

ANALÝZA DROGOVÉ SCÉNY V OSTRAVĚ

OSTRAVA!!!

2015



Analýza drogové scény v Ostravě

Zadavatel:	Magistrát města Ostravy, Odbor sociálních věcí, zdravotnictví a vzdělanosti, Oddělení sociálních služeb, Prokešovo náměstí 8, Ostrava 729 30
Realizátoři:	Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta sociálních studií Mgr. Jakub Černý a Mgr. Markéta Szotáková
Kontakty:	cerny@narativ.cz, szotakov@fss.muni.cz
Druh výstupu:	Analýza drogové scény a služeb pro uživatele drog v Ostravě
Realizace:	srpen 2015 - prosinec 2015
Počet stran:	77
Bibliografická citace:	Černý, J., Szotáková, M. (2015) Analýza drogové scény v Ostravě. Závěrečná zpráva, Ostrava.

Obsah

Analýza drogové scény v Ostravě.....	1
Souhrn	4
Prevalence v oblasti drog a hazardního hraní	4
Spotřeba drog a drogová scéna v Ostravě	4
Sociální a zdravotní dopady a kriminalita.....	4
Část I: Analýza drogové situace	6
1. Úvod	6
2. Užívání psychotropních látek v obecné populaci	6
2.1 Užívání psychotropních látek v obecné populaci ve městě Ostrava	7
2.2 Užívání mezi středoškoláky v Moravskoslezském kraji a v Ostravě	8
3. Hraní hazardních her	10
3.1 Prevalence hraní hazardních her.....	11
4. Problémové užívání a problémové hraní ve městě Ostrava	12
4.1 Problémové užívání jiných nelegálních látek	13
4.2 Problémové pití alkoholu	14
4.3 Problémové hráčství.....	15
5. Drogová kriminalita, spotřeba a záchyty drog	16
5.1 Odhad spotřeby a záchyty drog	16
5.2 Primární a sekundární drogová kriminalita	19
6. Zdravotní a sociální dopady.....	21
6.1 Zdravotní dopady	22
6.2 Sociální dopady	25
Část II: Analýza poskytovatelů a dalších subjektů působících v protidrogové prevenci	26
7. Obsahová analýza závěrečných zpráv	26
7.1 ARKA CZ, o. s.....	26
7.2 Modrý kříž v České republice	27
7.3 Renarkon o.p.s.....	28
7.4 Faust, o. s.....	32
7.5 Výstupy obsahové analýzy závěrečných zpráv.....	33
8. Dotazníkové šetření.....	34
8.1 Obtíže klientů/pacientů.....	34
8.2 Odkazování mezi službami	35
8.3 Spolupráce a síťování služeb	36

8.4 Potřeby a chybějící služby	37
8.5 Překážky a bariéry	37
8.6 Nejpalčivější témata v oblasti drog a závislostí v Ostravě z pohledu služeb	38
8.7 Dílčí závěry.....	38
9. Výstupy z realizovaných rozhovorů	39
9.1 Trendy na drogové scéně a v oblasti závislostí v Ostravě optikou pracovníků	39
9.2 Protidrogová politika: potenciál změny a jeho limity	40
9.3 Kvalita organizací, kompetence a podpora rozvoje pracovníků	44
9.4 Dílčí závěry.....	45
Část III: Analýza potřeb lidí, kteří užívají drogy v Ostravě	47
10. Výstupy z realizovaných rozhovorů.....	47
10.1 Informace o participantech	47
10.2 Trendy na drogové scéně v Ostravě optikou uživatelů psychotropních látek	48
10.3 Zkušenosti se službami a institucemi	51
10.4 Návrhy na změny a inovace.....	53
10.5 Sociální a zdravotní dopady	55
10.6 Podporující faktory mimo odbornou pomoc.....	57
10.7 Dílčí závěry.....	57
11. Výstupy z Focus Group	58
11.1 Informace o participantech FG.....	58
11.2 Okruhy témat z Focus Group.....	58
11.3 Dynamika skupiny	61
11.4 Focus Group: dílčí závěry.....	62
Část IV: Souhrn o stavu sociálních a zdravotních služeb a doporučení.....	63
12. Souhrn a doporučení	63
12.1 Doporučení vyplývající ze stavu zdravotních a sociálních služeb a zkušeností uživatelů	63
13. Literatura	66
Seznam zkratk.....	69
Slovník pojmů	70
Příloha č. 1 - Online dotazník	72
Příloha č. 2 - Scénář rozhovoru s pracovníky (individuální a telefonické).....	75
Příloha č. 2 - Scénář rozhovoru s uživateli (individuální)	75
Příloha č. 4 - Struktura Focus Group	76

Souhrn

Prevalence v oblasti drog a hazardního hraní

- Ostrava je centrem zábavy, objevuje se zvýšené užívání psychotropních látek, typicky pervitinu, marihuany a rekreačních drog.
- V Evropské školní studii o drogách mezi 16letými (ESPAD) se objevuje vyšší zkušenost s pervitinem a heroinem. Zkušenost s psychedeliky (extáze, houbičky) je v celém MSK jedna z nejvyšších v republice – halucinogenní houby (8,2%), LSD (4,8%) a extáze (4,2%).
- Počet problémových uživatelů drog se postupně zvyšoval od r. 2007 do r. 2013 z původních 1800 na 2700 PDU. Heroin je skrytý fenomén, referují o něm spíše uživatelé, ve výzkumech se neobjevuje. Rozšiřuje se užívání léků s psychotropními účinky – tramal, rivotril.
- MSK patří k regionům s jedním z nejvyšších počtů povolených her v roce 2014 (7233). V Ostravě je také nadměrný počet heren, a to 8,8 na 10 tisíc obyvatel (průměr ČR je 5,7) a vysoký počet kasin. Počet problémových hráčů se pohybuje mezi 2 a 3 tisíci.
- V Ostravě je cca 34 tisíc lidí ve středním nebo vysokém riziku závislosti na alkoholu.

Spotřeba drog a drogová scéna v Ostravě

- V Ostravě se spotřebovalo za rok 2013 cca 690kg konopí, 260kg pervitinu a cca 50 tisíc tablet extáze. Záchyt těchto drog policií se pohyboval mezi 1% - 2% z celkové spotřeby drog.
- Snižuje se kvalita drog – především pervitinu vlivem příměsí a snahou vydělat. Vzhledem ke kupování léků na výrobu z Polska jsou výrobní skupiny organizovanější a vyrábí ve větším rozsahu.
- Vysoká dostupnost běžných drog, zejména pervitinu: 1) *věková*: jsou případy dětí pod 15 let, které užívají intravenózně. Objevuje se mnoho mladých experimentátorů, kteří propadávají službami. 2) *místní*: vysoká dostupnost drog na specifických místech, jako jsou: ubytovny, herny, ulice Stodolní a vyloučené lokality.
- Nové psychoaktivní substance - nedají se dnes koupit v kamenných obchodech, ale na internetu a od dealerů. V Ostravě se nejčastěji objevuje tzv. „mňau, mňau“ (mefedron).
- Potence konopí je větší, psychedelické látky se objevují především na taneční scéně a mezi rekreačními uživateli.

Sociální a zdravotní dopady a kriminalita

- Mezi hlavní sociální dopady patří bezdomovectví a chudoba – téměř všichni oslovení respondenti z nízkoprahových služeb se nacházeli v situaci bytové nouze.
- Podíl nezaměstnaných mezi žadateli o léčbu je v MSK jeden z největších. Mezi žadateli o léčbu se v MSK podíl nezaměstnaných zvýšil mezi lety 2012 a 2014 z 62% na 68%. Situaci ztěžuje u mnoha uživatelů záznam v trestním rejstříku.

- U respondentů provedeného výzkumu v Ostravě z řad problémových uživatelů se objevoval rozpad rodin v souvislosti s užíváním a sociální izolace. Zdravotní komplikace se objevovaly zejména v souvislosti s nízkou kvalitou drog a životem na ulici.
- Podle údajů hygienických stanic byl v MSK r. 2014 nejvyšší počet akutních onemocnění VHB (19 osob), nicméně jen 5 lidí z toho bylo injekčních uživatelů drog. U akutní žloutenky typu C přibylo v r. 2014 6 osob, z toho byly 3 i.v. uživatelé. U chronické formy VHC bylo evidováno v r. 2014 celkově 69 případů, z toho bylo 30 i.v. uživatelů drog. KHS zřejmě nevidují všechny VHC infikované uživatele drog, jelikož průměr ČR je 30 – 35% injekčních uživatelů nakažených VHC (2009, Mravčík a kol.), což by znamenalo jen v Ostravě počet nakažených v řádu několika stovek.
- Primární drogová kriminalita tvoří zanedbatelný zlomek celkové kriminality. Policií odhalená drogová kriminalita se v letech 2012 až 2014 zvyšovala, a to zejména v oblasti nelegální výroby a distribuce. Ze 43 případů v roce 2012 a 47 v roce 2013 se v roce 2014 skokově zvýšila na 76 případů. Odhady sekundární drogové kriminality (což je zejména drobná majetková kriminalita) ostravské policie (80%) se značně liší od celorepublikových odhadů (20-30%). Z odhadů policie v Ostravě není jasné, zda je užívání drog a alkoholu hlavním důvodem trestné činnosti, nebo jsou zásadní jiné faktory, jako je hraní hazardních her, chudoba, bytová nouze apod.
- Podle kvalitativního průzkumu mezi respondenty stojí za zvýšenou kriminalitou kultura tzv. byznys přístupu k drogám, kdy je nuceno čím dál tím víc uživatelů kupovat pervitin od dealerů, což je finančně nákladnější, než když si ho vyráběli v menších uzavřených skupinách pro svoji potřebu.
- Objevuje se kriminalita navenek – hlavně majetková, ale i uvnitř subkultury uživatelů – podvody a násilné chování.

Hlavní závěry výzkumu o poskytování služeb, jejich dostupnosti a omezeních z pohledu expertů, závěrečných zpráv a z pohledu uživatelů, včetně doporučení, se nachází v IV. části dokumentu.

Část I: Analýza drogové situace

1. Úvod

Drogová situace v Ostravě je ovlivněna jak regionálními, tak národními i mezinárodními trendy. V této analýze na začátku předestíráme širší kontext, který má na drogovou situaci v Ostravě vliv. V reflexi drogové scény tak vycházíme z údajů zpracovaných EMCDDA (European monitoring center for drugs and drug addictions – Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti), které vydává každoroční zprávy (European drug report) o situaci v jednotlivých zemích a hlavních evropských trendech. Na republikové úrovni čerpáme z dat Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti pod Úřadem vlády ČR (dále jen NMS). To také vydává každoročně výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR a nově i výroční zprávy o dopadech hazardního hraní. Tyto zprávy a za nimi stojící výzkumy jsou důležitým zdrojem informací především o prevalenci užívání drog, o problémovém užívání, využívání sociálních a zdravotních služeb nebo související drogové kriminalitě.

Obsahem této kapitoly jsou dále přehledové informace o užívání psychotropních látek a hraní hazardních her ve městě Ostravě. Větší pozornost věnujeme užívání psychoaktivních substancí mezi dospívajícími a to, jak mladí lidé vnímají dostupnost těchto látek. Specificky se pak zaměřujeme na odhad množství lidí, kteří vykazují známky problémového užívání drog nebo problémového hraní.

Na úvod je třeba poznamenat, že na krajské a obecní úrovni jsou drogové prevalenční studie prováděny jen sporadicky. Výjimkou jsou studie vycházející z metodologicky kontroverzní analýzy odpadních vod (Hruška, Baranová a kol., 2014) nebo diplomové práce s drogovým zaměřením. V některých ukazatelích je tedy třeba se spokojit s expertními odhady a kvalitativními daty. Statistické údaje o užívání drog v obecné populaci, o hazardním hraní nebo problémovém užívání ve městě Ostravě vychází z kombinace odhadů na základě přepočítání celorepublikových údajů s přihlédnutím k lokálním specifikům.

2. Užívání psychotropních látek v obecné populaci

NMS v uplynulých letech provedlo samostatné prevalenční studie i omnibusová šetření zaměřená na zjištění počtu uživatelů jednotlivých návykových látek v obecné populaci ve věku 15-64 let. Nejdůležitější studií v této oblasti z posledních byl Národní výzkum užívání návykových látek z roku 2012 (Chomynová, 2013), dalšími pak například Výzkum občanů 2012 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES, 2013). Podle těchto a podobných předchozích studií je drogová situace v ČR v posledních letech poměrně stabilní, a to zejména v oblasti tradičních drog. Mezi hlavní užívané látky patří zejména **alkohol a tabák** (84% a 40,7% užilo v posledních 12 měsících). V oblasti nelegálních drog prvenství dlouhodobě zaujímají **konopné látky** (mezi 9,2% a 13,9% v posledních 12 měsících). Evropským specifikem je dlouhodobá obliba metamfetaminu (**pervitinu**), jehož výroba i konzumace se těší v ČR větší oblibě než v okolních zemích. V posledních 12 měsících užívá pervitin zhruba 0,5 % populace ve věku 15-64 let. Nejvyšší míry prevalence jsou kontinuálně zaznamenávány ve **věkové skupině 15-34 let**, kde v posledních 12 měsících v závislosti na provedeném šetření např. užití konopných drog dosahuje 20%-24%, užití extáze 1,8% - 3,5%, pervitinu 0,6% - 0,9%. Mezi nové trendy patří zejména užívání **nových syntetických a rostlinných látek**. Evropská zpráva o drogách z roku 2014 (EMCDDA,2015) uvádí distribuci a užívání nových substancí jako jeden z hlavních nových fenoménů posledních let napříč celou Evropou. V ČR zkušenosti s těmito látkami kontinuálně stoupají a jsou přičítány jak kriminalizaci tradičních látek, tak rozšířením možnosti tyto látky koupit v prostředí internetu. V roce 2012 uvedlo zkušenost v posledních 12 měsících s těmito látkami 0,4% - 0,9% respondentů. Dvořáček (2012) v rámci své diplomové práce prováděl anketní studii mezi mladými lidmi ve věku 15-28 v Ostravě, ze které vyplynulo, že je pro mladé lidi v Ostravě poměrně jednoduché si tyto látky opatřit. Zcela samostatnou kapitolou je **užívání legálních léků** (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika), které v posledním roce užilo nezanedbatelných 8,5% populace ve věku 15-64 let, přičemž z toho necelých 10% užívá tyto látky bez doporučení lékaře (Mravčík a kol., 2013). Zatímco drogy, legální i nelegální užívají častěji muži, léky jsou naopak dominantou žen.

2.1 Užívání psychotropních látek v obecné populaci ve městě Ostrava

Prevalenční průzkumy v Moravskoslezském kraji a v Ostravě nebyly prováděny. Počty uživatelů jednotlivých látek tak odhadujeme na základě údajů z celorepublikových průzkumů. V tabulce 2-1 jsou uvedeny **odhady počtu uživatelů jednotlivých látek v posledních 12 měsících v přepočtu na obyvatele Ostravy ve věku 15-64 let**. Některé údaje trpí zkreslením, a to zejména u těch látek, u kterých užívání v populaci dosahuje nízkých hodnot, jako jsou např. heroin, pervitin nebo kokain v posledních 12 měsících. Dá se předpokládat, že užívání těchto látek bude dosahovat v Ostravě vyšších hodnot než je průměr ČR. Jedním z důvodů je to, že Ostrava jako centrum regionu je také **centrem zábavy** a užívání látek zde bude dosahovat obecně vyšších hodnot. Užívání některých látek je také typicky spojeno s životem ve větších městech. Jedná se především o **heroin, pervitin, kokain nebo extázi**. Z průzkumu prováděného ve vybraných severomoravských městech analýzou odpadních vod pak vyplynulo, že nejvíce miligramů nezákonných látek v odpadních vodách v Ostravě zastupovala marihuana a pervitin. Nicméně výsledky jednotlivých drog nejdou porovnávat tak jednoduše, jak to autoři udělali, protože každá látka má jinou účinnou dávku a množství by se tedy muselo přepočítat na typickou uživatelskou dávku. Zajímavým výsledkem ale je, že extáze je stále typicky víkendová droga, jejíž přítomnost v odpadních vodách v Ostravě dosahuje maxima v pátek, sobotu a neděli (Hruška, Baranová a kol., 2014).

Tabulka 2-1. Odhady prevalence užívání návykových látek: celoživotní zkušenost, užití v posledních 12 měsících a v posledních 30 dnech ve městě Ostrava na základě Národního výzkumu 2012

Prevalence	Typ drogy	Pohlaví		Počet lidí v Ostravě celkem
		Muži	Ženy	15-64 let
Celoživotní prevalence	Tabák	75	61,7	140938
	Alkohol	-----	-----	-----
	Konopné drogy	34,9	21,2	57572
	Extáze	5	2,2	7429
	Pervitin nebo amfetaminy	3,4	1,7	5159
	Kokain	3,8	0,9	4746
	Heroin	1,2	0	1238
	LSD	4,4	1,2	5778
	Houby	7,7	2,9	10937
	Nové látky	1,3	1	2270
	Těkavé látky	1,5	0,3	1857
	Léky (sedativa, opioidní)	-----	-----	-----
Prevalence posledních 12 měsíců	Tabák	46,5	35,1	83985
	Alkohol	88,8	79,4	173335
	Konopné drogy	13,1	5,3	18984
	Extáze	0,7	0,5	1238
	Pervitin nebo amfetaminy	0,7	0,3	1032
	Kokain	0,8	0	825
	Heroin	0,4	0	413
	LSD	0,3	0,2	413
	Houby	1,2	0,3	1444
	Nové látky	0,4	0,3	619
	Těkavé látky	0,5	0	413
	Léky (sedativa, opioidní)	6,3	10,9	17953
Prevalence posledních 30 dnů	Tabák	40,3	28,5	70985
	Alkohol	78,4	61,5	144239
	Konopné drogy	6,8	2	9079
	Extáze	0,2	0	206
	Pervitin nebo amfetaminy	0,3	0,1	413
	Kokain	0,3	0	206
	Heroin	0,3	0	206
	LSD	0,1	0,1	206
	Houby	0,4	0,1	413
	Nové látky	0,2	0	206
	Těkavé látky	0,2	0	206
	Léky (sedativa, opioidní)	3,3	7,2	10937

2.2 Užívání mezi středoškoláky v Moravskoslezském kraji a v Ostravě

V roce 2013 (Mravčík a kol.) NMS provedlo **regionální analýzu studie ESPAD z roku 2011**. Studie ESPAD ve čtyřletých intervalech monitoruje situaci v oblasti užívání drog a návykového chování mezi šestnáctiletými z různých typů škol celé ČR. Stejně studie se realizují i v ostatních zemích Evropy za použití stejné metodologie. Představují tedy dobrý zdroj dat pro srovnání mezi jednotlivými státy i regiony a mohou také sloužit jako jedno z východisek pro prevenci na školách a mezi mládeží obecně.

Z regionální analýzy vyplývá, že Moravskoslezský kraj patřil mezi více exponované regiony, co se týká zkušenosti s nelegálními drogami. Oproti tomu v **pití alkoholu a kouření tabáku** patří Moravskoslezský kraj (dále jen MSK) spíše k oblastem, kde je **zkušenost nižší, včetně pravidelného užívání** těchto látek. V MSK zkusilo někdy v životě cigaretu 73,5% studentů (průměr ČR je 75,2%). Denních kuřáků bylo v MSK mezi studenty 22,5% (průměr ČR je 25,7%). K tzv. binge drinking (nadměrnému nárazovému pití, více jak 5 sklenic alkoholu minimálně 3x měsíčně) se přihlásilo v MSK 15,1% studentů, zatímco v ostatních regionech to bylo běžně kolem 20-25% respondentů. Mezi nejpreferovanější alkoholické látky patří mezi 16 letými v MSK hlavně pivo.

Co se týká prevalence užívání nelegálních drog, studenti ze MSK patří mezi ty, kteří **mají jednu z nejvyšších zkušeností s užíváním jiných než konopných ilegálních látek**. V ČR zkusilo někdy v životě jakoukoliv nelegální drogu (zejména pak konopí) 43,7% studentů, zatímco v MSK to bylo 43,5%. Oproti tomu nelegální nekonopné látky zkusilo v MSK 13,2% studentů (průměr ČR byl 11,2%). Mezi nejpopulárnější nelegální látky, nebereme-li v potaz konopí, patřily z hlediska celoživotní zkušenosti v MSK **halucinogenní houby** (8,2%), **LSD** (4,8%) a **extáze** (4,2%). V porovnání s ostatními kraji ČR studenti v MSK uvádějí nejvyšší zkušenost s extází v posledních 12 měsících (3%) i v posledních 30 dnech (0,7%). Pervitin a opiáty se netěší mezi studenty v MSK nadprůměrné oblibě v porovnání s ostatními kraji. Pervitin užilo v posledních 12 měsících před výzkumem 1,3% respondentů a heroin 1,0%.

Srovnání s rokem 2007 pak ukazuje spíše **klesající tendence v oblasti rizikových projevů**. Šestnáctiletí v MSK uvádějí oproti roku 2007 nižší zkušenosti s pervitinem a heroinem, které nejvíce souvisí s problémovým užíváním, ale i s dalšími látkami, jako je extáze. Mírně se zvýšila celoživotní zkušenost s konopnými drogami a halucinogenními houbami. V souladu s prevalenčními daty se studenti v MSK vyjadřovali také o **subjektivně vnímané dostupnosti** jednotlivých látek. Ta se pohybovala na nízké celorepublikové úrovni u alkoholických nápojů s výjimkou piva. Jako celkem snadné nebo velmi snadné obstarat si víno uvedlo 70,6% studentů a 53,7% destiláty (průměrně se vnímaná dostupnost pohybovala v ČR i o 5-10% výše). Mezi nelegálními látkami v roce 2011 vnímali studenti v MSK oproti jiným regionům jako dostupnější extázi. Jako celkem snadné nebo velmi snadné to považovalo 22,7% z nich. Pro srovnání, konopné látky vnímalo jako dostupné 58,3% studentů. V rámci studie Dragon (Hruška, Baranová a kol., 2014) byl také prováděn průzkum mezi studenty v různých městech MSK ve věku 15-19 let. Oproti studii ESPAD vycházely nižší hodnoty užívání nelegálních látek jak v celoživotní zkušenosti, tak ve zkušenosti z posledních 12 měsíců i 30 dnů. Zatímco v ESPADu vychází, že konopí zkusilo někdy v životě kolem 40% studentů, v Dragon studii (Hruška, Baranová a kol., 2014) to je v MSK pouze 28,4%. Zkušenost s houbičkami uvádí 4,6% (ESPAD – 8,2%), s extází 2,5% (ESPAD – 4,2%).

Pro ještě specifitější informace jsme požádali realizátory studie ESPAD, aby nám zaslali v hlavních sledovaných ukazatelích také data z ostravských škol. Celkově bylo v Ostravě do studie ESPAD 2011 zahrnuto 11 škol, ve kterých se dotazování účastnilo 130 studentů základních i středních škol. V tabulkách 2-2 a 2-3 uvádíme všechny sledované údaje za jednotlivé typy látek a typ zkušenosti s těmito látkami v porovnání s národními výsledky. Modře jsou znázorněny ty ukazatele, které jsou statisticky významně nižší, než je průměr v ČR. Červeně jsou pak označeny ty výsledky, které jsou naopak významně vyšší, než je průměr ČR. Oproti regionálním výsledkům MSK mají **v Ostravě studenti nadprůměrnou zkušenost s pervitinem a heroinem**, což nespíš souvisí s charakterem velkého města. Další látky, které oproti regionálním výsledkům vystoupily, jsou těkavé látky a anabolické steroidy. V Ostravě mají studenti také **nadprůměrnou zkušenost s injekčním užitím drog** (1,5% oproti 0,6% v ČR). Studenti v Ostravě měli oproti tomu překvapivě nízkou zkušenost s konopnými látkami v porovnání s celorepublikovým průměrem. Výsledky znázorněné v následujících tabulkách mohou obsahovat určitá zkreslení, jelikož se jedná o poměrně malý vzorek o velikosti 130 studentů v Ostravě.

Tabulka 2-2. Prevalenční srovnání užívání alkoholu a tabáku u studentů v Ostravě a v ČR v roce 2011 (Chomynová, 2015, nepublikováno)

	n=48	n=82	n=130	n=3913
	Chlapci	Dívky	Celkem Ostrava	Celkem ČR
Cigarety v životě	60,4%	75,6%	70,0%	75,2%
Kouření v 30D	25,0%	40,2%	34,6%	42,3%
Kouření v 30D – denní	16,7%	23,2%	20,8%	25,7%
Kouření v 30D - silné, 11+ cigaret	4,2%	4,9%	4,6%	8,2%
Alkohol v životě	97,9%	97,6%	97,7%	97,9%
Alkohol v posledních 12M	93,8%	90,2%	91,5%	93,1%
Alkohol v posledních 30D	70,8%	64,6%	66,9%	79,0%
Alkohol v 30D - 6 a vícekrát	19,1%	18,5%	18,8%	--
Binge drinking v 30D - 3 a vícekrát	14,6%	12,5%	13,3%	21,2%
Opilost v životě	70,8%	59,3%	63,6%	64,7%
Opilost v 12M	53,3%	38,0%	43,5%	--
Opilost v 30D	14,9%	10,1%	11,9%	21,3%

Tabulka 2-3. Prevalenční srovnání užívání nelegálních látek, těkavých látek a léků u studentů v Ostravě a v ČR v roce 2011 (Chomynová, 2015, nepublikováno)

	n=48	n=82	n=130	n=3913
	Chlapci	Dívky	Celkem Ostrava	Celkem ČR
Konopné látky v životě	31,3%	29,3%	30,0%	42,3%
Konopné látky 12M	21,7%	21,0%	21,3%	29,7%
Konopné látky 30D	8,9%	9,9%	9,5%	14,6%
Extáze v životě	6,4%	4,9%	5,4%	3,3%
Extáze 12M	4,3%	2,4%	3,1%	1,5%
Extáze 30D	2,1%	1,2%	1,6%	0,4%
Heroin v životě	2,1%	2,4%	2,3%	1,4%
Heroin 12M	2,1%	2,4%	2,3%	0,7%
Heroin 30D	2,1%	0,0%	0,8%	0,4%
Pervitin v životě	2,1%	3,7%	3,1%	1,9%
Pervitin 12M	2,1%	3,7%	3,1%	1,2%
Pervitin 30D	2,1%	0,0%	0,8%	0,5%
Těkavé látky v životě	8,5%	7,3%	7,8%	7,8%
Těkavé látky 12M	6,4%	2,4%	3,9%	3,6%
Těkavé látky 30D	2,1%	3,7%	3,1%	1,5%
Sedativa v životě	8,5%	9,8%	9,3%	10,1%
LSD v životě	4,3%	3,7%	3,9%	5,1%
Crack v životě	2,1%	0,0%	0,8%	0,7%
Kokain v životě	2,1%	1,2%	1,6%	1,1%
Halucinogenní houby v životě	4,3%	1,2%	2,3%	6,9%
GHB v životě	2,1%	1,2%	1,6%	0,4%
Anabolika/steroidy v životě	2,1%	2,4%	2,3%	1,4%
Injekční užití v životě	2,1%	1,2%	1,5%	0,6%

3. Hraní hazardních her

Oblast sázkových her zaznamenala v posledních 4 letech zásadní proměny. Celorepublikově lze pozorovat výrazný tlak státní správy i některých regionálních správ na regulaci elektronických herních zařízení v (EHZ) v kamenných provozovnách, mezi které patří zejména výherní hrací automaty (VHP),

interaktivní videoloterijní terminály (IVT) a další elektronické hry jako např. elektromechanické rulety (EMR). Velmi snadná dostupnost hazardních her je totiž podle některých výzkumů jedním z hlavních faktorů problémového hraní a také faktor, který komplikuje proces úzdravy u těchto hráčů (Williams et al., 2012b, Abbott et al., 2013, Vasiliadis et al., 2013). Podle poslední výroční zprávy o hazardním hraní z roku 2014 (Mravčík a kol., 2015) klesl počet těchto zařízení nejvíce mezi lety 2012 a 2014, a to o více jak 30 tis. z původních 100 tisíc v roce 2012 na 69 tisíc v roce 2014¹. Na pozadí regulačních snah roste význam jiných forem sázení a hazardních her. Podle první rozsáhlé studie Hazardní hraní v ČR a jeho dopady (Mravčík a kol., 2014), které realizovalo NMS, lze v posledních letech pozorovat nástup **on-line hazardních her** a sázkových portálů a kanceláří s nabídkou tzv. **live sázek**.

Na regionální úrovni si nejvíce hazardních her zachovávají příhraniční regiony s Německem a Rakouskem a některá velká města. **MSK patří k regionům s jedním z nejvyšších počtů povolených her** v roce 2014 (7233) a to platí i v přepočtu na 10 tis. obyvatel. MSK pak dlouhodobě zaujímá celorepublikové prvenství v počtu heren a provozoven se zvláštním režimem. Těch bylo v roce 2014 v MSK 717. Po Praze má MSK také nejvíce kasin. **Počet kasin se přitom rapidně zvýšil**. Od roku 2010, kdy jich bylo v celém regionu jen 13, se jejich počet vyšplhal na 104 v roce 2014 s umístěním převážně v Ostravě. Tento trend, i když ne tak rapidní, lze pozorovat i v některých dalších velkých městech, kde dochází k zakazování běžných heren obecně závaznými vyhláškami měst a nahrazování heren kasiny, jejichž povolování spadá do gesce Ministerstva financí. Hazardní firmy se tak snaží vyhnout restriktivním opatřením lokálních samospráv. I přes regulační tendence posledních let patří ČR mezi státy s největší dostupností EHZ na světě.

V porovnání s velkými městy jako je Praha, Brno nebo Plzeň se pak v samotné Ostravě nacházelo v roce 2014 také nejvíce EHZ. Na 10 tis. obyvatel připadalo cca 90 EHZ, přičemž celorepublikový průměr je 54,7 a Praha má pro srovnání 64,2 přístroje na 10 tis. obyv. V **Ostravě je také nadměrný počet heren**, a to 8,8 na 10 tis. obyv. (průměr ČR je 5,7) a **vysoký počet kasin**. Vzhledem k tomu, že se Ostrava nenachází v hraničním pásmu typickém pro hazardní turistiku, je nadměrný výskyt EHZ zvláštní a může souviset se sociálně ekonomickou situací v regionu, zvýšenou nezaměstnaností a vyšším výskytem sociálního vyloučení. Tyto faktory souvisí se zvýšeným výskytem hazardních příležitostí. Ostrava-město je také okresem s 6. nejvyššími příjmy obecních rozpočtů z odvodů z hazardního hraní na 1 obyvatele a první mezi velkými městy. Za rok 2014 to bylo 863 Kč/1obyv.

Situace v Ostravě by se měla změnit s novou **obecně závaznou vyhláškou (OZV 8/2015)**, která nabývá účinnosti **1. 1. 2017**. Vyhláška reguluje místní výskyt heren, kasin a zařízení se zvláštním režimem, kde se mohou hrát EHZ. Jejich počet omezuje na 42 adres na území celé Ostravy. V centru (Moravská Ostrava a Přívoz) přitom zůstávají pouze kasina. Dalším z omezení je časová působnost. Vyhláška stanovuje, že provozní doba herních míst je omezena od 10 do 3 hodin následujícího dne. Stanovení časů nicméně není explicitní a není tedy jasné, zda se jedná o 3 hodinu ranní nebo odpolední. Z omezení časové působnosti jsou vyjmuta všechna místa v centru Ostravy (Přívoz, Moravská Ostrava, Mariánské Hory a Hulváky), kde se celkově jedná o 10 kasin. Ta mohou být provozována non-stop. Z hlediska Ostravy jde o významný posun v regulaci hazardu, nicméně až čas ukáže, zda toto omezení může opravdu výrazněji překročit hranici, kdy omezení hráčských příležitostí je tak velké, že výrazněji zabrání v excesivním hraní.

3.1 Prevalence hraní hazardních her

Podle Výzkumu občanů z roku 2013 (NMS and INRES-SONES, 2013) hrálo za peníze on-line v posledních 12 měsících 12,5% populace ve věku 15-64 let. Z nich pak 3,9% live sázky. Právě hráči on-line live sázek vykazují vedle hráčů klasických automatů často rysy problémového hraní, ať už se týká frekvence hraní nebo prosázených finančních prostředků. Tabulka 3-2. zpracovává **odhady počtu hráčů ve věku 15-64 let ve městě Ostrava**, kteří v posledních 12 měsících hráli některou z her z typických skupin sázkových her. Podobně jako je tomu v případě návykových látek, lze pozorovat, že hraní hazardních her je více

¹ Data pro rok 2015 ještě nejsou známa

mužskou záležitostí. To ovšem neplatí pro číselné loterie, kde mírně převažuje účast žen na těchto hrách. Vzhledem k regulatorním snahám pak lze do budoucna pozorovat úbytek počtu hráčů EHZ a jejich přesun za hraním na internet, do sázkových kanceláří, případně do okolních měst, kde k regulaci nedošlo.

Tabulka 3-1. Výskyt sázkového hraní v obecné populaci a odhady počtu hráčů ve městě Ostrava na základě Národního výzkumu 2012

Prevalence	Pohlaví		Celkem	Počet hráčů ve městě Ostrava
	Muži	Ženy	15–64 let	
Prevalence v posledních 12 měsících				
Sázkové hry celkem (vše)	31,1	20,1	25,5	52 620
Sázkové hry bez loterií a drobných sázek	16,2	2,8	9,4	19 397
Elektronické sázkové hry (EHZ)	6,3	1,1	3,7	7 635
On-line sázkové hry	7	0,7	3,8	7 841
Jen loterie (číselné a okamžité)	14,8	16,8	15,8	32 603

Podle studie ESPAD z r. 2011 hraje na automatech alespoň jednou za měsíc v Ostravě 2,3% studentů. Celoživotní zkušenost s automaty má v Ostravě 6,2% studentů. V obou případech se jedná o hodnoty, které jsou pod republikovým průměrem – více v tabulce 2-3.

