

# Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji za rok 2013

**Kraj:** Jihočeský

**Zpracoval /jméno a funkce/:** Mgr. Marek Nerud

**Projednáno a/nebo schváleno (kým):** Mgr. Petr Studenovský, vedoucí OSVZ

**Odkaz na internetovou prezentaci kraje, věnovanou drogám:**

[http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id\\_v\]=346&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=346&par[lang]=CS)

**Cesta:** [www.kraj-jihocesky.cz](http://www.kraj-jihocesky.cz)

- Krajský úřad
- Odbor sociálních věcí a zdravotnictví
- Informace k drogové problematice v Jihočeském kraji

Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji je určena pro laickou i odbornou veřejnost. Je zdrojem základních informací o koordinaci a institucionálním zajištění protidrogové politiky v kraji, koncepčních opatřeních, spolupráci s obcemi, finančním zajištění a finančních deficitech protidrogové politiky, charakteristice drogové scény, síti služeb pro uživatele drog a aktivitách realizovaných kraji v oblasti protidrogové politiky (např. vzdělávání, analýzy, rozvojové projekty apod.).

Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji je jedním ze zdrojů při vytváření Souhrnné zprávy o realizaci protidrogové politiky v krajích a Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR. Zároveň je také důležitým informačním materiálem pro politiky na místní, krajské i centrální úrovni.

## **Instrukce ke zpracování zprávy. DŮLEŽITÉ!**

Z krajských výročních zpráv sestavuje sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) Souhrnnou zprávu o realizaci protidrogové politiky v krajích, která je předkládána Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky, jejímž členem je mimo jiné zástupce Asociace krajů České republiky. Vámi poskytnuté informace tedy budou dále publikovány a distribuovány. V zájmu toho, aby bylo možné informace obsažené ve Vašich výročních zprávách maximálně využít, prosíme:

- o striktní dodržení struktury VZ krajů,
- o informace ke každému bodu (odrážce) v jednotlivých kapitolách v zájmu toho, aby informace z jednotlivých krajů byly jednotné a srovnatelné,
- ke každé kapitole je třeba jasně uvést, zda došlo ke změnám v dané oblasti oproti předchozímu roku a tyto změny popsat,
- v případě absence informací k danému bodu uvádět např. „informace nejsou k dispozici“,
- informace uvádějte věcně, stručně a přehledně.

Další relevantní informace o drogové situaci nebo realizaci protidrogové politiky v kraji vč. nejdůležitějších změn a trendů týkající se současné situace v hodnoceném roce, je možné uvést dle vlastního uvážení.

Termín odeslání sekretariátu RVKPP ke zpracování – **30. KVĚTEN 2014**

## **Souhrn**

(v rozsahu max. 1 strany)

Hlavní změny, události, zjištění ve sledovaném roce, zejména v oblastech:

situace v užívání drog (včetně drog legálních a tzv. nových drog) a gamblingu, zdravotní a sociální následky a souvislosti, trendy v užívání drog (porovnání s rokem předchozím), dostupnost a nabídka drog, programy prevence, léčby, doléčování, síť služeb, protidrogová politika a jejich koordinace, hodnocení a tvorba strategií, přijatá opatření, apod.

Rok 2013 nebyl v oblasti protidrogové politiky rokem velkých změn. Jihočeský kraj se snažil dostát své zákonné povinnosti realizovat na svém území protidrogovou politiku v samostatné působnosti stejně odpovědně, jako v letech minulých. Vlastní výdaje kraje na realizaci jednotlivých programů činily cca 9,3 mil. Kč, z toho 1,2 mil. Kč na oblasti specifické primární prevence, cca 5,7 mil. Kč na podporu dalších odborných služeb (terénní programy, kontaktní centra apod. – v této oblasti odhadujeme realisticky spoluúčast kraje na úrovni cca 30 % celkových rozpočtů těchto služeb) a 2 mil. Kč na podporu provozu záchytné stanice. Podrobněji v příslušné kapitole zprávy. Zároveň Jihočeský kraj aktivně působil jako partner institucí na celostátní úrovni (především rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, ale i jednotlivých ministerstev), stejný význam ale přikládal i spolupráci s jednotlivými obcemi.

A právě v oblasti realizace protidrogové politiky v samostatné působnosti se Jihočeský kraj snažil pokročit opět o něco kupředu – v roce 2013 inicioval kraj užší spolupráci všech obcí na území kraje se službami v oblasti protidrogové politiky, nejen po stránce získání finanční podpory, ale za konzultací s místními samosprávami začal zavádět transparentnější systém spolufinancování těchto služeb z místní úrovně. Podrobněji v příslušné kapitole zprávy.

Co se užívání nelegálních návykových látek na území kraje týče, situace se jistě nedá srovnávat s extrémně zasaženými regiony, jako je Praha, Ústecký kraj nebo Moravskoslezský kraj. Ač lze do značné míry situaci v kraji považovat za stabilizovanou, užívání nelegálních návykových látek, především pervitinu není na ústupu, dostupné informace naznačují spíše trend opačný, mírný, ale setrvalý vzestup. Poněkud se mění situace v oblasti užívání opiátů, po dlouhé době převažujícího užívání buprenorfinu (nad heroinem) vstupují na trh opiáty farmakologické, je viditelný značný přísun těchto látek (nejviditelnější je Vendal Retard) na drogovou scénu prostřednictvím (pravděpodobně nepříliš odpovědně) vydávaných receptů. Nejužívanější NNL je tradičně marihuana, kusé a pravděpodobně ne zcela přesné informace máme o ostatních látkách (extáze, halucinogeny, tzv. „nové syntetické drogy“).

Co se týče nejrizikovější skupiny uživatelů (nejen ve vztahu k vlastní osobě, ale i k okolí), tedy **injekčních uživatelů NNL** (IUD), jejich počet v Jihočeském kraji odpovědně a realisticky odhadujeme na (minimálně) **1 700 – 1 900 osob** (převažují z cca 3/4 uživatelé pervitinu jako primární drogy). Počet dalších problémových uživatelů, opět z větší části uživatelů pervitinu (neinjekčních) odhadujeme na dalších minimálně cca

200 osob. **Celkem tedy odhad problémových uživatelů drog v kraji 1 900 – 2 100 osob.** Velmi pravděpodobně bude skrytá populace větší, než se dosud jevílo, a máme za to, že to platí i pro jiné regiony. V oblasti koordinace protidrogové politiky ani v síti služeb žádné zásadní změny oproti roku 2012 nenastaly, podrobnější údaje lze nalézt na příslušných místech zprávy.

## Obsah a struktura výroční zprávy:

1	Drogová scéna – situace v kraji .....	4
2	Koordinace protidrogové politiky .....	15
2.1	Institucionální zajištění .....	15
2.1.1	Krajské institucionální zajištění koordinace .....	15
2.1.2	Místní zajištění koordinace protidrogové politiky .....	17
2.2	Strategické dokumenty protidrogové politiky kraje .....	18
2.2.1	Koncepce, strategie, akční plány a jejich zaměření .....	18
2.2.2	Hodnocení strategických dokumentů/protidrogové politiky kraje .....	20
2.3	Zadané/realizované analýzy/studie v oblasti drogové politiky a drogové situace .....	20
2.4	Další významné aktivity v oblasti protidrogové politiky v r. 2012 na krajské i místní úrovni .....	20
3	Finanční zajištění služeb pro uživatele drog .....	21
4	Služby poskytované uživatelům drog a osobám ohroženým drogami .....	29
5	Různé - další údaje .....	42

## 1 Drogová scéna – situace v kraji

### **Instrukce – DŮLEŽITÉ**

V rámci této kapitoly má sekretariát RVKPP zájem zejména o informace z lokálních studií a průzkumů, nebo o jakékoli jiné informace lokálního charakteru. Upozorňujeme, že data uvedená v této kapitole z celorepublikových studií (ESPAD, registr žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog hygienické služby, ESSK, citace ze zpráv NPC apod.) sekretariát RVKPP nevyužije.

*Zvláštní pozornost, prosím, věnujte zejména popisu nových trendů a změn situace ve vašem regionu.*

Uvedte informace, které máte k dispozici k následujícím bodům:

#### – užívání drog v obecné populaci, ve školní populaci

Nemáme žádné zásadní informace k otázce užívání drog v obecné populaci v Jihočeském kraji. Jihočeský kraj ani v roce 2013 neinicioval žádný takovýto výzkum, nebo tímto směrem zaměřenou studii. Důvodem je především nedostatek finančních prostředků – ty, které máme k dispozici, vkládáme do přímé práce s osobami, které jsou drogami reálně ohrožené. Nicméně nemáme žádný důvod se domnívat, že by se užívání nelegálních návykových látek občany kraje nějak významně lišilo od celostátních trendů.

#### – užívání drog v prostředí zábavy, nočního života

Vzhledem k tomu, že v současné době není k dispozici nástroj, který by nahradil v minulosti realizované intervence zaměřené do této oblasti, tedy kvalitativní testování tablet tzv. extáze, nenacházejí ani občasné a spíše nárazové intervence služeb harm reduction v tomto prostředí dostatek relevantních kontaktů nebo informací. Spíše jsme odkázáni na zprostředkované informace, takřkajíc z druhé ruky, které nejsou mnohdy dostatečně důvěryhodné. Je nepochybné, že se i v tomto prostředí nelegální návykové látky objevují (pochopitelně i včetně těch legálních). V minulých letech, vzhledem k nedůvěryhodnosti právě tzv. „extáze“ byly zaznamenány trendy „přestupu“ uživatelů ke známějšímu a předvídatelnějšímu pervitinu, jehož nazální užívání je poměrně rozšířené, jednak se v poslední době objevují – spíše nárazově, a zprostředkovaně, informace o experimentech s tzv. „novými drogami“.

Ze zpráv, které máme k dispozici, lze konstatovat, že užívání NNL v prostředí zábavy a nočního života se principiálně neliší od užívání v jiných oblastech či sférách (co se týče druhu látek atp.), výjimkou je pochopitelně intenzita či četnost užívání – toto prostředí je primárně vhodným pro začátek experimentu, a je hlavním prostředím pro tzv. rekreační/ tedy víkendové užívání.

#### – problémové formy užívání drog (odhady počtu, užívané drogy, vzorce užívání)

**Za rok 2013 činí odhad (realistický, spíše při dolní hranici) za Jihočeský kraj:**

- počet PUD v Jihočeském kraji cca 1 900 – 2 100 osob
  - z toho IUD cca 1 700 – 1 800 osob.

Převažuje cca ze ¾ užívání pervitinu, ¼ opiáty (především Subutex). Novým trendem je nárůst (převážně injekčního) užívání opiátu Vendal Retard (i mezi „tradičními“ uživateli pervitinu – klíčem je snadná dostupnost).

#### – užívání drog ve specifických skupinách (cizinci, etnické menšiny, skryté populace)

I v roce 2013 pokračovat trend z posledních let, tedy intenzivní užívání (nitrožilní) pervitinu v romské populaci. Zprávy přicházejí jak od organizací, které s Romy přímo pracují, tak od Romů samotných. Situace se pravděpodobně liší podle konkrétních komunit, nicméně některé informace terénních programů s dobrou znalostí místa a cílové skupiny jsou alarmující, jejich kvalifikované a odborně podložené odhady hovoří v některých místech až o cca 10 % injekčních uživatelů v některých věkových skupinách, což je oproti většinové populaci i více než desetinásobek dlouhodobého průměru.

U ostatních specifických skupin obyvatel kraje nemáme k tomuto tématu dostatek informací, nicméně vzhledem k problematice výroby a distribuce drog ve skupině cizinců – Vietnamců lze do budoucna předpokládat nárůst užívání i uvnitř této populace.

- **sociálně vyloučené lokality (uved'te počet soc. vyloučených lokalit, jejich stručnou charakteristiku, (jaká jsou tam opatření, nebo služby)**

Při popisu tzv. „vyloučených lokalit“ vycházíme z „Gabalovy analýza“ (2006), v roce 2010 byl na úrovni kraje proveden vlastními silami Oddělení prevence a humanitních činností menší průzkum menších lokalit (doplnění). Pro rok 2014 plánujeme významnější aktualizaci údajů o tomto jevu v podmínkách Jihočeského kraje, v roce 2013 (na podzim) byly započaty příslušné kroky.

Stručný přehled nejvýznamnějších lokalit (s vědomím, že všechny údaje nemusí být zcela aktuální, na řadě míst se situace vcelku rychle mění, jak adresy, tak počty obyvatel (zvláště tam, kde je jádrem lokality soukromá ubytovna zaměřená na osoby pobírající příspěvek na bydlení, dávky hmotné nouze apod., tam je ale zároveň obvyklá i silná migrace, nejen uvnitř kraje):

**České Budějovice** – LOKALITY: sídliště Máj, Okružní ulice, Vrbenská ulice; cca 350 – 550 obyvatel

**Písek** – LOKALITY: Svatoplukova, Purkratice; cca 50 – 100 obyvatel

**Tábor** – LOKALITA Fišlovka; cca 76 – 100 obyvatel

**Jindřichův Hradec** – LOKALITA Šindelna; cca 50 obyvatel

**Český Krumlov** – LOKALITA Sídlíště Mír, cca 300 obyvatel

**Větřní** – LOKALITY: Ubytovna, Rožmberská ul.; cca 200 – 275 obyvatel

**Prachovice** – LOKALITA Krumlovská ul.; cca 76 – 100 obyvatel

**Vimperk** – LOKALITA Pasovská ulice; cca 120 obyvatel

**Volary** – LOKALITA Ulice 5. Května; cca 100 – 150 obyvatel...

...a další, menší lokality. Dle našich poznatků a informací z terénu drogová problematika velmi významně zasahuje především lokality v Českých Budějovicích, Větřní, Vimperku.

- **uživatelé drog v léčbě a ve službách**

**Údaje poskytovatelé služeb, Jihočeský kraj:** Za klíčové považujeme pro účely tohoto odhadu počty klientů nízkoprahových služeb, v konzultaci s poskytovateli služeb dále očištěné o přesahy mezi místně dostupnými službami. Z větší části je území Jihočeského kraje pokryto službami „prvního kontaktu“ v přiměřeně místně dostupné míře, byť v personálním (finančním) zajištění služeb (týká se především časové dostupnosti obecně; v některých regionech i dostupnosti místní) rezervy vidíme.

**Tabulka:** Počet uživatelů drog (IUD a ostatní kategorie, pouze TP a KC – prosté součty)

	2004	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet klientů / UD	1207	1540	1637	1675	1795	1880	2 022
<b>z toho INJEKČNÍCH uživatelů drog</b>	<b>879</b>	<b>1200</b>	<b>1160</b>	<b>1347</b>	<b>1466</b>	<b>1422</b>	<b>1 545</b>
<b>z toho se základní drogou PERVITIN</b>	512	<b>1004</b>	<b>962</b>	<b>1212</b>	<b>1267</b>	<b>1272</b>	<b>1 442</b>
z toho se základní drogou heroin	122	38	53	40	33	14	30
z toho se základní drogou Subutex	-	235	184	215	227	250	225
<b>... OPIÁTY celkem</b>	-	<b>273</b>	<b>237</b>	<b>255</b>	<b>260</b>	<b>264</b>	<b>254</b>
z toho se základní drogou kanabinoidy	<b>107</b>	152	186	109	159	221	250
Průměrný věk klienta	23,8	<b>25,7</b>	<b>28</b>	<b>27,5</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>28</b>
Počet neuživatelů, kteří využili alespoň jednu službu programu	356	310	359	339	332	272	305

**Komentář k tabulce výše:** V tabulce jsou uvedeny součty za výhradně nízkoprahové služby (terénní programy a kontaktní centra), působící v Jihočeském kraji. Výhradně nízkoprahové služby jsou vybrány proto, aby nedocházelo k nadměrným duplicitám (jednotlivý klient by neměl být počítán dvakrát, aby nedošlo ke zkreslování reálné situace), neboť lze důvodně předpokládat, že by jeden klient mohl během jednoho roku ve statistice vyskytnout vícekrát – typickým příkladem by byl klient KC, který by v průběhu roku zahájil ambulantní léčbu (nebo by využil jakoukoli jinou službu – substituce, pobytová léčba apod.). V této tabulce jsou uvedeny prosté součty klientů služeb. Vzhledem k tomu, že ve většině regionů/ území okresu (tedy v mezích přiměřené dostupnosti) bývají realizované dva nízkoprahové programy, KC i TP, může docházet k přesahům.

Údaje o výkonnosti ostatních služeb, tedy včetně počtů klientů/ UD, jsou uvedeny v příslušné kapitole této zprávy. Údaje o počtu pacientů v ambulantní léčbě (PSO) nejsou dosud za rok 2013 k dispozici (Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje – vydává ÚZIS, bývá dostupná až v podzimních měsících následujícího roku).

#### – infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog

**Tabulka:** Virové hepatitidy v Jihočeském kraji v období 2008 až 2013 (srovnání; vývoj)

DG / rok	počet onemocnění celkem						v anamnéze i. v. aplikace drog						Podíl IUD
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013
VHA	15	13	9	4	3	1	3	2	1	0	1	0	0 %
akutní VHB	9	13	5	2	5	1	3	8	0	0	3	0	0 %
chron. VHB	22	22	19	13	12	12	0	2	1	1	1	3	25 %
akutní VHC	6	7	3	1	7	1	4	5	0	1	3	1	100 %
chron. VHC	108	87	65	48	83	102	98	79	57	42	68	84	82 %
VHE	-	-	-	13	6	7	-	-	-	-	-	-	0 %
<b>celkem</b>	<b>160</b>	<b>142</b>	<b>101</b>	<b>68</b>	<b>116</b>	<b>124</b>	<b>108</b>	<b>96</b>	<b>59</b>	<b>44</b>	<b>76</b>	<b>88</b>	<b>71 %</b>

ZDROJ: Výroční zprávy Hyg. stanice Hl. m. Prahy, KHS Č. Budějovice

**Tabulka:** Celkový počet onemocnění virovými hepatitidami v Jihočeském kraji – rok 2013

	VHA	VHB akut	VHC akut	VHE	VHB chron	VHC chron	Celkem
Č. Budějovice	0	1	1	4	5	18	29
Č. Krumlov	0	0	0	0	2	62	64
J. Hradec	0	0	0	0	0	4	4
Písek	0	0	0	0	0	0	0
Prachatice	0	0	0	0	2	6	8
Strakonice	1	0	0	3	2	6	12
Tábor	0	0	0	0	1	6	7
<b>Celkem 2013</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>102</b>	<b>124</b>
Celkem 2012	3	5	7	6	12	83	116
Celkem 2011	4	3	1	13	13	48	82
Celkem 2010	9	5	3	3	19	65	106
Celkem 2009	13	13	7	8	22	87	150

ZDROJ: KHS Č. Budějovice

**Tabulka:** Celkový počet onemocnění virovými hepatitidami v Jihočeském kraji, vybrané věkové skupiny, rok 2012 (a srovnání 2009 až 2011)

Věková skupina	Celkový počet					Z toho: i.v. narkomani				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
15 - 19	9	8	3	7	5	7	6	3	4	3
20 - 24	32	15	16	20	29	23	12	14	16	24
25 - 34	69	37	25	49	57	55	24	20	39	46
35 - 44	20	29	12	27	25	11	15	5	17	15
45 - 54	10	7	12	0	4	0	2	1	0	0
<b>celkem</b>	<b>140</b>	<b>96</b>	<b>82</b>	<b>116</b>		<b>96</b>	<b>59</b>	<b>43</b>	<b>76</b>	

Komentář: Na počtu VHC chronické u i. v. (nitrožilních) uživatelů drog se významně podepisuje existence PL Červený Dvůr (nachází se v okrese Český Krumlov). Stejně jako v přecházejících zprávách lze důvodně předpokládat, že skutečný stav v této oblasti nejen u i. v. uživatelů, ale i u dalších cílových skupin bude poněkud odlišný (vyšší, nerozpoznaný průběh). V první řadě to bude souviset s dostupností testování a následných zdravotních služeb a vlastní léčby, která není rozhodně ideální.

