

Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v kraji za rok 2012

Kraj: Jihočeský

Zpracoval /jméno a funkce/: Mgr. Marek Nerud

Projednáno: Mgr. Petr Studenovský, vedoucí OSVZ

Schváleno usnesením Zastupitelstva Jihočeského kraje č. 257/2013/ZK-6 ze dne 19. 9. 2013

Odkaz na internetovou prezentaci kraje, věnovanou drogám:

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

Cesta: www.kraj-jihocesky.cz → sekce Krajský úřad → Odbor sociálních věcí a zdravotnictví
→ kapitola Sociální věci → **Informace k drogové problematice v Jihočeském kraji**

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

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

Souhrn

hlavní závěry o změnách a hlavních událostech ve sledovaném roce:

charakteristika drogové scény kraje za uplynulý rok (včetně drog legálních a gamblingu) - porovnání s rokem předchozím, trendy v užívání drog, nové drogy, gambling, koordinace – změny, síť služeb – změny, další důležité informace (např. tvorba koncepčních dokumentů na další období ...)

Rok 2012 nebyl v oblasti protidrogové politiky rokem, ve kterém by došlo k nějakým zásadním změnám. Jihočeský kraj se snažil dostát své zákonné povinnosti realizovat na svém území protidrogovou politiku v samostatné působnosti stejně odpovědně, jako v letech minulých. Vlastní výdaje kraje na realizaci jednotlivých programů činily cca 9,7 mil. Kč, z toho 1,3 mil. Kč na oblasti specifické primární prevence, cca 6,2 mil. Kč na podporu dalších odborných služeb (terénní programy, kontaktní centra apod. – v této oblasti odhadujeme realisticky spoluúčasť kraje na úrovni cca 30 % celkových rozpočtů těchto služeb) a 2 mil. Kč na podporu provozu záchytné stanice. Podrobněji v příslušné kapitole zprávy. Zároveň Jihočeský kraj aktivně působil jako partner institucí na celostátní úrovni (především rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, ale i jednotlivých ministerstev), stejný význam ale přikládal i spolupráci s jednotlivými obcemi.

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

Co se týče nejrizikovější skupiny uživatelů (nejen ve vztahu k vlastní osobě, ale i k okolí), tedy **injekčních uživatelů NNL (IUD)**, jejich počet v Jihočeském kraji odpovědně a realisticky odhadujeme na (minimálně) **1 700 osob** (převažují z cca 80 – 90 % uživatelé pervitinu jako primární drogy). Počet dalších problémových uživatelů, opět z větší části uživatelů pervitinu (neinjekčních) odhadujeme na dalších minimálně cca 200 osob. **Celkem tedy odhad problémových uživatelů drog v kraji 1 900 osob.** Velmi pravděpodobně bude skrytá populace větší, než se dosud jevílo, a máme za to, že to platí i pro jiné regiony.

V oblasti koordinace protidrogové politiky ani v síti služeb žádné zásadní změny oproti roku 2011 nenastaly, podrobnější údaje lze nalézt na příslušných místech zprávy.

– návrhy na opatření

Na krajské úrovni plánujeme v následujícím období pracovat na dvou velkých tématech, a to jak na aktivnější spolupráce se samosprávami obcí (nejen na spolufinancování protidrogových služeb, ale i na koordinaci opatření v protidrogové politice na místní úrovni), tak na dalším rozvoji sítě protidrogových služeb. Provedený průzkum v roce 2012 ukázal, že jsou regiony, kde se ještě nedá mluvit o přiměřené dostupnosti některých služeb, a tématem bude i získání odpovídajících finančních prostředků na realizaci protidrogové politiky Jihočeského kraje.

Od centrální úrovně bychom očekávali aktivní spolupráci ve třech základních oblastech. Za prvé spolufinancování služeb na úrovni reálných a odůvodněných potřeb, vyjednávání či podporu ve vyjednávání se zdravotnickým sektorem (především otázka financování důležitých služeb z veřejného zdravotního pojištění) a velkým tématem do budoucna jsou služby s místní a celostátní působností (stanovení garanta, měření efektivity a potřebnosti, odpovědnost různých úrovní směrem k různým typům služeb).

Obsah a struktura výroční zprávy:

1	Drogová scéna – situace v kraji	4
2	Koordinace protidrogové politiky	20
2.1	Institucionální zajištění	20
2.1.1	Krajské institucionální zajištění koordinace	20
2.1.2	Místní zajištění koordinace protidrogové politiky	21
2.2	Strategické dokumenty protidrogové politiky kraje	23
2.2.1	Koncepce, strategie, akční plány a jejich zaměření	23
2.2.2	Hodnocení strategických dokumentů/protidrogové politiky kraje	25
2.3	Zadané/realizované analýzy/studie v oblasti drogové politiky a drogové situace	25
2.4	Další významné aktivity v oblasti protidrogové politiky v r. 2012 na krajské i místní úrovni	26
3	Finanční zajištění služeb pro uživatele drog	26
4	Služby poskytované uživatelům drog a osobám ohroženým drogami	33
5	Různé - další údaje	41

1 Drogová scéna – situace v kraji

– užívání drog v obecné populaci, ve školní populaci

Užívání drog (nelegálních návykových látek) v obecné populaci kraje se dle našeho předpokladu a profesních i osobních zkušeností aktérů protidrogové politiky neliší (rozhodně nikoli významně) od obecného trendu v ČR. Jihočeský kraj nerealizoval v roce 2012 žádné speciální, samostatné šetření na svém území (hlavními důvody jsou nedostatek finančních prostředků, předpokládané nedostatečné odborné zajištění takového průzkumu a celková neefektivita takového přístupu). Pokládáme za pravděpodobné, že jsou v kraji regiony/ populace (podle místních podmínek), kde bude míra vyšší, obdobně je tomu nepochybně i ve školních populacích (jiná situace bude na odlehlejších školách v hůře přístupných regionech, jiná situace bude pravděpodobně přímo v krajském městě – nicméně rozdíly se stírají, i vzhledem k tomu, že žáci škol odlehlejších pokračují ve studiu na školách ve větších městech, kde je kontakt s NNL reálnější). Pro případnou vlastní potřebu využíváme data z Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v ČR (Beláčková, Nechanská et al, ÚV ČR, 2012) a obdobné podklady (studie ÚZIS 206, studie ESPAD).

Ač se jedná o starší výzkumy, korespondují s naší každodenní zkušeností, a významné změny v trendech nepředpokládáme (pochopitelně se stále bude zvyšovat minimálně celoživotní prevalence užívání, neboť z populace odcházejí starší ročníky, které vyrůstali v jiném období, kdy užívání nelegálních NL nebylo součástí jejich životního stylu, především v mladších letech, a dorůstají ročníky nové, kde minimálně ojedinělý experiment kupříkladu s konopím je víceméně obvyklou záležitostí).

Shrnutí: Předpokládáme celoživotní prevalenci cca u jedné třetiny dospělých obyvatel (18 – 64 let), z toho 17 % v posledních 12 měsících, cca 10 % v posledních 30 dnech. Těmto údajům odpovídají i údaje o uživatelích drog ve službách, především co se uživatelů pervitinu a opiátu (tedy problémových uživatelů) týče.

Pro účely krajských strategických dokumentů a plánování služeb, i pro hodnocení míry efektivity případných intervencí používáme tyto konkrétní údaje:

- celoživotní prevalence užití legální drogy (tj. užití alespoň 1* za život) v ČR činí 55 % tabák, 93 % alkohol. V Jihočeském kraji můžeme předpokládat, že tuto zkušenost zažilo cca 230 000 osob/ tabák, 390 000/ alkohol;
- celoživotní prevalence užití nelegální drogy v Jihočeském kraji tedy můžeme předpokládat na úrovni cca **135 000 osob** - prevalence užití v posledním měsíci – tedy aktuální, činí v měřítku ČR cca 10 %, tedy mezi **30 000 - 40 000 osob** (původní předpoklad cca poloviční, podle průzkumu ÚZIS 2006, kde byla popsána tato zkušenost u 4 % obyvatel);
 - z toho co se týče nelegálních drog, mezi kategoriemi „celoživotní prevalence“ a „problémový uživatel drog“ se nachází celá řada osob, u kterých patří opakované užití nebo víceméně pravidelné užívání nelegálních návykových látek (pochopitelně v řadě případů společně s těmi legálními) k jejich životnímu stylu. Pro tyto skupiny používáme v odborné terminologii názvy experimentátoři, rekreační uživatelé, pravidelní uživatelé nebo již problémoví uživatelé drog, kteří ovšem nespádají pod vymezení EMCDDA (užívají „problémově“ jiné látky než opiáty, kokain, amfetaminy). Je velmi obtížné přesně vyčíslit, kolik osob v Jihočeském kraji by spadalo do těchto kategorií, přesto se domníváme, že kvalifikovaný odhad incidence opakovaného užívání nelegálních drog by mohl činit až cca **30 000 osob**.

Několik poznámek: Nepochybně převažuje (a do budoucna převažovat bude) celoživotní zkušenost s marihuanou v obecné populaci cca 34 %, posledních 12 měsíců 15 %, posledních 30 dnů 8 %. Na druhém místě v podmínkách Jihočeského kraje **pravděpodobně** spíše pervitin než extáze (pervitin nebo látky podobné nahrazují již dlouhodoběji v prostředí noční zábavy extázi, vzhledem ke změnám ve složení tablet, kde dlouhodobě klesal obsah MDDMA; navíc v Jihočeském kraji nevidíme taneční scénu natolik rozšířenou, jako kupříkladu v Praze). Údaje o užívání kokainu jsou v prostředí kraje spíše sporadické, nebudou kopírovat v průzkumech popsanou zkušenost obecné populace ČR (nicméně užívání pervitinu užívání kokainu nahrazuje – obdobně, jako u extáze), v posledních cca dvou letech se ale nepotvrzené údaje o užívání kokainu objevují častěji, než tomu bylo dříve (uživatelé kokainu se ve službách i v ambulantní léčbě téměř neobjevují). Co se užívání heroinu týče, nepochybně bude u této látky oproti rokům. Kdy byly zmíněné průzkumy prováděny, zaznamenaný významný propad, ovšem prevalence užívání opiátů jako takových předpokládáme bez významnější změny (heroin je nahrazován jak buprenorfiny, tak jinými opiáty, určenými výhradně pro lékařské použití – aktuálně kupříkladu Vendal). O čem máme přehled nebo povědomí nejnižší (zmiňujeme v souvislosti s opiáty) je zneužívání dalších léčiv...

– užívání drog v prostředí zábavy, nočního života

Specifické údaje o užívání drog v prostředí zábavy a nočního života nemáme. Principiálně to souvisí s dvěma okolnostmi. Za prvé nemáme finanční zdroje na specifické průzkumy či analýzy, a údaje získané prostým pozorováním budou vždy jen povrchní a nespolehlivé. Za druhé se v Jihočeském kraji (ostatně obdobně je tomu i ve zbytku ČR) na tuto poluci či scénu žádná služba nespécializuje, a ani nejsou k dispozici vhodné nástroje pro tyto intervence (od doby, kdy bylo v ČR znemožněno testování tablet Extáze). Navíc potenciální klienti se do prostředí „zábavy“ přichází bavit, nikoli řešit problémy (to je ostatně zkušenost dlouhodobá, kdy například se některé služby i mimokrajské pokoušeli v tomto prostředí intervenovat – namátkou právě JČSW, nebo Drop-in). Nicméně JČSW (Jihočeský streetwork Prevent) vytrval, a součástí jeho běžné činnosti jsou i nepravidelné návštěvy větších tanečních či hudebních akcí. Dlouhodobé poznatky JČSW naznačují, že v kraji z NNL (mimo marihuany) získává dlouhodobě větší oblibu pervitin (viz i níže zmíněná poptávka po „šňupátkách“). V podstatě nelze, dle našeho názoru, popsat či analyzovat toto prostředí bez využití adekvátních nástrojů (jakým bylo v minulosti právě testování tablet – ke kterému se zdá se podle posledních zpráv naši pragmatičtější západní sousedé vracejí). Předávání letáků není v tomto ohledu nástroj dostatečný (a to bez jakékoli výhrady směrem ke službám – ty pracují v mantinelech, které určují jiní).

Citace Jihočeský streetwork Prevent, VZ 2012: *V rámci terénní sociální práce v prostředí noční zábavy jsme navštívili s informačním stánkem 8 hudebních akcí. Celkem zde proběhlo 364 kontaktů. Kvalitativní testování tablet Extáze nerealizujeme, tudíž nevyplňujeme s návštěvníky stánku dotazníky. V rámci informačního servisu či kontaktní práce nelze vyplňovat dotazníky a zjišťovat data, protože v prostoru taneční akce o to nemají uživatelé zájem. Proto jsou v tabulce uvedeny jen počty kontaktů, protože námi uvedená data získaná pozorováním a rozhovorem by nebyla zcela přesná. Nejčastěji návštěvníci stánku využívají nabídky informačních letáků, kontaktu s pracovníky a šňupátka.*

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

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

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

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

Komentář k tabulce výše: V tabulce jsou uvedeny součty za výhradně nízkoprahové služby (terénní programy a kontaktní centra), působící v Jihočeském kraji. Výhradně nízkoprahové služby jsou vybrány proto, aby nedocházelo k nadměrným duplicitám (jednotlivý klient by neměl být počítán dvakrát, aby nedošlo ke zkreslování reálné situace), neboť lze důvodně předpokládat, že by jeden klient mohl během jednoho roku ve statistice vyskytnout vícekrát – typickým příkladem by byl klient KC, který by v průběhu roku zahájil ambulantní léčbu (nebo by využil jakoukoli jinou službu – substituce, pobytová léčba apod.). V této tabulce jsou nicméně i tak uvedeny

prosté součty klientů služeb. Vzhledem k tomu, že v některých regionech jsou na území okresu (tedy v mezích přiměřené dostupnosti) realizované dva nízkoprahové programy, KC i TP společně, může i tak k přesahům docházet. Základní „očistěná“ data, tedy údaje o počtech klientů s ohledem na přesahy mezi službami, jsou u čtyř nejvýznamnějších kategorií uvedeny v tabulce níže...

Tabulka: Počet uživatelů drog (IUD a vybrané kategorie, pouze TP a KC)

	2010	2011	2012
Počet klientů/ uživatelů drog/ UD	1 455	1 610	1 630
počet INJEKČNÍCH uživatelů drog/ IUD	1 133	1 281	1 177
UD se základní drogou PERVITIN	1 032	1 119	1 075
UD se základní drogou OPIÁTY (heroin a buprenorfin)	215	223	216

Komentář k tabulce výše: V tabulce jsou uvedeny počty klientů/ UD, blízké realitě. Klíč k pochopení – pro rok 2011 upraveno minus překrytí 185 osob (TP vs. KC – v okresech Písek, České Budějovice, Prachatic, Strakonice – konzultováno s jednotlivými realizátory), z toho počítáno 100% injekčních uživatelů (převažující klientela TP), 80% pervitin, 20% opiáty... Dle údajů poskytovatelů služeb dochází ještě k jednomu překrytí, a to mezi službami MEZI jednotlivými okresy. Téměř všichni poskytovatelé toto překrytí odhadují na cca 5 % (důvodem je nepochybně větší rozloha kraje, tím pádem větší vzdálenost mezi službami – otázka místní dostupnosti). Čili v roce 2011 by realitě nejbližší počet klientů – jednotlivých fyzických osob v nízkoprahových službách v Jihočeském kraji činil cca 1 200 osob, z toho lze dovodit pomocí multiplikátoru 0,67¹ reálný střední počet IUD v kraji na cca 1 791 osob.

Údaje Hygienická stanice HI. města Prahy:

Tabulka: Prevalence² a incidence³, uživatelé drog (UD) – žadatelé o léčbu, Jihočeský kraj 2009 - 2012

období	prevalence - počet UD	prevalence UD na 100 000 obyv.	incidence - počet nových UD	incidence UD na 100 000 obyv.
2012	475	74,7	276	43,4
2011	539	84,4	292	45,7
2010	547	86,6	318	50,4
2009	410	64,9	215	34,1

Zdroj: Hygienická stanice HI.m.Prahy (Výroční zpráva ČR 2012 a starší)

Tabulka: Prevalence a incidence léčených problémových uživatelů drog (PUD⁴), Jihočeský kraj 2009 - 2012

období	prevalence PUD	prevalence PUD na 100 000 obyv.	incidence PUD	incidence PUD na 100 000 obyv.
2012	433	68,1	240	37,7
2011	501	78,4	262	41,0
2010	507	80,3	291	46,1
2009	379	60,0	193	30,6

Zdroj: Hygienická stanice HI.m.Prahy (Výroční zpráva ČR 2012 a starší)

Doplnění k uvedeným tabulkám Hygienické stanice HI. města Prahy:

1/ Jihočeský kraj, rok 2012 – 328 léčených IUD (není známo, zda jsou započítáni, resp. jak jsou započítáni pacienti PL Červený Dvůr a dalších zařízení pobytové léčby s celostátní spádovostí); **odhad prevalence IUD v populaci 1 513 osob** (ITR 17,5 % = 1 874 osob; ITR 28,5 % = 1 150 osob; při zjištěném počtu léčených IUD

¹ Viz VZ ČR 2011, NMS, str. 43

² Prevalence = součet počtu uživatelů za daný rok

³ Incidence = součet prvních žádostí o léčbu v daném roce

⁴ podle definice EMCDDA, tj. injekční užívání jakékoli drogy a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů a/nebo kokainu a/nebo drog amfetaminového typu

328 osob...); počet vyměněných kusů (JIS) na 1 odhadnutého IUD – 143 ks (pozn. k počtu vyměněných jehel – mírný nesoulad - cca o 6 % méně, než uvádí statistiky výměnných programů...).

