

# Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji za rok 2014 (osnova)

Kraj: Jihočeský

Zpracoval /jméno a funkce/: Mgr. Marek Nerud, krajský protidrogový koordinátor

Projednáno a/nebo schváleno (kým):  
projednáno s vedoucím OSVZ, Mgr. Petrem Studenovským  
bude předložena ke schválení samosprávě Jihočeského kraje dne 26. 6. 2015

Odkaz na internetovou prezentaci kraje, věnovanou drogám:

[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)

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 a politiky v oblasti hazardního hraní v kraji, koncepčních opatřeních, spolupráci s obcemi, finančním zajištění a finančních deficitech protidrogové politiky, charakteristice drogové scény a situace v oblasti hazardního hraní, síti služeb pro uživatele drog a problémové/patologické hráče<sup>1</sup> 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, Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR a Výroční zprávy o hazardním hraní v ČR a jeho dopadech. Zároveň je také důležitým informačním materiálem pro politiky na místní, krajské i centrální úrovni.

## **Instrukce ke zpracování zprávy.**

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.

Další relevantní informace o drogové situaci nebo realizaci protidrogové politiky, situaci v oblasti hazardního hraní a politiky v této oblasti 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 2015**

<sup>1</sup> Termín problémový hráč je širší – zahrnuje osoby v riziku rozvoje patologického hráčství i osoby s diagnózou patologický hráč (dg. F 63.0).

## 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 situace v oblasti hazardního hraní, zdravotní a sociální následky a souvislosti, trendy v užívání drog (porovnání s rokem předchozím), dostupnost a nabídka drog a provoz hazardních her včetně sázkových kanceláří, programy prevence, léčby, doléčování, síť služeb, protidrogová politika a jejich koordinace, hodnocení a tvorba strategií, přijatá opatření apod.

Rok 2014 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 podporu jednotlivých oblastí protidrogové politiky činily cca 11,4 mil. Kč, z toho 1,11 mil. Kč na oblasti specifické primární prevence, cca 5,9 mil. Kč na podporu dalších odborných služeb (terénní programy, kontaktní centra apod. – v této oblasti odhadujeme realisticky spoluúčasť kraje na úrovni vyšší než 30 % celkových rozpočtů těchto služeb) a 4 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, jednotlivých ministerstev), stejný význam ale přikládal i spolupráci s jednotlivými obcemi.

Největší akcí v oblasti koordinaci protidrogové politiky bylo zavedení modelu spolufinancování protidrogových služeb místními samosprávami, který přinesl do sítě odborných služeb další potřebné finanční prostředky. Přestože navýšení nebylo tak významné, jak by mohlo vypadat podle stanoveného modelu – podařilo se získat cca 38 % vypočtené částky, a zapojilo se cca 30 % obcí, v průměru každá služba získala cca 40 000 Kč z úrovně obcí – přesto lze čísla vyložit i příznivěji. Zapojilo se 185 obcí, což je významný rozdíl oproti cca 15 – 20 obcím v předcházejících letech. Oproti roku 2013 se od obcí podařilo získat o 662 148 Kč více, oproti roku 2012 dokonce o téměř 1 mil. Kč. Ale za srovnatelně důležitý výsledek této aktivity považujeme i to, že se začala rozbíhat diskuse s místními samosprávami o smyslu protidrogové politiky, významu konkrétních služeb v konkrétních regionech a byl dán prostor k partnerské komunikaci mezi jednotlivými obcemi a poskytovateli služeb. Podrobněji v příloze této 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. V roce 2014 se projevil, v oblastech Českobudějovicka a Táborska, tedy nejhustěji osídlených regionech, poměrně dramatický nárůst výměn injekčního materiálu. Neznáme sice zatím příčiny tohoto nárůstu, nicméně jeden z možných způsobů interpretace je ten, že postupně dochází, v prozatím skrytých částech populace, k nárůstu injekčního užívání. Již dlouhodobě se mění situace v oblasti užívání opiátů, po dlouhé době převažujícího užívání buprenorfinu (nad heroinem) vstupují na scénu opiáty farmakologické, dlouhodobě je zřetelný značný přísun těchto látek (nejviditelnější je Vendal Retard) na drogovou scénu prostřednictvím (pravděpodobně nepříliš odpovědně) vydávaných receptů. Nízkoprahové služby hlásí také vyšší počty uživatelů heroinu, kteří jsou jejich klienty, byť nárůst se prozatím nejeví jako dramatický, jedná se o desítky osob. 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 totéž platí i pro jiné regiony ČR.

Podrobnější údaje a informace lze nalézt na příslušných místech zprávy.

## Obsah a struktura výroční zprávy:

1	Drogová scéna – situace v kraji .....	4
2	Koordinace protidrogové politiky .....	18
2.1	Institucionální zajištění .....	18
2.1.1	Krajské institucionální zajištění koordinace .....	18
2.1.2	Místní zajištění koordinace protidrogové politiky .....	19
2.2	Strategické dokumenty protidrogové politiky kraje .....	21
2.2.1	Koncepce, strategie, akční plány a jejich zaměření .....	21
2.2.2	Hodnocení strategických dokumentů/protidrogové politiky kraje .....	23
2.3	Zadané/realizované analýzy/studie v oblasti drogové politiky a drogové situace .....	24
2.4	Další významné aktivity v oblasti protidrogové politiky v r. 2012 na krajské i místní úrovni .....	24
3	Finanční zajištění služeb pro uživatele drog .....	25
4	Služby poskytované uživatelům drog a osobám ohroženým drogami .....	30
5	Různé - další údaje .....	44

## 1 Drogová scéna – situace v kraji

### Instrukce – DŮLEŽITÉ

V rámci této kapitoly má sekretariát RVKPP zájem zejména o **informace z lokálních studií a průzkumů, informace ze služeb** 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.**

Pokud používáte informace ze studií a průzkumů, uvádějte ve zprávách odkaz na danou studii/průzkum.

Uveďte informace, které máte k dispozici k následujícím bodům:

### 1.1 Užívání návykových látek v obecné populaci, ve školní populaci

Nedisponujeme žádnými zásadními a konkrétními informacemi k otázce užívání drog v obecné populaci v Jihočeském kraji. Jihočeský kraj ani v roce 2014 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 (návykovými látkami, závislostním chováním) reálně ohrožené. Nemáme žádný důvod se domnívat, že by se užívání návykových látek (ani těch nelegálních) občany kraje nějak významně lišilo od celostátních trendů, proto pro účely odhadů velikosti cílových skupin pro potřeby tvorby strategických dokumentů využíváme výsledky celostátních, plošných průzkumů.

Obdobně přistupujeme i k mapování situace ve školní populaci. Situace se ovšem poměrně významně liší (více než v běžné populaci) podle regionu, úrovně školy a jejího postavení ve vzdělávacím systému. Nejviditelnější projevy užívání nelegálních návykových látek (ale i alkoholu a kouření) se objevují především v učňovském školství. Některé terénní programy využívají jako jednu z forem navazování kontaktu s potenciálními uživateli i tzv. „ranní terény“ (Jihočeský streetwork Prevent), kdy oslovují skupiny žáků/ studentů před školami, před zahájením vyučování. Tyto aktivity potvrzují vysoký podíl uživatelů zejména marihuany mezi žáky/ studenty některých typů škol, především středních a těch s učňovskými obory.

Pro ilustraci uvádíme průzkum, který byl zrealizován na Dačicku, místní protidrogovou koordinátorkou<sup>2</sup>:

Od října do prosince 2014 probíhalo na 6 základních školách ve správním obvodu ORP Dačice **výzkumné šetření** na téma: kouření a užívání jiných návykových látek dětmi II. stupně základních škol v ORP Dačice. Bylo osloveno 570 respondentů, z toho 247 dívek, 323 chlapců. Šetření bylo realizováno formou anonymního dotazníku, který obsahoval 24 otázek. Z odpovědí vyplynulo, že:

- 97 žáků přiznalo, že kouří (17%);
- 190, že pije alkohol (cca 1/3 oslovených);
- 24 respondentů přiznalo zkušenost s marihuanou
- dva respondenti uvedli zkušenost s hašišem
- 7 účastníků průzkumu přiznalo závislost – 5x na cigaretách, 2x na marihuaně.

Co se týká věku, tak u alkoholu zažili žáci první zkušenost kolem 12. roku a obdobně je to i s prvními zkušenostmi s kouřením cigaret, i když se objevily věkové hranice 4, 5, 6, 8, 9 let.

### 1.2 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, které by dokázaly toto prostředí dostatečně zmapovat. Spíše jsme odkázáni na zprostředkované informace, které nejsou dostatečně důvěryhodné. Je nepochybné, že se i v tomto prostředí nelegální návykové látky objevují (počítatelně i včetně těch legálních). V minulých letech, vzhledem k tomu, že látky, prodávané jako „extáze“ byly uživateli hodnoceny jako nedostatečně kvalitní (snižující se obsah MDMA, její nahrazování jinými látkami), byl i v Jihočeském kraji zaznamenán trend „přestupu“ uživatelů ke známějšímu a předvídatelnějšímu pervitinu, jehož nazální užívání je v tomto prostředí poměrně rozšířené. V poslední době

<sup>2</sup> Mgr. Dagmar Čermáková, kurátorka pro mládež, MěÚ Dačice

objevují – spíše nárazově, a zprostředkovaně, informace o experimentech s tzv. „novými drogami“, v prostředí skupin osob s vyšším sociálním statusem pak užívání kokainu (nebo v některých případech zdá se kokain slouží přímo jako symbol tohoto statusu).

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.

V prostředí zábavy nebo nočního života služby pro uživatele drog v Jihočeském kraji systematicky nepracují (nárazově mapují situaci na jednotlivých akcích – festivaly, slavnosti, koncerty), hlavními důvody jsou jednak nedostatek finančních prostředků, jednak skutečnost, že uživatelé v tomto specifickém prostředí mají zájem přednostně o to „užít si“, nikoli řešit problém<sup>3</sup>, který momentálně necítí. A tím se vracíme obloukem k začátku této kapitoly – službám chybí specifický nástroj, kterým by mohly (mimo klasického informačního servisu, výměnného programu atp.) tyto skupiny oslovit.

### 1.3 Problémové formy užívání drog

(odhady počtu podle lokálních/regionálních odhadů, užívané drogy, vzorce užívání)

**Za rok 2014 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 3/4 užívání pervitinu, 1/4 opiáty (především Subutex, zdá se, že poněkud narůstá počet uživatelů heroinu). Setrvalým trendem je nárůst (převážně injekčního) užívání opiátu Vendal Retard (i mezi „tradičními“ uživateli pervitinu – důvodem je snadná dostupnost).

### 1.4 Užívání drog ve specifických skupinách

Stále trvá 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.

### 1.5 Sociálně vyloučené lokality

(uveďte popis práce v soc. vyloučených lokalitách ve vztahu k protidrogové politice, jaká jsou tam opatření, jaké služby pro uživatele drog tam působí, vzrostl nebo klesl počet služeb pracujících v tomto prostředí...)

Při popisu tzv. „vyloučených lokalit“ vycházíme z „Gabalovy analýzy“ (2006), v roce 2010 byl na úrovni kraje proveden vlastními silami Oddělení prevence a humanitních činností průzkum menších lokalit (doplnění). V roce 2014 proběhla aktualizaci údajů o tomto jevu v podmínkách Jihočeského kraje, zároveň jsme spolupracovali na opakovaném celostátním průzkumu, který probíhal především v roce 2014, a měl za úkol aktualizovat právě výše zmíněnou analýzu z roku 2006.

Stručný přehled nejvýznamnějších lokalit (s vědomím, že na řadě míst se situace rychle mění, včetně počtů obyvatel - obvyklým jevem je i migrace obyvatel těchto lokalit, nejen v rámci kraje):

---

<sup>3</sup> Což ovšem neznamená, že tyto aktivity nemají smysl – pro řadu návštěvníků to může být první kontakt se službami, a důvod k tomu začít uvažovat o své situaci, případně pak službu kontaktovat. Pro službu samotnou pak znamená mapování místní drogové scény v jiném kontextu, možnost oslovení té části uživatelů, kteří jinak s (především) terénním programem v místě do kontaktu nepřijdou.

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

**Písek** – LOKALITY: Svatoplukova, Purkratice; sídliště Portyč; cca 500 - 600 obyvatel

**Tábor** – LOKALITA Fišlovka; cca 120 obyvatel

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

**Český Krumlov** – LOKALITA Sídlíště Mír, Vyšehrad, Horní Brána atd., cca 300 obyvatel

**Větrní** – LOKALITY: Rožmberská ul., Papírenská ul. atd.; cca 270 obyvatel (Agentura pro sociální začleňování zde ukončila činnost v roce 2014)

**Prachatice** – LOKALITA Krumlovská ul.; cca 35 - 40 obyvatel

**Strakonice** – LOKALITA Budovatelská ulice, Komenského ul. apod., cca 210 obyvatel

**Vimperk** – LOKALITA Pasovská ulice, U lázní atd.; cca 80 obyvatel

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

**České Velenice** – LOKALITA Vitorazská ul., Štefánikova ul.; cca 160 obyvatel (v současné době zde působí Agentura pro sociální začleňování)

...a další, menší lokality.

Dle našich poznatků a informací z terénu drogová problematika velmi významně zasahuje především lokality v Českých Budějovicích, Větrní, Vimperku, sídliště Portyč v Písku.

