OBECNÉ POJMY - (PROTI)DROGOVÁ POLITIKA

Souhrn zásad, cílů a opatření navržených a prováděných k řešení problému drog, zejména nezákonných, na úrovni místní, státní nebo mezinárodní. Na mezinárodní úrovni formulovala OSN v r. 1991 zásadu „vyváženého přístupu" v drogové politice; tím je míněno, že vedle strategie postihování nabídky drog, tj. represe, se mají rozvíjet a uplatňovat též strategie zaměřené na stranu poptávky po drogách, tj. prevence primární, sekundární a terciární. Během 90. let se začala stále více hlásit o uznání třetí strategie – snižování poškození drogami, Harm Reduction. Vedle deklarací Valného shromáždění OSN ztělesňují drogovou politiku světového společenství především Úmluvy OSN. Protidrogová politika ČR je formulována ve vládních dokumentech (Koncepce a program protidrogové politiky z r. 1993, Koncepce a program protidrogové politiky z r. 1998, Strategie protidrogové politiky z r. 2000). Posledně jmenovaný dokument uvádí – ve shodě s drogovou strategií Evropské unie – čtyři základní pilíře protidrogové politiky ČR: represe, prevence (tj. prevence primární), léčba a resocializace, Harm Reduction.

HARM REDUCTION

Jako „**Harm Reduction**" (HR – obvykle se nepřekládá do češtiny) se označují přístupy spočívající ve snižování či minimalizaci poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, riziko předávkování, riziko sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečněji aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog.

V širším pohledu můžete také pod HR zahrnout i substituční léčbu. Do oblasti HR patří také aplikační místnosti – tzv. "šlehárny".

PREVENCE - POJMY

Následující pojmy (primární, sekundární a terciární prevence) se týkají prevence zdravotních a sociálních následků užívání drog.

PRIMÁRNÍ PREVENCE

zahrnuje opatření a programy zaměřené na dosud nezasaženou populaci (celkovou populaci nebo rizikové skupiny). Cílem programů primární prevence je předcházet rizikovým formám chování; odradit populaci, která ještě nepřišla do kontaktu s drogou od jejího prvního užití či alespoň první kontakt s drogou co nejvíce oddálit. Úkolem preventivních aktivit je zejména: vytváření povědomí a informovanosti o drogách a o nepříznivých zdravotních a sociálních důsledcích spojených s jejich zneužíváním, posilování osobních a sociálních dovedností potřebných k rozvoji protidrogových postojů a podpora zdravějších typů chování a životního stylu.

Na místní úrovni je její součástí zejména:

- aktivní příprava účinných preventivních programů přizpůsobených místním podmínkám, zaměřených na celkovou (zejména nezasaženou) populaci a zvláště na rizikové skupiny (mládež);
- další vzdělávání osob, přicházejících do kontaktu s ohroženými skupinami (učitelé, lékaři, sociální pracovníci, vrstevníci atd.) v oblasti prevence;

SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

zahrnuje opatření zaměřené na zasaženou populaci, která využívá nějakou formu péče; tvoří ji zejména:

- zavádění programů včasné intervence
- programy léčebné péče
- programy zvyšující úspěšnost léčebné péče

TERCIÁLNÍ PREVENCE

je založena na minimalizaci negativních zdravotních a sociálních důsledků (problémového) užívání drog a závislosti a je zaměřena především na uživatele, kteří nejsou schopni či ochotni skončit s užíváním; zahrnuje zejména:

- informování uživatelů o méně škodlivých způsobech užívání;
- substituční léčebné programy pro uživatele opiátů (metadon, buprenorfin, morfium a nejnověji také heroin)
- programy pro výměnu jehel
- potravinový, hygienický, zdravotnický a vitaminový servis.

ČASNÁ PREVENCE

Intervence poskytovaná osobám s počínajícími emočními problémy nebo problémy v chování, které by mohly souviset s užíváním drog. Probíhá nejčastěji ve školním prostředí, kde jejím podnětem je např. zhoršování školního prospěchu či kázeňské problémy. Jejím nositelem musí být informovaný pedagog s dostatečnými osobními kvalitami. Dalším prostředím pro včasnou intervenci může být např. ordinace praktického lékaře nebo pedagogicko-psychologická poradna. Cílem je časné intervence je pojmenovat problém, porozumět mu, poskytnout podporu, motivovat ke změně a v ideálním případě zprostředkovat odbornou péči.