2/ Odhad PUD dle metodiky, popsané v zmíněné VZ za rok 2012 (str. 101 – 105):

Prevalence 433 PUD Jihočeský kraj, při

- ITR 17,5 % činí odhad 2 474 PUD
- ITR 28,5 % činí odhad 1 519 PUD
- Průměr obou odhadů (užívaný pro odhad PUD v ČR) = **1 997 PUD v Jihočeském kraji**⁵

Závěrem k této kapitole:

V Jihočeském kraji využíváme pro odhad informací o problémovém a injekčním užívání nelegálních drog v populaci především údaje od nízkoprahových služeb, které považujeme za koherentní a dlouhodobě důvěryhodné. Vyplývá to především ze samotného charakteru těchto služeb – a definice problémového užívání. Údaje o léčbě, a především léčbě ambulantní, jsou z důvodů, které důvěrně známe, spíše doplňujícího charakteru, a spíše než o podobě drogové scény vypovídají o ochotě zdravotnických zařízení se léčbou závislosti zabývat (anebo minimálně o tom podávat zprávy/ statistické výkazy). Víme zcela jistě, že se ambulantní léčba závislosti zabývá mnohem více zařízení, než podává informace (jak pro ÚZIS, tak pro Hygienickou stanici HI. Prahy), zároveň že se v některých statistikách směšují údaje o léčbě ambulantní a pobytové, a zvláště statistiky odhadnout dlouhodobě cca pětinový podíl pacientů z Jihočeského kraje, z toho cca polovina nelegální drogy). Ostatně, o věrohodnosti uvedených údajů v konfrontaci s údaji nízkoprahových služeb si lze udělat obrázek z přiložených tabulek, zaznamenávajících dlouhodobý vývoj...

Za realitě nejbližší statistický údaj považujeme odhad počtu injekčních uživatelů drog. Těm vlastně služby nabízí nejpřijatelnější a jejich potřebám nejvíce odpovídající servis (výměnný program, zdravotní ošetření, testování na vybrané přenosné nemoci...). Injekční uživatelé také zpravidla patří, lépe řečeno sebe sami počítají do kategorie, odpovídající nastavení těchto služeb (i po relativně krátké drogové kariéře). Část uživatelů, kteří by patřili do kategorie problémových uživatelů, ale tento pocit nemá, kontaktní centra a terénní programy považuje obvykle za služby pro ty, kdo jsou „na dně“ a „Káčko je (pro ně) poslední štace“, a sami se cítí být na vyšší úrovni... Zvláště pokud nelegální látky užívají (alespoň zpočátku) jinou formou než injekční, trvá jim delší dobu, než služby nízkoprahových center využijí, respektive než pocítí tuto potřebu (v tomto smyslu na Adiktologické konferenci zazněl zajímavý příspěvek Mgr. Jiřího Koreše z Doléčovacieho centra Prevent, viz Teren → Kačko → Lečba → Doléčování? ⁶). Samostatnou kapitolou jsou uživatelé drog, kteří jsou zaměstnání a na droze jsou schopni ještě aspoň nějak fungovat, byť by definici (dlouhodobé, pravidelné užívání vybrané návykové látky) již naplňovali.

Shrnutí stručně – údaje o injekčních uživatelích v Jihočeském kraji jsou dle našeho názoru reálné. Co se problémových uživatelů týče, domníváme se, že naprostá většina uživatelů pervitinu a opiátů (blížící se 100 %), kteří vyhledávají služby kontaktních center, tuto definici naplňují – právě z podstaty jejich akceptace nízkoprahových služeb (na službách kontaktních center a terénních programů nenalézáme žádnou složku, která by byla využitelná osobami, které nesplňují definici problémového užívání – ti, kdo nemají s užíváním problémy, prostě nemají důvod tyto služby využívat). Nicméně odhad jejich počtu v kraji je zatížen významnějším nejistotou, než u uživatelů injekčních, předpokládáme (opatrně) jejich významně vyšší počet (vodítkem mohou být informace od klientů služeb, nebo od dalších spolupracujících institucí. Kupříkladu pracovníci Probační a mediační služby - která již nějakou dobu pracuje s drogovou problematikou – uvádí, že mezi jejich klienty významně převažuje jiné než nitrozilní užívání především pervitinu, u řady klientů dlouhodobé a vedoucí ke konfliktu se zákonem. Nicméně tito klienti nikdy v minulosti nízkoprahových služeb nevyužili, byť se dá zcela oprávněně uvažovat o jejich statusu problémových uživatelů. Stejně to v podmínkách Jihočeského kraje bude platit pro některé významně rizikové skupiny, kupříkladu aktéry pouliční prostituce (v řadě případů je prostitutkám, ač drogy užívají, ve využívání služeb bráněno, menšiny a cizinci nemají v řadě případů ke službám důvěru a ač máme o užívání nelegálních návykových látek v těchto populacích útržkovité zprávy, nemáme hodnověrné údaje). **Shrnutí stručně – údaje o problémovém užívání odhadujeme spíše opatrně, s vědomím, že se může jednat o více rozšířený fenomén, než si podle v současné době dostupných údajů umíme představit (nebo spočítat).**

⁵ V roce 2011 by tento odhad, dle použité metodiky, činil cca **2 311 PUD**...

⁶ Viz http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?parfid_vl=346&parflangj=CS, VI. Adiktologická konference Jihočeského kraje 2012

ODHAD PROBLÉMOVÉHO UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK v Jihočeském kraji

Za rok 2011 činil odhad za KPK počet PUD v Jihočeském kraji cca 1 900 osob, z toho IUD cca 1 700 osob.

Odhad za poskytovatele služeb za rok 2011 činil ⁷:

- počet **PUD 2 322 osob**
 - vyjdeme-li z reálných PUD v kontaktu - podle multiplikátoru 0,67 cca 2 095 osob/ podle multiplikátoru 0,77 – 1 822 osob)
 - z toho **IUD 1 735 osob**
 - vyjdeme-li z reálných IUD v kontaktu - podle multiplikátoru 0,67 – 1 966 osob/ podle multiplikátoru 0,77 – 1 714 osob...

Za rok 2012 činí odhad (realistický, spíše při dolní hranici) za Jihočeský kraj:

- počet **PUD v Jihočeském kraji cca 1 900 osob**
 - z toho **IUD na cca 1 700 osob.**

Odhad za poskytovatele služeb za rok 2012 činil ⁸:

- počet **PUD v Jihočeském kraji 2 442 osob**
 - vyjdeme-li z reálných PUD v kontaktu - podle multiplikátoru 0,67 cca 1 944 osob
 - z toho **IUD 2 054 osob**
 - vyjdeme-li z reálných IUD v kontaktu - podle multiplikátoru 0,67 – 1 681 osob

K TĚMTO ODHADŮM POVAŽUJEME ZA NUTNÉ DODAT NÁSLEDUJÍCÍ: Odhady na celostátní úrovni počtů PUD/ IUD přisuzovaly v roce 2010 Jihočeskému kraji 1 400 PUD/IUD, za rok 2011 1 300 PUD/IUD. Bylo by možné přejít tuto disproporcii jako jakousi možnou statistickou odchylku (sleduje se celá ČR, nikoli specificky kraje), ale to je možné až do doby, dokud tyto statistické údaje nejsou podkladem („epidemiologická situace v kraji“) podkladem pro rozhodování o výši dotací jednotlivým službám. Ale vzhledem k tomu, že tento trend nastává, považujeme za účelné na tomto místě prohlásit, že údaje o epidemiologické situaci v Jihočeském kraji neodpovídají realitě, respektive ji hrubě (rozdíl o cca 30 % nelze nazvat jinak) zkreslují.

V našich odhadech pracujeme s podklady a údaji pouze od nízkoprahových služeb (KPS, TP), nikoli s v podstatě nedostupnými (a málo věrohodnými – stačí podrobnější pohled na statistiky ÚZIS, tab. 1. 5., počty uživatelů jedn. druhů NL v léčbě, meziroční trendy apod.) údaji z oblasti zdravotnictví. Nesčítáme služby prvního kontaktu s ambulantní ani pobytovou léčbou. Při vědomí toho, že ne všichni PUD/ IUD chtějí a potřebují nízkoprahové služby využít je zjevné, že se jedná o skutečně minimální odhad, spodní hranici reality.

DALŠÍ KOMENTÁŘ k odhadu: V roce 2012 a počátkem roku 2013 jsme oslovili nízkoprahové služby na území kraje (z důvodu, že odhady problémového užívání z celostátní úrovně se nejevily jako blízké realitě - viz Výroční zpráva NMS 2010, 2011 ⁹). Služby se vyjádřily k pokrytí regionů službami, zhodnotily jejich dostupnost (místní i časovou), podrobněji popsaly trendy a modely užívání v jednotlivých regionech (jejich specifika), vyjádřily se k přesahům a samy odhadly rozšíření problémového/ injekčního užívání apod. (samostatný dokument bude přílohou této zprávy). Odhad samotných služeb a další takto získané údaje slouží ke korekci odhadu kraje. Na tomto místě by bylo vhodné zmínit, co vedlo k v uplynulých letech k průběžnému navyšování odhadu problémového užívání na území Jihočeského kraje.

⁷ Viz zmiňovaný průzkum ve všech nízkoprahových zařízeních v kraji. Údaje jsou očištěny o přesahy (reálně zjištěné nebo alespoň kvalifikovaně odhadnuté) mezi službami.

⁸ Viz zmiňovaný průzkum ve všech nízkoprahových zařízeních v kraji (údaje zpracovány v květnu 2013). Údaje jsou očištěny o přesahy (reálně zjištěné nebo alespoň kvalifikovaně odhadnuté) mezi službami.

⁹ A také z důvodu, že se začaly objevovat informace, že by tyto odhady měly/ mohly být jedním z kritérií pro financování drogových služeb na úrovni krajů. Odhad 1 400 (PUD i IUD, VZ rok 2010) nebo 1 300 (PUD i IUD, VZ rok 2011) skutečně neodpovídá našim znalostem o situaci na území kraje (byť jsme si vědomi, že se odhady NMS pohybují v nějakém středním pásmu). Nemluvě o tom, že kupříkladu odhady uživatelů pervitinu z centrální úrovně se téměř shodují s jejich reálným počtem ve službách v kraji (čili žádná skrytá populace.).

Prvním důvodem je postupné rozšiřování služeb, zlepšování místní dostupnosti především terénních programů. Pomohl k tomu první Individuální projekt kraje, kdy se tyto služby rozšířily do většího počtu menších měst, kde se objevily skupinky UD (včetně nitrožilních), které dosud nebyly v žádném kontaktu s nízkoprahovými zařízeními (z toho dovozujeme, že nelze brát jako dostatečné zajištění drogových služeb v regionu ambulantní službu/ KC – tedy v případě, že chceme aktivně ovlivňovat drogovou scénu). Čili prvním důvodem je zvýšení dostupnosti služeb pro dosud skrytou populaci, nikoli zvýšení počtu UD.

Druhým důvodem (především u uživatelů pervitinu) je nepochybně dobrá dostupnost relativně levné drogy. Před cca čtyřmi lety se začaly objevovat zprávy, že se pervitin stává relativně běžnou „zábavovou drogou“, a vzhledem k dostupnosti a důvěře uživatelů v jeho „kvalitu“ (kterou ztratila extáze a podobné látky) se rozšiřuje jeho neinjekční užívání v prostředí noční zábavy, počty injekčních uživatelů v kontaktu se službami dokonce mírně poklesly, nebo alespoň stagnovaly. Zdá se ale, že jen do té doby, než alespoň část tehdejších uživatelů přehodnotila svůj postoj k injekčnímu užívání (z různých důvodů). Pochopitelně k tomu přispělo i rozšíření znalosti výroby pervitinu a to, že se čím dále více rozšiřují „výrobní“ kapacity a „byznysu“ s ním spojeného, a to i ve skupinách obyvatel, kde by to bylo ještě před několika lety obtížně představitelné (alespoň v tak velkém měřítku jistě – kupříkladu romská populace). Ale zdá se, že tento trend nekončí, a i podle zpráv represivních orgánů se pervitin rozšiřuje i do vyšších sociálních skupin, kde je využívána jeho vlastnost zvyšovat pracovní výkon (s tím souvisí pravděpodobně i významně častější zprávy o užívání kokainu na území kraje – alespoň částečně). Druhým důvodem je tedy i zvýšení počtu uživatelů (především pervitinu).

Třetím důvodem, souvisejícím opět především s pervitinem (částečně s pěstováním marihuany), je dopad finanční krize. Výroba a distribuce drog je mnohdy pro celé skupiny osob východiskem ze složité sociální či finanční situace, toto vnímají jako „prosté“ zajištění příjmu. A nemusí se ani zdaleka jednat o klasické přímé, „vnitřně přiznané“ kriminální jednání, ale spíše tito lidé nejsou schopni rozeznat nebo pochopit, že se již nepohybují ve sféře ekonomiky „šedé“. To je významně cítit v regionech s nízkou zaměstnaností, v regionech odlehlejších či příhraničních. Tím se také oproti minulosti tato droga do odlehlejších regionů snáze dostává. Na tomto místě se také nabízí otázka, jak se bude v nízkopříjmových skupinách obyvatel projevovat krize i do budoucna, především s ohledem na snadnou dostupnost drog nelegálních a jejich relativně nízkou cenu, která může začít konkurovat „tradičnímu“ alkoholu, zvláště pokud se projeví jeho další zdražení. Některé výstupy tzv. „metanolové aféry“, tedy návrhy na vyšší zdanění, podrobnější dokládání (tedy finančně náročnější administrace obchodu) původu alkoholu, speciální licence pro prodej apod. by k tomuto zdražení mohly vést... Druhou možnou reakcí, kterou by toto zdražení mohlo vyvolat, by bylo významnější rozšíření náhražek podobných alkoholu, jak to známe kupříkladu z postsovětských republik...

– uživatelé drog v léčbě a ve službách

Komentář celkový: Podstatně údaje se nachází v předcházející kapitole. Co se týče samotné léčby, některé informace o obyvatelích kraje v léčbě máme ze statistik ÚZIS (týká se ambulantní léčby). Údaje jsou podhodnocené, což souvisí s tradiční nízkou ochotou lékařů vyplňovat statistické přehledy a hlásit své pacienty ÚZISu. Navíc je k tomu nutné připočítat malou ochotu ambulantních (psychiatrických) zařízení se léčbou především nealkoholových závislostí zabývat. Důvody jsou různé, v rozpětí od „nemám na AT léčbu“ kvalifikaci až po „nevěřím na úspěšnost ambulantní léčby, pacienta primárně/ automaticky přesvědčuji k ústavní léčbě“. Někde mezitím se objevuje důvod „mám mnoho lidí s vážnější diagnózou, kteří potřebují pomoc psychiatra a svou nemoc si navíc sami nezavinili“... Pravděpodobně hlavní důvod je malá hustota sítě psychiatrických ambulantních služeb, tomu nasvědčují i dlouhé čekací doby na první vyšetření nových pacientů. A i to je důvod, který sami psychiatři na dotazy ohledně jejich malého zájmu o tuto cílovou skupinu zmiňují.

Co se týče léčby ústavní, tady již o pacientech/ občanech Jihočeského kraje v léčbě nemáme příliš relevantní informace. Na území kraje se nachází významná psychiatrická léčebna, specializovaná na oblast závislostí, PL Červený Dvůr, která má ovšem celostátní spádovost. V předcházejících letech sledovala léčebna i „krajskou příslušnost“ svých pacientů, za rok 2009 cca 16 % pacientů z Jihočeského kraje¹⁰, od té doby již tento údaj vedení léčebny nesledovalo – nicméně kvalifikovaný odhad zastoupení pacientů z JČK se stále pohybuje kolem cca 20 %. Stejně je tomu i u ostatních obdobně zaměřených služeb, v terapeutických komunitách na území kraje se léčí jednotky klientů z kraje, další jsou ale rozptýleni po pobytových zařízeních v celé ČR, Jemnicí počínaje a Bohnicemi konče. Žádný způsob, jak jejich počty (ne-li další, podrobnější údaje) zjistit nemáme. V minulosti vedly pokusy o toto zjišťování (včetně problematiky detoxů) jen k řadě nepřilíživých (z pochopitelných ale důvodů) reakcí ze strany realizátorů oslovených programů.

Doplňující zdroj informací – ÚZIS, Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2011 (a starší)

¹⁰ Viz VZ Jihočeského kraje za rok 2009 (a některé starší).

Str. 37 „ročenky“ za rok 2011: Na pracovištích zajišťujících ambulantní péči o alkoholiky a toxikomany evidovali celkem 935 pacientů užívajících psychoaktivní látky, z nich alkohol požívalo 540 osob, přičemž 84 % bylo na alkoholu závislých. Z 395 osob, které užívaly drogy, byla závislost zjištěna u 87 %. V roce 2011 byl zaznamenán pokles počtu alkoholiků o 9 %, u počtu osob užívajících drogy činil nárůst 19 %.

Tabulka: Struktura evidovaných pacientů* AT ambulancí v Jihočeském kraji v letech 2005 – 2011

	2005	2008	2009	2010	2011	2011 dg. závislost
opiáty a opioidy	143	60	39	110	136	130
z toho: heroin	100	9	3	34	7	7
canabinoidy	34	16	18	15	9	9
sedativa, hypnotika	52	26	11	22	36	32
z toho: benzodiazepiny	39	2	6	15	24	22
kokain	0	0	0	0	0	0
stimulancia	48	28	22	39	52	49
z toho: metamfetamin (pervitin)	13	28	20	26	46	44
halucinogeny	1	1	0	0	0	0
prchavá rozpustidla	1	0	0	1	0	0
kombinace drog	148	78	68	97	143	103
psychoaktivní látky, součet (mimo tabák a alkohol)	427	209	158	284	376	323
tabák	-	-	104	48	19	19
alkohol	664	493	431	594	540	453

ZDROJ: Statistika ÚZIS (Zdravotnická ročenka Jihočeského kraje 2011 a starší)
Pozn.: Pacienti „živé kartotéky“; tj. se záznamem v dokumentaci ne starším než jeden rok

Komentář celkový KPK: Pro srovnání, v celé ČR byl pro rok 2009 zaznamenán počet ambulantních pacientů, užívajících psychoaktivní látky celkem u alkoholu 24 206 osob, u nealkoholových psychoaktivních látek (vč. tabáku) celkem 17 213 osob. AT ambulance v Jihočeském kraji se podílejí na těchto číslech u alkoholu 1,8% pacientů (431 osob), u nealkoholových psychoaktivních látek 1,5% pacientů (158 osob). Na 10 000 obyvatel je s počtem 6,8 ambulantně léčených alkoholiků kraj na posledním místě (nejméně léčených), u ostatních psychoaktivních látek třetí od konce (po krajích Zlínském a Pardubickém).

