



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

Úřad vlády České republiky



# **Analýza potřeb pro účely tvorby sítě služeb pro osoby se závislostním chováním v Libereckém kraji**

Mgr. Kryštof Hanzlík

Mgr. Benjamin Petruželka, Ph.D.

Praha 2021

*Zpracováno v rámci projektu Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky" registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_030/0003035, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou.*

## Obsah

<b>1 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ ANALÝZY .....</b>	<b>4</b>
1.1 PRIMÁRNÍ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ .....	4
1.2 NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY A SNIŽOVÁNÍ RIZIK.....	5
1.3 LÉČBA A SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ .....	6
<b>2 DESIGN ANALÝZY .....</b>	<b>8</b>
2.1 CÍLE ANALÝZY .....	8
2.2 KONCEPTUÁLNÍ A METODICKÝ RÁMEC ANALÝZY .....	8
2.3 METODY SBĚRU DAT.....	10
2.3.1 Modul S: Analýza sekundárních dat.....	10
2.3.2 Modul D: Online dotazníková šetření .....	11
2.3.3 Modul R: Skupinové rozhovory .....	15
2.3.4 Modul I: Individuální rozhovory s klienty služeb .....	16
2.3.4 Shrnutí .....	17
<b>3 SEGMENT SÍŤE SLUŽEB I: PRIMÁRNÍ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ.....</b>	<b>18</b>
3.1 VELIKOST A VLASTNOSTI CÍLOVÉ POPULACE .....	19
3.1.1 Výsledky národních studií a extrapolace na populaci Libereckého kraje .....	19
3.1.2 Výsledky dotazníkových šetření na úrovni kraje .....	21
3.2 ŘEŠENÍ VÝSKYTU ZÁVISLOSTNÍHO CHOVÁNÍ NA ŠKOLÁCH A V RÁMCI ČINNOSTI OSPOD .....	25
3.3 DOSTUPNOST A HLAVNÍ CHARAKTERISTIKY ŠKOLSKÝCH PROGRAMŮ PRIMÁRNÍ PREVENCE .....	30
3.4 DOSTUPNOST NÁVAZNÝCH SLUŽEB PRO DĚTI A MLÁDEŽ .....	33
3.5 ZHDNOCENÍ POKRYTÍ POTŘEB A IDENTIFIKACE KLÍČOVÝCH POTŘEB.....	34
<b>4 SEGMENT SÍŤE SLUŽEB II: NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY A SNIŽOVÁNÍ RIZIK .....</b>	<b>36</b>
4.1 VELIKOST A VLASTNOSTI CÍLOVÉ POPULACE .....	37
4.2 DOSTUPNOST NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB .....	39
4.3 DOSTUPNOST SPECIFICKÝCH INTERVENCÍ A FOREM PÉČE.....	41
4.4 ZHDNOCENÍ POKRYTÍ POTŘEB A IDENTIFIKACE KLÍČOVÝCH POTŘEB.....	43
<b>5 SEGMENT SÍŤE SLUŽEB III: LÉČBA A SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ .....</b>	<b>45</b>
5.1 VELIKOST A VLASTNOSTI CÍLOVÉ POPULACE .....	47
5.1.1 Výsledky národních studií a extrapolace na populaci Libereckého kraje .....	47
5.1.2 Výsledky šetření mezi klíčovými aktéry protidrogové politiky Libereckého kraje.....	49
5.1.3 Výsledky skupinových rozhovorů s vybranými aktéry na úrovni Libereckého kraje.....	51
5.2 DOSTUPNOST SLUŽEB LÉČBY A SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ.....	52
5.2.1 Ambulantní léčba a poradenství.....	52
5.2.2 Detoxifikace a rezidenční léčba.....	53
5.2.3 Následná péče.....	53
5.2.2 Adiktologické služby ve vězení.....	54
5.3 DOSTUPNOST SPECIFICKÝCH INTERVENCÍ A FOREM PÉČE.....	56
5.3 ZHDNOCENÍ POKRYTÍ POTŘEB A IDENTIFIKACE KLÍČOVÝCH POTŘEB.....	58
<b>6 DALŠÍ VÝZNAMNÉ JEVI A PROBLÉMY SPOJENÉ S POSKYTOVÁNÍM SLUŽEB OSOBÁM SE ZÁVISLOSTNÍM CHOVÁNÍM .....</b>	<b>61</b>
<b>7 ZÁVĚR.....</b>	<b>67</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>71</b>



# 1 Shrnutí výsledků analýzy

V provedené analýze jsme sledovali pokrytí potřeb osob se závislostním chováním zajišťované sítě adiktologických a některých dalších, návazných služeb na území Libereckého kraje. Analyzovali jsme postupně tři hlavní segmenty sítě služeb – segment primární prevence, segment nízkoprahových služeb a snižování rizik a segment léčby a sociálního začleňování. Vedle toho jsme mapovali některé další problémy spojené s poskytováním služeb osobám se závislostním chováním, týkající se mimo jiné koordinace a financování sítě služeb.

V této úvodní části shrnujeme zhodnocení pokrytí potřeb v jednotlivých segmentech krajské sítě služeb. Jak popisujeme v kapitole 2.2, rozlišujeme při tom tři stupně míry pokrytí potřeb, které zde v zájmu přehlednosti vyznačíme barevně:

**zelená** = převážně dostatečné pokrytí

**žlutá** = částečné pokrytí

**červená** = převážně nedostatečné pokrytí.

Zhodnocení každého segmentu je dále v textu zopakováno v rámci shrnutí příslušných kapitol (3.5, 4.4 a 5.3).

## 1.1 Primární prevence rizikového chování

### > **Dostupnost externě poskytovaných programů školské primární prevence.**

V Libereckém kraji působí dvě nestátní neziskové organizace, které disponují certifikátem odborné způsobilosti MŠMT a zajišťují velké množství programů primární prevence prakticky na celém území kraje. Obě organizací jsou v současnosti schopny kapacitně pokrýt poptávku škol po preventivních programech, v jednom případě na hraně kapacity. Řádově jednotky procent preventivních programů dále zajišťují Policie ČR, pedagogicko-psychologické poradny a střediska výchovné péče a komerční subjekty.

### > **Realizace primární prevence uvnitř škol.** Část škol (podle dotazníkového šetření cca 10 %) v rámci realizace primární prevence vůbec nekontaktuje externí poskytovatele. (Jako regiony a lokality s vyšším počtem škol bez externě zajištěné primární prevence byly zmíněny Českolipsko, Semilsko či Železný Brod.) Samy školy při tom často nedisponují dostatečnými zdroji a personálem na odborné interní zajištění primární prevence. 46 % školních metodiků prevence v Libereckém kraji postrádá minimální kvalifikaci pro odborný výkon této funkce v podobě absolvování akreditovaného studia k výkonu specializovaných činností podle vyhlášky č. 317/2005 Sb. Zároveň jsou metodici zpravidla vytíženi dalšími funkcemi, které zastávají, a agendami, kterým se musí věnovat. Z dalších odborníků často na školách schází také psychologové a etopedi, kteří by pomáhali odborně zajistit řešení případů výskytu závislostního chování u žáků a studentů.

### > **Dostupnost návazných služeb.** Dlouhodobě je na území Libereckého kraje maximálně vytížena kapacita pedagogicko-psychologických poraden a středisek výchovné péče, které by poskytovaly nebo zprostředkovaly odbornou pomoc dětem a dospívajícím, u nichž bylo zjištěno závislostní chování. Řešení závažnějších případů závislostního chování u dětí a mládeže komplikují nedostatek psychiatrů disponujících kapacitou a vůlí pracovat s dětmi do 15 let, nedostatek soudců ochotných zabývat se případy dětí do 15 let a celorepublikově nedostatečná kapacita zařízení ústavní a ochranné výchovy. Podle části dotazovaných aktérů-odborníků pracujících s dětmi a mládeží schází dále v Libereckém

kraji nějaká forma terénní služby, která by aktivně oslovovala děti v riziku a byla tak schopna zasáhnout část skryté populace, která se jinak do služeb nedostane. V terénu v současnosti působí asistenti prevence kriminality, kteří mají však výrazně omezené kompetence a plní tak spíše jen funkci monitoringu a zprostředkovávání informací službám.

## 1.2 Nízkoprahové služby a snižování rizik

- **Kapacitní dostupnost.** Stávající kapacita nízkoprahových služeb zajišťuje relativně dobré pokrytí potřeb cílové populace, z větší části je však zcela vytížena a skýtá minimální rezervy. Na hraně kapacity jsou terénní programy v Jablonci nad Nisou, kterým by nicméně do budoucna mělo odlehčit zřízení nového kontaktního centra. Lze předpokládat, že celková personální kapacita sítě nízkoprahových služeb na území Libereckého kraje tím zároveň posílí na úroveň vyhovující normativnímu minimu 26 000 obyvatel na jeden přepočtený úvazek v přímé péči (Libra a Novák, 2006). Další odlehčení by mohlo představovat zřízení sociální služby typu nízkoprahového denního centra v České Lípě, které by pokrylo potřeby části klientů K-centra Česká Lípa z řad osob bez domova.
- **Místní dostupnost.** Zhruba tři ORP Libereckého kraje nejsou z hlediska místní dostupnosti pokryty službami kontaktních center, terénní program nicméně pokrývá území celého kraje. Jako relativně nejméně pokryté lokality zmiňovali pracovníci nízkoprahových služeb Jablonecko a zejména Frýdlantsko. Celkově lze nicméně konstatovat velmi dobrou místní dostupnost nízkoprahových služeb
- **Otevírací doba.** Pracovníci i klienti nízkoprahových služeb hodnotili otevírací dobu nízkoprahových služeb jako převážně vyhovující. Otevírací doba K-centra Liberec je příležitostně uzpůsobována individuálním potřebám klientů, například klientům docházejícím do práce na noční směny.
- **Další rozměry dostupnosti.** Zejména v menších obcích představují překážku dostupnosti služeb obavy ze ztráty anonymity, často spojené s nedostatečnou informovaností o nízkoprahovém charakteru služeb. Potenciální ohrožení dostupnosti K-centra Česká Lípa představuje do budoucna špatný stav budovy, ve které k-centrum působí.
- **Dostupnost prevence nákazy infekčními onemocněními.** Všechny nízkoprahové služby zajišťují svým klientům standardní výměnné programy v dostatečném rozsahu, v blízké době je plánováno také zřízení fixpointů v pěti městech Libereckém kraji.
- **Dostupnost orientační testování na infekční onemocnění.** Orientační testování je dobře dostupné v kontaktních centrech, výrazně omezené jsou možnosti testování pro část cílové populace v některých rizikových lokalitách. Pro tyto účely by bylo vhodné mít k dispozici mobilní testovací zařízení („sanitku“), která by zajišťovala testování přímo v těchto lokalitách
- **Dostupnost diagnostiky a léčby infekčních onemocnění.** Dlouhodobě se nedaří zajišťovat klientům nízkoprahových služeb diagnostiku a léčbu infekčních onemocnění na infekčním oddělení Krajské nemocnice Liberec, a. s., aktuálně uplatňovaným, leč dlouhodobě obtížně udržitelným řešením této situace je dovážení klientů na léčbu do Institutu experimentální a klinické medicíny (IKEM) v Praze.

- > **Dostupnost psychiatrické péče.** Pro klienty nízkoprahových služeb je velmi špatně dostupná také psychiatrická péče, potřeba této péče při tom v současnosti nabývá na významu s rostoucím počtem klientů s duálními diagnózami. Nízkoprahové služby nedisponují žádnými úvazky psychiatrů, navázána není ani žádná dlouhodobě fungující spolupráce s externími poskytovateli psychiatrické péče
- > **Dostupnost další specializované zdravotní péče.** Dlouhodobě funguje spolupráce s gynekologickým oddělením KNL, podle dotazovaných pracovníků služeb je to ale z velké části dáno dobrými osobními vztahy, spolupráce s dalšími lékaři-specialisty hodnotili již výrazně hůře.
- > **Dostupnost poradenství a podpory v sociální oblasti.** Klientům nízkoprahových služeb je poskytována poměrně rozsáhlé spektrum asistence při kontaktu se soudy, policií, sociálními kurátory, kurátory OSPOD či úřadem práce. Tato spolupráce však někdy naráží na nízkou informovanost zástupců těchto orgánů o fungování adiktologických služeb a možnostech odkazování osob se závislostním chováním do těchto služeb. Klientům je dále poskytováno (převážně praktičtěji orientované) sociální poradenství, v nízkoprahových službách mohou také vykonávat obecně prospěšné práce.

### 1.3 Léčba a sociální začleňování

- > **Dostupnost služeb ambulantní léčby a poradenství.** V dotazníkovém šetření hodnotila výrazná většina klíčových aktérů krajské protidrogové politiky kapacitní, místní i časovou dostupnost ambulantních služeb jako spíše až zcela dostačující. V rámci skupinového rozhovoru s vybranými aktéry z oblasti léčby a sociálního začleňování byla zároveň hodnocena kapacita služeb jako maximálně vytížená, s tím, že při každém navýšení se vždy brzy opět naplní.
- > **Dostupnost služeb krátkodobé stabilizace a rezidenčních služeb.** Umisťování klientů na detoxifikaci a do ústavní léčby naráží v současné době na komplikovanost a časovou náročnost celého procesu a rovněž na omezené kapacity těchto zařízení. Klienti musejí často dlouho čekat na nástup a rostou tak u nich rizika relapsu a vážných následků závislostního chování. Detoxifikační jednotka v Krajské nemocnici Liberec, a. s. v současnosti převážně přijímá pouze osoby s diagnózou závislosti na alkoholu, z některých služeb sem klienti téměř nenastupují.
- > **Dostupnost služeb následné péče.** V Libereckém kraji se nachází jediná specializovaná adiktologická služba poskytující následnou péči osobám se závislostním chováním, a to doléčovací program působící v rámci Centra ambulantních služeb v Liberci. Kapacitní i místní dostupnost přesto klíčoví aktéři krajské protidrogové politiky hodnotili v dotazníkovém šetření jako mírně nadprůměrnou. Jako významné bílé místo byly identifikovány potřeby osob s duálními diagnózami v doléčování, kterým by bylo vhodné zajišťovat přímo v doléčovacím zařízení psychiatricku péči či intenzivní case management.
- > **Dostupnost služeb pro osoby ve výkonu trestu odnětí svobody.** Adiktologické služby zajišťují ve všech třech vězeňských zařízeních na území Libereckého kraje dvě nestátní neziskové organizace, Věznicí Rýnovice dále disponuje specializovaným oddělením pro ochranné léčení protitoxikomanické a protialkoholní, Vazební Věznice Liberec pak specializovaným oddělením určeným dospělým mužům s duševní poruchou a poruchou chování, kteří se v minulosti dopustili násilného chování, často v souvislosti s abúzem alkoholu. Dotazování aktéři v oblasti penitenciární péče konstatovali nedostatečné

kapacity adiktologické péče ve vězení, dále také nedostatek psychiatrů věnujících se osobám se závislostním chováním.

- > **Dostupnost substituční léčby.** Poskytování substituční léčby v jediném zařízení na území celého Libereckého kraje představuje pro část klientů komplikaci z hlediska místní dostupnosti, s ohledem na velmi nízký počet uživatelů opioidů v Libereckém kraji lze nicméně stále považovat pokrytí potřeby substituční léčby za relativně dostačující.
- > **Dostupnost psychiatrické péče.** Relativně dobrá je dostupnost psychiatrické péče v terapeutické komunitě, relativně omezená ve službách ambulantní léčby a poradenství a zejména ve službách následné péče. Jako nejvíce potřebné bylo vnímáno zajištění psychiatrické péče osobám s duálními diagnózami v následné péči (viz výše).
- > **Dostupnost další specializované zdravotní péče.** Specializovaná zdravotní péče je převážně dobře dostupná pro klienty ambulantních i rezidenčních služeb. Výjimka v podobě dostupnosti zubařské péče je charakteristická pro celou ČR a má výrazně systémový původ, nelze tedy v dohledné době očekávat zásadní zlepšení v této oblasti právě v Libereckém kraji.
- > **Dostupnost ochranného léčení.** Ústavní ochranné léčení při výkonu trestu odnětí svobody je poskytováno na specializovaném oddělení Věznice Rýnovice. Mimo výkon trestu poskytuje ambulantní ochranné léčení lékař působící v poradně pro alkohol a toxikologii v Semilech, ústavní ochranné léčení mohou klienti z Libereckého kraje absolvovat v psychiatrické nemocnici Kosmonosy ve Středočeském kraji. Celkově hodnotili dotazovaní odborníci možnosti absolvování ochranného léčení na území Libereckého kraje jako velmi nedostatečnou – většina lékařů není připravena či ochotna zajišťovat léčbu klientům s kriminální anamnézou.
- > **Dostupnost chráněného a jinak podporovaného bydlení/zaměstnávání.** Zajištění bydlení a zajištění legální formy výdělků byly v dotazníkovém šetření mezi pracovníky adiktologických služeb hodnoceny jako jedny z nejméně pokrytých okruhů potřeb klientů. Chráněné bydlení je v současnosti poskytováno v rámci doléčovacího programu v Liberci, služba chráněného zaměstnávání je na území Libereckého kraje zcela nedostupná. Doléčovací program poskytuje aktivní podporu při hledání bydlení i zaměstnání, kterou hodnotili dotazovaní klienti programu jako mimořádně užitečnou. Ve spíše ojedinělých případech se daří klientům zajistit sociální bydlení či bydlení typu housing first.
- > **Dostupnost pobytové sociální péče pro stárnoucí uživatele drog.** V Domově Důchodců Sloup v Čechách se nachází oddělení se zvláštním režimem pro osoby se závislostním chováním se nachází, svou kapacitou však zdaleka nezvládá pokrýt potřeby populace stárnoucích uživatelů v Libereckém kraji, navíc je určeno pouze osobám závislým na alkoholu. Pobytová sociální péče je často nedostupná také pro seniory s vážnými somatickými následky konzumace alkoholu (například cirhózou jater), kteří už nepijí, domovy důchodců je ale přesto nepřijímají, protože už mají závislost na alkoholu v anamnéze.

## 2 Design analýzy

### 2.1 Cíle analýzy

Primárním cílem analýzy bylo zhodnotit aktuální pokrytí potřeb klientů adiktologických služeb a dalších osob se závislostním chováním<sup>1</sup> na území Libereckého kraje a na základě toho formulovat dílčí doporučení pro další rozvoj sítě služeb pro osoby se závislostním chováním na tomto území.

Analýza byla provedena s předpokladem dvojího základního využití. Zprvée by měla do budoucna sloužit aktérům protidrogové politiky Libereckého kraje jako jeden z podkladů pro další plánování krajské sítě služeb pro osoby se závislostním chováním. Za druhé byla nástrojem pilotního ověření metodiky k praktické aplikaci „Návrhu nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb“<sup>2</sup>, jednoho z výstupů projektu „Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky“, který byl realizován v letech 2016-2021 pod garancí Úřadu vlády ČR, Odboru protidrogové politiky.

Smyslem této metodiky je přiblížit klíčové aspekty realizace analýzy potřeb pro účely tvorby sítě adiktologických služeb a poskytnout praktický návod, jak tuto analýzu provádět. Primárně je určen krajským protidrogovým koordinátorům, dále jej mohou využívat například místní protidrogoví koordinátoři či externí zpracovatelé analýz potřeb pro účely tvorby sítě adiktologických služeb na krajské i místní úrovni. Původně bylo v rámci projektu plánováno provést několik pilotních analýz v několika krajích ČR, s ohledem na omezené prostředky i komplikace spojené s nástupem pandemie Covid-19 byla však nakonec analýza realizována pouze v Libereckém kraji.

Realizace analýzy byla zahájena po dohodě s krajskou protidrogovou koordinátorkou Libereckého kraje, Mgr. Janou Pavlů. 10. 3. 2020 byl záměr realizace představen na jednání Protidrogové komise Rady Libereckého kraje. Na základě podnětů krajské protidrogové koordinátorky a dalších členů komise došlo ještě k dodatečným úpravám obsahu plánovaného dotazování tak, aby odrážel témata vnímaná těmito aktéry jako zvláště důležitá.

### 2.2 Konceptuální a metodický rámec analýzy

Potřeby, které zde analyzujeme, chápeme v souladu s přístupem *needs assessment* jako **mezery (gaps) mezi současným, resp. výchozím stavem a žádoucím stavem** (WATKINS, 2012, 19). Výchozí stav je zpravidla definován v pojmech rizik, škod, nákladů či nedostatku (dále jen „rizik“). Žádoucímu stavu odpovídá eliminace nebo alespoň snížení příslušných rizik<sup>3</sup>. Když dále v textu píšeme o pokrývání, resp. **pokrytí potřeb**, máme převážně na mysli právě toto snižování rizik.

Konkrétně se v této analýze zabýváme pokrýváním potřeb osob se závislostním chováním prostřednictvím poskytování různých typů služeb, intervencí či forem péče, pro které jsou tyto osoby primární **cílovou skupinou**. Tuto cílovou skupinu můžeme dále na základě různých charakteristik dělit na menší cílové (pod)skupiny, například podle typů služeb. Disponujeme-

---

<sup>1</sup> Pojem „závislostní chování“ používáme v souladu s aktuální Národní strategií prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027 pro všechny formy látkových i nelátkových závislostí

<sup>2</sup> Metodika je dostupná na <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2021/05/Metodika-prakticke-aplikace-nastroje-zajisteni-dostupnosti-sluzeb.pdf>

<sup>3</sup> Pojem „snižování škod“ (*harm reduction*) bývá spojován především s nízkoprahovými službami, vyjadřuje ale také univerzální princip, který je aplikován napříč celým spektrem adiktologické péče



li zároveň kvantitativním údajem o rozsahu určitého rizika (indikátorem rizika) u dané cílové skupiny, můžeme definovat **cílovou populaci** osob, jejichž potřeby chceme pokrývat.

Některé typy služeb mají velmi podobné cílové skupiny a populace, z toho důvodu jsme v této analýze definovali cílové populace pro větší celky systému péče, tzv. **segmenty sítě služeb**. Celkem jsme vymezili tři tyto segmenty – **primární prevenci, nízkoprahové služby a snižování rizik a léčbu a sociální začleňování**. Definice těchto segmentů do značné míry kopírují definice tří z pilířů národní protidrogové politiky, jak jsou definovány i v poslední „Národní strategii prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027“<sup>4</sup>.

Jak ukazuje tabulka 1, segmentům sítě služeb odpovídají charakteristické cílové populace, typy adiktologických služeb<sup>5</sup> zaměřené na pokrytí potřeb těchto populací a také specifické intervence a formy péče. Mezi tyto intervence a formy péče zahrnujeme výkony, soubory výkonů či specifické celky péče, které nejsou zástupcům cílových populací nutně poskytovány ve všech typech služeb zahrnutých do daných segmentů sítě služeb, jsou nicméně pro tyto segmenty charakteristické a důležité. Část z nich není ani přímo poskytována adiktologickými službami, nýbrž dalšími, souvisejícími službami, s nimiž jsou adiktologické služby sesítovány a jsou tak schopny je svým klientům zprostředkovat. V případě segmentu sítě služeb I chápeme jako zajištění dostupnosti specifických intervencí a forem péče zprostředkování různých návazných služeb, které se podílejí na řešení výskytu závislostního chování u dětí a mládeže zachytávaného v rámci primární prevence.

**Tabulka 2-1 Segmenty sítě služeb, odpovídající cílové populace a typy adiktologických služeb charakteristické pro jednotlivé oblasti analýzy, resp. segmenty sítě služeb (zdroj: vlastní zpracování)**

Segmenty sítě služeb	Cílové populace	Typy adiktologických služeb	Specifické intervence a formy péče
I: Primární prevence rizikového chování	CP1: Školní populace	Programy primární prevence rizikového chování	Zprostředkování návazných služeb
II: Nízkoprahové služby a snižování rizik	CP2: Aktivní uživatelé a hráči	Nízkoprahové služby	OTIO, DLIO, Ψ, VTOS
III: Léčba a sociální začleňování	CP3: Uživatelé a hráči motivovaní ke změně závislostního chování	Ambulantní služby Rezidenční služby Služby následné péče	SL, D, Ψ, CHB, CHZ, VTOS, OL

- OTIO = orientační testování na infekční onemocnění, DLIO = diagnostika a léčba infekčních onemocnění, Ψ = psychiatrická péče, SL = substituční léčba, D = detoxifikace, CHB = chráněné bydlení, CHZ = chráněné zaměstnávání, VTOS = služby pro osoby ve výkonu trestu, OL = ochranné léčení

Pokrytí potřeb analyzujeme zvláště pro každý z výše definovaných segmentů sítě služeb (kapitoly 3, 4 a 5). V rámci analýzy jednoho segmentu nejdříve popisujeme jeho **cílovou populaci**, včetně příznačných **specifických cílových skupin**, následně se zabýváme **dostupností** jednotlivých typů **adiktologických služeb** a **dostupností specifických intervencí a forem péče**.

<sup>4</sup> Těmito pilíři jsou Primární prevence, Léčba a sociální začleňování a Snižování rizik (sRVKPP, 2019)

<sup>5</sup> V souladu s novou, revidovanou typologií adiktologických služeb, která je popsána například v dokumentu „Konceptce rozvoje adiktologických služeb“ (sRVKPP, 2020)

V rámci souhrnného hodnocení pokrytí potřeb v rámci jednotlivých segmentů sítě služeb pak rozlišujeme tři stupně pokrytí potřeb, které v zájmu přehlednosti označujeme také barevně:

- **zelená** = převážně dostatečné pokrytí
- **žlutá** = částečné pokrytí
- **červená** = převážně až zcela nedostatečné pokrytí.

Potřeby vyhodnocené jako částečně pokryté nebo převážně až zcela nedostatečně pokryté pak identifikujeme jako **klíčové potřeby** ve smyslu nejvýznamnějších mezer v pokrytí potřeb.

Dále sledujeme v analýze již v rámci celé sítě služeb různé další významné jevy a problémy spojené s poskytováním odborné pomoci osobám se závislostním chováním, například problémy spojené s koordinací a financováním služeb. (Těmto jevům a problémům je věnována kapitola 6). Na základě analýzy těchto jevů a problémů jsme identifikovali některé další klíčové potřeby. V závěru shrnujeme všechny identifikované klíčové potřeby a formulujeme doporučení pro další rozvoj krajské sítě služeb pro osoby se závislostním chováním.

## 2.3 Metody sběru dat

Analýza pracuje se sekundárními i primárními daty a využívá kvantitativních i kvalitativních metod sběru a analýzy dat. Jedná se de facto o aplikovaný výzkum, který ve srovnání se základním výzkumem vznáší méně přísné metodologické požadavky a snaží se v relativně krátkém časovém horizontu a s relativně omezenými prostředky dospět k závěrům, které lze bezprostředně využít pro účely další tvorby sítě služeb. V těchto ohledech jsme se volně inspirovali podobně zaměřenými analýzami, které byly v minulosti v rámci ČR realizovány na krajské úrovni a které se převážně hlásí k metodice *Rapid Assessment and Response (RAR)*<sup>6</sup>.

Z hlediska použitých metod sběru dat jsme rozdělili analýzu do 4 modulů:

- Modul S: Analýza sekundárních dat
- Modul D: Online dotazníková šetření
- Modul R: Skupinové rozhovory s vybranými aktéry protidrogové politiky
- Modul I: Individuální rozhovory s klienty služeb

### 2.3.1 Modul S: Analýza sekundárních dat

Analýza sekundárních dat zahrnovala rešerši a analýzu rozličných existujících materiálů vztahujících se ke zkoumané problematice. V tomto výzkumu jsme vyšli z pojetí sekundární analýzy, které jsme popsali v textu metodiky k praktické aplikaci „Návrhu nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb“. Podle tohoto pojetí nám sekundární analýza poskytuje dva typy informací:

- 1) Informace o aktuálním stavu pokrytí potřeb na daném území
- 2) Informace o tom, o kterých parametrech pokrytí potřeb máme omezené či žádné informace

---

<sup>6</sup> V jedné z těchto analýz definuje Radimecký metodiku RAR jako metodu „rychlého zhodnocení situace, jež má potenciál generovat důležité informace z oblasti veřejného zdraví, které mohou být využity pro rozvoj odpovídajících opatření“ (Radimecký, 2017, 7).

Na základě souhrnného zhodnocení obou typů informací bychom pak analogicky měli být schopni provést:

- 1) Předběžnou identifikaci klíčových potřeb
- 2) Identifikaci klíčových údajů, které chceme dále zjišťovat v rámci sběru a analýzy primárních dat

Zdroje, z nichž jsme čerpali sekundární data, zahrnovaly mimo jiné:

- > Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky Libereckého kraje v r. 2018 a 2019
- > Plán protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2019-2022
- > Výkazy preventivních aktivit za r. 2019 a r. 2020
- > Údaje vykazované službami v závěrečných zprávách v rámci dotačních řízení RVKPP
- > Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR z různých let
- > Výroční zprávu o hazardním hraní v ČR v r. 2019

### 2.3.2 Modul D: Online dotazníková šetření

V zájmu úspory času i prostředků jsme se pro potřeby kvantitativní části analýzy rozhodli využít metodu online dotazníkových šetření (tzv. Computer Assisted Web Interviewing neboli CAWI). Dotazníky byly zpřístupněny respondentům prostřednictvím webového rozhraní Google Forms. Sběr dat proběhl v srpnu 2020 a v rámci něj byla realizována celkem čtyři online dotazníková šetření mezi čtyřmi vzorky respondentů:

- > D1: Klíčoví aktéři protidrogové politiky Libereckého kraje
- > D2: Pracovníci adiktologických služeb
- > D3: Osoby odpovědné za realizaci primární prevence na základních a středních školách
- > D4: Pracovníci OSPOD – kurátoři pro děti a mládež

Vzorek **klíčových aktérů protidrogové politiky Libereckého kraje** byl utvořen systematickým, cíleným výběrem tak, aby zahrnoval co nejširší spektrum aktérů podílejících se na realizaci krajské protidrogové politiky a aby zároveň celková velikost vzorku dosahovala alespoň minimální velikosti vzorku pro účely kvantitativní analýzy dat (nad 30 respondentů)

Na jednání Protidrogové komise Rady Libereckého kraje, které proběhlo 10. 3. 2020, byli osobně požádáni o vyplnění dotazníku všichni přítomní členové této komise, další respondenti byli ve spolupráci s krajskou protidrogovou koordinátorkou Mgr. Janou Pavlů osloveni prostřednictvím emailu.

