

## **Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji za rok 2016**

**Kraj: Jihočeský**

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

**Projednáno a/nebo schváleno (kým): Mgr. Pavla Doubková, vedoucí Odboru sociálních věcí**

**Schváleno usnesením zastupitelstva Jihočeského kraje č. 384/2017/ZK-9 ze dne 2. 11. 2017**

**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)**

Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji je určena pro odbornou i laickou 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. 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. V zájmu toho, aby bylo možné informace obsažené ve Vašich výročních zprávách maximálně využít, prosíme:

- **o striktní dodržení struktury VZ krajů,**
- **respektujte strukturu a vizuální podobu zprávy a aktuální podobu tabulek, neměňte jejich strukturu, počty řádků atd.**
- *prosíme, zachovejte čitelnost textu, nepoužívejte např. příliš malý font, obtékání textu kolem tabulek a grafů apod.,*
- *o informace ke každému bodu (odrážce) v jednotlivých kapitolách v zájmu toho, aby informace z jednotlivých krajů byly jednotné a srovnatelné,*
- *ke každé kapitole je třeba jasně uvést, zda došlo ke změnám v dané oblasti oproti předchozímu roku a tyto změny popsat,*
- *v případě absence informací k danému bodu uvádět např. „informace nejsou k dispozici“, popř. doplňte o podrobnější vysvětlení absence informací,*
- *informace uvádějte věcně, stručně a přehledně,*
- *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,*
- *nenechávejte ve zprávách naši náповědu/vysvětlení – ta je jen pomocným nástrojem pro tvorbu zpráv a nemá být součástí zpráv samotných,*
- *nenechávejte nevyplněné části – pokud nejsou data dostupná nebo nemáte informace, napište to tam, popř. doplňte o další související informace,*
- *uvádějte zdroje informací (např. v kapitole drogová kriminalita, zejm. u tabulek přestupků; při uvádění výsledků nějaké studie, atd.),*
- **zachovejte soulad mezi informacemi a údaji uváděnými v tabulkách a textu, text jednotlivých částí by měl odpovídat údajům v tabulkách,**
- *zachovejte soulad rovněž mezi jednotlivými tabulkami, v elektronické podobě používejte jednoduše použitelné formáty jednotek, nikoli vlastní*
- *uvádíte-li dotace ESF, použijte vždy částku odpovídající danému roku, nikoli dotaci na celý víceletý projekt, popř. částku za celý projekt realizovaný na území více krajů.*

**Termín odeslání sekretariátu RVKPP ke zpracování – 30. KVĚTEN 2017**

<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)

*Popište 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 – rozsah a způsob užívání), dostupnost a nabídka drog a provozoven hazardních her včetně sázkových kanceláří, programy prevence, léčby, doléčování, síť služeb, protidrogová politika a jejich koordinace, hodnocení a tvorba strategií, přijatá opatření apod.*

V roce 2016 jsme nezaznamenali v oblasti protidrogové politiky zásadní změny. Jihočeský kraj dostal své zákonné povinnosti realizovat na svém území protidrogovou politiku v samostatné působnosti stejně odpovědně, jako v letech minulých.

Vlastní jednoznačně identifikovatelné výdaje kraje na podporu jednotlivých oblastí protidrogové politiky činily v roce 2016 cca 11,8 mil. Kč, z toho 1,3 mil. Kč na oblast specifické primární prevence, 6,2 mil. Kč na podporu dalších odborných služeb (terénní programy, kontaktní centra apod., v této oblasti odhadujeme realisticky spoluúčast kraje na podpoře jednotlivých služeb ve výši více než 30 % z jejich celkových rozpočtů), a 4 mil. Kč vydal kraj na podporu provozu záchytné stanice. Podrobněji v příslušné kapitole zprávy.

Jihočeský kraj i v roce 2016 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.

Pokračovala aktivita Model spolufinancování protidrogových služeb místními samosprávami v oblasti koordinaci protidrogové politiky, která přinesla do sítě odborných služeb další potřebné finanční prostředky. Zapojilo se 140 obcí, a oproti roku 2013 se od obcí podařilo získat o 444 944 Kč více prostředků na podporu místně dostupných adiktologických služeb. Za srovnatelně důležitý výsledek této aktivity považujeme i to, že se rozběhla 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 textu této zprávy.

Co se užívání nelegálních návykových látek na území kraje týče, situace se jistě nedá srovnávat s extrémně zasaženými regiony České republiky. Do značné míry situaci v kraji považovat za stabilizovanou, nicméně užívání nelegálních návykových látek, především pervitinu, rozhodně není na ústupu, dostupné informace dlouhodobě naznačovaly spíše trend opačný. Za rok 2016 bylo v kontaktu s nízkoprahovými službami sice méně problémových uživatelů drog než v minulých letech, nicméně objem vyměněného materiálu naopak ve srovnání s rokem 2015 narostl. Na závěr, zda to není předzvěst například alespoň trendu injekčního užívání, nebo užívání pervitinu, je ještě brzy. 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“). Za rok 2016 nemáme zprávu o záchytu tzv. „nových drog“, podrobněji v kapitole přestupky.

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) **1 800 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 odhad problémových uživatelů drog v kraji 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.

V oblasti služeb v průběhu roku 2016 došlo ke dvěma změnám, které doplňují spektrum adiktologických služeb na území kraje. Ve spolupráci s Vazební věznicí v Českých Budějovicích vznikl nový program „Adiktologické služby ve vězeňství Prevent“, a pro oblast nelátkových závislostí specializovaná služba ambulantní léčby, taktéž v Českých Budějovicích. Významná je nepochybně i změna, která se udála v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, vznik nového oddělení 3D.

*Podrobnější údaje a informace lze nalézt na příslušných místech zprávy, další informace jsou dostupné na webových stránkách Jihočeského kraje.*

## Obsah a struktura výroční zprávy:

1	Drogová scéna – situace v kraji .....	5
2	Koordinace protidrogové politiky .....	21
2.1	Institucionální zajištění .....	25
2.1.1	Krajské institucionální zajištění koordinace .....	25
2.1.2	Místní zajištění koordinace protidrogové politiky .....	26
2.2	Strategické dokumenty protidrogové politiky kraje .....	28
2.2.1	Koncepce, strategie, akční plány a jejich zaměření .....	28
2.2.2	Hodnocení strategických dokumentů/protidrogové politiky kraje .....	29
2.3	Zadané/realizované analýzy/studie v oblasti drogové politiky a drogové situace .....	30
2.4	Další významné aktivity v oblasti protidrogové politiky v r. 2016 na krajské i místní úrovni .....	30
3	Finanční zajištění služeb pro uživatele drog .....	31
4	Služby poskytované uživatelům drog a osobám ohroženým drogami .....	37
5	Různé - další údaje .....	53

## 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 statistik a studií (ESPAD, registr žádostí o léčbu spojenou s užíváním drog hygienické služby, statistiky Policejního prezidia, zprávy a statistiky 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 (tj. jméno autora, název instituce a rok realizace, případně uveďte i odkaz na zdroj, odkud informace čerpáte).

Uveďte informace, které máte k dispozici k následujícím bodům:

### 1.1 Užívání návykových látek v obecné populaci, ve školní populaci (uveďte informace z lokálních studií, průzkumů)

Stav v užívání návykových látek v obecné populaci nepovažujeme za výrazně odlišný od situace v celé České republice. Toto přesvědčení sice nemáme potvrzeno žádnými specificky zaměřenými analýzami nebo průzkumy na místní úrovni, nicméně jsme přesvědčeni, že ČR je natolik homogenní území, že rozdíly mezi většími regiony nejsou nikterak významné (za významné rozdíly považujeme rozdíly vyšší než násobky zastoupení jednotlivých jevů). Na úrovni regionů menších než kraje pak rozdíly mohou být výraznější, příčiny mohou být různé, např. výraznější zastoupení jiných sociálně rizikových jevů (v podmínkách Jihočeského kraje např. pouliční prostituce v příhraničí), kumulace vyloučených lokalit (jev v Jihočeském kraji naopak řídký), dlouhodobě vysoká nezaměstnanost apod. Obdobně tomu je ve školní populaci, velkou roli hraje typ školy, umístění v regionu...

Realizaci takto koncipovaných průzkumů na místní úrovni považujeme za neefektivní z výše popsaných důvodů. Za prvé bychom se patrně nedozvěděli žádná nová fakta nebo informace, za druhé nám v jejich realizaci brání i relativní nedostatek finančních prostředků, určených na protidrogovou politiku kraje. Již asi od roku 2008 Jihočeský kraj nefinancuje ze svého rozpočtu žádné výzkumné a obdobně zaměřené aktivity/ projekty, neboť všechny prostředky, určené na tuto problematiku, vkládá do přímé práce s osobami, které jsou závislostním chováním ohrožené. Kraj tedy především významně spolufinancuje služby primární prevence a ty služby, které pracují přímo s ohroženými osobami, případně s jejich sociálním okolím. O situaci v oblasti užívání návykových látek v kraji pak máme relevantní informace přímo od organizací, které v této oblasti pracují.

**Stručně shrnuto: Jihočeský kraj ani v roce 2016 žádnou vlastní studii či analýzu na téma užívání drog (případně rozšíření jiných forem závislostního chování) nerealizoval, a co se týče regionálních, místních výzkumů, nemáme za rok 2016 informaci o tom, že by takové akce byly na území Jihočeského kraje realizovány (například ze strany obcí).**

Pro úplnost uvádíme popis mechanismu, který považujeme za postačující pro práci s tímto typem informací (viz dokument Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje 2015 – 2017), a dlouhodobě jej využíváme (aktuálně například za rok 2016 pro potřeby tvorby nového Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2019 - 2021). V průběhu roku 2017 bude nutné zpracovat novou Strategii protidrogové politiky Jihočeského kraje, a aktualizovat dokument Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje, tyto údaje pak budou podrobeny aktualizaci, případně revizi.

### Počty ohrožených osob podle jednotlivých rizikových skupin (kvalifikovaný odhad):

**Uživatelé alkoholu** (škodlivé nebo rizikové pití v obecné populaci):

- VZ ČR 2012<sup>2</sup> – 8,2 % dospělé populace<sup>3</sup>, po přepočtu cca **5,5 % obecné<sup>4</sup> populace;**
- Koncepce rozvoje adiktologických služeb- na 100 000 obyvatel cca 1 500 osob závislých na alkoholu, tedy cca **1,5 % populace.**

<sup>2</sup> Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2012, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (dále jen VZ ČR letopočet, NMS)

<sup>3</sup> Míněna zjevně dospělá populace (věková skupina 15 – 64 let)

<sup>4</sup> Přepočet na obecnou populaci je vždy uváděn pro jednodušší práci s dalšími přepočty, ty jsou již prováděny se celkovými počty obyvatel obcí/ území/ regionů

### **Uživatelé konopí (vysoké riziko užívání)**

- VZ ČR 2012 – 1,2 % dospělé populace, po přepočtu cca **0,8 % obecné populace**;
- Koncepce rozvoje adiktologických služeb - na 100 000 obyvatel cca 1 000 problematických uživatelů konopí, tedy cca **1,0 % populace**.

### **Problémoví uživatelé drog (opiáty a/nebo amfetaminy, a/ nebo injekční užívání):**

- VZ ČR 2012 – 0,6 % dospělé populace, po přepočtu cca **0,4% obecné populace**;
- Koncepce rozvoje adiktologických služeb- na 100 000 obyvatel cca 500 problémových uživatelů, tedy cca **0,5 % populace**.

### **Gambling (vysoké riziko, tedy riziko vzniku závislosti):**

- Hazardní hraní NMS 2014<sup>5</sup> – 0,6 – 1,0 % dospělé populace po přepočtu cca **0,5 % obecné populace**;
- Koncepce rozvoje adiktologických služeb- na 100 000 obyvatel cca 500 patologických hráčů, tedy cca **0,5 % populace**.

Prostým součtem výše uvedených čísel se dostaneme k odhadu (dle NMS), že **7,2 % obyvatel ČR je výrazně ohroženo rizikových chováním<sup>6</sup>**, spojeným s užíváním alkoholu, nelegálních návykových látek nebo patologickým hráčstvím (gambling). Dokument „Koncepce rozvoje adiktologických služeb“ předpokládá cca **3,5 - 4 % potenciálních pacientů ambulantních adiktologických služeb** z počtu obyvatel daného regionu.

Vzhledem k tomu, že u některé skupiny se sklony k jednotlivým způsobům rizikového chování se překrývají (alkohol s gamblingem i nelegálními návykovými látkami, část uživatelů>NNL - především pervitinu - s gamblingem, atd.), nejeví se jako odpovídající realitě pracovat s pouhým součtem jednotlivých údajů. Vzhledem k co nejobektivnějšímu pojetí dalších výpočtů/ odhadů považujeme za dostatečně konzervativní odhad **5 % obyvatel kraje<sup>7</sup>**, kteří jsou rizikovým chováním ohroženi, a mohli by být, vzhledem k popsáním rizikovým faktorům, pacienti/ klienty odborných poradenských/ sociálních/ zdravotnických zařízení a služeb.

### **Za Jihočeský kraj (cca 630 000 obyvatel) můžeme předpokládat počet ohrožených osob v jednotlivých kategoriích:**

<b>Alkohol</b> (škodlivé nebo problémové pití)	<b>5,5 % obyvatel</b>	<b>34 650 obyvatel</b>
<b>Konopí</b> (vysoké riziko užívání)	<b>0,8 % obyvatel</b>	<b>5 040 obyvatel</b>
<b>Problémoví uživatelé drog</b>	<b>0,4 % obyvatel</b>	<b>2 520 obyvatel</b>
<b>Gambling</b> (vysoké riziko vzniku závislosti)	<b>0,5 % obyvatel</b>	<b>3 150 obyvatel</b>

### **Podle metody, použité pro rámcové odhady (5 % obyvatel) – předpokládáme celkem 31 500 obyvatel kraje, kteří by měli mít přístup k DOSTUPNÉ odborné péči.**

Na úrovni ORP jsme pro ilustraci a zjednodušení použili výše zmíněný kvalifikovaný a dle našeho názoru konzervativní odhad podílu **5 % obyvatelstva regionů**, kteří jsou ohroženi negativními jevy popsány výše. Do tohoto počtu je nutno pro potřebu návrhu kapacity především ambulantních služeb zahrnout (do odhadu nejsou zahrnuti) sociální okolí PP, tedy především rodiče, partnery a případně další blízké, kteří budou také intervencí/ pomocí/ podporu potřebovat buď individuálně, nebo budou zapojeni do poradenského/ terapeutického procesu společně s potenciálními primárními uživateli služeb, tedy osobami, které vykazují rysy rizikového chování<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> Publikace hazardní hraní v České republice a jeho dopady, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Praha 2014

<sup>6</sup> Úmyslně se vyhýbáme užívání pojmu závislost, respektive pojmu spojeného s principem, že teprve závislost je hodná péče či léčby. Sužby, aby byly dostatečně efektivní, mají i preventivní charakter, je vhodnější umět oslovit i osoby ve zvýšeném riziku a věnovat se řešení jejich problému než čekat, až se závislost rozvine, jejímu vzniku je výhodně předcházet...

<sup>7</sup> Jihočeské kraje, ale i ČR...

<sup>8</sup> I když v některých regionech může být počet osob s rizikem nižší, pak reálný počet klientů/ pacientů právě díky této cílové skupině bude nepochybně vždy vyšší. S touto cílovou skupinou v odhadech nepočítáme (v této chvíli nevíme, podle jakého klíče bychom v odhadech měli postupovat), byť je nesmírně důležitá a odbornou pomoc nepochybně potřebuje.

**Mapa:** Odhady počtů jednotlivých ohrožených skupin obyvatel/ potenciálních pacientů/ klientů adiktologických ambulantních služeb (léčba a doléčování<sup>9</sup>).



## 1.2 Užívání drog v prostředí zábavy, nočního života

*(uved'te jaká je situace – užívané drogy, vzorce užívání, věková skladba uživatelů, jaké služby působí v prostředí nočního života, o jaké noční prostředí jde (letní festivaly, kluby), jaké služby/intervence se v prostředí nočního života klientům poskytují, vzrostl nebo klesl počet služeb pracujících v tomto prostředí...)*

Stále není k dispozici nástroj, který by nahradil v minulosti realizované intervence zaměřené do této oblasti, tedy kvalitativní testování tablet tzv. extáze. Ani občasná a spíše nárazové intervence služeb harm reduction v tomto prostředí nemohou získat dostatek relevantních kontaktů nebo informací, které by dokázaly toto prostředí dostatečně zmapovat. Jsme odkázáni na zprostředkované informace, které nejsou dostatečně podložené. Je nepochybné, že se v tomto prostředí návykové látky objevují (včetně těch legálních). V minulých letech, vzhledem k tomu, že látky, prodávané jako „extáze“ byly užiteli hodnoceny jako nedostatečně kvalitní (snižující se obsah MDMA, její nahrazování jinými látkami; jedná se o období cca kolem roku 2010 - 2012), byl i v Jihočeském kraji zaznamenán trend „přestupu“ uživatelů ke známějšímu a předvídatelnějšímu pervitinu, jehož především nazální užívání je v tomto prostředí poměrně rozšířené. V poslední době 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 kokain naopak slouží přímo jako symbol tohoto statusu, nebo k jeho předstírání). Nyní již dlouhodoběji platí trend, že se „Extáze“ vrací, patrně vzhledem ke zlepšení její kvality, což považujeme za potvrzené i díky záchytům PČR v Jihočeském kraji, za nepřímou indicii lze považovat i zajištění této látky při projednávání přestupků v oblasti držení nelegálních návykových látek.

<sup>9</sup> Doléčování – v mapě jsou uvedeny odhady velikosti ohrožených skupin obyvatel, tedy spíše odhady pro oblast ambulantní léčby. Nicméně z této skupiny se po návratu z pobytové léčby budou rekrutovat i pacienti/ klienti doléčovacích, resocializačních, stabilizačních programů. Zvláště v menších regionech považujeme za efektivní oba programy realizovat (z důvodů snížení administrativy apod.) jedním zařízením/ službou.

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, neboť 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>10</sup>, který momentálně necítí. Tím se vracíme oblohou k začátku této kapitoly – službám chybí specifický nástroj, kterým by mohly (mimo klasického informačního servisu, např. již výměnný program na těchto akcích nebývá nabízen, neboť zkušenost pracovníků služeb je taková, že o něj není zájem) tyto skupiny oslovit.

### 1.3 Problémové formy užívání drog

*(uved'te lokální/regionální odhady počtu problémových uživatelů např. v určitých městech či oblastech, užívané drogy a vzorce užívání, alternativy tradičně užívaných drog, kombinace drog, zcela nové netradiční drogy či zneužívaná léčiva, způsoby užívání)*

Co se týče problémového užívání drog, v Jihočeském kraji dlouhodobě převažuje cca ze 3/4 užívání pervitinu, 1/4 opiáty (především Subutex, zdá se, že poněkud narůstá počet uživatelů heroinu). Setrvalým trendem je poměrně rozšířené užívání léčiv na bázi opiátů (typicky Vendal Retard), a to i mezi „tradičními“ uživateli pervitinu, důvodem je patrně jednoduchá dostupnost. U velké části uživatelů jsou tyto tradiční drogy obvykle „doplněny“ užíváním léčiv (benzodiazepiny apod.), nárazově nebo spíše ojediněle i užíváním tzv. „nových drog“. Nepravidelně, nicméně s mnohem větší frekvencí než v předchozích letech, se objevují informace o užívání kokainu, to se ovšem obvykle děje v prostředí, kam standardní drogové služby svými aktivitami, nabídkou služeb nedosáhnou.

*Problémové užívání nelegálních drog bylo v minulosti Evropě tradičně definováno jako **injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu** (EMCDDA, 2009). V ČR není do odhadů PDU kokain zahrnován vzhledem k velmi nízkým počtům uživatelů kokainu v použitých zdrojích dat. Tato zastřešující definice byla v r. 2013 Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogové závislosti revidována a rozšířena o užívání dalších drog s vysokou frekvencí (u konopí denně či téměř denně a u ostatních drog alespoň jednou týdně) nebo o užívání drog přinášející uživatelům zdravotní či sociální problémy (viz např. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015, NMS 2016). Pro potřeby hodnocení nebo popisu situace v Jihočeském kraji i nadále využíváme původní definici EMCDDA z roku 2009, důvodem je konzistence dat a nutnost soustředění prostředků na řešení nejvíce ohrožujících jevů (především z pohledu ochrany veřejného zdraví).*

**za rok 2016 činí odhad (dlouhodobý a spíše konzervativní) za Jihočeský kraj:**

**počet PUD<sup>11</sup> v Jihočeském kraji cca 2 100 osob**

**z toho IUD cca 1 800 osob**

Komentář: Vycházíme v této souvislosti z dlouhodobého sledování počtu klientů nízkoprahových služeb. Považujeme Jihočeský kraj dlouhodobě za poměrně uspokojivě pokrytý relativně dostupnými službami. V uplynulých letech jsme při vědomí možných překryvů mezi regionálními službami (týkalo se čtyř ze sedmi okresů kraje, kde zároveň dlouhodobě působily souběžně<sup>12</sup> terénní program a kontaktní centrum) prováděli cílené dotazování na možnost, zda se klienti ve zmíněných službách vyskytují souběžně, využívají obě služby (podrobně za roky 2012 a 2013<sup>13</sup>). Po revizi celkového počtu některých zásadních kategorií uživatelů těchto služeb jsme došli k tomu, že toto překrytí není nevýznamné, a z jeho výsledků jsme odhadli pomocí multiplikační metody reálný počet problémových uživatelů drog v Jihočeském kraji.