TRESTNÉ ČINY V OBLASTI DROG

Jde především o specifické trestné činy nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187, 187a a 188 trestního zákona (viz trestnost držení drogy pro vlastní potřebu, trestnost šíření toxikomanie, trestnost zacházení s drogami). Svým způsobem specifickou povahu pak má trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky podle § 201 trestního zákona, jehož se dopustí ten, kdo ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil vlivem návykové látky, vykonává zaměstnání nebo jinou činnost, při kterých by mohl ohrozit život nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku (klasickým příkladem takového jednání je řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu, omamné nebo psychotropní látky). Vedle těchto specifických trestných činů (drogová kriminalita v užším smyslu) se s užíváním drog pojí řada dalších trestných činů (tzv. sekundární nebo přidružená drogová kriminalita), jejichž pachatelé si majetkovou trestnou činností, zejména krádežemi, opatřují prostředky k získání drogy.

POJMY SOUVISEJÍCÍ S TYPEM UŽÍVÁNÍ DROG

Rekreační užívání : Výraz pro užívání drog (obvykle nelegálních) za různých společenských a rekreačních okolností, za předpokladu, že důsledkem není vznik závislosti a dalších problémů. Typickými drogami jsou marihuana, LSD, extáze. Neměl by se užívat k odlišení příležitostného užívání od užívání návykového, protože všechny typy užívání mohou být čas od času společenské a rekreační.

Experimentování, experimentátor : Ve slangu se tak často označují lidé, kteří drogy takzvaně „zkoušejí". Jedná se o výraz nepřesně definovaný a neohraničený (např. i závislý na heroinu může „experimentovat" s halucinogeny), v odborné mluvě používá označení „experimentátor" pro osobu, která občasně a nepravidelně užívá různé drogy a typy drog a může, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech.

Pravidelné užívání : Užívání určité drogy s předem danou minimální frekvencí. Pro výzkumné účely se ve vyspělých zemích tato frekvence zpravidla stanovuje jako nejméně jednou v týdnu. Nicméně v mnoha komunitách, kde jsou svátky, prázdniny nebo dny volna méně často, může být jako pravidelné užívání chápáno i užívání nejméně jednou měsíčně, nebo jednou za čtrnáct dní.

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

Skrytá populace : Termín používaný pro uživatele drog, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy. Důvodem může být např. odlišný životní styl a specifické normy a hodnoty drogových komunit, nezájem o odbornou péči, nedůvěra k institucím, citlivost na administrativní postupy včetně vedení dokumentace o pacientech a klientech, neplacení zdravotního pojištění, obavy z předsudků, odsuzování a odmítání, strach z problémů s úřady a policií apod. Na skrytou populaci se zaměřují terénní programy a nízkoprahová kontaktní centra. Poskytování těchto služeb je anonymní, jejich pracovníci usilují o vyhledání klientely (u terénních programů), navázání kontaktu, překonání nedůvěry a zvýšení informovanosti, vlastním cílem programů je především snížení rizik spojených s užíváním drog. Výzkum prováděný ve skryté populaci používá specifických kvalitativních přístupů.

Ex-user : Bývalý uživatel drog, abstinující spontánně či po léčbě podstatnou dobu v řádu měsíců či let. Doba, kdy určitého člověka můžeme pokládat za „bývalého uživatele" a nikoliv za „uživatele v přítomnosti abstinujícího" není přesně stanovena, stejně tak se liší odborné i neodborné názory na to, po jak dlouhé době můžeme člověka přestat označovat za ex-usera. Nejednotný je rovněž postoj k úloze ex-userů v programech primární, sekundární a terciární prevence.

V ČR v současné době převládá stanovisko:

1. účast ex-userů v primární prevenci většinou není vhodná,
2. není vhodné využívat ex-usery nedlouho abstinující jako dobrovolníky v terénních programech nebo nízkoprahových zařízeních, protože je to vystavuje zvýšenému riziku,
3. nejvýznamnější je úloha ex-userů v doléčování a resocializačních programech, například ve svépomocných a klubových aktivitách,
4. pro zaměstnávání ex-userů v poradenských, léčebných a resocializačních zařízeních musí existovat jasná pravidla.

Například akreditační standardy MZ doporučují 2 roky od skončení léčby, předcházející pracovní adaptaci v jiném zaměstnání a zaměření na další vzdělávání a získání kvalifikace, aby pracovník nebyl v roli ex-usera v zaměstnání fixován („ex-user není profese").