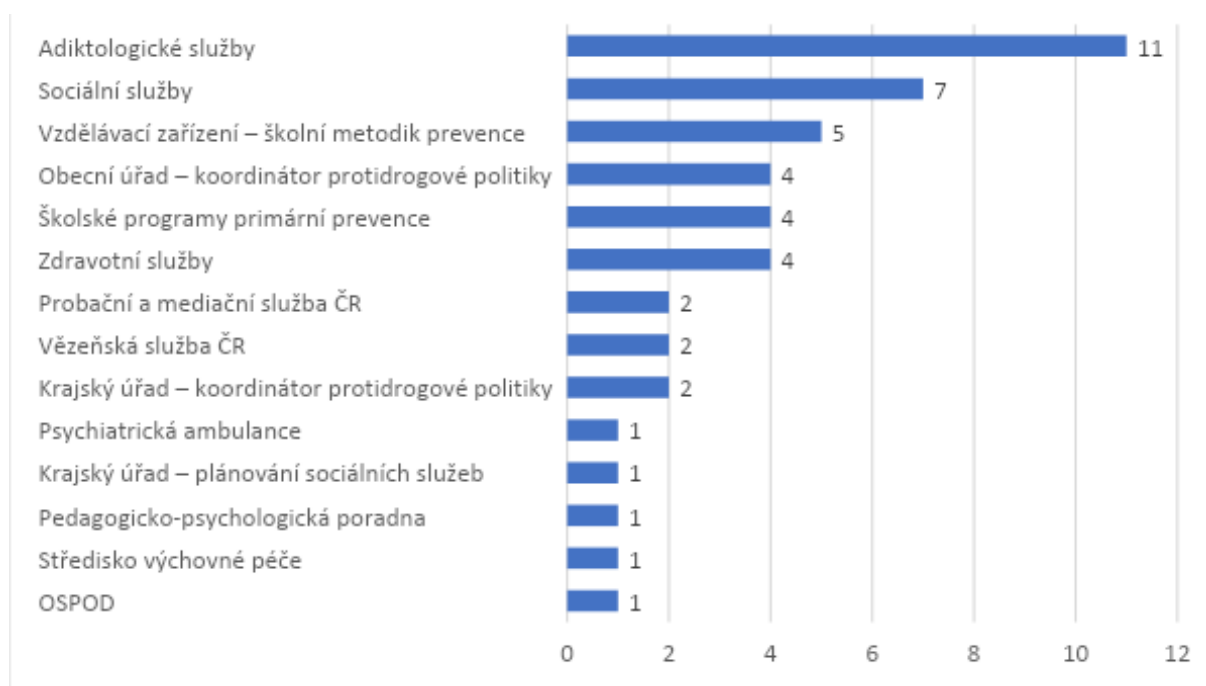
Mezi základní okruhy klíčových aktérů protidrogové politiky, které jsme oslovili s žádostí o vyplnění dotazníku, patřili:

- > Poskytovatelé adiktologických služeb
- > Poskytovatelé dalších sociálních služeb využívaných osobami se závislostním chováním
- > Poskytovatelé psychiatrické péče mimo standardní rámec adiktologických služeb
- > Krajská protidrogová koordinátorka a místní protidrogoví koordinátoři
- > Školní metodici primární prevence
- > Pracovníci OSPOD – kurátoři pro děti a mládež
- > Pracovníci Pedagogicko-psychologických poraden a Středisek výchovné péče
- > Zástupci Policie ČR
- > Zástupci Vězeňské služby ČR
- > Zástupci Probační a mediační služby ČR

## > Sociální kurátoři

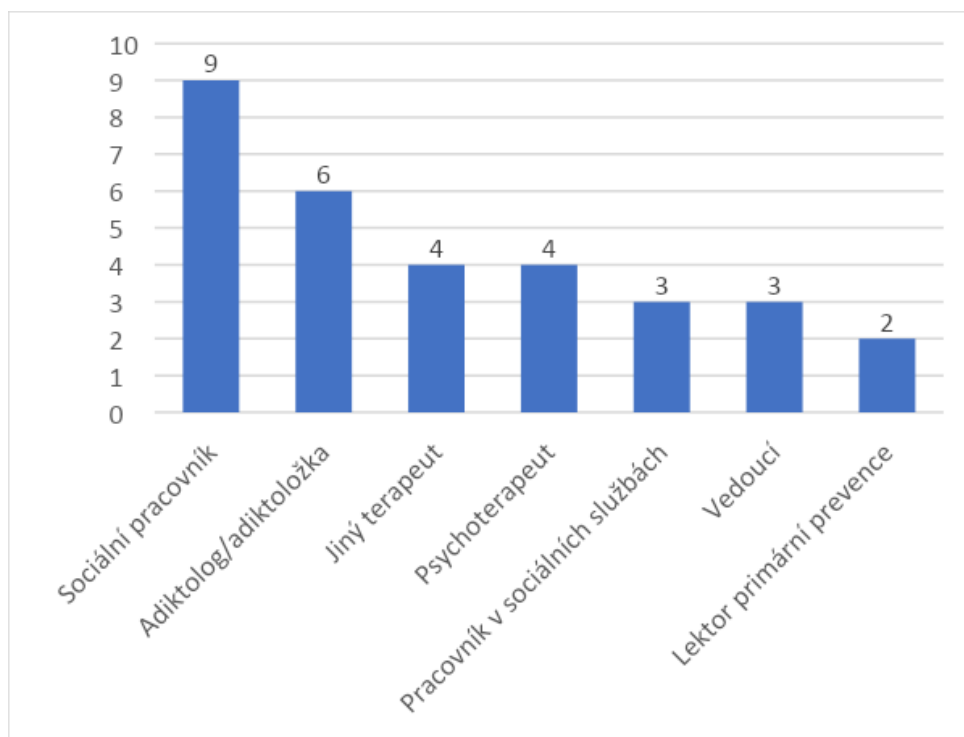
Dotazník vyplnilo 33 ze 44 oslovených respondentů, návratnost dotazníku tedy byla slušných 75 %. Graf 1 ukazuje zastoupení jednotlivých okruhů klíčových aktérů. Celkový počet odpovědí je vyšší než počet respondentů, jelikož někteří z nich spadají do více okruhů klíčových aktérů. V souladu s naším očekáváním převažovali mezi respondenty poskytovatelé adiktologických služeb (právě zde se nejčastěji projevuje souběh více kategorií u jednotlivých respondentů), z nichž vyplnilo dotazník 11 osob. 7 osob se označilo za poskytovatele sociálních služeb a 4 osoby za poskytovatele zdravotních služeb, většina z nich ovšem zároveň spadá mezi poskytovatele adiktologických služeb. Dále vyplnilo dotazník 5 školních metodiků prevence a 4 místní koordinátoři. Zbývající okruhy klíčových aktérů byly zastoupeny dvěma či jedním respondentem.

**Graf 2-1** Instituce, ve kterých působí klíčoví aktéři protidrogové politiky Libereckého kraje (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)



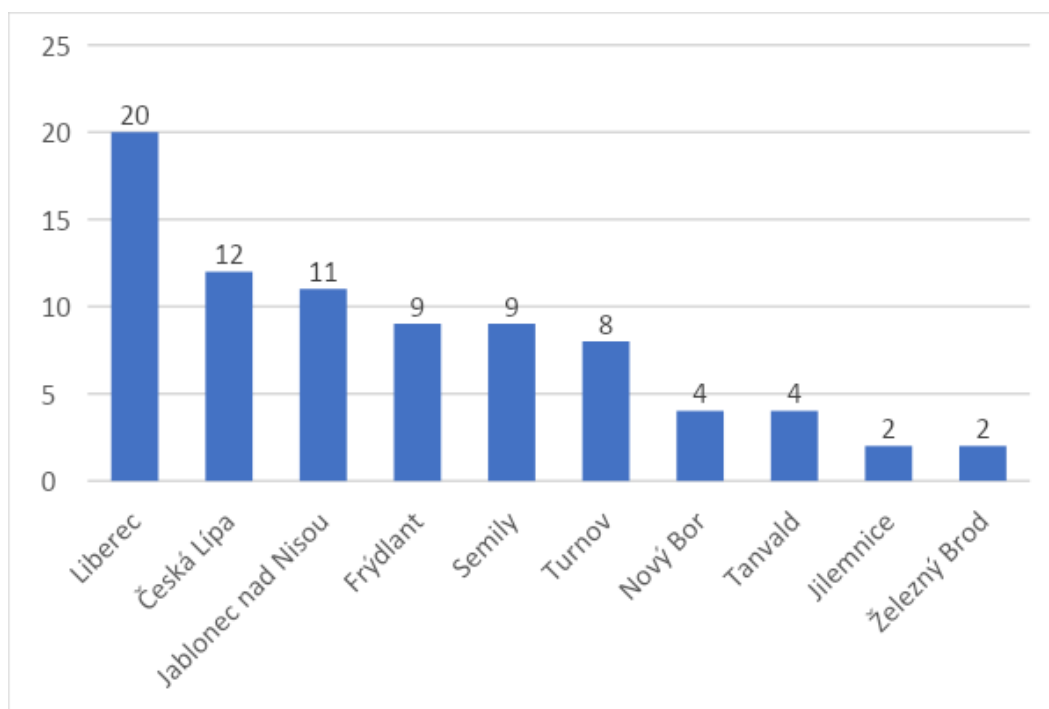
Vzorek **pracovníků adiktologických služeb** měl v ideálním případě zahrnovat všechny pracovníky adiktologických služeb v přímé práci na území Libereckého kraje. Dotazník byl distribuován mezi respondenty prostřednictvím ředitelů jednotlivých organizací zajišťujících tyto adiktologické služby. Nakonec jej vyplnilo 25 respondentů z řad pracovníků adiktologických služeb.

**Graf 2-2 Pozice zastávané pracovníky adiktologických služeb (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



Jak ukazuje graf č. 2, mezi respondenty byla zastoupena celá šíře pozic pracovníků. Nejvíce bylo sociálních pracovníků a adiktologů, jako další byly uváděny pozice jiného terapeuta, psychoterapeuta, pracovníka v sociálních službách, vedoucího a lektora primární prevence. Graf č. 3 ukazuje zastoupení jednotlivých obcí s rozšířenou působností (ORP), ve kterých respondenti působí.

**Graf 2-3 ORP působnosti služeb, ve kterých působí pracovníci adiktologických služeb (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



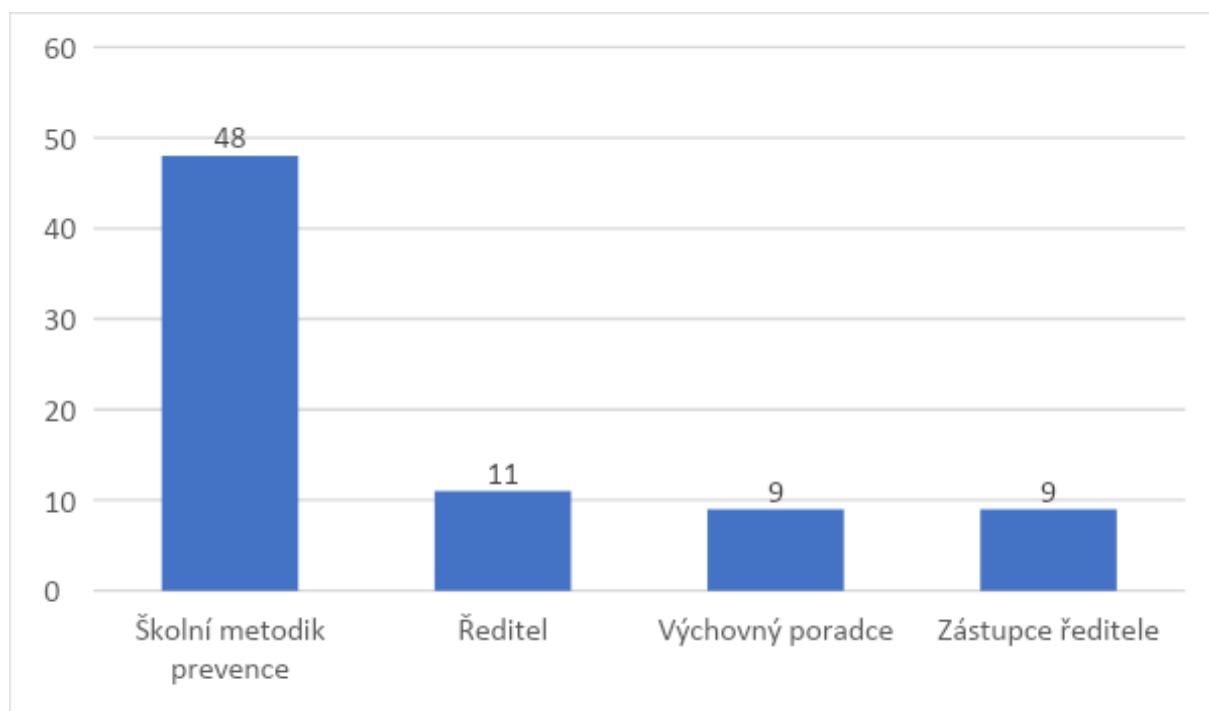
Třetí dotazníkové šetření bylo zacíleno na **aktéry zodpovědné za realizaci primární prevence na školách**. S krajským metodikem školním prevence jsme se dohodli na rozeslání dotazníku na všechny základní i střední školy v Libereckém kraji, s tím, že za každou školu vyplní dotazník jedna osoba. Přednostně byl dotazník určen školním metodikům prevence, mohli jej nicméně vyplnit i jiné osoby věnující se v rámci daného školního zařízení primární prevenci.

Dotazník vyplnilo za 54 základních a středních škol 54 respondentů-zástupců těchto škol. Podle údajů Českého statistického úřadu bylo ve školním roce 2019/2020 v Libereckém kraji celkem 251 škol (ČSÚ, 2020). Návratnost dotazníku tedy byla cca 21,3 %.

**Tabulka 2-2 ORP jednotlivých školských zařízení (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

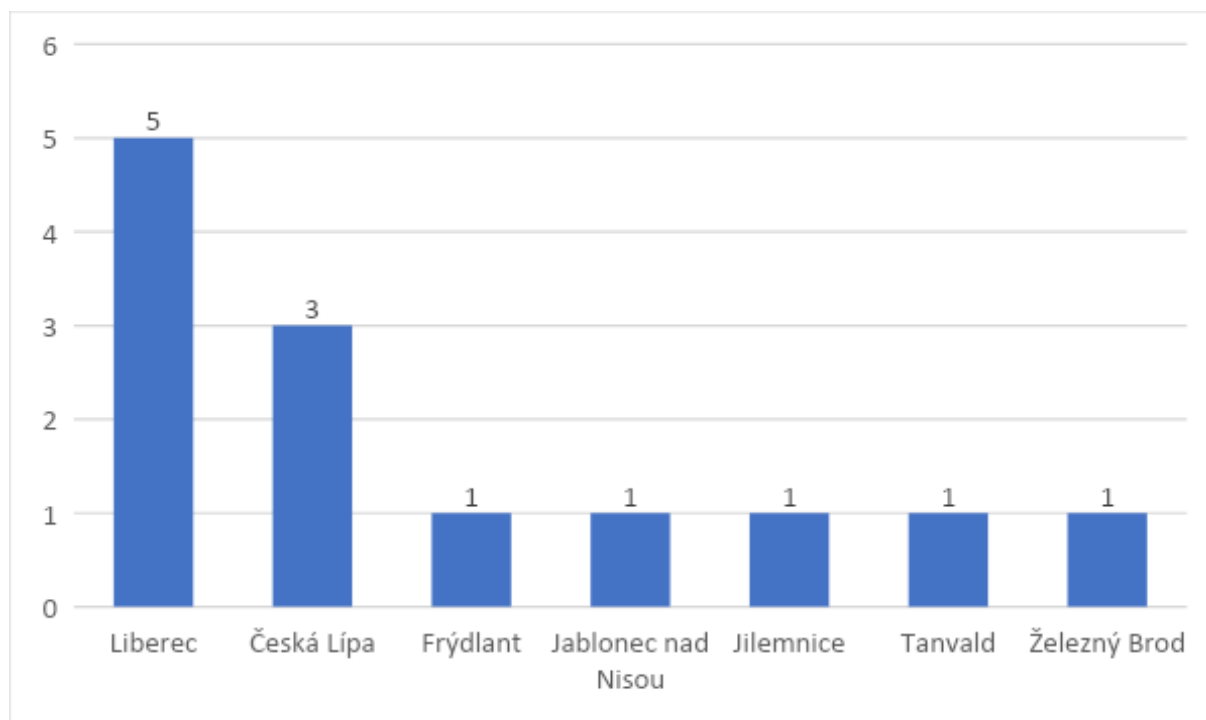
	N	%
Česká Lípa	7	13
Frýdlant	1	2
Jablonec nad Nisou	5	9
Jilemnice	5	9
Liberec	19	35
Nový Bor	8	15
Semily	2	4
Tanvald	3	6
Turnov	3	6
Železný Brod	1	2
Celkem	54	100

**Graf 2-4 Pozice osob odpovědných za realizaci primární prevence na školách (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



Poslední dotazníkové šetření jsme provedli mezi **pracovníky orgánů sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) – sociálními kurátory pro děti a mládež**. Respondenty byli osloveni prostřednictvím pracovnice krajského úřadu. Do vzorku jsme chtěli ideálně zahrnout pracovníky všech krajských pracovišť OSPOD, návratnost dotazníku byla však relativně nízká – vyplnily jej pouze 4 osoby. Ve spolupráci s krajskou koordinátorkou se nám nakonec podařilo naplnit alespoň kompromisní cíl v podobě získání dat alespoň od jednoho pracovníka OSPOD za každou ORP Libereckého kraje. Dotazník nakonec vyplnilo celkem 14 respondentů.

**Graf 2-5 ORP, ve kterých působí respondenti z řad pracovníků OSPOD (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



V částech dotazníků D3 a D4 jsme se inspirovali dotazníky použitými v rámci šetření provedeného v roce 2016 ve městě Brně, jehož výsledky byly publikovány v dokumentu „Analýza drogové situace ve městě Brně a související doporučení pro městskou drogovou strategii“ (Škařupová, Nepustil, Černý, 2016). Některé dotazníkové položky jsme upravili v souladu s našimi potřebami, některé jsme v zájmu budoucí srovnatelnosti výsledků ponechali v totožném znění.

### 2.3.3 Modul R: Skupinové rozhovory

Realizace skupinových rozhovorů s vybranými aktéry krajské protidrogové politiky nám umožnila hlouběji uchopit témata nastolená v online dotazníkových šetřeních a kvalitativně bohatěji interpretovat jejich výsledky. Celkem jsme provedli čtyři skupinové rozhovory:

- > R1: Vybraní aktéři pracující s dětmi a mládeží
- > R2: Vybraní aktéři z nízkoprahových služeb
- > R3: Vybraní aktéři z oblasti léčby, poradenství a resocializace
- > R4: Vybraní aktéři z oblasti penitenciární a postpenitenciární péče

Tři z těchto rozhovorů byly zaměřeny na aktéry jednotlivých segmentů sítě služeb, které jsme popsali v předchozí kapitole. Vzorek respondentů čtvrtého skupinového rozhovoru byl

složena z aktérů z oblasti penitenciární a postpenitenciární péče, včetně poskytovatelů adiktologických služeb ve vězení.

Do každého z těchto vzorků jsme se snažili zařadit co nejširší spektrum aktérů, kterých se nějak týká daný tematický okruh. Respondenty jsme rekrutovali primárně z řad klíčových aktérů krajské protidrogové politiky. Tento záměr se podařilo naplnit jen částečně, také velikost vzorků neodpovídá původnímu záměru realizovat s aktéry fokusní skupiny, standardně vyžadující zapojení minimálně pěti respondentů. Tabulky 2-3 až 2-6 ukazují složení jednotlivých vzorků.

**Tabulka 2-3 Složení vzorku respondentů R1: Děti a mládež**

	N
Vedoucí primární prevence v NNO	2
Kurátorka pro děti a mládež (OSPOD)	1
Krajský metodik primární prevence	1
Sociální pracovnice v pedagogicko-psychologické poradně	1
	<b>5</b>

**Tabulka 2-4 Složení vzorku respondentů R2: Nízkoprahové služby**

	N
Vedoucí kontaktního centra v NNO	2
Vedoucí terénních programů v NNO	1
	<b>3</b>

**Tabulka 2-5 Složení vzorku respondentů R3: Léčba a resocializace**

	N
Ředitel NNO poskytující ambulantní a rezidenční služby	1
Vedoucí ambulantních služeb v NNO	1
Lékař v AT ordinaci, včetně poskytování substituční léčby	1
	<b>3</b>

**Tabulka 2-6 Složení vzorku respondentů R4: Penitenciární a postpenitenciární péče**

	N
Pracovnice vězeňského programu NNO	1
Vedoucí centra poradenských služeb pro obviněné a odsouzené v NNO	1
Speciální pedagog, pracovník Vězeňské služby ČR	1
Odborný ředitel NNO poskytující nízkoprahové služby a služby ve vězení	1
	<b>4</b>

#### 2.3.4 Modul I: Individuální rozhovory s klienty služeb

Individuální rozhovory s klienty služeb jsme provedli za účelem zjištění pocíťovaných potřeb těchto klientů, převážně v podobě jejich názorů a pohledů na různé aspekty poskytovaných služeb, mimo jiné jejich vnímanou dostupnost. Respondenty jsme rekrutovali prostřednictvím zástupců organizací poskytujících tyto adiktologické služby. Provedli jsme celkem 16 rozhovorů, s výjimkou terapeutické komunity v Nové Vsi se jednalo o služby na území města Liberec. Z hlediska typů služeb šlo o

- 4 klienty nízkoprahových služeb
- 2 klienty ambulantní služby
- 4 klienty terapeutické komunity
- 6 klientů doléčovacího programu



#### 2.3.4 Shrnutí

Pomocí výše popsaných metod online dotazníkových šetření, skupinových rozhovorů a individuálních rozhovorů popisujeme v této analýze tři základní segmenty sítě služeb Libereckého kraje – primární prevenci rizikového chování, nízkoprahové služby a snižování rizik a léčbu a sociální začleňování – a některé další významné jevy a problémy spojené s poskytováním adiktologických služeb.

V oblasti primární prevence rizikového chování jsme vedle sekundárních dat využili výsledků dvou dotazníkových šetření, provedených mezi aktéry zodpovědnými za realizaci primární prevence na základních a středních školách (D3) a mezi pracovníky OSPOD (D4) – kurátory pro děti a mládež a rovněž výsledků návazného skupinového rozhovoru (R1) s vybranými aktéry pracujícími s dětmi a mládeží.

Pro analýzu segmentu nízkoprahových služeb a snižování rizik jsme využili z primárních dat především výsledků dotazníkových šetření D1 a D2 provedených mezi klíčovými aktéry krajské protidrogové politiky a mezi pracovníky adiktologických služeb a výsledků návazného skupinového rozhovoru R2 s vybranými aktéry z této oblasti, dále také výsledků čtyř individuálních rozhovorů provedených s klienty nízkoprahových služeb (I1-4).

Analýza segmentu léčby a sociálního začleňování vycházela z výsledků dotazníkových šetření provedených mezi klíčovými aktéry krajské protidrogové politiky (D1) a mezi pracovníky adiktologických služeb (D2), skupinových rozhovorů s vybranými aktéry z oblasti léčby a sociálního začleňování (R3) a z oblasti penitenciární a postpenitenciární péče (R4) a také individuálních rozhovorů s klienty služeb (I5-16).

**Tabulka 2-7 Cílové populace a typy adiktologických služeb charakteristické pro jednotlivé segmenty sítě služeb (zdroj: vlastní zpracování)**

Segmenty sítě služeb	Cílové populace	Modul D: Dotazníková šetření	Modul R: Skupinové rozhovory	Modul I: Individuální rozhovory
I: Primární prevence rizikového chování	CP1: Školní populace	D1 D2 D3 D4	R1	-
II: Nízkoprahové služby a snižování rizik	CP2: Aktivní uživatelé a hráči	D1 D2	R2	I1-4
III: Léčba, poradenství a sociální začleňování	CP3: Uživatelé a hráči motivovaní ke změně	D1 D2	R3 R4	I5-16

### 3 Segment sítě služeb I: Primární prevence rizikového chování

Cílovou skupinou adiktologických služeb věnujících se primární prevenci rizikového chování jsou podle aktuální typologie adiktologických služeb osoby v různém stupni rozvoje závislostního chování, od neuživatelů v nízkém riziku rozvoje závislostního chování (všeobecná prevence) přes osoby ve středním až vysokém riziku (selektivní až indikovaná prevence) po osoby v raných stádiích rozvoje závislostního chování (indikovaná prevence) (sRVKPP, 2020, 17). Naprostá většina programů primární prevence je nicméně zaměřena na **školní populaci**, tj. populaci žáků a studentů škol a školských zařízení škol. Menšina programů je určena široké veřejnosti, resp. zástupcům obecné populace a dále různým specifickým cílovým skupinám, například pedagogickým pracovníkům, zaměstnavatelům či seniorům.

Hlavními zdroji informací o závislostním chování školní populace jsou dotazníková šetření na reprezentativních vzorcích dětí a mládeže, údaje vykazované základními a středními školami a údaje od sociálních, zdravotních či pedagogických služeb pracujících s cílovou skupinou osob se závislostním chování včetně adiktologických služeb, dále lze disponovat například informacemi od kurátorů pro děti a mládež z OSPOD či od asistentů prevence kriminality působících zejména v sociálně vyloučených lokalitách.

V České republice jsou v pravidelných čtyřletých intervalech realizovány dvě mezinárodní dotazníkové studie mezi školní populací. Studie HBSC (*The Health Behaviour in School-aged Children*) se zaměřuje na zdraví a životní styl žáků základních škol ve věku 11, 13 a 15 let, poslední vlna proběhla v r. 2018. Studie ESPAD (*European School-survey Project on Alcohol and Other Drugs*) se zaměřuje na různé atributy užívání drog v populaci šestnáctiletých studentů, poslední provedená studie pochází z r. 2019 (Mravčík (ed.), 2020, 47). Data jsou v případě obou studií sbírána na celorepublikové úrovni, nevypovídají tedy o lokálních specifikách projevujících se na úrovních menších samosprávných celků (krajů, okresů či obcí). Lze je proto na těchto úrovních aplikovat jen s největší opatrností a plným vědomím jejich omezené vypovídací hodnoty.

Na základních a středních školách je průběžně sledován výskyt závislostního chování u žáků a studentů společně s údaji o řešení případů tohoto výskytu na školách a realizaci školské primární prevence. Množství těchto dat systematicky monitoruje od školního roku 2014/2015 Systém evidence preventivních aktivit (SEPA), spravovaný Klinikou adiktologie a Národním ústavem pro vzdělávání, do kterého však významná část základních a středních škol v ČR stále není zapojena. Ve školním roce 2018/2019 bylo z celkového počtu 257 škol v Libereckém kraji plně zapojeno do SEPA 95 škol (37 %) – to znamená, že měly jednak založený účet v systému SEPA, jednak uzavřený výkaz SEPA pro daný školní rok. (14 škol mělo dále rozpracovaný, tedy nekompletně vyplněný výkaz, 98 škol mělo založený účet a nemělo výkaz a 50 škol nemělo ani založený účet) (Vacek, Gabrhelík, 2021). Ve školním roce 2019/2020 poklesl počet uzavřených výkazů na 44 a počet rozpracovaných na 22.

V souladu s vyhláškou č. 72/2005 Sb. O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních by na všech základních i středních školách měli působit školní metodici prevence, tj. osoby zodpovídající za realizaci primární prevence a řešení případů výskytu závislostního chování u žáků a studentů. Primární prevence je realizována buď interně, s využitím vlastních zdrojů školy, nebo prostřednictvím externích poskytovatelů preventivních programů. Případy výskytu závislostního chování na školách jsou řešeny ve spolupráci s pedagogicko-psychologickými poradnami, středisky výchovné péče a dalšími odborníky v oblasti psychologie a adiktologie. Zvláštní oblast představují zařízení ústavní a

ochranné výchovy, jako jsou diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy.

**Tabulka 3-1 Segment sítě služeb I: Primární prevence rizikového chování – přehled (zdroj: vlastní zpracování)**

<b>Cílová populace</b>	Školní populace (ZŠ + SŠ)
<b>Modul D: Dotazníková šetření</b>	D1: Klíčoví aktéři krajské protidrogové politiky D2: Pracovníci adiktologických služeb D3: Realizátoři primární prevence na ZŠ a SŠ D4: Pracovníci OSPOD – kurátoři pro děti a mládež
<b>Modul R: Skupinové rozhovory</b>	R1: Vybraní aktéři pracující s dětmi a mládeží
<b>Modul I: Individuální rozhovory</b>	-
<b>Typy adiktologických služeb</b>	Programy primární prevence rizikového chování
<b>Typy návazných služeb</b>	Pedagogicko-psychologické poradny Střediska výchovné péče Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež Zařízení ústavní a ochranné výchovy Adiktologické ambulantní služby

### 3.1 Velikost a vlastnosti cílové populace

#### 3.1.1 Výsledky národních studií a extrapolace na populaci Libereckého kraje

Výsledky pravidelně prováděných studií HBSC a ESPAD ukazují, že mezi školní populací ČR je dlouhodobě rozšířeno především užívání tabákových výrobků, alkoholu a konopných látek. 30denní prevalence kouření cigaret a konzumace alkoholu výrazně narůstá mezi třináctým a patnáctým rokem věku (podle studie HBSC z r. 2018 z 6 % na 18,5 % u cigaret a z 19,5 % na 48 % u alkoholu). Kouření e-cigaret a zahřívání tabákových výrobků bylo sledováno ve studii ESPAD u 16letých studentů – e-cigarety se u nich liší jen o něco menší oblibě než cigarety (30denní prevalence byla 23,6 % u cigaret a 19,8 % u e-cigaret), zahřívání tabák jich oproti tomu v posledních 30 dnech vyzkoušelo výrazně méně (6,2 %). Konopné látky užilo v posledních 30 dnech 7,5 % 15letých a 11,6 % 16letých (Mravčík (ed.), 2020, 47-50).

**Tabulka 3-2 Prevalence užívání drog ve školní populaci ČR podle studie HBSC z r. 2018 (zdroj: Mravčík (ed.), 2020)**

	11 let	13 let	15 let
Kouření cigaret v posledních 30 dnech	1 %	6 %	18,5 %
Konzumace alkoholu v posledních 30 dnech	7,5 %	19,5 %	48 %
Opilost v posledních 30 dnech	1 %	4 %	18 %
Užití konopných látek v posledních 30 dnech	-	-	7,5 %

V rámci studií HBSC a ESPAD jsou sledovány také některé rizikové formy závislostního chování. Podle studie HSBC z r. 2018 zažilo v posledních 30 dnech opilost 1 % 11letých, 4 % 13letých a 18 % 15letých. Nadměrnou dávku alkoholu (5 sklenic a více) užilo podle studie ESPAD z r. 2019 alespoň jednou v posledních 30 dnech 38,5 % 16letých studentů, třikrát nebo častěji v posledních 30 dnech 11,7 % studentů, přičemž nejčastěji se jednalo o studenty odborných učilišť (Mravčík (ed.), 2020, 50). Studie ESPAD sleduje také prevalenci problémového užívání konopných látek pomocí screeningové škály CAST – v r. 2019 bylo toto problémové užívání zaznamenáno u 6,6 % studentů.