Tabulka 3-2. Prevalenční srovnání hraní na automatech u studentů v Ostravě a v ČR v roce 2011 (Chomynová, 2015, nepublikováno)

	n=48	n=82	n=130	n=3913
	Chlapci	Dívky	Celkem Ostrava	Celkem ČR
Hraní na automatech	10,4%	3,7%	6,2%	9,60%
Hraní na automatech (1+ měsíčně)	4,2%	1,2%	2,3%	3,10%

4. Problémové užívání a problémové hraní ve městě Ostrava

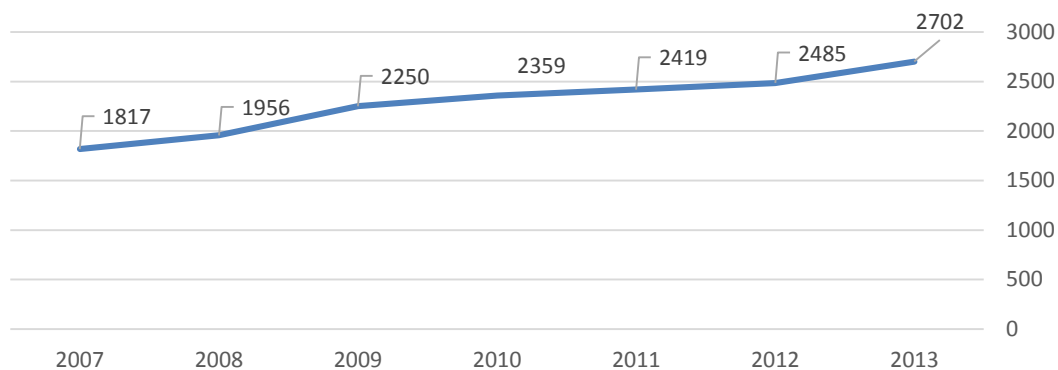
Problémové užívání drog (PDU – z angl. *problem drug use*) je jedním z hlavních sledovaných jevů v oblasti drogové prevence, jelikož se k němu vztahuje nejvíce rizik po zdravotní i sociální stránce. Podle EMCDDA je problémové užívání definováno jako „užívání drog nitrozilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu anebo amfetaminů“ (EMCDDA, nedatováno). Mezi lety 2005 a 2013 lze celorepublikově pozorovat nárůst z původních 31 800 na 44 900 PDU (NMS, 2014). Podle výroční zprávy NMS (Mravčík a kol., 2014) za navyšování počtu uživatelů nemusí být nutně to, že by docházelo k reálnému navyšování počtu PDU, ale to, „...že vykazované počty klientů a výkonů ze závěrečných zpráv se postupně stále více používají pro hodnocení projektu v dotačním řízení, je pravděpodobné systematické navyšování těchto údajů ve srovnání s předchozím obdobím.“

Pro vypočtení počtu PDU ve městě Ostrava jsme stanovili hypotézu, že množství PDU ve městech roste lineárně s hustotou obyvatel. Tuto hypotézu jsme vyvodili na základě toho, že v Praze a zřejmě i v dalších velkých městech počet PDU převyšuje množství, ke kterému bychom se dobrali prostým přepočítáním na počet obyvatel. Protože se výpočty počtu PDU ve velkých městech dělají pouze pro Prahu, vypočítali jsme koeficient, který určuje, kolikrát stoupá počet PDU oproti očekávanému počtu PDU při prostém přepočtení množství obyvatel.

Na základě této úvahy jsme pak sestavili trojčlenku, že pokud je koeficient pro Prahu 3,79 při 18,9 krát vyšší hustotě obyvatel, pak v Ostravě bude x krát vyšší při 10,5 krát vyšší hustotě. Na základě

jednoduchého výpočtu jsme pak došli ke koeficientu x pro Ostravu, který je 2,11 (tzn., že **v Ostravě je 2,11 krát víc PDU, než kolik by bylo při prostém přepočtení na počet obyvatel města**). Z této úvahy vychází, že **počet PDU se postupně zvyšoval od r. 2007 do r. 2013 z původních 1800 na 2700 PDU**. V tabulce 3-1 uvádíme přehled za roky 2007 až 2013.

Graf 4-1. Výskyt problémového užívání a počet PDU na základě Výroční zprávy NMS za rok 2013 a přepočtení na počet obyvatel Ostravy



4.1 Problémové užívání jiných nelegálních látek

Určení počtu problémových uživatelů pervitinu, heroinu nebo jiných nelegálních látek z celonárodních dat by bylo už hodně nepřesné a částečně by vyvracelo lokální specifika. Například z informací terénních pracovníků společnosti Renarkon vyplývá, že heroinová scéna je v Ostravě spíše v útlumu, substituční program funguje jen omezeně a zneužívání buprenorfinu není běžným jevem jako například v Brně nebo v Praze. V MSK byl pouze zaznamenán zvýšený výskyt **fentanylu**, syntetického opiátu, u kterého hrozí rychlejší předávkování a který se objevuje právě jako náhražka za tradiční opiátové látky (heroin, morfin apod.). Oproti dalším velkým městům, jako je Brno a Praha, v Ostravě převládají mezi PDU uživatelé pervitinu.

Pravidelné a problémové užívání dalších látek lze určit na základě výše zmíněného koeficientu pro Ostravu. Nejblíže mohou být problémovému užívání uživatelé, kteří užívali dané látky v posledních 30 dnech. Orientační výpočty uživatelů, kteří v posledních 30 dnech užívali některé ze sledovaných látek, zpracovává tabulka 4-1.

Tabulka 4-1. Užití vybraných nelegálních látek v posledních 30 dnech na základě Národního výzkumu 2012 a přepočtení na Ostravu podle koeficientu

Typ látky	Počet uživatelů 30D - Ostrava
Konopné drogy	19157
Extáze	436
Pervitin nebo amfetaminy	871
Kokain	435
Heroin	<200 ²
LSD	435
Houby	871
Nové látky	435

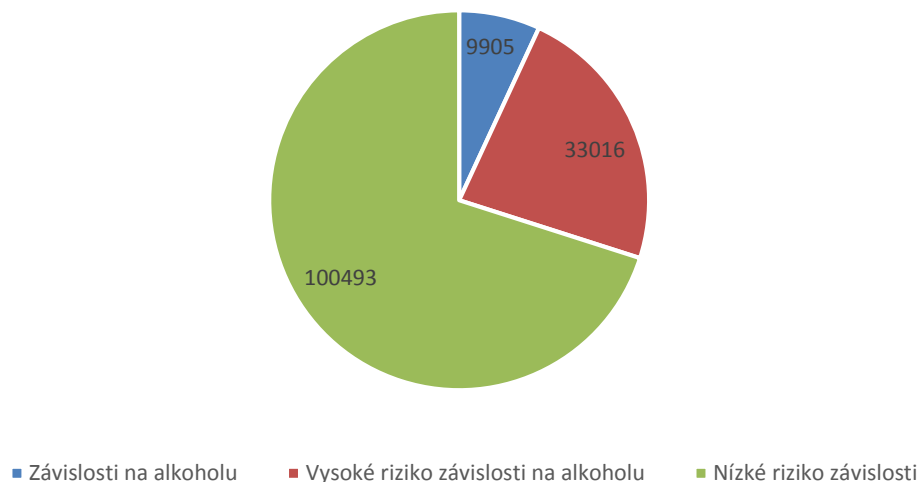
V Národním výzkumu 2012 (Mravčík a kol., 2013) byla také použita screeningová škála CAST (Cannabis Abuse Screening Test) pro hodnocení problémového nebo rizikového užívání konopných látek u obyvatel ČR ve věku 15-64 let. Uživatelé, kteří skórovali na škále 7 a více bodů, byli identifikováni jako uživatelé v nejvyšším riziku a spadají tak nejvíce do kategorie „problémových uživatelů konopí“. Podle této studie jich bylo v obecné populaci 1,1%, což při přepočtu na počet obyvatel Ostravy dělá **cca 2270 problémových uživatelů konopí ve věku 15-64 let.**

4.2 Problémové pití alkoholu

V r. 2012 byla v ČR realizována reprezentativní studie v rámci Dvouleté dohody o spolupráci mezi MZ ČR a WHO-EURO pro roky 2012–2013 zaměřená na kouření tabáku a pití alkoholu v populaci (Sovinová, Csémy, 2013). Na základě tohoto průzkumu do kategorie problémových konzumentů alkoholu, u kterých jde pravděpodobně o závislost, spadalo 4,8 % populace (7,2 % mužů a 2,4 % žen). Dalších 16,0 % populace (23,0 % mužů a 9,3 % žen) spadalo do kategorie vysokého a 48,7 % (47,3 % mužů a 49,9 % žen) do nízkého rizika v souvislosti s konzumací alkoholu. Výskyt častého pití nadměrných dávek klesá s věkem a častěji je uváděn respondenty, kteří žijí na venkově (Mravčík a kol., 2014). V tabulce 4-3 jsou uvedeny přepočty pro Ostravu.

² Uživatelé nelegálních opiátů se podle informací terénních pracovníků společnosti Renarkon v Ostravě vyskytují spíše sporadicky. Nelze zde tedy uplatnit koeficient velkého města jako u jiných látek.

Graf 4-2. Počet konzumentů alkoholu v Ostravě v r. 2012 podle míry rizika závislosti na alkoholu podle typů



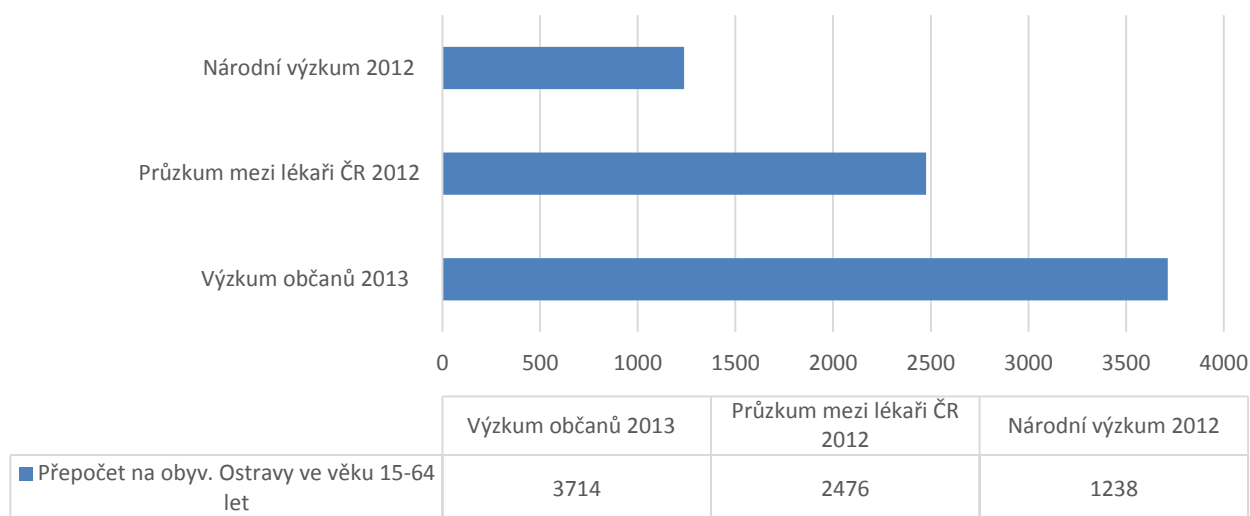
V souvislosti s konzumací alkoholu platí na území Ostravy **obecně závazná vyhláška (OZV 2/2009)**, která se v rámci zabezpečení místních záležitostí veřejného pořádku snaží na území města Ostravy vymezovat „... veřejná prostranství, na kterých je zakázáno konzumovat alkoholické nápoje a tím vytvořit opatření směřující k ochraně veřejného pořádku, bezpečnosti a dobrých mravů, zejména mravní výchovy dětí a mládeže.“ Vyhláška nabyla účinnosti 15. 4. 2009 a její součástí je 37 stránková příloha, která vymezuje veřejná prostranství na území Ostravy, kde je zakázáno pít na veřejnosti alkohol.

4.3 Problémové hráčství

V oblasti problémového hraní (event. hráčství) nebyly v rámci Ostravy provedeny prozatím žádné podrobné studie. Počet problémových hráčů, kteří by mohli využívat preventivních a léčebných služeb, je tedy třeba odhadovat z celorepublikových prevalencečních studií. NMS provedlo v r. 2012 a 2013 několik studií, kde se pokoušelo o odhad míry problémového hraní v populaci. Jedná se o studie Výzkum občanů 2013 (NMS, Inres-Sones, 2013b), Průzkum mezi lékaři v ČR 2012 (NMS, Inres-Sones, 2013c) a Národní výzkum 2012 (Chomynová, 2013).

Každá z těchto studií používá odlišnou metodologii a kritéria na stanovení počtu problémových uživatelů a dosahuje také odlišných výsledků. Nicméně při zachování nejpřísnějších kritérií se prevalence problémového hraní pohybuje v rozmezí **0,6% - 1,8%** v populaci ve věku 15-64 let. Tabulka 4-4 znázorňuje tyto poměry a převádí je na počet obyvatel Ostravy ve stejné věkové kategorii. Z údajů je patrné, že **odhady počtu problémových hráčů jsou v průměru o něco vyšší než problémových uživatelů drog**. V oblasti problémového hraní podle provedených výzkumů dominují muži, a to více než v oblasti problémového užívání drog. Muži tvoří 80-90% lidí, kteří spadají do kategorie problémového hraní.

Graf 4-3. Podíl problémového hraní v populaci 15-64 let a přepočten na Ostravu (NMS, 2014)



5. Drogová kriminalita, spotřeba a záchyty drog

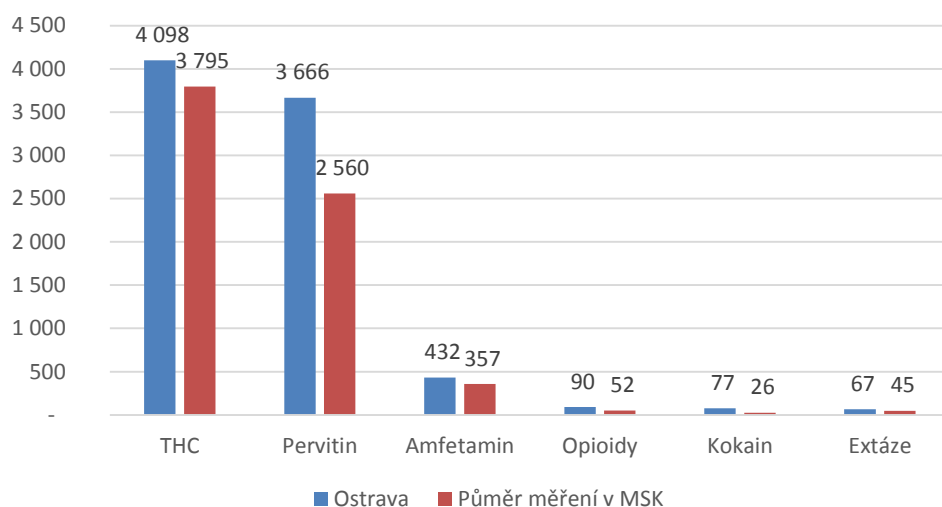
V této části se zabýváme nejdříve odhadem spotřeby látek, jejich záchytem, včetně drogové kriminality primární i sekundární. Údaje, ze kterých jsme při zpracování tohoto tématu vycházeli, jsou jak celorepublikové Výroční zprávy, tak údaje lokálních institucí jako je MŘP Ostrava MP Ostrava, PMS Ostrava a osobní rozhovory se zástupci těchto institucí i samotnými uživateli. Oporou pro nás byly také výzkumy, které byly prováděny na území Ostravy, především analýza odpadních vod anebo diplomová práce z oblasti kriminality a drogových závislostí.

5.1 Odhad spotřeby a záchyty drog

Odhad spotřeby jednotlivých látek doplňuje prevalenční údaje, které se zaměřují spíše na informace, kdo a jak často bere jednotlivé látky. Množství pravidelných uživatelů by pak mělo korespondovat i s tím, jak si jednotlivá města stojí v množství spotřebovaných látek. Na základě odhadu spotřeby lze také vysledovat účinnost represivních opatření na straně omezování nabídky. Jelikož neexistují výzkumy spotřeby, které by se zabývaly problematikou pro Ostravu, vycházíme z údajů na celorepublikové úrovni, které se pravidelně provádí v ročních intervalech, naposledy pro rok 2013 (Vopravil, in Mravčík a kol., 2013). Odhady spotřeby jsme založili na podobné logice jako výpočet problémových uživatelů drog a tedy, že množství spotřebovaných látek ve velkém městě bude stoupat. Pro odhad, o kolik se množství spotřeby navýší, jsme použili průzkum odpadních vod provedený firmou ACCENDO v roce 2014 v rámci studie „DRAGON 2 od měření k řešení“ (Hruška, Baranová a kol., 2014), který probíhal v několika větších městech MSK (Ostrava, Bruntál, Havířov, Nový Jičín, Karviná, Frýdek-Místek, Opava).

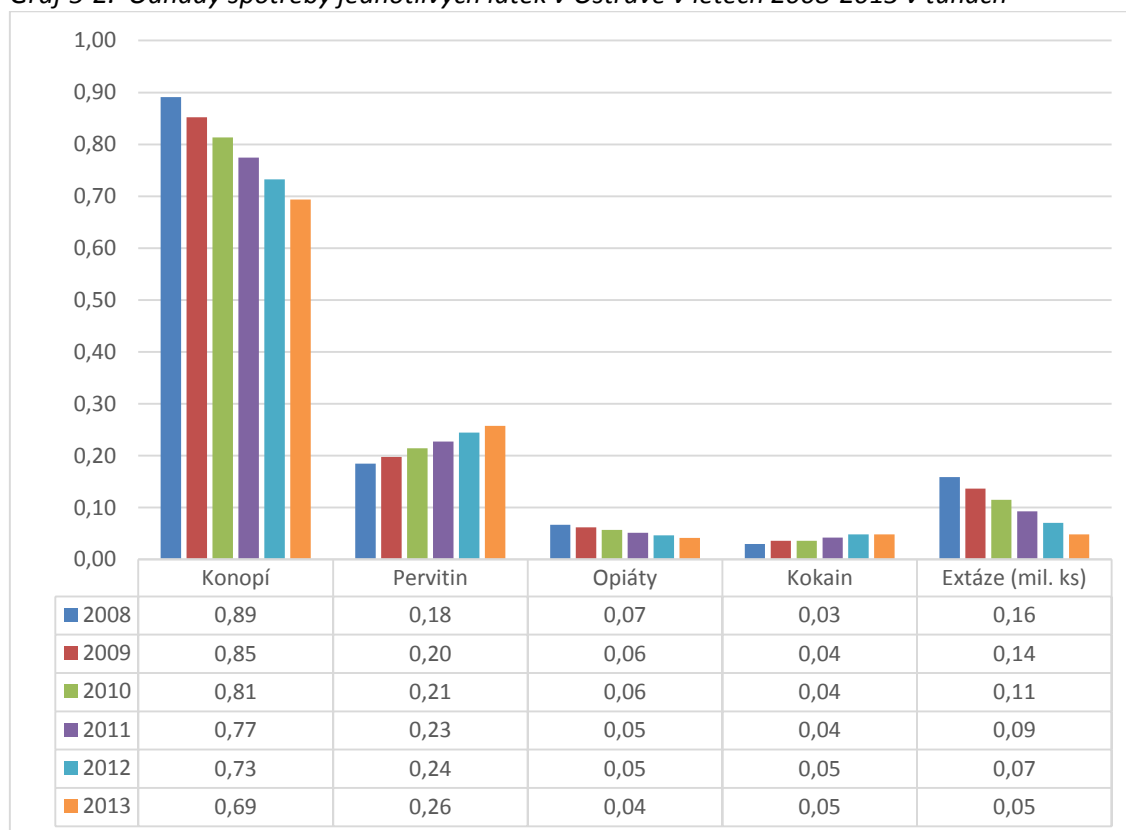
Na základě této studie vyplývá, že množství zachycených metabolitů jednotlivých látek ve sledovaném období jednoho týdne na začátku září 2014 v Ostravě převyšoval významně průměr MSK – viz Graf 5-1. Nejvíce se zvyšuje množství detekovaných látek u kokainu (o 200%), u opiátů (o 72%), extáze (o 47%), u pervitinu pak o 43%. K nejmenšímu navýšení dochází u metabolitu konopí, a to pouze o 8%. V období, kdy tento průzkum probíhal, navíc ještě nezačal semestr na vysokých školách. Je přitom pravděpodobné, že by se s příchodem množství studentů zvýšilo množství zachycených rekreačních drog jako je extáze, konopí apod.

Graf 5-1. Množství metabolitu dané látky v mg na 1000 obyv. v odpadních vodách v Ostravě v porovnání s průměrem množství dané látky na ostatních místech MSK ve vybraném období v roce 2014 - ACCENDO (Hruška, Baranová a kol., 2014)



Uvedené procentuální rozdíly mezi průměrem MSK a Ostravou jsme využili pro odvození spotřeby látek v Ostravě na základě odhadů, které se dělají celorepublikově (Vopravil, in Mravčík a kol., 2013). Graf 5-2 tak zobrazuje vývoj spotřeby jednotlivých látek v tunách v Ostravě mezi lety 2008 a 2013 v přepočtu na obyvatele Ostravy ve věku 15-64 let se zohledněním procentuálních navýšení spotřeby podle hodnot z průzkumu odpadních vod. Podle uvedených dat lze pozorovat snižování spotřeby konopí a naopak zvyšování spotřeby pervitinu. Pervitinu se v r. 2013 spotřebovalo v Ostravě cca 260 kg, konopí cca 690 kg, opiátů kolem 40 kg, kokainu 50 kg a extáze cca 50 tis. kusů.

Graf 5-2. Odhady spotřeby jednotlivých látek v Ostravě v letech 2008-2013 v tunách



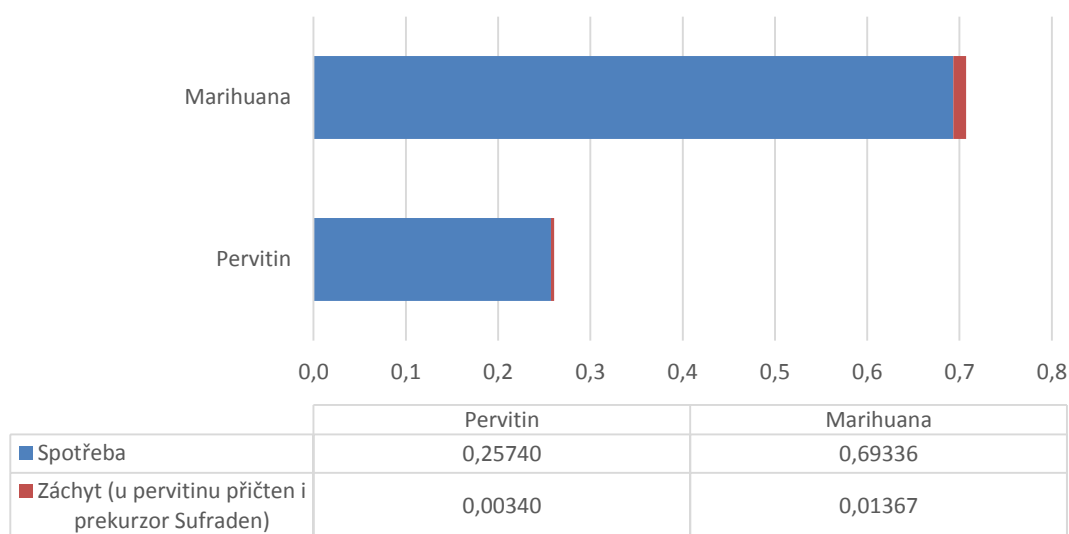
Krajské ředitelství Policie ČR v Ostravě poskytlo zároveň údaje o množství zachycených látek ve městě Ostrava za roky 2012-2014. Z údajů o záchytech vyplývá, že ty tvoří pouze zlomek reálné městské spotřeby. Např. v roce 2014 bylo zachyceno pouze 386 gramů pervitinu a 3,1kg jeho prekurzoru Sudafedu (léku s obsahem pseudoefedrinu), extáze v r. 2014 nebyla vůbec zachycena a v r. 2013 jen velmi malé množství 116 ks. Veškeré záchyty látek Policí ČR v Ostravě zobrazuje tabulka 5-1.

Tabulka 5-1. Záchyty jednotlivých látek ve městě Ostrava Policí ČR v letech 2012-2014 (Policie ČR, nepublik.)

LÁTKA:	2012	2013	2014
Marihuana	7.686,17 g	13.672,32 g	13.915,3 g
Rostliny marihuany z toho	1202 ks	3093 ks	1756 ks
Pervitin	96,15 g	36,8636 g	386,44 g
Heroin	0	0	0
Extáze	0	116 ks	0
LSD	0	40 ks	0
Syntetika /AMSTERDAM/	0	145.008 ks	0
Diazepam	8.500 ks	0	0
Sudafed	0	0	223 ks + 3.135 g

Z porovnání dvou základních nelegálních látek, pervitinu a konopí, lze pozorovat, že záchyty drog Policí ČR tvořily v r. 2013 u pervitinu kolem 1%, u marihuany pak kolem 2%. Z grafu 5-3 lze pozorovat, že záchyty látek represivními orgány jsou velmi marginální. Na otázku, jak je tedy množství zachycených látek podstatné, zástupci Ostravské policie odpověděli tak, že „... pro Policii není jediným úkolem zajistit vyrobenou drogu, ale především zadržet a pravomocně zastíhat (do uložení pravomocného rozsudku soudu) pachatele, kteří drogu produkují a na trh dále distribuují. Jedině pravomocným odsouzením těchto pachatelů, zejména tzv. "vařičů" na několik let, je jistota, že se samozřejmě z trhu ztratí také jejich "zboží". Samozřejmě, že hodnota prokazovaného vyprodukovaného a prodaného množství drog v rámci probíhajících trestních řízení je neskonale vyšší a konkrétně u pervitinu se pohybuje každoročně v kg" Dalším faktorem nízkého podílu zachycené drogy je podle ostravské Policie také to, že zásahy probíhají mnohdy ve chvíli, kdy var ještě není u konce a na místě jsou zachyceny pouze látky určené k výrobě pervitinu, které se tolik ve statistikách nenevidují.

Graf 5-3. Srovnání spotřeby a záchytu pervitinu a marihuany v Ostravě v roce 2013 v tunách



Z rozhovorů s uživateli drog i pracovníky drogových organizací, které jsou více popsány v 2. a 3. části tohoto textu, vyplývá, že se v posledních letech kontinuálně **snižuje kvalita některých pouličních drog**. Týká se to zejména pervitinu a heroinu. To souvisí se snahou na prodeji drog vydělat a s tím, že pervitin dnes prodávají a vyrábí lidé, kteří k tomu mají málo zkušeností. Pervitin se vyrábí z léků, které se dováží z Polska, díky regulaci nákupu léků s obsahem pseudoefedrinu v ČR. Snižující se kvalita má někdy za následek vážné zdravotní problémy v podobě předávkování neznámou látkou, nebo zvyšování agresivity u uživatelů.

5.2 Primární a sekundární drogová kriminalita

Primární drogová kriminalita

Primární drogová kriminalita je trestná činnost, která je spojená s porušování zákonů v oblasti nakládání s psychotropními látkami. Zahrnuje především drogové trestné činy (DTČ):

- Nedovolené výroby a nedovoleného držení (dle § 283, § 284, § 285 TZ)
- Nedovolené výroby a nedovoleného držení předmětů určených k výrobě (dle § 286 TZ)
- Podněcování či svádění jiného k užívání jiné návykové látky než alkoholu (dle § 287 TZ)

Podle Výroční zprávy ve věcech drog z roku 2013 nejvyšší počet zjištěných DTČ na 100 tis. obyvatel ve věku 15–64 let evidují Praha, Karlovarský a Liberecký kraj. Naopak kraje s nejnižším počtem byly kraje Zlínský, Královéhradecký a Moravskoslezský. V MSK to bylo celkově v roce 2013 368 trestných činů, což činí 44 na 100 tis. obyvatel (v Praze je to v porovnání 181, v Karlovarském kraji 93). Nižší počet případů nutně ovšem neznamená nižší míru reálné kriminality, nýbrž míru, s jakou se Policie touto oblastí zabývá a nakolik je při odhalování této trestné činnosti úspěšná. Na druhou stranu, MSK se řadil v r. 2012 ke krajům, které zaznamenaly jeden z nejvyšších podílů mrtvých v dopravních nehodách pod vlivem psychotropních látek, a to 7. Ostrava představuje centrum regionu, kde se drogové kriminality řeší nejvíce. Podle informací z MŘP Ostrava to kontinuálně představuje kolem **20% celkové zaznamenané drogové trestné činnosti v kraji**. Většinu přitom představuje nedovolená výroba a distribuce, což je stejné jako v ostatních městech a regionech ČR. Podle informací MŘP Ostrava a z diplomové práce jednoho z jejich zaměstnanců vyplývá, že nejčastěji jsou zaznamenávány:

„...případy nelegální výroby a distribuce metamfetaminu. Jeho výroba je saturována z léčiv nakupovaných v Polsku. Metamfetamin je vyráběn převážně v tzv. domácích laboratořích pro omezený počet odběratelů. Tyto varny se nejčastěji nacházejí na odlehlých místech (chaty, půjčené prostory, vybydlené a opuštěné domy). Na druhém místě v počtu odhalených případů je marihuana. Ostravsko je nejen tranzitním územím pro převoz technologií pro „indoor“ pěstování do Polské republiky, ale i místem výroby pěstováním tzv. „indoor“ způsobem v pronajatých objektech. Takto vypěstované konopí obsahuje vysoké procento THC. Do tohoto pěstování a obchodu jsou zapojeny osoby vietnamské národnosti. V Ostravě a v přilehlých oblastech byl zaznamenán větší zájem o kokain, který byl distribuován albánsky hovořícími osobami. Dovoz a distribuce této drogy spadala do působnosti osob albánského etnika. Významný vliv má taktéž silné zastoupení albánské komunity v příhraničních oblastech Polské republiky. Tato komunita se rovněž podílí na dovozu heroinu, do jehož další distribuce se zapojují čeští Romové, což je doménou zejména Ostravy“ (Sasín, 2011, s. 14).

Z údajů, které dodalo MŘP Ostrava také vyplývá, že zaznamenaná drogová kriminalita se rok od roku zvyšuje, a to zejména v oblasti nelegální výroby a distribuce. Ze 43 případů v roce 2012 a 47 v roce 2013 se v roce 2014 skokově zvýšila na 76 případů. Celková drogová kriminalita se pak zvýšila z 56 případů v roce 2012 na 102 případů v roce 2014. Jde zde o více jak 40% nárůst. Celkové údaje pak zpracovává tabulka 5-2.

Tabulka 5-2. Nápad drogových TČ a počet pachatelů v letech 2012 – 2014 v Ostravě (MŘP Ostrava)

Nápad vybraných druhů TČ	2012	2013	2014
skutky dle § 283 tr. zák.	43	47	76
skutky dle § 284 tr. zák.	4	10	16
skutky dle § 285 tr. zák.	4	0	6
skutky dle § 286 tr. zák.	3	3	4
skutky dle § 287 tr. zák.	2	8	0
vybraná trestná činnost celkem	56	68	102
ukončeno – Neznámý pachatel:	4	4	11
Počet pachatelů:	54	65	84

Specifickým případem drogové kriminality byly tzv. „**designer drugs**“ (nebo taky nové syntetické látky), které byly prodávány v kamenných obchodech v centru Ostravy, dokud nedošlo k jejich zákazu. Dnes se tyto látky prodávají na internetu a trestné činy s nimi spojené nejsou v současnosti tak patrné.

Sekundární drogová kriminalita

Primární drogová kriminalita tvoří v celkové trestné činnosti na území ČR i v Ostravě pouze nepatrný zlomek. Mnohem častěji se odehrává tzv. *sekundární kriminalita*, která může souviset s užíváním drog, nicméně její sledování je mnohem obtížnější. Jako sekundární drogová kriminalita se pak označují takové trestné činy, které nezahrnují přímo distribuci nebo prodej nelegálních látek, ale jsou spáchány v souvislosti s jejich užíváním a nakládáním s nimi (Zábranský et al., 2011).

Policie v ČR obvykle eviduje trestné činy, které jsou spáchány pod vlivem nějaké návykové látky. Nejčastěji je to alkohol a s ním související ohrožení pod vlivem, nedbalostní dopravní nehody apod. Celkově v r. 2013 v ČR tvořil podíl drogových (zejména alkoholových) uživatelů 15,9% trestných činů. NMS ve spolupráci s Národní protidrogovou centrálou (NMS, 2014) dělá také odhady sekundární drogové kriminality, která souvisí zejména s obstaráváním prostředků na nákup drog pro vlastní potřebu. Odhadem bylo zjištěno, že zhruba 34 % z vybraných 231 tis. TČ bylo spácháno uživateli drog. V drtivé většině se jednalo o majetkové trestné činy, jako je krádež, porušování domovní svobody, dále pak neplacení výživného a násilné trestné činy.

