

ANALÝZA DROGOVÉ SITUACE VE MĚSTĚ BRNĚ A SOUVISEJÍCÍ DOPORUČENÍ PRO MĚSTSKOU DROGOVOU STRATEGII

Autoři: Kateřina Škařupová, Ph.D., Pavel Nepustil, Ph.D., Mgr. Jakub Černý

Zadavatel: Statutární město Brno



Text neprošel redakční úpravou a za obsah odpovídají autoři.

Tento materiál je jedním z výstupů projektu „Pilotní projekt navržení a podpory rozvoje nových metod práce v oblasti závislostí jako důležitá součást systémového řešení prevence kriminality a snižování rizik spojených se závislostmi na území města Brna“, který byl realizován v roce 2016 a financován z prostředků rozpočtu města Brna.

Magistrát města Brna
Odbor sociální péče – Koordinační centrum prevence
Koliště 19, 601 67 Brno

www.brno.cz

Obsah

Obsah

1. Souhrn	6
2. Cíle, metody a zdroje dat	11
2.1 Cíle	11
2.2 Konceptuální rámec	11
2.3 Metody a zdroje dat	12
3. Lokální drogová politika a legislativa v kontextu ČR a Evropy	14
3.1 Organizace legislativy a drogové politiky	14
3.2 Další opatření související s naplňováním protidrogové politiky	18
3.3 Analýza městských drogových politik v Evropě	19
4. Prevalence, epidemiologie	22
4.1 Obecná populace – legální a nelegální drogy	22
4.2 Školní populace a prevence	27
4.3 Problémové užívání drog	35
4.4 Specializovaná léčba	37
4.5 Infekční choroby	40
4.6 Drogová kriminalita	41
5. Gambling	45
5.1 Trh s hazardním hraním	45
5.2 Regulace hazardu v Brně a její efekt	46
5.3 Prevalence hazardního hraní a problémového hráčství v populaci	50
5.4 Léčba patologických hráčů	51
5.5 Včasná identifikace a intervence <i>in situ</i>	52
5.6 Souhrn	53
6. Noční život a rekreační užívání drog	54
6.1 Noční život v Brně	54
6.2 Alkohol a drogy v prostředí noční zábavy	54
6.3 Nové syntetické drogy	57
6.4 Rozhovory s informanty	57
6.5 Harm reduction v prostředí noční zábavy	58
6.6 Souhrn	59
7. Užívání drog u dětí a dospívajících	60
7.1 Vývoj užívání drog u dětí v Brně	60
7.2 Vývoj užívání drog u dětí v Brně v posledních letech na základě šetření na pracovištích OSPOD ...	60

7.3	Typy užívaných látek	63
7.4	Způsoby řešení problémů s drogami u dětí.....	64
7.5	Problémy a mezery	67
7.6	Praxe odjinud	69
7.7	Souhrn	70
8.	Sociální vyloučení a užívání drog.....	71
8.1	Sociálně vyloučené lokality v Brně (včetně ubytoven)	72
8.2	Užívání drog a hazard v sociálně vyloučených lokalitách v Brně	72
8.3	Užívání legálních látek v SVL v Brně	77
8.4	Užívání nelegálních drog	78
8.5	Užívání drog mezi dětmi.....	78
8.6	Dopad na sousedské vztahy a soužití v komunitě – případ brány na Bratislavské.....	78
8.7	Hazard	79
8.8	Role pomáhajících služeb	79
8.9	Souhrn	81
9.	System péče v sociální oblasti	82
9.1	Specializované sociální služby	82
9.2	Uživatelé drog a závislí v ostatních sociálních službách v Brně	85
9.3	Problémy a mezery	87
9.4	Shrnutí.....	90
10.	System péče ve zdravotní oblasti.....	91
10.1	Specializovaná zdravotní péče pro uživatele drog a závislé.....	91
10.2	Uživatelé drog a závislí v jiných zdravotních službách v Brně	96
10.3	Problémy a mezery	97
10.4	Shrnutí.....	100
11.	Svépomoc a participace	101
11.1	Zkušenost se zapojením aktivních a zotavujících se uživatelů v Brně	102
11.2	Svépomoc zotavujících se uživatelů drog a závislých.....	103
11.3	Participace zotavujících se uživatelů drog a závislých.....	104
12.	Průřezové problémy a mezery v systému péče	106
12.1	Roztříštěnost a nízká provázanost systému péče	106
12.2	Nedostupné bydlení a nízká kapacita lůžkových / pobytových služeb.....	108
12.3	Slabá podpora vstupu aktivních i zotavujících se uživatelů drog na trh práce	109
12.4	Chybějící svépomoc a peer podpora	109
12.5	Chybějící okamžitá pomoc v krizi	110
12.6	Chybějící zaměření na rodinu a sociální síť	111
12.7	Chybějící účinná pomoc při řešení dluhů	111

12.8 Stigmatizace uživatelů drog, předsudky a mýty	112
13. Doporučení.....	114
14. Literatura.....	116
Poděkování.....	123
Příloha 1 – dotazník školy.....	125
Příloha 2 – dotazník OSPOD	136

1. Souhrn

Dokument *Analýza drogové situace ve městě Brně a související doporučení pro městskou drogovou strategii* vznikl na zakázku Magistrátu města Brna a měl by posloužit jako vodítko při formulování priorit nově vznikající drogové strategie od roku 2017. Dokument shrnuje legislativní rámec městské politiky v oblastech legálních a nelegálních drog a hazardního hraní, uvádí příklady dobré praxe ze zahraničí a popisuje situaci v Brně z různých perspektiv. Vedle epidemiologických a dalších indikátorů drogové situace se podrobněji zabývá užíváním drog u dětí, problémovým užíváním drog a rekreačním užíváním drog v prostředí noční zábavy, problematikou závislostí ve vyloučených lokalitách, provázaností systémů sociální a zdravotní péče a možnostmi a překážkami zotavení ze závislosti. Konceptuálně analýza vychází z participativního přístupu, který zapojuje dotčené aktéry do procesu popisování reality a hledání vhodných řešení. Perspektiva participativního přístupu rovněž do značné míry ovlivnila metodologická rozhodnutí při práci na analýze – kromě standardní práce s dostupnými daty dostali prostor především uživatelé drog a lidé potýkající se s problémovým hazardním hraním, lidé žijící ve vyloučených lokalitách, osoby na cestě ze závislosti a pracovníci pomáhajících profesí v různých oblastech, jichž se problematika drog a závislostí ve městě dotýká.

Brno je centrem regionu a má velkoměstský charakter, což do značné míry předurčuje povahu a míru drogového problému. Jak ale naznačují zahraniční zkušenosti, je potřeba při formulování městské drogové politiky vycházet ze specifík konkrétního místa, vzít v úvahu existující systém a navázat na něj takovými opatřeními, která budou stavět na lidsko-právních principech a vzájemné komunikaci a koordinaci různých aktérů, která budou vycházet z pravidelných analýz a monitoringu a budou mít reálné cíle. Represi by měla nahradit spolupráce, komunikace a snižování rizik.

Konzumace tabáku v Brně se zřejmě výrazně neodlišuje od situace na národní úrovni. Česká republika přijala v posledních letech celou řadu opatření omezujících reklamu na tabákové výrobky a snahy završila přijetím tzv. protikuřáckého zákona zakazujícího kouření ve veřejných vnitřních prostorách, který by měl vejít v platnost na jaře roku 2017. Brno do značné míry zákon samovolně předběhlo – v mnoha podnicích v centru města, včetně hlavních klubů, už zákaz kouření platí. Problémem zřejmě zůstává nedodržování zákazu prodeje tabákových výrobků dětem a mladistvým, což naznačují údaje z výzkumů mezi žáky základních a studenty středních škol, z výpovědí zaměstnanců školy a ze studií provedených ve vyloučených lokalitách.

Obdobně konzumace alkoholu v obecné populaci v Brně kopíruje situaci na národní úrovni a zůstává dlouhodobě vysoká, a to jak mezi dospělými, tak ve školní populaci. Analogicky k prodeji tabákových výrobků, i v případě alkoholu je třeba dbát zákazu prodeje alkoholických nápojů osobám mladším 18 let. Alkohol je rovněž drogou první volby v prostředí noční zábavy, což v Brně zároveň násobí vysoký podíl univerzitních studentů a mladých dospělých v populaci. Nadměrné pití více dávek alkoholu při jedné příležitosti, které je pro tuto skupinu konzumentů typické, představuje nejvyšší zdravotní rizika a může vést k rizikovému jednání (agrese, nechráněný sex, řízení pod vlivem alkoholu). Uživatelé alkoholu jsou největší skupinou žadatelů o léčbu závislosti v Brně.

Naopak situace v oblasti dostupnosti a léčby hazardního hraní se v Brně v uplynulých letech do značné míry proměnila. V důsledku opatření přijatých na úrovni města se výrazně snížila dostupnost hráčských příležitostí, přibývá však kasin za hranicemi města. Opatření zřejmě v dlouhodobém horizontu povede ke snížení incidence problémového hráčství v kamenných provozovnách a sníží riziko rozvoje patologického hráčství u těch, kteří jsou jím ohroženi. Hráči, u nichž se již porucha rozvinula, nicméně zatím mohou do kasin cestovat městskou hromadnou dopravou, případně kyvadlovou dopravou hrazenou provozovateli heren. Především ve vyloučených lokalitách zůstávají nelegální, tzv. černé, herny, které stále představují příležitost pro problémové hráče v oblasti, a zároveň u nich nelze očekávat dodržování pravidel bezpečnějšího hraní (např. dodržování vyloučení ze hry a identifikaci hráčů), která ukládá nově přijatý loterijní zákon vstupující v platnost na začátku roku 2017. Předvídat lze rovněž nárůst hazardního hraní po

internetu, které město na svém území nemůže – s výjimkou reklamy, která v roli spouštěče bažení nahrazuje světelná návěští heren – nijak významně regulovat. Společnost Podané ruce otevřela v roce 2012 v rámci Terapeutického centra v JMK (dříve Elysium) Ambulantní program pro patologické hráče, který se postupně etabluje a je rostoucí měrou využíván i osobami zasaženými hráčskou poruchou někoho blízkého. Ani rostoucí nabídka služeb a pomoci však zatím nezvýšila dlouhodobě nízký podíl problémových a patologických hráčů v kontaktu. Podle posledních odhadů je v Brně v riziku rozvoje problému okolo 5 % populace ve věku mezi 15 a 64 lety, což odpovídá zhruba 12000 osob. Problémových hráčů je odhadem mezi 3700 a 5700 (1,5 – 2,3 %) a patologických hráčů mezi 1500 a 3000 (0,6 – 1,2 %), z nichž pouze zlomek je v kontaktu s nějakým léčebným zařízením či podpůrným programem.

Prevalence zkušeností s nelegálními drogami je v Brně zřejmě vyšší, než jak naznačují národní data, což souvisí s rozvinutým prostředím noční zábavy a vysokým podílem mladých lidí dlouhodobě pobývajících na území města. K dispozici jsou odhady pro Jihomoravský kraj. Nejužívanějšími nelegálními drogami jak v obecné populaci, tak mezi mladými dospělými, jsou konopné látky. Oproti celé České republice je v Jihomoravském kraji vyšší i míra užívání extáze a kokainu, konzumace pervitinu a dalších látek je na srovnatelné úrovni. V populaci mladých dospělých se v kraji významně více užívá extáze, zatímco zkušenosti s pervitinem uvedlo méně lidí v kraji než na národní úrovni. Tento typ studií typicky zachycuje rekreační uživatele, kteří drogy berou pro zábavu v rámci nočního života. Z informací, které máme o prostředí noční zábavy v Brně, vyplývá, že se užívání drog mezi mladými lidmi do značné míry normalizovalo, v důsledku čehož ubývá excesů a nadměrné konzumace nelegálních drog, ačkoliv s tím souvisí vyšší míra užívání mimo tradiční subkultury. Patrná je i přítomnost nových psychoaktivních látek na černém trhu v Brně, nicméně o jejich povaze a prevalenci nejsou k dispozici dostatečné informace. Vysoká míra rizika se pojí s konzumací nadměrných dávek alkoholu. Data z prostředí nočního života jsou však omezená, neboť v Brně působí pouze jeden program zaměřený na terénní práci, který se zároveň vzhledem k omezené kapacitě soustředí především na akce a prostředí typicky spojovaná s konzumací drog a pomíjí většinové způsoby zábavy, noční bary a diskotéky. V Brně tak nefunguje koncepční přístup k bezpečnějšímu nočnímu životu, jaký zavádějí velká města v zahraničí (tzv. safer clubbing/nightlife). Není k dispozici ani testování obsahu drog, které by poskytlo aktuální data o trendech a potenciálně rizikových substancích a zároveň sloužilo jako prostor pro kontakt s cílovou populací rekreačních uživatelů drog. Tento typ intervencí by přitom vedl k další kultivaci prostředí nočního života a ušetřil finanční prostředky vynakládané na zdravotní péči akutních a dlouhodobých dopadů.

Užívání alkoholu, tabáku a drog ve školní populaci se dlouhodobě snižuje – trend, patrný na národní úrovni i v zahraničí, je připisován především proměnám způsobu trávení volného času a rostoucí oblíbenosti zábavy na internetu. Nelze však vyloučit, že jde pouze o odsouvání zkušeností s rizikovým jednáním do pozdějšího věku. Data ze studie ESPAD sesbíraná mezi šestnáctiletými školáky v Brně naznačují pokles zkušeností s konopnými drogami, ale nárůst užívání kokainu a extáze mezi roky 2011 a 2015 (data však trpí rozdílnou velikostí a strukturou vzorku). Ze studií vyplývá dlouhodobá snadná dostupnost alkoholu a tabáku ve školní populaci. Typicky, a je to i případ Brna, mají nejrizikovější profil studenti středních odborných učilišť a středních škol bez maturity, gymnazisté naopak projevují nejmenší sklon k experimentům s návykovými látkami. Školy na problém často reagují především represivními kroky, které zahraniční výzkumy považují za málo efektivní, nákladné a často kontraproduktivní. Ačkoliv se nejedná o přístup většiny škol, existují případy namátkového i plošného testování žáků na drogy. Progresivnější školy využívají nebo uznávají potřebu komplexnějších preventivních programů a intervencí založených na nácviu sociálních dovedností.

Problematické užívání drog u dětí je v rámci Brna nerovnoměrně distribuováno. Na území města Brna se nejohroženější školy podle odhadů některých metodiků školní prevence nacházejí v městských částech Brno-střed a Brno-sever, tedy na území vyloučené lokality. Z průzkumů zároveň vyplývá, že se nejedná o problém, který by bylo možné definovat etnický, nýbrž o komplexnost sociální a ekonomické situace, v níž děti ve vyloučených lokalitách vyrůstají. Problematickost vyloučené lokality naznačují i údaje získané od oddělení sociálněprávní ochrany dětí (dále jen OSPOD) působících v uvedených městských částech, které jsou zřejmě také nejvíce zasaženy mírou užívání drog u dětí, která přesahuje ojedinělé experimentování. Počet případů

řešených OSPOD, které souvisely s užíváním drog někoho v rodině dítěte, od roku 2013 roste, což může být dáno již rutinním testováním na drogy Policií ČR a lepšími rozpoznávacími schopnostmi pracovníků OSPOD. Pro děti, které se dostanou do drogového problému, neexistuje v Brně funkční podpůrná síť, která by je zároveň nevytrhla z rodinného prostředí a pracovala se situací komplexně. Extrémní řešení (např. vyloučení ze školy, umístění do střediska výchovné péče/diagnostického ústavu) jsou často pro dítě znevýhodňující a mohou jeho situaci i motivaci k hledání řešení spíše zhoršit. Zahraniční příklady dobré praxe hovoří ve prospěch ambulantních či terénních programů, které zapojují do řešení i rodinu dítěte, případně školu a širší komunitu. Především tedy v Brně chybí tým specialistů zaměřený na problematiku užívání drog u dětí. Pomoc v současnosti zpravidla realizují buď specialisté na oblast závislostí, avšak bez zvláštního zřetele ke specifickým dětem a rodin, anebo specialisté na děti a dospívající, kteří ale nemají potřebnou průpravu v otázkách užívání drog a závislostí. Citelně chybí možnost okamžité krizové pomoci, která je v Brně v uspokojivé formě pro děti a dospívající prakticky nedostupná. Tato pomoc by měla být komplexní a zahrnovat i možnost krátkodobého ubytování. Dále neexistuje žádný způsob koordinace a propojování existujících článků sítě pomoci mezi sebou. A konečně, v procesech plánování systému pomoci chybějí hlasy samotných dětí a jejich rodin.

Pokud jde o populaci problémových uživatelů drog, podíl osob v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními dosahuje tři čtvrtin (75 %), což je vyšší pokrytí, než naznačují údaje pro celou Českou republiku. Odhadem je v Brně 1400 až 1900 pravidelných a dlouhodobých nebo injekčních uživatelů drog, z nichž většina užívá pervitin (950–1250 osob) a drogu aplikuje injekčně (1200–1600 osob). Brno rovněž v rámci ČR patří k oblastem s vyšším výskytem uživatelů opiátů, především heroinu. Pro uživatele heroinu je k dispozici substituční léčba, jejíž dostupnost především ve vyloučené lokalitě se zvýšila s otevřením Terapeutického centra Bratislavská Společnosti Podané ruce. Zaznamenáno bylo i užívání nových syntetických drog a jejich injekční aplikace v populaci problémových uživatelů drog, jedná se však zřejmě o ojedinělé případy, nikoliv o masový trend pozorovaný v některých městech v zahraničí. To zřejmě souvisí se snadnou dostupností hlavní drogy této skupiny, pervitinu. Více než polovina problémových uživatelů drog v Brně žije bez stabilní střechy nad hlavou, třetinu tvoří ženy. Na relativně nízké úrovni zůstávají dlouhodobě počty pozitivních testů na infekční choroby, jež ale podstupuje pouze zlomek cílové populace. Uživatelé drog, kteří jsou pozitivně testováni na hepatitidu typu C, mají v Brně zároveň velmi omezené možnosti léčby. Obtíže, s nimiž se problémoví uživatelé setkávají v systému péče a při pokusech o stabilizaci, zahrnují nestabilní bydlení nebo bydlení v nevyhovujících podmínkách, nedostatek pracovních příležitostí a související nestabilní příjem, stigmatizaci a nedostatečnou provázanost a návaznost služeb, která je nejpálčivější při pokusech o zotavení ze závislosti a po výstupu z výkonu trestu. Uživatelé drog se v Brně odhadem podílejí na 38 % zjištěných a na 22 % objasněných trestných činů – nejčastěji se v posledních letech jednalo o krádeže, z nichž však většina nebyla objasněna.

Problematika drog a závislostí souvisí s problematikou sociálního vyloučení, což je patrné z místních a zahraničních studií i ze šetření v Brně. Ačkoli problém drog ve vyloučených lokalitách není z podstaty etnický, nelze tento rozměr přehlížet. Etnicita prohlubuje diskriminaci a sociální vyloučení, což zpětně přispívá k jeho negativním dopadům v podobě zvýšené míry užívání drog. Užívání drog a hazard se ve vyloučených lokalitách pojí s dalšími existenčními problémy, např. s nevyhovujícím bydlením nebo diskriminací v oblasti vzdělání a práce. V brněnských vyloučených lokalitách, především v oblasti kolem Cejlu na hranici městských částí Brna-střed a Brna-sever, jsou nejčastěji užívanými nelegálními látkami marihuana, pervitin a heroin. Často se objevuje experimentování s legálními i nelegálními látkami již v nízkém věku. V míře větší než v obecné populaci se zde objevuje zneužívání legálních léků, konzumace těkavých látek je spíše na ústupu. S drogami je ve vyloučené lokalitě zřejmě rovněž spjat vyšší výskyt infekčních onemocnění, typicky hepatitidy typu C, přesná data o prevalenci infekčních chorob ale nejsou k dispozici. Pro Romy, jichž se sociální vyloučení týká v Brně především, jsou charakteristické silné rodinné vazby a další specifika, která zatím nejsou drogovými službami dostatečně brána v potaz, což komplikuje udržení Romů ve struktuře služeb. Drogové služby, které jsou ve vyloučených lokalitách založeny především na principu snižování rizik (terénní služby, substituční program), jsou v této komunitě vnímány vlažně. Důvodem je především nízká informovanost o cílech programů a o způsobech práce pracovníků drogových

služeb, které upřednostňují práci s jednotlivcem, než aby fungovaly na rodinné nebo komunitní bázi. Ostatní sociální služby pracující s Romy přitom nepovažují užívání drog za součást své agendy a přeposílají klienty do drogových služeb, případně suplují v lokalitě neexistující, ale potřebné služby, například denní centrum. Klienti s mnohočetnými potřebami tak záchranným sítím snadno propadávají. V drogových službách se rovněž nevyskytují členové komunity se zkušeností s užíváním drog a léčbou, případně řešením souvisejících problémů, kteří by šli ostatním příkladem a udrželi je v kontaktu. To naopak zabírá u některých náboženských iniciativ, které využívají příkladů bývalých uživatelů drog.

Specializované sociální služby jsou poskytovány výhradně nestátními neziskovými organizacemi. V Brně funguje celkem 14 služeb specializovaných na problematiku užívání drog a závislostí. Mezi nimi převládají ambulantní služby, které využívá ročně zhruba 58 % z celkového počtu klientů specializovaných služeb. Dalších 40 % klientů využívá terénní služby zajišťované převážně Terénními programy Společnosti Podané ruce. Specializovaných pobytových sociálních zařízení využila v roce 2015 pouze 2 % všech klientů. Celkový součet klientů služeb uvedených v závěrečných zprávách přesáhl čtyři tisíce, nicméně téměř polovina z nich využívá více služeb zároveň, počet jednotlivců lze odhadovat zhruba o čtvrtinu nižší.

Uživatelé drog a závislí přicházejí pochopitelně také do nespécializovaných sociálních služeb. Na klienty s tzv. duální diagnózou se zaměřuje spolupráce Společnosti Podané ruce a Sdružení Práh. Organizace Rozkoš bez rizika, která poskytuje služby osobám v sexbyznysu, realizuje s terénním týmem Podaných rukou společné terénní pochůzky. V jiných oblastech ale specifické programy nejsou k dispozici, přestože například v rámci skupiny lidí bez domova se problém s drogami a závislostí vyskytuje až v 80 % případů. Rovněž služby zaměřené na rodinu nemají specifické programy, přestože problémy v rodinách s drogami nebo závislostí často úzce souvisejí. Další identifikované mezery v systému sociální a specializované péče o uživatele drog zahrnují: nedostatečnou nabídku středně- a dlouhodobého sociálního bydlení pro uživatele drog a závislé, nízkou dostupnost sterilního injekčního a jiného HR materiálu o víkendech, chybějící krizový kontakt pro uživatele drog, absenci chráněného prostoru pro aplikaci nelegálních drog, nepružnost substitučních programů, nedostatek cílené péče o rodinné příslušníky a blízké a dvoukolejnost systému péče o uživatele drog/závislé a duševně nemocné. Podle zahraničních zkušeností nejvyšší úspěšnost v oblasti harm reduction a snížení rizik pro společnost měly programy, které propojovaly nízkoprahové služby s nabídkou dlouhodobého bydlení zajišťujícího stabilizaci uživatelů s mnohočetnými potřebami.

Specializovaná zdravotní péče v oblasti užívání drog a závislostí zahrnuje detoxifikaci, léčbu závislosti, substituční léčbu a krátkodobou detenci na záchytné stanici. Substituční léčbu v Brně z velké části zajišťuje neziskový sektor (Společnost Podané ruce) a v menší míře některé ambulance samostatně pracujících psychiatrů. Psychiatrická nemocnice Brno zajišťuje detenci na záchytné stanici a léčbu závislosti na alkoholu. Komplexní léčba závislosti na nealkoholových drogách v Brně není dostupná. Detoxifikaci se v Brně nevěnuje žádné specializované centrum nebo oddělení, pouze běžná oddělení v nemocnicích. Chybějící možnost oddělené a nízkoprahové detoxifikace, která bude provázána s celým sociálně-zdravotním systémem služeb, bude aktivně podporovat zotavující se závislé a jejich blízké a zajistí kontinuitu péče, je zásadní mezerou v rámci specializované zdravotnické péče. Chybí rovněž komplexní podpora při zotavení, pro uživatele nealkoholových drog neexistuje nabídka komplexní léčby závislosti. Uživatelé drog, zejména nelegálních, se často setkávají se stigmatizujícím přístupem personálu zdravotnických zařízení různého typu, mají velice ztížený přístup k léčbě infekčních onemocnění. Se stigmatem se setkávají i pracovníci, a to zejména nízkoprahových specializovaných služeb, při snaze navázat spolupráci s některými zdravotnickými nebo sociálními institucemi. Nedostatečný důraz je kladen na péči o těhotné uživatelky drog, což vede ke zvýšené míře umístování novorozenců do náhradní péče (adopce a pěstounská péče).

Z analýzy vyplynula řada problémů, mezer a navazujících doporučení, která by měla přispět ke zlepšení situace. Město by především mělo přijmout, srozumitelně deklarovat a prosazovat takový postoj k drogové oblasti, který bude postaven na přístupech snižování rizik (harm reduction) a zotavení (recovery) s jasně vyjádřeným závazkem podpořit aktivní participaci a úsilí všech, kterých se oblast drog a závislostí týká, především uživatelů drog a závislých samotných. Tento komunitní participativní přístup umožní řešit problémy související s drogami a závislostmi v kontextu města a také na úrovni občanského soužití. Bude

tedy přínosný jak pro spokojenost a zdraví uživatelů drog a lidí se závislostí, tak bude mít efekt pro život ve městě jako takový, snížení neblahých jevů, jako je kriminalita, rozpad rodin a bezdomovectví. V Brně by měl fungovat nezávislý koordinační tým, jehož úkolem bude koordinovat implementaci strategie a dbát na rovnoměrné zapojení jednotlivých aktérů a pravidelný, dlouhodobý a smysluplný monitoring různých aspektů situace v oblasti návykových látek a závislostí. Zároveň by město mělo podpořit a facilitovat sbližování a sjednocování aktérů, kterých se drogová strategie dotkne, zejména pak zdravotních a sociálních služeb, včetně dostupnosti běžné zdravotní péče uživatelům návykových látek; dále potom školství, sociálně-právní ochrany dětí a drogových služeb, nízkoprahových služeb a primární zdravotní péče, ale i běžných občanů, zejména v sousedstvích, které jsou drogovým problémem zasaženy nejvíce. Měl by být podpořen rozvoj dlouhodobého nízkoprahového bydlení pro uživatele drog a zotavující se uživatele drog.

Chybějícími zařízeními, jejichž vznik by město mělo podpořit, jsou specializovaný zdravotně-sociální komunitní tým (kombinace ambulantní a terénní formy), pobytové zařízení kombinující zdravotní a sociální pomoc, denní centrum ve vyloučené lokalitě a poradenství v těhotenství. Formulovat je třeba závazná pravidla pro bezpečný noční život (např. pitná voda v klubech zdarma, dostupnost informací o rizicích užívání alkoholu, drog a hazardního hraní, nabídka možnosti otestovat obsah drog a odkazy na systém péče). Zajistit je potřeba výměnu injekčního materiálu o víkendech a v časech nezajištěných Terénními programy Společnosti Podané ruce. Pravidelný monitoring a výzkum situace v oblasti užívání drog, gamblingu a závislostí by měly cílit na oblast úspěšnosti implementace drogové strategie a na rutinní monitoring trendů v oblasti užívání drog a závislostí a sítě pomoci, na užívání drog u dětí, v rodinách a v sociálně vyloučených lokalitách. Provedena by měla být sero-prevalenční studie a odhad problémového užívání drog pomocí metody RDS.

2. Cíle, metody a zdroje dat

Analýza drogové situace ve městě Brně vznikla v souvislosti s potřebou vytvořit novou městskou drogovou strategii od roku 2017 a měla by sloužit jako podklad pro formulování jejích cílů a nástrojů. Zadáním Magistrátu města Brna bylo vypracovat takový dokument, který bude nejen popisovat aktuální situaci a trendy, ale také se pokusí identifikovat možná řešení a relevantní zkušenosti ze zahraničí, jimiž by se město mohlo inspirovat a aktivně se na řešení drogového problému podílet. Zároveň by městská drogová politika měla do budoucna zahrnovat problematiku závislostí v nejširším slova smyslu, včetně legálních drog – alkoholu, tabáku a hazardního hraní.

2.1 Cíle

S ohledem na komplexnost drogové problematiky i zadání si tato zpráva klade následující cíle:

- Popsat legislativní rámec drogové politiky a hazardního hraní ve městě;
- Popsat situaci v oblasti užívání legálních i nelegálních drog a hazardu a trendy v oblastech prevalence užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog a problémového hazardního hraní v dospělé populaci v Brně, počtu problémových uživatelů drog, rekreačního užívání drog, zkušeností s drogami ve školní populaci, ve specifických skupinách a vyloučených lokalitách a dalších aspektech souvisejících s drogami a jejich riziky (např. léčba závislosti, drogová kriminalita, infekční choroby);
- Zvláštní pozornost věnovat oblastem pro Brno klíčovými:
 - o *Rekreačnímu užívání drog a prostředí noční zábavy*: zmapovat prostředí, zabývat se i místy, která nejsou tradičně zohledněna, zmapovat zkušenosti s novými psychoaktivními látkami a nové trendy v užívání, zaměřit se na intervence v prostředí noční zábavy;
 - o *Problémovému užívání drog*: popsat potřeby a sociální situaci problémových uživatelů drog (práce, bydlení, sociální kapitál), zmapovat využitelnost a poptávku po inovacích v oblasti snižování rizik (aplikační místnosti, distribuce naloxonu, substituce metamfetaminu, mokré azylové domy, nízkoprahový detox) a přístup k základní zdravotní péči;
 - o *Zotavujícím se osobám se závislostí*: popsat oficiální možnosti pomoci s překonáváním závislosti, specifické potřeby skupiny se ztíženým přístupem ke zdrojům podpory při zotavení, zmapovat představy o závislosti a zotavení pracovníků institucí, se kterými přichází uživatelé drog často do kontaktu;
 - o *Dětem užívajícím drogy*: popsat specifické potřeby a možnosti v systému péče;
- Popsat dostupnost a provázanost služeb pro uživatele drog v kontextu léčby závislosti, obecné i specializované zdravotnické péče a dalších podpůrných a sociálních služeb, především s ohledem na systémovou návaznost a ochotu služeb k aktivní spolupráci;
- Prozkoumat odbornou a šedou literaturu o komplexních městských drogových politikách;
- Přinést zahraniční zkušenosti, zhodnotit a porovnat jejich přenositelnost do prostředí Brna.

2.2 Konceptuální rámec

Protože se, spolu se zadavatelem studie, domníváme, že jakékoliv politické opatření by mělo brát v potaz především potřeby těch, jichž se v první řadě týká, je do analýzy drogové situace v Brně promítnuta snaha o participativní přístup. Participativní přístup k formulování politik vychází z konceptu lidských práv uživatelů drog a staví na přesvědčení, že lidé, kteří užívají drogy, nejsou jen součástí problému, ale také nositeli jeho řešení. Zapojení uživatelů do rozhodování zvyšuje vědomí vlastní účinnosti a může zvyšovat pocit kontroly nad vlastním životem. Participaci tedy chápeme jednak jako proces – v rámci studie jsme využívali konzultací s klíčovými informátory mimo expertní kruhy, abychom získali zpětnou vazbu k datům a ke směřování a závěrům studie – a jednak jako obsah – zabývali jsme se tím, do jaké míry se mohou nebo by se měli (potenciální) příjemci služeb a důležití aktéři podílet na definování drogových politik.

2.3 Metody a zdroje dat

Abychom naplnili uvedené cíle a dali prostor vyjádřit se klíčovými aktéry a příjemcům budoucí městské drogové politiky, využívali jsme celou řadu metod. Detailní popis zdrojů uvádíme v jednotlivých kapitolách, které s ohledem na specifickou tematiku a cílových populací vyžadovaly rozdílné přístupy. Tato kapitola tedy pouze souhrnně popisuje hlavní použité metody.

2.3.1 Sekundární analýza dat

Drogová epidemiologie, odhady prevalence a popis aktuální drogové situace a trendů vycházejí především z rutinně sbíraných dat, registrů a pravidelných výzkumů. Údaje o situaci v ČR v oblasti drog a hazardu jsme čerpali z Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v ČR a Výročních zpráv o hazardním hraní v ČR publikovaných každoročně Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti (NMS). NMS každoročně zpracovává data z různých zdrojů, zároveň však provádí nebo koordinuje vlastní šetření a monitoring. Pro potřeby této analýzy NMS poskytlo výzkumnému týmu buď přímo datové soubory pro vlastní analýzy (data ze studie ESPAD 2007, 2011 a 2015, šetření Multiplikátor 2016 a Sčítání adiktologických služeb 2012 a 2014/15, Tanec a drogy 2000, 2003, 2007 a 2010) nebo na naši žádost extrahovalo data pro Brno-město, případně pro Jihomoravský kraj (např. celopopulační studie o užívání návykových látek, data o sekundární drogové kriminalitě). Národní údaje o užívání alkoholu a tabáku vycházejí ze studií provedených a publikovaných Státním zdravotním ústavem a Ústavem zdravotnických informací a statistiky. Data o léčených uživatelích drog a žádostech o léčbu z Národního registru léčby uživatelů drog pro Brno-město a data z Národního registru poskytovatelů zdravotní péče poskytl Ústav zdravotnických informací a statistiky. Data o léčbě infekčních chorob v Brně poskytl Státní zdravotní ústav.

2.3.2 Rešerše oficiálních dokumentů, výročních a závěrečných zpráv institucí

Data o počtech klientů, provedených výkonech a trendech v léčených populacích jsme čerpali ze závěrečných zpráv jednotlivých poskytovatelů služeb uživatelům drog a osobám potýkajícím se se závislostí, případně z dat na naši žádost extrahovaných z interních databází (např. data o testech na infekční choroby nízkoprahových programů Společnosti Podané ruce). Kontextová data o drogové situaci ve městě a drogové kriminalitě jsme čerpali z Výročních zpráv protidrogové politiky Jihomoravského kraje. Informace o legislativním rámci, o městské protidrogové politice a o systému sociální péče jsme čerpali z příslušných norem, dokumentů uveřejněných na stránkách Magistrátu města Brna a Portálu sociální péče ve městě Brně.

2.3.3 Rešerše výzkumné literatury, příkladů dobré praxe a efektivních intervencí

Závěrečné bakalářské a diplomové práce absolventů Masarykovy univerzity obhájené v posledních čtyřech letech jsme vyhledali pomocí veřejné databáze Informačního systému Masarykovy univerzity. Informace o příkladech dobré praxe, příkladech komplexních zahraničních městských politik a intervencí v prostředí noční zábavy jsme čerpali z portálů Best Practice Portal a Healthy Nightlife Toolbox spravovaných Evropským monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA), z odborných článků v recenzovaných časopisech a z materiálů dříve dostupných výzkumnému týmu. Nepublikované výzkumné zprávy a články z recenzovaných odborných časopisů jsme vyhledávali v akademických databázích EBSCO a Web of Science a ve službě Google Scholar, případně jsme využili referencí v citovaných textech.

2.3.4 Vlastní sběr dat, stáže a výzkumné návštěvy

Podstatná část textu analýzy vychází z dat sesbíraných výzkumným týmem. V průběhu roku jsme provedli několik dotazníkových šetření. Dotazníkové šetření mezi pracovníky OSPOD proběhlo v srpnu a září 2016. Online dotazník, který zkoumal podíl drogových případů na řešených případech, obvyklé strategie řešení a sloužil k identifikaci problematických městských oblastí, vyplnilo 20 městských částí z 29. Na dotazníky navázaly rozhovory s pracovníky OSPOD MČ Brno-sever a Brno-střed, které jsme vybrali, jelikož se v nich vyskytoval drogový problém v největším rozsahu, s pracovníky MČ Brna-střed jsme navíc provedli ohniskovou skupinu. Smyslem rozhovorů a skupiny bylo především dokreslit data a pochopit některé fenomény, např. vícegenerační užívání drog nebo provázanost drog a chudoby.

Dotazníkové šetření mezi školními metodiky prevence a školními psychology mapovalo situaci v prostředí základních a středních škol, míru drogového problému, kontext školy a její filosofii v oblasti závislostí a používané a preferované preventivní strategie. Šetření se zúčastnilo 100 škol z okresů Brno-město a Brno-venkov.

Dotazníkové šetření mezi poskytovateli různorodých sociálních služeb zjišťovalo, do jaké míry se setkávají s problematikou užívání drog a závislostí (dotazník vyplnilo 18 služeb) a na ně navázaly doplňující telefonické rozhovory. Využili jsme rovněž data z rychlého dotazníkového průzkumu o počtech klientů ve službách a o souběžném využívání více služeb, kterého se zúčastnilo 11 programů Společnosti Podané ruce.

Kromě kvantitativních šetření jsme provedli i celou řadu individuálních rozhovorů, jejichž smyslem bylo identifikovat možnosti léčby, systémovost dostupných služeb, chybějící články v systému a návrhy možných řešení. Rozhovory probíhaly buď telefonicky pro upřesnění nebo stručnou konzultaci, případně osobně a s větší časovou dotací, abychom mohli pochopit daný problém do hloubky a v kontextu, nebo formou ohniskových skupin, abychom získali širší perspektivu. Rozhovorů a ohniskových skupin se tak zúčastnili například pracovníci a klienti v oblasti služeb pro pomoc závislým na hazardním hraní, vybraných programů Společnosti Podané ruce, obyvatelé sociálně vyloučených lokalit a pracovníci služeb, které v oblasti působí, výtvarnice Kateřina Šedá, zdravotnický personál detoxifikace, centra léčby infekčních chorob a dalších zdravotnických zařízení, sociální pracovníci působící ve zdravotnickém zařízení, pracovníci Teen Challenge, zaměstnanci PMS, vedení protidrogového oddělení Policie ČR a další.

Výzkumný tým se rovněž zúčastnil několika stáží a výzkumných návštěv v nízkoprahových programech Společnosti Podané ruce, v nízkoprahovém klubu pro děti a mládež Likusák organizace Ratolest, na oddělení 4 Psychiatrické nemocnice Brno a na oddělení 22 Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Brno Bohunice.

2.3.5 Poradní skupiny a informanti

Klíčovým zdrojem dat byly tři poradní skupiny zaměřené na klíčové oblasti studie – problémové užívání drog, zotavení ze závislosti a rekreační užívání drog v prostředí noční zábavy. Obě poradní skupiny problémových uživatelů drog a zotavujících se uživatelů drog se sešly v průběhu roku čtyřikrát, aby diskutovaly o aktuální situaci ve městě stran dostupných služeb, o systémových překážkách na cestě ze závislosti a potenciálních řešeních. Rozhovory s informanty pro oblast nočního života nakonec proběhly víceméně individuálně s ohledem na časové možnosti a ochotu účastníků a zúčastnili se jich lidé zastávající různé role. Participantů bylo do skupin vybírání účelově, přičemž klíčovým kritériem byla zkušenost s danou oblastí a motivace ke spolupráci.

3. Lokální drogová politika a legislativa v kontextu ČR a Evropy

Drogová politika¹ a politika v oblasti hazardu je na lokální úrovni utvářena legislativním rámcem České republiky, který je určován mezinárodními konvencemi a místními politickými a společenskými zájmy a opatřeními. Legislativní rámec je pak provázán s koordinačními mechanismy drogové politiky, které se uplatňují na národní, krajské a obecní úrovni. Na úrovni samospráv je legislativní rámec doplňován obecně závaznými vyhláškami, které upravují některé aspekty veřejného života, které se vztahují k legálním návykovým látkám nebo hazardu. Celkově se Česká republika řadí spíše k zemím s liberálním přístupem vůči uživatelům drog.