**Tabulka 3-3 Prevalence užívání drog v populaci 16letých studentů ČR podle studie ESPAD z r. 2019 a extrapolace údajů na populaci 16letých studentů Libereckého kraje (N = 4 090, zdroj: Mravčík (ed.), 2020, ČSÚ, 2020)**

<b>Prevalence užívání v posledních 30 dnech</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Cigarety	23,6	965
E-cigarety	19,8	810
Zahříváný tabák	6,2	254
Alkohol	62,7	2 564
Konopné látky	11,6	474
<b>Rizikové formy užívání</b>	<b>%</b>	<b>N</b>
Cigarety denně	10,3	421
E-cigarety denně	3,1	127
Nadměrné dávky alkoholu v posledních 30 dnech	38,5	1 575
Nadměrné dávky alkoholu 3x a více v posledních 30 dnech	11,7	479
Problémové užívání konopných látek (škála CAST)	6,6	270

Od r. 2010 lze registrovat postupný pokles míry užívání tabákových výrobků, alkoholu i konopných látek. I tak ale tato míra nadále zůstává nad evropským průměrem (Mravčík (ed.), 2020, 47). Zkušenost s dalšími nelegálními návykovými látkami mimo konopí je u školní populace uváděna v podstatně menší míře – prevalence užití jakékoli z těchto látek v posledních 30 dnech u 16letých studentů je podle studie ESPAD z r. 2019 1,7 % (Mravčík (ed.), 2020, 52). Studie HBSC z r. 2018 dále konstatuje u českých školáků časté pití energetických nápojů a intenzivní užívání sociálních sítí (ibid., 47).

Studie ESPAD sleduje od r. 2015 také hraní hazardní her ve školní populaci. Podle výsledků studie z r. 2019 se hraní hazardních her v největší míře vyskytovalo u studentů středních odborných škol bez maturity a odborných učilišť (14,4 %) a žáků 9. tříd základních škol (10,9 %), nejméně u studentů osmiletých a šestiletých středních škol s maturitou (8,8 %). Nejčastěji uváděným typem hazardní hry byly loterie a stírací losy, nejméně často bylo uváděno hraní na automatech. Téměř u všech sledovaných jevů z oblasti hazardního hraní lze pozorovat výraznou převahu chlapců nad dívkami. (Mravčík (ed.), 2020, 57-9).

Od r. 1995 jsou do studie ESPAD zařazovány otázky na hraní na automatech o peníze, hraní počítačových her, od r. 2003 také na surfování na internetu. Počet 16letých, kteří uvedli hraní na automatech o peníze s frekvencí jednou týdně a častěji se mezi lety 1995 a 2015 pohyboval mezi 1,1 % a 1,9 %, v r. 2019 poklesl na 0,4 %. Frekvence hraní počítačových her jednou týdně a častěji vzrostla v r. 2007 až na 54,1 % populace 16letých, od té doby poklesla na 44,2 % zjištěných v r. 2019. Surfování na internetu jednou týdně a častěji od r. 2003 pravidelně roste, v r. 2019 jej uvedlo 97,9 % 16letých (Mravčík (ed.), 2020, 60-61).

**Tabulka 3-4 Prevalence užívání drog v populaci 16letých studentů ČR podle studie ESPAD z r. 2019 a extrapolace údajů na populaci 16letých studentů Libereckého kraje (N = 4 090, zdroj: Mravčík (ed.), 2020, ČSÚ, 2020)**

Forma závislostního chování	%	N
Hraní hazardních her v posledním roce	10,5 %	429
Loterie, stírací losy v posledním roce	10,0 %* 6,7 %**	409 274
Kurzové sázky v posledním roce	2,8 %* 4,3 %**	115 176
Hraní na automatech v posledním roce	0,8 %* 1,1 %**	36 45
Hraní hazardních her 2-4x měsíčně	1,4 %	57
Hraní hazardních her 2-3x týdně	0,5 %	20
Hraní hazardních her 6-7x týdně	0,7 %	29
Hraní počítačových her 1x týdně a častěji	44,2 %	1 808
Surfování na internetu 1x týdně a častěji	97,9 %	4 004

\* - land-based hraní, \*\* - online hraní

### 3.1.2 Výsledky dotazníkových šetření na úrovni kraje

Výsledky dotazníkového šetření D3 provedeného mezi realizátory primární prevence na školách veskrze potvrdily výše shrnuté celorepublikové údaje. Respondenti se u žáků a studentů nejčastěji setkávali s užíváním tabákových výrobků (50 % na ZŠ a 92 % na SŠ), dále v menší míře s užíváním alkoholu (14% na ZŠ a 33 % na SŠ) a konopných látek (12 % na ZŠ a 25 % na SŠ). Zkušenost s užíváním pervitinu, hraním na automatech nebo kurzovým sázením byly uváděny spíše ojediněle. Tyto výsledky mají ovšem spíše orientační hodnotu, jelikož jsme v rámci analýzy neprováděli žádná šetření přímo mezi zástupci školní populace a informace o nich jsme získávali pouze zprostředkovaně od aktérů, kteří s nimi pravidelně přicházejí do styku. V souvislosti s tím lze rovněž u cílové populace předpokládat reálně vyšší výskyt užívání nelegálních návykových látek, které podléhá ze strany této populace většímu utajení a je méně otevřeně zmiňováno.

**Tabulka 3-5 Počet škol, na kterých se respondenti setkali s alespoň jedním případem závislostního chování ve školním roce 2019/2020 (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

	ZŠ		SŠ	
	N	%	N	%
<b>Tabákové výrobky</b>	21	50 %	11	92 %
<b>Alkohol</b>	6	14 %	4	33 %
<b>Konopné látky</b>	5	12 %	3	25 %
<b>Pervitin</b>	3	7 %	0	0 %
<b>Hraní na automatech nebo sázení</b>	2	5 %	2	17 %

V rámci skupinového rozhovoru s aktéry pracujícími s dětmi a mládeží byla jako nejzávažnější forma závislostního chování hodnocena závislost na digitálních technologiích, počítačových hrách a internetu. Obavy vyjadřují především rodiče dětí, nadměrné používání digitálních technologií a internetu ale začínají pojmenovávat jako problém i samotné děti. Tato forma závislostního chování se podle respondentů objevuje napříč celou školní populací, zatímco užívání návykových látek je charakteristické spíše pro děti ze sociálně slabších rodin.

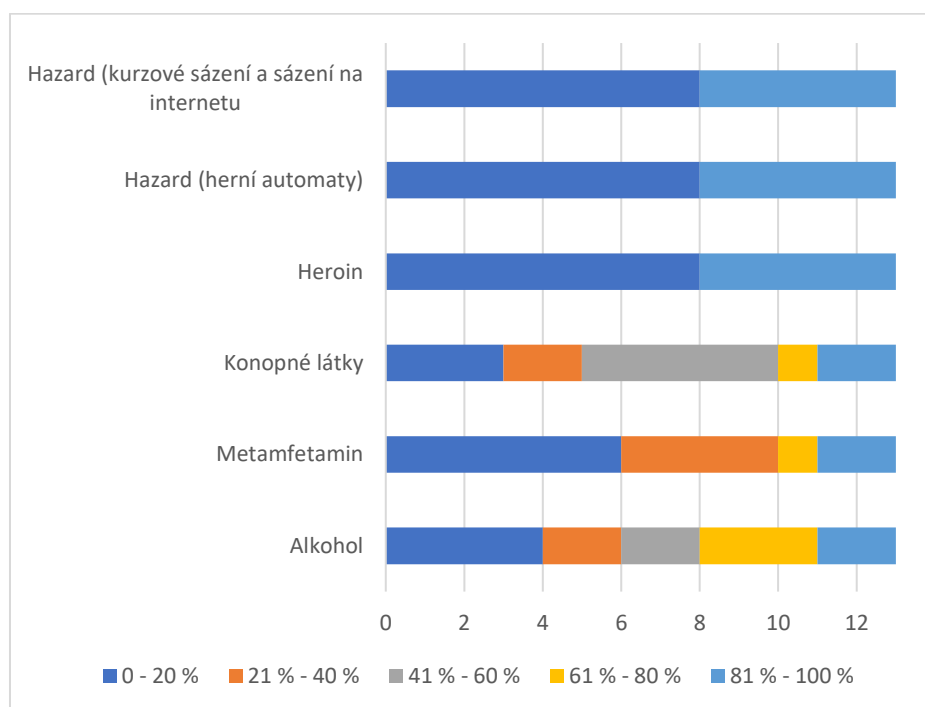
Jako další výrazný trend byla vícekrát zmíněna nadměrná konzumace energetických nápojů s vysokým obsahem cukru a kofeinu. Několik respondentů konstatovalo narůstající vnímání konzumace konopí ze strany dětí a mládeže jako něčeho normálního a „nekontroverzního“.

často spojené s neznalostí jeho škodlivých účinků či rizik spojených s nelegálností konopných drog. Samotné užívání konopí nebylo pojmenováno jako výrazný problém, což však opět může dáno tím, že se část těchto informací k respondentům od dětí nedostane.

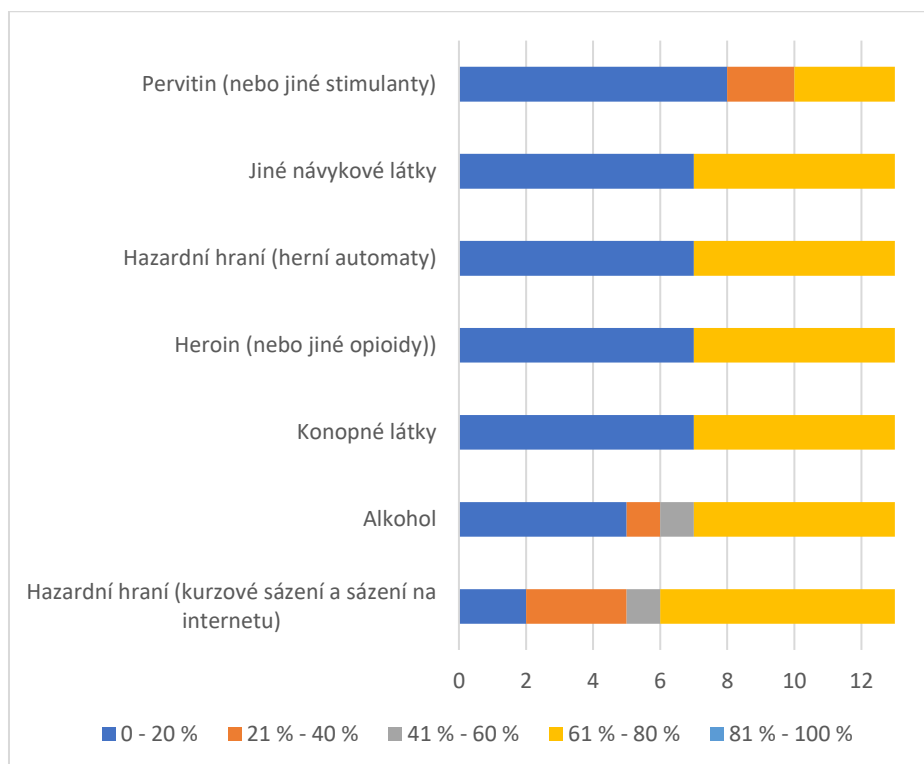
Mezi rizikovými faktory přispívající k rozvoji závislostního chování u dětí a mládeže byly zmiňovány především problémy v rodině, zejména špatná finanční a sociální situace rodičů a problémy rodičů se závislostním chováním, případně dalšími psychiatrickými diagnózami. Dále byl zmíněn vliv prostředí a konkrétních lokalit. Zejména ve větších městech (Liberec, Česká Lípa) a v pohraničí (Frýdlant, Raspenava) je rizikovější prostředí z hlediska užívání návykových látek. Děti, které žijí na samotě, na druhé straně uvádějí, že pro nedostatek kamarádů a dalších podnětů věnují více času hraní počítačových her.

Závislostní chování se ukázalo být relativně častým jevem v dotazníkovém šetření D4 provedeném mezi pracovníky OSPOD – kurátory pro děti a mládež. 50 % respondentů uvedlo výskyt závislostního chování u dětí u více než 25 % řešených případů. U dětí byl nejčastěji uváděn výskyt užívání konopných látek a alkoholu, u rodičů hraní na automatech (viz grafy 3-1 a 3-2).

**Graf 3-1 Procento případů závislostního chování u dětí v péči OSPOD (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

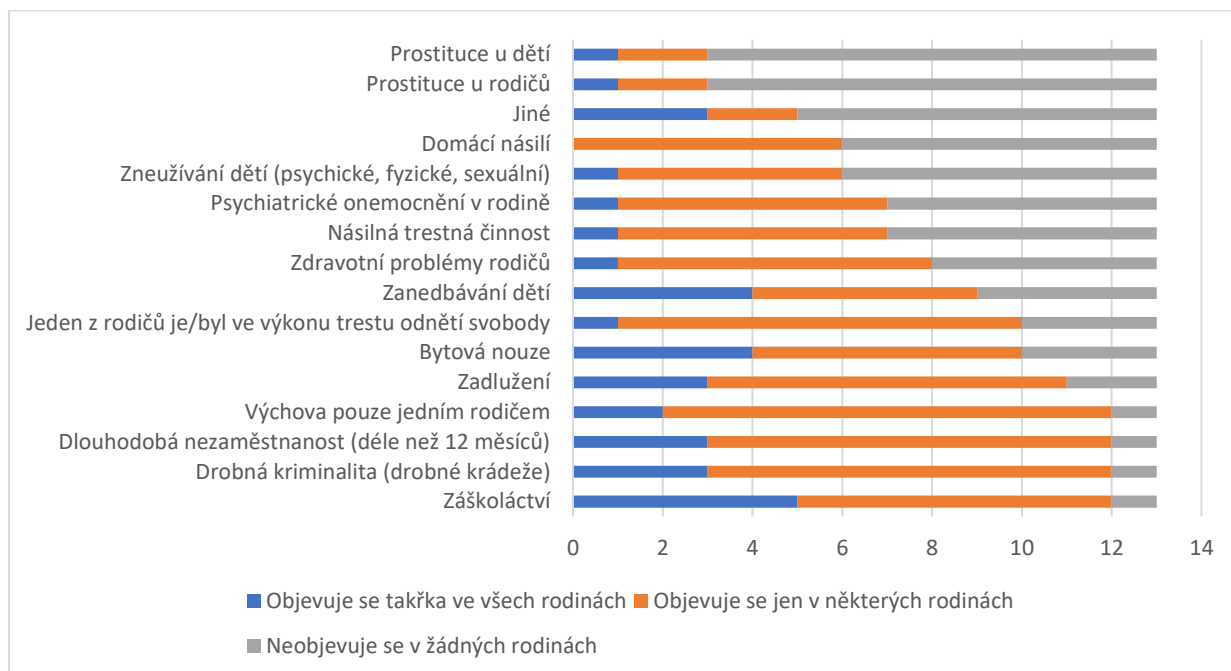


**Graf 3-2 Procento případů závislostního chování u rodičů (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

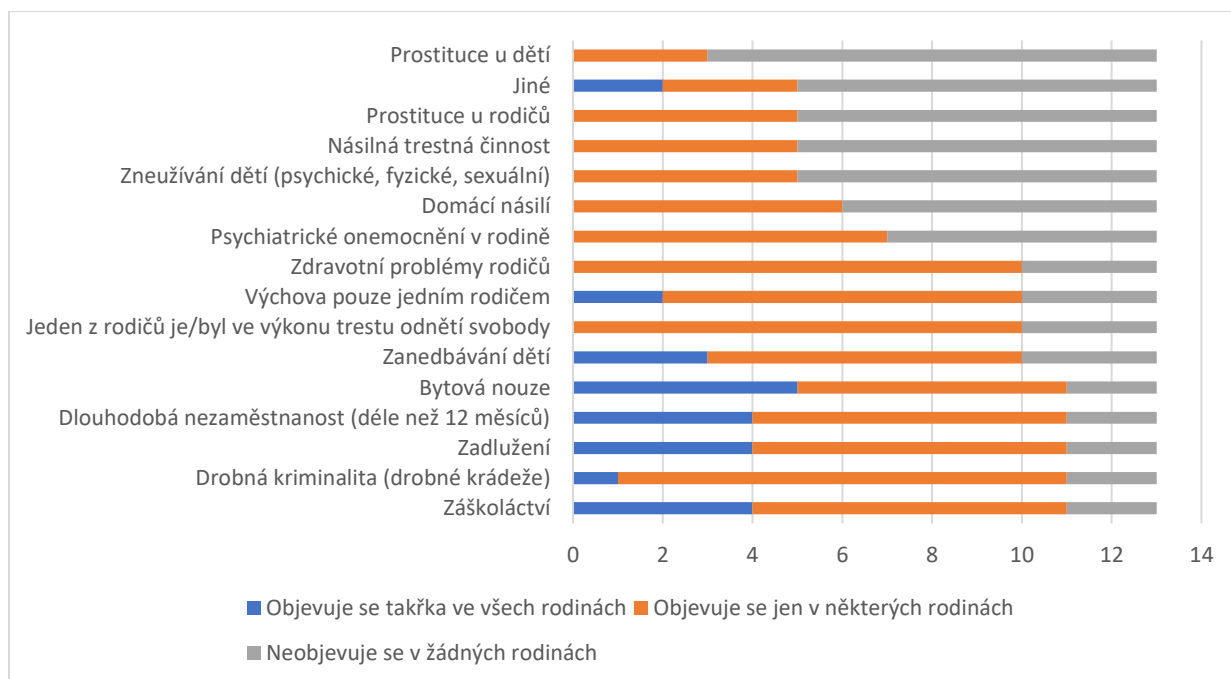


Zástupců OSPOD jsme se dále ptali na další rizikové jevy objevující se jednak v rodinách dětí, u kterých se zároveň objevuje závislostní chování a v rodinách, ve kterých se objevuje závislostní chování u rodičů i dětí. V prvním případě byly jako nejčastější rizikové jevy uváděny záškoláctví, drobná kriminalita a dlouhodobá nezaměstnanost, v druhém případě bytová nouze, dlouhodobá nezaměstnanost, zadlužení, drobná kriminalita a záškoláctví (grafy 3-3 a 3-4).

**Graf 3-3 Rizikové jevy v rodinách dětí, u kterých se objevuje závislostní chování (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



**Graf 3-4 Rizikové jevy v rodinách, v kterých se objevuje závislostní chování u rodičů i dětí (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**





### 3.2 Řešení výskytu závislostního chování na školách a v rámci činnosti OSPOD

24 % dotázaných aktérů zodpovědných za realizaci primární prevence na školách uvedlo v dotazníkovém šetření, že během uplynulého školního roku řešilo alespoň jeden případ výskytu závislostního chování. Řešení těchto případů probíhalo nejčastěji interně, tedy s využitím vlastních zdrojů školy. Z dalších aktérů jsou na základních školách nejčastěji zapojovány pedagogicko-psychologické poradny a OSPOD, na středních školách policie a odborníci v oblasti závislostí, resp. adiktologické služby (více viz tabulky 3-6 a 3-7).

**Tabulka 3-6 Způsoby řešení situace studentů ohrožených závislostním chováním na základních školách v uplynulém školním roce 2019/2020 (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

	Ano, u většiny případů		Ano, u části případů		Tento způsob řešení nevyužili	
	N	%	N	%	N	%
Interně v rámci školy	15	36	4	10	23	55
Ve spolupráci s OSPOD	6	14	7	17	29	69
Ve spolupráci se zástupci policie	3	7	5	12	34	81
Ve spolupráci s odborníky v oblasti návykových látek a/nebo adiktologickými službami	3	7	2	5	37	88
Ve spolupráci se sociálními službami	2	5	4	10	36	86
Ve spolupráci s pedagogicko-psychologickými poradnami	7	17	5	12	30	71
Ve spolupráci se středisky výchovné péče	5	12	1	2	36	86
Ve spolupráci s jinými institucemi	1	2	5	12	36	86

**Tabulka 3-7 Způsoby řešení situace studentů ohrožených závislostním chováním na středních školách a gymnáziích v uplynulém školním roce 2019/2020 (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

	Ano, u většiny případů		Ano, u části případů		Tento způsob řešení nevyužili	
	N	%	N	%	N	%
Interně v rámci školy	5	42	0	0	7	58
Ve spolupráci s OSPOD	1	8	0	0	11	92
Ve spolupráci se zástupci policie	1	8	1	8	10	83
Ve spolupráci s odborníky v oblasti návykových látek a/nebo adiktologickými službami	0	0	2	17	10	83
Ve spolupráci se sociálními službami	0	0	0	0	12	100
Ve spolupráci s pedagogicko-psychologickými poradnami	0	0	1	8	11	92
Ve spolupráci se středisky výchovné péče	0	0	1	8	11	92
Ve spolupráci s jinými institucemi	0	0	0	0	12	100

Z aktérů interního řešení případů (vlastních zdrojů školy) se jak na základních, tak na středních školách na tomto řešení relativně nejčastěji podíleli školní metodici prevence a třídní učitelé a relativně nejméně často školní psychologové a spolužáci (více viz tabulky 3-8 a 3-9).

**Tabulka 3-8 Aktéři interního řešení situace studentů ohrožených závislostním chováním na základních školách v uplynulém školním roce (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

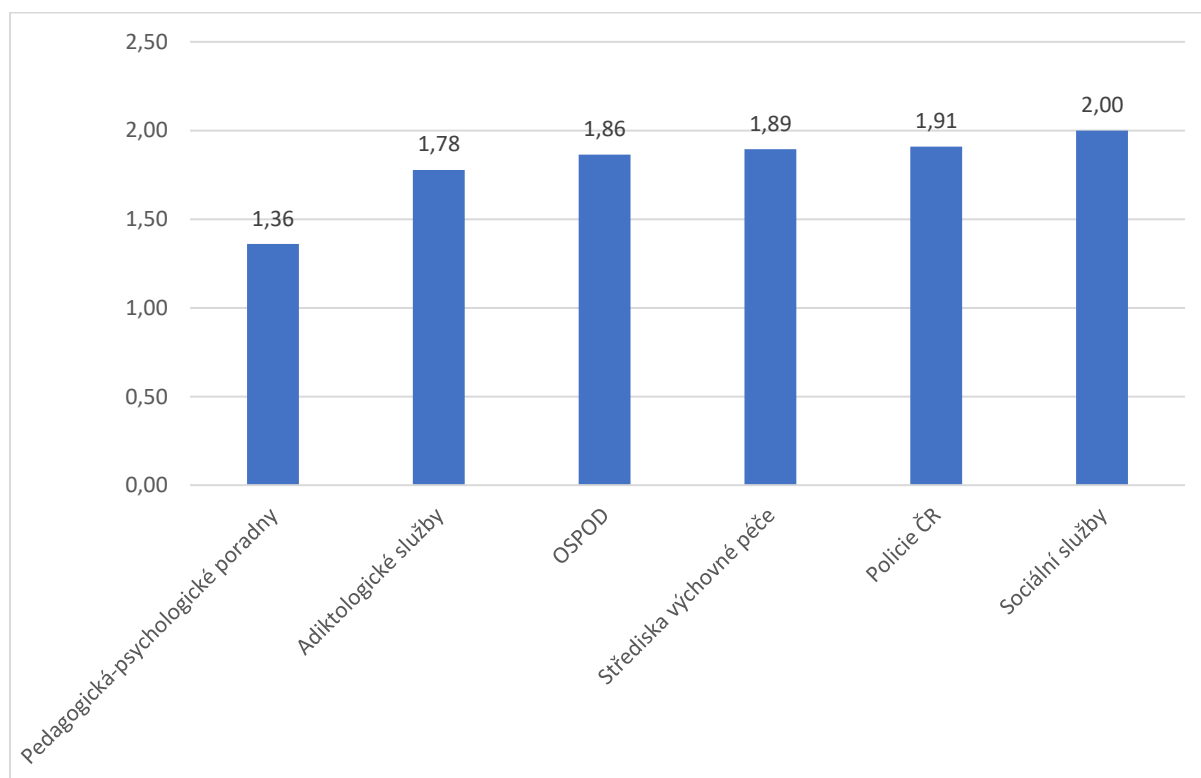
	Většina případů		Část případů		Tento způsob řešení nevyužili	
	N	%	N	%	N	%
Student se závislostním chováním	16	38%	2	5%	24	57%
Spolužáci	8	19%	6	14%	28	67%
Zákonní zástupci	17	41%	3	7%	22	52%
Třídní učitel	18	43%	3	7%	21	50%
Zástupce ředitele	12	29%	5	12%	25	60%
Ředitel	15	36%	2	5%	25	60%
Metodik prevence	18	43%	3	7%	21	50%
Školní psycholog	5	12%	2	5%	35	83%
Výchovný poradce	14	33%	3	7%	25	60%

**Tabulka 3-9 Aktéři interního řešení situace studentů ohrožených závislostním chováním na středních školách a gymnáziích v uplynulém školním roce (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

	Většina případů		Část případů		Tento způsob řešení nevyužili	
	N	%	N	%	N	%
Student se závislostním chováním	5	42%	0	0%	7	58%
Spolužáci	1	8%	3	25%	8	67%
Zákonní zástupci	7	58%	0	0%	5	42%
Třídní učitel	8	67%	0	0%	4	33%
Zástupce ředitele	6	50%	1	8%	5	42%
Ředitel	6	50%	1	8%	5	42%
Vedoucí mistr, dílenský mistr	1	8%	1	8%	10	83%
Zaměstnavatel na praxi	0	0%	0	0%	12	100%
Metodik prevence	7	58%	1	8%	4	33%
Školní psycholog	2	17%	0	0%	10	83%
Výchovný poradce	6	50%	1	8%	5	42%

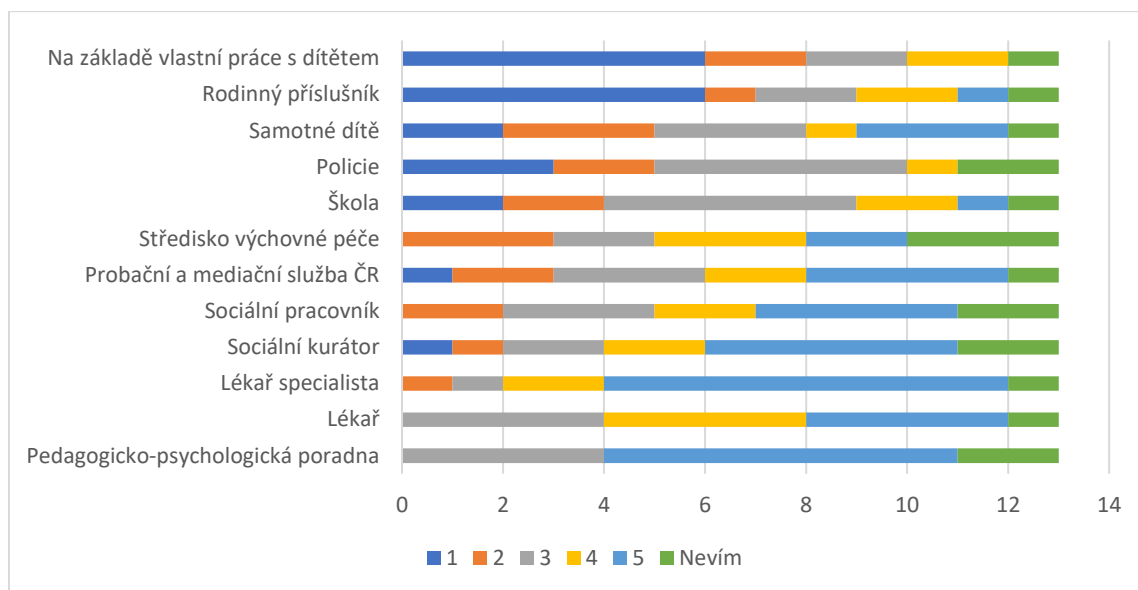
Celkem 52 škol z 54 uvedlo, že ví, na jaké instituce studenty ohrožené rizikovým chováním odkazovat. Nejlépe zástupci škol hodnotili spolupráci s pedagogicko-psychologickými poradnami a adiktologickými službami.

**Graf 3-5 Průměrné hodnocení spolupráce s jednotlivými aktéry, kteří jsou zapojováni do řešení případů výskytu závislostního chování (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

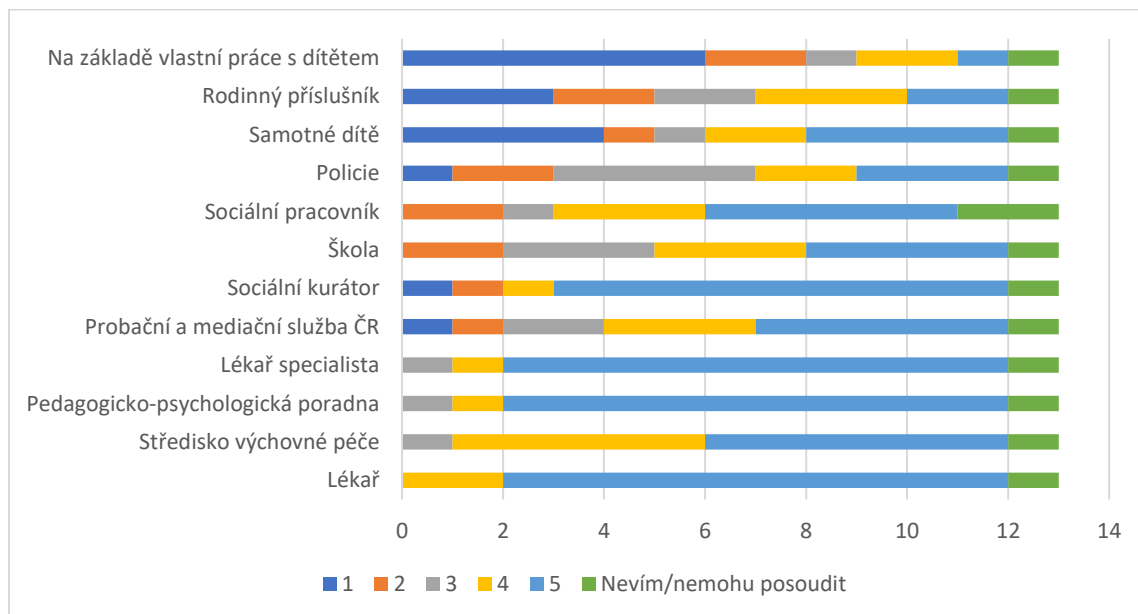


Kurátoři OSPOD se nejčastěji dozvídají o závislostním chování u dětí a rodičů v rámci vlastní práce s dětmi a rodiči a od rodinných příslušníků.