Komunikací s pracovníky **MŘP Ostrava** pak bylo zjištěno, že jejich odhad sekundární trestné činnosti je ještě mnohem vyšší. Mgr. Sasín z protidrogového oddělení říká, že „...*lze expertním odhadem konstatovat, že podíl toxikomanů na tzv. majetkové trestné činnosti (krádeže, krádeže vloupáním...) je 80 - 90%, a u tzv. násilné trestné činnosti (loupeže...) je 70 - 80%.*“ Jde většinou o krádeže a vloupání do aut, vykrádání bytů nebo loupežná přepadení osob nebo heren a barů. Vyšší podíl na majetkové trestné činnosti potvrdili i pracovníci ostravské **Probační a mediační služby**, kteří uvedli, že mnoho jejich klientů má přímo v rámci probačního dohledu povinnost zdržet se užívání návykových látek. Pracovníci PMS přitom uvedli, že zatímco u trestné činnosti uživatelů nelegálních látek se jedná převážně o majetkovou trestnou činnost a distribuci, tak u uživatelů alkoholu se jedná o násilné trestné činy jako je domácí násilí nebo výtržnosti. Podle informací PMS se v posledních letech zvyšuje podíl žen uživatelů na trestné činnosti a dochází k tomu, že trestné činnosti pod vlivem drog se dopouští čím dál tím mladší pachatelé. Vysoké odhady sekundární drogové kriminality pro Ostravu se zdají být nicméně v porovnání s běžnou situací na jiných místech ČR nadhodnocené a neodpovídají běžným údajům, které se pohybují mezi 30 a 40%.

Ve zdrojových materiálech, ze kterých se dozvídáme o sekundární drogové kriminalitě, je tato problematika prezentována velmi zjednodušeným a někdy až mylným způsobem. Jde především o to,

že drogy a drogová závislost je zde označována za jakousi příčinu konání trestné činnosti. Případně za jakousi inherentní vlastnost osobnosti uživatelů (např. Sasín, 2011). Nicméně zůstává nereflektováno, že trestná činnost souvisí především s ilegalitou daných látek, která uživatele nutně žene do kriminálního prostředí a zvyšuje rapidně ceny drog, které jsou pak běžnou výdělečnou činností neobstaratelné. Zkušenosti se substituční léčbou nebo s dekriminací drog v některých státech (např. Portugalsko) zcela jasně ukazují, že za kriminalitou, především majetkovou, je z velké části zodpovědná právě **ilegalita látek**.

Přestupky související s drogami a alkoholem

V oblasti ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi strážníci MP mj. dohlíží na dodržování obecně závazné vyhlášky, která omezuje konzumaci alkoholu na veřejnosti. Její porušení v období leden-září 2014 zjistili 2948krát. Při dohledu na dodržování zákonů v souvislosti s prodejem, podáním a konzumací alkoholu realizuje MP spolu s Policií ČR, ale i dalšími subjekty preventivně-bezpečnostní opatření. Při kontrolách provozoven, kde se prodává a konzumuje alkohol, se dohlíží, zda nedochází k prodeji a konzumaci alkoholu osobami mladšími 18let. Při 16 kontrolních akcích strážníci MP odhalili 77 osob mladších 18 let pod vlivem alkoholu. Mezi lety 2013 a 2014 došlo v této oblasti jen k nepatrnému zvýšení – viz Tabulka 5-3.

Tabulka 5-3. Počet přestupků souvisejících s alkoholismem a toxikománií v prvních pololetích r. 2013 a 2014 v městě Ostrava (MP Ostrava)

Přestupky	Počet přestupků			Na 1000 obyvatel		
	leden-září 2013	leden-září 2014	změna proti roku 2013	leden-září 2013	leden-září 2014	změna proti roku 2013 (index)
Na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi § 30	1 598	1 614	16	54,2	55,0	0,8

Trestná činnost související s gamblingem

Vzhledem k velké dostupnosti heren v Ostravě je pravděpodobné, že velké množství sekundární drogové kriminality souvisí s hazardním hraním. Populace drogových uživatelů a hráčů hazardních her se do určité míry překrývá a není proto možné tyto dvě skupiny spolehlivě oddělit a určit, co stojí za kriminalitou drogových uživatelů a co za kriminalitou gamblerů (NMS, 2013). Ve své diplomové práci, která zkoumá trestnou činnosti uživatelů drog ve městě Ostrava, uvádí Sasín (2011), že hře na automatech se pod vlivem OPL věnují tři čtvrtiny ze zkoumaných subjektů. Z Výroční zprávy ve věcech drog (NMS, 2013) se k trestné činnosti hazardních hráčů podobně jako u drogových uživatelů drog řadí nejčastěji majetková trestná činnost nebo finanční trestný čin jako je např. zpronevěra.

6. Zdravotní a sociální dopady

Zdravotní a sociální problémy představují poměrně širokou tematickou oblast, které se věnujeme v této analýze napříč všemi částmi. Nejdetailejší informace pro Ostravu jsou uvedeny v kapitole 2 a 3, kde se ptáme nejdříve pracovníků služeb v oblasti závislostí na jejich pohled a poté samotných uživatelů drog, s čím se nejčastěji potýkají a jak své problémy řeší. Na tomto místě proto přinášíme pouze základní přehled nejdůležitějších zdravotních a sociálních indikátorů, založený na statistických údajích

relevantních institucí jako je Krajská hygienická stanice, která vydává výroční zprávy o zdravotních dopadech a trendech u léčených uživatelů drog, nebo Národní monitorovací středisko, které se ve svých závěrečných zprávách této problematice také zevrubně věnuje. V této kapitole budeme uvádět informace především pro celý MSK, jelikož data z léčebných zařízení se uvádějí vždy za celý kraj.

6.1 Zdravotní dopady

Infekční onemocnění

S užíváním návykových látek, a zejména s problémovým užíváním je spojen zvýšený výskyt infekčních chorob, jako jsou především žloutenka typu B (VHB) a C (VHC), tuberkulóza a sexuálně přenosné choroby jako HIV nebo syfilis. Obecně patří ČR k zemím, kde je výskyt těchto chorob mezi uživateli drog malý v porovnání s ostatními zeměmi EU. Např. promořenost HIV mezi injekčními uživateli je stále pod 1%. Situace v oblasti nových nálezů u VHB a VHC je poměrně stabilní a počet chronicky nemocných VHC spíše klesá.

Na základě údajů z výroční zprávy Krajské hygienické stanice (2014) vyplývá, že v MSK byl r. 2014 nejvyšší počet akutních onemocnění VHB (19 osob), nicméně jen 5 lidí z toho bylo injekčních uživatelů drog. U akutní žloutenky typu C přibylo v r. 2014 6 osob, z toho byly 3 i.v. uživatelé. U chronické formy VHC bylo evidováno v r. 2014 celkově 69 případů, z toho bylo 30 i.v. uživatelů drog – což je méně než 50% (průměr ČR je kolem 58%).

V oblasti sexuálně přenosných chorob je hlavním sledovaným indikátorem počet HIV infikovaných a onemocnění AIDS. Injekční uživatelé se podílejí v ČR asi 4% na celkovém počtu HIV infikovaných a asi 8% na množství nemocných AIDS (KHS, 2014). První místo v počtu případů na 100tis. obyvatel zaujímá Praha. MSK je až s výrazným odstupem na 7. místě mezi všemi kraji v ČR.

Další zdravotní potíže

Mezi další běžné zdravotní komplikace zejména u problémových uživatelů patří **nemoci chrupu a kůže**, které se pojí zejména se špatnou úrovní hygieny, ale i s povahou chemických látek samotných. V této souvislosti poukazují uživatelé drog na **špatný přístup ke zdravotním službám**, ve kterých se občas setkávají se stigmatizací ze stran zdravotnického personálu, podobnou zkušenost uvedla například účastnice Focus Group a několik respondentů v individuálních rozhovorech. Více v kapitole 10.5 a 11.2.

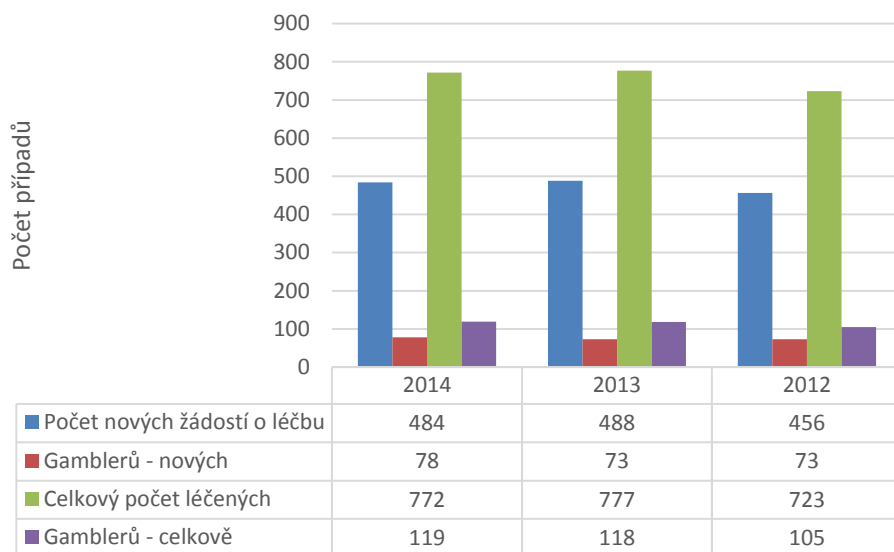
Mezi typická zdravotní rizika patří **předávkování**. MSK patří k regionům s jedním z nejvyšších množství akutních předávkování a zdravotních komplikací v souvislosti s užitím. V r. 2013 to bylo 144 případů a v r. 2014 163 případů (KHS, 2014). Přitom nejčastěji se jednalo o komplikace v souvislosti s užitím pervitinu (86 případů v r. 2014). Nejčastěji využívaným zařízením byla v souvislosti s předávkováním psychiatrická oddělení.

Největší kauzu, která se týkala předávkování, zažil MSK v r. 2012 v tzv. kauze „**metanol**“. V souvislosti s výrobou levného alkoholu s použitím prekurzorů z Polska namíchali výrobci směs s vysokým obsahem metanolu, který byl pro mnoho konzumentů v MSK osudný. V průběhu celé kauzy bylo intoxikováno 132 lidí, a z toho 66 v MSK a zemřelo 47 a z toho 24 v MSK. Od té doby se objevují sporadické otravy metanolem, nicméně už ne v tak velkém rozsahu.

Počet žádostí o léčbu v léčebných zařízeních a K-centrech v MSK

Krajská hygienická stanice také sleduje počet žadatelů o léčbu ve více jak 30 léčebných zařízeních a K-centrech v MSK. V posledních 3 letech byl sledován stabilní stav. MSK má oproti jiným regionům jeden z nejvyšších podílů žadatelů o léčbu z řad hazardních hráčů – viz graf 6-1.

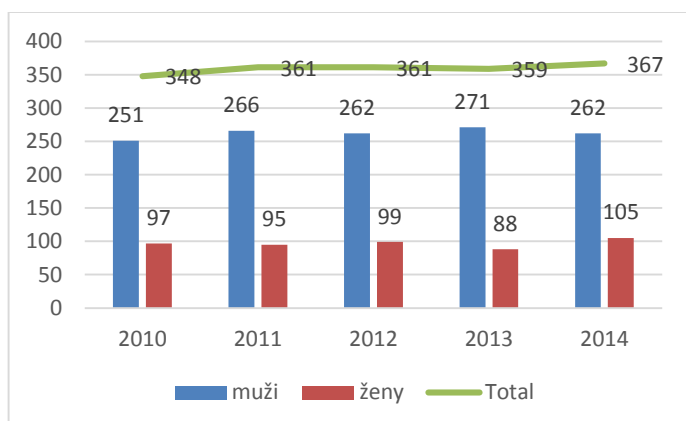
Graf 6-1. Počet nových žádostí o léčbu a počet celkově léčených v letech v letech 2012 – 2014 v MSK - drogy a gambling (Hygienická stanice Hl.m. Prahy, 2014)



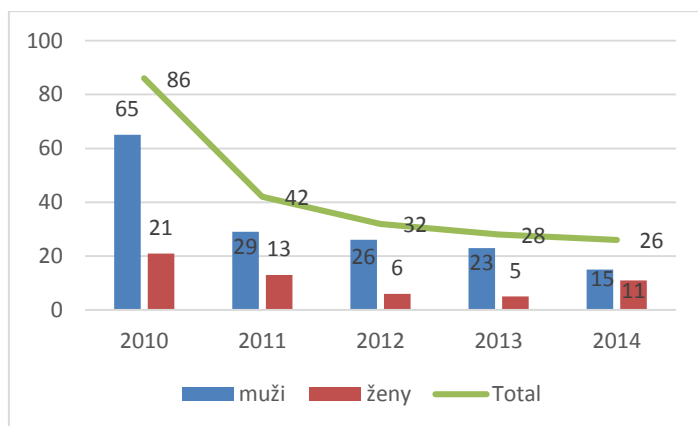
6.1.2 Počet hospitalizovaných uživatelů drog pro poruchy související s užíváním (F10-F19) s trvalým pobytem v Ostravě v letech 2010 – 2014

Jiným ukazatelem drogové situace je počet hospitalizovaných pacientů s trvalým bydlištěm v Ostravě pro poruchy F10-F19. Zde se jedná o přesnější údaje než v žádostech o léčbu, jelikož počet pacientů je zde vázán přímo na povinnou evidenci, kterou zpracovává Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Z údajů, které se nám podařilo získat za roky 2010-2014 vyplývá, že se kontinuálně a mírně zvyšuje počet hospitalizovaných uživatelů **alkoholu**. V počtu hospitalizovaných jsou muži zastoupeni 3krát více, nicméně dochází k navyšování počtu žen – více v Grafu 6-2. Počet hospitalizovaných uživatelů **opiátů** v posledních 4 letech výrazně klesl z původních 86 v r. 2010 na 26 v r. 2014. Rapidní pokles se přitom týká především mužů, u žen se naopak počet hospitalizovaných v r. 2014 mírně zvýšil – více v Grafu 6-3. Počet hospitalizovaných uživatelů **stimulačních látek**, především pak pervitinu, kontinuálně narůstal z původních 86 v r. 2010 na 126 v r. 2014. Zatímco v r. 2010 byl počet mužů trojnásobný, v r. 2014 už jen dvojnásobný oproti počtu žen – více v Grafu 6-4. Počet uživatelů více látek mezi lety 2010 a 2014 také mírně narostl z 94 na 105, zde ovšem klesl počet hospitalizovaných žen oproti mužům - více v Grafu 6-5. Sporadicky se pak v jednotlivých letech objevovaly v jednotkách hospitalizace lidí z důvodu užívání kanabinoidů, těkavých látek, sedativ, kokainu nebo halucinogenů. Celkově v letech 2010 – 2014 došlo k mírnému nárůstu počtu hospitalizovaných uživatelů, více v Grafu 6-6.

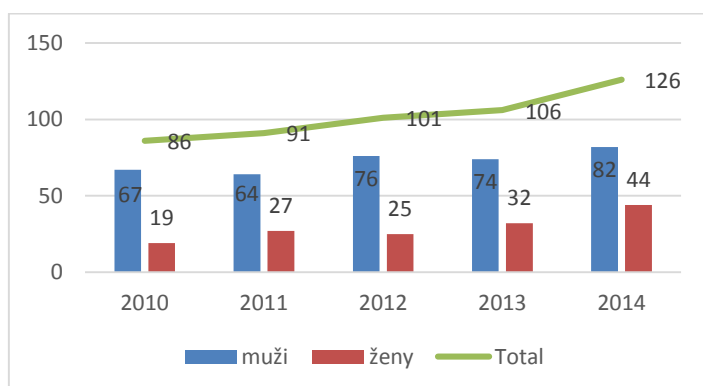
Graf 6-2. Počet hospitalizovaných obyvatel Ostravy pro poruchy způsobené užíváním ALKOHOLU v letech 2010-2014 (ÚZIS, nepublik.)



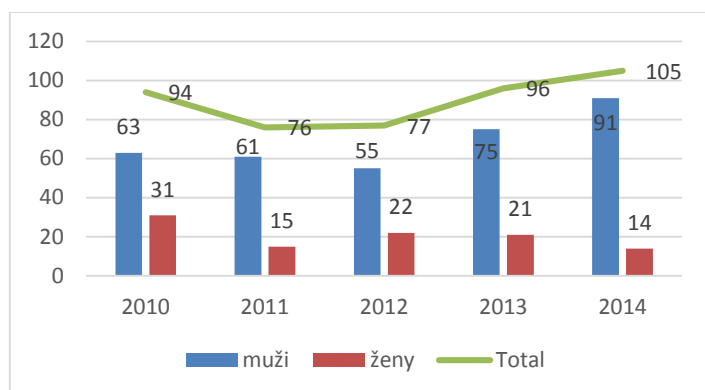
6-3. Počet hospitalizovaných obyvatel Ostravy pro poruchy způsobené užíváním OPIOIDŮ v letech 2010-2014 (ÚZIS, nepublik.)



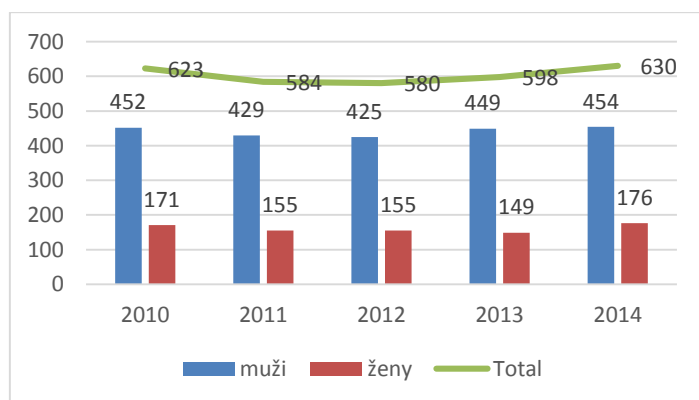
6-4. Počet hospitalizovaných obyvatel Ostravy pro poruchy způsobené užíváním STIMULANTŮ (PERVITINU) v letech 2010-2014 (ÚZIS, nepublik.)



6-5. Počet hospitalizovaných obyvatel Ostravy pro poruchy způsobené užíváním KOMBINACE LÁTEK v letech 2010-2014 (ÚZIS, nepublik.)



6-6. Počet hospitalizovaných obyvatel Ostravy pro poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek CELKEM v letech 2010-2014 (ÚZIS, nepublik.)



6.2 Sociální dopady

Sociální dopady související s užíváním drog a gamblerským představují také poměrně široké spektrum témat. Podrobně se jim věnujeme ve 2. a 3. kapitole v souvislosti s informacemi od respondentů. Nejčastěji zmiňovaná témata se nicméně týkala **bezdomovectví, stigmatizace** a s tím souvisejícími potížemi najít práci, případně rozpad rodin. Specifickou oblastí jsou také dluhy.

Ve výročních zprávách ve věcech drog i krajské hygienické stanice se nicméně poukazuje na to, že drogové užívání obecně souvisí i s dalšími sociálně negativními jevy jako je nezaměstnanost a sociální vyloučení. Ve výroční zprávě KHS je uvedeno, že **podíl nezaměstnaných mezi žadateli o léčbu je v MSK jeden z největších**. Mezi žadateli o léčbu se v MSK podíl nezaměstnaných zvýšil mezi lety 2012 a 2014 z 62% na 68%.

Drogové užívání se v Ostravě kumuluje na místech, které se dají označit jako sociálně vyloučená. Podle informací z MŘP Ostrava i z terénních programů se jedná zejména o sídliště v oblasti Ostrava-Jih nebo o oblasti v Ostravě-Zábřehu, kde je minimum občanské vybavenosti a velká koncentrace chudoby. Podle informací od respondentů se kumuluje drogové užívání také na některých **ubytovnách**. Jeden z respondentů uvádí jako příklad ubytovnu „Dubí“, když říká „Bydlel jsem tam chvíli. Fuj. Od té doby jsem se rozjel“.

Pracovníci PMS Ostrava poukazují na **kumulaci sociálních problémů** u svých klientů, které se netýkají pouze užívání drog, ale nezaměstnanosti, rozpadlých rodin a bezdomovectví. Podle nich nelze řešit jen drogy formou léčby, ale je třeba přistupovat komplexně.

Část II: Analýza poskytovatelů a dalších subjektů působících v protidrogové prevenci

Tato část se skládá ze čtyř částí, první část analyzuje závěrečné zprávy poskytovatelů sociálních služeb a zdravotních služeb, druhá část analyzuje dotazníkové šetření realizované 6. - 16. 10. 2015, třetí část analyzuje polostrukturované rozhovory s deseti pracovníky na různých pozicích: řadoví pracovníci (pracovníci první linie), vedoucí služeb, koordinátoři, manažeři.

7. Obsahová analýza závěrečných zpráv

Následující část se věnuje analýze činnosti čtyř poskytovatelů sociálních služeb, osobám ohroženým závislostí na alkoholu, jiných návykových látkách a patologickým hráčstvím, jejich rodinným příslušníkům a blízkým v Ostravě. Jedná se o organizace ARKA CZ, o. s., Modrý kříž v České republice, Renarkon o.p.s. a Faust, o. s. Analýza vychází z informací uvedených v závěrečných zprávách organizací a na jejich webových stránkách.

7.1 ARKA CZ, o. s.

Občanské sdružení ARKA CZ sídlí v Ostravě a deklaruje pomoc osobám závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, patologickým hráčům a jejich blízkým. Sdružení bylo založeno v roce 2004. Při své činnosti aplikuje individuální přístup, komplexní přístup, diskretnost a možnost anonymní spolupráce, včasnost, nestrannost, nezávislost, rovnost, důstojnost, bezplatnost, vedení klienta k samostatnosti a profesionální přístup. Oblast působnosti sdružení ARKA CZ je především Ostrava a okolí (Šenov, Krnov, Košatka, Havířov, Frýdek-Místek, Třinec, Opava). Sdružení spolupracuje s celou řadou dalších organizací a subjektů. Od roku 2013 občanské sdružení ARKA CZ aktivně využívá Case management jako základní metodu práce s klientem.

Provozované služby:

Terénní programy pro osoby nadměrně užívající návykové látky, pro osoby závislé na návykových látkách, pro patologické hráče a jejich blízké. Jde o vyhledávání, monitoring osob závislých na návykových látkách, poradenství, zajištění detoxikace, zajišťování odvykací ústavní či ambulantní léčby.

Adiktologická poradna - poradenské konzultace s osobami s alkoholovou závislostí, závislostí na dalších návykových látkách, s patologickými hráči a jejich blízkými.

Následná péče - pokračování léčby, cílem je podpora abstinence a předcházení relapsu či recidivě. Dále také poradenství osobám blízkým.

Svépomocné aktivity - turistika, kultura, sport.

Internetová poradna pro osoby nárazově/nadměrně pijícími alkohol, pro osoby závislé na alkoholu, aj. návykových látkách, pro jejich blízké; pro patologické hráče a jejich blízké.

Statistiky výkonů:

ARKA CZ, o. s.	2012	2013	2014
Celk. počet klientů	673	177	210
Prvokontakty	84	177	190
Telefonní kontakty	800	1095	1000
Krizová intervence	700	720	780
Anonymní kontakty	200	400	350

Cílová skupina o. s. ARKA CZ:

- osoby před, během, po odvykací léčbě;
- osoby nadměrně, nárazově užívající alkohol;
- osoby závislé na alkoholu, aj. návykových látkách;
- patologičtí hráči;

- osoby blízké;
- široká veřejnost - osvěty a přednášky o škodlivosti užívání alkoholu, aj. návykových látek;
- osoby závislé na konopí a tabáku (od roku 2014).

Věková struktura cílové skupiny:

Starší děti (11 - 15 let); Dorost (16 - 18 let); Mladší dospělí (19 - 26 let); Dospělí (27 - 64 let); Mladší senioři (65 - 80 let).

Srovnání let 2012-2014:

V letech 2012 až 2014 činnost sdružení ARKA CZ rozšiřovala nabízené služby (na konci roku 2012 přibyla internetová poradna). Došlo také k zařazení nové cílové skupiny závislých na konopných drogách a tabáku. I v územní působnosti Arky došlo ke změnám. V roce 2012 působilo sdružení v Ostravě, Šenově, Krnově a Frýdku-Místku. Následně začali služby Arky využívat klienti i ze vzdálenějších měst, a to nejprve z Opavy a Košatky (2013) a dále z Havířova a Třince (2014). Věková struktura klientů se nemění, počet klientů roste. Od roku 2013 deklarují jako používanou metodu práce s klienty Case management.

Nejasná místa

Závěrečné zprávy deklarují způsob práce metodou Case managementu, není zde však specifikace, jakým způsobem pracují. Není jasné, jakým způsobem probíhá Harm reduction. Není také jasné, jakým způsobem pracují s dětmi a mládeží – zda se jedná o primární, sekundární či terciální prevenci (či jejich kombinace), ve zprávách uvádějí osvětovou činnost. I přes změny v občanském zákoníku ve své webové prezentaci a závěrečných zprávách 2012-2014 vystupují jako občanské sdružení (ARKA CZ, o. s.) i přesto, že občanská sdružení zanikla. Oproti roku 2012 došlo k zásadnímu poklesu klientů. V roce 2013 i 2014 tvořily velkou část z celkového počtu klientů prvkontakty – v roce 2013 se jednalo o 100% a v roce 2014 to bylo 90%, což působí dojmem, že v roce 2013 došlo ke kompletní obměně klientů.

7.2 Modrý kříž v České republice

Nestátní nezisková organizace Modrý kříž v České republice poskytuje zájemcům bezplatné ambulantní sociální služby prostřednictvím poraden umístěných ve čtyřech městech Moravskoslezského kraje, a to: v Ostravě, Karviné, Českém Těšíně a Frýdku-Místku. Organizace si klade za cíl pomáhat lidem ohroženým závislostí na alkoholu, jiných návykových látkách a hráčských aktivitách, jejich rodinným příslušníkům a blízkým osobám. Následující text se vztahuje k Poradně v Ostravě.

Ostravská pobočka je v provozu od roku 2011. Při práci s klienty využívají pracovníci zejména těchto metod: informační rozhovory, motivační rozhovory, podpůrné rozhovory, edukace, relaxační techniky, arteterapeutické techniky, hodnotící dotazníky, orientační testy závislosti, praktické postupy jako např.: sestavení individuálního odvykacího plánu, nácviky odmítání, nácviky a rozvíjení vhodnějších způsobů chování, tzv. Krátké intervence, plánování volného času a další postupy. Klienti mohou služby využívat anonymně.

Provozované služby:

Odborné sociální poradenství - základní sociálně-právní poradenství, terapeutická činnost, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a také zprostředkování kontaktu na další služby a instituce.

Služby následné péče - podpora v udržení abstinence.

Svépomocné skupiny (neregistrováno).

Pastorační péče (neregistrováno).

Cílová skupina organizace Modrý kříž:

Osoby starší 15 let (do 2. 7. 2014 byla služba poskytována pouze osobám starším 18 let věku), které se vlivem nadměrného užívání alkoholu, jiných návykových látek či hraním hazardních her dostaly do vztahových, pracovních či existenčních potíží a chtějí se na řešení své životní situace aktivně podílet. Služba je určena také rodinným příslušníkům a osobám blízkým.

Statistiky klientů:

Modrý kříž	2012	2013	2014
Počet klientů	53	70	126

Srovnání let 2012 - 2014:

Při práci s klienty začínají pracovníci organizace Modrý kříž postupně zařazovat principy Harm Reduction, neboť jejich klienti mají stále častěji za cíl nikoli úplnou abstinenci, nýbrž tzv. kontrolované pití. Rozšířili cílovou skupinu o osoby 15-17 let (dříve byla služba dostupná osobám od 18 let věku). Lze sledovat značný nárůst počtu klientů, který může být částečně způsoben právě tímto rozšířením cílové skupiny.

Nejasná místa

Přestože uvádějí v cílové skupině i napříč závěrečnými zprávami, že pracují i s osobami závislými na nealkoholových návykových látkách, z některých vyjádření se zdá, že pracují nejčastěji/pouze s lidmi se závislostí na alkoholu a hráči.

7.3 Renarkon o.p.s.

Nestátní nezisková organizace Renarkon vznikla v roce 1997 a postupně pod její hlavičkou vznikaly, či se přidružovaly jednotlivé sociální služby. Aktuálně funguje v rámci společnosti Renarkon Centrum primární prevence, Kontaktní centrum Ostrava, Terénní program Ostrava, Kontaktní a poradenské centrum Frýdek-Místek, Terénní program Frýdecko-Místecko, Terapeutická komunita, Drogová poradna, Doléčovací centrum, Klub Absolvent a Terénní program na Novojičínsku.

Tato část se bude věnovat výstupům ze závěrečných zpráv Centra prevence, Doléčovacího centra, Terénního programu Ostrava a Kontaktního centra Ostrava a Terapeutické komunity.

7.3.1 Centrum primární prevence

Centrum primární prevence se věnuje zejména programům primární prevence ve školách, dále pak selektivní prevenci prostřednictvím programu Včasná intervence a dále Indikované skupině pro děti a mládež, která pracuje se skupinou dětí, kde byl již indikován problém. Ve své činnosti pracují také se školními metodiky prevence, s pedagogy a rodiči prostřednictvím přednášek, školení a konzultací.

Cílová skupina:

- žáci základních škol,
- studenti středních škol,
- děti v dětských domovech,
- pedagogové a metodici prevence,
- mladiství rekreační uživatelé,
- rodiče.

Statistiky výkonů - všeobecná primární prevence:

Centrum primární prevence	Počet výkonů	Celkový čas (h)	Počet institucí (školy)	Počet klientů (třídy)	Počet ostatních osob (pedagogů rodičů, ...)	Počet dětí	Počet kontaktů
2012	1272	1963,5	94	972	1066	24356	1272
2013	1051	1557	93	802	895	22152	1051
2014	1079	1619	78	754	832	21246	1079

Statistiky výkonů - selektivní primární prevence:

Centrum primární prevence	Počet výkonů	Celkový čas (h)	Počet institucí (školy)	Počet klientů (třídy)	Počet ostatních osob (pedagogů rodičů, ...)	Počet dětí	Počet kontaktů
2012	636	954	47	486	533	12178	636
2013	6655	3353	139	1202	1341	33226	6655
2014	539	809	39	376	415	10622	539

Srovnání let 2012-2014:

Z údajů v závěrečné zprávě Společnosti Renarkon vyplývá, že pokles výkonů v letech 2013 a 2014 (oproti číslům za rok 2012) je způsoben především poklesem žáků ve školách, což vedlo ke slučování tříd, a mnohdy i ke slučování celých školských zařízení. Přesto je počet školských zařízení srovnatelný s obdobím roku 2012, ale počet tříd zapojených v programu je menší. Další příčinou poklesu je také změna v přístupu a metodice selektivní primární prevence, programy nyní vede dvojice lektorů místo jednoho.

7.3.2 Doléčovací centrum

Doléčovací centrum nabízí program následné péče a doléčování lidem, kteří absolvovali léčbu závislosti na nealkoholových drogách. Cílem služby je nejen abstinence klientů od drog, ale také nepáchání trestné činnosti, snížení zdravotních rizik spojených s užíváním návykových látek a zejména pak stabilizace nového životního stylu a podpora v dosažení samostatnosti a nezávislosti na cizí pomoci. Pomoc nabízejí rovněž rodinným příslušníkům a blízkým uživatelům drog.

Kapacita Doléčovacího centra je celkem 21 klientů, z toho 13 míst je určeno pro pobytový program a 8 míst pro program ambulantní.

Cílová skupina:

Osoby závislé na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osoby, které abstínují. Je důležité, aby byly tyto osoby schopny doložit alespoň 90 denní abstinenci. Program je určen klientům od 15 let (do 18 let je potřeba souhlas zákonného zástupce s účastí v programu).

Statistika počtu klientů:

Doléčovací centrum	2011	2012	2013	2014
Počet klientů ³	80	147	110	115

Srovnání let 2012-2014:

V Doléčovacím centru Renarkon dochází v průběhu let k postupnému navyšování kapacity lůžek pro stacionární modul doléčování. Právě to je možná důvodem k postupnému nárůstu počtu klientů.

7.3.3 Terénní program Ostrava

Cíle programu vycházejí z přístupu Harm reduction (snižování rizik spojených s užíváním nealkoholových drog) a potřeb cílové populace. Jedná se zejména o činnost mapování drogové scény, vyhledávání a navazování kontaktů s aktivními uživateli nealkoholových drog v jejich přirozeném prostředí a vytvoření vzájemné důvěry mezi klientem a terénním pracovníkem, výměnný program a snižování rizik spojených s užíváním, motivace ke změně životního stylu uživatelů směrem k bezpečnějším a šetrnějším způsobům aplikace drog a bezpečnému sexuálnímu chování, navázání klienta do systému sociálních služeb, snižování dopadu užívání nealkoholových drog na širokou veřejnost sběrem použitých stříkaček a jejich bezpečnou likvidací. Služby terénních programů Ostrava jsou poskytovány klientům anonymně a zdarma.

Terénní program Ostrava působí kromě samotné Ostravy také v Hlučíně a Bohumíně a provozuje také „výměnné okno“, kde probíhá pouze výměna a distribuce zdravotního materiálu.

Cílová skupina:

Aktivní uživatelé nealkoholových drog starší 15 let.

Obtížně dosažitelná skupina uživatelů (tzv. skrytá populace) nealkoholových drog s minimální motivací službu vyhledat.

Statistiky výkonů Terénní program Ostrava:

TP Ostrava	2011	2012	2013	2014
Počet klientů UD ⁴	143	214	_5	412 (+500 odhad sekund. výměna)
Počet kontaktů	3492	4809	5638	5652
Vyměněné sety ⁶	63327	89004	105789	149999

Srovnání let 2011-2014:

V počtu kontaktů, klientů i vyměněných injekčních setů Terénního programu Ostrava můžeme pozorovat velký nárůst. Společnost Renarkon si jej ve své závěrečné zprávě vysvětluje větší dostupností drog, proniknutím do nových lokalit a stabilizací v jednotlivých lokalitách (tím větší důvěra klientů v pracovníky programu). V roce 2014 také zaznamenali velký počet sekundárních výměn, což se v počtu vyměněných setů významně odráží. Významnou roli zde hraje také „výměnné okno“, kde se odehrává podstatná část výměn v daných obdobích.