Za rok 2011 byl v ČR zaznamenán počet ambulantních pacientů, užívajících psychoaktivní látky celkem u alkoholu 23 343 osob, u nealkoholových psychoaktivních látek (vč. tabáku) celkem 15 390 osob. AT ambulance v Jihočeském kraji se podílejí na těchto číslech u alkoholu 2,23 % pacientů (540 osob), u nealkoholových psychoaktivních látek 2,3 % pacientů (395 osob, vč. tabáku). V počtu pacientů, léčených v ambulantních psychiatrických zdravotnických zařízeních pro užívání alkoholu je ve srovnání krajů Jihočeský kraj na posledním místě ze všech krajů, u nealkoholových drog na 11. místě (následují kraje Zlínský, Liberecký, Pardubický – přitom dle odhadu NMS má Liberecký kraj cca 2* více PUD v přepočtu na obyvatele). Přitom v Jihočeském kraji žije cca 16% obyvatel ČR, bylo by tedy realistické předpokládat mnohem vyšší poměr/ počet léčených uživatelů psychoaktivních látek. Zdá se, že tyto údaje rozhodně nevypovídají o skutečném stavu drogové scény v kraji (a možná nejen v Jihočeském), a souvislosti či vysvětlení můžeme hledat minimálně v nedostatečném systému hlášení, mnohem pravděpodobněji ale v nedostatečném pokrytí území kraje ambulantními zařízeními (otázka především místní dostupnosti) pro léčbu užívání psychoaktivních látek.

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

O užívání NNL v naprosté většině specifických skupin nemáme věrohodné informace. Lze předpokládat, že stejně jako v běžné populaci, tak mezi cizinci (ostatně stejně, jako v jejich domovských zemích) se užívání NNL objevuje, nicméně služby, především nízkoprahové nevyhledávají, z různých důvodů (jazyková bariéra a malá informovanost mohou být základními důvody). Celkem se oficiálně na území kraje v roce 2011 nacházelo 14 894 cizinců, z toho 5 686 ze zemí EU. Podle údajů ČSÚ je v Jihočeském kraji největší zastoupení cizinců z Ukrajiny (4,2 tis.), následují Slovensko (2,7 tis.), Vietnam (2,5 tis.), Ruská federace (537 osob) a Polsko (315 osob). Pokud máme věrohodné informace, pracovníci z těchto zemí se v případě, že se u nich objeví problémy s užíváním NNL, vrací (nebo jsou navraceni – zaměstnavatelem/ zprostředkovatelem – týká se spíše občanů ukrajinské národnosti) zpět do své vlasti, případně je tento problém řešen uvnitř komunity, jejími vlastními silami (týká se spíše občanů vietnamské národnosti).

Co se týče etnických a jiných menšin, nejvýznamnější je v podmínkách Jihočeského kraje romská menšina, kde zprávy o užívání NNL máme. Jedná se především o klienty terénních programů (služeb KC a zařízení s vyšším

prahem využívají spíše ojediněle), a obvykle o obyvatele vyloučených lokalit. Absolutně největší počet romských uživatelů registruje TP Jihočeský streetwork Prevent v lokalitě Máj (České Budějovice), zde tvoří cca třetinu českobudějovických klientů (z cca 1 800 odhadovaných Romů ve městě České Budějovice je v kontaktu se službou cca 8 %, převážně nitrožilních uživatelů. To je velmi vysoká prevalence.). Další významnou skupinou téhož programu je romská vyloučená lokalita ve Vimperku. TP Streetwork pro města Český Krumlov a Kaplice zaznamenává nejnvýznamnější podíl romské klientely v obci Větrní (opět vyloučená lokalita).

Trendem posledních let je vzestup injekčního užívání (především pervitinu), šíření do stále mladších věkových skupin (zdroj „infekce“ v rodině) a dokonce významný nárůst nedovolené výroby drog uvnitř této populace (opět „vaření pervitinu“) – vše ještě před cca pěti - deseti lety v podmínkách Jihočeského kraje obtížně představitelné.

Od ostatních služeb máme informace spíše sporadické, ostatně podle etického kodexu služeb a požadavků zákona č. 108/2006 údaje o národnosti nebo etnické příslušnosti u svých klientů v jednotlivých případech nezjišťují, ani si případně získané nemají jak ověřit. Stručně řečeno, příslušníci menšin nemají žádných překážek přístupu do služeb, nicméně (především) terénní pracovníci nemají krom svého odhadu a osobního dojmu jiný nástroj, jak je identifikovat (nebo odhadnout jejich počet).

– sociálně vyloučené lokality (uveďte počet soc. vyloučených lokalit, jejich stručnou charakteristiku, (jaká jsou tam opatření, nebo služby)

Při popisu tzv. „vyloučených lokalit“ vycházíme z „Gabalovy analýza“ (2006), v roce 2010 byl na úrovni kraje proveden vlastními silami Oddělení prevence a humanitních činností menší průzkum menších lokalit (doplnění). Pro rok 2013 plánujeme významnější aktualizaci údajů o tomto jevu v podmínkách Jihočeského kraje, užívání NNL ve vyloučených lokalitách bude jedním z úhelných témat Adiktologické konference Jihočeského kraje 2013.

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

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

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

Tábor – LOKALITA Fišlovka; cca 76 – 100 obyvatel

Jindřichův Hradec – LOKALITA Šindelna; cca 50 obyvatel

Český Krumlov – LOKALITA Sídlíště Mír, cca 300 obyvatel

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

Prachatic – LOKALITA Krumlovská ul.; cca 76 – 100 obyvatel

Vimperk – LOKALITA Pasovská ulice; cca 120 obyvatel

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

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

– infekční onemocnění v souvislosti s užíváním drog

Tabulka: Virové hepatitidy v Jihočeském kraji v období 2006 až 2012 (srovnání; vývoj)

DG / rok	počet onemocnění celkem						v anamnéze i. v. aplikace drog						Podíl IUD v %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
VHA	4	15	13	9	4	3	0	3	2	1	0	1	33 %
akutní VHB	8	9	13	5	2	5	2	3	8	0	0	3	60 %
chron. VHB	42	22	22	19	13	12	4	0	2	1	1	1	8 %
akutní VHC	5	6	7	3	1	7	3	4	5	0	1	3	43 %
chron. VHC	103	108	87	65	48	83	84	98	79	57	42	68	82 %
VHE	-	-	-	-	13	6	-	-	-	-	-	-	-
celkem	158	160	142	101	68	116	90	108	96	59	44	76	

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

Tabulka: Celkový počet onemocnění virovými hepatitidami v Jihočeském kraji – rok 2012

OHS	VHA	VHB akut	VHC akut	VHE	VHB chron	VHC chron	Celkem
Č. Budějovice	0	2	4	2	4	12	24
Č. Krumlov	0	1	0	0	4	43	48
J. Hradec	0	0	1	0	1	4	6
Písek	1	0	0	2	0	0	3
Prachatice	0	0	1	2	2	12	17
Strakonice	0	2	0	0	0	7	9
Tábor	2	0	1	0	1	5	9
Celkem 2012	3	5	7	6	12	83	116
Celkem 2011	4	3	1	13	13	48	82
Celkem 2010	9	5	3	3	19	65	106
Celkem 2009	13	13	7	8	22	87	150

ZDROJ: KHS Č. Budějovice

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

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

ZDROJ: KHS Č. Budějovice

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

Informace k situaci v kraji ohledně **HIV/AIDS** je zpracována podle statistik Národního programu boje proti AIDS v ČR (<http://www.aids-hiv.cz>). Z měsíčních přehledů za rok 2012 vyplývá, že:

- **V Jihočeském kraji k 31. prosinci 2012 je zaznamenáno 58 HIV pozitivních osob, z toho 11 osob AIDS;**
 - v celé ČR je to 1 887 případů HIV+, z toho 366 AIDS;
- **Za rok 2012 přibylo v kraji pět nových případů** (stejně jako za rok 2011; celkem tři muži, dvě ženy, z toho podle způsobu přenosu jeden IUD – muž, ostatní přenos sexuální cestou);
 - za rok 2012 v celé ČR přibylo 212 nových případů HIV (153 v roce 2011)
 - Jihočeský kraj se v počtu osob, nakažených virem HIV nachází na 8. místě mezi kraji ČR (první Praha – 909 případů, nejnižší výskyt HIV/AIDS kraj Vysočina – 19 osob).

– předávkování, včetně smrtelných

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

– další zdravotní komplikace v souvislosti s užíváním drog

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

Pozn.: K tomu je třeba dodat, že se nejedná o jednoduché informace – předpokládají významnou míru odbornosti jak při jejich sběru, tak vyhodnocování (to se týká i tzv. „drogových úmrtí“). Základem je dokázat odlišit příčinu a následek, další případné vedlejší vlivy a dokázat příčinné souvislosti, a vlastně již umět tyto případy najít.

Nepochybujeme, že zdravotní škody, působené návykovými látkami (legálními i nelegálními) jsou značné. Ovšem potřebnou mírou odborností nedisponujeme.

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

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

V oblasti opiátů se objevuje užívání léků s opiodním účinkem, především Vendalu. První signály se začaly objevovat v roce 2011, nyní se jedná již o poměrně rozšířený fenomén (kombinace Vendal – Subutex především). Dle poznatků či spíše kusých informací, které mají k dispozici pracovníci terénních programů, se jedná o léky, které uživatelé získávají na předpisy, vydané lékaři. O pozadí můžeme pouze spekulovat, ale na rozdíl od Subutexu se jedná o lék s minimálním doplatkem (v řádu korun). Vendal (Morfin) je silné anestetikum, určené pro tlášení silné až velmi silné bolesti (terminální stadium rakoviny a srovnatelné obtíže), a dle příbalového letáku Vendal nesmí být užíván při známé lékové závislosti... (předpokládejme, že ani při jiné látkové závislosti...), což jsou minimálně dvě kategorie, které průměrný uživatel drog opiátového typu jistě nespĺňuje.

V „makové sezóně“ se pravidelně objevuje užívání „surového opia“ (tedy spíše makové šťávy), obvyklý letní rituál některých skupin uživatelů.

Po delší době se objevují ne zcela přesné informace o užívání kokainu, především v tzv. „vyšších patrech společnosti“ (i v menších městech), nicméně ve službách se uživatelé kokainu neobjevují (dle VZ za rok 2012 jeden UD). Podle dlouhodobých zkušeností se pak tito aktuální uživatelé objevují v ordinacích psychiatrů (obvykle v jiném regionu – i mimo kraj, obvykle také léčení pod jinou diagnózou – kupříkladu deprese, nebo společensky přijatelnější závislost na lécích, alkoholu apod.), odkud nám ale informace nejsou dostupné. Tito uživatelé se obvykle do služeb dostávají po delší době, kdy jsou už buď pravidelnými uživateli pervitinu, nebo opiátů a po společenském žebříčku poněkud „sklouznou“.

Dostupné (a v různé míře využívané) jsou ale v podstatě všechny známé psychotropní látky a myslitelné způsoby užívání NNL, počínaje novými syntetickými drogami, kupovanými obvykle přes internet až po možnost objednání ayahuaskového rituálu s „originál šamanem“.

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

O míře rozšíření tzv. „nových syntetických drog“ nemáme přesné informace. Jejich uživatelé se ve službách (dosud) neobjevují, stejně jako nejsou předmětem trestního stíhání (včetně dealerů). Že se jedná o fenomén nikoli okrajový se můžeme domýšlet pouze z osobní zkušenosti (přesněji řečeno z informací ze sociálního okolí). Kamenné obchody na území Jihočeského kraje nikdy nevznikly (tzv. „amsterdam shopy“), nicméně látky přes internet dostupné jsou a pokud existuje poptávka podložená finančními možnostmi uživatelů, nepochybujeme, že existují i další distribuční sítě. Přesto se jeví jako reálné, že míra užívání těchto látek není nijak významná (aniž bychom zlehčovali známá rizika), a to především díky tomu, že ČR prostřednictvím NMS zachytila tento trend včas, a objektivní informace o možných rizicích apod. se dostaly do povědomí širší veřejnosti dříve, než se mohly „usadit“ informace od samotných prodejců nebo dealerů, na rozdíl kupříkladu od pervitinu nebo marihuany, kde jsou zavádějící informace a (zdraví a životu) nebezpečné „mýty“ usazené v širším povědomí velmi hluboko.

- hraní sázkových a hazardních her, zdravotní a sociální dopady gamblingu

Tzv. „gambling“ není ani v podmínkách Jihočeského kraje nový jev. Nicméně vzhledem k jeho charakteru je téměř nemožné získat o rozšíření především rizikového hráčství (spíše by se hodil výraz „rizikového prohrávání“) podrobné a odborně podložené informace (což ostatně platí i pro úroveň národní). „Problémoví“ hráči (můžeme použít tento termín) jsou spíše klienty sociálních služeb a sociálního systému jako takového (platí i pro jejich rodiny), v adiktologických službách se téměř nevyskytují, četnost jejich kontaktů s psychiatrickými ordinacemi v oblasti ambulantní léčby závisí na ochotě a odbornosti konkrétního lékaře (otázka dostupnosti služeb). Zdá se, že roste využívání pobytové léčby, ale pro faktickou nemožnost získat z jednotlivých léčených údaje o zastoupení pacientů podle krajů nemůžeme posuzovat vývoj v této oblasti speciálně pro kraj Jihočeský. Jediným v současné

době dostupným vodítkem jsou údaje PL Červený Dvůr, kde mezi lety 2009 a 2012 došlo k vzestupu pacientů s dg. F 63.0 (Syndrom patologického hráčství) ze 3 % na 5 % (ale ani zde nemáme údaje o původu klientů, můžeme jen předpokládat, že rovnoměrně jsou zastoupeni i obyvatelé kraje). Tato oblast je ale pro léčebnu spíše okrajovou záležitostí, spíše předpokládáme využití kupříkladu pražských Bohnic, Apolináře nebo PL Opava... Ani sociální služby tuto cílovou skupinu zvláště nesledují, obvykle se tyto klienti dostávají do péče v oblasti dluhového poradenství, a jejich rodiny s otázkou prostého ekonomického přežití.

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

V jihočeském kraji minimálně poslední dva roky trvá stav jisté „rozpolcenosti“ měst a obcí v souvislosti s povolováním výherních automatů. Na straně jedné jsou příjmy od provozovatelů ne nevýznamným příjmem obecních rozpočtů (který bývá přerozdělován na prospěšné aktivity, sportovní, vzdělávací nebo sociální, což ovšem vyvolává u odpovědnějších a přemýšlejících příjemců dilema, do jaké míry je etické přijímat finanční prostředky, které jsou získány v mnoha případech na úkor celých rodin a nešťastných individuálních osudů), na straně druhé si etické dilema uvědomují i některé obce. Povolit či nepovolit výherní automaty se stává spíše než odborným sporem otázkou politickou, kde naopak někteří příjemci dotací hrají roli silných lobby proti omezování provozu těchto zařízení. Konkrétní případy nepopisujeme a ani se nepokoušíme pojmenovat trendy, protože se situace na místní úrovni mění mnohde měsíc od měsíce. V prvních měsících roku 2013 se objevily nabídky některých společností, pravděpodobně pod hrozbou dalších možných omezení, nabízející služby v oblasti „bezpečnějšího“ hraní apod., které se zabývají řadou zjevně souvisejících aspektů (kriminalita, veřejný pořádek, případně diagnóza závislosti jako taková apod.), ovšem pomíjející to zcela základní, totiž skutečnost, že nepochybně nikoli hlavní, ale nikoli nevýznamná skupina patologických hráčů přichází o majetek, zadluhuje sebe a svou rodinu, přichází o práci apod. Této skupině se materiály věnují v drobné poznámce (nicméně signifikantní) že se jedná o „relativně marginální skupinu, které mají s hraním problém“ (jaký ovšem tato skupina má ekonomický přínos pro provozovatele her se již zmiňováno není). A pochopitelně se ani nezabývají tím, co je pro tuto oblast zásadní. Ona „relativně marginální skupina“ totiž přináší státu, společnosti nemálo nákladů. Poté, co její příslušník utratí v neregulovaných hernách hotovost, povypůjčuje si a zadluží se (a tedy všechny pro něj reálně dostupné zdroje utratí ve prospěch provozovatele hry), náklady se přesunou na stát (případná trestná řízení spojená s dluhy; léčba; sociální práce s hráčem nebo s jeho rodinou; vyplacené sociální dávky pro zajištění elementární existence mnohdy celých náhle zchudlých rodin; při ztrátě zaměstnání podpora v nezaměstnanosti; k tomu ušlá produktivita apod...). Nedomníváme se, že tyto výdaje jsou marginální, na druhou stranu se nelze příliš podívat vstřícnému postoji měst a obcí k povolování těchto zařízení, neboť tyto náklady jdou na první pohled z jiného „šuplíčku“ než jejich vlastního. Ostatně nikoli nadarmo je „hraní automatů“ pravidelně popisováno jako jeden z hlavních problémů tzv. vyloučených lokalit a bylo jedním z hlavních prezentovaných důvodů pro omezení využitelnosti sociálních dávek (stravenky, nebo prostředky vázané na poukázkách či kartách), dokonce byly prezentovány jako jeden z hlavních důvodů pro omezení výše sociálních dávek (zde se ovšem můžeme přít o to, do jaké úrovně tento argument odráží realitu...).