**Graf 3-6 Zdroj informací o závislostním chování u dítěte (Škála: 1 = velmi často, 5 = téměř nikdy) (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

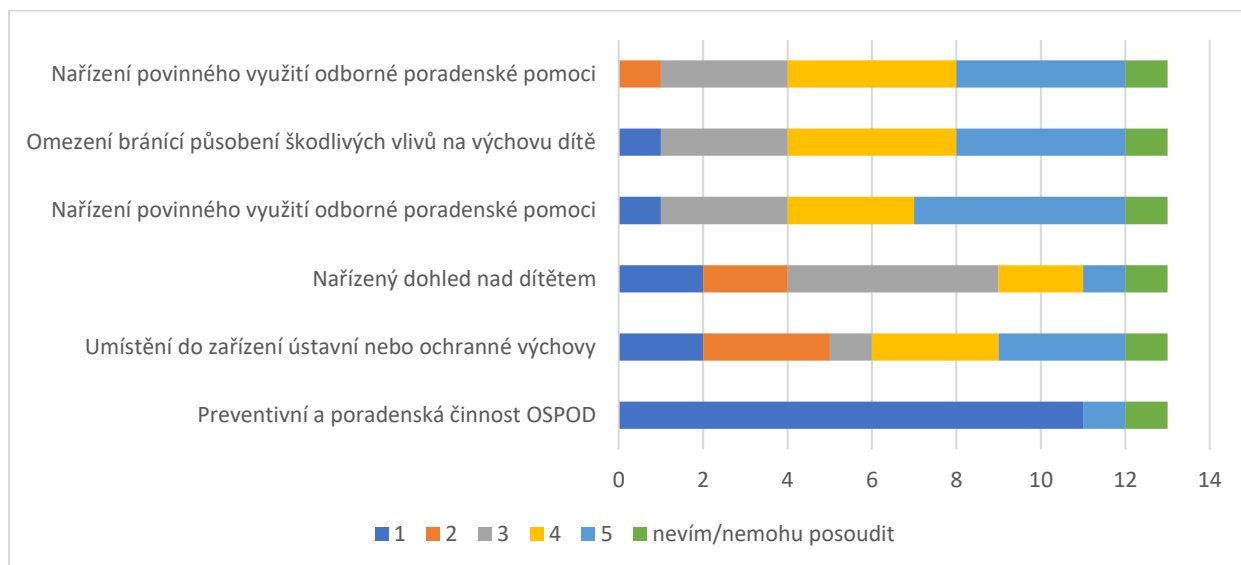


**Graf 3-7 Zdroj informací o závislostním chování u rodičů (Škála: 1 = velmi často, 5 = téměř nikdy) (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

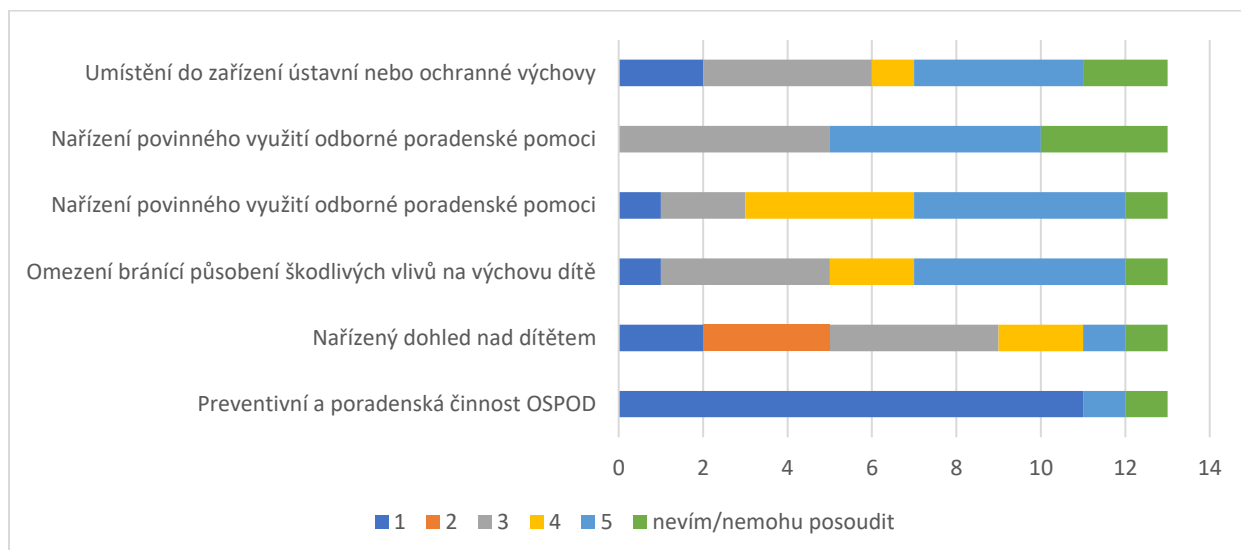


Nejvyužívanějším opatřením v rámci řešení případů závislostního chování ze strany OSPOD byla preventivní a poradenská činnost samotných pracovníků OSPOD. U dětí se závislostním chováním bylo na druhém místě umístění do zařízení ústavní nebo ochranné výchovy, u rodičů nařízený dohled na dítětem.

**Graf 3-8 Využívání opatření v rámci řešení případů, v nichž se vyskytuje závislostní chování u dětí (Škála: 1 = velmi často, 5 = téměř nikdy) (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

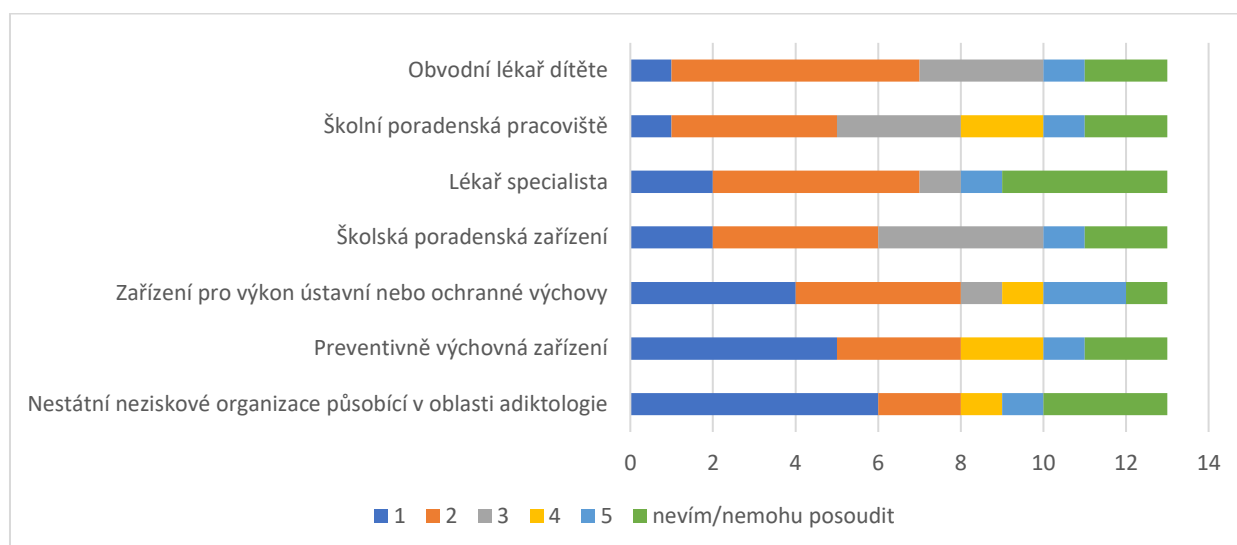


**Graf 3-9 Využívání opatření v rámci řešení případů, v nichž se vyskytuje závislostní chování u dětí a rodičů (Škála: 1 = velmi často, 5 = téměř nikdy) (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



Co se týče hodnocení spolupráce s dalšími aktéry na řešení problému, pracovníci OSPOD nejlépe hodnotili spolupráci s nestátními neziskovými organizacemi působícími v oblasti adiktologie, preventivními výchovnými zařízeními a zařízeními pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy. Relativně hůře byla hodnocena spolupráce se školskými poradenskými zařízeními, lékaři specialisty, školskými poradenskými pracovišti a obvodními dětskými lékaři.

**Graf 3-10 Hodnocení spolupráce s dalšími aktéry na řešení problému (Škála: 1 = výborně, 5 = velmi špatně) (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



### 3.3 Dostupnost a hlavní charakteristiky školských programů primární prevence

Podle údajů dostupných z výkazů Systému evidence preventivních aktivit (SEPA) má naprostá většina základních a středních škol v Libereckém kraji písemně vytvořený program primární prevence rizikového chování<sup>7</sup>, který je zpracováván mimo jiné na základě sledování výskytu rizikového chování v uplynulém školním roce, analýzy aktuální situace školy či diskuzí s vedením školy a učitelským sborem.

Na většině škol odpovídá za realizaci primární prevence školní metodik prevence, většina osob pověřených výkonem této funkce ale zpravidla vykonává ještě další funkce a věnuje se různým dalším agendám, na primární prevenci jim tak často reálně nezbyvá mnoho času a kapacit. Podle údajů SEPA převážná část školních metodiků prevence v Libereckém kraji zároveň zastává funkci třídního učitele, méně často funkce výchovného poradce, ředitele školy nebo zástupce ředitele školy, jen na několika málo školách se jedná o výlučnou funkci (viz Tabulka 3-10).

**Tabulka 3-10: Další funkce vykonávané metodiky školní prevence (zdroj: Statistiky výkazů preventivních aktivit SEPA 2019, 2020)**

	Šk.r. 2018/2019		Šk.r. 2019/2020	
<b>Třídní učitel/ka</b>	74	68 %	41	62 %
<b>Výchovný poradce</b>	15	14 %	9	14 %
<b>Ředitel/ka školy</b>	8	7 %	2	3 %
<b>Zástupce ředitele školy</b>	7	7 %	2	3 %
<b>Jiné</b>	12	11 %	10	15 %
<b>Žádné</b>	8	7 %	9	14 %

Školy v Libereckém kraji mají zároveň relativně nízký počet školních metodiků s absolvovaným akreditovaným studium k výkonu specializovaných činností podle vyhlášky č. 317/2005 Sb., které představuje základní osvědčení o způsobilosti provádět školskou primární prevenci. Podle údajů SEPA za školní rok 2018/19 mělo v Libereckém kraji absolvované toto studium pouze 54 % školních metodiků (Ve školním roce 2019/20 to bylo 60 % metodiků,

<sup>7</sup> Pouze jedna škola uvedla ve školním roce 2018/2019, že tento program vypracovaný nemá

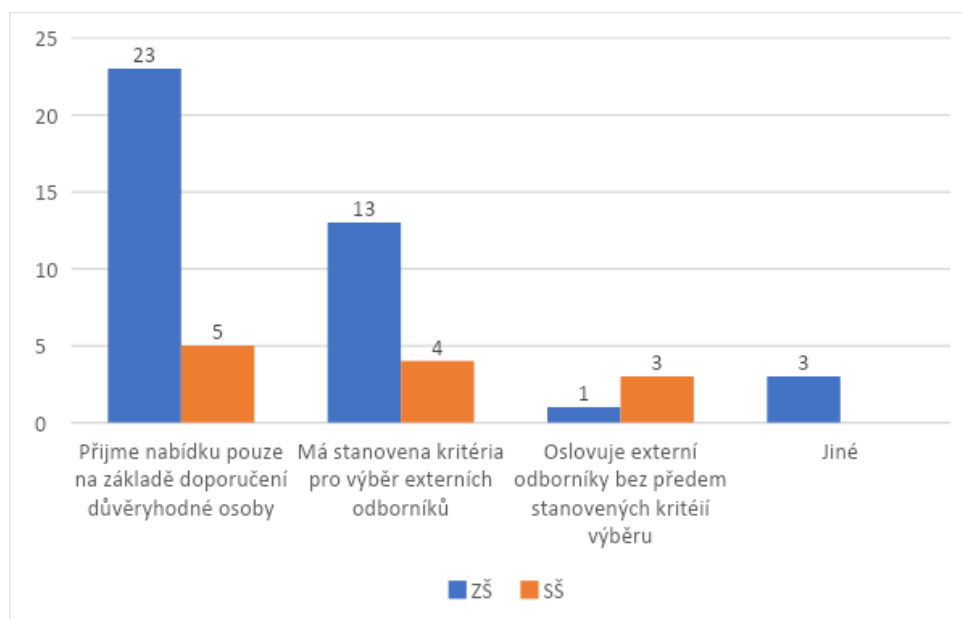
v tomto roce však vyplnilo výkaz preventivních aktivit výrazně méně škol než ve školním roce 2018/19 roce.). Toto relativně nízké číslo nicméně stále mírně převyšuje celorepublikový průměr (49 %).

Nedostatečnou kvalifikaci významné části školních metodiků a jejich vytížení dalšími agendami uváděli respondenti skupinového rozhovoru jako jedny z příčin výrazných rozdílů v kvalitě zajišťované primární prevence napříč jednotlivými školami a lokalitami. Jako další významný faktor byl zmíněn nedostatek psychologů, etopedů a dalších odborníků, kteří by působili v rámci těchto škol nebo s nimi alespoň spolupracovali. Jak dále zaznělo, zejména na některých středních školách a odborných učilištích téměř schází povědomí o možnostech řešení případů výskytu závislostního chování ve spolupráci s externími aktéry. Podle jednoho z respondentů „jsou školy, kam skoro nikdo cizí nevkročil“, jedná se zejména o školy na Českolipsku, Semilsku nebo v Železném Brodu a okolí. I v případech, kdy školy kontaktují externí odborníky, pak často nevědí, co od nich přesně požadovat, například poptávají programy všeobecné prevence v případech, kdy je již na místě spíše selektivní nebo indikovaná prevence.

V dotazníkovém šetření D3 uvedlo celých 90 % škol, že externí odborníky do poskytování primární prevence zapojují. Toto číslo je o něco větší, než odpovídá údajům SEPA, ty ovšem nesledují počet škol zapojující externí odborníky, nýbrž celkový počet preventivních programů poskytovaných jednotlivými skupinami aktérů. Podle údajů ze šk. r. 2019/2020 realizovali externí poskytovatelé necelých 73 % programů školské primární prevence. Vyšší hodnotu zjištěnou v rámci dotazníkového šetření lze dále vysvětlit také s ohledem na očekávanou vyšší aktivitu zástupců škol, kteří se zapojili do dotazníkového šetření, v oblasti realizace primární prevence na školách.

Výběr externích poskytovatelů je podle výsledků dotazníkového šetření D3 nejčastěji prováděn na základě doporučení důvěryhodné osoby, pouze necelých 33 % škol uvedlo, že má stanovena kritéria pro výběr externích odborníků (viz Graf 3-11). Podle údajů SEPA figurují mezi externími poskytovateli programů primární prevence suverénně nejčastěji (téměř v polovině z celkového počtu programů) nestátní neziskové organizace, řádově jednotky procent programů dále realizovaly komerční subjekty, Policie ČR a školská zařízení typu pedagogicko-psychologických poraden či středisek výchovné péče.

**Graf 3-11 Způsob výběru externích odborníků primární prevence (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



V Libereckém kraji působí v současnosti dvě nestátní neziskové organizace poskytující programy specifické primární prevence, které zároveň disponují certifikátem odborné způsobilosti MŠMT pro programy školské primární prevence. Organizace Maják Plus, z.ú. realizovala v r. 2019 celkem 20 programů všeobecné prevence a 1 program selektivní prevence pro 3.-9. ročníky základních škol. Organizace ADVAITA, z. ú. realizovala v r. 2019 celkem 22 programů všeobecné prevence, 2 programy selektivní prevence a 1 program indikované prevence pro 2.-9. ročníky základních škol a 1. ročníky středních škol, ale také pro další cílové skupiny mimo školní populaci (viz Tabulka 3-12)

**Tabulka 3-12 Programy primární prevence realizované v r. 2019 v Libereckém kraji (zdroj: Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v Libereckém kraji za r. 2019)**

	N	N (zaměření na drogy a závislosti nebo internet a digitální technologie)	Cílové skupiny
Maják	20 VP	4x drogy a závislosti 4x internet a digitální technologie	3.-9. ročníky ZŠ
	1 SP	-	1. a 2. stupeň ZŠ
ADVAITA	22 VP	7x drogy a závislosti	5.-7. ročníky ZŠ, 1. ročník SŠ (3) Pedagogičtí pracovníci (1) Školní metodici prevence/učitelé (1) Zaměstnavatelé (1) Široká veřejnost (1)
		4x internet a digitální technologie	Žáci ZŠ (3) Školní metodici prevence/učitelé (1)
	2 SP	1x drogy a závislosti	Senioři a pracovníci zařízení pro seniory (1)
	1 IP	1x drogy a závislost (částečně)	Jedinci s vyšším rizikem rozvoje rizikového chování Jedinci, u nichž se již vyskytlo rizikové chování



VP = všeobecná prevence, SP = selektivní prevence, IP = indikovaná prevence

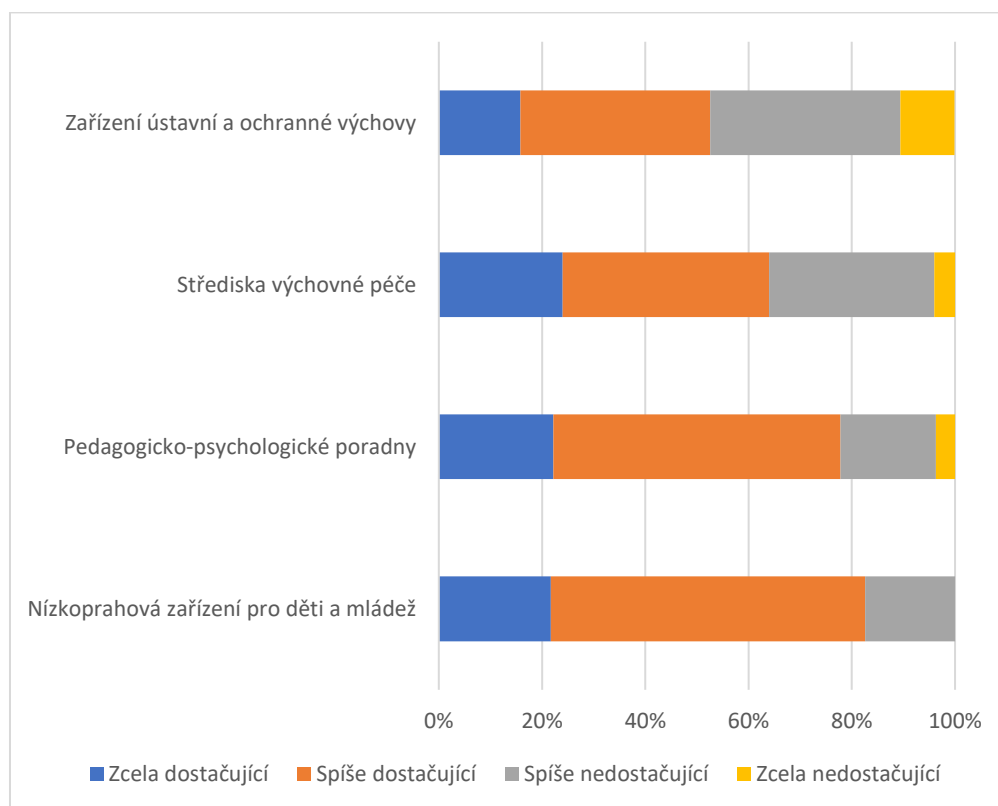
Kapacitní a místní dostupnost programů primární prevence v Libereckém kraji hodnotili v dotazníku D1 klíčoví aktéři krajské protidrogové politiky z větší části jako spíše dostačující až zcela dostačující (kapacitní dostupnost ze 70 %, místní dostupnost z 80 %). Představitelé obou hlavních organizací zajišťujících primární prevenci v Libereckém kraji uvedli, že jsou v současnosti schopny pokrývat poptávku škol po preventivních programech, v jednom případě na hraně kapacity. Zároveň předpokládali horší dostupnost primární prevence na školách, které neoslovují externí odborníky, případně uváděli, že nemohou situaci dost dobře zhodnotit.

V dotazníku D3 jsme se dále ptali realizátorů primární prevence na školách, nakolik dostatečné je podle nich pokrytí potřeb dětí programy primární prevence z hlediska jednotlivých forem závislostního chování na školách, kde působí. Toto pokrytí hodnotili veskrze velmi pozitivně, relativně nejčastěji jej hodnotili jako slabé nebo velmi slabé v případě užívání elektronických cigaret a zahříváných tabákových výrobků, dále u užívání pervitinu, hraní na automatech a kurzového sázení a sázení na internetu.

### 3.4 Dostupnost návazných služeb pro děti a mládež

V dotazníkovém šetření D1 byla jako relativně dostačující hodnocena dostupnost nízkoprahových zařízení pro děti a mládež a pedagogicko-psychologických poraden. Jako relativně méně dostupná byla hodnocena zařízení ústavní a ochranné výchovy a středisek výchovné péče.

**Graf 3-12 Dostupnost neadiktologických služeb pro osoby se závislostním chováním (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



V rámci skupinového rozhovoru byly oproti tomu konstatovány převis poptávky u pedagogicko-psychologických poraden a středisek výchovné péče, dlouhé čekací doby na nástup do těchto služeb a potřeba navýšení jejich kapacit. Pracovnice střediska výchovné péče

v Liberci mimo mimo jiné uvedla, že téměř celý rok 2019 měli v tomto zařízení vyhlášený stop stav na přijímání nových klientů. Případy, ve kterých figuruje závislostní chování, byly v této situaci převážně delegovány na ambulantní služby organizace ADVAITA, z. ú., které jsou od r. 2020 poskytovány i dětem pod 15 let. Návaznou péči dále pomáhá vykrývat nízkoprahové zařízení pro děti a mládež (NZDM) zřizované organizací Maják Plus, z. ú. (dříve Maják o. p. s.) v Liberci, které disponuje mimo jiné i pracovníkem s dlouholetými zkušenostmi s adiktologickou péčí o děti a mládež. Děti a mladiství zde rovněž mohou vykonávat soudem nařízené obecně prospěšné práce. NZDM dále podle jednoho z respondentů dobře fungují v Novém Boru nebo České Lípě, kde plní roli doprovázející nebo přechodové služby ve vztahu k odborné péči.

Jako velmi nedostatečnou hodnotili respondenti skupinového rozhovoru již v souladu s výsledky dotazníkového šetření kapacitu zařízení ústavní a ochranné výchovy, a to v rámci celé České republiky. (Zpravidla se jedná o zařízení s celostátní spádovostí.) Například v diagnostických ústavech může být čekací doba na nástup i více než půl roku. Omezené jsou podle respondentů také kapacity psychiatrické péče pro děti do 15 let, mimo jiné proto, že se velká část psychiatrů „bojí“ pracovat s touto cílovou skupinou. V souvislosti s trestními řízeními vedenými s dětmi mladšími 15 let byl zmíněn i nedostatek soudců ochotných věnovat se této cílové skupině.

Pokud jde o typy služeb, které v současnosti v Libereckém kraji zcela schází, byla vyjádřena potřeba nějaké formy terénní služby zaměřené na děti, která by děti aktivně oslovovala a byla tak schopna zasáhnout část skryté populace, která se sama do služeb nedostane. V terénu v současnosti působí asistenti prevence kriminality, kteří mají však výrazně omezené kompetence a plní tak spíše jen funkci monitoringu a zprostředkovávání informací službám.

### 3.5 Zhodnocení pokrytí potřeb a identifikace klíčových potřeb

Pokrytí potřeb bylo hodnoceno z hlediska dostupnosti programů školské primární prevence, interního zajištění primární prevence na školách a dostupnosti návazných služeb:

- > **Dostupnost externě poskytovaných programů školské primární prevence.** V Libereckém kraji působí dvě nestátní neziskové organizace, které disponují certifikátem odborné způsobilosti MŠMT a zajišťují velké množství programů primární prevence prakticky na celém území kraje. Obě organizací jsou v současnosti schopny kapacitně pokrýt poptávku škol po preventivních programech, v jednom případě na hraně kapacity. Řádově jednotky procent preventivních programů dále zajišťují Policie ČR, pedagogicko-psychologické poradny a střediska výchovné péče a komerční subjekty.
- > **Realizace primární prevence uvnitř škol.** Část škol (podle dotazníkového šetření cca 10 %) v rámci realizace primární prevence vůbec nekontaktuje externí poskytovatele. (Jako regiony a lokality s vyšším počtem škol bez externě zajištěné primární prevence byly zmíněny Českolipsko, Semilsko či Železný Brod.) Samy školy při tom často nedisponují dostatečnými zdroji a personálem na odborné interní zajištění primární prevence. 46 % školních metodiků prevence v Libereckém kraji postrádá minimální kvalifikaci pro odborný výkon této funkce v podobě absolvování akreditovaného studia k výkonu specializovaných činností podle vyhlášky č. 317/2005 Sb. Zároveň jsou metodici zpravidla vytíženi dalšími funkcemi, které zastávají, a agendami, kterým se musí věnovat. Z dalších odborníků často na školách schází také psychologové a etopedi, kteří by pomáhali odborně zajistit řešení případů výskytu závislostního chování u žáků a studentů.

- > **Dostupnost návazných služeb.** Dlouhodobě je na území Libereckého kraje maximálně vytížena kapacita pedagogicko-psychologických poraden a středisek výchovné péče, které by poskytovaly nebo zprostředkovávaly odbornou pomoc dětem a dospívajícím, u nichž bylo zjištěno závislostní chování. Řešení závažnějších případů závislostního chování u dětí a mládeže komplikují nedostatek psychiatrů disponujících kapacitou a vůlí pracovat s dětmi do 15 let, nedostatek soudců ochotných zabývat se případy dětí do 15 let a celorepublikově nedostatečná kapacita zařízení ústavní a ochranné výchovy. Podle části dotazovaných aktérů-odborníků pracujících s dětmi a mládeží schází dále v Libereckém kraji nějaká forma terénní služby, která by aktivně oslovovala děti v riziku a byla tak schopna zasáhnout část skryté populace, která se jinak do služeb nedostane. V terénu v současnosti působí asistenti prevence kriminality, kteří mají však výrazně omezené kompetence a plní tak spíše jen funkci monitoringu a zprostředkovávání informací službám.

## 4 Segment sítě služeb II: Nízkoprahové služby a snižování rizik

Primární cílovou skupinou nízkoprahových adiktologických služeb jsou podle aktuální typologie adiktologických služeb aktivní uživatelé návykových látek, popř. aktivní problémoví hráči hazardních her s různou mírou motivace ke změně a v různém stádiu rozvoje závislosti. Podle cyklického modelu stádií změny se klienti nízkoprahových služeb nachází typicky ve fázi prekontemplace či kontemplace. Sekundární cílovou skupinou jsou rodinní příslušníci, partneři a další blízké osoby klientů (sRVKPP, 2020, 17).

Výrazně převažující cílovou populaci nízkoprahových adiktologických služeb jsou osoby užívající rizikově (v drtivé většině injekčně) pervitin či opioidy, které jsou v české odborné literatuře dlouhodobě označovány jako „problémoví uživatelé pervitinu a opioidů“ (PUPO), resp. „injekční uživatelé drog“ (IUD). Například v poslední Výroční zprávě o stavu ve věcech drog jsou však již tato označení nahrazena méně stigmatizujícími pojmy „lidé užívající drogy rizikově“ (LDR) a „lidé užívající drogy injekčně“ (LDI) (Mravčík (ed.), 2020).

Odhad velikosti populace LDR na úrovni ČR i jednotlivých krajů každoročně provádí Národní monitorovací středisko (NMS). Odhad je prováděn tzv. multiplikační metodou. Počítá se jako podíl velikosti známé populace uživatelů pervitinu a opioidů v kontaktu s nízkoprahovými programy v daném kalendářním roce a hodnoty tzv. multiplikátoru. Hodnota multiplikátoru vyjadřuje podíl skryté populace LDR na celkové populaci a umožňuje korigovat zjištěné údaje o počtu LDR v kontaktu s nízkoprahovými programy. Některé kraje vedle toho provádějí vlastní odhady na základě informací od služeb a dalších aktérů krajské protidrogové politiky.

Užívání drog může být u LDR spojeno s mnoha různými riziky zdravotního i sociálního charakteru. Nízkoprahové adiktologické služby jsou specificky zaměřeny na minimalizaci těchto rizik, a to prostřednictvím výměny injekčního materiálu, poskytování základního zdravotního ošetření, orientačního testování na infekční nemoci, zajištění diagnostiky a léčby infekčních nemocí či poradenství a podpory v sociální oblasti. Vedle snižování rizik by se pracovníci nízkoprahových služeb měli snažit motivovat klienty ke změně jejich závislostního chování, případně jim zprostředkovat vhodnou návaznou péči.

**Tabulka 4-1 Segment sítě služeb II: Nízkoprahové služby a snižování rizik – přehled (zdroj: vlastní zpracování)**

<b>Cílová populace</b>	Aktivní uživatelé drog a hráči
<b>Modul D: Dotazníková šetření</b>	D1: Klíčoví aktéři krajské protidrogové politiky D2: Pracovníci adiktologických služeb
<b>Modul R: Skupinové rozhovory</b>	R2: Vybraní aktéři z oblasti nízkoprahových služeb a snižování rizik
<b>Modul I: Individuální rozhovory</b>	I1-I4: Klienti adiktologických služeb
<b>Typy adiktologických služeb</b>	Nízkoprahové adiktologické služby (kontaktní a poradenské služby a terénní programy)
<b>Specifické intervence a formy péče</b>	Prevence nákazy infekčními onemocněními Orientační testování na infekční onemocnění Zprostředkování diagnostiky a léčby infekčních onemocnění Zajištění dostupnosti psychiatrické péče Zajištění další specializované zdravotní péče Poradenství a podpora v sociální oblasti

#### 4.1 Velikost a vlastnosti cílové populace

Podle posledního odhadu NMS z r. 2019 se v Libereckém kraji nachází cca 2 000 LDR (z toho 1 900 LDI a > 1950 uživatelů pervitinu), ve „Výroční zprávě o realizaci protidrogové politiky v Libereckém kraji za rok 2019“ je na základě údajů od služeb a obcí předpokládán výskyt až 3 000 těchto osob. V celorepublikovém srovnání se tak Liberecký kraj řadí mezi kraje s nejvyšším zastoupením LDR v populaci – podle odhadu NMS se jedná o 0,5 % populace, podle krajského odhadu o 0,7 % (viz Tabulka 4-2).