Podrobnější informace viz „Monitoring lokalit ohrožených sociálním vyloučením v Jihočeském kraji“ z 14. 8. 2014

Přímý odkaz:

[http://www.kraj-jihocesky.cz/2024/informace\\_z\\_oblasti\\_socialniho\\_zaclenovani\\_vyloucenim.htm](http://www.kraj-jihocesky.cz/2024/informace_z_oblasti_socialniho_zaclenovani_vyloucenim.htm)

## 1.6 Uživatelé drog v léčbě a ve službách

### NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY

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

	2004	2008	2010	2011	2012	2013	2014
Počet klientů / UD	1 207	1 540	1 675	1 795	1 880	2 022	2 038
<b>z toho INJEKČNÍCH uživatelů drog</b>	<b>879</b>	<b>1 200</b>	<b>1 347</b>	<b>1 466</b>	<b>1 422</b>	<b>1 545</b>	<b>1 535</b>
<b>z toho se základní drogou PERVITIN</b>	512	<b>1 004</b>	<b>1 212</b>	<b>1 267</b>	<b>1 272</b>	<b>1 442</b>	<b>1 335</b>
z toho se základní drogou heroin	122	38	40	33	14	30	91
z toho se základní drogou Subutex	-	235	215	227	250	225	178
<b>... OPIÁTY celkem</b>	-	<b>273</b>	<b>255</b>	<b>260</b>	<b>264</b>	<b>254</b>	<b>269</b>
z toho se základní drogou kanabinoidy	<b>107</b>	152	109	159	221	250	334
Průměrný věk klienta	23,8	<b>25,7</b>	<b>27,5</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>29</b>
Počet neuživatelů, kteří využili alespoň jednu službu programu	356	310	339	332	272	305	283

**Komentář k tabulce:** V tabulce jsou uvedeny výhradně součty za 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 2014 k dispozici (Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje – vydává ÚZIS, bývá dostupná až v podzimních měsících následujícího roku).

### AMBULANTNÍ LÉČBA

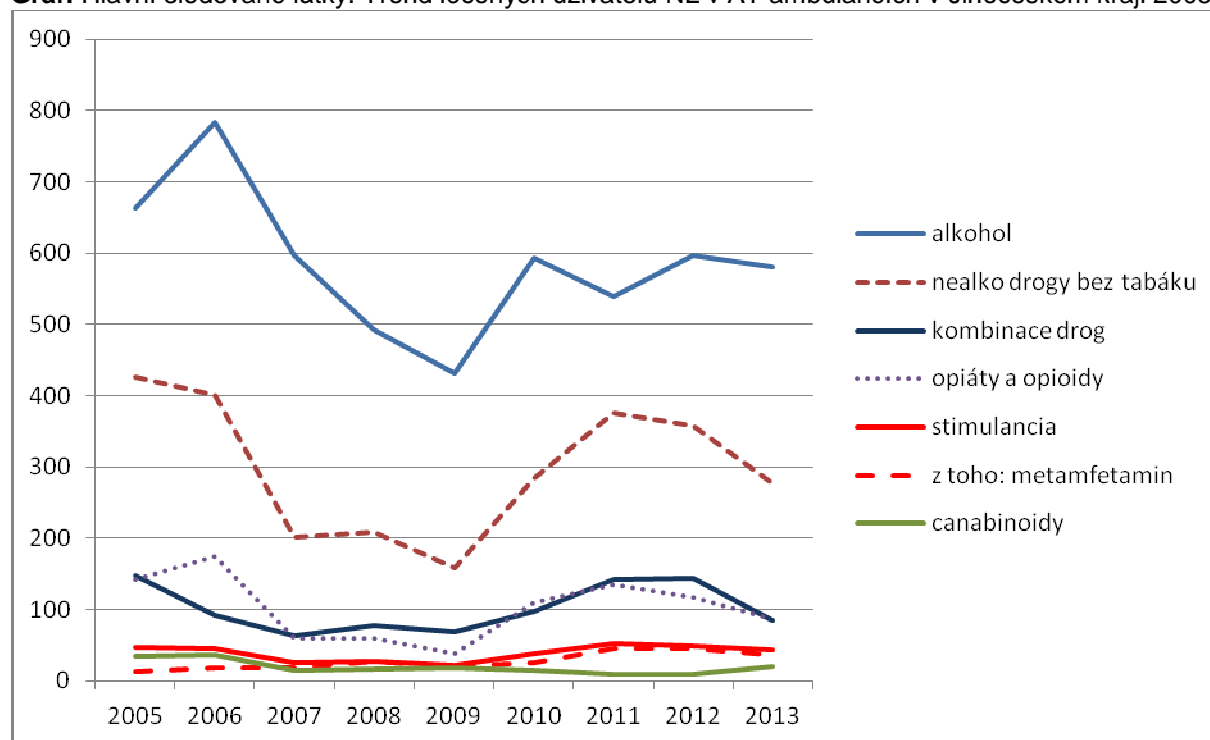
**Tabulka:** Struktura pacientů AT ambulancí v Jihočeském kraji 2005 – 2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>opiáty a opioidy</b>	<b>143</b>	<b>175</b>	<b>59</b>	<b>60</b>	<b>39</b>	<b>110</b>	<b>136</b>	<b>118</b>	<b>86</b>
z toho: heroin	100	99	18	9	3	34	7	23	5
<b>canabinoidy</b>	<b>34</b>	<b>37</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
sedativa, hypnotika	52	47	36	26	11	22	36	30	35
kokain	0	0	1	0	0	0	0	0	1
<b>stimulancia</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>39</b>	<b>52</b>	<b>49</b>	<b>43</b>
z toho: metamfetamin	13	19	18	28	20	26	46	45	37
halucinogeny	1	3	3	1	0	0	0	5	3
prchavá rozpustidla	1	1	0	0	0	1	0	0	3
<b>kombinace drog</b>	<b>148</b>	<b>92</b>	<b>63</b>	<b>78</b>	<b>68</b>	<b>97</b>	<b>143</b>	<b>145</b>	<b>85</b>
<b>nealko drogy bez tabáku</b>	<b>427</b>	<b>401</b>	<b>202</b>	<b>209</b>	<b>158</b>	<b>284</b>	<b>376</b>	<b>357</b>	<b>277</b>
tabák	0	0	0	0	104	48	19	33	10
<b>alkohol</b>	<b>664</b>	<b>784</b>	<b>597</b>	<b>493</b>	<b>431</b>	<b>594</b>	<b>540</b>	<b>596</b>	<b>581</b>

zdroj: ÚZIS

Pozn. k tabulce: Co se absolutních počtů pacientů AT za sledované období týče, není zřetelný významný výkyv nebo vývoj v celkových počtech ve vztahu k předpokládaným počtům uživatelů NL v kraji. Zvláště u skupin, kde máme o situaci přehled z údajů nízkoprahových služeb (uživatelé opiátů, pervitinu; především jejich injekční uživatelé), počty léčených ani zdaleka neodpovídají předpokládanému počtu jedinců u skupin uživatelů konopí nebo alkoholu.

**Graf:** Hlavní sledované látky. Trend léčených uživatelů NL v AT ambulancích v Jihočeském kraji 2005 – 2013



**Tabulka:** Počet pacientů AT ambulancí v Jihočeském kraji na 10 000 obyvatel v roce 2013, srovnání s ČR

	počet pacientů na 10 000 obyv. KRAJ	počet pacientů na 10 000 obyv. ČR	pořadí JČK mezi ostatními kraji
<b>opiáty a opioidy</b>	<b>1,4</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
z toho: heroin	0,1	0,9	14
<b>canabinoidy</b>	<b>0,3</b>	<b>1,3</b>	<b>14</b>
sedativa, hypnotika	0,5	2	14
kokain	0	0	
<b>stimulancia</b>	<b>0,7</b>	<b>3,3</b>	<b>14</b>
z toho: metamfetamin	0,6	3,1	14
halucinogeny	0	0,1	14
prchavá rozpustidla	0	0,1	14
<b>kombinace drog</b>	<b>1,3</b>	<b>3</b>	<b>12</b>
<b>nealko drogy bez tabáku</b>	<b>4,4</b>	<b>12,9</b>	<b>14</b>
tabák	0,2	0,5	13
<b>alkohol</b>	<b>9,1</b>	<b>21,2</b>	<b>13</b>

zdroj: ÚZIS

Pozn. k tabulce: Jihočeský kraj je ve většině kategorií v porovnání s ČR na posledním místě, což nás ovšem neopravňuje k tvrzení, že je v Jihočeském kraji současně nejmenší počet uživatelů návykových látek. Tabulku je nutné číst především ve srovnání počtu léčených na 10 000 obyvatel. Z tohoto údaje nelze vysledovat počet uživatelů jednotlivých návykových látek, ale především ty, kdo se dostanou do léčby. Například v kategorii uživatelů opiátů můžeme předpokládat, že v jiných regionech ČR bude větší podíl jejich uživatelů (Praha, Ústecký, Moravskoslezský kraj), a tedy cca poloviční počet osob v léčbě oproti celorepublikovému průměru nemusí být alarmující (převážná část uživatelů opiátů v Jihočeském kraji se nachází v krajském městě, kde možnosti ambulantní léčby jsou výrazně vyšší, než v jiných částech kraje). Ale například v případě pervitinu nelze tvrdit, že jeho užívání je v kraji na 20 % úrovni ve srovnání s průměrem ČR... Obdobně užívání kanabinoidů, sedativ apod.

**Pozn. závěrečná: Obě tabulky lze interpretovat především tak, že dostupnost ambulantní léčby uživatelů návykových látek je v Jihočeském kraji na velmi nízké úrovni, pravděpodobně jedna z nejhorsích v ČR a počet pacientů ve zdravotnických službách neodráží skutečný počet uživatelů návykových látek nebo rozšíření užívání NL v obecné populaci.**

### POBYTOVÁ LÉČBA

Nemáme k dispozici souhrnné a vypovídající údaje o počtech pacientů/ klientů – obyvatel Jihočeského kraje v pobytové léčbě. Důvodem je skutečnost, že pobytová léčba je v zásadě službou s celostátní spádovostí, a není problém ji absolvovat (i vzhledem k velikosti ČR) v podstatě kdekoli (této možnosti také část uživatelů návykových látek využívá – jednak z důvodu ochrany anonymity, jednak proto, že je mnohdy vhodné absolvovat tuto léčbu mimo místa, která jsou spjata s jejich závislostní kariérou. Dalším důvodem mohou být aktuální potřeby pacientů/ klientů a okamžitá dostupnost této léčby na území kraje).

Pro ilustraci uvádíme známé údaje o počtu pacientů/ klientů z Jihočeského kraje v zařízeních na území kraje za rok 2014:

PL Červený Dvůr (podrobněji samostatná kapitola zprávy): 782 pacientů/ z toho 188 Jihočeský kraj

Terapeutická komunita (dále jen TK) Němčice: 43 klientů/ z toho 4 Jihočeský kraj

TK Karlov: 15 klientek/ z toho 4 Jihočeský kraj (plus 4 děti – program pro matky s dětmi)

TK Podcestný mlýn: 4 klienti z Jihočeského kraje



## 1.7 Infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog

(výskyt infekčních onemocnění, dostupnost testování, informace z krajských hygienických stanic, ze služeb)

**Tabulka:** Virové hepatitidy v Jihočeském kraji v období 2009 až 2014 (srovnání; vývoj)

DG / rok	počet onemocnění celkem						v anamnéze i. v. aplikace drog						Podíl IUD
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014
<b>VHA</b>	13	9	4	3	1	<b>18</b>	2	1	0	1	0	<b>2</b>	<b>11 %</b>
<b>akutní VHB</b>	13	5	2	5	1	<b>2</b>	8	0	0	3	0	<b>2</b>	<b>100 %</b>
<b>chron. VHB</b>	22	19	13	12	12	<b>7</b>	2	1	1	1	3	<b>1</b>	<b>14 %</b>
<b>akutní VHC</b>	7	3	1	7	1	<b>4</b>	5	0	1	3	1	<b>4</b>	<b>100 %</b>
<b>chron. VHC</b>	87	65	48	83	102	<b>70</b>	79	57	42	68	84	<b>57</b>	<b>81 %</b>
<b>VHE</b>	-	-	13	6	7	<b>15</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>celkem</b>	<b>142</b>	<b>101</b>	<b>68</b>	<b>116</b>	<b>124</b>	<b>116</b>	<b>96</b>	<b>59</b>	<b>44</b>	<b>76</b>	<b>88</b>	<b>66</b>	<b>65 %</b>

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

**Tabulka:** Celkový počet onemocnění virovými hepatitidami v Jihočeském kraji – rok 2014

	VHA	VHB akut	VHC akut	VHE	VHB chron	VHC chron	Celkem
<b>Č. Budějovice</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>26</b>
<b>Č. Krumlov</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>47</b>	<b>55</b>
<b>J. Hradec</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Písek</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Prachatice</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>Strakonice</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
<b>Tábor</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>17</b>
<b>Celkem 2014</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>7</b>	<b>70</b>	<b>116</b>
Celkem 2013	1	1	1	7	12	102	124
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 2014 (a srovnání od roku 2010)

Věková skupina	Celkový počet					Z toho: i.v. narkomani				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
15 - 19	8	3	7	5	5	6	3	4	3	3
20 - 24	15	16	20	29	14	12	14	16	24	11
25 - 34	37	25	49	57	49	24	20	39	46	36
35 - 44	29	12	27	25	23	15	5	17	15	15
45 - 54	7	12	0	4	9	2	1	0	0	2
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>82</b>	<b>116</b>		<b>116</b>	<b>59</b>	<b>43</b>	<b>76</b>		<b>67</b>

ZDROJ: KHS Č. Budějovice

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 2014 vyplývá, že:

- **V Jihočeském kraji bylo k 31. prosinci 2014 (za období od 1. 10. 1985) zaznamenáno 73 HIV pozitivních osob (z toho 63 žijících), z toho 17 osob s nemocí AIDS;**
  - v celé ČR je to 2 354 případů HIV+, z toho 426 AIDS za rok 2014 v celé ČR přibylo 232 nových případů HIV;
- **Za rok 2014 přibylo v kraji 7 nových případů** (celkem 5 mužů, dvě ženy, přenos sexuální cestou – homosexuální, heterosexuální – nebyl zaznamenán žádný přenos injekčním užíváním drog);
  - Jihočeský kraj se v počtu osob, nakažených virem HIV nachází na 7. místě mezi kraji ČR (první Praha – 1 156 případů, nejnižší výskyt kraj Vysočina – 31 osob). V přepočtu na počet obyvatel je to 9. místo, pod celorepublikovým průměrem

## 1.8 Předávkování, včetně smrtelných

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

## 1.9 Další zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním drog

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

## 1.10 Nově se objevující trendy a fenomény

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. Za rok 2014 vzrostl, především v hustě osídlených regionech (Táborsko, Českobudějovicko) počet vyměněného injekčního materiálu (především KC Auritus Tábor o cca 1/3 a KC České Budějovice ve srovnání s rokem 2013 cca o 1/4). Nárůst za celý Jihočeský kraj o cca 70 000 JIS oproti předchozímu roku. Prozatím je otázkou, zda se za tímto nárůstem skrývá bezpečnější přístup k nitrožilní aplikaci jako odraz dobré edukativní činnosti nízkoprahových služeb (čili větší počet výměn pro přibližně stejný počet aktivních uživatelů), nebo nárůst prozatím skryté populace injekčních uživatelů (minimálně v KC České Budějovice vzrostl počet tzv. sekundárních výměn ve větších objemech). Spíše to podle dostupných informací vypadá na kombinaci obou možných vysvětlení.