V každém případě se ani zde neliší stav v kraji od zbytku ČR a je skutečně nejvyšší čas nejen provést patřičné výzkumy a analýzy, ale upravit mnohem striktněji podnikatelské prostředí v této oblasti, aby byl výskyt patologických jevů a s ním spojená ekonomická devastace mnoha domácností co nejvíce omezen. Snad první sledovanou oblastí by mohlo být, kolik vlastně obyvatelé konkrétní obce musí „utratit“ v hernách, aby město dostalo svůj konkrétní podíl na zisku z jejich závislosti. A kolik peněz tedy zmizí z oběhu v místě, o kolik mohou přijít místní obchodníci, řemeslníci apod...

– drogová kriminalita:

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

Statistické údaje za rok 2012:

Tabulka: Počty a struktura stíhaných osob za drogové trestné činy (srovnání 2004 – 2012)

TOXI CELKEM	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
stíhaných osob	201	175	161	152	178	127	178*	193	188*
osoby do 15 let	11	15	9	8	6	3	1	2	1
osoby 16-18 let	26	31	25	14	18	10	10	17	11
dospělí	164	129	127	130	154	114	167	174	182
muži	169	148	141	131	139	104	145	168	163
ženy	32	27	20	21	29	23	33	25	31

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

* plus 8 realizací - šest pachatelů Celní správa; státní občanství - jeden pachatel Ukrajina, dva Slovensko, sedm Vietnam, ostatní ČR (184)

Tabulka: Trestné činy dle paragrafů / zahájeno trestní řízení, Jihočeský kraj 2011 (srovnání od 2009)

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

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2009 – 2011); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

Tabulka: Trestné čina a pachatelé podle okresů (srovnání 2009 - 2012)

okres	Realizace				Pachatelé			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
České Budějovice	55	59	48	46	58	63	56	50
Český Krumlov	10	10	10	14	12	16	13	14
Jindřichův Hradec	6	12	14	8	6	16	19	12
Písek	14	14	13	17	20	15	16	21
Prachatice	17	8	10	9	23	11	12	13
Strakonice	7	9	6	5	8	9	8	7
Tábor	13	7	28	37	31	28	52	57
KŘ	1	5	4	5	6	15	16	14
CELKEM	123	124	133	141	164	173	192	188

Zdroj: NPDC (výroční zprávy 2009 – 2011); Krajské ředitelství policie Jihočeského kraje

Tabulka: Množství zadržených OPL, Jihočeský kraj 2012 (srovnání od 2009)

	cannabis (g)	cannabis - rostliny (ks)	cannabis - pěstírna	hašiš (g)	heroin (g)	metamfetamin (g)	metamfetamin - varna
2009	13 058	1 406	4	0,5	49,4	72,7	10
2010	27 094,8	3 289	13	0	0	110,73	13
2011	40 113,15	885	7	0	0	386,13	14
2012	54 201,2	5 107	8	0	0	23,21 + 92,2 pseudoefedrin	12

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

Komentář: Vzhledem k tomu, že v době sestavení této zprávy nebyly k dispozici informace a komentáře Výroční zprávy NPDC za rok 2012, níže s několika málo úpravami citujeme komentář k vývoji za rok 2011 (nejeví se, podle statistik dodaných Krajským ředitelstvím policie Jihočeského kraje, že by došlo k významnějším změnám či posunům, vyjma mírného, ale setrvalého nárůstu realizací a pachatelů této VZ – to ostatně lze vyčíst z výše uvedených tabulek).

V Jihočeském kraji zůstává i nadále největším problémem masová nelegální výroba metamfetaminu v domácích, tzv. „kuchyňských“ laboratořích. Oproti minulým letům se zvýšil podíl zapojení vietnamských občanů do velkoobjemové výroby a distribuce metamfetaminu, jejíž produkce je orientována i na pokrytí zvýšené poptávky v příhraničních oblastech se SRN. Poznatky zejména z jiných krajů (Jihomoravský) naznačují, že obdobný problém jako na německé hranici by se mohl u metamfetaminu a marihuany plně rozvinout i na hranici s Rakouskem, což by se tedy týkalo i Jihočeského kraje. Poznatky z terénu naznačují, že v menší míře se toto děje již nyní (Vimpersko, Českovelenicko atp.). Specifický význam v roce 2011 (*v roce 2012 trvá*) měla spolupráce s policejními a celními orgány v SRN v oblasti potlačování příhraniční drogové kriminality směřované z ČR do SRN. Rozhodujícím prvkem při páchání trestné činnosti se ukázaly vietnamské příhraniční tržnice na české straně hranic, které zásobují německé zákazníky nejen kvalitní marihuany, ale i metamfetaminem. Jednotliví zákazníci si odvázejí sice většinou relativně malá množství drogy, ale vzhledem k počtům odběratelů se jedná globálně o významná množství. Existují i případy vývozu větších množství drogy, určené pro distribuci v SRN. Relativně známou praxí je i „výjezd expertů – vaříčů“ přímo do Německa, případně jiných příhraničních států. Dalším relativně běžným jevem v Jihočeském příhraničí je spojení „sexturistiky“ s „drogovou turistikou“, zákazníci, převážně z německy mluvících zemí často požadují obojí. Dalším trendem v rámci kraje je skutečnost, že romská populace se stále častěji zapojuje do obchodu s metamfetaminem (včetně výroby) – *trvá i v roce 2012*. Alarmujícím jevem je setrvalý vzestupný trend průmyslového pěstování netechnického konopí tzv. „indoor“ technologiemi, jehož produkce se vyznačuje stabilní kvalitou sklizně a vysokým obsahem účinné látky THC – *trvá i v roce 2012*.

Nejobvyklejší pouliční ceny NNL v roce 2012: marihuana/ cannabis 1 gram – cca 200 Kč, metamfetamin 1 gram – 1 500 Kč.

– sekundární drogová kriminalita

Za jihočeský kraj nedisponujeme žádnými podloženými odhady, tím spíše ne konkrétními a doložitelnými údaji. Lze předpokládat, že souvislost s užíváním drog má cca 30% trestných činů v oblasti (spíše drobné) majetkové kriminality (krádeže, vloupání). Souvislost s užíváním drog a jiných forem trestné činnosti si odhadovat netroufáme, neboť není v řadě případů zřejmé, jak lze chápat příčinné souvislosti (kupříkladu násilná trestná činnost je zaměřena i proti uživatelům drog, v tomto případě se ale jedná o významně latentní, neodhalenou kriminalitu, stejně zjevná je souvislost mezi prostitutí a užíváním nelegálních návykových látek apod.).

Přestupky v oblasti nelegálních návykových látek (držení drog a pěstování rostlin a hub):

Komentář všeobecný:

1/ Údaje byly získány dvojím způsobem. Jednak z výkazů o přestupcích, které obce pravidelně zasílají kraji ke statistickému zpracování (data od 17 obcí s rozšířenou působností), jednak prostřednictvím místních koordinátorů (ve struktuře tabulky, navržené RVKPP, tedy podrobnější údaje od celkem 17 ORP – údaje od jedné obce ovšem nebyly zpracovatelné). Nutno poznamenat, že prosté srovnání obou zdrojů nepřesvědčuje jednoznačně o přesnosti údajů... I když rozdíly nejsou nikterak významné v konečném součtu, je překvapivé, že tam, kde jsou požadované údaje stejné, dochází k tak velkým rozdílům. V podstatě se jedná tabulku s celkem čtyřmi okénky (dva paragrafy a počet osob – věk do 18 a nad 18 let), tedy od 17 obcí šlo o to vyplnit shodně 68 okének, včetně nul. Z celkem 28 políček vyplněných (nenulových) se jich ve srovnání obou tabulek shodovalo šest... Z toho důvodu je k prvním dvěma tabulkám přidána spodní, barevná řádka (údaje z výkazu, pouze celkové součty). Vlastní tabulky jsou vyplněny dle podkladů od obcí.

2/ Ke každé tabulce je doplněno porovnání za roky 2010 a 2011 (z hlediska srovnání trendů). Nicméně vzhledem k tomu, že se za rok 2011 nepodařilo získat údaje od všech ORP, nelze srovnání provádět mechanicky.

3/ Lze nepochybně oprávněně konstatovat, že počet projednaných přestupců, ani počet zajištěných drog není ani v přibližné korelaci s předpokládaným reálným rozšířením užívání nelegálních OPL v Jihočeském kraji.

4/ Za rok 2012 nebyl Krajským úřadem Jihočeského kraje řešen žádný přestupek v této oblasti (v odvolacím řízení).

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

Přestupky držení drog § 30 odst. 1, písm. j	Věk osoby	
	Do 18 let	Přes 18 let
Konopné drogy	18	48
Pervitin	1	14
Extáze	0	0
Heroin	0	0
Kokain	0	0
Subutex/Suboxone	0	0
Houby obsahující OPL	0	1
Jiná OPL*	0	1*
Celkem osob (16 ORP)	19	64
Celkem osob – výkazy (17 ORP)	13	54

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

* - opium (maková šťáva)

Doplnění k tabulce 1 – 1:

Rok 2010: 50 osob nad 18 let, 12 do 18 let; (údaje od 17 ORP)

Rok 2011: 36 osob nad 18 let, 11 do 18 let; (údaje od 13 ORP)

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

Přestupky pěstování rostlin a hub § 30 odst. 1, písm. k	Věk osoby	
	Do 18 let	Přes 18 let
Rostliny konopí	1	20
Jiné rostliny nebo houby obsahující OPL	0	0
Celkem osob (15 ORP)	1	20
Celkem osob – výkazy (17 ORP)	0	14

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

Doplnění k tabulce 1 - 2:

Rok 2010: 9 osob nad 18 let, jedna do 18 let, zajištěno 5887,57 g konopí + 10 rostlin konopí; (údaje od 17 ORP)

Rok 2011: celkem 11 stíhaných osob nad 18 let, zajištěno 34 rostlin konopí; (údaje od 13 ORP)

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

Druh drogy	Celkové množství
Konopné drogy (g)	421,105 g
Rostliny konopí (ks rostlin)	53 ks
Pervitin (g)	12,8265 g
Extáze (ks tablet)	0
Heroin (g)	0
Kokain (g)	0
Subutex/Suboxone (ks tablet)	0
Houby obsahující OPL (ks)	40 ks
Jiné rostliny obsahující OPL (ks)	opium, nezjištěné množství (viz. tab. 1-1)

Doplnění k tabulce 1 – 3:

Rok 2010: pervitin 9,975 g, 1258,75 g konopné drogy+12 ks rostliny konopí; (údaje od 17 ORP)

Rok 2011: pervitin 0,356 g, 775,3 g konopné drogy, 27 ks rostlin konopí, 1 cigareta konopí, lysohlávky - nezjištěné množství; (údaje od 13 ORP)

Doplnění k této kapitole: probační a mediační služba, Jižní Čechy

Drogová problematika klientů PMS ČR – Jihočeský soudní kraj

V roce 2012 bylo na střediscích PMS ČR v Jihočeském soudním kraji evidováno celkem 119 spisů klientů, u kterých byla zaznamenána trestná činnost v souvislosti s drogovou problematikou. Ze statistiky vyplývá, že celkem 87 evidovaných klientů spáchalo trestné činy vymezené pod označením nedovolená výroba a jiné nakládání s OPL, přechovávání OPL, nedovolené pěstování rostlin obsahující OPL, výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě OPL, šíření toxikomanie. Další skupinu (tj. ostatní tr. činnost) tvoří odsouzení, kteří spáchali např. tr. čin krádeže z důvodu opatření finančních zdrojů na nákup drog. Do ostatní tr. činnosti spadají také tr. činy – porušování domovní svobody, ohrožení pod vlivem návykové látky, neoprávněné užívání cizí věci apod. V tabulce je uveden i poměr mezi celkovým nápadem nových případů v jednotlivých okresech a počtem klientů evidovaných s drogovou problematikou. V souvislosti s účinností nového tr. zákoníku č. 40/2009 Sb. (od 1. 1. 2010) došlo k přečíslování tr. činů (např. v minulosti tr. činy nedovolená výroba a držení OPL pod kategorií §§187, 187a 188 a 188a máme v novém tr. zákoníku uvedeny pod kategorií §§283-287). Z toho vyplývá, že technické zpracování statistiky ze systému LOTUS NOTES je velmi problematické.

Tabulka: Přehled trestné činnosti a počet evidovaných klientů v rámci jednotlivých soudních okresů, rok 2012

	Tr. činy spojené s drog. kriminalitou	Ostatní trestná činnost	Počet klientů – CELKEM (nápad nových případů)
České Budějovice	18	14	590
Český Krumlov	18	5	292
Jindřichův Hradec	8	6	397
Písek	5	1	199
Prachatice	2	3	209
Strakonice	4	0	200
Tábor	32	3	229

Závěr:

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

Jiná situace se nabízí s možností ukládání nových institutů tr. zákoníku (tj. trest domácího vězení, trest zákazu vstupu na sportovní, kulturní a jiné společenské akce a možnosti propuštění z ochranného léčení dle §99, odst. 6 tr. zákoníku). Na základě přijetí nových národních metodických standardů mohou pracovníci vykonávat svou činnost ještě ve fázi před rozhodnutím soudu (např. institut předběžného šetření před uložením trestu domácího vězení). Při této činnosti na základě analýzy rizik obviněného můžeme příslušnému soudci navrhnout, aby

klientovi byl určitý typ trestu zpřísněn formou přiměřeného omezení a přiměřené povinnosti – např. podrobit se namátkovému testování na přítomnost OPL, které provádí PMS ČR, popř. zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek.

V současnosti jsou všechna střediska PMS ČR v JČ kraji (i republikově) vybavena orientačními testy na přítomnost OPL ze slin a z moči. Zároveň je smluvně zajištěna možnost sekundárního testování vzorků metodou plynové chromatografie v Nemocnici v Českých Budějovicích (pracoviště klinické a soudní toxikologie). Tato možnost je využívána zejména ve sporných případech.

Od roku 2011 jsou všichni pracovníci JČ soudního kraje proškoleni v dovednosti použití a vyhodnocení těchto testů. Testy jsou využívány jak během konzultací na střediscích PMS ČR, tak i v terénu, během konzultací např. v bydlišti klientů, v místě výkonu trestu obecně prospěšných prací apod. Průběžně jsou proškoleni noví zaměstnanci a zároveň jsou realizovány semináře s drogovou problematikou (*např. únor 2012 - Možnosti využití testování na přítomnost OPL u klientů PMS/ Protidrogové služby v Jihočeském regionu; říjen 2012 - Princip, použití a interpretace rychlých testů na drogy*) zaměřené na práci s uživateli OPL - klienty PMS. Lze konstatovat, že drogové testování se stalo běžnou součástí praxe pracovníků PMS ČR. Testy jsou využívány zcela napříč spektrem klientů PMS ČR, ať již v oblasti přípravného řízení (před rozhodnutím soudu nebo státního zástupce) nebo v průběhu vykonávacího řízení (po pravomocném rozhodnutí soudu). Počty testovaných se zvyšují a evidujeme v této oblasti zlepšující se spolupráci s OČTŘ, kdy v rámci řady ukládaných trestů či trestních opatření je zároveň uložena povinnost drogového testování. Testy jsou využívány jako účinný kontrolní nástroj, ale i jako nástroj motivační, a to zejména u mladistvých a nezletilých klientů PMS ČR.

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

2 Koordinace protidrogové politiky

2.1 Institucionální zajištění

2.1.1 Krajské institucionální zajištění koordinace

– **Krajský protidrogový koordinátor**

- Jméno: Mgr. Marek Nerud
- Kontaktní údaje: nerud@kraj-jihocesky.cz, tel.: 386 720 649, mob.: 606 792 318
- Vykonává funkci KPK od data: květen 2006
- Zařazení ve struktuře úřadu kraje: Odbor sociálních věcí a zdravotnictví (OSVZ) - oddělení prevence a humanitních činností (OPHČ)
- Přímý nadřízený (jméno, funkce): Mgr. Petr Studenovský, vedoucí OSVZ
- Velikost pracovního úvazku KPK: 1,0
- Jiné agendy vykonávané KPK: vedoucí OPHČ (úvazek není oficiálně rozdělen)
- změny v r. 2012 (změna postavení, zařazení KPK, změna úvazku apod.) – žádné zásadní změny

– **Krajská protidrogová komise**

- uveďte, zda je komise zřízená v kraji, zda jde o specifickou protidrogovou komisi, nebo o komisi se širším záběrem, řešící také otázky protidrogové politiky: jedná se o pracovní skupinu, která se zabývá specificky drogovou problematikou
- Název komise: Krajská protidrogová koordinační skupina
- Vznik krajské komise (rok): 2002
- Zařazení komise: poradní orgán náměstka hejtmána pro sociální věci a zdravotnictví (v roce 2012 první náměstkyně hejtmána Mgr. Ivana Stráská)
- **Tabulka:** Složení komise (seznam členů):

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

- počet jednání komise v r. 2012

Jedno jednání KPKS (21. 6. 2012). Další setkání s převážnou částí členů KPKS v rámci VI. Adiktologické konference Jihočeského kraje (říjen 2012), s dalšími v rámci pracovní skupiny pro osoby ohrožené drogami (SPRSS JČK). S ohledem na přípravu jak „Strategie“, tak SPRSS probíhaly v roce 2012 spíše intenzivní individuální kontakty (e-mail, telefonicky).

- nejdůležitější projednávaná témata v roce 2012:

- finanční prostředky na realizaci protidrogové politiky (kraj; obce; ostatní);
- zpracování VZ za rok 2011;
- příprava Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje 2012 – 2014;
- zpracovávání SPRSS Jihočeského kraje 2014 – 2016 apod.

- změny, které proběhly v r. 2012 (rozšíření/zánik členství, změna statutu apod.)

V roce 2012 drobnější změny proběhly, na postech jednotlivých místních koordinátorů (v rámci příslušného MěÚ došlo ke změně na postu MPK). Vzhledem k tomu, že přesně nevidujeme jednotlivé změny v čase a zároveň je nepovažujeme za podstatné (kdo k jakému přesně datu přestal být/ stal se místním protidrogovým koordinátorem), neuvádíme je. Žádné další podstatné změny se v roce 2012 neudály.