**Tabulka 4-2 Velikost populace LDR v jednotlivých krajích ČR (zdroj: Mravčík (ed.), 2020)**

Kraj	Velikost populace LDR	Zastoupení LDR v populaci kraje
Praha	12 600	1,0 %
Středočeský	2 400	0,1 %
Jihočeský	2 600	0,4 %
Plzeňský	2 900	0,5 %
Karlovarský	1 200	0,4 %
Ústecký	6 800	0,8 %
<b>Liberecký</b>	<b>2 000 (3 000)</b>	<b>0,5 % (0,7 %)</b>
Královéhradecký	1 300	0,2 %
Pardubický	900	0,2 %
Vysočina	1 000	0,2 %
Jihomoravský	3 400	0,3 %
Olomoucký	2 000	0,3 %
Zlínský	2 000	0,3 %
Moravskoslezský	3 900	0,3 %
Celkem ČR	45 100	0,4 %

**Tab. 4-3 Odhady velikosti populace LDR NMS v Libereckém kraji za roky 2014-2019 (zdroj: Mravčík (ed.), 2020)**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>LDR</b>	2 900	2 500	2 200	2 300	1 800	2 000
<b>LDR (%)</b>	0,66 %	0,57 %	0,50 %	0,52 %	0,41 %	0,46 %

V dotazníkovém šetření D1 hodnotili klíčoví aktéři krajské protidrogové politiky užívání pervitinu z hlediska závažnosti jeho dopadů jako nejrizikovější formu závislostního chování a rizikové uživatele pervitinu a opioidů jako jedny z nejhroženějších cílových skupin. Rovněž zařadili užívání pervitinu mezi formy závislostního chování, které z hlediska závažnosti dopadů zaznamenaly v posledních pěti letech největší změnu k horšímu. Toto hodnocení nepotvrzuje údaje NMS, podle kterých počet LDR v Libereckém kraji poklesl od r. 2014 o 900 osob. Odmyslíme-li si faktory dané vlastnostmi použité metody sběru dat (různorodý vzorek respondentů a jeho relativně malá velikost), můžeme tuto diskrepanci vysvětlit jednak již zmíněnou odlišností krajských odhadů velikosti populace LDR, jednak rozdílem mezi tím, co popisují odhady velikosti populace LDR a tím, jak klíčoví aktéři interpretovali rizikovitost užívání pervitinu (tedy nikoli nutně pouze jako jeho prevalenci v populaci) či cílové skupiny LDR.

**Tabulka 4-4 Závažnost dopadů závislostního chování (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

	Průměrná známka
Pervitin	4,4
Alkohol	3,9
Hazardní hraní (herní automaty)	3,6
Internet a digitální technologie	3,3
Hazardní hraní (kurzové či live sázky na internetu)	3,3
Léky na uklidnění, nespavost nebo bolest	3,3
Konopné látky (marihuana nebo hašiš)	3,3
Hazardní hraní (loterie – číselné i okamžité)	3,2
Hazardní hraní (kurzové sázky, například na sportovní utkání)	3,2
Hazardní hraní (živá hra v kasinu – ruleta, karty, kostky)	3,1
Jiné stimulanty (amfetamin, kokain)	3,0
Extáze (MDMA)	2,9
Heroin	2,8
Jiné opioidy (metadon, buprenorfin, fentanyl aj.)	2,7
Jiné syntetické nebo rostlinné drogy	2,7
Anaboličké steroidy	2,7
Těkavé látky (například toluen)	2,5
Poppers, GHB/GBL	2,5
Halucinogenní látky	2,4

Relativně vysoká míra rizikového užívání pervitinu a opioidů v Libereckém kraji bývá spojována s blízkostí hranic s Polskem a Německem a propojením drogové scény v Libereckém kraji s drogovými scénami v těchto zemích. Tuto souvislost potvrdili i vybraní aktéři z oblasti nízkoprahových služeb v rámci provedené skupinového rozhovoru. V dotazníkovém šetření byly dále jako relativně závažné problémy hodnoceny zapojení příslušníků národnostních menšin do výroby a distribuce drog (zejména marihuany a pervitinu) a existence sociálně vyloučených lokalit. Všechna tato zjištění jsou v souladu se závěry, které uvádí již „Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v Libereckém kraji za rok 2019“.

Ze skupinového rozhovoru s aktéry z oblasti nízkoprahových služeb a snižování rizik vyplynulo, že nízkoprahové adiktologické služby v Libereckém kraji využívají dvě hlavní skupiny klientů:

- Osoby užívající pervitin či opioidy rizikově (LDR)
- Rizikovní uživatelé s primární drogou alkohol

První z těchto dvou skupin početně stále výrazně převažuje, sama je z větší části tvořena uživateli pervitinu. (Podle kvalifikovaného odhadu jednoho z respondentů tvoří uživatelé pervitinu cca. 95 % všech klientů nízkoprahových služeb v Libereckém kraji.) I u těchto klientů stále častěji doplňuje nebo nahrazuje původní primární drogu alkohol. Tento trend se podle respondentů negativně projevuje vyšší agresivitou klientů, častějšími konflikty mezi klienty i s personálem a celkově obtížnější prací s klienty.

Další část osob s primární drogou alkohol pak tvoří osoby bez domova, kteří zpravidla využívají nízkoprahové služby jako určitou náhradu sociální služby typu nízkoprahového denní centra. To se týká především k-centra v České Lípě, kde tento typ sociální služby v

současnosti zcela schází (V Liberci oproti tomu působí například nízkoprahové Centrum Naděje). Tato skupina klientů z větší části nevyužívá nabídky specializovaných intervencí zaměřených na snižování rizik, které jsou charakteristické pro nízkoprahové adiktologické služby, poměrně neefektivně tak vytěžuje kapacitu těchto služeb. Často navíc jen obtížně koexistuje s klienty z řad LDR, kontaktní centrum v České Lípě bylo tak například nuceno časově rozdělit provoz služby mezi obě skupiny klientů.

Jako výrazný trend v populaci LDR uváděli pracovníci nízkoprahových služeb dlouhodobě rostoucí socioekonomický standard klientů, kteří mají často zajištěný legální zdroj výtěžku i vlastní bydlení nebo alespoň spolubydlení či bydlení na ubytovně. Podle jednoho z respondentů se až 70 % klientů „snaží pracovat a někde bydlet“. Tito klienti se převážně pohybují na uzavřené drogové scéně a mají tendenci své užívání tajit a nekompromitovat se kontaktem s nízkoprahovými službami („mají, o co přijít“). Mnozí z nich se podle respondentů začali objevovat ve službách až na popud zhoršující se finanční situace během pandemie Covid-19.

Pozorovat lze také postupnou generační výměnou klientů. Starší klienti postupně vymírají nebo odcházejí do léčby, popř. do vězení, zároveň se objevují mladší klienti, kteří mají často mnohaletou historii užívání, dosud jej ale skrývali. I ti starší klienti, kteří zůstávají v kontaktu se službami, využívají v rostoucí míře již pouze služeb terénních programů, jednak z důvodu špatného zdravotního stavu a snížené mobility, jednak proto, že nechtějí být ve službách pohromadě s mladšími klienty. Nastupující generace klientů má podle pracovníků nízkoprahových služeb převážně velké potíže dodržovat základní pravidla spojená s poskytováním nízkoprahových služeb a práce s nimi je náročnější než se staršími klienty, kteří tato pravidla většinou již dobře znají a respektují.

V posledních cca pěti letech pozorují pracovníci nízkoprahových služeb nárůst klientů s duálními diagnózami, včetně závažných diagnóz typu schizofrenie či paranoidní psychózy. Pro zajištění potřeb těchto klientů je klíčová spolupráce nízkoprahových služeb s psychiatry (více viz kapitola 4.3).

## 4.2 Dostupnost nízkoprahových služeb

V Libereckém kraji působily v době realizace analýzy 3 nízkoprahové služby zajišťované nestátní neziskovou organizací Most k naději, z. s. – kontaktní centrum v Liberci, kontaktní centrum v České Lípě a terénní program. Všechny tyto služby disponují certifikátem odborné způsobilosti RVKPP a zajišťují plný rozsah činností příslušných typů služeb.

V rámci sekundární analýzy pokrytí potřeb nízkoprahovými službami v Libereckém kraji jsme nejdříve provedli odhad **mezery ve využití služeb** ze strany cílové populace LDR. Hodnota této mezery odpovídá rozdílu mezi stoprocentním a aktuálním pokrytím potřeb nízkoprahovými službami. Aktuální pokrytí potřeb jsme počítali jako podíl celkového počtu klientů nízkoprahových služeb v r. 2019 a střední hodnoty obou dostupných odhadů velikosti populace LDR.

$$|\text{mezera ve využití služeb}| = 1 - \frac{n \text{ klientů služeb}}{|\text{LDR}|} \times 100 [\%] = 1 - \frac{1325}{2500} \times 100 [\%] = 47 \%$$

Velikost mezery ve využití služeb zároveň popisuje velikost **skryté populace**, tj. populace, která nepřichází do styku se službami. Prostým odečtením počtu klientů služeb od počtu LDR získáme absolutní hodnotu velikosti skryté populace, v tomto případě cca 1 175 LDR. Důvody skryté populace pro nevyužívání služeb mohou být různé, od nezájmu a nízké motivace a využívat služby a obav ze ztráty anonymity a jejich následků přes špatnou informovanost o službách po nedostatečnou kapacitní, místní a časovou dostupnost služeb.

Podle pracovníků nízkoprahových služeb jsou obavy ze ztráty anonymity, často ve spojení s nedostatečnou informovaností o nízkoprahovosti služeb stále pro mnoho lidí významnou překážkou v rozhodování o využití těchto služeb. Výrazná je tato tendence zejména v menších obcích, kde je ve srovnání s většími městy méně anonymní prostředí. Rozhodnou-li se již pro využití služby, dojíždějí radši do vzdálenějších větších měst, kde je převážně nikdo nezná.

Kapacitní dostupnost nízkoprahových služeb jsme s využitím sekundárních dat měřili počtem přepočtených úvazků v přímé práci, kterým v součtu disponovaly všechny tři tyto služby v r. 2019. Celkový počet úvazků v těchto službách byl 17,9 přepočtených úvazků v přímé práci, to znamená 24 787 obyvatel Libereckého kraje na 1 úvazek. Tento údaj téměř naplňuje požadavek, který formulovali Libra a Novák v dokumentu „Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v České republice“ – pro Liberecký kraj zde uvádějí normativ alespoň 26 000 obyvatel na 1 úvazek (LIBRA & NOVÁK, 2006).

Každá ze tří služeb zároveň disponovala počtem úvazků v přímé práci přesahujícím minimální personální zajištění pro zajištění základních činností kontaktních center (3,2 úvazku), resp. terénních programů (2,0 úvazku) (více viz Hanzlík, 2020, 78). V současnosti nejsou vyhrazeny žádné prostředky na sebevzdělávací aktivity pracovníků nízkoprahových služeb v podobě psychoterapeutického výcviku, výcviku v motivačních rozhovorech či kurzu krizové intervence, organizace Most k Naději je přesto svým pracovníkům proplácí.

Podle dotazovaných pracovníků nízkoprahových služeb je kapacita obou K-center v současnosti zcela naplněná, terénní program je na hraně kapacity v Jablonci nad Nisou, kde bylo nicméně v r. 2020 zřízeno nové kontaktní centrum v rámci „Multifunkčního sociálního centra Jablonec nad Nisou“. (Působení této služby nebylo již možné v rámci této analýzy zhodnotit). Dotazování klienti nízkoprahových služeb hodnotili kapacitu těchto služeb jako veskrze dostatečnou, zazněla pouze výhrada k omezení doby, po kterou se mohou pracovníci individuálně věnovat klientovi, na jednu hodinu za den. (Jeden z klientů by například uvítal alespoň dvě hodiny za den, zároveň ale dodal, že by to nejspíš bylo pro služby příliš kapacitně náročné.)

Při posuzování místní dostupnosti kontaktních center jsme vycházeli z normativního předpokladu, že služba je pro klienta dostupná, nachází-li se v dojezdové vzdálenosti nejvýše hodinu od místa, kde má klient bydliště nebo kde se obvykle pohybuje (Staníček, 2005). Při aplikaci tohoto předpokladu je K-centrum Liberec víceméně místně dostupné veřejnou dopravou z centrálních dopravních uzlů 5 ORP Libereckého kraje<sup>8</sup> (Liberec, Jablonec nad Nisou, Turnov, Tanvald a Železný Brod), v případě K-centra Česká Lípa jsou to 2 ORP (Česká Lípa a Nový Bor). Podle vyjádření pracovníků nízkoprahových služeb reálně pochází většina klientů K-centra Liberec přímo z Liberce, významná část dojíždí z Jablonce nad Nisou, méně také z Tanvaldu. K-centrum Česká Lípa pak pokrývá především území ORP Česká Lípa.

Zbývající 3 ORP, nacházející se mimo dosah obou K-center, jsou vykrývána alespoň terénním programem, který působí prakticky na celém území Libereckého kraje. ORP Jilemnice byla hodnocena jako relativně málo zasažená rizikovým užíváním drog, i tak ale dostatečně pokrytá terénním programem (a na hranici s Královéhradeckým krajem také terénním programem organizace Laxus, z. ú.). Prostor pro větší pokrytí nízkoprahovými službami byl spatřován zejména na Frýdlantsku.

---

<sup>8</sup> Jako „centrální dopravní uzly“ jsme definovali autobusová nebo vlaková nádraží v největších městech jednotlivých ORP, z nichž se lze nejrychleji přemístit veřejnou dopravou na místo obou k-center



Klíčoví aktéři krajské protidrogové politiky hodnotili v dotazníkovém šetření D1 nízkoprahové služby z hlediska kapacitní i místní dostupnosti jako jedny z nejlépe dostupných adiktologických služeb v Libereckém kraji. Kapacitní dostupnost kontaktních center hodnotilo 78 % klíčových aktérů krajské protidrogové politiky jako spíše až zcela dostačující, místní dostupnost 70 % z nich, terénních programy takto hodnotilo 79 % klíčových aktérů u kapacitní dostupnosti a 67 % u místní dostupnosti.

Otevírací doba kontaktních center je z pohledu pracovníků nízkoprahových služeb dobře nastavená, v některých případech jsou ochotní ji také přizpůsobit individuálním potřebám klientů, kteří například chodí do práce na noční směny a chtějí se již v dřívějších ranních hodinách v k-centru osprchovat, než jdou spát a připravovat se na další noční směnu. Dotazovaní klienti hodnotili otevírací dobu služeb veskrze kladně, někteří by uvítali, kdyby byly otevřené i o víkendu, případně v noci.

Se specifickým problémem, který do budoucna potenciálně ohrožuje dostupnost služby, se dlouhodobě potýká K-centrum Česká Lípa, a to v podobě špatného stavu budovy, ve které centrum působí. Podle vedoucí tohoto centra jde o nevyhovující a potenciálně rizikové pracovní prostředí, v současnosti se nicméně nedaří nalézt prostředky na rekonstrukci budovy.

#### 4.3 Dostupnost specifických intervencí a forem péče

Všechny nízkoprahové služby v Libereckém kraji poskytují standardní programy výměny stříkaček a jehel. Způsob využívání výměnných programů klienty v posledním roce výrazně poznamenala pandemie Covid-19. V K-centru Liberec mimořádně (až o 50 %) vzrostla primární výměna (výměna prostřednictvím osobního kontaktu se službou), zatímco poklesla sekundární výměna (výměna prostřednictvím druhé osoby). Nárůst primární výměny vysvětlovali pracovníci nízkoprahových služeb omezenými možnostmi klientů obstarávat si čisté jehly jinými cestami (například v lékárnách) a následným nárůstem ceny stříkaček.<sup>9</sup> Klienti tedy vyměňovali staré jehly i v situacích, ve kterých by si obvykle pořizovali nové, a to včetně klientů, kteří do té doby vůbec nebyli v kontaktu se službami. Část z nich zřejmě v minulosti využívali možnosti sekundární výměny, která tak poklesla, když si začali do služeb sami pro stříkačky chodit. Zřejmě v důsledku obav z cestování na větší vzdálenosti naopak poklesla primární výměna a vzrostla sekundární výměna v K-centru Česká Lípa, kam ve srovnání s Libercem výrazně větší část klientů dojíždí z jiných obcí a regionů.

V blízké době je dále plánováno a zřízení kontejnerů na likvidaci injekčního náčiní, tzv. fixpointů v ulicích pěti měst Libereckého kraje (mimo jiné v Liberci, Jablonci nad Nisou a České Lípě). Tento záměr byl prosazen za přispění krajské protidrogové koordinátorky a podpořen dotací od Libereckého kraje.

Běžnou součástí jejich práce je podle pracovníků nízkoprahových služeb také motivování injekčních uživatelů k využívání alternativních způsobů aplikace drog, nejčastěji rektální aplikace, která poskytuje uživatelům zážitek nejbližší nitrožilní aplikaci. Nadále nicméně převládá injekční užívání, které pro klienty představuje neekonomičtější způsob využití drogy. Mimo základní rámec nízkoprahových služeb realizuje organizace Most k Naději také program snižování rizik v prostředí noční zábavy. Tento program dlouhodobě spolupracuje s libereckým klubem Spot, kde pracovníci programu na tanečních akcích nabízejí vodu, ovoce, aplikační náčiní pro nasální a orální aplikaci drog či kondomy a poskytují informace o rizicích spojených s užíváním drog.

---

<sup>9</sup> O víkendu lze podle pracovníka terénního programu koupit v Liberci na ulici stříkačku až za dvě stě korun.)

Z 12 dotazovaných klientů služeb radících se mezi současné nebo bývalé injekční uživatele uvedlo 8 klientů, že někdy využili služby výměny injekčního náčiní. Ve všech případech byly tyto služby využívány v rámci docházení do kontaktního centra, ve dvou případech také v rámci terénních programů. 4 respondenti uvedli, že v případě momentální nedostupnosti nízkoprahových služeb pořizují stříkačky a jehly v lékárnách. Výměna injekčního náčiní byla zároveň u většiny dotazovaných klientů jedinou využívanou intervencí v rámci nízkoprahových služeb.

Všechny tři nízkoprahové služby nabízejí svým klientům možnost orientačního testování na infekční onemocnění, jmenovitě na hepatitidu typu C, HIV a syfilis. Tyto testy jsou dobře dostupné v kontaktních centrech, pro účely testování v rizikových lokalitách by podle pracovníků nízkoprahových služeb bylo vhodné disponovat sanitkou.

Jak ale dále zdůrazňovali pracovníci služeb, orientační testování má smysl pouze v případě, že je možné klientům s pozitivním výsledkem zajistit u zdravotnického pracovníka ověření výsledku dalším testem a následnou léčbu. V této souvislosti byla konstatována dlouhodobě velmi nízká úspěšnost umístění klientů na infekční oddělení Krajské nemocnice Liberec, a. s. (dále jen „KNL“). Jako důvody uváděli především omezenou kapacitu a rozpočet tohoto oddělení, ale také určitý nedostatek vůle přijímat pacienty z řad aktivních uživatelů drog. V současné době vozí pracovníci nízkoprahových služeb klienty na léčbu do Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze, což popsali jako personálně i finančně velmi náročné řešení, které nicméně aktuálně považují za nejlepší možnost, jak zajišťovat klientům v rozumném časovém horizontu léčbu infekčních onemocnění.

Jako velmi nedostatečná byla hodnocena dostupnost psychiatrické péče pro klienty nízkoprahových služeb. Žádná z těchto služeb nemá aktuálně nasmlouvaného psychiatra, který by docházel do kontaktního centra nebo do terénu. Příliš nefunguje ani spolupráce s externími aktéry poskytujícími psychiatrickou péči. Pracovníci nízkoprahových služeb standardně doprovázejí klienty se závažnou duální diagnózou nebo klienty v toxické psychóze na psychiatrické oddělení KNL, kde musí zpravidla dlouze a složitě vyjednávat přijetí těchto klientů. Sami klienti zároveň často zmiňují špatné zkušenosti s psychiatry a chovají k nim nedůvěru. Podaří-li se někomu přece jen zajistit alespoň základní psychiatrické vyšetření, většinou záhy vypadává z léčby nebo ji ani nezahájí.

Možnosti spolupráce s individuálními psychiatry působícími v Libereckém kraji hodnotila vedoucí jednoho z kontaktních center jako spíše provizorní a nesystémové. Za ideální by považovala zřízení nějakého „krizového centra“, které by se zaměřovalo na diagnostiku a zajištění pomoci v akutních stavech (mimo jiné předepsání léků), případně možnost docházení klientů do funkční psychiatrické ambulance.

Nízkoprahové služby zajišťují základní zdravotní ošetření typu převazování ran nebo čištění bércových vředů. V případě závažnějších stavů (například omrzlin) je volána záchranná služba. Dlouhodobě funguje spolupráce s gynekologickým oddělením KNL, podle dotazovaných pracovníků služeb je to ale z velké části dáno dobrými osobními vztahy, spolupráce s dalšími lékaři-specialisty hodnotili již výrazně hůře.

Významnou náplní činnosti nízkoprahových služeb je nakonec také poradenství a podpora v sociální oblasti, zejména pokud jde o vyřizování základních osobních záležitostí klientů a komunikaci s příslušnými orgány. Pracovníci služeb klientům standardně poskytují asistenci při kontaktu se soudy, policií, probační a mediační službou, OSPOD či úřadem práce. Pomáhají jim vyplnit formuláře, například za účelem získání sociálních dávek, odkazují je na právní poradenství (dlouhodobá spolupráce s poradnou Děčko Liberec, z. s.), zprostředkovávají setkání se sociálními kurátory, kteří mají problém klienty zastihnout,

některým klientům nechávají také do kontaktního centra doručovat úřední obsílky, které by si klienti jinak nezvládli nebo neměli kde převzít a zbytečně se tak dostali do potíží, v krajním případě až do vězení. Klienti u nich také mohou vykonávat obecně prospěšné práce.

V této souvislosti nacházeli respondenti z řad pracovníků služeb ve vězení určité rezervy, pokud jde o informovanost policistů (s výjimkou kriminální policie a toxi týmů), sociálních kurátorů a kurátorů OSPOD o fungování adiktologických služeb a možnostech odkazování osob se závislostním chováním do těchto služeb. V případě OSPOD k tomu přispívá i vysoká fluktuace pracovníků, pracovníci nízkoprahových služeb tak musí pravidelně znovu vysvětlovat novým kurátorům vše podstatné.

#### 4.4 Zhodnocení pokrytí potřeb a identifikace klíčových potřeb

Pokrytí potřeb bylo hodnoceno z hlediska dostupnosti nízkoprahových služeb a dostupnosti specifických intervencí a forem péče zajišťovaných nízkoprahovými, případně dalšími, návaznými službami, s přihlédnutím k pokrytí potřeb některých specifických cílových skupin.

- **Kapacitní dostupnost.** Stávající kapacita nízkoprahových služeb zajišťuje relativně dobré pokrytí potřeb cílové populace, z větší části je však zcela vytížena a skýtá minimální rezervy. Na hraně kapacity jsou terénní programy v Jablonci nad Nisou, kterým by nicméně do budoucna mělo odlehčit zřízení nového kontaktního centra. Lze předpokládat, že celková personální kapacita sítě nízkoprahových služeb na území Libereckého kraje tím zároveň posílí na úroveň vyhovující normativnímu minimu 26 000 obyvatel na jeden přepočtený úvazek v přímé péči (Libra a Novák, 2006). Další odlehčení by mohlo představovat zřízení sociální služby typu nízkoprahového denního centra v České Lípě, které by pokrylo potřeby části klientů K-centra Česká Lípa z řad osob bez domova.
- **Místní dostupnost.** Zhruba tři ORP Libereckého kraje nejsou z hlediska místní dostupnosti pokryty službami kontaktních center, terénní program nicméně pokrývá území celého kraje. Jako relativně nejméně pokryté lokality zmiňovali pracovníci nízkoprahových služeb Jablonecko a zejména Frýdlantsko. Celkově lze nicméně konstatovat velmi dobrou místní dostupnost nízkoprahových služeb
- **Otevírací doba.** Pracovníci i klienti nízkoprahových služeb hodnotili otevírací dobu nízkoprahových služeb jako převážně vyhovující. Otevírací doba K-centra Liberec je příležitostně uzpůsobována individuálním potřebám klientů, například klientům docházejícím do práce na noční směny.
- **Další rozměry dostupnosti.** Zejména v menších obcích představují překážku dostupnosti služeb obavy ze ztráty anonymity, často spojené s nedostatečnou informovaností o nízkoprahovém charakteru služeb. Potenciální ohrožení dostupnosti K-centra Česká Lípa představuje do budoucna špatný stav budovy, ve které k-centrum působí.
- **Dostupnost prevence nákazy infekčními onemocněními.** Všechny nízkoprahové služby zajišťují svým klientům standardní výměnné programy v dostatečném rozsahu, v blízké době je plánováno také zřízení fixpointů v pěti městech Libereckém kraji.
- **Dostupnost orientační testování na infekční onemocnění.** Orientační testování je dobře dostupné v kontaktních centrech, výrazně omezené jsou možnosti testování pro část cílové populace v některých rizikových lokalitách. Pro tyto účely by bylo vhodné mít k dispozici mobilní testovací zařízení („sanitku“), která by zajišťovala testování přímo v těchto lokalitách

- > **Dostupnost diagnostiky a léčby infekčních onemocnění.** Dlouhodobě se nedaří zajišťovat klientům nízkoprahových služeb diagnostiku a léčbu infekčních onemocnění na infekčním oddělení Krajské nemocnice Liberec, a. s., aktuálně uplatňovaným, leč dlouhodobě obtížně udržitelným řešením této situace je dovážení klientů na léčbu do Institutu experimentální a klinické medicíny (IKEM) v Praze.
- > **Dostupnost psychiatrické péče.** Pro klienty nízkoprahových služeb je velmi špatně dostupná také psychiatrická péče, potřeba této péče při tom v současnosti nabývá na významu s rostoucím počtem klientů s duálními diagnózami. Nízkoprahové služby nedisponují žádnými úvazky psychiatrů, navázána není ani žádná dlouhodobě fungující spolupráce s externími poskytovateli psychiatrické péče
- > **Dostupnost další specializované zdravotní péče.** Dlouhodobě funguje spolupráce s gynekologickým oddělením KNL, podle dotazovaných pracovníků služeb je to ale z velké části dáno dobrými osobními vztahy, spolupráce s dalšími lékaři-specialisty hodnotili již výrazně hůře.
- > **Dostupnost poradenství a podpory v sociální oblasti.** Klientům nízkoprahových služeb je poskytována poměrně rozsáhlé spektrum asistence při kontaktu se soudy, policií, sociálními kurátory, kurátory OSPOD či úřadem práce. Tato spolupráce však někdy naráží na nízkou informovanost zástupců těchto orgánů o fungování adiktologických služeb a možnostech odkazování osob se závislostním chováním do těchto služeb. Klientům je dále poskytováno (převážně praktičtěji orientované) sociální poradenství, v nízkoprahových službách mohou také vykonávat obecně prospěšné práce.

Část výše uvedených zjištění shrnuje tabulka 4-5, konkrétně o personální kapacitě a spádovosti nízkoprahových služeb a dostupnosti specifických intervencí a forem péče. Dále ukazuje v absolutních i relativních číslech pokrytí potřeb rizikových uživatelů pervitinu a opioidů nízkoprahovými službami.

**Tabulka 4-5. Popis krajské sítě služeb v Libereckém kraji, segmentu „Nízkoprahové služby“**

NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY	Počet klientů	Kapacita	Spádovost				
KC Most k naději Liberec	217 (181 UD)	7,4 úv.	6/10 ORP				
KC Most k naději Česká Lípa	597 (552 UD)	4,1 úv.	2/10 ORP				
TP Most k naději	644 (592 UD)	6,4 úv.	10/10 ORP				
Souhrnné údaje	1 458 (1 325 UD)	17,9 úv.	10/10 ORP	PIO	OTIO	DLIO	Ψ
Souhrnné relativní údaje	53 % LDR	24 713 ob./úv.	✓	✓	✓	✓	X

KC = kontaktní centrum, TP = terénní program, UD = uživatel drog, LDR = rizikovní uživatelé pervitinu a opioidů, úv. = přepočtené úvazky v přímé práci, PIO = prevence nákazy infekčními onemocněními, OTIO = orientační testování na infekční onemocnění, DLIO = diagnostika a léčba infekčních onemocnění, Ψ = psychiatrická péče

## 5 Segment sítě služeb III: Léčba a sociální začleňování

Cílová populace adiktologických služeb v oblasti léčby a sociálního začleňování je potenciálně velmi široká a ne vždy zcela jasně ohraničitelná. Potřebu těchto služeb v obecné populaci lze hrubě odhadovat pomocí dotazníkových šetření zjišťujících prevalenci užívání návykových látek či výskytu nelátkových závislostí, zejména pak prevalenci různých rizikových forem závislostního chování. (Rizikem je zde zpravidla míněno ohrožení fyzického i psychického zdraví, popř. sociálních vztahů, které indikuje vyhledání odborné adiktologické pomoci.) Většina těchto rizikových forem je definována pomocí specifických škál, jež popisují různé rozměry rizikovosti daného závislostního chování a celkovou míru této rizikovosti. Respondentům dotazníkových šetření je přisuzována daná riziková forma závislostního chování, dosáhnou-li na základě sebehodnocení v dotazníku určitého výsledku na dané škále.

Riziková a škodlivá konzumace alkoholu je v rámci ČR sledována pomocí několika různých nástrojů. V Národních výzkumech užívání návykových látek, které realizuje NMS, je měřena zejména pomocí screeningového nástroje CAGE, čtyřpoložkové škály sledující problémy související s konzumací alkoholu v posledních 30 dnech (potřeba omezit pití, averzivní reakce na kritiku pití ze strany druhých, pocit viny kvůli pití, potřeba pití hned po ránu). Označí-li na této škále respondent alespoň 1 položku ze 4, naznačuje to rizikovou konzumaci, skóre 2 a více ze 4 škodlivou konzumaci (Mravčík (ed.), 2020, 68).

Státní zdravotní ústav pracuje v pravidelně prováděných výzkumech NAUTA s jednotkou průměrné denní dávky čistého alkoholu<sup>10</sup>. Rizikové konzumaci alkoholu, tj. konzumaci ohrožující zdraví odpovídají u žen 1-2 průměrné denní dávky (20-40 g), u mužů 2-3 průměrné denní dávky (40-60 g), škodlivé konzumaci u žen více než 2 dávky ( $\geq 40$  g), u mužů více než 3 dávky ( $\geq 60$  g). Ve studii CZEMS (*Czech Mental Health Survey*), kterou realizoval Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ), nacházíme jako indikátor rizikové konzumace alkoholu také výskyt dalších duševních poruch u konzumentů alkoholu (Mravčík (ed.), 2020, 68).

Pro odhad rizikového užívání konopných látek se v ČR používá například škála CAST, která pomocí šesti otázek hodnotí na 24bodovém kontinuu, jak často respondent užil v posledních 30 dnech před polednem nebo když byl sám, jak často zaznamenal problémy s pamětí v souvislosti s užíváním aj. Skóre 3-6 z 24 bodů značí mírné riziko, 7 a více pak vysoké riziko (Mravčík (ed.), 2017, 107). Mezi rizikové formy užívání nelegálních návykových látek dále spadá rizikové užívání pervitinu a opioidů, kterému jsme se věnovali v kapitole 4. Rizikové či problémové užívání dalších nelegálních návykových látek není specificky sledováno, zejména z důvodu relativně nízkých hodnot prevalence užívání těchto látek.