<sup>10</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 nepřejdou.

<sup>11</sup> PUD = problémový uživatel drog; IUD = injekční uživatel drog

<sup>12</sup> Okresy České Budějovice, Strakonice, Prachatice a Písek. V okresech Český Krumlov a Jindřichův Hradec působí pouze terénní programy. V okrese Tábor se terénní program teprve postupně rozjíždí, dlouhodobě na jeho území působí pouze kontaktní centrum.

<sup>13</sup> Jednalo se o cca 250 – 300 osob. Pro přípravu nových strategických dokumentů kraje v této oblasti předpokládáme ověření těchto údajů podle aktuální situace.



V dokumentu Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2015 je uveden pro Jihočeský kraj odhad **2 900 problémových uživatelů drog (2 800 IUD)**. Vzhledem k poněkud odlišné metodologii získávání vstupních dat, a vzhledem k tomu, že významná část této populace zůstává někdy významně dlouho skrytá (především v počátcích své drogové kariéry) nepovažujeme tento nesoulad za zásadní.

#### 1.4 Užívání drog ve specifických skupinách

*(uved'te dostupné informace o užívání drog mezi cizinci, etnickými menšinami, skrytou populací - uživatelé drog, kteří nejsou v kontaktu se stávajícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a o způsobech práce s těmito klienty)*

Trvá popsáný stav z posledních let, tedy informace o intenzivním užívání (včetně nitrožilního) pervitinu v romské populaci. Zprávy přicházely 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, kvalifikované a zkušeností podložené odhady hovoří v některých místech až o cca 10 % uživatelů (včetně injekčních) pervitinu v především mladších věkových skupinách, což je více než desetinásobek dlouhodobého celorepublikového průměru v běžné populaci. Jedná se o stav obvykle spojený se sociálním vyloučením, zapojením do šedé ekonomiky, a dalšími negativní jevy – např. typicky prostituce.

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 předpokládat nárůst užívání i uvnitř této populace, prozatím spíše ojedinělé případy jsou známy.

#### 1.5 Sociálně vyloučené lokality

*(uved'te 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, 2015), v roce 2010 byl na úrovni kraje proveden vlastními silami Oddělení prevence a humanitních činností průzkum menších lokalit (doplnění analýzy z roku 2006). 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.

V Jihočeském kraji bylo při posledním průzkumu stavu identifikováno 38 vyloučených lokalit s odhadem obyvatel cca 2200 – 3150 osob, což Jihočeský kraj řadí mezi dalších pět krajů, které jsou tímto jevem nejméně zasaženy (pro srovnání, počet obyvatel lokalit je na nejvyšší úrovni v rámci ČR odhadován v Ústeckém kraji, cca 36 000 – 38 500 osob).

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; dle ORP, podle tzv. „Gabalovy analýzy“ z roku 2015):

- **České Budějovice** – pět (identifikovaných) lokalit, cca 700 - 800 obyvatel
- **Písek** – čtyři lokality, cca 100 - 300 obyvatel
- **Milevsko** – jedna lokalita, do 100 obyvatel
- **Tábor** – jedna lokalita; cca 100 - 200 obyvatel
- **Jindřichův Hradec** – jedna lokalita; do 100 obyvatel
- **Český Krumlov** – osm lokalit, 400 - 700 obyvatel
- **Kaplice** – čtyři lokality, do 200 obyvatel
- **Prachatice** – tři lokality; do 100 obyvatel
- **Strakonice** – čtyři lokality, 200 - 300 obyvatel
- **Vimperk** – tři lokality; do 100 obyvatel
- **Volary** – jedna lokalita; cca 100 – 150 obyvatel...
- **Třeboň** – čtyři lokality; 100 - 200 obyvatel
  - v současné době na území ORP Třeboň působí Agentura pro sociální začleňování, město České Velenice (do cca 100 obyvatel, ohrožených sociálním vyloučením). Přípravy na realizaci projektů probíhaly během roku 2016, počátkem roku 2017 zahájili činnost poskytovatelé sociálních služeb,

kteře byly identifikovány jako potřebné pro naplňování místní strategie. Mezi nimi jsou i služby určené pro cílovou skupinu osob, ohrožených závislostí – odborné sociální poradenství a terénní program, zajišťuje Metha, z. ú. Služby jsou financovány z OP Z.

V podstatě ve všech identifikovaných vyloučených lokalitách Jihočeského kraje působí protidrogové služby, především terénní programy. Počet služeb zůstává konstantní, lze konstatovat, že každý terénní program v Jihočeském kraji působí v některé z lokalit. Vzhledem k velikosti lokalit nepovažujeme pro nejbližší období za potřebné navyšovat speciálně kvůli lokalitám významně kapacitu služeb, nebo dokonce iniciovat vznik specializovaných služeb.

## 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), vývoj 2004 až 2016

	2004	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Počet klientů / UD	1 207	1 540	1 675	1 880	2 022	2 038	1 994	1 787
<b>z toho INJEKČNÍCH uživatelů drog</b>	<b>879</b>	<b>1 200</b>	<b>1 347</b>	<b>1 422</b>	<b>1 545</b>	<b>1 535</b>	<b>1 469</b>	<b>1 303</b>
<b>z toho se základní drogou PERVITIN</b>	512	<b>1 004</b>	<b>1 212</b>	<b>1 272</b>	<b>1 442</b>	<b>1 335</b>	<b>1 282</b>	<b>1 129</b>
z toho se základní drogou heroin	122	38	40	14	30	91	13	13
z toho se základní drogou Subutex	-	235	215	250	225	178	229	252
<b>... OPIÁTY celkem</b>	-	<b>273</b>	<b>255</b>	<b>264</b>	<b>254</b>	<b>269</b>	<b>242</b>	<b>265</b>
z toho se základní drogou kanabinoidy	<b>107</b>	152	109	221	250	334	290	243
Průměrný věk klienta	23,8	<b>25,7</b>	<b>27,5</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>30</b>
Počet neuzivatelů, kteří využili alespoň jednu službu programu	356	310	339	272	305	283	223	386

**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. Ty dlouhodobě odhadujeme na cca 250 – 300 osob v rámci celého kraje, především se jedná o kategorii uživatelů pervitinu a opiátů, kteří souběžně užívají injekční formou.

## AMBULANTNÍ LÉČBA

**Tabulka:** Struktura pacientů psychiatrických ambulancí v Jihočeském kraji 2005 – 2015

	2005	2007	2009	2011	2013	2015
<b>opiáty a opioidy</b>	<b>143</b>	<b>59</b>	<b>39</b>	<b>136</b>	<b>86</b>	<b>91</b>
z toho: heroin	100	18	3	7	5	5
<b>canabinoidy</b>	<b>34</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>54</b>
sedativa, hypnotika	52	36	11	36	35	31
kokain	0	1	0	0	1	0
<b>stimulancia</b>	<b>48</b>	<b>26</b>	<b>22</b>	<b>52</b>	<b>43</b>	<b>177</b>
z toho: metamfetamin	13	18	20	46	37	50
halucinogeny	1	3	0	0	3	0
prchavá rozpustidla	1	0	0	0	3	2
<b>kombinace drog</b>	<b>148</b>	<b>63</b>	<b>68</b>	<b>143</b>	<b>85</b>	<b>166</b>
<b>nealko drogy bez tabáku</b>	<b>427</b>	<b>202</b>	<b>158</b>	<b>376</b>	<b>277</b>	<b>525</b>
tabák	0	0	104	19	10	22
<b>alkohol</b>	<b>664</b>	<b>597</b>	<b>431</b>	<b>540</b>	<b>581</b>	<b>597</b>

zdroj: ÚZIS

Pozn. k tabulce: Co se absolutních počtů pacientů AT za sledované období týče, jsou zřetelné meziroční výkyvy. Zvláště u skupin, kde máme o situaci přehled z údajů nízkoprahových služeb (uživatelé opiátů, pervitinu; především jejich injekční uživatelé), počty léčených v některých obdobích neodpovídají předpokládané potřebě ambulantní léčby. Do roku 2013 byly údaje čerpány ze Zdravotnické ročenky Jihočeského kraje (ÚZIS), údaje za rok 2015 jsou alespoň částečně doplněny dle publikace ÚZIS Psychiatrická péče 2015.

Dlouhodobě platí stav, že počet léčených uživatelů alkoholu i nealkoholových drog je v Jihočeském kraji dlouhodobě pod průměrem ČR. V přepočtu na 10 000 obyvatel je kraj v celorepublikovém srovnání za rok 2015 na posledním místě u uživatelů alkoholu, léčených v ambulantních zařízeních; u léčených uživatelů nealkoholových drog na místě desátém (se zhruba třetinovým počtem léčených osob oproti Praze, resp. Olomouckému kraji). Takto velký výkyv patrně není možné vysvětlit pouze lepší situací v této oblasti, tedy menším výskytem osob, ohrožených závislostí, pravděpodobněji se spíše jedná o důkaz nikoli optimální dostupnosti ambulantní léčby na území kraje. Viz Zdravotnická ročenka ČR 2015 (ÚZIS 2016).

V roce 2015 byl spuštěn provoz nového, respektive inovovaného informačního systému v oblasti léčby, Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD). Jeho prostřednictvím mají být dostupné údaje o léčbě uživatelů nejen uživatelů nelegálních návykových látek, ale i o léčených osobách s primární drogou tabák nebo alkohol nebo o léčených hazardních hráčích. Vzhledem k tomu, že se jedná o nový registr (spuštěn v březnu 2015), údaje za rok 2015 jsou spíše kusé a mnoho nevyovídají o skutečné situaci v této oblasti, patrně bude nutné počkat, až se podaří tento systém zbavit průvodních dětských nemocí (malý počet hlásících subjektů, nekompatibilita s již existujícími programy – informační systémy ve zdravotnictví, UniData). Pro názornost – za rok 2015 údaje do tohoto systému nahlásilo z Jihočeského kraje celkem 13 subjektů.

Počet žadatelů o léčbu za kraj za rok 2015: **Alkohol – 64 osob; 93 pervitin, 111 opioidy, 51 osob kanabinoidy, 7 gambling.**

S výjimkou kategorie „opioidy“ údaje nepochybně nejsou reprezentativní. Tato kategorie se blíží realitě minimálně v tom ohledu, že by měla věrně zobrazovat stav v oblasti substituční léčby (NRLUD vznikl mj. sloučením registru hygienické stanice hl. m. Prahy, a **registru substituční léčby** – NRULISL, kam zařízení, poskytující substituční léčbu hlásí své pacienty již dlouhodobě). Podrobněji viz publikace „Léčba uživatelů drog v ČR v roce 2015“, Aktuální informace 8, ÚZIS ČR 2016.

## Specifické služby ambulantní léčby (dle Standardů RVKPP)

**Tabulka:** Struktura klientů vybraných služeb ambulantní léčby v Jihočeském kraji, Adiktologická poradna Prevent (2011 – 2016)

	počet klientů celkem	z toho NNL	z toho alkohol	z toho gambling	z toho prvních kontaktů	z toho neuživatelé
<b>2016</b>	<b>396</b>	<b>181</b>	<b>56</b>	<b>18</b>	<b>164</b>	<b>141</b>
2015	359	177	29	22	153	153
2014	272	141	13	13	113	105
2013	251	116	14	2	101	119
2012	245	112	16	4	73	113
2011	174	70	9	6	45	89

*Pozn.: Údaje za část služby, zaměřené výhradně na oblast gamblingu (projekt RVKPP) jsou uvedeny v celkovém souhrnu. Tito klienti byli v průběhu druhé poloviny roku 2016 referováni do nově vzniklé Poradny pro nelátkové závislosti PREVENT, z důvodu jednodušší práce s daty je uvádíme pro rok 2016 ještě na tomto místě.*

**Tabulka:** Struktura klientů vybraných služeb ambulantní léčby v Jihočeském kraji, Auritus Tábor – ambulantní léčba (2011 – 2016)

	klienti			výkony	
	počet klientů celkem	z toho NNL	neuživatelé	individuální terapie (1,0 hod.)	poradenství pro rodiče (1,5 hod.)
<b>2016</b>	<b>143</b>	<b>73</b>	<b>71</b>	<b>924</b>	<b>387</b>
2015	118	62	56	680	297
2014	113	57	56	251	117
2013	126	60	66	254	126
2012	125	61	64	318	93
2011	86	36	50	194	64

*Pozn.: Údaje o klientech i výkonech jsou vypracovány ze souhrnných údajů za službu Farní charity Tábor: Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou. Jedná se primárně o Kontaktní a poradenské služby dle standardů RVKPP, nicméně organizace má i certifikovanou službu Ambulantní léčba. Klienti obou služeb jsou souhrnně vykazováni za službu kontaktní centrum, je to proto, že žadatel obě služby, tedy kontaktní centrum a ambulantní léčbu do sebe neodděluje, z důvodu snížení administrativní zátěže s tím spojené.*

## SUBSTITUČNÍ LÉČBA

**Tabulka:** Struktura klientů substituční léčby v Jihočeském kraji, Jihočeské substituční centrum Prevent (2012 – 2016)

	KLIENTI								
	počet klientů	z toho injekčních UD	z toho ZD heroin	z toho ZD buprenorfin nelegálně	z toho ZD ostatní opiáty	substituce buprenorfinem	substituce metadonem	první kontakt	neuživatelé
<b>2016</b>	<b>29</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
2015	28	26	4	15	9	11	17	6	5
2014	28	28	20	3	3	7	21	6	4
2013	24	23	18	5	0	3	21	1	0
2012	32	31	27	4	0	7	27	11	4

Substituční centrum PREVENT je jedinou službou v Jihočeském kraji, která poskytuje komplexní program substituční léčby dle Standardu MZ, tedy včetně podpurné psychosociální složky léčby. Je současně jediným zařízením na území kraje, který poskytuje substituční léčbu metadonem. Ve všech ostatních případech substituční léčby se obvykle jedná o předepisování substituční látky ze strany lékařů. V některých případech toto může být doprovázeno další terapií, ale nebývá to obvyklé. Substituční látky (z větší části Subutex, Suboxone) si obvykle hradí pacienti sami, tato léčba není hrazena ze strany zdravotních pojišťoven; terapie metadonem je poskytována zdarma.

Celkový počet pacientů v substituční léčbě v Jihočeském kraji (zdroj: „Substituční léčba závislosti na opiátech/ opioidech v ČR v letech 2014 a 2015“, Aktuální informace 3, ÚZIS ČR 2016):

- 2013: celkem 108 osob, nově nahlášeno 21 osob;
- 2014: celkem 108 osob, nově nahlášeno 27 osob, léčba byla ukončena u 26 osob;
- 2015: celkem 110 osob, nově nahlášeno 25 osob, léčba byla ukončena u 19 osob.

**Pro srovnání za celou ČR:** V roce 2014 bylo léčeno 2 314 osob, r. 2015 to bylo celkem 2 248 osob. V r. 2014 bylo evidováno 705 hlášení léčby u 590 osob, v r. 2015 celkem 441 hlášení u 396 osob. Léčba byla ukončena v roce 2014 v 624 případech u 509 osob, v r. 2015 v 481 případech u 440 osob. Za rok 2015 v léčbě: Praha 898 osob; STČ kraj – 400 osob; Ústecký – 361 osob, Jihomoravský – 114 osob.

## NÁSLEDNÁ PÉČE

**Tabulka:** Struktura klientů následné péče v Jihočeském kraji, Centrum následné péče Prevent (2012 – 2016)

	KLIENTI							
	počet klientů	z toho NNL	z toho alkohol	z toho gambling	z toho prvních kontaktů	z toho chráněné bydlení	z toho matky s dětmi	úspěšně dokončili program
<b>2016</b>	<b>48</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>26</b>	<b>2 CHB</b>	<b>21</b>
2015	41	21	14	6	27	33	1 AMB, 2 CHB	12
2014	45	34	10	1	30	32	2 AMB, 2 CHB	17
2013	49	28	19	2	33	34	x	19
2012	49	36	11	2	32	41	4 CHB	11

**Poznámky:** Za rok 2015 sečteny údaje ze dvou nově oddělených součástí služeb: klienti gambling a klienti ostatní závislosti. Použité zkratky: **AMB** = ambulantní léčba **CHB** = ambulantní léčba s chráněným bydlením

## POBYTOVÁ LÉČBA

Jediné souhrnné údaje o počtech pacientů/ klientů – obyvatel Jihočeského kraje v pobytové léčbě, které jsou k dispozici pro potřebu zpracování této zprávy, obsahuje publikace Psychiatrická péče 2015 (ÚZIS 2016). Pro ilustraci uvádíme údaje o počtu pacientů/ klientů s místem bydliště v Jihočeském kraji za rok 2015 v léčebných zařízeních na území ČR (s diagnózou F10 – F 19):

- na **psychiatrických odděleních nemocnic** bylo hospitalizováno celkem 181 pacientů (92 alkohol, 89 nealkoholové drogy bez tabáku);
- v **psychiatrických nemocnicích/ léčebnách pro dospělé** bylo hospitalizováno celkem 484 pacientů s diagnózou F10 – F 19 (264 alkohol, 220 nealkoholové drogy bez tabáku);
- v **psychiatrických nemocnicích/ léčebnách pro děti** bylo hospitalizováno celkem 6 pacientů s diagnózou F10 – F 19 (1 alkohol, 5 nealkoholové drogy bez tabáku).

Jedná se o souhrnná data, tedy o pacienty z Jihočeského kraje, léčené na diagnózy F 10 – F 19, bez ohledu na sídlo léčebného zařízení. Jediný podrobnější údaj, který máme k dispozici, je údaj z PL Červený Dvůr, kde se v roce 2015 léčilo se stejnou skupinou diagnóz celkem 809 pacientů/ z toho **167 pacientů z Jihočeského kraje** (podrobněji samostatná kapitola zprávy). To znamená, že PL Červený Dvůr v tomto ohledu uspokojuje potřebu léčby obyvatel kraje z cca jedné čtvrtiny (25 % z 665 léčených dospělých osob<sup>14</sup>).

Pokud na tomto místě uvádíme údaje za rok 2015, pro srovnání ještě údaje od terapeutických komunit (dále jen TK) na území kraje za stejný rok (meziročně se tyto údaje významně nemění, kapacita služeb je víceméně stejná již řadu let):

- TK Němčice: celkem 39 klientů (z toho 3 klienti z Jihočeského kraje);
- TK Karlov: celkem 79 klientů (z toho 2 klienti/ matky z Jihočeského kraje, plus 2 děti);
- TK Podcestný mlýn: celkem 40 klientů (klienti z Jihočeského kraje neuvedeni).

<sup>14</sup> Není to zcela přesný údaj, v souhrnných počtech za PL jsou uvedeni i pacienti s diagnózou F 63 (gambling). Nejsou odděleni od ostatních diagnóz, ale vzhledem k tomu, že se bude patrně jednat spíše o jednotky osob, nemá tato nepřesnost významný vliv na popis situace.

## 1.7 Infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog

(uved'te výskyt infekčních onemocnění, dostupnost testování pro různé cílové skupiny, informace z krajských hygienických stanic, ze služeb)

**Tabulka:** Vybrané virové hepatitidy v Jihočeském kraji v období 2011 až 2016 (srovnání; vývoj)

DG /rok	počet onemocnění celkem						v anamnéze i. v. aplikace drog						podíl i. v. narkomanů
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
akutní VHA	4	3	1	18	13	40	1	1	0	2	0	4	10 %
akutní VHB	3	5	1	2	2	1	0	3	0	2	2	0	0 %
chron. VHB	13	12	12	7	6	5	1	1	3	1	0	0	0 %
akutní VHC	1	7	1	4	5	9	1	3	1	4	3	3	33 %
chron. VHC	48	83	102	70	86	96	40	68	84	57	65	71	74 %
<b>celkem</b>	<b>69</b>	<b>110</b>	<b>117</b>	<b>101</b>	<b>112</b>	<b>151</b>	<b>43</b>	<b>76</b>	<b>88</b>	<b>66</b>	<b>70</b>	<b>78</b>	<b>52 %</b>

ZDROJ: KHS Č. Budějovice - Epidat

**Tabulka:** Počet onemocnění virovými hepatitidami v Jihočeském kraji – rok 2016 celkem, jednotlivé okresy

	VHA	VHB akut	VHC akut	VHE	VHB chron	VHC chron	celkem
Č. Budějovice	22	0	1	3	0	12	38
Č. Krumlov	9	0	0	2	2	47	60
J. Hradec	1	0	0	5	1	5	12
Písek	0	0	8	3	0	5	16
Prachatice	0	0	0	0	1	8	9
Strakonice	3	1	0	3	1	8	16
Tábor	5	0	0	2	0	11	18
<b>celkem 2016</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>96</b>	<b>169</b>

ZDROJ: KHS Č. Budějovice - Epidat

**Tabulka:** Počet onemocnění virovými hepatitidami v Jihočeském kraji – rok 2016, i.v. narkomani

	VHA	VHB akut	VHC akut	VHE	VHB chron	VHC chron	celkem
Č. Budějovice	2	0	1	0	0	7	10
Č. Krumlov	1	0	0	0	0	41	42
J. Hradec	0	0	0	0	0	4	4
Písek	0	0	2	0	0	1	3
Prachatice	0	0	0	0	0	6	6
Strakonice	0	0	0	0	0	3	3
Tábor	1	0	0	0	0	9	10
<b>celkem 2016</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>71</b>	<b>78</b>

ZDROJ: KHS Č. Budějovice - Epidat

**Komentář:** Na počtu VHC chronické u i. v. (nitrozilních) 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.

**Tabulka:** Celkový počet onemocnění virovými hepatitidami v Jihočeském kraji, vybrané věkové skupiny, rok 2016 (a srovnání od roku 2011)

Věková skupina	celkový počet					z toho: i. v. narkomani				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
15 - 19	7	5	5	5	3	4	3	3	3	1
20 - 24	20	29	14	15	11	16	24	11	5	8
25 - 34	49	57	49	52	68	39	46	36	40	52
35 - 44	27	25	23	22	32	17	15	15	15	15
45 - 54	0	4	9	14	12	0	0	2	5	1
55 - 64	-	-	-	7	13	-	-	-	2	1
<b>celkem</b>	<b>116</b>	<b>124</b>	<b>116</b>	<b>123</b>	<b>169*</b>	<b>76</b>	<b>88</b>	<b>67</b>	<b>70</b>	<b>78**</b>

ZDROJ: KHS Č. Budějovice - Epidat

\* v tabulce jsou u celkového počtu virových hepatitid uvedeny pouze údaje za věkové skupiny, v nichž se vyskytuje souběžně i výskyt hepatitid mezi i. v. narkomany. Proto je součet celkového počtu onemocnění u této kategorie vyšší, než údaje přímo uvedené v tabulce.