³ Obsahuje součet klientů ve stacionárním (strukturovaném) programu a ambulantním (nestrukturovaném) doléčovacím programu.

⁴ Počet evidovaných klientů.

⁵ V závěrečné zprávě za rok 2013 došlo pravděpodobně v chybě v tabulce výkonů, domnívám se, že čísla zde uvedená patří k jinému centru. Počty klientů zde chybí, vyskytuje se zde údaj o farmakoterapii (preskripce, výdej), který se dle našeho názoru netýká Terénního programu Ostrava. Jedná se o tabulku na straně 9.

⁶ Počet OUT - výměna probíhá 1:1.

7.3.4 Kontaktní centrum Ostrava

Kontaktní centrum si klade za cíl snižování rizik spojených s užíváním nealkoholových drog na území města Ostravy a následně celkové zlepšení kvality života klienta spadajícího do cílové skupiny po sociální, zdravotní a psychické stránce. Zároveň se snaží také o práci s motivací klienta ke změně směrem k abstinenci a omezování negativních dopadů užívání nealkoholových drog na veřejnost. Program vychází z principu Harm reduction čili omezování škod. Všechny služby kontaktního centra jsou poskytovány anonymně a zdarma. Kromě výměnného programu a distribuce zdravotního materiálu, hygienického a potravinového servisu, sociální práce, poradenství, krizové intervence, zprostředkování návazných služeb, sociální asistence a testování na přítomnost drog v těle je zde realizován také substituční program SUBUXONE (ve vyhrazených hodinách vždy jednou týdně). KC také navázalo spolupráci s gynekologickou ambulancí a poskytuje klientkám ve vyhrazených dnech možnost gynekologického vyšetření se spolupracující lékařkou.

Cílová skupina: Osoby starší 15 let ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách.

Statistiky výkonů:

Kontaktní centrum Ostrava	2011	2012	2013	2014
Počet klientů UD ⁷	258	244	284	293
Počet kontaktů	7884	7739	8884	10703
Vyměněné sety ⁸	53016	57664	72505	73509

Srovnání let 2011-2014:

Počet klientů i vyměněných injekčních setů se postupně navyšuje. Co se týče sekundárních výměn, pracovníci kontaktního centra se tento jev snaží eliminovat a navazovat kontakty s co nejširší klientelou, což může být jeden z důvodů nárůstu počtu klientů i výměn.

Pracovníci kontaktního centra pozorovali úbytek uživatelů opiátů, díky čemuž se pravděpodobně snížil zájem o substituční léčbu SUBUXONE. Z jejich zkušenosti vyplývá, že uživatelé opiátů, kteří využívají služeb KC, postupně přecházejí na užívání stimulantů.

7.3.5 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita Renarkon je pobytové resocializační zařízení s délkou pobytu 6-12 měsíců. Klade si za cíl pomoc uživatelům služeb komunity překonat drogovou závislost, najít cestu k trvalé abstinenci, postupně si prostřednictvím změny životního stylu vybudovat zdravou sebedůvěru a převzít tak zodpovědnost za své jednání.

Metody práce v TK Renarkon zahrnují zejména skupinovou a individuální terapii a poradenství, pracovní terapii, dramaterapii, zátěžové programy, relaxaci, kulturu, vzdělávání, prevenci relapsu, zprostředkování zařízení následné péče atd.

Podmínkou pro vstup do komunity je dobrovolnost a souhlas s podrobením se pravidlům komunity, potvrzení o diagnóze závislosti na drogách, vyšetření na infekční choroby, absolvování detoxifikačního pobytu a předložení potvrzení o této skutečnosti. Na základě zaslání žádosti o přijetí do komunity včetně životopisu je pak rozhodnuto o přijetí či nepřijetí klienta do léčby v komunitě. Kapacita terapeutické komunity je 15 klientů.

Cílová skupina:

Osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách.

⁷ Počet evidovaných klientů.

⁸ Počet OUT - výměna probíhá 1:1.

Osoby, které vedou rizikový způsob života, nebo jsou tímto způsobem života ohroženy.

Věková struktura cílové skupiny:

Mladí dospělí 19-26 let,

Dospělí 27-64 let.

Statistiky klientů:

Terapeutická komunita	2011	2012	2013	2014
Počet klientů	46	38	41	40
Průměrná délka (dny) programu 1 klienta ⁹	154	244	158	201
Průměrná délka úspěšné léčby	344	355	284	327
Počet klientů, kteří skončili předčasně	23	13	19	15

Srovnání let 2011-2014:

Kapacita programu zůstává nezměněna. Naplněnost kapacity programu se pohybuje stále okolo 95%. Pokles délky setrvání v programu a zvýšení počtu klientů, kteří ukončili léčbu předčasně, si v roce 2013 pracovníci TK Renarkon vysvětlují nestabilitou pracovního týmu po odchodu vedoucího programu, který se odrazil v nestabilitě klientské skupiny a měl za následek výše zmíněné předčasné odchody. Tato situace se podařila stabilizovat v průběhu roku. Na konci roku 2013 a v průběhu roku 2014 zaznamenali pracovníci stabilizaci týmu i klientské skupiny, což se odrazilo v prodloužení pobytu v komunitě a snížení počtu předčasně ukončené léčby.

Nejasná místa

V závěrečné zprávě za rok 2013 došlo pravděpodobně v chybě v tabulce výkonů, je možné, že čísla zde uvedená patří k jinému centru. Počty klientů zde chybí, vyskytuje se zde údaj o farmakoterapii (preskripce, výdej), který se dle našeho názoru netýká Terénního programu Ostrava. Závěrečné zprávy Terénního programu Ostrava (dále TPO) i Kontaktního centra (KC) deklarují výměnný program in/out 1:1, tedy jednu použitou injekční stříkačku za jednu sterilní, což neodpovídá harm reduction doporučením EMCDDA, které považují 70% návratnost použitých stříkaček za adekvátní a úspěšné. V rámci TPO v roce 2014 oproti roku 2013 vzrostl rapidně počet vyměněných injekčních setů o 50tis. (třetina celkového počtu), v závěrečných zprávách to je vysvětleno zaměstnáním bývalých uživatelů, kterým se podařilo proniknout do skryté scény, což je veliký úspěch. Nicméně tento nárůst vydaného zdravotního materiálu není zohledněn v rámci dotací. Je možné, že tak chybějící peníze mohou nutit pracovníky šetřit na jiném zdravotním materiálu apod.

7.4 Faust, o. s.

Občanské sdružení¹⁰ Faust působí v Ostravě od roku 1999. Hlavní aktivitou sdružení je poradenství pro rodiče, blízké a uživatele návykových látek. Poradenství je poskytováno osobně i telefonicky. Pro rodiče a blízké poskytuje sociálně-právní poradenství a otevřené terapeutické skupiny. Pro uživatele návykových látek nabízí mimo sociálně-právní poradenství rovněž přípravu na léčbu, zprostředkování detoxikace, zprostředkování resocializace a ambulantní doléčování. Kromě adiktologické poradny provozuje Faust také otevřený klub pro mládež od 15 do 26 let. Svou činnost zaměřují také na prevenci rizikového chování dětí a mládeže v rámci realizace preventivních programů na školách. Pro účely tohoto textu se zaměříme na adiktologickou poradnu.

⁹ Součet délky léčby u všech klientů, kteří ukončili léčbu (úspěšně i předčasně), dělený počtem těchto klientů (ve dnech).

¹⁰ V závěrečných zprávách i na internetových stránkách i přes změny občanského zákoníku vystupují stále jako občanské sdružení.

7.4.1 Adiktologická poradna

Cílem práce s klientem v adiktologické poradně o. s. Faust je zejména podpora klienta v zachování žádoucího způsobu života, posílení klientova vlastního potenciálu ke zvládnutí své obtížné situace, pomoc při řešení rodinných problémů a následně směřování jedince k samostatnému zvládnutí své situace bez potřeby služby.

Cílová skupina: Motivovaní uživatelé návykových látek. Rodina a další sociální okolí uživatelů návykových látek.

Adiktologická poradna	2012	2013	2014
Počet klientů UD	15	16	6
Počet klientů neUD ¹¹ jednorázové kontakty	480	201	201
Počet klientů neUD - krátkodobá terapie	211	94	38
Počet klientů neUD - středně a dlouhodobá terapie	65	29	7
Telefonické kontakty	598	710	510
Telefonická krizová intervence	185	156	56

Srovnání let 2012-2014:

Ve statistikách za dané období můžeme sledovat pokles klientů UD, v závěrečné zprávě se k tomu však nijak nevyjadřují, není tedy jasné, čím je to způsobeno. Je zde také převaha klientů ze sociálního okolí závislých nad klienty-uživateli drog, a tento poměr se v průběhu času nemění. Výrazný rozdíl mezi počtem klientů UD a klientů osob ze sociálního okolí uživatelů je zřejmě způsoben tím, že činnost adiktologické poradny záměrně cílí více právě na tyto osoby.

7.5 Výstupy obsahové analýzy závěrečných zpráv

V Ostravě není substituce metadonem, která je běžná v podobně velkých městech, což může souviset s menším počtem uživatelů opiátů (heroinu). To může být dáno menší opiátovou scénou nebo tím, že je tato scéna skrytá a sociální pracovníci nemusí být s uživateli opiátů v kontaktu.

Terénní program Ostrava (Renarkon o.p.s.): počet klientů i vyměněných injekčních setů se navyšuje, narůstá počet sekundárních výměn, pracovníkům se daří pronikat k uživatelům, se kterými předtím nebyli v kontaktu, pracovníci se pohybují v lokalitách Ostrava - Jih, Poruba, Moravská Ostrava, Slezská Ostrava, Přívoz, Bohumín a Hlučín. Proto je závažný **nízký počet pracovníků v přímé práci** (ve srovnání s podobně velkými městy). Konkrétně v Ostravě byl Terénní program v roce 2014 zajištěn 4,3 pracovního úvazku. Celkový počet osob byl 5. Zároveň je třeba vzít v potaz, že vedoucí služby má na přímou práci vyhrazenou pouze část ze svého úvazku (obvykle je to 0,2 úvazku). Kvůli personálnímu podstavu chodí pracovníci Terénního programu Ostrava do terénu sami, **nikoli ve dvojicích**, což je velmi rizikové z hlediska jejich osobní bezpečnosti (aktuálně pracují v Terénním programu pouze muži) a zároveň je to problematické z hlediska poskytování zpětné vazby, sdílení zkušeností, předávání klientů, pokud pracovníci například odchází (vazba na konkrétního pracovníka) i kontroly.

Oproti tomu Kontaktní centrum v Ostravě (Renarkon o.p.s.) má srovnatelný počet vyměněných injekčních setů s Kontaktním centrem ve Frýdku-Místku, které má pod sebou podstatně menší oblast s menším počtem uživatelů drog. Není jisté, čím je způsobena nižší využívanost služby. Může to být způsobeno personálním zabezpečením, pravidly služby.

Modrý Kříž v České republice v Ostravě v období 2012-2014 postupně zařadil principy Harm Reduction, rozšířil cílovou skupinu o osoby 15-17 let, čímž došlo k nárůstu počtu klientů.

Faust, o. s. se zaměřuje na rodinné příslušníky a blízké osoby uživatelů návykových látek a osob závislých, nejčastěji na alkoholu. Tím vyplňuje mezeru na poli služeb. Podpora i informovanost rodiny a blízkých osob je v procesu zotavování se či léčby zásadní.

¹¹ Klienti, kteří sami nejsou závislí na návykových látkách, zejména rodiče a blízcí závislých.

8. Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření probíhalo od 6. 10. 2015 do 16. 10. 2015. Osloveno bylo 25 respondentů z řad poskytovatelů: sociálních služeb, zdravotních služeb, úřadů (OSPOD, OSPM aj.), psychiatrických ambulancí, soukromých psychiatrů a dalších institucí: pedagogicko-psychologických poraden, hygienické stanice apod. Sběr dat probíhal formou vyplnění online dotazníku, který je přiložen v příloze č. 1. Dotazník byl členěn na tři sekce: obecné informace (jaké typy potřeb řeší, jaké drogy), spolupráce s dalšími institucemi (s kým spolupracují a jak spolupráce probíhá), limity a bariéry (jaké jsou limity rozvoje) a obsahoval 12 otevřených i uzavřených otázek.

Odpovědělo celkem 17: Pedagogicko-psychologická poradna Ostrava-Zábřeh, p. o., Terapeutická komunita (Renarkon), Terénní program Ostrava, Renarkon, Kontaktní centrum Renarkon, o.p.s., Faust, o. s. - Psychosociální poradna, Modrý kříž v České republice, Poradna Ostrava: a) Odborné sociální poradenství b) Služby následné péče, ARKA CZ, o. s., Doléčovací centrum Renarkon o.p.s, Psychiatricko-psychologická ambulance, MNO Psychiatrická ambulance Ostrava, Protialkoholní záchytná stanice, Psychiatrická ambulance FN Ostrava, Magistrát města Ostravy - Oddělení sociálně právní ochrany dětí, Odbor sociálních věcí, zdravotnictví a vzdělanosti, oddělení sociální práce a metodiky, Odbor vnitřních věcí Magistrátu města Ostravy, Probační a mediační služba a Krajská hygienická stanice. Z toho s uživateli drog či závislími přímo pracuje/přichází do kontaktu 14 dotázaných. Instituce, které uvedly, že se nedostávají do přímého kontaktu s uživateli, byly některé oddělení Magistrátu a Krajská hygienická stanice.

Pro větší přehlednost jsme na některých místech rozdělili instituce do 5 kategorií podle oblasti působnosti:

- 1) Ambulantní poradenské služby NNO¹² – služby poskytované neziskovými organizacemi (Arka, Faust, Renarkon, Modrý kříž) na bázi adiktologických nebo psychosociálních poraden
- 2) Nízkoprahové služby NNO – jedná se o K-centrum a terénní programy Renarkonu
- 3) Léčebné pobytové služby NNO – Doléčovací centrum a Terapeutická komunita
- 4) Psychiatricko-psychologické poradny a ambulance – jedná se o psychiatrické ambulance a PPP
- 5) Služby státních a samosprávných institucí – Oddělení magistrátu, PMS, KHS

Ve zpracování výsledků se k těmto kategoriím vztahujeme, nicméně tím, že výsledky nepokrývají celé spektrum poskytovatelů v Ostravě, je třeba brát v úvahu při interpretaci výsledků pouze ty služby a instituce, které na dotazník odpověděly.

8.1 Obtíže klientů/pacientů

Úvodní téma mapuje pole obtíží klientů. Ptali jsme se, s jakým typem drogy či procesu mají pacienti/klienti jednotlivých služeb, zařízení či institucí, obvykle největší potíže. Respondenti mohli vybrat 1 až 3 odpovědi. Lze tak vysledovat škálu nejčastěji zmiňovaných látek/procesů mezi uživateli služeb a pacienty. Těmi jsou pervitin (10x) a alkohol (10x), na dalších místech se umístilo hraní hazardních her (6x) a marihuana (6x). Svým způsobem nečekaný je výskyt potíží s heroinem (4x), jehož výskyt v Ostravě je stále předmětem spekulací. Další látky se objevovaly spíše sporadicky.

Při bližším pohledu na jednotlivé typy služeb se objevují rozdíly v tom, jaké látky jejich uživatelé preferují a s jakým typy obtíží se nejčastěji potýkají.

V ambulantních poradenských službách NNO se objevují především uživatelé alkoholu a hráči hazardních her, o něco méně pak uživatelé pervitinu. To odpovídá obecnému stavu, kdy pro uživatele alkoholu nebo hráče hazardních her existuje menší spektrum služeb než pro uživatele nelegálních látek. Ti tak mají na výběr mezi zdravotnickými-psychiatrickými službami nebo ambulantními

¹² Nestátní nezisková organizace

poradnami. Podle odpovědí v dotazníku s nimi pak pracovníci řeší celé spektrum věcí, od udržení abstinence po přístup Harm reduction ve smyslu kontrolovaného pití/hraní. Do poraden se kromě problémů se samotnou látkou chodí uživatelé radit v sociálních věcech obnávajících bydlení, dluhy, práci atd. Dalšími důležitými osobami, které přichází do poraden, jsou blízcí uživatelů, kteří se chodí poradit, jak se situací naložit.

Nízkoprahové služby jsou oproti tomu zaměřené především na uživatele nelegálních drog – heroínu a pervitinu, i když pracovníci HR služeb uvádějí i velkou zkušenost uživatelů s konopím. Jako hlavní náplň uvádí snižování především zdravotních rizik souvisejících s užíváním drog (výměna stříkaček, potravinový servis, hygiena apod.). Shodně pak referují o pomoci uživatelům domluvit léčbu.

Pobytové léčebné služby NNO – zde se objevují především uživatelé heroínu a pervitinu, ale v menší míře i uživatelé alkoholu a marihuany. Může se jednat ale o polyvalentní uživatele, kde alkohol nebo marihuana se objevují jako droga druhé volby, pokud primární látka není dostupná. V těchto službách je hlavním tématem obtíží snaha o udržení abstinence v souvislosti s přechodem do běžného života, dluhy a s tím související hledání práce, narovnávání vztahů s rodinou a řešení přidružených psychických potíží, jako jsou například poruchy příjmu potravy nebo zdravotních potíží, jako jsou žloutenky apod.

V psychologických a psychiatrických službách se objevuje především problematika alkoholu a pervitinu, o něco méně už pak marihuany nebo nově závislosti na hazardních hrách a internetu. Zatímco v psychiatrických službách se jedná o pokročilé stádium, kdy uživatel přichází s pokročilými vztahovými a psychickými obtížemi souvisejícími se závislostí, v pedagogicko-psychologické poradně se objevuje často zanedbávání školní docházky související s kouřením konopí nebo přílišným trávením času na internetu u dětí.

U státních a samosprávných institucí dochází většinou ke kontaktu v souvislosti s kontrolou osob, které užívají návykové látky a v důsledku toho ohrožují péči o děti nebo se dopouští trestné činnosti. Mezi hlavní látky přitom patří alkohol a pervitin.

Celkově tedy jako hlavní problematika látka vychází alkohol, který se neobjevuje výrazněji pouze ve službách, které jsou striktně zaměřené na uživatele nelegálních látek, jako jsou terénní služby, K-centrum nebo komunita. V případě průřezových služeb je nejvíc potíží spojeno s užíváním alkoholu a až následně pak pervitinu.

8.2 Odkazování mezi službami

Pracovníci se v dotazníku věnovali tématu návazné sítě, zajímalo nás, odkud k nim klienti či pacienti nejčastěji přicházejí. V této souvislosti jsme sledovali dvě věci – to, jaké služby jsou nejvíce odkazované, a to, jaké služby nejvíce odkazují.

Mezi služby, které jsou nejvíce odkazované, respektive referují nejvíce o tom, že k nim ostatní instituce, či služby posílají své klienty nebo pacienty, patří především **ambulantní poradenské služby NNO**. K nim jsou odesíláni uživatelé ze všech institucí, především, ale z psychiatrických ordinací a léčeben a z OSPODu. Zdá se tak, že tyto služby vyplňují poptávku kontrolních (OSPOD, PMS) nebo příliš specializovaných (psychiatrii) služeb po něčem, co je na pomezí psychologicko-sociálních služeb a může s klienty jednat na základě individuálních potřeb.

Mezi další více odkazované služby patří **OSPOD** – zde jsou odesíláni lidé spíše ze státních institucí – školy, nemocnice, Policie, PMS apod. Zde se jedná zejména o případy, kdy OSPOD následně zjišťuje, že součástí problematiky rodiny je užívání návykových látek.

Jako další více odkazované pracoviště se zdá být Psychiatrická ambulance MNO, kam se dostávají lidé přes obvodní lékaře, OSPODy, Policii a na doporučení.

Co se týká míst nebo služeb, které nejvíce odkazují na jiné služby, tak zde paradoxně nejvíce odkazujícími místy nejsou služby, ale svépomocné sítě lidí. Uživatelé služeb jsou nejčastěji posíláni na doporučení rodiny (7x), kamarádů (6x). Mezi instituce, které nejčastěji odkazují v problematice drog, pak patří především OSPOD (6x), psychiatrické služby (6x) a azylové domy (6x), následují pak obvodní lékaři nebo specialisti. Nejméně se pak klienti dostávají do služeb z kontrolních institucí jako je PMS (3x), Policie (3x) nebo VTOS (2x).

Poměrně logicky tak vychází, že uživatelé jsou odkazováni spíše ze služeb, kde se pracovníci s problematikou závislostí hojně setkávají při řešení dalších potíží jako je bytová nouze (azylové domy) nebo výchova dětí (OSPOD), ale nejsou nastavení na to, aby je v rámci své činnosti řešili. Zajímavé také je to, jak moc je do zprostředkování pomoci zpojena rodina a blízcí uživatele drog a jak málo služby následně pracují s celým rodinným systémem.

8.3 Spolupráce a síťování služeb

Další část dotazníku se věnovala spolupráci mezi jednotlivými subjekty na poli služeb, organizací a institucí pro uživatele. Šlo nám o to, zjistit, s jakými službami, institucemi nebo zařízeními obvykle spolupracují poskytovatelé služeb při řešení obtíží svých klientů či pacientů. Spoluprací myslíme, například když dochází k předávání informací o případu, ke společné koordinaci péče, ale i např. ke společným schůzkám.

Ambulantní poradenské služby NNO nejčastěji uvádějí spolupráci s psychiatrickými ordinacemi a lékaři. Jedná se především o domlouvání detoxifikační léčby nebo poskytování intervencí, které služby NNO nemohou poskytovat, jako je farmakoterapie, lékařské doporučení a posudky apod. Sporadicky uvádějí tyto služby také spolupráci s OSPODem, PMS nebo azylovými domy. Zejména u těchto posledních však uvádějí častou překážku spolupráce, kterou je opatrnost v předávání osobních informací o klientech. Spolupráce pak neprobíhá s Úřady práce, kam klienti chodí a s některými zdravotnickými institucemi.

Léčebné pobytové služby NNO spolupracují také s psychiatry a mezi sebou (komunita s doléčovacími centrem). V léčebných a doléčovacích centrech se také objevuje spolupráce s úřady, PMS, soudy, VTOS apod.

Problematická je spolupráce s ostatními službami v **nízkoprahových službách NNO** jako je terénní program, kde se jako hlavní překážka jeví anonymita klientů. K-centrum je spolupráci otevřeno více, nicméně dochází především k předávání informací, které je ošetřeno písemným souhlasem s klienty.

V **psychiatrických službách** dochází povětšinou pouze k písemnému předávání informací, zejména s ostatními zdravotnickými zařízeními. Jen sporadicky je uvedena spolupráce s drogovými službami NNO, naopak jsou tyto služby uvedené jako ty, u kterých spolupráce navázána není.

Co se týká formy spolupráce, ta probíhala nejčastěji **písemně, telefonicky, přes email**. Mezi **konkrétní způsoby spolupráce** řadili dotázaní: **doporučení, odkazování, předávání informací**, sociální poradenství, stanovení a naplňování individuálního plánu v péči o nezletilé dítě, jedenkrát byla zmíněna práce v terénu, z odpovědi však není jasné, zda se jedná o společnou práci v terénu (v Brně se například vydávají společně pracovníci NZDM a klasického drogového terénu, s cílem podchytit experimentátory a uživatele, kteří s drogou začínají). Na tomto místě je třeba uvést dvě citace z dotazníků:

„Bud' se jedná o písemnou korespondenci ohledně klienta, či telefonáty s daným subjektem, institucí. Vyjimečně dochází i k osobnímu setkání.“ *„Když je to nutné a možné - písemnou formou.“*

Osobní setkávání bylo uvedeno pouze dvakrát (Modrý Kříž a Arka), bohužel bez uvedení konkrétního způsobu spolupráce. Ani jedna z odpovědí **neuváděla společné setkávání pracovníků** i s klientem/pacientem. V oblasti spolupráce a zejména osobního setkávání mezi pracovníky je znát

prostor pro budoucí rozvoj. Mezi orgnizace, se kterými služby nespolupracují, ale klienti je využívají, pak pracovníci jmenovali **AA skupiny**.

Celkově z odpovědí vychází, že spolupráce probíhá dílčím způsobem, tzn. s některými subjekty konkrétní služba spolupracuje (například zdravotnické zařízení snáze spolupracuje s psychiatry, kdežto se sociálními službami už méně). Jako hlavní formy spolupráce jsou uvedené pouze písemné nebo telefonické předávání informací. Společné plánování, trojstranné dohody, návštěvy ve službách nebo případové konference, které se v oblasti spolupráce rozvíjí jinde, nejsou službami zmiňovány.

8.4 Potřeby a chybějící služby

V této části nás zajímalo, zda se poskytovatelé služeb/pracovníci setkávají s potřebami klientů a pacientů, které není současná síť služeb schopna naplnit. Často se jednalo o služby, možnosti, které aktuálně chybí. Z výpovědí lze vyčíst sedm hlavních oblastí: oblast práce, oblast bydlení, oblast substituce, oblast kombinovaných závislostí, oblast rychlého přijetí na detoxifikaci, léčbu, oblast okamžité a intenzivní podpory psychiatra/psychologa a oblast chybějící krizové intervence v Ostravě.

*„Markantní je potřeba najít si **práci** odpovídající možnostem a schopnostem klienta a najít si "bezpečné", "nedrogové" **bydlení**.“*

*„**Krizová intervence pro děti, mládež a rodiče** v problematice užívání drog.“*

*„Nelátkové závislosti v **kombinaci s alkoholem**, **malá kapacita bydlení**, dále **chybí sociální bydlení**.“*

*„Okamžitá a intenzivní podpora odborníků - **psychiatr, psycholog** - velký nedostatek!“*

*„**Pracovní uplatnění**.“*

*„**Včasnější přijetí** k detoxifikaci a střednědobé léčbě ve zdravotním zařízení.“*

*„**Metadonová substituce** v místě, kde žije většina uživatelů drog.“*

*„**Chybí finance** na provoz sociálních služeb - dlouhodobý problém, taktéž **sociální bydlení (startovací byty)**, klienti jsou hodně zadlužení, nemají peníze na kauce, těžko se integrují zpět do společnosti, bylo by třeba více zapojit ex-usery do služeb.“*

8.5 Překážky a bariéry

Tuto část jsme věnovali limitům, bariérám a překážkám, na které pracovníci/poskytovatelé služeb naráží a jaké bariéry a limity vnímají ve své práci jako zásadní, které jim ztěžují péči či spolupráci s uživateli v oblasti závislostí a zneužívání drog.

V této oblasti byl jasně patrný rozdíl mezi institucem a službami podle formy zřízení.

U **neziskových organizací** se objevily často překážky v oblasti financí – nevyhovující systém dotací k zabezpečení služby, nízké platy sociálních pracovníků, což mnohdy souvisí s tím, že se objevuje podstav a nemožnost dovolit si více zaměstnanců v týmu. U NNO se také opakovaně objevily stížnosti na přemrštěnou byrokratickou zátěž, vykazování statistik apod., které brání přímé práci s uživateli a jejich blízkými. Vnímaná je také přílišná preference represivních opatření oproti preventivním aktivitám.

Podle **státních sociálních institucí** jako je OSPOD nebo některých oddělení Magistrátu se hlavní bariéry nacházejí na straně uživatelů služeb – především v tom, že „... klienti "pod vlivem" argumentují tím, že jsme jim povinni doklady vydat“, nebo klientova neochota ke změně – spíš ho tlačí okolí. Další bariéry jsou legislativní – např. že nejde závislým rodičům jednoduše nařídít léčbu.

Zdravotnické psychiatrické služby definují bariéry zejména na úrovni (ne)motivace a (ne)spolupráce pacientů v léčbě. Až následně se objevují bariéry finanční nebo legislativní (např. nejasnost kolem odebrání ŘP).

Zajímavé je, že ani jedna ze služeb a institucí neodpověděla na bariéry ve vedení/managementu a mezilidských vztazích v týmu. To může být způsobeno tím, že dotazník není vhodný z důvodu nemožnosti budování důvěry a neumožňuje tak do velké míry zaznít i kritické hlasy. Součástí dotazníku byl název služby, dotazník byl zasílán na email aj., což může vést k rozhodnutí tyto věci neuvádět. I z toho důvodu byly zvoleny doplňující polostrukturované rozhovory.

8.6 Nejpalčivější témata v oblasti drog a závislostí v Ostravě z pohledu služeb

Závěrečná část dotazníku přinášela možnost pro zamyšlení nad aktuálními problémy v Ostravě, které lze označit/vnímat jako nejpalčivější. Pro zachování pestrosti uvádíme většinu z nich, protože jsou velmi trefné, často provázané a souvisí s oblastmi, jako jsou:

- **Snižování věku:** Věková hranice uživatelů (konopné drogy, alkohol, pervitin, tabák) se snižuje.
- THC ve školách.
- Snadná dostupnost alkoholu a tabákových výrobků, lehčích drog, vysoký počet hracích automatů, snižování věkové hranice u prvního kontaktu s drogou.
- Přemnožení hospod (náleven) heren, nedodržování legislativy prodejců alkoholu.
- **Velký počet heren** - patologičtí hráči.
- Stále horší kvalita drog, která následně v hodně případech vede k toxickým psychózám.
- *„Velké množství heren, kasin, nedostatečné kapacity týkající se kvalitních klinických psychologů, psychiatrů, rodinných terapeutů. Nedostatečná práce s rodinným systémem uživatelů návykových látek.“*
- Chybí zařízení pro mladistvé - komunita, taktéž pro alkoholové závislosti.
- *„Velkým problémem je užívání drog a alkoholu u dětí a mladistvých, spolupráce s rodiči, těchto dětí, nezaměstnanost, legislativa, dostupnost alkoholu, téma, jak se dostanou drogy k dětem.“*
- Stoupající počet drogově závislých rodičů.
- **Roztříštěnost zdravotní a sociální péče.**
- Vysoká dostupnost pervitinu.
- *„Neochota rodičů a dalších vychovatelů ke spolupráci při preventivním působení na děti a mládež, tolerance společnosti k požívání legálních návykových látek (alkoholu), malá zodpovědnost populace za svá rozhodnutí, nedostatečná finanční gramotnost, touha po rychlých zážitcích a další.“*

8.7 Dílčí závěry

Dotazníkové šetření poukázalo na několik výraznějších témat, která se opakovala napříč jednotlivými otázkami a reakcemi. Z první části zaměřující se na obecné informace vyplynulo především to, že **pervitin** spolu s **alkoholem** jsou nejčastěji zmiňovanými látkami. Nebýt nízkoprahových služeb specificky zaměřených na uživatele nelegálních drog, byl by alkohol jednoznačně nejzastoupenější látkou v souvislosti s potížemi uživatelů služeb. Heroin dostal překvapivě dost hlasů s uvážením toho, že zde podle jiných informací heroinová scéna téměř neexistuje. Co se týká hlavních potíží, ty se pohybují kolem snižování rizik při braní a snahy o léčbu a doléčování. Výrazný byl důraz na řešení vztahových témat v různých konfiguracích – rodina, partnerské apod. se specifickým zaměřením na děti.

V druhé části zabývající se spoluprací vyplynulo, že služby jsou provázané, nicméně by bylo potřeba ještě detailnějšího pohledu na to, mezi kterými službami spolupráce funguje a kde ne. Momentálně to vypadá, že spolupráce směřuje hlavně směrem ke zdravotnickým službám (psychiatrii, doktoři, psychologové), nicméně naopak psychiatrii s NNO nespolupracují. Mezi nejvíce odkazované služby patřily ambulantní poradenské služby NNO a psychiatrii. Nejvíce odkazovala přirozená sociální síť uživatelů (rodina, kamarádi), OSPOD a psychiatrii. Mezi spolupracujícími sociálními službami vystupovaly **azylové domy** a vůbec služby věnující se **bydlení**. To poukazuje na poměrně úzké propojení problematiky závislostí a bydlení.

V třetí části, zaměřené na limity a nenaplněné potřeby uživatelů drogových služeb, se ukázalo, že témata navazují na předchozí odpovědi. Mezi hlavní nenaplněvané potřeby patří **bydlení** a **zaměstnání**. Dalšími tématy je pomoc rodině a zejména mladým dětem, které se stále častěji potýkají s drogami. Vystává také potřeba lepšího zajištění zdravotnických a psychiatrických služeb.

Mezi hlavní překážky patří zejména nedostatek a dlouhodobá nejistota stálého **financování**. To je ruku v ruce se zvyšující se **byrokratizací a administrativou**, která ubírá čas na přímou péči. Objevily se také hlasy o **preferenci represivních činností** nad těmi preventivními. Oproti tomu státní a zdravotnické institucí spatřují bariéry zejména na straně uživatelů služeb v jejich malé motivaci a neochotě ke spolupráci.

9. Výstupy z realizovaných rozhovorů

Pro doplnění dotazníkového šetření jsme realizovali polostrukturované osobní a telefonické rozhovory v drogových organizacích působících v Ostravě. Rozhovory byly provedeny celkem s 10 pracovníky, z toho s 5 muži a s 5 ženami. Pracovníci byli na různých pozicích: řadoví pracovníci (pracovníci první linie), vedoucí služeb, koordinátoři, manažeři. Průměrná délka rozhovoru byla 28 minut. Nejkratší trval 12 minut a nejdelší 44 minut. Všechny rozhovory byly vedeny s pracovníky sociálních a zdravotnických služeb, kteří pracují v oblasti drog a závislostí. Konkrétně se jednalo o organizace Renarkon, ARKA CZ, Faust a Modrý Kříž.