Problémové hráčství je v rámci ČR zjišťováno pomocí 2 screeningových nástrojů: škály Lie/bet a škály PGSI (Problem Gambling Severity Index). Škála Lie/bet zahrnuje dvě otázky – zda musel respondent někdy lhát o svém hraní svým blízkým a zda někdy cítil potřebu hrát za stále více peněz. Kladná odpověď na jednu z těchto otázek značí riziko problémového hráčství, dvě kladné odpovědi vysoké riziko (Mravčík (ed.), 2017, 104-5).

Převážná část takto definované cílové populace zůstává ovšem skryta, tzn. že nevyhledává žádné adiktologické služby v oblasti léčby a sociálního začleňování. Důvody nízké poptávky po těchto službách jsou často individuální, roli zřejmě hrají vyšší práh těchto služeb a s ním spojené obavy ze ztráty anonymity, ale i různé další psychosociální bariéry, spojené například

---

<sup>10</sup> Stanovení této dávky vychází z metody BSFQ v souladu s metodikou WHO/OECD (Mravčík (ed.), 2020, 68), jedna dávka odpovídá cca 20 g čistého alkoholu, tzn. 0,5 l piva, 2 dcl vína nebo 5 cl destilátu

s nedostatečnou motivací či omezenou schopností nahlédnout vlastní problém. Především v menších regionech může mít vliv i sdílená zkušenost s konkrétními zařízeními či pracovníky (Hanzlík, 2020). Velikost této populace tak vyjadřuje potřebu služeb léčby a sociálního začleňování v tom nejširším smyslu a zahrnuje i potřebu, která není přímo vyjádřená, lze ji nicméně indikovat na základě dostupných indikátorů rizik.

Tu část cílové populace, která přichází do styku se službami, můžeme rozdělit mimo jiné podle toho, jaké typy služeb jsou jí primárně určeny. Do oblasti léčby, poradenství a resocializace patří hned několik různých typů služeb – adiktologické ambulantní služby, adiktologické služby krátkodobé stabilizace, adiktologické rezidenční služby a adiktologické služby následné péče, které mohou dále mít buď ambulantní formu nebo pobytovou formu (následná péče s chráněným bydlením), případně může být jejich poskytování spojeno s nabídkou chráněného zaměstnávání.

Primární cílovou skupinou adiktologických ambulantních služeb jsou podle aktuální typologie adiktologických služeb osoby v různých fázích závislostního chování, motivované ke změně závislostního chování a disponující dostatečně stabilním zázemím, umožňujícím docházet do ambulantní služby a dodržovat léčebný režim, přičemž jejich celkový stav a závažnost jejich závislostního chování nevyžadují hospitalizaci, popř. není hospitalizace z nějakého důvodu možná (sRVKPP, 2020, 18). Mezi tyto služby se v současnosti počítají také ambulantní služby poskytované ve vězeňských zařízeních cílové populaci osob ve výkonu trestu odnětí svobody.

Cílovou skupinou adiktologických služeb krátkodobé stabilizace jsou aktivní uživatelé návykových látek, uživatelé přecházející z fáze aktivního užívání do abstinčně orientované léčby a aktivní uživatelé, kteří se ocitli v ohrožení v důsledku náročné životní situace nebo epizody extenzivního užívání návykové látky“ (sRVKPP, 2020, 19). Mezi tyto služby patří služby poskytující lůžkovou, popř. ambulantní detoxifikaci a služby disponující krizovými lůžky.

Primární cílovou skupinou adiktologických rezidenčních služeb jsou osoby ve středním až těžkém stupni závislostního chování, se závažnějším psychosociálním a/nebo somatickým poškozením, často s kriminální anamnézou, typicky ve fázi rozhodnutí, akce a udržení změny (sRVKPP, 2020, 20).

Primární cílovou skupinou adiktologických služeb následné péče jsou osoby, které absolvovaly ambulantní či rezidenční léčbu a aktuálně abstinují, nebo osoby, které aktuálně samostatně abstinují nejméně 3 měsíce a potřebují další podporu. Dle cyklického modelu stádií změny se klienti typicky nachází ve fázi udržení dosažených změn, příp. relapsu (sRVKPP, 2020, 20).

U všech uvedených služeb s výjimkou služeb krátkodobé stabilizace jsou sekundární cílovou skupinou rodinní příslušníci, partneři a další blízké osoby klienta.

**Tabulka 5-1 Segment sítě služeb III: Léčba a sociální začleňování – přehled (zdroj: vlastní zpracování)**

<b>Cílová populace</b>	Uživatelé a hráči motivovaní ke změně závislostního chování
<b>Modul D: Dotazníková šetření</b>	D1: Klíčoví aktéři krajské protidrogové politiky D2: Pracovníci adiktologických služeb
<b>Modul R: Skupinové rozhovory</b>	R3: Vybraní aktéři z oblasti léčby a resocializace R4: Vybraní aktéři z oblasti penitenciární a postpenitenciární péče
<b>Modul I: Individuální rozhovory</b>	I5-I19: Klienti adiktologických služeb
<b>Typy adiktologických služeb</b>	Ambulantní adiktologické služby Adiktologické služby krátkodobé stabilizace Rezidenční adiktologické služby Adiktologické služby následné péče Ambulantní adiktologické služby ve vězení
<b>Specifické intervence a formy péče</b>	Substituční léčba Zajištění dostupnosti psychiatrické péče Ochranné léčení Chráněné bydlení a podpora při zajištění bydlení Chráněné zaměstnávání a podpora při zajištění zaměstnání Pobytová sociální péče o stárnoucí uživatele drog

## 5.1 Velikost a vlastnosti cílové populace

### 5.1.1 Výsledky národních studií a extrapolace na populaci Libereckého kraje

Jak Národní výzkumy užívání návykových látek, tak výzkumy NAUTA ukazují na poměrně vysokou prevalenci rizikového a škodlivého užívání alkoholu v obecné populaci a rovněž na její dlouhodobý nárůst mezi lety 2012 a 2019. Podle škály CAGE bylo v roce 2016 16,8 % populace v oblasti rizikového nebo škodlivého užívání alkoholu, z toho 9,0 % v oblasti škodlivého užívání. Poslední výzkum NAUTA z roku 2019 ukazuje na podobný výsledek – 17,2 % populace bylo v oblasti rizikového nebo škodlivého užívání, z toho 9,3 % v oblasti škodlivého užívání (Mravčík (ed.), 2020, 69-70). Extrapolujeme-li tyto výsledky na populaci Libereckého kraje, znamená to cca 75 427 osob vykazující znaky škodlivého nebo rizikového užívání alkoholu, z toho cca 40 598 v oblasti škodlivého užívání.

Odhad prevalence problémového užívání konopných látek pomocí screeningové škály CAST byl naposled proveden v rámci Národního výzkumu užívání návykových látek v r. 2016. Podle něj se v obecné populaci nachází 4,4 % rizikových uživatelů konopí, z toho 2,7 % v mírném riziku a 1,8 % ve vysokém riziku (Mravčík (ed.), 2018, 103). Extrapolujeme-li tato čísla na populaci Libereckého kraje, získáme cca 19 522 uživatelů konopí v riziku, z toho 7 986 ve vysokém riziku.

Prevalence problémového hráčství v obecné populaci měřená škálou Lie/Bet je podle výsledků „Výzkumu názorů a postojů občanů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví“ provedeného v roce 2019 1,6 % obecné populace, z toho je ve vysokém riziku 0,8 %. Zároveň lze konstatovat výrazný dlouhodobý pokles této prevalence. Škála PGSI ukazuje na opačný trend, byla nicméně použita pouze v letech 2012 a 2016, jde tedy o zjištění s výrazně omezenou vypovídací hodnotou. Obě měřítka na druhé straně jednoznačně vypovídají o výrazně vyšším ohrožení problémovým hráčstvím u mužské populace (Mravčík (ed.), 2020). Vývoj prevalence problémového hráčství v letech 2012-2019 spolu s extrapolací údajů za jednotlivé roky na populaci Libereckého kraje ukazuje tabulka 5-2. (Uvádíme střední hodnoty prevalence)

**Tabulka 5-2 Prevalence problémového hráčství v Libereckém kraji v letech 2012-2019 (zdroj: Mravčík (ed.), 2020).**

	Prevalence problémového hráčství		Extrapolace na populaci Libereckého kraje	
	Lie/Bet	PGSI	Lie/Bet	PGSI
2012	-	5,0 %	-	21 930
2013	3,6 %	-	15 790	-
2014	3,9 %	-	17 105	-
2016	2,4 %	5,7 %	10 575	25 116
2017	1,9 %	-	8 385	-
2018	1,8 %	-	7 962	-
2019	1,6 %	-	7 099	-

Sečteme-li poslední dostupné údaje o prevalenci rizikového užívání pervitinu a opioidů, rizikového užívání alkoholu (škála CAGE), rizikového užívání konopí (škála CAST) a problémového hráčství (škála Lie/Bet) a extrapolujeme je na populaci Libereckého kraje, získáme cílovou populaci o celkové velikosti 104 548 osob (23,5 % populace Libereckého kraje), resp. 54 134 osob (12,1 % populace), uvažujeme-li pouze osoby ve vysokém riziku.

**Tabulka 5-3 Cílová populace segmentu sítě služeb III: Léčba a sociální začleňování (Mravčík (ed.), 2018, 2019, 2020, ČSÚ, 2020)**

	Populace v riziku		Populace ve vysokém riziku	
	CAGE	75 427	16,8 %	40 598
CAST	19 522	4,4 %	7 986	1,8 %
LDR*	2 500*	0,6 %	2 000*	0,5 %
Lie/Bet	7 099	1,6 %	3 550	0,8 %
<b>Celkem</b>	<b>104 548</b>	<b>23,5 %</b>	<b>54 134</b>	<b>12,1 %</b>

\* V případě LDR používáme pro velikost populace v riziku střední hodnotu mezi odhadem NMS a odhadem Libereckého kraje a pro velikost populace ve vysokém riziku hodnotu odhadu NMS

Opět platí, že extrapolací celorepublikových údajů na úroveň kraje nejsme schopni postihnout krajská specifika, musíme tedy vycházet z předpokladu, že z hlediska sledovaných údajů se epidemiologická situace v Libereckém kraji významně neodlišuje od situace v celé ČR. Tento předpoklad nacházíme v obecné rovině vyjádřen ve „Výroční zprávě o realizaci protidrogové politiky za r. 2019“, zároveň se zde však uvádí, že celková míra užívání návykových látek je zřejmě ve srovnání se zbytkem ČR o něco vyšší, a to s ohledem na blízkost hranic s Polskem, vysokou nezaměstnanost a vysoký rozsah sociálního vyloučení v některých regionech či podíl příslušníků vietnamské komunity na výrobě a distribuci drog, zejména marihuany a pervitinu (viz také Kapitola 4)(Liberecký kraj, 2020, 8).



### 5.1.2 Výsledky šetření mezi klíčovými aktéry protidrogové politiky Libereckého kraje

Pomocí dotazníkového šetření D1, které jsme provedli mezi klíčovými aktéry krajské protidrogové politiky, jsme získali souborné údaje o vnímaných rizicích spojených se závislostním chováním na území Libereckém kraji. Konkrétně jsme se ptali na

- Rizikovost jednotlivých cílových skupin služeb
- Rizikovost jednotlivých forem závislostního chování
- Rizikovost jednotlivých oblastí (ORP) Libereckého kraje

Závažnost těchto jevů hodnotili respondenti „jako ve škole“, tedy na škále od 1 do 5 (1 = nejnižší závažnost, 5 = nejvyšší závažnost). Pro jednotlivé indikátory rizikovosti jsme spočetli průměrné známky, které uvádíme v příslušných tabulkách a grafech.

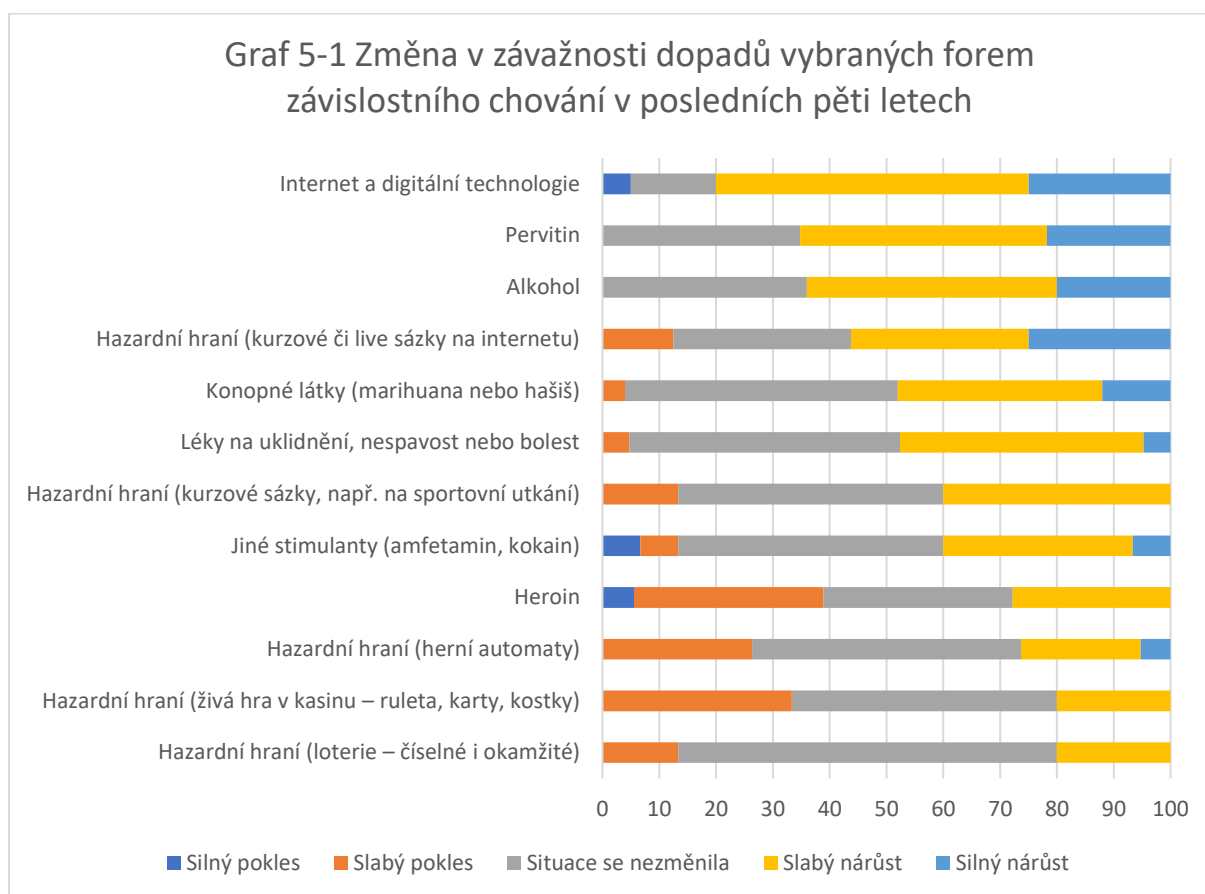
Z jednotlivých forem závislostního chování bylo jako výrazně nejrizikovější hodnoceno užívání pervitinu, které získalo známku 4,4 z 5. Dále se umístila konzumace alkoholu se známkou 3,9 a hazardní hraní na herních automatech se známkou 3,6. Známkou vyšší než 3 dále získaly další formy hazardního hraní (kurzové sázky, sázky na internetu, loterie a živá hra v kasinu), závislostní chování spojené s užíváním internetu a digitálních technologií, užívání léků na uklidnění, nespavost či bolest a užívání konopných látek.

**Tabulka 5-4 Závažnost dopadů závislostního chování (zdroj: vlastní dotazníkové šetř)**

	Průměrná známka
Pervitin	4,4
Alkohol	3,9
Hazardní hraní (herní automaty)	3,6
Internet a digitální technologie	3,3
Hazardní hraní (kurzové či live sázky na internetu)	3,3
Léky na uklidnění, nespavost nebo bolest	3,3
Konopné látky (marihuana nebo hašiš)	3,3
Hazardní hraní (loterie – číselné i okamžité)	3,2
Hazardní hraní (kurzové sázky, například na sportovní utkání)	3,2
Hazardní hraní (živá hra v kasinu – ruleta, karty, kostky)	3,1
Jiné stimulanty (amfetamin, kokain)	3,0
Extáze (MDMA)	2,9
Heroin	2,8
Jiné opioidy (metadon, buprenorfin, fentanyl aj.)	2,7
Jiné syntetické nebo rostlinné drogy	2,7
Anabolické steroidy	2,7
Těkavé látky (například toluen)	2,5
Poppers, GHB/GBL	2,5
Halucinogenní látky	2,4

V souvislosti s hodnocením rizikovosti jednotlivých forem závislostního chování jsme se dále ptali klíčových aktérů na vývoj závažnosti jejich dopadů v posledních pěti letech. Největší nárůst vnímali respondenti v kategorii internetu a digitálních technologií, největší pokles v kategoriích užívání heroinu a hazardního hraní na automatech a v kasinech.

**Graf 5-1 Změna v závažnosti dopadů vybraných forem závislostního chování (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



Klíčové aktéry jsme dále nechali hodnotit rizikovost různých cílových skupin z hlediska ohrožení závislostním chováním. Jako nejrizikovější byli hodnoceni problémoví uživatelé pervitinu a opioidů, resp. lidé užívající drogy rizikově<sup>11</sup> na otevřené i uzavřené scéně, relativně vysoko se umístili také osoby s duálními diagnózami, osoby pracující v sexbyznysu, rizikovní uživatelé alkoholu a osoby bez domova. Průměrnou známku 4 a vyšší dále získali také problémoví hráči, obyvatelé vyloučených lokalit a problémoví uživatelé konopných látek. Jako suverénně nejméně riziková byla na druhé straně hodnocena cílová skupina seniorů.

<sup>11</sup> V dotazníku ještě figurovalo starší označení „Problémoví uživatelé pervitinu a opioidů“

**Tabulka 5-5 Hodnocení rizika ohrožení jednotlivých skupin závislostním chováním (zdroj: dotazníkové šetření)**

	Průměrná známka
Problémoví uživatelé pervitinu a opioidů – uzavřená scéna	4,8
Problémoví uživatelé pervitinu a opioidů – otevřená scéna	4,7
Osoby s duálními diagnózami	4,6
Osoby pracující v sexbyznysu	4,5
Rizikovní uživatelé alkoholu	4,4
Osoby bez domova	4,4
Problémoví hráči	4,2
Obyvatelé vyloučených lokalit	4,0
Problémoví uživatelé konopných látek	4,0
Uživatelé drog v prostředí noční zábavy	3,9
Námezdní pracovní síla (například agenturní pracovníci)	3,7
Děti a mládež	3,4
Osoby s vysokými výdělky	3,2
Cizinci	3,1
Senioři	2,6

Z jednotlivých ORP Libereckého kraje byly jako relativně nejrizikovější z hlediska dopadů závislostního chování hodnoceny ORP soustředěné kolem větších měst v Libereckém kraji (Liberec, Česká Lípa, Jablonec nad Nisou) a ORP sousedící s Německem (Frýdlant, Tanvald). Pouze ORP Nový Bor byla ve srovnání s výše uvedenými hodnocena jako relativně méně riziková. (Získala pouze průměrnou známku 3,0.) Jako výrazně nejméně riziková byla hodnocena ORP Jilemnice. Tyto výsledky víceméně potvrzují obvyklé předpoklady o korelaci vysokého výskytu závislostního chování s městským životním stylem spojeným s větším množstvím příležitostí k užívání návykových látek či hazardnímu hraní a rovněž s blízkostí severních hranic ČR (v tomto případě s Německem), kde se soustředí výroba a distribuce nelegálních návykových látek (zejména pervitinu a konopných drog).

**Tabulka 5-6 Závažnost rizika závislostního chování v ORP (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**

	Průměrná známka
Liberec	4,1
Frýdlant	3,9
Jablonec nad Nisou	3,8
Tanvald	3,8
Česká Lípa	3,6
Nový Bor	3,1
Železný Brod	3,0
Semily	3,0
Turnov	3,0
Jilemnice	2,4

#### 5.1.3 Výsledky skupinových rozhovorů s vybranými aktéry na úrovni Libereckého kraje

Podle respondentů skupinového rozhovoru roste v posledních letech počet zájemců o léčbu se závislostí na alkoholu jako primární diagnózou a rovněž počet zájemců s duálními

diagnózami. Nárůst zájemců-alkoholiků byl spojován s určitou normalizací a destigmatizací vyhledání léčby kvůli problémům s alkoholem jakožto dlouhodobě společensky tolerovanou návykovou látkou. Problém stigmatu spojeného s vyhledáním léčby nicméně přetrvává v menších obcích, kde je ve srovnání s většími městy méně anonymní prostředí. Na druhé straně klesá počet zájemců o léčbu ze strany gamblerů. To lze vysvětlit jednak relativně nedávným regulačním zásahem města Liberec do provozování hazardních her (vyhláška z roku 2018), jednak přesunem hazardního hraní do online prostředí.

Klienti služeb z řad alkoholiků mají podle respondentů zpravidla vyšší socioekonomický standard a lepší sociální zázemí. (To také mnohdy přispívá k tomu, že tito klienti vůbec nastoupí do léčby – partneři či rodinní příslušníci je do léčby „dotáhnou“.) Rovněž bývalí uživatelé opioidů, kteří jsou nyní v substituční léčbě, jsou díky této léčbě stabilizovaní a jsou schopni udržovat si sociální vazby, zaměstnání či bydlení.

Dále bylo v rámci skupinového rozhovoru konstatováno dlouhodobě nízké zastoupení romské populace mezi klienty služeb. Jako možný důvod nízkého zastoupení Romů mezi klienty služeb byla zmíněna relativní izolace od většinové populace, kdy jsou i různé sociální problémy včetně problémů se závislostním chováním řešeny převážně uvnitř uzavřených romských komunit. Tuto domněnku potvrzuje například i postřeh, že z romských klientů nastupujících do terapeutické komunity se zpravidla jedná o Romy adoptované a vychované neromskými rodinami. Jako další významnou cílovou skupinu zmiňovali respondenti stárnoucí uživatele drog, kteří v mnoha případech spíše než léčbu vyžadují nějakou formu paliativně-adiktologické péče (více viz kap. 5.3).

Zcela specifickou cílovou populaci pak představují osoby se závislostním chováním ve výkonu trestu odnětí svobody, s nimiž pracují adiktologické ambulantní poradenské služby poskytované ve vězeňských zařízeních. Informace o této cílové populaci a využívání služeb z jejich strany nám zprostředkovali aktéři působící v oblasti penitenciární a postpenitenciární péče v rámci skupinového rozhovoru.

Typickým klientem těchto služeb, jak jej popsal jeden z respondentů skupinového rozhovoru, je injekční uživatel pervitinu, recidivista, zpravidla ve věku mezi 30 a 40 lety. Nejčastěji se jedná o pachatele majetkové trestné činnosti, dále pachatele primární drogové kriminality, tedy zejména výrobce a distributory drog (pro které ovšem samotné závislostní chování zpravidla nepředstavuje primární problém) a pachatele násilné trestné činnosti, která často přímo souvisí s jejich užíváním drog, nejčastěji s konzumací alkoholu. (U uživatelů pervitinu se oproti tomu většinou jedná o majetkovou trestnou činnost.) Významnou část klientely služeb představují Romové. Z hlediska územní příslušnosti lze mezi klienty nalézt osoby ze všech krajů ČR, ve Věznicí Stráž pod Ralskem bylo konstatováno silné zastoupení klientů z Moravskoslezského kraje.

Společnou charakteristikou velké části klientů je, že běžně nevyužívají poradensky zaměřených adiktologických služeb a v rámci výkonu trestu odnětí svobody se tak vůbec poprvé dostávají do styku se službou tohoto typu.

## 5.2 Dostupnost služeb léčby a sociálního začleňování

V Libereckém kraji nacházíme víceméně kompletní spektrum adiktologických služeb v oblasti léčby a sociálního začleňování, které jsme popsali v úvodu této kapitoly.

### 5.2.1 Ambulantní léčba a poradenství

Organizace ADVAITA, z. ú., poskytuje ambulantní léčbu a poradenství v rámci Centra adiktologických služeb v Liberci a přidružených poraden v České Lípě, Jablonci nad Nisou, Semilech, Turnově a Frýdlantu (do roku 2019 také v Novém Boru a do roku 2020 v Novém

městě pod Smrkem). Cílovými skupinami Centra adiktologických služeb jsou uživatelé drog i hazardní hráči, poradny jsou primárně určeny hazardním hráčům, mohou je ale navštěvovat také uživatelé drog, pro které je liberecké centrum příliš vzdálené. Od r. 2020 jsou ambulantní služby zřizované organizací ADVAITA, z. ú. poskytovány také klientům mladším 15 let. Všechny tyto služby jsou certifikovány v souladu se Standardy odborné způsobilosti RVKPP pro adiktologické služby.

Centrum Intervenčních a psychosociálních služeb Libereckého kraje, p. o. dále poskytuje poradenství v oblasti závislostí v Jablonci nad Nisou, v Semilech se nachází poradna pro alkohol a toxikomanii, která zajišťuje ambulantní léčbu v AT ordinaci (včetně soudem nařízených ochranných léčení) a substituční léčbu závislosti na opioidech. Lékařskou ambulantní péči dále poskytují soukromé subjekty v Liberci, České Lípě a Libštátu.

Dostupnost ambulantní léčby a poradenství hodnotili v dotazníkovém šetření D1 klíčoví aktéři krajské protidrogové politiky hůře než dostupnost programů primární prevence, pobytové péče TP a KC – jejich kapacita byla ze sledovaných aspektů dostupnosti hodnocena nejhůře, jako spíše dostačující až zcela dostačující ji označilo necelých 60 %, místní dostupnost přes 70 % a otevírací dobu přes 80 % klíčových aktérů. Podle zástupce nestátní neziskové organizace poskytující ambulantní adiktologické služby je kapacita těchto služeb většinu času zcela naplněna a kdykoli je navýšena, záhy se opět naplní.

#### 5.2.2 Detoxifikace a rezidenční léčba

Detoxifikaci a krátkodobou a střednědobou ústavní léčbu zajišťuje na území Libereckého kraje Krajská nemocnice Liberec, a. s. (dále jen „KNL“). Detoxifikace je poskytována osobám závislým na legálních i nelegálních návykových látkách, krátkodobá a střednědobá léčba pouze osobám závislým na alkoholu. V praxi jsou nicméně na detoxifikační jednotku KNL umístováni převážně jen alkoholici, kteří zde mají zároveň domluvený nástup do ústavní léčby. Standardně do ní přicházejí například z poradny pro alkohol a toxikomanii v Semilech. Z ambulantních služeb organizace ADVAITA, z. ú. jsou klienti častěji posíláni do psychiatrické nemocnice Kosmonosy ve Středočeském kraji.

80 % klíčových aktérů označilo v dotazníku kapacitní dostupnost detoxifikace na území Libereckého kraje jako spíše až zcela nedostatečnou, u krátkodobé a střednědobé ústavní léčby to bylo dokonce 88 %. Nízká úroveň dostupnosti těchto služeb na území Libereckého kraje i mimo něj byla zmiňována také v rámci skupinového rozhovoru, zejména s ohledem na zdoluhavý a komplikovaný proces přijímání klientů. Čekací dobu odhadl jeden z respondentů na jeden týden až dva měsíce. Klienti mezitím často ztrácejí motivaci a v rámci relapsů se vystavují značným rizikům. (Mimo jiné byl zmíněn i relativně nedávný případ klientky, která dva měsíce čekala na nástup na detoxifikaci a mezitím následkem akutní intoxikace alkoholem zemřela.)

Rezidenční adiktologická služba typu terapeutické komunity působí v Nové Vsi u Liberce a zřizuje ji organizace ADVAITA, z. ú. Tato služba nabízí dlouhodobé léčebné programy osobám závislým na legálních i nelegálních návykových látkách. 69 % klíčových aktérů hodnotilo kapacitu služby jako spíše až zcela dostatečnou, zástupce služby konstatoval, že kapacita je dlouhodobě víceméně naplněna.

#### 5.2.3 Následná péče

Následnou péči zajišťuje v Libereckém kraji organizace ADVAITA, z. ú. v rámci libereckého Centra adiktologických služeb, a to jednak ambulantní formou, jednak pobytovou formou v kombinaci s chráněným bydlením. V psychiatrické poradně v České Lípě je zajišťována následná péče prostřednictvím zdravotních pojišťoven.

Kapacitní i místní dostupnost služeb následné péče byla v dotazníku hodnocena mírně nadprůměrně. Problém těchto služeb v jejich standardní podobě spočívá podle jednoho z respondentů skupinového rozhovoru v tom, že nejsou schopny uspokojivě odpovídat na specifické potřeby stále rostoucí populace klientů s duálními diagnózami. Jako možné řešení této situace bylo diskutováno zřízení doléčovacího zařízení specializovaného na klienty s duálními diagnózami, které by těmto klientům standardně nabízelo mimo jiné psychiatrickou péči či intenzivní case management.

#### 5.2.2 Adiktologické služby ve vězení

Na území Libereckého kraje se nachází celkem tři vězeňská zařízení – Věznice Stráž pod Ralskem, Věznice Rýnovice a Vazební Věznice Liberec. Ve Věznici Stráž pod Ralskem a Věznici Rýnovice jsou zřízeny bezdrogové zóny pro odsouzené, kteří před nástupem trestu neužívali návykové látky (včetně těch, kteří prošli léčbou) a odsouzené s motivací udržet abstinenci, resp. dosaženou změnu závislostního chování. Cílem těchto zón je vytvořit prostředí minimalizující vnější podněty k užívání návykových látek, abstinence je zde průběžně kontrolována orientačními testy na přítomnost návykových látek.