Informace k situaci v kraji ohledně **HIV/AIDS** je zpracována podle statistik Národního programu boje proti AIDS v ČR (<http://www.aids-hiv.cz>). Z měsíčních přehledů za rok 2013 vyplývá, že:

- **V Jihočeském kraji bylo k 31. prosinci 2012 (za období od 1. 10. 1985) zaznamenáno 66 HIV pozitivních osob, z toho 15 osob s nemocí AIDS;**
  - v celé ČR je to 2 122 případů HIV+, z toho 399 AIDS;
- **Za rok 2012 přibylo v kraji 8 nových případů** (celkem 6 mužů, dvě ženy, z toho všechny přenos sexuální cestou – homosexuální, bisexuální, heterosexuální – nebyl zaznamenán žádný přenos injekčním užíváním drog);
  - za rok 2013 v celé ČR přibylo 235 nových případů HIV (153 v roce 2011, 212 v roce 2012)
  - Jihočeský kraj se v počtu osob, nakažených virem HIV nachází na 8. místě mezi kraji ČR (první Praha – 1 033 případů, nejnižší výskyt kraj Vysočina – 22 osob).

– **předávkování, včetně smrtelných**

K této oblasti nemáme aktuální informace, vycházíme naopak z odborně ověřených informací, které zpracovává NMS ve VZ za celou ČR.

– **další zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním drog**

K této oblasti nemáme aktuální informace, vycházíme naopak z odborně ověřených informací, které zpracovává NMS ve VZ za celou ČR.

– **nově se objevující trendy a fenomény např. užívání nových látek nebo kombinace látek, nové způsoby aplikace, nové skupiny uživatelů**

Platí stále dlouhodobý trend, popsany již v minulých zprávách. Jihočeská drogová scéna je poměrně konzervativní, významné nové trendy nepozorujeme (máme na mysli oblast problémového či rizikového užívání). Vycházíme-li z údajů od protidrogových služeb, je na trvalém vzestupu užívání pervitinu, v posledních letech provázené mírným, ale setrvalým růstem injekčního užívání.

V oblasti opiátů se objevuje užívání léků na této bázi, především Vendalu Retard. První signály se začaly objevovat v roce 2011, nyní se jedná již o poměrně rozšířený fenomén. Dle poznatků, které mají k dispozici pracovníci nízkoprahových služeb a substitučního programu, především v Českých Budějovicích, se jedná o léky, které uživatelé získávají na předpisy, vydané lékaři. O pozadí můžeme pouze spekulovat, ale na rozdíl od Subutexu se jedná lék s minimálním doplatkem (v řádu korun), byť sami uživatelé naznačují (neověřeno), že za předpis platí přímo lékaři, sám lék je pak předmětem černého trhu (cca 150 Kč/tbl.).

Vendal (Morfin) je silné anestetikum, určené pro tlášení silné až velmi silné bolesti (terminální stadium rakoviny a srovnatelné obtíže), a dle příbalového letáku nesmí být užíván při známé lékové závislosti... (předpokládejme, že ani při jiné látkové závislosti...), což jsou minimálně dvě kategorie, které průměrný jihočeský uživatel drog opiátového typu jistě nespĺňuje.

– **nové syntetické drogy, míra jejich rozšíření, trh (nabídka) s novými syntetickými drogami**

O míře rozšíření tzv. „nových syntetických drog“ nemáme věrohodné informace. Jejich uživatelé se ve službách (dosud) neobjevují, stejně jako nejsou předmětem trestního stíhání (včetně dealerů). Respektive přesněji by se dalo říci, že uživatelé tzv. „tradičních“ návykových látek experimenty s „novými“ drogami popisují a připouštějí, ale jedná se spíše o jednorázové experimenty, nové syntetické drogy se nestávají (pravděpodobně i díky málo předvídatelným účinkům a jistému „tradicionalismu“ místních uživatelů) hlavní, nebo alespoň pravidelněji užívanou látkou na drogové scéně Jihočeského kraje.

Jeví se jako reálné, že míra užívání těchto látek ani v obecné populaci není nijak významná (aniž bychom zlehčovali známá rizika), a to možná i díky tomu, že ČR díky především NMS zachytila tento trend včas, a objektivní informace o možných rizicích apod. se dostaly do povědomí širší veřejnosti dříve, než se mohly „usadit“ informace od samotných prodejců nebo dealerů, na rozdíl kupříkladu od pervitinu nebo marihuany, kde jsou zavádějící informace a (zdraví a životu) nebezpečné „mýty“ usazené v širším povědomí velmi hluboko.

#### – hraní sázkových a hazardních her, zdravotní a sociální dopady gamblingu

Tzv. „gambling“ není ani v podmínkách Jihočeského kraje nový jev. Nicméně vzhledem k jeho charakteru je téměř nemožné získat o rozšíření především rizikového hráčství (spíše by se hodil výraz „rizikového prohrávání“) podrobné a odborně podložené informace (což ostatně platí i pro úroveň národní). „Problémoví“ hráči (můžeme použít tento termín) jsou spíše klienty sociálních služeb a sociálního systému jako takového (platí i pro jejich rodiny), v adiktologických službách se téměř nevyskytují, četnost jejich kontaktů s psychiatrickými ordinacemi v oblasti ambulantní léčby mnohdy a mnohde závisí na ochotě a odbornosti konkrétního lékaře/ psychiatra, psychologa (otázka dostupnosti služeb). Zdá se, že roste využívání rezidenční léčby, ale pro faktickou nemožnost získat z jednotlivých léčeben údaje o zastoupení pacientů podle krajů nemůžeme posuzovat vývoj v této oblasti speciálně pro kraj Jihočeský. Jediným v současné době dostupným vodítkem jsou údaje PL Červený Dvůr, kde mezi lety 2009 a 2013 došlo k vzestupu pacientů s dg. F 63.0 (syndrom patologického hráčství) ze 3 % Na 5 % (absolutně v roce 2013 36 pacientů; ale ani zde nemáme údaje o původu klientů, můžeme jen předpokládat, že obyvatelé celé ČR jsou zastoupeni obdobně jako u ostatních diagnóz).

Ani sociální služby tuto cílovou skupinu zvláště nesledují, obvykle se tito klienti dostávají do péče v oblasti dluhového poradenství, a jejich rodiny s otázkou prostého ekonomického přežití.

Stručně shrnuto: Jedná se o oblast dosud víceméně skrytou, i díky dlouhodobě „úspěšné strategii“ lobby provozovatelů tzv. „výherních“ automatů a přístrojů a spolupracujících organizací a institucí (bez komentáře).

V Jihočeském kraji (stejně jako na ostatním území ČR) minimálně poslední dva až tři roky trvá stav jisté „rozpolcenosti“ měst a obcí v souvislosti s povolováním výherních automatů. Na straně jedné jsou příjmy od provozovatelů ne významným příjmem obecních rozpočtů (který bývá přerozdělován na prospěšné aktivity, sportovní, vzdělávací nebo sociální, což ovšem vyvolává u odpovědnějších a přemýšlejících příjemců takto získaných prostředků dilema, do jaké míry je etické přijímat finanční prostředky, které jsou získány v mnoha případech na úkor celých rodin), na straně druhé si etické dilema uvědomují i některé obce. Povolit či nepovolit výherní automaty se stává spíše než odborným sporem otázkou politickou, kde naopak někteří příjemci dotací hrají roli silných lobby proti omezování provozu těchto zařízení.

#### – drogová kriminalita:

- výroba a distribuce drog v kraji (zejména pervitin, marihuana, mimořádné případy co do rozsahu, počtu pachatelů, množství zachycených drog, zapojení různých etnických a dalších skupin)

### Statistické údaje za rok 2013:

**Tabulka:** Počty a struktura stíhaných osob za drogové trestné činy (srovnání 2006 – 2013)

TOXI CELKEM	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
stíhaných osob	161	152	178	127	178*	193	188	259
osoby do 15 let	9	8	6	3	1	2	1	5
osoby 16-18 let	25	14	18	10	10	17	11	7
dospělí	127	130	154	114	167	174	182	247
muži	141	131	139	104	145	168	163	198
ženy	20	21	29	23	33	25	31	49

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2006 – 2013); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje



**Tabulka:** Trestné činy dle paragrafů / zahájeno trestní řízení, Jihočeský kraj 2013 (srovnání od 2009)

§	187	187a	188	188a	283	284	285	286	287	288
Počet TČ 2009	135	27	13	4	-	-	-	-	-	-
Počet TČ 2010	17	2	0	1	130	20	16	12	0	0
Počet TČ 2011	1	0	0	0	152	27	19	8	2	0
Počet TČ 2012	-	-	-	-	167	20	12	10	1	0
<b>Počet TČ 2013</b>					<b>190</b>	<b>30</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>0</b>

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2009 – 2013); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

**Tabulka:** Trestné čina a pachatelé podle okresů (srovnání 2010 - 2013)

okres	Realizace				Pachatelé			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
České Budějovice	59	48	46	<b>55</b>	63	56	50	<b>59</b>
Český Krumlov	10	10	14	<b>20</b>	16	13	14	<b>24</b>
Jindřichův Hradec	12	14	8	<b>17</b>	16	19	12	<b>23</b>
Písek	14	13	17	<b>33</b>	15	16	21	<b>52</b>
Prachatice	8	10	9	<b>11</b>	11	12	13	<b>20</b>
Strakonice	9	6	5	<b>11</b>	9	8	7	<b>12</b>
Tábor	7	28	37	<b>17</b>	28	52	57	<b>29</b>
KŘ	5	4	5	<b>3</b>	15	16	14	<b>11</b>
<b>CELKEM</b>	<b>124</b>	<b>133</b>	<b>141</b>	<b>167</b>	<b>173</b>	<b>192</b>	<b>188</b>	<b>230</b>

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2010 – 2013); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

**Tabulka:** Množství zadržených OPL, Jihočeský kraj 2013 (srovnání od 2009)

	cannabis (g)	cannabis - rostliny (ks)	cannabis - pěstírna	hašiš (g)	heroin (g)	metamfetamin (g)	metamfetamin - varna
2009	13 058	1 406	4	0,5	49,4	72,70	10
2010	27 094,80	3 289	13	0	0	110,73	13
2011	40 113,15	885	7	0	0	386,13	14
2012	54 201,20	5 107	8	0	0	23,21 + 92,20 pseudoefedrin	12
<b>2013</b>	<b>24 501,30</b>	<b>2 343</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>324,30</b>	<b>16</b>

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2009 – 2012); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

**Komentář:** V Jihočeském kraji zůstává i nadále výrazným problémem masová nelegální výroba metamfetaminu v domácích, tzv. „kuchyňských“ laboratořích. Trvá vysoký podíl zapojení vietnamských občanů do velkoobjemové výroby a distribuce metamfetaminu, jež je orientována na pokrytí zvýšené poptávky v příhraničních oblastech se SRN a Rakouskem. Rozhodujícím prvkem při páchnání trestné činnosti směrem do zahraničí jsou vietnamské příhraniční tržnice na české straně hranic, které zásobují zákazníky nejen marihuanou, ale i metamfetaminem. Jednotliví zákazníci si odvázejí sice většinou relativně malá množství drogy, ale vzhledem k počtům odběratelů se jedná globálně o významná množství. Relativně již dlouho známou praxí je i „výjezd expertů“ (vaříčů) přímo do zahraničí. Dalším relativně běžným jevem v Jihočeském příhraničí je spojení „sexturistiky“ s „drogovou turistikou“, zákazníci, převážně z německy mluvících zemí často požadují obojí. Dalším trendem v rámci kraje je skutečnost, že romská populace se stále častěji zapojuje do obchodu s metamfetaminem (včetně výroby, jev před několika málo lety velmi vzácný).

Výrazným trendem posledních asi dvou let (první zprávy cca v polovině roku 2012) je v oblasti opiátů významný příliv „legálních“ léčiv na drogovou scénu, zvláště se jedná o lék **Vendal Retard**. Byť se v Jihočeských policejních statistikách za rok 2013 mezi zadrženými drogami neobjevuje. Podle zpráv z terénu se jedná (minimálně v převážné většině) o lék vydaný na předpis, získaný od lékaře (tedy nikoli získaný trestnou činností samotných uživatelů - krádeže, pašování apod.).

- **drogové trestné činy a přestupky** – rozdělení podle drog uvedených v

### Drogová problematika klientů PMS ČR – Jihočeský soudní kraj

V roce 2013 bylo na střediscích PMS ČR v Jihočeském soudním kraji evidováno celkem 108 spisů klientů, u kterých byla zaznamenána trestná činnost v souvislosti s drogovou problematikou. Ze statistiky vyplývá, že celkem 74 evidovaných klientů spáchalo trestné činy vymezené pod označením nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, přechovávání OPL, nedovolené pěstování rostlin obsahující OPL, výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, šíření toxikomanie. Další skupinu (tj. ostatní tr. činnost) tvoří odsouzení, kteří spáchali např. tr. čin krádeže z důvodu opatření finančních zdrojů na nákup drog. Do ostatní tr. činnosti spadají také tr. činy – ohrožení pod vlivem návykové látky, vyhrožování s cílem působit na úřední osobu, omezování osobní svobody, apod. V tabulce je uveden i poměr mezi celkovým nápadem nových případů v jednotlivých okresech a počtem klientů evidovaných s drogovou problematikou. V souvislosti s účinností nového tr. zákoníku č. 40/2009 Sb. (od 1. 1. 2010) došlo k přečíslování tr. činů (např. v minulosti tr. činy nedovolená výroba a držení OPL pod kategorií §§187, 187a 188 a 188a máme v novém tr. zákoníku uvedeny pod kategorií §§283-287). Z toho vyplývá, že technické zpracování statistiky ze systému LOTUS NOTES je velmi problematické. Aktuálně může dojít ke zkreslení údajů u 2-3 klientů (převážně ve fázi podmíněného propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, viz §§187, 188). Mírné snížení počtu klientů, kteří byli evidováni v souvislosti s drogovou kriminalitou, souvisí též s celkovým poklesem nápadu v roce 2013 a to z důvodu amnestie prezidenta republiky vyhlášené dne 1. 1. 2013. Na základě amnestie byly prominuty všechny tresty obecně prospěšných prací, tresty domácího vězení, část trestů podmíněně odsouzených a podmíněně propuštěných. Ze statistiky PMS vyplývá, že není možno bez tohoto aspektu porovnávat nápad roku 2013 s nápadem z let minulých. Dalším podstatným jevem je skutečnost, že na většinu amnestovaných je hleděno, jako by odsouzení nebyli, tj. průběžný nápad středisek PMS se odvíjel od reálné trestné činnosti, která byla řešena od 1. 1. 2013. Zde se jedná o hypotézu, že fakticky nová trestná činnost mohla být soudy řešena uložením podmíněných odsouzení (bez uložení dohledu probačního úředníka) a z toho důvodu se nápad PMS odvíjel od návazné trestné činnosti, popř. od typu spáchaného trestného činu.

Tabulka 4.9: Přehled trestné činnosti a počet evidovaných klientů v rámci jednotlivých soudních okresů, rok 2013

	Tr. činy spojené s drog. kriminalitou	Ostatní trestná činnost	Počet klientů – CELKEM (nápad nových případů)
<b>České Budějovice</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>502</b>
<b>Český Krumlov</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>241</b>
<b>Jindřichův Hradec</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>310</b>
<b>Písek</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>129</b>
<b>Prachatice</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>117</b>
<b>Strakonice</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>161</b>
<b>Tábor</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>176</b>

#### Závěr:

Při vycházení ze základního předpokladu, že pracovníci PMS ČR přistupují ke všem klientům rovnoměrně, docházíme k tomuto výsledku. Činnost Probační a mediační služby ČR se odvíjí ze základních cílů: a) kontrola pachatelů, b) podpora a pomoc obětem tr. činů, c) zapojení komunity do řešení následků trestné činnosti. Ty jsou doplněny posláním, které vede ke zprostředkování účinného a společensky prospěšného řešení konfliktu spojeného s trestnou činností, zajištění efektivního výkonu alternativních trestů a kvalitní práci s obětí trestného činu. Z toho vyplývá, že pokud klient nespáchá tr. činnost vymezenou pod označením nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, přechovávání OPL, nedovolené pěstování rostlin obsahující OPL, výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, šíření toxikomanie, **popř. zda soud spolu s jiným trestem neukládá ochranné léčení** je obtížně rozpoznatelné, zda jeho jiná tr. činnost (např. krádež) byla motivována potřebou získat finanční zdroj na nákup OPL. Praxe ukazuje, že u klientů, kterým byl uložen trest OPP (obecně prospěšné práce) není ani vzhledem k menšímu počtu konzultací prostor takovou souvislost odhalit. Naproti tomu je zjevné, že při práci s klientem v rámci uloženého probačního dohledu (zkušební doby v průměrné délce 3 – 4 roky) je možno na toto téma s odsouzeným hovořit a zde je opět naše zjištění závislé pouze na jeho sdělení. Zde se jeví jako účinné vyhodnocení informací při zjišťování rizik a potřeb klientů. Hodnocení rizik a potřeb pachatele není vnímáno jako cíl sám o sobě, ale jako prostředek pro další zacházení a působení na hodnocenou osobu. Z tohoto důvodu je možné při sestavování probačního plánu dohledu zapracovat na základě dobrovolnosti ze strany klienta systém namátkového testování na přítomnost alkoholu a OPL. Pracovníci PMS ČR nejsou zatím školeni na rozpoznání různých závislostí a veškeré informace jsou do elektronického systému AIS PMS (Lotus Notes) zaznamenávány

pouze na výsledku rozhovoru s klientem. Z tohoto důvodu se může některá informace související s popsáním tématem do systému zadat později a tím se v aktuální statistice neobjeví.

Jiná situace se nabízí s možností ukládání nových institutů tr. zákoníku (tj. trest domácího vězení, trest zákazu vstupu na sportovní, kulturní a jiné společenské akce a možnosti propuštění z ochranného léčení dle §99, odst. 6 tr. zákoníku). Na základě přijetí nových národních metodických standardů mohou pracovníci vykonávat svou činnost ještě ve fázi před rozhodnutím soudu (např. institut předběžného šetření před uložením trestu domácího vězení). Při této činnosti na základě analýzy rizik obviněného můžeme příslušnému soudci navrhnout, aby klientovi byl určitý typ trestu zpřísněn formou přiměřeného omezení a přiměřené povinnosti – např. podrobit se namátkovému testování na přítomnost OPL, které provádí PMS ČR, popř. zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek.

V současnosti jsou všechna střediska PMS ČR v JČ kraji (i republikově) vybavena orientačními testy na přítomnost OPL ze slin a z moči. Zároveň je smluvně zajištěna možnost sekundárního testování vzorků metodou plynové chromatografie v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Tato možnost je využívána zejména ve sporných případech.

Od roku 2011 jsou všichni pracovníci JČ soudního kraje proškoleni v dovednosti použití a vyhodnocení těchto testů. Testy jsou využívány jak během konzultací na střediscích PMS ČR, tak i v terénu, během konzultací např. v bydlišti klientů, v místě výkonu trestu obecně prospěšných prací apod. Průběžně jsou proškoleni noví zaměstnanci a zároveň jsou realizovány semináře s drogovou problematikou (např. únor 2012 - Možnosti využití testování na přítomnost OPL u klientů PMS/ Protidrogové služby v Jihočeském regionu; říjen 2012 - Princip, použití a interpretace rychlých testů na drogy, červen 2013 Používání drogových testů a říjen 2013 Drogové testování v probačních činnostech, práce s uživateli drog.) zaměřené na práci s uživateli OPL - klienty PMS.

#### **Přehled využívání drogových testů v roce 2013**

<b>Soudní kraj</b>	<b>Počet testů</b>	<b>Počet klientů</b>	<b>Testy 6ti slož. slinné</b>	<b>Testy 3slož. slinné</b>	<b>Močové testy</b>	<b>Externí testy</b>	<b>Neuvedeno</b>	<b>Pozitivní testy</b>
<b>Jihočeský</b>	362	133	47	98	216	0	1	81

Lze konstatovat, že drogové testování se stalo běžnou součástí praxe pracovníků PMS ČR. Testy jsou využívány zcela napříč spektrem klientů PMS ČR, ať již v oblasti přípravného řízení (před rozhodnutím soudu nebo státního zástupce) nebo v průběhu vykonávacího řízení (po pravomocném rozhodnutí soudu). Počty testovaných se zvyšují a evidujeme v této oblasti zlepšující se spolupráci s OČTR, kdy v rámci řady ukládaných trestů či trestních opatření je zároveň uložena povinnost drogového testování. Testy jsou využívány jako účinný kontrolní nástroj, ale i jako nástroj motivační, a to zejména u mladistvých a nezletilých klientů PMS ČR.