– **Přehled pracovních skupin v oblasti protidrogové politiky**

- uveďte, zda jsou v kraji zřízené pracovní skupiny pro různé oblasti protidrogové politiky: **NE**

– **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.)
- zhodnocení kvality spolupráce
- spolupráce s dalšími institucemi (Probační a mediační služba, policie NNO, státní zařízení apod.)
- změny v r. 2012
- další důležité informace

2.1.2 Místní zajištění koordinace protidrogové politiky

- Uveďte prosím následující souhrnné informace:

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

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

Vyjmenujte obce, kde nejsou ustanoveny MPK:

Z obcí s rozšířenou působností město Soběslav, a pak dalších 607 obcí v samostatné působnosti v Jihočeském kraji...

Počet dalších obcí, ve kterých je zřízena pozice MPK:

Mimo 16 ORP není pozice MPK na žádné další obci zřízena.

Vyjmenovat obce kde jsou ustanoveny MPK: **viz přehled tabulka níže**

Obce s platným koncepčním dokumentem upravujícím protidrogovou politiku:

Město Kaplice: Protidrogová politika je zčásti obsažena v Plánu prevence kriminality města Kaplice na rok 2012-2015

Město Trhové Sviny: Protidrogová politika je zčásti reflektována v KPSS ORP Trhové Sviny 2011 – 2015

Město Milevsko: Strategie protidrogové politiky města Milevska na období 2010 – 2014

Město Třeboň: Částečně je protidrogová politika zakotvena v Plánu prevence kriminality pro Město Třeboň a v Plánu zdraví a kvality života pro Město Třeboň (v něm je zakotvena drogová problematika u nezletilých dětí - zaměřená hlavně na prevenci).

Statutární město České Budějovice: Rozvojový plán sociálních služeb České Budějovice 2013 – 2018 (*Oblast protidrogové politiky je řešena v kapitole Služby pro osoby závislé a ohrožené závislostí na návykových látkách.*)

Město Strakonice: Komunitní plán sociálních služeb ORP Strakonice 2012 – 2014

Pozn.: Obvykle mají města a obce v Jihočeském kraji oblast protidrogové politiky nějak zpracovanou (zpravidla částečně – minimálně co se týče specifických sociálních služeb a jejich podpory) v místních Komunitních plánech sociálních služeb. V přehledu výše jsou ovšem uvedeny pouze ty dokumenty, které obce samotné jako strategické v protidrogové oblasti chápou (KPSS, kde je popsána potřeba poskytování sociálních služeb pro cílovou skupinu uživatelů drog apod. je ovšem pochopitelně více...).

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

Město Blatná: Zpráva o stavu drogové problematiky ve městě Blatná, rok 2012 (předkládaná každoročně RM Blatná).

Pozn.: Spíše než o zprávy o realizaci protidrogové politiky se jedná v tomto konkrétním případě spíše o informativní zprávu v širším záběru, tedy včetně popisu situace apod. Obdobnou zprávu samosprávě předkládají i některé další obce (případně v rámci jiných dokumentů – VZ o realizaci programů prevence kriminality, vyhodnocení KPSS apod.), ty ale nemáme k dispozici.

- **Tabulka:** Seznam místních protidrogových koordinátorů

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

- popis systému spolupráce krajských protidrogových koordinátorů (KPK) a protidrogových koordinátorů (MPK): (zhodnocení kvality spolupráce, vč. popisu příp. nedostatků a potřeb):
Spolupráce probíhá standardním způsobem, bez významnějších nedostatků identifikovaných ze strany kraje. Místní koordinátoři (všichni) jsou členy Krajské koordinační protidrogové skupiny, kromě společných jednání probíhají individuální konzultace, informování o aktuálních záležitostech e-mailem a další formy spolupráce, dle aktuální potřeby.
- zhodnocení činnosti MPK v jednotlivých obcích, vč. popisu potřeb, příp. nedostatků:
Ze strany Jihočeského kraje nemáme k jednotlivým místním koordinátorům žádné zásadní výhrady, jejich postavení na obcích není jednoduché a my respektujeme jejich možnosti a kapacity.
Obvyklý model náplně místního koordinátora: samostatný referent/ sociální pracovník/ kurátor pro dospělé/ kurátor pro děti a mládež/ romský koordinátor/ koordinátor plánování sociálních služeb/ a další náplně – namátkou třeba opatrovník, správce azylového bydlení, vydávání parkovacích karet apod.... – tedy kombinace tohoto všeho. Obvyklý nebo spíše typický obraz časové dotace na výkon práce protidrogového koordinátora – odhadem cca 5 – 10% pracovní doby, spíše méně.
Za největší nedostatek v této oblasti považujeme faktickou neexistenci vzdělávacích programů pro tuto odbornost na celostátní úrovni, v současnosti nabízené základní kurzy nelze považovat za ideálně koncipované a odborně zajištěné – na druhou stranu nelze ze strany kraje realizovat základní odborné vzdělávání každý rok pro cca 2 – 4 nové místní koordinátory (změny na těchto pozicích jsou relativně časté, od roku 2006 na svých místech zůstalo asi pět místních koordinátorů, na některých obcích se za tuto dobu vyměnilo i několik koordinátorů.
- vzájemná spolupráce subjektů protidrogové politiky na místní úrovni (popis způsobu spolupráce, zhodnocení kvality spolupráce, projednávaná témata – adekvátně k popisu spolupráce na krajské úrovni; informace neopakujte, pokud se prolínají s kapitolou 2.1.1)
- V podstatě odpovídá popisu v kapitole 2.1.1. V naprosté většině obcí místní koordinátoři aktivně spolupracují s poskytovateli služeb, ale i s ostatními subjekty v oblasti protidrogové politiky (místní městské policie, PČR, školy, další pracovníci obcí – sociální pracovníci, kurátoři apod...) – dle svých reálných časových a profesních možností a potřeb obce, kde funkci vykonávají.
- změny v r. 2012
Žádné významné změny.

2.2 Strategické dokumenty protidrogové politiky kraje

2.2.1 Koncepce, strategie, akční plány a jejich zaměření

– Specifické strategické dokumenty protidrogové politiky kraje

Název: **Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2012 – 2014**

Období platnosti: 2012 – 2014

Schváleno dne: 15. 5. 2012 (usnesení 165/2012/ZK-31)

www stránky dokumentu ke stažení:

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

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

Strategie protidrogové politiky jihočeského kraje je součástí (zcela samostatnou) Koncepce Oddělení a humanitních činností na období 2012 – 2014.

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

SPECIFICKÉ CÍLE „STRATEGIE“:

- Zastavit případně zmírnit nárůst experimentálního a příležitostného užívání legálních i nelegálních drog;
- Stabilizovat případně snížit spotřebu legálních a nelegálních drog ve společnosti, zejména mezi nezletilými;
- Stabilizovat, případně snížit počet problémových uživatelů drog, alkoholu a tabáku;
- Snížit potenciální rizika užívání všech typů drog, alkoholu a tabáku a ekonomické, zdravotní a sociální dopady jejich užívání na jedince a společnost;
- Zvyšovat kvalitu života uživatelů všech typů drog i alkoholu, jejich rodičů a blízkých prostřednictvím zajištění dostupnosti kvalitních služeb léčby a resocializace; Snížit dostupnost legálních a nelegálních drog zejména pro nezletilé mladé lidi prostřednictvím efektivnějšího využívání existujících legislativních a institucionálních nástrojů v podmínkách kraje.

ZÁKLADNÍ OBLASTI „STRATEGIE“:

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

Podrobněji viz samotný text „Strategie“.

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

Období platnosti: 2012 – 2014

Schváleno dne: 20. 12. 2012 (usnesení 32/2012/ZK-2)

www stránky dokumentu ke stažení:

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

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

Popis situace v oblasti užívání nelegálních návykových v Jihočeském kraji, hlavní principy a zásady tvorby „sítě“, otázka financování služeb...

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

Název: **Koncepce oddělení a humanitních činností 2012 – 2014**

Období platnosti: 2012 - 2014

Schváleno dne: 15. 5. 2012 (usnesení 165/2012/ZK-31)

www stránky dokumentu ke stažení:

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

- Koncepce se skládá z pěti samostatných dokumentů/ koncepcí či strategií/ za jednotlivé oblasti v rámci působnosti oddělení, z nichž se svým způsobem každá dotýká některé z oblastí protidrogové politiky, nicméně ji jednotlivě neřeší (všechna relevantní a přímá opatření jsou obsažena ve Strategii protidrogové politiky Jihočeského kraje).
- Jednotlivé oblasti/ „Koncepce“:
 - *Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje na období 2012 – 2014*
 - *Strategie prevence rizikového chování Jihočeského kraje na období 2012 – 2014*
 - *Koncepce sociálního začleňování osob ohrožených sociálním vyloučením na období 2012 – 2014*
 - *Koncepce integrace romské menšiny v Jihočeském kraji 2012 – 2014*
 - *Koncepce prevence kriminality Jihočeského kraje v roce 2012 – 2014*

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

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

Období platnosti: 2011 - 2013

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

www stránky dokumentu ke stažení:

<http://www.kpjck.cz/planovani/strednedoby-plan-rozvoje>

- změny v r. 2012

V roce 2012 byly zahájeny práce na novém SPRSS jihočeského kraje (2014 – 2016).

2.2.2 Hodnocení strategických dokumentů/protidrogové politiky kraje

- Uvedte, zda bylo v r. 2012 realizováno hodnocení strategických dokumentů protidrogové politiky kraje: ANO (na přelomu 2011 – 2012 – vzhledem k období platnosti „Strategie“ a nutnosti závěry evaluace/ vyhodnocení reflektovat v nově připravovaném dokumentu.).

Název evaluovaného dokumentu: Strategie protidrogové politiky Jihočeského kraje 2010 - 2011

Typ hodnocení:

průběžně

externí

závěrečně

interní

kombinace obou

- předmět hodnocení: *(Implementace jednotlivých aktivit (počet splněných/nesplněných úkolů), hodnocení procesu implementace (faktory působící na proces), hodnocení dosažení cílů, hodnocení dopadů na cílovou skupinu, na drogovou situaci, hodnocení všechny cíle (aktivity) nebo jen některé):* Jednalo se spíše o komplexní hodnocení v širším pohledu, tedy o provázanost aktivit se stanovenými cíli, posouzení realističnosti přístupu ke stanovování jednotlivých priorit.

- metody použité při hodnocení: (hodnotící dotazník, expertní názor, panely expertů, monitoring, průzkumy, ad-hoc studie): Průběžný monitoring plnění cílů (čili interní pohled) společně s názory expertů (především místní koordinátoři).

- hlavní výsledky hodnocení: (Identifikované nedostatky/ slabé stránky protidrogové politiky kraje, vč. případných návrhů na zlepšení): Pravděpodobně nejdůležitější okolností, bránícím lépe naplňovat cíle „Strategie“, je nedostatek finančních prostředků. Již dlouhodobě Jihočeský kraj v podstatě neinvestuje finanční prostředky do podpůrných či koordinačních aktivit, jako jsou průzkumy, analýzy, studie, vzdělávání apod. (s čestnou výjimkou „krajské“ Adiktologické konference), neboť dlouhodobá stagnace, či spíše pozvolný propad finančních prostředků na celostátní úrovni (RVKPP, MPSV, MZ) nás nutí všechny disponibilní prostředky vkládat především přímo do podpory služeb pro uživatele nelegálních návykových látek (plus specifické primární prevence). Druhou, ovšem méně významnou překážkou pro plnění cílů „Strategie“ je okolnost, že kraje realizují protidrogovou politiku v samostatné působnosti, tedy celá řada opatření, které by mohly směřovat ke zlepšení situace v této oblasti, je zcela mimo jeho kompetence (což se netýká pouze oblasti opatření represivních). Navíc vztah kraje a obcí, jako potenciálně základního článku přímé realizace řady opatření, je postaven na úrovni svéprávných a zcela samostatných partnerů, tedy můžeme spolupracovat pouze s těmi, kdo o to jeví zájem (což je ovšem naštěstí stav převažující).

- www stránky dokumentu evaluace ke stažení:

[http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par\[id_v\]=346&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par[id_v]=346&par[lang]=CS) (součást zazipované složky Koncepce oddělení prevence a humanitních činností na léta 2010 – 2011)

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

- Uvedte, zda byly v r. 2012 zadané/realizované nějaké analýzy/studie v oblasti drog v kraji: NE. Vzhledem k situaci, popsané v kapitole 2.2.2. (nedostatek finančních prostředků) nebyla v roce 2012 realizována žádná analýza/ studie ze strany Jihočeského kraje. Navíc jsme přesvědčeni, že v řadě otázek si můžeme/ umíme pomoci vlastními silami, buď tím, že reflektujeme výsledky celostátních studií a průzkumů (Jihočeský kraj není, domníváme se, v žádném zásadním ohledu, významně odlišná lokalita od mediánu ČR – to se kupříkladu týká našeho pohledu na užívání

drog v obecné populaci, otázka celopopulačních průzkumů), jednak pro naše potřeby využíváme velmi dobře a přehledně zpracované materiály od poskytovatelů služeb (výroční a závěrečné zprávy a případně individuální konzultace) nebo informace od místních protidrogových koordinátorů. To se týká především finančních analýz, reflexe problémového/ injekčního užívání, případně identifikace potřeb podpory/ rozvoje sítě služeb především směrem k užívání nelegálních návykových látek.

2.4 Další významné aktivity v oblasti protidrogové politiky v r. 2012 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
VI. Adiktologická konference Jihočeského kraje	OS Prevent	MPK, poskytovatelé služeb apod.	Dvoudenní odborná konference

Komentář: Jednalo se tradiční, již šestý ročník odborné konference pro odborníky na protidrogovou politiku. Realizátorem bylo Občanské sdružení Prevent (za příspěvi Jihočeského kraje na uspořádání konference ve výši 99 900 Kč). Konference se konala ve dnech 18. – 19. 10. 2012 v Červené nad Vltavou. Konference proběhla pod záštitou Mgr. Ivany Stráské, náměstkyně hejtmána Jihočeského kraje pro sociální oblast a zdravotnictví. Program byl akreditován Českou asociací sester, Českou asociací adiktologů, Společností pro návykové nemoci ČLS J.E.Purkyně a Asociací klinických psychologů ČR - Jižní Čechy. Dlouhodobým záměrem realizátorů konference není suplovat obdobné akce s celostátním dopadem, ale věnovat zvýšenou pozornost tématům regionálním, případně přesahům do okolních regionů (významná část příspěvků pochází pravidelně od jihočeských poskytovatelů služeb, nebo od poskytovatelů služeb v sousedících krajích – Středočeský/ Laxus – Semíramis nebo Plzeňský/ Ulice apod.). Většinu účastníků tvoří pravidelně (jihočeští) poskytovatelé služeb, a místní protidrogoví koordinátoři. Konference tak částečně plní roli jakéhosi fóra pro odborné vzdělávání a setkávání aktérů protidrogové politiky Jihočeského kraje. Důležitým tématem tohoto ročníku bylo spolufinancování služeb z místní úrovně, proto byli mezi speciálně pozvanými hosty i zástupci místních samospráv z Jihočeského kraje, a konference tak i splnila do jisté míry předpoklad „nastartování“ užší spolupráce s obcemi v této oblasti (návazné aktivity se začaly uskutečňovat až v roce 2013, proto nejsou součástí této zprávy). Účastníky byla konference (jako již tradičně a za to organizátorům díky) hodnocena jako velmi přínosná.

Podrobnější informace a plné znění jednotlivých příspěvků na webových stránkách Jihočeského kraje, věnovaných této problematice, nebo na: <http://www.akjck.cz/>

Poznámka na okraj této kapitoly: Dne 25. 8. 2012 uspořádalo Občanské sdružení Prevent v Českých Budějovicích akci „Železný adiktolog“, triatlonový závod (plavání, běh, jízda na kole) pro adiktology, jejich klienty i širokou veřejnost. Podrobnější informace: <http://www.zelezny-adiktolog.cz/>

3 Finanční zajištění služeb pro uživatele drog

- **Způsob financování služeb krajem (popis)**

- popište, jak je zajištěno financování služeb pro uživatele drog ve vašem kraji, čili kvalitativní popis systému financování vč. prevence (tj. zda existují dotační tituly, kolik jich je, jestli se realizuje víceleté financování, nákup služeb (přímá smlouva s poskytovatelem), využití evropských fondů apod.)
- u popisu dotačního řízení kraje uveďte:

- seznam vyhlášených dotačních titulů, ve kterých si mohou služby pro uživatele drog žádat o dotaci: Jihočeský kraj dlouhodobě využívá k financování služeb v oblasti protidrogové politiky dva dotační tituly (GP=grantový program). Podrobnější popis za rok 2012 viz níže.

Obecný popis: Jedná se o klasické dotační řízení, **jednoleté projekty**. Podporujeme především služby, jejichž potřebnost je popsána v dlouhodobých strategických dokumentech kraje (Strategie protidrogové politiky, Minimální síť služeb). Tam, kde je to možné, vyžadujeme **certifikaci**

odborné způsobilosti služeb (nebo alespoň registraci sociální služby; u jednorázových aktivit vzdělávacích opět akreditaci či certifikaci). Administrace je plně zajištěna zaměstnanci Krajského úřadu, hodnotící komise je jmenována Radou kraje, výsledky schvaluje Zastupitelstvo kraje, kontrolu (vyúčtování dotace) provádí opět zaměstnanci KU Jihočeského kraje.