V oblasti opiátů se objevuje dlouhodobě a lze říci, že již setrvale, užívání léků na předpis, 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 (kde se cena pohybuje podle obsahu účinné látky, cena 1 balení 8 g\*7 tbl. kolem cca 1 400 Kč) 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.).

## 1.11 Nové syntetické drogy

O míře rozšíření tzv. „nových syntetických drog“ nemáme informace, ze kterých by se dalo usuzovat, že míra jejich užívání by v Jihočeském kraji byla srovnatelná s „tradičními“ nelegálními návykovými látkami (marihuana, ale i pervitin), jak co se týče frekvence, tak s užíváním spojených rizik. Jejich uživatelé se ve službách pro uživatele (dosud) neobjevují, respektive se spíše stává, že uživatelé především pervitinu přiznávají ojedinělé zkušenosti s jejich užitím. Stejně jako nejsou tzv. „nové syntetické drogy“ předmětem trestního stíhání (respektive jejich distributoři, dealeři).

Míra užívání těchto látek není v obecné populaci Jihočeského kraje významná (aniž bychom zlehčovali známá rizika) pravděpodobně i proto, že zde neexistují (a nikdy nebyly) kamenné obchody, a pravděpodobně i díky jistému konzervatismu místních uživatelů NNL.

Druhým důvodem může být, že ČR, především díky NMS, zachytila tento trend včas, a objektivní informace (byť neúplné a ne vždy dostatečně podrobné) o možných rizicích apod. se dostaly do povědomí širší veřejnosti dříve, než se mohly „usadit“ informace od samotných prodejců nebo dealerů, a především než se mohly rozrůst právě kamenné obchody a etablovat se. Internetový prodej je přece jen jistou překážkou, zvláště pro mladší generace potenciálních uživatelů.

## 1.12 Hazardní hraní

(hraní sázkových a hazardních her, zdravotní a sociální dopady, zejména finanční, situace, charakteristika klientů, existence služeb poskytujících preventivně-léčebné opatření hazardním hráčům, vzrostl nebo klesl počet služeb pracujících s hazardními/problémovými hráči a/nebo jejich blízkými...)

Na území Jihočeského kraje se fenomén hazardního hraní vyskytuje. Zprávy o tom máme jak od některých obcí, tak od poskytovatelů adiktologických služeb. S touto problematikou se setkávají i někteří poskytovatelé sociálních služeb, především se jedná o služby odborného sociálního poradenství (poskytující mj. i dluhové poradenství), někdy terénní programy, případně azylové domy (služby pro obyvatele sociálně vyloučených lokalit, osoby bez přístřeší apod.). Vzhledem k tomu, že na rozdíl od adiktologických služeb (kde jako cílová skupina stále převažují osoby závislé na látkách/ substancích), které jsou na území kraje víceméně rovnoměrně rozprostřené, a mají jasně definovaný systém výkaznictví, u ostatních služeb či institucí, které se s problematikou gamblingu setkávají, takový systém dosud vytvořen není. Proto také nejsou dostupné adekvátní statistické údaje na krajské úrovni. Vzhledem k omezenému množství finančních prostředků, které má na řešení problematiky prevence Jihočeský kraj k dispozici, a vzhledem k dlouhodobé strategii kraje vkládat tyto prostředky do přímé práce s osobami, které pomoc a podporu potřebují, ani nepředpokládáme v dohledné době realizaci studií, analýz či průzkumů na krajské úrovni. Navíc ani nevnímáme jako potřebné na území kraje nějaké sofistikované (a tím pádem nákladné) realizovat, vzhledem k velikosti ČR a poměrně homogennímu území a rozvrstvení obyvatelstva považujeme pro sledování problematiky, vyhodnocování rizik a stanovování jednotlivých dílčích opatření za dostatečné údaje z národní úrovně. V kombinaci s údaji od obcí, případně od vytipovaných poskytovatelů služeb.

Co se týče **sázkových** her, tak vzhledem k tomu, že se jedná o fenomén s celostátním dopadem, který je regulován patřičnými právními předpisy na národní úrovni, ani nevidíme možnost, jak se podílet na možnostech řešení této situace jako celku.

Co se týče **hazardního** hraní, i zde je situace obdobná, snad pouze s tím rozdílem, že v případě tzv. „výherních hracích automatů“ mají samosprávy obcí možnost regulovat jejich rozmístění či přítomnost na svém území. Kraje jako takové ovšem žádné zákonné pravomoci v této oblasti nemají, a na rozdíl od státu a obcí jim ani z této činnosti nenáleží žádný příjem – na rozdíl od výše jmenovaných.

Svou roli vidíme především v **koordinaci** služeb léčby, případně doléčování u osob závislých, v širším měřítku pak společně s dalšími sociálními službami, či jejich zadavateli, v zajištění dostupnosti dalších specifických služeb (především se tato oblast bude týkat dluhového poradenství). Co se týče **finančního** zajištění těchto služeb, pak roli jeho garanta vidíme jednoznačně na úrovni těch, kdo z příjmů herního průmyslu spoluprotíhávají, tedy státu a obcím. Zatímco v případě nelegálních návykových látek jsou zisky z jejich výroby a prodeje pro veřejnou správu nedostupné a tedy nezbyvá nic jiného, máme-li tuto oblast účinně řešit, než vydávat veřejné prostředky z jiných příjmů orgánů veřejné správy, u příjmů z hazardního a sázkového hraní je situace významně odlišná. Proto ze strany Jihočeského kraje nepředpokládáme do budoucna významnou přímou finanční podporu u těchto služeb, spíše pokračování současného stavu, kdy u služeb/ příjemců dotací ze strany kraje tolerujeme, respektive považujeme za přirozené, pokud jsou jejich klienty i osoby, závislé na hraní. To především platí pro služby ambulantní léčby, případně doléčování. Pokud se Jihočeskému kraji do budoucna podaří zresuscitovat systém ambulantní léčby na jeho území tak, že bude zajištěna přiměřená dostupnost těchto služeb ve všech regionech (což je dlouhodobý cíl nové podoby Minimální sítě protidrogových služeb na území jihočeského kraje), pak tyto služby budou otevřené i osobám s diagnózou F 63.

Co se týče regulace v této oblasti, Jihočeském kraji (stejně jako na ostatním území ČR) minimálně poslední roky trvá stav jisté „rozpolcenosti“ měst a obcí v souvislosti s povolováním/ zakazováním/ regulací výherních automatů na jejich území. Na straně jedné jsou příjmy od provozovatelů ne významným příjmem obecních rozpočtů (který bývá alespoň někde nebo zčásti přerozdělován na tzv. veřejně 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). Etické dilema si 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. Za rok 2014 nemáme k dispozici z obecní úrovně žádné zprávy ze strany obcí, které by tuto situaci vnímaly jako problematickou, či krizovou, z pohledu dopadu závislosti na hraní na jejich občany. To ovšem do značné míry, dle našeho názoru, souvisí s tím, že následky nadměrného hraní jsou často skryté. Ze strany obcí, které přistoupily k výrazné regulaci hracích automatů na svém území, máme informace, že jsou velké problémy v případě, pokud je v obci odhalena „nelegální“ herna. Postup odpovědných orgánů je označován za liknavý, zdlouhavý, mařící fakticky právo obce tyto aktivity na svém území nepovolovat.

### 1.13 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 2014:

**Tabulka:** Počty a struktura stíhaných osob za drogové trestné činy (srovnání 2006 – 2014)

TOXI CELKEM	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
stíhaných osob	161	152	178	127	178*	193	188	259	<b>252</b>
osoby do 15 let	9	8	6	3	1	2	1	5	<b>1</b>
osoby 16-18 let	25	14	18	10	10	17	11	7	<b>8</b>
dospělí	127	130	154	114	167	174	182	247	<b>243</b>
muži	141	131	139	104	145	168	163	198	<b>207</b>
ženy	20	21	29	23	33	25	31	49	<b>45</b>

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2006 – 2014); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

**Tabulka:** Trestné činy dle paragrafů / zahájeno trestní řízení, Jihočeský kraj 2014 (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
Počet TČ 2013					190	30	17	26	12	0
<b>Počet TČ 2014</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>203</b>	<b>45</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2009 – 2014); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

Pozn. k tabulce:

**§ 283** – výroba, distribuce, dovoz, vývoz. **§ 284** – držení většího množství pro vlastní potřebu. **§ 285** – pěstování marihuany v množství větším pro vlastní potřebu. **§ 286** -držení předmětu k výrobě. **§ 287** – šíření toxikomanie. **§ 288** – výroba a držení anabolik.

**Tabulka:** Trestné čina a pachatelé podle okresů (srovnání mezi lety 2011 - 2014)

okres/ rok	Realizace				Pachatelé			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
České Budějovice	48	46	55	<b>60</b>	56	50	59	<b>61</b>
Český Krumlov	10	14	20	<b>13</b>	13	14	24	<b>15</b>
Jindřichův Hradec	14	8	17	<b>20</b>	19	12	23	<b>25</b>
Písek	13	17	33	<b>30</b>	16	21	52	<b>34</b>
Prachatice	10	9	11	<b>17</b>	12	13	20	<b>19</b>
Strakonice	6	5	11	<b>13</b>	8	7	12	<b>33</b>
Tábor	28	37	17	<b>30</b>	52	57	29	<b>48</b>
KŘ	4	5	3	<b>3</b>	16	14	11	<b>6</b>
Celní správa				<b>13</b>				<b>11</b>
<b>CELKEM</b>	133	141	167	<b>199</b>	192	188	230	<b>252</b>

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2011 – 2014); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

**Tabulka:** Množství zadržených OPL, Jihočeský kraj 2014 (srovnání od 2009)

rok	cannabis (g)	cannabis - rostliny (ks)	cannabis - pěstírna	hašíš (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
2013	24 501,30	2 343	12	0	0	324,30	16
<b>2014</b>	<b>59 569,8</b>	<b>1 111</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>60,6</b>	<b>10</b>

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2009 – 2014); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

Pozn. k tabulce: Mimo malých množství jiných drog (např. 0,5 amfetamin, XTC – 0,8 g) zadrženo i větší množství prekurzorů, sloužících k výrobě metamfetaminu (Nurofen, Sudamed, Cirrus a Claritine Activ – cca 11 000 tablet).

**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 (ve výroční zprávě NPDC za rok 2014 byly za riziková místa kromě kamenných obchodů ve Strážném označeny tržnice v Kaplici – U Lomu, v Novém údolí, Řasnici a Českých Velenicích), 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 v součtu o významná množství. Relativně běžným jevem v Jihočeském příhraničí je spojení „sexturistiky“ s „drogovou turistikou“, zákazníci, převážně z německy mluvících zemí, často požadují obojí. Dalším již ustáleným 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 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 2014 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.).

- **sekundární drogová kriminalita** (pokud jsou realizované lokální, regionální odhady sekundární kriminality)

O této problematice nemáme k dispozici věrohodné a relevantní údaje.

- **drogové trestné činy a přestupky** – rozdělení podle drog uvedených v
- 
- **Tabulka 1-1, 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),

Tabulka 1-1: Počet pachatelů přestupků **projednaných** v r. 2014 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	17	
Pervitin	0	14
<b>Celkem osob</b>	17	<b>41</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“.

Tabulka 1-2: Počet pachatelů přestupků **projednaných** v r. 2014 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	<b>0</b>	<b>11</b>
Jiné rostliny nebo houby obsahující OPL	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Celkem osob</b>	<b>0</b>	<b>911</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“.

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)	256,16
Rostliny konopí (ks rostlin)	29
Pervitin (g)	5,659

Pro srovnání:

**Tabulka:** Standardní hlášení přestupků pro MV, za rok 2014

		do 18 let	nad 18 let	celkem
<b>Počet osob</b>		12	69	<b>81</b>
...z toho	<b>§30/1/j</b>	12	52	<b>64</b>
	<b>§30/1/k</b>	0	17	<b>17</b>

## SAMOSTATNÁ KAPITOLA – PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA

### Drogová problematika klientů PMS – Jihočeský soudní kraj

V roce 2014 bylo na střediscích PMS v Jihočeském soudním kraji evidováno celkem 127 spisů klientů (107 mužů, 20 žen, z toho 113 dospělých a 14 mladistvých), u kterých byla zaznamenána trestná činnost v souvislosti

s drogovou problematikou. Ze statistiky vyplývá, že celkem 66 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 trestnou činnost) tvoří odsouzení, kteří spáchali např. trestný čin krádeže z důvodu opatření finančních zdrojů na nákup drog. Do ostatní trestné činnosti spadají také trestné činy – ohrožení pod vlivem návykové látky, ublížení na zdraví, loupež, násilí proti úřední osobě, 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.

