebné praxi. Odbor protidrogové politiky. Úřad vlády ČR. Dostupné na: <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2019/12/remesova.pdf>
- ROTGERS, Frederick a kol. *Léčba drogových závislostí*. 1 vydání. Praha: Grada, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9

Seznam tabulek

Tabulka 1: Základní teoretický rámec vzdělávání koordinátorů.....	73
Tabulka 2: Forma a časová dotace vzdělávání.....	75
Tabulka 3: Doporučené metody k jednotlivým tématům.....	83
Tabulka 4: Vhodnost kvalifikace k výkonu povolání.....	144
Tabulka 5: Odborné dovednosti	146
Tabulka 6: Odborné znalosti	147
Tabulka 7: Obecné dovednosti.....	147
Tabulka 8: Měkké kompetence	147
Tabulka 9: Optimální model systému vzdělávání	155
Tabulka 10: Vstupní e-learningový kurz – časová dotace	157
Tabulka 11: 1 den – prezenční společná část – časová dotace.....	159
Tabulka 12: 2 den – prezenční společná část – časová dotace.....	160
Tabulka 13: Exkurze – časová dotace.....	160
Tabulka 14: 3 den – prezenční společná část – časová dotace.....	162
Tabulka 15: Vzdělávací kurz v rozsahu 40 hodin – náklady	170

Seznam schémat

Schéma 1: Systém vertikální koordinace v ČR / zapojení krajů a obcí.....	18
Schéma 2: klíčové osoby / orgány kraje	33
Schéma 3: Droga – prostředí – jedinec	94

Seznam zkratek

- CNS: centrální nervová soustava
- EMCDDA: Evropské monitorovací centrum pro drogy a závislosti
- NPDC SKPV ČR: Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování ČR
- OPZ: operační program Zaměstnanost (součást Evropského sociálního fondu)
- ORP: obec s rozšířenou působností (zkrácená, běžně používaná zkratka pro příslušný region), vymezený dle platné legislativy působností „obecního úřadu obce s rozšířenou působností“
- RVKPP: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
- SMI: Z angličtiny – Serious Mental Illness. Pacienti s dlouhodobým vážným duševním onemocněním (SMI), Největší část těchto pacientů má psychotické poruchy, dalším nejčastějším onemocněním jsou afektivní poruchy (deprese, bipolární poruchy), poruchy osobnosti, organické poruchy, autismus, ADHD, vývojové poruchy, závislosti a jejich kombinace.
- sRVKPP: sekretariát RVKPP (odbor protidrogové politiky ÚV ČR)

Seznam samostatných příloh

SAMOSTATNÁ PŘÍLOHA č.1: Příklady dobré praxe k vybraným tématům