Zdroj: Mgr. Martin Pilný, regionální vedoucí PMS Jihočeského soudního kraje

- , Tabulka 1-2 a Tabulka 1-3). Žádáme Vás o vyplnění uvedených tabulek, neboť celostátní systém vykazování přestupků neumožňuje sledování přestupků držení drogy a pěstování rostliny či houby obsahující OPL podle drog (druhů rostlin),

### Statistické údaje o přestupcích – Jihočeský kraj 2013

Údaje máme k dispozici od (zatím) 17 obcí s rozšířenou působností v Jihočeském kraji, z toho pět obcí nevykázalo žádný přestupek (zpracovávány ani projednaný).

Celkový počet přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) **ke zpracování** v roce 2013: **96**

Celkový počet přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) **projednaných** v roce 2013: **60**

Tabulka 1-1: Počet pachatelů přestupků **projednaných** v r. 2013 podle § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle věku pachatele a druhu drogy:

Přestupky držení drog § 30 odst. 1, písm. j	Věk osoby	
	Do 18 let	Přes 18 let
Konopné drogy	10	27
Pervitin	0	3
Další a jiné OPL	0	0
<b>Celkem osob</b>	<b>10</b>	<b>30</b>

**Poznámka:** "Celkem osob" nemusí být součtem osob ve sloupci, protože jedna osoba mohla být sankcionována za držení více drog zároveň. Např. 1 osoba, která byla sankcionována zároveň za držení konopných drog, pervitinu a extáze, bude vykázána v každém řádku podle typu drogy, ale jen jednou v řádku „Celkem osob“.

**Poznámka 2:** V roce 2012 to bylo celkem 19 osob do 18 let, 64 osob nad 18 let (dle údajů získaných přímo od obcí).

Tabulka 1-2: Počet pachatelů přestupků **projednaných** v r. 2012 podle § 30, odst. 1, písm. k) zákona č. 200/1990 Sb. podle věku pachatele a druhu drogy:

Přestupky pěstování rostlin a hub § 30 odst. 1, písm. k	Věk osoby	
	Do 18 let	Přes 18 let
Rostliny konopí	2	26
Jiné rostliny nebo houby obsahující OPL	0	0
<b>Celkem osob</b>	<b>2</b>	<b>26</b>

**Poznámka:** "Celkem osob" nemusí být součtem osob ve sloupci, protože jedna osoba mohla být sankcionována za držení více drog zároveň. Např. 1 osoba, která byla sankcionována zároveň za držení konopných drog, pervitinu a extáze, bude vykázána v každém řádku podle typu drogy, ale jen jednou v řádku „Celkem osob“.

**Poznámka 2:** V roce 2012 to bylo celkem 1 osoba do 18 let, 20 osob nad 18 let (dle údajů přímo od obcí).

Tabulka 1-3 Množství drog zajištěných v rámci **projednaných** přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle druhu drogy:

Druh drogy	Celkové množství
Konopné drogy (g)	314,338
Rostliny konopí (ks rostlin)	38
Pervitin (g)	3,23
Extáze (ks tablet)	0
Heroin (g)	0
Kokain (g)	0
Subutex/ Suboxone (ks tablet)	0
Houby obsahující OPL (ks)	0
Jiné rostliny obsahující OPL (ks)	0

- **sekundární drogová kriminalita:**

U této problematiky nedisponujeme věrohodnými, relevantními informacemi.

## SAMOSTATNÁ KAPITOLA – PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA

### Drogová problematika klientů PMS ČR – Jihočeský soudní kraj

V roce 2013 bylo na střediscích PMS ČR v Jihočeském soudním kraji evidováno celkem 108 spisů klientů, u kterých byla zaznamenána trestná činnost v souvislosti s drogovou problematikou. Ze statistiky vyplývá, že celkem 74 evidovaných klientů spáchalo trestné činy vymezené pod označením nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, přechovávání OPL, nedovolené pěstování rostlin obsahující OPL, výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, šíření toxikomanie. Další skupinu (tj. ostatní tr. činnost) tvoří odsouzení, kteří spáchali např. tr. čin krádeže z důvodu opatření finančních zdrojů na nákup drog. Do ostatní tr. činnosti spadají také tr. činy – ohrožení pod vlivem návykové látky, vyhrožování s cílem působit na úřední osobu, omezování osobní svobody, apod. V tabulce je uveden i poměr mezi celkovým nápadem nových případů v jednotlivých okresech a počtem klientů evidovaných s drogovou problematikou. V souvislosti s účinností nového tr. zákoníku č. 40/2009 Sb. (od 1. 1. 2010) došlo k přečíslování tr. činů (např. v minulosti tr. činy nedovolená výroba a držení OPL pod kategorií §§187, 187a 188 a 188a máme v novém tr. zákoníku uvedeny pod kategorií §§283-287). Z toho vyplývá, že technické zpracování statistiky ze systému LOTUS NOTES je velmi problematické. Aktuálně může dojít ke zkreslení údajů u 2-3 klientů (převážně ve fázi podmíněného propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, viz §§187, 188). Mírné snížení počtu klientů, kteří byli evidováni v souvislosti s drogovou kriminalitou, souvisí též s celkovým poklesem nápadu v roce 2013 a to z důvodu amnestie prezidenta republiky vyhlášené dne 1. 1. 2013. Na základě amnestie byly prominuty všechny tresty obecně prospěšných prací, tresty domácího vězení, část trestů podmíněně odsouzených a podmíněně propuštěných. Ze statistiky PMS vyplývá, že není možno bez tohoto aspektu porovnávat nápad roku 2013 s nápadem z let minulých. Dalším podstatným jevem je skutečnost, že na většinu amnestovaných je hleděno, jako by odsouzení nebyli, tj. průběžný nápad středisek PMS se odvíjel od reálné trestné činnosti, která byla řešena od 1. 1. 2013. Zde se jedná o hypotézu, že fakticky nová trestná činnost mohla být soudy řešena uložením podmíněných odsouzení (bez uložení dohledu probačního úředníka) a z toho důvodu se nápad PMS odvíjel od návazné trestné činnosti, popř. od typu spáchaného trestného činu.

**Tabulka 4.9: Přehled trestné činnosti a počet evidovaných klientů v rámci jednotlivých soudních okresů, rok 2013**

	Tr. činy spojené s drog. kriminalitou	Ostatní trestná činnost	Počet klientů – CELKEM (nápad nových případů)
České Budějovice	24	10	502
Český Krumlov	11	6	241
Jindřichův Hradec	7	4	310
Písek	2	2	129
Prachatice	3	1	117
Strakonice	2	3	161
Tábor	25	8	176

#### Závěr:

Při vycházení ze základního předpokladu, že pracovníci PMS ČR přistupují ke všem klientům rovnoměrně, docházíme k tomuto výsledku. Činnost Probační a mediační služby ČR se odvíjí ze základních cílů: a) kontrola pachatelů, b) podpora a pomoc obětem tr. činů, c) zapojení komunity do řešení následků trestné činnosti. Ty jsou doplněny posláním, které vede ke zprostředkování účinného a společensky prospěšného řešení konfliktu spojeného s trestnou činností, zajištění efektivního výkonu alternativních trestů a kvalitní práci s obětí trestného činu. Z toho vyplývá, že pokud klient nespáchá tr. činnost vymezenou pod označením nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, přechovávání OPL, nedovolené pěstování rostlin obsahující OPL, výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, šíření toxikomanie, **popř. zda soud spolu s jiným trestem neukládá ochranné léčení** je obtížně rozpoznatelné, zda jeho jiná tr. činnost (např. krádež) byla motivována potřebou získat finanční zdroj na nákup OPL. Praxe ukazuje, že u klientů, kterým byl uložen trest OPP (obecně prospěšné práce) není ani vzhledem k menšímu počtu konzultací prostor takovou souvislost odhalit. Naproti tomu je zjevné, že při práci s klientem v rámci uloženého probačního dohledu (zkušební doby v průměrné délce 3 – 4 roky) je možno na toto téma s odsouzeným hovořit a zde je opět naše zjištění závislé pouze na jeho sdělení. Zde se jeví jako účinné vyhodnocení informací při zjišťování rizik a potřeb klientů. Hodnocení rizik a potřeb pachatele není vnímáno jako cíl sám o sobě, ale jako prostředek pro další zacházení a působení na hodnocenou osobu. Z tohoto důvodu je možné při sestavování probačního plánu dohledu zapracovat na základě dobrovolnosti ze strany klienta systém namátkového testování na přítomnost alkoholu a OPL. Pracovníci PMS ČR nejsou zatím školeni na rozpoznání různých závislostí a veškeré informace jsou do elektronického systému AIS PMS (Lotus Notes) zaznamenávány

pouze na výsledku rozhovoru s klientem. Z tohoto důvodu se může některá informace související s popsáním tématem do systému zadat později a tím se v aktuální statistice neobjeví.

Jiná situace se nabízí s možností ukládání nových institutů tr. zákoníku (tj. trest domácího vězení, trest zákazu vstupu na sportovní, kulturní a jiné společenské akce a možnosti propuštění z ochranného léčení dle §99, odst. 6 tr. zákoníku). Na základě přijetí nových národních metodických standardů mohou pracovníci vykonávat svou činnost ještě ve fázi před rozhodnutím soudu (např. institut předběžného šetření před uložením trestu domácího vězení). Při této činnosti na základě analýzy rizik obviněného můžeme příslušnému soudci navrhnout, aby klientovi byl určitý typ trestu zpřísněn formou přiměřeného omezení a přiměřené povinnosti – např. podrobit se namátkovému testování na přítomnost OPL, které provádí PMS ČR, popř. zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek.

V současnosti jsou všechna střediska PMS ČR v JČ kraji (i republikově) vybavena orientačními testy na přítomnost OPL ze slin a z moči. Zároveň je smluvně zajištěna možnost sekundárního testování vzorků metodou plynové chromatografie v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Tato možnost je využívána zejména ve sporných případech.

Od roku 2011 jsou všichni pracovníci JČ soudního kraje proškoleni v dovednosti použití a vyhodnocení těchto testů. Testy jsou využívány jak během konzultací na střediscích PMS ČR, tak i v terénu, během konzultací např. v bydlišti klientů, v místě výkonu trestu obecně prospěšných prací apod. Průběžně jsou proškoleni noví zaměstnanci a zároveň jsou realizovány semináře s drogovou problematikou (např. únor 2012 - Možnosti využití testování na přítomnost OPL u klientů PMS/ Protidrogové služby v Jihočeském regionu; říjen 2012 - Princip, použití a interpretace rychlých testů na drogy, červen 2013 Používání drogových testů a říjen 2013 Drogové testování v probačních činnostech, práce s uživateli drog.) zaměřené na práci s uživateli OPL - klienty PMS.

#### **Přehled využívání drogových testů v roce 2013**

<b>Soudní kraj</b>	<b>Počet testů</b>	<b>Počet klientů</b>	<b>Testy 6ti slož. slinné</b>	<b>Testy 3slož. slinné</b>	<b>Močové testy</b>	<b>Externí testy</b>	<b>Neuvedeno</b>	<b>Pozitivní testy</b>
<b>Jihočeský</b>	362	133	47	98	216	0	1	81

Lze konstatovat, že drogové testování se stalo běžnou součástí praxe pracovníků PMS ČR. Testy jsou využívány zcela napříč spektrem klientů PMS ČR, ať již v oblasti přípravného řízení (před rozhodnutím soudu nebo státního zástupce) nebo v průběhu vykonávacího řízení (po pravomocném rozhodnutí soudu). Počty testovaných se zvyšují a evidujeme v této oblasti zlepšující se spolupráci s OČTR, kdy v rámci řady ukládaných trestů či trestních opatření je zároveň uložena povinnost drogového testování. Testy jsou využívány jako účinný kontrolní nástroj, ale i jako nástroj motivační, a to zejména u mladistvých a nezletilých klientů PMS ČR.

Zdroj: Mgr. Martin Pilný, regionální vedoucí PMS Jihočeského soudního kraje

## 2 Koordinace protidrogové politiky

### 2.1 Institucionální zajištění

#### 2.1.1 Krajské institucionální zajištění koordinace

- **Krajský protidrogový koordinátor**
  - Jméno: **Mgr. Marek Nerud**
  - Kontaktní údaje: **Jihočeský kraj – Krajský úřad, U Zimního stadionu 1952/2, 370 76 České Budějovice, tel.: 386 720 649, e-mail: nerud@kraj-jihocesky.cz**
  - Vykonává funkci KPK od data: **květen 2006**
  - Zařazení ve struktuře úřadu kraje: **Odbor sociálních věcí a zdravotnictví – Oddělení prevence a humanitních činností**
  - Přímý nadřízený (jméno, funkce): **Mgr. Petr Studenovský, vedoucí OSVZ**
  - Velikost pracovního úvazku KPK: **1,0**
  - Jiné agendy vykonávané KPK: **vedoucí oddělení prevence a humanitních činností**
  - změny v r. 2013 (změna postavení, zařazení KPK, změna úvazku apod.) – **beze změn**
  
- **Krajská protidrogová komise**
  - uveďte, zda je komise zřízená v kraji, zda jde o specifickou protidrogovou komisi, nebo o komisi se širším záběrem, řešící také otázky protidrogové politiky: **jedná se o poradní orgán samosprávy, vytvořený pro specifickou oblast protidrogové politiky**
  - Název komise: **Krajská protidrogová koordinační skupina**
  - Vznik krajské komise (rok): **2002**
  - Zařazení komise (např. jako poradní orgán hejtmána, Rady...): **poradní orgán náměstkyně hejtmána pro sociální oblast (Mgr. Ivana Stráská)**
  
  - složení komise (seznam členů) ve struktuře:

Jméno a příjmení	Instituce	Funkce v instituci
Mgr. Marek Nerud	Jihočeský kraj – Krajský úřad	vedoucí OPHČ, krajský protidrogový koordinátor
Mgr. Pavlína Čalounová	Jihočeský kraj – Krajský úřad	krajský školský koordinátor prevence rizikového chování
Kpt. Michal Frydrych	Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje	
Mgr. Petr Šulista	PPP Č. Budějovice	ředitel PPP Č. Budějovice
MUDr. Květoslava Kotrbová, Ph.D.	KHS Č. Budějovice	Odbor zdravotní politiky KHS
Mgr. Jaroslava Víznerová	MěÚ Vodňany	vedoucí Odboru SVaZ
Jaroslav Rapant	MěÚ Písek	zástupce velitele MěPo Písek
Bc. Janoušková Václava	MěÚ Kaplice	kurátor - Odbor SVaZ
Mgr. Vladislav Vlášek	MěÚ Trhové Sviny	kurátor - Odbor SVaZ
Kateřina Malečková	MěÚ Blatná	vedoucí Odboru SVaZ
Lenka Tomanová	MěÚ Vimperk	sociální pracovník - Odbor SVaZ
Pavla Jansová, DiS	MěÚ Milevsko	zást. vedoucího - Odbor soc. věcí
Marta Bezlerová	MěÚ Týn nad Vltavou	vedoucí Odboru sociálních věcí
Alena Šedivá	MěÚ Třeboň	kurátor - Odbor školství a soc. věcí
Mgr. David Kostohryz Bc. Monika Samcová	Magistrát Statutárního města České Budějovice	referent - Odbor sociálních věcí
Ing. Jiří Čermák	MěÚ Český Krumlov	referent - Odbor SVaZ
Bc. Dagmar Čermáková	MěÚ Dačice	kurátor - Odbor sociálních věcí
Dita Jírová, DiS	MěÚ Jindřichův Hradec	kurátor - Odbor sociálních věcí
Michal Němec	MěÚ Strakonice	referent - Odbor sociálních věcí
Mgr. Jana Hrdličková	MěÚ Tábor	referent - Odbor sociálních věcí
Hana Rabenhauptová	MěÚ Prachatice	referent - Odbor kancelář starosty

- počet jednání komise v r. 2013 **dvě jednání** (16. 4. 2013 a 20. 9. 2013)
- nejdůležitější projednávaná témata v roce 2013:
  - **financování Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje (z krajské i centrální úrovně);**
  - **spolufinancování protidrogových služeb z rozpočtu samospráv Jihočeského kraje (konzultace metodiky, informace o postupu atp.);**
  - **předávání informací z krajské a celostátní úrovně atp.**
- změny, které proběhly v r. 2013 (rozšíření/zánik členství, změna statutu apod.): **žádné zásadní změny v roce 2013 neproběhly**
  
- **Přehled pracovních skupin v oblasti protidrogové politiky**
  - uveďte, zda jsou v kraji zřízené pracovní skupiny pro různé oblasti protidrogové politiky:
    - **V Jihočeském kraji nebyly v roce 2013 (ani v letech předcházejících) vytvořeny žádné další pracovní skupiny pro tuto oblast.**
    - **Specifickou výjimkou byly pracovní skupiny v rámci tvorby SPRSS Jihočeského kraje (byly vytvořeny tři střednědobé plány rozvoje sociálních služeb – na léta 2008 – 2010, 2011 – 2013, v současné době je v platnosti SPRSS na období 2014 – 2016). V polovině roku 2013 končily práce na aktuálním SPRSS, na jeho tvorbě se podílela i Pracovní skupina pro osoby ohrožené drogou nebo na drogách závislé. Pracovní skupina měla celkem 14 členů, jednalo se o zástupce zadavatelů (KPK, místní protidrogoví koordinátoři) a poskytovatelů služeb. Činnost pracovní skupiny byla ukončena se sestavením finální verze dokumentu (cca v červenci 2013), jedná se tedy o ad hoc pracovní skupinu.**
  
- **Vzájemná spolupráce subjektů protidrogové politiky na krajské úrovni**
  - (koordinátor prevence kriminality, školský metodik prevence, koordinátor střednědobého plánování sociálních služeb, příp. další instituce – orgány sociálně právní ochrany dětí, sociální kurátoři), ve kterých odborech jsou koordinátoři zařazeni, forma vzájemné spolupráce: formalizovaná / neformální spolupráce, četnost vzájemných jednání, projednávaná témata, (spolupráce při přípravě strategických dokumentů, jakých apod.): **KPK je zařazen na OSVZ – Oddělení prevence a humanitních činností (dále jen OPHČ), kde jsou právě z důvodu Uspadnění koordinace přístupu k prevenci rizikových forem jednání apod. zařazeni i další pracovníci Jihočeského kraje s obdobnou náplní, tedy krajský školský koordinátor, manažer prevence kriminality, romský koordinátor a metodik sociální prevence. Z výše popsaného důvodu je za celé oddělení zpracovávána jednotná Koncepce OPHČ, která se skládá ze samostatných strategií, pro jednotlivé oblasti, tedy protidrogovou, prevenci rizikového chování, prevenci kriminality apod., v jednotné struktuře jsou zpracovávány i pravidelné závěrečné (roční) zprávy o plnění této „koncepce“. Spolupráce je na odpovídající úrovni, bezproblémová, probíhá kontinuálně, dle konkrétních potřeb. Obdobně probíhá spolupráce v rámci OSVZ, s koordinátorem plánování sociálních služeb, OSPOD atp.**
  - zhodnocení kvality spolupráce: **Vždy jde o to, o jak významné téma se jedná. V žádném případě nelze konstatovat, že by se nedařilo potřebná a důležitá témata konzultovat, projednávat, předávat potřebné či vyžádané informace a v návrzích k řešení dospět ke shodě. Hranice možného, co se týče případné realizace dohodnutých témat, jsou však na jedné straně určeny vyčleněným/ reálně dosažitelným množstvím finančních prostředků, na straně druhé konkrétními kompetencemi a pravomocemi kraje v jednotlivých oblastech. V tomto svou roli hraje fakt, že kraje realizují protidrogovou politiku v samostatné působnosti, tedy nemá žádnou formální, zákonem svěřenou autoritu.**
  - spolupráce s dalšími institucemi (Probační a mediační služba, policie NNO, státní zařízení apod.): **Probíhá dle konkrétních potřeb, oboustranně. Z logických důvodů, daných kompetencemi kraje a hlavní náplní jeho činnosti v oblasti protidrogové politiky, probíhá nejintenzivnější spolupráce s poskytovateli služeb v oblasti protidrogové prevence.**
  - změny v r. 2013: **Žádné významné změny.**
  - další důležité informace: **Bez komentáře.**



## 2.1.2 Místní zajištění koordinace protidrogové politiky

- Uveďte prosím následující souhrnné informace:

počet obcí s rozšířenou působností v kraji: **17**

počet obcí s rozšířenou působností, ve kterých je zřízena pozice místního MPK: **16**

Vyjmenujte obce, kde nejsou ustanoveny MPK: **město Soběslav (ORP)**

počet dalších obcí, ve kterých je zřízena pozice MPK: **v žádných dalších obcích**

**Jihočeského kraje není tato funkce ustanovena**

Vyjmenovat obce kde jsou ustanoveni MPK: **viz tabulka níže**

počet obcí s platným koncepčním dokumentem upravujícím protidrogovou politiku 1 (město

Milevsko).