Uvedené případy byly u PMS evidovány ve fázi: podmíněné odsouzení s dohledem (42), obecně prospěšné práce (18), náhrada vazby dohledem probačního úředníka (15), zpracování stanoviska k trestu obecně prospěšných prací (12), ZRK – zprostředkování řešení konfliktu (11), podmíněné propuštění z výkonu trestu odnětí svobody s dohledem (10), trest domácího vězení (9), ostatní (10).

**Tabulka: Přehled trestné činnosti a počet evidovaných klientů v rámci jednotlivých soudních okresů, rok 2014**

	Trestné činy spojené s drogovou kriminalitou	Ostatní trestná činnost	Počet klientů – CELKEM (nápad nových případů)
České Budějovice	21	23	555
Český Krumlov	9	20	280
Jindřichův Hradec	11	1	347
Písek	5	5	165
Prachatice	3	4	183
Strakonice	6	5	240
Tábor	11	3	228

#### Závěr:

Při vycházení ze základního předpokladu, že pracovníci PMS přistupují ke všem klientům rovnoměrně, docházíme k tomuto výsledku. Činnost Probační a mediační služby se odvíjí ze základních cílů:

- kontrola pachatelů,
- podpora a pomoc obětem trestných činů,
- 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 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 zpracovat na základě dobrovolnosti ze strany klienta systém namátkového testování na přítomnost alkoholu a OPL. Pracovníci PMS 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 přísně formou přiměřeného omezení a přiměřené povinnosti – např. podrobit se namátkovému testování na přítomnost OPL, které provádí PMS, popř. zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek.



V současnosti jsou všechna střediska PMS 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, 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.

**Tabulka: Přehled využívání drogových testů v roce 2014**

Soudní kraj	Počet testů	Počet klientů	Testy 6ti slož. slinné	Testy 3slož. slinné	Močové testy	Externí testy	Neuvedeno	Pozitivní testy
Jihočeský	414	162	39	88	286	1	0	105

Lze konstatovat, že drogové testování se stalo běžnou součástí praxe pracovníků PMS. Testy jsou využívány zcela napříč spektrem klientů PMS, 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 klientů mladistvých a dětí mladších 15 let.

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

##### 2.1.1.1 Krajský protidrogový koordinátor

- Jméno Mgr. Marek Nerud Kontaktní údaje: [nerud@kraj-jihocesky.cz](mailto:nerud@kraj-jihocesky.cz), tel.: 386 720 649  
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 (jaké?): vedoucí oddělení prevence a humanitních činností, bez stanovení výše úvazku,
- změny v r. 2014 (změna postavení, zařazení KPK, změna úvazku apod.): **žádné změny**

##### 2.1.1.2 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 pracovní skupinu/ komisi, specificky zaměřenou na protidrogovou oblast/ oblast závislostí
- uveďte: 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)
- uveďte složení komise (seznam členů k 15. 5. 2015) 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	KŘ PČR Jihočeského kraje	
Mgr. Pavel Vácha	PPP Č. Budějovice	ředitel PPP Č. Budějovice
MUDr. Květoslava Kotrbová, Ph.D.	KHS Č. Budějovice	Odbor zdravotní politiky KHS
Mgr. Júsuf Traore	MěÚ Vodňany	vedoucí Odboru SVaZ
Bc. Hana Zíková	MěÚ Písek	Odbor SVaZ
Bc. Janoušková Václava	MěÚ Kaplice	kurátor - Odbor SVaZ
Mgr. Vladislav Vlášek	MěÚ Trhové Sviny	kurátor - Odbor SVaZ
Kateřina Malečková	MěÚ Blatná	starostka města Blatná
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

- zabývá se komise problematikou alkoholu?  ano  ne
- zabývá se komise problematikou hazardního hraní?  ano  ne
- počet jednání komise v r. 2014 celkem tři jednání
- nejdůležitější projednávaná témata v roce 2014: **Model spolufinancování protidrogových služeb ze strany obcí Jihočeského kraje, spolufinancování protidrogových služeb Jihočeským krajem, další otázky ohledně financování služeb. Příprava Strategie**

protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2015 – 2017. Příprava Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015 – 2017. Vzdělávání místních protidrogových koordinátorů a další...

- změny, které proběhly v r. 2014 (rozšíření/ zánik členství, změna statutu apod.): **Jako každoročně došlo k několika obměnám na místech členů pracovní skupiny, místních protidrogových koordinátorů.**

#### 2.1.1.3 Přehled pracovních skupin v oblasti protidrogové politiky

- uveďte, zda jsou v kraji zřízené pracovní skupiny pro různé oblasti protidrogové politiky: **V Jihočeském kraji nejsou zřízené žádné další stabilní pracovní skupiny pro dílčí oblasti protidrogové politiky.**

#### 2.1.1.4 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.): **Naprostá většina spolupráce krajského protidrogového koordinátora s dalšími subjekty na úrovni krajského úřadu se odehrává v rámci oddělení prevence a humanitních činností (vedoucí oddělení zároveň vykonává funkci KPK, na oddělení jsou zařazeni školský metodik prevence, manažer prevence kriminality, romský koordinátor a metodik sociálních kurátorů. Zde se jedná o každodenní kontinuální spolupráci, jak při řešení konkrétních situací, tak v rámci dotačních řízení kraje i těch na celostátní úrovni (MŠMT, MV, Úřad vlády ČR) nebo při přípravě strategických dokumentů (jednotlivé dílčí strategie či koncepce, včetně strategie protidrogové politiky kraje, jsou zpracovávány v rámci oddělení a následně předloženy samosprávě kraje v souhrnné podobě – jako Koncepce oddělení prevence a humanitních činností, stejně tak i následné výroční zprávy za jednotlivé oblasti). Další spolupráce probíhá především v rámci odboru – především s koordinátorem střednědobého plánování sociálních služeb, OSPOD, oddělením sociálních služeb. Z ostatních odborů krajského úřadu se užší spolupráce (prevence rizikového chování, část agendy romského koordinátora týkající se vzdělávání) týká především odboru školství, mládeže a tělovýchovy. Spolupráce se všemi zainteresovanými subjekty je bezproblémová, ač není nijak formalizovaná (nebo právě proto). Významným prvkem v koordinaci protidrogové politiky je spolupráce na tvorbě Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje (zpracovávání samotného plánu, Akčních plánů na jednotlivé roky a jejich následné vyhodnocování), v roce 2014 byl KPK zapojen do přípravy/ koordinace Koncepce rozvoje oboru psychiatrie v Jihočeském kraji (část týkající se koncepce rozvoje adiktologických služeb).**
- zhodnocení kvality spolupráce: **Bezproblémová, podle potřeb jednotlivých aktérů.**
- spolupráce s dalšími institucemi (Probační a mediační služba, policie NNO, státní zařízení apod.): **Z logiky věci a pravomocí/ kompetencí kraje v oblasti protidrogové politiky spolupracujeme v největší míře se samosprávami obcí na území kraje a NNO (ale i s dalšími poskytovateli služeb – především PL Červený Dvůr). S dalšími institucemi (policie, PMS, atd.) spolupracujeme dle potřeby, především co se týče předávání informací o stavu problematiky na území kraje z pohledu jednotlivých institucí/ rezortů, zapojení do vzdělávání v souvisejících oblastech (například PMS využila v r. 2014 nabídky kraje účastnit se specifických seminářů k oblasti závislosti na počítačích, apod.).**
- změny v r. 2014: **Bez významných změn.**
- další důležité informace: **Bez komentáře**

#### 2.1.1 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 pozice místního MPK **16**

vyjmenujte obce s rozšířenou působností, kde nejsou MPK **ORP Soběslav** (pozn.: počátkem roku 2015 proběhla komunikace s vedoucí OSV MěU Soběslav, funkce bude pravděpodobně zřízena.)

vyjmenujte další obce, kde jsou případně ustanoveni MPK **0**

počet obcí s platným koncepčním dokumentem upravujícím protidrogovou politiku 1 (Milevsko). K tomu poznámka – tuto oblast obvykle obce řeší souhrnně – ve svých Střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb)

počet obcí, které zpracovaly Zprávu o realizaci protidrogové politiky v předchozím roce: nemáme podrobnější informace tohoto typu.

- Uvedte 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. Júsuř Traore	není stanoven	vedoucí Odboru SVaZ	tel.: 383 379 150 traore@muvodnany.cz
Písek	Bc. Hana Zíková	není stanoven	zástupce velitele Městské policie Písek	tel.: 382 330 819 hana.zikova@mupisek.cz
Kaplice	Bc. Václava Janoušková	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	starostka města Blatná	tel.: 383 416 212 maleckovak@mesto-blatna.cz
Vimperk	Lenka Tomanová	0,1	sociální pracovník - Odbor SVaZ	tel.: 388 459 027 lenka.tomanova@mestovimperk.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): **V Jihočeském kraji jsou všichni místní protidrogoví koordinátoři členy krajské protidrogové koordinační skupiny. Výhodou takového stavu je možnost pravidelného kontaktu, přímé předávání informací, možnost osobních konzultací a efektivního řešení problémů/ potřeb koordinace protidrogové politiky na místní úrovni, apod. Zároveň se místní koordinátoři aktivně zapojují do přípravy strategických dokumentů kraje v oblasti protidrogové politiky (samotná Strategie, Minimální síť protidrogových služeb...), ale**

i v dalších oblastech (například SPRSS Jihočeského kraje 2014 – 2016, kdy někteří byli členy pracovní skupiny pro osoby ohrožené drogou). Spolupráci považujeme za bezproblémovou a oboustranně prospěšnou, nicméně nedostatky se objevují – respektive především jeden, ale zato zásadní. Tím je faktická nedostupnost profesního vzdělávání pro tuto pozici. Jihočeský kraj se sice v minulosti pokusil toto vzdělání realizovat vlastními silami (resp. silami KPK), nicméně od té doby se na pozicích místních koordinátorů vystřídala řada pracovníků (odhadem pravidelně cca tři obměny ročně). Není v silách KPK věnovat každému novému MPK tolik pozornosti, kolik by si zasloužil aspoň základní kurz znalostí (několik desítek hodin čistého času); zároveň vzhledem k tomu, že MPK na místní úrovni vykonávají tuto agendu na malou část úvazku, ani nedisponují takovými časovými možnostmi (nehledě na důležitost, kterou této agendě přisuzují někteří jejich nadřízení). Pro rok 2015, vzhledem k přípravě akreditovaného vzdělávacího programu pro tuto cílovou skupinu jsme se s MPK dohodli na zajištění kurzu na klíč pro potřeby koordinace krajské protidrogové politiky (s tím, že Jihočeský kraj uhradí část nákladů na realizaci kurzu – jednou z překážek bránících odbornému výkonu práce MPK je i neochota některých úřadů jednotlivých samospráv hradit náklady na jejich vzdělávání). V tomto kontextu považujeme za vhodné doplnit, že Jihočeský kraj již dlouhodobě pořádá, respektive spolufinancuje Adiktologickou konferenci s převážně regionálním záběrem, která je v první řadě určena pro předávání informací, znalostí a zkušeností mezi protidrogovými službami a institucemi v podmínkách Jihočeského kraje, pro místní protidrogové koordinátory je to velmi důležitý zdroj odborných informací a pravidelně se jí v hojném počtu účastní.

- zhodnocení činnosti MPK v jednotlivých obcích, vč. popisu potřeb, příp. nedostatků: **Vzhledem k okolnostem, z nichž některé jsou popsány výše (malé úvazky MPK, nedostupné nebo špatně dostupné odborné vzdělávání, rozdílná důležitost, kterou problematice přisuzují nadřízení MPK) považujeme spolupráci za bezproblémovou, vzájemně prospěšnou a možná by se dalo říci, že i na hranici možného.**
- 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): **Je pochopitelně v zásadě na různých místech/ regionech kraje velmi podobná, v jednotlivostech rozdílná. Prvotní spolupráce se týká především sociálního odboru, kde významná část koordinátorů přímo působí, pak městského úřadu jako celku, a dalších subjektů, působících v této oblasti (především poskytovatelé protidrogových služeb, v podmínkách Jihočeského kraje jsou to zejména NNO). Spolupráce s dalšími organizacemi/ institucemi (zdravotnické, vzdělávací, případně represivní) obvykle závisí na lidském faktoru, a prioritách protidrogové/ sociální politiky daného regionu. Strategické plánování, případně i samotná podpora služeb probíhá obvykle v rámci procesů střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb.**
- změny v r. 2014: **Změna na třech postech místních koordinátorů, vcelku standardní záležitost. Žádné další významné změny.**
- další důležité informace: **Bez komentáře**

## 2.2 Strategické dokumenty protidrogové politiky kraje

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

#### 2.2.1.1. Specifické strategické dokumenty protidrogové politiky kraje

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

Název: **Koncepce oddělení prevence a humanitních činností 2015 – 2017**

(pozn.: její součástí je Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje 2015 - 2017)

Období platnosti: **2015 - 2017**

Schváleno dne: **18. 12. 2014**

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.)

Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou nelegálních drog  ano  ne  
Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou alkoholu  ano  ne  
Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou tabáku  ano  ne  
Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou hazardního hraní  ano  ne

**Poznámka k dokumentu:** Dokument (míněna strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na příslušné období) se v první řadě zabývá strategiemi pro oblast nelegálních drog, problematikou závislosti v širším slova smyslu spíše okrajově. Důvodem je především to, že kraje dle platné legislativy nemají prakticky faktické možnosti, jak ovlivňovat politiku zdravotních pojišťoven – a systém zdravotní péče je ten, který by měl umět absorbovat naprostou většinu uživatelů alkoholu (v oblasti léčby). Dokud se situace v oblasti kompetencí kraje v samosprávné nebo přenesené působnosti nezmění, a kraje nezískají nástroje k reálnému ovlivňování podoby služeb, pak by strategie pro tuto oblast byla prázdným dokumentem, nebo by naopak přinesla nikoli nezbytný nárůst výdajů z rozpočtu krajů, přičemž primárně by tyto prostředky měly jít z rezortů jiných – zdravotnictví (dle našeho názoru je rezortem zdravotnictví téměř opominuta také oblast prevence před šířením infekčních onemocnění – s důrazem na specifické skupiny obyvatelstva, pro které jsou těžko dostupné/ vysokoprahové standardní intervence – z pohledu krajské strategie tedy i uživatelé nelegálních drog nebo osoby, provozující prostituci), zdravotní pojišťovny... Nová strategie kraje je zaměřena na cílové skupiny, kde sice nerozlišujeme mezi jednotlivými druhy závislosti, nicméně právě vzhledem ke kompetencím jednotlivých rezortů je kladen důraz na nejohroženější skupiny (viz definice cílové skupiny „strategie“), které nemají přístup ke standardním formám pomoci v existujících systémech.

**Dokument Koncepce oddělení prevence a humanitních činností 2015 – 2017 obsahuje tyto dílčí koncepce/ strategie:**

**1/ oblast protidrogové politiky:** „Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2015 – 2017“. Navazuje na Národní strategii protidrogové politiky na období 2010 až 2018 a Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015.

**2/ oblast prevence rizikového chování:** „Strategie prevence rizikového chování dětí a mládež a Krajský plán prevence rizikového chování Jihočeského kraje na období 2015 – 2017“. Navazuje na Národní strategii primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013 – 2018.

**3/ oblast osob ohrožených sociálním vyloučením:** „Koncepce sociálního začleňování osob ohrožených sociálním vyloučením na období 2015 – 2017“. Navazuje na tyto dokumenty na národní úrovni - Strategii boje proti sociálnímu vyloučení na období let 2011 – 2015, Strategii sociálního začleňování 2014 – 2020 a Koncepci prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020.

**4/ oblast romské menšiny:** „Koncepce integrace romské menšiny v Jihočeském kraji 2015 – 2017“. Navazuje na tyto dokumenty na národní úrovni - Koncepci politiky vlády vůči příslušníkům romské komunity napomáhající jejich integraci do společnosti a Zásady dlouhodobé Koncepce romské integrace do roku 2025.

**5/ oblast prevence kriminality:** „Koncepce prevence kriminality Jihočeského kraje na období 2015 – 2017“. Navazuje na Strategii prevence kriminality v České republice na léta 2012 – 2015.

- změny v r. 2014: **Žádné významné změny.**

## Související strategický dokument (doplňující Strategii protidrogové politiky Jihočeského kraje)<sup>4</sup>

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.**

**V době tvorby této zprávy je připravována aktualizace tohoto dokumentu na období 2015 – 2017. Bude předložena samosprávě kraje v září 2015 - předpoklad.**

### 2.2.1.2. 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: **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období 2014 - 2016**

Období platnosti: **2014 - 2016**

Schváleno dne: **27. 6. 2013**

www stránky dokumentu ke stažení: [http://www.kraj-](http://www.kraj-jihocesky.cz/1225/strednedoby_plan_rozvoje_socialnich_sluzeb_jihoceskeho_kraje.htm)

[jihocesky.cz/1225/strednedoby\\_plan\\_rozvoje\\_socialnich\\_sluzeb\\_jihoceskeho\\_kraje.htm](http://www.kraj-jihocesky.cz/1225/strednedoby_plan_rozvoje_socialnich_sluzeb_jihoceskeho_kraje.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.*)

Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou nelegálních drog	<input checked="" type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou alkoholu	<input checked="" type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou tabáku	<input type="checkbox"/> ano	<input checked="" type="checkbox"/> ne
Uvedený strategický dokument se zabývá problematikou hazardního hraní	<input checked="" type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne

- změny v r. 2014: **Žádné významné změny.**

### 2.2.2 Hodnocení strategických dokumentů/protidrogové politiky kraje

- Uvedte, zda bylo v r. 2014 realizováno hodnocení strategických dokumentů protidrogové politiky kraje: **ano**
- Pokud ano, uveďte následující informace:

Název evaluovaného dokumentu: **Závěrečná zpráva o plnění Koncepce oddělení prevence a humanitních činností za rok 2014**

(pozn.: její součástí je vyhodnocení Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje za rok 2014)

Typ hodnocení:  průběžně  externí

<sup>4</sup> V době tvorby této zprávy je připravena ke schválení Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje na období 2015 – 2017. Bude předložena samosprávě kraje souběžně s touto zprávou, následně ( v případě schválení) také zveřejněna.



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 formou pravidelných výročních zpráv.**
- 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 a 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 2014 (případně za léta 2012, 2013). Převážná část popsaných/ plánovaných opatření byla naplněna.**
- 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)<sup>5</sup>

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

### 2.3.1 Uveďte, zda byly v r. 2014 zadané/realizované nějaké analýzy/studie v oblasti legálních, nelegálních drog a hazardního hraní v kraji

V roce 2014 nebyly z úrovně kraje zadané/ realizované žádné analýzy či studie v této oblasti. Již dlouhodobě je hlavním důvodem pro tento postoj (tedy rezignaci na výzkumné ambice) nedostatek finančních prostředků na vlastní realizaci protidrogové politiky, respektive pro přímou práci s ohroženými osobami, občany kraje. Pokud pro realizaci protidrogové potřebuje Jihočeský kraj podrobnější informace, realizuje potřebné dílčí průzkumy protidrogový koordinátor (ve spolupráci s adiktologickými službami, místními protidrogovými koordinátory a dalšími), případně využíváme data z průzkumů na národní úrovni.

## 2.4 Další významné aktivity v oblasti protidrogové politiky v r. 2014 na krajské i místní úrovni

Uvádějte nejlépe v následující struktuře:

Tabulka 2-1: Aktivity 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
VIII. Adiktologická konference Jihočeského kraje – „WHO IS WHO“ <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 – kam vlastně patří adiktologické služby...
III. 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 „Bezpečný virtuální svět“.
Železný adiktolog III. 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.

<sup>5</sup> V době tvorby této zprávy na této adrese nebyl dokument ještě zveřejněn (bude schvalován samosprávou kraje současně s touto zprávou a poté na výše citované adrese zveřejněn).



### 3 Finanční zajištění služeb pro uživatele návykových látek a osoby ohrožené problémovým hráčstvím

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

- Popište, jak je zajištěno financování služeb pro uživatele drog ve vašem kraji, čili kvalitativní popis systému financování vč. prevence (tj. zda existují dotační tituly, kolik jich je, jestli se realizuje víceleté financování, nákup služeb (přímá smlouva s poskytovatelem), využití evropských fondů apod.):
  
- U popisu dotačního řízení kraje uveďte:
  - seznam vyhlášených dotačních titulů, ve kterých si mohou služby pro uživatele drog žádat o dotaci: **V roce 2014 si poskytovatelé služeb pro uživatele drog mohli na zajištění těchto služeb požádat v grantovém programu „Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2014“. Celková alokace GP na rok 2014 činila 7 mil. Kč.**
  - definované dotační priority pro r. 2014:  
**Opatření 1 - na podporu specifické protidrogové primární prevence (alokace 1,2 mil. Kč):**
    - dlouhodobé a ucelené programy zacílené na oblast „nelegálních drog“ v regionech Jihočeského kraje;
    - dlouhodobé a ucelené programy zacílené na oblast „alkohol, tabák a léčiva“ v regionech Jihočeského kraje;
    - dlouhodobé, ucelené vzdělávací a informativní programy pro rodiče zaměřené na prevenci užívání drog jejich dětmi;
    - programy pro rizikové skupiny mládeže zaměřené na prevenci užívání drog realizované mimo školská zařízení;
  
  - Opatření 2: stabilizace a podpora programů a projektů, zařazených do Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje v oblasti sekundární a terciální prevence drogových závislostí (služby pro UD, alokace 5,8 mil. Kč)**
    - terénní programy;
    - kontaktní a poradenské služby („kontaktní centra“);
    - ambulantní léčba;
    - rezidenční péče v terapeutických komunitách („terapeutické komunity“);
    - ambulantní doléčovací programy;
    - substituční léčba;
    - výjimečně mohou být podporované programy registrované pouze jako sociální služby, v tomto případě připadá v úvahu druh služby odborné sociální poradenství (§ 37 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).
  
- zda je podmínkou přidělení dotací platná certifikace odborné způsobilosti: **Je podmínkou pro naprostou většinu žadatelů. V roce 2014 byla pravděpodobně naposledy v historii tohoto GP ještě možnost mít buď certifikaci odborné způsobilosti, nebo služba (v Opatření 2) musela být registrována jako služba sociální (podle zákona č. 108/2006 Sb.). Tato výjimka byla využita pouze u jedné služby – odborné sociální poradenství pro uživatele návykových látek (P.Centrum Jindřichův Hradec).**
  
- Uveďte, zda Váš kraj uplatňuje financování drogových služeb jednoleté a/nebo víceleté. Pokud víceleté, tak na jaké období, kdy končí, jak je realizováno (v rámci dotačního systému, v rámci smluvního vztahu.), atd.: **Jedná se o standardní dotační/ grantové řízení, částka je poskytnuta na jeden kalendářní rok (od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014). Jednoleté financování.**

### 3.2 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.: **V roce 2014 byl v Jihočeském kraji uveden do praxe tzv. „Model spolufinancování protidrogových služeb obcemi Jihočeského kraje“.** (podrobnější údaje viz příloha této zprávy nebo na webu kraje, část věnovaná protidrogové problematice – popis modelu apod.). „Model“ byl připraven ve spolupráci se zástupci samospráv obcí v průběhu roku 2013 (viz zpráva za rok 2013), týká se místně/\* regionálně dostupných služeb pro UD. Výše příspěvku obcí byla navržena v částce na jednoho obyvatele, podle konkrétního druhu služby. Celková výše příspěvku obce je vypočtena jako součet výše prostředků podle služeb, které v regionu reálně působí (a jsou tudíž jeho občanům dostupné) krát počet aktuálních obyvatel obce. Účast obce v „modelu“ je pochopitelně dobrovolná, komunikace mezi obcemi a krajem probíhá na úrovni samosprávy, tedy subjekty nejsou sobě podřízeny či nadřizeny, jsou partneři. Jihočeský kraj má 623 obcí, a do „modelu“ se zapojilo 185 obcí. Celkem za rok 2014 činily finanční příspěvky od obcí Jihočeského kraje celkem 2 362 594 Kč pro 12 služeb. Největším příspěvatelem do „modelu“ bylo tradičně Statutární město České Budějovice. Oproti roku 2013, kdy se na financování podílely víceméně pouze obce s rozšířenou působností, bylo pro služby v Jihočeském kraji získáno navíc 662 148 Kč, oproti roku 2012 dokonce o cca 1 mil. Kč více.

### 3.3 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...):

V Jihočeském kraji platilo v roce 2014, stejně jako pravděpodobně v ostatních krajích ČR, že financování z ESF (nebo širěji z evropských fondů) nemělo na standardní provoz protidrogových služeb významnější vliv, z těchto fondů nebylo možné běžný provoz většiny služeb financovat/ spolufinancovat. Výjimkou byly v uvedeném období především programy následné péče a rehabilitace v širším slova smyslu (ač i zde bylo podmínkou rozšíření kapacit či zkvalitnění služby). S programy následné péče nebyli žadatelé z Jihočeského kraje úspěšní, jediný grantový projekt byl v uvedeném období realizován OS Prevent, ale i zde šlo o zkvalitnění a rozšíření stávajících služeb (aktivity spojené s návratem klientů služeb na trh práce), čili bez vlivu na potřebu jejich běžných provozních rozpočtů.

Výjimkou byly terénní programy, spolufinancovaného z Individuálního projektu Jihočeského kraje, kde ovšem zapojené služby musely rozšířit své stávající cílové skupiny (uživatelé návykových látek) z důvodu podporovaných cílových skupin, čímž se poněkud pozměnil i způsob jejich práce. Nicméně pro tento segment služeb měla podpora z IP Jihočeského kraje významný stabilizační dopad.

**Služby primární prevence měly možnost získat prostředky z OP VK, čehož mnohé využily, především prostřednictvím programů či projektů jednotlivých škol. Nedisponujeme ovšem souhrnným přehledem v této oblasti.**

- 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 2014“. 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 2014“ pomocné tabulky v MS Excel se bude v případě správného vyčíslení rovnat součtu částek sloupce „Celková výše (v Kč) za kraj“ tabulky 3-3.