\*\* všechny údaje za i. v. narkomany, viz pozn. výše

Informace k situaci v kraji ohledně **HIV/AIDS** je zpracována podle statistik Národního programu boje proti AIDS v ČR (<http://www.szu.cz/tema/prevence/rocni-zpravy-o-vyskytu-a-sireni-hiv-aids-v-cr>).

Z měsíčních přehledů za rok 2016 vyplývá, že:

- **V Jihočeském kraji bylo k 31. prosinci 2016** (celkem za období od 1. 10. 1985) zaznamenáno 91 HIV pozitivních osob, z toho 25 osob s nemocí AIDS;  
Pro porovnání:
  - k 31. prosinci **2015** bylo v Jihočeském kraji zaznamenáno 84 HIV pozitivních osob, z toho 21 osob s nemocí AIDS;
  - k 31. prosinci **2014** bylo v Jihočeském kraji zaznamenáno 73 HIV pozitivních osob, z toho 17 osob s nemocí AIDS;
- Jihočeský kraj se v absolutním počtu osob, nakažených virem HIV nachází na 7. místě mezi kraji ČR (první Praha – 1 418 případů, nejnižší výskyt kraj Vysočina – 38 osob). V roce 2016 se v počtu nově zjištěných nakažených osob (8 osob) Jihočeský kraj umístil na 9 místě mezi ostatními kraji (relativně, tedy vzhledem k přepočtu na počet obyvatel). V absolutních počtech je to celkem 8. až 9. místo.
  - v celé ČR je to 2 906 případů HIV+, z toho 506 AIDS, za rok 2016 v celé ČR přibylo 286 nových případů HIV;
  - podíl přenosu prostřednictvím injekčního užívání drog je v ČR na rozdíl od přenosu sexuálního setrvale dlouhodobě nízký.
- **Za rok 2016 přibylo** v Jihočeském kraji **8 nových případů** (7 mužů, jedna žena, přenos převážně sexuální cestou – homosexuální/ bisexuální – celkem 5 případů, dva případy heterosexuální, jeden přenos matka – dítě; nebyl zaznamenán žádný přenos injekčním užíváním drog);  
Pro porovnání:
  - Za rok **2015** přibylo v kraji 11 nových případů (celkem 11 mužů, žádné ženy, přenos převážně sexuální cestou – homosexuální/ bisexuální – celkem 8 případů, dva případy kombinace injekčního užívání drog a homo/ bisexuální, jeden případ heterosexuální – nebyl zaznamenán žádný přenos injekčním užíváním drog);
  - 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);

Testování na infekční onemocnění pro různé cílové skupiny/ klienty protidrogových služeb Jihočeský kraj dlouhodobě podporuje, je dostupné pro klienty všech služeb, zařazených do Minimální sítě. Na tomto místě si dovolíme polemizovat se stále se ještě občas se objevujícím názorem, že realizace výměnného programu je v podmínkách ČR téměř až neefektivní strategií, vzhledem k tomu, že počet nakažených HIV/AIDS mezi intravenózními uživateli je velmi nízký. Považujeme za realitu více odpovídající postoj, že právě realizace přístupu Harm reduction, včetně výměnných programů, dovedla ČR do tohoto stavu, který nám může velká část sousedících států závidět.

## 1.8 Předávkování, včetně smrtelných

*(uved'te případy intoxikací či smrtelných předávkování, které byly neobvyklé – např. užitá látka nebo kombinace látek)*

V roce 2016 došlo v Jihočeském kraji ke dvěma případům smrtelného předávkování opiáty. Jednalo se o výjimečný případ, který byl doprovázen několika dalšími předávkováními, nikoli již ale s fatálními následky. Dle slov pracovníků Zdravotnické záchranné služby se jednalo o první případy po dlouhém období (8 – 10 let), kdy se podobné případy staly naposled. K oběma úmrtím došlo v Českých Budějovicích, příčinou bylo užití výluhu z fentanylových náplastí. Jednalo se o ojedinělou situaci, dle informací od terénního programu skupina toxikomanů, pocházejících z jiných míst kraje, dle svých slov „našla“ tyto náplasti a experimentovala s nimi. Na základě intervence především terénního programu se situace následně uklidnila. O jiných úmrtích v přímé souvislosti s užíváním NNL nemáme informace.

## 1.9 Další zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním drog

K této oblasti nemáme podrobné informace, vyjma údajů o rozšíření infekčních onemocnění, viz jedna z předcházejících kapitol této zprávy. V případě potřeby ověřených, validních dat vycházíme z odborně ověřených informací, které zpracovává NMS ve VZ za celou ČR, případně je konzultujeme s místními poskytovateli služeb.

## 1.10 Jiné nové trendy a fenomény

*(uved'te informace o nových trendech a fenoménech, které byly zpozorované a které nejsou součástí jiných kapitol)*

Dlouhodobý trend, popsáný již v minulých zprávách, se ani v roce 2016 významně nezměnil. 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 trvalé vysoké úrovni užívání pervitinu, v posledních letech bylo provázené mírným, ale setrvalým růstem injekčního užívání. V roce 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), za roky 2015 a 2016 jsme obdobné výkyvy nepozorovali. Za rok 2016 sice meziročně klesly počty ukazatelů v kategoriích počet klientů nízkoprahových zařízení, počet injekčních uživatelů a počet uživatelů pervitinu o cca 10 %, nicméně zda se jedná o náhodný výkyv nebo trend s dlouhodobější platností rozhodnou až další roky<sup>15</sup>. Naopak počet vydaných JIS v roce 2016 oproti roku 2015 narostl, z 311 438 ks na 343 357 ks.

V oblasti opiátů se objevuje dlouhodobě a lze říci, že již setrvale, zneužívání léčiv na předpis, především se jedná o Vendal Retard. První signály se začaly objevovat v roce 2011, stále se jedná 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 tablet kolem cca 1 400 Kč) se jedná o 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.). Co se týče v jiných krajích „populárního“ zneužívání fentanylových náplastí, v podmínkách Jihočeského kraje se jedná spíše o ojedinělý fenomén, podrobněji v kapitole věnované úmrtím v přímé souvislosti s užíváním drog.

## 1.11 Nové syntetické drogy

*(uved'te informace o míře rozšíření (užívání) nových syntetických drog, jiné než známé a tradičně užívané syntetické látky, zkušenosti uživatelů/služeb, trhu (nabídce) s novými syntetickými drogami)*

Stále platí stav, že o faktické míře rozšíření tzv. „nových syntetických drog“ nemáme informace, ze kterých by se dalo usuzovat, že by jejich užívání v Jihočeském kraji bylo srovnatelné 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, spíše se stává, že uživatelé především pervitinu přiznávají ojedinělé zkušenosti s jejich užitím. Stejně jako nejsou tzv. „nové syntetické drogy“ předmětem trestního stíhání (respektive jejich distributoři, dealaři). Za rok 2016 nebyl zaznamenán ani jeden případ.

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

## 1.12 Hazardní hraní

*(uved'te informace o hraní sázkových a hazardních her, zdravotních a sociálních dopadech, zejména finanční, situaci, charakteristika klientů, existence služeb poskytujících preventivně-léčebné opatření hazardním hráčům, vzrostl nebo klesl počet služeb pracujících s hazardními/problémovými hráči a/nebo jejich blízkými...)*

*Dále, pokud jsou k dispozici informace z lokálních studií, místních institucí, služeb, uved'te:*

- *výskyt hazardního hraní v populaci, ve školní populaci*

V roce 2016 nebyla na území Jihočeského kraje realizována žádná studie nebo průzkum, věnovaný této problematice, z důvodů, popsáných na jiných místech této zprávy, tedy stručně, že při hodnocení potřeb realizace či podpory těchto služeb vycházíme z údajů, publikovaných na národní úrovni, za druhé využíváme údaje přímo od služeb, které s touto cílovou skupinou pracují. Prioritou Jihočeského kraje je především podpora přímé práce, finanční zdroje vyčleněné na problematiku závislostí nedovolují realizovat jiné aktivity.

<sup>15</sup> Jedním z vlivů, které působí na statistiky především nízkoprahových služeb má aktivita PČR v jednotlivých regionech. Úspěšné policejní akce obvykle vedou k poklesu výkonů, kontaktů s klienty apod. Jedná se ovšem o krátkodobé působení, které obvykle nevede ke snížení míry užívání, uživatelé ale omezují kontakty s pomáhajícími institucemi, odcházejí z regionu jinam apod.



Jihočeský kraj, respektive krajský koordinátor se podáním informací spolupodílel na pilotním průzkumu v této oblasti, který realizovala Asociace nestátních organizací, řešitelem byl právě ředitel Poradny pro nelátkové závislosti prevent. Průzkum situace v této oblasti byl realizován pro potřeby A.N.O. a RVKPP.

V relevantních adiktologických službách na území Jihočeského kraje tvořili hazardní hráči vždy spíše marginální skupinu uživatelů, v průběhu roku 2016 se situace poněkud změnila v důsledku vzniku specializované služby Poradna pro nelátkové závislosti Prevent, v Českých Budějovicích. Ta má aktuálně cca 60 klientů, nicméně hazardních hráčů v klasickém smyslu nejsou jedinou cílovou skupinou, poradna řeší ve vyšší míře i problematiku on-line sázení, dále hraní počítačových her, závislost na počítačích, elektronických přístrojích obecně.

Z oblasti primární prevence vnímáme zvyšující se zájem škol o preventivní programy v této oblasti, počínaje kyberšikanou právě přes prevenci dalších závislostí či poruch, spojených s pohybem ve virtuálním prostředí. Služby v této oblasti podporujeme dlouhodobě, vnímáme tyto jevy jako propojené, se stejnými nebo srovnatelnými riziky pro jednotlivce i společnost, jako je problematika závislostí látkových.

- *problémové formy hazardního hraní, hazardní hraní ve specifických skupinách (profesní skupiny, etnické menšiny, uživatelé drog apod.), hazardní hraní v SVL*

Vzhledem k tomu, že na území Jihočeského kraje nebyl realizován žádný průzkum nebo studie na téma hazardní hraní, lze jen obtížně specifikovat rozšíření tohoto fenoménu v jednotlivých cílových skupinách, nebo regionech. Ze zpráv místních protidrogových koordinátorů vyplývá, stejně jako v předchozích letech, že se ve své běžné praxi sociálních pracovníků, kurátorů apod. s touto problematikou ve velké většině nesetkávají, stejně jako jejich kolegové na sociálních odborech. To ale pochopitelně může vyplývat z jisté citlivosti problému, neochoty klientů přiznat důvod (nebo jeden z důvodů) složité sociální situace apod. Nicméně ze zpráv za rok 2016 vyplynulo i to, že na rozdíl od let minulých již nějaké případy na několika málo sociálních odborech řešeny byly, což je přece jen změna. Sociální pracovníci jsou informováni o možnostech pomoci, kromě již citované nové ambulantní služby pro cílovou skupinu hazardních hráčů bývají obvykle využívány pro řešení souvisejících problémů (finančních) dluhové poradny, zřídka pak odborná pomoc, zaměřená na příčiny, tedy psychologové, psychiatři. Informace jsou ale prozatím spíše kusé, ojedinělé.

- *problémoví/patologičtí hráči ve službách a v léčbě*

Jak je zmíněno na dalších místech této zprávy, patologičtí hráči byli v Jihočeském kraji vždy akceptovanými klienty služeb. Za předchozí léta (do roku 2016) se počty jak v ambulantních službách (ambulantní léčba a doléčování), tak v pobytových službách (především PL Červený Dvůr) pohybovaly spíše v řádu do dvou desítek osob ročně, v případě PL mezi 30 – 40 osobami, ovšem z celé ČR. V souvislosti se vznikem nové, specializované služby lze předpokládat nárůst pacientů v léčbě ambulantní, druhotně se nárůst může projevit i referováním klientů do pobytových služeb. Nicméně tato služba vznikla, respektive zahájila plnohodnotný provoz až ve druhé polovině roku 2016, čili je prozatím na nějaké generalizace nebo zobecnění dopadů její činnosti, souvisejících okolností ještě brzy.

- *zadluženost hráčů, jejich rodin*

Jedná se o málo prozkoumané téma (v podmínkách kraje). Obecně platí skutečnost, popsaná výše, hráči a jejich rodiny důvody obtížné sociální situace obvykle sociálním pracovníkům nesdělují, toto téma je dosud spíše zakrýváno. Důvodem jsou patrně obavy z reakcí okolí, a také skutečnost, že největší dluhy „zůstávají“ obvykle „uvnitř“ rodin, které je řeší vlastními silami.

- *trendy a fenomény v oblasti hazardního hraní*

Viz výše. Patrně shodné s těmi platnými pro celou republiku je trend hlavní, pokud tak můžeme usuzovat z prozatím spíše kusých informací, tedy přesun od hraní na výherních přístrojích na internet, a specificky rozvoj on – line sázení.

- *kriminalita související s hazardním hraním (provozování nelegálních heren)*

Z této oblasti nemáme k dispozici žádné konkrétní informace. Jak bylo zmíněno i v předchozích zprávách, tak problematika nelegálních heren se řeší, nebo řešila, na různých místech kraje, s různými výsledky.

Pro celou tuto oblast platí, že v průběhu roku 2017 se budeme intenzivněji zabývat mapováním situace, především v souvislosti s přípravou nové strategie protidrogové politiky kraje, a aktualizací dokumentu Minimální síť protidrogových/ adiktologických služeb na území Jihočeského kraje.

## 1.13 Drogová kriminalita:

### TRESTNÉ ČINY

#### Statistické údaje za rok 2016:

**Tabulka:** Počty a struktura stíhaných osob za drogové trestné činy (srovnání 2010 – 2016)

období / struktura pachatelů	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
stíhaných osob	178*	193	188	259	252	216	190*
osoby do 15 let	1	2	1	5	1	4	3
osoby 16-18 let	10	17	11	7	8	5	14
dospělí	167	174	182	247	243	207	173
muži	145	168	163	198	207	192	158
ženy	33	25	31	49	45	24	32

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2010 – 2016); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

\* **pozn. k tabulce výše:** Co se týče státní příslušnosti, převažují občané ČR (181 osob). 2 osoby - Slovensko, Vietnam, Rakousko. Po jedné osobě – Čína, Nizozemí a Srbsko.

**Tabulka:** Trestné činy dle paragrafů / zahájeno trestní řízení, Jihočeský kraj 2016 (srovnání od 2010)

§	283	284	285	286	287	288
Počet TČ 2010	130	20	16	12	0	0
Počet TČ 2011	152	27	19	8	2	0
Počet TČ 2012	167	20	12	10	1	0
Počet TČ 2013	190	30	17	26	12	0
Počet TČ 2014	203	45	18	9	4	0
Počet TČ 2015	165	36	11	16	0	0
Počet TČ 2016	144	45	14	8	0	0

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2010 – 2016); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

#### Pozn. k tabulce 1:

§ 283 – Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed...

§ 284 – Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC)... nebo odst.2/ Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává jinou omamnou nebo psychotropní látku než uvedenou v odstavci 1 nebo jed v množství větším než malém...

§ 285 – Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém rostlinu konopí... nebo odst. 2 ...houbu nebo jinou rostlinu než uvedenou v odstavci 1 obsahující omamnou nebo psychotropní látku...

§ 286 - Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává prekursor nebo jiný předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku, který obsahuje omamnou nebo psychotropní látku, nebo jedu...

§ 287 – Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří...

§ 288 – Kdo neoprávněně ve větším množství vyrobí, přechovává, doveze, vyveze, proveze, nabízí, prodá, jinému poskytne nebo podá látku s anabolickým nebo jiným hormonálním účinkem za jiným než léčebným účelem...

#### Pozn. a doplnění k tabulce 2:

Za rok 2010 celkem trestné činy dle starší verze Trestního zákoníku/ zákon č. 140/1961/ Sb. (nový trestní zákoník; zákon č 40/2009 Sb., vešel v platnost od 1. 1. 2010; jedná se tedy o dokončení již zahájených trestních řízení) – TČ podle § 187 – celkem 17 (kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabízí, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku...); § 187a – celkem 2 TČ (kdo bez povolení přechovává omamnou nebo psychotropní látku nebo jed v množství větším než malé...); § 188a – 1 TČ (kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje...). Rok 2011 - § 187 – 1 TČ.

**Tabulka:** Trestné činy a pachatelé podle okresů (srovnání mezi lety 2013 - 2016)

rok	Realizace				Pachatelé			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
České Budějovice	55	60	60	46	59	61	59	54
Český Krumlov	20	13	14	15	24	15	19	17
Jindřichův Hradec	17	20	20	21	23	25	22	24
Písek	33	30	27	22	52	34	32	28
Prachatice	11	17	6	7	20	19	10	10
Strakonice	11	13	16	10	12	33	22	10
Tábor	17	30	19	16	29	48	39	36
KŘ	3	3	3	2	11	6	9	8
Celní správa		13	3	5		11	4	3
<b>CELKEM</b>	167	199	168	139	230	252	216	187

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2012 – 2016); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

**Tabulka:** Množství zadržených OPL, Jihočeský kraj 2016 (srovnání od 2010)

rok	cannabis (g)	cannabis - rostliny (ks)	cannabis - pěstírna	hašiš (g)	heroin (g)	metamfetamin (g)	metamfetamin - varna
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 pseudefedrin	12
2013	24 501,30	2 343	12	0	0	324,30	16
2014	59 569,80	1 111	18	0	0	60,6	10
2015	12 206,90	1 037	13	0	299,4	868,5	16
<b>2016</b>	<b>28 254,10</b>	<b>983</b>	<b>15</b>	<b>3,6</b>	<b>0</b>	<b>355,3 + 540</b> pseudefedrin	<b>11</b>

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2010 – 2016); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

Pozn. k tabulce:

rok 2014 - 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).

Rok 2015 – Kromě zanedbatelných množství jiných OPL (např. 1 tbl. XTC) zadrženo větší množství látek k výrobě metamfetaminu (87 g pseudefedrinu, cca 1 500 tbl. Především Cirrus, Nurofen).

Rok 2016 – Extáze – 500,4 g + 22 tbl. Fentanyl náplasti – 21 (ks)

**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. 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 2016 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:**

O této problematice nemáme k dispozici věrohodné a relevantní údaje, jedná se o metodologicky složitou oblast.

## Přestupky v oblasti návykových látek

Celkový počet přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a písm. k) ke **zpracování** (přijatých) v r. 2016: -  
Celkový počet přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a písm. k) **projednaných** v r. 2016: **98**

– *popište, jak jste postupovali při shromažďování dat o přestupcích a správních deliktech:*

Údaje o přestupcích dodali na vyžádání místní protidrogoví koordinátoři, kteří na svých obecních úřadech oslovili příslušné pracovníky. Koordinátorům byl poskytnut vzorový formulář, zaslali jej vyplněný. Kompletaci dat provedl krajský protidrogový koordinátor. Následně byly počty přestupků (výhradně dle § 30, písm. j) a k) zjištěny dle ročních výkazů obcí, které toto hlášení podávají kraji, ten tyto údaje následně kompletuje a zpracovává za své území. Výkaz by se měl, stejně jako dotaz o KPK na vyžádání NMS, týkat počtu přestupků, projednaných v daném kalendářním roce. Za rok 2016 orgány celkem 18 obcí v Jihočeském kraji (17 ORP plus jedno samostatné město) projednaly dle:

- § 30, písm. j): 5 přestupků osob do 18 let 57 přestupků nad 18 let;
- § 30, písm. k): 0 přestupků osob do 18 let 7 přestupků nad 18 let;
- celkem Jihočeský kraj za rok 2016 (oba §): 69 přestupků v této oblasti

Co se týče činnosti krajského úřadu v této oblasti, v roce 2016 řešil Krajský úřad Jihočeského kraje, Odbor zdravotnictví, jedno odvolání v rámci přestupkového řízení podle zákona č. 200/1990 Sb. Jednalo se o přestupek podle § 30, odst. 1, písm. i) (*odepření povinnosti podrobit se vyšetření na přítomnost návykové látky*). Odvolání směřovalo proti pokutě udělené ve výši 25 000 Kč, bylo zamítnuto. Pro srovnání – za rok 2015 nebylo řešeno žádné odvolání.