Ovšem naprostá většina ORP v regionu má platný strategický dokument, nějakým způsobem reflektující alespoň část problematiky protidrogové prevence – obvykle se jedná o komunitní plány v oblasti sociálních služeb (KPSS), plány či strategie v oblasti prevence kriminality a další dokumenty (např. v rámci zdravého životního stylu, hnutí Zdravých měst apod.).

počet obcí, které zpracovaly Zprávu o realizaci protidrogové politiky v předchozím roce 2

(Blatná, Tábor).

Jedná se samostatné dokumenty, zpracované jako podklady pro rozhodování samosprávy obcí. Strukturovanou zprávu jako zdroj informací pro Jihočeský kraj za rok 2013 zpracovalo (na různé úrovni) 14 ORP.

- Uveďte seznam místních protidrogových koordinátorů v následující struktuře:

*(uvádějte aktuální informace v době psaní VZ – tyto informace budou sekretariátem RVKPP vloženy do mapy pomoci na [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz))*

Obec	Jméno	Úvazek	Zařazení ve struktuře obecního úřadu	Kontakt
Vodňany	Mgr. Jaroslava Víznerová	0,1	vedoucí Odboru SVaZ	tel.: 383 379 150 viznerova@muvodnany.cz
Písek	Jaroslav Rapant	není stanoven	zástupce velitele Městské policie Písek	tel.: 732 770 003 jaroslav.rapant@mupisek.cz
Kaplice	Bc. Janoušková Václava	není stanoven	kurátor - Odbor SVaZ	tel.: 380 303 191 janouskova@mestokaplice.cz
Trhové Sviny	Mgr. Vladislav Vlášek	není stanoven	kurátor, soc. prac. - Odbor SVaZ	tel.: 386 301 444 socpece@tsviny.cz
Blatná	Kateřina Malečková	není stanoven	vedoucí Odboru SVaZ	tel.: 383 416 212 maleckovak@mesto-blatna.cz
Vimperk	Lenka Tomanová	0,1	sociální pracovník - Odbor SVaZ	tel.: 388 459 027 lenka.tomanova@mesto.vimperk.cz
Milevsko	Pavla Jansová, DiS	není stanoven	zástupce vedoucího - Odbor soc. věcí	tel.: 382 504 141 pavla.jansova@milevsko-mesto.cz
Týn nad Vltavou	Marta Bezlerová	není stanoven	vedoucí Odboru sociálních věcí	tel.: 385 772 291 marta.bezlerova@tnv.cz
Třeboň	Alena Šedivá	není stanoven	kurátor - Odbor školství a soc. věcí	tel.: 384 342 105 alena.sediva@mesto-trebon.cz
České Budějovice	Mgr. David Kostohryz	0,5	referent Odboru sociálních věcí	tel.: 386 804 229 kostohryzd@c-budejovice.cz
České Budějovice	Bc. Monika Samcová	0,5	referent Odboru sociálních věcí	tel.: 386 804 234 samcovam@c-budejovice.cz
Český Krumlov	Ing. Jiří Čermák	není stanoven	referent Odboru SVaZ	tel.: 380766488 jiri.cermak@mu.ckrumlov.cz
Dačice	Bc. Dagmar Čermáková	není stanoven	kurátor - Odbor sociálních věcí	tel.: 384 401 250 kurator@dacice.cz
Jindřichův Hradec	Dita Jírová, DiS	není stanoven	kurátor - Odbor sociálních věcí	tel.: 384 351 323 jirova@jh.cz
Strakonice	Michal Němec	0,5	referent - Odbor sociálních věcí	tel.: 602 716 904 nemec@os-prevent.cz
Tábor	Mgr. Jana Hrdličková	není stanoven	referent, kurátor - Odbor soc. věcí	tel.: 381 486 424 jana.hrdlickova@mutabor.cz
Prachatice	Hana Rabenhauptová	není stanoven	referent - Odbor kancelář starosty	tel.: 388 607 533 hrabenhauptova@mupt.cz

- popis systému spolupráce krajských protidrogových koordinátorů (KPK) a protidrogových koordinátorů (MPK): (zhodnocení kvality spolupráce, vč. popisu příp. nedostatků a potřeb):

MPK všech ORP v Jihočeském kraji jsou členy krajské protidrogové koordinační skupiny. Spolupráce je dlouhodobá, jednak v rámci činnosti KPKS, jednak dle aktuálních potřeb. Bez zásadních nedostatků.

- zhodnocení činnosti MPK v jednotlivých obcích, vč. popisu potřeb, příp. nedostatků:

Netroufáme si hodnotit úroveň práce jednotlivých, konkrétních MPK v konkrétních obcích. Jednak nemáme k dispozici zcela úplné a objektivní informace, jednak místní koordinátoři vykonávají svou činnost na různě specifikované úvazky (od 0,05 – někteří ale například vůbec nemají svůj úvazek popsán). Obvykle je jádrem jejich činnosti na obcích jiná náplň práce – kurátoři, pracovníci OSPOD, sociální pracovníci apod...

- vzájemná spolupráce subjektů protidrogové politiky na místní úrovni (popis způsobu spolupráce, zhodnocení kvality spolupráce, projednávaná témata – adekvátně k popisu spolupráce na krajské úrovni; informace neopakujte, pokud se prolínají s kapitolou 2.1.1)

V naprosté většině se jeví tato spolupráce buď jako velmi dobrá, nebo výrazně se zlepšující. Souvisí mj. s odborností MPK, ale například i mírou orientace místní samosprávy v problematice a její vůli k zapojení se do jejího řešení.

- změny v r. 2013: **Žádné podstatné změny.**

## 2.2 Strategické dokumenty protidrogové politiky kraje

### 2.2.1 Koncepce, strategie, akční plány a jejich zaměření

#### – Specifické strategické dokumenty protidrogové politiky kraje

- zde uveďte všechny specifické strategie, koncepce, akční plány týkající se protidrogové politiky. **Zajímají nás ilegální drogy, alkohol, gambling, tabák, léky.** Pokud nemáte takovéto specifické strategické dokumenty, prosím, vyplňte další část.
- Doporučovaná struktura uváděných informací:

Název: **Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje** (je součástí koncepčního dokumentu se širším záběrem – Koncepce oddělení prevence a humanitních činností)

Období platnosti: **2012 - 2014**

Schváleno dne: **15. 5. 2012**

www stránky dokumentu ke stažení:

[http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace\\_k\\_drogove\\_problematice\\_v\\_jihoceskem\\_kraji.htm](http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm)

Stručná charakteristika dokumentu (*prioritní zaměření dokumentu/protidrogové politiky kraje, hlavní definované cíle, oblasti apod.*)

Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje je součástí na období 2012 – 2014 je dokumentem, zaměřeným výhradně/ prioritně na oblasti, související s realizací protidrogové politiky na území Jihočeského kraje.

Obecný cíl: Snížit a/nebo stabilizovat užívání všech typů drog a potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledku jejich užívání nastat.

SPECIFICKÉ CÍLE „STRATEGIE“:

- Zastavit případně zmírnit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních i nelegálních drog;
- Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými;
- Stabilizovat, případně snížit počet problémových uživatelů drog, alkoholu a tabáku;
- Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog, alkoholu a tabáku a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost;

- Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog i alkoholu, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace; Snižit dostupnost legálních a nelegálních drog zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů v podmínkách kraje. ZÁKLADNÍ OBLASTI „STRATEGIE“:

1. Oblast primární prevence / služby a aktivity zaměřené na neuživitele návykových látek;
2. Oblast Zdravotně sociálních služeb / služby pro uživatele drog;
3. Oblast Snižování nabídky drog a prosazování práva;
4. Oblast Koordinace a vzdělávání na úrovni kraje;
5. Oblast Koordinace na národní úrovni;
6. Oblast Informace - výzkum – hodnocení;
7. Oblast Financování

Podrobněji viz samotný text „Strategie“.

**Název: Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2012 - 2014**

Období platnosti: **2012 - 2014**

Schváleno dne: **20. 12. 2012**

www stránky dokumentu ke stažení:

[http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace\\_k\\_drogove\\_problematice\\_v\\_jihoceskem\\_kraji.htm](http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm)

Stručná charakteristika dokumentu (*prioritní zaměření dokumentu/protidrogové politiky kraje, hlavní definované cíle, oblasti apod.*):

Dokument popisuje základní charakteristiky sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje, stávající stav, potřebu konkrétních služeb ve vztahu k jednotlivým regionům kraje a potřebám občanů kraje. Jsou popsány základní principy, na kterých je síť služeb postavena, a zároveň způsob, jakým je/ bude ze strany kraje podporována.

- změny v r. 2013: V této oblasti se v roce 2013 žádné zásadní změny nestaly.

– **Strategické dokumenty kraje se širším kontextem obsahující také otázky protidrogové politiky**

- zajímaví nás dokumenty např. k rizikovému chování, školské prevenci, HIV, prevenci kriminality, zdravotnímu stavu). Jak je v těchto dokumentech obsažena/adresována protidrogová politika.
- Možná struktura uváděných informací:

**Název: Koncepce oddělení prevence a humanitních činností na období 2012 - 2014**

Období platnosti: **2012 - 2014**

Schváleno dne: **15. 5. 2012**

www stránky dokumentu ke stažení:

[http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace\\_k\\_drogove\\_problematice\\_v\\_jihoceskem\\_kraji.htm](http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm)

Stručná charakteristika dokumentu: (*zaměření/obsah celkového dokumentu, čeho se prioritně týká zaměření protidrogové oblasti obsažené v tomto dokumentu, hlavní cíle protidrogové politiky zde definované apod.*)

**Koncepce oddělení prevence a humanitních činností na období 2012 – 2014** byla zpracována v průběhu roku 2011, schválena zastupitelstvem kraje dne byla 15. 5. 2012, usnesením č. 165/2012/ZK-31. Obsahuje tyto samostatné strategické dokumenty:

- Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje;
- Strategie prevence rizikového chování dětí a mládeže Jihočeského kraje;
- Koncepce sociálního začleňování osob ohrožených sociálním vyloučením;
- Koncepce integrace romské menšiny v Jihočeském kraji;
- Koncepce prevence kriminality Jihočeského kraje.

**Dalším důležitým strategickým dokumentem Jihočeského kraje, který zasahuje oblast protidrogové politiky kraje, je:**

Název: **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje 2011 - 2013**

Období platnosti: **2011 - 2013**

Schváleno dne: 2. 11. 2010 (usnesení č. 383/2010/ZK-18)

www stránky dokumentu ke stažení: <http://www.kpjck.cz/planovani/strednedoby-plan-rozvoje>

- změny v r. 2013: V roce 2013 byl zpracován, respektive dokončen, navazující Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2014 – 2016. Opětovně obsahuje samostatnou část, věnovanou problematice osob, ohrožených užíváním drog, a popisuje služby (sociální), které na území Jihočeského kraje tuto problematiku řeší.

## 2.2.2 Hodnocení strategických dokumentů/protidrogové politiky kraje

- Uveďte, zda bylo v r. 2013 realizováno hodnocení strategických dokumentů protidrogové politiky kraje
- Pokud ano, uveďte následující informace:

Název evaluovaného dokumentu: **Koncepce oddělení prevence a humanitních činností na období 2012 – 2014** (výroční zpráva o plnění Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje za rok 2012 – hodnocení za rok 2013 proběhlo počátkem roku 2014).

Typ hodnocení:

průběžně

externí

závěrečně

interní

kombinace obou

- předmět hodnocení: *(Implementace jednotlivých aktivit (počet splněných/nesplněných úkolů), hodnocení procesu implementace (faktory působící na proces), hodnocení dosažení cílů, hodnocení dopadů na cílovou skupinu, na drogovou situaci, hodnoceny všechny cíle (aktivity) nebo jen některé): Standardní vyhodnocení reálného stavu plnění jednotlivých priorit/ opatření Strategie.*
- metody použité při hodnocení: *(např. hodnotící dotazník, expertní názor, panely expertů, monitoring, průzkumy, ad-hoc studie apod.): Interní hodnocení protidrogovým koordinátorem (konzultováno se členy krajské koordinační skupiny). Hlavní použitou metodou bylo porovnání plánovaného stavu s dosaženými výsledky, aktuálním stavem.*
- hlavní výsledky hodnocení: *(např. Identifikované nedostatky/ slabé stránky protidrogové politiky kraje, vč. případných návrhů na zlepšení apod.): Podrobnější informace ve vlastním textu Závěrečné zprávy o plnění Koncepce... za rok 2012 (případně 2013). Převážná část opatření je splněna, respektive průběžně plněna.*

www stránky dokumentu evaluace ke stažení:

[http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace\\_k\\_drogove\\_problematice\\_v\\_jihoceskem\\_kraji.htm](http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm)

## 2.3 Zadané/realizované analýzy/studie v oblasti drogové politiky a drogové situace

- Uveďte, zda byly v r. 2013 zadané/realizované nějaké analýzy/studie v oblasti drog v kraji: **V roce 2013 nebyly realizované (respektive Jihočeským krajem zadané) žádné analýzy v oblasti drog. Již dlouhodobě je hlavním důvodem nedostatek finančních prostředků na vlastní realizaci protidrogové politiky, respektive přímou práci s ohroženými osobami. Pokud pro realizaci protidrogové potřebuje Jihočeský kraj podrobnější informace, realizuje potřebné průzkumy protidrogový koordinátor (ve spolupráci s adiktologickými službami, místními protidrogovými koordinátory).**

## 2.4 Další významné aktivity v oblasti protidrogové politiky v r. 2013 na krajské i místní úrovni

- Uvádějte nejlépe v následující struktuře:

Tabulka 2-1: Aktivita v oblasti protidrogové politiky (např. konference, semináře, včetně vzdělávání pořádané v rámci kraje např. pro místní koordinátory, poskytovatele služeb, úředníky atp.)

Název aktivity	Realizátor	Cílová skupina	Popis aktivity
VII. Adiktologická konference Jihočeského kraje – „Mimo střed“ <a href="http://www.akjck.cz/">http://www.akjck.cz/</a>	Jihočeský kraj, organizační, technické a odborné zajištění OS Prevent	Pracovníci především regionálních protidrogových služeb, místní koordinátoři apod.	Dvoudenní odborná konference. Hlavní téma - problematika „okrajových“ skupin – lokality, menšiny apod.
II. Krajská konference prevence rizikového chování. <a href="http://www.kraj-jihocesky.cz/1363/prevence_rizikoveho_chovani.htm">http://www.kraj-jihocesky.cz/1363/prevence_rizikoveho_chovani.htm</a>	Jihočeský kraj, OPHČ – školský koordinátor prevence	Školní preventisté, pracovníci služeb v oblasti primární prevence apod.	Jednodenní odborná konference, téma „Spokojená sborovna – harmonická škola“.
Železný adiktolog II. ročník <a href="http://www.zelezny-adiktolog.cz/">http://www.zelezny-adiktolog.cz/</a>	OS Prevent	Pracovníci drogových služeb, klienti v léčbě i po, sympatizující veřejnost...	Amatérský triatlonový závod jednotlivců i týmů, spojený s osvětovými aktivitami.

### 3 Finanční zajištění služeb pro uživatele drog

#### – Způsob financování služeb krajem (popis)

Jihočeský kraj dlouhodobě využívá k financování služeb v oblasti protidrogové politiky dva dotační tituly (GP=grantový program). Podrobnější popis za rok 2013:

**Obecný popis:** Jedná se o klasické dotační řízení, **jednoleté projekty**. Podporujeme především služby, jejichž potřeba je popsána v dlouhodobých strategických dokumentech kraje (Strategie protidrogové politiky, Minimální síť služeb). Tam, kde je to možné, vyžadujeme **certifikaci odborné způsobilosti služeb** (nebo alespoň registraci sociální služby; u jednorázových aktivit vzdělávacích opět akreditaci či certifikaci). Administrace je plně zajištěna zaměstnanci Krajského úřadu, hodnotící komise je jmenována Radou kraje, výsledky schvaluje Zastupitelstvo kraje, kontrolu (vyúčtování dotace) provádí opět zaměstnanci KÚ Jihočeského kraje.

#### **GP Podpora minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje, 1. výzva 2013:**

- GP byl vyhlášen 21. 12 2012, byl administrován Odborem sociálních věcí a zdravotnictví (v plné míře – s výjimkou účetního zpracování výsledků GP a zaslání schválených plateb, většinu administrace zajišťoval protidrogový koordinátor: příprava vyhlášení a vlastní administrace GP, formální kontrola žádostí, příprava jednání Hodnotící komise, materiály RK a ZK, příprava smluv apod., včetně kontroly vyúčtování projektů – v případě roku 2013 projekty za rok 2012);
- výsledky byly schváleny zastupitelstvem Jihočeského kraje dne 7. 3. 2013;
- alokace v roce 2013: 3 500 000 Kč (byla plně vyčerpána);
- prioritou byla podpora ambulantních služeb pro uživatele drog: Kontaktní centra a certifikované programy ambulantní léčby.

#### **GP Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2013:**

- GP byl vyhlášen 22. 2. 2013, administrován byl Odborem pro evropské záležitosti pracovníky oddělení AP PRK, krajský protidrogový koordinátor posuzoval projekty po odborné stránce a účastnil se jednání Hodnotící komise GP (jako řádný člen);
- výsledky GP byly schváleny zastupitelstvem Jihočeského kraje dne 16. 5. 2013;
- alokace v roce 2013: 3 500 000 Kč (byla plně vyčerpána);
- prioritou GP je podpora služeb, nutných k zajištění dalších segmentů protidrogové politiky: především specifická protidrogová prevence (Opatření 1) a služeb léčby a resocializace, terénních programů (Opatření 2).

## – Způsob zajištění financování drogových služeb ze strany obcí

- *popište, jak se na financování služeb pro uživatele drog podílejí obce, popište mechanismus participace (zda existují smlouvy/dohody/memoranda s obcemi o finanční participaci, nebo jen na dobrovolné bázi, jestli je nebo není ochota se podílet na financování, jestli obec dává podporu v rámci dotačního řízení nebo smlouvou, jestli má obec stanovené nějaké podmínky svoje participace na financování služeb pro uživatele drog apod.*

Obce v Jihočeském kraji se na spolufinancování místních protidrogových služeb podílejí dlouhodobě, celkový objem finančních prostředků jimi vydaných činí cca 7 % celkových provozních nákladů služeb.

V roce 2013, stejně jako v předchozích letech, se na spolufinancování ambulantních služeb převážně podílely obce, na jejichž území byla služba poskytována (ač klienti například u kontaktních center nebo ambulantní léčby, o doléčování nemluvě, nemusí pouze a výhradně pocházet z těchto obcí), obdobně u terénních programů (vzhledem k charakteru drogové scény, která je i v menších regionech v pohybu, terénní programy působí mnohdy v místech, kde obce tuto problematiku odmítají spolufinancovat; služby ale musí jít za klienty, nikoli pouze za penězi). Způsob poskytování je velmi rozličný, od jednorázových příspěvků po účast na dotačních programech obcí (převážně v zaměřených na podporu sociálních služeb). S tím je spojena ne právě jednoduchá administrace těchto dotací, každá obec má jiná pravidla, jiné smlouvy, ve vyúčtování (závěrečné zprávě) k poskytnutým prostředkům (mnohdy v řádech několika desítek tisíc korun, ale i nižších) požaduje specifické informace, zdůvodnění atp. To neúměrně zatěžuje poskytovatele služeb, zvyšuje nároky nikoli na přímou práci s klienty, ale právě na administrativní zázemí.

Proto jsme v průběhu roku 2013 (na základě inspirace modelem Libereckého kraje, prezentovaném na Adiktologické konferenci Jihočeského kraje na podzim 2012) přistoupili k pokusu získat od obcí Jihočeského kraje (celkem 623 obcí) finanční prostředky na spolufinancování protidrogových služeb. Modelem jsme se volně inspirovali, na základě získaných zkušeností a specifik Jihočeského kraje jsme jej přizpůsobili místním podmínkám. Při jeho přípravě jsme spolupracovali se zástupci samospráv obcí v Jihočeském kraji na základě jejich zájmu (vzhledem k počtu obcí jsme k účasti oslovili zástupce všech obcí s rozšířenou působností, bylo na jejich individuálním rozhodnutí, zda se koordinačních schůzek zúčastní), s místními protidrogovými koordinátory a organizacemi, poskytujícími adiktologické služby.