### 3.4 Analýza finančních potřeb drogových služeb kraje

**3.5** Uveďte, zda byla provedena analýza finančních potřeb drogových služeb kraje v r. 2014: **V roce 2014 nebyla v Jihočeském kraji provedena analýza finančních potřeb drogových služeb kraje. Odhady potřeb jednotlivých služeb v této oblasti či plány finančního zajištění služeb jsou plně v kompetenci protidrogového koordinátora, jsou pravidelně zpracovávány na základě vyhodnocení předešlého roku (jak po stránce finančních nákladů služeb, tak po stránce jejich reálné výkonnosti). Tyto informace jsou součástí jednak závěrečných či výročních zpráv, jednak jsou zpracovávány ad hoc pro jednotlivá dotační řízení (jak na úrovni kraje, tak na úrovni centrální – programy RVKPP, MPSV, MZ). Pravidelně je současně vyhodnocováno po stránce finanční i plnění Akčního plánu SPRSS Jihočeského kraje na daný rok.**

**3.6** Pokud ano, uveďte informace v následující doporučené struktuře: **viz výše**

### 3.7 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 hazardního hraní) kvalifikovaný odhad, kolik prostředků z daného zdroje bylo určeno na podporu aktivit týkajících se protidrogové politiky, a to jak návykových látek (legálních nelegálních), tak hazardního hraní – např. školské programy mají část týkající se návykových látek a/nebo hazardního hraní, ale i část týkající se ostatních sociálně nežádoucích jevů. Uveďte výši těchto „specifických“ částí na základě reálných dat nebo odhadu/znalosti/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 2014

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

Rozpočtový zdroj	Popis	Výše výdajů (v Kč) na návykové látky	Výše výdajů (v Kč) na hazardní hraní
<i>OEZI – grantový program</i>	GP Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2014	7 000 000	0
<i>OSVZ - Provozní příspěvek</i>	Provozní náklady záchytné stanice	4 000 000	0
<i>OSVZ – provozní příspěvek na podporu zřizovaných organizací</i>	Provozní náklady (nehrazené ze ZP) PL Lnáře (celkem 380 000 Kč)	190 000	0
<i>OSVZ – dílčí rozpočet OPHČ</i>	Organizační zajištění VIII. Adiktologické konference JČK	100 000 Kč	0
<b>Celkem</b>		11 290 000 Kč	0

Tabulka 3-2: Výdaje z rozpočtu obcí v roce 2014

*Zde uveďte za jednotlivé obce souhrnnou výši spolufinancování protidrogové politiky.*

Obec	Popis (typ podporované aktivity)	Výše výdajů (v Kč) na protidrogovou politiku	Výše výdajů (v Kč) na hazardní hraní
<b>Obce okresu<sup>6</sup> Č. Budějovice</b>	služby pro UD <sup>7</sup>	1 294 260	0
<b>Obce okresu Č. Krumlov</b>	služby pro UD	113 715	0
<b>Obce okresu J. Hradec</b>	služby pro UD	162 095	0
<b>Obce okresu Písek</b>	služby pro UD	82 824	0
<b>Obce okresu Prachatice</b>	služby pro UD	127 472	0
<b>Obce okresu Strakonice</b>	služby pro UD	250 646	0
<b>Obce okresu Tábor</b>	služby pro UD	331 582	0
<b>Město Dačice</b>	Terénní program Jihlava	60 000	0
<b>Město Kaplice</b>	Primární prevence	20 000	0
<b>Město Třeboň</b>	Primární prevence	16 000	0
<b>Město Č. Velenice</b>	Primární prevence	22 985	0
<b>Město Týn nad Vltavou</b>	Primární prevence	55 000	0
<b>Celkem</b>	...	2 536 575	0

<sup>6</sup> Vzhledem k velkému počtu obcí, zapojených do modelu spolufinancování protidrogových služeb v Jihočeském kraji (185 obcí) nepovažujeme za potřebné a efektivní rozepisovat všechny jednotlivé zdroje/ obce, podrobnosti jsou uvedeny v příloze této zprávy.

<sup>7</sup> Jedná se pouze o služby, zařazené do výše zmíněného modelu spolufinancování, tedy terénní a ambulantní, místně dostupné služby, s certifikátem odborné způsobilosti dle Standardů RVKPP.

Tabulka 3-3: Výdaje z rozpočtu evropských fondů v roce 2014

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 hazardní hraní
OP LZZ	Individuální projekt JČ kraje	3 547 852	0	0
<b>Celkem</b>	...	3 547 852	0	0

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

Přestože pojmenování kategorií služeb v této tabulce je víc obecné pořad jde o služby pro cílovou skupinu uživatelů návykových látek příp. s diag. závislosti. 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. 2014 sekretariátu RVKPP.

Typ služeb	2013			2014		
	rozpočty		Evropské	rozpočty		Evropské
	krajů	obcí	fondy	krajů	obcí	fondy
<b>Primární prevence*</b>	<b>1 180 000</b>	<b>215 941</b>	<b>0</b>	<b>1 110 000</b>	<b>113 985</b>	<b>0</b>
Primárně-preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními	0	0	0	0	55 000	0
Primárně-prev. prog. realizované jinými subjekty	1 180 000	215 941	0	1 110 000	58 985	0
Jiné a nezařazené preventivní programy	0	0	0	0	0	0
<b>Harm reduction</b>	<b>3 780 000</b>	<b>1 181 160</b>	<b>0</b>	<b>3 800 000</b>	<b>1 709 037</b>	<b>0</b>
Terénní programy	950 000	718 910	0	900 000	1 109 854	0
Kontaktní centra	2 830 000	462 250	0	2 900 000	599 183	0
Sloučené programy KC 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>1 310 000</b>	<b>392 531</b>	<b>0</b>	<b>1 190 000</b>	<b>513 557</b>	<b>0</b>
Ambulantní služby zdravotní	580 000	220 000	0	580 000	266 976	0
Ambulantní služby sociální	60 000	22 531 0		60 000	0	0
Jiné a nezařazené ambulantní služby	670 000	150 000	0	550 000	246 581	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>310 000 0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>510 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Lůžkové zdravotní služby	190 000	0	0	190 000 <sup>8</sup>	0	0
Terapeutické komunity	120 000	0	0	320 000	0	0
Jiné a nezařazené rezidenční služby	0	0	0	0	0	0
<b>Služby následná péče</b>	<b>610 000</b>	<b>240 000</b>	<b>0</b>	<b>580 000</b>	<b>200 000</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	0	0	0	0	0	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>4 000 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Prevence drogové kriminality	0	0	0	0	0	0
Koordinace/výzkum/informace	99 000	0	0	100 000	0	0
Jiné nezařazené***	0	0	0	0	0	0
<b>CELKEM</b>	<b>9 289 000</b>	<b>1 981 541</b>	<b>0</b>	<b>11 290 000</b>	<b>2 536 579</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

Domovy se zvláštním režimem\*\* určené primárně osobám s diag.závislosti, příp. jiné zařízení pro chronickou (paliativní) péči osob s diag. závislosti

<sup>8</sup> Poměrná část provozního příspěvku PL Lnáře

**Tabulka: Příjemci dotace Jihočeského kraje za období 2012 – 2014 (protidrogové služby)**

REALIZÁTOR	PROJEKT/ SLUŽBA	ROK A VÝŠE POSKYTNUTÉ DOTACE (v Kč)		
		2012	2013	2014
Sdružení META	Specifická prevence pro školy ... okresu J. Hradec	225 000	180 000	<b>160 000</b>
Arkáda Písek	Systém primární prevence v regionu Písek...	200 000	200 000	<b>180 000</b>
OS Prevent	Primární drogová prevence Strakonicko, PT a Pí	235 000	200 000	<b>190 000</b>
OS Prevent	Primární drogová prevence Českobudějovicko, ČK	235 000	200 000	<b>200 000</b>
OS Prevent	Primární drogová prevence Tábořsko a JH	115 000	100 000	<b>100 000</b>
Portus Prachatice	Primární prevence Phénix	235 000	200 000	<b>190 000</b>
PorCeTa	Primární drogová prevence Tábořsko	<b>nežádáno</b>	100 000	<b>90 000</b>
<b>CELKEM primární prevence</b>		<b>1 275 000</b>	<b>1 180 000</b>	<b>1 110 000</b>
OS Prevent	Kontaktní centrum Prevent České Budějovice	700 000	530 000	<b>700 000</b>
CPDM o.p.s.	Streetwork pro města Český Krumlov a Kaplice	240 000	240 000	<b>160 000</b>
Sdružení Meta	Terénní program pro okres Jindřichův Hradec	250 000	215 000	<b>160 000</b>
OS Arkáda	Kontaktní centrum Arkáda	550 000	550 000	<b>500 000</b>
OS Arkáda	Terénní program Arkáda	140 000	215 000	<b>160 000</b>
Farní charita Tábor	Auritus - centrum pro lidi ohrožené drogou	700 000	700 000	<b>700 000</b>
OS Prevent	Jihočeský streetwork Prevent	290 000	350 000	<b>420 000</b>
OS Prevent	Kontaktní centrum Prevent Strakonice	520 000	500 000	<b>500 000</b>
OS Prevent	Kontaktní centrum Prevent Prachatice	520 000	550 000	<b>500 000</b>
<b>CELKEM Harm reduction</b>		<b>3 910 000</b>	<b>3 850 000</b>	<b>3 800 000</b>
SANANIM	Sociální práce v terapeutické komunitě Němčice	140 000	<b>nežádáno</b>	<b>100 000</b>
SANANIM	Pracovní terapie v TK Karlov	140 000	<b>nežádáno</b>	<b>100 000</b>
OS Prevent	Adiktologická poradna Prevent	510 000	670 000	<b>550 000</b>
OS Prevent	Substituční centrum Prevent	600 000	550 000	<b>580 000</b>
OS Prevent	Doléčovací centrum Prevent	625 000	570 000	<b>580 000</b>
Sdružení Podané ruce	Terapeutická komunita Podcestný Mlýn	140 000	120 000	<b>120 000</b>
Sdružení Meta	P.Centrum Jindřichův Hradec	80 000	60 000	<b>60 000</b>
<b>CELKEM léčba a doléčování</b>		<b>2 315 000</b>	<b>1 970 000</b>	<b>2 090 000</b>
<b>CELKEM</b>		<b>7 500 000</b>	<b>7 000 000</b>	<b>7 000 000</b>

Pozn. k tabulce: V celkových součtech za roky 2012 a 2013 mohou být nesrovnalosti, neboť v tabulce nejsou uvedeni příjemci dotace v těchto letech, pokud neobdrželi podporu i v roce 2014 (jedná se o jednorázové projekty, nikoli kontinuálně poskytované služby).

### 3.8 Další důležité informace / změny proběhlé v r. 2014: Bez komentáře

## 4 Služby poskytované uživatelům návykových látek, problémovým hráčům a osobám závislostí ohroženým

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

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

Období platnosti: 2012 - 2014

www stránky 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)

### 4.2 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 problémové 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 zároveň i oficiální název příslušného strategického dokumentu) začleňujeme pouze ty služby, které jsou certifikované v rámci Standardů odborné způsobilosti RVKPP (v případě primární prevence Standard 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, byť mají jako cílovou skupinu i uživatele návykových látek, osoby závislé apod.

Síť služeb, respektive organizace a služby, které jsou jejím základem, historicky vznikla 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 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, již v době působnosti kraje jako koordinačního prvku.

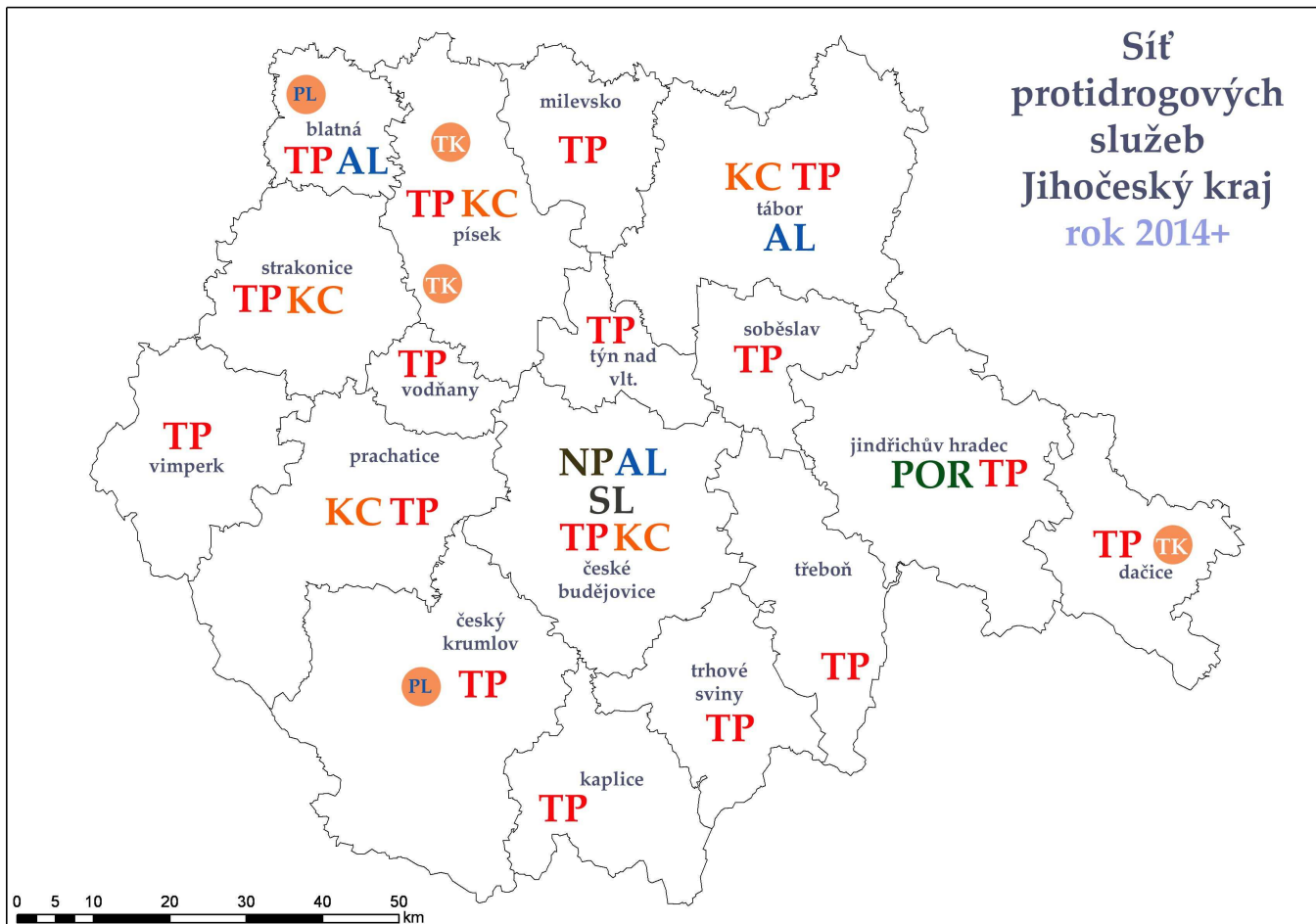
Základním atributem sítě v Jihočeském kraji je zajištění základního provozu nízkoprahové služby v každém okrese (okres byl vybrán jako minimální jednotka dostupnosti - byl zvolen proto, že tyto v minulosti správní jednotky mají na svém území zajištěnu stále ještě poměrně dostačující obslužnost veřejnou 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 nebo poptávky ze strany 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; 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).