3.1 Organizace legislativy a drogové politiky

Základní legislativní rámec drogové politiky je utvářen prostřednictvím zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Mezi hlavní pilíře patří dále národní koncepční dokument „*Národní protidrogová strategie na období 2010-2018*“ (dále jen NPDS). Její následné revize z roku 2014 a 2016 už plně pojímají drogovou politiku jako integrovanou, tedy se zahrnutím alkoholu, tabáku a hazardních her (Úřad vlády, 2014; 2016a). Pro každou z těchto oblastí vznikají v tříletých intervalech specifické akční plány (Akční plán pro problematiku nelegálních drog, Akční plán pro problematiku hazardního hraní, Akční plán k omezení škod působených alkoholem v České republice). Tyto dokumenty jsou utvářeny Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, což je mezirezortní orgán v čele s předsedou vlády a národním protidrogovým koordinátorem. NPDS určuje základní principy, které mají být uplatňovány při přijímání rozhodnutí v oblasti drogové politiky: „*princip realistického, dlouhodobého a komplexního plánování, komplexního řešení jak legálních, tak i nelegálních drog, racionálního financování, kvalita služeb nebo princip partnerství*“ (Úřad vlády, 2011). Obecným cílem Národní strategie je zvýšení blaha společnosti i životní spokojenosti jednotlivců, ochrana veřejného zdraví a poskytování vysoké úrovně bezpečnosti v oblasti drog a hazardu. K tomu mají sloužit tři hlavní přístupy: snižování nabídky a regulace, snižování poptávky a výskytu problémových forem užívání a hazardního hraní a snižování rizik spojených s užíváním a hraním. Tyto přístupy jsou pak v praxi naplňovány formou primární prevence, léčby a resocializace, snižováním rizik (*harm reduction*) a snižováním dostupnosti drog nebo hráčekých příležitostí. Takto nastavený rámec definuje základní síť drogových služeb a opatření.

Drogová politika na úrovni menších správních celků vychází ze zákona č. 379/2005 Sb. a z národních koncepčních dokumentů (NPDS, akční plány), ale stanovuje si na jejich základě své specifické cíle a způsoby jejich dosahování, které by měly podléhat místním potřebám. V Jihomoravském kraji vznikla strategie na období 2010-2018 (Krajský úřad JMK, 2011) s doprovodným krátkodobým realizačním plánem pro jednotlivá období. Jeho poslední verzi lze dohledat pouze pro roky 2013 – 2015 (Krajský úřad JMK, 2013). Na úrovni měst existují protidrogové strategie pouze u větších českých měst, jako je Praha nebo Ostrava. Brno v tomto ohledu donedávna nedisponovalo svou aktuální protidrogovou strategií. Poslední strategie platila pro období 2011 – 2014 (Magistrát města Brna, 2011).

¹ V tomto textu se snažíme používat termín „drogová politika/y“ v souladu s konvencemi většiny zemí EU (drug policy/ies). U nás stále užívaný výraz „protidrogová politika/strategie“, který odkazuje spíše k boji proti drogám, než ke koordinaci všech aktérů v drogové oblasti, ponecháváme pouze tam, kde je vetknutý do názvů konkrétních dokumentů (např. Národní protidrogová strategie; Protidrogová strategie JMK apod.), pozic a institucí (např. Národní protidrogový koordinátor; Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky) nebo specifických pojmů s ustáleným významem (jako např. Integrovaná protidrogová politika). V ostatních případech používáme pojem „drogová politika“, který je svým významem s termínem „protidrogová politika“ zaměnitelný.

Při tvorbě protidrogových strategií a souvisejících akčních plánů zaujímá důležité místo kontinuální monitoring a doprovodné analýzy, z nichž vyplývá, jaká je aktuální situace a potřeby v oblasti drog a závislostí. Na národní úrovni jsou každoročně vydávány Výroční zprávy ve věcech drog v České republice (Mravčík et al. 2016a) a Výroční zprávy o hazardním hraní v České republice (Mravčík et al. 2016b), které tuto oblast průběžně mapují a agregují důležitá data v několika sledovaných indikátorech. Ačkoliv jsou kontinuální monitoring a koordinace nastaveny na národní úrovni, neexistuje dostatečně fungující systém na úrovni nižších správních celků. To se projevuje nedostatkem informací a kvalitních dat, na jejichž základě by byly lokální strategie a akční plány postaveny. Většina informací, ze kterých Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v Jihomoravském kraji (Krajský úřad JMK, 2016) a v Brně vycházejí, jsou data poskytnutá poskytovateli drogových služeb v závěrečných zprávách nebo data z národních výzkumů, které postrádají lokální specifičnost. Koordinační mechanismus drogové politiky na lokální úrovni nemá podobně širokou mezirezortní povahu jako na národní úrovni. Typické je jednostranné zakotvení v sociální oblasti a nedostatek koordinace se zdravotnickými službami, nebo provázanost koordinace s legislativními opatřeními, jako například v případě regulace hazardu. To může vést k tomu, že při plánování drogové politiky nejsou dostatečně zohledněny problémy, které přesahují rámec současného systému drogových služeb nebo úzce ustanovených poradních skupin. Opatření, které vyžadují širší mezirezortní přístup a detailní a především dlouhodobý monitoring tak mohou zůstat skryta. Na tuto situaci se částečně snažil reagovat Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky metodickou příručkou Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace (Nerud et al., 2016). V jejím základu stojí detailní popis koordinačních mechanismů na národní a místní úrovni, popis role protidrogových koordinátorů a poradních skupin, nebo typy pro rutinně sbíraná data. V základu metodiky stojí doporučení, že drogová politika by měla být utvářena na základě „...*důkazů, tedy na odborně ověřených informacích a nevychází z ideologických tezí. Cílem je realizovat taková opatření a přijímat taková rozhodnutí, která mají potenciál změnit situaci.*“ (Nerud et al, 2016, s. 10). Síla metodiky je především v její přehlednosti a systematičnosti. Text jasně akcentuje postupy založené na výzkumu, nicméně v popisu rozhodovacích mechanismů je zcela opomenuta role samotných uživatelů drog a jejich blízkých, nebo role zainteresované veřejnosti, majitelů klubů, hospod, občanů určitých městských lokalit apod. Takto nastavený koordinační mechanismus postrádá důraz na participaci „neexpertů“, kterých se ovšem drogová politika bytostně dotýká.

Na sklonku roku 2016 prošla Poslaneckou sněmovnou Parlamentu České republiky nová úprava tzv. „protikuřáckého zákona“, který by měl s platností od května 2017 nahradit stávající zákon č. 379/2005 Sb. Kromě mediálně sledovaných opatření, která se týkají především omezení kouření v hostinských zařízeních, nový zákon také upravuje novou podobu drogové politiky. Oproti původnímu znění zákona je zde oslabena funkce drogové politiky na nižších úrovních krajů a samospráv. Nově například nevzniká povinnost krajům ani městům ustanovit funkci protidrogového koordinátora. Tyto možnosti jsou ponechány pouze na dobrovolnosti. Zákon č. 379/2005 Sb. explicitně stanovuje, že: „*Obec v samostatné působnosti provádí protidrogovou politiku na území obce. V případě potřeby může zřídit funkci místního koordinátora pro protidrogovou politiku.*“ Dochází tím k oslabení zajištění výkonu drogové politiky na nižších správních úrovních.

3.1.1 Legislativní a politický rámec – nelegální drogy

Mezi zákony upravující tuto oblast patří především Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Mezi trestně právní předpisy, které definují přístup k nelegálním látkám, patří pak drogové trestné činy obsažené v paragrafech 283–287 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku. V nařízení vlády č. 463/2013 Sb. je obsažen seznam návykových látek, který se postupně rozšiřuje zejména v reakci na současný trend vzestupu nových syntetických substancí. Podstatné v tomto ohledu je především to, že držení nelegálních látek v malém množství pro vlastní potřebu je v České republice považováno za přestupek a v praxi se tak neuplatňuje excesivní represivní politika vůči uživatelům drog, jako je tomu v některých okolních zemích. ČR se tak řadí k zemím s racionální drogovou politikou, která není založena na přílišné kriminalizaci uživatelů. Vzhledem k ilegality těchto látek neexistují na lokální úrovni specifické vyhlášky, které by jejich konzumaci nebo zacházení s nimi upravovaly.

Hlavním cílem národního akčního plánu pro rok 2016-2018 (Úřad vlády, 2016b) pro oblast nelegálních látek je snížit míru jejich užívání a souvisejících rizik pro jedince a společnost. Akční plán si všímá v širší míře i sociálních rizik, když uvádí, že: „Většina uživatelů drog v léčbě nemá stálé bydliště a je nezaměstnaná nebo příležitostně pracující (u obou ukazatelů téměř 60 %)“ (Úřad vlády, 2016b, s.8). Jako jeden z dílčích cílů je pak zvýšení provázanosti sociálních a zdravotních služeb.

V protidrogové strategii JMK pro roky 2010 - 2018 je stanoven stejný cíl, jako je tomu v Národní strategii, a to „snížit v Jihomoravském kraji užívání všech typů drog a potenciální rizika a škody související s užíváním drog, které mohou jednotlivcům a společnosti nastat“ (Krajský úřad JMK, 2011,s.6). Dílčí cíle strategie JMK jsou v jednotlivých kapitolách dokumentu definované pouze obecně a bez dobře sledovatelných kroků k jejich dosažení. Jako příklad lze uvést oblast primární prevence, kde se pojednává o vzniku Krajského centra primární prevence, které do dnešních dnů nevzniklo, ani není zahrnuto v žádném z dalších dokumentů a vyhodnocení. O něco konkrétnější jsou krátkodobé plány pro realizaci protidrogové politiky, které ale pro JMK končí rokem 2015.

Podobně tomu Protidrogová strategie města Brna pro roky 2011-2014 (Magistrát města Brna, 2011) vycházela ze sporadických zdrojů dat a lze jen těžko dohledat, na základě čeho byly stanoveny jednotlivé cíle. Přesto z ní lze číst důraz na chybějící služby pro dětské uživatele drog, zejména pak z prostředí romské komunity, a jejich rodiny, který se však neopírá o žádná konkrétní data a důkazy o potřebnosti. Podobně jako v případě kraje, ani protidrogová strategie a akční plán města se nezabývají ustanovením koordinačních a monitorovacích mechanismů, na jejichž základě by šlo lépe plánovat a vyhodnocovat opatření drogové politiky včetně financování.

3.1.2 Legislativní a politický rámec – legální drogy – alkohol a tabák

Legální látky se do koncepčních dokumentů drogové politiky dostávají ve větší míře až s 1. a 2. revizí Národní strategie (Úřad vlády, 2014; 2016a) v rámci naplňování definice *integrované protidrogové politiky*. Spolu s akčními plány se také definují nové cíle drogové politiky pro oblast alkoholu a tabáku. Těmi se drogová politika dříve zabývala pouze okrajově a jejich prevenci definovaly dokumenty Ministerstva zdravotnictví, např. Zdraví 2020 (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014). Hlavním cílem Akčního plánu pro oblast alkoholu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015) je relativní snížení škodlivého užívání alkoholu v populaci o 10 % do roku 2025. Hlavní změnou v r. 2017 je přijetí „protikuřáckého zákona“, který nově zakazuje kouření v restauračních zařízeních a barech.

Integrovaná protidrogová politika se v koncepčních dokumentech na úrovni JMK a Brna projevuje spíše okrajově. Ve SWOT analýze JMK strategie (Krajský úřad JMK, 2011) a následných doporučeních lze zaznamenat zmínky o nedostatku služeb v oblasti alkoholu a hazardu, o zvýšené toleranci vůči užívání alkoholu a o nedostatečném naplňování práva v oblasti prodeje alkoholu. Zmínky lze nalézt také v oblasti realizace primárně preventivních aktivit.

Na úrovni města Brna byla doposud, krom podpory konkrétních zdravotních a sociálních služeb, přijata obecně závazná vyhláška č. 5/2010 o zákazu požívání alkoholu na veřejných prostranstvích za účelem zabezpečení místních záležitostí veřejného pořádku. Tato vyhláška stanovuje zákaz požívání alkoholu na prostranstvích v určité vzdálenosti od objektu školy, kostela, zdravotnických zařízení, obchodních center apod.

3.1.3 Legislativní a politický rámec – hazardní hry

Základní zákonný rámec pro provozování hazardních her v ČR poskytoval zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách (tzv. loterijní zákon). Tento zákon byl v minulých letech kritizován za přílišnou benevolenci a neaktuálnost, neboť neobsahoval účinná opatření, která by reagovala na zdravotní rizika a sociální dopady hazardního hraní na společnost v ČR (např. Občané proti hazardu). Česká republika se pohybovala dlouhodobě na předních světových příčkách, co se týče benevolence vůči provozování

sázkových her a loterií. To kritizovala mnohá občanská sdružení² a odborná společnost (Mravčík et al, 2014). V reakci na to se začala oblast hazardu více sledovat a byla zahrnuta do NPDS (Úřad vlády, 2016a). Reakce odborné veřejnosti, občanských iniciativ i části politické reprezentace vyvolala tlak na přijetí nového zákona, který by měl lépe zohledňovat dopady hazardního hraní, přiblížit ČR moderním trendům v regulaci hazardního hraní a sladit národní legislativu s evropskými normami. Na sklonku roku 2016 tak byl přijat nový zákon č. 186/2016 Sb., který vchází do účinnosti 1.1. 2017. Nový loterijní zákon by měl především „otevřít trh v ČR pro provozovatele ze zemí Evropského hospodářského prostoru, zavést moderní kategorizaci hazardních her, nastavit komplexní právní a technický rámec pro jejich provozování prostřednictvím moderních komunikačních technologií, zejména internetu (včetně jejich zdanění), a nastavit opatření ke snížení rizika rozvoje problémového a patologického hráčství“ (Mravčík et al, 2016b, s. 15).

Samosprávám nový zákon přiděluje větší samostatnost v rozhodování, jaké hry a v jakém rozsahu na svém území povolí. Tím se mění nevyjasněnost kolem regulace, která v zákoně vládla před jeho přijetím. Do r. 2011 měly obce v loterijním zákoně explicitně stanoveno právo regulovat videoloterijní terminály (VLT). To bylo důvodem řady soudních sporů obcí se státem, který povolení vydával. V r. 2011 pravomoc obcí regulovat všechny typy technických zařízení potvrdilo několik judikátů Ústavního soudu. To vedlo k nutnosti odebrat ve správních řízeních povolení vydaná MF k provozování tisíců zařízení v obcích, kde se jejich provozování dostalo do rozporu s platnou obecně závaznou vyhláškou (OZV). Vzhledem ke značnému objemu správních řízení (povoluje se každý jednotlivý přístroj) docházelo v roce 2015 v řadě obcí k rozporu mezi platnou OZV a přístroji povolenými MF po delší časové období. Tento rozpor byl novým zákonem platným od r. 2017 odstraněn (Mravčík et al, 2016b).

Brno je příkladem města, které zavedlo extenzivní opatření vůči hazardu již před diskuzí o novém zákoně a stalo se tak jedním z příkladů nastupujícího trendu. Brno na svém území od 1. 1. 2015 prostřednictvím OZV zakázalo veškerá elektronická herní zařízení (EHZ). Nicméně díky nutnosti schvalovat ukončení všech licencí na MF, a snaze hazardních společností tento proces brzdit formou správních řízení, byla ještě v dubnu 2015 některá EHZ stále na území města provozována (viz kapitola 5 - Gambling).

Podobně jako je tomu u oblasti alkoholu a drog, protidrogová strategie a související akční plán pro oblast hazardu jsou mnohem lépe popsány na národní úrovni, než je tomu v dokumentech menších samosprávných celků včetně JMK a Brna. Národní strategie si v této oblasti určuje následující cíle:

1. snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží,
2. snížit míru problémového hráčství,
3. snížit potenciální rizika spojená s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost,
4. posílit zákonnou regulaci hazardního hraní.

V podrobnější rozpravě k NPDS jsou popsány jednotlivé priority pro oblast primární prevence, snížení rizik, léčby a regulace hazardu, které vycházejí ze SWOT analýzy. Návrhy opatření přitom vycházejí z rozsáhlé studie Willamse et al. (2012), který zkoumal účinnost jednotlivých opatření v prevenci problémového a patologického hráčství. Prevenci Williams (tamtéž) rozděluje do dvou hlavních kategorií. První z nich jsou vzdělávací aktivity, jejichž cílem je změnit osobní znalosti, postoje, domněnky a dovednosti tak, aby se předcházelo problémovému hráčství. Druhou kategorií jsou regulační opatření, tedy opatření zaměřená na změnu politiky dotýkající se problematiky hazardního hraní. Cílem regulačních opatření je prevence problémového hráčství prostřednictvím změny regulace hazardního hraní.

Na základě Národní strategie, závěrů zahraničních výzkumů a monitoringu v ČR stanovuje Akční plán na období 2015–2018 (Úřad vlády, 2015) následující priority:

- zvýšení informovanosti obecné i hráčské populace o hazardním hraní,
- prevenci rozvoje problémového hráčství,
- včasný záchyt a intervenci problémového hráčství,
- zvýšení kontaktu problémových hráčů s pomáhajícími službami,

² V Brně se jednalo především o sdružení Brnění (<http://www.osbrneni.cz/>)

- zvýšení dostupnosti poradenských a léčebných programů,
- důslednou kontrolu dodržování přijatých regulačních opatření,
- redukci nelegálního provozování hazardních her,
- realizaci komplexní politiky v oblasti hazardního hraní a její finanční zajištění,
- pravidelný monitoring a vyhodnocování situace a dopadů regulace v oblasti hazardního hraní.

Protidrogová strategie pro JMK se hazardu věnuje pouze okrajově, a to zejména na úrovni nabídky služeb pro hazardní hráče. Podle protidrogové strategie JMK chybí dostatek služeb v oblasti léčby a snižování rizik. K regulatorním opatřením, která podle Williamse et al. (2012) stojí v základu prevence hazardního hráčství, se strategie JMK ani brněnská strategie nijak nevyjadřují. Preventivní regulace hazardu tak vyplývá spíše z politického programu jednotlivých stran a iniciativ, než z odborně přijaté protidrogové strategie. Více o vývoji regulace hazardu v Brně a jejím efektu v kapitole 5 - Gambling.

3.2 Další opatření související s naplňováním drogové politiky

V souvislosti s novelou zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. byla zodpovědnost za stanovení sítě a přímé financování poskytovatelů sociálních služeb místního a regionálního charakteru přenesena na kraje. Sociální služby jsou tak od r. 2016 povinně financovány prostřednictvím tzv. vyrovnávací platby (ekonomický nástroj k pokrytí čistých nákladů vynaložených při plnění závazků veřejné služby). Přestože je vyrovnávací platba jedním z vhodných způsobů, jak předcházet nepovolené veřejné podpoře komerčních subjektů, její uplatnění také na sociální služby vyvolalo v letech 2015 a 2016 výhrady poskytovatelů služeb v oblasti drog a závislostí (služby se potýkají s řadou praktických problémů, podmínky financování často nerespektují multidisciplinární charakter služeb, aplikace není stejná ve všech krajích apod.). V březnu 2016 byla vládou schválena Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 jako základní rámcový dokument sociální politiky ČR, která přináší střednědobý výhled na systém sociálních služeb v širším kontextu. Mimo jiné obsahuje opatření, které by mělo vymezit adiktologické služby ve vztahu k sociálním službám. Opatření by mělo být realizováno mezi lety 2016–2025 a v jeho rámci by ve spolupráci s externími experty, meziresortními pracovními skupinami k adiktologickým službám, s Úřadem vlády ČR, Asociací poskytovatelů sociálních služeb a s dalšími neziskovými organizacemi měl být zpracován návrh změny související legislativy. (Mravčík et al., 2016a)

Dne 7. října 2013 byla schválena Strategie reformy psychiatrické péče, která se realizuje mezi roky 2014–2023. Součástí reformy by měla být také integrace péče v oblasti závislostí. Celkově reforma navazuje na dlouhodobě nedostačující a podfinancovanou péči o duševně nemocné, na materiálně i technicky zastaralý stav psychiatrických nemocnic a na nerovnoměrně rozloženou síť služeb s nestejnými podmínkami výkonu péče, přetížení ambulantních psychiatrů a na slabou a systémově nepodporovanou komunitní péči. Základními principy proměny psychiatrické péče jsou deinstitucionalizace, destigmatizace a lidská práva duševně nemocných. V reformě je zdůrazňována komunitní péče a zahrnutí sociálního kontextu lidí s duševním onemocněním. Nejvýraznější změnou bude vznik a rozvoj Center duševního zdraví (CDZ) na komunitní bázi, podpora rozšířených ambulantních pracovišť, ale také vybudování psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic. V rámci implementace reformy vznikla pracovní skupina „Adiktologie“, jejímž cílem je zajistit začlenění oblasti adiktologie do Strategie a provázanost s ostatními druhy poskytování péče. Důraz na deinstitucionalizaci a komunitní péči otevírá v oblasti závislostí nové možnosti pro organizaci služeb na pomezí mezi zdravotním a sociálním, včetně zajištění finančních prostředků pro takové služby. Reforma také může řešit vnímanou propast mezi zdravotními a sociálními službami, která je pro oblast závislostí zásadní. Principy, na kterých je reforma postavena, také do velké míry napravují problematickou podobu současné koncepce adiktologických služeb (Miovský, 2013), která je postavena zejména na profesi adiktologa a kopíruje do velké míry současnou podobu nezreformované psychiatrické péče (Nepustil, Larisch, Černý, 2014).

V souvislosti se snahou zavést systém adiktologických služeb zakotvený ve zdravotnictví, v letech 2015 a 2016 pokračovaly snahy o standardní úhradu zdravotních výkonů prováděných adiktologem ze zdravotního pojištění. V Brně nabývá toto téma na aktuálnosti v souvislosti se zřízením adiktologické ambulance Remedis, která by měla adiktologické úkony poskytované uživatelům drog hradit ze zdravotního pojištění.

3.3 Analýza městských drogových politik v Evropě

Jak vyplývá z analýzy koncepčních dokumentů, lokální drogové politiky jsou spíše podceňované. Hlavní koncepční dokumenty a strategie vznikají na mezinárodní a národní úrovni a čím níže ve struktuře, tím více se přejímají obecná opatření definovaná na vyšších úrovních, nebo se drogová problematika rozpouští v jiných tématech, jako je sociální vyloučení, kriminalita apod. Jak ale uvádí analýza Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti EMCDDA (2015), městské prostředí je od nepaměti místo, kde se rodí sociální problémy i jejich řešení, a mělo by být také důležitým tvůrcem drogové politiky. Města se vyznačují koncentrací obyvatel, kapitálu a služeb, což vede také ke kumulaci drogových jevů: otevřená drogová scéna, party scéna, drogový turismus apod. Z historie víme, že se ve městech většinou vyvinuly nové intervence pro akutní drogové problémy. Intervence reagující na problém na úrovni města bývají operativnější. Na městské úrovni se také pilotovala mnohá opatření, která se potom rozšířila v rámci národních politik a na mezinárodní úrovni. Příkladem mohou být služby *harm reduction*, koncepty bezpečných klubů, ale i aplikační místnosti v některých větších městech s otevřenou drogovou scénou. I když jsou v poslední době problémy a politiky na úrovni měst překryty mezinárodními a globálními rozměry drogové politiky, podle vyjádření tvůrců drogových politik (Pražská deklarace, 2010; Varšavská deklarace, 2015) přichází doba, kdy se to důležité opět začíná odehrávat na nižších úrovních. Ostatně v Brně může být aktuálním příkladem projekt rychlého zabydlování „rapid re-housing“, který předbíhá přijetí zákona o sociálním bydlení na úrovni státu. Podle vyjádření některých expertů se drogová politika bude vytvářet na mnohem nižších úrovních (města, regiony) a následně bude na základě dobré praxe přebírána na národní úroveň v zákonné podobě. Potřeby specifické městské politiky si v posledních dekadách všímá mnoho evropských měst. Jejich zástupci se společně schází a vyměňují si příklady a principy dobré praxe, které pak uplatňují ve svých lokalitách. I přes tento trend lze napříč městskými politikami pozorovat určitou nejednotnost. Některá města čerpají a upravují národní strategie nebo revidují původní městské strategie (např. Vídeň). Jiná města mají tematické strategie pokrývající jednu určitou problematickou oblast, např. otevřenou drogovou scénu, a tou se zabývají (např. Vancouver). Jinde město vytváří několik tematických strategií pro různé oblasti – legální drogy, nelegální drogy, coffee shopy, uživatele cracku bez domova apod. Ve většině evropských městských politik můžeme vyzorovat důraz na průběžnou evaluaci a monitoring situace, na základě čehož se formulují nová opatření a revidují stávající strategie.

Na základě debaty mezi evropskými městy vzniklo v minulosti několik prohlášení, projektů a rezolucí o principech městské drogové politiky.

- 1990 Frankfurt Resolution/European Cities on Drug Policy (ECDP)³
- 1994 Stockholm Resolution/European Cities Against Drugs (ECAD)⁴
- 2005 Democracy, Cities and Drugs Project 1 (2005–2007)
- 2008 Democracy, Cities and Drugs Project 2 (2008–2011)⁵
- 2010 Prague Declaration⁶
- 2016 Warsaw Declaration⁷

Frankfurtská rezoluce z roku 1990 byla zároveň první rezolucí mezi evropskými městy. Podílela se na ní hlavně města Amsterdam, Frankfurt, Hamburg and Zurich, která jsou dnes zároveň optikou EMCDDA (2015) považována za nejprogresivnější místa drogové politiky v Evropě. Základem rezoluce byla například následující stanoviska:

- 1) Snaha vymýtít drogové užívání z naší civilizace selhala – musíme se naučit s drogami a drogovými uživateli žít.

³ <http://www.ecdp.net/>

⁴ <http://www.ecad.net>

⁵ <http://www.democitydrug.org/>

⁶ <http://www.urbandrugpolicy.com>

⁷ <http://urbandrugpolicies.com>

- 2) Užívání drog je důsledkem fungování společnosti a nelze mu nikdy zcela předcházet drogovou politikou. Drogová politika může regulovat a omezovat jeho důsledky. Pro většinu lidí jsou drogy součástí osobní životní historie a většina ze závislých svou závislost časem překoná tím, že z ní vyroste. Města a jejich drogové politiky by měly tento proces především a pouze podpořit.
- 3) Boj s drogami založený převážně na represii neřeší mnoho souvisejících problémů a některé z nich naopak spíše zhoršuje (např. ve zdravotně-sociální oblasti).
- 4) Problémy drog se nevztahují pouze k jejich farmakologii, ale k jejich společenskému a legálnímu statutu – ilegální drogy jsou drahé, ředěné a tím také rizikovější.

Na základě těchto stanovisek byly definovány priority městské drogové politiky:

- 1) Priority drogových politik se musí změnit - na prvním místě musí stát pomoc, prevence a edukace – boj s drogami se musí omezit na boj proti velkým dealerům, nikoliv proti pouličním uživatelům.
- 2) Pokud chtějí města omezit dopady drogového užívání, jako je kriminalita, související nemoci atd., musejí být uživatelé osvobozeni od rizika postihu kvůli svému drogovému užívání.
- 3) Pomoc uživatelům drog nesmí být spojena s požadavkem absolutní abstinence.
- 4) Mělo by dojít k diferenciaci v přístupu k různým drogám. Například marihuanu nelze vnímat na stejné úrovni rizika jako heroin nebo pervitin.
- 5) Města by měla experimentovat s intervencemi, jako jsou aplikační místnosti, substituční programy, apod.
- 6) Je třeba lepší koordinace drogové politiky mezi městy a na evropské úrovni.

Reakce na Frankfurtskou rezoluci na sebe nenechala dlouho čekat a v roce 1994 se vůči ní vymezila Stockholmská deklarace, kde se naopak sešli zástupci měst, která chtějí uplatňovat politiku nulové tolerance a snahu o „společnost bez drog“. Šlo především o města z východní Evropy, Balkánu, ale i některá západní města, především ze Švédska, které je známé svou represivní politikou. Rezoluce nenavrhuje opatření, spíše se vymezuje proti příliš benevolentnímu směřování drogových politik, je založená na represivnějším přístupu a na ideálu společnosti bez drog.

V mezidobí se ustanovila platforma pro výměnu zkušeností a dobré praxe mezi městy „*Democracy, Cities and Drugs Project*“. Na webu projektu lze nalézt inspiraci pro městské drogové politiky navazující na tradici Frankfurtské rezoluce.

Později se odehrály dvě významné konference v našem regionu, jejichž výsledkem byla také doporučení tvůrcům městských drogových politik.

Pražská deklarace (2010) staví na těchto principech:

1. *Stejně šaty nesluší všem*: městská drogová politika by sice měla vycházet z národních a mezinárodních akčních plánů a příkladů dobré praxe, nicméně by neměla být unifikovaná, ale reagovat na lokální specifika, včetně rozdílů mezi jednotlivými čtvrtěmi. Místní drogová politika by měla využít veškerý prostor daný právem k potřebným experimentům a manévrování.
2. *Klíčem je realismus*: Město bez drog nebo závislostí je nerealistický cíl a jako takový zůstane neúspěšný. Užitečně formulovaným cílem naopak může být maximální snížení negativních dopadů spojených s užíváním a obchodováním.
3. *Lidská práva platí pro všechny a pro potřebné obzvláště*: z žádných vědeckých ani morálních důvodů není možné kriminalizovat chorobu nebo komukoli omezovat lidská práva na základě toho, že je nemocný.
4. *Zdraví a bezpečnost občanů nesmí stát proti sobě*: v drogové oblasti mají snahu o zlepšování veřejného zdraví a bezpečnosti společný cíl – v co největší míře minimalizovat škodlivé dopady obchodování s drogami a jejich užívání.
5. *Rozhodování na základě důkazů*: hodnoty jednotlivých národů nebo společností musí být při každodenním rozhodování brány v potaz. Rozhodovací proces se ovšem musí opírat o důkazy,

získané vědeckými, opakovatelnými a ověřitelnými metodami, a nikdy by neměl být postaven výhradně na víře, ideologii či přání, které se stane otcem myšlenky.

6. *Evaluate a monitoring*: Monitoring a hodnocení intervencí jsou nezbytným předpokladem pro úspěšnou implementaci jakékoli intervence, programu nebo politiky. Pouze protidrogová politika, která v sobě od počátku zahrnuje i evaluaci, může být vyhodnocována a průběžně zlepšována. Základním předpokladem pro jakoukoli evaluaci je monitoring v širším slova smyslu – a to jak monitoring implementace protidrogové politiky, tak drogové situace samotné.
7. *Nepřetržitý tok zkvalitňovaných informací proudící mezi místními, národními a mezinárodními úrovněmi drogové politiky prostřednictvím společného kanálu* – např. vytvoření komunikační platformy mezi městy, která uplatňují nová opatření – sdílení zkušeností apod.

V roce 2016 následovala Varšavská deklarace, která posiluje paradigma Pražské deklarace. V základu stojí výzkumem podpořený předpoklad, že investice do oblasti *harm reduction*, léčby a prevence má, ve srovnání s důrazem na represivní intervence, potenciál zlepšit životy lidí, kteří berou drogy, ale i společnost jako takovou. Kriminalizace uživatelů drog vede ke spirále nemocí, ztráty zaměstnání, vzdělání apod. Varšavská deklarace doplňuje některé nové oblasti. Mezi ně například patří:

- *Policie by neměla postihovat drogové uživatele, místo toho by měla spolupracovat se zdravotními a sociálními službami.* Policie by měla přímo ve svých manuálech dobré praxe zajistit, aby nedocházelo k zaměřování se na uživatele drog a k zabavování látek pro vlastní užití. Policie by zároveň měla začít spolupracovat s poskytovateli zdravotní a sociální péče, jak je to běžné například ve Velké Británii. Represivní složky by měly být vzdělávány v komunikaci s osobami pod vlivem a závislými na drogách, zároveň by měly mít k dispozici mechanismy pro odesílání do relevantních služeb.

- *Města by měla utvářet a regulovat strategie a manuály v oblasti bezpečného nočního života a party prostředí.*

- *Místní komunita, občané města, by měla být vzdělávána v oblasti drog a závislosti a měly by být vytvořeny platformy pro dialog o třecích plochách v sousedstvích, kde se drogy vyskytují.* Vzdělávací rovina tohoto doporučení se týká především informování obyvatel o problematice závislosti směrem k destigmatizaci.

4. Prevalence, epidemiologie

Kapitola *Prevalence, epidemiologie* vychází z konceptualizace drogové situace jako mnohvrstevnatého epidemiologického problému, na nějž je potřeba nahlížet z různých úhlů. Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) za tímto účelem definovalo pět tzv. klíčových indikátorů, které popisují stranu poptávky po drogách a související problémy: (1) užívání drog v obecné a školní populaci, (2) problémové užívání drog, (3) mortalita, (4) infekce související s užíváním drog, (5) žádosti o léčbu (EMCDDA, nedatováno). Druhou stranou mince je nabídka a trestně-právní reakce na ni, již popisují data o drogové kriminalitě a záchytech nelegálních drog. S výjimkou mortality uživatelů drog popisuje tato kapitola všechny uvedené indikátory a pozornost věnuje i legálním drogám, alkoholu a tabáku. Problematiky hazardního hraní a specifické populace v prostředí noční zábavy a vyloučených lokalit jsme vyčlenili vzhledem k jejich rozsahu a významu do samostatných kapitol.

Popis situace ve městě Brně v této části vychází především z rutinně sbíraných epidemiologických dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), Státního zdravotního ústavu (SZÚ) a Ministerstva vnitra a z výzkumů, které provádí nebo koordinuje Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS), především z celopopulačních šetření a z Evropské školní studie o alkoholu a drogách ESPAD. Tam, kde to dovozovala velikost výběrového souboru, struktura databáze a dostatečný počet případů z okresu Brno-město, pracujeme s daty přímo pro Brno, případně pro Jihomoravský kraj. V odůvodněných případech, např. v souvislosti s alkoholem a tabákem, kde není důvod považovat situaci v Brně za odlišnou od národního průměru, pracujeme s daty obecné či školní populace České republiky. Údaje o užívání drog ve školách a dostupnosti primární prevence doplňujeme daty z vlastního dotazníkového šetření mezi školními metodiky prevence. Zároveň jsme využili dostupnost jednorázových výzkumných projektů a závěrečných prací studentů Masarykovy univerzity a vyhledali studie týkající se drogové problematiky v Brně, které doplňují obraz z rutinně sbíraných dat. Data o službách a léčbě rovněž pocházejí ze závěrečných zpráv zařízení věnujících se práci s uživateli návykových látek na různých úrovních (harm reduction, léčba). V souvislosti s dostupností služeb pro uživatele drog je třeba podotknout, že neexistuje vyčerpávající a spolehlivý přehled dostupných zařízení, neboť snahy o zmapování sítě služeb závisejí především na nevalné ochotě poskytovatelů péče podílet se na monitoringu prováděném NMS (Mapa pomoci, Sčítání adiktologických služeb).

4.1 Obecná populace – legální a nelegální drogy

4.1.1 Alkohol a tabák

Užívání alkoholu a tabáku v obecné populaci ve městě Brně zřejmě kopíruje trendy pozorovatelné v obecné populaci České republiky. Nejnovější údaje o alkoholu a tabáku jsou k dispozici z Evropského výběrového šetření o zdraví (EHIS), které v r. 2014 provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS, 2016a).

Podle Státního zdravotního ústavu (SZÚ) se kouření podílí na celkové roční úmrtnosti z 15-17 % (Sovinová, Csémy & Kernová, 2014). Tabulka 1 uvádí podíly současných kuřáků, kteří kouří denně nebo příležitostně, osob, které kouřily v minulosti, ale nyní nekouří ani příležitostně, a podíl osob, které jsou alespoň hodinu denně vystaveny cigaretovému kouři (pasivní kuřáci). Nejvyšší podíl současných i denních kuřáků je mezi muži ve věku mezi 25 a 34 lety, ale ve většině věkových kategorií kouří téměř třetina mužů a alespoň pětina žen. Muži, pokud kouří, rovněž častěji kouří denně, mezi ženami je vyšší podíl příležitostných kuřáček. S věkem výrazně přibývá bývalých kuřáků a tento nárůst je strmější u mužů, zřejmě v souvislosti s více pocíťovanými dopady denního kuřáctví. Oproti roku 2008 nelze vysledovat jednoznačný trend, např. ve věku 25-34 let tehdy kouřilo 44,9 % mužů a 35,2 % žen, bývalých kuřáků bylo ve stejném věku 13,2 % mezi muži a 10,3 % mezi ženami; v nejmladší věkové kategorii naopak přibýlo mužů, kteří kouří (z 32,8 % na 37,4 %) a ubylo žen-kuřáček (z 32,9 % na 19,7 %) (ÚZIS, 2011).

Data Státního zdravotního ústavu naopak dokládají snižování spotřeby tabáku od r. 2004 a nárůst spotřeby elektronických cigaret. Za snižování spotřeby tabáku je podle dat SZÚ zřejmě zodpovědný především pokles denních kuřáků z 27,5 % v r. 2004 na 22,2 % v r. 2013, který je ale provázen nárůstem příležitostných kuřáků v dospělé populaci (z 3,2 % na 7,7 %). Ačkoliv změny nejsou statisticky významné, jde o dlouhodobý trend. Autoři zároveň dodávají, že téměř 13 % nekuřáků je vystaveno tabákovému kouři doma, přičemž ve věku mezi 15 a 24 lety jde až o pětinu nekuřáků (Sovinová, Csémy & Kernová, 2014). Od poloviny roku 2017 by měl nicméně začít platit tzv. protikuřácký zákon zakazující kouření na veřejných místech včetně restaurací, barů a klubů.

Tabulka 1 Rozsah kouření v obecné populaci v roce 2014, celá ČR (ÚZIS, 2016).

Věk	Současní kuřáci		Současní denní kuřáci		Bývalí kuřáci		Pasivní kuřáci	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
15-24	37.4 %	19.7 %	23.8 %	6.1 %	2.4 %	6.7 %	13.9 %	7.3 %
25-34	42.7 %	27.8 %	36.0 %	16.8 %	14.4 %	13.7 %	19.7 %	9.7 %
35-44	36.7 %	27.2 %	29.3 %	21.4 %	19.9 %	17.4 %	16.6 %	9.2 %
45-54	39.0 %	30.1 %	32.3 %	21.0 %	22.3 %	13.0 %	18.8 %	10.5 %
55-64	32.6 %	26.5 %	27.7 %	21.9 %	31.1 %	18.1 %	12.1 %	8.8 %
65-74	27.3 %	12.8 %	20.4 %	9.9 %	40.9 %	24.9 %	7.4 %	4.9 %
75+	17.1 %	5.1 %	11.3 %	3.5 %	41.9 %	15.0 %	4.5 %	2.0 %
Celkem	35.0 %	22.6 %	27.6 %	15.7 %	22.8 %	16.0 %	14.4 %	7.9 %

Studie EHIS 2014 se zabývala rovněž konzumací alkoholu – 97,7 % populace ve věku od 15 let někdy pije alkohol, přičemž téměř každý desátý (9,7 %) pije denně a téměř každý pátý (17,3 %) někdy nárazově zkonsumuje alespoň 60g čistého alkoholu. Mezi muži je více denních pijáků alkoholu ve všech věkových kategoriích. S věkem míra konzumace alkoholu klesá, přičemž v nejmladších věkových kategoriích jsou nejčastější nárazové alkoholové excesy, jde ale rovněž o skupiny s nejmenším podílem denních konzumentů alkoholu. Srovnatelná studie z r. 2008 uvádí 16 % denních pijáků mezi muži a 3 % mezi ženami, nedošlo tedy k žádné změně, srovnatelné jsou i údaje o souvislosti s věkem a pohlavím (ÚZIS, 2011).

Tabulka 2 Rozsah konzumace alkoholu v obecné populaci v roce 2014, celá ČR (ÚZIS, 2016).