Model je postaven na těchto hlavních zásadách (které vyplývají mj. i výše popsanych komplikací):

- Užívání nelegálních návykových látek a problémy s ním spojené nejsou pouze záležitostí větších měst, **problém je rozložen víceméně rovnoměrně**, proto je spravedlivé, aby se na jeho řešení nepodílely pouze ty obce, na jejichž území služby působí;
- Nicméně jako stejně spravedlivé se jeví, aby obce spolufinancovaly pouze ty **služby, které jsou dostupné v jejich regionu** (za jednotku dostupnosti bylo zvoleno území okresu);
- Platba je stanovena na **výši úhrady za obyvatele** obce, podle dostupných služeb – tedy pro všechny obce v regionu víceméně stejně<sup>1</sup>;
- **Jednoduchá administrace.** Nabídli jsme obcím typovou smlouvu, jednotnou osnovu závěrečné zprávy, možnost společných kontrol.

V průběhu roku proběhly k tomuto tématu čtyři koordinační schůzky:

- 20. 2. 2013 – schůzka se zástupci samospráv (se zastoupením protidrogových služeb a krajského protidrogového koordinátora) v Týně nad Vltavou. Hlavním tématem byl nástin metodiky, průběh celého procesu přípravy;
- 7. 3. 2013 - schůzka se zástupci samospráv (kteří se neúčastnili předchozího jednání) a místními protidrogovými koordinátory (se zastoupením protidrogových služeb a krajského protidrogového koordinátora) v českých Budějovicích. Tématem bylo seznámení účastníků s nástinem metodiky a průběhem celého procesu přípravy;
- 4. 9+. 2013 - schůzka se zástupci samospráv (se zastoupením protidrogových služeb a krajského protidrogového koordinátora) ve Strakonici. Tématem byla víceméně definitivní verze metodiky celého procesu (v mezidobí konzultovaná elektronickou poštou), poslední připomínky a úpravy;

---

<sup>1</sup> Rozdíl je pouze u města (obvykle bývalé okresní město), kde sídlí kontaktní centrum – zde je větší objem prostředků na provoz KC, naopak nižší na terénní program; u ostatních obcí regionu je tomu naopak. Z pohledu praktické využitelnosti, dostupnosti těchto služeb pro uživatele nám to přišlo logické...

- 2. 10 2013 – závěrečné jednání se zástupci samospráv za účasti náměstkyně hejtmana Jihočeského kraje, Mgr. Ivany Stráské, schůzka se zástupci samospráv, se zastoupením protidrogových služeb a krajského protidrogového koordinátora. Definitivní uzavření, schválení metodiky a formulace, podpis společného prohlášení.

*Všechny relevantní dokumenty, včetně skenu prohlášení, jsou zveřejněny na webových stránkách Jihočeského kraje, v oddílu věnovaném protidrogové politice.*

Následně byly v průběhu měsíce října osloveny písemně (a následně elektronickou poštou, z důvodu pojištění pravděpodobnosti, že informace dorazí na místo určení) všechny obce v Jihočeském kraji, celkem 623 obcí.

Další součástí aktivit byla individuální telefonická a elektronická korespondence mezi obcemi a krajským protidrogovým koordinátorem, osobní konzultace se zástupci samospráv (starostové), případně účast koordinátora na jednání samospráv obcí, nebo společných setkáních (svazek obcí, mikroregion apod.). Kladná, souhlasná stanoviska, včetně reálného poskytnutí finančních prostředků obcemi na realizaci tohoto segmentu protidrogové politiky byly k 31. 12. 2013 k dispozici od cca 80 obcí, k tomu kompletní Svazek obcí Blatensko (dalších celkem 32 obcí), pro provoz služeb bylo na rok 2014 získáno 514 342 Kč (vzhledem k tomu, že některé obce již služby financovaly v minulých letech, navýšení oproti předcházejícím letům odhadujeme na cca 450 000 Kč), s tím, že souhlasné reakce obcí přicházely i po 31. 12. 2013. Do konce roku 2013 jsme také neměli k dispozici informace o výši dotací většiny tradičních přispěvatelů, tedy především obcí s rozšířenou působností, ty budeme znát až poté, co proběhnou dotační (v případě příspěvků schvalovací) řízení v jednotlivých městech. K 31. 3. 2014 jsme měli k dispozici informace o získání celkem cca 2,2 mil. Kč od obcí, opět s tím, že část tradičních přispěvatelů do tohoto termínu svá dotační řízení neuzavřela. Odhadujeme, že je reálné získat dalších cca 0,4 mil. Kč, čili odhadem o cca 900 000 Kč více než v roce 2013.<sup>2</sup>

V průběhu roku 2014 budeme pokračovat v oslovování dalších obcí, jak se žádostí o získání příspěvku ještě na rok 2013, tak pro další období (2014).

*Závěrečná poznámka: Vzhledem ke zkušenostem, získaným v průběhu praktické realizace této aktivity se jako další logický krok, směřující k ideálnímu naplnění požadavku zjednodušení administrace pro poskytovatele služeb (a pro celkové zlepšení efektivity celého procesu – tak, aby vybrané prostředky plynuly v nejvyšší možné míře do přímé práce s klienty, a nikoli na práci účetních organizací) jeví ustanovení něčeho jako fondu, s jedním číslem účtu, který by byl spravován na základě jasných a jednoznačných pravidel, podle nichž by finanční prostředky vybrané od obcí konkrétním službám byly přidruženy ke krajským, a byla by tedy administrována jedna žádost, uzavřena jedna smlouva, požadováno jedno vyúčtování, provedena jedna kontrola.*

#### – **Financování služeb evropskými fondy (popis)**

- popište, jakým způsobem jsou financovány služby/programy/projekty pro uživatele drog ve vašem kraji z prostředků evropských fondů. Popište, které operační programy jsou ve vašem kraji pro financování služeb využívány (OP LZZ, IOP, OP VK, ROP či jiné) a pomocí kterých nástrojů (globální grant, individuální projekty krajů...):

**Drogové služby v Jihočeském kraji z prostředků evropských fondů v podstatě nejsou financovány vůbec. Za prvé je nutné zdůraznit, že v prostředí OP LZZ, v jednotlivých výzvách, ať již se jedná o grantové nebo individuální projekty, nejsou uživatelé drog obvykle způsobnou cílovou skupinou (dlouhodobě, z neznámých důvodů).**

**V oblasti grantových projektů se tato situace začala měnit někdy kolem roku 2012, a v převážné míře se jednalo o podporu doléčovacích programů, a specificky o aktivity související s návratem na trh práce (v jednom z takto orientovaných projektů byla např. partnerem obdobného projektu PL Červený Dvůr). V žádném případě nebyla obsahem žádné známé grantové výzvy podpora komplexní, standardní adiktologické služby, vždy se jednalo o její pouhý výsek či část aktivit (výjimkou byly výzvy, nastavené na vznik zcela nových sociálních služeb – žádný takový projekt ovšem nebyl realizován na území Jihočeského kraje; a částečně již zmíněné doléčovací programy). Z toho důvodu nelze z hlediska podpory sítě služeb považovat podporu z grantových**

<sup>2</sup> Vzhledem k tomu, že v součtu činil propad dotací na místní protidrogové služby na rok 2014 (RVKPP, MZ) cca 800 000 Kč oproti roku 2013, v době tvorby této VZ navýšení příspěvku od obcí v podstatě pouze pokrývá/ sanuje tento výpadek...



projektů OP LZZ za relevantní ve vztahu k jejich financování<sup>3</sup>. Jedná se zde spíše o doplňkové financování, akcentující z kontextu celé služby jednu či dvě její složky, přínos lze spatřovat především ve stabilizaci (po dobu trvání projektu) odborného personálu (a zvyšování jeho kompetentnosti v podporovaných, dílčích aktivitách či programech) v době, kdy finanční prostředky zadavatelů služeb stagnují, nebo klesají. Na závěr považujeme za nutné dodat, že výše zmíněné projekty by bez standardního zázemí drogových služeb nefungovaly, naopak využívají jejich zázemí, zkušeností z práce s klienty a vlastně svým způsobem klientů samotných (v případě například podpory návratu uživatelů drog na trh práce, resocializačních programů si lze jen opravdu obtížně představit „na zelené louce“, během dvou let trvání projektu, nově vzniklou službu...).

Příkladem budiž projekt „Resocializační programy“, realizovaný OS Prevent v rámci výzvy 86, od 1. 1. 2013 do 30. 6. 2015. Popis projektu (viz <http://www.esfcr.cz/projekty/resocializacni-programy-prevent/>):

*Projekt reaguje na zjištěná fakta shromážděná během dlouhodobé práce se závislími lidmi. Projekt je resocializačním programem pro výše zmíněnou cílovou skupinu a je složen z několika specifických aktivit reagujících na konkrétní situace. Jedná se o nácvik sociálních dovedností, trénink v komunikaci, orientaci na trhu práce, orientaci v problematice řešení dluhů, orientaci v otázkách bydlení, témata osobní hygieny a stravování atd. Součástí projektu je také nácvik sociálních dovedností v rámci výkonu obecně prospěšných prací v našich zařízeních a pracovních programů, oboje s asistencí pracovníků projektu. Nezanedbatelnou část cílové skupiny projektu tvoří závislí lidé, kteří čekají na výkon trestu odnětí svobody, vykonávají jej, nebo se z něj navrací. Pro takové klienty rozlišujeme speciální režim, který klade důraz na motivaci udržení úspěchů dosažených před nástupem a po dobu trestu. S těmito klienty projekt předpokládá pracovat v mezích možností po dobu jejich věznění a následně intenzivně po propuštění. K dosažení popsaných cílů používáme metody, jako jsou sociální práce, individuální a skupinové psychoterapie s cílem podpory motivace, nácviky dovedností, edukace v rámci souvisejících témat, práce se sociálním okolím klientů atd. Realizační tým tvoří sociální pracovníci a odborní poradci s dlouhodobou praxí v oboru.*

Nejen z popisu projektu, ale i ze sdílených zkušeností realizátora vyplývá, že se jedná o potřebnou aktivitu, na kterou není v rámci běžné činnosti zapojených služeb (kontaktní centrum, ambulantní léčba) v běžné, standardně financované činnosti, prostor – časový ani finanční. Výsledky jsou povzbuzující a cíle projektu se daří plnit, nicméně po ukončení projektu není reálné pokračovat za stávajícího objemu financování drogových služeb s tímto druhem práce s cílovou skupinou stejně intenzivním (a bohužel ani úspěšným) způsobem (i když je více než pravděpodobné, že v dotčených službách nabyté vědomosti, zkušenosti „zůstanou“, a nějakým způsobem se podaří alespoň jejich část zařadit do repertoáru standardně poskytovaných intervencí). Z projektu ovšem nelze spolufinancovat běžné provozní náklady výše zmíněných služeb (KC, AL), účetnictví a personální záležitosti projektu a běžné činnosti žadatele musí být od sebe zřetelně odděleny.

Další projekt realizuje Sdružení podané ruce (služba TK Podcestný mlýn), pod názvem „JOB klub v TK Podcestný mlýn“ (výzva 86). V roce 2013 dobíhal (do 30. Dubna 2013) projekt Farní charity Tábor „Resocializační programy Auritus“ (výzva 43).

Výše zmíněné partnerství PL Červený Dvůr s Attavena. o. p. s. (realizátor projektu) v projektu, zaměřeného na resocializaci klientů PL (respektive usnadnění jejich návratu na trh práce) pokračuje, (projekt Vozataj od 1 8. 2011 do 31. 7. 2013, navazuje projekt Vozataj II od 1. 4. 2013 do 31. 3. 2013).

**Co se individuálních projektů kraje (dále IP, tedy projektů, zaměřených na podporu služeb sociální prevence dle zákona č. 108/2006 Sb.) týče, tam je situace ještě složitější. Jihočeský projekt podal svůj první individuální projekt (projektovou žádost) mezi prvními, v době, kdy se výzva 05 ještě precizovala, tedy v situaci, kdy cílová skupina uživatelů drog byla způsobilou k podpoře (poté ovšem byla z textu výzvy vyňata – proto nemohly být tyto služby podporované z IP většiny krajů). Podpora jednotlivých služeb (v případě JČK pouze terénní programy) v rámci tohoto IP skončila k 30. 6. 2012 (následně došlo k personálnímu omezení u řady služeb, navazující dotace MPSV zcela nevykryly chybějící prostředky z OP LZZ). Návazný, druhý IP**

<sup>3</sup> V roce 2013 bylo úspěšné OS Prevent, s projektem (Resocializační programy, od ledna 2013) zaměřeným na návrat klientů jeho adiktologických služeb na trh práce. Obsahem projektu je vzdělávání, podpora a motivace klientů, směřující k tomuto cíli, nikoli běžné výkony služeb – harm reduction, léčba jako taková apod. Obdobně tomu tak bylo v předcházejících letech, kdy byla v těchto projektech úspěšná Farní charita Tábor (Centrum Auritus).



Jihočeského kraje, zahájil podporu jednotlivých služeb k 1 4. 2013. V tomto IP již není cílová skupina uživatelů drog přípustná nebo způsobilá, původně téměř výhradně drogové terénní programy v Jihočeském kraji sice v jednotlivých regionech získaly podporu z tohoto IP, nicméně musely rozšířit svou cílovou skupinu, a naplňují indikátory jinými než „drogovými“ kontakty (osoby bez přístřeší, osoby komerčně zneužívané, oběti trestné činnosti apod.). V některých momentech se sice tyto cílové skupiny s uživateli drog překrývají, nicméně nikoli 100 %. Proto jádro financování „drogové“ práce terénních programů spočívá ve standardních zdrojích (kraj, RVKPP, MZ, samosprávy), IP se na jejich financování de facto nepodílí. Pokud má IP Jihočeského kraje nějaký význam v oblasti financování protidrogové politiky, tak se opět, jako u grantových projektů, jedná o stabilizaci odborného personálu a zvyšování jeho odbornosti a kompetentnosti.

**Proto, z výše popsaných důvodů, za rok 2013 příjmy z evropských fondů nezahrnujeme mezi standardní nástroje financování adiktologických služeb v Jihočeském kraji.**

- v tabulce 3-3 uveďte opět výčet operačních programů a výši využití jejich prostředků na protidrogovou politiku. Pokud z jednoho OP byly v kraji pro financování služeb využity rozdílné nástroje (např. globální grant OP LZZ a individuální projekt OP LZZ), uveďte prostředky využitě díky rozdílným nástrojům do zvláštního řádku – viz návodová kurzívou v tabulce.
- Pomocný soubor v MS Excel rovněž obsahuje sloupec „Finanční prostředky evr. fondů 2013“. V tomto sloupci uvádějte vždy konkrétní částky poskytnuté z evropských fondů jednotlivým programům/projektům/službám, bez určení operačního programu či použitého nástroje financování. Ve sloupci „Poskytovatel finančních prostředků“ v pomocném souboru MS Excel stačí uvádět „EF“.
- Součet částek sloupce „Finanční prostředky evr. fondů 2013“ pomocné tabulky v MS Excel se bude v případě správného vyčíslení rovnat součtu částek sloupce „Celková výše (v Kč) za kraj“ tabulky 3-3.

#### – **Analýza finančních potřeb drogových služeb kraje**

- Uveďte, zda byla provedená analýza finančních potřeb drogových služeb kraje v r. 2013. **V roce 2013 nebyla provedena žádná speciální analýza finančních potřeb drogových služeb, jako každoročně, především v souvislosti s přípravami na dotační řízení kraje, ale i na centrální úrovni, proběhlo vyhodnocení finanční situace místních, regionálních služeb. Realizuje krajský protidrogový koordinátor v rámci svého úvazku.**

#### – **Rozpočtové výdaje na protidrogovou politiku v kraji**

Jedná se o výdaje z veřejných rozpočtů (především kraje, obcí, evropských fondů apod.). Vzhledem k tomu, že systém financování je v krajích různý, drogové služby jsou financovány v rámci větších systémů (sociální služby, zdravotní služby, prevence kriminality apod.), tabulky níže představují přehled zdrojů výdajů, které se drog týkají úplně nebo zčásti. Poslední dva sloupce slouží pro exaktní údaj nebo (v případě, že se výdaj netýká specificky jen drog nebo gamblingu) kvalifikovaný odhad, kolik prostředků z daného zdroje bylo určeno na podporu aktivit týkajících se protidrogové politiky, a to jak návykových látek (legálních nelegálních) i gamblingu – např. školské programy mají část týkající se návykových látek a/nebo gamblingu, ale i část týkající se ostatních sociálně nežádoucích jevů. Uveďte výši těchto „specifických“ částí na základě reálných dat nebo odhadu/znalostí/zkušeností.

Výdaje z rozpočtu krajů a obcí uvádějte pokud možno až po finančním vypořádání, tzn. skutečně vyčerpané finanční prostředky.

Předvyplněné texty kurzívou v tabulkách slouží pouze jako vzor, nikoli jako osnova či předloha. Jednotlivé řádky vyplňujte v souladu s tím, které rozpočtové zdroje, dotační programy nebo operační programy a jejich nástroje jsou v kraji využívány. V případě potřeby doplňte další řádky či odeberte přebývající.

Tabulka 3-1: Rozpočtové zdroje kraje na protidrogovou politiku v roce 2013

Zde uveďte možné zdroje kraje, ze kterých by je financována protidrogová politika (grantové programy různých odborů, přímý příspěvek kraje....)

Rozpočtový zdroj <sup>4</sup>	Popis	Výše výdajů (v Kč) na návykové látky	Výše výdajů na gambling*
OSVZ - GP Podpora minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje	Grantový program, prioritou podpora ambulantních certifikovaných služeb (kontaktní centra, ambulantní léčba).	3 500 000	0
OEZI - GP Podpora protidrogové politiky Jihočeského kraje	Grantový program, prioritou podpora specifické primární prevence a ostatních certifikovaných služeb (TP, TK, následná péče, substituce).	3 500 000	0
OSVZ - Záchytná stanice Jihočeského kraje	Provozní náklady záchytné stanice	2 000 000	0
OSVZ - Rozpočet na podporu zřizovaných organizací	PL Lnáře (celkem 380 000 Kč); provozní náklady	190 000	0
Investiční program	-	0	0
OSVZ – Rozpočet OPHČ	Organizační zajištění VII. Adiktologické konference Jihočeského kraje	99 000	0
<b>Celkem</b>		<b>9 289 000</b>	0

Tabulka 3-2: Výdaje z rozpočtu obcí v roce 2013

Zde uveďte za jednotlivé obce souhrnnou výši spolufinancování protidrogové politiky.

Obec	Popis (typ podporované aktivity)	Výše výdajů (v Kč) na protidrogovou politiku	Výše výdajů na gambling
Bechyně	Podpora KC	1 000	0
Blatná	Podpora terénního programu + PP	20 000 TP a 21 000 PP	0
České Budějovice	Podpora TP + KC + SL + NP + AL	960 000 Kč	0
Český Krumlov	Podpora terénního programu	64 600	0
České Velenice	Podpora terénního programu	40 000	0
Dačice	Podpora terénního programu	60 000	0
Chýnov	Podpora KC	8 000	0
Jindřichův Hradec	Podpora terénního programu	55 000	0
Kaplice	Podpora terénního programu a PP	10 000 TP a 18 000 PP	0
Milevsko	Podpora terénního programu + KC	16 000 TP + 1 000 KC	0
Písek	Podpora terénního programu	71 000	0
Planá nad Lužnicí	Podpora KC	4 000	0
Prachatice	Podpora KC	25 000 KC	0
Sezimovo Ústí	Podpora KC	10 000	0
Soběslav	Podpora KC	5 000	0
Strakonice	Podpora terénního programu + KC	72 260 (48 250 KC; 23 310 TP)	0
Tábor	Podpora KC	210 000	0
Trhové Sviny	Podpora terénního programu	25 000	0
Týn nad Vltavou	Podpora terénního programu + PP	35 000 TP + 55 000 PP	0
Třeboň	Podpora terénního programu + PP	5 000 + 23 850 PP	0
Veselí nad Lužnicí	Podpora KC	4 000	0
Vimperk	Podpora terénního programu	40 000	0
Vodňany	Podpora terénního programu + PP	50 000 TP + 50 000 PP	0
<b>Celkem</b>	...	<b>1 981 541</b>	0

Tabulka 3-3: Výdaje z rozpočtu evropských fondů v roce 2013

Zde uveďte souhrnnou výši spolufinancování protidrogové politiky za jednotlivé operační programy a jejich nástroje.