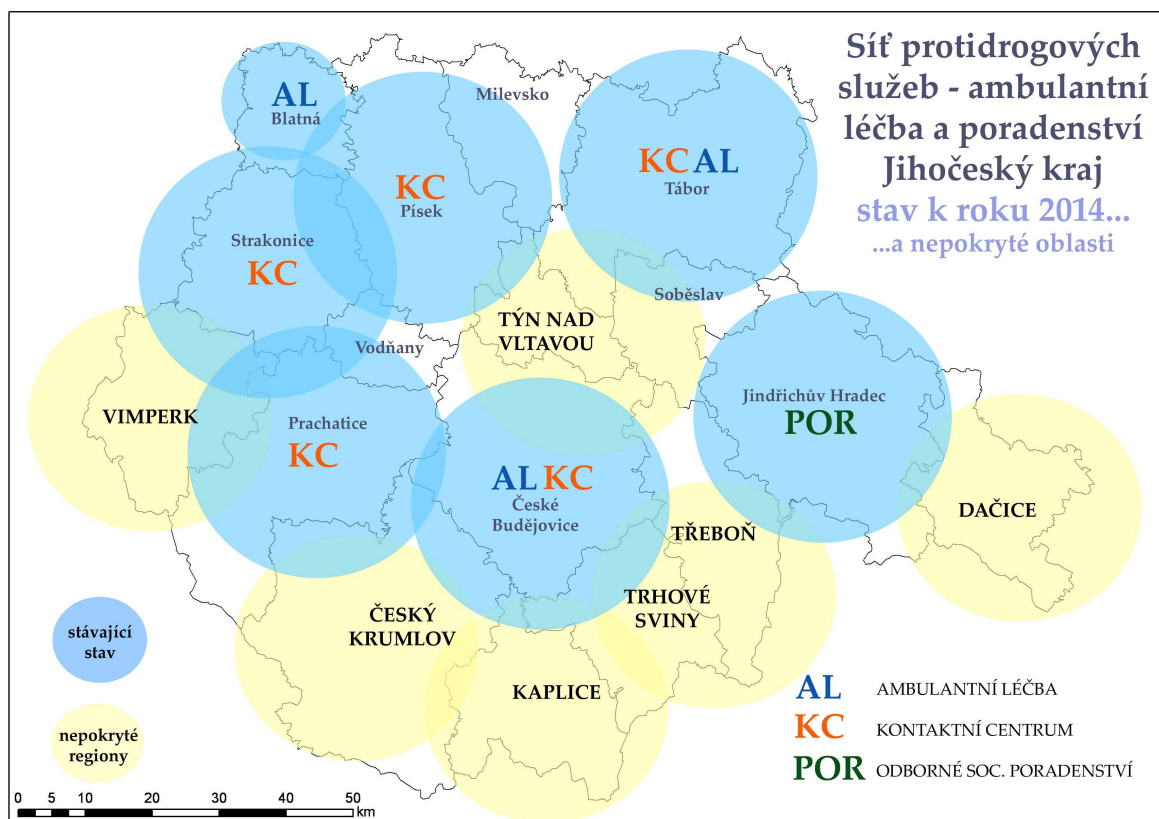
**Mapa:** Stav minimální sítě protidrogových služeb v Jihočeském kraji v roce 2014



**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

Ve skutečnosti je optimální dostupnost ambulantních forem služeb (terénní programy jsou jiná kapitola) menší, i vzhledem k velikosti/ rozloze okresů v Jihočeském kraji. Poskytovatelé služeb kontaktních center odhadují přiměřenou místní dostupnost služby, i na základě dlouholetých zkušeností, na cca 20 – 25 km, svou roli pochopitelně hraje i dopravní obslužnost v regionu, dojíždka za prací nebo za studiem do měst, kde služba sídlí... Do budoucích let předpokládáme rozšíření sítě ambulantních služeb (ambulantní léčba a doléčování, ideálně pak souběžně i psychosociální složka substituční léčby) do menších regionů (správní území ORP). Toto ovšem bude do značné míry záležet na ochotě hlavních garantů zdravotnických a adiktologických služeb na národní úrovni, včetně zdravotních pojišťoven ke spolupráci.

**Mapa:** Grafické znázornění dostupnosti ambulantních služeb v Jihočeském kraji, rok 2014



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 2011 – 2014“, viz web Jihočeského kraje.**

Tabulka 4-1: Programy primární prevence realizované v r. 2014 (mimo prevence realizované školami a školskými zařízeními) (Uvádějte prosím přehled programů ne realizátorů primární prevence)

Pozn.: do tabulky **vypište programy, které mají systematický charakter** – splňují tzv. kritéria MUSTAP – jsou systémové, navazující, mají k dispozici tištěné materiály atd. Uvedou se tam **významní poskytovatelé prevence**. Neuvádějte krátkodobé aktivity bez koncepčního ukotvení.

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

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Charakteristika aktivit	Počet akcí/osob <sup>9</sup>	Certifikace (ano/ne)
Systém primární prevence v regionu Písek a Milevsko	Arkáda, soc. psychologické centrum, Písek	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a semináře, dlouhodobé programy	33/ 682	ANO

<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.



Spec. prevence pro školy a škol. zařízení okresu Jindřichův Hradec	Sdružení Meta, J. Hradec	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a interaktivní semináře	79/ 1731	ANO
Primární prevence Phénix	OS PORTUS PRACHATICE	VP	žáci ZŠ a SŠ	interaktivní semináře, besedy	112/ 1887	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	162/ 3259	ANO
Dlouhodobé programy spec. prim. protidrog. prevence pro žáky, studenty a rodiče v regionu Táborska	PorCeTa, o.p.s.	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a semináře,	36/ 707	ANO

- **zhodnocení sítě služeb v oblasti prevence** - Uvedte, 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 jejich „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 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 (snad vyjma nákladů na dojížděku, tyto ovšem mohou být kompenzovány úsporami v jiných kapitolách rozpočtu služby). Jihočeský kraj je ovšem svou rozlohou druhý největší kraj v ČR a zabírá cca 13 % její rozlohy, a zároveň je krajem s poměrně roztroušenou 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 2014 Jihočeský kraj podpořil pět (viz. tab. 4-1 a související poznámky) realizátorů programů primární prevence, kteří víceméně 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, víceméně stabilní zdroje financí (kraj, MŠMT, které dle našeho odhadu mohou společně tvořit cca 50 – 60 % jejich provozních nákladů). Ostatní prostředky<sup>10</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 do budoucna podporována skutečná selektivní nebo indikovaná primární prevence, a skutečně odborné vzdělávání příslušných učitelů, metodiků prevence atp.<sup>11</sup>

<sup>10</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 zhruba 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>11</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.

**Shrnutí: Z hlediska místní dostupnosti, tedy co se týče existence aktuálních, certifikovaných poskytovatelů na území Jihočeského kraje, považujeme síť služeb v této oblasti za dostatečnou/ 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 2014

**V roce 2014 neproběhly žádné významné změny v této oblasti.**

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2014 (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 (čímž míníme i rozpočty samotných škol). Další, dlouhodobě na všech úrovních diskutované (a neřešené) záležitosti:

- Tradiční každoroční nejistota poskytovatelů, zda budou moci vyvíjet svou činnost i v dalším roce...
- ... a zároveň objednavatelů, tedy škol, zda se podaří plánované aktivity pro jejich žáky uskutečnit.
- Z pohledu kraje poměrně složitá koordinace a komunikace v této oblasti (cca několik stovek škol a školských zařízení v kraji), 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 pracovišť – např. SVP a PPP, reálné vymahatelné povinnosti škol a úlohu poskytovatelů služeb).

Tabulka 4-2: Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2014 (včetně programů snižování rizik na tanečních akcích, v klubech a prostředí noční zábavy)

Pozn.: uvádějte všechna data, zejména u služeb, které nejsou v dotačním řízení či nejsou certifikovány.

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

Název projektu / programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skup.	Počet osob, kt. služby využily /z toho UD	Počet kontaktů <sup>12</sup>	Počet výměn <sup>13</sup>	Počet vydaných inj. stř.	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
Kontaktní centrum Prevent České Budějovice	OS Prevent	KPS	UD	477/ 417	7774	4122	110899	Česko budějovicko	ANO
Kontaktní centrum Prevent Prachatice	OS Prevent	KPS	UD	192/ 126	876	563	13609	Prachaticko	ANO
Kontaktní centrum Prevent Strakonice	OS Prevent	KPS	UD	211/ 158	863	344	12455	Strakonicko	ANO
Jihočeský streetwork Prevent	OS Prevent	TP	UD	677/ 590	3 766	X	54782	ČB, St, Pt, Tábor	ANO
Kontaktní centrum Arkáda	Arkáda – soc. psych. centrum	KPS	UD	145/ 123	2606	1392	34288	Písecko	ANO
Terénní program	Arkáda –	TP	UD	89/ 87	617	1158	12082	Písecko	ANO

<sup>12</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>13</sup> Výměna: Kontakt, při kterém dochází k výměně (příp. jen odevzdání či výdeji) jedné nebo více injekčních jehel.

Arkáda	soc. psych. centrum								
Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou	Farní charita Tábor	KPS	UD	237/ 179	4783	1158	45207	Táborsko	ANO
Streetwork pro města Č. Krumlov a Kaplici	CPDM, o.p.s.	TP	UD	284/ 237	1168	947	19492	Česko krumlovsko	ANO
Terénní program pro okres J. Hradec	Sdružení META	TP	UD	121	1124	364	15689	Jinřicho hradecko	ANO

- zhodnocení sítě služeb v oblasti snižování rizik - Uvedte, 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 (respektive podstatnou, co se týče počtu v nich žijících obyvatel). 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 na základě potřebnosti vznikaly v průběhu uplynulých let, ale vzhledem k neustále se fakticky snižujícím prostředkům na jejich provoz<sup>14</sup> dochází k omezování počtu pracovníků v přímé práci s klienty, což dostupnost do značné míry omezuje.

Jihočeský kraj se skládá (geograficky, nikoli již správně) 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 v pěti okresech (České Budějovice, Písek, Strakonice, Prachovice, Tábor). V okrese Tábor působí kontaktní centrum s omezeným terénním programem téhož poskytovatele, který působí pouze ve městě, nicméně již byly učiněny první kroky k pokrytí celého okresu terénním programem jiného poskytovatele (OS Prevent). V okresech Jindřichův Hradec a Český Krumlov působí 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 plně transformovala do podoby terénních programů.

Za optimální stav bychom považovali:

- Udržení stávajících kontaktních center;
- 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 2014

V roce 2014 nedošlo k významnějším změnám. Přes poměrně (dlouhodobě) nepříznivou finanční situaci se podařilo udržet stávající služby minimální sítě. Jedinou změnou bylo **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 Táborska.

<sup>14</sup> Celkové částky na provoz se mírně snižují – vzhledem k tomu, že na národní úrovni nepřibývají finanční prostředky, na rozdíl od nových služeb...

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2014 (Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.)

Trvá stav, popsáný ve zprávě za rok 2013. Za hlavní nedostatek lze považovat malou, až kritickou personální kapacitu již existujících služeb. Konkrétně:

- Kontaktní centra ve Strakonících a Prachaticích stále (již asi pět let) 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 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, vyčíženosti 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 HARM REDUCTION v kraji je nedostatek finančních prostředků na jejich provoz, především personální náklady. Lze odhadnout, že chybí prostředky na cca 6 – 8 úvazků celkem, tedy zhruba 3 mil. Kč.**

Tabulka 4-3: Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2014

Pozn.: Uvádějte poskytovatele NNO, ale pokud možno i AT ordinace či ordinace lékařů, kteří prokazatelně pracují s cílovou skupinou

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

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita <sup>15</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>16</sup>	272	113	Českobudějovicko, ale i širší – území kraje	ANO
Substituční centrum Prevent	OS Prevent	SL	UD - uživatelé opiátů	25	28	X	Především 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

- zhodnocení sítě služeb v oblasti ambulantní léčby - Uvedte, 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

<sup>15</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>16</sup> Momentální kapacita, služba má dva pracovníky v přímé péči.

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 objednáci 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 provedeného 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;
- mají omezenou kapacitu vzhledem k smlouvě s pojišťovnou, musí si vybírat „těžší případy než se starat o ty, kdo si problémem zavinili sami...“

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 (od roku 2010) nebylo aktualizováno, předpokládáme toto v průběhu přípravy nové Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje.

**SHRNUTO: Síť ambulantní léčby není v Jihočeském kraji optimální, ani dostatečně dostupná pro všechny obyvatele kraje. Jako příležitost vnímáme aktuální dění kolem tzv. „adiktologických ambulancí“ a možnosti vyjednat se zdravotními pojišťovnami – to je ovšem na lokální úrovni odsouzeno k neúspěchu, pokud nebudou alespoň rámcové záležitosti předjednány na úrovni centrální. Optimální podoba sítě ambulantní léčby, včetně analýzy stávajícího stavu, bude jádrem aktualizace Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje.**

- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2014

Bez významných změn. Malá, ale důležitá (možná, perspektivně) změna - na základě dohody města Blatná a Adiktologické poradny Prevent byl od podzimu 2014 zaveden model poskytování služby poradny (která sídlí v Českých Budějovicích) přímo ve městě Blatná, na cca 4 hod./ 14 dní. Tento model by mohl být inspirací pro plánované šíření služeb ambulantní léčby/ doléčování/ psychosociální složky substituce do menších regionů. Na vyhodnocení je v této chvíli ještě brzy, předpokládáme jej k cca polovině roku 2015.