GP Podpora minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje, 1. Výzva pro rok 2012:

- administrován Odborem sociálních věcí a zdravotnictví (v plné míře – s výjimkou účetního zpracování výsledků GP a zaslání schválených plateb - zajišťoval protidrogový koordinátor: příprava vyhlášení a vlastní administrace GP, formální kontrola žádostí, příprava jednání Hodnotící komise, materiály RK a ZK, příprava smluv apod., včetně kontroly vyúčtování projektů – v případě roku 2012 projekty za rok 2011);
- alokace v roce 2012: 3 500 000 Kč (byla plně vyčerpána);
- prioritou byla podpora ambulantních služeb pro uživatele drog: Kontaktní centra a certifikované programy ambulantní léčby.

GP Podpora protidrogové politiky Jihočeského kraje:

- administrován Odborem pro evropské záležitosti, Oddělení AP PRK (Akční Plán Programu Rozvoje Kraje). (v plné míře administrován pracovníky oddělení, krajský protidrogový koordinátor posuzuje projekty po odborné stránce a účastní se jednání Hodnotící komise GP jako řádný člen);
- alokace v roce 2012: 4 000 000 Kč (byla plně vyčerpána);
- prioritou byla podpora služeb, nutných k zajištění dalších segmentů protidrogové politiky: především specifická protidrogová prevence a služby léčby a resocializace, terénní programy.

– **Financování z evropských fondů:**

- zajištěné financování přes tzv. Individuální projekty, v jakém objemu (celkem a v jednotlivých rocích), zda se z toho financují i drogové služby, v jakém objemu (celkem a v jednotlivých rocích), doba trvání IP. Pokud máte několik IP za sebou, uveďte informace i o těch předchozích:

Dne 1. 8. 2008 byl MPSV schválen Individuální projekt Jihočeského kraje „Podpora sociálních služeb v Jihočeském kraji“, v celkové výši 260 mil. Kč, na podporu vybraných služeb sociální prevence (a služba podpora samostatného bydlení). Projekt byl ukončen 31. 7. 2012 (dotace na služby byly poskytovány od 1. 4. 2009 do 30. 6. 2012) Ze služeb, týkajících se oblasti protidrogové politiky byly podporovány terénní programy, určené osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Byly podpořeny programy, určené pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem podpořených služeb bylo tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služby/ programy, které byly příjemci podpory z Individuálního projektu kraje nemohly v tomto období čerpat dotace MPSV.

Jak tedy vyplývá z popisu výše, nejedná se o přímou podporu přímé práce s cílovou skupinou uživatelé drog, ale spíše o širší záběr směrem k rizikovému chování obecně. V rámci projektu byly podpořeny terénní programy těchto poskytovatelů: Arkáda, sociálně – psychologické centrum, o. s. (region Písecko); Centrum pro pomoc dětem a mládeži, o.p.s. (Českokrumlovsko); Občanské sdružení Prevent (prachaticko, Strakonicko, Českobudějovicko); Sdružení Meta, o. s. (jindřichohradecko).

Celková částka, vyplacená terénním programům za celé období trvání IP (36 měsíců) činila 27 330 601,18 Kč, z toho s „drogovými“ TP bylo nasmlouváno/ vysoutěženo ve výběrovém řízení 9 960 710 Kč.

Za rok 2010 činila podpora 3 213 861 Kč, za rok 2011 4 079 434 Kč, za rok 2012 (do 30. 6. – ukončení IP) - 1 957 080 Kč.

V roce 2009 (od 1. 7. 2009 se do IP zapojili pouze dva realizátoři: TP Arkáda - Písecko a Streetwork CPDM, o.p.s. - Českokrumlovsko, podpora odhadem cca 0,5 mil. Kč)

Samotnou podporu z IP směrem k tomuto segmentu protidrogových služeb na území Jihočeského kraje hodnotíme jako významný akt, který významně pomohl v období, kdy v důsledku krize veřejných rozpočtů (2009 a především 2010) zřetelně klesl objem finančních

prostředků na podporu těchto služeb. Tak nejen že umožnil „přežití“ samotných terénních programů, ale tím, že tyto služby byly významněji podpořeny z prostředků ESF, bylo možno pomoci ostatním službám, které byly významně méně podpořeny z jiných veřejných zdrojů.

Jako druhý, možná významnější přínos IP vnímáme skutečnost, že tyto finanční prostředky umožnily rozšíření terénních programů do míst, kde dříve realizovány nebyly, a tím tyto služby získaly další klienty a přehled o situaci v oblasti užívání drog v menších regionech je využíván i pro koordinaci protidrogové politiky na krajské úrovni. S ohledem na vyžadovaný širší záběr cílové skupiny přineslo zapojení do projektu i službám samotným novou odbornost a zkušenosti, prostřednictvím služeb byla navázána intenzivnější spolupráce s dalšími samosprávami.

Pozn. – současný stav IP (k 1. 5. 2013): *Navazující Individuální projekt „Podpora sociálních služeb v Jihočeském kraji II“ (celkem 112 946 000 Kč) byl zahájen 1. srpna 2012, podpora služeb je realizována od 1. 4. 2013. Ukončení podpory služeb je předpokládáno k 31. 12. 2014 (tedy podpora na 21 měsíců). Uživatelé návykových látek nejsou cílovou skupinou aktivit projektu, nicméně terénní programy se mohou výběrových řízení účastnit, s tím, že jejich cílová skupina bude v souladu se zadávacím řízením (nejčastěji etnické menšiny, obyvatelé vyloučených lokalit, oběti trestné činnosti, domácího násilí, obchodu s lidmi a osoby komerčně zneužívané, imigranti a azylanti a osoby bez přístřeší).*

- také nás zajímá, jestli je využíváno i jiných evropských fondů a programů v kraji, pokud ano jakých: V podmínkách Jihočeského kraje v roce 2012 (ani v letech předchozích) z tzv. „grantových“ projektů OP LZZ nebyly financovány podle nám dostupných údajů žádné významné drogové služby, respektive nebyla financována jejich hlavní činnost. Ani financována být nemohla, pro většinu výzev nebyla cílová skupina „uživatelé návykových látek“ relevantní, stejně jako základní činnosti těchto služeb (namátkou výměnný program, sociální poradenství, léčba a doléčování). V letech 2011 a 2012 se sice v některých výzvách situace změnila, ale v konkurenci ostatních zájemců nebyli jihočeští žadatelé vesměs úspěšní. V každém případě je vhodné informace o tom, že nějaká služba je příjemcem pomoci z ESF doplnit o to, čeho konkrétně se tato pomoc týká. Obvykle to nebývá na základní činnosti (dle standardů) ani pro celou cílovou skupinu, ale pro jejich výseče, vybrané aktivity, část klientů. Obvykle je podmínkou i návrat klientů těchto programů na trh práce, což pro většinu z nich není možno považovat za realizovatelný, realistický cíl.

V roce 2012 z prostředků OP LZZ probíhal (květen 2010 - únor 2013) projekt Farní charity Tábor (Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou) „Resocializační programy“.

Ve výzvě č. 86 OP LZZ bylo v roce 2012 (z místních poskytovatelů služeb) úspěšné Občanské sdružení Prevent, realizace projektu „Resocializační programy Prevent“ byla zahájena k 1. 1. 2013. Obdobně byly ve stejné úspěšné projekty Sdružení Podané ruce (výzva č. 86) a OS Sananim (výzva č. 67) - terapeutické komunity na území kraje, opět resocializace osob ohrožených závislostí. Ve výzvě č. 68 byla také úspěšná o. p. s. Attavena (z významnějších projektů v této oblasti), opět projekt zaměřený na resocializaci osob ohrožených závislostí (v úzké spolupráci s PL Červený Dvůr). Tyto popsané projekty jsou dosud ve fázi realizace. Jak z letmého přehledu patrné, skutečně se nejedná o významný zdroj finančních prostředků pro podporu služeb z hlediska jejich ZÁKLADNÍCH činností. Úspěšná realizace projektu a nabyté zkušenosti a odbornost také neznamenají vyšší podporu konkrétních služeb z veřejných zdrojů po ukončení projektu, tyto činnosti jsou po ukončení financování z ESF obvykle omezeny tak, aby se vešly do běžného rozpočtu služby. Co zůstává, jsou odbornost a zkušenosti, nové metody práce apod. (někdy pouze do chvíle, dokud ve službě působí pracovníci s konkrétními zkušenostmi, nabytými v těchto projektech).

- po ukončení evropských fondů se očekává propad ve financování. Má kraj nějakou strategii jak zajistit udržitelnost projektů financovaných z evropských fondů do budoucna? Kde se očekává největší propad (typ služeb, geografické pokrytí atd.) Jak se bude řešit pokračování projektů?

V této chvíli (tedy podle informací, dostupných pro rok 2012) považujeme stanovování jakékoli závazné strategie za předčasné, situace je příliš nepřehledná, a to nejen na straně evropských fondů. Ani ve financování z národní úrovně není žádný zásadní dlouhodobý výhled, zprávy o razantních změnách přicházejí pravidelně... Jádrem protidrogové politiky Jihočeského kraje je na jedné straně podpora nízkoprahových/ intervenčních služeb (tedy služeb, které nemají alternativu v jiných systémech pomoci – především ve zdravotnictví), jednak zajištění optimální

dostupnosti těchto služeb pro občany na celém území kraje. Další důležitou okolností je úzká spolupráce se samosprávami obcí, včetně otázky finančního zajištění služeb (jednání probíhají).

V případě významného poklesu finančních prostředků na protidrogovou politiku z centrální úrovně (tedy nikoli pouze z evropských zdrojů) nebude pravděpodobně možné reagovat neustálým navyšováním prostředků, poskytovaných z rozpočtu kraje (ani ostatních samospráv – alespoň nikoli ve smyslu 100% sanování těchto výpadků), ale bude nutné zvážit podporu služeb, které spadají do jiných oblastí protidrogové politiky, než které dle našeho názoru přísluší kraji jako samosprávnému územnímu celku (tedy služby, které mají – nebo mají mít – alternativu v systému veřejného zdravotního pojištění nebo služby s celostátní spádovostí).

Stručně shrnuto: Jihočeský kraj v této chvíli garantuje do budoucna nejvyšší možnou podporu (včetně finanční) terénním programům a kontaktním centrům, neboť to jsou služby, které mají významný vliv na kultivaci drogové scény, ochranu veřejného zdraví a pořádku a motivaci uživatelů návykových látek (především těch nelegálních) k léčbě nebo alespoň významnému zkrácení jejich drogové kariéry.

– **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.

Vzhledem k tomu, že v Jihočeském kraji v současné době existuje 624 obcí, je velmi obtížné nějak stručně a jednoduše shrnout celou tuto problematiku. V podstatě platí, že **služby pro uživatele nelegálních návykových látek** spolufinancují pouze některé z obcí, především pak ty, na jejichž území je služba přímo poskytována, čili především obce s rozšířenou působností, typicky spíše okresní města (a pochopitelně město krajské). I zde se najdou výjimky, ovšem jedná se spíše o symbolické částky vzhledem k celkovým nákladům služeb, pro poskytovatele jsou ale i tyto drobné částky důležité (v řádech max. tisíců korun). V celkovém souhrnu za rok 2012 činily příjmy od obcí cca 8% rozpočtů služeb. Města ovšem nepřispívají pouze finančně, někde umí v době krize poskytnout nulový nebo alespoň minimální nájem (pokud služba sídlí v budově vlastněné městem – příklad město Tábor), někde není poskytován příspěvek přímo na službu, ale celé organizaci (kupříkladu formou příspěvku na splacení úvěru na zakoupení nemovitosti – čímž se službě/ organizaci ušetří náklady na nájemné – příklad město Písek). Vcelku lze shrnout, že obce v Jihočeském kraji mají zájem o spolufinancování těchto služeb a obvykle se snaží v rámci svých možností participovat na nákladech služeb, poskytovaných jejich obyvatelům. Složitější situace pochopitelně nastává tam, kde služba není přímo poskytována, byť jí v jiném městě obyvatelé obce využívají. Ale i s tím si někteří poskytovatelé umí poradit, na Táborsku např. Farní charita Tábor dlouhodobě získává příspěvky od obcí, jejichž obyvatelé jsou klienty kontaktního centra Auritus (Soběslav, Veselí nad Lužnicí, Sezimovo Ústí, Chýnov, Planá nad Lužnicí, Milevsko – v součtu celkovém za rok 2012 – 22 500 Kč – tedy cca 1% rozpočtu). **V roce 2012 obce v Jihočeském kraji podpořily služby pro uživatele drog (Harm reduction, léčba, doléčování) souhrnnou částkou 1,563 mil. Kč, což je částka, kterou můžeme považovat za reálnou.**

Co se **primární protidrogové prevence** týče, tam je situace mnohem méně přehledná, respektive získávat informace z této oblasti by bylo příliš náročné. V Jihočeském kraji bylo v roce 2012 celkem 301 mateřských, 252 základních a 95 středních škol. Valná část z nich nějakým způsobem protidrogovou prevencí řeší a minimálně část preventivních programů platí ze svého rozpočtu (obvykle z příspěvku zřizovatele, nebo z finančních zdrojů jiných – vybírají přímo od žáků – po několika desítkách korun – třídní fondy, z fondu přátel školy nebo i ze sponzorských darů. V minulém období byl významným zdrojem i OP Vzdělávání a konkurenceschopnost - OPVK, některé školy z něj získaly prostředky i na běžnou, kontinuální prevenci – v řádech desítek tisíc korun). Není ovšem vůbec jednoduché tato data získat, a hlavně pak rozhodnout, které z výdajů označených jako protidrogová prevence lze takto i uznat...

Pozn. Protidrogová koordinátorka města Třeboň poskytla informace, které získala od osmi místních (základních a středních škol). Ačkoliv tam nejsou finance vyčísleny a popisy nejsou mnohde zcela jasné, lze odhadnout, že na protidrogovou prevenci těchto osm škol vydalo souhrnně minimálně cca 40 000 Kč (za rok 2012). Z prostředků zřizovatele, OPVK, třídních fondů. V jednom případě škola přiznala dotaci na realizaci protidrogové prevence v rámci OPVK 31 000 Kč, některé školy zaplatily externě dodané preventivní aktivity z vlastních prostředků,

některé školy řešily prevenci výhradně vlastními silami (školský metodik, v rámci výuky...). Odhadneme-li výdaje školy na hodinovou besedu rámcově na 700 Kč (vodítka – obvykle vybírají od jednoho žáka na besedu 25 Kč, ve třídě průměr cca 25 žáků), odhadujeme pro zbývající školy roční výdaje na zajištění externí protidrogové prevence na cca 2 000 Kč. Bude-li takto řešit prevenci jen 50% všech ZŠ a SŠ regionu, dostaneme se na minimálních 347 000 Kč jako dle našeho názoru minimální základ, k tomu OPVK a další (prevence v rámci dalších aktivit – např. adaptačních kurzů apod.). Jako další finanční prostředky směřované do této oblasti by bylo možné vyčísřit náklady spojené s preventivními aktivitami (besedy apod.) MěPO, PČR, náklady na školského metodika prevence apod.

Z výše popsaných důvodů tedy **odhadujeme, že skutečný příspěvek obcí na primární protidrogovou prevenci (včetně započtení příspěvku škol samotných – vlastní fondy, OPVK) mohl v roce 2012 činit i mnohonásobek doložené částky (ta byla dle zpráv místních protidrogových koordinátorů vypočtena na cca 226 000 Kč).**

Shrnutí: Co se podpory služeb pro uživatele nelegálních návykových látek jsou obce v Jihočeském kraji důležitým zdrojem pro financování těchto služeb, a informace máme velmi spolehlivé. V roce 2012 ještě nemůžeme hovořit o spravedlivém nebo jednoduchém systému, nicméně byly učiněny první kroky na cestě k jeho zavedení (kromě samotné absolutní nebo procentní výše spolufinancování je na místě řešit i administrativní náročnost tohoto procesu – jak pro poskytovatele služeb, tak pro obce samotné). Co se týče podpory primární prevence, je mnohem více založená na místních zvyklostech, tradici, preferencích a je mnohem méně přehledná. Pravděpodobně je výše podpory programů v jednotlivých školách ze strany školy i jejího zřizovatele velmi výrazně závislá na preferencích a postojích samotného vedení školy. Údaje, které jsme o tomto spolufinancování schopni za vynaložení adekvátního úsilí získat, zdaleka neodrážejí realitu, situace je lepší, než se může jevit – což ale nemusí znamenat, že je zcela ideální.

– **Analýza finančních potřeb drogových služeb kraje**

– Uveďte, zda byla provedená analýza finančních potřeb drogových služeb kraje v r. 2012

NE. Obdobně, jak je vysvětleno v kapitole 2.2.2, resp. 2.3, Jihočeský kraj vzhledem k obecnému nedostatku finančních prostředků externí analýzy nezadá, tedy ani analýzy finančních potřeb. Zhodnocení této oblasti je součástí náplně protidrogového koordinátora, který každoročně (pro potřeby dotačních řízení kraje, dotační řízení dalších subjektů – především na centrální úrovni, pro potřeby této a jiných „zpráv“) zpracovává přehledy o finančních potřebách a zdrojích, týkajících se financování protidrogové politiky kraje.

– **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 „inventář“ výdajů, které se drog týkají úplně nebo zčásti. Poslední sloupeček slouží pro kvalifikovaný odhad, kolik prostředků z daného zdroje bylo určeno na podporu aktivit týkajících se protidrogové politiky, a to jak legálních (alkoholu, tabáku), tak nelegálních - např. školské programy mají část týkající se návykových látek, ale i část týkající se ostatních sociálně nežádoucích jevů. Uvádět výši této „drogově specifické“ části na základě reálných dat nebo odhadu/znalostí/zkušeností.

Pozn.: Výdaje z rozpočtu krajů a obcí uvádět, pokud možno až po finančním vypořádání, tzn. skutečně vyčerpané finanční prostředky snížené o případné vratky do rozpočtu krajů a obcí.