Operační program	Nástroj	Celková výše výdajů (v Kč) za kraj	Výše výdajů (v Kč) na protidrogovou politiku	Výše výdajů (v Kč) na gambling
OP LZZ	Individuální projekt kraje	2 336 131	0	0

<sup>4</sup> Zkratky – OSVZ – Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, OEZI – Odbor evropských záležitostí, OPHČ – oddělení prevence a humanitních činností

Tabulka 3-4: Souhrn výdajů podle typu služeb/podle účelu (v Kč)

Přestože pojmenování kategorií služeb v této tabulce je víc obecné, pořád jde o služby pro cílovou skupinu uživatelů návykových látek příp. s diag. závislostí. K vyplnění tabulky použijte soubor v MS Excel. Při vyplňování je nutné dodržovat předepsanou strukturu. Vyplněný soubor v MS Excel zašlete spolu s Výroční zprávou krajů za r. 2013 sekretariátu RVKPP.

Typ služeb	2012			2013		
	rozpočty		Evropské	rozpočty		Evropské
	krajů	obcí	fondy	krajů	obcí	fondy
<b>Primární prevence*</b>	<b>1 275 000</b>	<b>215 941</b>	<b>0</b>	<b>1 180 000</b>	<b>167 850</b>	<b>0</b>
Primárně-preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními	0	0	0	0	0	0
Primárně-preventivní programy realizované jinými subjekty	1 275 000	215 941	0	1 180 000	167 850	0
Jiné a nezařazené preventivní programy	0	0	0	0	0	0
<b>Harm reduction</b>	<b>3 990 000</b>	<b>1 146 941</b>	<b>1 957 080</b>	<b>3 780 000</b>	<b>1 181 160</b>	<b>0</b>
Terénní programy	920 000	535 941	1 957 080	950 000	718 910	0
Kontaktní centra	3 070 000	611 900	0	2 830 000	462 250	0
Sloučené programy kontaktních center a terénních programů	0	0	0	0	0	0
Jiné a nezařazené harm reduction programy	0	0	0	0	0	0
<b>Ambulantní služby</b>	<b>1 190 000</b>	<b>290 000</b>	<b>0</b>	<b>1 310 000</b>	<b>392 531</b>	<b>0</b>
Ambulantní služby zdravotní <sup>5</sup>	600 000	150 000	0	580 000	220 000	0
Ambulantní služby sociální	0	0	0	60 000	22 531	0
Jiné a nezařazené ambulantní služby	590 000 <sup>6</sup>	140 000	0	670 000	150 000	0
<b>Preventivní a léčebné služby ve vězení</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Rezidenční služby</b>	<b>550 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>310 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Lůžkové zdravotní služby	130 000	0	0	190 000	0	0
Terapeutické komunity	420 000	0	0	120 000	0	0
Domovy se zvláštním režimem* určené primárně osobám s diag.závislostí, příp. jiné zařízení pro chronickou (paliativní) péči osob s diag. závislostí	0	0	0	0	0	0
Jiné a nezařazené rezidenční služby	0	0	0	0	0	00
<b>Služby následná péče</b>	<b>625 000</b>	<b>125 000</b>	<b>0</b>	<b>610 000</b>	<b>240 000</b>	<b>0</b>
Následná péče ambulantní	0	0	0	0	0	0
Následná péče pobytová	0	0	0	0	0	0
Jiné a nezařazené služby následné péče	625 000 <sup>7</sup>	125 000	0	610 000	240 000	0
<b>Sociální podniky</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Záchytné stanice a ošetření intoxikovaných osob</b>	<b>2 000 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2 000 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Prevence drogové kriminality</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Koordinace/výzkum/informace</b>	<b>99 900</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>99 000</b> <sup>8</sup>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Jiné nezařazené***</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>CELKEM</b>	<b>9 729 900</b>	<b>1 788 882</b>	<b>1 957 080</b>	<b>9 289 000</b>	<b>1 981 541</b>	<b>0</b>

\* Výdaje na nízkoprahové zařízení pro děti a mládež se do výdajů na protidrogovou politiku nezapočítávají.

\*\* dle zákona 108/2006 Sb.

\*\*\* Specifikujte

<sup>5</sup> Substituční léčba NNO – 1 služba

<sup>6</sup> Jedna služba - Ambulantní léčba, certifikovaná dle standardů RVKPP, tedy služba zdravotně – sociální.

<sup>7</sup> Jedna služba – složka pobytová a složka pobytová, rozpočtově obtížně oddělitelné. Certifikovaná dle standardů RVKPP jako Ambulantní doléčovací programy.

<sup>8</sup> VII. Adiktologická konference Jihočeského kraje

**Tabulka: Příjemci dotace Jihočeského kraje za období 2011 – 2013 (protidrogové služby)**

REALIZÁTOR	PROJEKT/ SLUŽBA	ROK A VÝŠE POSKYTNUTÉ DOTACE (v Kč)		
		2011	2012	2013
Sdružení META o.s.	Specifická prevence pro školy ... okresu J. Hradec	180 000	225 000	180 000
Arkáda Písek	Systém preventivních aktivit v regionu Písek...	150 000	200 000	200 000
OS Prevent	Primární drogová prevence Strakonicko, PT a Pí	190 000	235 000	200 000
OS Prevent	Primární drogová prevence Českobudějovicko, ČK	200 000	235 000	200 000
OS Prevent	Primární drogová prevence Tábořsko a JH	<b>nežádáno</b>	115 000	100 000
OS Portus Prachatice	Primární prevence Phénix	200 000	235 000	200 000
Salesiánské středisko	Kurz protidrogové prevence	<b>nežádáno</b>	30 000	<b>nežádáno</b>
PorCeTa, o.p.s.	Primární drogová prevence Tábořsko	<b>nežádáno</b>	<b>nežádáno</b>	100 000
<b>CELKEM primární prevence</b>		<b>920 000</b>	<b>1 275 000</b>	<b>1 180 000</b>
OS Prevent	Kontaktní centrum Prevent České Budějovice	700 000	700 000	530 000
CPDM o.p.s. Č.Krumlov	Streetwork pro města Český Krumlov a Kaplice	232 000	240 000	240 000
Sdružení Meta J.Hradec	P.Centrum Jindřichův Hradec	100 000	80 000	60 000
Sdružení Meta J.Hradec	Terénní program pro okres Jindřichův Hradec	237 550	250 000	215 000
OS Arkáda Písek	Kontaktní centrum Arkáda	464 150	550 000	550 000
OS Arkáda Písek	Terénní program Arkáda	80 000	140 000	215 000
Farní charita Tábor	Auritus - centrum pro lidi ohrožené drogou	770 600	700 000	700 000
OS Prevent	Jihočeský streetwork Prevent	246 100	290 000	350 000
OS Prevent	Kontaktní centrum Prevent Strakonice	426 100	520 000	500 000
OS Prevent	Kontaktní centrum Prevent Prachatice	451 100	520 000	550 000
<b>CELKEM Harm reduction</b>		<b>3 704 800</b>	<b>3 990 000</b>	<b>3 910 000</b>
SANANIM o.s.	Sociální práce v Terapeutické komunitě Němčice	150 000	140 000	<b>nežádáno</b>
SANANIM o.s.	Pracovní terapie v TK Karlov...	150 000	140 000	<b>nežádáno</b>
OS Prevent	Adiktologická poradna Prevent	426 100	510 000	670 000
OS Prevent	Substituční centrum Prevent	520 000	600 000	550 000
OS Prevent	Doléčovací centrum Prevent	576 100	625 000	570 000
Sdružení Podané ruce	Terapeutická komunita Podcestný Mlýn	150 000	140 000	120 000
OS Prevent	OKONZ	<b>nežádáno</b>	80 000	<b>nežádáno</b>
<b>CELKEM léčba a doléčování</b>		<b>1 972 200</b>	<b>2 235 000</b>	<b>1 910 000</b>
<b>CELKEM</b>		<b>6 600 000</b>	<b>7 500 000</b>	<b>7 000 000</b>

Pozn. k tabulce: V součtech za roky 2010 a 2011 mohou být nesrovnalosti, neboť v tabulce nejsou uvedeni – pro přehlednost – příjemci dotace v těchto letech, pokud neobdrželi podporu i v roce 2012.

– **Další důležité informace / změny proběhlé v r. 2013**

Na závěr roku 2013 proběhly v Jihočeském kraji administrativní změny v souvislosti s grantovými programy kraje. V minulých letech byly některé GP administrovány přímo jednotlivými odbory, velká část GP ale spadala pod Odbor evropských záležitostí (dále jen OEZI, přímo se realizací dotačních řízení kraje zabývá Oddělení administrace AP PRK), kde ostatní odbory hrály roli odborného garanta v příslušných dotačních řízeních. Pro dotační rok 2014 (a následující) bylo rozhodnuto o převedení naprosté většiny GP právě pod gesci OEZI, čímž se mělo předejít roztržitosti celé problematiky, a její zpřehlednění pro vedení kraje a samosprávu.

Tato změna se týká i GP v protidrogové oblasti, na rok 2014 již bylo (v prosinci 2013) vyhlášen (6. 12. 2013) jediný GP „Podpora a rozvoj protidrogové politiky JČK v roce 2014“ (na rozdíl od tradičních dvou GP), s alokací, která sdružuje prostředky obou GP, tedy 7 000 000 Kč.

## 4 Služby poskytované uživatelům drog a osobám ohroženým drogami

- Uveďte, zda je definována síť služeb pro uživatele drog ve vašem kraji:

Název dokumentu: **Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje na období 2012 - 2014**

Období platnosti: **2012 - 2014**

www stránky ke stažení: [www.kraj-jihocesky.cz](http://www.kraj-jihocesky.cz)

- **Popis situace podle jednotlivých typů (standardů) služeb**

*(Primární prevence, harm reduction (minimalizace rizik), léčba a resocializace), počet zařízení, jejich kapacita, obslužnost/obložnost, uvádějte zařízení, která se zaměřují na cílovou skupinu uživatelů návykových látek, vč. těch, která nežadají o dotace). Uvádějte zde služby, které jsou součástí sítě služeb pro uživatele návykových látek a patolog. hráče v kraji. Pokud do této sítě kraje patří i necertifikované programy, uveďte je taky.*

Do Minimální sítě protidrogových služeb na území jihočeského kraje (což je oficiální název příslušného strategického dokumentu) začleňujeme pouze ty služby, které jsou certifikované v rámci Standardů odborné způsobilosti RVKPP (v případě primární prevence Standardy... MŠMT). Služby ovšem musí splňovat i další podmínku, totiž kritérium (krajem) požadované dostupnosti. Do „Sítě...“ nejsou zahrnuty čistě zdravotnické služby (financované z prostředků veřejného zdravotního pojištění) a výhradně sociální služby.

Síť služeb, její základ, historicky vznikl v době, kdy protidrogovou politiku koordinovaly již zrušené Okresní úřady, koncem 90 let vzniklo v každém okrese Jihočeského kraje kontaktní centrum (dvě z nich, z menších bývalých okresních měst, se postupně transformovala v plnohodnotné samostatné terénní programy). Další služby, doléčovací program, substituční léčba a ambulantní léčba, a rozvoj terénních programů pak přišel následně, v době působnosti kraje jako koordinačního prvku.

Základním atributem sítě v Jihočeském kraji je zajištění základního provozu nízkoprahové služby v každém okrese (okres byl vybrán jako minimální jednotka dostupnosti: Okres byl zvolen proto, že tyto v minulosti správní jednotky mají na svém území zajištěnu stále ještě poměrně dostačující obslužnost veřejnou hromadnou dopravou. Jihočeský kraj je územně členěn na 7 okresů, v každém je základní služba zajištěna. Aktuální stav:

- okres České Budějovice – terénní program, kontaktní centrum, substituční ambulantní léčba, následné péče;
- okres Český Krumlov – terénní program;
- okres Jindřichův Hradec – terénní program;
- okres Písek – terénní program, kontaktní centrum;
- okres Prachatice – terénní program, kontaktní centrum;
- okres Strakonice – terénní program, kontaktní centrum;
- okres Tábor – terénní program, kontaktní centrum, ambulantní léčba.

Terapeutické komunity na území kraje vznikly bez přispění kraje, důvodem, proč právě v Jihočeském kraji působí hned tři terapeutické komunity je spíše shoda náhod, a nejvýznamnější roli při tom nepochybně hrála možnost získat odpovídající zázemí pro realizaci služby. Do minimální sítě jsou tyto komunity (TK Karlov a TK Němčice – Sananim, o. s.; Podcestný mlýn – Sdružení Podané ruce) zařazeny spíše proto, že Jihočeský kraj vnímá jejich zásadní potřebnost, byť spíše z celostátního pohledu (několikanásobně vyšší kapacitu – a využití – má pro občany kraje PL Červený Dvůr).

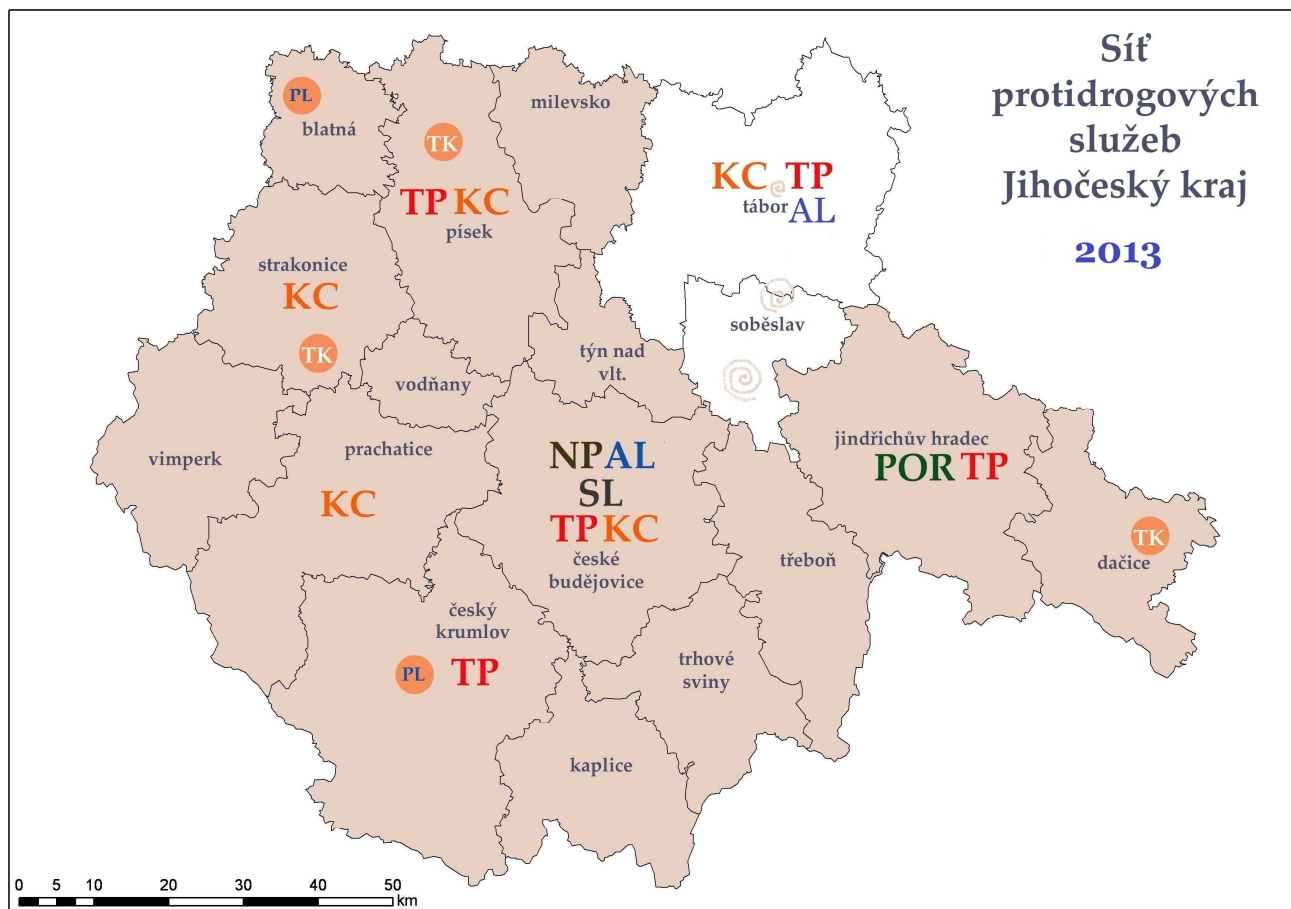
V oblasti primární prevence je hlavním požadavkem na zařazení do „Minimální sítě...“ certifikace odborné způsobilosti, ta je zároveň podmínkou pro spolufinancování programu ze strany kraje.

*Další informace viz následující kapitoly této zprávy.*

**Podrobnější informace o konstrukci sítě jsou k dispozici v aktuálním dokumentu „Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 201 – 2014“, viz web Jihočeského kraje.**

## PŘEHLED SLUŽEB

Mapa: Stav minimální sítě protidrogových služeb v Jihočeském kraji v roce 2013



**Vysvětlivky:** TP – terénní program; KC – kontaktní centrum; POR – odborné sociální poradenství (zákon č. 108/2006, o sociálních službách); SL – substituční léčba; AL – ambulantní léčba (od listopadu 2011 nově certifikována FCH Tábor); PL – psychiatrická léčebna; TK – terapeutická komunita

**Zabarvené okresy jsou standardně pokryty terénním programem (zkratka označuje sídlo konkrétní služby, zbarvení pokrytí). V okrese Tábor bylo v minulých letech terénním programem (služba není samostatně certifikovaná, tvoří doplněk komplexu služeb „Auritus...“) pokryto pouze území města Tábor. Na podzim roku 2013 začalo pilotně ověřovat potřebnost rozšíření terénního programu v některých dalších větších městech regionu OS Prevent (Veselí nad Lužnicí, Soběslav). Je předpoklad, že služba postupně pokryje alespoň větší města regionu v průběhu roku 2014 (mimo města Tábor, kde bude nadále fungovat TP Farní charity Tábor při centru Auritus).**

V roce 2013 mělo dojít ke změně v místě poskytování u služby Terapeutická komunita Němčice (OS Sananim). Komunita se měla přestěhovat z původního místa, tj. z obce Němčice u Volyně, do lépe vyhovujících prostor v Heřmani (u Písku). Stěhování zkomplikovala letní povodeň na řece Blanici, změna místa poskytování služby nebyla v roce 2013 zcela dořešena.

Tabulka 4-1: Programy primární prevence realizované v r. 2013 (mimo prevence realizované školami a školskými zařízeními)

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Charakteristika aktivit	Počet akcí/osob <sup>9</sup>	Certifikace (ano/ne) <sup>10</sup>
Systém primární prevence v regionu Písek a Milevsko	Arkáda, soc. psychologické centrum, Písek	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a semináře, dlouhodobé programy	46/928	ANO
Spec. prevence pro školy a škol. zařízení okresu Jindřichův Hradec	Sdružení Meta, J. Hradec	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a interaktivní semináře	86/1 903	ANO
Primární prevence Phénix (především PT)	OS PORTUS PRACHATICE	VP	žáci ZŠ a SŠ	interaktivní semináře, besedy	125/1 318	ANO
Primární drogová prevence pro ... (...okresy ČB, PT, ST a dílčí Tá, ČK, JH)	OS Do Světa	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové	primární prevence, indikovaná intervence, vzděl. pedagogů	106/2 223	Částečně <sup>11</sup>
Dlouhodobé programy specifické primární protidrogové prevence pro žáky, studenty a rodiče v regionu Táborska	PorCeTa, o.p.s.	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a semináře,	27/547	NE <sup>12</sup>

\* VP – všeobecná prevence, SP – selektivní prevence, IP – indikovaná prevence

- **zhodnocení sítě služeb v oblasti prevence - Uveďte, zda je síť dostačující, jak by měla vypadat ideálně - optimalizace sítě poskytovatelů služeb drogové prevence kraje (na základě provedené analýzy potřeb a služeb), jaké je pokrytí kraje službami prevence, jaká je dostupnost služeb pro cílovou skupinu**

Vzhledem k charakteru služeb primární prevence nelze o síti uvažovat podobným způsobem jako u služeb, které jsou vázány na konkrétní klienty, ať již ambulantní nebo terénní. U ambulantních služeb záleží významně na dostupnosti služby pro klienty z pohledu jejich možného dojíždění do služby, u terénních programů naopak z hlediska dlouhodobého, pravidelného dojíždění služby za klienty do jejich přirozeného prostředí (zde hraje roli i aspekt ekonomický, realizovat terénní program přes velké dojížděkové vzdálenosti je pochopitelně dražší, navíc čas strávený cestou ubírá prostor pro přímou práci s klienty). Čili jeden z možných pohledů na dostupnost služby, tedy dostupnost místní (lze si představit program primární prevence, který v jednom kraji poskytuje jeden

<sup>9</sup> Přes doporučenou strukturu VZ pro programy primární prevence nelze odpovědně prohlásit, že jsou zdroje dat jednotně pojaté. Některé organizace podávají informace o všech aktivitách, některé pouze o těch, které jsou financovány Jihočeským krajem. Jedná se o údaje dodané poskytovateli služeb, podpořených v rámci GP Jihočeského kraje, nikoli souhrnná čísla za všechny preventivní aktivity v kraji. Je možné, že v řadě případů by u jednotlivých akcí bylo k diskusi, zda se stále ještě jedná o specifickou primární protidrogovou prevenci, nebo má akce již významnější přesah do dalších oblastí – vztahy, zdravý životní styl, jiné formy rizikového chování apod.