Věk	Celoživotní abstinenti			Denní konzumenti alkoholu			Nárazové pití alkoholu		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
15-24	13.3 %	16.9 %	14.9 %	3.0 %	0.0 %	1.6 %	37.6 %	17.2 %	28.4 %
25-34	2.3 %	2.3 %	2.3 %	6.2 %	1.4 %	3.9 %	33.4 %	15.5 %	25.1 %
35-44	0.8 %	4.0 %	2.5 %	14.0 %	1.6 %	7.5 %	27.2 %	9.8 %	18.6 %
45-54	1.7 %	5.5 %	3.7 %	19.5 %	4.9 %	11.9 %	23.8 %	8.1 %	15.9 %
55-64	0.9 %	2.0 %	1.4 %	25.8 %	5.3 %	15.5 %	19.2 %	6.2 %	13.0 %
65-74	0.7 %	5.5 %	3.4 %	28.7 %	5.9 %	15.8 %	15.8 %	3.6 %	9.4 %
75+	1.7 %	7.3 %	5.0 %	22.5 %	2.8 %	10.6 %	6.3 %	1.4 %	3.7 %
Celkem	2.9 %	5.5 %	4.3 %	16.4 %	3.2 %	9.5 %	25.0 %	9.2 %	17.3 %

Podle souhrnné zprávy SZÚ je konzumace alkoholu a tabákových výrobků v české společnosti stále nadměrně tolerována a tyto vzorce se reprodukuje i v nejmladších věkových skupinách. Autoři tedy kladou důraz jednak na školní prevenci a jednak na působení směrem k rodičům dětí, které si často nevhodné návyky přinášejí z domova (Sovinová, Csémy & Kernová, 2014). Zpráva však pracuje s daty studií HBSC a ESPAD provedených do r. 2013 – obě studie zkoumají obdobné populace 15 a 16letých žáků, nejnovější data však hovoří o celoevropském trendu klesající konzumace alkoholu a tabáku mezi žáky a studenty, jež je

připisován především vlivu digitálních technologií a generačním proměnám trávení volného času (podrobněji o datech ESPAD viz kap. 4.2 Školní populace a prevence).

4.1.2 Celopopulační studie o užívání návykových látek

Užívání drog v obecné a školní populaci je jedním z klíčových indikátorů definovaných Evropským monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA, nedatováno) a je pro něj typický sběr dat prostřednictvím výběrového dotazníkového šetření (survey) v reprezentativním vzorku populace. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti každé čtyři roky provádí celopopulační šetření zaměřené na užívání alkoholu, tabáku, nelegálních drog a nově monitoruje i hazardní hraní. Poslední studie byla provedena v r. 2016 a její výsledky zatím nebyly zveřejněny, data z r. 2012 byla zveřejněna pouze souhrnně ve Výročních zprávách o stavu drog v ČR. Pro potřeby naší analýzy NMS poskytlo základní prevalenční data z obou studií pro celou ČR a pro srovnání rovněž regionální data pro Jihovýchod (NUTS2) za rok 2012 a pro Jihomoravský kraj za rok 2016 (obě studie používají jiné kódování regionů, vzorky pro Brno-město a Brno-venkov nebyly dostatečně velké). Při interpretaci výsledků je však potřeba uvážit specifika Brna-města a ostatních částí Jihomoravského kraje – zatímco Brno-město má charakter velkoměsta a zároveň univerzitního města, pro které je určující vysoký podíl studentů v běžné populaci, ostatní regiony Jihomoravského kraje zahrnují jak menší města a rurální oblasti, tak příhraniční oblasti a například město Břeclav, charakteristické vysokou koncentrací hráčských příležitostí. Data pro oblast Jihovýchod za rok 2012, která zahrnuje Jihomoravský kraj a kraj Vysočina, nelze srovnávat s údaji pro Jihomoravský kraj v roce 2016, uvádíme je však pro ilustraci.

Rovněž z celopopulačních studií vyplývá, že zhruba třetina dospělé populace mezi 15 a 64 lety denně kouří tabákové výrobky, při přepočtu na dospělou populaci ve městě jde o zhruba sedmdesát tisíc denních kuřáků. Mezi roky 2012 a 2016 podíl denních kuřáků v populaci mírně vzrostl, v Jihomoravském kraji je zároveň o několik procentních bodů vyšší než v celé ČR.

Tabulka 3 Rozsah zkušeností s vybranými látkami v dospělé populaci ve věku 15-64 let, v letech 2012 a 2016 v celé ČR a pro oblast Jihovýchod (2012) a Jihomoravský kraj (2016) (NMS & SC&C, 2016; NMS, 2017).

	2012				2016*				15-64
	ČR 15-64 (N=2134)			Jihovýchod (N=339)	ČR 15-64 (N=2810)			JMK (N=318)	Odhad populace** (246583)
	Muži	Ženy	Celkem	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Celkem	
Kouření v životě	75,0	61,7	68,3	72,0	70,5	53,0	61,9	74,2	
Kouření 12M	46,6	35,0	40,7	42,3	39,9	22,8	31,4	37,4	
Kouření 30D	40,3	28,6	34,4	34,3	38,8	21,8	30,4	35,2	75001
Kouření denně	28,2	18,1	23,1	20,5	35,5	18,3	27,0	30,2	66580
Alkohol 12M	88,8	79,4	84,0	85,5	88,5	76,6	82,6	88,4	
Alkohol 30D	78,4	61,5	69,9	69,9	81,4	61,6	71,7	78,3	176732
Binge denně	4,5	,2	2,3	2,4	2,7	0,6	1,8	0,7	4328
Sedativa 12M	4,1	8,0	6,1	5,4	5,9	13,6	9,7	10,1	23869
Sedativa 30D	2,5	5,7	4,1	4,5	3,4	8,6	6,0	6,0	14742
Opiátová analgetika 12M	2,2	3,0	2,6	2,7	6,0	10,0	8,0	13,5	19744
Opiátová analgetika 30D	,8	1,5	1,2	2,1	2,9	7,0	4,9	7,9	12198
Těkavé látky v životě	1,5	,3	,9	,9	6,0	1,8	4,0	4,4	
Těkavé látky 12M	,5	0,0	,2	,6	2,2	0,6	1,4	1,6	3511
Těkavé látky 30D	,2	0,0	,1	,6	0,3	0,1	0,2	0,3	439
Konopné látky v životě	34,9	21,2	27,9	27,1	34,6	19,1	26,9	30,2	
Konopné látky 12M	13,1	5,4	9,2	9,6	14,1	4,8	9,5	7,5	23430
Konopné látky 30D	6,8	2,0	4,4	3,6	8,9	2,2	5,6	3,1	13777
Extáze v životě	5,0	2,2	3,6	3,3	10,1	4,4	7,3	10,4	
Extáze 12M	,7	,5	,6	1,2	2,4	0,9	1,7	1,9	4123
Extáze30D	,2	0,0	,1	,6	0,4	0,3	0,4	0,9	877
Pervitin v životě	3,4	1,7	2,5	2,4	4,6	1,6	3,1	2,8	
Pervitin 12M	,7	,2	,4	,6	1,0	0,6	0,8	0,3	2018
Pervitin 30D	,3	,1	,2	,6	0,6	0,1	0,4	0,0	877
Kokain v životě	3,8	,9	2,3	2,7	2,2	0,5	1,4	2,5	
Kokain 12M	,8	0,0	,4	1,2	0,4	0,1	0,2	0,6	526
Kokain 30D	,3	0,0	,1	,6	0,3	0,0	0,1	0,3	351
Heroin v životě	1,2	0,0	,6	,9	1,2	0,3	0,7	0,0	
Heroin 12M	,5	0,0	,2	,6	0,4	0,1	0,2	0,0	614
Heroin 30D	,3	0,0	,1	,6	0,2	0,1	0,1	0,0	351
LSD v životě	4,4	1,2	2,8	2,1	3,3	1,1	2,2	1,6	
LSD 12M	,3	,2	,2	0,0	1,0	0,4	0,7	0,3	1667
LSD 30D	,1	,1	,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	175
Halucinogenní houby v životě	7,7	2,9	5,3	5,2	8,0	3,0	5,5	5,3	
Halucinogenní houby 12M	1,2	,3	,7	1,5	2,5	0,6	1,6	1,6	3860
Halucinogenní houby 30D	,4	,1	,2	,6	0,3	0,0	0,1	0,0	351
NSD Celkem v životě	1,3	1,0	1,1	1,6	1,0	0,4	0,7	,9	
NSD Celkem 12M	,4	,3	,3	,9	0,3	0,1	0,2	0,3	439
NSD Celkem 30D	,2	0,0	,1	,6	0,0	0,1	0,0	0,0	88

Pozn: *V roce 2016 část sběru dat probíhala online, pro potřeby této studie a v zájmu srovnatelnosti výsledků mezi roky 2012 a 2016 uvádíme pouze data z rozhovorů s tazatelem. **Přepočten na počet obyvatel ve městě Brně byl proveden pomocí prevalence pro dospělou populaci ČR, protože malý vzorek JMK připouští větší zkreslení. Údaj o počtu obyvatel ve věku 15-64 let s trvalým nebo dlouhodobým pobytem v okrese Brno-město za rok 2015 (ČSÚ, 2016).

Míra konzumace alkoholu v populaci je rovněž vysoká, příležitostná konzumace v nižších dávkách však nepředstavuje výraznější riziko (Jennison, 2004). Riziková je však častá konzumace vysokých dávek alkoholu při jedné příležitosti (tzv. binge drinking), neboť zvyšuje riziko rozvoje závislosti a nehod v opilosti. Podíl osob konzumujících alkohol nadměrně se celorepublikově snížil, při přepočtu na obyvatelstvo města jde o zhruba čtyři tisíce denních pijáků. Meziročně vzrostl podíl osob užívajících medikamenty bez lékařského předpisu – alespoň jednou v posledních 12 měsících takto léky užíval zhruba každý desátý obyvatel města Brna.

Nejužívanější nelegální látku v ČR představují konopné drogy, s nimiž má zkušenost více než čtvrtina dospělé populace, v posledním roce je užíval každý desátý obyvatel a tento podíl zůstává stabilní. Následuje extáze, s níž má zkušenost 7 % dospělých v ČR a 2 % ji užila v posledním roce. Užívání extáze mezi roky 2012 a 2016 vzrostlo. Populární je rovněž užívání halucinogenních hub, zůstává však v obou letech na 5 % celoživotních zkušeností a jeho třicetidenní prevalence kolísá v závislosti na sezóně a termínu sběru dat studie. Užívání nelegálních drog v Jihomoravském kraji je obecně vyšší než v celé České republice, přičemž průměr pravděpodobně zvyšuje metropolitní charakter města Brna s rozvinutým nočním životem a vysoký podíl mladé (a potenciálně experimentující) populace studentů ve městě. Rozdíl je patrný nejvíce u rekreačních drog – konopných drog, extáze a kokainu. Nižší je naopak užívání heroinu a pervitinu, tedy typických drog problémových nebo injekčních uživatelů drog, jejichž podíl však celopopulační studie typicky podhodnocují (více k problémovému užívání drog viz kapitolu 4.3 Problémové užívání drog).

S ohledem na strukturu brněnské populace má smysl zkoumat i užívání drog mezi mladými dospělými do 34 let – údaje pro Jihomoravský kraj a celou Českou republiku uvádí následující tabulka, která zároveň obsahuje odhad mladé populace užívající návykové látky, vypočítaný z počtu mladých lidí s trvalým nebo dlouhodobým pobytem a z počtu osob ve věku 15-34 let s obvyklým pobytem v okrese Brno-město, který zohledňuje i mimobrněnské studenty. Míra zkušeností s nelegálními drogami ve všech třech časových horizontech (užití alespoň jednou v životě, v posledních 12 měsících a v posledních 30 dnech) je v populaci mladých dospělých výrazně vyšší než v celé populaci a zároveň se zvyšuje i rozdíl mezi obyvateli České republiky a Jihomoravského kraje. Uvážíme-li při populačních odhadech i populaci mimobrněnských studentů, pobývá v Brně odhadem 22 tisíc uživatelů konopných drog do 34 let, pět tisíc uživatelů extáze, dva tisíce uživatelů pervitinu a shodný počet uživatelů LSD, a méně než tisíc uživatelů kokainu, heroinu a nových syntetických drog.

Tabulka 4 Rozsah zkušeností s vybranými látkami v populaci mladých lidí ve věku 15-34 let v roce 2016 v celé ČR a v Jihomoravském kraji a odhad počtu osob v Brně-městě (NMS 2017).

	ČR 15-34 let (N=986)			JMK 15-34 let (N=103)			Odhad velikosti populace	
	Muži (498)	Ženy (488)	Celkem (986)	Muži (46)	Ženy (57)	Celkem (103)	Trvalý pobyt (89511)	Obyčklý pobyt (114507)
Kouření v životě	72,3	54,7	63,6	88,9	80,7	84,3		
Kouření 12M	42,2	23,4	32,9	53,3	43,9	48,0		
Kouření 30D	40,6	21,3	31,0	51,1	36,8	43,1	27779	35537
Kouření denně	36,5	16,0	26,4	44,4	29,8	36,3	23603	30195
Alkohol 12M	86,7	73,4	80,1	100,0	87,7	93,2		
Alkohol 30D	79,7	58,4	69,2	97,8	77,2	86,4	61913	79203
Binge denně	2,2	0,3	1,4	0,0	0,0	0,0	1243	1590
Těkavé látky v životě	7,6	2,0	4,9	10,6	1,8	5,8	4358	5574
Těkavé látky 12M	3,2	1,0	2,1	2,1	1,8	1,9	1906	2439
Těkavé látky 30D	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	91	116
Konopné látky v životě	54,6	33,6	44,2	66,0	43,9	53,8	39581	50634
Konopné látky 12M	28,1	10,9	19,6	25,5	8,8	16,3	17521	22414
Konopné látky 30D	17,7	4,9	11,4	8,5	1,8	4,8	10168	13007
Extáze v životě	19,1	9,8	14,5	28,3	15,8	21,4	12995	16624
Extáze 12M	6,0	2,3	4,2	4,3	3,5	3,9	3726	4766
Extáze 30D	1,2	0,6	0,9	2,2	1,8	1,9	818	1046
Pervitin v životě	9,2	2,9	6,1	6,5	3,5	4,9	5447	6968
Pervitin 12M	2,2	1,2	1,7	0,0	1,8	1,0	1543	1974
Pervitin 30D	1,6	0,2	0,9	0,0	0,0	0,0	817	1045
Kokain v životě	3,8	0,6	2,2	6,5	0,0	2,9	1999	2558
Kokain 12M	1,0	0,0	0,5	2,2	0,0	1,0	454	581
Kokain 30D	0,8	0,0	0,4	2,2	0,0	1,0	363	465
Heroin v životě	2,4	0,2	1,3	0,0	0,0	0,0	1180	1510
Heroin 12M	1,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	454	581
Heroin 30D	0,6	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	272	348
LSD v životě	5,4	2,0	3,8	4,3	3,5	3,9	3359	4297
LSD 12M	2,0	0,8	1,4	2,2	0,0	1,0	1271	1626
LSD 30D	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	182	232
Halucin. houby v životě	15,7	5,5	10,6	12,8	8,8	10,6	0	0
Halucin. houby 12M	5,4	1,0	3,2	4,3	0,0	1,9	9532	12194
Halucin. houby 30D	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	2905	3716
NSD Celkem v životě	1,8	0,8	1,3	0,0	1,8	1,0	91	116
NSD Celkem 12M	0,4	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	1180	1510
NSD Celkem 30D	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	272	348
Anabol. steroidy v životě	10,2	1,4	5,9	12,8	3,5	7,7	91	116
Anabolické steroidy 12M	5,6	0,6	3,1	2,1	1,8	1,9	5265	6736
Anabolické steroidy 30D	2,2	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	2814	3600
							999	1277

Pozn: *Přepočten na počet obyvatel ve městě Brně byl proveden pomocí prevalence pro mladou populaci ČR, protože malý vzorek v JMK připouští větší zkreslení. Údaje o počtu obyvatel ve věku 15-34 let s trvalým nebo dlouhodobým pobytem a o počtu osob obvykle pobývajících v okrese Brno-město za rok 2015 (ČSÚ, 2016).

4.2 Školní populace a prevence

Užívání drog ve školní populaci je součástí klíčového indikátoru populačních šetření. K dispozici jsou data Evropské školní studie o alkoholu a drogách (ESPAD), která od r. 1995 probíhá každé čtyři roky v několika desítkách evropských zemí za použití standardizované metodologie, která umožňuje sledovat dlouhodobé trendy a srovnávat data napříč Evropou. Dotazníkového šetření se účastní žáci posledních ročníků základních škol a studenti prvních ročníků středních škol, tak aby vzorek reprezentoval populaci šestnáctiletých v daném roce. Limitem školního šetření jsou omluvené a neomluvené absence žáků, které mohou teoreticky snižovat

zastoupení problematičtější populace ve vzorku. Studie se tradičně účastní i několik škol z okresu Brno-město.

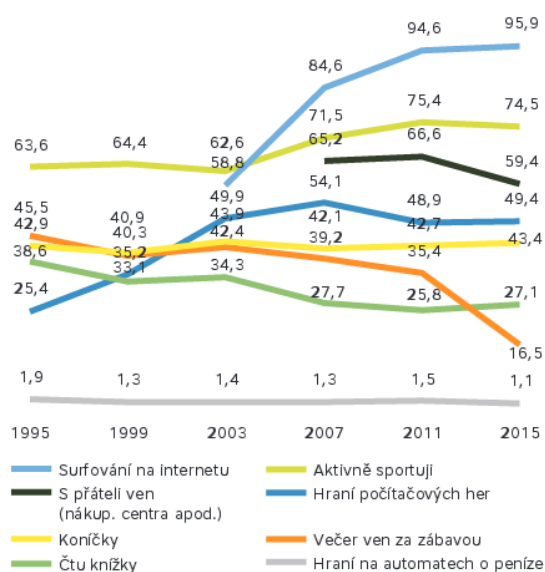
V kontextu celé České republiky přinesla poslední vlna studie z r. 2015 několik zajímavých zjištění a posunů. Téměř třetina šestnáctiletých kouřila v posledních 30 dnech cigarety, 16,4 % je denních kuřáků. Téměř polovina (41,9 %) pila v posledních 30 dnech 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti. Kouřit začínají děti v průměru ve věku 11,9 let, alkohol pijí od 12,6 let. Nelegální drogy někdy užilo 37,4 % studentů, konopné drogy se podílejí na většině zkušeností, ale užívají se i jiné drogy – např. extázi vyzkoušelo 2,7 % dotázaných, LSD 3,8 %, halucinogenní houby 3,3 % a pervitin a kokain shodně 1,4 % dotázaných žáků a studentů (Chomynová et al., 2016).

Ve srovnání s minulými lety výrazně pokleslo kouření cigaret mezi šestnáctiletými (včetně experimentování a denního kuřáctví), klesla konzumace všech typů alkoholických nápojů i míra rizikové konzumace alkoholu. Zároveň s tím roste věk iniciace do užívání legálních i nelegálních návykových látek a první experimenty se tak zřejmě odsouvají do pozdějšího věku. Dostupnost alkoholu a tabáku nicméně zůstává stále na vysoké úrovni, pro většinu šestnáctiletých nepředstavuje shánění cigaret a alkoholu významný problém, přestože jejich prodej mladistvým je nezákonný (Chomynová et al., 2016).

Rovněž míra zkušeností s nelegálními drogami od roku 2007 klesá, pokles se týká především chlapců, u dívek je situace stabilní. Typ školy hraje dlouhodobě významnou roli prediktoru prevalence patologických jevů – středoškoláci užívají návykové látky častěji než žáci základních škol ve stejném věku, přičemž studenti, kteří navštěvují střední odborná učiliště a střední školy bez maturity užívají drogy v až dvojnásobné míře oproti svým protějškům na gymnáziích a maturitních oborech (Chomynová et al., 2016).

Pokles užívání návykových látek v poslední vlně studie ESPAD z roku 2015 byl pozorován v mnoha evropských zemích a nejde tedy o české specifikum, které by se dalo připsat úspěchu preventivních nebo represivních opatření. Z analýzy způsobů trávení volného času vyplývá, že jde spíše o generační změny, způsobené především časem stráveným na internetu hraním počítačových her – to by zároveň vysvětlovalo, proč se pokles prevalence negativních jevů týká především chlapců, kteří jsou rovněž častěji pravidelnými hráči online her. Obrázek ukazuje proměny trávení volného času od roku 1995 – nárůst používání internetu pro zábavu a hraní počítačových her zároveň provází pokles večerní i denní zábavy venku, čímž se význačně snižuje příležitost k experimentování s návykovými látkami.

Obrázek 1 Obvyklé trávení volného času – frekvence jednou týdně a častěji, rok 2015, studie ESPAD (zdroj: Chomynová et al., 2016).



Tabulka uvádí trendy pro šestnáctileté, kteří v jednotlivých letech dotazník vyplnili v okrese Brno-město, je však třeba upozornit na omezenou srovnatelnost jednotlivých let i údajů za rok 2015 pro Brno a pro celou

ČR. Pro některé látky nebyla k dispozici prevalence v posledních 12 měsících, pouze za celý život – oba údaje se v populaci šestnáctiletých obvykle příliš neodlišují, neboť jde právě o věk, kdy studenti s drogami často experimentují poprvé, zároveň se ale věk prvních experimentů posouvá, a tak srovnání nelze považovat za spolehlivé. Obecně lze vyšší prevalenci nelegálních drog v Brně ve srovnání s národními daty očekávat, neboť Brno-město představuje metropolitní a rizikovější oblast, zatímco na datech ČR se do značné míry podílejí také školy z rurálních oblastí s menší dostupností nelegálních drog.

Tabulka 5 Rozsah zkušeností v posledních 12 měsících s vybranými látkami v populaci šestnáctiletých v okrese Brno-město v letech 2007, 2011 a 2015 a v celé ČR v roce 2015, studie ESPAD (Chomynová et al., 2016; NMS, 2017).

Užívání v posledních 12 měsících.	2007	2011	2015	2015 – celá ČR
Konopné drogy	33,1	31,2	25,1	27,0
Extáze	3,2	2,8	4,9	1,7
Pervitin	1,2	1,6	2,7	0,8
Kokain	0	1,2*	3,3	0,8
Těkavé látky	3,2	5,2	4,3	2,8
LSD	2,8	4,0*	2,7	1,7
Lysolávký	4,0	8,8*	2,2	1,1
Steroidy	-	1,2*	3,8	2,0
Alkohol + léky	-	13,6*	10,3	7,9
Sedativa	-	12,9*	10,9	6,8
Injekční aplikace drogy	0,4*	1,2*	0,5	0,7
Počet škol (žáků) ve vzorku	9 (254)	9 (250)	6 (185)	185 (6151)

Pozn: * celoživotní prevalence, - data nejsou k dispozici

V jednotlivých letech se v Brně rovněž významně měnila velikost vzorku a zastoupení typů škol – studenti nematuritních oborů obvykle užívají drogy častěji než studenti jiných škol a v posledním roce bylo v Brně dotazováno méně studentů gymnázia než v posledních letech. I přesto od roku 2007 poklesl podíl žáků a studentů užívajících konopné drogy, vysoký je naopak podíl zkušeností s extází a roste podíl studentů užívajících kokain a pervitin. U kokainu jde o nárůst pozorovatelný rovněž v celé ČR, zatímco užívání extáze a pervitinu na národní úrovni klesá a trend pozorovatelný v Brně je tedy opačný a odpovídá spíše situaci v dospělé populaci.

Problémem užívání drog a závislosti na brněnských školách se zabývala také celá řada závěrečných prací obhájených na Masarykově univerzitě. Studenti se většinou zabývali rozsahem drogového problému ve vybraných institucích, často se přitom zaměřili na srovnání typů škol. Medková (2014) například porovnává míru užívání návykových látek mezi studenty učebních oborů bez maturity a mezi gymnazisty a její výsledky potvrzují data ze studie ESPAD – učni užívali všechny sledované drogy v mnohem větší míře a s vyšší frekvencí užívání, která potenciálně zakládá na vznik problému než studenti gymnázií. Čermák (2014) porovnával celkem 9 středních odborných škol a středních odborných učilišť a dospěl k obdobnému závěru – učni užívají drogy častěji než středoškoláci; 60 % jeho vzorku užívalo konopné drogy, ostatní látky se ale vyskytovaly zřídka. Gymnazisty a studenty středních odborných škol pak porovnávala Zítková (2015) a i v jejím vzorku si gymnazisté vedli lépe. Zároveň ale zjistila, že více než polovina dotázaných nebyla vůbec informována o rizicích alkoholu, prevence se údajně věnuje primárně nelegálním drogám. Šerák (2013) se pak zaměřil pouze na učně, jeho vzorek tvořily téměř dvě stovky respondentů, dvě třetiny byly kuřáky, 98 % pilo alkohol, 40 % občas hrálo na výherních automatech, zároveň více než polovina (56 %) dotázaných měla zkušenost s nelegálními drogami, 8 % užívalo nějakou drogu pravidelně a 48 % bylo někdy svědky nelegální distribuce drog přímo v prostředí školy.

4.2.1 Dotazník pro školy a školní metodiky prevence – souhrn výsledků

Abychom prozkoumali situaci v Brně-městě, oslovili jsme základní a střední školy s dotazníkem hodnotícím situaci v oblasti užívání drog a závislosti na školách a postoj školy k drogám a preventivním aktivitám. Online dotazník byl zveřejněn v červnu 2016 a distribuován ředitelům základních a středních škol v okresech

Brno-město a Brno-venkov. S distribucí dotazníků asistoval Odbor školství a tělovýchovy Magistrátu města Brna (ředitelé základních a speciálních škol), Krajský úřad Jihomoravského kraje (ředitelé středních škol) a PPP Sládkova, Brno.

Dotazník validně vyplnilo celkem 100 škol, z nichž 22 sídlí v okrese Brno-venkov a 78 patří pod Brno-město. Nejvíce zastoupenými městskými částmi byly Brno-střed, Brno-Královo pole a Brno-sever, tedy oblasti, které se potenciálně setkávají s drogovým problémem nejčastěji. Základní školy tvoří většinu souboru, naopak nejméně zastoupena jsou střední odborná učiliště. Takové rozložení zřejmě zkresluje výsledky směrem k nižší míře problému se závislostním chováním a je potřeba je mít na paměti při interpretaci výsledků, neboť střední odborné školy a střední odborná učiliště se s patologickými jevy obecně setkávají častěji než gymnázia a základní školy (Chomynová et al., 2014).

Abychom zvýšili ochotu škol účastnit se studie a ochotu respondentů pravdivě zhodnotit situaci, jsou poskytnutá data na úrovni školy anonymní, a neuvádíme proto, které konkrétní školy se údaje týkají, nýbrž pouze souhrnně posuzujeme typ školy, případně lokalitu, kde se škola nachází. S ohledem na velikost vzorku v jednotlivých částech města a subjektivní charakter výpovědí je však potřeba údaje považovat spíše za indikativní.

Tabulka 6 Počet škol, které se zúčastnily šetření, podle městské části.

Městská část	Počet škol	Městská část	Počet škol
Bohunice	3	Medlánky	1
Bosonohy	1	Nový Lískovec	1
Bystřice	3	Řečkovice a Mokrý Hora	3
Černovice	4	Sever	7
Chrlice	1	Slatina	3
Jehnice	1	Starý Lískovec	4
Jih	1	Střed	21
Jundrov	1	Tuřany	1
Kohoutovice	2	Vínohrady	1
Komín	1	Žabovřesky	1
Královo Pole	8	Žebětín	1
Líšeň	6	Židenice	2

Tabulka 7 Typ školy.

Typ školy	Brno-město	Brno-venkov
Základní škola	43	16
Střední odborné učiliště	3	2
Střední odborná škola	20	3
Gymnázium	8	2
Praktická škola	1	0
Speciální škola	2	0
Ostatní	1	1

Respondenti nejčastěji zastávali pozici školního metodika prevence či výchovného poradce, byli ve věku mezi 27 a 68 lety, ženy tvořily čtyři pětiny souboru. Polovina respondentů zároveň působila jako třídní učitel/ka, lze tedy předpokládat bližší kontakt s žáky a informovanost o dané problematice.

Tabulka 8 Pozice osoby, která vyplnila za školu dotazník.

	Brno-město		Brno-venkov	
	N	%	N	%
Školní metodik/metodička prevence	68	89,5	22	100,0
Školní psycholog/psycholožka	2	2,6	0	0
Výchovný poradce/výchovná poradkyně	14	18,4	2	9,1
Ředitel/ka	3	3,9	0	0

Zástupce/zástupkyně ředitele/ředitelky	2	2,6	1	4,5
Třídní učitel/ka	38	50,0	11	50,0
Celkem	127	167,1	36	163,6

Tabulka 9 Doba působení na škole a délka pedagogické praxe

	Působení na škole				Délka praxe			
	Brno-město		Brno-venkov		Brno-město		Brno-venkov	
	n	%	n	%	n	%	N	%
0-2 roky	3	3,9	4	19,0	2	2,6	1	4,5
3-10 let	24	31,6	5	23,8	11	14,5	3	13,6
11-18 let	27	35,5	4	19,0	24	31,6	5	22,7
19-26 let	16	21,1	5	23,8	20	26,3	8	36,4
27 a více let	6	7,9	3	14,3	19	25,0	5	22,7
Celkem	76	100,0	21	100,0	76	100,0	22	100,0

Respondenti posuzovali míru problému s užíváním legálních a nelegálních drog, s hazardním hraním a s nadměrným používáním internetu ve škole – odhady vyjádřili jednak jako podíl studentů školy, kterých se daný problém týká, a jako počet konkrétních případů, s nimiž se setkali během dvou školních let. Jako nejrozšířenější problém vnímají učitelé čas strávený online, následují alkohol a tabák. Rozdíly mezi roky nejsou nijak významné – s výjimkou občasné konzumace alkoholu a nadměrného používání internetu. Nejhuře si vedla střední odborná učiliště (bez ohledu na městskou část) a základní školy ve vyloučených lokalitách Brna-střed a Brna-sever. Jedna ZŠ a jedna SŠ z této oblasti rovněž uvedly největší počty žáků/studentů, u nichž problém s drogami přesáhl míru experimentování, ale odborné pomoci se jim zatím nedostalo, a také těch, kteří vyhledali odbornou pomoc. Školy v jiných částech města uváděly takové případy výjimečně a většinou se jednalo o jednu nebo dvě osoby.

Tabulka 10 Průměrný odhad podílu studentů školy (v %) a průměrný počet studentů školy, jichž se týkaly uvedené potíže.

	Brno-město	Brno-venkov	Brno-město	
	(%)	(%)	Počet 2014/15	Počet 2015/16
Občasné kouření cigaret a jiných tabákových produktů	23,2	15,7	14,0	13,5
Denní či téměř denní kouření cigaret (a jiných tabákových výrobků)	16,5	12,9	10,4	11,3
Občasná konzumace alkoholu	24,0	14,8	3,4	5,0
Příchody do školy pod vlivem alkoholu	0,3	0,2	0,3	0,3
Častá a nadměrná konzumace alkoholu (opilost), i mimo školu	4,2	2,7	0,8	0,8
Užívání konopných drog (marihuana, hašiš)	7,9	2,7	2,8	3,0
Užívání jiných nelegálních drog	1,2	0,2	0,3	0,3
Užívání těkavých látek	0,9	0,2	0,0	0,0
Injekční užívání drog	0,1	0,0	0,1	0,1
Gambling/patologické hráčství	1,7	1,4	0,4	0,5
Nadměrné používání internetu (sociální sítě, online hry)	34,3	27,2	5,4	6,3

Odbornou pomoc v souvislosti s užíváním drog nebo závislostí na většině škol nevyhledali žádní studenti, případně o nich respondenti nevěděli. Ve školním roce 2014/15 uvedlo alespoň jeden takový případ 12 škol v Brně-městě a dvě školy v Brně-venkov, o rok později to bylo 9, resp. 1 škola. Ve většině případů šlo o jeden až dva případy. Pouze jedna střední škola ve vyloučené lokalitě uvedla několik desítek případů, zároveň však respondent/ka neuvedl/a žádné případy, s nimiž by se osobně setkal/a.

Většina respondentů rovněž neuvedla žádné žáky či studenty, kteří by odbornou pomoc potřebovali, ale nedostává se jim. Osm škol v Brně-městě však zmínilo jeden až dva takové případy, čtyři školy uvedly tři až šest případů a jedna základní škola, rovněž ve vyloučené lokalitě, uvedla 30 žáků, kteří by potřebovali odbornou pomoc, ale nedostává se jim. Tato škola rovněž uvedla, že odhadem tři čtvrtiny žáků kouří cigarety, desetina užívá konopné nebo jiné nelegální drogy a téměř pětina někdy užívá těkavé látky.

Konkrétní případy prodeje či distribuce nelegálních drog řešilo v Brně-městě sedm škol ve školním roce 2014/2015 a v minulém školním roce pět škol. Vždy se přitom jednalo o základní školy, jedna z nich se nachází ve vyloučené lokalitě, ostatní v jiných částech města.

Tabulka 11 Počet škol, které uvedly problémy, jež zhoršují situaci školy v oblasti závislostí.

	Brno-město	Brno-venkov
Blízkost a dostupnost kasin, heren a výherních automatů	8	1
Snadnou dostupnost alkoholu	41	12
Snadnou dostupnost drog	18	3
V okolí školy se ve zvýšené míře užívají drogy	4	1
Snadná dostupnost tabákových výrobků	7	1

Nejčastěji se školy ve svém okolí potýkají se snadnou dostupností alkoholu, tu zmínila více než polovina respondentů ve vzorku, každá desátá škola pak hodnotí jako snadnou i dostupnost tabákových výrobků. Obojí zřejmě souvisí s nedodržováním zákonné hranice pro prodej alkoholu a tabáku osobám mladším 18 let, případně s možností požádat staršího kamaráda, aby uvedené látky nakoupil. Problém se týká škol bez ohledu na lokalitu. Vedle toho snadná dostupnost heren a kasin se týká především škol v Brně-střed, Brně-sever a ve Slatině. Užívání drog nebo jejich snadnou dostupnost zmiňovaly školy v týchž městských částech a školy z Bohunic a Líšně.

Prodej alkoholických nápojů a dostupnost sázkových příležitostí (sázky, losy, výherní automaty) neuvedla žádná škola; koupit cigarety a jiné tabákové výrobky lze přímo v prostorách jedné školy, která ale deklaruje přísné dodržování zákonné hranice 18 let. Ve většině škol rovněž platí přísný a úplný zákaz kouření, pouze dvě školy (jedna v okrese Brno-město a jedna z Brna-venkov) umožňují kouřit na pozemku školy, dvě školy mají vnitřní kuřárnu pouze pro personál, jedna střední škola umožňuje do kuřárny vstup i studentům starším 18 let.

Rozdíly mezi školami existují i v přístupu k prevenci užívání drog. Organizace přednášek na téma drog a drogové závislosti je první volbou ve většině škol. Efektivnější praktický nácvik sociálních dovedností a komplexní a dlouhodobé preventivní programy jsou využívány v mnohem menší míře, část respondentů je dokonce považuje za nepotřebné. Třetina škol naopak využívá nebo uvažuje o provádění testů na drogy, ačkoliv jde spíše o represivní než preventivní opatření, které může být v důsledku kontraproduktivní a vytvářet nezdravé prostředí ve škole (Griffin & Botvin, 2010).

Tabulka 12 Jakým způsobem se věnujete prevenci (počet škol v Brně-městě)?

Brno-město	Ano, věnujeme se	Ne, ale chtěli / potřebovali bychom	Ne, není potřeba	nevím/nedokážu posoudit
přednášky	70	0	4	0
exkurze	36	7	22	5
praktický nácvik sociálních dovedností	48	14	4	7
komplexní a dlouhodobé preventivní projekty	39	17	13	4

případová práce s individuálními žáky/studenty zaměřená na řešení už existujícího problému	50	3	15	5
testy na drogy	11	11	43	7

V indikovaných případech (při podezření) provedlo v minulém školním roce testy na drogy 10 škol, tři školy testovaly žáky/studenty namátkově. Celkem dvě střední školy však v uplynulých školních letech provedly více než deset testů na drogy. Oproti předchozímu školnímu roku indikované testy vzrostly, naopak se snížil počet škol, které testují namátkově.

Tabulka 13 Jak často testujete na drogy (Brno-město)?

	Indikovaně (při podezření)		namátkově (bez podezření)	
	14/15	15/16	14/15	15/16
ani jednou	65	60	60	68
jednou až dvakrát	3	6	6	0
tři až pětkrát	2	2	2	1
šest až desetkrát	1	1	1	1
jedenáct až dvacetkrát	1	0	0	0
vícekrát	0	1	1	1

S oblibou testování na drogy zřejmě souvisejí i postoje respondentů (a potažmo strategie jednotlivých škol) k principům drogové prevence. Třetina škol považuje namátkové testování za efektivní způsob předcházení drogovému problému a tento postoj je zřejmě úzce spjat s přesvědčením, že užívání drog představuje především kázeňský problém, jehož efektivním řešením jsou kárné tresty. Obdobný přístup vede spíše k vytěšňování drogového problému mimo rámec školy a prakticky zabraňuje, aby se škola na jeho řešení nějak podílela. Vyloučení provinilců dotčené jedince spíše ohrožuje sociálním vyloučením a nepředstavuje v žádném smyslu pomoc.

Tabulka 14 Do jaké míry odpovídají následující tvrzení filosofii Vaší školy, pokud jde o příčiny a řešení drogového problému (v %)?

Brno-město (%)	velmi odpovídají	spíše odpovídají	spíše neodpovídají	velmi neodpovídají	nedokážu posoudit
Školní řád jasně vymezuje zákaz užívání návykových látek ve škole, jejich nošení do školy.	97.3	2.7	0.0	0.0	0.0
Žákům, kteří mají s užíváním návykových látek problémy a zákonným zástupcům nezletilých žáků především poskytujeme informace o pomáhajících institucích a možnostech řešení situace.	68.5	17.8	0.0	0.0	13.7
Při řešení případů souvisejících s užíváním nebo distribucí návykových látek spolupracujeme s dalšími pomáhajícími institucemi.	75.0	6.9	1.4	0.0	16.7
Všechny případy užívání drog i tam, kde to zákon přímo neuvádí, hlásíme orgánům činným v trestním řízení, orgánům sociálně-právní ochrany dětí obce s rozšířenou působností a zákonným zástupcům nezletilého žáka.	44.3	18.6	5.7	2.9	28.6
Užívání návykových látek obvykle kárně potrestáme, mezi využívané nástroje patří: třídní napomenutí, ředitelská důtka, podmíněčné vyloučení a vyloučení.	67.1	11.0	2.7	1.4	17.8
Namátkové testování na drogy je efektivním způsobem, jak předcházet rozvinutí drogového problému	11.3	19.7	8.5	19.7	40.8
K užívání drog některým z žáků přistupujeme především jako ke kázeňskému problému.	22.9	20.0	18.6	10.0	28.6
Užívání legálních drog (alkohol a tabák) není pro školu tak závažným problémem jako užívání nelegálních látek	6.8	11.0	27.4	38.4	16.4

Ačkoliv většina škol zapojuje dotčeného užívajícího studenta do řešení vzniklé situace, někteří respondenti uvedli, že se osoba, jíž se problém týká, jeho řešení neúčastní. Třetina škol nespolupracuje se školním psychologem a některé školy nezapojují do řešení problému ani rodiče dotčeného žáka/studenta.

Tabulka 15 Kdo se účastní řešení drogového problému (Brno-město, v %).

	vždy	téměř vždy	jen někdy	výjimečně	nikdy
žák/žačka či student/ka užívající drogy	88.4	8.7	1.4	0.0	1.4
třídní učitel/ka	77.1	17.1	2.9	1.4	1.4
rodiče/zákonní zástupci	77.9	16.2	2.9	0.0	2.9
Spolužáci	7.8	11.8	39.2	29.4	11.8
metodik/metodička prevence	82.9	12.9	2.9	0.0	1.4
školní psycholog/psycholožka	35.3	19.6	7.8	3.9	33.3
výchovný/á poradce/poradkyně	79.7	15.9	1.4	1.4	1.4
ředitel/ka	64.6	18.5	10.8	3.1	3.1
zástupce/zástupkyně ředitele/ředitelky	50.0	22.7	19.7	4.5	3.0
vedoucí mistr/ová, dílenský/á mistr/ová	4.8	11.9	7.1	2.4	73.8
zaměstnavatel na praxi	0.0	4.8	2.4	4.8	88.1

Využívání Poradenského centra pro drogové a jiné závislosti ke konzultacím a řešení drogového problému uvedla většina škol a jde o zdaleka nejčastější volbu. Polovina respondentů využila kontaktu s Městskou policií nebo s Policií České republiky, s rodinou dítěte nebo s oddělením sociálně-právní ochrany dětí. Kromě PPP Sládkova tak jiná pomáhající zařízení zůstávají spíše na okraji zájmu pracovníků školy, i když o jejich existenci a možnostech spolupráce většina z nich ví.