Tabulka 1-1: Počet osob/pachatelů přestupků **projednaných** v r. 2016 podle § 30, odst. 1, písm. j) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v rozdělení podle věku pachatele a drogy:

Přestupky držení drog § 30 odst. 1, písm. j	Věk osoby	
	Do 18 let	Přes 18 let
Konopné drogy	11	69
Pervitin	0	4
Extáze	0	2
Heroin	0	0
Kokain	0	0
Subutex/ Suboxone	0	0
Houby obsahující OPL	0	0
Jiná OPL	0	0
<b>Celkem osob</b>	<b>11</b>	<b>76</b>

Tabulka 1-2: Počet osob/pachatelů přestupků **projednaných** v r. 2016 podle § 30, odst. 1, písm. k) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, podle věku pachatele a drog

Rostliny/houby	Věk osoby	
	Do 18 let	Přes 18 let
Rostliny konopí	3	8
Jiné rostliny nebo houby obsahující OPL	0	0
<b>Celkem osob</b>	<b>3</b>	<b>8</b>

Tabulka 1-3: Množství drog zajištěných v r. 2016 v rámci **projednaných** přestupků podle § 30, odst. 1, písm. j) a k) zákona č. 200/1990 Sb. v rozdělení podle drog

Druh drogy	Celkové množství
Konopné drogy (g)	<b>910,78</b>
Rostliny konopí (ks rostlin)	<b>22</b>
Pervitin (g)	<b>3,913</b>
Extáze (ks tablet)	<b>16</b>
Heroin (g)	<b>0</b>
Kokain (g)	<b>0</b>
Subutex/Suboxone (ks tablet)	<b>0</b>
Houby obsahující OPL (ks)	<b>54</b>
Jiné rostliny obsahující OPL (ks)	<b>0</b>

Tabulka 1-4: Počet osob/pachatelů přestupků projednaných v r. 2016 (1) na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi podle § 30 odst. 1, zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích.

Přestupek	Počet osob/pachatelů přestupků
§ 30, odst. 1, písm. a)	<b>79</b>
§ 30, odst. 1, písm. b)	<b>1</b>
§ 30, odst. 1, písm. d)	<b>0</b>
§ 30, odst. 1, písm. e)	<b>0</b>
§ 30, odst. 1, písm. f)	<b>3</b>
§ 30, odst. 1, písm. p)	<b>12</b>

Tabulka 1-5: Počet osob/pachatelů správních deliktů podle zákona č. 379/2005 o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Správní delikt	Počet osob/pachatelů správního deliktu
§ 4: Prodej tabáku pomocí automatu, u kterého nelze vyloučit prodej osobě mladší 18 let věku	<b>0</b>
§ 6 Prodej tabáku osobám mladším 18 let	<b>2</b>
§ 8 Zákaz kouření na veřejných a jiných zákonem specifikovaných místech	<b>9</b>
§ 12 Zákaz prodeje alkoholu (mladším 18 let, pomocí automatů apod.)	<b>0</b>
§ 13 Zákaz prodeje alkoholu na veřejných akcích s důvodným rizikem nárůstu problémů	<b>0</b>
§ 15 Zákaz vstupu osob zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek	<b>0</b>

#### **Zákon č. 200/1990 Sb., Zákon o přestupcích, § 30 - Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi**

(1) Přestupku se dopustí ten, kdo

- a) prodá, podá nebo jinak umožní požití alkoholického nápoje osobě zjevně ovlivněné alkoholickým nápojem nebo jinou návykovou látkou, osobě mladší osmnácti let, osobě, o níž lze mít pochybnost, zda splňuje podmínku věku, nebo osobě, o níž ví, že bude vykonávat zaměstnání nebo jinou činnost, při níž by mohla ohrozit zdraví lidí nebo poškodit majetek,
- b) neoprávněně prodá, podá nebo jinak umožní druhé osobě škodlivé užívání jiné návykové látky, než jsou omamné látky, psychotropní látky a alkohol,
- c) se nepodrobí opatření postihujícímu nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo užívání jiných návykových látek,
- d) úmyslně vyrobí líh nebo destilát bez povolení anebo úmyslně líh nebo destilát bez povolení vyrobený přechovává nebo uvádí do oběhu,
- e) úmyslně umožňuje požívání alkoholických nápojů nebo užívání jiných návykových látek než látek omamných a psychotropních osobě mladší osmnácti let, ohrožuje-li tím její tělesný nebo mravní vývoj,
- f) umožní neoprávněně požívání omamných a psychotropních látek osobě mladší osmnácti let, nejde-li o čin přísněji trestný,
- g) požije alkoholický nápoj nebo užije jinou návykovou látku, ačkoliv ví, že bude vykonávat zaměstnání nebo jinou činnost, při níž by mohl ohrozit zdraví lidí nebo poškodit majetek,
- h) po požití alkoholického nápoje nebo užití jiné návykové látky vykonává činnost uvedenou v písmenu g),
- ch) ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil požitím alkoholického nápoje nebo užitím jiné návykové látky, vykonává činnost uvedenou v písmenu g),
- i) odepře se podrobit vyšetření, zda není ovlivněn alkoholem nebo jinou návykovou látkou, k němuž byl vyzván podle zvláštního právního předpisu 10),
- j) neoprávněně přechovává v malém množství pro svoji potřebu omamnou nebo psychotropní látku,**
- k) neoprávněně pěstuje pro vlastní potřebu v malém množství rostlinu nebo houbu obsahující omamnou nebo psychotropní látku,**
- l) prodá jednotlivé cigarety nebo neuzavřené jednotkové balení cigaret,
- m) kouří na místech zákonem zakázaných,
- n) prodá výrobek podobný tabákovému výrobku, tabákové potřebě ve formě potravinářského výrobku nebo hračky, anebo podobný alkoholickému nápoji ve formě hračky,

- o) prodá tabákový výrobek, tabákovou potřebu nebo alkoholický nápoj v zařízení nebo na akcích určených osobám mladším 18 let,  
p) prodá, podá nebo jinak umožní užití tabákového výrobku osobě mladší 18 let nebo neodepře jejich prodej fyzické osobě, o níž lze mít pochybnost, že splňuje podmínku věku.

**Doplnění k § 30, písm. j, k.:**

**467/2009 Sb.** NAŘÍZENÍ VLÁDY ze dne 14. prosince 2009, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů.

*U látek uvedených v příloze č. 1 k tomuto nařízení se za množství větší než malé pokládá takové množství jedu, které na základě současných vědeckých poznatků může po jednorázovém nebo opakovaném podání způsobit poškození zdraví.*

**455/2009 Sb.** NAŘÍZENÍ VLÁDY ze dne 7. prosince 2009, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku

*A. Rostliny. 1. Rostliny konopí (Cannabis sp.) - všechny druhy a odrůdy, které obsahují více než 0,3 % látek ze skupiny tetrahydrokanabinolů v kvetoucím nebo plodonosném vrcholíku rostliny konopí (s výjimkou zrn) včetně listů, a 2. Kokainovník pravý (Erythroxylum coca). Množství větší než malé – více než 5 rostlin.*

*B. Houby. Houby obsahující psilocybin a psilocin. Množství větší než malé – více než 40 hub.*

## SAMOSTATNÁ KAPITOLA

PROBLEMATIKA nelegálních návykových látek z pohledu Probační a mediační služby

### Drogová problematika klientů PMS – Jihočeský soudní kraj

V roce 2016 bylo na střediscích PMS v Jihočeském soudním kraji evidováno celkem 133 spisů klientů (102 mužů, 31 žen/124 dospělých a 9 mladistvých), u kterých byla zaznamenána trestná činnost v souvislosti s drogovou problematikou. Ze statistiky vyplývá, že celkem 99 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. Další skupinu (tj. ostatní tr. činnost) tvoří odsouzení, kteří spáchali např. tr. čin krádeže z důvodu opatření finančních zdrojů na nákup drog. Do ostatní tr. činnosti spadají také tr. činy – ohrožení pod vlivem návykové látky, maření výkonu úředního rozhodnutí a vykázání, porušování domovní svobody, výtržnictví 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 (36), obecně prospěšné práce (24), náhrada vazby dohledem probačního úředníka (11), ZRK – zprostředkování řešení konfliktu (23), podmíněné propuštění z výkonu trestu odnětí svobody s dohledem (10), trest domácího vězení (1), ostatní (28).

**Tabulka: Přehled trestné činnosti a počet evidovaných klientů v rámci jednotlivých soudních okresů, rok 2016**

	Trestné činy spojené s drog. kriminalitou	Ostatní trestná činnost	Počet klientů – CELKEM (nápad nových případů)
České Budějovice	22	22	597
Český Krumlov	15	4	227
Jindřichův Hradec	9	4	260
Písek	8	3	147
Prachatice	6	0	153
Strakonice	7	0	234
Tábor	32	0	269

#### 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: a) kontrola pachatelů, b) podpora a pomoc obětem trestných činů, c) zapojení komunity do řešení následků trestné činnosti. Ty jsou doplněny posláním, které vede ke zprostředkování účinného a společensky prospěšného řešení konfliktu spojeného s trestnou činností, zajištění efektivního výkonu alternativních trestů a kvalitní práci s obětí trestného činu. Z toho vyplývá, že pokud klient nespáchá tr. činnost vymezenou pod označením nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, přechovávání OPL, nedovolené pěstování rostlin obsahující OPL, výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, šíření toxikomanie, **popř. zda soud spolu s jiným trestem neukládá ochranné léčení**, je obtížně rozpoznatelné, zda jeho jiná tr. činnost (např. krádež) byla motivována potřebou získat finanční zdroj na nákup OPL. Praxe ukazuje, že u klientů, kterým byl uložen trest OPP (obecně prospěšné práce) není ani vzhledem k menšímu počtu konzultací možné 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, i zde je opět naše zjištění závislé pouze na jeho sdělení. Zde se jeví jako účinné vyhodnocení informací při zjišťování rizik a potřeb klientů. Hodnocení rizik a potřeb pachatele není vnímáno jako cíl sám o sobě, ale jako prostředek pro další zacházení a působení na hodnocenou osobu. Z tohoto důvodu je možné při sestavování probačního plánu dohledu zapracovat na základě dobrovolnosti ze strany klienta systém namátkového testování na přítomnost alkoholu a OPL. Veškeré informace jsou do elektronického systému AIS PMS (Lotus Notes) zaznamenávány pouze s ohledem na výsledek rozhovoru s klientem. Z tohoto důvodu se může některá informace související s popsáním tématem do systému zadat později a tím se v aktuální statistice neobjeví.

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

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, krajský vedoucí 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**, mobil: **606 792 318**
- *Vykonává funkci KPK od data:* **květen 2006**
- *Zařazení ve struktuře úřadu kraje:* **odbor sociálních věcí, oddělení prevence a humanitních činností**
- *Přímý nadřízený (jméno, funkce):* **Mgr. Pavla Doubková, vedoucí odboru**
- *Velikost pracovního úvazku KPK:* **1,0**
- *Jiné agendy vykonávané KPK:* **vedoucí oddělení**
- *změny v r. 2016 (změna postavení, zařazení KPK, změna úvazku apod.):* **beze změn**

##### 2.1.1.2 Krajská protidrogová komise

- *uved'te, zda je komise zřízená v kraji, zda jde o specifickou protidrogovou komisi, nebo o komisi se širším záběrem, řešící také otázky protidrogové politiky*
- *uved'te: Název komise:* **Krajská protidrogová koordinační skupina**
- *Vznik krajské komise (rok):* **2002**
- *Zařazení komise:* **poradní orgán člena RK pro otázky sociální**

**Tabulka:** Složení komise (seznam členů)

Jméno a příjmení	Instituce	Funkce v instituci
Mgr. Marek Nerud	Jihočeský kraj – Krajský úřad	vedoucí OPHČ, krajský protidrogový koordinátor
Bc. Tomáš Bílý, DiS.	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	Ředitelka KHS
Mgr. Júsuf Traore	MěÚ Vodňany	vedoucí Odboru SVaZ
Bc. Burzalová Alice	MěÚ Písek	Odbor SVaZ
Bc. Janoušková Václava	MěÚ Kaplice	kurátor - Odbor SVaZ
Jana Průková, DiS	MěÚ Trhové Sviny	kurátor - Odbor SVaZ
Kateřina Malečková	MěÚ Blatná	starostka města Blatná
Mgr. Petra Žunová	MěÚ Vimperk	sociální pracovník - Odbor SVaZ
Pavla Jansová, DiS	MěÚ Milevsko	zást. vedoucího - Odbor soc. věcí
Bc. Edita Cíhová	MěÚ Týn nad Vltavou	kurátor Odbor sociálních věcí
Bc. Barbora Dědičová	MěÚ Třeboň	kurátor - Odbor školství a soc. věcí
Mgr. Miroslav Dobiáš	Magistrát 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
Bc. Bohumila Turnovcová	MěÚ Tábor	referent - Odbor sociálních věcí
Hana Rabenhauptová	MěÚ Prachatice	referent - Odbor kancelář starosty
Bc. Marcela Matějková	MěÚ Soběslav	referent - Odbor sociálních věcí

- *zabývá se komise problematikou alkoholu?*  ano  ne
- *zabývá se komise problematikou hazardního hraní?*  ano  ne
- *počet jednání komise v r. 2016* **jedno jednání (26. 4. 2016)**

- *nejdůležitější projednávaná témata v roce 2016:*
  - **dotační řízení Jihočeského kraje na rok 2016;**
  - **dotační řízení na centrální úrovni na rok 2016;**
  - **příprava VZ za rok 2015;**
  - **změny ve financování sociálních služeb;**
  - **vzdělávání místních protidrogových koordinátorů.**
- *změny, které proběhly v r. 2016 (rozšíření/zánik členství, změna statutu apod.):* Proběhly změny na jednotlivých postech, související s obměnou místních protidrogových koordinátorů (**v roce 2016 celkem pět změn** – Tábor, Vimperk, Trhové Sviny, Třeboň, Písek)

#### 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 zřízeny žádné pracovní skupiny pro oblast 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.):*

V Jihočeském kraji, respektive v organizační struktuře krajského úřadu, jsou krajský protidrogový koordinátor, koordinátor prevence rizikového chování, manažer prevence kriminality, metodik sociálních kurátorů a romský koordinátor zařazeni na Oddělení prevence a humanitních činností. Jsou v každodenním kontaktu, spolupráce není nijak formalizovaná, kontakty, konzultace apod. probíhají dle aktuální potřeby. Orgán sociálně právní ochrany dětí je součástí Odboru sociálních věcí, i zde probíhá spolupráce dle aktuální potřeby. Dalším důležitým partnerem je Odbor školství, mládeže a tělovýchovy, kde spolupracujeme především prostřednictvím koordinátora prevence rizikového chování v oblasti předcházení vzniku závislostí.

- *zhodnocení kvality spolupráce:* Jak popsáno výše, spolupráce probíhá dle potřeby, v rámci možností danými kompetencemi jednotlivých pozic je na úrovni, odpovídající potřebám realizace protidrogové politiky kraje.
- *spolupráce s dalšími institucemi (Probační a mediační služba, policie NNO, státní zařízení apod.):* Podle aktuální spolupracuje Jihočeský kraj při realizaci protidrogové politiky i s dalšími institucemi nebo organizacemi. Jádrem je spolupráce s poskytovateli služeb pro uživatele návykových látek (v posledních letech i pro nelátkové závislosti), neboť jádrem protidrogové strategie kraje je podpora přímé práce s těmito osobami, ale spolupracujeme i s organizacemi v oblasti primární prevence, zdravotnickými zařízeními, institucemi v oblasti vymáhání práva. Členy krajské koordinační skupiny jsou proto jak zástupci oblasti prevence (Pedagogicko psychologická poradna), tak zdravotnictví (Krajská hygienická stanice) i Policie ČR (Krajské ředitelství PČR).
- *změny v r. 2016:* V roce 2016 neproběhly žádné významné změny.

#### 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:* **17**
  - vyjmenujte obce s rozšířenou působností, kde nejsou MPK* **0**
  - vyjmenujte další obce, kde jsou případně ustanoveni MPK* **0**
  - počet obcí s platným koncepčním dokumentem upravujícím protidrogovou politiku:*

Strategický dokument, zabývající se **výhradně** oblastí protidrogové politiky, neměla na rok 2016 zpracována žádná obec v Jihočeském kraji. Nicméně v Jihočeském kraji má každá obec s rozšířenou působností zpracován Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, případně Akční

plán (jednoletý), kde je řešena i oblast služeb pro uživatele návykových látek (obvykle v rámci pracovní skupiny pro osoby v krizi, ohrožené sociálním vyloučením atp.).

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

**Celkem dvě města** (Blatná, Tábor). V souvislosti s odpovědí na předchozí otázku dodáváme, že obce, které zpracovávají Akční plány k SPRSS, je také pravidelně vyhodnocují, tedy jsou k dispozici „monitoringy“ jednotlivých Akčních plánů.

**Tabulka:** Přehled místních protidrogových koordinátorů (Jihočeský kraj, k 22. 5. 2017)

Obec	Jméno	Úvazek	Zařazení ve struktuře obecního úřadu	Kontakt
Vodňany	Mgr. Júsuf Traore	není stanoven	vedoucí Odboru SVaZ	tel.: 383 379 150 traore@muvodnany.cz
Písek	Bc. Burzalová Alice	0,1	Sociální pracovník - OSV	tel.: 382 330 821 burzalova@mupisek.cz
Soběslav	Mgr. Marcela Matějková	není stanoven	Odbor sociálně zdravotní – soc. prac.	381 508 137 matejkova@musobeslav.cz
Kaplice	Bc. Václava Janoušková	0,1	kurátor - Odbor SVaZ	tel.: 380 303 191 janouskova@mestokaplice.cz
Trhové Sviny	Jana Průková, DiS.	0,025	referent - Odbor SVaZ	tel.: 386 301 444 socpece@tsviny.cz
Blatná	Kateřina Malečková	není stanoven	starostka města Blatná	tel.: 383 416 401 starosta@mesto-blatna.cz
Vimperk	Michaela Kunešová, DiS.	0,1	sociální pracovník - Odbor SVaZ	tel.: 388 459 027 michaela.kunesova@mesto.vimperk.cz
Milevsko	Pavla Jansová, DiS.	0,05	referent - Odbor soc. věcí	tel.: 382 504 141 pavla.jansova@milevsko-mesto.cz
Týn nad Vltavou	Bc. Edita Cíchová	0,05	kurátor - Odbor sociálních věcí	tel.: 385 772 296 edita.cichova@tnv.cz
Třeboň	Bc. Barbora Dědičová	0,01	soc. pracovník - Odbor školství a soc. věcí	tel.: 384 342 109 barbora.dedicova@mesto-trebon.cz
České Budějovice	Mgr. Miroslav Dobiáš	není stanoven	Referent – Odbor soc. věcí	tel.: 386 804 234 dobiasm@c-budejovice.cz
Český Krumlov	Ing. Jiří Čermák	není stanoven	referent OSVZ	tel.: 380 766 488 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	0,1	kurátor - Odbor sociálních věcí	tel.: 384 351 323 jirova@jh.cz
Strakonice	Michal Němec	300 hod./rok DPP	referent - Odbor sociálních věcí	tel.: 602 716 904 nemoc@prevent99.cz
Tábor	Bc. Bohumila Turnovcová	není stanoven	referent, kurátor - Odbor soc. věcí	tel.: 381 486 405 bohumila.turnovcova@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):*

V Jihočeském kraji jsou všichni místní protidrogoví koordinátoři členy krajské protidrogové koordinační skupiny. Výhodou tohoto stavu je pravidelný kontakt, přímé předávání informací, možnost osobních konzultací pro efektivní řešení problémů/ potřeb koordinace protidrogové politiky na místní úrovni, apod. Zároveň se místní koordinátoři aktivně zapojují, pokud je potřeba aktuální, do přípravy strategických dokumentů kraje v oblasti protidrogové politiky, ale i v dalších, souvisejících oblastech (za rok 2016 např. příprava SPRSS Jihočeského kraje 2019 – 2021, kdy někteří MPK jsou členy pracovní skupiny pro osoby ohrožené závislostí).

Spolupráci považujeme za bezproblémovou a oboustranně prospěšnou.

Jako každý rok se na pozicích místních koordinátorů vystřídal několik pracovníků (za rok 2016 celkem pět změn, stejně jako v roce 2015)

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 působícími na území Jihočeského kraje. Pro místní protidrogové koordinátory je to velmi důležitý zdroj odborných informací a pravidelně se jí účastní, i aktivní formou.