Polostrukturované rozhovory byly založeny na otázkách, které jsme pokládali napříč jednotlivými pracovníky i službami. Byly to otázky jako: „*Jaké jsou v Ostravě hlavní drogové trendy?*“, „*Co pro Vás znamená kvalitní protidrogová politika?*“, „*Co by bylo potřeba změnit, aby byla kvalitní protidrogová politika?*“, „*Co podle Vás doposud bránilo zlepšení protidrogové politiky?*“, nebo „*Kdo podle Vás může propadávat síti služeb?*“. Kromě těchto otázek byly pokládány i doplňující otázky podle témat, která se vynořovala v průběhu jednotlivých rozhovorů. Scénář rozhovoru je uveden v příloze č. 2.

Přepsané rozhovory a poznámky jsme analyzovali jednoduchou tematickou analýzou, kdy jsme seskupovali v rámci rozhovorů podobné výroky, a shlučkovali je do témat, která jsme rozdělili do 3 hlavních kategorií: Trendy na drogové scéně, Protidrogová politika: potenciál změny a její limity, Kvalita organizací. Výsledky jsme se snažili co nejvíce anonymizovat, aby bylo možné prezentovat i kritické hlasy, nicméně v některých případech, kdy se mluví např. o konkrétní službě, je anonymizace omezená.

9.1 Trendy na drogové scéně a v oblasti závislostí v Ostravě optikou pracovníků

Trendy na drogové scéně v Ostravě byly již částečně popsány v první části analýzy. Informace od pracovníků v drogových službách dokreslují celou situaci na základě detailnějších informací a pozorování přímo z „terénu“. Trendy na drogové scéně jsme rozdělili na následující tři hlavní oblasti, kterým se respondenti nejvíce věnovali: drogové trendy, kvalita drog a jejich dostupnost.

Drogové trendy

Na otázku, jaké jsou hlavní drogové trendy v Ostravě, respondenti zmiňovali různé látky v souvislosti s jejich rozšířeností. V oblasti nelegálních látek byl nejčastěji zmiňovanou látkou **pervitin**. V jednom případě byl dáván do kontrastu s téměř nepřítomným užíváním heroínu, což do jisté míry potvrzují i prevalenční výzkumy, které hovoří o dominanci pervitinu v regionu. Další opakovaně zmiňovanou látkou byla **marihuana**, a to zejména v souvislosti s neschopností drogových služeb na tento jev reagovat. Marihuana byla dávána do souvislosti zejména s nízkým věkem uživatelů a jejími sílícími účinky.

S nelegálními látkami se pojí téma opakovaně zmiňované **experimentace a prostředí klubové scény**, která je v Ostravě poměrně rozšířená. Tu dávali respondenti do souvislosti s vyšším užíváním extáze a dalších rekreačních drog.

V oblasti legálních látek se objevilo v několika případech téma **léků-psychofarmak**. Podle některých pracovníků nízkoprahových služeb se léky používají jako náhražky nelegálních látek, uživatelé s léky obchodují. Dochází k jejich kombinování s dalšími látkami, především pak alkoholem. Vzhledem k velmi omezenému heroinovému trhu se zdá, že léky fungují jako náhražka pro uživatelé opiátů.

Někteří respondenti dávali Ostravu do souvislosti s nadměrným pitím **alkoholu a hraním hazardních her**. To je do jisté míry dáno podle nich i historicky a sociálně, kdy se v regionu kumuluje hodně sociálně negativních jevů jako je chudoba, nezaměstnanost a problémy s bydlením, které lidi vedou k tendenci hledat „rychlé prožitky“. Jedna z pracovnic k tomu uvádí toto:

„Je to dané tím, že lidi tady mají obecně málo peněz, je tady dost vysoká nezaměstnanost a tím pádem je tady touha po rychlých prožitcích. Když mají lidi málo peněz, tak nemají moc motivaci šetřit... V Ostravě je pořád takový dojem, takový předsudek, že tady žijí horníci, ale tady už se 15 let uhlí netěží, takže horníci dávno odešli bůhví kam. Ale je tady nezaměstnanost a tudíž ti lidé, zhruba ta třetina, ta slabší skupina nemá jiné motivace než ty peníze, tak to málo co mají, tak si chtějí raději užít rychle. Na větší zážitky nedosáhnou.“

Kvalita drog

Jako jedno z průřezových témat se objevuje **měnící se kvalita drog**. Nejde přitom pouze o zhoršování kvality látek, ale i o zvyšování potence a účinnosti. Podobné trendy jsou přitom patrné i v dalších oblastech republiky. Jak zvyšování účinnosti, tak zhoršování kvality drog vede totiž k nepředpokládaným stavům, v horších případech ke zdravotním komplikacím nebo i úmrtím.

Konkrétně Ostravu dávají respondenti do souvislosti s poptávkou po levnějším alkoholu, což se podle nich projevilo i v souvislosti s **metanolovou kauzou**, kdy nejvíce obětí bylo ze severní Moravy. Dalším příkladem jsou **příměsí**, které se objevují v pervitinu a dalších pouličních drogách. Za zhoršující kvalitou drog vidí respondenti velké množství dealerů a **snahu rychle vydělat**. Pracovníci nízkoprahové služby uvádějí jeden z případů:

„Měli jsme tu pár případů, že tam dali krtka (na odpady) a člověk umřel... Dealerů je plno, to je asi ten největší problém. A neumí to. Chtějí rychle vydělat peníze, takže tam dávají cokoli. Už ani ty drogy nejsou, co bývaly.“

U **marihuany** naopak pracovníci pozorují **zvyšující se potenci účinků**, což je spojeno s častějším výskytem zdravotních a psychických komplikací uživatelů.

Dostupnost

Dostupnost různých drog je v Ostravě podle respondentů zvýšená v oblasti legálních i nelegálních látek. Podivení vyjadřují především nad **dostupností psychofarmak nebo příležitostí k hraní hazardních her**. Pervitin byl pak také zmiňován v souvislosti s jednoduchou dostupností i pro lidi mimo drogovou scénu, zejména v některých konkrétních oblastech, jako je Stodolní. Pracovnice jedné z nízkoprahových hovoří o jednoduché dostupnosti a o neúčinnosti represivních kroků:

„A: Mi to přijde že, ale to je taky všude, jednoho zavřou a další dva se vyrojí.

B: Já si myslím, že je velice přístupnej. Já si dovolím tvrdit, že i já, jako stará bréca, bysem si sehnala.

A: Stačí zajít na Stodolní, že?“

V několika rozhovorech se objevilo také téma **věkové dostupnosti**, která se podle pracovníků snižuje. Pracovníci terénních programů uvádí, že není neobvyklé, že se potkávají s dětmi ve věku kolem 11 let, které mají zkušenosti s alkoholem a marihuanou.

9.2 Protidrogová politika: potenciál změny a jeho limity

V oblasti protidrogové politiky v Ostravě se ukazuje velký potenciál rozvoje v systému péče i na úrovni politiky města. Zástupci organizací pojmenovávají mnoho výzev, které se týkají především vzájemné

spolupráce, financování, inovativních metod a služeb. Pojmenovávají také mnoho témat, které tomuto rozvoji brání, limitují, nebo přímo způsobují problémy v oblasti poskytování kvalitních služeb. V této kapitole se budeme věnovat nejdříve hlavním rozvojovým výzvám, následně pak jejich limitům a intervenujícím faktorům.

Spolupráce, síťování, sdílení

Jako hlavní rozvojové téma v systému péče se ukázala spolupráce mezi jednotlivými službami. Tu všichni oslovení v současné chvíli vnímají jako nedostatečnou. Jako hlavní důvody uvádějí konkurenční prostředí mezi službami v souvislosti s nedostatkem financí a rigiditou konkrétních pracovníků. Potřebu vzájemné spolupráce zmiňovali pracovníci všech oslovených organizací. Jedná se o poměrně rozsáhlé téma, které tak členíme do jednotlivých subtémat.

Důvody pro spolupráci:

- Propadávání klientů s mnohočetnými potřebami sítí služeb.
- Vzájemné sdílení klientů, o kterém jednotlivé služby neví, nebo o něm nekomunikují – efektivita práce.

Jak by měla spolupráce podle respondentů vypadat:

- **Sdílení informací** mezi pracovníky a službami.
- **Společné schůzky** mezi službami kolem sdílených klientů.
- **Oslovování různých služeb na základě potřeb klientů** – např. bydlení, domácí násilí, dluhy apod.
- Klienti jsou v péči **jednoho klíčového pracovníka** podle prvního kontaktu, a následně spolu oslovují další služby.
- Služba se neomezuje pouze na svou cílovou skupinu (např. azylový dům nevyklučuje uživatele nelegálních drog), ale spolupracuje na řešení s organizací, která se zabývá specifickými tématy.
- Konkrétní návrhy:
 - o Například **společné fyzické prostory** jednotlivých terénních služeb – unimobuňky v zimě.
 - o Spolupráce terénních pracovníků s NZDM na oslovení mladých experimentátorů.
 - o Spolupráce mezi drogovými službami a službami pro lidi bez domova – zejména v prostředí azylových domů.

Překážky spolupráce:

- **Konkurenční ladění služeb** – některé sociální služby mají obavu o odliv klientů a snížení výkonů a s tím související snížení přísunu peněz. Podle pracovníků některých nízkoprahových služeb se tak z uživatelů služeb stávají spíše čísla ve statistikách. O konkurenčním ladění služeb hovoří jeden ze zástupců nízkoprahových služeb:

R: „*spolupráce prostě s dalšími, s ostatními službami .. nejsme na tom tak vyspělí, jsem si všiml já.... abysme to jako spíše brali jako kon..jako .. společnou práci a ne jako konkurenci. Všude to vidím, že prostě další služba má pocit, že prostě . .. oni udělali práci za nás a my k tomu třeba přijdeme jednodušeji, když chceme sdílet třeba.... nebo něco, že spíš tam panuje nějaká prostě taková závist. A místo toho, abysme si pomáhali a snažili se jakoby co nejkratším a nejjednodušším způsobem.... pomáhat těm cílovkám, tak si to zbytečně komplikujem jako.*

V: *Jako že se bojí, že si toho jednoho vykáže někdo jinej a oni už si ho nebudou moct vykázat ...?*

R: *jo . jo jo jo ... a nebudou za něj mít jako prachy.“*

- **Obava pracovat s jinou cílovou skupinou** – mezi respondenty se objevily zkušenosti s tím, že zejména služby, které řeší problém lidí bez domova, neumí, nebo se obávají pracovat s drogovými uživateli, kteří jsou také bez domova. Na azylových domech se objevují různé restriktce, kontaktování klientů pracovníky drogových služeb musí probíhat mimo prostory azylového domu. V tomto ohledu zazněla kritika směrem k organizaci Charita.
- **Špatná manažerská rozhodnutí** – jako příklad špatného manažerského rozhodnutí uvádíme některé příklady ze sdružení Renarkon. Některými respondenty je uváděna například situace, kdy rozhodnutím organizace někteří klienti musí pendlovat mezi službami, aby dosáhli svých potřeb. Například klient terénních programů musí jít na K-centrum, aby získal potvrzení pro vyšetření u lékaře, i když stejné potvrzení by mohli vydat i pracovníci terénních služeb. Spolupráce je pak spíše zatěžující pro daného klienta i pro pracovníky.

Faktory ovlivňující spolupráci:

- **Finance** – v systému je málo prostředků pro navazování spolupráce, to podporuje také konkurenční prostředí. Získané finanční prostředky jsou pouze krátkodobé, nepodporují dlouhodobé projekty, výhledy do budoucnosti.
- **Byrokracie a administrativa** – někteří pracovníci se nadměru věnují administrativě a vnímají velkou byrokratickou zátěž, která jim nedovoluje potkávat se s jinými službami a věnovat se přímé péči.
- **Kompetence pracovníků a jejich nastavení vůči spolupráci** – z některých rozhovorů vyplývá, že nastavení ke spolupráci je kolísavé. Např. mezi drogovými organizacemi a organizacemi pro lidi bez domova neexistuje úzká spolupráce.

Inovace

Inovace představují poměrně nesourodou skupinu nápadů, které vycházejí ze zkušeností pracovníků v drogových službách v souvislosti s potřebami a obtížemi lidí užívajícími drogy. Dělíme je na různé úrovně od Harm reduction služeb, přes oblast primární prevence, po oblast léčby a politiky.

- Inovace na úrovni Harm reduction služeb
 - o **Aplikační místnosti** – snížily by zdravotní riziko pro uživatele plynoucí z užívání drog na nechráněných místech a zároveň by mohly vést k ochraně veřejného zdraví. Hlavní argument pro jejich zavedení je to, že stříkačky se stejně válí na ulici, uživatelé si budou stejně aplikovat na různých místech, tímto budou lépe podchycena rizika. Mezi pracovníky se objevují i protiargumenty, jestli by to nebyl příliš vstřícný krok. Jeden z pracovníků uvádí argumenty pro zavedení aplikačních místností:

„...abych ochraňoval tu veřejnost, spíš bych řekl já. Protože když dám frajerům, co jedou těžce na heráku jehlu na náměstí tak oni si kleknou prostě doprostřed toho parku ..., a tam si to normálně začnou ředit...a ten druhý mu tam takhle drží ruku, všichni to vidí, všichni to vidí .. jako a ten druhý mu ještě olizuje tu jehlu a takhle normálně před lidmi mu to tam pálí .. Proč to mají vidět děcka, které tam prochází? když by prostě věděli, že budou mít nějakou garáž nebo něco, tak si tam přijde pro tu čistou a dá si to rovnou tam.“
 - o **Preskripce amfetaminů/opiátů** – v souvislosti se snížením rizik vyplývajících z kolísající kvality drog a charakteru černého trhu se pro některé terénní pracovníky jeví jako logický krok preskripce amfetaminů a opiátů pro problémové uživatele drog.
 - o **Rozšíření nabídky Harm Reduction služeb na experimentátory:** v souvislosti s kontaktováním skupiny mladých experimentátorů, především kuřáků konopí a uživatelů tanečních drog, jsou potřeba jiné HR intervence než v případech problémových

uživatelů drog. Nabízí se rozdávání filtrů, nabídka skleněných dýmek, testování extází na tanečních akcích apod. Vytváří to dobré podmínky pro následnou práci s touto skupinou zejména, pokud přejdou následně k injekčnímu užívání.

- **Mokrý azylový dům** – bytová nouze je velmi častý stav uživatelů drog. V Ostravě přitom chybí místo, kde by mohli strávit noc i pod vlivem drog nebo alkoholu, který mnoho z lidí bez domova užívá.
- Inovace na úrovni primární prevence
 - **Spolupráce NZDM a PP s Harm reduction službami** – někteří klienti NZDM, nebo děti na školách jsou uživateli drog, ale ještě nejsou tak daleko, aby kontaktovali terénní pracovníky. Vytváří se tak mezera, kdy PP nejsou schopny zajistit jejich potřeby a terénní pracovníci se k nim nedostanou.
- Na úrovni ambulantních a léčebných služeb:
 - **Větší důraz na spolupráci s rodinným systémem** – drogový problém se řeší pouze s jednotlivcem, rodina mnohdy s léčby vypadává, nebo je málo motivovaná. Neexistuje podpora rodinné terapie, případových konferencí, spolupráce mezi jednotlivými službami, OSPODem.
- V oblasti represe:
 - **Školení Policie zaměřené na prevenci** - podle mnoha pracovníků mohou policisté krom represe mít kompetence k tomu, aby motivovali a byli schopni odeslat uživatele drog do zdravotních a sociálních služeb namísto jejich kriminalizace. To mohou zajistit různá školení, společné schůzky s poskytovateli drogových služeb.
- V oblasti protidrogové politiky
 - **Pravidelná evaluace a výzkum drogové scény** – někteří pracovníci uvádí, že dnes nic o drogové scéně nevíme. Např. kolik lidí v Ostravě užívají drogy má zároveň problém s bydlením.
 - **Působení na médiav** – v médiích jsou podle respondentů zprávy hlavně o represivních akcích, vytváří to tak zkreslený obraz veřejnosti, která nechce podporovat sociální služby pro uživatele drog.

Pokrytí potřeb a prostorové pokrytí službami:

V rozhovorech jsme se ptali také na to, zda a kdo může propadávat síti sociálních a zdravotních služeb v Ostravě. Podle pracovníků drogových služeb se jedná o několik skupin definovaných různými znaky a potřebami. Jako hlavní téma, které prolíná jednotlivými skupinami je ale „**škátulkování**“ a „**kategorizace**“ lidí podle cílových skupin. To pak vede k tomu, že některé cílové skupiny vypadávají, nebo se u některých uživatelů řeší jen část potíží podle „škátulky“, kterou má na starost určitá sociální nebo zdravotní služba. S uživateli služeb se tak mnohdy nepracuje podle toho, s čím přichází, ale podle agendy dané organizace.

Dalším výrazným tématem je nedostatek **služeb založených na case managementu**. Pracovnice PMS k tomu uvádí: *Já si myslím, že takové jako řešení je opravdu mít dostatek lidí... kde by měl každý, takového mentora, jednoho na sebe, a který by ho tady opravdu chytnul za ruku a šel s ním tam a tam...což by znamenalo, že tam ten člověk opravdu dojde. Protože pro ty lidi je toto opravdu nejtěžší, protože pro ně je opravdu nejtěžší dojít opravdu někam na úřad.... Oni mají klienti tendenci se na*

někoho upnout. Oni mají tendenci se přimknout. A mají tendenci s vámi být třeba každý den, ale to tady nejde... V tom já vidím asi jediné úskalí...“.

Dalším tématem jsou **služby na pomezí**, které by byly pro uživatele, kteří jsou motivovaní se sebou něco dělat, ale nevládnou jít zatím do služby s vysokým prahem. Pracovnice PMS uvádí „...je tady pouze Renarkon a nejsou tady jiné služby. Chybí tady více ... a i ten Renarkon má striktně nastavená pravidla. Že teda nejdříve vyžaduje, já to chápu, ...ale to na druhou stranu to komplikuje život. Je tam podmínka detox, být tři měsíce čistý. A to je pro většinu klientů nedosažitelné. Oni se toho zaleknou, oni nechtějí do nemocnice. ... takže spíš něco nízkoprahovějšího, kde by byli i aktivizační programy.... Ale oni s nimi řeší spíš jenom takové doprovodné problémy...dají jim tam čisté jehly a to je všechno“. Ambulantní služby by mohli využívat zejména **pracující** a **matky s dětmi**, kteří se typicky do léčby příliš nedostanou. Dalšími skupinami, které by měly být podle výpovědi respondentů zohledněny, jsou:

- **Děti pod 15 let a mladší** – služby nejsou nastavené na práci s velmi mladými uživateli a jejich rodinou.
- **Lidé s komplexními potřebami** – lidé bez domova vypadávají z azylového a přechodného bydlení, protože užívají drogy a naopak. Některé služby nejsou nastavené pro lidi s fyzickým hendikepem – např. do terapeutické komunity se nedostane člověk na vozíku apod.
- **Mladí experimentátoři** – mezi NZDM, primární prevencí a Harm reduction službami existuje mezera, ve které se pohybuje mnoho rekreačních a začínajících uživatelů drog, kteří nejsou současnou sítí služeb zachyceni. Chybí intervence na klubové scéně a orientace na uživatele konopí. Jeden z pracovníků organizace Renarkon k tomu uvádí:

„jim se nikdo jako nevěnuje, že jo, protože jako propadají, nebo protože je to taková šedá zóna, ještě, že nepatří tam ani tam.“

- **Kombinované závislosti** – zejména mezi látkovými a nelátkovými závislostmi. Centra se specializují např. jen na látkové závislosti a nebaví se s uživateli drog o gamblingu, který zůstává skrytý.
- **Duální diagnózy** – lidé s přidruženou psychiatrickou diagnózou nejsou ve službách nijak specificky zohledněni. Pracuje se s nimi buď jako s uživateli drog nebo jako s psychicky nemocnými.
- **Uživatelé z vyšších sociálních vrstev, uživatelé kokainu** – současné drogové služby neposkytují nabídku pro uživatele z vyšších sociálních vrstev, psychologickou pomoc. Jsou pro ně příliš „sociální“.

Prostorové pokrytí službami se v rozhovorech neukázalo jako velké téma. Podle pracovníků Renarkonu by v Ostravě měla přibýt **další K-Centra**, jelikož je Ostrava rozdělena na několik sub-center, která jsou od sebe poměrně vzdálená. V jednom rozhovoru se objevila potřeba vzniku další **terapeutické komunity** vzhledem k vyšší poptávce.

Pracovníci terénních služeb by potřebovali **navýšit personálně**, aby mohli pokrývat pravidelně vzdálené oblasti jako je Poruba nebo Přívoz.

9.3 Kvalita organizací, kompetence a podpora rozvoje pracovníků

Respondenti také v průběhu rozhovoru často reflektovali kvalitu jednotlivých služeb a nastavení protidrogové politiky ve městě jako takové. Vznesená témata bylo těžké zařadit k některé z předchozích kategorií, tak se jim věnujeme v této samostatné podkapitole. Z dat vyplývá, že pracovníci v sociálních službách se potýkají s důsledky manažerského stylu jednotlivých organizací a s tím, jak se jednotlivé organizace v průběhu let vyvinuly ve vztahu k dotační a personální politice.

Mezi nejčastěji zmiňovaná témata patřily:

- **Finanční ohodnocení a s tím související odliv schopných pracovníků:** Z některých rozhovorů vyplývá, že různé organizace si nejsou schopné udržet schopné zaměstnance a zajistit jim odpovídající finanční ohodnocení.
- **Rigidita velkých organizací, které mají monopol na určité cílové skupiny:** zde se jedná o neochotu se posouvat, věnovat se inovativním věcem, odpovídat na aktuální potřeby díky tomu, že organizace a její vedení má jistotu, že dostane peníze a že nemá v dané lokalitě konkurenci. V následujícím úryvku s pracovníky jedné z nich se také tematizuje **rozevírání nůžek mezi řadovými pracovníky z terénu a vedením organizace:**
„spousta organizací, který zakrňují na jednom místě jako jo .. oni něčeho dosáhly a nemaj se kam posouvat..... a mají nastavený nějaký hranice a je to pro ně takhle v pohodě, protože oni se v tom terénu a prostě mezi těma lidma nepohybujou a moc o tom až tak nevědí a rozhodnou spíš jako z kanceláře a jsou teda úplně nastavený ty stropy a... . není tam chuť zkusit něco novýho a tu službu někam posouvat ...“
- **Vztah s klienty a rigidita:** z rozhovorů vyplývá také, že se v organizacích může vyskytovat chování vůči klientům, které do kvalitní sociální služby nepatří. Jako konkrétní příklad je dávana rigidita některých pracovníků při dodržování pravidel, které jsou pro klienty poškozující. Jde například o neochotu vydávat zdravotní materiál na víkend navíc i přes evidentní riziko, že nevydání může ohrozit zdraví klienta i veřejné zdraví. Jeden z pracovníků drogové organizace reflektuje poměry mezi některými kolegy takto:
„je to prostě člověkem, jako jo, to si myslím, pak tam zase narážíme na to že všechno se odráží od člověka, jak říkals a pak jsou podle mě lidi kteří v těch sociálních službách nemají co dělat .. pokud nemáš prostě v sobě tolik toho sociálního citění a tolik empatie, abys to dokázal pochopit, že, a podívat se a prásknout se do čela.... dneska je pátek, jasně tady máš 5 kousků (střikaček) navíc, neřeš to, hlavně mi je prosím tě zkus donést zpátky všechny...“

9.4 Dílčí závěry

Rozhovory byly provedeny celkem s 10 pracovníky, z toho s 5 muži a s 5 ženami. Všechny rozhovory byly vedeny s pracovníky sociálních a zdravotních služeb, které pracují v oblasti drog a závislostí. Konkrétně se jednalo o organizace Renarkon, ARKA CZ, Faust a Modrý Kříž. Scénář rozhovorů je přiložen v příloze č. 2. V rámci rozhovorů se pracovníci vyjadřovali k trendům na drogové scéně a v oblasti závislostí, nejčastěji zmiňovanou látkou byl **pervitin**, dále pak, **marihuana, alkohol, hazardní hraní a léků**. Pracovníci reflektovali **vysokou dostupnost** a **snížující se kvalitu drog**, což vnímali jako problematické a ohrožující.

Dalším tématem byla protidrogová politika s akcentem na potenciál a limity změny. Velmi poptávané bylo **zlepšení spolupráce** mezi poskytovateli služeb a pomáhajícími pracovníky z různých organizací, zmiňované byly tyto formy: **sdílení informací, společné schůzky, využívání klíčového pracovníka** a neomezování se pouze na „své“ cílové skupiny, ale **vytváření podpory pro osoby s mnohočetnými potřebami** (lidé bez domova užívající drogy, mladí experimentátoři, apod.). Mezi překážky spolupráce pak v tomto kontextu řadili zejména nedostatek financí, administrativní zátěž, konkurenční ladění služeb, problémy s výkaznictvím, obavy pracovat s jinou cílovou skupinou a někdy také špatná manažerská rozhodnutí.

Pracovníci také hovořili o inovacích, které by při výkonu své praxe uvítali. Jednalo se o **aplikační místnosti, preskripci amfetaminů/opiátů a mokry azylový dům**. Důležitým tématem bylo vytvoření **služby pro mladé experimentátory**, kteří aktuálně propadávají sítí stávajících služeb, neformálně řečeno: „na nízkoprahové služby pro děti a mládež užívají moc a na terénní program pro injekční uživatele drog užívají ještě málo“. Taktéž by podle pracovníků měla být **posílena práce s celým rodinným systémem**.

Dalším tématem byla dostupnost léčby a tzv. nízkoprahové **služby na pomezí**, pro ty, kteří jsou motivovaní ke změně, ale nemohou/nechtějí jít do pobytové služby – např. zaměstnaní lidé, kteří by přišli o práci, matky s dětmi, apod. Pozornost by měla být také věnována osobám se specifickými a často mnohočetnými potřebami, jako jsou: **děti pod 15let a mladší, lidé bez domova užívající návykové látky a mladí experimentátoři**, kteří mají problémy ve škole, v rodině a **lidé s duálními diagnózami**.

Mezi faktory, které mají vliv na kvalitu poskytovaných služeb, řadili pracovníci **nízké finanční ohodnocení** a s tím související častý **odliv schopných pracovníků, rigiditu velkých organizací**, které mají v podstatě monopol na poskytování služeb lidem s určitým problémem.

Část III: Analýza potřeb lidí, kteří užívají drogy v Ostravě

Tato část je rozdělena na dvě části. První analyzuje realizované polostrukturované rozhovory s aktuálními uživateli psychotropních látek. Druhá část je věnována výstupům z realizované Focus Group, ve které diskutovalo deset uživatelů. Tato část navazuje na přechozí dvě části, které byly věnované I. obecným charakteristikám drogové scény v Ostravě a prevalenčním odhadům; II. Analýze poskytovatelů služeb. Tato část umožňuje nechat zaznít hlasy lidí, jejichž aktuální životní situace je spjatá s užíváním psychotropních látek, nejčastěji pervitinu.

10. Výstupy z realizovaných rozhovorů

Realizováno bylo celkem devět polostrukturovaných rozhovorů s 8 muži a 2 ženami, které byly s ústním souhlasem nahrávané na diktafon, přepsány a následně podrobeny tematické analýze. Nejkratší rozhovor trval 11 minut a nejdelší 41 minut, průměrná délka byla 27 minut a probíhaly s klienty drogových služeb ve sdružení Renarkon. Rozhovory byly zaměřeny na názory o aktuálním dění v Ostravě a podobu drogové scény, na stávající i chybějící služby, na zkušenosti s policií, úřady a zdravotnickými zařízeními, na názory o problémech, které jsou v Ostravě palčivé. Scénář rozhovoru je přiložen v příloze č. 3.

10.1 Informace o participantech

Zde jsou shrnuty základní anonymizované informace o respondentech, se kterými byly realizované polostrukturované rozhovory.

Muž, z Ostravy, ve věkové kategorii 20 – 30 let, od 17 let bere, chodil za školu, užíval nejdříve konopí, pak pervitin, bydlí v azylovém domě.

Žena, ve věkové kategorii 20 – 30 let, přerušovaně brala pervitin, nyní bere, má děti, které se stará rodinný příslušník, žije střídavě u rodiny a u kamarádů, několikrát trestaná.

Muž, ve věkové kategorii 40 – 50 let, uživatel pervitinu, užívá injekčně, bere 30 let, pochází z jiného města v MSK, v Ostravě 2 roky, má v Ostravě byt, plánuje zde zůstat. Jednou byl ve VTOS.

Muž, ve věkové kategorii 30 – 40 let, dlouho žil mimo Ostravu, zkušenost s toluenem, psychedeliky, momentálně pervitin, několikrát trestaný, rozpadlá rodina, zvažuje léčbu, žije v azylovém domě.

Muž, ve věkové kategorii 50 – 60 let, uživatel pervitinu, užívá nitrožilně, v minulosti heroin, drogy bere téměř 30 let, pochází z jiného města v MSK, v Ostravě je 5 let, chce zde zůstat. Má více zkušeností s VTOS.

Muž, Rom, ve věkové hranici 30 – 40 let, let, nitrožilní uživatel pervitinu, bere 20 let, pochází z Opavy, v Ostravě je 13 let, plánuje v Ostravě zůstat, bere od přelomu 16 a 17 let, aktuálně bez domova, v průběhu života byl více než deskrát ve výkonu trestu odnětí svobody (dále VTOS).

Muž, ve věkové kategorii 30 – 40 let, injekční uživatel pervitinu, bere 15 let (od 18 let), pochází z Ostravy, plánuje zde zůstat, aktuálně je bez domova, žije na ulici. Čeká na nástup do VTOS.

Žena, ve věkové kategorii 20 – 30 let, má děti, narodila se a vyrostla v Ostravě, plánuje tu i zůstat, injekční uživatelka pervitinu, bere 4 roky, v minulosti měla problémy s alkoholem, aktuálně bez domova.

Muž, ve věkové kategorii 30 – 40 let, dlouho žil mimo Ostravu, zkušenost s toluenem, psychedeliky, momentálně pervitin, několikrát trestaný, rozpadlá rodina, zvažuje léčbu, žije v azylovém domě.

Muž, ve věkové kategorii 40 – 50 let, původem mimo Ostravu, 18 let bral opiáty, současně pervitin, sám, bydlí v komerčním bytě, nepracoval, invalidní důchod, podmíněčný trest za distribuci.

10.2 Trendy na drogové scéně v Ostravě optikou uživatelů psychotropních látek

Téměř všichni respondenti uváděli, že pociťují rozdíly na drogové scéně, které se plíživě dějí v posledních letech. Ty souvisí především se změnou kvality drog a dostupností látek geografickou i věkovou. Jako určitý spojující fenomén lze pozorovat vnímání měnících se hodnot uživatelské kultury v Ostravě. Tyto rozdíly by se daly nazvat jako **kultura kamarádství** a solidarity vs. **kultura byznysu**.

Kultura kamarádství, která je v prohlášeních uživatelů spjata s dřívějším stavem, souvisela s tím, že se drogy braly pro radost, jeden druhého v subkultuře nepodváděl. R8 k tomu například říká: „*Kdysi to vůbec nebylo. My jsme to neznali. Sice je pravda, že můj bývalý chlap taky chodil fetovat a tak dále, ale v životě z baráku nevněsni nic. Já to neznám.*“

Kultura byznysu je naopak více spjata s hodnotami individualismu na uživatelské scéně, kdy se mezi sebou lidé různě využívají a nehledí na dopady svých činů. Zvyšuje se kriminalita. R9 v té souvislosti uvádí: „*Mně to přinášelo nějakou radost do života. A když potom si aplikujete nebo pícháte drogy s lidma, jo, takže vám to tu radost jako kazí ti lidi, jo. Protože tam jeden závidí druhému, a protože to je drahý koníček, tak se tam dělají všelijaké podvody a podvůdky.*“

R5 zase mluví o tom, jak v tom (drogové scéně), dnešní uživatelé vidí hlavně peníze: „*Oni v tom vidí business totiž. V tom vidí. Já neříkám jako nic. Kultura, umění, zlato a drogy tady vždycky drželi nějakou tu, prostě. Jo, jsem toho názoru. Ale že by v tom měli vidět zrovna oni jenom ten byznys.*“

R8 hovoří o vztahu byznys přístupu k dalším tématům, jako je rozšiřování drog mezi dětmi. Podle ní zaměření na peníze dovoluje lidem dělat věci, které dřív nebyly na drogové scéně běžné: „*Tak jsou někteří vaříči, jsou dealeři, kteří to prostě vezou a oni ti to prodají. Jenom, aby přišli co nejdříve k penězům. A už se třeba nedívají na to, že ony (děti) třeba do toho spadnou a tak si zkazí celý život.*“

Další respondenti se přitom vyjadřují v tom smyslu, že za zesílením kultury byznysu stojí především změna legislativy, kdy se prekurzory k výrobě pervitinu nedají koupit a výrobci pro ně musí jezdit do Polska. Vznikají tak více organizované skupiny, s lepší infrastrukturou, než dřívější malé varny pro pár kamarádů. Ty pak vyrábějí po větších množstvích, které prodávají i neznámým lidem.

10.2.1 Vysoká dostupnost

V souvislosti s kulturou byznysu je patrná také větší dostupnost látek v Ostravě na různých úrovních: podle typu drogy, podle místa a podle věku. Objevují se však i odvrácené stránky vysoké dostupnosti a to je například nízká dostupnost kvalitních drog. R8 v té souvislosti uvádí, že si pro pervitin musí jezdit mimo Ostravu, aby byla zajištěna kvalita: „*Já si furt jezdím brát drogy do jiného města. Já je nenakupuju tady. I když občas si samozřejmě koupím i tady. Tady pokulhává ale ta kvalita, jo. Toho pervitinu.*“ Dostupnost tedy v této kapitole nesouvisí ani tak s kvalitou látek, jako spíš s jejich fyzickou dosažitelností.