Tabulka 16 Které instituce lze podle vašeho názoru využít při řešení drogového problému žáků/studentů školy? A se kterými z nich jste v průběhu uplynulých dvou školních let spolupracoval/a (Brno-město, v %)?

Brno-město	Lze využít	Využil/a jsem
Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti (PPP Sládkova)	83.8 %	83.0 %
Policie České republiky	78.4 %	55.3 %
Rodina dětí	66.2 %	55.3 %
Městská policie Brno	64.9 %	53.2 %
Oddělení sociálně-právní ochrany dětí	67.6 %	51.1 %
Pedagogicko-psychologická poradna	60.8 %	48.9 %
Terénní programy, Podané ruce	52.7 %	44.7 %
Středisko výchovné péče	52.7 %	44.7 %
Centrum primární prevence, Podané ruce	60.8 %	34.0 %
Diagnostický ústav	37.8 %	27.7 %
Kontaktní centrum, Podané ruce	66.2 %	19.1 %
Záchraná služba	63.5 %	14.9 %
Psychiatrická ambulance	44.6 %	8.5 %
Psychiatrická léčebna	40.5 %	6.4 %
Terapeutické centrum v Jihomoravském kraji (dříve Elysium), Podané ruce	44.6 %	2.1 %

Postoje pracovníků škol a deklarované volby a preference při řešení drogového problému často zřejmě vycházejí ze zastaralých informací, paternalistického pojetí sociální práce a kloní se spíše k represivním strategiím, než ke komunikativnímu a partnerskému řešení problému. Mnozí respondenti ovšem uváděli, že mají dostatek informací o drogové problematice, případně jsou informováni o zdrojích, odkud je lze čerpat. Pokud uváděli nějaký nedostatek, pak šlo typicky o čas – jako školní metodici prevence často vykonávají tuto funkci nad rámec vyučování a ostatních povinností. Některé školy zmiňovaly absenci školního psychologa, případně nedostatek kompetence zasahovat do životů žáků, které se odehrávají mimo zdi školy. Jedna stížnost směřovala k nekoordinovanému postupu institucí a zařízení ve městě a opakovaně se objevil požadavek na manuál řešení drogového problému.

4.2.2 Děti ve vyloučených lokalitách⁸

Ze studie, kterou jsme provedli mezi odborníky ze základních a středních škol v Brně, vyplývá, že školy ve vyloučené oblasti na hranici městských částí Brno-střed a Brno-sever čelí problémům s drogami a hazardem nejčastěji. Jednalo se typicky o školy, které uváděly nejvyšší podíl žáků a studentů užívajících drogy, školy v problematické lokalitě, kde lze snadno získat přístup k tabáku, alkoholu i nelegálním drogám a hracím automatům. V Brně byly provedeny dvě studie zkoumající žáky navštěvující školy ve vyloučené lokalitě.

Socio.Factor (2010) provedl v Brně pilotáž metodiky výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách a dotazníkové šetření bylo jednou z ověřovaných metod. Zpráva detailně popisuje speciálně vyvinutý dotazník navržený tak, aby byl srozumitelný a zábavný i pro děti na nižším školním stupni, nespecifikuje ale příliš metodu výběru vzorku. Data sbírali ve školách pracovníci programu primární prevence Společnosti Podané ruce, lze tedy předpokládat, že sběr probíhal na školách v rámci nějaké preventivní aktivity. Zkoumání byli romští i neromští žáci druhého stupně základních škol a vzorek tvořilo 117 žáků, z nichž pětina uvedla, že rodiče doma hovoří romsky. Více než polovina respondentů (60 %) někdy kouřila cigarety, 17 % jich bylo pravidelnými kuřáky, romské děti podle zprávy kouřily častěji. Čtyři pětiny žáků pily někdy alkohol, více než polovina i během posledních 30 dní. S marihuanou měla zkušenost třetina dotázaných, z nichž pětina ji kouřila i v posledních 30 dnech; 8 % žáků uvedlo zkušenost s inhalací těkavých látek, většina vzorku ji však odsuzovala. Necelých 6 % žáků se přiznalo ke zkušenosti s extází, pervitinem, nebo heroinem, přičemž nejčastěji s těmito látkami začali experimentovat okolo 13. roku věku. Žáci zároveň často uváděli přítomnost drog v jejich nejbližším okolí – pětina uvedla, že nelegální drogy užívá nějaký příbuzný, více než polovina věděla, kde drogy získat. Uživatel v rodině zároveň zvyšoval pravděpodobnost, že dotázaný žák sám bude mít s nelegálními drogami zkušenost.

Vazsonyi et al. (2016) zase porovnávali romské a neromské děti s ohledem na patologické chování a na vzorku testovali míru deviantního chování a sebekontroly. Do studie byly zařazeny děti ze škol v Brně, Jihlavě a Ostravě s vyšším podílem romské populace. Z výsledků vyplývá, že mezi romskými a neromskými dětmi není rozdíl ani v míře deviantního chování, ani v míře sebekontroly. Míra deviace i absence sebekontroly byly spojeny především s konfliktem s rodiči, zatímco vnímaná podpora ze strany matky působí jako protektivní faktor. Podle detailnějšího přehledu výsledků nebyly mezi romskými a neromskými dětmi statisticky významné rozdíly v užívání návykových látek – romské děti častěji pravidelně kouřily, méně pily alkohol, ale častěji tak činily rizikovým způsobem, méně často pak užívaly nekonopné drogy. V užívání konopných drog nebyly mezi skupinami rozdíly (Mravčík et al., 2016).

4.3 Problémové užívání drog

Klíčový indikátor problémového užívání drog zkoumá prevalenci a strukturu populace nejzávažnějších forem užívání drog a závislosti. EMCDDA definuje problémové užívání drog jako pravidelné dlouhodobé nebo injekční užívání opiátů, amfetaminů nebo kokainu (EMCDDA, nedatováno). Jde o takový vzorec užívání, který se pojí se sociálním vyloučením a významnými zdravotními riziky, která vedle přenosu infekčních chorob a předávkování zahrnují také celkově zhoršený zdravotní stav z důvodu špatné

⁸ Tématem užívání drog u dětí a dospívajících v Brně se detailněji zabýváme v kapitole 7, téma užívání drog ve vyloučené lokalitě v Brně rozpracováváme v kapitole 8.

životosprávy a zanedbané nebo hůře dostupné zdravotní péče. V České republice definice problémového užívání drog nezahrnuje užívání kokainu, protože jeho prevalence je zde stále na velmi nízké úrovni a jeho uživatelé se téměř nedostávají do kontaktu s institucemi, jejichž data se používají pro odhad populace problémových uživatelů.

Tradičně se odhad populace problémových uživatelů drog provádí multiplikační metodou založenou na počtu osob v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními. Dotazníkové šetření mezi klienty terénních programů a kontaktních center, které slouží k výpočtu podílu osob v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními, provádí NMS každé dva roky. Poslední sběr dat proběhl v roce 2016 a vyplynulo z něj, že podíl problémových uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními, dosahuje v České republice 69 %, v Jihomoravském kraji 74 % (Mravčík et al., 2016).

V České republice bylo pro rok 2015 odhadnuto celkem 46 900 problémových uživatelů drog (6,68 na 1000 obyvatel ve věku 15-64 let), z nichž 12 700 tvořili uživatelé opiátů (4500 uživatelů heroinu, 7100 uživatelů buprenorfinu a 1150 uživatelů jiných opiátů), 34 200 uživatelé pervitinu; 43 900 osob si drogy aplikovalo injekčně (Mravčík et al., 2016).

Pro potřeby odhadu počtu problémových uživatelů v Brně poskytlo NMS data z dotazníkového šetření a údaje o počtech klientů brněnských nízkoprahových zařízení. Z dat vyplývá, že v Brně je v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními odhadem 75 % populace problémových uživatelů drog, zbytek tvoří tzv. skrytá populace. Odhad podílu populace v kontaktu se službami je však potřeba uvažovat v kontextu metodologie sběru dat – vzhledem k tomu, že dotazování jsou výhradně klienti služeb, je možné, že multiplikátor podíl nadhodnocuje a velikost výsledné celkové populace je podhodnocena. Odhady počtu problémových uživatelů v Brně-městě uvádí tabulka – v Brně je odhadem 1600 problémových uživatelů drog, z nichž 1100 jsou uživatelé pervitinu, 550 užívá opiáty a 1350 aplikuje drogu injekčně.

Tabulka 17 Odhad počtu problémových uživatelů drog ve městě Brně pro rok 2015.

	Opiáty celkem	- z toho heroin	Pervitin	IDU	PDU celkem
Odhad	550	500	1100	1350	1600
95 % CI	(500 – 650)	(450 – 600)	(950 – 1250)	(1200 – 1600)	(1400 – 1900)
Na 1000 osob ve věku 15-64 let	2,21	2,07	4,36	5,48	6,59

Data, která sbírají nízkoprahové programy o svých klientech, neumožňují podrobnou analýzu struktury problémového užívání drog s výjimkou primární drogy a věku – terénní programy tak například evidují pouze tři klienty do 19 let, 97 klientů ve věku mezi 20 a 29 lety a 75 klientů starších 30 let – data však nejsou úplná (TP SPR, 2016).

V rámci dotazníkového šetření pro odhad multiplikátoru byly zjišťovány i údaje o sociální situaci problémových uživatelů drog. Věk brněnských respondentů se pohyboval mezi 18 a 54 lety (průměrný věk byl 29 let), třetinu vzorku tvořily ženy; 58 % uvedlo nejvyšší dosažené základní vzdělání, 42 % ukončilo střední školu. Necelá polovina (44 %) byla alespoň jednou ve vězení, přičemž dvě třetiny z nich uvedly, že ve vězení užívaly drogy. Stabilní legální příjem mělo v době sběru dat pouze 28 % souboru, více než polovina (58 %) respondentů uvedla, že nemají stabilní střechu nad hlavou, 12 % je úplně bez domova. Ačkoliv údaje pocházejí z malého a nereprezentativního souboru, orientačně lze odhadnout, že v Brně žije zhruba tisíc problémových uživatelů drog v nestabilních podmínkách, 200 jich vůbec nemá střechu nad hlavou a necelých 1200 nemá stabilní legální příjem. Mlčochová (2016) uvádí, že v Brně byly v roce 2014 necelé dva tisíce osob žijících bez domova, z nichž třetinu tvořily ženy a třetinu osoby, které se na ulici dostaly z důvodu drogové závislosti.

Běláčková et al. (2016) zkoumala užívání nových syntetických drog v populaci problémových uživatelů drog ve vybraných městech v České republice, část zkoumaného souboru pocházela rovněž z Brna. Autorka uvádí, že více než třetina mimopražských respondentů uvedla užití nějaké nové syntetické drogy, pětina ji užila opakovaně a že skupina uživatelů, která měla tuto zkušenost, patřila k těm, kteří vykazovali obecně vyšší míru rizikového jednání. Typicky se jednalo o látky ze skupiny cathinonů, podobně jako populární mefedron,

ale objevila se i celá řada obchodních názvů s nejasným chemickým složením. Uživatelé nové drogy zkoušeli nejčastěji ze zvědavosti, část uvedla nižší cenu než tradiční drogy, legální status téměř neměl na rozhodování vliv. Většina respondentů nové syntetické drogy aplikovala injekčně, druhým nejčastějším způsobem bylo šňupání, uživatelé často uváděli kombinaci syntetické drogy s tradičními drogami – specificky brněnští uživatelé kombinovali nové látky s heroinem. Užívání rovněž provázela celá řada negativních účinků, které zahrnovaly bolest hlavy, zvracení, průjem, paranoiu, třas, bolesti svalů a kloubů, problémy s dýcháním.

4.4 Specializovaná léčba

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti realizovalo v letech 2012 a 2014/15 dvě vlny dotazníkového šetření mezi poskytovateli péče uživatelům návykových látek, osobám ohroženým závislostí a jejich blízkým, tzv. sčítání adiktologických služeb. Smyslem projektu bylo zmapovat síť dostupných služeb, ale informace jsou určeny ke zveřejnění pouze v agregované podobě. Sčítání se v Brně zúčastnilo v obou letech dohromady 21 zařízení, devět z nich poskytlo data opakovaně v obou kolech. Z celkem 21 zařízení, která dotazník vyplnila, tři uvedla, že poskytují primární prevenci, 10 nabízí nízkoprahové služby a poradenství, 17 ambulantní léčbu, jeden denní stacionář, tři poskytují lůžkovou detoxifikaci (pouze jedno však uvedlo lůžka vyhrazená pro léčbu závislosti), dvě zařízení nabízí rezidenční zdravotnickou péči, devět následnou péči a doléčování, jedno zařízení funguje na principech terapeutické komunity. Dotaz na typ poskytovaných služeb ve studii však umožňoval vybrat i takové služby, které zařízení poskytuje pouze okrajově a bez vztahu ke konkrétním počtům klientů v daném roce (ten mohl být pro jednotlivé typy služeb i nula). Klienty s hráčskou poruchou léčilo šest zařízení, 10 pracovalo i s rodinnými příslušníky uživatelů drog a osm se věnovalo uživatelům alkoholu (NMS, 2017). Aplikace Mapa pomoci, kterou provozuje NMS na svých webových stránkách nicméně registruje v okrese Brno-město celkem 46 zařízení poskytujících adiktologické služby, přičemž ne všechny organizace, které vyplnily dotazník Sčítání, jsou v Mapě uvedeny. Oba systémy se tedy překrývají jen částečně a žádný ze systémů neposkytuje úplné informace o službách poskytovaných v Brně, především údaje Společnosti Podané ruce nejsou aktualizovány a některá nová centra nejsou v mapě vůbec uvedena.

Od roku 2015 je v České republice nově v provozu Národní registr uživatelů drog (NRLUD), který nahrazuje původní Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek a Registr žádostí o léčby hygienické služby. Do registru na národní úrovni hlásí 63 poskytovatelů substituční léčby (devět z Jihomoravského kraje) (Mravčík et al., 2016). Okres Brno-město registruje celkem sedm poskytovatelů substituční léčby včetně praktických lékařů a psychiatrů předepisujících léky na bázi buprenorfinu (Nechanská, 2016). Kromě programů uvedených v Mapě pomoci poskytuje ambulantní a substituční léčbu na bázi metadonu rovněž Terapeutické centrum Bratislavská Společnosti Podané ruce, podle poslední závěrečné zprávy centra bylo v substitučním programu zařazeno 62 klientů (TCB, 2016). Terapeutické centrum v JMK Společnosti Podané ruce pracovalo v r. 2015 v substitučním programu s celkem 103 klienty – oproti minulým letům jde o pokles zřejmě způsobený otevřením nové služby na Bratislavské (TPB, 2016).

Kromě sedmi poskytovatelů substituční léčby hlásí do registru za Brno-město pouze jeden poskytovatel lůžkové péče a jeden poskytovatel ambulantní péče. Data o struktuře drog užívaných mezi osobami, které se potýkají se závislostí do té míry, že vyžaduje odbornou pomoc, proto mohou být zkreslena neúplným pokrytím registru. Celkem v roce 2015 požádalo v Brně o léčbu 237 nových klientů, z nichž většina uvedla jako hlavní drogu opiáty a kteří byli zároveň zařazeni do substitučního programu. Alkohol a stimulancia (typicky pervitin) jsou druhou nejčastější primární drogou žadatelů o léčby ve městě Brně. Oproti údajům z celé České republiky, kde je podíl žadatelů o léčbu v souvislosti s opiáty a stimulanty vyrovnaný, v Brně představují uživatelé opiátů dvojnásobek oproti uživatelům pervitinu. Mezi uživateli opiátů jde zároveň o nejmenší podíl prvožadatelů na všech žadatelích o léčbu (Nechanská, 2016). Zároveň však platí, že uživatelé opiátů v substituční léčbě, zůstávají do programu zařazeni na delší časové období a tedy ti, kteří léčbu zahájili v minulém roce, nejsou v registru žadatelů o léčbu za daný rok uvedeni, proto čísla celkem léčených uživatelů opiátů v substituci mohou být vyšší.

Tabulka 18 Počet žadatelů o léčbu v r. 2015 podle primární drogy v Brně (Nechanská, 2016)

Droga	Všichni léčení	Prvožadatelé
Alkohol	50	15
alkohol obecně	27	7
Destilát	7	2
Pivo	6	2
Víno	10	4
tabák (nikotin)	5	1
Cigarety	5	1
ostatní stimulantia	49	15
extáze (MDMA, MDA, MDEA)	1	0
Pervitin	48	15
Opiáty	100	6
Buprenorfin	5	0
heroin, dia-morfin	61	4
jiná opiátová analgetika	3	1
jiné opiáty	1	0
kodein a deriváty kodeinu	1	0
Metadon	1	0
Opium	1	1
Neudáno	27	0
Kanabinoidy	21	6
Marihuana	21	6
sedativa, hypnotika	9	1
Benzodiazepiny	7	0
hypnotika III. generace (tzv. Z-drugs, tj. zolpidem, zopiclon, zeleplon)	2	1
těkavé látky	1	0
Toluen	1	0
Gambling	3	2
Gambling	3	2
Celkový součet	238	46

V Národním registru uživatelů návykových látek je za rok 2015 evidováno celkem 105 žadatelů, jimž byla poskytnuta substituční léčba. Nejvíce nových klientů v detoxifikačním programu požádalo o léčbu v souvislosti s alkoholem, alkohol se na všech žádostech o léčbu podílí 15 % (Nechanská, 2016).

Tabulka 19 Počet žadatelů o léčbu podle skupin užívaných drog (problému) a podle poskytnuté intervence v r. 2015 v Brně (Nechanská, 2016)

Intervence	alkohol	tabák (nikotin)	ostatní stimulanc ia	opiáty	kanabinoi dy	sedativa, hypnotik a	těkavé látky	gambling	Celkový součet
substituční léčba závislosti na opiátech			2	94	4	5			105
léčba včetně podpůrné farmakoterapie	22		16	2	5	2			47
detoxifikace	17	5	6	2		1		1	32
poradenství	1		7	1	1			1	11
nízkoprahové služby			2						2
léčba bez podpůrné farmakoterapie	9		13		6			1	29
krizová intervence	1		2	1	2	1	1		8
jiná možnost					3				3
Celkový součet	50	5	48	100	21	9	1	3	237

O léčbu v roce 2015 požádalo jedenáct osob do 19 let věku, dvě z nich poprvé, 12 % žadatelů bylo starších 45 let, 70 % žadatelů tvořili muži. Třetina žen v léčbě zhruba odpovídá i podílu žen mezi problémovými uživateli drog. Nejčastějším způsobem aplikace mezi uživateli nelegálních drog žádajícími o léčbu je injekční aplikace – drogu si aplikuje injekčně 60 % uživatelů stimulantů a většina uživatelů opiátů, kteří způsob aplikace uvedli (Nechanská, 2016).

V ambulantní péči bylo v Brně léčeno v r. 2015 celkem 1965 pacientů, většinu z nich tvoří uživatelé alkoholu, oproti předchozím letům jde o mírný pokles. Z hlediska trendů od roku 2012 je zajímavý především stabilní počet uživatelů opiátů, kde ale došlo k přesunu z užívání heroínu k indikovanému užívání substitučních látek, což je trend, který může souviset s rozšířenou nabídkou substituční léčby ve městě Brně. Vzrostl počet léčených uživatelů konopných drog, počet uživatelů kokainu je stabilně na velmi nízké úrovni (Nechanská, 2016).

Tabulka 20 Počet pacientů v ambulantní psychiatrické péči podle skupin drog v r. 2012, 2013 a 2015 v Brně, pro r. 2014 nejsou data k dispozici (Nechanská, 2016)

Psychoaktivní látka		Počet pacientů		
		2012	2013	2015
ALKOHOL		1511	1424	1179
OPIÁTY a OPIOIDY – celkem		229	233	236
z toho	Heroin	147	129	20
	buprenorfin neindikovaně	0	1	0
	metadon neindikovaně	0	0	0
	substituční látka (metadon nebo buprenorfin) indikovaně	74	54	169
KANABINOIDY		57	75	82
SEDATIVA, HYPNOTIKA – celkem		132	163	92
z toho	barbituráty	11	10	7
	benzodiazepiny	113	133	65
KOKAIN		5	7	3
OSTATNÍ STIMULANCIA – celkem		177	172	207
z toho	metamfetamin (pervitin)	175	156	180
HALUCINOGENY		4	10	0
PRCHAVÁ ROZPUSTIDLA		6	7	3
KOMBINACE DROG		147	134	114
z toho	opiátu a metamfetaminu (s nebo bez dalších drog)	58	55	22
	opiátu a dalších drog bez metamfetaminu	17	17	11
	metamfetaminu a dalších drog bez opiátů	58	53	29
	substituční látka (metadon nebo buprenorfin) indikovaně	2	0	0
TABÁK		106	51	49
JINÉ		40	12	0
DROGY – celkem		903	864	786
Celkový počet pacientů		2414	2288	1965

Počet hospitalizovaných pacientů, kteří mají trvalý pobyt ve městě Brně, bez ohledu na to, kde léčbu nastoupili, zůstává dlouhodobě na stejné úrovni, dvě třetiny hospitalizací každoročně připadnou na osoby léčící se se závislostí na alkoholu, více než desetina připadá na uživatele stimulancí kromě kokainu, typicky se jedná o pervitin, a na uživatele kombinující více drog (Nechanská, 2016).

Tabulka 21 Struktura pacientů v lůžkové psychiatrické péči podle drogy v r. 2012-2015 s trvalým bydlištěm v Brně (Nechanská, 2016).

Diagnóza	r. 2012		r. 2013		r. 2014		r. 2015	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Alkohol	442	68,4	380	63,4	392	66,0	395	66,1
Opiáty/opioidy	20	3,1	24	4,0	17	2,9	6	1,0
Kanabinoidy	10	1,5	11	1,8	12	2,0	10	1,7
Sedativa, hypnotika	25	3,9	25	4,2	18	3,0	23	3,8
Kokain	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ostatní stimulantia	55	8,5	63	10,5	59	9,9	70	11,7
Prchavá rozpustidla	3	0,5	1	0,2	0	0,0	1	0,2
Kombinace látek	90	13,9	95	15,9	96	16,2	93	15,6
Celkem	646	100	599	100	594	100	598	100,0

Tabulka o detoxifikaci⁹ hospitalizovaných pacientů naznačuje, že v Brně se detoxifikační jednotky soustřeďují především na uživatele legálních látek – naprostá většina pacientů byla hospitalizována pro problémy s alkoholem, tabákem a léky. Pacienti z populace problémových uživatelů drog, tedy pacienti s opiátovou závislostí nebo lidé užívající pervitin tvoří méně než 10 % pacientů detoxifikačních jednotek v Brně (Nechanská, 2016). Otázkou je, zda velmi nízký počet detoxifikovaných od opiátů nesouvisí s nabídkou substituční léčby, která nevyžaduje hospitalizaci. Zároveň však detoxifikaci podstupuje maximálně každý desátý z odhadnuté tisícovky problémových uživatelů pervitinu ve městě – je navíc potřeba uvážit, že detoxifikační jednotka obsluhuje i pacienty z okresu Brno-venkov, jejichž počet není v odhadu populace PDU v okrese Brno-město zohledněn. Podíl populace problémových uživatelů pervitinu ve městě Brně, kteří ročně zahájí detoxifikační léčbu, bude tedy zřejmě pod 10 %.

Tabulka 22 Počet pacientů hospitalizovaných pro detoxifikaci od návykových látek podle drogy v r. 2012-2015 v Brně (Nechanská, 2016).

Detoxifikace od...	2012	2013	2014	2015
alkoholu	871	782	852	862
opiátů/opioidů	34	27	16	13
kanabinoidů	26	33	27	34
sedativ nebo hypnotik	47	68	58	60
kokainu	3	2	1	1
jiných stimulantů	130	139	111	102
halucinogenů	0	1	2	1
tabáku	2	8	60	100
prchavých rozpustidel	3	0	0	0
jiných psychoaktivních látek	0	38	38	47
kombinace dvou a více látek	139	118	121	105
Celkem	1255	1216	1286	1325

4.5 Infekční choroby

Výskyt infekčních chorob v populaci a podle způsobu přenosu infekce sleduje Státní zdravotnický ústav v systému EpiDat, systém ale neobsahuje informace o přenosu viru HIV. Injekční uživatelé se na přenosu HIV v České republice podílejí každoročně zhruba 1-2 %, v roce 2015 šlo o tři osoby (Mravčík et al., 2016).

V roce 2015 stoupl v Brně počet případů žloutenky typu A, pouze dva ze šestnácti však připadly na injekční uživatele drog. Počet zjištěných virových hepatitid B v celé ČR dlouhodobě klesá a tento trend je patrný i pro Brno, kde v roce 2015 nebyla potvrzena žádná infekce. Zatímco celorepublikově se injekční uživatelé drog podílejí na infekcích virovou hepatitidou B zhruba v polovině případů, v Brně byl poslední případ evidován v roce 2012. V posledních čtyřech letech se naopak zvyšuje počet potvrzených případů hepatitidy typu C, podíl injekčních uživatelů na zjištěných infekcích se však snižuje.

Tabulka 23 Počet případů Hepatitidy A, Akutní hepatitidy B a Hepatitidy C vykázaných OHS-ÚP KHS Brno-Město v letech 2012-2015, a z toho počet injekčních uživatelů drog, systém EpiDat (SZÚ, 2016).

	2012	2013	2014	2015
VHA	4	8	9	16
- z toho IUD	0	0	0	2
VHB AKUT	13	3	3	0
- z toho IUD	3	0	0	0
VHC	48	52	46	108
- z toho IUD	24	18	17	13

Data o prevalenci infekčních chorob nejsou standardně k dispozici, určitým indikátorem jsou orientační testy, které provádí v Brně Terénní programy a Kontaktní centrum Vídeňská Společnosti Podané ruce. Evidují se nicméně pouze počty provedených testů a jejich výsledky, nikoliv počty osob, kterým byl test proveden, proto nelze vyloučit, že se některá osoba testovala vícekrát a/nebo opakovaně v jiném zařízení.

⁹ Detoxifikaci v Brně se zabýváme podrobně v kapitole 10.1.3.

V posledních čtyřech letech nicméně ani jeden program neregistruje pozitivní test na HIV a, s výjimkou jednoho případu v roce 2012, ani hepatitidy B. Nejčastěji jsou klienti služeb testováni na virovou hepatitidu C, která je rovněž nejčastější infekcí, podíl pozitivních testů však meziročně kolísá.

Tabulka 24 Počet provedených a pozitivních testů na infekční choroby v kontaktním centru a v terénních programech Společnosti Podané ruce v Brně (KC, 2016; TP, 2016).

Kontaktní centrum	2012	2013	2014	2015
<i>HIV</i>	63	149	136	
- z toho reaktivní	0	0	0	
<i>HCV</i>	65	149	139	
- z toho reaktivní	7	7	10	
<i>HBV</i>	61	137	131	
- z toho reaktivní	0	0	0	
<i>syfílis</i>	53	122	114	
- z toho reaktivní	0	1	3	
Terénní program	2012	2013	2014	2015
<i>HIV</i>	36	41	31	36
- z toho reaktivní	0	0	0	0
<i>HCV</i>	54	29	28	41
- z toho reaktivní	18	12	9	3
<i>HBV</i>	47	21	29	39
- z toho reaktivní	1	0	0	0

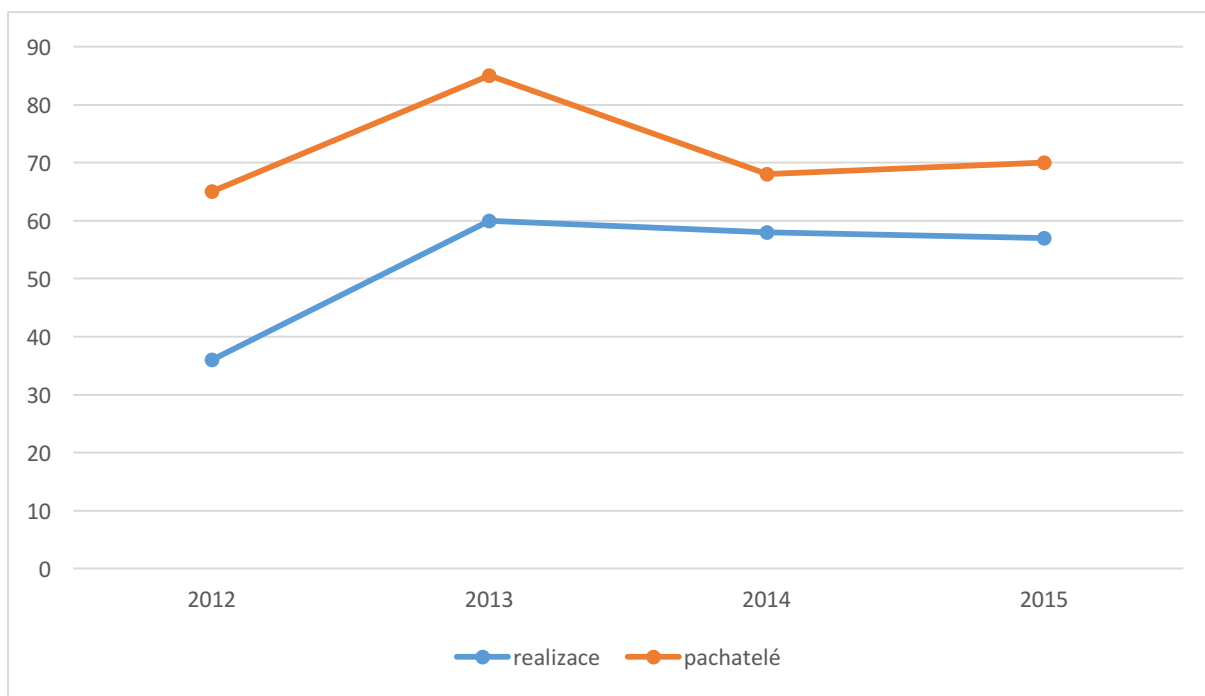
Nepodařilo se zjistit, která zařízení v Brně primárně poskytují léčbu hepatitid uživatelům drog v Brně. Státní zdravotní ústav informace o jednotlivých organizacích neposkytuje. V Brně se léčbou hepatitid obecně zabývá Klinika infekčních chorob při Fakultní nemocnici Brno a Ambulance pro přenosné nemoci, cestovní medicínu, jaterní poradna (Ponávka), není však jasné, zda evidují pacienty z řad uživatelů drog.

4.6 Drogová kriminalita

Přesná a aktuální data o drogové kriminalitě ve městě Brně nejsou zatím k dispozici z důvodu nemoci příslušného pracovníka statistického odboru Policejního prezidia. Pro ilustraci uvádíme alespoň data o kriminalitě v Jihomoravském kraji ze Závěrečných zpráv JMK o realizaci protidrogové politiky (JMK, 2012, 2014, 2015, 2016).

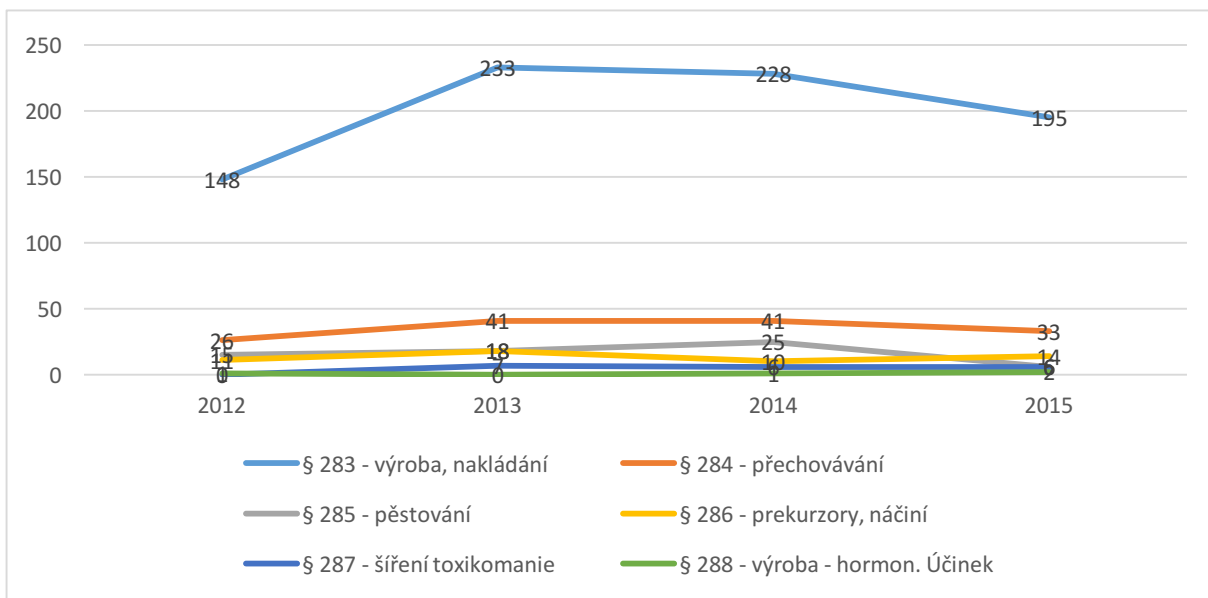
Data o kriminalitě za Brno-město naznačují stabilitu v posledních dvou letech, kterým předcházela skokový nárůst 2012/13 počtu pachatelů i realizací ve městě; zároveň je však potřeba dodat, že tyto údaje často reflektují především aktivitu a priority Policie ČR, nikoliv drogovou situaci ve městě. Brno se na trestné činnosti v Jihomoravském kraji podílí každoročně zhruba třetinou evidovaných realizací a pachatelů (JMK, 2016).

Obrázek 2 Vývoj počtu realizací a pachatelů drogových trestných činů v Brně-městě v letech 2012-2014 (zdroj: JMK, 2012, 2014, 2015, 2016).



Nejčastěji jsou pachatelé drogových trestných činů v Jihomoravském kraji obviněni v souvislosti s nedovolenou výrobou a nakládáním s omamnými látkami, což zřejmě souvisí především s faktem, že každá odhalená varna či pěstírna vede k většímu množství obviněných pachatelů; zároveň jde také o delikty, jejichž počet od roku 2012 nejvíce kolísá. Ostatní drogové delikty jsou stabilně nižší; obecně jsou většinou páchaný muži. Přestupky (118 v r. 2015) se v Jihomoravském kraji týkají většinou držení marihuany (65 %) a pervitinu (28 %), přičemž na mladistvé a nezletilé připadá každoročně kolem 1 % přestupků. V roce 2015 bylo v Jihomoravském kraji evidováno rovněž 80 správních deliktů souvisejících s prodejem alkoholu nezpůsobilé osobě (osobě pod vlivem nebo mladší 18 let) (JMK, 2012, 2014, 2015, 2016).

Obrázek 3 Vývoj počtu drogových deliktů podle paragrafů v Jihomoravském kraji v letech 2012-2014 (zdroj: JMK, 2012, 2014, 2015, 2016).



Data o ekonomicky motivované sekundární drogové kriminalitě jsou k dispozici i pro Brno-město. Odhady se provádějí každý lichý rok a poslední údaje hovoří o roku 2015. Jde o expertní retrospektivní odhad pracovníků krajských ředitelství a územních odborů Policie ČR, kteří určují podíl trestných činů spáchaných uživateli drog na všech zjištěných a objasněných trestných činech. V roce 2015 bylo v Brně-městě zjištěno celkem 8317 trestných činů, z nichž se uživatelé drog podíleli odhadem na 38 %; objasněno bylo celkem 2080 trestných činů, z toho 22 % spácháno uživateli drog. Nejčastěji se uživatelé drog dopouštějí krádeží, prakticky nulový je jejich podíl na trestných činech omezování osobní svobody. Od roku 2011 počet zjištěných trestných činů klesl, ale vzrostl odhadovaný podíl činů spáchaných drogovými uživateli (NPC/NMS, 2016).

Tabulka 25 Počet provedených a pozitivních testů na infekční choroby v kontaktním centru a v terénních programech Společnosti Podané ruce v Brně (NPC/NMS, 2016).

Zjištěné TČ	2011			2013			2015		
	Celkem	UD	%	Celkem	UD	%	Celkem	UD	%
Krádež a neoprávněné užívání cizí věci	840	173	20,6	851	184	21,6	785	278	35,4
Krádež	6663	2731	41,0	6372	2825	44,3	4538	2370	52,2
Loupež	242	48	20,0	218	65	30,0	139	42	30,0
Krádež a porušování domovní svobody	1981	187	9,4	2024	215	10,6	1380	204	14,8
Neoprávněné držení platebního prostředku	888	266	30,0	789	237	30,0	529	212	40,0
Porušování domovní svobody	90	2	2,0	107	2	2,0	67	3	5,0
Podvod	185	9	5,0	181	9	5,0	159	8	5,0
Zpronevěra	123	6	5,0	114	6	5,0	95	5	5,0
Úmyslné ublížení na zdraví	200	10	5,0	183	9	5,0	169	8	5,0
Vydírání	57	11	20,0	63	9	15,0	32	6	20,0
Zanedbávání povinné výživy	544	0	0,0	465	0	0,0	419	0	0,0
Omezování a zbavení osobní svobody	15	0	0,0	10	0	0,0	5	0	0,0
Vraždy loupežné	1	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Celkem	11829	3445	29,1	11377	3562	31,3	8317	3136	37,7
Objasněné TČ	Celkem	UD	%	Celkem	UD	%	Celkem	UD	%

Krádež a neoprávněné užívání cizí věci	139	28	20,4	152	35	22,9	98	35	35,6
Krádež	1164	327	28,1	1260	409	32,5	887	310	35,0
Loupež	91	18	20,0	79	24	30,0	59	18	30,0
Krádež a porušování domovní svobody	367	34	9,1	371	40	10,8	265	38	14,3
Neoprávněné držení platebního prostředku	144	43	30,0	103	31	30,0	86	34	40,0
Porušování domovní svobody	42	1	2,0	45	1	2,0	25	1	5,0
Podvod	137	7	5,0	87	4	5,0	74	4	5,0
Zpronevěra	100	5	5,0	71	4	5,0	48	2	5,0
Úmyslné ublížení na zdraví	150	8	5,0	115	6	5,0	97	5	5,0
Vydírání	45	9	20,0	44	7	15,0	19	4	20,0
Zanedbávání povinné výživy	543	0	0,0	465	0	0,0	419	0	0,0
Omezování a zbavení osobní svobody	10	0	0,0	5	0	0,0	3	0	0,0
Vraždy loupežné	0	0	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Celkem	2932	479	16,3	2797	560	20,0	2080	451	21,7

5. Gambling

Hazardní hraní je od r. 2014 součástí systému integrované protidrogové politiky České republiky a jako jedno z témat Národní strategie protidrogové politiky jej nyní souhrnně zpracovává Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) v každoroční Výroční zprávě o hazardním hraní v ČR (Mravčík et al., 2015, 2016).

Tato kapitola popisuje oblast regulace hazardního hraní na území města Brna, změny v dostupnosti hazardních příležitostí, odhad počtu problémových hráčů a situaci v léčbě. Vychází ze studia sekundárních zdrojů – dokumentů města a vyhlášek, z informací Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS), Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), a ze závěrečných zpráv Společnosti Podané ruce (SPR). Data o prevalenci hazardního hraní a jeho problémových formách na území Brna, případně celého Jihomoravského kraje, vycházejí z národních výzkumů provedených NMS, které je rovněž zdrojem souhrnných informací o změnách trhu s hazardními hrami ve městě.