<sup>10</sup> U primární prevence byl proces certifikace pozastaven již v roce 2011. Tyto služby vnímáme jako certifikované, neboť mají prodloužený (automaticky) certifikát, který získali již v minulosti.

<sup>11</sup> Organizace Do Světa se oddělila z OS Prevent, kde byly tyto programy PP certifikované. Vzhledem k tomu, že realizační tým zůstal nezměněn, a stejně tak program, vnímáme službu jako fakticky certifikovanou, ač administrativně jistě není... Překážkou byl ještě v roce 2013 výpadek (dlouhodobý, od 2011) procesu certifikací.

<sup>12</sup> Organizace vznikla na podzim 2012, v roce 2013 obdržela podporu z Jihočeského kraje na základě závazku, že bude své programy PP certifikovat, přihláška je podána.

poskytovatel – a zvláště v menších krajích to ani nemusí být významně finančně náročnější, než v případě více subjektů), nehraje v případě primární prevence tak zásadní roli, jako u jiných typů služeb. Jihočeský kraj je ovšem svou rozlohou druhý největší kraj v ČR a zabírá cca 13 % její rozlohy, a zároveň je krajem s poměrně roztržštěnou sídelní strukturou, s nejmenší hustotou osídlení. Proto je jedním z aspektů sítě primární prevence snaha trvat na regionální distribuci služeb, pokrytí jednotlivých regionů/ okresů certifikovanými, odborně zdatnými službami. V roce 2013 Jihočeský kraj podpořil pět (více méně, viz. tab. 4-1 a související poznámky) realizátorů programů primární prevence, kteří více méně rovnoměrně pokrývají území kraje.

Druhý pohled je ovšem dostupnost faktická, tedy dostatek finančních prostředků na pokrytí poptávky ze stran především škol a školských zařízení. Podle všech známek je finanční podpora programů primární prevence (nejen v Jihočeském kraji) nedostatečná. Tyto služby mají dva významné, více méně stabilní zdroje financí (kraj, MŠMT, které dle našeho odhadu mohou společně tvořit cca 50 – 60 % jejich provozních nákladů). Ostatní prostředky<sup>13</sup> získávají zpravidla od škol, nebo od jejich zřizovatelů (obvykle obce). Zdá se potvrzené, že akutní poptávka od škol by byla mnohem vyšší v případě, že by služby prevence byly více podpořené z jiných veřejných rozpočtů, spoluúčast není pro školy mnohdy akceptovatelná.

Otázkou je, zda by takové zvýšené výdaje byly skutečně efektivní... Máme za to, že efektivnější cestou do budoucna by bylo REÁLNÉ začlenění všeobecné primární protidrogové do práce škol, a z veřejných finančních prostředků by byla podporována SKUTEČNÁ selektivní nebo indikovaná primární prevence, a pochopitelně SKUTEČNĚ odborné vzdělávání příslušných učitelů, metodiků prevence atp.<sup>14</sup>

Shrnuto: Z hlediska místní dostupnosti považujeme sít služeb v této oblasti za dostatečné/ postačující, z hlediska finanční dostupnosti pro školy není nabídka (pro školy finančně přijatelná) zdaleka optimální (z pohledu protidrogové prevence je ovšem nutno konstatovat, že není optimální ani poptávka ze strany řady škol, respektive jejich přístup k této problematice obecně).

#### – hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2013

V roce 2013 začala v Jihočeském kraji (region Tábořsko) poskytovat služby primární prevence nově vzniklá organizace, PorCeTa, o. p. s. Již pro rok 2013 byla podpořena z GP jihočeského kraje s podmínkou, že nechá svůj program/ programy certifikovat, jakmile se rozeběhne po delší pauze proces certifikací odborné způsobilosti. Organizace tuto podmínku splnila tím, že zažádala o místní šetření, dalším krokem důležitým k zařazení do sítě služeb bude (jako u ostatních poskytovatelů) úspěšné absolvování procesu certifikací. Svůj podíl na tomto stavu má i okolnost, že Tábořsko je poměrně rozlehlý region, který by i vzhledem k vytiženosti ostatních, stávajících poskytovatelů, „svoji službu“ nepochybně využil.

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2013 (*Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.*)

V souladu s předcházejícími komentáři lze konstatovat, že hlavním nedostatkem je, především z pohledu samotných poskytovatelů služeb a škol, nedostatek finančních prostředků, věnovaných z veřejných rozpočtů na tuto problematiku. Z pohledu poskytovatelů tradiční každoroční nejistota, zda budou moci vyvíjet svou činnost i v dalším roce. Z pohledu kraje poměrně složitá koordinace a komunikace v této oblasti, komplikace ohledně procesu certifikací a absence širšího strategického rámce v této oblasti (který by například zahrnoval celou oblast – od vzdělávání pedagogů, role školních metodiků a odborných pracovníků – např. SVP a PPP, reálné vymahatelné povinnosti škol a úlohu poskytovatelů služeb).

<sup>13</sup> Modelový příklad. Pokud poskytovatel PP získá na realizaci služby na rok cca 200 tis. Kč od kraje, a dalších cca 200 tis. Kč od MŠMT, dělá to v součtu cca náklady na mzdu jednoho profesionála (chceme-li v oboru vzdělané profesionály), možná část jiných provozních nákladů. Ovšem v žádném případě tyto prostředky nemohou postačovat na celoroční provoz kvalitní služby, chceme-li jí. Považujeme příspěvek kraje za jistý stabilizační faktor, ale nikoli za kompletní podporu služby...

<sup>14</sup> ... což by ovšem vyžadovalo i systematické REÁLNÉ A PRAKTICKÉ změny v celém systému vzdělávání v ČR, počínaje odbornou a praktickou přípravou budoucích učitelů v průběhu jejich vlastního studia.



Tabulka 4-2: Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2013 (včetně programů snižování rizik na tanečních akcích, v klubech a prostředí noční zábavy)

Název projektu / programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skup.	Počet osob, kt. služby využily /z toho UD	Počet kontaktů <sup>15</sup>	Počet výměn <sup>16</sup>	Počet vydaných inj. stř.	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
Kontaktní centrum Prevent České Budějovice	OS Prevent	KPS	UD	421 / 356	6 706	3 772	72 218	Česko budějovicko	ANO
Kontaktní centrum Prevent Prachatice	OS Prevent	KPS	UD	180 / 119	1 033	553	13 569	Prachaticko	ANO
Kontaktní centrum Prevent Strakonice	OS Prevent	KPS	UD	208 / 145	1 079	335	9 146	Strakonicko	ANO
Jihočeský streetwork Prevent	OS Prevent	TP	UD	732 / 643	2 385	2 230	44 747	Česko budějovicko, Prachaticko, Strakonicko, Tábořsko	ANO
Kontaktní centrum Arkáda	Arkáda – soc. psych. centrum	KPS	UD	174 / 145	2 613	1 409	40 045	Písecko	ANO
Terénní program Arkáda	Arkáda – soc. psych. centrum	TP	UD	128 / 107	914	361	10 447	Písecko	ANO
Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou	Farní charita Tábor	KPS	UD	276 / 198	4 937	1 258	31 583	Tábořsko	ANO
Streetwork pro města Český Krumlov a Kaplici	CPDM, o.p.s.	TP	UD	248 / 207	1 126	924	17 505	Česko krumlovsko	ANO
Terénní program pro okres Jindřichův Hradec	Sdružení META	TP	UD	102 / 102	622	286	13 257	Jinřichovo hradecko	ANO

\* TP – terénní programy, KPS – kontaktní centra, KPS a TP – sloučené programy

- zhodnocení sítě služeb v oblasti snižování rizik - Uveďte, zda je síť dostačující, jak by měla vypadat ideálně - optimalizace sítě poskytovatelů služeb drogové prevence kraje (na základě provedené analýzy potřeb a služeb), jaké je pokrytí kraje službami, jaká je dostupnost služeb pro cílovou skupinu

Síť služeb v této oblasti považujeme za minimální, pokrývající podstatnou část území kraje. Dostupnost služeb pro občany kraje hodnotíme na stejné úrovni. V každém případě je nutné zdůraznit, že se sice dlouhodobě daří udržet služby jako takové, tak jak vznikaly v průběhu uplynulých let, ale vzhledem k neustále se fakticky snižujícím prostředkům na jejich provoz dochází k omezování počtu pracovníků v přímé práci s klienty, což dostupnost do značné míry omezuje.

Jihočeský kraj se skládá ze sedmi okresů, přičemž za optimální z hlediska dostupnosti/ pokrytí kraje považujeme kontaktní centrum v přirozeném centru okresu, doplněné terénním programem. Tento model plně funguje ve čtyřech okresech (České Budějovice, Písek, strakonice, Prachatice). V okrese Tábor působí kontaktní centrum s omezeným terénním programem téhož poskytovatele, který působí pouze ve městě, nicméně byly učiněny první

<sup>15</sup> Kontakt: Každá návštěva/situace, při které dochází k interakci mezi klientem a pracovníkem programu (tzn. poskytnutí určité služby, informace, nebo poradenství - včetně skupinového. Příjem telefonického hovoru není kontakt.

<sup>16</sup> Výměna: Kontakt, při kterém dochází k výměně (příp. jen odevzdání či výdeji) jedné nebo více injekčních jehel.

kroky k pokrytí celého okresu terénním programem. V okresech Jindřichův Hradec a Český Krumlov pracují pouze terénní programy – v minulosti v obou okresech primárně vznikla kontaktní centra (města Český Krumlov a Třeboň – následně Jindřichův Hradec), ovšem nebyla vytižena (nejpravděpodobnějším důvodem byly obavy potenciálních klientů ze ztráty anonymity na malém městě, možná malá zkušenost poskytovatelů), proto se postupně transformovala do podoby terénních programů.

Za optimální stav bychom považovali:

- Udržení stávajících kontaktních center;
- Doplnění terénního programu pro okres Tábor;
- Doplnění terénních programů na Českokrumlovsku a Jindřichohradecku o ambulantní poradenství (vzhledem k velikosti cílové skupiny se v této chvíli nejvíce jeví jako efektivní plný provoz kontaktního centra).

**To by ovšem znamenalo posílit personální kapacitu služeb, čili navýšení finančních prostředků na jejich provoz. O vzniku zcela nové služby v oblasti harm reduction v Jihočeském kraji neuvažujeme, nejvíce se jako akutně potřebná.**

- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2013

V roce 2013 nedošlo k významnějším změnám. Přes poměrně (dlouhodobě) nepříznivou finanční situaci se podařilo udržet stávající služby minimální sítě.

Jedinou změnou byly první konkrétní kroky k **rozšíření terénního programu Jihočeský streetwork Prevent na území okresu Tábor**, na podzim 2013 byly provedeny první sondy do drogové scény měst Soběslav a Veselí nad Lužnicí, které existenci místní scény, respektive především skupin nitrožilních uživatelů drog, potvrdily, a potvrdily také jejich zájem o využívání této služby. Pro další období předpokládáme – což ovšem bude souviset s kapacitou služby, tedy především s finančními možnostmi donorů – s pravidelným poskytováním této služby v regionu.

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2013 (*Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítí služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.*)

Za hlavní nedostatek lze považovat malou, až kritickou personální kapacitu již existujících služeb. Konkrétně:

- Kontaktní centra ve Strakonících a Prachaticích stále (již asi čtyři roky) fungují v krizovém režimu, tedy uživatelům jsou služby poskytovány s omezenou časovou dostupností – důvodem je malá personální kapacita služeb;
- Terénní program Jihočeský streetwork by si zasloužil personální posílení – jednak s ohledem na předpokládané pokrytí regionu Táborska, jednak s ohledem na nárůst (významný) užívání drog přímo v krajském městě (nejen romští uživatelé);
- Terénní program Sdružení Meta (Jindřichohradecko) by zasluhoval personální posílení s ohledem na rozlehlost okresu, kde působí;
- Terénní program na Českokrumlovsku se vzhledem k situaci na místní drogové scéně (silně spojené s pouliční prostitucí na E 55, vyloučenými lokalitami), také potýká s nedostatečným personálním zabezpečením;
- Vzhledem k počtu klientů, vytižnosti programů a potřebě odborné, systematické práce s nimi (neomezit se pouze na základní úkony jako je testování a výměny, pobyt na kontaktní místnosti – ale také mít prostor pro vlastní, řekněme motivační, terapeutickou, poradenskou práci s klientem) lze za personálně podhodnocené označit také minimálně dva největší programy – kontaktní centra – v Táboře a Českých Budějovicích...

**SHRNUTO: Základním nedostatkem, sítě služeb v kraji je nedostatek finančních prostředků na jejich provoz, především personální náklady. Hrubě lze odhadnout, že chybí prostředky na cca 6 – 8 úvazků celkem, tedy zhruba 2,5 mil. Kč.**

Tabulka 4-3: Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2013

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita <sup>17</sup>	Počet osob, kt. služby zař. využily	Počet nově evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
Adiktologická poradna Prevent	OS Prevent	AL	UD, sociální okolí	2 <sup>18</sup>	251	105	Českobudějovicko, ale i širší – území kraje	ANO
Substituční centrum Prevent	OS Prevent	SL	UD - uživatelé opiátů	25	24	1	Českobudějovicko	ANO
Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou	Farní charita Tábor	AL	UD, sociální okolí	program Poradenské centrum 60 klientů - UD, 66 rodinných příslušníků (údaje jsou zaneseny ve společné statistice KPS)			Táborsko, ale i širší	ANO

\* AL – ambulantní léčba, SL – substituční léčba, SP – stacionární program

- zhodnocení sítě služeb v oblasti ambulantní léčby - Uveďte, zda je síť dostačující, jak by měla vypadat ideálně - optimalizace sítě poskytovatelů služeb drogové prevence kraje (na základě provedené analýzy potřeb a služeb), jaké je pokrytí kraje službami, jaká je dostupnost služeb pro cílovou skupinu

Služby ambulantní léčby, ale i substituce, nejsou v Jihočeském kraji optimálně dostupné. Vycházíme přitom z průzkumu, který realizoval protidrogový koordinátor v roce 2010. Co se ambulantní léčby týká, z výše uvedeného průzkumu a dlouhodobých zkušeností vyplývá, že ochota psychiatrů – ambulantních specialistů, Zabývat se cílovou skupinou uživatelů návykových látek, je velmi malá, a i v případě, že léčbu poskytují, bývají objednacím lhůty dlouhé (souvisí to velmi pravděpodobně s poddimenzovanou kapacitou ambulantní psychiatrie v kraji obecně). Hlavní důvody, proč někteří ambulantní psychiatři odmítají pracovat s touto cílovou skupinou (postřehy z provedení průzkumu – vlastní slova dotazovaných lékařů):

- Nevěří v účinnost ambulantní léčby – nicméně někteří jsou ochotni pracovat (obvykle s uživateli alkoholu) – po absolvované ústavní léčbě;
- Nemají dostatečnou odbornost/ vzdělání pro tuto speciální oblast;
- „Zavinili si to sami...“;
- Mají omezenou kapacitu vzhledem k smlouvě s pojišťovnou, musí si vybírat „těžší případy“...

Tyto a podobné argumenty, stav sítě ambulantní léčby, hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, vedly v Českých Budějovicích (a následně v Táboře – ve dvou největších městech kraje) ke vzniku dvou samostatných služeb, poskytovaných NNO podle standardů odborné způsobilosti RVKPP. Tím se alespoň v těchto dvou místech stala služba významně dostupnější; v ostatních regionech kraje ale buď chybí zcela, nebo je poskytována výběrově (někteří ambulantní specialisté pracují pouze s cílovou skupinou uživatelů alkoholu, někteří odmítají předepisovat substituční látky, někteří nechtějí řešit případy toxické psychózy – apod.). Problematické je i vykazování statistických údajů, jak pro Hygienickou stanici hl. města Prahy (obvykle vykazují 3 – 4 PSO), tak pro ÚZIS (ve srovnání s klienty drogových služeb velmi málo vykazovaných pacientů PSO).

Průzkum, či zhodnocení stavu sítě ambulantní léčby, dosud nebylo aktualizováno, předpokládáme toto v průběhu přípravy nové Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje a Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje.

**SHRNUTO: Síť ambulantní léčby není v Jihočeském kraji optimální, ani dostatečně dostupná pro všechny obyvatele kraje.**

- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2013: **Žádné podstatné změny.**

<sup>17</sup> Kapacita: Uvádí se u těch služeb, kde je to relevantní. Kapacita znamená, pro kolik klientů současně je program maximálně určen; počet míst v zařízení/programu.

<sup>18</sup> Momentální kapacita, služba má dva pracovníky v přímé péči.

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2013 (*Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.*)

Viz výše. Bez provedené analýzy, či průzkumu nelze definovat chybějící služby v konkrétních regionech, situace se mění průběžně (např. nastupují noví lékaři). Zásadním partnerem pro tuto aktivitu budou ovšem kromě lékařů samotných i zdravotní pojišťovny – není v současné době v silách kraje (finančních), ale ani dalších poskytovatelů dotací na protidrogovou politiku, financovat potřebné služby v tomto segmentu péče (ostatně by to bylo dublování jiných dostupných veřejných prostředků).

Tabulka 4-4: Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2013

Název projektu/ programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita <sup>19</sup>	Počet osob, kt. služby zař. využily	Počet nové evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certifikace
TK Němčice	OS Sananim	RPTK	UD (23+) muži a ženy	18 lůžek	-	-	ČR	ANO
TK Karlov	OS Sananim	RPTK	UD <b>1/</b> matky s dětmi; <b>2/</b> mladiství 16 – 25 let	<b>1/</b> 9 lůžek matky, 10 dětí <b>2/</b> 12 lůžek	-	-	ČR	ANO
TK Podcestný mlýn	Sdružení Podané ruce	RPTK	UD (18+); muži a ženy	15 lůžek	-	-	ČR	ANO

\*DXT – detoxifikace, LZS – lůžkové zdravotní služby, RPTK – terapeutické komunity, DSZR – domovy se zvláštním režimem, - jiné

- zhodnocení sítě služeb v oblasti rezidenční léčby - Uveďte, zda je síť dostačující, jak by měla vypadat ideálně - optimalizace sítě poskytovatelů služeb drogové prevence kraje (na základě provedené analýzy potřeb a služeb), jaké je pokrytí kraje službami, jaká je dostupnost služeb pro cílovou skupinu

V oblasti pobytové léčby se na území Jihočeského kraje nachází několik zařízení, které tuto službu poskytují. V první řadě se jedná o tři terapeutické komunity, které se specializují přímo na cílovou skupinu uživatelů nelegálních návykových látek – TK Němčice (o. s. Sananim), TK Karlov (o. s. Sananim) a TK Podcestný mlýn (Sdružení Podané ruce).