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2014 (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 bez koordinované spolupráce se zdravotními pojišťovnami (ostatně by to bylo dublování jiných dostupných veřejných prostředků – minimálně těch, které jsou deklarovány, že vydávány na ambulantní léčbu závislostí jsou).

Tabulka 4-4: Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2014

Pozn.: Neslučujte oddělení detoxifikace a pobytová oddělení

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita <sup>17</sup>	Počet osob, kt. služby zař. využily <sup>18</sup>	Počet nově evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
TK Němčice	OS Sananim	RPTK	UD (23+) muži a ženy	20 lůžek	3	-	ČR	ANO
TK Karlov	OS Sananim	RPTK	UD 1/ matky s dětmi; 2/ mladiství 16 – 25 let	1/ 9 lůžek matky, 10 dětí 2/ 12 lůžek	4 (4 matky plus 4 děti)	-	ČR	ANO
TK Podcestný mlýn	Sdružení Podané ruce	RPTK	UD (18+); muži a ženy	15 lůžek	4	-	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 (resp. cílovou skupinu osob závislých přidávají k cílovým skupinám, obvyklejším – platí zejména pro domovy pro seniory), kterou ve formě vyhrazených, obvykle několika lůžek, poskytují svým uživatelům (obvykle z příslušné spádové oblasti). Věrohodné statistické údaje jsou nedostupné, respektive velmi obtížně získatelné.

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 aktuální dostupnosti služeb týče, u pobytových služeb není primárním ukazatelem dostupnost místní, ani dostupnost finanční již není problém (poplatky spojené s léčbou byly zrušeny). Časová dostupnost, tedy vlastně spíše 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. Co se týče specifických cílových skupin, máme signály, že narůstá zájem o léčbu u matek s dětmi, kapacita TK Karlov nestačí poptávce. Řešení ovšem nevidíme v tomto případě v gesci krajů, ale na centrální úrovni.

- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2014

**Žádné zásadní změny v roce 2013.** Za zmínku snad stojí pouze definitivní přestěhování TK Němčice (změna místa poskytování služby) – z obce Němčice u Volyně do obce Heřmaň u Putimi (okres Písek).

<sup>17</sup> Kapacita - pro kolik klientů současně je program maximálně určen; počet míst v zařízení/programu.

<sup>18</sup> Pouze klienti z Jihočeského kraje

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2014 (Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě 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. Nicméně aktuální postoj léčebny je takový, že plánují změnu v jeho režimu, tak aby byl dostupný i jiným osobám, než pouze jejich (budoucím) pacientům.

Nedostupnost detoxu pro mladistvé pak přináší obtíže zvláště orgánům OSPOD, pokud pro své nezletilé/ mladistvé klienty potřebují zajistit detox jako součást přijímací procedury do specializovaných pobytových služeb (je využíván detox Nemocnice sv. Karla Boromejského v Praze).

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 závislostí 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. 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://www.cervenydvur.cz/>

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.

### Podmínky přijetí do léčby:

- věk minimálně 18 let,
- syndrom závislosti jako hlavní diagnóza,
- psychický a somatický stav nevyžadující jinou speciální léčbu a umožňující plné zapojení do všech aktivit,
- motivace k léčbě,
- k přijetí pacienta do léčby není požadováno doporučení psychiatra či jiného odborníka specializujícího se na léčbu závislostí.

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

Tabulka: Celkový počet pacientů za období 2011 – 2014

rok	2011	2012	2013	2014
Pacienti	690	741	740	782
...z toho muži	444	486	495	497
...z toho ženy	246	255	245	285

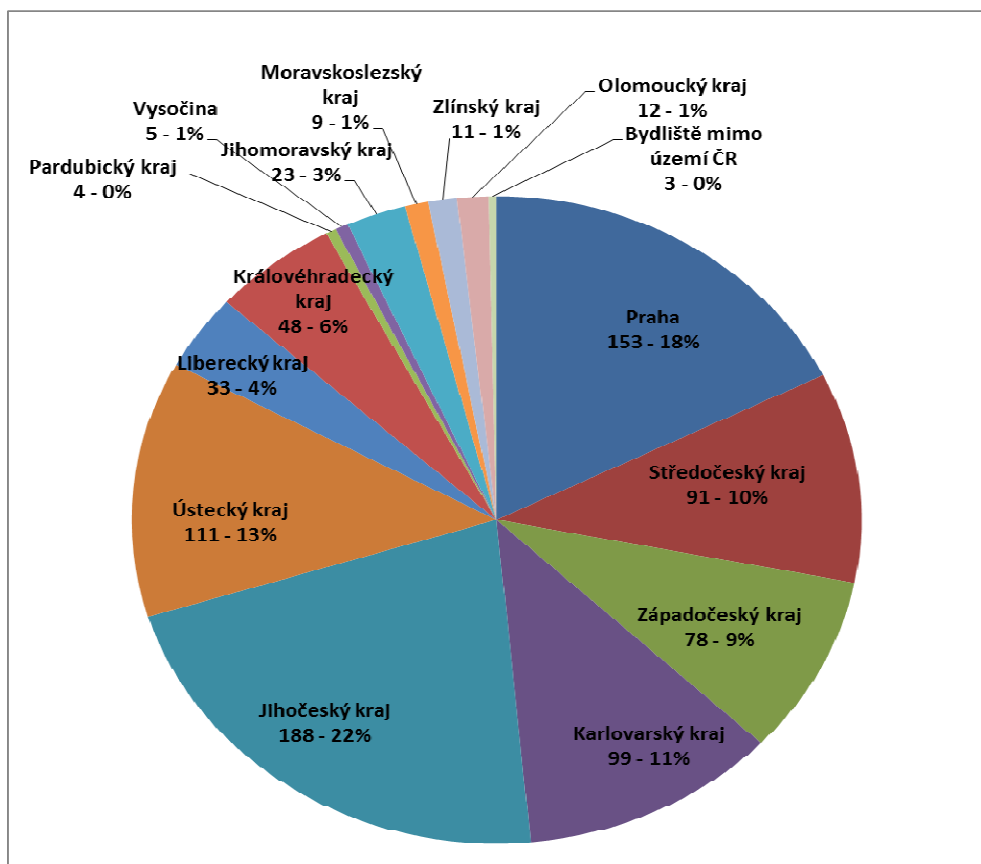
Tabulka: Zastoupení jednotlivých skupin diagnóz 2011 – 2014 (podíl z celkového počtu pacientů)

rok	2011	2012	2013	2014
Alkohol podíl	37 %	34 %	41 %	38 %
Alkohol abs	253	252	291	297
Gambling podíl	5 %	5 %	5 %	5 %
Gambling abs.	33	35	36	42
nealkoholové drogy podíl	58 %	61 %	54 %	57 %
Nealko drogy abs.	404	454	379	443
...z toho zákl. droga pervitin	28 %	30 %	33 %	32 %
...z toho zákl. droga pervitin abs	193	221	246	248
...z toho zákl. droga heroin	7 %	8 %	7 %	8 %
...z toho zákl. droga heroin abs.	48	60	53	62

**Komentář k tabulce:** 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 2014 ukazuje následující tabulka a graf. Meziročně je nápadný nárůst pacientů z Jihočeského kraje.

Graf: Podíl pacientů v léčbě podle jednotlivých krajů, 2014





Tabulka: Počet pacientů v léčbě podle jednotlivých krajů, 2014

	2013	2014
Praha	178	153
Středočeský kraj	79	91
Západočeský kraj	79	78
Karlovarský kraj	93	99
<b>Jihočeský kraj</b>	<b>179</b>	<b>188</b>
Ústecký kraj	57	111
Liberecký kraj	57	33
Královéhradecký kraj	25	48
Pardubický kraj	3	4
Vysočina	2	5
Jihomoravský kraj	27	23
Zlínský kraj	1	11
Olomoucký kraj	24	12
Moravskoslezský kraj	5	9
Bydliště mimo území ČR	4	3
Bezdomovci	1	0
<b>CELKEM</b>	<b>814</b>	<b>868</b>

Zdroj: MUDr. Jiří Dvořáček, ředitel PL Červený Dvůr

Tabulka 4-5: Služby v oblasti následné péče v r. 2014

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	Certifikace (ano/ne)
Doléčovací centrum Prevent	OS Prevent	Ambulantní, s chráněným bydlením	Osoby, které absolvovaly léčbu závislosti (NNL, alkohol, gambling)	11 lůžek v pobytové složce, 5 klientů současně v ambulantní složce – okamžitá kapacita	45	114	ČR – pobytová. Ambulantní – převážně Českobudějovicko	ANO
Program následné péče	Arkáda – soc. psych. centrum	Ambulantní	Osoby, které absolvovaly léčbu závislosti, převážně alkohol	60 osob/ rok	cca 45	x	okres Písek	NE. sociální služba

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

- zhodnocení sítě služeb v oblasti následné péče - Uvedte, 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. Máme sice k dispozici přesné údaje ohledně potřeby pobytové složky doléčování, nicméně zhodnotit dostupnost této služby si hodnotit netroufáme. Jedná se o typickou službu s celostátní spádovostí, a bez podrobných údajů z dalších služeb na území celé ČR nelze jednoznačně a odpovědně popsat potřebu dalších kapacit; to považujeme za úkol koordinace na celostátní úrovni. Mj. i vzhledem k tomu, že ne všechny kraje na svém území tuto službu mají, respektive mají ji v dostatečné kapacitě. Stručné statistické údaje viz tabulka výše, jen je třeba doplnit, že ze 45 klientů v roce 2014 bylo 17 občanů kraje... to pro obhajobu názoru o potřebě

koordinace poskytování této služby na celostátní úrovni, stejně jako vyhodnocování potřebné kapacity doufáme, postačuje.

Lze odhadnout, že vzhledem k počtu občanů kraje, kteří absolvovali rezidenční léčbu, by bylo nutné kapacitu navýšit (je zřejmé, že pro některé klienty 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; tedy i občané kraje také často mění po léčbě místo pobytu, a absolvují programy následné péče mimo jeho území, začínají „nový život“ jinde), nicméně k tomu tento názor podložit fakty nám chybí naopak údaje o počtech obyvatel kraje, kteří případně absolvují tuto léčbu mimo zařízení na území kraje (otázka recipocity).

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 2014

### Žádné podstatné změny v roce 2013

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2014 (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 současnosti zvažovaný model adiktologických ambulancí – v menších okresních městech by se jednalo nepochybně o ekonomičtější model, než samostatně stojící služba. Nadbytečnými kapacitami (nejen v tomto případě) Jihočeský kraj rozhodně nedisponuje.

Tabulka 4-6: Ostatní specializované programy v r. 2014 (služby ve vězení, sociální podniky, záchytné stanice apod.)

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	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.

- zhodnocení sítě služeb - Uvedte, 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
- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2014
- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2014 (Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.)

## SAMOSTATNÁ KAPITOLA

### Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje (rok 2014 a srovnání 2013)

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje poskytuje odbornou zdravotní péči v těchto oborech:

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

Počet pacientů protialkoholní záchytné stanice v roce 2014 **celkem 1 598**

věková struktura hospitalizovaných osob

- do 19 let: 9 pacientů (rok 2013 - 40)
- 20 – 64 let 1 221 pacientů (rok 2013 – 1 082)
- nad 64 let: 52 pacientů (rok 2013 - 46)

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 (2014 – 490 000 Kč, to je 31,86 % ze skutečně vyfakturovaných hospitalizovaných pacientů – 1 538 000 Kč) a příspěvek Jihočeského kraje (4 000 000 Kč).

**Tabulka: Počet pacientů protialkoholní záchytné stanice (2014 a srovnání 2013)**

	Hospitalizovaní klienti		Ambulantní klienti		Celkem klientů	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Leden	94	84	20	25	114	109
Únor	82	103	24	21	106	124
Březen	93	109	37	19	130	128
Duben	89	111	21	25	110	136
Květen	101	120	18	25	119	145
Červen	105	123	18	24	123	147
Červenec	101	101	25	29	126	130
Srpen	110	112	17	26	127	138
Září	105	106	14	28	119	134
Říjen	94	98	23	29	117	127
Listopad	97	104	26	30	123	134
Prosinec	97	111	22	35	119	146
<b>Celkem</b>	<b>1168</b>	<b>1282</b>	<b>265</b>	<b>316</b>	<b>1433</b>	<b>1598</b>

Tabulka: Podíl mužů a žen - pacientů protialkoholní záchytné stanice (2014 a srovnání 2013)

	Klienti PZS			
	muži	muži	ženy	ženy
	2013	2014	2013	2014
<b>Celkem</b>	<b>1240</b>	<b>1378</b>	<b>193</b>	<b>220</b>

Tabulka: Náklady a výnosy ZZS JČK, z toho záchytná stanice (2014; v tis. Kč)

Činnost	Náklady	Výnosy	Hosp. výsledek
Celkem ZZS JČK	449 467	449 608	141
<b>Z toho PZS</b>	<b>7 434</b>	<b>5 578</b>	<b>-1 856</b>
<b>Z toho</b>	<b>7 434</b>	<b>pacienti - 1 538 JČK - 4 000</b>	<b>-1 856</b>

#### 4.3 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)

V roce 2014 nebyla žádná taková aktivita realizována. Byl dokončen **popis** sítě nízkoprahových služeb, srovnání počtu klientů a výkonů 2011 – 2013, popis jednotlivých regionů a odhad PUD jak v regionech, tak v kraji. Dokument sloužil jednak jako podklad pro odhad počtu PUD na území kraje (pro rok 2014 a následující), zároveň poslouží jako východisko při plánování sítě ambulantních zařízení, bude přílohou dokumentu Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015 – 2017.

## 5 Různé - další údaje

- Kontaktní údaje o zařízeních, která působí na území kraje (název, typ služby, adresa, kontaktní osoba, tel., e-mail, webové stránky). Prosim, 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)

Budou zaslány RVKPP v samostatném souboru, a uveřejněny na webových stránkách Jihočeského kraje.

- Uvedte jakékoli jiné informace, které jsou zajímavé.