Lokální kontext, zkušenosti terapeutů a hráčů v léčbě a jejich pohled na změny v dostupnosti hráčských příležitostí jsme získali z individuálních a skupinových rozhovorů a z výzkumů provedených na toto téma. V jádru tohoto lokálního průzkumu byly dvě ohniskové skupiny, které jsme uspořádali v Terapeutickém centru JMK provozovaném Společností Podané ruce. První ohnisková skupina probíhala s pracovníky terapeutického centra, kteří pracují s hráči hazardních her, druhá skupina probíhala ve stejném centru s účastníky terapeutické skupiny. První ohniskové skupiny se účastnili čtyři pracovníci a rozhovor trval cca hodinu. Ohnisková skupina s hráči trvala také cca hodinu a účastnilo se jí osm zotavujících se hráčů. Obě skupiny byly se souhlasem účastníků nahrávány, následně přepsány a tématicky analyzovány. Cílem rozhovorů bylo zjistit, jak oslovení participanti vnímají změny v oblasti regulace a proměny trhu v Brně a okolí a jaké dopady to má na jejich životy, případně jejich terapeutickou práci. Zajímali jsme se zejména o tyto otázky: 1) Jak ovlivnila regulace trhu množství hráčských příležitostí v Brně? Jaké to mělo dopady na hráčské strategie a strategie provozovatelů? Změnilo se nějak pole závislostí na hazardních hrách? 2) Co vzniká na místě heren? Jak to přispívá rozvoji města? 3) Jaká jiná opatření na systémové úrovni samosprávy zabrala, nebo naopak chybí, aby se zvýšila účinnost prevence a snížila se rizika plynoucí z problémového hraní? 5) Jaký je stav pomáhající sítě - jaká je, co v ní chybí? Podobné otázky jsme pokládali jak při rozhovoru s pracovníky organizace, tak při rozhovoru s hráči hazardních her.

Podkapitola o *in situ* intervencích vychází ze systematické rešerše odborné literatury vypracované pro Ministerstvo financí v rámci příprav nové legislativy regulující trh s hazardními hrami (Mravčík et al., 2015).

5.1 Trh s hazardním hraním

Na národní úrovni podle údajů NMS trh s hazardním hraním roste – meziročně se zvyšuje objem peněz vložených do hry, přičemž nejvyšší podíl trhu tvoří technické hry (60 % příjmů ze hry), kurzové sázky tvoří 5 % a internetové kurzové sázky 14 % trhu, v souhrnu 9 % trhu připadá na živé hry, okamžité loterie a elektromechanické rulety. Počet technických her prudce rostl do r. 2011, od té doby naopak klesá, ovšem narůstá internetové sázení (Mravčík et al., 2016). V Jihomoravském kraji bylo v roce 2015 povoleno celkem 5847 technických a živých her a s 11 % šlo o třetí nejvyšší podíl na všech povolených hrách v ČR, v přepočtu na obyvatele jde s 50 hrami / 10 tisíc obyvatel o průměrnou hustotu v porovnání s ostatními kraji. Znojmo, Břeclav a Hodonín patří k okresům s největší hustotou technických her a her v kasinu na obyvatele a táhnou tak hodnoty kraje vzhůru. Oproti tomu Brno-město patří mezi okresy s nejnižším počtem technických her a her v kasinu na obyvatele – mezi 2014 a 2015 klesl ve městě počet technických her o 53,4 % z 1498 na 698, což v přepočtu činí 18,5 technické hry na 10 tisíc obyvatel; zároveň ale o 4,6 % vzrostl jejich počet v okrese Brno-venkov (Mravčík et al., 2016).

Obrázek 4 Regionální rozložení technických her a her v kasinu povolených MF podle okresů, na 10 tis. obyvatel (zdroj: Mravčík et al., 2016).



Zdroj: MF (2016), zpracováno NMS

Počet heren klesl v Jihomoravském kraji ve srovnání s rokem 2012 téměř na polovinu (z 1102 na 599 v r. 2015), počet kasin kolísá a je po nárůstu v roce 2014 (68) srovnatelný s rokem 2012 (34, resp. 38 kasin). V Brně se mezi roky 2014 a 2015 snížil počet heren (ze 101 na 86) i počet kasin (ze 36 na 12), počet kasin v okrese Brno-venkov zůstal v obou letech stejný (šest kasin). Tento údaj však zatím nereflektuje změny v roce 2016 a tendenci přesunout kasina mimo Brno-město – nově vzniklo kasino v Popůvkách u Brna na dálničním tahu směrem na Prahu, v Podolí odmítli občané stavbu kasina v referendu. Rovněž počet výherních hracích přístrojů se v Brně meziročně snížil o 85 % na šest v roce 2015 (Mravčík et al., 2016).

Tabulka 26 Změna v dostupnosti provozoven hazardního hraní, Brno-město (Mravčík et al., 2016).

	Počet 2014	Počet 2015	Změna v %	Počet na 10 tis. obyvatel 2014	Počet na 10 tis. obyvatel 2015
Technické hry	1498	698	-53,4	39,7	18,5
Provozovny	197	129	-34,5	5,2	3,4
(herny/kasina)	(161/36)	(117/12)			
VHP	41	6	-85,4	1,1	0,2

V Brně se nachází (po Praze a Ostravě) třetí největší počet poboček kurzového sázení (249), nicméně i tady jde o třetinový pokles ve srovnání s rokem 2014. Příjmy z hazardního hraní poklesly v Brně mezi roky 2014 a 2015 o 41,5 % a jde (po Rokycanech) o druhý největší pokles v České republice, který souvisí s platností obecně závazné vyhlášky zakazující provozování technických her na celém území města. Šimíková (2015) provedla terénní průzkum adres v Brně-střed, kde byly povoleny Ministerstvem financí technické hry, a zjistila, že 11 původních heren se přeměnilo na dvě sázkové kanceláře a devět sportovních barů nabízejících kurzové sázky a loterie, na části adres neobjevila žádné provozovny, nýbrž bytové domy, některé adresy povolených heren vůbec neexistovaly. Studie tak usvědčuje Ministerstvo financí z velmi malé kontroly nad tím, kam povolení vydává.

5.2 Regulace hazardu v Brně a její efekt

V oblasti regulace hazardního hraní patří Brno k neaktivnějším samosprávám. V době platnosti původního, odborníky i občanskou společností kritizovaného, zákona č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách (tzv. loterijní zákon), patřilo brněnské občanské sdružení Brnění, o.s. k neaktivnějším aktérům v této

oblasti a připravilo například příručku pro obecní samosprávy, která mapovala legální cesty, jak v kontextu platné legislativy hazard na území města regulovat (Brnění, 2013). Brno rovněž patřilo k prvním obcím, které uvedly regulační opatření do praxe (Mravčík et al., 2016). Nový loterijní zákon č. 186/2016 Sb. byl přijat na sklonku roku 2016 a samosprávy tak s platností od 1. ledna 2017 získaly větší rozhodovací pravomoc ohledně hazardu na svém území.

Vyhodnotit efekt regulace jsme se snažili pomocí vyjádření expertů z terapeutického centra a samotných hráčů hazardních her i rešerše dostupné literatury. Celkově lze těžko určit, v jaké míře se regulace projevila na změně struktury hráčské populace, na hráčských strategiích, na rozvoji souvisejících problémů nebo na změně struktury trhu. Ve stejné době, kdy v Brně docházelo k omezování elektronických herních zařízení (dále jen EHZ), byl už patrný celorepublikový nástup internetového sázení a postupná změna hazardního trhu celkově. I když je nezpochybnitelné, že regulace měla podstatný efekt, nelze ji úplně oddělit od obecných změn v oblasti hazardních her. Určité zkusení může také přinášet hodnocení dopadů regulace ve městě především pohledem léčených hráčů a pracovníků terapeutického centra. Do budoucna by bylo zajímavé podniknout průzkum v neléčené a aktivní hráčské skupině.

5.2.1 Změna struktury hráčské populace a struktury sázkového trhu

Hráči i poradenští pracovníci reflektovali efekt regulace na pozadí obecnějších změn v hazardním trhu. Regulace EHZ v tomto ohledu mohla mít podle nich posilující a synergický efekt na proměnu trhu a hráčských strategií. Pohledem pracovníků byl přelomový rok 2014, kdy došlo k masivnímu rozšíření „chytrých“ telefonů a k rozvoji sázení na internetu, speciálně na právě probíhající zápasy nebo události (tzv. live sázení). Jak uvádí jedna z pracovnic Společnosti Podané ruce: „*Hrozně důležitý bylo, když si pořídili ten chytrý telefon...Myslím si, že tohle už je vidět na našich klientech, že je to nový trend a je to pro ně zajímavý a jednoduchý, rychlý. A taky kombinují klasický sázky s live sázkama.*“ To se projevilo v léčbě poprvé v roce 2016, kdy poradenských služeb začali ve vyšší míře využívat právě sázkaři, oproti tomu hráčů klasických EHZ začalo ubývat. Na mnoha místech, kde dříve byly herny, se objevily sázkové kanceláře. Jeden z bývalých hráčů, účastník ohniskové skupiny, popisuje, jak došlo někde prakticky k výměně EHZ za sázkové terminály, které mají v důsledku podobný efekt: „*Ted' bedny nejsou a jsou tam dva stroje, ty terminály, který ti to vyjedou, takže asi to nahradilo nebo pomalu nahrazuje klasický bedny.*“ Proměnil se také trh v oblasti klasických elektronických herních zařízení a to několika způsoby:

Přesun EHZ na hranice Brna

V Brně reagovali někteří provozovatelé na regulativní obecně závazné vyhlášky městské politiky přesunem technických her do okolních obcí. Po zavedení vyhlášky zakazující provoz technických her došlo k dokončení 20 let nedostavěného motelu v Popůvkách u Brna v blízkém sousedství dálnice D1 za účelem provozování kasina. Dalším příkladem byla snaha o postavení kasina v Podolí u Brna. Proti záměru se vyjádřily Jihomoravský kraj i okolní obce a stavba kasina byla nakonec odmítnuta v obecním referendu. Herny vznikly ve velkých nákupních centrech na okraji města, jako např. v obchodním centru Olympia.

Výhody pro dojíždějící hráče

Provozovatelé zavedli extra výhody pro dojíždějící hráče. Z rozhovorů s hráči hazardních her léčenými ve Společnosti Podané ruce zároveň vyplývá, že provozovatelé hráčům poskytují bezplatnou dopravu z centra města, pokud budou v jejich provozovnách hrát. To může mít neblahý efekt na dobu strávenou v provozovně:

„*A funguje to v podstatě tak, že vy zavoláte a ten taxikář pro vás přijede kamkoli. Vy mu to sice jako třeba před Olympií zaplatíte, ale přijдете tam a první co, tak na kase vám to vyplatí zpátky. Jakmile skončíte, chcete jít domů, tak jen zvednete ruku a holka na recepci zavolá taxi a ten vás čeká a odveze kamkoli po celém Brně. Je to sice limitovaný na 600 korun, ale je to v podstatě dojezd po celém Brně. Dřív, když byl poker nebo automaty na Vinohradech, tak tam jste si šel zahrát a nebavilo vás to, tak jste si zajel kamkoli do města za někým jiným na pivo. Ale vy, jakmile toho člověka vyvezete do uzavřeného areálu, třeba do té Olympie nebo Rozdrojovic, tak si myslím, že já tam na 90 % zůstanu celou noc.*“ (klient Terapeutického centra)

Vznik nelegálních/pololegálních heren

Specializovaní pracovníci i samotní hráči uvádí, že v Brně vznikly nelegální herny. Jejich měřítko však není nijak masivní a jedná se zatím spíše o skrytý fenomén na několika místech. „*Tak půl roku zpátky na Cejlu pár heren bylo. Nebyly nějak utajené, některé byly neoznačené nebo označeny jako klubovna*“ (pracovník Terapeutického centra). Některé průzkumy potvrzují, že chudé lokality v Brně jsou místy, kde se herny vymýtit zcela nepodařilo. V té souvislosti stojí za zmínku výzkum Šimíkové (2015), která provedla 15 rozhovorů s bývalými a současnými hráči v Brně. Část z nich byla v kontaktu s léčebným programem Společnosti Podané ruce. Autorka zjišťovala jejich postoj k úplnému zákazu hazardního hraní a názor na jeho dopady. Podle respondentů budou technické hry (dále jen TH) i po zákazu stále dostupné v černých hernách. Šest respondentů uvedlo, že ví alespoň o jedné černé herně v Brně. Navíc odhadují, že jich bude přibývat. Část heren se změnila v sázkové kanceláře a některé se stále soudí o ukončení licence. To je zřejmě i případ některých heren ve vyloučených lokalitách, o kterých shodně referují pracovníci OSPOD, romských organizací i samotní obyvatelé lokality. Podle průzkumu z května 2015 realizovaného NMS ve spolupráci se Svazem měst a obcí ČR uvedlo výskyt nepovolených zařízení 30 % obcí s prohibiční nebo regulační OZV. MF v březnu 2015 odhadlo množství nepovolených zařízení na přibližně 1000 kusů. Podle SFÚ (Specializovaný finanční úřad) se nepovolený hazard nejvíce koncentruje v Brně, Jihočeském a Moravskoslezském kraji. Zcela specifickým fenoménem jsou pak tzv. kvízomaty. Na jejich přítomnost v baru Lambada na ulici Vranovská upozorňuje i Kateřina Šedá ve svém průvodci brněnskou vyloučenou lokalitou (Šedá, 2016). Podle poradenských pracovníků jsou však kvízomaty pro hráče méně zajímavé. Podle jedné z terapeutek si hráči více uvědomují, že jde o podvod a nevěří jim tolik: „*O těch kvízomatech někteří mluvili v tom smyslu, že je vůbec nelákají, protože si jsou jistí, že z těch kvízomatů vydělávají ty společnosti. Že měli pocit, že z těch automatů je to spravedlivější. Ty kvízomaty jsou pro ně míň zajímavý. Měla jsem teď dva lidi, kteří o tom takhle mluvili*“ (terapeutka, Terapeutické centrum). Celkově se tedy dá říct, že určitá míra černého hazardu se v Brně vyskytuje. Jeho výskyt ale nedosahuje nijak masivní podoby. Hlavním problémem může být jeho výskyt v oblastech zasažených chudobou a sociálním vyloučením.

Přesun EHZ do kasin na klíčových místech

S ústupem heren se v Brně zachovalo devět kasin. Jejich množství a umístění některých z nich na strategických dopravních uzlech (např. Hlavní nádraží) podle některých hráčů dostatečně pokrývá poptávku aktivních hráčů po hraní na EHZ.

„*Cejl a Střed... je tam 5 kasin, což je celkem dost, protože to může pokrývat ten trh i tak.*“ (klient, Terapeutické centrum)

„*Když museli (hráči) přestupovat, tak nezvládli přestoupit. A teď, jak to už povolili, tak povolili dvě kasina a jsou na tom hlaváku. Že je vlastně povolili na tom nejhorším místě, kde jsou na očích a jsou v uzlu, kde zvlášť u těch rozjezdů je to blbý místo.*“ (terapeut, Terapeutické centrum)

Někteří hráči uvádějí, že brněnská kasina jsou založená spíše na principu heren. Podle nich je tam pár živých her, které nic nevydělávají a provozovatelé vydělávají spíše na automatech:

„*Takže ano, v podstatě ten poker není na jakékoli úrovni, je to spíš taková zástěrka, čím se ty kasina hájí. Protože ty peníze, který oni mají jakože z pokeru, tak primárně vydělávají ty bedny.*“ (klient, Terapeutické centrum)

5.2.2 Dopady regulace na hráče EHZ

Samotní hráči regulativní snahy města vítají, ale zároveň je zřejmé, že pozitivně ovlivní jen určitou část hráčské populace. Jak hráči, tak pracovníci uvádějí, že pro hráče, kteří chtějí v hraní pokračovat, není problém se do kasina dostat. Naopak těm, kteří chtěli přestat, vyhláška pomohla omezením příležitostí a spouštěčů bažení a disinhibovaného jednání. To se projevuje zejména u prevence relapsu, kdy je jednodušší se pohybovat městským prostředím. Terapeutičtí pracovníci se nemusí tolik zaměřovat s hráči EHZ na detailní plány toho, jak se vyhnout spouštěčům v podobě blikajících heren.

„Já si myslím, že se udělal velký kus práce od nějaké doby, protože tady byly kasina hodně otevřená, blikalo to ze všech stran. Když třeba člověk jel po ulici směrem na Řečkovice, tam to bylo nejvíce rozšířené.“ (klient, Terapeutické centrum)

„Oni byli spíše nadšení, že už kolem toho nemusí chodit. Nebo že z jejich hospody oddělali ten automat, že už pro ně nebyl problém tam jít na pivo. To ale víme od těch, kteří chtěli přestat.“ (terapeutka, Terapeutické centrum)

Zároveň to ovšem vypadá, že regulace měla efekt především pro hráče, kteří chtěli přestat, nebo už podstupovali léčbu. U ostatních vedla regulace ke změně hráčských strategií.

„Nepamatuju si nikoho, kdo by uvedl jako důvod, že mu teď zrušili automat, na který byl zvyklý, tak se rozhodl, že přestane. Mám spíš pocit, že ty, co chtěli přestat, to určitě podpořilo. Ti, co měli problém, že jim to malinko ujždělo, tak když jim v hospodě zrušili automat, nepotřebovali jít jinam, a ti, co už to měli jako závislost, tak neměli problém dojet si dál.“ (terapeut, Společnost Podané ruce)

Bývalí hráči se domnívají, že vyhlášky a omezení hráčských příležitostí mohou mít dobrý efekt na chudší obyvatele a na ty, kteří žijí ve vyloučených lokalitách a jsou hazardem nejvíce ohroženi.

5.2.3 Další regulativní a preventivní doporučení pohledem hráčů

Zotavující se hráči a jejich terapeuti také uváděli, jaká opatření na úrovni regulace a prevence by mohla snížit míru problémového hraní a omezit riziko relapsu. Některá z nich jsou na úrovni města těžko dosažitelná, nicméně mohou sloužit jako podnět k diskusi s tvůrci drogových politik na krajské a národní úrovni.

- 1) **Regulace kasin na uzlových místech.** Současná kasina jsou umístěna na rizikových místech, především se jedná o hlavní nádraží, kudy projíždí mnoho lidí. Tato místa by měla být podle hráčů vyhodnocena jako riziková a kasina by zde být povolena neměla.
- 2) **Regulace reklam na kurzové sázení.** Podobně jako u heren, množí se reklamy na sázení. To je provázané se sportem, který má velké množství problémových hráčů v anamnéze. Jejich regulace ve veřejném prostoru by omezila normalizaci extenzivního sázení a přispěla k prevenci relapsu.
- 3) **Propagace prevence na rizikových místech a v městském prostředí.** Podle hráčů i specializovaných pracovníků by k prevenci a včasnému vyhledání pomoci mohly pomoci viditelně umístěné letáky v sázkových kancelářích a na internetu. V současné chvíli jsou informace o zodpovědném hraní a jeho zásadách skryty a umístěny na stránkách jen formálně. Informace o systému pomoci a rizicích hraní mohou být umístěny na veřejných místech, jako např. v MHD, apod. Propagace se přitom nemusí týkat pouze informací o konkrétní pomáhající službě, ale také informací o zásadách finanční gramotnosti, nebo poukazování na nevýhodnost sázení, apod.
- 4) **Sebe/vyloučení problémových hráčů.** Hráči sami uváděli, že by jim pomohlo se ze hry diskvalifikovat, pokud jejich hraní překročí určitou mez. Toto vyloučení by mohli někteří z nich akceptovat na základě intervence blízkého člena rodiny, který je závislostí na hazardních hrách zasažen sekundárně. Tyto úvahy jen podporují opatření zodpovědného hraní obsažené v novém loterijním zákoně, konkrétně v pasáži o sebeomezení. Podle nového zákona do sebeomezení povinně spadají i osoby v hmotné nouzi.
- 5) **Fungující ústavní léčba.** V současné chvíli není možné v Brně nastoupit do specializovaného pobytového zařízení, které by pracovalo s hráči hazardních her. M.: „*Ted' Černovice nefungujou, gamblery asi oficiálně berou, ale neoficiálně neberou.*“ Ž: „*Já jsem se ptala toho jejich psychologa a on říkal, že když k nim někdo přijde, tak říkají, že má jít někam jinam. Nechají si ho teda 14 dní a pak ho intenzivně přemlouvají, aby šel někam jinam. Ale když vytrvá, tak tam může zůstat. Na tom jejich alkoholovém.*“ (rozhovor s terapeutky, Společnost Podané ruce)

„Když se tak bavím s každým, kdo to chce řešit, tak co se týče léčebny, tak byl mimo Brno. Takže Brno asi nemá úplně nejlepší léčebnu na tohle. Vzhledem k tomu, jak je to velké město a jak ten

problém je tu velikej, tak je to ohromná škoda a je to špatně. To je věc, kterou by Brno mohlo pořešit. Je to velmi důležitý faktor. Co se bavím s lidma, tak každěj se byl léčit v jiným městě, Opava, Jihlava a tak dál.“ (klient, Terapeutické centrum)

- 6) **Návaznost.** Po výstupu z léčebny by měla fungovat služba, která bude s člověkem intenzivně dál pracovat. Tuto službu by měly léčebny aktivně vyhledávat a kontaktovat spolu s pacientem před výstupem. Zejména moment výstupu z léčby je podle hráčů velmi důležitý, protože člověk disponuje určitým obnosem, který si nastřádal v průběhu hospitalizace a po výstupu může mít nutkání ho použít při hraní hazardních her. Relapsem se tak nejenom zkomplikuje proces zotavení, ale v mnoha případech přijdou vniveč prostředky vynaložené na lůžkovou péči.

„Když to tak vezmu, tak když tam půjdeš, budeš zaměstnaněj, budeš brát neschopenku, ze které, když tam dostaneš třikrát denně najíst, tak neutratíš ani korunu. Takže, když seš sám a ukončíš tu léčbu, tak na ten účet ti chodí prachy, který když odcházíš, tak dostaneš cash. Takže ty budeš odcházet jako levnej gambler, neutratíš tam ani korunu, za půl roku tam budeš mít třeba 40 000, který ti dají do ruky a čau no. To je pak strašně riskantní.“ (klient, Terapeutické centrum)

- 7) **Provázanost a informovanost služeb.** S návazností souvisí to, zda jednotlivé služby vůbec vědí o možnosti poslat svého pacienta/klienta jinam. Někdy se zdá, že zdravotnické služby nejsou moc provázané s ambulantními neziskovými organizacemi, které mohou zajistit návazné služby a naopak.

V jiných službách, jako jsou drogové služby nebo dluhové poradny, dochází k setkávání s lidmi, kteří hrají hazardní hry a sázejí, nicméně se jich pracovníci center na hraní neptají a nenabízí jim aktivně pomoc v této oblasti. Podle terapeutů to souvisí s tím, že neví, jak se zeptat a tudíž si ani nejsou vědomi provázanosti např. dluhové situace s hazardním hraním. Samotní jejich klienti se mohou za hraní stydět a tak příčina problémové situace může zůstat dlouho skryta.

- 8) **Intenzivní péče v krizi a doba „hájení“.** Podle pracovníků terapeutického centra přichází nejnáročnější moment zotavení hned na začátku. Ve chvíli, kdy by se měl člověk soustředit na sebe a změnu svého života, dopadnou na něj existenciální rizika v souvislosti s tím, že nevydělává peníze a padají na něj dluhy, které u hráčů dosahují velkých částek. V tu chvíli je ohroženo bydlení, na hráče se najednou obrátí dlužníci, kteří chtějí ihned splácet. Podle pracovníků by měla po rozhodnutí abstinovat následovat tříměsíční „doba hájení“, kdy člověk nemůže přijít o bydlení, kdy se mu pozastaví splácení dluhů a on nebo ona se může zaměřit na změnu životního stylu. Často totiž základní existenciální rizika znemožňují průběh zotavení a terapeutické práce:

„My s nima nemůžeme pracovat, dokud jsou úplně existenciálně ohrožený. Třeba se fakt na začátku muselo vyřešit to, aby nepřišli za dva dny o bydlení. A do té doby nemůžeme pracovat na nějakých prevencích relapsu nebo zastavení toho hraní, když jemu jde o to, aby měl co jíst a nepřišel o bydlení.“ (terapeutka, Terapeutické centrum)

„Je spousta lidí, co to roky drží na té hraně, že ještě nemají exekuce a vědí, že musí každěj měsíc vydělat hodně peněz, a když ne, tak to někde praskne. Takže aby si mohli dát ten čas, aby mohli zpomalit. Jde o workoholiky, na který to tlačí. A už jen kdyby mohli dva měsíce aspoň přemýšlet, jak to udělat jinak. To by bylo super. Nevím, jestli je reálný to prosadit.“ (terapeut, Terapeutické centrum)

5.3 Prevalence hazardního hraní a problémového hráčství v populaci

Do výzkumu Prevalence užívání drog v populaci ČR zařazuje NMS tradičně sadu otázek na hazardní hraní, vzhledem k malému vzorku jsou však k dispozici pouze údaje na národní úrovni. Podle výsledků z roku 2015 má zkušenost s hazardními hrami (bez loterií a drobných sázek) celkem 36,8 % populace starší 15 let, přičemž ve věku do 34 let se jedná 46,5 %, online alespoň jednou v životě sázelo 14,1 %, resp. 22,7 %. Hraní v posledních 12 měsících uvedlo 20,4 % dotázaných, v posledních 30 dnech 8,2 %, online hrálo v posledním roce 8,2 % a v posledním měsíci 2,9 % vzorku ve věku 15 a více let. Nejčastěji sázejí lidé v sázkových

kancelářích, jež přiznalo 28,2 % v životě, 16,3 % v posledním roce a 6,9 % dotázaných v posledním měsíci. Oproti poslednímu roku se mírně zvýšila prevalence hazardního hraní v celém vzorku, nejvyšší nárůst se ovšem týkal věkové kategorie mezi 15 a 24 roky – 20,3 % uvedlo hraní v posledních 12 měsících v roce 2014, 35,5 % pak v roce 2015 (Mravčík et al. 2016).

Mezi šestnáctiletými respondenty studie ESPAD provedené v roce 2015 přiznalo hazardní hraní v posledních 12 měsících 9,1 % vzorku (15,3 % hochů, 3,1 % dívek), přičemž třetina uvedla hraní s týdenní nebo častější frekvencí. Nejoblíbenější přitom byly karetní hry na internetu, kostky a online kurzové sázky, nejproblematičtější typ školy – obdobně jako u návykových látek – představovaly střední odborná učiliště bez maturity, jejichž studenti hráli nejčastěji a trávili hraním nejvíce času denně (Chomynová et al., 2016). Podíl studentů, kteří hrají o peníze na hracích automatech je sledován od roku 1995 a je dlouhodobě stabilní (1,1 %) (Mravčík et al., 2016).

Mravčík et al. (2015) provedli odhad prevalence problémového hráčství v populaci na základě údajů ze tří celopopulačních studií provedených v letech 2012 až 2014, které obsahovaly alespoň jednu škálu patologického hráčství. Podle jejich odhadů bylo v roce 2012 ohroženo rizikem vzniku problémového hráčství celkem 5,1 % populace ve věku 15-64 let (7,4 % mužů a 2,8 % žen), přičemž 2,3 % se nacházely ve středním až vysokém riziku a 0,6 % ve vysokém riziku. V roce 2014 s použitím jiného nástroje činil odhad osob v riziku 4,9 % dospělé populace. Mezi mladými dospělými do 34 let identifikovali autoři 6,2 % ohrožených v roce 2012 a 5,3 % ohrožených v roce 2014. Souhrnný odhad pro dospělou populaci pak činí podle míry rizika 5 %, 1,5-2,3 % a 0,6-1,2 % dospělých.

Odhady počtu problémových a patologických hráčů v Brně-městě provedených na základě populační prevalence obsahuje následující tabulka. V Brně je odhadem 1500 až 3000 patologických hráčů, kteří se nacházejí v pásmu nejvyššího rizika ohrožení závažnou hráčskou poruchou a mohou potřebovat pomoc odborníka. Problémové hráčství oproti tomu označuje nižší intenzitu problému, ale zároveň vyšší frekvenci hraní, postupnou ztrátu kontroly a více utracených peněz. Jak ale uvádí Mravčík et al. (2015), jednoznačná hranice odlišující neproblémové a problémové hráče neexistuje, vždy se jedná pouze o *ad hoc* stanovenou hranici na kontinuální škále měřící míru problému. Pro srovnání, zpráva Jihomoravského kraje z r. 2016, která používá údaj o prevalenci z roku 2005, uvádí odhadem 1900 až 3800 patologických hráčů ve městě Brně (JMK, 2016).

Tabulka 27 Odhad počtu problémových hráčů ve věku 15-64 let, Brno-město (podle Mravčík et al., 2015).

	Podíl v populaci	Přepočet na obyvatele 15-64 let, Brno-město
V riziku celkem	5 %	12329
Problémoví hráči	1,5-2,3 %	3699 – 5671
Patologičtí hráči	0,6-1,2 %	1479 – 2959

Podle údajů ze závěrečných zpráv Terapeutického centra Společnosti Podané ruce (dříve Elysium) jsou patologičtí hráči, kteří vyhledají pomoc, typicky muži mezi 20 a 60 lety (průměrný věk se pohybuje okolo 33 let), se středoškolským vzděláním, kteří jsou zatím schopni udržet si zaměstnání, obvykle hrají technické hry nebo sázejí na sportovní zápasy online a pomoc začnou hledat v okamžiku vážné životní krize, jakou představují například rozpad rodiny, sebevražedné myšlenky a deprese (TPC SPR, 2014, 2015, 2016). To zhruba odpovídá také struktuře patologických hráčů v léčbě v České republice, jak ji popsali Mravčík, Černý et al. (2015), v jejichž vzorku většinu léčených tvoří středoškolsky vzdělaní, zaměstnaní muži s průměrným věkem 33,7 roku, z nichž 41 % pomýšlela na sebevraždu.

5.4 Léčba patologických hráčů

Léčba hazardních hráčů se do Národního registru léčby uživatelů drog nehlásí a detailní data pro město Brno nejsou aktuálně k dispozici. Podle údajů ÚZIS/NMS nepřesáhl celorepublikově počet hospitalizovaných

patologických hráčů 600 a čísla jsou mezi roky 2004 a 2014 stabilní, většinu hospitalizovaných tvoří muži. Počet hospitalizací v Jihomoravském kraji je průměrný a činí 4 patologické hráče na 100 tisíc obyvatel (Mravčík et al., 2016).

V Brně poskytuje ambulantní léčbu osobám potýkajícím se se ztrátou kontroly nad hazardním hraním Terapeutické centrum Společnosti Podané ruce, které zahájilo činnost v oblasti gamblingu v roce 2011/2012. Počet léčených pomalu narůstá, což zřejmě souvisí s tím, jak se služba v Brně etabluje. To indikuje i rostoucí počet klientů, kteří zařízení vyhledali v souvislosti s patologickým hráčstvím jiné osoby.

Tabulka 28 Vývoj počtu klientů s hráčskou poruchou v Terapeutickém centru SPR (TPC, 2016).

	2013	2014	2015
Počet hráčů	50	70	88
- Z toho muži	49	65	81
- Průměrný věk	32	34	33
Ostatní klienti	9	18	51

Další organizací, která vykazuje terapeutický kontakt s hazardními hráči, je ÚPLZ A Kluby Brno, který uvádí 53 klientů za rok 2015.

Obecně se do kontaktu s léčebným zařízením dostane pouze malý podíl hráčů, kteří to potřebují. Nejde přitom jen o brněnské nebo české specifikum, nízké procento léčených patologických hráčů lze pozorovat i v zahraničí a je pro tuto populaci charakteristické. Problém se rozvíjí pomalu a plíživě a většina hráčů se do kontaktu s pomocí dostává až v okamžiku vážné životní krize (Meyer et al., 2009).

5.5 Včasná identifikace a intervence *in situ*

Ze systematické rešerše odborné literatury provedené pro Ministerstvo financí vyplynulo, že existuje celá řada nástrojů, jak předcházet, identifikovat a minimalizovat negativní dopady hazardního hraní na straně provozovatelů (Mravčík et al., 2015). Autoři prozkoumali několik desítek dokumentů a identifikovali metody intervence variující od neobtěžujících (a zřejmě také nejméně efektivních) statických informačních sdělení v prostředí herny či kasina, přes metody zahrnující zpětnou vazbu a interakci s personálem, až po omezení či úplné zamezení vstupu či hráčské participace. Některá opatření nově ukládá loterijní zákon č. 186/2016 Sb. Různé metody vyžadují různou míru aktivity hráčů, často předpokládají určitou míru sebereflexe nebo vhodný moment využívající uvědomění si problému. Ze strany provozovatelů a personálu se naopak předpokládá významná míra zodpovědnosti, erudice a jistoty v oblasti rozpoznávání a reagování na příznaky problémového hraní. Pro včasnou identifikaci hráčského problému z dostupné literatury vyplývá, že vodítka, jak rozeznat rozvíjející se patologii – ať už v kamenné provozovně nebo prostřednictvím internetu – existují. Zatím nicméně chybí dostatečné důkazy a konsensus nad kritickými hodnotami, které poskytnou jistotu úsudku (Mravčík et al., 2015).

Opatření založená na zvyšování informovanosti hráčů patří mezi nejméně efektivní, zvláště jsou-li poskytované informace statické a nijak jej nevyrušují od hraní. Povinnost informovat o pravidlech jednotlivých her a pravděpodobnosti výhry nyní ukládá provozovatelům zákon. Nově také zákon definuje tzv. hráčské konto a ukládá provozovatelům povinnost informovat hráče o době strávené hraním, o výši proher od aktivace konta a o sebeomezujících opatřeních (Mravčík et al., 2015).

Sebeomezující opatření patří mezi nejefektivnější způsoby intervence, vyžadují ale rozhodnutí hráče. Z rešerše vyplynulo, že provozovatelé typicky nastavují sebeomezující opatření tak, aby stále ponechávala poměrně velký prostor pro výhry/prohry (Mravčík et al., 2015). Zákon nyní nařizuje provozovatelům, aby umožnili hráčům nastavení sebeomezujících opatření s ohledem na počet sázek, výši prohry, počet návštěv herního prostředí, případně dobu strávenou hraním v různých časových obdobích (den, měsíc). Hráč má rovněž možnost se úplně vyloučit z účasti na hazardním hraní – typicky efektivitu tohoto opatření snižuje nutnost požádat o vyloučení u každého provozovatele zvláště a nedůslednost dodržování zákazu na straně provozovatelů (Mravčík et al., 2015). Nový loterijní zákon na tuto nevýhodu reaguje jednak zavedením centrálního Rejstříku fyzických osob vyloučených z účasti na hazardních hrách spravovaného Ministerstvem

financí, do kterého může být hráč (vedle povinných případů vyjmenovaných v zákoně, např. pobírá-li dávky pomoci v hmotné nouzi) zapsán na svoji žádost. Provozovatel je pak vždy povinen zkontrolovat totožnost každého hráče a ověřit, zda není vyloučen ze hry, a neumožnit mu vstup do herních prostor a účast na hře.

Pro většinu opatření, která lze aplikovat v prostředí hazardní hry přitom platí, že jejich efektivita se snižuje s rostoucí závažností problému. Informovanost o možnostech léčby a její větší dostupnost by však mohly pomoci předcházet rozvoji patologického hráčství včasným kontaktem s pomáhajícím zařízením. Hráči, u nichž se již rozvinula závažná hráčská porucha, často dokáží zamezující opatření obejít, jak naznačují i výpovědi terapeutů a hráčů v kontextu omezení herních příležitostí v Brně.

5.6 Souhrn

V posledních letech došlo k dramatickému snížení počtu heren, kasin a dostupnosti technických her na území města Brna, které zároveň provází změna typu provozovny (přibývá kurzového sázení) a přesun částí provozovatelů za hranice města, do okolních obcí. Opatření zřejmě v dlouhodobém horizontu povede ke snížení incidence problémového hráčství v kamenných provozovnách a sníží riziko rozvoje patologického hráčství u těch, kteří jsou jím ohroženi. Hráči, u nichž se již porucha rozvinula, nicméně zatím mohou do kasin cestovat městskou hromadnou dopravou, případně kyvadlovou dopravou hrazenou provozovateli heren. Některá kasina jsou umístěna na strategických místech a pokrývají tak základní nabídku. Přítomnost nelegálních heren na území města stále představuje problém, který se týká především vyloučené lokality v okolí Cejlu.

V populaci zároveň přibývá hráčů, kteří sázejí online, což je jev, který nelze lokálně omezit. Lze přitom předvídat nárůst jak incidence, tak prevalence problémového hráčství na internetu. Zmírnit by jej mohlo omezení reklamy na online sázení na území města, zvyšování informovanosti o povaze sázek i veřejná propagace kontaktů na poradenská centra pro hráče a hráčky hazardních her.

Z dat o prevalenci hazardního hraní a jeho problematických forem ve školní a dospělé populaci a z dat o léčbě souvisejících poruch vyplývá, že pomoc se dostane pouze malému podílu hráčů v riziku. To souvisí jednak s přetrvávajícím stigmatem, s nízkou mírou uvědomění si problému a s malou informovaností o příznacích poruchy a možnostech léčby a pomoci. Zákonem uložené povinné zveřejňování preventivních informací by mohlo částečně tuto mezeru zaplnit. Vzhledem k obecné neochotě provozovatelů poskytovat informace nad rámec zákonné povinnosti však bude klíčový také proaktivní přístup sociálních pracovníků a poskytovatelů péče. Nízká úroveň návaznosti, malá provázanost služeb a jejich informovanost je vnímána jako překážka v pomoci a prevenci hazardního hraní. Dlouhodobým problémem je nefungující lůžkové léčebné oddělení pro problémové hráče v Brně. Zdá se také, že jsou v léčebných zařízeních i na legislativní úrovni málo zohledňovány a řešeny rizikové faktory při procesu zotavení, jako jsou například dluhy a bytová nouze problémových hráčů.

6. Noční život a rekreační užívání drog

Tato kapitola popisuje oblast noční zábavy ve městě Brně a míru a rizika související s užíváním legálních i nelegálních drog. Vychází přitom z dat Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (NMS) o užívání drog v populaci mladých dospělých a využívá starších studií provedených mezi návštěvníky festivalů a hudebních klubů. V ČR probíhá pouze minimum preventivních aktivit a monitoringu, které by se prostředím noční zábavy zabývaly. Zároveň se pozornost typicky upírala směrem k elektronické taneční hudbě, s níž bývá spojováno užívání nelegálních drog především, a málo pozornosti se věnovalo střednímu proudu noční zábavy, městským klubům a diskotékám. Informace o aktuální situaci v prostředí noční zábavy nejsou tedy systematicky k dispozici. Aktuální data přímo z brněnského prostředí nočního života nejsou (až na výjimky v podobě závěrečných prací studentů Masarykovy univerzity) k dispozici.

Abychom získali komplexnější představu o situaci a ověřili některá zjištění z uvedených zdrojů, provedli jsme po vzoru nizozemského projektu Antenne Amsterdam individuální a skupinové rozhovory s klíčovými informanty z prostředí nočního života, jejichž ambicí je rovněž položit základ pro dlouhodobý systematický monitoring (Naben et al., 2014). Celkem jsme provedli pět rozhovorů s pravidelnými a častými účastníky nočního života v Brně, kteří se pohybují v různých typech klubů a akcí a v různých rolích (ochranka klubu, DJ, barman, návštěvník, sociální pracovník). Jednalo se účelový výběr vzorku s cílem pokrýt co nejširší spektrum perspektiv a zkušeností, zároveň se nám však nepodařilo uskutečnit všechny domluvené rozhovory, proto nejde o vyčerpávající popis situace, nýbrž pouze o střípky dokreslující dostupná data.

6.1 Noční život v Brně

Ačkoliv je Brno kulturním centrem regionu, je prostředí noční zábavy paradoxně nejméně zmapovanou oblastí. Význam nočního života ve městě přitom každoročně roste a nabídka se proměňuje a diverzifikuje. Zatímco v minulém desetiletí byly pro Brno typické masové taneční akce (např. Citadela, Apokalypsa), na které se sjížděli návštěvníci z celé země a ze zahraničí, obdobné podniky jsou dnes spíše výjimečné a noční život ve městě se soustřeďuje do menších klubů a odpovídá spíše na potřebu relaxace těch, kteří ve městě žijí, pracují a studují. V Brně se v posledních letech otevřelo několik nových hudebních klubů, rozšiřuje se nabídka hudební produkce a provozovatelé reagují na poptávku po nekuřáckém prostředí (úplný zákaz kouření platí např. v klubech Eleven, Watt, Kabinet Múz, Sono; Fléda vyhradila kouření původní zahrádku a přilehlý bar). Bez ohledu na diverzifikaci nočního života však stále platí, že je pro prostředí noční zábavy charakteristická zvýšená míra užívání návykových látek včetně alkoholu a s tím související rizika (Fletcher et al., 2010).