Tabulka 3-1: Výdaje z rozpočtu kraje v roce 2012

Výdaje	Popis	Výše (v Kč)	Výše (v Kč) na protidrogovou politiku
Zdroj 1	GP AP Programu rozvoje Jihočeského kraje: podpora rozvoje protidrogové politiky	4 000 000	4 000 000
Zdroj 2	GP Jihočeského kraje. Podpora minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje	3 500 000	3 500 000
Zdroj 3	Rozpočet OSVZ: příspěvek zřizovatele – protialkoholní záchytná stanice ZZS Jihočeského kraje	2 000 000	2 000 000
Zdroj 4	Rozpočet OSVZ: příspěvek zřizovatele – PL Lnáře	380 000	130 000
Zdroj 5	Rozpočet OSVZ: realizace VI. krajské adiktologické konference	99 900	99 900
Celkem		9 979 900	9 729 900

Tabulka 3-2: Výdaje z rozpočtu obcí v roce 2012

Výdaje (obec)	Popis	Výše (v Kč)	Výše (v Kč) na protidrog. politiku
Blatná	Primární prevence, terénní program	70 000	70 000
České Budějovice	Služby – TP, KPS, AL, SL, NP. Protialkohol. poradna	725 000	725 000
České Velenice	Primární prevence, terénní program	40 000	40 000
Český Krumlov	Terénní program	61 916	61 916
Dačice	Primární prevence, terénní program	59 900	59 900
Chýnov	Kontaktní centrum	2 500	2 500
Jindřichův Hradec	Primární prevence, terénní program	100 000	100 000
Kaplice	Primární prevence, terénní program	28 000	28 000
Milevsko	Primární prevence, terénní program	24 000	24 000
Planá n. Lužnicí	Kontaktní centrum	1 000	1 000
Písek	Terénní program, kontaktní centrum	83 000	83 000
Prachatice	Kontaktní centrum	25 000	25 000
Sezimovo Ústí	Kontaktní centrum	10 000	10 000
Soběslav	Kontaktní centrum	5 000	5 000
Strakonice	Kontaktní centrum	60 400	60 400
Tábor	Primární prevence, kontaktní centrum	270 000	270 000
Třeboň	Primární prevence, terénní program	10 000	10 000
Týn nad Vltavou	Primární prevence, terénní program	110 000	110 000
Veselí n. Lužnicí	Kontaktní centrum	3 000	3 000
Vimperk	Terénní program	35 000	35 000
Vodňany	Terénní program	50 000	50 000
Volary	Terénní program	15 000	15 000
Celkem	...	1 788 716	1 788 716

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

Pozn.: Jedná se o souhrnné zpracování dat z tabulek uvedených výše. Při vyplňování je nutné dodržovat předepsanou strukturu.

Typ služeb	2011			2012		
	rozpočet kraje		rozpočty obcí	rozpočet kraje		rozpočty obcí
		- z toho IP			- z toho IP	
Primárně-preventivní programy škol a školských zařízení ¹¹	0	0	0	0	0	0
Primárně-preventivní programy NNO, případně jiných subjektů	920 000	0	250 798	1 275 000	0	215 941
Primární prevence celkem	920 000	0	250 798	1 275 000	0	215 941
Terénní programy	795 850	4 079 434	666 880	920 000	1 957 080	535 941
Kontaktní centra ¹²	2 911 950	0	440 000	3 070 000	0	611 900
Harm reduction celkem	3 707 800	4 079 434	1 106 880	3 990 000	1 957 080	1 146 941
Ambulantní léčba NNO	426 100	0	210 000	590 000	0	140 000
Substituční léčba	520 000	0	130 000	600 000	0	150 000
Ostatní ambulantní AT/medicínská léčba	0	0	0	0	0	0
Lůžková AT/medicínská léčba	130 000	0	0	130 000 ¹³	0	0
Terapeutické komunity	450 000	0	0	420 000	0	0
Služby NNO ve vězení	0	0	0	0	0	0
Léčba celkem	1 526 100	0	240 000	1 530 000	0	290 000
Následná péče	576 100	0	150 000	625 000	0	125 000
Záchytné stanice a ošetření intoxikovaných osob	2 000 000	0	0	2 000 000	0	0
Informace/výzkum/koordinace*¹⁴	99 000	0	0	99 900	0	0
Ostatní*¹⁵	0	0	0	0	0	10 000¹⁶
CELKEM	8 829 000	4 079 434	1 847 678	9 729 900	1 957 080	1 788 882

* Specifikujte

¹¹ Tyto aktivity jsou shrnuty na další řádce, neboť je obtížné je reálně oddělit – naprostá většina primárně preventivních aktivit je realizována na školách ve spolupráci s NNO;

¹² Z toho 100 000 OS Meta Jindřichův Hradec, služba Odborné sociální poradenství; vznikla jako ambulantní náhrada KC (2012 – 80 000 Kč)

¹³ Příspěvek zřizovatele PL Lnáře. S ohledem na skutečnost, že pouze část pacientů je léčena s diagnózou závislost (včetně alkoholu), každoročně započítáváme poměrnou část. Celková výše neinvestičního příspěvku Jihočeského kraje za rok 2012 léčebně činila 380 000 Kč (na činnosti nehrazené ze ZP a běžné provozní výdaje). Investiční příspěvek v roce 2012 4 992 000 Kč.

¹⁴ Publikace, letáky, konference, semináře, analýzy, koncepce apod.

¹⁵ Nejsou započteny náklady na výkon funkce protidrogového koordinátora (kraj vykonává v samostatné působnosti), analogicky u obcí...

¹⁶ Město České Budějovice – PrevAlko; podpora tvorby webových stránek

Tabulka: Příjemci dotace Jihočeského kraje za období 2010 – 2012 (protidrogové služby)

REALIZÁTOR	PROJEKT/ SLUŽBA	ROK A VÝŠE POSKYTNUTÉ DOTACE		
		2010	2011	2012
Sdružení META o.s.	Specifická prevence pro školy ... okresu J. Hradec	199 107	180 000	225 000
Arkáda Písek	Systém preventivních aktivit v regionu Písek...	152 000	150 000	200 000
OS Prevent	Primární drogová prevence Strakonicko, PT a Pí	200 000	190 000	235 000
OS Prevent	Primární drogová prevence Českobudějovicko, ČK	200 000	200 000	235 000
OS Prevent	Primární drogová prevence Tábořsko a JH	0	0	115 000
OS Portus Prachatice	Primární prevence Phénix	200 000	200 000	235 000
Salesiánské středisko	Kurz protidrogové prevence	0	0	30 000
CELKEM primární prevence		1 001 107 Kč	920 000 Kč	1 275 000 Kč
OS Prevent	Kontaktní centrum Prevent České Budějovice (KC ČB Háječek)	600 000	700 000	700 000
CPDM o.p.s. Č.Krumlov	Streetwork pro města Český Krumlov a Kaplice	200 000	232 200	240 000
Sdružení Meta J.Hradec	P.Centrum Jindřichův Hradec (KC + TP)	130 000	100 000	80 000
Sdružení Meta J.Hradec	Terénní program pro okres Jindřichův Hradec	70 000	237 550	250 000
OS Arkáda Písek	Kontaktní centrum Arkáda (KC + TP)	450 000	464 150	550 000
OS Arkáda Písek	Terénní program při Kontaktním centru	60 000	80 000	140 000
Farní charita Tábor	Auritus - centrum pro lidi ohrožené drogou	500 000	770 600	700 000
OS Prevent	Jihočeský streetwork Prevent	220 000	246 100	290 000
OS Prevent	Kontaktní centrum Prevent Strakonice (včetně TP)	450 000	426 100	520 000
OS Prevent	Kontaktní centrum Prevent Prachatice (včetně TP)	400 000	451 100	520 000
CELKEM Harm reduction		3 080 000 Kč	3 704 800 Kč	3 990 000 Kč
SANANIM o.s.	Sociální práce v Terapeutické komunitě Němčice	150 000	150 000	140 000
SANANIM o.s.	Pracovní terapie v TK Karlov jako prostředek sociální rehabilitace a léčby	150 000	150 000	140 000
OS Prevent	Drogová poradna Prevent	400 000	426 100	510 000
OS Prevent	Substituční centrum Prevent	380 000	520 000	600 000
OS Prevent	Doléčovací centrum Prevent	588 893	576 100	625 000
Sdružení Podané ruce	Terapeutická komunita Podcestný Mlýn	150 000	150 000	140 000
OS Prevent	OKONZ	0	0	80 000
CELKEM léčba a doléčování		1 818 893 Kč	1 972 200 Kč	2 235 000 Kč
CELKEM		5 900 000 Kč	6 600 000 Kč	7 500 000 Kč

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

– **Další důležité informace / změny proběhlé v r. 2012**

4 Služby poskytované uživatelům drog a osobám ohroženým drogami

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

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

Období platnosti: 2012 – 2014

www stránky ke stažení: [http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?parfid_v\]=346&par\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?parfid_v]=346&par[lang]=CS)

– **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 drog, **vč. těch, která nežadají o dotace**)

Pozn. KPK k zadání: V Jihočeském kraji nejsou zařízení/ služby, které prošly certifikací odborné způsobilosti služeb dle Standardů RVKPP a nežádaly v roce 2012 o dotaci... Certifikace odborné způsobilosti služeb je podmínkou pro získání dotace (RVKPP, MZ, Jihočeský kraj), tedy ji nebude podstupovat nikdo, kdo nemá v úmyslu dotaci z těchto zdrojů získat (jedinou výjimkou na území kraje byla v minulosti PL Červený Dvůr která získala certifikace odborné způsobilosti – detoxifikace a střednědobá léčba - v roce 2006, nicméně vzhledem k administrativní náročnosti celého procesu, který bez vazby na dotace nedával smysl, již o udělení certifikace na další období neusilovala). A na druhou stranu by nebylo odpovědné zařazovat programy k příslušným standardům, pokud není místním šetřením ověřeno, že tam skutečně spadají, a poskytují odpovídající služby. **Shrnutí: Budou popsány pouze služby, které v roce 2012 splňovaly požadavky Standardů odborné způsobilosti služeb RVKPP.**

Tabulka 4-1: Programy primární prevence realizované v r. 2012 (mimo škol a školských zařízení)

Název projektu/programu	Realizátor programu (pracoviště)	Cílová skupina	Charakteristika aktivit	Počet akcí/osob ¹⁷	Typ PP dle standardů	PP Všeobecná/ Selektivní/ Indikovaná	Certif. služba (ano/ne) ¹⁸
Systém primární prevence v regionu Písek a Milevsko	Arkáda, soc. psychologické centrum, Písek	žáci ZŠ, SŠ, mládež na internátech, pedagogové, rodiče	besedy a interaktivní semináře, ucelené dlouhodobé programy	40 akcí 776 osob	PP v rámci školní docházky	Všeobecná	ANO
Spec. prevence pro školy a škol. zařízení okresu Jindřichův Hradec	Sdružení Meta, J. Hradec	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové, rodiče	besedy a interaktivní semináře	77 akcí 1 745 osob	PP škol. docházka	Všeobecná	ANO
Primární prevence Phénix (především PT)	OS PORTUS PRACHATICE	žáci ZŠ a SŠ	interaktivní seminář	111 akcí 2 125 osob	PP škol. docházka	Všeobecná	ANO
Primární drogová prevence pro ... (okresy ČB, PT, ST a dílčí Tá, ČK, JH)	OS Do Světa	žáci ZŠ, SŠ, pedagogové	blok primární prevence, indikovaná intervence, vzděl. pedagogů	4 605 lektorhodin (počet akcí nezjištěn – cca 800) 6 150 osob	PP škol. docházka	Všeobecná selektivní indikovaná	ANO

¹⁷ Přes doporučenou strukturu VZ pro programy primární prevence nelze odpovědně prohlásit, že jsou zdroje dat jednotné. Některé organizace podávají informace o všech aktivitách, některé pouze o těch, které jsou financovány Jihočeským krajem. Čili se jedná o údaje dodané poskytovateli služeb (navíc pouze od certifikovaných poskytovatelů), nikoli souhrnná čísla. Je možné, že v řadě případů by u jednotlivých akcí bylo k diskusi, zda se stále ještě jedná o specifickou primární protidrogovou prevenci, nebo má akce již významnější přesah do dalších oblastí – vztahy, zdravý životní styl apod.

¹⁸ U primární prevence byl proces certifikace pozastaven již v roce 2011. Tyto služby vnímáme jako certifikované, neboť mají prodloužený (automaticky) certifikát, který získali již v minulosti. V případě OS Do Světa je pro Jihočeský kraj významná skutečnost, že je nástupcem OS Prevent, které certifikaci také v minulosti získalo, včetně personálního obsazení a užívaných programů a postupů.

Tabulka 4-2: Služby v oblasti snižování rizik poskytované v r. 2012 (včetně programů snižování rizik na tanečních akcích, v klubech a prostředí noční zábavy)

Název projektu/ programu	Realizátor	Cílová skup.	Počet osob, kt. služby využily / z toho UD	Počet kontaktů ¹⁹ / UD	Počet výměn ²⁰	Počet vydaných inj. stř.	Územní působnost, spádovost (okres)	Certif. služba (ano/ne)
Kontaktní centrum Arkáda	Arkáda, soc. psych. centrum, o.s.	UD	153/ 124	2 222	1 177	40 091	Písek	ANO
Terénní program Arkáda	Arkáda, soc. psych. centrum, o.s.	UD	130/ 112	1 118	365	12 037	Písek	ANO
Auritus – centrum pro lidi ohrožené (KPS)	Farní charita Tábor	UD	269/ 190	4 174	852	33 817	Tábor	ANO
Kontaktní centrum Prevent Strakonice	Občanské sdružení Prevent	UD	144/ 109	616	197	8 531	Strakonice	ANO
Kontaktní centrum Prevent Prachatice	OS Prevent	UD	184/ 137	857	607	13 182	Prachatice	ANO
Streetwork pro města Č. Krumlov a Kaplici	CPDM, o.p.s., Český Krumlov	UD	197/ 170	941	802	10 104	Č. Krumlov	ANO
Jihočeský streetwork Prevent	OS Prevent	UD	641/ 617	3 614	3 508	44 531	ČB, Strakonice Prachatice	ANO
Jihočeský streetwork Prevent	OS Prevent	Noční zábava	364 osob	364 - Jednorázový kontakt v rámci taneční akce – informace, šňupátka apod.				ANO
KC Prevent České Budějovice	OS Prevent	UD	368/ 330	6 009	3 339	53 684	ČB	ANO
Terénní program pro okres J. Hradec	Sdružení Meta	UD	91/ 91	739	220	9 019	J. Hradec	ANO

Tabulka 4-3: Služby v oblasti ambulantní léčby v r. 2012

Název projektu/ programu	Realizátor	Typ služby	Cílová skupina	Kapacita / rok	Počet osob, kt. služby zař. využily	Počet nově evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certif. služba
Drogová poradna Prevent	OS Prevent	AL	UD, soc. okolí	není stanovena	112 UD/ 133 ost.	73 UD (prvkontakty)	Česko budějovicko (a širší okolí)	ANO
Auritus – centrum pro lidi ohrožené	FCH Tábor	AL	UD, soc. okolí	není stanovena	61 UD/ 64 ost	Nejsou údaje / (nárůst o 45%)	Táborsko (a širší okolí)	ANO

¹⁹ **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.

²⁰ **Výměna:** Kontakt, při kterém dochází k výměně (příp. jen odevzdání či výdeji) jedné nebo více injekčních jehel.

Tabulka 4-4: Služby v oblasti rezidenční léčby v r. 2012

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

Jako doplnění údajů k tabulce 4 – 4 uvádíme podrobnější kapitulu o PL Červený Dvůr:

Informace o léčebně za rok 2012

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zařízení plně specializované na střednědobou ústavní léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství. Byla založena v roce 1966. V současnosti je kapacita léčebny 103 lůžek, ročně absolvuje terapeutický program v léčebně 550 až 750 pacientů. Léčebna má 4 oddělení - příjmové detoxifikační oddělení (detox) a tři oddělení psychoterapeuticko-režimová.

Léčebna poskytuje:

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

Klientela léčebny: Léčebna je celorepublikové zařízení, léčí se zde muži a ženy starší 18 let.