V oblasti rezidenční léčby pro širší cílovou skupinu (nelegální návykové látky, alkohol, gambling) je jednoznačné vůdčí postavení Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (včetně detoxu, který je ovšem určen pouze pro pacienty nastupující léčbu v tomto zařízení – podrobněji viz připojená samostatná kapitola). V kraji existují další tři psychiatrické léčebny (PL U Honzíčka, PL Lnáře, PL Opařany – dětská léčebna), které ve víceméně omezené míře přijímají pacienty s diagnózou závislosti (z nich zvláště PL Opařany velmi okrajově).

Co se domovů se zvláštním režimem týče (pokud se jedná o cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých), není v Jihočeském kraji specializované zařízení, v některých případech si jednotliví poskytovatelé sociální služby domov pro seniory nechávají zaregistrovat i tuto službu, kterou ve formě vyhrazených, obvykle několika lůžek, poskytují svým uživatelům (z příslušné spádové oblasti, obvykle). Statistické údaje jsou nedostupné.

Co se týče popsaných služeb, lze odhadnout, že jak pro potřeby střednědobé, tak dlouhodobé rezidenční léčby by kapacita výše popsaných služeb, pokud by byly určeny pouze pro obyvatele Jihočeského kraje, byla více než postačující. Co se dostupnosti služeb týče, u pobytových služeb není primárním ukazatelem dostupnost místní, ani dostupnost finanční nebývá problém (léčebny umějí/ nebo spíše uměly zvládat nebo kompenzovat poplatky spojené s léčbou). Časová dostupnost, tedy vlastně aktuálně disponibilní kapacita bývá v některých obdobích problémem, ale stav či situace se významně liší v závislosti na řadě faktorů, které nejsou jednoduše ovlivnitelné, čekací doby obvykle ale nebývají delší než dva měsíce, v případě akutní potřeby lze obvykle nalézt rychlejší cestu.

<sup>19</sup> Kapacita - pro kolik klientů současně je program maximálně určen; počet míst v zařízení/programu.

- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2013: **Žádné zásadní změny v roce 2013**
- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2013 (*Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítí služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.*)

V Jihočeském kraji neexistuje detox. Výjimkou je detoxifikační oddělení PL Červený Dvůr, které ovšem slouží pouze pro nastupující pacienty léčebny, klienti, kteří mají podstoupit léčbu v jiném zařízení (nebo léčbu ambulantní) si musí detoxifikaci zajistit mimo území kraje, to přináší obtíže zvláště OSPODům, pokud pro své nezletilé/ mladistvé klienty potřebují zajistit detox jako součást přijímací procedury do specializovaných pobytových služeb (je využíván detox Nemocnice sv. Karla Boromejského).

Co se pobytové léčby týče, kapacita služeb v kraji je dostatečná, viz komentář výše. Tato kapacita ovšem není určena pouze pro občany kraje, proto jsou v některých obdobích obtíže s umístěním především závislých, indikovaných k dlouhodobé léčbě (především v terapeutických komunitách). Totéž se týká ojedinělých případů, kdy je klient, i vzhledem k souběžné vážné psychiatrické diagnóze a celkovému zdravotnímu stavu spíše indikován pro pobyt v Domovu se zvláštním režimem (někdy až k paliativní péči – tyto případy budou v budoucnosti s nejvyšší pravděpodobností přibývat – i u výrazně mladších cílových skupin).

## SAMOSTATNÁ KAPITOLA – PL ČERVENÝ DVŮR

### Podrobné informace o léčebně

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zařízení plně specializované na střednědobou ústavní léčbu závislosti na návykových látkách a patologického hráčství. Byla založena v roce 1966. V současnosti je kapacita léčebny 103 lůžek, ročně absolvuje terapeutický program v léčebně 650 až 750 pacientů. Léčebna má 4 oddělení - příjmové detoxifikační oddělení (detox) a tři oddělení psychoterapeuticko-režimová. Léčebna je celorepublikové zařízení, léčí se zde muži a ženy starší 18 let.

Léčebna poskytuje:

- střednědobou ústavní léčbu závislosti na nealkoholových drogách,
- dlouhodobou léčbu závislosti na alkoholu a patologickém hráčství,
- detoxikaci a detoxifikaci,
- rodinnou a partnerskou terapii při střednědobých a dlouhodobých léčbách zmíněných výše,
- krátkodobé stabilizační pobyty na zvládnutí relapsu,
- krátkodobé motivační (tzv. opakovací) pobyty v rámci následné péče.

Nejčastější léčené primární diagnózy jsou: Syndrom závislosti na alkoholu F 10.2; Syndrom závislosti na heroinu F 11.2; Syndrom závislosti na pervitinu F 15.2; Syndrom patologického hráčství F 63.0

Celkový počet pacientů za rok 2013: 740 (r. 2012 – 741, r. 2011 – 690)

<b>z toho: muži</b>	<b>495</b>	(486 v roce 2012)
<b>ženy</b>	<b>245</b>	(255 v roce 2012)

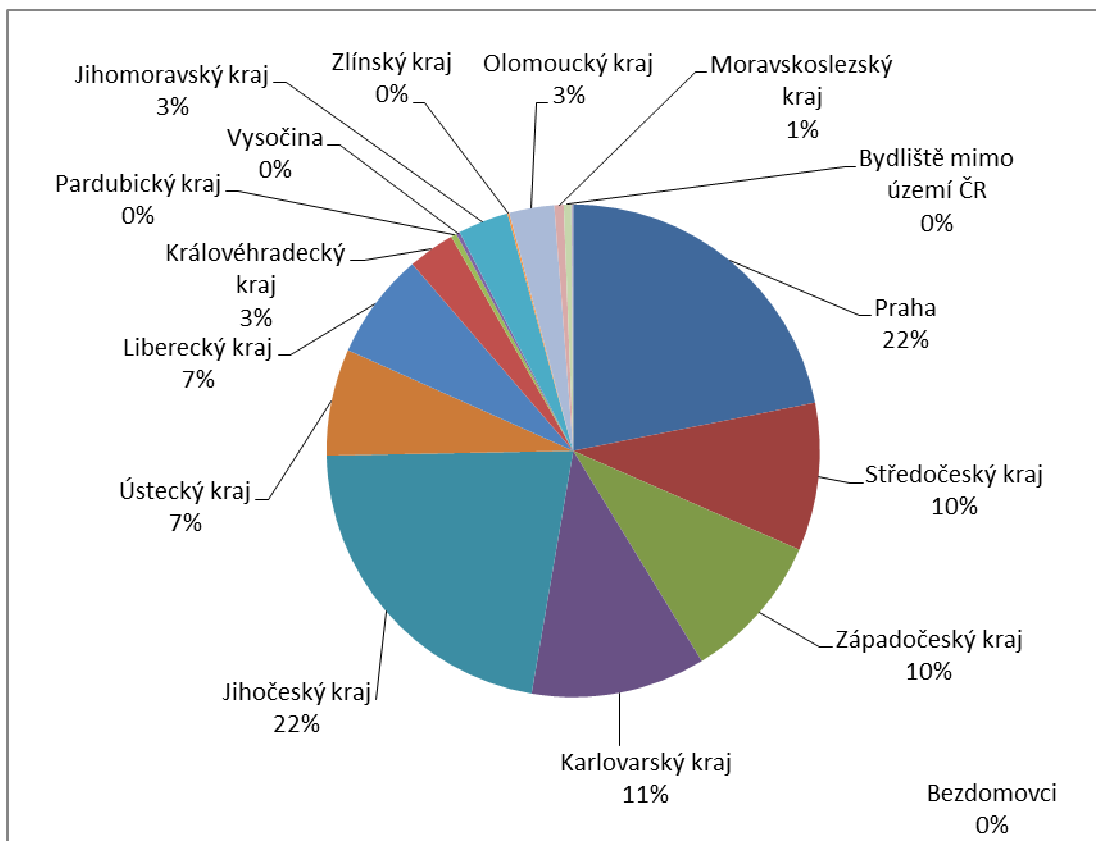
Zastoupení jednotlivých skupin diagnóz

alkohol	<b>41%</b> (291)	(34% v roce 2012)
gambling	<b>5%</b> (36)	(5% v roce 2012)
<b>nealkohol. drogy</b>	<b>54%</b> (379)	(61% v roce 2012)
<b>z toho</b>	<b>246 zákl. droga pervitin</b>	<b>(221 v roce 2012)</b>
	<b>53 zákl. droga heroin</b>	<b>(60 v roce 2012)</b>

Zastoupení jednotlivých skupin diagnóz podstupuje vývoj (pravděpodobně v důsledku výskytu jednotlivých závislostí v republice). V roce 1994 byla léčebna téměř výhradně určena pro léčbu závislých na alkoholu, v následujících letech se razantně zvyšoval počet léčených pacientů se závislostí na nealkoholových drogách, předpokládaným trendem je stabilizace poměru mezi závislými na alkoholu a závislými na nealkoholových drogách na 1:1. Dokončení léčby – dlouhodobě se pohybuje kolem 55 - 60%

Krajové zastoupení pacientů v léčebně v roce 2013 ukazuje následující tabulka a graf. Meziročně je nápadný nárůst pacientů z Jihočeského kraje.

Praha	178
Středočeský kraj	79
Západočeský kraj	79
Karlovarský kraj	93
Jihočeský kraj	179
Ústecký kraj	57
Liberecký kraj	57
Královéhradecký kraj	25
Pardubický kraj	3
Vysočina	2
Jihomoravský kraj	27
Zlínský kraj	1
Olomoucký kraj	24
Moravskoslezský kraj	5
Bydliště mimo území ČR	4
Bezdomovci	1



V roce 2011 léčebna úspěšně prošla akreditací Spojené akreditační komise ČR, v roce 2014 ji úspěšně obhájila. Podrobnější údaje jsou dostupné na webových stránkách léčebny: <http://cervenydvur.cz/>

Zdroj. MUDr. Jiří Dvořáček, ředitel PL Červený Dvůr

Tabulka 4-5: Služby v oblasti následné péče v r. 2013

Název projektu/ programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita <sup>4</sup>	Počet osob, kt. služby zař. využily	Počet nově evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certifik ace (ano/ne)
Doléčovací centrum Prevent	OS Prevent	ADP s pobyto vou složkou	Klienti po abs. léčbě – UD, alkohol, gambling	12 lůžek pobyt, kapacita amb. 5	49	33	ČR	ANO

\*ambulanti – následná péče ambulantní, pobytová – následná péče pobytová, - jiné

- zhodnocení sítě služeb v oblasti následné péče - Uveďte, zda je síť dostačující, jak by měla vypadat ideálně - optimalizace sítě poskytovatelů služeb drogové prevence kraje (na základě provedené analýzy potřeb a služeb), jaké je pokrytí kraje službami, jaká je dostupnost služeb pro cílovou skupinu

Pobytová následná péče je dostupná pouze ve městě České Budějovice, kde ji zajišťuje s kapacitou 12 lůžek OS Prevent. Nemáme k dispozici přesné údaje ohledně potřeby pobytové složky doléčování, nicméně lze odhadnout, že vzhledem k počtu občanů kraje, kteří absolvovali rezidenční léčbu, by bylo nutné kapacitu navýšit (nehledě na ostatní obyvatele ČR – pro některé je změna prostředí po absolvované léčbě velmi důležitým momentem, podmiňujícím úspěšnou resocializaci – to platí především pro léčené uživatele nelegálních návykových látek a mladší věkové skupiny; mimochodem naopak občané kraje také mění po léčbě místo pobytu, a absolvují programy následné péče mimo jeho území, začínají „nový život“ jinde).

Se zhodnocením potřeby a dostupnosti ambulantní následné péče je to složitější. Jediný certifikovaný program tohoto typu se opět nachází v českých Budějovicích (Os prevent), nicméně v některých regionech tuto službu či program nabízejí i jiní poskytovatelé (Tábor – program resocializační programy při centru Auritus, Farní charita Tábor; Písek – Arkáda – sociálně psychologické centrum – registrovaná sociální služba následná péče, převážně uživatelé alkoholu). Některé složky doléčování jsou poskytovány v rámci běžného provozu kontaktních center, v některých případech přijímají do péče tyto osoby i ambulantní psychiatři (viz kapitola ambulantní léčba; především závislí na alkoholu po prodělané ústavní léčbě).

- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2013: **Žádné změny v roce 2013.**
- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2013 (*Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.*)

Jak pravděpodobně vyplývá z popisu výše, potřebnou kapacitu (konkrétně vyčíslitelnou) služeb následné péče lze velmi obtížně odhadnout. V každém případě by bylo nutné u pobytových služeb vycházet z celostátních statistik o absolvovaných léčbách (přesné údaje o občanech kraje, léčících se rezidenčně nelze vysledovat – v minulosti byly takovéto pokusy činy, standardní odpovědí zpravidla psychiatrických léčeben bylo, že „tyto údaje u svých pacientů nesledují“). Ostatně, obdobně by tomu bylo i u doléčování ambulantního – zjednodušeně řečeno, nevíme, kolik léčených klientů se v jednotlivých regionech kraje pohybuje, a jaká by byla potřeba. Nicméně z jednotlivých služeb (nejen Doléčovací centrum Prevent, ale např. i z kontaktních center) máme informace, které svědčí o potřebě navýšení kapacit těchto programů. Cestou by bylo pravděpodobně, alespoň u uživatelů nealkoholových drog, navýšení personálních (a odborných) kapacit stávajících služeb, především kontaktních center (na způsob v minulosti diskutovaných drogových agentur – v menších okresních městech by se jednalo nepochybně o ekonomičtější model, než samostatně stojící služba. U alkoholových závislostí by byla naopak nejspíše nejschůdnější cesta navýšení kapacit psychiatrických ambulancí.). Nadbytečnými kapacitami (nejen v tomto případě) Jihočeský kraj rozhodně nedisponuje.

Tabulka 4-6: Ostatní specializované programy v r. 2013 (služby ve vězení, sociální podniky, záchytné stanice apod.)

Název projektu/ programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita 4	Počet osob, kt. služby zař. využily	Počet nově evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
Protialkoholní záchytná stanice	ZZS Jihočeského kraje	Záchytná stanice	Uživatelé alkohol	-	1 433	1 433	Jihočeský kraj	NE

\* služby ve vězení, sociální podniky, záchytné stanice apod.

### Samostatná kapitola – Záchytná stanice České Budějovice

**Údaje Zdravotnická záchraná služba Jihočeského kraje (rok 2013 a srovnání 2012):** Zdravotnická záchraná služba Jihočeského kraje poskytuje odbornou zdravotní péči v těchto oborech:

- **Záchraná služba** (výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci (RLP); výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci (RZP); výjezdové skupiny rendez-vous (RV); posádka letecké záchrané služby (LZS))
- **Protialkoholní záchytná stanice (PZS) a akutní detoxikační centrum (ADS)**
- **Lékařská služba první pomoci (LSPP)** lékařská služba první pomoci pro děti a dorost; lékařská služba první pomoci pro dospělé; zubní lékařská služba první pomoci)

Počet pacientů protialkoholní záchytné stanice v roce 2013 **1433**

věková struktura hospitalizovaných osob

- do 19 let: **40 pacientů** (rok 2012 - 56)
- 20 – 64 let **1 082 pacientů** (rok 2012 - 991)
- nad 64 let: **46 pacientů** (rok 2012 - 43)

Komentář (MUDr. Marek Slabý, ředitel ZZS): ZZS provozuje jedinou protialkoholní záchytnou stanici v Jihočeském kraji, kde má i zřízené oddělení pro děti a mládež. Pacienti s podezřením na intoxikaci jinými látkami než alkoholem nejsou převáženi na záchytku, ale jsou rovnou umístováni na specializovaná oddělení příslušných nemocnic (děti na dětské odd.). Sami pracovníci ZZS zpravidla intoxikované pacienty nevyhledávají, ty jim předává Policie ČR, případně městská policie. V zařízení je 9 lůžek. Jediným zdrojem finančních prostředků jsou úhrady pacientů (2013 – 539 tis. Kč, to je 38,36 % ze skutečně vyfakturovaných hospitalizovaných pacientů – 1.405 tis. Kč) a příspěvek Jihočeského kraje (2,000 tis. Kč).

**Tabulka:** Počet pacientů protialkoholní záchytné stanice (2013 a srovnání 2012)

	Hospitalizovaní klienti		Ambulantní klienti		Celkem klientů	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Leden	97	94	26	20	123	114
Únor	73	82	13	24	86	106
Březen	98	93	17	37	115	130
Duben	103	89	28	21	131	110
Květen	78	101	16	18	94	119
Červen	92	105	16	18	108	123
Červenec	96	101	16	25	112	126
Srpen	107	110	11	17	118	127
Září	81	105	15	14	96	119
Říjen	85	94	10	23	95	117
Listopad	97	97	16	26	113	123
Prosinec	83	97	22	22	105	119
<b>Celkem</b>	<b>1090</b>	<b>1168</b>	<b>206</b>	<b>265</b>	<b>1296</b>	<b>1433</b>

**Tabulka:** Podíl mužů a žen - pacientů protialkoholní záchytné stanice (2013 a srovnání 2012)

	muži		ženy	
	2012	2013	2012	2013
<b>Celkem</b>	<b>1138</b>	<b>1240</b>	<b>158</b>	<b>193</b>



**Tabulka:** Náklady a výnosy ZZS JČK, z toho záchytná stanice (2013; v tis. Kč)

Činnost	Náklady	Výnosy	Hosp. výsledek
Celkem ZZS JČK	442 741	443 087	346
Z toho PZS	7 187	3 434	-3 753
<b>Z toho</b>	7 187	<b>1 434 pacienti 2 000 JČK</b>	-3 753

### SÍŤ SLUŽEB V JIHOČESKÉM KRAJI

- zhodnocení sítě služeb - Uveďte, zda je síť dostačující, jak by měla vypadat ideálně - optimalizace sítě poskytovatelů služeb drogové prevence kraje (na základě provedené analýzy potřeb a služeb), jaké je pokrytí kraje službami, jaká je dostupnost služeb pro cílovou skupinu

Shrnutí předcházejících kapitol:

V oblasti služeb (sociálně – zdravotních), financovaných účelově a vícezdrojově, jako páteř protidrogové politiky České republiky a Jihočeského kraje, tedy služeb certifikovaných podle standardů odborné způsobilosti RVKPP a financovaných z rozpočtů centrálních orgánů. Jihočeského kraje a obcí (dotační řízení na realizaci protidrogové politiky; realizátory jsou v Jihočeském kraji výhradně NNO), tam pokládáme v převážné míře za potřeby kraje naplněné, co se týče počtu a umístění jednotlivých programů, místní dostupnost je téměř optimální. Co se kapacitních možností týče, personální (čili primárně finanční) zajištění služeb za dostatečné nepovažujeme, dostupnost je v řadě případů omezená (co se týče dostupnosti časové; konkrétně pak i dostupnost některých složek či programů jednotlivých služeb – viz kapitola Harm reduction).

V oblasti služeb zdravotnických lze problematiku rozdělit do dvou segmentů – rezidenční léčba je dostupná v uspokojivé podobě (podrobněji viz kapitola léčba), ambulantní formy léčby jsou v jednotlivých regionech dostupné proměnlivě a jsou nesystémově poskytovány, stav uspokojující není (podrobněji kapitola ambulantní léčba, doléčování).

Návrh optimální podoby sítě bude předmětem nově zpracovávaného dokumentu Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje na období 2015 – 2017, jehož tvorba je aktuálně ve fázi příprav (inspirací bude mj. nepochybně i návrh Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb, SNN 2011).

- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2013

Žádné významné změny v roce 2013, vyjma popsaného rozšíření terénního programu na Táborsku (přípravná fáze).

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2013 (*Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.*)

Viz výše.

### Evaluace efektivity sítě služeb

- uskutečněné evaluace efektivity sítě služeb (*Popis a výsledky evaluací a průzkumů preventivních aktivit a aktivit zaměřených na efektivitu služeb pro uživatele drog*)
  - Pokud byly realizované studie efektivity, uveďte následující informace: **V roce 2013 nebyla uskutečněna žádná evaluace efektivity sítě služeb, každoročně probíhá (nejen v souvislosti s touto VZ, ale i například pro potřeby dotačních řízení kraje) vyhodnocení výkonnosti služeb, prováděné krajským protidrogovým koordinátorem.**

## 5 Různé - další údaje

- Kontaktní údaje o zařízeních, která působí na území kraje (název, typ služby, adresa, kontaktní osoba, tel., e-mail, webové stránky). Prosím, uvádějte aktuální informace k době psaní zprávy, sekretariát RVKPP bude na základě toho aktualizovat mapu pomoci na [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)
- Uveďte jakékoli jiné informace, které jsou zajímavé.