Podle typu drogy

Respondenti často hovořili o velmi snadné a vysoké dostupnosti **pervitinu**, který podle výpovědí v Ostravě dominuje. Jejich výpovědi korespondovaly s výpověďmi pracovníků v předchozí části.

Mezi další látky, u kterých se názory na dostupnost lišily, byly **opiáty**. Např. R3 řadí mezi snadno dostupné látky i **heroin** a **subutex**. R3: „*Ostrava by se mohla řadit na první místo v republice, protože tady je ta drogová scéna tak obrovská, že je prakticky nemožné nesehnat něco, pervitin, heroin a subutex je na scéně úplně běžné.*“ Oproti tomu R8 uvádí, že se mizící kulturou „*starých feťáků*“ je těžší dostat s ke kvalitním opiátům „*... těch uživatelů opiátu už nás tam zůstalo málo, z těch starých feťáků, že vlastně jak byla ta nabídka taková širší, tak potom to bylo užší a užší až byla už jen na jednom místě.*“

Další opakovaně zmiňovanou skupinou látek byly **léky**. Konkrétně respondenti zmiňovali Tramalin a Rivotril, který se prodává a dokonce i „*vaří*“ na drogové scéně.

Psychedelické látky byly v rozhovorech také zmiňovány, nicméně pouze jako něco odjinud, co se na pouliční scéně tolik neobjevuje. R7 zmiňuje např. Ketamin: *“to tady neseženeš. Já jsem ho měl, to jsem bral na party.”*

Podle místa

Dostupnost je zmiňována v souvislosti s obecnými místy nebo s konkrétními geografickými místy případně Ostrava jako celek je vnímána jako specifické místo, kde lze jednoduše dostat drogy.

Jeden z respondentů reflektoval snadnou dostupnost a to, že není nutné drogy obtížně shánět ani mít známosti, jako v jiných, menších městech: R1: *„Tady to chodí vlastně samo za vámi. Tady to nemusíte ani náh shánět, náh obtelefonovat. Tady vám prodají, stačí, když se postavíte u herny tak vám prodá každý druhý.“* V podobném duchu se vyjadřovali i pracovníci kontaktního centra a terénních programů.

Dalšími opakovaně zmiňovanými místy byly **ubytovny**. Konkrétně pak ubytovna Dubí, kterou R7 spojuje s tím, že se „rozjel“.

Psychedelické látky jsou pak spojované spíše s **party** scénou a technokulturou.

Opakovaně se objevují i zmínky o konkrétních místech, jako je **Stodolní ulice**, nebo celé městské čtvrti jako je Přívoz, Dubina, Hrabůvka, Zábřeh a Poruba.

Podle věku

Ti z respondentů, kteří měli sami děti, si všímali a podivovali se nad **klesajícím věkem uživatelů**. Tento fenomén se objevuje v posledních letech a je také spjat s vnímavostí respondentů všimnout si problémů na drogové scéně.

R5 například uvádí, že snižující se věk není spojen se specifickým etnikem, ale zmiňuje konkrétní místa, kde se s tím setkává: *„Kolikrát jsem šla po Zábřehu nebo tak dále co chodím a vidím 13ti 14ti letý děcka a jdou a normálně píchají si a fetujou a tak. Začínají hodně brzo no. I bílí i Romové. To je nejhorší. Že člověk jak to vidí, ty 13ti, 14ti letý děcka jak to jde a kdyby já si měla představit, že by moje děcka tak budou chodit ve 13ti 14ti takhle zfetovaní ...“*

R8 uvádí, že děti se lehko dostanou jak k drogám, tak i do nízkoprahových výměnných služeb: *„Předtím, kde by se mohlo dostat nějaké dvanácti, patnáctileté děcko k drogám? Teď to dostane úplně veřejně. Chodí, vyměňuje jehly a tak dále.“*

10.2.2 Klesající kvalita látek

Většina respondentů uváděla klesající kvalitu drog během posledních několika let. Období, ve kterém pozorují, že se kvalita drog snížila, uváděli někteří během posledních pěti let a někteří za poslední 3 roky nebo jen za poslední rok. Špatná kvalita se dotýká především **pervitinu a opiátů**.

Důvody klesající kvality látek

Jak už bylo naznačeno, jako spojující fenomén klesající kvality určují často respondenti **byznys přístup**, který byl popsán výše. Několik respondentů uvádí, že lidé, kteří drogu vyrábí, snadno sklouznou k touze po zisku. Tento postoj měl, ačkoli se v minulosti dříve výrobou pervitinu živil, například R3: *„Protože každý ví, že hodně lidem roste chuť penězma, čím víc peněz, tím víc chuti a dostane se do nenažranosti a potom už mu je jedno, co prodá, to je jedna věc, že si neuvědomuje, že ti narkomani si to většinou nitrožilně píchají, jo, a když si píchnou nějaké svinstvo, a on o tom ví, jenom aby udělal peníze, tak to je špatně.“*

Někteří respondenti šli tak daleko, že obviňovali **Policii** z toho, že zhoršující se kvalitu látek neřeší. R1: *„A oni právě k tomu přispívají, policie k tomu přispívá tím, že to nechá dlouho uležet... Jako říkám, šiju bič i na sebe, já sem se tím živil celý život. Ale mělo by to tak být, oni čekají, až se něco stane, až někdo umře, až se někdo předávkuje něčím, co by mělo být drogou a není drogou.“*

Podoby klesající kvality

Mezi podoby klesající kvality látek patří především **snížující se čistota látek, odlišná chemická struktura** související s výrobním postupem a **výměna látek za jiné látky**.

R6 mluví o dealerovi, který se mu svěřoval, jak ředí drogy, aby na tom vydělal: *“... že prý koupí 3 gramy a prodá 5 gramů. 5 gramů, každý za tisíc korun nebo tak nějak. Něčeho, co se dá říznout do toho jo. Do toho perníku, a že to člověk nepozná jako, že se to dá i naředit.”*

Typické jsou prohlášení typu: R8: *“... je to čím dál horší. Špinavé perníky dělají a ty zabíjejí lidi.”*
R9: *“Ono je to tím, že když tady se hodně prodává na kšeft, takže tady je to víc odbyté, jo.”*

U pervitinu zásadní zlom vnímají uživatelé s odlišnou chemickou strukturou v souvislosti se **změnou výrobního postupu**, kdy začal převládat pervitin vyráběný z pseudoefedrinu. R6 uvádí, jak odlišná kvalita projevuje na chování uživatelů a že v tom vidí zásadní změnu na drogové scéně: *“Spíš mi připadá, že to pseudo se vyměnilo za efedrin. Jako, že z perníku teď se bavím, a že ti lidi jsou vytančení z toho... A já v těch lidech vidím prostě tanečníky... Oni nedovedou sedět v klidu... Takže prostě to vidím prostě velkou změnu v tom jako.”*

Objevují se i případy, kdy jsou **látky zcela nahrazované něčím jiným**, což uživatelé neočekávají. Jako jeden z příkladů uvádí R6 výměnu pervitinu za MDMA: *“A to se děje jako. Někdo třeba dává místo perníku MDMko. To člověku dělá maglajs v hlavě. Však to jsou normálně ketaminové, to jsou koňské dávky prostě.”*

Dopady klesající kvality

Špatná kvalita drog může být velmi nebezpečná a přinášet mnohé zdravotní i sociální komplikace. Patří mezi ně:

- Nečekané a **nepříznivé zdravotní projevy akutní intoxikace** neznámou látkou:

R5: *“No já jsem si dala a v tu ránu jsem začala zvracet, horečky a hodinu nato jsem potom odpadla a nedařilo se mi vstát. Špatný var. Se mnou to takhle zametlo.”*

R9: *“Byla v tom přimíchaná nějaká látka, která vyvolávala po tom morfinu, hlavně ethylmorfinu, obrovské zimnice.”*

- Projevy **předávkování** při výměně za jinou látku:

R7: *“Mě bolely zuby. Jsem to vypil celé. Já jsem nevěděl, co to je. Až potom mi teda říkali, že prostě to je koňská dávka (tramalin). Jsem to cítil na sobě potom.”*

R8: *“Našli borku, prostě přestřelenou. Si mysleli, že se přestřelila, předávkovala. To tak nebylo vůbec. To byl špinavý ten perník. A nebyl dodělaný, jo. Neudělali ho tak dobře, aby prostě byl tak kvalitní”*

- Náročnější **psychické stavy uživatelů po odeznění účinku**:

R4: *“Dříve potom člověk nebyl ani tak psychicky na dně. Teďka po jednom dni, když je to třeba špinavé, tak vypadáte jako byste jel týden.”*

- **Vyšší agresivita** uživatelů související s odlišným účinkem:

R6: *“A ten člověk si to dá, má pocit, že si dal perník a má dojezdy a v těch stavech může někoho zmastit, pobodat ho nožem za něco.”*

10.2.3 Kriminalita mezi uživateli drog

V souvislosti s byznys přístupem a zhoršující se kvalitou látek se zmiňují respondenti o zvyšující se míře kriminality na drogové scéně. Ta je zaměřená jednak **dovnitř subkultury** a má projevy fyzické agrese

nebo drogové kriminality v podobě prodeje různých látek. Majetková trestná činnost je pak popisována jak **směrem navenek**, tak směrem dovnitř subkultury. Obracení kriminality dovnitř drogové subkultury vnímají respondenti jako jeden z hlavních trendů posledních let.

10.3 Zkušenosti se službami a institucemi

I když byl vzorek respondentů poměrně specifický, všichni z nich měli zkušenosti s širokou paletou různých služeb, zařízení a institucí. Jelikož se jednalo o aktivní uživatele drog, chyběly zde služby s vyšším prahem dostupnosti, jako je např. terapeutická komunita nebo doléčovací centrum. Nejvíce respondenti zmiňovali ve svých zkušenostech nízkoprahové drogové služby – K-centrum a výměnný program, sociální služby pro lidi bez domova – denní centra, noclehárny apod., mezi dalšími byly pak úřady, a to buď nespécificky, nebo konkrétně Úřad práce, Městský úřad, „sociálka“. Dále souvislost se zdravotními dopady hovořili o zdravotnických službách. Poslední významné téma pak byly instituce Policie a vězení. V této podkapitole se tak věnujeme přehledně po jednotlivých oblastech institucím a službám, se kterými mají respondenti zkušenosti.

10.3.1 Sociální služby

Mnohočetné potřeby

Jako výrazný rys zkušeností se sociálními službami se ukazuje to, že jich respondenti navštěvují několik v jeden moment, podle toho, co poskytují. Jednotlivé služby se k nim nicméně vztahují často pouze na základě jednoho problému, jedné cílové skupiny, kterou mají na starost a nereflektují, že jejich problémy jsou širšího rázu. Nejmarkantněji se tento rys zobrazuje u služeb pro lidi bez domova a drogových služeb, které uživatelé drog využívají nejvíce. Respondenti (R6) např. uvádějí, že „...radši bych šel spát ven, tam by mě stejně na ten azylák nevzali, když v sobě něco mám.“

Jelikož mnoho respondentů bydlí zároveň v azylovém domě a chodí do nízkoprahového centra Renarkonu, ptali jsme se, jak spolu pracovníci těchto center na jeho případu spolupracují. Odpovědi spíše potvrzovaly to, že **ke spolupráci a výměně informací nedochází** pouze na neformální rovině, pokud se jednotliví pracovníci znají.

Paliativní charakter služeb

Z výpovědi je také patrné, že využívané služby jsou spíše základního charakteru – najíst se, vyměnit si stříkačky, ohřát se, ošetřit základní zdravotní komplikace. Málo se ve výpovědích objevuje zkušenost s tím, že by pracovníci s klienty řešili jejich situaci komplexně a napříč cílovými oblastmi. Poskytované služby tak mají spíše **paliativní, udržovací** charakter. R7 v této souvislosti popisuje obtížnost toho dostat se z nízkoprahové služby do léčby: „*První bych musel mít sezení. Potom, po tom sezení bylo ještě něco a potom bych mohl vyjet na ten detox a pak teprve do komunity.*“ R6 popisuje, že ve službách pro lidi bez domova je sice hodně klientů, ale těm není nabídnuta pomoc, aby se z té situace dostávali, dokresluje tak paliativní charakter těchto služeb, který popisují i další respondenti. R6 dále uvádí, že některé sociální služby ve městě mají snahu udržet lidi ve stavu „*sociálního případu*“.

„Mě to připadá všechno divné. Aji třeba ta Lidická nebo co tady jsou třeba ty Armády, Armáda spásy a to, že tam chodí lidi, co nemají občanky, nic. A prostě ti pracovníci, jim to je jedno... dal bych jim tu možnost, že bych jim vyřídil tu občanku... Vyřídil bych jim občanku. Pomohl bych jim vyřídít práci třeba někde nebo něco, jo. Každý říká: No ale podívej se kolik jich tu je (v denním centru, poz. aut.). Já říkám: Nevadí jako. Já bych byl spokojený, kdybych viděl, že jednou měsíčně jsem tomu člověku, pak tomu, pak tomu, pomohl. A takhle tam jsem už, já nevím, nějakou dobu, a nevidím žádnou pomoc od nikoho. Takže to je svým způsobem jedno, jestli je tam hodně lidí. Ale prostě, když tam není žádná pomoc jako.“

Nevyhovující prostředí služeb pro lidi bez domova

Noclehárny nevyužíval aktuálně nikdo z respondentů. Měli pro to různé důvody. Jeden z respondentů uvedl, že má přítelkyni a vadilo by mu, kdyby byli na noc rozdělení. Jinému vadilo prostředí, které příliš připomíná vězeňské prostředí. R1: „*Kvůli tomu že mám hodně let strávených v base, tak mi to připadá*

celé takové nějaké, všechno zamřížované, ty železné postele, prakticky ty samé postele jak v base, jo. Míže na oknech, teďka vás tam je 15, 16 je to takové – pro mě je to divné.“

Nutnost obcházet pravidla

V některých případech popisovali respondenti, jak kvůli braní drog byla ohrožena jejich situace bydlení. Aby neskončili na ulici, museli se někteří z nich uchýlit k falšování údajů, aby jim byla poskytnuta služba, která je před tím ochrání. R9 uvádí např.: *„V té době jsem bydlel na ubytovně a oni mě občas z té ubytovny vyhodili, že jsem nezaplatil bydlení a koupil drogy. Ale vždycky to bylo v tom, že jsem se domluvil s tou ubytovatelkou, ona to nehlásila na sociálku, já jsem potom zfalšoval ten výpis o tom bydlení, to jsem dal na sociálce, oni mi zas poslali dávku a vrátil jsem se na ubytovnu, jo. Takhle to bylo asi třikrát nebo čtyřikrát.“*

10.3.2 Zkušenosti se zdravotnickými zařízeními

I když je přístup uživatelů drog ke zdravotnickým zařízením omezený, jejich zkušenosti s touto oblastí služeb jsou jak pozitivní, tak negativní. Pozitivní zkušenosti přitom souvisí podle výpovědí především s **lidským přístupem** v podobě vstřícnosti a slušnosti. Tyto vlastnosti se přitom objevují jako základní požadavek některých respondentů, dokonce i důležitější, než je samotné poskytnutí služby. Negativní zkušenosti souvisí pak zejména s **odmítnutím poskytnutí služby a stigmatizací a dehonestujícím přístupem**. Jako nevyhovující se podle slov respondentů ukazuje situace s **krevními odběry na testy infekčních chorob**. Ty se momentálně dělají pouze v nemocnici, která nenabízí nízkoprahovou formu testů.

Vstřícnost a příklad dobré spolupráce

Velmi dobré zkušenosti měli dva respondenti s **lékařkou, která byla sjednaná přes kontaktní centrum**. Jedná se o **příklad dobré spolupráce**. R2: *„Já jsem tady (V Ostravě) vlastně vyřizoval ten invalidní důchod tady v Ostravě, tak jsem si tu našel paní doktorku praktickou, tady přes káčko, no ona je úplně výborná, ona je taková jak z filmu, taková až moc hodná. Tak vlastně ta mě posílala na všelijaké takové vyšetření. Všude byli taková příjemní a vstřícní.“*

Odmítnutí poskytnutí péče

Objevují se doklady o **odmítnutí poskytnutí lékařské péče** na základě toho, že respondenti užívali drogy. R2 uvádí negativní zkušenost jako výjimku z vesměs vstřícného přístupu lékařů: *„Až na jednu výjimku. Mám tady zkušenost, jak je FN v Ostravě Porubě infekční oddělení, kde mě odmítli léčit.“* R3 rozvedl, že ačkoli se k němu na pohotovostech lékaři nechovají zle, nechtějí si ho vzít za pacienta. Má problém sehnat odborné lékaře.

Dehonestující chování personálu u odběrů krve na infekční choroby

Jako **problematická se ukazuje situace kolem odběrů krve** na infekční choroby. Ze zkušeností uživatelů se zdá, že tuto službu, kterou neposkytuje nízkoprahové centrum, nemocnice na své půdě pouze trpí a projevuje se k uživatelům hostilně. R3 mluví o přístupu sester na odběrech: *„Pak jsem šel do nemocnice do Vítkovic, a jako s tím potvrzením, že jsem opravdu narkoman, aby mi udělali odběry krve. No a tam se mnou zacházeli jak s dobyt看em. A ty sestry vlastně: A z čeho Vám to mám vzít?! Ta žíla nedává, kam to mám píchnout, sto let fetujete a teď chcete odběr krve?! Tak jsem se oblékl, otočil se a říkám na shledanou. Ona: ještě tady mi podepište ten papír, že jste odmítl. Já říkám, já Vám podepišu jenom to, že jste mi vy odmítla odebrat krev. Ptal jsem se jí, já jsem Vám něco sprostého řekl, nebo jsem Vás urazil něčím? Určitě tomu člověkovu nepomůže, že srazí jeho sebevědomí úplně na dno a rozbije mu psychiku úplně na maděru. No a kam mám potom jít, jsem člověk a chci, aby se mnou tak jednali a pokud já s nima mluvím slušně, tak se chovat slušně, a aspoň ze zdvořilosti by mohla říct, podívejte se, já Vám tu krev nemůžu odebrat, protože já nevím kde, zkuste to někde jinde. Na shledanou, děkuji Vám. A to je všechno a ne k tomu mít tisíc komentářů.“*

R1 k problematice testů uvádí: *„Musíte jít na testy na žloutenky a na AIDS jednou za půl roku tady ve Vítkovické nemocnici a musíte mít občanku. Kolik myslíte, že z těch lidí, co fetuje, má tu občanku? A*

kolik si myslíte, že lidí tam půjde? Jo, si sednout do čekárny a říkat prostě feťák, který jde na nějaký odběr. Každý ví z těch pracovníků tam, z těch doktorů, že to je prostě ..., a ten přístup – určitě se na vás dívají daleko jinak, když berete, než na pacienta, který tam jde s chřipkou.“

10.3.3 Zkušenosti s úřady

Zkušenosti s úřady byly zmiňované ve dvou ohledech a to, s jakým přístupem se tam respondenti setkávali a také, jaké služby jim byly nabídnuty.

Co se týká přístupu, objevovaly se jak pozitivní, tak negativní komentáře. R3 uvádí, že pozitivní zkušenost souvisí zejména s tím, že pracovníci na úřadě „ví, v jaké je situaci a... vychází vstříc“

Negativní zkušenosti souvisely pak především s dehonestujícím přístupem a odmítáním služby, na které měl respondent právo. Od R2 zazněla kritika vůči úředníkům na hmotné nouzi. „Nemilou zkušenost mám v tom, že – v zákoně o hmotné nouzi máte jako občan nárok si požádat o příspěvek na ledničku, na pračku, já nevím, o takové věci, a když sem tam řekl, že si chci požádat o příspěvek na ledničku, tak oni tam málem vyletěli z kůže na té sociálce, jo, nepříjemní, hnusní... Jakože prvně byli jakože, co si to vůbec dovolujete o něco takového žádat, jo. A přitom na to máte právo. Takže to je taková špatná zkušenost, no. Mám jenom tuhle, protože už sem si potom o nic už nežádal.“

Zajímavá pak byla zkušenost R7, který referoval o tom, že mu úřad sehnal tzv. **komerční bydlení**, kde mu slíbili plnou úhradu nájmu z doplatku na bydlení, nicméně pak se změnou „metodiky“ mu prý řekli, že mu to platit mohou jen zčásti.

10.3.4 Zkušenosti s policií

Dobré vztahy s policií

Zkušenost s Policií byla ve většině případů rámovaná jako bezproblémová. To respondenti zakládali na tom, že už je policisté „znají“, že s nimi „stejně nic nenadělají“.

R5: „No policajti vždycky kontrolujou nebo se dívají, jestli už ..., mě znají. No takže se na mě dívají, ale jinak v klidu, baví se se mnou normálně.“ Podobně též R3: „Naštěstí jsem žádnéj velkej problém neměl, jako vážnej, jako jednou jo, ale to se mnou jenom něco sepsali, jako slušně, chovali se ke mně slušně, bo mě všichni znají. Oni ví, že musí, že ze mě stejně nic nedostanou nikdy.“

Občasné problémy ze strany Policie vnímají respondenti jako běžný kolorit jejich života. V několika případech se objevuje zmínka o zadržení na CPZ kvůli nevyzvednuté poště.

Pozdní zasahování

Kritika Policie zazněla směrem k jejich postupu při odhalování drogové trestné činnosti. Podle některých respondentů čekají zbytečně dlouho, než zasáhnou a mělo by k tomu docházet už dřív, když přijdou na to, že někdo vyrábí. R3: „Největší problém je asi v tom, že policie to nestihá, protože toho je tak strašně moc, a tři, čtyři lidi zavřou a za ně už zatím dělá další spousta lidí. Jako tenhle bič šiju i na sebe. Kdyby ta policie byla rychlejší... oni prostě čekaj, já nevím, až bude mít aspoň půl kila, tak ho sebereme, ale já myslím, že to je blbost.“ Pochopení represivního přístupu zaznělo i ze strany R2: „Chápu, že město se musí bránit tady tomu, jako že. Tady není problém v tom užívání těch látek, ale tady je problém s tou činností, která se na to nabaluje. Protože to je drahý koníček... Takže krádeže, loupeže a já nevím co všechno, vaření, prodej.“

10.4 Návrhy na změny a inovace

V souvislosti se zkušenostmi respondentů se často objevovaly i návrhy na změny, které by mohly jejich situaci zlepšit. Podobně jako v předchozí kapitole se to týkalo většiny oblastí služeb a institucí, se kterými přicházeli do kontaktu.

10.4.1 Zdravotní služby

Právo na lékaře a zdravotní ošetření se speciálním zřetelem k drogovému užívání

V souvislosti s odmítáním péče a stigmatizujícím přístupem v některých zařízeních zazněl návrh na **právo mít lékaře** a možnost ošetření na místě, které bude respektovat drogové uživatele takové, jací jsou. R3: *... chtěl bych chodit jako běžnej občan normálně k doktorovi a nemusel mít strach, jestli něco řekne, aby se ke mně choval normálně, aby mě bral tak jak jsem. ... Když můžu sdílet, já nevím, hromadnou dopravu, když můžu sdílet všechno možné s těma normálníma lidma, bezúhonnýma, abstinujícíma lidma, tak proč bych nemohl navštěvovat lékaře, kterého chci já.* Jako řešení navrhol R3: *„Já si myslím, že by pomohlo zajistit místo, kde o vás ví a kde jsou ochotní vám to vzít a je tady dost takových lékařů, ke kterým se dá jít, ví, o koho se jedná, o co se jedná.“* Mohlo by se tedy jednat o nakontaktovanou **síť lékařů a sester**, ke kterým by uživatelé drog mohli chodit a nebyli by odmítáni.

Anonymní a dostupné testy na infekční nemoci

Dalším tématem, zmiňovaným vícekrát, byla **dostupnost a anonymita testů, které by bylo možné realizovat na KC**. *„Jinde to dělali třeba tak, že přijela doktorka a zdravotní sestřičky, dělalo se to anonymně, pod nějakým číslem, aby se vědělo, od koho to je, vzali nám krev, no a za 10 dní přišly výsledky. Pod tím číslem. Když jste si pamatovala, jaký máte číslo, tak prostě přišly výsledky. Tady do toho káčka chodí lidi, jsou tu zvyklí chodit, takže kdyby to tu udělali, já nevím, třeba v průběhu dvou třech dnů, tak vychytaj většinu lidí. A prostě je to bez problémů, no... Tyhle testy, abyste to nemusel vykřikovat před plnou ordinací. Já si myslím, že by to šlo i tady jako takhle, v nějaké místnosti udělat (na KC).“*

10.4.2 Sociální služby

Návrhy na pokrytí základních potřeb – ošacení, potraviny

Jeden z respondentů by uvítal, aby v Ostravě vznikl **dostupnější sociální šatník**. R2: *„Mně osobně například chybí místo, kde si můžou chodit lidi, co jsou v hmotné nouzi pro oblečení – tak tady to v Ostravě je i není. Je tady vlastně, teď jsem to objevil, jen jednou týdně pro ty lidi. Takže třeba sociální šatník, jakože spíš veřejný, dostupný veřejnosti.“*

Objevily se i návrhy na zřízení **potravinové banky** pro lidi, kteří nespádají do cílové skupiny lidí bez domova, ale nestačí jim prostředky na jídlo: R9 uvádí: *„Potravinová banka. Protože tím, jak já jsem i omezil nějakou ilegální činnost, protože už se mi jako do kriminálu nechce, takže se snažím žít z toho, co mám, jo. A tím, že vlastně jsem si zvyk kupovat kvalitní drogy, tak mi zůstává strašně málo peněz na jídlo. Víím, že tady funguje nějaká potravinová banka, ale ta zase, ta dodává potraviny čistě organizacím, ta jako jednotlivcům nedodává, jo. Ale tam, kde oni dodávají těm organizacím, tak tam vlastně já nepatřím nikam, jo.“*

Dostupné služby pro lidi po výstupu – Domy na půli cesty

Dva respondenti se nezávisle na sobě shodli na tom, že **chybí služby určené lidem, kteří opouštějí věznici** po výkonu trestu odnětí svobody. R3: *„Situace, když se člověk octne za tou bránou té věznice a teprve tam, venku, si uvědomí: Kam já budu? Vždyť já nemám kam. Tak přemýšlí, koho by oslovil, kdo by mu pomohl, zkusí to jednou, podruhé, pak už to vzdá, k těm drogám se vrátí a vlastně vrací se do kriminálu. Tak si myslím, že ta pomoc těm lidem, těm drogově závislejím a těm alkoholikům třeba, že by mohlo být nějaké zařízení, kde by mohli dočasně strávit ten čas, než si vyřídí všechny ty patřičné věci. Protože člověk je vytiženej tím, že musí něco oblitávat, něco vyřizovat a není kde bydlet. To je katastrofa, vstávat z ulice. Třeba by i šel do práce, ale nejde to dlouho vstávat někde z podmostu. Tedka, kde je strava, kde je normální odpočinek. Takže jak se dívám kolem sebe, tak tady tohle tu chybí. Protože ty lidi bloudí, neví, jestli má smysl vůbec něco takového dělat, podnikat, a my potřebujeme, abyste byl na sociálním úřadě a toto a toto, on nemá doklady, on nemá věci základní, které musí platit, ty peníze mu nikdo nedá, nikdo mu nepučí, tak ten člověk to velice rychle vzdává. Takové nějaké zařízení, ne přímo azylový dům, něco přímo pro tyto lidi, takového něco by mělo fungovat. Když jdou ven, dát jim poradenství, a místo, aby měli střechu, odkud můžou vyřizovat svoje věci.“*

A druhý respondent se vyjadřoval přímo z vlastní zkušenosti. R1: „Vylezete ven, teď rodinu nemáte, která by vám pomohla, takže jdete na sociálku, jdete na pracák. Dostanete 1000 Kč, s tou tisícikorunou musíte vydržet, já nevím, skoro celý měsíc, než dostanete sociálku, jo. Když řeknete, poslouchajte, vyšel jsem ven, mám boty, které strávily ve skladu 4 roky, a už když mě brali, tak byly zničené. Nemám co obléct, nemám žádnou hygienu, těch 1000 Kč mám tak na to, abych si koupil kartáček, pastu, nějaký spodní prádlo, trochu jídla a co dál? To jsou základní lidské potřeby, které člověk potřebuje, aby mohl chodit mezi lidi, jo. No tak to jako nás nezajímá, tady na to máte nárok a víc se s váma o tom nebudou bavit.“ A dále doplňuje, že tento proces často prý často končí tak, že člověk skončí na ulici. R1: „Prostě aby člověk měl kde složit hlavu, aby měl svoje soukromí. Protože vám řeknu, těch X let, kdy prostě, se těšíte jenom na to, až vás pustí, kvůli té svobodě, protože svoboda je pro člověka strašně důležitá. A hlavně to soukromí. Tam když chcete být na chvíli sám, tak se zavřete na záchod. Nic, a teďka vylezete ven a chcete vás hodit tam (noclehárna s dalšími lidmi na pokoji). Rozumíte mi? Tam nepůjdete, protože ne že bych byl jako něco lepšího, to ne, ale chcete mít chvíli to svoje. Takže jste sám někde venku schovaný. A čas běží.“ V tu chvíli, po výstupu z vězení, by potřeboval: „Hlavně **práci, a aby člověk měl kde složit hlavu, aby měl svoje soukromí.**“ (R1)

Individuální přístup pomáhajících pracovníků – případová práce napříč službami

R6, R1 i R8 popisovali, že jim chybí služby, kde by s nimi pracovníci jednali více individuálně, doprovázeli je na úřady, se kterými neumějí jednat. Svými slovy v podstatě popisovali **case management**, který se v drogových službách ani službách pro lidi bez domova příliš neprojektuje. To je ve shodě s tím, co uvádí i pracovníci ostravské PMS. Jeden z respondentů hovořil o kompetencích pomáhajících pracovníků, které by měli mít, aby mohli pracovat s lidmi, uvítal by, aby s nimi **mohl více mluvit**. R1: „Více té práce s těma feťákama, narkomanama, chtělo by to spíš takový jako, nechci říct sezení, nechci sezení jako s těma feťákama, ale určitě by to pomohlo. Prostě umět to s těma lidma. Jo jo, tady je všechno krásné jako takhle na jednu stranu, vykoupete se, jsou příjemní. Ale jo, když je požádáte, tak oni s váma pokecají.“

Dostupnost přechodného i trvalého bydlení

Jako jedno z hlavních témat napříč většinou rozhovor se ukázala problematika bydlení a to jak přechodného, tak trvalého. U přechodného bydlení šlo především o to, aby lidé z cílové skupiny drogových uživatel měli lehčí přístup k službám pro lidi bez domova. Momentálně musí své užívání skrývat. Objevily se zkušenosti s odmítáním služby ve chvíli, kdy pracovníci zjistili, že berou drogy, nebo nemožnost využít azylové přístřeší, pokud byli pod vlivem. Svým způsobem navrhovali tzv. **mokrě azylové domy**, kde se můžou vyspat i lidé, kteří berou drogy, nebo jsou pod vlivem alkoholu.

U trvalého bydlení byla často jako hlavní překážka uváděna **kauce**, kterou respondenti nemohou ze svých prostředků běžně zaplatit.

10.5 Sociální a zdravotní dopady

Tato kategorie představuje široké spektrum témat, které uživatelé spojují s životem na drogách. Je přitom těžké poukazovat na kauzální souvislost, tedy že na základě drog došlo k těmto dopadům, nebo že užívání drog je důsledkem okolností, jako je nedostupné bydlení nebo rozpadnutá rodina. Vztahy budou zřejmě obousměrné a jednotlivé dopady mezi sebou budou interagovat.

10.5.1 Sociální dopady

Bezdomovectví

Téměř všichni respondenti se neustále ve svých výpovědích vraceli k problematice bydlení. Většina z nich přitom využívá přechodné bydlení, bydlí na ulici nebo v ubytovnách. R9 a R7 uváděli, že se do Ostravy přistěhovali z jiného severomoravského města, aby nemuseli být na ulici a měli dostupné alespoň nějaké služby v oblasti bydlení.

Nemožnost najít práci

Většina respondentů uvádí problém najít legální práci a problémy vyplývající z práce na černo. Problémy se zaměstnáním dávají do souvislosti buď se samotným drogovým užíváním, nebo s trestním rejstříkem. Část respondentů má za sebou opakované výkony trestů odnětí svobody a v důsledku toho „špinavý“ trestní rejstřík.

R1 popisuje, že shánění práce věnoval hodně úsilí, které nikam nevedlo. *Na ÚP mi bylo řečeno, pokud napíšete víc než 8 žádostí o práci, věřte mi, že si to někdo všimne a v té práci budete. Záleží na vás, jestli chcete nebo ne. Za těch X let jsem napsal 76 žádostí o práci. Ani na jednu mi neodpověděli.*

Objevuje se zkušenost s **prací na černo**, která však bohužel často bývá neproplacená a její proplacení se nelze domoci. R1: *„A tehdy s tou prací. Já jsem byl strašně moc rád. A vypadali solidně. Ještě prosím, poprvé mi nezaplatil, tak jsem ještě nezanevřel.. Potřetí jsem už tam šel, já nevím jako proč. Jako jsem to chtěl zkusit, ale nezaplatili mi ani jednou. Já jsem za měsíc neměl víc na ruce než 3 stovky.“*

Dluhy

Zmiňované také byly dluhy. R1: *„Mám dluhů strašně moc. Z té trestný činnosti, nevím kolik, ale třeba těch stovektisíc, určitě. To je dost.“*

Stigmatizace

Jak už bylo uvedeno dřív, se stigmatizací se někteří z uživatelů setkávají ve zdravotnických službách, kde jsou odmítáni kvůli své drogové kariéře. Běžně se také objevuje v souvislosti s hledáním práce. R9 uvádí *„...A s tou drogovou a kriminální kariérou, kdo vás veme do zaměstnání, že?“*

Rodina a sociální okolí

Někteří respondenti dávají do souvislosti své užívání s rozpadem rodiny a to buď jako příčinu nebo důsledek. R6 říká, že se přistěhoval do Ostravy po tom, co se mu rozpadla rodina a R8 vypráví o tom, jak se „rozjela“ po tom, co ji zemřel partner. R3 uvádí, že... *„Nejvíce mě odsoudila moje rodina, protože já jsem z mnoha sourozenců a jsem jedinej, kterej sem darebák. A teďka nedávno jsme měli úmrtí v rodině, já jsem vrátil z vězení.... Odsoudili mě. Ostatní lidi sice někdy říkaj, takovej starej blbec, už bys taky moh mít rozum, moh bys přestat, ale že by mě vyloženě zatratili, to ne. A mí nejbližší, no, vydělili mě prostě a už k nim nepatřím. A začal sem brát, a více, a prostě zase sem šel do kriminálu, pak jsem se odstěhoval a kvůli tomu jsem tady.“*

Rodina je přitom vykreslována i jako silný podpůrný faktor. Více v kap. 11.6.