- *zhodnocení činnosti MPK v jednotlivých obcích, vč. popisu potřeb, příp. nedostatků:*  
Vzhledem k okolnostem, z nichž některé jsou popsány výše (velmi malé úvazky MPK, případně oficiálně žádné úvazky, špatně dostupné skutečně odborné vzdělávání, rozdílná důležitost, kterou problematice přisuzují nadřízení MPK, častá obměna na jednotlivých pozicích) 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:*  
Vzájemná spolupráce je na různých městských úřadech v rámci kraje obecně velmi podobná, v jednotlivostech rozdílná. Prvotní spolupráce se týká především sociálního odboru, kde místní protidrogoví koordinátoři zpravidla přímo působí, pak městského úřadu jako celku, a dalších subjektů, vyvíjejících činnost 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, politické vůli samosprávy k řešení této problematiky. Strategické plánování, případně i samotná podpora služeb probíhá obvykle v rámci procesů střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb.
- *změny v r. 2016:* Viz výše, kromě obměn na postech MPK v podstatě bez významných změn oproti minulým letům.

## 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: Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje**

**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.)*

*Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje je primárně, již dlouhodobě a tradičně, zaměřena na oblasti, kde má kraj možnosti nebo kompetenci ovlivňovat řešení identifikovaných problémů, tedy:*

- **Oblast nelegálních drog, okrajově hazardní hraní a alkoholu, s významným důrazem na zajištění dostupnosti služeb pro uživatele, ohrožené osoby a jejich sociální okolí.** Primárně se jedná především o nízkoprahové služby (které nemají ekvivalent v jiných systémech pomoci). Tvorba a správa sítě protidrogových služeb na území kraje;
- **Oblast prevence rizikového chování, především ve školském prostředí, oblast nelegálních drog. Další závislosti;**
- **Oblast koordinace na místní úrovni, spolupráce s obcemi a místními samosprávami;**
- **Oblast koordinace na národní úrovni (především spolupráce s RVKPP);**
- **Oblast financování (spolufinancování služeb z vlastního rozpočtu kraje, spolupráce s obcemi při spolufinancování služeb z jejich strany, účast na dotačních řízeních centrálních orgánů a obecně spolupráce s nimi v této oblasti).**

Tato strategie je součástí dokumentu se širším záběrem, „Koncepce oddělení prevence a humanitních činností 2015 – 2017“. Ten zahrnuje i strategické dokumenty prevence rizikového chování, kriminality a sociálního vyloučení na území kraje, oblast integrace romské menšiny.

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

#### 2.2.1.2. Strategické dokumenty kraje se širším kontextem obsahující také otázky protidrogové politiky

- *zajímají 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: **Minimální síť protidrogových služeb na území Jihočeského kraje**

Období platnosti: **2015 - 2017**

Schváleno dne: **5. 11. 2015**

www stránky dokumentu ke stažení:

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

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

Dokument se zabývá:

- *popisem aktuálního stavu v oblasti pokrytí kraje službami zaměřenými na oblast užívání legálních i nelegálních návykových látek, dalších závislostí;*
- *pokusem o kvantifikaci problémem zasažených cílových skupin;*
- *následně pak návrhem na změny kapacit sítě v těchto hlavních oblastech:*
  - *posouzení kapacit, dostupnosti stávajících služeb;*
  - *identifikováním slabých míst, zvláště z hlediska místní dostupnosti;*
  - *návrhem ideální sítě adiktologických ambulancí (nelékařských).*

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

#### 2.2.2 Hodnocení strategických dokumentů/protidrogové politiky kraje

- *Uveďte, zda bylo v r. 2016 realizováno hodnocení strategických dokumentů protidrogové politiky kraje*
- *Pokud ano, uveďte následující informace:*

Název evaluovaného dokumentu: **Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje**

Typ hodnocení:

průběžně  externí  
 závěrečně  interní  
 kombinace obou

- *předmět hodnocení: Předmětem hodnocení bylo posouzení stavu naplnění konkrétních Opatření Strategie. Hodnocena byla všechna Opatření, snahou bylo zaměřit se na co nejkonkrétnější, jednoduše evaluovatelné indikátory (s tímto cílem byla ostatně samotná Strategie vytvořena).*

- *metody použité při hodnocení:* Jednalo se především o interní proces. Hodnocení na základě daných ukazatelů prováděl protidrogový koordinátor. Hodnocení probíhá každoročně, formou závěrečných zpráv.
- *hlavní výsledky hodnocení:* Hlavním výsledkem je dlouhodobě zjištění, že Opatření, která protidrogová strategie kraje obsahuje, se daří plnit především v oblastech, kde má kraj zároveň k dispozici potřebné nástroje nebo kompetence. Nesplněné úkoly buď budou zohledněny při přípravě pokračující Strategie, případně byly realisticky přeformulovány tak, aby byly dosažitelné. Stále platí základní premisa přístupu Jihočeského kraje k této problematice, že je lépe udržet si pragmatický, realistický přístup a soustředit se na oblasti, kde můžeme věci měnit či posouvat dopředu, než snažit se převzít maximálně možné spektrum úkolů, a rozmělnit úsilí ve snaze měnit situaci tam, kde to není z pohledu samosprávné působnosti kraje reálné.
- *www stránky dokumentu evaluace ke stažení:*  
[http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace\\_k\\_drogove\\_problematice\\_v\\_jihoceskem\\_kraji.htm](http://www.kraj-jihocesky.cz/346/informace_k_drogove_problematice_v_jihoceskem_kraji.htm)

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

### 2.3.1 Uveďte, zda byly v r. 2016 zadané/realizované nějaké analýzy/studie v oblasti legálních, nelegálních drog a hazardního hraní v kraji:

V roce 2016 Jihočeský kraj nezadal žádné analýzy nebo studie v oblasti protidrogové politiky.

## 2.4 Další významné aktivity v oblasti protidrogové politiky v r. 2016 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
X. Adiktologická konference Jihočeského kraje	Jihočeský kraj, organizační a odborné zajištění PREVENT99	Pracovníci adiktologických služeb, protidrogoví koordinátoři, pracovníci v souvisejících odbornostech.	Dvoudenní odborná, oborová konference.
Železný adiktolog, V. ročník	PREVENT99	Pracovníci adiktologických služeb, klienti služeb, veřejnost.	Amatérský triatlonový závod.
V. Krajská konference primární prevence rizikového chování, tentokrát nazvaná „Vztahy, spolupráce a komunikace s žáky, rodiči a kolegy v rámci školy“	Jihočeský kraj	Pracovníci ve školství, metodici prevence rizikového chování, spolupracující organizace.	Jednodenní odborná konference, se zaměřením na celou šíři projevů rizikového chování.

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

## 2.5 Způsob financování služeb krajem (popis)

V roce 2016 si poskytovatelé služeb pro osoby ohrožené závislostí mohli na zajištění spolufinancování těchto služeb požádat především v grantovém programu „Podpora a rozvoj protidrogové politiky Jihočeského kraje v roce 2016“. Celková alokace GP činila 7,5 mil. Kč.

Program byl vyhlášen 27. 11. 2015, žádosti bylo možné podávat od 4. 1. 2016, výsledky DP byly schváleny samosprávou kraje 7. 4. 2016.

### Definované dotační priority pro r. 2016

#### Opatření 1 - Podpora specifické protidrogové primární prevence (alokace 1,3 mil. Kč)

- *Dlouhodobé a ucelené programy zacílené na oblast „Prevence v adiktologii – kouření, alkohol, léky a netolerované drogy, hráčství, jiné návykové látky“ v regionech Jihočeského kraje;*
- *Vzdělávací a informativní programy pro pedagogy, rodiče zaměřené na prevenci užívání návykových látek a hráčství;*
- *Programy pro rizikové skupiny mládeže zaměřené na prevenci v adiktologie, realizované mimo školská zařízení.*

#### Opatření 2: Podpora sekundární a terciární prevence (služby pro UD, alokace 6,2 mil. Kč)

Stabilizace a podpora programů a projektů, zařazených do Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje v oblastech sekundární a terciární prevence drogových závislostí

- *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 případně v úvahu druh služby odborné sociální poradenství (§ 37 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Podmínkou pro podporu u těchto služeb je v roce 2016 získat certifikát odborné způsobilosti nebo minimálně musí proběhnout místní šetření v rámci certifikačního procesu, což bude doloženo.*

Certifikace odborné způsobilosti dle Standardů RVKPP je podmínkou pro podporu služby/ projektu (druhou zásadní podmínkou je zařazení do Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje). Výjimečně může být služba žadatele 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). Důvodem výjimky je rozlehlost okresu, obtížná dostupnost jiné ambulantní adiktologické služby v regionu. Pro další rok (2017) již byla stanovena podmínka její certifikace podle Standardů RVKPP (s poskytovatelem služby bylo toto téma dlouhodobě konzultováno; nabízí se standard Ambulantní léčba).

Jedná se o běžné dotační řízení (programová dotace dle 250/2000 Sb.), náklady projektu byly uznatelné za celý kalendářní rok (od 1. 1. 2016 do 31. 12. 2016). Financování je jednoleté. Jedná se o standardní, dlouhodobý způsob spolufinancování protidrogových služeb v Jihočeském kraji.

*V případě mimořádných situací (potřeba mimořádné nebo výjimečné podpory provozu služeb, podpora jiných fakultativních služeb apod.) jsou k dispozici ještě minimálně tyto dva krajské dotační programy (v odborné gesci OSVZ), protidrogovými službami jsou ovšem využívány minimálně.*

- DP „Krajský dotační program na podporu sociálních služeb pro rok 2016“. Program byl určen na podporu a spolufinancování sociálních služeb (z vlastních prostředků kraje), které jsou poskytovány na území Jihočeského kraje v souladu se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje na období 2014 – 2016 a Akčním plánem Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje pro rok 2016.

*Pro ilustraci, z protidrogových služeb „Minimální síť...“ byl v roce 2015 podpořen pouze projekt organizace PREVENT 99. Jednalo se o podporu sociální služby odborné sociální poradenství (součást služeb substituční léčby, ambulantní léčby dle Standardů RVKPP), výše dotace činila 44 100 Kč. V roce 2016 byla v tomto DP podpořena služba následné péče organizace Arkáda (Písek), ve výši 26 200 Kč.*

- DP „Podpora služeb nedefinovaných v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách“. Program je určen na podporu projektů/činností, které nejsou definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, jako základní druhy a základní činnosti sociálních služeb, ale které sociální služby poskytované podle tohoto zákona na území Jihočeského kraje rozšiřují, navazují na ně a kooperují s nimi. *Z protidrogových služeb „Minimální síť...“ nebyl v roce 2016 podpořen žádný projekt.*

## 2.6 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 na webu kraje, část věnovaná protidrogové problematice – popis „Modelu“ apod.). „Model“ byl připraven ve spolupráci se zástupci samospráv obcí v průběhu roku 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 obyvatelům 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 nadřízeny, jsou partneři. Jihočeský kraj má aktuálně 624 obcí, a do „modelu“ se zapojilo v roce 2014 celkem 185 obcí, v roce 2016 pak 135 obcí, tedy asi 21,6 % všech obcí v kraji.

**Celkem za rok 2016 činily finanční příspěvky od obcí Jihočeského kraje celkem 2 145 390 Kč** (rok 2014 – 2 319 264 Kč) pro celkem 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 v roce 2014 navíc 580 114 Kč, v roce 2016 pak 444 944 Kč.

Podrobnější informace jsou uvedeny v dokumentu „Souhrnná zpráva o praktické realizaci modelu spolufinancování protidrogové politiky Jihočeského kraje z rozpočtu obcí v roce 2016“, který je zpracováván každoročně, po projednání v samosprávě kraje je pak zveřejněn na jeho webových stránkách.

Některé obce do systému, jež byl navržen jako pokud možno co nejjednodušší po administrativní stránce (k dispozici vzor žádosti, vzor smlouvy a způsob poskytnutí formou individuální dotace) sice přispívají, nicméně trvají na zachování svých postupů, především co se týče zařazení do vlastních dotačních programů, vlastních vzorů smluv, vlastních pravidel pro vyúčtování. Toto vše administrativu „modelu“ prodražuje. Svůj dopad měla i novela zákona o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů (Zákon č. 250/2000 Sb.), která sice nepřinesla žádné významné změny faktické, nicméně administrativu také významně nezjednodušila. Pro rok 2016 situaci pro změnu zkomplikovalo zavádění tzv. vyrovnávacích plateb pro sociální služby.

Do budoucna zůstává otázkou, zda tento systém ještě bude efektivní, právě vzhledem k poměru získané částky a administrativní náročnosti celého procesu pro poskytovatele služeb. Zároveň se změnami ohledně zavedení institutu vyrovnávací platby a přistoupení k Pověření službou obecního hospodářského zájmu (u sociální složky adiktologických služeb a programů) lze očekávat další změny, respektive možná až spíše komplikace v samotných procesech financování adiktologických služeb (nárůst administrativy při existenci několika přístupů či modelů k financování adiktologických služeb, tlak na podrobnější výkaznictví, „drobení“ služeb, poskytovaných dle „Standardů“ na menší projekty dle cílových skupin apod.). Faktorem, který ovlivňuje míru zapojení obcí, jsou také zvýšené nároky na rozpočty obcí ohledně tlaku na spolufinancování sociálních služeb obecně. Lze předpokládat, že



pokud rozpočty obcí nebudou pamatovat na zvýšenou potřebu spolufinancování potřebných sociálních služeb z jiných než státních/ krajských prostředků, pro protidrogové služby pak pochopitelně zůstane k dispozici méně finančních prostředků, než v současnosti (nebo v minulosti). Vzhledem k tomu, že k těmto zásadním změnám došlo koncem roku 2015 a v průběhu roku 2016, přesto nejsou dosud ještě zcela usazené, a nepochybně bude nutné vyvinout do budoucna mnohem větší úsilí k udržení stavu blízkému alespoň roku 2015.

## 2.7 Financování služeb evropskými fondy (popis)

V Jihočeském kraji platilo v roce 2016, stejně jako pravděpodobně v ostatních krajích ČR, že financování z ESF (především OP Z) nemělo na standardní provoz protidrogových služeb významnější vliv, z těchto fondů nebylo v minulosti (OP LZZ) možné běžný provoz většiny adiktologických služeb financovat/ spolufinancovat. Pro nové programovací období již toto neplatí, zvláště v programech, respektive výzvách, určených pro intervence v sociálně vyloučených lokalitách. V Jihočeském kraji se tento typ projektů týká především města České Velenice, které dlouhodobě spolupracuje s Agenturou pro sociální začleňování. Podpora sociálních služeb v tomto regionu ovšem započala až počátkem roku 2017.

Výjimkou z výše popsaného pravidla byly v Jihočeském kraji v minulých letech terénní programy, spolufinancované z Individuálních projektů Jihočeského kraje, kde ovšem zapojené služby musely rozšířit své stávající cílové skupiny (uživatelé návykových látek) o další skupiny osob, z důvodu širšího spektra 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.

Předcházející individuální projekt „Podpora sociálních služeb v Jihočeském kraji III“ byl zahájen 1. 10. 2014. Projekt skončil k 31. 10. 2015 (podpora služeb do 30. 9. 2015).

Na něj navázal pokračováním IP Jihočeského kraje „**Podpora sociálních služeb v Jihočeském kraji IV**“, realizace 1. 11. 2015 až 30. 4. 2019. **Přímá finanční podpora zapojených služeb započala ke dni 1. 4. 2016, její ukončení se předpokládá k 31. 12. 2018.**

## 2.8 Analýza finančních potřeb drogových služeb kraje

**Analýza finančních potřeb drogových služeb nebyla v roce 2016 v Jihočeském kraji realizována.**

Odhady potřeb jednotlivých služeb v této oblasti jsou zajišťovány v rámci činnosti protidrogového koordinátora, jsou pravidelně zpracovávána vyhodnocení předešlého roku (po stránce finančních nákladů služeb, i po stránce posouzení jejich reálné výkonnosti). Tyto informace jsou součástí jednak závěrečných či výročních zpráv, jednak jsou připravovány ad hoc pro jednotlivá dotační řízení (jak na úrovni kraje, tak na úrovni centrální – dotační programy RVKPP, MPSV, MZ). Pravidelně je tato oblast vyhodnocována pro potřeby hodnocení plnění Akčního plánu SPRSS Jihočeského kraje na daný rok, i po stránce finanční.

## 2.9 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/znalostí/zkušeností.*

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

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

Tabulka 2-2: Rozpočtové zdroje kraje na protidrogovou politiku v roce 2016

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
Dotační program	Podpora protidrogové politiky Jihočeského kraje	7 500 000	0
Rozpočet Odbor sociálních věcí	Zajištění Adiktologické konference JČK	115 000	0
Odbor zdravotnictví - provozní příspěvek	Provozní náklady záchytné stanice (zdravotní záchranná služba JČK, zřiz. org.)	4 000 000	0
Odbor zdravotnictví – provozní příspěvek	Provozní náklady (nehrazené ze ZP) PL Lnáře. Zřizovaná organizace.	190 000	0
<b>Celkem</b>		<b>11 805 000</b>	<b>0<sup>16</sup></b>

Tabulka 2-3: Výdaje z rozpočtu obcí v roce 2016

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
Obce okresu <sup>17</sup> Č. Budějovice	služby pro UD <sup>18</sup>	1 139 313	0
Obce okresu Č. Krumlov	služby pro UD	138 769	0
Obce okresu J. Hradec	služby pro UD	78 965	0
Obce okresu Písek	služby pro UD	86 638	0
Obce okresu Prachatice	služby pro UD	125 156	0
Obce okresu Strakonice	služby pro UD	237 643	0
Obce okresu Tábor	služby pro UD	338 906	0
Město Dačice	TP Jihlava	27 000	0
Město České Budějovice	prevence kriminality - přímá intervence dětí a mládež (pro oblast NNL započteno 50% celkové částky)	60 000	0
Město České Budějovice	Profesionální podpora sítě služeb v oblasti prevence kriminality dětí a mládeže (pro oblast NNL započteno 50%)	54 000	0
Město Třeboň	prevence rizikového chování (pro oblast NNL započteno 50% celkové částky)	10 000	0
Město Vodňany	prevence rizikového chování (pro oblast NNL započteno 50% celkové částky)	61 000	0
<b>Celkem</b>	...	<b>2 357 390</b>	<b>0</b>

**Komentář k tabulce:** Stejně jako v minulých letech platí, že rozklíčovat, respektive zjistit skutečné výdaje obcí na protidrogovou politiku, hlavně v oblasti primární prevence, není jednoduché. Pokles uvolněných finančních prostředků oproti minulým letům v této oblasti není dán reálným omezením finančních prostředků, ale například i okolnostmi, že novela zákona o rozpočtových pravidlech územněsprávních celků (250/2000 Sb.), která proběhla v roce 2015, přinesla nárůst administrativy v oblasti přidělování dotací (termíny apod.). Některá města nebo obce to v Jihočeském kraji řeší tím, že navýšila finanční prostředky školám, (především základním, jakožto zřizovatel) aby na prevenci měli, některé obce to tak činily i v minulých letech. Zjistit pak od jednotlivých škol (v kraji je jen základních škol 253) kolik finančních prostředků vydaly, a konkrétně na jaké aktivity v oblasti primární prevence, je administrativně velmi časově náročný úkol, validita získaných údajů není zaručena.

Tabulka 2-3: Výdaje z rozpočtu evropských fondů v roce 2016

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 Z	Individuální projekt kraje	3 254 882	3 254 882	0
<b>Celkem</b>	...	<b>3 254 882</b>	<b>3 254 882</b>	<b>0</b>

<sup>16</sup> Ve skutečnosti je minimálně část prostředků Jihočeského kraje směřována i na služby pro patologické hráče (Adiktologická poradna PREVENT, Doléčovací centrum PREVENT aj.). Vzhledem k tomu, že jsme vždy považovali tyto osoby za nedílnou část cílové skupiny služeb pro osoby, ohrožené závislostí, nevydělávali jsme je z dotace na provoz konkrétních služeb. Nedává to smysl ani z hlediska administrativního, jednalo by se o další zesložštění procesu dotací jak pro kraj, tak pro realizátora služby (z jednoho současného projektu dva, dvě žádosti, dvě vyúčtování, dvě kontroly apod.).

<sup>17</sup> Vzhledem k velkému počtu obcí, zapojených do modelu spolufinancování protidrogových služeb v Jihočeském kraji (135 obcí v roce 2016) nepovažujeme za potřebné a efektivní rozepisovat všechny jednotlivé zdroje/ obce, podrobnosti jsou uvedeny v samostatném dokumentu „Souhrnná zpráva o praktické realizaci modelu spolufinancování protidrogové politiky JČK z rozpočtů obcí v roce 2016“.

<sup>18</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 2-4: 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. 2016 sekretariátu RVKPP.