S ohledem na obecné demografické trendy lze odhadnout, že noční život v Brně je v posledních letech tvořen především čtyřmi skupinami návštěvníků a obyvatel: (1) studenty, jejichž počet se pohybuje mezi 70 tisíci (r. 2015/2016) a 82 tisíci (v r. 2010/2011) a z nichž zhruba pětinu tvoří cizinci (ČSÚ, 2016a); (2) turisty, jichž každoročně do Brna zavítá přes půl milionu a více než polovina z nich přijede ze zahraničí (ČSÚ, 2016b); (3) cizinci dlouhodobě žijícími v Brně-městě, jejichž počet se mezi roky 2005 a 2015 zdvojnásobil na více než 25 tisíc osob, z nichž kolem 40 % tvoří občané jiné země Evropské unie (ČSÚ, 2016b); (4) mladými dospělými, kteří mohou, ale nemusejí být svobodní a bezdětní, kteří jsou pány svého rozpočtu a kteří jsou typickými návštěvníky prostředí noční zábavy v ČR, stejně jako v jiných Evropských zemích – mladí dospělí ve věku mezi 20 a 34 lety tvoří v Brně pětinu populace (ČSÚ, 2016d).

6.2 Alkohol a drogy v prostředí noční zábavy

Jak vyplývá z kontaktní práce v prostředí noční zábavy a na hudebních festivalech, návštěvníky těchto akcí jsou především mladí lidé ve věku do 35 let (Safer Party, 2010), kteří jsou rovněž nejčastějšími uživateli legálních i nelegálních drog. Užívání nelegálních drog je vysoké mezi muži a mladými dospělými ve věku 15–34 let, ale vyšší míru užívání vykazují některé populační podskupiny, např. mladí dospělí v prostředí noční zábavy nebo některé subkultury. Obsahuje data z poslední dostupné reprezentativní studie užívání drog, kterou v roce 2014 provedlo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) a která naznačuje, že užívání většiny návykových látek (s výjimkou léků) dosahuje ve všech třech časových

horizontech (celoživotní, roční a měsíční prevalence) až dvojnásobné míry právě v populaci mladých dospělých. Zpráva zároveň uvádí, že ve srovnání s předchozími lety došlo v obecné populaci k mírnému nárůstu celoživotní prevalence zkušeností s celou řadou nelegálních drog. Kromě konopných drog šlo především o užívání halucinogenních hub, pervitinu a kokainu, tedy drog typických pro prostředí noční zábavy. Vzrostla rovněž míra užívání tradiční taneční drogy extáze v posledních dvanácti měsících (Mravčík et al., 2015).

Vysokoškolskými studenty, kteří vzhledem k věku i nepravidelnému dennímu režimu zřejmě tvoří podstatnou část návštěvníků prostředí noční zábavy v Brně, se ve své práci zabývala Rovňáková (2013), která kromě preferencí studentů rovněž mapovala nabídku kulturního vyžití. Z dotazování nereprezentativního vzorku 177 studentů vyplynulo, že studenti preferují žánrově nespecifické typy zábavy – nejčastěji přitom tráví čas v pivnicích a hospodách, případně ve venkovních prostorech v centru města (park na Špilberku, Petrov, Lužánky, parky na Moravském náměstí), přičemž typickou drogou takových večerů je alkohol. Užívání nelegálních drog se ve vzorku téměř nevyskytlo, naopak časté byly stížnosti na zakouřené prostory barů a diskoték.

Problematikou užívání drog přímo v prostředí noční zábavy se systematicky na národní úrovni zabývala naposledy studie Tanec a drogy provedená v letech 200, 2003, 2007 a 2010 (v prvním roce ještě pod názvem Anketa Semtex Dance 2000). Studie se zaměřovala především na návštěvníky tzv. tanečních akcí a hudebních produkcí, pro které je typické užívání tzv. tanečních drog, zejména extáze, a vedle míry a vzorců užívání drog sledovala rovněž náchylnost k rizikovému chování (např. řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu a/nebo drog a spolujízda s řidičem pod vlivem, nechráněný sex, konflikty s ochrankou, apod.). V roce 2014 navázal na tuto sérii průzkum provedený na taneční scéně a zaměřený na nové syntetické drogy. Výsledky všech pěti šetření souhrnně uvádí Tabulka 2¹⁰. I když lze mít ke srovnatelnosti dat z obou typů šetření výhrady, průzkum provedený v roce 2014 v terénu odhalil některé relativně nové trendy či návrat tradičních tanečních drog, které se zdály být v posledních letech na ústupu. Vzrostlo užívání ketaminu, GHB a těkavých látek. Tyto drogy jsou do značné míry charakteristické pro subkultury pohybující se v prostředí nezávislých či nekomerčních hudebních akcí. Patrný je nicméně dlouhodobý nárůst užívání kokainu rekreačními uživateli. Jeho častější přítomnost na černém trhu v Brně potvrzují i naši informanti, nicméně kvalita drogy podle nich velmi kolísá a závisí na ceně, jeho roli tak často stále supluje levnější, dostupnější a v mnoha ohledech účinnější pervitin (osobní komunikace).

¹⁰ Při interpretaci poklesu prevalence u většiny standardně monitorovaných látek je potřeba vzít v úvahu rozdílný způsob konstrukce vzorku a sběru dat mezi oběma šetřeními – studie Tanec a drogy pracovala se sebe-nominovaným vzorkem a data byla sbírána online, zatímco studie Nové drogy byla v roce 2014 provedena přímo v terénu na vybraných letních festivalech a nekomerčních tanečních akcích a data byla sbírána prostřednictvím papírového dotazníku a tabletu. Význačný je i rozdíl v populacích zachycených oběma projekty – podíl mužů, pro něž je typická vyšší míra užívání legálních i nelegálních drog, se v roce 2014 oproti předchozím letům významně snížil.

Tabulka 29 Rozsah užívání drog v obecné populaci v roce 2014 (Mravčík et al., 2015).

Typ drogy	Věková skupina 15–64 let			Mladí dospělí
	muži (n = 441)	ženy (n = 429)	celkem (n = 870)	15–34 let (n = 313)
Celoživotní prevalence				
Jakákoliv nelegální droga celkem	39,8	22,1	31,1	48,5
Konopné látky	36,2	21,0	28,7	44,9
Extáze	9,0	2,8	6,0	12,8
Pervitin	3,4	1,6	2,6	4,9
Kokain	1,6	0,2	0,9	2,3
Heroin	1,1	0,2	0,7	1,3
LSD	1,4	0,0	0,7	1,6
Halucinogenní houby	6,6	1,9	4,3	9,4
Těkavé látky	2,1	0,2	1,2	1,9
Jiné syntetické drogy	0,2	0,0	0,1	0,3
Jiné rostlinné drogy	1,6	0,9	1,3	1,3
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	31,8	38,0	34,8	25,8
Anabolické steroidy	3,2	0,7	2,0	2,9
Prevalence v posledních 12 měsících				
Jakákoliv nelegální droga celkem	16,7	8,4	12,6	26,2
Konopné látky	15,4	7,3	11,4	23,9
Extáze	2,3	0,9	1,6	3,6
Pervitin	1,4	0,2	0,8	2,3
Kokain	0,5	0,0	0,2	0,6
Heroin	0,2	0,0	0,1	0,3
LSD	0,2	0,0	0,1	0,3
Halucinogenní houby	1,6	0,0	0,8	2,3
Těkavé látky	0,7	0,0	0,3	1,0
Jiné syntetické drogy	0,0	0,0	0,0	0,0
Jiné rostlinné drogy	0,2	0,7	0,5	0,3
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	15,5	21,2	18,3	12,9
Anabolické steroidy	0,7	0,0	0,3	1,0
Prevalence v posledních 30 dnech				
Jakákoliv nelegální droga celkem	5,8	1,9	3,9	8,6
Konopné látky	5,7	1,9	3,8	8,5
Extáze	0,0	0,0	0,0	0,0
Pervitin	0,2	0,0	0,1	0,3
Kokain	0,5	0,0	0,2	0,6
Heroin	0,0	0,0	0,0	0,0
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0
Halucinogenní houby	0,0	0,0	0,0	0,0
Těkavé látky	0,0	0,0	0,0	0,0
Jiné syntetické drogy	0,0	0,0	0,0	0,0
Jiné rostlinné drogy	0,0	0,0	0,0	0,0
Léky (sedativa, hypnotika, opioidní analgetika)	3,9	8,2	6,0	2,9
Anabolické steroidy	0,5	0,0	0,2	0,6

Zdroj: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015b)

Tabulka 30 Prevalence zkušeností s legálními a nelegálními látkami mezi příznivci elektronické taneční hudby v letech 2000-2014 (NMS, 2015).

Droga	2000			2003			2007			2010			2014		
	LTP	LTP	12M	30D	LTP	12M	30D	LTP	12M	30D	LTP	12M	30D		
Alkohol	87,5	97,9	94,9	83,8	97,1	94,8	90,1	99,1	96,2	92,3	93,2	87,2	61,8		
Tabák	n. a.	90,6	78,0	61,4	90,8	76,2	67,9	93,9	79,3	69,2	85,6	73,8	48,9		
Konopné látky	82,9	92,0	84,7	65,2	91,5	76,3	60,3	94,9	77,1	54,6	85,6	70,4	42,0		
Extáze	53,7	67,1	54,2	32,6	69,2	49,7	29,9	70,2	42,6	19,9	62,6	44,0	16,5		
Lysohlávky*	38,7	43,0	20,3	3,5	47,8	19,9	3,9	51,2	17,7	4,3	58,0	34,2	13,4		
LSD*	49,8	45,2	22,8	8,8	43,0	20,8	6,8	47,6	17,6	4,9					
Pervitin	34,4	40,7	25,0	13,8	47,7	28,1	15,8	47,4	24,0	12,1	41,3	23,3	9,8		
Kokain	18,9	20,1	12,4	4,3	30,6	19,1	7,5	47,2	28,6	10,8	43,1	23,9	7,6		
Poppers	11,2	35,1	21,2	7,9	45,1	16,8	5,8	41,8	9,6	2,5	32,6	12,5	5,4		
Amfetamin	19,8	18,4	7,6	2,9	n. a.	n. a.	n. a.	29,7	9,6	3,6	n. a.	n. a.	n. a.		
Ketamin	n. a.	6,7	1,7	0,9	7,9	2,1	0,4	9,8	2,5	0,8	21,1	11,9	4,3		
Heroin	9,5	6,0	1,2	0,4	6,2	1,0	0,5	6,8	0,6	0,5	11,5	3,1	2,0		
GHB	9,7	6,8	2,1	0,9	5,9	1,3	0,2	6,4	0,8	0,2	11,3	4,7	2,5		
Těkavé látky	4,5	5,5	1,6	0,7	5,1	0,8	0,2	5,7	0,6	0,3	11,6	3,6	1,8		
Crack	2,3	2,2	1,1	0,4	1,8	0,3	0,1	2,7	0,6	0,2	n. a.	n. a.	n. a.		
NPS**	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	16,9	7,2	3,4		

Pozn.: * V r. 2014 byla sledována širší kategorie halucinogenních drog. ** Nové psychoaktivní látky. LTP = celoživotní prevalence, 12M = prevalence v posledních 12 měsících, 30D = prevalence v posledních 30 dnech.

Zdroje: Kubů et al. (2000), Kubů et al. (2006), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2008), Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011a), Běláčková et al. (2015a)

6.3 Nové syntetické drogy

Zatímco evropská drogová scéna v poslední dekádě čelí nárůstu tzv. nových syntetických drog, látek, které napodobují účinky nelegálních drog, typicky alterací chemické struktury, aby se producenti a prodejci vyhnuli trestnímu postihu, česká data zatím masové zneužívání těchto látek nenaznačují. Užívání nových syntetických drog je podle studie *Flash Eurobarometr*, zaměřené na postoje mladých Evropanů ve věku 15-24 k drogám a provedené v roce 2014, v ČR ve srovnání s evropským průměrem na poloviční úrovni, i když ostatní drogy užívají čeští mladí nadprůměrně. To lze interpretovat jednak poukazem na dosud nerozvinutý trh s těmito látkami, ale i jako indikátor snadné dostupnosti populárních nelegálních drog a nízké míry vnímaného souvisejícího rizika, ať už jde o zdravotní či legální konsekvence jejich užívání (NMS, 2014). Jinými slovy, lidé nevyhledávají drogy na bázi syntetických kanabinoidů tam, kde je relativně snadno a s malou mírou rizika dostupná marihuana či hašiš.

Z kvalitativní studie, kterou na téma nových syntetických drog v Brně provedl Veselý (2013) však vyplývá, že se tyto látky na černém trhu v Brně objevují a stávají se i alternativou tradičních drog pro mnohé problémové uživatele drog, kteří látky aplikují nitrožilně. Tento vzorec je typický pro problémové uživatele drog v některých evropských zemích, kde v době nedostupnosti heroínu na černém trhu přecházeli uživatelé na mefedron vyžadující častější aplikaci, čímž vzrostla související zdravotní rizika (EMCDDA, 2013). Veselý (2013) popisuje rozmach nových syntetických drog ve městě v souvislosti s jejich snadnou dostupností z dnes už zavřených kamenných prodejen (tzv. *Amsterdam shopů*) v centru města, kde se podle respondentů studie legální drogy prodávaly zřejmě i mladistvým. Po represích v letech 2011-2012 se však obchod s těmito látkami přesouvá na internet, problémoví uživatelé ze vzorku se vrátili ke snáze dostupné primární droze, informace o složení drog zůstává sporadická¹¹. Užívání nových syntetických drog mezi problémovými uživateli v Brně dokládá i Běláčková et al. (2016), která zaznamenala jejich injekční aplikaci nebo kombinaci s heroinem. Naši informanti přítomnost nových syntetických drog potvrzují, a to jak v prostředí subkulturních akcí, tak v klubech v centru města, podle jejich informací je však těžké odhadnout, jaké drogy se na akcích dají sehnat (osobní komunikace).

6.4 Rozhovory s informanty

Podle rozhovorů s informanty se užívání drog v Brně zdaleka neomezuje pouze na subkulturní kluby a akce. Situace se velmi proměnila od devadesátých let minulého století, kdy bylo v určitých kruzích a na určitých

¹¹ Veselý (2013) zmiňuje pouze mefedron a hydroxyamfetamin, dále operuje s obchodními názvy s nejasným chemickým složením (např. El Padrino).

typech večírků užívání především typických party drog normou. Zatímco dříve bylo snadné sehnat drogy přímo na party, nyní se užívání drog více privatizuje. Užívání drog, které dříve představovalo pro mnohé životní styl, vymizelo spolu s fascinací novými látkami. Užívání drog se normalizovalo, stalo se zážitkem, který lze koupit a není potřeba ho opakovat. Trend normalizace užívání drog je patrný i v zahraničí (Parker et al. 2002).

Konzumace konopných drog je v prostředí noční zábavy normou. Žádný z informantů si nebyl vědom výraznějších problémů souvisejících s užíváním drog (s výjimkou excesů uživatelů pervitinu), tématem byla naopak zvýšená konzumace alkoholu. Nadměrné pití jako kulturně definovaný a historicky upevněný fenomén vnímali někteří informanti jako problém. Podle nich je prodej alkoholu ekonomickou strategií pořadatelů kulturních akcí, kteří by jinak živořili; jde zároveň i o obchodní model diskoték – smyslem akcí a slev alkoholu je zákazníci opít, aby utratili více peněz. Nejproblematictější skupinou konzumentů alkoholu jsou podle některých studenti, kteří pijí jednou za čas a v relativně anonymním prostředí, což vede k předvádění se a k agresivním excesům. Vedle toho stavěli informanti prostředí subkultur, pro které je typické intimnější prostředí skupiny, která se navzájem zná, v jejímž prostředí funguje sociální kontrola a jejíž příslušníci o sebe dbají navzájem. K prolínání scény problémových (injekčních) uživatelů drog a nočního života dochází nejčastěji na akcích bez vstupného, jehož absence umožní vstup i těm, kdo by si jej jinak nemohli dovolit.

Přístup ochranky a vedení klubu k užívání drog se velmi různí – zatímco někde není kouření marihuany tolerováno a dotyčný je vyveden z klubu, jinde taková událost nevzbuzuje pozornost. Podobně se odlišuje postoj k prodeji drog – hlášení orgánům činným v trestním řízení se však děje zřídka, protože provozovatelé nechtějí ohrozit pocit bezpečí návštěvníků. Typickými drogami užívanými na party v klubu jsou vedle konopí tradiční rekreační drogy – Extáze/MDMA, pervitin, kokain, a nové syntetické drogy (např. mefedron), pro pozorovatele z řad barmanů a ochranky je však obtížné od sebe jednotlivé látky (typicky prášek) na pohled odlišit. Objevily se zmínky o prodeji falešných drog, nových syntetických drog vydávaných za tradiční nelegální drogy a naopak. Vzhledem k tomu, že v Brně (ani jinde v ČR) neexistuje možnost drogy otestovat, jde však spíše o odhad uživatelů založený na nezvyklé reakci na koupenou látku. Injekční aplikace a nálezy injekčního materiálu se ve výpovědích neobjevily. Zmiňovaným nešvarem jsou alkoholové excesy cizinců, typicky zaměstnanců softwarových firem a studentů na výměnném pobytu (osobní komunikace).

6.5 Harm reduction v prostředí noční zábavy

Aktuálně jsou opatření zaměřená na rekreační užívání legálních i nelegálních drog dostupná pouze omezeně a soustředí se výhradně na specifický segment noční zábavy, který primárně zahrnuje příznivce elektronické taneční hudby a rekreační uživatele drog. Jde výhradně o projekt Hard and Smart, který spolupracuje s vybranými brněnskými i mimobrněnskými kluby a svými aktivitami cílí jak na jejich návštěvníky (prevence, včasná intervence, vzdělávání a poskytování harm reduction materiálu a služeb, např. kondomy, ochrana sluchu, alko-testy), tak na samotné prostředí (preventivní a bezpečnostní opatření). V roce 2015 projekt operoval od dubna do července a od října do prosince, celkem navštívil 12 akcí ve čtyřech klubech a kontaktoval 863 osob, z nichž většinou byla poskytnuta preventivní informace a harm reduction materiál (např. kondom, ochrana sluchu, apod.). Většina klientů uvedla užívání konopných drog (64 %), druhou nejčastější drogou byl pervitin (17 %) a extáze (15 %), ostatní drogy se objevily pouze v jednotkách případů (TPB SPR, 2016). Působení v prostředí klubů a akcí by mělo směřovat ke zvýšení bezpečnosti návštěvníků i zaměstnanců. V tomto ohledu se projekt inspirovat zahraničními příklady dobré praxe a mezi doporučená opatření patří přístup k pitné vodě zdarma, možnost opustit bez sankce prostor klubu (používání vráčenek), proškolený personál, minimalizace rizik úrazu v prostorech klubu (zábradlí, apod.). Spolupracujícím klubům projekt nabízí možnost získat certifikát bezpečnosti.

Prostředí noční zábavy v Brně je však mnohem pestřejší a různá prostředí mají i odlišná rizika (např. preference alkoholu versus nelegálních drog, případně různé typy drog, ohrožení zdraví v důsledku užívání drog, násilných konfliktů, řízení pod vlivem, drobná kriminalita). O situaci v této oblasti dosud není dostatek informací, nejsou popsána konkrétní rizika, trendy, a s cílovou skupinou návštěvníků jiných typů noční

zábavy (diskotéky, pivní festivaly apod.) se v Brně systematicky nepracuje. Efektivní přístup by měl být založený na komplexním pojmání nočního života ve městě, pečlivém a systematickém monitoringu a na spolupráci provozovatelů, neziskových organizací, města a dalších dotčených institucí (např. policie, záchranná služba, lékařská pohotovost, apod.). Obdobné monitorovací systémy fungují úspěšně v zahraničí a nezřídka zahrnují službu testování obsahu drog, která slouží jako kontaktní metoda, preventivní aktivita i jako zdroj dat o aktuálně užívaných substancích. Např. v Zurichu město provozuje Drogové informační centrum (DIS), jehož součástí je služba Streetwork, která provádí testy drog (<http://www.saferparty.ch>). DIS zdarma poskytuje informace o legálních a nelegálních látkách veřejnosti, slouží jako nízkoprahová služba pro rekreační uživatele drog, kteří se dostali do potíží a na problémy reaguje poradenstvím a odkazem na příslušnou službu v rámci městského systému drogových služeb. Jiný příklad monitoringu představuje Antenna Amsterdam (Naben et al. 2014), kterou provozuje ve spolupráci s městem Univerzita Amsterdam. Projekt je založený na stálém panelu informantů, kteří několikrát do roka podávají informace o nových trendech a situaci v prostředí noční zábavy a v dotčených lokalitách. Takto získané kvalitativní informace se pak ověřují pomocí dotazníkových šetření ve specifických populacích (žáci a studenti, návštěvníci klubů, coffee shopů, lidé bez domova apod.). Samotná opatření v oblasti nočního života jsou typicky součástí komplexních městských politik a soustředí se na regulaci prostředí a na spolupráci všech zúčastněných stran na snižování rizik (např. projekt Democracy, cities, and drugs popisuje a navrhuje základní principy městské politiky o alkoholu a tabáku).

6.6 Souhrn

Noční život v Brně v posledních letech ožívá a město se z centra velkých halových techno akcí proměňuje do běžnějšího velkoměstského prostředí diverzifikované noční zábavy. Vyšší kupní síla a nároky zákazníků vedou na jedné straně k zákazům kouření ve vnitřních prostorách podniků, na druhé straně se zvyšuje dostupnost dražších drog (např. kokainu). Taneční droga extáze, která se po období útlumu vrací do klubů v zahraničí (Moore et al., 2013), se objevuje v krystalické formě i v brněnských klubech. Byl rovněž zaznamenán výskyt nových syntetických drog, o jejich povaze a prevalenci však nemáme dostatek informací. Dlouhodobým fenoménem (s rizikovým potenciálem) je nadměrná konzumace alkoholu napříč žánry a typy podniků, především však mezi studenty a cizinci. Tento trend je některými podniky podporován ve snaze vydělat a pokrýt tak provoz nevýdělečné programové části. Tento trend tak souvisí i se strategií města pro podporu kultury a s tím související preferencí určitých projektů, kdy alternativní a subkulturněji laděné podniky musí pokrývat provoz z jiných než dotačních zdrojů. Dlouhodobým nešvarem je absence systematického monitoringu situace v prostředí noční zábavy.

7. Užívání drog u dětí a dospívajících

V této kapitole pracujeme s následujícími zdroji informací.

Dotazníkové šetření mezi pracovníky OSPOD. Toto šetření probíhalo v srpnu a září 2016 formou elektronického dotazníku. Dotazník vyplnilo 20 městských částí z 29. Na prosbu o vyplnění dotazníku nereagovaly části: Bystrc, Chrlice, Ivanovice, Jehnice, Komín, Ořešín, Útěchov, Kníničky, Jundrov. U MČ Bystrc, Komín a Jundrov je drogová problematika s velkou pravděpodobností přítomna díky velikosti a charakteru této části (hustá městská zástavba, sídliště), ostatní nezúčastněné části představují pouze malé okrajové části Brna, kde drogová problematika hraje zřejmě velmi malou roli.

Rozhovory s pracovníky OSPOD MČ Brno-sever a Brno-střed. Šlo o doplňující rozhovory k dotazníkům. Tyto městské části byly vybrány, jelikož se v nich mezi případy OSOPDu vyskytoval drogový problém v největším rozsahu. S pracovníky MČ Brna-střed byla provedena také jedna fokusní skupina, jejíž přepis byl tematicky analyzován.

Dotazníkové šetření mezi školními metodiky prevence a školními psychology. Situaci v prostředí základních a středních škol jsme zjišťovali pomocí dotazníku, který se zaměřoval na míru drogového problému, kontext školy a její filosofii v oblasti závislostí a používané a preferované preventivní strategie. Šetření se zúčastnilo 100 škol z okresů Brno-město a Brno-venkov. Obrázek o typech a míře užívaných drog mezi školáky doplňují data z brněnských škol, které se zúčastnily Evropské školní studie o alkoholu a tabáku (ESPAD).

Výzkumná návštěva v nízkoprahovém klubu pro děti a mládež spojená s rozhovory se čtyřmi klienty a dvěma pracovníky zařízení. Byl vybrán dlouhodobě fungující Klub Likusák neziskové organizace Ratolest Brno, z. s. Všichni klienti i pracovníci byli seznámeni s účelem návštěvy, výzkumník z návštěvy pořizoval terénní poznámky, které byly anonymizované, možné identifikující údaje byly změněny.

Rozhovor s pracovníky Teen Challenge, provozující nízkoprahový klub a sociálně-aktivizační službu v oblasti vyloučené lokality.

Rešerše zahraničních výzkumů a zahraniční dobré praxe. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) shromáždilo 326 příkladů dobré praxe pro cílovou skupinu dětí a mladiství v Evropě na Best Practice Portal (Portál dobré praxe), zřízeném EMCDDA jako informační zdroj o dostupných intervencích v oblasti prevence, léčby a harm reduction v Evropě. (Vybrané příklady dobré praxe obsahuje příloha „Zahraníční trendy a inovativní praxe“)

7.1 Vývoj užívání drog u dětí v Brně

Podle celoplošných výzkumů se míra užívání drog u dětí v posledních letech nezvyšuje, některá čísla spíše naznačují pokles. To platí pro oblast legálních i nelegálních drog. Tento trend se připisuje jednak zvýšenému času, který tráví děti online (např. počítačovým hrám a sociálním sítím), a jednak prodlužování dětství a odsouvání zkušeností s drogami do pozdějšího věku (Chomynová et al., 2016). Brněnské děti užívají drogy ve srovnání s národními daty o něco více, což je dáno urbánním charakterem Brna a zvýšenou dostupností příležitostí ve městě. S alkoholem má zkušenost většina šestnáctiletých, nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou konopné drogy, nadprůměrné jsou zkušenosti s konzumací taneční drogy extáze (Chomynová et al., 2016). Standardně vysoká zůstává vnímaná dostupnost legálních drog – alkoholu a tabáku, obstarat si je nepředstavuje vážný problém pro většinu školní populace.

7.2 Vývoj užívání drog u dětí v Brně v posledních letech na základě šetření na pracovištích OSPOD

Z šetření mezi brněnskými odděleními sociálněprávní ochrany dětí vyplývá, že problém drog u rodin v péči OSPOD je v rámci Brna nerovnoměrně distribuován a některé městské části vykazují několikanásobně vyšší

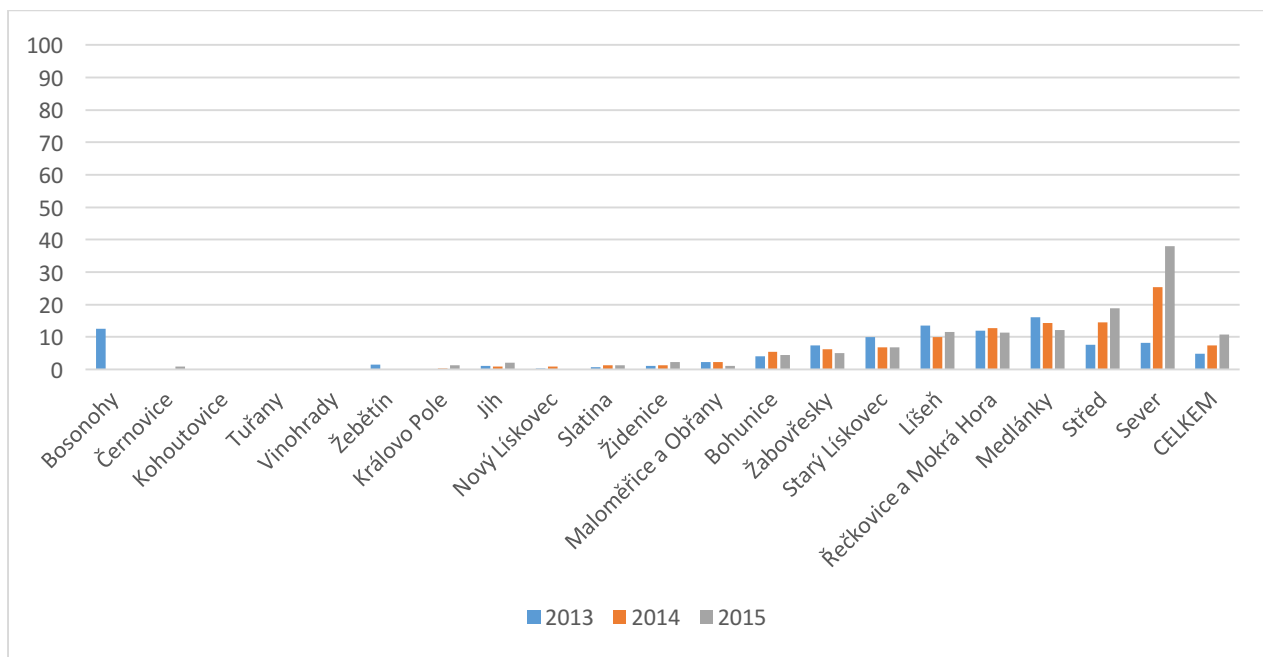
počty rodin, ve kterých se problém s drogami objevuje. Konkrétní počty „drogových“ případů (tzn. případů, kde užívání drog představuje podstatný faktor problémové situace) uvádíme v tabulce.

Tabulka 7.1: Počet případů celkem a počet drogových případů u dětí, rodičů a vícegenerační v letech 2013-2015

	2013				2014				2015			
	Případy celkem	- z toho drogy u dětí	- z toho drogy u dosp.	- z toho drogy u více generací	Případy celkem	- z toho drogy u dětí	- z toho drogy u dosp.	- z toho drogy u více generací	Případy celkem	- z toho drogy u dětí	- z toho drogy u dosp.	- z toho drogy u více generací
Bohunice	49	2	4	0	54	3	2	1	90	4	2	0
Bosonohy	8	1	0	0	8	0	0	0	12	0	0	0
Černovice	42	0	1	0	344	0	1	0	98	1	0	0
Jih	168	2	4	2	353	3	2	5	139	3	4	0
Kohoutovice	82	0	0	0	84	0	0	0	122	0	0	0
Královo Pole	948	2	6		914	3	6		639	9	13	
Líšeň	126	17	3	0	141	14	6	1	165	19	8	1
Maloměřice a Obřany	168	4	1	0	177	4	1		170	2	5	
Medlánky	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Medlánky	31	5	19	0	42	6	16	0	49	6	18	0
Nový Lískovec	731	2	0	0	814	8	0	0	738	1	0	0
Řečkovice a Mokrá Hora	283	34	56	14	296	38	65	20	192	22	37	8
Sever	2460	200	400	400	1179	300	600	500	1054	400	800	500
Slatina	154	1	2	0	160	2	2	0	154	2	4	0
Starý Lískovec	50	5	2	0	74	5	3	0	59	4	1	0
Střed	2140	163	261	68	1183	172	296	72	1051	198	308	76
Tuřany	16	0	0	0	9	0	0	0	28	0	0	0
Vinohrady	535	1	8	1	540	0	7	1	602	1	7	1
Žabovřesky	80	6	9		81	5	11	2	118	6	13	3
Žebětín	62	1	0	0	23	0	0	0	22	0	0	0
Židenice	1203	14	18	7	1233	16	23	9	943	21	18	10
CELKEM	9338	462	795	492	7710	580	1042	611	6445	699	1238	599

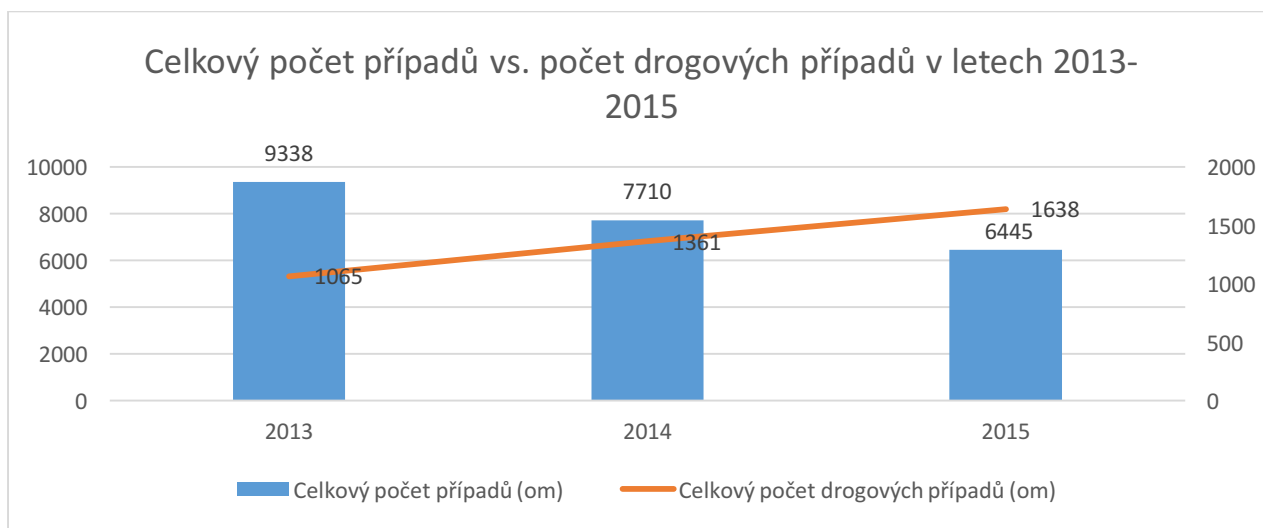
Zejména městské části Brno-sever a Brno-střed vykazují nárůst případů řešených OSPODy, ve kterých drogy představují podstatný faktor problematické situace, v posledních třech letech (viz Graf 7.1).

Graf 7.1: Podíl drogových případů na celkovém množství řešených případů u dětí v % napříč jednotlivými brněnskými částmi v letech 2013-2015



V jednotlivých MČ vliv drogového problému roste jak v absolutních číslech, tak také v podílu na celkových případech. Tento vzestup se nejvíce projevuje v oblastech Brno-střed a Brno-sever, ve kterých se také objevuje nejvíce drogových případů v absolutních číslech. Na území obou městských částí se nacházejí lokality zasažené chudobou a sociálním vyloučením, kde se objevují drogy a problematika závislosti ve zvýšené míře (viz kapitola 8). Mezi roky 2013 a 2015 vzrostl počet drogových případů z 1065 na 1638, tedy o 54 % (viz Graf 7.2).

Graf 3.2: Celkový počet řešených případů vs. celkový počet „drogových“ případů OSPOD v Brně v letech 2013-2015



Vysvětlení pro nárůst případů mohou být různá. Za prvé, zdaleka ne všechny případy se týkají užívání drog u dětí, do tohoto čísla jsou zahrnuty i případy užívání drog rodičů a vícegenerační užívání. Za druhé, drogové případy patří zpravidla ke komplikovaným případům, které nemají uspokojivé řešení a zůstávají otevřené po dlouhou dobu, akumulují se tedy napříč jednotlivými roky. A za třetí, podle pracovníků jednoho z OSPODů souvisí nárůst dětských případů s tím, že Policie ČR daleko více než dříve testuje děti na přítomnost drog.

„Vlastně oni už teď při každém zásahu dávají lízat, dřív to nedělali. Teď se toho odhalí mnohem víc.“ (R3, sociální pracovnice OSPOD)

7.3 Typy užívaných látek

Ze studií provedených ve školách souhrnně vyplývá, že pokud mají žáci a studenti zkušenosti s psychoaktivními látkami, pak se nejčastěji jedná o legální drogy – alkohol a tabák. Z nelegálních drog vede marihuana, brněnské děti v celorepublikovém kontextu zároveň uvádějí více zkušeností s drogou extáze. Prevalence zkušenosti s ostatními látkami v posledních 12 měsících se pohybuje kolem 1 % - toto číslo přitom zahrnuje i jednorázové experimenty. V posledních letech však zkušenosti s drogami ve školní populaci klesají, což zřejmě mimo jiné souvisí s proměnami trávení volného času. Rozdíly jsou patrné v typu školy – nejrizikovější profil vykazují studenti učebních oborů bez maturity, nejlépe si vedou gymnázia. (Podrobněji o užívání drog ve školní populaci pojednává kapitola 4.2.)

Rovněž u rodin v péči OSPOD jde u dětí především o alkohol, marihuanu a pervitin. Mnohdy se jedná o polyvalentní užívání. V exponovaných oblastech pak polyvalentní užívání evidují až v 80-100 % případů užívání drog (Střed, Sever). Alkohol se objevil jako droga číslo jedna téměř ve všech městských částech. Objevují se i lokální anomálie. Například v oblasti Brna-sever se na druhém místě objevily těkavé látky (lepidla, toluen, apod.), což by znamenalo, že zde má zkušenost více jak 100 dětí s tímto druhem omamné látky. Heroin u dětí se objevuje opět specificky ve zvýšené míře v oblasti Brna-sever, Židenic a Brna-střed. Mezi ostatní užívané látky, které pracovníci zmiňují, patří psychedelické látky nebo extáze. Opět je zde třeba uvést, že tyto údaje jsou dané specifickou cílovou klientelou oddělení OSPOD, která se zabývá případy, kdy dochází k zanedbávání péče o děti, jedná se tedy o specifickou cílovou skupinu, kde se užívání drog pojí s celou řadou dalších sociálně patologických jevů v rodině, nejde o reprezentativní vzorek dětské populace v Brně. Tyto údaje jsou také zřetelné tím, že velký podíl pochází z oblasti Brna-sever a Brna-střed. Zde jsme také prováděli rozhovor s pracovnící Teen Challenge (NZDM a SAS). Podle jejích slov je největší problém se závislostmi na ubytovnách v blízkosti nebo uvnitř vyloučených lokalit (Marie Kuncové, Pohoda) a v Bytovém domě Francouzská¹². Speciálně na ubytovnách se prý často už malé děti ve věku kolem osmi let opijí a sledují se staršími sourozenci pornografický materiál na internetu.

Výroky samotných dospívajících klientů nízkoprahového klubu vypovídají o tom, že se mění vnímání drog – patrné je to zejména u konopí:

„Třeba konopí by podle mě mělo být legální anebo rozhodně aspoň postavený na úroveň alkoholu. Má spoustu léčivých účinků a třeba já jsem teď zkouřená a můžu normálně komunikovat. To bych nemohla, kdybych byla opilá. Já jsem přestala pít, ty kocoviny byly hrozný.“ (Táňa, 19 let)

Tým nízkoprahového klubu organizace Ratolest Brno a Terénní programy Společnosti Podané ruce příklon k užívání konopných drog zaznamenávají i při monitoringu ve městě Brně. Společně realizují terénní intervence zaměřené na tuto skupinu uživatelů. Podle informací Terénních programů Brno jde především o mladé lidi na sídlištích v oblasti Vinohrad, Líšně nebo Nového a Starého Lískovce. Pracovníci identifikují specifické potřeby zaměřené především na poradenství vedoucí ke snížení rizik a na experimentaci s dalšími potenciálně rizikovějšími látkami. Ze současných výzkumů také vyplývá, že některé šlechtěné odrůdy konopí pěstované „indoor“ mohou být podstatně rizikovější než obyčejné „modely“ vypěstované ve venkovních podmínkách (tisková zpráva NUDZ, 2013¹³). Pracovníci terénních programů zároveň tvrdí, že pro intenzivnější práci s touto skupinou uživatelů by bylo třeba službu oddělit od klasického drogového terénního programu zaměřeného na problémové uživatele drog, jelikož by tím docházelo k nežádoucí stigmatizaci uživatelů konopí. Uživatelé konopí tvoří v Brně zhruba desetinu klientů ambulantních programů, mezi hospitalizovanými se téměř nevyskytují, v porovnání s ostatními drogami jde spíše o mladší klientelu (Nechanská 2016).

¹² Městská sociální pracovnice, která do BD Francouzská dochází, toto pozorování v telefonickém rozhovoru zpochybnila a sdělila, že takřka žádné problémy s drogami neeviduje.