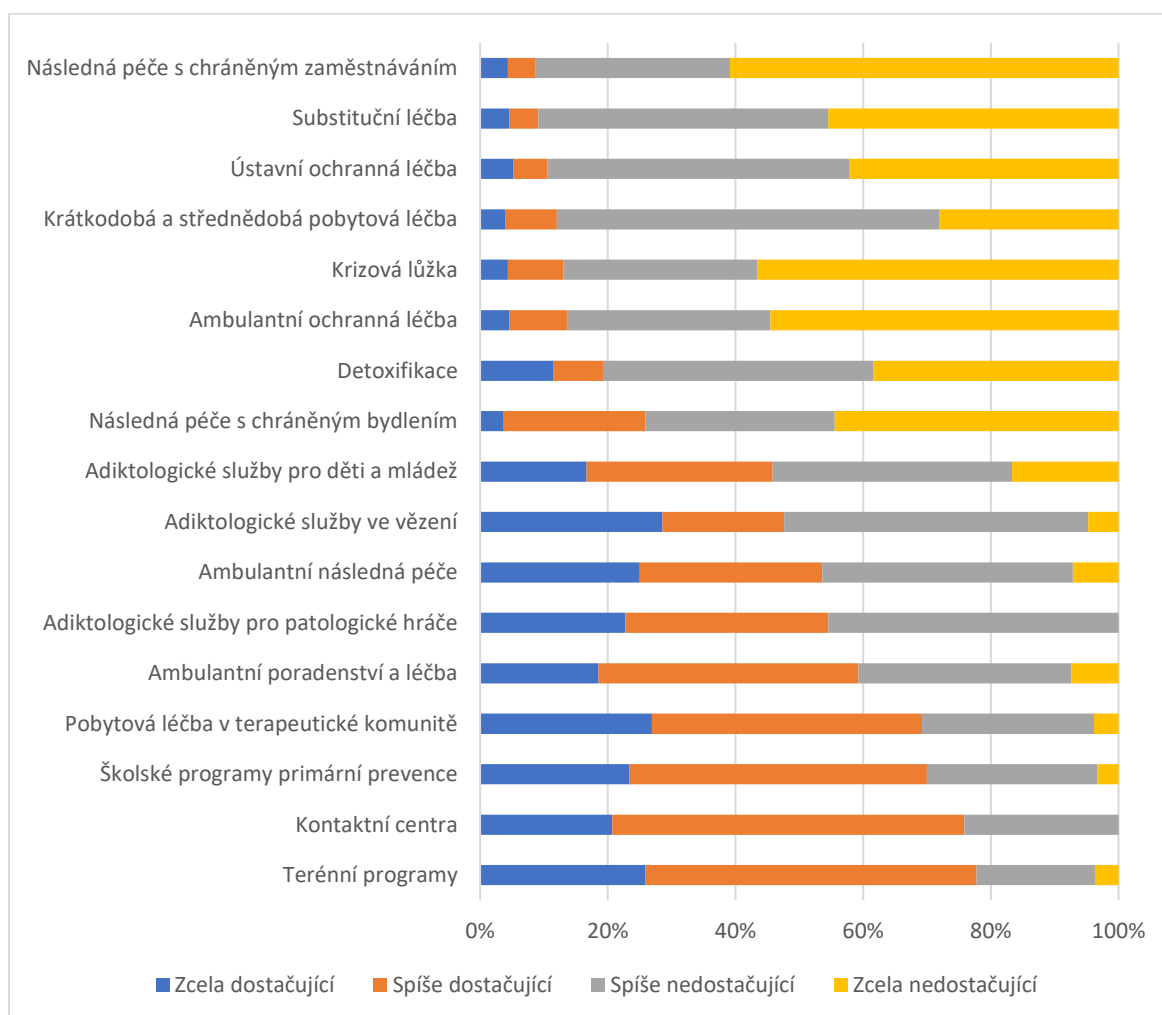
Ve Věznici Rýnovice se nachází specializované oddělení pro výkon ochranného léčení protixikomanického a protialkoholního, které nabízí léčebný program zajišťovaný odborným týmem ve složení psycholog, adiktolog, zdravotní sestra, speciální pedagog, sociální pracovníce, dva vychovatelé-terapeuti, vychovatelé a externí psychiatr. K dispozici je zde také substituční program. Věznice Stráž pod Ralskem disponuje specializovaným oddělením pro odsouzené s mentální retardací a další sociálně handicapované osoby, pro které je standardní výkon trestu příliš náročný až ohrožující. Specializované oddělení Vazební věznice Liberec je určeno dospělým mužům s duševní poruchou a poruchou chování, kteří se v minulosti dopustili násilného chování, často v souvislosti s abúzem alkoholu.

Adiktologické služby osobám ve výkonu trestu odnětí svobody dále poskytují dvě nestátní neziskové organizace. Organizace Laxus z. ú. provozuje Centrum poradenských služeb pro obviněné a odsouzené, které působí ve Věznici Rýnovice, Věznici Stráž pod Ralskem a Vazební věznici Liberec. Organizace Most k naději, z. s. zajišťuje protidrogový program na specializovaném oddělení Vazební věznici Liberec, dále osobám vystupujícím z výkonu trestu odnětí svobody ve Věznici Stráž pod Ralskem.

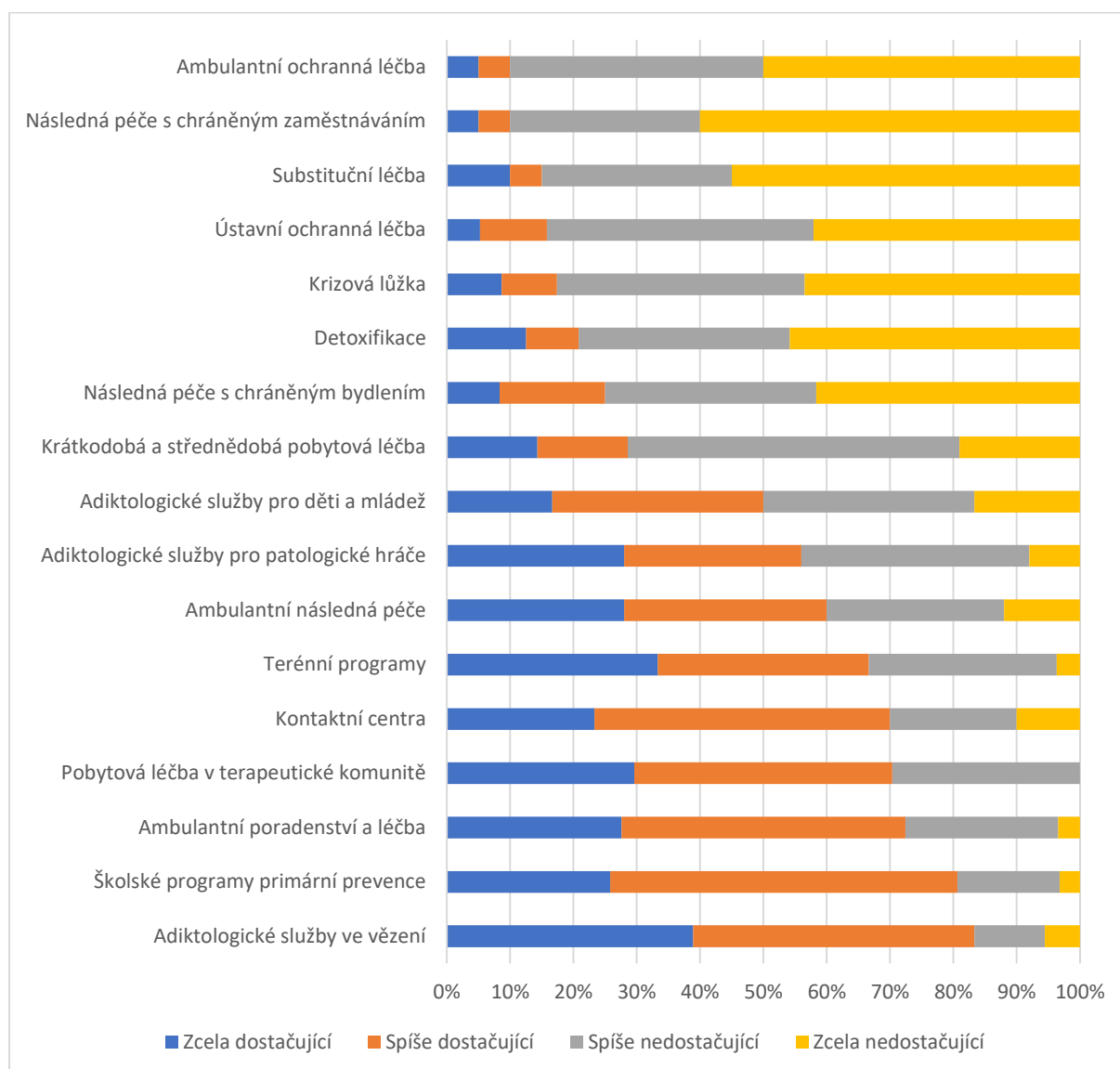
Podle respondentů skupinového rozhovoru zaměřeného na penitenciární a postpenitenciární péči významná část odsouzených užívajících návykové látky nevnímá vlastní závislostní chování jako problém, případně mají pocit, že jej vyřešili dočasnou nucenou abstinencí v rámci výkonu trestu. Na druhé straně je o služby ve vězení velký zájem, což má za následek převis poptávky, nedostatečnou kapacitu služeb a nutnost vybírat si klienty, v první řadě ty, kteří mají již diagnostikovanou závislost. Podle odhadu jednoho z respondentů skupinového rozhovoru s aktéry v oblasti penitenciární a postpenitenciární péče přijde až 10 % celé vězeňské populace do kontaktu se službami ve vězení.

Z hlediska personálního zajištění služeb ve vězení schází podle respondentů skupinového rozhovoru ve věznicích psychiatři věnující se osobám se závislostním chováním. Zvláštní problém to představuje u aktivních uživatelů, kteří mají stále abstinenciální příznaky a potřebovali by před zahájením léčby absolvovat detoxifikaci.

**Graf 5-2 Hodnocení kapacity služeb klíčovými aktéry krajské protidrogové politiky (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



**Graf 5-3 Hodnocení místní dostupnosti služeb klíčovými aktéry krajské protidrogové politiky (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



### 5.3 Dostupnost specifických intervencí a forem péče

**Substituční léčba** závislosti na opioidech subutexem a suboxonem je poskytována v psychiatrické ambulanci při poradně pro alkohol a toxikomanii v Semilech zhruba 30 klientům. Přestože klíčoví aktéři protidrogové politiky Libereckého kraje hodnotili kapacitní a místní dostupnost substituční léčby jako jednu z nejhorších, s ohledem na velmi nízký počet uživatelů opioidů, který je odhadován v Libereckém kraji (méně než 50), lze konstatovat relativně dobré pokrytí této populace substituční léčbou. Pro část klientů například z Liberce je nicméně poradna v Semilech poněkud hůře místně dostupná.

Služby organizace ADVAITA, z. ú. v současnosti dlouhodobě spolupracují se dvěma psychiatry, s jedním spíše nárazově, s druhým intenzivněji a systematictěji. Podle zástupců organizace je **psychiatrická péče** dobře zajištěna především v terapeutické komunitě, v ambulantních službách její dostupnost stále výrazně zaostává za aktuálními potřebami klientů.



Ve srovnání s nízkoprahovými službami je pro klienty ambulantních služeb a zvláště pak klienty terapeutické komunity výrazně lépe dostupná **další specializovaná zdravotní péče**, včetně léčby infekčních nemocí a hepatologické péče. Nejnápadnější výjimkou je zubní péče, kterou je podle zástupců služeb téměř nemožné klientům zajistit.

Většina lékařů na území Libereckého kraje není připravena či ochotna pracovat s klienty s kriminální anamnézou a odmítají jim poskytovat **ochranné léčení** protitoxikomanické a protialkoholní, s výjimkou lékaře působícího v poradně pro alkohol a toxikomanii v Semilech zajišťujícího ochranné léčení ambulantní formou. Na zahájení ochranného léčení tak mohou osoby, kterým je nařízeno, čekat až několik let. Ústavní ochranné léčení při výkonu trestu odnětí svobody je poskytováno na specializovaném oddělení Věznice Rýnovice.

Ústavní ochranné léčení mohou dále klienti z Libereckého kraje absolvovat v psychiatrické nemocnici Kosmonosy, k této variantě ovšem více dotazovaných odborníků vyjádřilo zásadní výhrady. Klienti v ochranném léčení jsou zde pohromadě s ostatními klienty, což vede k velkému množství konfliktů, personál má omezenou kapacitu či kvalifikaci věnovat se individuální terapeutické práci s klienty a rovněž se na oddělení standardně dostávají drogy a alkohol. Pro klienty, kteří přicházejí například ze specializovaných oddělení věznic, jde tak z hlediska snahy o udržení dosažené změny závislostního chování o vysoce demotivující prostředí. (Ostatní klienti na oddělení jsou na druhé straně vystaveni neetickému, manipulativnímu jednání ze strany části klientů přicházejících z výkonu trestu.)

V případě osob ve výkonu trestu odnětí svobody se pracovníci adiktologických služeb dle svých slov snaží přesvědčovat klienty, aby ochranné léčení absolvovali ještě během výkonu trestu, případně zažádali soud o jeho zrušení a současně nastoupili ambulantní či pobytovou dobrovolnou léčbu. Jako vhodnou a stále častěji využívanou alternativu ochranného léčení zmiňovali dotazovaní odborníci probační dohled, jehož výkon není vázán na zdravotnické zařízení.

**Chráněné bydlení** je osobám se závislostním chováním poskytováno v rámci pobytové následné péče zajišťované Centrem adiktologických služeb v Liberci. Kromě toho je zde klientům nabízena pomoc s hledáním bydlení, včetně sociálního bydlení zajišťovaného městem Liberec a bydlení typu *housing first*, jedná se ale o spíše ojedinělé případy. Pokud jde o akutní zajištění krátkodobého bydlení a základního sociálního zázemí v krizových situacích, klienti jsou odkazováni do nocleháren a azylových domů. ADVAITA, z. ú. v posledních letech intenzivněji spolupracuje s azylovým domem Návrat v Liberci, včetně snah o zmírnění standardních podmínek pro poskytování těchto služeb, které je pro klienty adiktologických služeb často obtížné dodržovat.

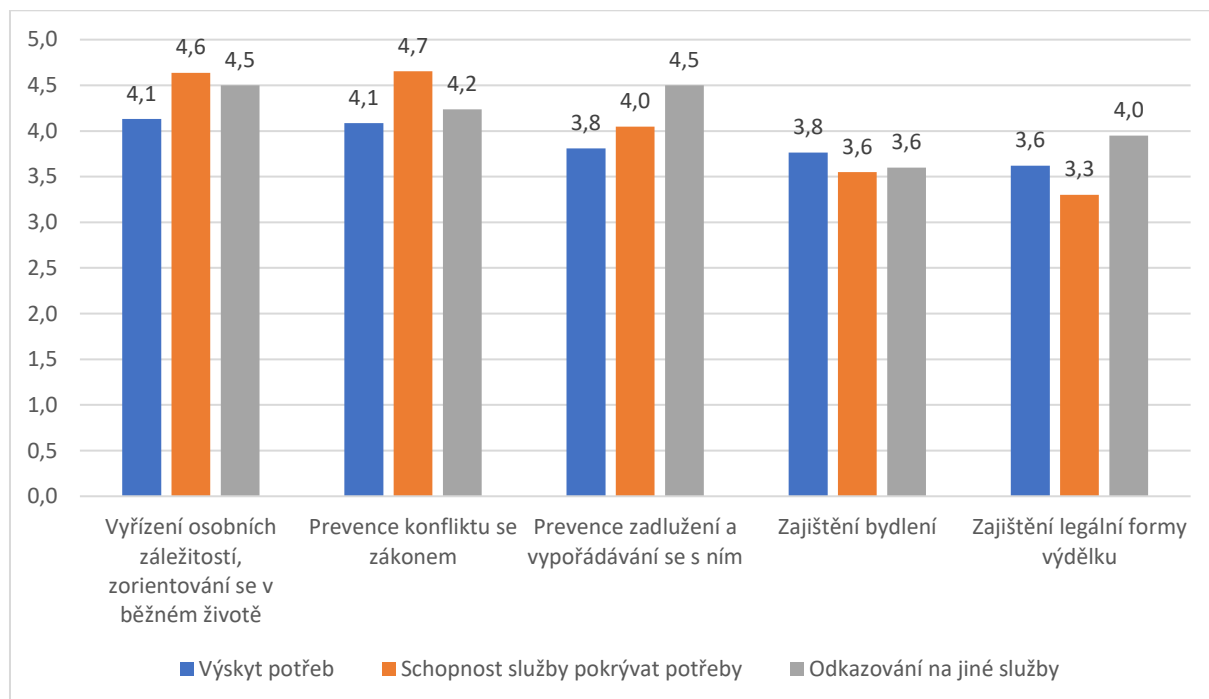
Službu **chráněného zaměstnávání** pro osoby se závislostním chováním v Libereckém kraji nenajdeme. Aktivní podporu při hledání zaměstnání poskytuje svým klientům zejména doléčovací program ADVAITA, z. ú. v Liberci.

Dotazovaní klienti doléčovacího programu převážně vyjadřovali velkou spokojenost s podporou poskytovanou při hledání bydlení i zaměstnání. Slovy jednoho z klientů: *„Podpora během toho doléčování je tady úžasná, co se týče hledání práce. A vím, že když jsem byl v háji i psychicky během hledání práce, tak mě dovedli podpořit úžasným způsobem. Že jsem i v těžkých úzkostech zvládnul si najít dobrou práci.“*

Zajištění bydlení a zajištění legální formy výdělků hodnotili pracovníci adiktologických služeb v dotazníkovém šetření D2 jako nejhůře pokryté okruhy potřeb osob se závislostním chováním. Relativně slabší hodnocení získala dále potřeba prevence zadlužení (viz Graf 5-4). Jak potvrdili respondenti skupinového rozhovoru s aktéry z oblasti léčby a sociálního začleňování, zadlužení a související problémy (insolvence, exekuce aj.) jsou u klientů

adiktologických služeb velmi časté a mohou představovat významnou komplikaci pro stabilizaci sociálního zázemí klientů či udržení dosažené změny závislostního chování. V současnosti jsou klienti odkazováni na poradenské služby organizace Člověk v tísni a sdružení Děčko, na rok 2021 je plánováno otevření **dluhové poradny** při libereckém Centru ambulantních služeb.

**Graf 5-4. Hodnocení výskytu jednotlivých okruhů potřeb a schopnosti služeb pokrývat tyto okruhy potřeb, případně odkazovat na jiné služby schopné jejich pokrytí (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



Jako citelně scházející forma péče byla dále zmíněna udržovací pobytová péče o stárnoucí uživatele drog v sociálním zařízení typu domovu se zvláštním režimem. Oddělení se zvláštním režimem pro osoby se závislostním chováním se nachází v Domově Důchodců Sloup v Čechách, svou kapacitou však zdaleka nezvládá pokrýt potřeby populace stárnoucích uživatelů v Libereckém kraji, navíc je určen pouze osobám závislým na alkoholu. Pobytová sociální péče je často nedostupná také pro seniory s vážnými somatickými následky konzumace alkoholu (například cirhózou jater), kteří už nepijí, domovy důchodců je ale přesto nepřijímají, protože už mají závislost na alkoholu v anamnéze.

### 5.3 Zhodnocení pokrytí potřeb a identifikace klíčových potřeb

Pokrytí potřeb bylo hodnoceno z hlediska dostupnosti jednotlivých typů služeb z oblasti léčby a sociálního začleňování a z hlediska dostupnosti specifických intervencí a forem péče poskytovaných těmito službami.

> **Dostupnost služeb ambulantní léčby a poradenství.** V dotazníkovém šetření hodnotila výrazná většina klíčových aktérů krajské protidrogové politiky kapacitní, místní i časovou dostupnost ambulantních služeb jako spíše až zcela dostačující. V rámci skupinového rozhovoru s vybranými aktéry z oblasti léčby a sociálního začleňování byla zároveň hodnocena kapacita služeb jako maximálně vytížená, s tím, že při každém navýšení se vždy brzy opět naplní.

- **Dostupnost služeb krátkodobé stabilizace a rezidenčních služeb.** Umisťování klientů na detoxifikaci a do ústavní léčby naráží v současné době na komplikovanost a časovou náročnost celého procesu a rovněž na omezené kapacity těchto zařízení. Klienti musejí často dlouho čekat na nástup a rostou tak u nich rizika relapsu a vážných následků závislostního chování. Detoxifikační jednotka v Krajské nemocnici Liberec, a. s. v současnosti převážně přijímá pouze osoby s diagnózou závislosti na alkoholu, z některých služeb sem klienti téměř nenastupují.
- **Dostupnost služeb následné péče.** V Libereckém kraji se nachází jediná specializovaná adiktologická služba poskytující následnou péči osobám se závislostním chováním, a to doléčovací program působící v rámci Centra ambulantních služeb v Liberci. Kapacitní i místní dostupnost přesto klíčoví aktéři krajské protidrogové politiky hodnotili v dotazníkovém šetření jako mírně nadprůměrnou. Jako významné bílé místo byly identifikovány potřeby osob s duálními diagnózami v doléčování, kterým by bylo vhodné zajišťovat přímo v doléčovacím zařízení psychiatricku péči či intenzivní case management.
- **Dostupnost služeb pro osoby ve výkonu trestu odnětí svobody.** Adiktologické služby zajišťují ve všech třech vězeňských zařízeních na území Libereckého kraje dvě nestátní neziskové organizace, Věznici Rýnovice dále disponuje specializovaným oddělením pro ochranné léčení protitoxikomanické a protialkoholní, Vazební Věznice Liberec pak specializovaným oddělením určeným dospělým mužům s duševní poruchou a poruchou chování, kteří se v minulosti dopustili násilného chování, často v souvislosti s abúzem alkoholu. Dotazování aktéři v oblasti penitenciární péče konstatovali nedostatečné kapacity adiktologické péče ve vězení, dále také nedostatek psychiatrů věnujících se osobám se závislostním chováním.
- **Dostupnost substituční léčby.** Poskytování substituční léčby v jediném zařízení na území celého Libereckého kraje představuje pro část klientů komplikaci z hlediska místní dostupnosti, s ohledem na velmi nízký počet uživatelů opioidů v Libereckém kraji lze nicméně stále považovat pokrytí potřeby substituční léčby za relativně dostačující.
- **Dostupnost psychiatrické péče.** Relativně dobrá je dostupnost psychiatrické péče v terapeutické komunitě, relativně omezená ve službách ambulantní léčby a poradenství a zejména ve službách následné péče. Jako nejvíce potřebné bylo vnímáno zajištění psychiatrické péče osobám s duálními diagnózami v následné péči (viz výše).
- **Dostupnost další specializované zdravotní péče.** Specializovaná zdravotní péče je převážně dobře dostupná pro klienty ambulantních i rezidenčních služeb. Výjimka v podobě dostupnosti zubařské péče je charakteristická pro celou ČR a má výrazně systémový původ, nelze tedy v dohledné době očekávat zásadní zlepšení v této oblasti právě v Libereckém kraji.
- **Dostupnost ochranného léčení.** Ústavní ochranné léčení při výkonu trestu odnětí svobody je poskytováno na specializovaném oddělení Věznice Rýnovice. Mimo výkon trestu poskytuje ambulantní ochranné léčení lékař působící v poradně pro alkohol a toxikomanii v Semilech, ústavní ochranné léčení mohou klienti z Libereckého kraje absolvovat v psychiatrické nemocnici Kosmonosy ve Středočeském kraji. Celkově hodnotili dotazovaní odborníci možnosti absolvování ochranného léčení na území Libereckého kraje jako velmi nedostatečnou – většina lékařů není připravena či ochotna zajišťovat léčbu klientům s kriminální anamnézou.

- > **Dostupnost chráněného a jinak podporovaného bydlení/zaměstnávání.** Zajištění bydlení a zajištění legální formy výdělků byly v dotazníkovém šetření mezi pracovníky adiktologických služeb hodnoceny jako jedny z nejméně pokrytých okruhů potřeb klientů. Chráněné bydlení je v současnosti poskytováno v rámci doléčovacího programu v Liberci, služba chráněného zaměstnávání je na území Libereckého kraje zcela nedostupná. Doléčovací program poskytuje aktivní podporu při hledání bydlení i zaměstnání, kterou hodnotili dotazovaní klienti programu jako mimořádně užitečnou. Ve spíše ojedinělých případech se daří klientům zajistit sociální bydlení či bydlení typu housing first.
- > **Dostupnost pobytové sociální péče pro stárnoucí uživatele drog.** V Domově Důchodců Sloup v Čechách se nachází oddělení se zvláštním režimem pro osoby se závislostním chováním se nachází, svou kapacitou však zdaleka nezvládá pokrýt potřeby populace stárnoucích uživatelů v Libereckém kraji, navíc je určeno pouze osobám závislým na alkoholu. Pobytová sociální péče je často nedostupná také pro seniory s vážnými somatickými následky konzumace alkoholu (například cirhózou jater), kteří už nepijí, domovy důchodců je ale přesto nepřijímají, protože už mají závislost na alkoholu v anamnéze.

## 6 Další významné jevy a problémy spojené s poskytováním služeb osobám se závislostním chováním

V dotazníkovém šetření provedeném mezi klíčovými aktéry krajské protidrogové politiky jsme nechali tyto aktéry hodnotit některé další významné jevy a problémy spojené s poskytováním služeb osobám se závislostním chováním na území Libereckého kraje. Jednalo se o některé specifické problémy spojené s výskytem závislostního chování v Libereckém kraji, dále o jevy a problémy spojené s běžným provozem služeb, jejich financováním, koordinací sítě služeb, spolupráce s různými aktéry protidrogové politiky či jejich informovanosti o adiktologických službách.

Specifické problémy spojené s výskytem závislostního chování v Libereckém kraji byly formulovány na základě seznamu klíčových problémů, který nám dala k dispozici krajská protidrogová koordinátorka,<sup>12</sup> a následné diskuze s členy Protidrogové komise Rady Libereckého kraje.<sup>13</sup> Jako nejzávažnější byla hodnocena vysoká míra společenské tolerance užívání alkoholu (průměrná známka 4,5), dále získaly známku vyšší než 4 kriminalita páchaná v souvislosti s návykovými látkami a propojení drogové scény s Polskem a Německem.

**Tabulka 6-1 Problémy spojené s výskytem závislostního chování v Libereckém kraji**

	Průměrná známka
Vysoká míra společenská tolerance užívání alkoholu	4,5
Kriminalita páchaná v souvislosti s návykovými látkami	4,2
Propojení drogové scény s Polskem a Německem	4,0
Sociálně vyloučené lokality	3,9
Zapojení příslušníků etnických a národnostních menšin do výroby a distribuce drog	3,9
Vysoká míra společenská tolerance užívání cannabisu (marihuany)	3,8
Snížená dosažitelnost problémových uživatelů v důsledku uzavírání drogové scény	3,8
Kolísavá kvalita dostupného pervitinu	3,7
Šíření infekčních onemocnění v důsledku injekčního užívání	3,6
Vysoký výskyt závislostního chování spojeného s užíváním internetu	3,6
Vysoká míra tolerance užívání pervitinu v zaměstnání	3,6
Nejasný počet problémových uživatelů	3,2

Dále měli klíčoví aktéři krajské protidrogové politiky zhodnotit význam různých obtíží a překážek souvisejících s poskytováním služeb osobám se závislostním chováním. Nejhůře byly hodnoceny překážky spojené s financováním služeb, administrativou, politickou podporou na úrovni obcí a personálním zajištěním služeb, které obdržely průměrnou známku 3 nebo vyšší. Jako nejméně významné překážky byly hodnoceny spolupráce s centrálními orgány protidrogové politiky (2,2) a zajištění kvality služeb (2,3).

<sup>12</sup> Tento seznam ve významné míře vycházel z problémů uvedených ve „Výroční zprávě o realizaci protidrogové politiky v Libereckém kraji v r. 2019“

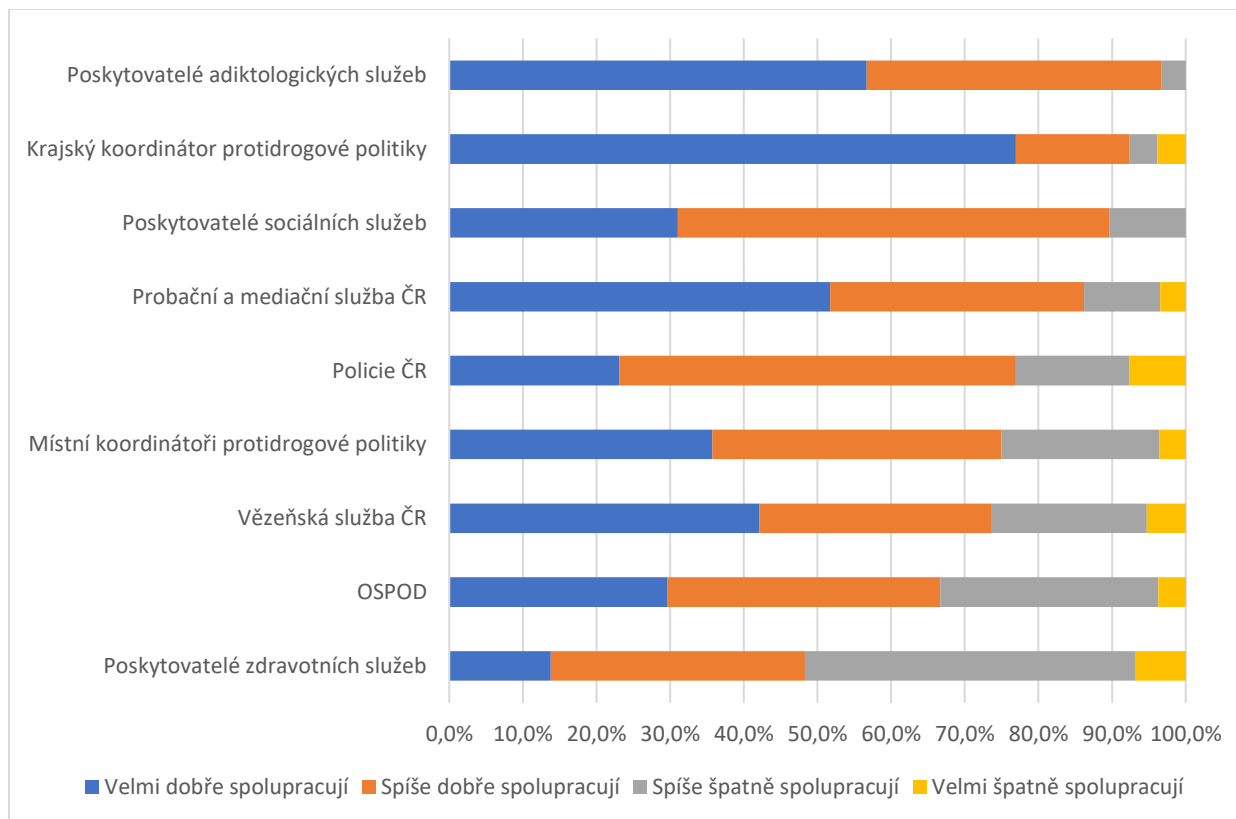
<sup>13</sup> Závažnost těchto problémů hodnotili respondenti na škále od 1 do 5 (1 = nejnižší závažnost, 5 = nejvyšší závažnost).