R7 spojuje drogovou kariéru se sociální izolací, které mnozí uživatelé čelí: *„Takže potom se izolujete, takže hodně věcí vám potom uchází, že já třeba vůbec neznám ty mladé lidi, ty neznám, že. Ti starší buď s tím přestali, nebo umřeli nebo já nevím, kde zmizeli. Takže jsem v takové dost zvláštní situaci, v takové dost sociální izolaci.“*

10.5.2 Zdravotní a psychické obtíže

Infekční choroby

S užíváním drog se často pojí riziko infekčního onemocnění, rozšířená je zejména **hepatitida typu C**. Jeden z respondentů mluvil o své zkušenosti s chronickou podobou tohoto onemocnění. R2: *„Mám céčko, už jsem prodělal léčbu interferonem, ta mi nepomohla, ... mám vysokou hrozbu rozvoje tumoru a cirhózy jater, tak jako aby mi potom pomáhali zvládat tu nemoc, jakože paní doktorka říkala, že možná mi daj nějakou základní léčbu, ale že si to musí ještě rozmyslet, že uvidí. Jako zatím je to ještě jakž takž, zatím mám jaterní testy ještě v pořádku. Já jsem někde četl, že s tím céčkem nemůžete žít víc jak dvacet let, takže nevím, kde je ta pravda, já už ho mám déle. Možná ty játra vychází ještě dobře, protože nepiju (alkohol), možná to na to má vliv.“*

Toxická psychóza, paranoia

Několik respondentů také mluví přímo o příznacích toxické psychózy. Jeden z uživatelů říká, že je schopný odlišit, kdy se jedná o halucinace či vidiny, které obvykle provází počínající toxická psychóza. R1: „*Já třeba mám po týdnu kdy nespím, nějaké slyšiny, že mi pak něco po krku proběhne a já už prostě vím, že to je stíha, umím si to v té hlavě trošku srovnat. Takže se nad tím vůbec nepozastavuju. Vůbec, jo. I když je to prostě, dokážu se tomu ještě zasmát, tak jako sám pro sebe.*“

Agrese, vykroucenost

Typické jsou projevy agrese a vykroucenosti, o které respondenti referují v souvislosti s chováním druhých. Jako příčinu uvádí především špatnou kvalitu drog a byznys chování v drogové subkultuře.

10.6 Podporující faktory mimo odbornou pomoc

10.6.1 Role blízkých a rodiny

Velmi důležitá byla podle respondentů podpora blízkých osob, přátel a rodinných příslušníků. Ti je podpořili v důležitých momentech, a to buď emocionálně, nebo i materiálně (např. zaplacení kauce, starost o dítě apod.).

R3: „*... mám tu kamarádku, ta mě do všeho postrkuje a sem jí za to vděčnej, protože kdyby jí nebylo, tak sem na ulici pořád.*“

Kromě podpory byla zmíněna i možnost „někomu se svěřit“ a potřebu nebýt „na to sama.“ R5: „*Co se týká takovýchle věcí, mám hodně podporu sourozenců, že na to nejsem sama.*“ Respondentka také oceňovala, že jí sestra pomohla vyřídit dávky. R5: „*To mi pomáhala vyřizovat moje sestra, stačila to se mnou oblíkat.*“

10.7 Dílčí závěry

Stejně jako pracovníci se i 9 uživatelů (z toho sedm mužů a dvě ženy) v individuálních polostrukturovaných rozhovorech zamýšleli nad drogovou scénou v Ostravě. Za negativní považovali převažující kulturu byznysu mezi uživateli drog, tedy snahu vydělat na droze, podvádět apod. S tím souvisí i **snižující se kvalita drog**, která může v nejhorších případech ohrožovat na zdraví a životech a **zvýšující se dostupnost, zejména pervitinu**. Dostupnost drog byla také spojována s konkrétními místy, jako jsou **ubytovny, Stodolní ulice a herny**. Psychedelické a taneční drogy byly spojovány spíše s prostředím noční zábavy, jako jsou hudební kluby či technoparty.

Ve vztahu ke službám hovořili uživatelé o spolupráci, ke které však z jejich pohledu příliš nedochází. Některé služby mají také spíše paliativní, udržovací charakter, uvedený na příkladu služeb pro osoby bez domova, kteří se mohou najíst, přespat, apod., ale už je neposouvají směrem ke změně či řešení situace. Ve vztahu ke zdravotnickým zařízením zazněly pozitivní i negativní zkušenosti. Mezi ty negativní patří neochota až **odmítnutí ošetření**, odmítnutí odebrání krve, **jednání s despektem** ze strany zdravotnického personálu, zkušenosti s předsudky. Dobré zkušenosti měli dva uživatelé **s praktickou lékařkou, domluvenou přes Kontaktní centrum Renarkonu**. Zkušenosti s úřady a policií byly v rámci Ostravy převážně překvapivě pozitivní.

Téma inovací, oproti návrhům pracovníků, obsahovalo služby, které by pokryly základní lidské potřeby, jako je **potravinová banka** a sociální šatník. Mezi služby, které v Ostravě chybí a existující mají omezenou kapacitu a jejichž potřebnost zaznívala v rozhovorech opakovaně, patří **služby pro osoby po výstupu z VTOS** (výkonu trestu odnětí svobody).

Mezi nejčastější zdravotní důsledky užívání drog řadili uživatelé žloutenku typu C, zkušenosti s toxickými psychózami a s „vykrouceností“. Uživatelé také zmiňovali řadu sociálních dopadů, nejčastěji se jednalo o **bezdomovectví, nemožnost najít práci** (často v souvislosti se záznamem v rejstříku trestů), **dluhy, zpřetrhané vazby s rodinou** či nefunkční vztahy v rodině a stigmatizaci, kterou zažívají

v důsledku užívání drog. Mezi podpůrné faktory přitom řadili právě podporu blízkých, ať už rodiny nebo ostatních uživatelů služeb.

11. Výstupy z Focus Group

Tato část shrnuje výstupy z Focus Group, která byla realizovaná dne 6. 11. 2015 v Ostravě. Této diskuzní skupiny se účastnilo celkem deset osob – uživatelů psychotropních látek, z čehož bylo osm mužů a dvě ženy. Focus Group trvala 92 minut, byla nahrána na diktafon s ústním souhlasem všech účastníků, byl z ní pořízen zápis a oba tyto zdroje byly následně analyzovány. Struktura realizované Focus Group je uvedena v příloze č. 4.

11.1 Informace o participantech FG

Z důvodu snahy o vytvoření neformální a důvěrné atmosféry byli účastníci vyzváni, aby se sami představili a řekli něco o sobě. Zde tyto informace stručně rekapitulujeme.

Muž, ve věkové hranici 30 – 40 let, injekční uživatel pervitinu, bere 20 let, od výstupu z výchovného ústavu je na ulici (squaty, pod mostem), shání práci, má přeléčené HCV.

Muž, ve věkové hranici 20 – 30 let, injekční uživatel pervitinu, bere 6 let, byl v dětském domově a ve výchovném ústavu, aktuálně bez domova, občas na ubytovně.

Muž, ve věkové hranici 30 – 40 let, vyrůstal dle svých slov spořádaně (mládí a dospívání), vystudoval střední školu, byl na vojně, nějakou dobu pracoval v ČR i v zahraničí, po návratu zjistil, že nemá kde bydlet, dostal se k drogám, bere 4 roky, nejčastěji pervitin, v létě opium, 4 roky je také na ulici, nejčastěji na squatech.

Žena, ve věkové hranici 20 – 30 let, má za sebou dětské domovy a soudně nařízený výchovný ústav, ještě před 15 rokem zkušenosti s drogami, dříve problémy s alkoholem, druhým rokem na ulici (ze dne na den), kvůli tomu ještě více spadla do drog, má děti, zemřel jí partner (otec dětí), přeléčené HCV, má cirhózu jater.

Muž, ve věkové hranici 30 – 40 let, na ulici je 12 let, většinou squaty, v zimě někdy ubytovny nebo azylové domy, zkušenosti s drogami má od 15 let, pervitin bere od 18 let.

Muž, ve věkové hranici 40 – 50 let, bez domova, injekční uživatel pervitinu.

Muž, ve věkové hranici 30 – 40 let, z jiného města MSK, na ulici je přes 20 let, má za sebou výkon trestu, někdy přespává na azylovém domě, když je vyčerpaný, je vyřazený z ÚP, zkouší přestat, byl na sociálním odboru, nemá přísun k jídlu, v užívání drog nechce pokračovat, chce na detox, ale kvůli vyřazení z ÚP může nastoupit na detoxifikaci až po 6 měsících.

Muž, ve věkové hranici 40 – 50 let, uživatel alkoholu, deklaruje problémy s pitím, příležitostný uživatel marihuany, bez domova, občas nepravidelně pobývá na ubytovně.

Žena, ve věkové hranici 30 – 40 let, injekční uživatelka pervitinu, žije na ubytovně, má zkušenost s hraním automatů, bere 10 let, po úmrtí bývalého přítele spadla do drog, má více dětí.

Muž, ve věkové hranici 30 – 40 let, injekční uživatel pervitinu, žije na ubytovně, má problém s hraním automatů, bere 15 let.

11.2 Okruhy témat z Focus Group

V této části přinášíme výstupy z realizované Focus Group (dále FG) ve formě témat, která zazněla. Kvůli zachování autentičnosti je jazyk této části v některých částech zachován v původní podobě výroků a dokládán citacemi účastníků FG.

Drogová scéna

Podle výpovědí účastníků FG pervitin na drogové scéně v Ostravě dominuje (stejně jako ve výpovědích pracovníků a uživatelů v individuálních rozhovorech). S heroinem nicméně měla zkušenosti polovina účastníků, za „letní náhradu“ považují opium. Z nových syntetických drog se v Ostravě objevuje látka, nazývaná „mňau mňau“, se kterou měli uživatelé velmi špatné zkušenosti, protože se po aplikaci objevují kožní problémy, kůže se zanítí a špatně hojí, tato látka byla přirovnávaná k látce nazývané „krokodýl“ (ruská droga, po které odumírají tkáně). „*Když si dáš vedle, upadne ti noha, je to něco jako krokodýl.*“ Alkohol v Ostravě je podle účastníků také velmi rozšířený a dostupný, někdy ho používají jako náhražku za pervitin. Mluvili také o „podzimním zpestření“, za které považují lysohlávky. Hraní na automatech a gambling považovala většina účastníků za prokletí, dva z nich s ním měli problémy. Kombinaci hazardu a užívání pervitinu považovali za doménu zejména mladých uživatelů: „*hlavně mladí, dají si a jdou hrát.*“ Otevřelo se také téma léků z Polska, které jsou vydávány bez předpisu a bez nutnosti prokázat se občanským průkazem, jako je to běžné v ČR, pokud si kupujete léky s pseudoefedrinem, tento přístup, považují za lepší. Za problematické považovali to, že klesá věk začátku užívání a hodně mladých lidí se dostává k drogám dříve.

Zkušenosti z ulice: časté předsudky, únava a nedostatek zájmu

Užívání drog nestojí většinou samo o sobě a často je spjaté s bezdomovectvím. I zde se to potvrdilo. Účastníci FG mluvili o svých zkušenostech z ulice, které jsou často spojené s únavou: „*každý den lítáš, neodpočineš si*“ a vyčerpáním. „*Pořád řešení, lítání, nemožnost odpočinku.*“ Pro účastníky bylo důležité **mít možnost, kde si odpočinout a vyspat se.** „*Mít útočiště, musíš si ustlat i tam, kde bys jindy nechtěl, a ještě si to chránit.*“ Také zazněla zkušenost, že na dojezdu je ve službě odmítli a poslali je nejprve vyspat se, což je na ulici obtížné. Pobyt na ulici také přirovnávali k rutíně a stereotypu. Hovořili o tom, že „*lidí to nevidí, neumí si to představit*“ a věnují malou pozornost lidem na ulici a jejich potřebám, v tomto kontextu uváděli zejména: oblečení, jídlo a hygienu. Zaznívaly i důraznější názory: „*sociální systém na nás kašle, jsme pro něj odpad společnosti.*“ Braní drog někteří považovali ve své situaci za východisko: „*aby člověk zvládl vyjít ven ze squatu.*“ Uváděli, že změny politiky jsou pro ně citelné i dole na ulici. Ozval se i hlas, který chtěl změnu u těch, co mají rozhodovací moc: „*ti, co rozhodují, by se měli změnit, myslí si, že jsou něco víc, doplácí na to ti chudí, a pak chudáci kradou.*“ Také mluvili o tom, že chování některých z nich má za následek to, že se k nim veřejnost chová špatně: „*každý ráno jdeš za Kaufland, někdy je to politý savem, protože někdo tam dělá bordel.*“ K čemuž se stavěli kriticky. Zmiňovali důležitost Ostravy, jako místa, „*kam se vracíme, víme, kde co je.*“ Účast na FG byla brána jako místo, kde může zaznít jejich názor: „*My na ulici jsme součástí dění, neovlivníme to, chceme to zkusit tady.*“

Kritika a špatné zkušenosti

Účastníci Focus Group (dále FG) uváděli, že mají špatné zkušenosti z úřady a nedostatek informací, po kterých se často musí pít sami, protože jim úředníci neodpověděli na jejich otázky. Velká kritika zaznívala vůči výchovným ústavům bývalého (i současného) režimu a přístupu pracovníků v nich. Současně zaznívala i kritika režimu na ubytovnách, kdy často „vyletí“ na ulici celé rodiny s dětmi, často opakovaně, kvůli špatně nastaveným pravidlům, přibývá bezdomovectví. Dále byla kritizovaná selekce ze strany pracovníků, kteří určují, kdo bude moci využít služeb podle stavu, v souvislosti s tím, že uživatelé drog si můžou vyprat, osprchovat se na kontaktním centru (KC) a alkoholicí tu možnost nemají, na charitu můžou, pokud nejsou pod vlivem, někoho tam nepustí, pokud je znečištěný (pokálený, pomočený, apod.) a samozřejmě, pokud je pod vlivem. Kritika zazněla i vůči službám Armády spásy a Charita: „*je to katastrofa, horší než kriminál, nemůžete vůbec nic, strašně moc omezení, za pozitivní test dostanete 3 měsíce zákaz i na denní centrum,*“ jako pozitivní na tom viděli, že se naučí nedávat na sobě vidět účinky pervitinu: „*naučí vás to chodit pomalu, necukat se nekrotit se.*“

Inovace: Nižší práh a více času

Mezi nejpodstatnější inovace, které účastníci FG navrhovali, bylo snížení práhu ve službách, jejich větší otevřenost a zrušení nesmyslných pravidel. Mezi pravidla, kterým nerozumí, řadili zejména nemožnost **dobítí mobilu nebo přehrávače na MP3**, stejně také pozdní příchod o minutu a následné odmítnutí

vydání polévky (polévka se vydává maximálně do 15 minut před koncem pracovní doby). „Nemůžeme si ani nabít MP3, ani mobil, na internetu se můžeme podívat max. na inzeráty práce a na stránky policie skrz pátrání.“ Ve vztahu ke kontaktnímu centru zazněla kritika kvůli omezenému času, ve kterém mohou být na KC a týdennímu čekání na praní oblečení. Za nevýhodnou považovali vzdálenost a umístění KC ve vzdálené lokalitě „v Ostravě je nejvíc drog a nejvíc lidí, nově přichází se nevyznají, nenajdou to, blbá lokalita na současné KC.“ Za vhodnější považují umístění **KC v centru města** a větší prostory. Na současném KC jim nevyhovuje malý prostor a také nedostatek soukromí, protože je dovnitř hodně vidět, kvůli proskleným výlohám ze dvou stran KC, do kterého je tak vidět z ulice. Od KC by potřebovali větší skrytost, „aby kolemjdoucí lidé a děti z ulice neviděli, jak si měníme stříkačky“, větší otevřenost a méně pravidel. Také „větší zájem od pracovníků a vyslyšet připomínky, ne při rozhovoru, když mají padla, tak běžte, nezáměr, jako by neslyšeli“. Chtěli by možnost delšího setrvání ve službě, se kterou se setkali například v Drop-Inu v Praze. Za důležité považují **možnost jít na internet** (v dnešní době důležitý komunikační kanál, pro spojení s přáteli, rodinou, apod.). Také zmiňovali možnost trávení volného času: „něco jako „klubovna“ nejen pro uživatele drog, i pro ty, co se nudí, kde by mohli být.“ „Je potřeba zlepšit přístup sociálních zařízení, kavárna, knihovna, s internetovou místností, centrum celodenní, nedívali by se kriticky, jestli jste feťák nebo ne, nebrat ohledy na to, co děláte.“ Za další důležitý a nezbytný krok považují změnu v propouštění z pobytových zařízení, jako jsou dětské domovy a výchovné ústavy: „pouštět na ulici později, startovní byty, pomoc s hledáním práce, podpora“. Za zásadní službu, která by v Ostravě měla být, považovali **dostupnější léčbu**, na kterou by bylo možné „nastoupit hned z ulice, nejen z Opavy, teď se musí jít přes Opavu, 14 dní detox, pak tři měsíce, mezitím člověk propásne třeba schůzku na úřadu práce...“

Příklady dobré zkušenosti

Dobrou zkušenost měli diskutující z komunity v Němčicích (provozovatel je pražský Sananim), ve které byla možnost práce, a zažívali tam **respekt k vlastní osobě**: „dívali se na mě jako na člověka“. Ze služeb Charity oceňovali jejich pomoc při **vyřizování osobních dokladů**: „Charita je dobrá na občanku a na doklady, mají možnost zaplatit dočasnou, doprovodí na úřady, proplatí i cestu do jiného města, dokonce proplatili cestu až do Prahy.“ Oceňovaná byla i Armáda spásy a její aktivita, kdy **vyjíždí do terénu**: „Jednou týdně jedou s dekami a spacáky, kontrolují, kdo jak je na tom zdravotně, ví o těch lidech, jak na tom kdo je na ulici, nikdo jiný nejezdí, toxikologům to neřeší.“ V této souvislosti se objevilo téma, že se na ulici hlídají navzájem a ví o sobě. Další kategorie je proto věnovaná svépomoci a podpoře od blízkých.

Důležitost svépomoci a podpůrná role rodiny (pokud je)

V diskuzi se objevilo téma důležité role rodiny či rodičů: „mít někoho, kdo tě na chvíli vezme z ulice“, tuto roli měli nejčastěji matky nebo sourozenci, někdo je však nemá. A silné téma **vzájemné svépomoci mezi uživateli drog**, vazby mezi nimi: „Někdo v tu chvíli, kdy je nejhůř, o koho se můžete opřít, mít se komu vypovídat, mít komu říct těžkosti.“ Tuto roli zde neměli pomáhající pracovníci, ale právě lidé, kteří jsou na tom podobně. Jakou roli mají pomáhající pracovníci, popisuje další část.

Role pomáhajícího pracovníka

Kriticky se účastníci FG vyjadřovali ve vztahu k pracovníkům, kteří o ně neprojevují zájem a ve vztahu k nastavení času poskytování sociálních služeb: „Ve tři odcházíme se sociálních zařízení ven na mráz. „Padla“ znamená konec rozhovoru ze strany pracovníka, a co od těch tří dál?“ Také měli zkušenost, že vzájemná komunikace často záleží na náladě pracovníků: „baví se, jak se vyspí“. Aby k tomuto nedocházelo, měli by, podle účastníků FG, mít pracovníci více pravomocí a více se věnovat lidem. Pozitivní zkušenost měli uživatelé s terénními pracovníky Terénních programů Ostrava: „Streetáci jsou super, dá se s nima pokecat, chodí všude.“

Práce

Opět se vynořilo téma práce a zkušeností s obtížemi při jejím hledání, neplacení za práci „na černo“ a nemožnost sehnat práci „nemůže dělat různé práce, je zbavený odpovědnosti, má cejch, i když

přestane brát“. Jako možnost řešení navrhovali **možnost brigád pro bezdomovce**, o kterých se doslechli z jiných měst.

Lékařské služby a zařízení

Při otevření tématu lékařských služeb a zařízení, zmiňovali účastníci FG problém získat přístup k lékaři a zkušenosti, kdy se lékaři a zdravotní pracovníci chovají s despektem. „*Nebyl jsem u lékaře 5 let, nebyl jsem nemocný, radši.*“ Setkali se se špatnými reakcemi lékařů na předávkování. **Všichni účastníci by potřebovali řešit bolest zubů**, na kterou jim často pomáhá jenom pervitin, nic jiného nezabírá, zmiňovali negativní zážitky a neprofesionální jednání na zubní pohotovosti, kde je ošetřováni bez narkózy s odůvodněním „*ty to necítíš*“. Mezi další zdravotní obtíže, se kterými se potýkají, patří: problémy s cévami na nohách, bércové vředy, zuby, úrazy rukou, na KC jim vydávají pouze mastičky, nenabízí možnost zdravotního ošetření, **uvítali by větší možnosti zdravotního ošetření** (nejen) na KC. Co se týče psychiatrické péče, oceňovali zejména spolupráci s MUDr. Tomášem Javůrkem. S MUDr. Liborem Chvílou mají též pozitivní zkušenost. Dalším tématem bylo testování na žloutenky, které se objevilo i v individuálních rozhovorech. Podle účastníků by bylo potřeba **dostupnější testy na žloutenky a HIV zdarma**. Překážkou pro získání zdravotní péče je pro ně často to, že nemají zdravotní kartu. Řešením by mohlo být nízkoprahové ošetření s využitím mobilní ambulance v terénu, bez doložení zdravotní karty. Problematická je však vazba na proplácení zdravotních úkonů přes pojišťovny. V diskuzi se objevila obava, že se chystají zavřít doléčovací středisko Horní Holčovice.

Drogová kriminalita

Drogová kriminalita byla zmíněna pouze okrajově, objevila se kritika negativních důsledků, které přináší represe: „*Dá se koupit jód pouze ve velkém, z malovýroby se stává velkovýroba.*“ Druhé téma bylo o kriminalitě, která probíhá mezi uživateli i výrobcí drog vzájemně mezi sebou. Tyto případy nazývají jako tzv. „*odběry*“ a popisují je jako: „*Ve chvíli, kdy máš vyrobeno, objeví se a seberou materiál.*“ To probíhá za použití násilí, zmiňované byly nože, mačety, zápalné lahve. Ty považovaly za extrémně nebezpečné a došlo i k několika případům těžkých popálenin (ublížení na zdraví). Ptali jsme se proto na zkušenosti s policií, které shrnujeme v poslední části.

Zkušenosti s policií

Všeobecně zaznívalo, že komunikace s policií probíhá na férové úrovni. Zkušenosti s policií mají veskrze pozitivní. Často hovořili o tom, že je policisté znají: „*Ví, kde bydlíme, znají trasy, ví, že jsme bezdomovci, znají nás.*“ „*Když nás vidí, říkají: Kluci, běžte někam jinam.*“ A že se chování policie proměňuje v čase: „*Přichází na to, že i ten feťák je člověk.*“ To, že policie zná osobnosti z drogové scény, zaznívalo i v individuálních rozhovorech, zde se to potvrdilo. Oproti názorům z Focus Group se však v individuálních rozhovorech objevovaly i negativní zkušenosti s činností policie.

11.3 Dynamika skupiny

Focus Group s deseti uživateli psychotropních látek (jejichž obecné individuální charakteristiky uvádíme v kapitole 12.1) celkově probíhala v uvolněném a otevřeném duchu. Na začátku proběhlo neformální představení všech zúčastněných, včetně nás, což prolomilo ledy. V průběhu FG se následně objevoval humor a hovor plynule běžel. Skupina se zamýšlela nad svými potřebami, nad zážitky, objevovaly se pasáže, kdy skupina inklinovala ke kritice, objevovaly se ostřejší názory, objevovaly se chvíle empatie a soucitu a také kreativní práce na vymýšlení inovací. Souzvuk a pokyvování převažovalo u témat: léčby z ulice, přesunu/vytvoření nového kontaktního centra do centra/v centru města a větších možností ve službě, jako je nabití mobilu. Při diskuzi o striktních pravidlech ve službách zaznívaly ostřejší hlasy, nikdo se však neuchýlil k urážkám nebo vulgaritě. Velká kreativita se objevila při vymýšlení „*služeb na míru*“, bylo vidět, že svůj názor rádi řeknou, nestydí se a váží si možnosti „*být slyšen*“. V některých pasážích, bylo nutné nadšením brzdit, aby se ke slovu dostali všichni, stejně jako bylo třeba skupinu vracet k tématům nebo upozorňovat ty, kteří si brali slovo na dlouhou dobu opakovaně, což se poměrně dařilo. Vzájemná empatie se objevila ve chvíli, kdy se otevřelo „*hořkosladké*“ téma pomoci ze strany rodiny, objevila se nostalgie i smutek, protože ne všichni rodinu

mají, jiní mají vztahy s blízkými zpřetrhány, proměnila se atmosféra ve skupině, velmi silné bylo vzájemné ocenění pomoci mezi jednotlivými uživateli navzájem. Proběhlo i poděkování za pomoc na ulici. Ke konci byla patrná únava ze soustředění, i tak se však FG povedlo uzavřít závěrečným kolečkem, které co se týče role nás, jako výzkumníků, se domníváme, že se podařilo navázat důvěru. Pro další rozvoj hlubších témat by samozřejmě bylo potřeba FG ve stejném složení vícekrát zopakovat. Získaná data však považujeme za adekvátní (až nadstandardní) rozsahu výzkumu.

11.4 Focus Group: dílčí závěry

Uživatelé psychotropních látek, kteří mají zkušenost s využíváním různých sociálních a zdravotních služeb, mají své zkušenosti s policií, s úřady, kriminální činností i se životem na ulici či na ubytovnách, se vyjadřovali kriticky, inovativně, věcně i pozitivně. V rámci Focus Group bylo diskutováno více zásadních témat. Objevila se opět informace o **převaze pervitinu na drogové scéně v Ostravě, jeho velké dostupnosti a klesajícím věku iniciace**. Diskutovány byly zkušenosti z ulice, které často souvisely s předsudky a nedostatkem zájmu, s nemožností odpočinku, s vyčerpáním a stereotypem. V takových chvílích by uvítali **bezpečné místo, kde by si mohli odpočinout a vyspat se**. Účastníci FG se vyjadřovali kriticky vůči institucím, jako jsou výchovné ústavy a úřady a vůči pravidlům ve službách. Mezi inovace, které navrhovali, řadili možnost **dobítí mobilu** a přístup na internet, přesunutí či vytvoření kontaktního centra v centru města, kvůli místní dostupnosti, možnost trávení času a **dostupnější léčbu**. Mezi dobré zkušenosti řadili zkušenosti s vyřizováním osobních dokladů v Charitě a terénní služby Armády spásy a Renarkonu. Důležitá byla **podpora** ze strany blízkých, u někoho rodiny, u ostatních **vzájemnou svépomocí**. Ocenili by větší možnosti **pracovního uplatnění** včetně **možností brigád pro bezdomovce**. Co se týká zdravotních služeb, tak **všichni účastníci by potřebovali řešit bolest zubů** a potřebná by byla možnost **dostupného zdravotního ošetření a testů na žloutenky a HIV**, které by měly být zdarma. Objevilo se také téma důležitosti profesionální podpory, které se jim často dostává v omezené míře, nebo nedostává. Zde se objevuje také prostor pro peer-work.

„Více takových diskuzí, více takových koleček, ale nejen diskutovat o problému, chodit mezi lidmi, motivovat je, když už se odrazí ode dna, podporovat je, aby pokračovali dál, začít něco dělat...“

Část IV: Souhrn o stavu sociálních a zdravotních služeb a doporučení

12. Souhrn a doporučení

Tato část na základě získaných poznatků prevalenčních odhadů, obsahové analýzy závěrečných zpráv organizací, které v Ostravě působí, na základě dotazníkového šetření, telefonických a osobních rozhovorů s pracovníky těchto organizací a na základě individuálních polostrukturovaných rozhovorů s uživateli těchto služeb, kteří aktuálně užívají psychotropní látky a realizované Focus Group s deseti z nich, přináší doporučení pro oblast směřování protidrogové politiky, zdravotních a sociálních služeb.

12.1 Doporučení vyplývající ze stavu zdravotních a sociálních služeb a zkušeností uživatelů

Doporučení v oblasti protidrogové prevence vychází ze současného nastavení drogových a sociálních služeb ve městě Ostrava. Systém pokrývá standardní oblast cílových skupin, nicméně se v něm projevuje několik trendů, které bychom chtěli reflektovat. Těmi jsou především sektorovitost a parcelování sociální a zdravotní pomoci na základě cílových skupin a malá koordinace péče o lidi s mnohočetnými potřebami, kterými drogoví a zejména problémoví uživatelé drog a závislí mnohdy jsou. Z analýzy vyplývá, že jedním z hlavních rysů drogové scény je její vzájemná propojenost s dalšími oblastmi sociálních a zdravotních potřeb. Nejmarkantnější je propojení problematiky bydlení a nezaměstnanosti a sociálního vyloučení s problémovým užíváním. Současné nastavení služeb toto nerespektuje a dochází tak ke stagnaci a ulpívání na jedné úzce vymezené oblasti, kterou má daná služba nebo instituce na starost. Ukazuje se tak, že ze služeb s vyšším prahem vypadávají lidé, kteří díky své komplexní situaci nedokážou dosáhnout na léčbu, na důstojné bydlení případně na legální zaměstnání a zůstávají uvězněni na úrovni nízkoprahových služeb, které mají spíše paliativní/udržovací charakter, případně se dostávají opakovaně do vězení. Na základě této sektorovitosti tak existuje i nízká míra spolupráce napříč celým systémem pomoci tam, kde by mělo docházet ke koordinované péči zejména u lidí s mnohočetnými potřebami. Drogové, ale i další sociální služby se tak nacházejí ve stavu stagnace tak, jak byly nastaveny v ČR v devadesátých letech a neodpovídají na nové výzvy a sociální rizika, která se s ohledem na širší socioekonomické faktory v Ostravě projevují. S ohledem na tento obecný stav a na základě provedených analýz vyplynulo několik doporučení:

- 1) Podpora **case managementu** a **koordinované péče** v oblasti drogových a dalších sociálních služeb. Zde jde především o zřízení míst případových pracovníků, kteří budou mít možnost věnovat se uživatelům nad rámec úzkého vymezení dané služby. Jejich činnost by mělo být především doprovázení klientů do dalších institucí a řešení situace v její komplexnosti. To se týká především souvislostí mezi problematikou bydlení, nezaměstnaností a sociálního vyloučení. Nutná je tato služba zejména u klientů po výstupu z vězení a v péči PMS, které plní většinou pouze dohledovou funkci. Role případového/klíčového pracovníka (case managera) by spočívala v provázení skrze stávající síť služeb včetně doprovázení, svolávání schůzek a vytváření prostoru pro spolupráci s dalšími pomáhajícími pracovníky, se kterými je uživatel v kontaktu. Pro inspiraci lze využít metodickou příručku, kterou vydalo NMS: Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek (Nepustil, Szotáková, 2013).
- 2) Vytvoření služby, která se bude zaměřovat na **problematiku bydlení a drogového užívání** bez nutnosti podstupovat vysokoprahovou léčbu. Užitečným modelem může být např. služba Přechodových bytů „Pasáž“ z Brna založená částečně na modelu housing first – bydlení především, kdy je nejprve klientům nabídnuto bydlení jako základní podmínka stabilizace jejich situace.
- 3) Podpora a vzdělávání nedrogových organizací zejména v tématu užívání drog a v oblastech bezdomovectví a sociálního vyloučení v nastavování služeb, které bude respektovat situaci drogových uživatelů. Mezi konkrétními návrhy jsou služby s nižším prahem, které by na tyto potřeby reagovaly. Jedná se zejména o tzv. **mokrý azylový dům**, ve kterém není nutná nulová hladina látek v krvi, dobře dostupný **sociální šatník a potravinová banka**.

- 4) Podpora **sdílení dobré praxe a odborných stáží**. Tyto stáže by bylo vhodné realizovat v drogových službách v jiných městech (například Praha, Brno, České Budějovice, Olomouc, Hradec Králové) v příbuzných organizacích: zejména pro terénní služby, kontaktní centra a pracovníky, kteří pracují s problémovými hráči. Dále podpořit stáže v oblastech, které zatím v Ostravě nejsou podchyceny: a) **terénní služby v prostředí nočního života a zábavy** („safer clubbing“) pro rekreační uživatele drog; b) **služby po výstupu z výkonu trestu odnětí svobody a drogové služby ve vězení**; c) společné terénní služby s nízkoprahovými službami pro děti a mládež, které slouží k podchycení **experimentátorů a začínajících uživatelů** zejména halucinogenů a stimulantů (pervitin).
- 5) Podpora **spolupráce mezi službami** různého typu mezi konkrétními pomáhajícími pracovníky, kteří pracují v přímé praxi s uživateli psychotropních látek, se závislími na alkoholu či drogách a s osobami s nelátkovými závislostmi. Tato spolupráce by mohla probíhat například formou společných terénů, formou kulatých stolů či společného setkávání.
- 6) Podpora vyhledávání a **využívání dalších zdrojů podpory**, podávání projektů do aktuálních výzev, včetně zahraničních. Aktuálně by se mohlo jednat například o možnost využití dotací Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky pro oblast patologického hráčství či nové výzvy Evropského sociálního fondu v ČR na sociální inovace.