¹³ Dostupné na <http://www.scienceworld.cz/aktuality/selekcni-efekty-u-pestovaneho-konopi/>

7.4 Způsoby řešení problémů s drogami u dětí

V rozhovoru s 19-letou klientkou NZDM s vlastní zkušeností s užíváním pervitinu zaznívá, že respondentka považuje za důležité nevnímat veškeré užívání drog u dětí jako problematické. Podle ní se většina lidí, kteří si někdy v průběhu dospívání vezmou pervitin, nedostane do závažnějších problémů¹⁴. Ona sama byla součástí asi dvacetičlenné skupiny, ve které se tato droga příležitostně užívala, většina z nich už ale v užívání nepokračuje.

Dívka však připustila, že několik lidí ze skupiny se do vážnějších problémů dostalo. Jednou z nich byla i její kamarádka, které se snažila ona i ostatní ze skupiny pomoci, ale nebyli úspěšní. O snaze pomoci vrstevníkům, kteří se dostávají do problémů, mluvily i ostatní respondentky s vlastní zkušeností. Z jejich pohledu problémy s drogami úzce souvisí se ztrátou kamarádů a vyloučením z kolektivu, což zároveň ztěžuje možnosti poskytnout účinnou pomoc.

Dá se předpokládat, že velká část problémů s drogami se řeší v rámci rodin a pouze v některých případech do řešení vstupují jiné organizace a instituce. Jednou z možností je, že se o problém začne zajímat škola, zejména pokud se situace nějak projeví na studijním výkonu.

7.4.1 Školy

Z našeho dotazníkového šetření mezi metodiky školní prevence v Brně (viz kapitola II) vyplývá, že školy vnímají problémy s drogami často jako kázeňský problém – 73 % škol užívání drog kázeňsky trestá a více než polovina z nich hlásí případy užívání drog policii, OSPOD nebo rodičům, a to i tehdy, kdy jim to zákon přímo explicitně neukládá. Jak dokládají longitudinální zahraniční projekty, je takový přístup kontraproduktivní – vylučování provinilců ze studia nejen že zhoršuje životní vyhlídky dotyčných, ale má negativní vliv i na prostředí a atmosféru ve škole. Například Evans-Whipp et al. (2015) ukázali, že školy, které trestají uživatele marihuany vyloučením, se potýkají s vyšší mírou rizika i vyšší mírou užívání drog než školy, které sice prosazují politiku abstinence a žáky o ní informují, ale její porušení netrestají, nýbrž k uživatelům drog přistupují s nabídkou pomoci a poradenstvím. V této souvislosti lze uvažovat o vzdělávání v oblasti prevence a účinného zapojení školy do řešení drogových a jiných problémů žáků zaměřené nikoliv pouze na děti, nýbrž také na ředitele škol a příslušné školní specialisty.

Případy, kdy škola řešila u žáků užívání drog, které přesáhlo hranici experimentování, jsou spíše výjimečné. Výjimkou jsou tři školy v sociálně vyloučené lokalitě, které těchto případů uváděly několikanásobně větší počet než jiné školy. To potvrzují i další data sbíraná v rámci dalších šetření (např. Sociofaktor 2010), zároveň však studie provedené v těchto lokalitách dokládají, že nejde o problém romské menšiny, jako spíše životního prostředí, atmosféry v rodinách a dostupnějších příležitostech.

K řešení problémů s drogami na úrovni školy se vyjadřovaly i respondentky s vlastní zkušeností s užíváním drog. Podle jedné z nich zaměstnanci škol o užívání drog žáků a studentů moc informací nemají, protože většina dětí a dospívajících, kteří užívají drogy, nechodí pod jejich vlivem do školy. Jiná respondentka popisovala dvě odlišné zkušenosti ze dvou různých škol, kdy se škola snažila nabídnout pomoc. V prvním případě ji odeslala za školní psycholožkou, které se ale odmítla svěřit z obavy, že by informace nezůstaly důvěrné a mohly by vést ke kázeňskému postihu. Ve druhém případě jí byla dána možnost navštívit externího odborníka, kde se cítila daleko bezpečněji, svěřila se mu a částečně jí to pomohlo.

7.4.2 OSPOD

Pokud je problém závažnějšího charakteru, je pravděpodobné, že se případu ujmou pracovníci OSPOD – zpravidla tehdy, když jsou přítomny i další problematické jevy, nejčastěji záškoláctví a drobná kriminalita.

¹⁴ Toto pozorování má oporu i v zahraničních výzkumech, které v rozporu s běžným veřejným míněním docházejí k závěru, že pouze 10-20 % z těch, kdo začnou užívat i ty nejvíce rizikové drogy jako je heroin, pervitin nebo kokain, se stane závislými (US Department of Health and Human Services 2008; Szalavitz, 2015)

Jak uvádí jedna z pracovnic MČ Brno-sever: „OSPOD se řešením drogové problematiky zabývá tehdy, je-li u dotyčného dítěte řešeno současně jiné závadové jednání. Drogová závislost je tedy pouze faktorem, který komplikuje řešení ostatních výchovných problémů u dítěte.“

V tu chvíli mají pracovníci OSPOD povinnost provést šetření, aby zjistili, zda nedochází k zanedbávání péče o dítě. V rámci tohoto šetření pak mnohdy vyplavou na povrch další skutečnosti, které mají na problematickou situaci vliv. V některých případech se jedná o užívání drog dětmi nebo rodiči, případně o hraní hazardních her. Pracovníci OSPOD uvádějí, že nejvíce případů řeší na základě upozornění ze školy, na druhém místě jsou případy předané Policií ČR, a třetím nejčastějším způsobem je oznámení někoho z rodiny nebo blízkého okolí.

„...začnu chodit do rodiny kvůli škole, a teď on není ve škole, já tam přijdu dopoledne a on spí a rodiče ani nejsou schopni ho vzbudit, protože přišel v noci domů zfetovanéj.“ (R1, sociální pracovnice OSPOD)

„...když fetující rodiče začnou mít problémy s drogami, tak často začnou mít i problémy s okolím, a tak se to dozvídáme od sousedů i cizích lidí. Protože mají potíže ve společnosti a je to častý zdroj informací.“ (R3, pracovnice OSPOD)

„A u rodin, kde fetují rodiče, nám začne kolabovat péče. Doktorka volá, že nechodí, neviděla je. Přijdou o bydlení, matka se nestará.“ (R2, sociální pracovnice OSPOD)

Zdroje podnětů se přitom mezi jednotlivými MČ liší a mnohdy záleží na praxi konkrétní instituce, nebo dokonce konkrétního pracovníka (školy, policie apod.). Jedna z pracovnic odkazuje na konkrétní školy, kde už mají zkušenosti s atypickým chováním žáků, kteří berou drogy:

„Dítě má změnu chování ve škole. Tam je to pro nás důležitý problém, že si všimnou atypického chování. Když se budeme bavit o nejčastějších školách, tak Křenka, Osmec, Sekaninka, kde máme nejvíc dětí z tady té lokality. Oni už vědí, čeho si mají všimnout.“ (R1, pracovnice OSPOD)

Pokud se situací zabývají pracovníci a pracovnice OSPOD, vždy provedou sociální šetření. Následné kroky pak záleží na závažnosti situace a snaze rodičů a dětí situaci nějak řešit. Možnosti pomoci mají přitom sami pracovníci OSPOD velmi omezené vzhledem k množství případů a specifičnosti situace. Na začátku se mnoho pracovníků snaží využít vlastních možností a kompetencí pro poradenství a motivaci dítěte nebo rodiče ke změně. To v mnoha případech nestačí nebo nemá dostatečný efekt, zejména pokud rodiče nebo dítě nemají motivaci se situací něco dělat. Problém je ale také v postavení OSPOD a laickém vnímání veřejnosti, které OSPOD vnímá především jako kontrolní a represivní instituci. Jak nám potvrdily i samotné děti s vlastní zkušeností, mezi dětskými klienty a pracovníky OSPOD může jen stěží vzniknout důvěrný poradenský či terapeutický vztah, ve kterém by bylo možné složitější problémy úspěšně řešit. Vzhledem ke kontrolní funkci OSPOD mohou děti cítit nedůvěru, ohrožení anebo přílišné zaměření na problém. I proto mají pracovnice OSPOD spíše koordinační roli a obracejí se na externí spolupracovníky. Nicméně právě externí spolupráce je to, s čím jsou pracovníci OSPODu mnohdy nespokojeni a dlouhodobě volají po změně. Podle nich zde chybí dostatečné možnosti pro práci s dětskými uživateli a s jejich rodiči, ať už ambulantního nebo pobytového charakteru.

7.4.3 Diagnostický ústav, Středisko výchovné péče, Pedagogicko-psychologická poradna

V případech týkajících se užívání drog se tak OSPODy nejčastěji obracejí na sítě středisek výchovné péče (SVP) anebo specializovanou Pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP) Sládkova, v extrémních případech je dítěti nařízena ústavní výchova.

„Není fetování jako fetování. Když máme děcko, který ale jinak funguje, tak nemá šanci se tam dostat. Ale když máme děcko se zánětem žil, nechodí do školy, tak se to postaví na tom, že je ohrožený, neplní školní docházku, rodiče nejsou schopni zajistit péči, je ohrožený na zdraví, dává se návrh na soud na vydání předběžného opatření a nařizuje se s odstupem času ústavní výchova.“ (R2)

Podle jedné respondentky OSPOD ale není ústavní výchova v těchto případech šťastným řešením, protože uživatelé drog mají velice často tendence ze zařízení pro výkon ústavní výchovy utíkat.

„Nejhorší model je, že dítě má vyřízenou ústavku a jediný, čeho tím docílíme, je, že děcko je na útěku. Přejde mi to jako nejhorší důsledek selhání toho systému, že vytvoříme z děcka útěkáře.“ (R1, pracovnice OSPOD)

Podle čtrnáctileté respondentky s vlastní zkušeností je ústavní pobyt pro pravidelné uživatele drog nevhodný také proto, že dle jejích slov „oni úplně rozhodí skupinu“. Ona sama byla spíše experimentátorkou a v pozadí jejího užívání drog stál intimní vztah s pravidelným uživatelem drog, se kterým se později rozešla. Nicméně kvůli problémům se školou a v rodině absolvovala jak ambulantní docházení v rámci SVP, tak i ústavní pobyt, a vnímá mezi těmito formami podstatný rozdíl. Zatímco ambulantní docházení hodnotí jako „fajn“, zejména z důvodu dobrých vztahů s personálem, ústavní formu hodnotí spíše negativně kvůli nedostatku kontaktu s rodinou.

„Už to nebylo tak dobrý, protože jsem měla málo kontaktu s rodinou. Sice s nimi nemám úplně ideální vztahy, nemusím s nimi být pořád, ale když je vidím málo, tak mi chybí.“ (Valerie, 14 let)

Jako problematické se nejeví pouze pocity dítěte, které je „zavřeno“ do ústavu, ale prostředí ústavu, kde, podle slov pracovníků OSPOD ale i samotného diagnostického ústavu, nejsou zařízení na specifickou práci s mladými uživateli drog. V těchto institucích pak může docházet k vzájemnému učení problematického chování: ti, co do té doby drogy neužívali, mohou být do nich rychle zasvěceni zkušenějšími vrstevníky.

Ambulantní docházení, které nabízí Pedagogicko-psychologická poradna Sládkova zaměřená na problematiku drog a závislostí, není využíváno nijak masivně. Za rok 2015 navštívilo poradnu s „adiktologickými“ problémy 32 klientů a uskutečnilo se 95 setkání, z čehož se dá vyvozovat, že zpravidla nešlo o dlouhodobou práci s klienty. Ambulantní forma péče v diagnostických ústavech a střediscích výchovné péče není v případě drog a závislostí specifická, resp. neexistují v rámci těchto zařízení specializované programy či metodické postupy pro tyto případy. Podle pracovníka DgÚ je to i kvůli tomu, že „skoro žádné dítě, které k nám přijde, není toxicky čisté“.

Dlouhodobá absence dostupných řešení a funkčního systému péče o mladé uživatele drog a jejich rodiny v Brně a na jižní Moravě vedla ke vzniku pracovní skupiny v rámci Krajského úřadu JMK, která si stanovila za cíl vytvořit funkční systém péče o děti a mladistvé užívající drogy. V době psaní této zprávy byly projednávány dva projektové záměry na pobytová zařízení. Do plánování koncepce obou zařízení byly přizváni především zástupci trestněprávního systému, školství, v menší míře zdravotnictví. Na návrhu se nepodíleli zástupci sociálních ani terapeutických služeb a nebyli přizváni zástupci cílové skupiny – tedy děti užívající drogy a jejich rodiny.

7.4.4 Nestátní organizace

Z dostupných dat je patrné, že pro brněnské neziskové organizace (NNO) zaměřené na drogy a závislosti (tzn. Podané ruce, Lotos, A Kluby) nejsou děti a dospívající skupinou, na kterou by se cíleně a specificky zaměřovaly. Explicitně toto zaměření uvádí pouze program Speciální prevence Společnosti Podané ruce. Mimo preventivní programy v rámci povinné školní docházky, které jsou jejich hlavní činností, vykázal tento program také 88 individuálních poradenských konzultací v roce 2015. Pomoc je dětem a dospívajícím poskytována také v jiných centrech společnosti (TC v JMK, PC Pasáž, KC Vídeňská), nejedná se ale o programy specificky zohledňující potřeby dětí ani rodin.

Jak vyplývá z našich dotazníkových šetření, školy ani OSPOD děti a dospívající do NNO příliš neodkazují. Spolupracují buď mezi sebou, anebo s jinými státními zařízeními, jako jsou již zmíněné PPP, SVP a DgÚ. Je to ale velice variabilní, a zatímco na jednom oddělení OSPOD nespolupracují s NNO skoro vůbec, na jiném vnímají spolupráci s NNO jako prioritu. Důvodem těchto rozdílů je jednak neexistence jasného metodického postupu, který by byl shodný napříč různými OSPODy. Díky tomu rozhodují v řešení případů spíše osobní preference a zkušenosti jednotlivých pracovníků a také filozofie jednotlivých pracovišť. Jak uvádí pracovník Terapeutického centra Bratislavská, spolupráce s OSPODem v jeho obvodu spíše vážne, i

když se jedná o lokalitu, kde by se naopak dala očekávat úzká spolupráce díky velkému množství případů. Nefungující spolupráci spojuje s rozdílnou filozofií služeb, kdy NNO vychází spíše z motivace a osobní odpovědnosti klienta a budování dlouhodobé spolupráce založené na důvěře, OSPOD spíše zajímá kontrola situace v tom smyslu, jestli nedochází k ohrožení dětí. Konkrétně jde především o problematiku testování na drogy a zachovávání mlčenlivosti ve specifických případech:

„... Jim nejde o to, mít toho klienta ve strukturované spolupráci, ale jde jim o to, abyste na požádání otestovali a řekli jim, jestli bere nebo nebere.“ (pracovník Terapeutického centra)

Významnou roli však mohou hrát služby organizací, které sice nejsou zaměřeny na problematiku drog a závislostí, ale věnují se dětem a dospívajícím. Oslovené klientky a klient nízkoprahového klubu pro děti a mládež například kladně hodnotili fungování daného klubu ve smyslu prevence proti závažnějším problémům s drogami. Podle citované respondentky Valerie klub umožňuje potkávat se „s normálními lidmi“ a netáhne ji to tolik k partám, kde se užívají drogy. Podobně klient, který mluvil o dříve se rozvíjející závislosti na internetu, zmiňoval, že v rámci klubu poznal kamarády, se kterými může trávit čas a mít tak smysluplnou náplň života v porovnání s dobou, kdy trávil dny i noci pouze ve virtuálním světě zprostředkovaném počítačem.

7.5 Problémy a mezery

7.5.1 Nedostatek specialistů

Z uvedeného je patrné, že v Brně prakticky neexistuje specializovaný tým odborníků, který by se zaměřoval na problematiku spojenou s užíváním drog u dětí. Jediné zařízení podobného typu je Pedagogicko-psychologická poradna Sládkova, která zaměřená na drogy a závislosti proklamuje, od ostatních poraden se však obsahem činnosti neodlišuje, resp. musí dělat i běžnou agendu těchto zařízení. Z celkového počtu „adiktologických“ klientů za rok 2015 vyplývá, že pokrývají pouze zlomek toho, co by např. z hlediska OSPODu bylo třeba. Z tabulky 7.2 vyplývá, že poradna Sládkova měla za rok 2015 z celkových 269 jen 32 adiktologických klientů.

Tabulka 7.2: Počty klientů a unikátních setkání celkově a s tematikou závislosti v roce 2015

	počet klientů	počet setkání
Celkem	269	843
z toho adiktologických	32	95
z toho nelátkové závislosti (PC hry, sociální sítě)	5	18
marihuana	22	62
pervitin	5	15

Podobné je to i s dalšími službami v Brně: žádná z nich není primárně zaměřena na řešení problematických situací spojených s užíváním drog u dětí. Brněnská oddělení OSPOD, zejména v Brně-střed a Brně-sever, upozorňují na tuto mezeru opakovaně, připojují se i některé školy.

Někteří respondenti uváděli také chybějící psychiatrickou péči pro děti, kterou by ale existence kvalitního specializovaného týmu mohla nahradit. Obzvlášť u dětí platí, že řada jevů, která se v první chvíli jeví jako somatická a vyžadující lékařskou pomoc, souvisí s rodinnými a vrstevnickými vztahy, tím pádem i řešením může být včasná intervence a vztahová terapie (Szalavitz, 2015). Nicméně lékař resp. psychiatr by rozhodně měl být součástí uvedeného týmu specialistů.

7.5.2 Chybějící krizová pomoc

Chybějící možnost krizové pomoci v případech užívání drog u dětí je ještě výraznější než u dospělých (viz kapitola 9). Dětské krizové centrum spadající pod Centrum sociálních služeb nepřijímá (dle vyjádření sociální pracovníce daného centra) děti, které užívají drogy. Na krizové centrum ve FN Bohunice se děti sice

obrátit mohou, ale tamější klinika není nijak uzpůsobena k práci s celou rodinou, což je pro úspěšné řešení situací u dětí podmínkou, navíc převažují dospělí klienti a děti si zde mohou právem připadat vyloučené.

Pracovnice OSPOD uvádějí, že když potřebují ambulantní specializovanou pomoc v krizové situaci, obzvlášť psychiatrickou nebo psychologickou, setkávají se často s dlouhými čekacími lhůtami.

„Standardní objednávací doba ambulantních psychiatrů je 3 měsíce, což samo o sobě vylučuje jakýkoliv pozitivní vliv na řešení drogových problémů.“ (R4, pracovnice OSPOD)

Podle odborníků zde zároveň chybí akutní služba, která by byla schopna pracovat systematicky s motivací dítěte a rodiny, a klienti se často po jednorázovém kontaktu vracejí do prostředí, které je ohrožuje.:

„Situačně motivovaný klient přijde pouze jednou do ambulance či na detox a vzhledem k tomu, že okamžitě nenastoupí žádné navazující řešení, tak po této krátké intervenci se vrací do svého prostředí. Chybí vhodná lékařská zařízení k okamžité odborné hospitalizaci nezletilých dětí.“ (R4, pracovnice OSPOD)

7.5.3 Roztříštěná a nepropojená síť pomoci

Ačkoliv existuje poměrně hodně organizací a institucí, které se mohou zapojit do řešení problematické situace spojené s užíváním drog u dětí, neexistuje účinný způsob provázání a koordinace jejich aktivit. Z našich rozhovorů a pozorování je patrné, že často například dochází k tomu, že OSPOD situaci řeší pouze prostřednictvím spolupráce s diagnostickým ústavem (DgÚ) nebo SVP a snadno se může stát, že u případu není přítomen žádný odborník na oblast drog a závislostí. Anebo může naopak dítě docházet do centra specializované neziskové organizace, kde však není vyvinuto úsilí k zapojení rodiny nebo OSPOD. Tuto mezeru explicitně identifikují jak pracovníci OSPOD, tak DgÚ i NNO.

Lepším provázáním spolupráce myslíme zejména úroveň jednotlivých případů – ať už s využitím inovativních nástrojů interaktivních případových konferencí, rodinných konferencí, nebo jednoduše vzájemným setkáváním, informováním a odkazováním. Je však zásadní, aby do této spolupráce byly plně zahrnuty jak děti, tak jejich blízcí. Z mezinárodních úmluv o lidských právech (Unicef, 1989) jasně vyplývá povinnost zajistit možnost pro dítě vyjádřit se ke všem administrativním procesům, které se jej týkají. Zmocnění dítěte je navíc důležitou složkou účinného terapeutického působení, obzvlášť v otázkách drog a závislostí (Szalavitz, 2015). Děti a jejich rodiny by měly být zároveň přizývány k rozhodovacím procesům a tvorbám koncepcí, které se jich týkají, v daném regionu, což se minimálně ve výše zmíněných projektových záměrech na vybudování dvou zařízení pro práci s dětmi užívajícími drogy nedělo, dokonce nebyli přizváni ani zástupci sociálních a terapeutických specializovaných služeb.

K lepší případové i koncepční spolupráci je však zároveň nutné, aby odborníci nebyli v otevřeném konfliktu v zásadních ideových východiscích a aby sdíleli minimálně obecné záměry a cíle své práce. To se nemůže obejít bez ochoty setkávat se, diskutovat, společně se vzdělávat, a bez toho, aby byl těmto aktivitám dán prostor ze strany vedení jednotlivých organizací.

7.5.4 Chybějící pomoc pro rodinné příslušníky a celé rodiny

Ze dat, rozhovorů i pozorování je patrné, že v Brně chybí rodinní terapeuti či poradci, kteří by se specializovali na oblast drog a závislostí. V manželských a rodinných poradnách se s tímto tématem příliš neworkuje (pouze MRP Bratislavská uvedla zvýšený počet klientů přicházejících s tímto tématem), a specializované drogové / adiktologické poradny se zase nezaměřují na práci s rodinami. Je to velký rozdíl jak oproti systému služeb v zahraničí, tak například oproti Praze, kde existují minimálně dvě poměrně velká pracoviště, která se specializují výhradně na pomoc rodinám, kde se objevila závislost (Centrum pro rodinu Drop-In a Anima-terapie).

Pracovníci OSPOD vyjadřují tento chybějící článek také tak, že poukazují na nezájem rodičů o to, že děti užívají drogy. Toto pozorování může být vnímáno jako spíše hodnotící stanovisko výchovného přístupu, který si žádá zvýšení kontroly, na druhou stranu to může být vnímáno jako situace, která si zaslouží pozornost a adekvátní nabídku pomoci pro celou rodinu.

R2: "Tady v těch vyloučených lokalitách je to tak, že rodiče si toho nevšímají, dokud po nich někdo nezačne něco chtít a nezačnou je kontrolovat."

Současně s kontrolou, o které hovoří pracovnice OSPOD, by v těchto situacích měla přicházet nabídka pomoci, která by se zajímala o širší souvislosti toho, co se jeví jako nezájem nebo nevšímání si problémů.

7.5.5 Absence specializované komplexní péče spojené s možnostmi ubytování

Ačkoliv v případě dětí je důležité snažit se nabídnout maximum péče a pomoci v přirozeném prostředí a za účasti celé rodiny a blízkých, jsou a budou situace, kdy dítě užívá intenzivně drogy a z nejrůznějších důvodů nemůže nebo nechce být doma. Tyto situace se v současnosti v rámci Brna buď řeší pobytem v SVP, kde však na práci s uživateli drog nejsou pracovníci připraveni, resp. uživatelé drog jsou vnímáni jako narušitelé skupiny, anebo pobytem na Psychiatrické klinice, kde nejsou vhodné podmínky ani pro pobyt dětí, ani pro práci s celou rodinou. Často tedy bývají děti převáženy do vzdálených zařízení, kde je kontakt s rodinou ještě více ztížen. Neuspokojivá situace vyžaduje řešení, které bude dostatečně komplexní a úzce provázané s další nabídkou péče v Brně.

7.6 Praxe odjinud

Zahraniční výzkumné studie zabývající se užíváním drog mezi mladými lidmi se shodují v několika závěrech. Za prvé, intenzivní účast rodiny, resp. pečujících a blízkých osob, je v případě práce s mladými uživateli drog naprosto zásadní, a to po celou dobu péče. Za druhé, je důležité vždy posuzovat užívání drog v kontextu celkové životní a sociální situace dítěte a následně se zabývat celou situací dohromady, bez vydělování problémů s drogami. Za třetí, cíle práce s mladými uživateli drog by měly být opět posuzovány v kontextu jejich celkové životní situace (např. snížení kriminální aktivity je často reálnější a dosažitelnější cíl než abstinence od drog). Také snaha o navázání důvěrného vztahu a terapeutické aliance může být relevantním a dostatečným cílem při práci s touto populací.

Příklady dobré praxe v dané oblasti korespondují se závěry výzkumných studií. Převaha ambulantních, komunitních a terénních programů svědčí o velké snaze nevytrhávat mladého člověka z prostředí rodiny, komunity, školy, a naopak zaměřit se na intenzivní práci s celým tímto prostředím. V Rakousku a v Itálii tak fungují výjezdní týmy, které jsou schopny okamžitě kontaktovat mladého člověka v jakémkoliv zařízení, v jeho bydlišti nebo na ulici, společně s blízkými a pečujícími posoudit jeho situaci a ušít mu na míru intenzivní program, který může mít podobu každodenního docházení do ambulantního centra, pravidelných setkání sociálního pracovníka / terapeuta s jeho sociální sítí v místě bydliště, substitučního programu, vzdělávání apod. I v případě pobytových zařízení je rezidenční péče vždy úzce propojena s péčí ambulantní tak, že celková doba programu zpravidla zahrnuje jak pobytovou, tak ambulantní péči. Jiným příkladem je úspěšné pobytové zařízení v Rakousku, které nabízí péči celým rodinám.

Zpráva, kterou na zadání Magistrátu města Prahy zpracovali Miovský et al. (2013), úzce souvisela se zaměřením této práce. Jejím cílem bylo zmapovat potřebnost specializované zdravotní péče pro děti (do 15 let) a dorost (15-18 let) v oboru adiktologie na území hl. města Prahy a spádové oblasti Středočeského kraje. Zpráva dochází k závěru, že jako nejvíce potřebné se jeví zřízení intenzivní ambulantní péče, a to nejen v Praze, ale ve všech krajích České republiky. Situace v Praze je oproti Brnu odlišná v tom, že zde existuje dětské a dorostové detoxifikační centrum a v blízkosti je i pobytový rezidenční program pro děti a mladé lidi na cestě k drogové závislosti.

Průběžné závěry jsme konzultovali s bývalou pracovnící zmíněného pobytového terapeutického centra u Prahy, která má zkušenost s tímto zařízením také jako bývalá klientka, navíc úzce spolupracovala s dětským a dorostovým detoxifikačním centrem při své práci terénní pracovnice pro uživatele drog. Zmínila několik zajímavých poznatků relevantních pro tuto zprávu. Ze zkušenosti své i ostatních klientů potvrdila pozitivní zážitek z terapeutického zařízení, který nebyl dán ani tak abstinencí po opuštění zařízení (podle ní je toto příliš velký cíl pro děti v daném věku), ale spíše zážitkem z jiných typů vztahů a činností, než na jaké byly děti zvyklé. Jako nezbytnou podmínku této zkušenosti ale uvedla dobrovolnost daného pobytu, i když někdy spočívala dobrovolnost v tom, že si dítě mohlo vybrat mezi daným zařízením a výchovným ústavem. Dále

zmiňovala volný režim v zařízení, který umožňoval spoustu neformálních interakcí mezi klienty a personálem, a konečně také řadu zážitkových aktivit, ve kterých mohly děti poznat své silné stránky. Jako výhodu programu zmiňovala jeho délku (2 měsíce), která zpravidla umožňovala zcela nevypadnout ze vzdělávacího systému. A konečně zdůrazňovala obrovskou důležitost přechodu z tohoto zařízení do přirozeného prostředí, který často selhával. V souvislosti s dětským detoxikačním centrem zmiňovala riziko, že se tam mohou z různých důvodů (tlak rodičů, školy, OSPOD apod.) dostávat děti, které pouze experimentují s drogami, a v kontaktu se zkušenějšími vrstevníky mohou po propuštění sklouzávat k rizikovějšímu užívání. V takovém zařízení by tedy měl být kladen důraz na důkladné posouzení situace, což potvrzují závěry výzkumných studií uvedené výše.

V porovnání s jinými evropskými zeměmi je v České republice pro léčbu závislosti využívána rezidenční péče ve vysoké míře. S ohledem na dosavadní zjištění obsažená v této zprávě by stálo za úvahu, zda právě v oblasti péče o děti, kde přirozené prostředí hraje důležitou roli, a následky institucionalizace mohou mít škodlivé efekty, by nestálo za to věnovat více úsilí do vytváření komunitních typů zařízení, resp. zda by nebylo vhodné investovat minimálně stejné úsilí a stejné finanční prostředky do obou typů péče – pobytových i komunitních - zároveň. Z uvedených příkladů dobré praxe je patrné, že komunitní péče může mít mnoho podob a kromě toho, že její efektivita je stejná jako efektivita pobytové péče, navíc dokáže daleko pružněji reagovat na aktuální krizové situace, čímž je možné účinně předcházet prohlubování problémů a jejich následné chronifikaci.

7.7 Souhrn

Problematické užívání drog u dětí je v rámci Brna nerovnoměrně distribuováno. Z šetření mezi brněnskými odděleními sociálněprávní ochrany dětí vyplývá, že některé městské části vykazují několikanásobně vyšší počty rodin, ve kterých se problém s drogami objevuje. Především se jedná o městské části Brno-střed a Brno-sever. Zde se také v daleko vyšší míře objevuje polyvalentní užívání drog a školy v těchto MČ vykazují mnohem více případů, kdy užívání drog u žáků překročilo hranici experimentování. Do řešení problematických situací jsou kromě konkrétních rodin zapojeny školy, oddělení sociálně-právní ochrany dětí, diagnostické ústavy, střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny, některá zdravotní zařízení a nestátní neziskové organizace. Způsoby řešení jsou však nedostatečné.

V první řadě chybí tým specialistů zaměřený na problematiku užívání drog u dětí. Pomoc v současnosti zpravidla realizují buď specialisté na oblast závislostí, avšak bez zvláštního zřetele ke specifickým dětem a rodin, anebo specialisté na děti a dospívající, kteří ale nemají potřebnou průpravu v otázkách užívání drog a závislostí. Citelně chybí možnost okamžité krizové pomoci, která je v Brně v uspokojivé formě pro děti a dospívající prakticky nedostupná. Tato pomoc by měla být pokud možno komplexní a zahrnovat i možnost krátkodobého ubytování. Dále neexistuje žádný způsob koordinace a propojování existujících článků sítě pomoci mezi sebou. A konečně, v procesech plánování systému pomoci chybějí hlasy dětí a jejich rodin.

8. Sociální vyloučení a užívání drog

Provázanost mezi sociálním vyloučením a užíváním drog a jeho udržováním byla patrná od začátku výzkumné práce a její význam dokládá mnoho studií na toto téma (March et al., 2005; MacDonald, Marsh, 2002; Neale, 2008). Abychom fenomén lépe pochopili v kontextu Brna a specifických skupin, jako jsou problémoví uživatelé drog, podnikli jsme několik výzkumných šetření a využili různé zdroje dat:

Ohniskové skupiny s obyvateli sociálně vyloučených lokalit: Uskutečnili jsme rozhovory s obyvateli sociálně vyloučených lokalit prostřednictvím organizace DROM, příspěvkové organizace města Brna, která dlouhodobě v brněnské vyloučené lokalitě pracuje především s romskými obyvateli. Rozhovory probíhaly formou dvou fokusních skupin, kterých se dohromady účastnilo 10 osob, klientů a spolupracovníků z řad obyvatel lokality. Jeden z rozhovorů probíhal ve středisku Drom se zaměřením na roli, jakou hrají drogy a hazard v lokalitě, jak jsou provázány s životem obyvatel, na to, co lidi v lokalitě vede ke zvýšenému užívání a jakou vnímají roli pomáhající sítě. Druhá fokusní skupina probíhala v komunitním centru na Bratislavské. V tomto rozhovoru jsme se více zaměřovali na problematiku sousedství a na to, jak drogy zasahují do běžného života ve společném prostoru domu.

Výzkumné šetření mezi OSPODy ve městě Brně: Dalším zdrojem dat pro nás bylo výzkumné šetření mezi OSPODy jednotlivých městských částí. Nejprve probíhalo dotazníkové šetření v srpnu a září 2016 formou elektronického dotazníku. Dotazník vyplnilo 20 městských částí z 29. Na prosbu o vyplnění dotazníku nereagovaly části: Bystrc, Chrlice, Ivanovice, Jehnice, Komín, Ořešín, Útěchov, Kníničky, Jundrov. U MČ Bystrc, Komín a Jundrov je drogová problematika s velkou pravděpodobností přítomna díky velikosti a charakteru této části (hustá městská zástavba, sídliště), ostatní nezúčastněné části představují pouze malé okrajové části Brna, kde drogová problematika hraje zřejmě velmi malou roli. V rámci tohoto šetření jsme identifikovali problémové lokality z hlediska jejich zvýšené promořenosti drogovým užíváním a hazardním hraním. Tyto lokality víceméně kopírovaly výskyt sociálního vyloučení ve městě Brně. Mezi hlavní problematické oblasti patřily především MČ Brno-sever, MČ Brno-střed a MČ Židenice, ve které se nacházejí některé ubytovny.

Rozhovory s pracovníci OSPODů Brna-střed a Sever: S pracovníci OSPOD Brna-sever a Brna-střed jsme v souvislosti s dotazníkovým šetřením podnikli rozhovory pro dokreslení dat a pochopení některých fenoménů, na které jsme narazili na jiných místech, jako je např. vícegenerační užívání drog nebo provázanost drog a chudoby.

Stáž a rozhovory s pracovníky v drogových službách působících v SVL: Specificky jsme se také zajímali o zkušenosti pracovníků drogových služeb v lokalitě. Součástí výzkumu byla dvoudenní stáž v terénních programech Brno (Společnost Podané ruce), kde jsme spolu s pracovníky navštívili jejich obvyklé trasy. V terapeutickém centru Bratislavská (Společnost Podané ruce) jsme uskutečnili výzkumný rozhovor s vedoucím centra, týkající se problematiky vyloučené lokality a spolupráce s dalšími sociálními službami v oblasti.

Rozhovor s pracovníkem Teen Challenge, provozující nízkoprahový klub a sociálně-aktivizační službu v oblasti vyloučené lokality.

Rozhovor se sociální výtvarnicí: Podnikli jsme také rozhovor s výzkumníci a sociální výtvarnicí Kateřinou Šedou, která v prostředí Cejlu žila téměř dva roky a sama podnikla obsáhlý a ojedinělý sběr nejrůznějšího materiálu z lokality. Výsledkem její práce je „průvodce brněnským Bronxem“ s názvem „Brnox“, kde je problematika drog a hazardu velmi patrná (Šedá, 2016).

Tématem sociálního vyloučení jsme se také přirozeně zabývali v rámci poradních skupin, které probíhaly s problémovými a zotavujícími se uživateli drog po celé trvání studie. Zevrubnější popis těchto skupin lze nalézt v kapitole 9 a 10 o sociální a zdravotní péči.

Problémové užívání drog a hazard se ve větší míře než jinde šíří v oblastech s větším výskytem chudoby a sociálního vyloučení. Jde o oblasti, kde žijí chudé, různým způsobem znevýhodněné rodiny a jednotlivci. Návykové chování se zde objevuje bok po boku s dalšími jevy, jako je kriminalita, zadluženost, lichva apod., a jejich výskyt má často strukturální příčiny, jako je nedostatečný přístup ke vzdělání, na trh práce a ke službám. Upozorňují na to jak zahraniční studie (Cheney et al., 2016), tak i česká šetření prováděná NMS a ASZ v sociálně vyloučených lokalitách. Podle jejich zjištění v některých vyloučených lokalitách v ČR nabývá užívání drog alarmující míry.

Podle Mareše (in Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociálně vyloučených lokalitách, dále jen „Metodika“, 2010¹⁵) je sociální vyloučení důsledek kombinovaného vlivu nezaměstnanosti, nízké vzdělanosti a kvalifikace, nízkého příjmu, neadekvátního bydlení, zhoršeného životního prostředí, vysoké kriminality, nedostupné lékařské péče, kvalitního vzdělávání apod. I když je sociální vyloučení především ekonomické a sociální povahy, má také v kontextu ČR a Brna etnický rozměr. Většina obyvatel vyloučených lokalit u nás jsou Romové, u kterých se sociální vyloučení „...prohlubuje ještě tím, že okolím jsou označováni jako „jiní“ pro svůj fyzický vzhled (připisuje se jim etnická odlišnost), jejich problémy narůstají a pro společnost jako celek se tím situace stává hůře řešitelnou“ (Metodika, 2010, s.8). Sociálně vyloučenými lokalitami v Brně míníme především oblasti, kde se do problematiky užívání drog promítá jak problematika chudoby a sociálního vyloučení, tak připisovaná etnicita a kulturní zvyklosti. Zároveň je ale třeba dodat, že samotná příslušnost k etniku nezakládá na problém a že podle některých průzkumů například romské děti ve vyloučených lokalitách nevykazují vyšší míru rizikového chování než neromské děti v těchto lokalitách, neboť klíčovým ochranným faktorem je vždy, bez ohledu na etnicitu, zdravé rodinné prostředí (Vazsonyi et al. 2016).

Sociální vyloučení představuje také situace, ve které se ocitá mnoho dalších lidí, jako jsou lidi bez domova nebo uživatelé drog, kteří dlouhodobě užívají pervitin, heroin, či alkohol. To problematizuje jejich zotavení a návrat do společnosti ve chvíli, kdy se rozhodnou svoji situaci změnit. U těchto lidí nicméně sociální vyloučení nesouvisí tolik s ostrakizovanou etnicitou a s prostorovým vyloučením, jako spíše s negativními důsledky užívání drog a stigmatizací společnosti a institucí. Více v kapitole Mezery a Doporučení. Uvádí se, že v Brně se až třetina osob bez domova potýká s drogovou závislostí (Mlčochová, 2016).

8.1 Sociálně vyloučené lokality v Brně (včetně ubytoven)

Zvýšené užívání drog v Brně lze sledovat ve vyloučených lokalitách a na ubytovnách v Brně. Podle Strategického plánu sociální začleňování města Brna pro období 2016 - 2019 (Strategický plán, 2016) se těchto lokalit nachází ve městě devět a jejich specifíkem je relativní umístění v centru Brna. Mezi nejznámější patří oblast Cejlu, Husovic, Starého Brna a některé konkrétní ubytovny (např. M. Kuncové, Jarní apod.). Celkově v těchto lokalitách žije podle posledních odhadů 8-9 tisíc obyvatel. Ti však netvoří všechny sociálně vyloučené v Brně. Se započtením lidí bez domova, cizinců, lidí žijících v chudobě a ohrožených vystěhováním, ale i dlouhodobých uživatelů drog se v Brně podle odhadů nachází zhruba 12-15 tisíc sociálně vyloučených lidí (Strategický plán, 2016)

8.2 Užívání drog a hazard v sociálně vyloučených lokalitách v Brně

Zvýšená míra užívání drog, hraní hazardních her a souvisejících problémů v brněnských vyloučených lokalitách vyplývá z většiny šetření, které jsme k tomuto tématu provedli. Lze ji nalézt jak v konkrétních počtech vykazovaných sociálními a drogovými službami, tak v subjektivním vnímání samotných obyvatel lokalit. Drogy a hazard jsou tak samozřejmou součástí života v lokalitě, že se stávají tématem

¹⁵ Mareš, P.: Co s konceptem sociální exkluze v české společnosti? In: Mareš, P. (ed.): Sociální reprodukce a integrace: ideály a meze. Masarykova univerzita, Brno: 2007.

dětských her už ve velmi útlém věku. Kateřina Šedá v průvodci „Brnox“ například dokládá tajenky dětí základní školy, které vytvářely na popud pracovníků IQ Roma servisu. V nich se objevují výrazy odkazující k pervitinu, heroinu, těkavým látkám, ale i hazardu. Určitou všudypřítomnost potvrzují i oslovení obyvatelé lokalit ve fokusních skupinách, kteří problém vnímají především na ulici, kde se jejich pohledem často vyskytují lidé pod vlivem nebo odhozený injekční materiál. Jeden z bývalých uživatelů a zároveň dealerů zmiňuje lokalitu u Alberta (Interspar): *“Tam jsem dealoval, i dnes tam denně projde sto lidí, co jsou dealeri – a nikdo to neví. Já jako bývalý člen gangu ano. Jsem rád, že už můžu lidi oslovovat jinak než ,chceš si něco koupit? “* (Šedá, 2016).