Nejčastější léčené primární diagnózy jsou:

- Syndrom závislosti na alkoholu F 10.2
- Syndrom závislosti na heroinu F 11.2
- Syndrom závislosti na pervitinu F 15.2
- Syndrom patologického hráčství F 63.0

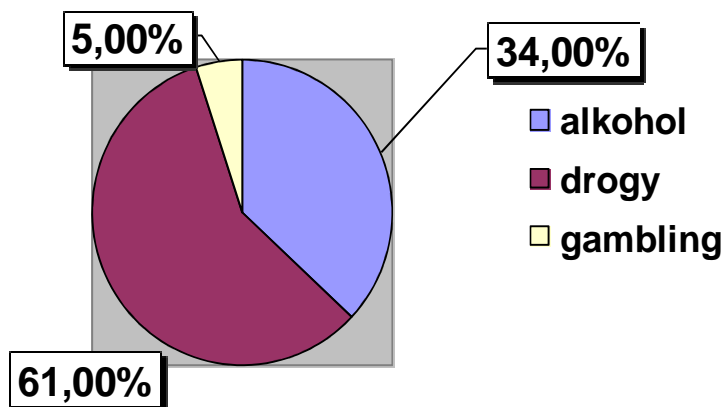
Celkový počet pacientů za rok 2012: 741 (r. 2011 – 690)

z toho: **muži 486** (444 v roce 2011, 445 v roce 2010, 508 v roce 2009)
 ženy 255 (246 v roce 2011, 242 v roce 2010, 226 v roce 2009)

Zastoupení jednotlivých skupin diagnóz

alkohol	34% (252)	37% v roce 2011	42% v roce 2010	34 % v roce 2009
gambling	5% (35)	5 % v roce 2011	4% v roce 2010	3 % v roce 2009
nealkohol. drogy	61% (454)	58 % v roce 2011	54% v roce 2010	63 % v roce 2009
z toho	cca 30 % (221)	zákl. droga pervitin	(28% v r. 2011	47% v r. 2010)
	cca 8 % (60)	zákl. droga heroin	(7% v r. 2011	15% v r. 2010)

Graf: Skladba léčených pacientů v roce 2012



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, tedy opětovný nárůst závislých na alkoholu. Dokončení léčby – dlouhodobě se pohybuje kolem 55 - 60%

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

Zdroj: MUDr. Jiří Dvořáček, ředitel PL Červený Dvůr

Tabulka 4-5: Služby v oblasti doléčování a resocializace v r. 2012

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby	Cílová skupina	Kapacita/rok	Počet osob, kt. služby zař. využily	Počet nově evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certif. služba
Doléčovací centrum Prevent	OS Prevent	ADP - ambulantní	UD po absolvování léčby	není stanovena	43/ + 19 alkohol	43	ČR	ANO
Doléčovací centrum Prevent	OS Prevent	ADP – pobyt. forma	UD po absolvování léčby	12 lůžek	49	32 prvokontaktů	ČR	ANO

Tabulka 4-6: Ostatní specializované programy v r. 2012

Název projektu/programu	Realizátor	Typ služby	Cílová skupina	Kapacita/rok	Počet osob, kt. služby zař. využily	Počet nově evid. žádostí o léčbu	Územní působnost, spádovost	Certif. služba
Substituční centrum Prevent	OS Prevent	SL	Dlouhodobí, v léčbě opakovaně selhávající uživatelé opiátů	25 průběžně	33	11 prvokontaktů	Česko budějovicko	ANO

Doplnění k specializovaným programům: **ZÁCHYTNÁ STANICE**

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje (rok 2012 a srovnání 2011)

ZZS Jihočeského kraje poskytuje odbornou zdravotní péči v těchto oborech: *Záchranná služba (výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci (RLP); výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci (RZP); výjezdové skupiny rendez-vous (RV); posádka letecké záchranné služby (LZS), Protialkoholní záchytná stanice (PZS) a akutní detoxikační centrum (ADS), Lékařská služba první pomoci (LSPP), lékařská služba první pomoci pro děti a dorost; lékařská služba první pomoci pro dospělé; zubní lékařská služba první pomoci).*

Počet pacientů protialkoholní záchytné stanice v roce 2012 celkem 1296 osob
věková struktura hospitalizovaných osob:

- do 19 let: 56 pacientů (rok 2011 - 51)
- 20 – 64 let 991 pacientů (rok 2011 - 911)
- nad 64 let: 43 pacientů (rok 2011 - 25)

Komentář (MUDr. Marek Slabý, ředitel ZZS): ZZS provozuje jedinou protialkoholní záchytnou stanici v Jihočeském kraji, kde má i zřízené oddělení pro děti a mládež. Pacienti s podezřením na intoxikaci jinými látkami než alkoholem nejsou převáženi na záchytku, ale jsou rovnou umístováni na specializovaná oddělení příslušných nemocnic (děti na dětské odd.). Sami pracovníci ZZS zpravidla intoxikované pacienty nevyhledávají, ty jim předává Policie ČR, případně městská policie. V zařízení 9 lůžek. Jediným zdrojem finančních prostředků jsou úhrady pacientů (2012 – 580 tis. Kč, to je 44,35 % ze skutečně vyfakturovaných hospitalizovaných pacientů – 1.308 tis. Kč) a příspěvek Jihočeského kraje (2,000 tis. Kč).

Tabulka: Počet pacientů protialkoholní záchytné stanice (2012 a srovnání 2011)

	Hospitalizovaní klienti		Ambulantní klienti		Celkem klientů	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Leden	93	97	23	26	116	123
Únor	75	73	20	13	95	86
Březen	81	98	24	17	105	115
Duben	86	103	20	28	106	131
Květen	98	78	17	16	115	94
Červen	81	92	22	16	103	108
Červenec	71	96	17	16	88	112
Srpen	67	107	15	11	82	118
Září	72	81	18	15	90	96
Říjen	82	85	17	10	99	95
Listopad	97	97	21	16	118	113
Prosinec	84	83	23	22	107	105
Celkem	987	1090	237	206	1224	1296

Tabulka: Podíl mužů a žen - pacientů protialkoholní záchytné stanice (2012 a srovnání 2011)

	2011	2012
Muži	1067	1138
Ženy	157	158

Tabulka: Náklady a výnosy ZZS jak, z toho záchytná stanice (2012; v tis. Kč)

Činnost	Náklady	Výnosy	Hop. Výsledek
Celkem ZZS jak	418 470	418 735	265
Z toho PZS	6 480	3 347	-3 133
Z toho	6 480	1 326 pacienti 2 000 jak	-3 133

Tabulka 4-7: Počet zařízení podle typu služeb v kraji v r. 2012 (podle místa poskytování služby – okresy; PP podle sídla orá.)

Obec	Poskytovatelé primární prevence *	Nízoprahová zařízení (TP a KC)	Ambulantní léčba	Substituční léčba	Lůžková AT léčba (krátko- středně dobá)	Terapeutické komunity	Doléčovací centra – ambulantní	Doléčovací centra s chráněným bydlením	Služby NNO ve vězení	Detoxifikační jednotky	Záchytné stanice
České Budějovice	0	2 (TP + KC)	1	1	0	0	1	1	0	0**	1***
Český Krumlov	0	1 (TP)	0	0	1 ²¹	0	0	0	0	1 ²²	0
Jindřichův Hradec	1	1 (TP)	0	0	0	1 ²³	0	0	0	0	0
Tábor	0	1 (KC)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Písek	1	2 (KC + TP)	0	0	0	1 ²⁴	0	0	0	0	0
Strakonice	1	2 (KC + TP)	0	0	0	1 ²⁵	0	0	0	0	0
Prachatice	1	2 (KC + TP)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kraj celkem	4	11	1	1	1	3	1	1	0	1	1

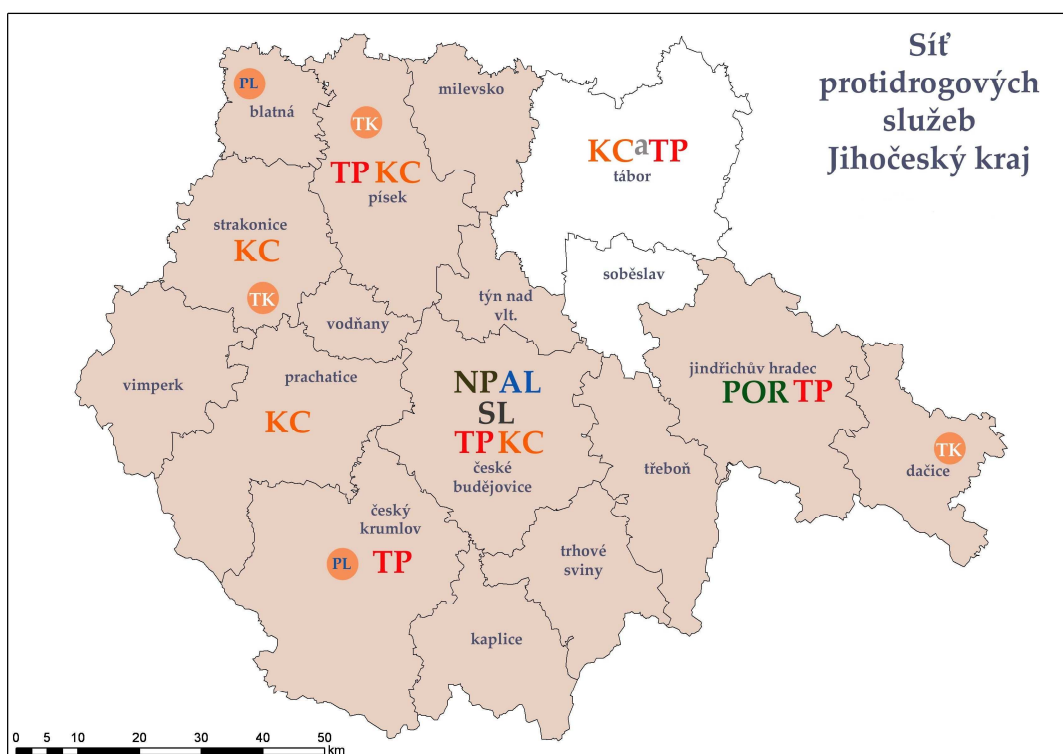
* počítáme držitele certifikátu spec. protidrogové PP (nebo nástupnické org. – Do Světa) podle sídla, nikoli místa působení

** počítáme certifikované/ specializované detoxifikační jednotky

*** s celokrajskou spádovostí

– hlavní změny v poskytování služeb, zaniklé nebo nové programy v kraji v roce 2012

Oproti předcházejícím létům v síti služeb k žádné významnější změně nedošlo (viz mapa).



²¹ PL Červený Dvůr

²² Detox PL Červený Dvůr

²³ TK Podcestný mlýn

²⁴ TK Karlov

²⁵ TK Němčice

Vysvětlivky k mapce:

- TP – terénní program
- KC – kontaktní centrum
- POR – odborné sociální poradenství (zákon č. 108/2006, o sociálních službách)
- SL – substituční léčba
- AL – ambulantní léčba (od listopadu 2011 certifikována i při službě „Auritus – centrum pro lidi ohrožené drogou“, FCH Tábor)
- PL – psychiatrická léčebna
- TK – terapeutická komunita

Zabarvené okresy jsou standardně pokryty terénním programem (zkratka označuje sídlo konkrétní služby, zabarvení pokrytí). V okrese Tábor je TP (služba ale není samostatně certifikovaná, tvoří doplněk komplexu služeb „Auritus...“) pokryto pouze území města Tábor.

Ve spolupráci s Adiktologickou poradnou Prevent a Protialkoholní záchytnou stanicí ZZS (PZS) jsme se pokusili jeden z programů zacílit přesněji na děti a mládež, klienty záchytné stanice. Prvotním impulsem byl zájem samotných pracovníků PZS a inspirace obdobnými programy (Německo), z nichž jeden (HaLT-Projekt, Condrops e.V., Horní Bavorsko) byl představen na V. Adiktologické konferenci Jihočeského kraje (rok 2011). Jihočeský kraj podpořil obdobně koncipovanou službu v roce 2012 částkou 80 000 Kč. Nicméně aktivita se neujala, zájem ze strany především zákonných zástupců mladistvých byl mizivý a i vzhledem k dalším okolnostem byl projekt předčasně ukončen, o jeho pokračování se v této chvíli, bez existence jasných zákonných mantinelů (souhlas zákonného zástupce, anonymita klientů apod.) neuvažuje. Doplnujeme komentář realizátora, OS Prevent (VZ za rok 2012, Adiktologická poradna Prevent): „Pilotní projekt OKONZ, který jsme spustili od července ve spolupráci s odborem sociálních věcí Jihočeského kraje, a Záchytnou protialkoholní stanicí nedopadl podle našich očekávání. Dle předložených statistik z předchozích let jsme čekali výrazně větší počet mladistvých, kteří jsou ročně hospitalizováni s akutní intoxikací na záchytné stanici a prostřednictvím projektu OKONZ by se mohli dostat do péče poradny. Analyzovali jsme, jaké příčiny mohli vést k tomu, že projekt nebyl tak úspěšný. Došli jsme k několika vysvětlením – rodiče odmítají „dobrovolně“ mluvit se sociálním pracovníkem/terapeutem. Dále možnou příčinou mohlo být špatné kontextové vyjasnění u spolupracujících subjektů – Policie, Záchytky v ČB, OSPOD a též také možná neochota těchto subjektů aktivně participovat na projektu.“

Svůj význam může mít i klesající počet nezletilých/* mladistvých pacientů PZS: v roce 2009 to bylo 82 pacientů, v roce 2010 79 pacientů, v roce 2011 již jen 51 pacientů. V roce 2012 56 pacientů.

– hlavní nedostatky v poskytování služeb v kraji v roce 2012 (*Chybějící popř. nadbytečné, kapacitně málo využívané typy služeb, regionální (ne)dostupnost služeb, populační podskupiny nezachycené sítě služeb v kraji, (ne)provázanost služeb atd.*)

Současnou podobu „sítě služeb“ v Jihočeském kraji deklarujeme dlouhodobě jako minimální, což znamená, že se snažíme (s finančními prostředky, které máme k dispozici) udržet rozprostření kvalitních a certifikovaných, tedy odborně zdatných služeb po celém území kraje tak, aby alespoň ty nezákladnější služby byly dostupné každému obyvateli kraje.

Realita je taková, že v případě služeb prvního kontaktu (tedy KPS, terénní programy) se to do značné míry daří. Rezervy jsou v dostupnosti ostatních služeb, kdy především reálná dostupnost ambulantní léčby (oblast zdravotních služeb) je nedostatečná. Obdobně to platí pro substituční programy (s komplexním přístupem), detoxifikační zařízení, specializované programy (děti a mladiství, matky s dětmi apod.).

Jihočeský kraj velký region, ale poměrně řídko osídlený. Nelze očekávat, že by existence specializovaných služeb kupříkladu v Českých Budějovicích měla širší dosah než kupříkladu pro území okresu (a zkušenosti substitučního centra i ambulantní léčby to dokazují). Na druhé straně, v menších regionech (Českobudějovicko cca 200 tis. obyvatel, ale Prachaticko cca 50 tis.) by nebylo možné očekávat efektivní fungování specializovaných služeb. Některé činnosti (ambulantní doléčování apod.) sice mohou poněkud suplovat kontaktní centra, ale pracovat s klienty na cestě k abstinenci není v běžném hlavním provozu KC vždy možné, a ani ne ideální. Cestou by bylo pravděpodobně zřízení „kombinovaných“ zdravotně – sociálních služeb ve smyslu tzv. „drogové agentury“, kde by bylo možné pod jednou službou poskytovat více programů – komplexní substituční program, ambulantní léčba, doléčování (především ambulantní), případně další, dle potřeb konkrétního regionu (poradenství pro rodiče). To by ale předpokládalo značné změny v nastavení současného systému drogových služeb v ČR, v první řadě intenzivnější podíl zdravotních pojišťoven na podpoře realizace těchto změn. Výsledkem by ovšem byl efektivnější systém dobře dostupné péče, který by velmi pravděpodobně přinesl menší náklady veřejného zdravotního systému do budoucna (podle ideální rovnice: brzká odborná ambulantní intervence teď = méně nákladů na dražší pobytovou léčbu v budoucnosti).

– zhodnocení sítě služeb

- Uvedte, zda je síť dostačující, jak by měla vypadat ideálně - optimalizace sítě poskytovatelů služeb drogové prevence kraje (na základě provedené analýzy potřeb a služeb)

Současná podoba „Minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje“ není postačující.

I když síť kontaktních center v podobě, jak je popisují Standardy odborné způsobilosti RVKPP“ považujeme za dostačující, nedaří se dlouhodobě získat dostatečné finanční prostředky na jejich optimální zajištění tak, aby plně využily svůj potenciál (KC Prachatice a Strakonice již několik let pracují v „krizovém režimu“ – pro obě KC jeden tým, který se střídá v obou městech, ale KC Tábor i KC České Budějovice by zasloužily personální posílení, respektive více finančních prostředků na provoz). Co se týče kapacit terénních programů, v okrese Tábor terénní program na území okresu dosud nefunguje, v Jindřichově Hradci a v Českém Krumlově by si oba TP zasloužily posílení o ambulantní složku základní péče – poradenství, testování apod. – nelze vše a vždy dělat pouze „na ulici“. Ale i ostatní terénní programy nemají kapacity na práci v dalších městech a menších regionech, průzkum terénu mimo pravidelné lokality apod. Zkušenosti z posledních let dokazují, že užívání NNL je víceméně čím dál více pravidelně „rozprostřeno“ po celém území kraje, i v nejmenších městech, kam případně terénní program zavítá, se velmi brzy najdou skupiny nitrožilních (mimo jiné) uživatelů drog, kteří do té chvíle nebyli v kontaktu s žádnou službou nebo zařízením.

Ambulantní léčba je špatně dostupná, v některých regionech se zdravotníci vůbec nechtějí pacienty, užívajícími nelegální návykové látky, zabývat vůbec, někde pouze okrajově nebo s různými omezeními (nepředepisují substituci, neberou pacienty s toxickou psychózou apod. – nechtějí nebo neumí s některými cílovými skupinami vůbec pracovat). Obdobně toto platí i ostatní, související zdravotnické služby (speciální otázka léčba hepatitid, ale i další základní zdravotní péče – zubní, gynekologie apod.).

- uveďte zde také, pokud máte informaci, že ve vašem kraji dochází k v některých regionech k dublování práce terénních programů – uveďte tyto regiony/oblasti

Jediným místem v Jihočeském kraji, kde k tomuto překrytí dochází, je východní část okresu Jindřichův Hradec (Dačicko). Kromě místního TP (Sdružení META, o. s.) zde již delší dobu působí TP z Jihlavska (Oblastní charita Jihlava, Centrum u Větrníku). Souběžná činnost obou TP zde probíhá od roku 2010, k dohodě nebo setkání (ač Sdružení META toto iniciovalo) dosud nedošlo. Jihočeský kraj podporuje místní TP, a hodlá tak činit i do budoucna. Nicméně je na místě zde zdůraznit, že proti poskytování služeb druhým TP nic nenamítáme, v souvislosti se zmíněným podfinancováním základních drogových služeb v kraji naopak kvitujeme, že je našim občanům poskytována služba (a materiál) z dalších zdrojů.

– uskutečněné evaluace efektivity sítě služeb (*Popis a výsledky evaluací a průzkumů preventivních aktivit a aktivit zaměřených na efektivitu služeb pro uživatele drog*)

Nebyly uskutečněny evaluace efektivity sítě služeb (externí), vyjma pravidelného vyhodnocování výkonnosti jednotlivých služeb při příležitosti dotačních řízení kraje v oblasti protidrogové politiky (odpovědná osoba krajský protidrogový koordinátor).

5 Různé - další údaje

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

Adresář služeb a místních protidrogových koordinátorů

(web Jihočeského kraje – odkaz: [http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?parf\[id_v\]=346&parf\[lang\]=CS](http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?parf[id_v]=346&parf[lang]=CS))