**Tabulka 6-2 Překážky v oblasti poskytování služeb osobám se závislostním chováním**

	Průměrná známka
Financování služeb	3,4
Administrativa spojená s poskytováním služeb a jeho vykazováním	3,2
Politická podpora na úrovni obcí	3,2
Personální zajištění služeb	3,0
Finance na zaplacení kurzů pro zvyšování vzdělání zaměstnanců	2,7
Legislativní rámec poskytování služeb	2,6
Postavení v síti služeb	2,5
Politická podpora na úrovni kraje	2,5
Spolupráce s dalšími aktéry sítě služeb a protidrogové politiky na krajské úrovni	2,4
Nabídka kurzů pro zvyšování vzdělání zaměstnanců	2,4
Zajištění kvality služeb	2,3
Spolupráce s centrálními orgány protidrogové politiky	2,2

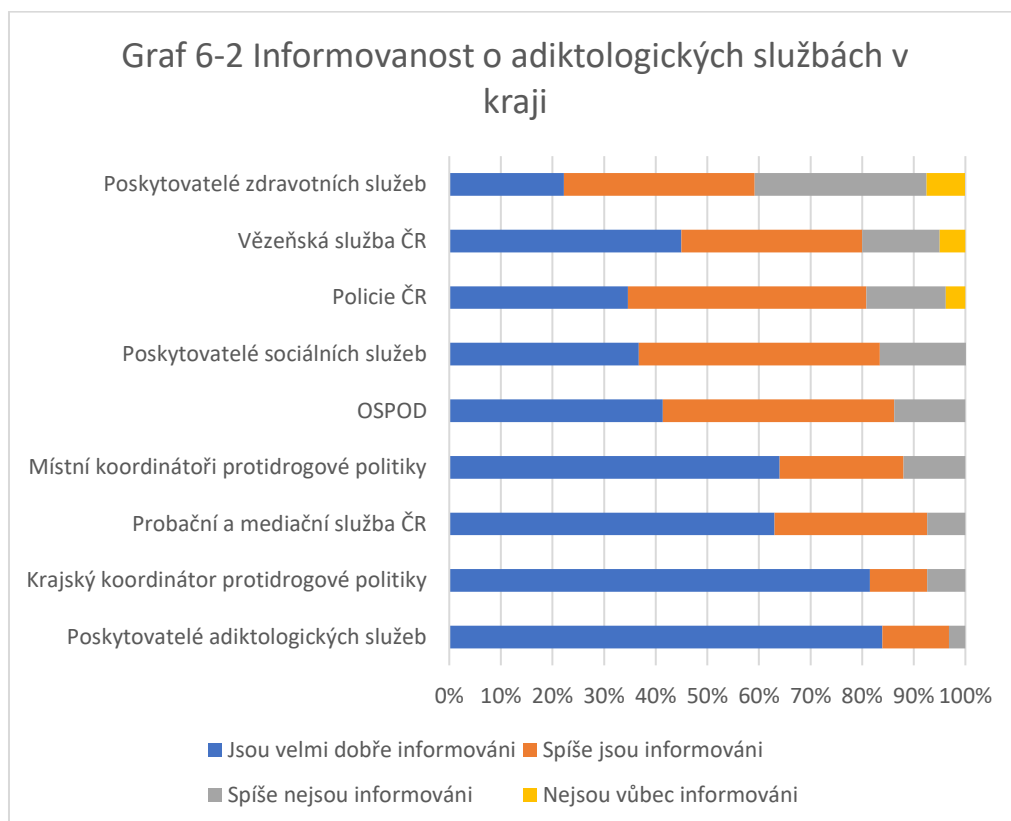
Zjišťována byla také kvalita spolupráce s různými okruhy aktérů sítě služeb na pokrývání potřeb osob se závislostním chováním. Jako „velmi dobrou“ hodnotilo nejvíce respondentů spolupráci s krajskou protidrogovou koordinátorkou. Jako „velmi dobrou“ nebo alespoň „spíše dobrou“ hodnotilo nejvíce respondentů spolupráci s poskytovateli adiktologických služeb. Výrazně nejhůře byla hodnocena spolupráce s OSPOD a poskytovateli zdravotních služeb.

**Graf 6-1 Spolupráce jednotlivých okruhů aktérů sítě služeb na pokrývání potřeb osob se závislostním chováním (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



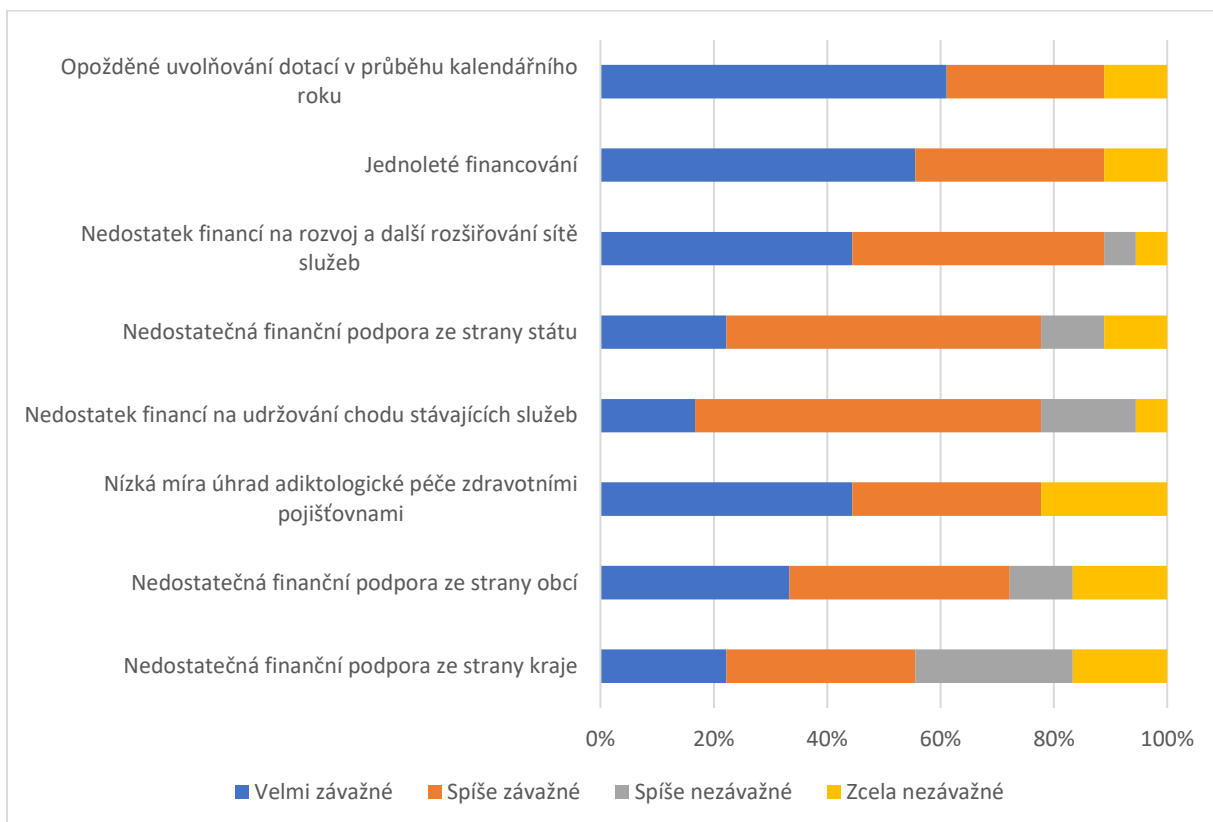
Důležitými prvky spolupráce mezi adiktologickými službami a dalšími aktéry podílejícími se na realizaci protidrogové politiky v kraji jsou informovanost těchto dalších institucí o adiktologických službách v kraji a schopnost poskytovat informace o těchto službách potřebným osobám. V obou případech byli nejlépe hodnoceni poskytovatelé adiktologických služeb a krajská protidrogová koordinátorka, výrazně nejhůře pak poskytovatelé zdravotních služeb.

**Graf 6-2 Informovanost o adiktologických službách v kraji (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



Z problémů spojených s financováním adiktologických služeb v kraji byly jako nejzávažnější hodnoceny opožděné uvolňování dotací v průběhu kalendářního roku, systém jednoletého financování služeb a nedostatek financí na rozvoj a další rozšiřování sítě služeb. Jako nejméně závažnou pocíťovali respondenti (ne)dostatečnost finanční podpory ze strany obcí a zejména kraje.

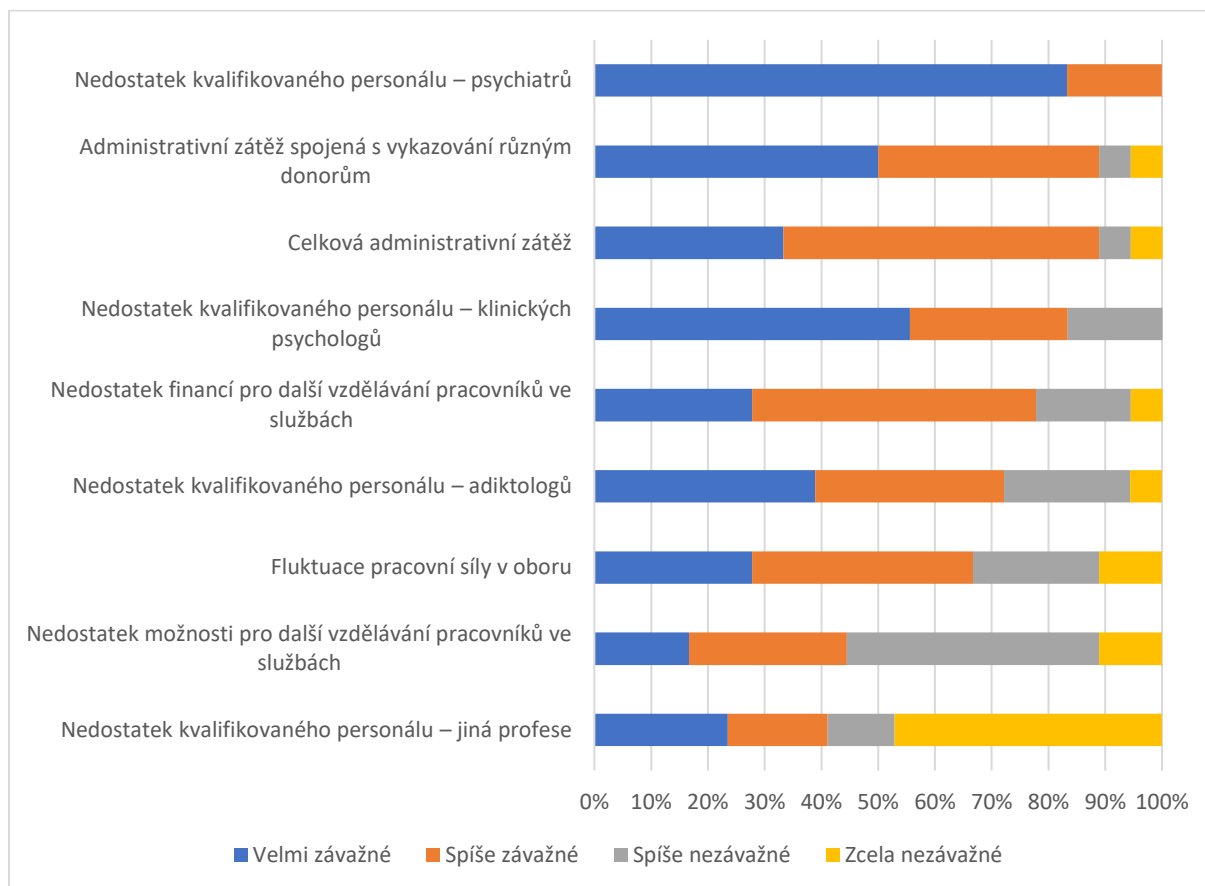
**Graf 6-3** Hodnocení míry závažnosti problémů spojených s financováním sítě adiktologických služeb kraje (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)



Mezi problémy spojenými s běžným provozem adiktologických služeb byl jako suverénně nejzávažnější hodnocen nedostatek kvalifikovaného personálu z řad psychiatrů. Jako relativně závažný byl hodnocen také nedostatek klinických psychologů, dále administrativa spojená s vykazováním různým donátorům i celková administrativní zátěž kladená na služby.

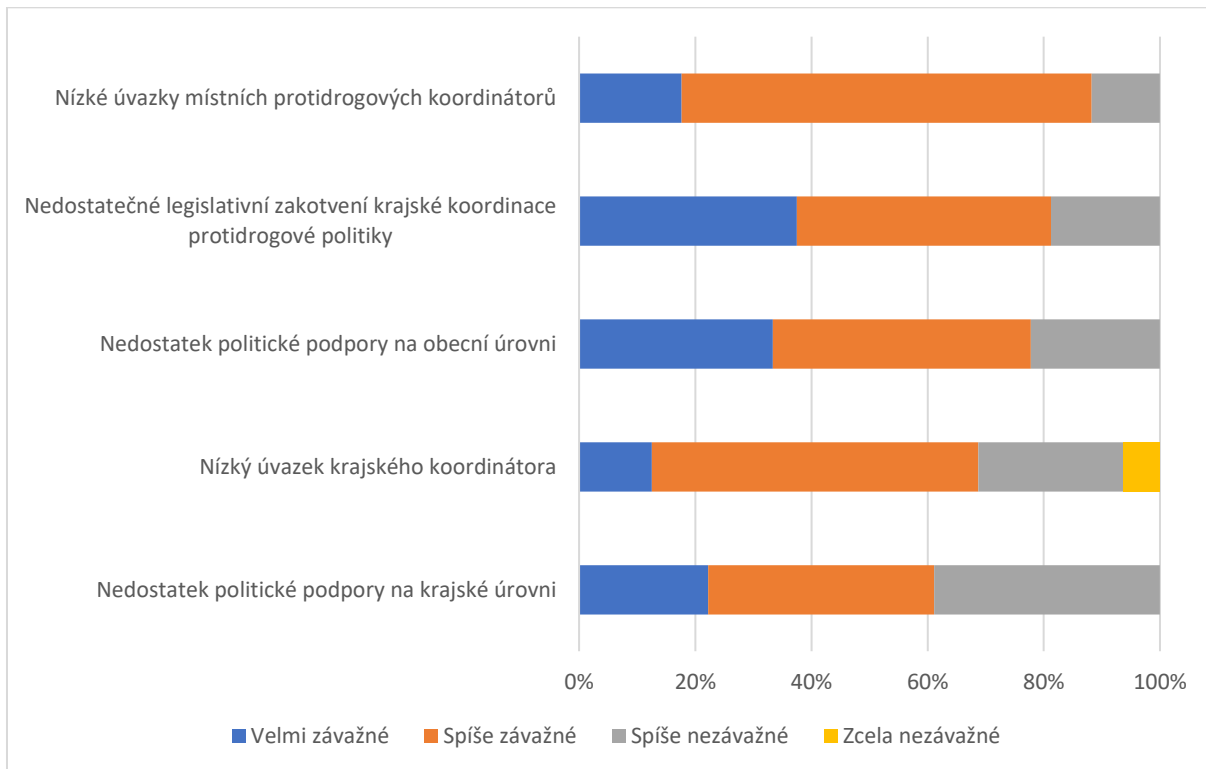


**Graf 6-4 Hodnocení míry závažnosti problémů spojených s provozem adiktologických služeb (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



Nakonec jsme se dotazovali také na problémy spojené s koordinací sítě adiktologických služeb. V této oblasti se jako nejzávažnější vyprofilovaly problémy nízkých úvazků místních protidrogových koordinátorů, nedostatečného legislativního zakotvení koordinace protidrogové politiky na krajské úrovni a nedostatečné politické podpory opatření protidrogové politiky na obecní úrovni.

**Graf 6-5 Hodnocení míry závažnosti problémů spojených s koordinací sítě adiktologických služeb (zdroj: vlastní dotazníkové šetření)**



## 7 Závěr

Závěrem analýzy shrnujeme klíčové potřeby identifikované v předchozích kapitolách a formulujeme návrhy změn v síti adiktologických služeb v Libereckém kraji.

**U segmentu sítě služeb I: Primární prevence rizikového chování** lze konstatovat velmi dobrou dostupnost programů školské primární prevence externě zajišťovaných nestátními neziskovými organizacemi. Významnější mezery v pokrytí potřeb byly zjištěny v oblasti realizace primární prevence uvnitř škol, jež trpí zejména nedostatečným personálním a odborným zajištěním. Bylo by vhodné, aby zejména školní metodici prevence měli větší prostor věnovat se agendě primární prevence, vzdělávat se v této oblasti a disponovat tak odpovídající odbornou způsobilostí. Bohužel se jedná o systémový problém školského vzdělávacího systému, který nelze dost dobře řešit z pozice krajského koordinátora sítě adiktologických služeb. To je případ i další významné mezery v pokrytí potřeb, kterou je omezená dostupnost školských zařízení pro děti a mládež typu pedagogicko-psychologických poraden a středisek výchovné péče, popř. zařízení ústavní a ochranné výchovy. V této oblasti lze tak aktuálně realisticky doporučit především posílení spolupráce školských zařízení s adiktologickými službami a dalšími odborníky pracujícími s dětmi a mládeží, zejména psychiatry a psychoterapeuty.

**Tabulka 7-1 Klíčové potřeby identifikované v segmentu sítě služeb I: Primární prevence rizikového chování (zdroj: vlastní zpracování)**

	<b>Klíčové potřeby</b>	<b>Doporučení</b>
<b>Převážně až zcela nedostatečné pokrytí potřeb</b>	➤ Dostupnost návazných služeb dalších forem odborné pomoci určených dětem a mládeži	➤ Posílení spolupráce školských zařízení s adiktologickými službami a dalšími odborníky
<b>Částečné pokrytí potřeb</b>	➤ Realizace primární prevence uvnitř škol	➤ V rámci možností podpora vzdělávání metodiků prevence
<b>Převážně dostatečné pokrytí potřeb</b>	➤ Dostupnost externě poskytovaných programů školské primární prevence	-

V rámci **segmentu sítě služeb II: Nízkoprahové služby a snižování rizik** byly vyhodnoceny jako převážně dostatečné místní a časová dostupnost nízkoprahových adiktologických služeb a dostupnost základních prostředků prevence nákazy infekčními onemocněními (výměnné programy a zajišťování dalšího materiálu v oblasti snižování rizik). Orientační testování na infekční onemocnění je dobře dostupné v kontaktních centrech, hůře již v terénu – jak uváděli zástupci služeb, zejména pro účely testování v rizikových lokalitách by pro ně bylo užitečné disponovat nějakou formou mobilního testovacího místa („sanitky“). Klientům nízkoprahových služeb jsou v relativně dostatečném rozsahu poskytovány sociální poradenství a asistence při kontaktu se soudy, policií, sociálními kurátory, kurátory OSPOD či úřadem práce.

Stávající kapacita nízkoprahových služeb zajišťuje relativně dobré pokrytí potřeb cílové populace, většinu času je však zcela vytížena a skýtá minimální rezervy. I s přihlédnutím k plánovanému zřízení nového kontaktního centra v Jablonci nad Nisou lze doporučit mírné posílení personální kapacity nízkoprahových adiktologických služeb v Libereckém kraji. V případě K-centra Česká Lípa je dále na místě investovat do rekonstrukce chátrající budovy, ve které služba působí, případně se pokusit nalézt jiný, vhodnější objekt.

Významnější mezery byly identifikovány v oblasti dostupnosti specializované zdravotní péče. Jako zvláště potřebné se jeví zajištění spolupráce nízkoprahových služeb s lépe místně dostupným zdravotním zařízením poskytující léčbu infekčních onemocnění, například

infekční oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s. a především pak potřeba posílení kapacit psychiatrické péče dostupné aktivním uživatelům návykových látek.

**Tabulka 7-2 Klíčové potřeby identifikované v segmentu sítě služeb II: Nízkoprahové služby a snižování rizik a doporučení pro další rozvoj tohoto segmentu (zdroj: vlastní zpracování)**

	<b>Klíčové potřeby</b>	<b>Doporučení</b>
<b>Převážně až zcela nedostatečné pokrytí potřeb</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dostupnost psychiatrické péče pro aktivní uživatele návykových látek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Navýšení kapacit psychiatrické péče poskytované aktivním uživatelům návykových látek</li> </ul>
<b>Částečné pokrytí potřeb</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kapacitní dostupnost služeb</li> <li>➤ Technické zajištění K-centra Česká Lípa</li> <li>➤ Dostupnost orientačního testování na infekční onemocnění</li> <li>➤ Dostupnost diagnostiky a léčby infekčních onemocnění</li> <li>➤ Dostupnost další specializované zdravotní péče</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mírné navýšení kapacit služeb</li> <li>➤ Zajištění vyhovujícího prostoru pro K-centrum Česká Lípa</li> <li>➤ Zřízení mobilní testovacího zařízení pro testování v rizikových lokalitách</li> <li>➤ Zajištění spolupráce služeb se zdravotnickými zařízeními na území Libereckého kraje, zejména s infekčním oddělením Krajské nemocnice Liberec, a.s.</li> </ul>
<b>Převážně dostatečné pokrytí potřeb</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Místní a časová dostupnost služeb</li> <li>➤ Dostupnost prevence nákazy infekčními onemocněními</li> <li>➤ Dostupnost poradenství a podpory v sociální oblasti</li> </ul>	-

**Segment sítě služeb III: Léčba a sociální začleňování** zahrnuje několik různých typů služeb, které se liší i svou aktuální dostupností na území Libereckého kraje. Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství působily k roku 2020 v 6 z 10 ORP Libereckého kraje, i pro obyvatele zbývajících ORP jsou ale poměrně dobře místně dostupné (tzn. že pro významnou část z nich nepřesahuje dojezdová vzdálenost do služby jednu hodinu). Kapacity těchto služeb jsou dlouhodobě naplněny a při každém navýšení se opět naplní, což ukazuje na potřebu dalšího navyšování těchto kapacit.

Jediná specializovaná adiktologická služba následné péče na území Libereckého kraje působí v Liberci. Je zřejmě na místě do budoucna uvažovat o zřízení alespoň jedné další certifikované služby následné péče na území Libereckého kraje. V souvislosti s nárůstem klientů s duálními diagnózami se jeví jako potřebné také rozšíření kapacit služeb následné péče o psychiatry a sociální pracovníky zaměřené na case management. Posílení personální kapacity lze doporučit také v případě ambulantních adiktologických služeb poskytovaných ve vězeňských zařízeních.

Poměrně závažný problém představuje dostupnost detoxifikace a služeb rezidenční léčby, a to v rámci Libereckého kraje i dalších krajů ČR. Zařízení poskytující tyto služby mají často omezené kapacity a dlouhé čekací doby, umístování klientů do nich navíc naráží na komplikovanost a časovou náročnost celého procesu. Detoxifikační jednotka v Krajské nemocnici Liberec, a. s. v současnosti převážně přijímá pouze osoby s diagnózou závislosti na alkoholu, z některých služeb sem klienti téměř nenastupují. Jako velmi problematické bylo hodnoceno také zajišťování ochranného léčení. Specifický problém představuje omezená dostupnost služeb sociální péče se zvláštním režimem pro stárnoucí uživatele návykových látek.

Ve srovnání s nízkoprahovými službami jsou služby v oblasti léčby a sociální začleňování relativně lépe schopny zajistit svým klientům psychiatrickou i další specializovanou zdravotní péči. Zejména dostupnost psychiatrické péče nicméně aktéři z této oblasti stále vnímali jako nedostatečnou. Výrazně omezenou místní dostupnost má substituční léčba – na území Libereckého kraje ji poskytuje jediné zařízení, a to AT ordinace v Semilech. Vzhledem k nízkému počtu uživatelů opioidů na území kraje se nicméně daří zajišťovat substituční léčbu většině z nich.

Služba následné péče v Liberci nabízí kromě doléčování také chráněné bydlení, možnosti zajistit bydlení klientům adiktologických služeb jsou však celkově relativně omezené, jedná se při tom o jednu z potřeb, kterou hodnotili dotazovaní pracovníci adiktologických služeb jako nejméně pokrytou. Druhou z těchto potřeb bylo zajištění zaměstnání. Pracovníci služby následné péče asistují svým klientům jak se sháněním bydlením, tak se sháněním zaměstnání, chráněné zaměstnávání jako součást adiktologické péče v Libereckém kraji poskytováno není.

**Tabulka 7-3 Klíčové potřeby identifikované v segmentu sítě služeb III: Léčba a sociální začleňování a doporučení pro další rozvoj tohoto segmentu (zdroj: vlastní zpracování)**

	<b>Klíčové potřeby</b>	<b>Doporučení</b>
<b>Převážně až zcela nedostatečné pokrytí potřeb</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dostupnost služeb krátkodobé stabilizace a rezidenční léčby</li> <li>➤ Dostupnost ochranného léčení protitoxikomanického a protialkoholního</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rozšíření cílové skupiny detoxifikační jednotky na uživatele drog, optimalizace procesu umisťování do léčby</li> <li>➤ Zlepšit dostupnost ochranného léčení protitoxikomanického a protialkoholního</li> </ul>
<b>Částečné pokrytí potřeb</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dostupnost služeb ambulantní léčby a poradenství</li> <li>➤ Dostupnost služeb následné péče</li> <li>➤ Dostupnost služeb pro osoby ve výkonu trestu odnětí svobody</li> <li>➤ Dostupnost substituční léčby</li> <li>➤ Dostupnost psychiatrické péče pro klienty služeb</li> <li>➤ Dostupnost chráněného a jinak podporovaného bydlení a zaměstnávání</li> <li>➤ Dostupnost pobytové sociální péče pro stárnoucí uživatele návykových látek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Navýšení kapacit služeb ambulantní léčby a poradenství</li> <li>➤ Zřízení alespoň jedné další služby následné péče a posílení personálu o psychiatrii</li> <li>➤ Posílení kapacit služeb pro osoby ve výkonu trestu odnětí svobody</li> <li>➤ Zajištění dostupnosti na alespoň jednom dalším místě</li> <li>➤ Navýšení kapacit psychiatrické péče poskytované osobám se závislostním chováním</li> <li>➤ Rozšíření nabídky chráněného a jinak podporovaného bydlení a zaměstnávání</li> <li>➤ Zřízení služby sociální péče se zvláštním režimem pro stárnoucí uživatele návykových látek</li> </ul>
<b>Převážně dostatečné pokrytí potřeb</b>	-	-

Z dotazníkového šetření mezi klíčovými aktéry krajské protidrogové politiky dále vyplynuly některé další významné jevy a problémy související s poskytováním služeb osobám se závislostním chováním na území Libereckého kraje, mimo jiné problémy spojené

s financováním a koordinací služeb, personálním zajištěním služeb, kvalitou spolupráce s různými aktéry či administrativní zátěží kladenou na služby.

Z problémů spojených s financováním služeb byly jako nejzávažnější hodnoceny opožděné uvolňování dotací pro služby v průběhu kalendářního roku, systém jednoletého financování služeb a nedostatek financí na rozvoj a další rozšiřování sítě služeb. V oblasti koordinace sítě služeb šlo o problémy nízkých úvazků místních protidrogových koordinátorů, nedostatečného legislativního zakotvení koordinace protidrogové politiky na krajské úrovni a nedostatečné politické podpory opatření protidrogové politiky na místní úrovni.

Výrazně negativně hodnotili klíčoví aktéři spolupráci na pokrývání potřeb osob se závislostním chováním s OSPOD a zdravotními službami. Zdravotní služby vyšly rovněž z hodnocení jako nejhůře informované o adiktologických službách. Z problémů spojených s běžným provozem adiktologických služeb bylo jako nejzávažnější hodnoceno nedostatečné zajištění služeb kvalifikovaným personálem, zejména psychiatry, ale také klinickými psychology (viz také výše klíčové potřeby navýšení kapacit adiktologických služeb). Jako relativně závažné problémy byly dále hodnoceny administrativa spojená s vykazováním různým donátorům služeb i celková administrativní zátěž kladená na služby.

**Tabulka 7-4 Klíčové potřeby identifikované mezi dalšími významnými jevy a problémy spojenými s poskytováním služeb osobám se závislostním chováním a doporučení pro další rozvoj sítě služeb v této oblasti (zdroj: vlastní zpracování)**

<b>Klíčové potřeby</b>	<b>Doporučení</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Opožděné uvolňování dotací pro služby v průběhu kalendářního roku</li> <li>➤ Systém jednoletého financování služeb</li> <li>➤ Nedostatek financí na rozvoj a další rozšiřování sítě služeb</li> <li>➤ Nízké úvazky místních protidrogových koordinátorů</li> <li>➤ Nedostatečné legislativní zakotvení koordinace protidrogové politiky na krajské úrovni</li> <li>➤ Nedostatečná politická podpora opatření protidrogové politiky na místní úrovni</li> <li>➤ Nízká kvalita spolupráce na pokrývání potřeb osob se závislostním chováním s OSPOD a zdravotními službami</li> <li>➤ Nedostatečné zajištění služeb kvalifikovaným personálem, zejména psychiatry a klinickými psychology</li> <li>➤ Celková administrativní zátěž kladená na služby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Vykrytí potřebných prostředků na provoz služeb na začátku roku ze strany kraje</li> <li>➤ Podpora zapojení služeb do systému víceletého financování služeb</li> <li>➤ Zajištění financí na rozvoj a další rozšiřování sítě služeb</li> <li>➤ Navýšení úvazků místních protidrogových koordinátorů</li> <li>➤ Posílení legislativního zakotvení koordinace protidrogové politiky na krajské úrovni</li> <li>➤ Zajištění silnější politické podpory opatření protidrogové politiky na místní úrovni</li> <li>➤ Zkoumání příčin a optimalizace spolupráce na pokrývání potřeb osob se závislostním chováním s OSPOD a zdravotními službami</li> <li>➤ Navýšení kapacit psychiatrické a psychoterapeutické péče ve službách</li> <li>➤ Snížení celkové administrativní zátěže kladené na služby</li> </ul>

## Literatura

LIBRA, J.; NOVÁK, P. (2006). *Návrh optimalizace sítě kontaktních a poradenských služeb v České republice (oblasti protidrogové politiky zaměřené především na snižování rizik)*. Nepublikováno.

HANZLÍK, K. (2020). *Návrh nástroje zajištění dostupnosti adiktologických služeb a metodika k jeho praktické realizaci*. Dostupné z <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2021/05/Methodika-practicke-aplikace-nastroje-zajisteni-dostupnosti-sluzeb.pdf>

MRAVČÍK, V. (ED.) ET AL. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015* [Annual Report on Drug Situation 2015 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

MRAVČÍK, V. (ED.) ET AL. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016* [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

MRAVČÍK, V. (ED.) ET AL. (2017). *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2016* [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

MRAVČÍK, V. (ED.) ET AL. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019* [Annual Report on Drug Situation 2019 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (2019). *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027*. Praha: Úřad vlády ČR.

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY (2020). *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*. Pracovní verze 1-5. Nepublikováno.

STANÍČEK, J. (2005). *Návrh optimalizace sítě v oblasti protidrogové politiky zaměřené na snižování rizik – Kontaktní centra a Terénní programy*. Nepublikováno.

ŠKAŘUPOVÁ, K. NEPUŠTIL, P., ČERNÝ, J. (2016). *Analýza drogové situace ve městě Brně a související doporučení pro městskou drogovou strategii*. Statutární město Brno.

RADIMECKÝ, J. (2017). *Analýza drogové scény a služeb pro uživatele drog v Karlovarském kraji: Závěrečná zpráva*. Karlovy Vary: Karlovarský kraj.

WATKINS, R. et al. (2012). *A Guide to Assessing Needs: Essential Tools for Collecting Information, Making Decisions, and Achieving Development Results*. World Bank. Dostupné z: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2231> License: CC BY 3.0 IGO.