Specificky v oblasti nízkoprahových drogových služeb se objevuje dlouhodobě několik základních rysů. Tím je: podstav pracovníků, který se projevuje na omezené působnosti terénních služeb i na nabídce K-centra. Nabídka služeb je pouze na bázi základních potřeb, pracovníci s klienty neřeší nebo nemohou řešit individuální okolnosti jejich situace. Alarmující je situace v oblasti testů na infekční choroby, za kterými musí uživatelé chodit do nemocnice, kde se setkávají mnohdy s odmítáním a stigmatizací. Nejsou pokryty potřeby osob, které ukončují výkon trestu odnětí svobody – dostupné služby mají omezenou kapacitu a jsou orientovány pouze pobytově. S uživateli neprobíhá spolupráce ve věznicích. Dochází k omezení pouze na cílovou skupinu problémových uživatelů, z čehož pak vypadávají mladiství a experimentátoři, kteří se pohybují v prostoru mezi nízkoprahovými službami pro mládež běžnými drogovými programy. Prevalenční odhady a informace z výzkumů, uvedené v první části této analýzy, dokládají velký podíl uživatelů extáze v Ostravě. Nízkoprahové programy přitom na tuto scénu vůbec nereagují a na nové trendy v oblasti nových syntetických substancí a prostředí taneční scény. Z toho vyplývá několik doporučení:

- 1) Personálně a finančně posílit terénní tým Renarkonu, nebo podpořit jinou organizaci k vytvoření terénního týmu, aby byl schopný pokrývat všechny lokality ve dvojicích pracovníků, v rozsahu minimálně dvou úvazků.
- 2) Vytvořit další kontaktní centrum v centru města. **Rozšířit služby kontaktního centra o zdravotní služby, zejména bezplatné testování na infekční onemocnění** (například formou rychlo-testů na protilátky) a základní zdravotní ošetření.
- 3) Finanční dotace by měla také pokrývat harm reduction materiál (K-centrum i terén), který není distribuován dostatečně. Objevuje se například rigidní dodržování pravidla „1 čistá za 1 špinavou“ i v situaci, kdy je evidentní, že to může vést ke sdílení jehel a nákaze infekcemi.
- 4) V Ostravě není věnovaná pozornost uživatelům, kteří s drogami začínají experimentovat či příležitostně užívají. Je třeba **rozšířit působnosti terénních programů** tak, aby se mohly věnovat těmto lidem. Terén tohoto typu je vhodný realizovat ve spolupráci s pracovníky nízkoprahových zařízení, kteří přichází do kontaktu s problémovou mládeží. Cílem je podchytit a nakontaktovat tyto experimentátory v období, kdy s drogou začínají.

- 5) Zároveň realizovat **výzkumy zaměřené na taneční a rekreační drogovou scénu**, popsat aktuální trendy a uzpůsobit služby na základě těchto trendů. Může se jednat o terénní práci v prostředí nočního života a zábavy (v hudebních klubech), terénní programy v přirozeném prostředí, ve kterém se ve volném čase běžně pohybují. Vhodnými intervencemi pak může být stánek na tanečních akcích, s klidným prostředím, zdravotním materiálem a eventuální nabídkou kvalitativních testů drog.

V oblasti léčby, doléčování a resocializace vyplývá několik témat a souvisejících doporučení:

- 1) V Ostravě je z pohledu uživatelů momentálně slabá podpora osobám po výstupu z vězení. Je třeba **posílit stávající služby pro osoby, které ukončují výkon trestu odnětí svobody** nebo vytvořit služby nové. Zároveň chybí výzkumy, které by se na osoby po výstupu z výkonu trestu odnětí svobody zaměřovaly. Intervence je vhodné započít ještě ve věznici a následně pokračovat ve spolupráci po výstupu.
- 2) V rozhovorech s uživateli drog byly často zmiňované obtíže při hledání práce a negativní zkušenosti s nelegální prací, která nebyla řádně zaplacená. Další oblastí, kam by měla strategie města směřovat, je tedy oblast práce. Jednou z cest by měla být podpora vyjednávání se zaměstnavateli na vytvoření či uzpůsobení pracovních míst. Jedním z aktuálních trendů v České republice je **sociální podnikání**, které by se pro tyto účely také dalo využít. Případový pracovník pro zaměstnávání by měl mít dvojí roli, jednak podporování uživatele a také roli mediátora při vyjednávání se zaměstnavatelem před nástupem do zaměstnání i v rámci řešení problémů, které mohou nastat při vykonávání zaměstnání.
- 3) Opakovaně z výzkumu také vyplynulo, že osoby usilující o léčbu musí podstoupit několik rozhovorů a pak nějakou dobu čekat, což snižuje jejich motivaci nastoupit. Nástup do léčby a následně do terapeutické komunity by měl mít **nižší práh**.
- 4) Výrazně chybí zajištění ambulantních a poradenských služeb založených na neabstinenčním modelu a na práci s aktuální motivací ke změně v situaci krize formou case managementu.
- 5) V oblasti psychiatrické péče je omezená nabídka ambulantních psychiatrů, kteří by spolupracovali s uživateli drog. Málo tematizovaná oblast práce s duálními diagnózami.
- 6) Oblast pomoci hráčům hazardních her je v porovnání s uživateli drog podhodnocená. Péči zajišťuje pouze jeden specializovaný program. Doporučení: zřízení specializované ambulance s 5-6 úvazky zajišťující oblast ambulantní pomoci i terénních a sociálních služeb v oblasti gamblingu v návaznosti na vznikající národní akční plán pro oblast sázkového hraní.

13. Literatura

- Abbott, M., Binde, P., Hodgins, D., Korn, D., Pereira, A., Volberg, R. & Williams, R. (2013). Conceptual Framework of Harmful Gambling: An International Collaboration. Guelph, Ontario, Canada: The Ontario Problem Gambling Research Centre (OPGRC).
- Csémy, L., Chomynová, P. (2012). Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. *Zaostřeno na drogy*, 10, 1-12.
- Dvořáček, M. (2012). Drogy vyráběné z léčiv jako předzvěst nástupu syntetických drog v MSK. Bakalářská práce: Lékařská fakulta OU.
- EMCDDA (2015). European drug report: Trends and developments 2014. Lisbon, Portugal
- EMCDDA (nedatováno). Definition of problem drug use. www.emcdda.eu
- Füleová, J., Zónová, J., Petrášová, B. (2015). Výroční zpráva Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2014. Hygienická stanice hl. m. Prahy, Praha.
- Hruška, L., Baranová, M. a kol. (2014). DRAGON 2: Od měření k řešení. Využití nového nástroje na měření výskytu nelegálních drog ve městech Moravskoslezského kraje pomocí integrované strategie pro organizační složky státu a územní veřejnou správu. ACCENDO - Centrum pro vědu a výzkum, Ostrava.
- Chomynová, P. (2013). Národní výzkum užívání návykových látek 2012. Kouření, užívání alkoholu a dalších drog v obecné. *Zaostřeno na drogy*, 11, 1-16.
- Chomynová, P. (2015). Výtah a prevalenční srovnání dat z ESPADu 2011 pro Ostravské školy. NMS, nepublikováno.
- Mravčík a kol. (2009). Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog: výsledky studie prováděné mezi klienty nízkoprahových zařízení v letech 2002-2005. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2013). Výroční Zpráva o stavu ve věcech drog v České Republice v roce 2012. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2014). Výroční Zpráva o stavu ve věcech drog v České Republice v roce 2013. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Černý, J., Leštinová, Z., Grohmannová, K., Licehammerová, Š., Ziegler, A., Kocarevová, V. (2014). Hraní hazardních her v České republice a jeho dopady. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Drbohlavová, B., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Vlach, T. (2015). Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2014. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & Inres-Sones (2013). Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2012.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & Inres-Sones (2013b). Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života v r. 2013.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & Inres-Sones (2013c). Lékaři České republiky 2012 – Užívání návykových látek u pacientů a substituční léčba.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2013). Regionální analýza výsledků studie ESPAD v ČR v roce 2011. Nepublikováno.
- Nechanská B. (2015). Počet hospitalizací pacientů léčených pro poruchy způsobené užíváním jednotlivých návykových látek v psychiatrických lůžkových zařízeních podle věkových skupin v ORP Ostrava v letech 2010-2014. ÚZIS: nepublikováno.

Nepustil, P., Szotáková, M. (2013). Case Management se zotavujícími se uživateli návykových látek: Metodická příručka. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky.

Sasín, R. (2011). Drogy jako faktor kriminality s majetkovým prospěchem v Ostravě. Diplomová práce: Pedagogická fakulta OU.

Sovinová, H., Csémy, L. (2013) Užívání tabáku a alkoholu v České republice za rok 2012. Státní zdravotní ústav, Praha.

Vasiliadis, S. D., Jackson, A. C., Christensen, D., Francis, K. (2013). Physical accessibility of gaming opportunity and its relationship to gaming involvement and problem gambling: A systematic review. *Journal of Gambling Issues*, 1-46.

Williams, R. J., West, B. L., Simpson, R. I. (2012). Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence, and Identified Best Practices. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care.

Zábranský, T., Běláčková, V., Štefunková, M., Vopravil, J. & Langrová, M. (2011). Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007, Praha, Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze.

Závěrečná zpráva o průběhu činnosti občanského sdružení ARKA CZ, o. s. v oblasti programů pro nedrogové závislosti za rok 2012: Protialkoholní poradna; Následná péče; Terénní programy. (2013). ARKA CZ, o. s. Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o průběhu činnosti ARKA CZ, o. s. za rok 2013: Adiktologická poradna; Následná péče; Terénní programy. (2014). ARKA CZ, o. s. Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o průběhu činnosti ARKA CZ, o. s. za rok 2014: Adiktologická poradna; Následná péče; Terénní programy. (2015). ARKA CZ, o. s. Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o realizaci programu protidrogové politiky v Ostravě za rok 2012 – Psychosociální poradenství. (2012). FAUST, o. s., Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o realizaci programu protidrogové politiky v Ostravě za rok 2013 – Psychosociální a adiktologická poradna. (2013). FAUST, o. s., Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o realizaci programu protidrogové politiky v Ostravě za rok 2014 – Adiktologická poradna. (2014). FAUST, o. s., Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva k projektu s názvem Odborné sociální poradenství pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí na alkoholu, jiných návykových látkách a hráčských aktivitách a pro blízké osob závislých. (2013). Poradna Ostrava, Modrý kříž v České republice, Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva k projektu s názvem Odborné sociální poradenství pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí na alkoholu, jiných návykových látkách a hráčských aktivitách a pro blízké osob závislých. (2014). Poradna Ostrava, Modrý kříž v České republice, Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o realizaci projektu s názvem Služby následné péče pro osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách v roce 2014. (2015). Poradna Ostrava, Modrý kříž v České republice, Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2012. (2013). Centrum primární prevence, Renarkon o.p.s., RENARKON O.P.S., Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2012. (2013). Doléčovací centrum Renarkon o.p.s., RENARKON O.P.S., Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2012. (2013). Kontaktní centrum Ostrava, RENARKON O.P.S., Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2012. (2013). Terapeutická komunita Renarkon, RENARKON O.P.S., Ostrava, nepublikováno.

Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2012. (2013). Terénní program Ostrava, RENARKON O.P.S., Ostrava, nepublikováno.

Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2013. Závěrečná zpráva 01.01.2013–31.12.2013. (2014). Centrum primární prevence, Renarkon, o. p. s., Ostrava, nepublikováno.

Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2013. Závěrečná zpráva 01.01.2013–31.12.2013. (2014). Doléčovací centrum, Renarkon, o. p. s., Ostrava, nepublikováno.

Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2013. Závěrečná zpráva 01.01.2013–31.12.2013. (2014). Kontaktní centrum Ostrava, Renarkon, o. p. s., Ostrava, nepublikováno.

Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2013. Závěrečná zpráva 01.01.2013–31.12.2013. (2014). Terapeutická komunita Renarkon, Renarkon, o. p. s., Ostrava, nepublikováno.

Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2013. Závěrečná zpráva 01.01.2013–31.12.2013. (2014). Terénní program Ostrava, Renarkon, o. p. s., Ostrava, nepublikováno.

Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2014. Závěrečná zpráva 01.01.2014–31.12.2014. (2015). Centrum primární prevence, Renarkon, o. p. s., Ostrava, nepublikováno.

Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2014. Závěrečná zpráva 01.01.2014–31.12.2014. (2015). Doléčovací centrum, Renarkon, o. p. s., Ostrava, nepublikováno.

Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2014. Závěrečná zpráva 01.01.2014–31.12.2014. (2015). Kontaktní centrum, Ostrava, Renarkon, o. p. s., Ostrava, nepublikováno.

Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2014. Závěrečná zpráva 01.01.2014–31.12.2014. (2015). Terapeutická komunita Renarkon, Renarkon, o. p. s., Ostrava, nepublikováno.

Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2014. Závěrečná zpráva 01.01.2014–31.12.2014. (2015). Terénní program Ostrava, Renarkon, o. p. s., Ostrava, nepublikováno.

Seznam zkratek

- ACCENDO** – Centrum pro vědu a výzkum (vědecko-výzkumný ústav)
- CM** – Case Management (Koordinovaná komplexní spolupráce v rámci případu)
- DTČ** – drogové trestné činy
- EMR** – elektromechanické rulety
- EHZ** – elektronická herní zařízení
- EMCDDA** – Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti („European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction“)
- ESPAD** – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách („European School Survey Project on Alcohol and other Drugs“)
- FG** – Focus Group (kvalitativní výzkumná metoda, skupinové diskuze)
- HIV** – virus lidské imunitní nedostatečnosti (z anglického sousloví Human Immunodeficiency Virus) způsobující onemocnění AIDS
- IVT** – interaktivní video-loterijní terminály
- i.v.** – intravenózně (do žíly)
- KC** – kontaktní centrum
- LSD** – psychoaktivní látka, diethylamid kyseliny lysergové
- MSK** – Moravskoslezský kraj
- NL** – návykové látky
- NMS** – Národního monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (pod Úřadem Vlády ČR)
- NNO** – nestátní neziskové organizace
- NZDM** – nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
- MP** – Městská policie
- MŘPO** – Městské ředitelství policie Ostrava
- OSPOD** – Orgán sociálně-právní ochrany dětí
- PČR** – Policie České republiky
- PDU** – „problematic drug user“ (PUD – problémový uživatel drog)
- PMS** – Probační a mediační služba
- PP** – primární prevence
- PPP** – pedagogicko-psychologická poradna
- RVKPP** – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
- SSZZ** – Státní systém sociálního zabezpečení
- THC** – Tetrahydrocannabinol, psychoaktivní látka nacházející se především v květenství konopí
- TK** – terapeutická komunita
- TPO** – Terénní program Ostrava
- TZ** – trestní zákoník
- UD** – uživatel drog
- ÚP** – Úřad práce
- VLT** – video-loterijní terminál
- VHB** – Virová hepatitida typu B
- VHC** – Virová hepatitida typu C
- VHP** – výherní hrací přístroje (tzv. automaty)
- VTOS** – výkon trestu odnětí svobody

Slovník pojmů

binge drinking – souslovím binge drinking se označuje nejčastěji rizikové pití zahrnující epizodické těžké pití, tzv. „tahy“, též nárazové či epizodické masivní pití alkoholu

case management – koordinovaná spolupráce v rámci případu, proces zahrnující plánování, vyhledávání, prosazování, monitorování a využívání služeb z různých sociálních a zdravotních organizací ve prospěch klienta, profesionální týmová práce, předcházení problémům plynoucích z dublování výkonů, fragmentace služeb, fluktuace pracovníků a nedostatečné koordinace mezi poskytovateli

case manager – klíčový pracovník, který provází klienta sítí služeb, svolává společná setkání, koordinuje využívání služeb, mapuje potřeby a objednávku klienta

drogová scéna – aktuální trendy mezi uživateli psychotropních látek, nejčastější látky (pervitin, thc, alkohol, tabák), nejčastější místa (vyloučené lokality, herny)

focus group – technika kvalitativního výzkumu, jedná se o skupinové diskuze, řízené výzkumníkem, které mají za cíl prozkoumat postoje, názory či mínění účastníků, zde uživatelů psychotropních látek

harm reduction – neboli snižování rizik, jako harm reduction se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivovány k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko, život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti

hazardní hraní – může být definováno jako vsazení částky určité hodnoty s rizikem a s očekáváním zisku větší hodnoty, než je vsazená částka či sázení peněz na předem neznámé/nejisté výsledky určitých událostí/úkonů, souvisejících s určitou mírou náhody, nejčastěji se do hazardního hraní řadí: sázení na výsledky ve sportovních utkáních, hraní na automatech a video-loterijních terminálech, sázení v kasinu, sázení do loterie, (on-line) poker, on-line hraní či sázky

housing first – „bydlení především“, v rámci tohoto přístupu je lidem bez domova okamžitě poskytnuto bydlení a nepřerušovaná podpora, vychází z deinstitucionalizace a decentralizace poskytování sociálních služeb, cílem je normalizovat podmínky bydlení, bez nároku na abstinenci

mokrý azylový dům – azylový dům, ve kterém není nutná nulová hladina látek v krvi

nízký práh – ve smyslu vstupu do služeb či léčby (snižování nároků, které musí uživatel služby splnit, aby mohl danou službu využívat)

nové psychoaktivní substance – někdy též nové syntetické drogy, látky nově se vyskytující na drogové scéně/ trhu, které mají podobnou strukturu/vlastnosti/účinky jako „tradiční“ drogy, ale na rozdíl od nich nejsou kontrolovány legislativou v oblasti omamných a psychotropních látek („nejsou na seznamu zakázaných drog“), odvozeniny nebo látky příbuzné již kontrolovaným drogám (např. mefedron, syntetické kanabinoidy, aj.)

odborné stáže – stáže v příbuzných organizacích, které pracují s uživateli psychotropních látek v ostatních větších městech (Praha, Brno, Plzeň, Hradec Králové, České Budějovice, Olomouc apod.)

online dotazník – pro potřeby výzkumu byl vytvořen online dotazník přes LimeSurvey, který pomáhající pracovníci vyplňovali přímo na webu

participace uživatelů – zapojení uživatelů služeb do jejich chodu, do rozhodování o podobě služeb, do mimopracovních aktivit (jako jsou např. diskuze)

patologické hráčství – je charakterizováno jako časté, opakované epizody hráčství, které dominují v životě jedince a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a k zadlužení

polostrukturované rozhovory – rozhovory, ve kterých je respondentům nechán volný prostor pro odpovědi, nabízí možnost rozpovídat se do hloubky, výzkumník má předem připravená témata a otázky, které klade podle vhodnosti, tématu a aktuálnosti

potravinová banka – snadno dostupné shromaždiště potravin pro potřebné, s nízkým prahem, nelimitované abstinencí

prevalence - podíl počtu sledovaného fenoménu (užívání drog, problémové pití, kriminalita, hazardní hraní apod.) či počtu těchto jedinců ve sledované populaci, je vztažena k určitému časovému období či momentu a obvykle se vyjadřuje v procentech

primární drogová kriminalita – trestná činnost, která je spojená s porušování zákonů v oblasti nakládání s psychotropními látkami. Zahrnuje především drogové trestné činy (DTČ): a) nedovolené výroby a nedovoleného držení (dle § 283, § 284, § 285 TZ); b) nedovolené výroby a nedovoleného držení předmětů určených k výrobě (dle § 286 TZ); c) podněcování či svádění jiného k užívání jiné návykové látky než alkoholu (dle § 287 TZ)

primární prevence – aktivity a programy, které jsou zaměřeny specificky na předcházení a omezování výskytu jednotlivých forem rizikového chování

problémové užívání drog – jedná se o užívání drog nitrožilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu anebo amfetaminů

psychotropní látky – též psychoaktivní drogy či omamné látky jsou chemické látky působící na centrální nervovou soustavu a způsobující dočasné změny ve vnímání, náladě, vědomí a chování, český právní řád používá pro psychotropní látky pojem **návykové látky**

public health – filosofie směřující k ochraně veřejného zdraví, je snahou, kterou lidské populace vyvíjí, aby ochránila a podpořila zdraví lidí, je kombinací vědeckých poznatků na jedné straně a snahy o zlepšení zdraví populace

rychlo-testy na protilátky – testování na přítomnost protilátek na infekční onemocnění v organismu, z kapky krve z prstu, s časovou dotací včetně před- a po-testového poradenství cca 20 minut

sekundární drogová kriminalita – souvisí s užíváním drog, jedná se o takové trestné činy, které nezahrnují přímo distribuci nebo prodej nelegálních látek, ale jsou spáchány v souvislosti s jejich užíváním a nakládáním s nimi, policie v ČR obvykle eviduje trestné činy, které jsou spáchány pod vlivem nějaké návykové látky (ohrožení pod vlivem alkoholu, nedbalostní dopravní nehody apod.) a dále činy, které souvisí s obstaráváním prostředků na nákup drog pro vlastní potřebu (krádeže aj.)

sítování služeb – navazování spolupráce, sdílení informací, společné setkávání pomáhajících pracovníků napříč různými typy služeb, diskuze o možnostech spolupráce na řešení případů, vymezování působnosti, efektivního předávání klientů, způsobů komunikace apod.

sociální šatník – nelimitovaný možností využití pouze 1x měsíčně (riziko okradení o oblečení mezi uživateli), poskytující materiální pomoc formou ošacení, ložního prádla, ručníků, obuvi, nádobí, hraček apod., měl by sloužit zejména lidem v nouzi, tzn. bez přístřeší, obyvatelům azylových domů, ubytoven, osobám v hmotné nouzi, osobám propuštěným z výkonu trestu, apod.

substituční léčba – užívání původní drogy je nahrazeno lékařsky předepsaným užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky (metadon, subutex, subuxone), substituční léčbu by měla doprovázet psychosociální péče (psychoterapie, sociální poradenství aj.)

Subutex/Suboxone - léky obsahující syntetický opioid Buprenorfin (buprenorfin hydrochlorid), který se používá k léčbě bolesti, k substituční a detoxifikační léčbě závislosti na opiátech a opioidech

uživatelé drog – v tomto výzkumu se jednalo převážně o aktuální uživatele amfetaminu (pervitinu), alkoholu či sezónních opiátů, které nejčastěji užívali intravenózně

výměna dobré praxe – cílem je nejen výměna teoretických zkušeností, ale i zkušeností s praktickým chodem jiných služeb, včetně osobní prohlídky daných lokalit, které mají konkrétní pomáhající pracovníci ve městech na starosti, aby měli možnost srovnání, dále viz odborné stáže (výše)

Příloha č. 1 - Online dotazník

Dotazník pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb v oblasti závislosti

Tento dotazník je součástí širšího průzkumu: „Reflexe drogové scény v Ostravě“. Ten by měl být jedním z podkladů pro **strategii protidrogové politiky Ostravy na období 2016–2020**. Součástí je také analýza poskytovatelů služeb a dalších subjektů působících v protidrogové prevenci i analýza potřeb uživatelů drog. Pro zjištění důležitých informací týkající se vhodného nastavení mechanismů protidrogové politiky jsou zásadní informace přímo od poskytovatelů služeb a dalších institucí. Proto prosíme o spolupráci právě Vás. Zajímá nás Váš expertní pohled na drogovou problematiku, s kým spolupracujete, jaké bariéry a řešení ve městě Ostrava vnímáte jako zásadní.

Dotazník obsahuje 12 otázek a jeho vyplnění by nemělo trvat víc než 20 minut.

Za realizační tým děkuje a zdraví Mgr. Markéta Szotáková a Mgr. Jakub Černý.

Průzkum obsahuje 12 otázek.

Načíst nedokončený průzkum

Další ▶

Ukončit a vyčistit průzkum

Dotazník pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb v oblasti závislosti

Tento dotazník je součástí širšího průzkumu: „Reflexe drogové scény v Ostravě“. Ten by měl být jedním z podkladů pro **strategii protidrogové politiky Ostravy na období 2016–2020**. Součástí je také analýza poskytovatelů služeb a dalších subjektů působících v protidrogové prevenci i analýza potřeb uživatelů drog. Pro zjištění důležitých informací týkající se vhodného nastavení mechanismů protidrogové politiky jsou zásadní informace přímo od poskytovatelů služeb a dalších institucí. Proto prosíme o spolupráci právě Vás. Zajímá nás Váš expertní pohled na drogovou problematiku, s kým spolupracujete, jaké bariéry a řešení ve městě Ostrava vnímáte jako zásadní.

Dotazník obsahuje 12 otázek a jeho vyplnění by nemělo trvat víc než 20 minut.

Za realizační tým děkuje a zdraví Mgr. Markéta Szotáková a Mgr. Jakub Černý.

0% 100%

Obecné informace

Jaký je název Vašeho zařízení/ambulace/služby?

Potýkáte se ve Vašem zařízení s problematikou závislosti nebo užívání drog?

Ano Ne Bez odpovědi

S jakým typem drogy/procesu mají Vaši pacienti/klienti obvykle největší potíže? (Vyberte 1-3 možnosti podle toho, s jakými uživateli se setkáváte)

Vyberte prosím minimálně 1 a maximálně 3 odpovědi

- Alkohol
- Tabák
- Pervitin
- Heroin
- Marihuana
- Kokain
- Léky
- Toluén
- Hazardní hry
- Internet
- Jiné

Popište svými slovy, s jakými obtížemi za Vámi klienti/pacienti obvykle chodí (může se jednat o typy zakázek, zdravotní nebo sociální problémy):

Obnovit později

Další ▶


Ukončit a vyčistit průzkum

Dotazník pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb v oblasti závislosti

Tento dotazník je součástí širšího průzkumu: „Reflexe drogové scény v Ostravě“. Ten by měl být jedním z podkladů pro **strategii protidrogové politiky Ostravy na období 2016-2020**. Součástí je také analýza poskytovatelů služeb a dalších subjektů působících v protidrogové prevenci i analýza potřeb uživatelů drog. Pro zjištění důležitých informací týkající se vhodného nastavení mechanismů protidrogové politiky jsou zásadní informace přímo od poskytovatelů služeb a dalších institucí. Proto prosíme o spolupráci právě Vás. Zajímá nás Váš expertní pohled na drogovou problematiku, s kým spolupracujete, jaké bariéry a řešení ve městě Ostrava vnímáte jako zásadní.

Dotazník obsahuje 12 otázek a jeho vyplnění by nemělo trvat víc než 20 minut.

Za realizační tým děkuje a zdraví Mgr. Markéta Szotáková a Mgr. Jakub Černý.

0%  100%

Spolupráce s dalšími službami a institucemi

Odkud k Vám obvykle klienti/pacienti přicházejí?

Můžete vybrat více možností. Vyberte všechny, které odpovídají skutečnosti.

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ze zdravotnických zařízení. Napište z jakých: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ze sociálních služeb. Napište z jakých: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ze státních sociálních institucí (OSPOD, ÚP, SSSZ apod.). Napište z jakých: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Z jiných institucí (PMS, Policie, VTOS apod.). Napište z jakých: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Na doporučení jiných lidí (rodina, kamarádi apod.). Vypište: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Z vlastní iniciativy. Přibližte: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Odjinud. Napište odkud: | <input type="text"/> |

S jakými službami/institucemi nebo zařízeními obvykle spolupracujete při řešení obtíží Vašich klientů/pacientů? To znamená, že dochází k předávání informací o případu a ke společné koordinaci péče, ale i např. ke společným schůzkám. (Můžete použít typy subjektů z předchozí otázky). Vypište:

Uveďte, jakým způsobem s dalšími službami a institucemi obvykle spolupracujete:

Využívají Vaši pacienti/klienti paralelně nějaké další služby/instituce, se kterými nejste v kontaktu (to znamená, že nedochází k předávání informací o případech a ke společné koordinaci péče)? Vypište jaké:

Dotazník pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb v oblasti závislostí

Tento dotazník je součástí širšího průzkumu: „Reflexe drogové scény v Ostravě“. Ten by měl být jedním z podkladů pro **strategii protidrogové politiky Ostravy na období 2016–2020**. Součástí je také analýza poskytovatelů služeb a dalších subjektů působících v protidrogové prevenci i analýza potřeb uživatelů drog. Pro zjištění důležitých informací týkající se vhodného nastavení mechanismů protidrogové politiky jsou zásadní informace přímo od poskytovatelů služeb a dalších institucí. Proto prosíme o spolupráci právě Vás. Zajímá nás Váš expertní pohled na drogovou problematiku, s kým spolupracujete, jaké bariéry a řešení ve městě Ostrava vnímáte jako zásadní.

Dotazník obsahuje 12 otázek a jeho vyplnění by nemělo trvat víc než 20 minut.

Za realizační tým děkuje a zdraví Mgr. Markéta Sotáková a Mgr. Jakub Černý.

0%  100%

Limity a bariéry

V této sekci nás zajímá, s jakými limity a bariérami se potýkáte Vy nebo Vaši klienti/pacienti v oblasti poskytování péče nebo služeb. Zajímá nás ta skupina klientů/pacientů, kteří se potýkají s užíváním nebo závislostí na alkoholových i nealkoholových látkách nebo se závislostí na procesech (hazardní hry/internet).

Výstupy z otázek v této části budou anonymizovány.

Setkáváte s potřebami Vašich klientů/pacientů, které není současná síť služeb schopna naplnit? Uveďte, o jaké potřeby a situace se jedná:

Jaké bariéry a limity vnímáte ve své práci jako zásadní, které Vám ztěžují péči/spolupráci s uživateli v oblasti závislostí a zneužívání drog?

Můžete vybrat více možností. Vyberte všechny, které odpovídají skutečnosti.

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Finanční. Upřesněte: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Personální. Upřesněte: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> V oblasti spolupráce s dalšími subjekty. Upřesněte | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Legislativní. Upřesněte: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> V oblasti drogové politiky: Upřesněte: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Požadavky donátorů/pojišťoven apod. Upřesněte: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Na straně Vašich klientů/ pacientů. Upřesněte: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Vedení/management. Upřesněte: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Mezilidské vztahy v týmu. Upřesněte: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Jiné. Upřesněte: | <input type="text"/> |

Co považujete ve městě Ostrava za nejpalčivější problém v oblasti užívání drog nebo závislostí (včetně nelátkových)?

Napadá Vás k tomuto tématu ještě něco dalšího? Budeme rádi za Vaše komentáře a postřehy.

Příloha č. 2 - Scénář rozhovoru s pracovníky (individuální a telefonické)

Jaké jsou v Ostravě hlavní drogové/závislostní trendy?

Je to v něčem jiné než jinde? Je tato scéna v něčem specifická?

Co pro Vás znamená kvalitní protidrogová politika?

Co by bylo potřeba změnit, aby to bylo možné?

Co podle Vás doposud bránilo zlepšení PP?

Kdo podle Vás může propadávat sítí služeb?

Co v Ostravě chybí?

Na jaké překážky/bariéry v práci nejčastěji narážíte?

Jaký by byl ideální stav?

Co považujete za nejpalčivější problém v Ostravě?

Příloha č. 2 - Scénář rozhovoru s uživateli (individuální)

Představení výzkumu – čemu bude sloužit, zajímají nás Vaše názory a zkušenosti, anonymita – všechna jména lidí nebo názvy služeb budou smazány, nemusí odpovídat na vše, možnost odmítnout odpovídat, rozhovor bude nahráván a přepis použijeme pouze pro tento výzkum, nejde nikam dál. Odměna za čas strávený na výzkumu – stravenka.

Respondenti budou v záznamu označeni jako muž či žena, podle užívané látky, doby užívání a pobytu v Ostravě.

Na úvod se chci zeptat na pár otázek o Vás, jste odsud? Jak dlouho jste tady, v Ostravě? Plánujete tady zůstat? Jak dlouho berete? Berete jenom injekčně?

Jaká je drogová scéna v Ostravě? (Je něčím specifická?)

Myslíte, že je to tady v něčem jiné než jinde?

Jaké služby využíváte? (Ještě nějaké?)

Co všechno potřebujete aktuálně řešit?

Chybí Vám v Ostravě nějaká služba?

Jaký by měl být přístup služeb / města k Vám jako uživateli drog?

Co myslíte, že tomu doposud bránilo?

Zažil/a jste něco, co k tomu směřovalo?

Co by se mělo změnit?

Co byste nejvíce potřeboval/a?

Jaké máte zkušenosti se zdravotnickými zařízeními?

- s úřady

- s policií
- ...

(Máte i nějaké špatné zkušenosti?)

(Pokud ano – Co byste tehdy uvítal/a místo toho?)

Řešil/a jste někdy něco zároveň s více pracovníky? ...Tím myslím třeba společnou schůzku, nebo kdy probíhá spolupráce, předávají si informace, můžete řešit víc věcí najednou...

Máte zkušenost se společným setkáním s více pracovníky?

Jak to probíhalo?

Co považujete v Ostravě na drogové scéně (nebo ve službách) za nejpálčivější problém?

Napadá Vás k tomu ještě něco? Chtěl/a byste něco dodat?

Příloha č. 4 - Struktura Focus Group

Představení výzkumu (co je naším záměrem, k čemu bude výzkum sloužit, anonymita, souhlas s nahráváním)

Úvodní kolečko – volné představení se

Témata, pokud se vyčerpá volná diskuze:

- Drogová scéna v Ostravě
- Zkušenosti s životem na ulici
- Co v Ostravě chybí
- Co by chtěli
- Práce
- Lékařská zařízení
- Policie
- ...