Typ služeb	2015			2016		
	rozpočty		Evropské	rozpočty		Evropské
	krajů	obcí	fondy	krajů	obcí	fondy
<b>Primární prevence*</b>	<b>1 300 000</b>	<b>244 940</b>	<b>0</b>	<b>1 300 000</b>	<b>71 000</b>	<b>0</b>
Primárně-preventivní programy realizované školami a školskými zařízeními	0	209 940	0	0	61 000	0
Primárně-preventivní programy realizované jinými subjekty	1 300 000	35 000	0	1 300 000	10 000	0
Jiné a nezařazené preventivní programy	0	0	0	0	0	0
<b>Harm reduction</b>	<b>4 000 000</b>	<b>1 695 398</b>	<b>3 625 046</b>	<b>3 740 000</b>	<b>1 613 875</b>	<b>3 254 882</b>
Terénní programy	1 100 000	1 045 498	3 625 046	1 000 000	1 016 337	3 254 882
Kontaktní centra	2 900 000	649 900	0	2 740 000	597 538	0
Sloučené programy kontaktních center a terénních programů	0	0	0	0	0	0
Jiné a nezařazené harm reduction programy	0	0	0	0	0	0
<b>Ambulantní služby</b>	<b>1 190 000</b>	<b>372 934</b>	<b>0</b>	<b>1 260 000</b>	<b>418 516</b>	<b>0</b>
Ambulantní služby zdravotní	580 000	146 322 <sup>19</sup>	0	630 000	220 411	0
Ambulantní služby sociální	60 000	10 000	0	80 000	0	0
Jiné a nezařazené ambulantní služby	550 000	216 612	0	550 000	198 105	0
<b>Preventivní a léčebné služby ve vězení</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>90 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Rezidenční služby</b>	<b>620 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>670 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Lůžkové zdravotní služby	190 000	0	0	190 000	0	0
Terapeutické komunity	430 000	0	0	480 000	0	0
Jiné a nezařazené rezidenční služby	0	0	0	0	0	0
<b>Služby následná péče</b>	<b>580 000</b>	<b>186 506</b>	<b>0</b>	<b>630 000</b>	<b>200 000</b>	<b>0</b>
Následná péče ambulantní	580 000	186 506 <sup>20</sup>	0	630 000	200 000	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>4 000 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4 000 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Prevence drogové kriminality</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Koordinace/výzkum/informace</b>	<b>128 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>115 000</b>	<b>54 000</b>	<b>0</b>
<b>Jiné nezařazené***</b>	<b>0</b>	<b>40 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>CELKEM</b>	<b>11 818 000</b>	<b>2 539 778</b>	<b>3 625 046</b>	<b>11 805 000</b>	<b>2 357 391</b>	<b>3 254 882</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. Závislostí

<sup>19</sup> Substituční centrum Prevent

<sup>20</sup> Doléčovací centrum Prevent (ambulantní doléčování s pobytovou složkou)

## 2.10 Další důležité informace / změny proběhlé v r. 2016

Tabulka: Služby protidrogové prevence, podpora Jihočeského kraje za období 2014 – 2016 (v Kč)

poskytovatel	působnost - region	2014	2015	2016
METHA	Primární prevence pro region <b>Jindřichův Hradec</b>	160 000	150 000	<b>212 285</b>
METHA	Selektivní primární prevence	0	90 000	<b>0</b>
Arkáda	Primární prevence pro region <b>Písek</b>	180 000	170 000	<b>170 000</b>
Do Světa	Primární prevence pro region <b>Strakonice</b>	190 000	210 000	<b>203 195</b>
Do Světa	Primární prevence pro region <b>České Budějovice</b>	200 000	220 000	<b>240 000</b>
Do Světa	Primární prevence pro region <b>Tábor</b>	100 000	160 000	<b>138 235</b>
Portus	Primární prevence pro region <b>Prachatice</b>	190 000	180 000	<b>142 285</b>
Portus	Selektivní primární prevence	0	0	<b>70 000</b>
PorCeTa	Primární prevence pro region <b>Tábor</b>	90 000	120 000	<b>124 000</b>
<b>Jihočeský kraj CELKEM</b>		<b>1 110 000</b>	<b>1 300 000</b>	<b>1 300 000</b>

Tabulka: Služby pro uživatele drog s krajskou spádovostí, podpora ze strany Jihočeského kraje za období 2014 – 2016 (v Kč)

poskytovatel	popis služby	2014	2015	2016
CPDM	<b>Terénní program Českokrumlovsko</b>	160 000	210 000	<b>230 000</b>
METHA	<b>TP Jindřichohradecko</b>	160 000	210 000	<b>165 000</b>
Arkáda	<b>Kontaktní centrum (KC) Písek</b>	500 000	500 000	<b>480 000</b>
Arkáda	<b>TP Písecko</b>	160 000	160 000	<b>115 000</b>
FCH Tábor	<b>KC Tábor</b>	700 000	700 000	<b>700 000</b>
PREVENT 99	<b>KC České Budějovice</b>	700 000	700 000	<b>640 000</b>
PREVENT 99	<b>KC Prachatice</b>	500 000	500 000	<b>420 000</b>
PREVENT 99	<b>KC Strakonice</b>	500 000	500 000	<b>500 000</b>
PREVENT 99	<b>TP ČB, PT, ST, Tábořsko</b>	420 000	520 000	<b>490 000</b>
PREVENT 99	<b>Substituční centrum Prevent</b>	580 000	580 000	<b>630 000</b>
PREVENT 99	<b>Doléčovací centrum Prevent</b>	580 000	580 000	<b>630 000</b>
PREVENT 99	<b>Adiktologická poradna Prevent</b>	550 000	550 000	<b>550 000</b>
PREVENT 99	<b>Adiktologické služby ve vězeňství</b>	0	0	<b>90 000</b>
METHA	<b>Odborné poradenství</b>	60 000	60 000	<b>80 000</b>
<b>CELKEM</b>		<b>5 570 000</b>	<b>5 770 000</b>	<b>5 720 000</b>

Tabulka: Služby pro uživatele drog s celostátní spádovostí, podpora ze strany Jihočeského kraje za období 2014 – 2016 (v Kč)

poskytovatel	popis služby	2014	2015	2016
Sananim	<b>TK Němčice</b>	100 000	130 000	<b>160 000</b>
Sananim	<b>TK Karlov</b>	100 000	170 000	<b>160 000</b>
Společnost Podané ruce	<b>TK v Podcestném mlýně</b>	120 000	130 000	<b>160 000</b>
<b>CELKEM</b>		<b>320 000</b>	<b>430 000</b>	<b>480 000</b>

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

Tato kapitola se týká komplexního posouzení sítě služeb na území kraje.

- Prosíme:

- je nutné, abyste psali komentáře, pouhý seznam služeb není dostatečný, prosíme o odborný komentář k síti služeb dle instrukcí k zprávě,
- pokud v textu uvádíte, že v kraji je zřízena nějaká služba např. záchytní stanice, uveďte ji také do tabulek k příslušnému typu služby,
- hledisko, které by na síť služeb v této kapitole mělo být uplatněno, nevychází z pohledu, co kraj financuje, ale z pohledu co kraj (krajský protidrogový koordinátor) považuje za síť služeb, jaké služby má k dispozici pro cílovou skupinu uživatelů drog a příp. patologické hráče,
- do tabulky primární prevence uvádějte programy, které mají systematický charakter – splňují tzv. kritéria MUSTAP – jsou systémové, navazující, mají k dispozici tištěné materiály atd. Uvádějte tam významné poskytovatele prevence,
- u služeb HR je třeba vyplňovat pokud možno všechna data, zejména u služeb, které nejsou v dotačním řízení či nejsou certifikovány,
- u ambulantní léčby je třeba uvádět poskytovatele NNO, ale pokud možno i AT ordinace či ordinace lékařů, kteří prokazatelně pracují s cílovou skupinou,
- u pobytové léčby neslučovat oddělení detoxifikace a pobytová oddělení.

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

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

Období platnosti: **2015 - 2017**

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)

#### 3.2 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.**

### OBLAST PRIMÁRNÍ PREVENCE

Tabulka 3-1: Programy primární prevence realizované v r. 2016 (mimo prevence realizované školami a školskými zařízeními) (Uvádějte prosím přehled programů ne realizátorů primární prevence)

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Charakteristika aktivit	Počet akcí/osob	Certifikace (ano/ne)
<b>Systém primární prevence v regionu Písek a Milevsko</b>	Arkáda-sociálně psychologické centrum, z.ú. Písek	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a semináře, dlouhodobé programy	<b>33 / 730</b>	ANO
<b>Specifická prevence pro školy a školská zařízení okresu Jindřichův Hradec</b>	Metha, z.ú. Jindřichův Hradec	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a interaktivní semináře	<b>63 / 1449</b>	ANO
<b>Primární všeobecná prevence Phénix</b>	Portus Prachatice, o.p.s.	VP	žáci ZŠ a SŠ	interaktivní semináře, besedy	<b>86 / 1704</b>	ANO
<b>Primární selektivní prevence Phénix</b>	Portus Prachatice, o.p.s.	SP	žáci ZŠ a SŠ	interaktivní semináře	<b>10 / 211</b>	ANO

<b>Primární drogová prevence Českobudějovicko, Českokrumlovsko</b>	Do Světa, z.s., Strakonice	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové	interaktivní semináře	<b>50 / 1227</b>	ANO
<b>Primární drogová prevence Strakonicko, Prachaticko, Písecko</b>	Do Světa, z.s., Strakonice	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové	interaktivní semináře	<b>45 / 954</b>	ANO
<b>Primární drogová prevence Táborsko, Jindřichohradecko</b>	Do Světa, z.s., Strakonice	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové	interaktivní semináře	<b>28 / 686</b>	ANO
<b>Dlouhodobé programy školské všeobecné... *</b>	PorCeTa, o.p.s., Tábor	VP	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a semináře,	<b>25 / 439</b>	ANO
<b>Program indikované prevence v adiktologické oblasti **</b>	PorCeTa, o.p.s., Tábor	IP	děti do 15 let, mládež	individuální konzultace	<b>35,5 hod. / 5 osob</b>	ANO

\* Plný název projektu „Dlouhodobé programy školské všeobecné primární a indikované prevence se zaměřením na prevenci užívání návykových látek pro žáky a studenty v regionu Táborska v roce 2016“

\*\* Podpořeno v rámci jednoho projektu, tedy současně s programem všeobecné PP.

- *zhodnocení sítě služeb v oblasti prevence - Uved'te, 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 místní dostupnosti služby pro klienty z pohledu jejich možného doježdění do služby, u terénních programů naopak z hlediska dlouhodobého, pravidelného doježdění služby za klienty do jejich přirozeného prostředí.

U služeb primární prevence nehraje dostupnost místní tak zásadní roli, jako u jiných typů služeb, respektive je jí nutno posuzovat jiným způsobem. Poněkud se podobá dostupnosti služby terénního programu „na zavolání“, tedy je podstatné, aby služba byla „k dispozici“ (čili otázka personální kapacity), a pak svou roli hraje spíše již jen ekonomické hledisko (tedy aby náklady na dojezdku nebyly extrémně vysoké).

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 alespoň částečně na regionální distribuci služeb, pokrytí jednotlivých regionů/okresů certifikovanými, odbornými službami. V roce 2016 Jihočeský kraj podpořil pět (viz. Tab. 4-1) realizátorů programů primární prevence, kteří víceméně rovnoměrně pokrývají území kraje. V menších regionech si lze představit jednoho dominantního poskytovatele služeb primární prevence, v Jihočeském kraji nevidíme tuto alternativu jako efektivní, ekonomicky únosnou, právě s ohledem na vysoké dojezdové vzdálenosti.

Druhý pohled je ovšem dostupnost faktická, tedy dostatek finančních prostředků na pokrytí poptávky ze stran především škol a školských zařízení (zajištění optimální personální kapacity). Podle všech známek je finanční podpora programů primární prevence (nejen v Jihočeském kraji) nedostatečná. Tyto služby mají dva významné, víceméně stabilní zdroje financí (kraj a MŠMT, které dle našeho odhadu mohou společně tvořit cca 60 % jejich zdrojů). Ostatní prostředky získávají realizátoři zpravidla od škol, nebo od jejich zřizovatelů (obvykle obce). Zdá se potvrzené, že poptávka od škol by byla mnohem vyšší v případě, pokud by služby prevence byly více podpořené z jiných veřejných rozpočtů, spoluúčast není pro školy mnohdy akceptovatelná. Velmi záleží na nasazení jednotlivých realizátorů programů, zda se jim podaří významnější spoluúčast škol vyjednat, někteří realizátoři jsou v tomto ohledu úspěšnější než jiní.

Základní podmínkou pro zajištění optimální dostupnosti služeb primární prevence jsou tedy finanční prostředky. V roce 2016 činily hlavní zdroje spolufinancování PP z veřejných zdrojů celkem na Jihočeský kraj cca 2 mil. Kč.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Pouze certifikovaní poskytovatelé služeb, nejen programy protidrogové prevence (celá šíře projevů rizikového chování)

*Dotační program na podporu primární prevence MŠMT pro NNO (certifikovaní poskytovatelé) celkem 695 515 Kč<sup>22</sup>, pro školy a školská zařízení v Jihočeském kraji 192 316 Kč. Jihočeský kraj – výhradně pro certifikované poskytovatele služeb – celkem 1 300 000 Kč<sup>23</sup>.*

V Jihočeském kraji ovšem k 1. 9. 2016 registrujeme celkem:

- 170 mateřských škol, **996 tříd**, 23 042 žáků
- 256 základních škol, **2 756 tříd**, 55 330 žáků
- 89 středních škol a VOŠ, **1 213 tříd**, 27 067 žáků a studentů

Pokud bychom chtěli realizovat odbornou intervenci v každé třídě, v minimálním rozsahu 4 hodiny ročně (patrně by byl vhodnější model 4 hodiny/ pololetí). Jen na základních a středních školách (3 969 tříd) bychom k tomu potřebovali zajistit cca 16 000 hodin **přímé práce**. Při standardním modelu pracovní doby, tedy 40 hod/týden, 2 080 hodin rok, a při vědomí toho, že lze pro školní populaci realizovat přímou práci pouze po část roku (překážkou jsou školní prázdniny, začátek a konec školního roku), odhadem je tedy možno pracovat ve školním prostředí cca 8 měsíců (2/3 úvazku, cca 1 386 hodin). Na zajištění přímé práce o předpokládaném rozsahu 16 000 hodin by bylo tedy potřeba cca 11,5 úvazků, ovšem při plném naplnění úvazku přímou prací. To je předpoklad nereálný, už vzhledem k nutnosti dojíždění do škol, zpracovávání zpráv, projednání přípravy a výstupů z programů s vedením škol, učiteli, potřebám odborného vzdělávání apod. Za realistický považujeme poměr přímé a nepřímé práce 1:1, tedy na 4 hodiny přímé práce další 4 hodiny na její zajištění. To by pak orientačně mohlo činit, při zvolené minimalistické variantě, potřebu asi 23 úvazků<sup>24</sup> v oblasti PP v Jihočeském kraji. Z konzultací s poskytovateli služeb PP, které proběhly v roce 2016, vyplynulo, že za minimální částku na jeden úvazek lektora PP lze považovat rozmezí 550 – 600 000 Kč (v tom osobní, provozní a další spojené náklady). Ze všeho výše uvedeného tedy vyplývá, že **pokud bychom chtěli v Jihočeském kraji zajistit služby primární prevence v minimálním rozsahu 4 hodiny a jeden lektor PP na jednu školní třídu (všechny ZŠ a SŠ), orientačně vypočtené náklady by činily cca 14 mil. Kč**. To je více než sedminásobek částky, která je k dispozici... A není reálné, že by školy, případně samosprávy/ zřizovatelé škol byli ochotni rozdíl mezi stávajícím a minimálním stavem vyrovnat.

Tolik pouze k oblasti všeobecné prevence rizikového chování, potřebné náklady na oblast selektivní a indikované prevence, včetně prevence mimo školní prostředí, si odhadovat netroufáme.

Shrnuto: Z hlediska místní dostupnosti, tedy co se týče existence aktuálních, certifikovaných poskytovatelů na území Jihočeského kraje, považujeme síť služeb v této oblasti za minimální. Z hlediska dostupnosti pro školy, tedy klienty služeb, není nabídka (pro školy finančně přijatelná) z větší míry optimální, je nedostatečná.

#### - *hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2016*

V roce 2016 se v této oblasti projevily důsledky snížení finančních prostředků ze strany MŠMT (v době, kdy jsme se dozvěděli o novém způsobu přerozdělení dotací, kdy jedním z hlavních kritérií, resp. omezení pro přiznání výše dotace byla pro jednotlivé kraje určena částka, přepočtená dle počtu obyvatel, a od její výše se odvíjela celkově přiznaná dotace, na rozdíl od předchozích let, kdy se primárně hodnotila kvalita jednotlivých projektů bez ohledu na další rámce, jsme nenašli cestu, jak aktuálně reagovat – již byly schválené prostředky, alokované na jednotlivé dotační programy kraje). Poskytovatelé služeb PP reagovali na významné snížení svých rozpočtů personálními změnami, hledáním nových způsobů, jak získat finanční prostředky na svůj provoz apod., nicméně se podařilo udržet všechny služby/ nabídky programů na úrovni roku 2015.

Projekty na realizaci selektivní a indikované prevence jsou spíše ojedinělé, v kraji jsou celkem tři poskytovatelé, kteří naplňují podmínky odborné způsobilosti pro tyto aktivity. Toto je oblast, kde zatím neumíme dostatečně vyhodnotit potřebnost konkrétních projektů, a vzhledem k tomu, že finanční prostředky kraje na podporu aktivit primární prevence zůstávají dlouhodobě na víceméně stejné, snažíme se udržet z našeho pohledu potřebnější programy všeobecné prevence (které mají potenciál zasáhnout širší cílovou skupinu). Často zmiňovaným problémem je pak ale jednak návaznost další práce přímo ve školním prostředí, vlastními silami škol, na druhou stranu je výrazným omezením efektivity programů skutečnost, že jsou velmi špatně dostupné služby

<sup>22</sup> Jedná se o významný rozdíl oproti předešlému roku, který souvisí se změnou metodiky dotačního programu. Pro rok 2015 činila částka pro NNO v Jihočeském kraji celkem 1 277 917 Kč, tedy se jedná o neočekávaný meziroční propad o cca 46 %.

<sup>23</sup> V roce 2016 se podařilo vyjednat s vedením Jihočeského kraje nový dotační program pro oblast prevence kriminality, z celkové alokace 1 mil. Kč bylo pro rok 2017 vyčleněno 300 000 Kč na oblast PP v souvisejících oblastech (včetně závislostí). V součtu tedy byla v roce 2016 pro využití v oblasti PP pro rok 2017 zastupitelstvem kraje schválena částka 1,6 mil. Kč.

<sup>24</sup> s důležitou poznámkou, že by se jednalo o program zajištěný pouze jedním pracovníkem...

individuálního poradenství (psychologové a psychiatři pro děti a mládež), které by byly potřebné v případech, pokud program odkryje výrazný problém, který si u ohrožených jednotlivců zaslouhuje odbornou individuálně zaměřenou, cílenou intervenci.

- *hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2016 (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, nejen z pohledu samotných poskytovatelů služeb a jednotlivých škol, nedostatek finančních prostředků, věnovaných z veřejných rozpočtů na tuto problematiku (čímž míníme i rozpočty zřizovatelů). S tím souvisí:

- Tradiční každoroční nejistota poskytovatelů, zda budou moci vyvíjet svou činnost i v dalším roce...
- ... a zároveň jejich klientů, tedy škol, zda se podaří plánované aktivity pro jejich žáky uskutečnit.

Nový systém certifikací přinesl nové úrovně primární prevence, selektivní a indikovanou prevenci, ale zavedením těchto nových druhů preventivního působení nebylo doprovázeno nárůstem finančních prostředků do této oblasti. A nejen to, domníváme se, že tyto dvě specifické formy intervence nelze zcela efektivně financovat stávajícím způsobem, tedy standardní dotační řízení, kdy od vyhlášení programu po vyplacení finančních prostředků uběhne mnohdy i půl roku, žádosti (na MŠMT) se podávají počátkem nového školního roku, kdy problém ještě nemusí být identifikován, a finanční prostředky jsou v lepším případě k dispozici počátkem roku kalendářního, nebo se žádosti podávají počátkem roku kalendářního (Jihočeský kraj), finanční prostředky jsou k dispozici v květnu – červnu, a přijdou prázdniny.

Pokud je situace ve škole, třídě nebo u jednotlivce taková, že je nutné realizovat program selektivní nebo indikované prevence, tedy cílenou a mnohdy až téměř krizovou intervenci, je ho nutné realizovat co nejdříve... Související otázkou je nastavení průhledných, a přitom dostatečně odborných pravidel pro posuzování nutnosti takových intervencí (jsou obvykle mnohem finančně náročnější, než prevence všeobecná). V případě prvního problému by tedy patrně nebylo vhodné řešit tuto situaci prostřednictvím dotačního programu, ale spíše nákupem konkrétní služby u konkrétního poskytovatele, za účinné spolupráce školy, jejího zřizovatele, pedagogicko-psychologické poradny, a gestora finanční podpory, ať již kraje nebo jiné instituce (MŠMT). Systém by mohl být nastaven obdobně, jako když si sociální instituce nakupují například služby terapeutů, mediátorů, odborných poradců apod. pro své klienty, v případech, kdy problém přesahuje jejich odbornost nebo kompetence<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Plně převzato z VZ za rok 2015 – situace se nemění...



## OBLAST SNIŽOVÁNÍ RIZIK

Tabulka 3-2: Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2016 (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.

Název projektu / programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skup.	Počet osob, kt. služby využily /z toho UD	Počet kontaktů <sup>26</sup>	Počet výměn <sup>27</sup>	Počet vydaných inj. stř.	Uzemní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
Kontaktní centrum Prevent České Budějovice	PREVENT 99	KPS	UD	444/ 354	14 635	3 821	84 102	Česko budějovicko	ANO
Kontaktní centrum Prevent Prachatice	PREVENT 99	KPS	UD	177/ 113	1 030	497	27 659	Prachaticko	ANO
Kontaktní centrum Prevent Strakonice	PREVENT 99	KPS	UD	203/ 142	1 524	964	12 925	Strakonicko	ANO
Jihočeský streetwork Prevent	PREVENT 99	TP	UD	499/ 455	2 839	2 125	44 811	ČB, St, Pt, Tábor	ANO
Kontaktní centrum Arkáda	Arkáda – soc. psych. centrum	KPS	UD	117/ 100	2 459	2 111	48 076	Písecko	ANO
Terénní program Arkáda	Arkáda – soc. psych. centrum	TP	UD	92/ 73	1 430	396	19 045	Písecko	ANO
Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou	Farní charita Tábor	KPS	UD	273/ 180	3 817	1 113	56 667	Táborsko	ANO
Streetwork pro města Č. Krumlov a Kaplici	CPDM, o.p.s.	TP	UD	303/270	1 482	1 073	32 156	Česko krumlovsko	ANO
Terénní program pro okres J. Hradec	Sdružení META	TP	UD	236/ 100	1 202	455	17 916	Jinřicho hradecko	ANO

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

- zhodnocení sítě služeb v oblasti snižování rizik - Uved'te, 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 nízkoprahových služeb považujeme za blízkou optimálnímu stavu, pokrývá podstatnou část území kraje z pohledu počtu obyvatel, hustoty osídlení. V Jihočeském kraji se sice dlouhodobě daří udržet služby, tak jak na základě potřeby vznikaly v průběhu uplynulých let, ale vzhledem k neustále se fakticky<sup>28</sup> snižujícím prostředkům na jejich provoz dochází k pomalému, ale setrvalému snižování úvazků pracovníků v přímé práci s klienty, což dostupnost, respektive kvalitu práce do jisté míry omezuje.

<sup>26</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>27</sup> **Výměna:** Kontakt, při kterém dochází k výměně (příp. jen odevzdání či výdeji) jedné nebo více injekčních jehel.

<sup>28</sup> Celkový objem finančních prostředků se v průběhu uplynulých cca 10 let významně nemění, což ovšem znamená, že vzhledem k rostoucím provozním nákladům (energie, ceny materiálů, ale i výše mezd apod.) není fakticky možné za tytéž finanční prostředky realizovat službu ve stejném rozsahu.

Jihočeský kraj se skládá ze sedmi okresů, přičemž za optimální z hlediska dostupnosti/ pokrytí kraje považujeme kontaktní centrum v přirozeném centru okresu, doplněné terénním programem. Tento model plně funguje v pěti okresech (České Budějovice, Písek, Strakonice, Prachatice, Tábor). Ve městě České Budějovice funguje kontaktní centrum a samostatný terénní program. V okrese Tábor působí kontaktní centrum s omezeným terénním programem téhož poskytovatele, který působí ve městě Tábor, pokrytí části okresu zajišťuje terénní program jiného poskytovatele (Prevent99). V okresech Prachatice a Strakonice působí kontaktní centra organizace PREVENT99, kde dlouhodobě jejich provoz v podstatě zajišťuje jeden tým, právě s ohledem na omezené finanční prostředky. Situaci řeší tak, že je především omezena otevírací doba kontaktní místnosti, v každém zařízení je otevřeno obvykle dva dny v týdnu, a pracovníci se na zajištění provozu střídají, respektive pendlují mezi oběma městy. Souběžně je v obou okresech zajištěn samostatný terénní program téhož poskytovatele, jehož specifikem je, že v obou městech omezuje výměnný program, a snaží se motivovat místní uživatele primárně k návštěvě kontaktního centra, je intenzivněji zaměřen na vyhledávání a oslovování skryté populace uživatelů návykových látek, oslovování rizikových skupin. Ve zbytku okresu TP poskytuje službu v standardním rozsahu. 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;
- Minimálně doplnění terénních programů na Českokrumlovsku a Jindřichohradecku o ambulantní poradenství. Vzhledem k velikosti cílové skupiny se v této chvíli nejví v těchto regionech jako efektivní podporovat standardní provoz kontaktního centra. Terénní program v Českém Krumlově služby klientům ambulantní formou poskytuje, vzhledem k charakteru regionu a cílové skupiny tuto okolnost hodnotíme jako pragmatický přístup, vycházející mj. i z potřeb jeho klientů. Ne všechny potřebné úkony lze realizovat přímo v terénu; navíc je praktickou zkušeností z praxe, že řada klientů přímo z města Český Krumlov ambulantní formu kontaktu upřednostňuje – z důvodu obav o ztrátu anonymity na malém městě. Zázemí terénního programu je umístěno na vhodném místě, kde nemusí mít klienti obavy ze ztráty anonymity, je to objekt v hojně míře navštěvovaný především mladými lidmi (ovšem právě z tohoto důvodu se nejedná o objekt zcela vhodný pro provoz standardního kontaktního centra). Terénní program v Jindřichově Hradci referuje klienty, kteří vyžadují z obdobných důvodů ambulantní formu kontaktu, do služeb P.centra, což je registrovaná služba odborné sociální poradenství pro cílovou skupinu uživatelé návykových látek (téhož poskytovatele).

O vzniku zcela nové služby v oblasti harm reduction v Jihočeském kraji neuvažujeme, nejví se jako akutně potřebná. Za potřebné bychom považovali posílení stávajících služeb o úvazky v přímé práci (zminěná KC Strakonice a Prachatice, posílení úvazků TP – přednostně Jindřichohradecko, Tábořsko).

- *hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2016*

V roce 2016 nedošlo k významnějším změnám. Přes dlouhodobě nepříliš příznivou finanční situaci se podařilo udržet základní služby minimální sítě. Nedošlo ke vzniku nové služby, ani k zániku dlouhodobě poskytovaných služeb.

- *hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2016*

Viz odůvodnění výše, popsany stav dlouhodobě trvá. Za hlavní nedostatek lze považovat malou personální kapacitu již existujících služeb. Konkrétně:

- Kontaktní centra ve Strakonících a Prachaticích stále dlouhodobě pracují v krizovém režimu, uživatelům jsou služby poskytovány s omezenou časovou dostupností (především je omezen provoz kontaktní místnosti) – důvodem je malá personální kapacita obou služeb;
- Terénní program Jihočeský streetwork by si zasloužil personální posílení – jednak s ohledem na pokrytí regionu Tábořska, jednak s ohledem na nárůst (významný) užívání drog přímo v krajském městě (nejen romští uživatelé);
- Terénní program Metha, z. ú. (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, vytiženosti 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, motivační, terapeutickou, poradenskou práci s klientem) lze za personálně podhodnocené označit také minimálně dva další 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 úvazků v přímé práci, tedy celkem cca 3 mil. Kč/ rok.

## AMBULANTNÍ LÉČBA

Tabulka 3-3: Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2016

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita <sup>29</sup>	Počet osob, kt. služby zař. využily	Počet nově evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
Adiktologická poradna Prevent	PREVENT 99	AL	UD, sociální okolí	2 <sup>30</sup>	370	156	Českobudějovicko, ale i širší – území kraje	ANO
Poradna pro nelátkové závislosti Prevent	PREVENT 99	AL	Osoby ohrožené nelátkovými závislostmi, soc. okolí	Viz komentář	Viz komentář	Viz komentář	Českobudějovicko, ale i širší – území kraje	NE
Substituční centrum Prevent	PREVENT 99	SL	UD - uživatelé opiátů	25 <sup>31</sup>	29	8	Především Českobudějovicko	ANO
Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou	Farní charita Tábor	AL	UD, sociální okolí	program Poradenské centrum 72 klientů - UD, 71 rod. příslušníků (údaje jsou obsaženy ve společné statistice KPS)			Táborsko, ale i širší okolí	ANO

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

**Komentář k Poradně pro nelátkové závislosti Prevent.** Služba se průběžně etablovala v průběhu roku 2016, na základě projektu pro oblast patologického hráčství. Během roku 2016, vzhledem k tomu, že finanční prostředky na provoz poradny byly uvolněny cca v polovině roku (i na zbývající části projektu – oslovování cílové skupiny, tvorbu nástrojů pro komunikaci apod.), probíhaly spíše přípravné práce, klienti byli od druhého pololetí referováni především z Adiktologické poradny Prevent. Co se týče kapacity poradny, má dva pracovníky, z toho jeden zkušený terapeut. Certifikace v roce 2016 neproběhla, je plánována na rok 2017. Stručně shrnuto, služba v roce 2016 zahájila svou činnost, začala pracovat s klienty, ale jednalo se spíše o pilotní, zkušební provoz.

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

**Ambulantní léčba podle standardů RVKPP.** Obecně již dlouhodobě platí, že ambulantní léčba není v Jihočeském kraji optimálně dostupná (např. viz VZ Jihočeského kraje za rok 2015). Neutěšený stav ambulantní léčby pro cílovou skupinu osob, ohrožených závislostí, hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, vedl v Českých Budějovicích (a následně v Táboře – ve dvou největších městech kraje, tedy logicky ve městech

<sup>29</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>30</sup> Okamžitá kapacita, služba má dva pracovníky v přímé péči.

<sup>31</sup> Maximální počet klientů v programu

s největším přetlakem ohrožených osob) ke vzniku dvou samostatných služeb, poskytovaných NNO podle standardů odborné způsobilosti RVKPP. Tím se alespoň v těchto dvou městech/ regionech stala služba významně dostupnější; v ostatních regionech kraje ale buď chybí zcela, nebo je poskytována nesystémově (viz samostatná kapitola níže). V některých především větších městech (Tábor, Písek) vznikají menší služby, například pod záštitou větší organizace, která se primárně problematice závislosti nevěnuje, ale má k dispozici kvalifikovaného specialistu na tuto oblast (PorCeTa Tábor), nebo jako víceméně soukromé praxe (Psychologická a adiktologická poradna Písek). Tito kvalifikovaní odborníci (adiktologové, psychologové apod.) poskytují služby ambulantní léčby/ doléčování klientům/ pacientům mimo systém veřejného zdravotního pojištění a dotačních řízení, mimo certifikací RVKPP. Pacienti si obvykle platí péči sami (v rozmezí, podle dostupných informací 400 – 500 Kč), nebo na tuto činnost získávají organizace nárazově dotace z místních veřejných zdrojů, mimo klasická dotační řízení určené pro tuto oblast.

Na pomezí odborného poradenství a ambulantní léčby se pohybuje činnost poradny P.centrum Jindřichův Hradec (Metha, z. ú.), program je registrován jako sociální služba (odborné sociální poradenství) a je převážně financován ze standardního dotačního řízení na sociální služby; (MPSV – Jihočeský kraj). Jihočeský kraj tuto službu spolufinancuje v menší míře ze svých prostředků, v minulých letech se na spolufinancování podílelo i město Jindřichův Hradec. Pro ilustraci výkony za rok 2016: 86 klientů/ z toho 33 osob blízkých. Osobní konzultace 136; krizové intervence 70; práce s rodinou 66; rodinné terapie 57; sociální práce 53 výkonů.

Co se týče **ambulantní léčby, realizované v lékařských (psychiatrických) ambulancích**, byl v roce 2015 realizován rychlý průzkum prostřednictvím jednoduchých dotazníků, které rozeslal a následně vyhodnotil protidrogový koordinátor (jednoduchost jsme považovali za nutný předpoklad k alespoň nějaké návratnosti, na základě předchozích zkušeností).

## **STRUČNÉ SHRNUTÍ A ZÁVĚRY:**

Stále platí zjištění z obdobných předcházejících průzkumů:

- V Jihočeském kraji (což nebude jistě jen jeho specifikem) jsou údaje o ambulantní léčbě (mimo certifikovaných služeb podle Standardů RVKPP) obtížně zjistitelné;
- Dlouhodobě byly každoročně využívány především údaje od ÚZIS, ty se ovšem jednak vztahovaly k celému území kraje, o menších regionech údaje již k dispozici nejsou – tedy je v podstatě nemožné z tohoto pramene objektivně zhodnotit stav dostupnosti léčby. Na druhou stranu stále platí, že ne všichni lékaři tyto údaje hlásí, setkali jsme se i s tím, že ve stejném roce uvedla konkrétní ordinace odlišné statistické údaje ÚZIS, a jiné na naši žádost Jihočeskému kraji (to bylo v době, kdy ještě v Českých Budějovicích fungovala krajská pobočka ÚZIS, a tedy bylo možné údaje ověřit – rok 2008). Ovšem v průběhu let 2015 a 2016 probíhaly přípravy na změnu systému hlášení, přechod na elektronický systém (NRLUD). Poslední zveřejněná statistická ročenka Jihočeského kraje obsahuje údaje v oblasti ambulantní léčby za rok 2013. Některé dílčí údaje za Jihočeský kraj lze pak nalézt ve zdravotnické ročence ČR, ovšem v obdobně omezeném rozsahu;
- I v údajích od ÚZIS chybí relevantní informace ohledně struktury léčby (je popsána pouze struktura pacientů z pohledu pohlaví a typu užívané látky, případně stanovená diagnóza „závislost“). Do statistik „léčených“ pacientů se tak například mohou dostat i osoby, kterým bylo pouze provedeno vstupní vyšetření a vystaveno doporučení do ústavní léčby (pro zařazení do statistiky stačí pacient se záznamem ne starším než jeden rok). Nejsou k dispozici další potřebné údaje o způsobu léčby, i když od lékařů například víme, že někteří:
  - Neberou do péče osoby závislé na nelegálních návykových látkách, nebo patologické hráče;
  - Někteří nevěří v účinnost ambulantní léčby jako takové, a jako první volbu nabízejí pacientům automaticky ústavní léčbu;
  - Někteří přijímají do péče pouze právě pacienty po absolvované ústavní léčbě (tedy se spíše jedná o svým způsobem následnou péči nebo doléčování, nikoli ambulantní léčbu jako takovou);
  - Někteří lékaři nejsou ochotni poskytovat substituční léčbu, a pokud ano, obvykle již nikoli s podpůrnou psychosociální složkou;
  - Dokonce se stává, že lékaři odmítají pacienty s jinou diagnózou, pokud je k ní přidruženo užívání návykových látek;
  - ... a je pochopitelně možná i kombinace všech uvedených přístupů.

Z výše uvedeného vyplývá, že kromě toho, že nevíme spolehlivě, jak je ve kterém regionu ambulantní léčba reálně dostupná, nevíme zcela přesně, v jakém spektru jsou poskytovány služby, neexistuje nic jako závazný standard poskytovaných služeb, způsob, jak zajistit léčbu dostupnou v optimálním spektru činností, pro všechny potřebné cílové skupiny.

Na druhou stranu se nedomníváme, že se tomu tak děje pouze vinou samotných lékařů. Z rozhovorů s některými z nich vyplývá, že se touto oblastí nezabývají (nebo nechťejí zabývat) z důvodů své nedostatečné kvalifikace (to je poměrně častá odpověď samotných lékařů), dávají přednost jiných diagnózám (všeobecně známý argument o tzv. „velké“ psychiatrii a méněcennějších podoborech – kam někteří z nich léčbu závislosti řadí), a hlavním argumentem je, že síť ambulantních psychiatrických služeb je v kraji jako celek poddimenzovaná, a tedy se lékaři musí soustředit na nejobtížnější pacienty/ diagnózy (kam někteří ze svého pohledu závislosti neřadí; obvykle argumentují zkušenostmi s opakovaným selháváním takových pacientů a jejich neschopností dodržovat léčebný režim – a tedy neefektivností ambulantní léčby jako takové; a nechybí ani argumenty typu „já nemohu do péče ani přijmout všechny pacienty, kteří si svůj problém nezavinili sami“).

V podstatě tedy chybí v této oblasti především reálná správa sítě, kde by odpovědné instituce (v tomto případě jednoznačně zdravotní pojišťovny, neboť pouze ty disponují nástroji, kterými mohou síť regulovat a řídit) měly mít zájem zajistit optimální místní dostupnost služby v potřebném rozsahu činností.

- *hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2016*

Na základě dohody města Blatná a Adiktologické poradny Prevent byl od podzimu 2014 zaveden model poskytování služby poradny (která poskytuje služby v Českých Budějovicích, tedy cca 76 km daleko) přímo ve městě Blatná, na cca 4 hodiny jednou za 14 dní. V průběhu roku 2015 se podle dostupných informací služba v regionu etablovala, kapacita se naplnila. Lze konstatovat, že takovýto model zvýšení dostupnosti specializovaných služeb do menších regionů (město Blatná má ca 6 500 obyvatel, ORP Blatná 26 obcí, asi 13 800 obyvatel) je realizovatelný, a patrně by byl mnohem efektivnější, z hlediska včasného řešení této problematiky, než koncentrace služeb v několika málo větších městech kraje, nebo dokonce pouze v krajských městech. Nicméně takovýto model je také, jak je patrné z jeho vývoje **v roce 2016**, náchylný k výraznějším turbulencím v důsledku změn v situaci v místě, nebo na úrovni poskytování služby samotné. V roce 2016 došlo v měsíci březnu, po výměně klíčového pracovníka, k poklesu počtu výkonů a klientů. Tak jak situace v roce 2015 napovídala, že kapacita bude naplněna, po změně nastala situace opačná. Určitá změna k lepšímu nastala od července 2016, kdy znovu začali docházet ambulantní klienti. Poskytování služby v Blatné bylo následně omezeno na frekvenci 1x měsíčně. Město službu finančně podporuje.

V roce 2015 byly v rámci samostatného dotačního řízení RVKPP pro oblast patologického hráčství (které proběhlo právě v roce 2015 poprvé) z Jihočeského kraje úspěšné dva projekty, ambulantní léčba a doléčování (PREVENT99). Tyto projekty se v průběhu roku 2016 transformovaly do vzniku nové ambulantní služby, zaměřené na problematiku nelátkových závislostí, primárně patologického hráčství. Od počátku roku 2017 pracuje tato služba – Poradna pro nelátkové závislosti Prevent - již ve standardním režimu ambulantní léčby.

Nicméně z pohledu efektivity vynakládaných veřejných prostředků předpokládáme, že se do budoucna se tato oblast integruje do standardní ambulantní léčby, jen bude pravděpodobně nějaký čas trvat, než se podaří v dostatečné míře motivovat cílovou skupinu, aby léčbu využívala, a donátory, aby byli ochotni a schopni akceptovat tuto podobu. Důvodem pro tuto vizi je skutečnost, že v případě látkových i nelátkových závislostí se jedná o obdobný způsob práce s cílovou skupinou, je potřebná obdobná odbornost a vzájemných podobností by bylo možné najít pochopitelně i více, čili jedna služba pro cílovou skupinu osoby ohrožené závislostí není nereálná představa. Současný model, v přímé souvislosti se stávajícím způsobem financování těchto služeb přináší zvýšené nároky především na administraci a řízení těchto služeb. V prvním případě na sloučenou službu je nutné vynaložit náklady na jednu certifikaci, jednu registraci zdravotnického zařízení, jednu supervizi, a také na administraci několika hlavních projektů (obvykle RVKPP, MZ a kraj), hlavních zdrojů finančních prostředků. V případě oddělení služeb to znamená vše realizovat (a zaplatit) dvakrát...

Asi nejzásadnější změnou za rok 2015 bylo, že v jeho průběhu proběhlo výběrové řízení na poskytování služby adiktologické ambulance v Jihočeském kraji. Výběrového řízení se zúčastnila organizace PREVENT 99, a na základě tohoto výběrového řízení jednotlivé zdravotní pojišťovny (dosud snad s výjimkou OZP) s ní uzavřely smlouvy. V roce **2016** již byly jednotlivé výkony propálceny, celkem získala Adiktologická poradna od zdravotních pojišťoven necelých 170 000 Kč.

Vykazování výkonů zdravotním pojišťovnám je provázáno některými dětskými nemocemi nastaveného systému:

- Pojišťovně lze vykazovat klienty až na základě indikace psychiatrem, nelze vykazovat zdravotním pojišťovně práci s rodinnými příslušníky bez toho, aby pacient/klient byl v programu a měl indikaci od psychiatra k adiktologické péči;
- ZP nehradí intenzivnější práci s pacientem/klientem zejména v počátečních fázích ambulantní léčby, kdy je nutné, aby pacient/ klient chodil na konzultace častěji nežli 1x týdně;
- ZP nehradí toxikologické screeningové testy, ani testy na infekční choroby;
- Dále služba naráží na indikační podmínky, většina klientů přichází bez indikace k adiktologické péči. Než dostanou termín od psychiatra, může se protáhnout doba až na 1 měsíc. U části klientů, kteří jsou již stabilizovaní, se indikační doba 3 měsíce zdá krátká, tito pacienti přijdou 2-3x a musí znovu čekat na termín od psychiatra. Opakovaným indikováním pacientů jsou v řadě případů psychiatři spíše obtěžováni, vzhledem k jejich vytíženosti není jednoduché tyto úkony domlouvat, zajistit.

Kombinace obou faktorů, tedy výše úhrady, která činí cca 10 % nákladů na provoz služby, a popsaná omezení naznačují, že na to, aby se úhrady od zdravotních pojišťoven staly důležitým prvkem stabilizace, nebo lépe nastavení optimální podoby sítě ambulantní léčby, se musí ještě řada věcí změnit...

- *hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2016 (Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.)*

Průzkum, či zhodnocení stavu sítě ambulantní léčby poskytované zdravotnickými zařízeními byl aktualizován v roce 2015, na první pohled se situace od roku 2010, kdy byl proveden obdobný průzkum, výrazně nezměnila. Pro rok 2016 je tedy možné konstatovat v podstatě totéž, co již bylo popsáno ve VZ za rok 2015, a ve zprávách předchozích.

- V oblasti ambulantní léčby u zdravotnických zařízení nejednotnost přístupu lékařů – jak v oblasti metod práce, tak v preferencích cílových skupin - omezuje významně místní dostupnost léčby;
- V některých regionech kraje není standardní ambulantní léčba místně dostupná vůbec;
- V některých regionech kraje není dostupná substituční léčba (buprenorfinová);
- Víceméně plošně schází podpůrná psychosociální složka substituční léčby (mimo služeb Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích);
- A především schází koordinace řešení této situace se zdravotními pojišťovnami...

## REZIDENČNÍ LÉČBA

Tabulka 3-4: Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2016

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita <sup>32</sup>	Počet osob, kt. služby zař. využily <sup>33</sup>	Územní působnost, spádovost	Certifikace (ano/ne)
TK Němčice	Sananim	RPTK	UD (23+) muži a ženy	celkem 20 lůžek	-	ČR	ANO
TK Karlov	Sananim	RPTK	UD 1/ matky s dětmi; 2/ mladiství 16 – 25 let	1/ 9 lůžek matky, 10 dětí, 2/ 12 lůžek celkem 31 lůžek	2 matky	ČR	ANO
TK v Podcestném mlýně	Společnost Podané ruce	RPTK	UD (18+); muži a ženy	celkem 15 lůžek	-	ČR	ANO

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

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

V oblasti pobytové léčby se na území Jihočeského kraje nachází několik zařízení, které tuto službu poskytují. V první řadě se jedná o tři terapeutické komunity, které se specializují přímo na cílovou skupinu uživatelů

<sup>32</sup> Kapacita - pro kolik klientů současně je program maximálně určen; počet míst v zařízení/programu.

<sup>33</sup> Pouze klienti z Jihočeského kraje

nelegálních návykových látek – TK Němčice (o. s. Sananim), TK Karlov (o. s. Sananim) a TK v Podcestném mlýně (Sdružení Podané ruce).

V oblasti rezidenční léčby pro širší cílovou skupinu (nelegální návykové látky, alkohol, gambling) má jednoznačné vůdčí postavení Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (včetně detoxu – 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 i pacienty s diagnózou závislosti.

Co se domovů se zvláštním režimem týče, pokud se jedná o osoby ohrožené závislostí nebo osoby závislé, není v Jihočeském kraji pro tuto cílovou skupinu specializované zařízení. Lepší situace je u osob s duševní poruchou, obvykle je domov se zvláštním režimem součástí jiné pobytové sociální služby, obvykle domova pro seniory. Věrohodné statistické údaje o cílové skupině klientů těchto zařízení, pokud je jejich indikací závislostní porucha, nejsou dostupné, respektive jsou velmi obtížně získatelné.

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 postačující. Co se týče specifických cílových skupin, máme signály, že narůstá zájem o léčbu u matek s dětmi, kapacita TK Karlov nestačí poptávce. V tomto ohledu může pomoci plánované rozšíření TK v Podcestném mlýně o tuto cílovou skupinu. Řešení ovšem nevidíme v tomto případě v gesci kraje, ale spíše na centrální úrovni.

#### - *hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2016*

V průběhu roku 2016, proběhly změny v poskytování služeb u PL Červený Dvůr, provoz léčebny byl rozšířen nové oddělení 3D (oddělení detoxikace, diagnostiky a diferencované péče). Toto oddělení slouží jednak jako jakýsi diferenciální filtr pro všechny pacienty léčebny, za druhé pak jako léčebný program především pro pacienty, kteří by z různých důvodů „běžný“ režim léčebny nebyly schopni akceptovat.

V Jihočeském kraji, přímo na jeho území, nebyla v předchozích letech dostupná detoxifikační léčba, mimo detoxu PL Červený Dvůr, který byl určen primárně pouze pro pacienty léčebny. Se vznikem nového oddělení léčebny 3D je od roku 2016 otevřena možnost využít detoxu léčebny i pro jiné cílové skupiny, než pouze pro žadatele o léčbu v tomto zařízení, je otevřena i možnost využít jej pro cílové skupiny mladší 18 let.

V průběhu roku 2016 Společnost Podané ruce (Brno) vyvíjela úsilí směrem k celkové rekonstrukci objektu TK v Podcestném mlýně, byl podán projekt směřující k rozšíření kapacity zařízení, s tím by měla přijít i změna v rozšíření cílové skupiny o matky/ rodiče s dětmi. Obdobně chtěla příležitosti v podobě spuštění dalšího programovacího období využít i organizace Sananim, idea tohoto projektu byla zaměřena na rozšíření kapacity TK Němčice o oddělené bydlení klientů ve výstupní fázi léčby.

#### - *hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2016 (Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.)*

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 osob, indikovaných k dlouhodobé léčbě (především v terapeutických komunitách). Totéž se týká ojedinělých případů, kdy je klient, i vzhledem k souběžné vážné psychiatrické diagnóze a celkovému zdravotnímu stavu spíše indikován pro pobyt v Domovu se zvláštním režimem (někdy až k paliativní péči – tyto případy budou v budoucnosti s nejvyšší pravděpodobností přibývat – i u výrazně mladších cílových skupin).

### **SAMOSTATNÁ KAPITOLA – PL ČERVENÝ DVŮR** (podrobné informace o léčebně)

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zařízení plně specializované na střednědobou ústavní léčbu závislosti na návykových látkách a patologického hráčství. Byla založena v roce 1966. V současnosti je kapacita léčebny 109 lůžek, ročně absolvuje terapeutický program v léčebně 750 až 800 pacientů. Léčebna má 4 oddělení - oddělení 3D (oddělení detoxikace, diagnostiky a diferencované péče) a tři oddělení psychoterapeuticko-režimová A, B a C. Léčebna je celorepublikové zařízení, léčí se zde muži a ženy starší 18 let (výjimečně i od 16 let). V roce 2011 léčebna úspěšně prošla akreditací Spojené akreditační komise ČR, v roce 2014 a v dubnu 2017 ji opět úspěšně obhájila.

V roce 2016 prošel terapeutický program podstatnou transformací - nové oddělení 3D (nahradilo původní detox) nabízí kromě přípravy na komunitní terapeutický program na dalších odděleních léčebny i léčbu krátkodobou před

intenzivním pokračováním v léčbě v původním prostředí a také léčbu individuálně sestavenou (podle možností a potřeb pacienta).

Podrobnější údaje jsou dostupné na webových stránkách léčebny: <http://www.cervenydvur.cz/>

Léčebna poskytuje:

- střednědobou ústavní léčbu závislosti na nealkoholových drogách (komunitní i individuální),
- dlouhodobou léčbu závislosti na alkoholu a patologickém hráčství (komunitní i individuální),
- 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,
- krátkodobé pobyty s přípravou rychlého přechodu do neústavní péče.

#### Podmínky přijetí do léčby:

- věk minimálně 18 let (výjimečně i od 16 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 je požadováno doporučení psychiatra či jiného odborníka specializujícího se na léčbu závislosti či jakéhokoli jiného odborníka, který zná pacienta.

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 – 2016

rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Pacienti	690	741	740	782	777	809
...z toho muži	444	486	495	497	494	493
...z toho ženy	246	255	245	285	283	316

**Tabulka:** Zastoupení jednotlivých skupin diagnóz 2011 – 2016 (podíl z celkového počtu pacientů)

rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alkohol podíl	37 %	34 %	41 %	38 %	31%	46%
Alkohol absolutně	253	252	291	297	241	351
Gambling podíl	5 %	5 %	5 %	5 %	6%	4%
Gambling abs.	33	35	36	42	48	35
nealkoholové drogy podíl	58 %	61 %	54 %	57 %	63%	50%
Nealko drogy abs.	404	454	379	443	488	382
...z toho zákl. droga pervitin	28 %	30 %	33 %	32 %	32%	31%
...z toho zákl. droga pervitin abs.	193	221	246	248	245	246
...z toho zákl. droga heroin	7 %	8 %	7 %	8 %	5%	6%
...z toho zákl. droga heroin abs.	48	60	53	62	42	51

**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%.

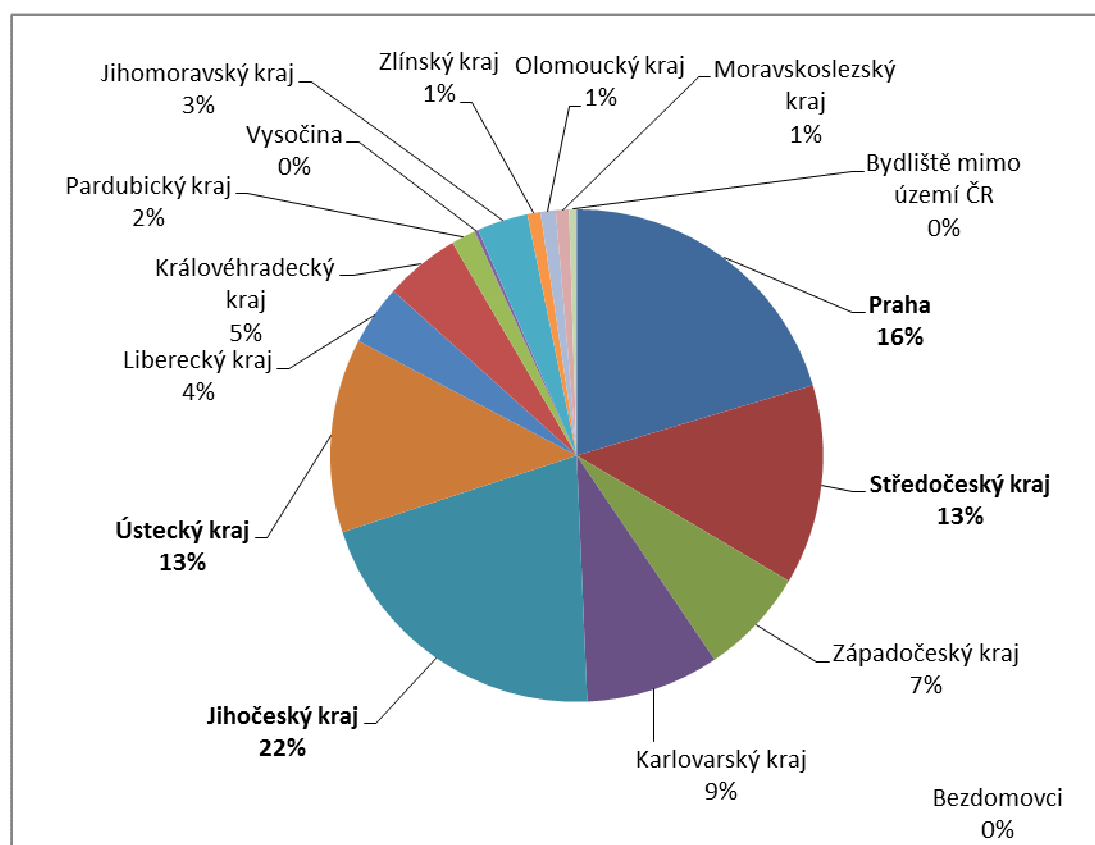
Krajové zastoupení pacientů v léčebně v roce 2016 ukazuje následující tabulka a graf. Meziročně je nejvyšší počet pacientů z Jihočeského kraje.



**Tabulka:** Počet pacientů v léčbě podle jednotlivých krajů: rok 2013 - 2016

	2013	2014	2015	2016
Praha	178	153	130	<b>165</b>
Středočeský kraj	79	91	95	<b>106</b>
Západočeský kraj	79	78	60	<b>57</b>
Karlovarský kraj	93	99	123	<b>71</b>
<b>Jihočeský kraj</b>	<b>179</b>	<b>188</b>	<b>149</b>	<b>167</b>
Ústecký kraj	57	111	84	<b>103</b>
Liberecký kraj	57	33	26	<b>32</b>
Královéhradecký kraj	25	48	38	<b>40</b>
Pardubický kraj	3	4	12	<b>13</b>
Vysočina	2	5	4	<b>2</b>
Jihomoravský kraj	27	23	25	<b>27</b>
Zlínský kraj	1	11	1	<b>7</b>
Olomoucký kraj	24	12	8	<b>8</b>
Moravskoslezský kraj	5	9	10	<b>7</b>
Bydliště mimo území ČR	4	3	7	<b>4</b>
Bezdomovci	1	0	5	<b>0</b>
<b>CELKEM</b>	<b>814</b>	<b>868</b>	<b>777</b>	<b>809</b>

**Graf:** Podíl pacientů v léčbě podle jednotlivých krajů, 2016



Zdroj: MUDr. Jiří Dvořáček, ředitel PL Červený Dvůr

## NÁSLEDNÁ PÉČE

Tabulka 3-5: Služby v oblasti následné péče v r. 2016

Název projektu/ programu	Realizátor	Typ služby	Cílová skupina	Kapacita	Počet osob, kt. služby zař. využily	Uzemní působnost, spádovost	Certifikace
Doléčovací centrum Prevent	PREVENT 99	Ambulantní, s chráněným bydlením	Osoby, které absolvovaly léčbu závislosti (NNL, alkohol, gambling), vč. rodičů s dětmi	13 lůžek v pobytové složce (9M, 4Ž), 8 klientů současně v ambulantní složce – okamžitá kapacita	37 látkové závislosti/ z toho 35 chráněné bydlení. 11 klientů gambling	ČR – pobytová. Ambulantní – převážně Českobudějovicko	ANO
Program následné péče	Arkáda – sociálně psych. centrum	Ambulantní	Osoby, které absolvovaly léčbu závislosti, převážně alkohol	60 osob/ rok	cca 45	okres Písek	NE. registrovaná 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 ve městě České Budějovice, kde ji zajišťuje s kapacitou 13 lůžek chráněného bydlení organizace PREVENT 99. Zhodnotit dostupnost této služby si bez údajů od ostatních poskytovatelů této služby v ČR netroufáme, nicméně z informací, které jsou k dispozici od poskytovatele této služby, vyplývá, že zájem o tuto službu mnohonásobně převyšuje její kapacitu (84 zájemců o léčbu v roce 2016).

Jedná se o typickou službu s celostátní spádovostí, a nelze jednoznačně a odpovědně popsat potřebu dalších kapacit; to považujeme za náplň koordinace služeb tohoto typu na celostátní úrovni. Mj. i vzhledem k tomu, že ne všechny kraje na svém území tuto službu mají, respektive mají ji v dostatečné kapacitě, a např. s pobytovou složkou.

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 údaje o počtech obyvatel Jihočeského kraje, kteří případně absolvují tuto léčbu mimo zařízení na území kraje (otázka recipacity).

Se zhodnocením potřeby a dostupnosti ambulantní následné péče je to složitější. Jediný certifikovaný program tohoto typu se opět nachází v Českých Budějovicích (Prevent 99), nicméně v některých regionech tuto službu či program nabízejí i jiní poskytovatelé (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 se jedná o pacienty závislé na alkoholu po prodělané ústavní léčbě).

- *hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2016*

Bez významných změn.

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2016 (Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.)

Jak vyplývá z popisu výše, potřebnou kapacitu 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 činěny, standardní odpovědi zpravidla psychiatrických léčených bylo, že „tyto údaje – *míněno místo pobytu* - u svých pacientů nesledují“). Ostatně, obdobně by tomu bylo i u doléčování ambulantního – zjednodušeně řečeno, nevíme, kolik osob po absolvované pobytové léčbě se v jednotlivých regionech kraje pohybuje, a jaká by tedy byla potřeba kapacita. 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 zřízení specializované služby. Jakkoli je obtížné odpovědně a objektivně situaci v této oblasti popsat a zhodnotit z hlediska dostatečnosti nebo nedostatku kapacit, můžeme přesto konstatovat, že nadbytečnými kapacitami (nejen v tomto případě) Jihočeský kraj rozhodně nedisponuje.

## OSTATNÍ PROGRAMY

Tabulka 3-6: Ostatní specializované programy v r. 2016 (služby ve vězení, sociální podniky, záchytné stanice apod.)

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby*	Cílová skupina	Kapacita	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	9 lůžek	1 435	1 435	Jihočeský kraj	NE
Program adiktologických služeb pro vězněné osoby	PREVENT 99	Služby ve vězení	Osoby, obviněné nebo vězněné	0,55 úvazku (přímá práce s klienty)	45 klientů/ z toho 40 VTOS Č. B., 5 koresp.	45	Vazební věznice České Budějovice	NE (je plánována)

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

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

Z pohledu kapacity obou výše popsaných služeb lze konstatovat, že:

- Kapacita záchytné stanice postačuje poptávce v regionu Českobudějovicko. Dlouhodobě platí, že s větší vzdáleností od Českých Budějovic klesá počet pacientů. Vzhledem k rozloze Jihočeského kraje by patrně bylo vhodnější kapacitu záchytné stanice rozdělit alespoň do čtyř míst, je pravděpodobné, že by se pak musela kapacita zpětně navýšit. Současná podoba záchytných stanic, jak v ČR fungují, ovšem nevyhovuje nárokům na moderní a efektivní adiktologickou péči (chybí návaznost péče), zároveň stále není uspokojivě vyřešena problematika jejich financování;
- Co se týče nově vzniklé služby ve vězeňství, v Jihočeském kraji je zřízena jediná věznice, v ní již tato služba od roku 2016 působí. Dle informací od realizátora programu se v prvním roce provozu ukázala potřeba navýšení personální kapacity programu (na cca 0,8 úvazku), nicméně v základním rozsahu je potřeba pokryta.

- hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2016

V průběhu roku 2015 probíhalo jednání mezi vedením Vazební věznice v Českých Budějovicích, a organizací PREVENT 99. Byla dohodnuta oboustranná spolupráce, a v dotačních řízeních Ministerstva spravedlnosti a Jihočeského kraje byla podpořena nová služba ve vězeňství, která je od počátku roku 2016 realizována právě

ve Vazební věznici v Českých Budějovicích. V průběhu roku 2016 se jednalo spíše o pilotní provoz, poskytování služby bylo zahájeno cca v dubnu 2016 (důvodem bylo především poskytnutí dotace – finančních prostředků na zajištění provozu služby až v průběhu roku).

- hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2016 (Chybějící popř. nadbytečné (kapacitně málo využívané) typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítí služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.)

Viz výše, bez dalšího komentáře.

### **SAMOSTATNÁ KAPITOLA Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje – zpráva o činnosti Protialkoholní záchytné stanice a akutního detoxikačního centra za rok 2016**

Počet pacientů protialkoholní záchytné stanice v roce 2016: **1 435 osob**

Věková struktura hospitalizovaných osob

- do 19 let: 18 pacientů
- 20 – 64 let 1 004 pacientů
- nad 64 let: 59 pacientů

Komentář: ZZS provozuje jedinou protialkoholní záchytnou stanici v Jihočeském kraji, kde je i zřízené oddělení pro děti a mládež. Pacienti s podezřením na intoxikaci jinými látkami než alkoholem nejsou převáženi na PZS, 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.

Zdrojem finančních prostředků jsou úhrady pacientů, na činnost PZS přispívá Jihočeský kraj v rámci provozního příspěvku poskytovaného ZZS na její činnost. V roce 2016 činily úhrady od pacientů 456 tis. Kč, což představuje 35,37 % z celkové vyfakturované částky za hospitalizaci na PZS ve výši 1 289 tis. Kč. Náklady na provoz Protialkoholní záchytné stanice v roce 2016 činily 7 165 tis. Kč.

**TABULKA:** Počet pacientů Protialkoholní záchytné stanice - srovnání rok 2016 a 2015

měsíc	počet hospitalizovaných pacientů		počet ambulantních pacientů		počet pacientů celkem	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Leden	110	93	35	31	145	124
Únor	93	85	45	27	138	112
Březen	97	96	30	30	127	126
Duben	117	82	31	26	148	108
Květen	102	79	26	24	128	103
Červen	94	90	24	28	118	118
Červenec	96	94	34	29	130	123
Srpen	81	89	39	22	120	111
Září	80	96	38	42	118	138
Říjen	81	91	32	28	113	119
Listopad	94	86	32	35	126	121
Prosinec	93	100	34	32	127	132
<b>Celkem</b>	<b>1 138</b>	<b>1 081</b>	<b>400</b>	<b>354</b>	<b>1 538</b>	<b>1 435</b>

**Tabulka:** Pacienti Protialkoholní záchytné stanice - podíl mužů a žen, srovnání rok 2016 a 2015

	2015	2016
<b>muži</b>	1 307	1 225
<b>ženy</b>	231	210
<b>celkem</b>	<b>1 538</b>	<b>1 435</b>

Zdroj: ZZS jihočeského kraje, Ing. Foltín Jiří

### 3.3 Evaluace efektivity sítě služeb

*Uskutečněné evaluace efektivity sítě služeb: V roce 2016 nebyly tyto aktivity v Jihočeském kraji realizovány. Pro rok 2017 předpokládáme aktualizaci dokumentu, popisujícího minimální síť (adiktologických) služeb v kraji, při jeho zpracování proběhne i částečná evaluace sítě služeb.*

## 4 Různé - další údaje

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

**Kontaktní údaje o zařízeních budou zaslány sekretariátu RVKPP v průběhu měsíce června 2017.**