Oslovené sociální služby (Drom a IQ Roma servis) působící v dané lokalitě opakovaně uváděly čísla přesahující 50 % jako odhad klientů, jejichž problematická situace je spojena s užíváním drog. Nejrozšířenější drogou je podle nich pervitin. Při výčtu spolupracujících subjektů uváděly různé instituce a zařízení v lokalitě, nejčastěji Terapeutické centrum Podaných rukou na Bratislavské. O značné míře zastoupení problémů s drogami a závislostmi svědčí i naše vlastní data z dotazníkových šetření mezi OSPODy městských částí. Z nich vyplývá, že zejména městské části Brno-střed a Brno Sever kde se nachází velká část vyloučených lokalit, vykazují extrémní počty řešených případů, kde důležitým faktorem problémové situace je užívání drog nebo hraní hazardní her. V roce 2015 z 1054 případů, které řešili pracovníci a pracovnice OSPOD Brno-sever, hrály drogy důležitou roli v 700 případech. V případě Brna-střed z 1051 za celý rok 2015 to bylo kolem 450. V obou případech přitom šlo mnohdy o vícegenerační užívání drog, celkový počet zasažených jednotlivců tak byl mnohem vyšší.

Fenoménem týkajícím se specificky této lokality je užívání opiátů. Společnost Podané ruce dlouhodobě vykazuje vysoké procentuální zastoupení Romů z vyloučených lokalit ve svém metadonovém programu a právě lokalizace užívání opiátů v prostředí Bronxu vedlo i ke zřízení Treapeutického centra na Bratislavské v roce 2014, kam v roce 2015 docházelo 62 klientů pro metadon.

8.2.1 Příčiny a souvislosti drogového problému

V rámci fokusních skupin oslovení obyvatelé vyloučené lokality identifikovali několik příčin, které podle nich souvisí s větším výskytem drog a závislostí mezi obyvateli ve vyloučených lokalitách v Brně.

Diskriminace v oblasti bydlení

Podle účastníků skupin město koncentruje Romy do jedné lokality, z čehož vzniká koncentrace problémů v rámci soužití, jejichž projevem jsou i drogy a hazard. Toto sdělení mělo v provedených rozhovorech největší ohlas a připojovali se k němu všichni účastníci jedné z fokusních skupin. Jeden z účastníků například popisoval, jak hledal byt v jiných lokalitách v Brně, ale nikde ho nedostal. Musel přijmout byt na Cejlu, aby rodina měla kde bydlet. Jiná účastnice zase uvádí, jak nedostala byt přes realitní agenturu, protože byla Romka. K diskriminaci při získávání bydlení při pokusech odejít z lokality se připojují i další účastníci.

Provázanost nevyhovujícího bydlení se zdravotními problémy dokazuje i čerstvě provedený průzkum v rámci tzv. „registry week“ (Platforma pro sociální bydlení, 2016). Hlavním cílem registračního týdne bylo získat co nejpřesnější informace o počtu rodin bez domova na území města Brna a také o jejich charakteristikách – jako je skladba a počty členů těchto rodin, historie rodin, míra ohrožení rodin a struktura tohoto ohrožení. Celkem bylo provedeno 482 dotazování během registračního týdne, v následujících týdnech ještě sociální služby do sčítání nahlásily několik dalších rodin. Definicí rodin v nejistém či nevyhovujícím bydlení nakonec splnilo 421 rodin. Součástí byly také otázky na problematiku zdraví, drog a závislostí. I když se u mnoha rodin projeví závažné zdravotní komplikace a problémy v přístupu ke zdravotní péči, problematiku drog a závislostí uvedlo relativně málo dotázaných. To může souviset s tím, že na průzkum mělo navazovat zařazení do programu sociálního bydlení a dotázaní se obávali propojení odpovědí na otázky s pravděpodobností dosáhnout na důstojné bydlení. Podle realizátorů tak na tyto otázky mohli odpovídat více v duchu sociální žádoucnosti, než

reálného stavu věcí. Na jednotlivé otázky u rodin žijících v nevyhovujícím bydlení (421) odpověděli respondenti takto:

- 18 (4,3 %) uvedlo, že *"se Vaší rodině někdy stalo, že by Vás kvůli pití, drogám nebo hracím automatům vyhodili z bytu, ubytovny nebo azylového domu či jiného ubytování?"*
- 17 (4,0 %) souhlasilo s *"Domníváte se, že Vaší rodině bude bránit užívání alkoholu či drog či hraní automatů udržení bydlení, nebo snižovat Vaši schopnost platit bydlení?"*
- 17 (4 %) také uvedlo, že: *"Má některý ze členů Vaší rodiny problémy se zdravím, psychické problémy a zároveň zkušenosti s užitím návykových látek?"*
- 28 (6,7 %) zneužívá léčiva, souhlasili s: *"Užíváte Vy nebo členové Vaší rodiny návykové léky proti bolesti, antidepresiva nebo léky, které se vydávají na předpis jiným způsobem, než jak Vám je lékař předepsal nebo jak Vám lékárník doporučil? Příklady takových léků jsou: foxis doreta, fentanyl, neurol, lexaurin, diazepam, stilnox, hypnogen, modafen, nurofen, robicold, clarinase."*
- 53 (12,6 %) souhlasilo s *"Musela Vaše rodina někdy opustit byt, ubytovnu, azylový dům nebo jiné místo, kde jste bydleli, z důvodu zdravotního stavu Vás nebo člena Vaší rodiny."*
- 50 (11,9 %) souhlasilo s *"Když jste Vy nebo někdo z Vaší rodiny nemocní, vyhýbáte se odborné zdravotní pomoci."*

Koncentrace sociálně vyloučených jednotlivců a rodin na jednom místě představuje problém i v některých programech města, které by měly vést naopak k postupnému rozpouštění vyloučení. Příkladem je v r. 2015 vzniklý Bytový dům Francouzská, do kterého bylo nastěhováno kolem padesáti rodin v tíživé sociální situaci, převážně romských. Právě tento dům byl jednou pracovníci OSPOD označen jako příklad promořenosti nelegálními drogami:

„Jako krásnej příklad problému můžu uvést projekt dostupného bydlení na Francouzské 42. Otevřeli to v březnu, do půl roku, každá rodina, každá matka, která do té doby neměla problém s drogama, tak začala užíždět. Dvě varny v objektu. Je to centrum sociálních služeb magistrátu a kritérium bylo, čím hůř, tak tím větší jste měli šanci se tam dostat. A nejmíc bodů dostávaly ženy s domácím násilím, který neměly problém se závislostmi. Ale je tam 38 bytů. Oni je sestěhovali do jednoho objektu a ještě ve vyloučený lokalitě. Ti pohotoví občané, kteří si tam udělali hned dvě varny, zákazníky v rodině. A ještě nastěhovali do baráku ženský, který zažily domácí násilí, a tam se prostě vedle řežou. Oběti domácího násilí s feťákama, kriminálníkama... To je naprostá katastrofa. My už jsme tam tři děcka umístili, protože matky to tam nedaly a začaly fětovat.“ (R1, pracovnice OSPOD)

Na celé situaci je přitom překvapivé, že při telefonickém dotazování členka týmu, který v tomto domě pomáhá rodinám, uvedla, že ona ani její kolegyně žádné problémy s drogami nevidují a problémy s drogami ani drogovou závislost cíleně neřeší. Tato skutečnost poukazuje zároveň na to, že služby pro lidi bez domova a v bytové nouzi se mnohdy nezabývají nebo nechtějí zabývat problematikou závislosti a drog. Více o tomto v kapitole o Sociální péči a Mezerách v systému pomoci.

Diskriminaci v oblasti práce

Jako další z faktorů, které přispívají k užívání drog a hraní hazardních her uvádí informanti z fokusních skupin demotivaci při shánění práce: *„to je ta demotivace, když nemají kde pracovat a žijí na podpoře. I starší se pak pouštějí do drog“* (obyvatel SVL, člen fokusní skupiny). Na to podle dalších nasedá zvýšený obchod s drogami v lokalitě, který představuje jednoduchý zisk. Drogy tak fungují jako alternativní životní strategie trávení volného času, ale také jako alternativní příjmy.

Jednoduchý zisk – byznys

Prodeje drog v lokalitě jako vidiny jednoduchého zisku si všimají i další informanti. Popisují, že takhle se drogy dostaly speciálně mezi Olašské Romy. *„Ti dříve vystupovali hodně proti drogám. Pak ale zjistili, že je to dobrý byznys, začali prodávat a pak i brát. Ale to se nedozvíte, protože oni si to řeší mezi*

sebou“ (obyvatel SVL, člen fokusní skupiny). Podle dalších výpovědí dříve drogy prodávali „gádžové“, nyní ale už prodávají v lokalitě spíše Romové. Podle jednoho z účastníků k tomu byli někteří z dealerů donuceni podmínkami, ve kterých žili. Dopady byznysu s drogami se projevují zejména rozšířením heroínu v lokalitě. Podobná zjištění vyplynula také z Analýzy drogové situace v Ostravě (Černý, Szotáková, 2015), kde se ukázalo, že se mění struktura obchodu s drogami, kdy se některé látky (zejména pervitin) objevují více jako prostředek obchodu. Dřívější model malých varen, kde se vařilo spíš pro potřebu malého okruhu lidí tomuto „byznys“ modelu v poslední době ustupuje.

Vzájemné učení

Vzorové chování se tak v lokalitě reprodukuje a vysoká hustota patologických jevů na geograficky malém prostoru vede k tomu, že se problémy násobí sociálním učením. Obstát v lokalitě často znamená přizpůsobit se a přijmout její pravidla – dochází k předávání zkušeností a často k iniciaci do užívání nelegálních drog

Svět sám pro sebe

Podle jedné z pracovnic DROMu funguje vyloučená lokalita jako „svět sám pro sebe“. Děti, které v ní vyrůstají, mají jiný humor, silné vazby na rodinu, svůj jazyk a chápání světa. Na to naráží při pokusech se z toho světa vymanit, odejít jinam. Při setkání s institucemi, které jsou většinou majoritní a kde pracují bílí vzdělaní lidé, se mohou cítit izolovaně, což se jenom posiluje stereotypy majority, která se pak chová vůči Romům diskriminačně. Proto Romové často vypadávají z kontaktu, prohlubuje se v nich pocit vyloučení a přejímají životní strategie ostatních obyvatel vyloučené lokality.

8.2.2 Charakteristiky přístupu k drogám mezi Romy v sociálně vyloučených lokalitách

Mezi Romy ve vyloučených lokalitách (SVL) se v našich šetřeních i v ostatních prováděných výzkumech (Sociofaktor, 2010; Šťastná et al., 2010; Ministerstvo vnitra ČR, 2006) objevovaly určité charakteristiky spojené s užíváním drog nebo hazardem:

Charakteristiky rodiny

V jedné z fokusních skupin opakovaně zaznělo, že člen rodiny, který drogy bral, měl vždy přístup do domova. V situacích velkých krizí mu často někdo z rodiny pomohl, nenechali ho na ulici. Metodika Sociofaktoru (2010) v této souvislosti uvádí, že v romských SVL se často objevuje absence represivních opatření vůči užívání drog v rámci rodiny. S tím souvisí i vysoká míra tolerance vůči užívání drog, které jsou mnohdy považovány za problém až ve chvíli, kdy se člen rodiny začne chovat nepochopitelně. S pečovatelským přístupem souvisí i sociální a ekonomická podpora, kterou závislým poskytuje. „*I když se závislost vyskytne, rodina ji toleruje a svému členovi umožňuje žít „normální život“ a obstarávat si drogu způsobem, který neprodukuje kriminální činnost*“ (Metodika, 2010, s.16). Obecně funguje něco jako pocíťovaná nutnost fyzické blízkosti rodiny, která zabraňuje uživatele vyhodit na ulici, ale zároveň ztěžuje jakoukoliv ústavní léčbu. „*Delší odloučení od rodiny není považováno za žádoucí závislým, ani jeho okolím*“ (Metodika, 2010). Tyto charakteristiky přitom podle pracovníků OSPODu mohou přestat platit ve chvíli, když už je celá rodina na pokraji kolapsu pod vlivem závažných existenčních problémů nebo závislosti. Jak se v programech pro uživatele drog ukazuje, povaha rodinných vazeb není pracovníky v drogových a zdravotnických službách brána příliš v potaz. Boj se závislostí se bere spíše jako individuální výkon daného člověka a význam rodiny je upozadován. To zejména u Romů vede k velmi malé účasti na těchto programech a přisuzování jim malé míry motivace namísto reflexe toho, jak je léčebný program postaven.

Vícegenerační užívání drog a hazard

Z dotazníkového šetření mezi OSPODy vyplývá, že v městských částech, kde se nacházejí vyloučené lokality, se objevuje vícegenerační užívání u 20-60 % ze všech řešených drogových případů. Do péče OSPOD se ale dostanou spíše rodiny, kde problém s drogami nebo hazardem dosáhl větších rozměrů a zasahuje více rodinných členů. Jedna ze sociálních pracovnic OSPODu situaci popisuje následovně:

„Fetujou nám děti, který nám rosou do dospělých, a jejich děti, který mají docela brzo, do toho spadají taky. A není výjimka, že rodiče sedí za čorky spojené s fetem v kriminálu, děti jsou v péči prarodičů, kde se třeba chlastá a jsou s tím problémy.... Je to hodně zacyklený tým, že tady fungují v těch rodinných jednotkách, že na těch pár ulicích tady bydlí všechny sestřenice, bratřenci. A předává se to, ty vzorce. Pohybují se v jedné partě... Alkohol se objevuje hodně u prarodičů, ale rodiče a děti bývají na tom tvrdým. Ale nevybavuju si, že bych měla prarodiče na tvrdým. Ale spíš u starších je alkohol...“ (R2, pracovnice OSPOD)

Jeden z účastníků skupiny zotavujících se uživatelů si vícegeneračního užívání všiml zejména u uživatelů opiátů. *„Když začneš prodávat opiáty, tak máš peníze. A utvořila se tady komunita lidí, kde se to předává z generace na generaci, „rodinný žezlo“, to jsou třeba Olaši, a začali se taky stávat závislí.“* (Luboš, ex-user)

Problém „těch druhých“ Romů

Zajímavým fenoménem, který se objevil ve fokusních skupinách, bylo vnímání problémů s drogami a hazardem jako problému „těch druhých“ Romů, které účastníci neznali. Až v průběhu rozhovoru se spontánně začaly objevovat příběhy o rodinných příslušnících, kteří drogám propadli. Jeden pán si například uvědomil ke konci rozhovoru, že každý měsíc po výplatě chodí rád do herny. V průběhu rozhovoru ale problém hazardu a drog vnímal jako něco, co je záležitostí těch druhých. V dotazníkovém šetření Sociofaktoru (2010) ale 21,4 % žáků druhého stupně z brněnských vyloučených lokalit uvedlo, že zná konzumaci návykových látek z prostředí širší rodiny.

Nízké vědomí účinků a reálných rizik

Z výpovědí účastníků fokusních skupin také vyplynulo, že o psychoaktivních látkách a jejich rizicích vědí poměrně málo, nebo se to bojí před ostatními uvést. Typická byla tvrzení o nelegálních látkách, např. „přý je to strašně dobré“, „člověk si pak neuvědomuje následky“. Účastníci nebyli schopni rozlišit jednotlivé drogy podle účinků a to, že je někdo pod vlivem, byli schopni rozeznat až podle výrazných projevů chování, jako chaotické, agresivní chování, nebo naopak malátnost a silné utlumení. Jaké látky tyto stavy způsobují, přitom sami nedokázali odhadnout.

Užívání drog je v lokalitě poměrně běžné, děti tak konzumaci nevnímají jako něco vzdáleného, ani jako problém. Z výzkumu Sociofaktoru (2010) v Brně vyplývá, že tolerance samotných dětí vůči užívání návykových látek (kromě cigaret) je jednoznačná: experimentátory tolerují bez problémů. Více než polovina žáků základních škol v lokalitě pokládá nebezpečí cigaret, alkoholu a marihuany za velmi nízké. O něco více rizik si uvědomují u rekreačních drog typu extáze. Riziko pro ně představuje především pervitin. To potvrzuje zjištění MacDonalda a Marshe (2002), kteří na základě hloubkových rozhovorů zjistili, že v chudých vyloučených lokalitách existuje velmi slabá vnímaná hranice mezi rekreačním užíváním a problémovým užíváním. Problémové užívání je mnohdy bagatelizováno, uživatelé nejsou tolik vylučováni a jejich užívání je normalizováno v rámci skupiny rekreačních uživatelů.

Statusová záležitost

Drogy pro některé uživatele v lokalitách mohou představovat také statusovou záležitost. Jedna z informantek tvrdila, že ji kamarádi, kteří užívali drogy, opakovaně tvrdili *„to my jsme frajeři, vy jste úplní chudáci.“* Tím, „vy“ je myšleno lidí, kteří se drog bojí a nechtějí je vyzkoušet. Interpretací může být mnoho, ale jedno z hlavních vysvětlení může spočívat v roli drog jako určitého nástroje, jak se dostat z každodenní reality v lokalitě. A to jak myšlenkově a sociálně, tak finančně.

Dopady na zdraví

Z různých indicií také vyplývá, že masivně rozšířené drogové užívání má dopady na zdraví obyvatel. Romové v lokalitách se obecně dožívají nižšího věku a potýkají se s mnoha zdravotními problémy.

Podle analýzy Strategického plánu sociálního začleňování jsou významným zdravotním poškozením genetické vady dětí, především problematika tzv. fetálního alkoholového syndromu. V případě drogových uživatelů (injekčních) lze odhadovat až 100 % prevalenci onemocnění hepatitidou typu C (Strategický plán, 2016). Z dat terénních programů Brno vyplývá, že tyto údaje jsou poměrně přehnané, přesto podle nich promořenost žloutenkou typu C může být mezi problémovými uživateli z lokality kolem 30 %. Vyšší míru výskytu infekčních onemocnění potvrzují i zahraniční studie (Neale, 2008). Vzhledem k prostituci, rozšířené zejména kolem hypermarketu Albert (dříve Interspar), jsou aktuálním rizikem i pohlavně přenosné choroby, např. syfilis (několik pozitivních testů evidují i nízkoprahové programy SPR). I proto má v okolí hypermarketu pravidelné stanoviště dodávka Společnosti Podané ruce, která nabízí orientační testy na infekční choroby. Co se týká infekčních chorob, málokdy obyvatelé sociálně vyloučené lokality podstoupí odpovídající léčbu, která má pro mnoho z nich příliš vysoko nastavený práh. Například dr. Strakrle, který v lokalitě dlouho působil s ambulancí pro přenosné nemoci, v telefonickém rozhovoru uváděl pouze několik málo pacientů z lokality za rok. To kontrastuje s pravděpodobně vysokou mírou výskytu přenosných chorob v lokalitě.

8.3 Užívání legálních látek v SVL v Brně

Užívání legálních látek ve vyloučených lokalitách je poměrně rozšířené a vysoce tolerované. Alkohol a tabák nejsou vnímány jako nebezpečné drogy. Pracovníci OSPODu to dokreslují tím, že se setkávají s případy zanedbávání dětí, kde alkohol hraje poměrně podstatnou roli, ale rodiče si vůbec nepřiznávají, že by alkohol mohl být problém. „*Blbý to je ještě s tím chlastem. To je to stejný skoro jako s tím perníkem. Že přesvědčit je k léčbě, notabene u toho chlastu tím, že je společensky tolerovaný, určitá konzumace, tak to je úplně v háji. Sice najdete rodiče na kaši a jsou často agresivnější, ale oni se s váma budou prít, že oni s tím problém nemají*“ (R1, pracovnice OSPOD). Alarmující je také poměrně nízký věk první zkušenosti s těmito látkami ve vyloučených lokalitách v Brně. Nejčastější první zkušenost s tabákem mají děti kolem 9. a 10. roku. Výjimkou nejsou děti ve věku 6-7 let, které zkoušejí kouřit. Užívání alkoholu se častěji odehrává v domácím prostředí, což souvisí s nižším výskytem restauračních zařízení v lokalitě, diskriminujícím přístupem majoritních podniků a nízkou ekonomickou úrovní obyvatel.

Podle tvrzení informantů z fokusních skupin toluen už skoro vymizel. Zůstaly nebo spíše „*přežily*“ někteří jednotlivci, kteří s tím začali dříve, v diskuzi je účastníci považovali za neškodné. Vymizení toluenu si vysvětlují snadnější dostupností jiných drog. To potvrzují i pracovnice OSPODu Brna-střed, které tvrdí, že toluen je momentálně spíše na ústupu a případů moc není. Oproti tomu pracovnice OSPODu Brna-sever uvádí častější výskyt těkavých látek u dětí z problémových rodin. Podle jejich odhadů s nimi může mít zkušenost více než 100 dětí v oblasti. Výzkum Sociofaktoru z roku 2010 (s. 27) dokresluje, že toluen „*...je typický pro jisté skupiny žáků, kteří navíc navštěvují určité školy. Jedná se o bývalé speciální školy. Toluén je konzumován veřejně, často i v takových místech, jako jsou tramvaje, na ulici. Ostatní děti umí inhalaci organických rozpouštědel rozpoznat, se zážitkem veřejné inhalace mají běžné zkušenosti. Říkají, že děti „těčkují*“. Většina zkoumaného souboru však uvedla, že se jim čichání těkavých látek hnusí. Užívání se tedy omezuje na specifické ohraničené skupiny dětí a zdá se, že se nešíří mimo jejich okruh.

Zatímco toluen se vyskytuje spíše u dětí, dospělí v lokalitě často nadměrně užívají psychofarmaka. Typicky se jedná o bývalé uživatele opiátů, kteří přešli na léky (např. neurol nebo tramal), které kombinují s jinými léky nebo alkoholem. Vysoká míra zkušeností s léky v lokalitě vzbuzuje otázky, zda je jejich zdrojem černý trh nebo lékařské předpisy. Na toto téma odpovídají pracovnice OSPODu v lokalitě:

T: *Zaujalo mě, že ve vašem obvodu uvádíte, že dospělá generace bere léky na předpis. Jak se to dozvídáte a zjišťujete, kdo jim to předepisuje?*

R3: *Klasický případ je ten, že zjistíme, že berou drogy, a chceme po nich, aby to řešili. A potom je tam spolupráce s psychiatrem. A tam už se dostanou k těm lékům a on jim to předepisuje jak na běžícím pásu a vůbec neřeší, že to kombinují s dalšíma.*

R1: *Rivotril, neurol, lexaurin, takový klasický opiátový frajeřinky. Ze spisový dokumentace si vybavuju, že děcko se pokusilo o sebevraždu. Malý děcko, první třída, rivotrilem, protože byl doma. Ale proč byl doma...?*

Krom extenzivního předepisování psychofarmak některými psychiatry, existuje prodej léků na černém trhu. Jedna z pracovnic OSPODu hovoří o případu klientky, které nabízel léky přímo její dealer pervitinu („*Tabletka za dvacku*“). Léky se tak stávají alternativou klasických drog a často dochází k polyvalentnímu užívání.

8.4 Užívání nelegálních drog

Užívání nelegálních drog dominuje především marihuana, která je rozšířená mezi mládeží a mladými dospělými. Podle některých odhadů má zkušenost s marihuanou 80-90 % patnáctiletých v lokalitě. U mnohých to nicméně neznamená, že by v jejím užívání pokračovali na každodenní bázi. (Metodika, 2010). Marihuana je v lokalitě také snadno dostupná, většina školáků dokáže popsat, kde se k ní dostat, u mnohých z nich kouří marihuanu někdo z rodiny.

U Romů z brněnských vyloučených lokalit je často zmiňováno užívání heroínu. Podle vyjádření obyvatel lokality i expertů to dnes s heroinem není tak závažné jako v minulých letech. „*Před pár lety tady byla vlna heroínu, spící lidi na ulici*“ (obyvatel SVL, člen fokusní skupiny). Souviselo to s rozšířením heroínu v olašské komunitě, mnoho dealerů je ale ve vazbě nebo ve vězení a zároveň se stala dostupnější substituční léčba, ať už v podobě metadonového centra Společnosti Podané ruce na Bratislavské nebo psychofarmak na bázi buprenorfinu. Jak poznamenává vedoucí „Toxi týmu“ Policie ČR v Brně nplk. Houba, problémem heroínu se staly také příměsi, které rapidně snížily jeho kvalitu.

Nejrozšířenějšími nelegálními drogami jsou tak podle mnohých dnes především pervitin a marihuana. I zde platí, že pervitin je, vlivem malého povědomí o účincích a rizicích, relativně tolerován. Problém nastává až ve chvíli, kdy se uživatel stane nepředvídatelným a pro rodinu nebezpečným, případně až je v důsledku kriminálního chování postaven před soud nebo přímo poslán do výkonu trestu. Obyvatelé lokalit i odborníci zmiňují shodně problematickou kombinaci pervitinu a gamblingu.

8.5 Užívání drog mezi dětmi

Užívání drog je ve vyloučené lokalitě specifické také tím, že s nimi mají zkušenost mladší děti a ve větší míře než v obecné populaci. To potvrdilo několik výzkumů (Romové a drogy, A-Kluby, 2004; Metodika, 2010). Situaci potvrzují experti jak z řad pracovníků OSPODu, tak drogových programů, které v lokalitě působí. Výjimkou nejsou děti na hranici 15 let, které užívají drogy intravenózně. Podle dotazníkového šetření v lokalitě, je nejčastější věk pro první zkušenost s tabákem mezi 9. a 12. rokem, pro alkohol mezi 10. a 13. rokem, pro marihuanu mezi 12. a 14. rokem a pro pervitin, heroin nebo extázi je to kolem 13. roku života. Masivní užívání dokladují také pracovníci OSPODu Brna-sever a Brna-střed.

8.6 Dopad na sousedské vztahy a soužití v komunitě – případ brány na Bratislavské

V rámci rozhovorů s obyvateli vyloučené lokality jsme také narazili na to, jak zdánlivě banální věci ovlivňují pocit bezpečí a ochrany před drogami. Jeden z domů na ulici Bratislavská časem přišel o vstupní bránu do dvora, který se tak otevřel do ulice a přilákal mnoho uživatelů drog jako bezpečné zázemí pro aplikaci. Otevřenost pavlačového domu po celý den a noc začala nahrávat také krádežím.

„*Problém je, že dům je otevřený a vlezou sem lidi, nechají tu inzulky – už se o to jedno dítě píchlo. Bojíme se nemoci.... Moji kluci koukají večer přes rolety a ptají se, co to tam dělají (uživatelé drog si píchají)*“ (obyvatel domu na Bratislavské, člen fokusní skupiny).

Problém přitom souvisí s na první pohled banální věcí, funkční branou do pavlačového domu, která by se dala na noc zamykat. Z neměnicí se situace přitom obyvatelé domu viní liknavost úředníků městské části, která má dům ve správě. Podle svých slov dokáží situaci drog v domě kontrolovat, nikoliv však lidi, kteří přicházejí z venku. Pokusy o nápravu situace jsou také předmětem práce komunitních pracovníků, kteří v domě působí. V rámci komunitní práce proběhlo interní zjišťování, kdy se všichni dotázaní vyjádřili pro opravu brány, která by se měla zamykat na noc. Jinými slovy, fungoval zde prvek komunity, která je schopna sama regulovat některé projevy nežádoucího chování, pokud k tomu dostane dostatečnou podporu. Tento příklad ilustruje, že práce v oblasti drog a závislostí souvisí nejenom s léčbou a pomocí ohroženým lidem, ale i s prací v celé komunitě na zdánlivě s drogami nesouvisejících tématech vzájemného soužití.

8.7 Hazard

Přestože Brno na svém území od 1. 1. 2015 prostřednictvím OZV plošně zakázalo elektronická herní zařízení s odůvodněním, aby vymizely hráčské příležitosti ve vyloučených lokalitách, lze v oblasti Cejlu a Husovic herny stále najít. Nezjišťovali jsme, zda se jedná o licence, které tzv. „dobíhají“, zda se o jejich zrušení vede správní řízení, nebo jde o pololegální, případně černé herny. Podle diplomové práce (Šimíková 2015), se po plošném zákazu hazardu v Brně několik černých heren objevilo. Známy je případ tzv. kvízomatů, které lze najít v Husovicích v baru Lambada. Kvízomaty jsou v tomto baru nastavené tak, že na obrazovce běží vědomostní kvíz a v pozadí hazardní hra.

Přítomnost dvou heren stačí, aby pokryla hráčské potřeby obyvatel lokality. Pracovnice OSPODu uvádí, že zvýšený zájem o herny nastává při výplatě dávek nebo po klasické výplatě. To potvrzuje i jeden z účastníků fokusní skupiny, který do heren chodí pravidelně po výplatě. Mezi hráči se často objevují i starší ženy. Problém podle pracovník OSPODu někdy zajde tak daleko, že hráči a hráčky přicházejí o prostředky na základní živobytí:

R3: Mně třeba psali i z úřadu práce, že babička, co má v péči děti, opakovaně uplatňovala nárok na mimořádku (mimořádnou dávku hmotné nouze). A že argumentovala tím, že jí ty peníze ukradli. Ale tím, že je to často, tak ať to prošetříme...

R1: Ta historka s penězi je častá.

R2: Ano, ukradli peněženku nebo jim to ukradli v bytě kamarádi a tak.

R1: A to je asi nejčastější výmluva na gambling.

R1: A tím pádem celý měsíc nemají, co jíst.

R3: ... nezaplatí ani bydlení, a pokud nebudou mít potvrzení, že zaplatili bydlení, tak zas nedostanou další měsíc. Takže to je kolotoč. Ale většinou to přijdou řešit.

8.8 Role pomáhajících služeb

Ve vyloučených lokalitách v Brně působí několik druhů služeb, které pracují s uživateli drog a jejich blízkými. Jsou jimi především specializované drogové služby, sociální služby pro romskou komunitu, sociální služby pro lidi bez domova, státní instituce (především OSPOD) nebo církevní sociální služby. Tito aktéři včetně samotných obyvatel lokality tvoří poměrně různorodou síť aktérů s různými zájmy, různým vnímáním drogového problému a variantami jeho řešení.

Pohled komunity na drogovou závislost je často v rozporu s tím, jak drogy a pomoc drogovým uživatelům vnímají specializované drogové služby. Těmi jsou v lokalitě především Terénní služby Brno, které poskytují výměnný program a základní sociálně-zdravotní poradenství aktivním uživatelům drog. Druhým centrem je Terapeutické centrum Bratislavská, které poskytuje individuální a rodinné poradenství a substituci metadonem, nově pak výměnný program. Obě centra provozuje Společnost

Podané ruce. Obyvateli komunity, účastníky fokusních skupin, jsou tyto služby pro uživatele drog vnímány často s podezřením a s nepochopením jejich účelu. Pro mnohé se tyto služby spolupodílí na vytváření drogového problému, protože „rozdávají stříkačky“, které se pak válí v parku, a „metadon“, který lidi otupuje. Oproti tomu drogovým službám jde především o řešení drogového problému, nikoliv o práci s celou komunitou. Tyto diskrepance mezi obrazem drogových služeb v komunitě a jejich snahou o řešení drogového problému se tak příliš nezmenšují. K tomu přispívají i specifika terénní práce s aktivními uživateli drog. Terénní sociální pracovníci řeší dilema, jak zůstat anonymní a neupozorňovat na sebe a své klienty v jejich prostředí, ale zároveň dostatečně vysvětlit obyvatelům komunity, jaký má jejich práce význam a proč ji dělají. Z minulosti jsou známé případy, kdy se pracovníci dostali do konfliktu s obyvateli lokality, kteří nesouhlasili s tím, že v jejich ulici vyměňují mladým lidem stříkačky.

Podle pracovníků Terapeutického centra na Bratislavské se přitom tyto předsudky netýkají jen obyvatel lokality, ale i dalších institucí a služeb. Z rozhovorů s jedním z pracovníků vyplývá, že například někteří pracovníci OSPODu nerozumí principům substituční léčby a práci s přirozenou motivací klientů považují za příliš mírnou a neefektivní, v jejich perspektivě je mnohdy potřeba zakročit rázněji, a na to služba založená na dobrovolnosti nestačí.

Nově v lokalitě působí služba Remedis, založená na principu adiktologické ambulance, která se liší od klasických drogových služeb tím, že její úkony mohou být hrazeny ze zdravotního pojištění. Hlavním benefitem centra může být v budoucnu poskytování léčby žloutenky typu C a dalších somatických zdravotních problémů. Tím vyplní mezeru na poli nedostatečné zdravotní péče. Role Remedisu v budoucnosti je zatím otevřená. Jejich zaměstnanci v současnosti provádějí síťování a zjišťují mezery v síti služeb, které by jejich ambulance mohla pokrývat.

Sociální služby pro Romy v lokalitě, především IQ Roma servis a DROM, s obyvateli drogovou situací tolik neřeší a někdy s ní ani nejsou seznámeni. „*S tímto se klienti nespřívají vůbec, ani při zjišťování příčin zadluženosti neuvádějí gambling,*“ odpovídá v dotazníkovém šetření jeden ze sociálních pracovníků IQ Roma servisu. Pracovníci těchto služeb si uvědomují, že do mnoha případů problém s drogami nebo gamblingem zasahuje, nicméně to nevnímají jako oblast své práce a klienty přeposílají do Podaných rukou nebo na OSPOD. Při fokusních skupinách nicméně jedna z pracovníček Dromu popisuje, že do komunitního centra na Bratislavské uživatelé drog občas chodili proto, aby si „*odpočinuli a vydechli*“ před dalšími aktivitami. Uvádí: „*Oni tady vegetili, tak jsem si s nimi povídala – oni tady jenom seděli a potom se trochu zklidnili.*“ Místo, kde by uživatelé drog mohli pobýt v chráněném prostředí, zřejmě na Cejlu aktuálně chybí. Shodně s pracovníky OSPODu přitom pracovníci sociálních služeb pro Romy přiznávají, že jim schází dostatečné vzdělání o drogové problematice a o tom, jaké intervence volit. Navrhují například „*školení typu: jak s tématem drog pracovat, jak je otevřít s klienty v případě, že se nespřívá sám, jaké zařízení/služby jsou pro uživatele drog vhodné (např. mladistvé).*“

Jak pracovníci romských sociálních služeb, tak obyvatelé lokality zmiňují roli policie. Podle nich je policie často nečinná a nezasahuje proti pouličním dealerům, na které ji upozorňují. V dotazníkovém šetření pracovníci IQ Roma Servisu uvádějí: „*Stává se nám, že v případě hlášení o podezření na distributory drog, nám policie podá jen vysvětlení, že situaci mapují a čekají na ty „velké ryby“.* Domníváme se, že by i malí dealeri, vaříči a další osoby měli být postižitelní. Tzn. důsledné pátrání a šetření ze strany policie.“ Postoj policie je nicméně v mnohém pragmatický. Zajištěním malých dealerů se situace nezmění, často dojde k tomu, že dostanou podmínku a v prodeji pokračují dál, nebo jdou do výkonu trestu a na jejich místo nastoupí někdo jiný, pro koho prodej představuje snadný výdělek.

Důležitými pomáhajícími aktéry mezi Romy ve vyloučených lokalitách jsou také církevní organizace. Mezi specializované služby pro drogové uživatele patří Teen Challenge, církevní organizace založená Apoštolskou církví. Přístup Teen Challenge se snaží být odlišný od klasických drogových služeb. Staví svou práci především na osobní motivaci lidí ke změně, neposkytují zdravotní materiál. Základním

prostředkem pomoci je rozhovor a práce s uživateli drog probíhá na dobrovolné bázi. V r. 2017 plánují jednou týdně otevřít kontaktní centrum/kavárnu, kde mohou pozvat uživatele drog k rozhovoru.

Zcela specifickou roli hrají v lokalitě církve, včetně např. Jehovistů, a to zejména díky jednomu z jejich věřících, který na Cejl chodí šířit víru. Jedná se o bývalého uživatele drog a dealera, který se obrátil na víru. Podle Kateřiny Šedé (2016), která s ním dělala v rámci svého průvodce obsáhlý rozhovor, může ozdravně fungovat vřelé přijetí církevní obce, které je v ostrém kontrastu s přechodným a neosobním prostředím léčeben. Při rozhovorech ve fokusních skupinách se význam víry při zotavení z drogové závislosti objevoval často. Církev má v očích vyloučených Romů větší vliv než standardní léčebné služby pobytového charakteru, které mnohdy představují nežádoucí odloučení od rodiny.

Roli v tom, zda je určitá služba přijímána nebo ne, také může hrát, zda se v ní vyskytují lidé, se kterými se Romové z vyloučené lokality mohou nějak ztotožnit. Například v církvích a svépomocných spolcích mnohdy působí Romové, kteří prošli podobným životním příběhem a dokázali se z něj vymanit. Ti mohou sloužit jako záchytný bod pro ostatní. To potvrzují i účastníci fokusních skupin, kteří uvádějí, že by pomohlo, kdyby „*bylo víc našich lidí (Romů) ve funkcích, například policajtů.*“ V drogových službách žádní Romové nebo zástupci místní komunity se zkušeností zotavení zatím nepůsobí. Mohli by sloužit jako konzultanti, sdílet příběhy srozumitelné pro lidi uzavřené ve světě vyloučené lokality.

8.9 Souhrn

Problematika drog a závislostí souvisí s problematikou sociálního vyloučení, což je patrné z místních i zahraničních studií i z šetření v Brně. Etnický rozměr této problematiky je především v tom, že vnímaná etnicita prohlubuje diskriminaci a sociální vyloučení, což zpětně přispívá k jeho negativním dopadům v podobě zvýšené míry užívání drog. Užívání drog a hazard se zde pojí s problémy jako nevyhovující bydlení nebo diskriminace v oblasti vzdělání a práce. Typickými nelegálními látkami je marihuana, pervitin a heroin. Často se objevuje experimentování s legálními i nelegálními látkami již ve velmi nízkém věku. Ve velké míře se objevuje zneužívání legálních léků, těkavé látky jsou v současné době spíše na ústupu. S drogami je zde také spjat vyšší výskyt infekčních onemocnění, typicky žloutenky typu C. Romové, kterých se sociální vyloučení týká v Brně především, vykazují některé charakteristiky, jako jsou silné rodinné vazby, které zatím nejsou drogovými službami vzaty dostatečně v potaz, a ze strukturovaných služeb následně vypadávají. Drogové služby, které jsou založeny v komunitě především na principu snižování rizik (terénní služby, substituční program), jsou v komunitě vnímány spíše vlažně, což je dáno především malou informovaností o cílech těchto programů a způsobem práce drogových pracovníků, který je založený spíše na individuálním principu než na rodinné nebo komunitní bázi. Jiné sociální služby pracující s Romy zase mají dojem, že se jich užívání drog tolik netýká a přeposílají své klienty do drogových služeb, případně doplňují neexistující služby, jako je například denní centrum v lokalitě. Klienti s mnohočetnými potřebami tak propadávají. V drogových službách se nevyskytují lidé z komunity a se zkušeností, kteří by šli ostatním příkladem. To naopak zabírá u některých náboženských iniciativ, které využívají příkladů bývalých uživatelů drog.

9. Systém péče v sociální oblasti

Zdroje dat:

Dotazníkové šetření mezi poskytovateli různorodých sociálních služeb zjišťující míru, se kterou se potkávají s problematikou užívání drog a závislostí.

Telefonické rozhovory s poskytovateli sociálních služeb doplňující dotazníkové šetření.

Analýza závěrečných zpráv brněnských specializovaných sociálních služeb.

Záznamy z poradních skupin problémových uživatelů drog, zotavujících se závislých a blízkých.

V rámci zapojování uživatelů do plánování a definice budoucí podoby drogové politiky ve městě Brně jsme pořádali s lidmi s vlastní zkušeností dvě tzv. „poradní skupiny“ (jedna byla zaměřena na problémové užívání drog, druhá na zotavení ze závislosti), v rámci kterých jsme se členů ptali na jejich představu funkční sítě služeb, která povede k řešení problému užívání drog a závislosti směrem k pomoci uživatelům drog a spokojenosti na straně společnosti. V průběhu léta a podzimu 2016 proběhla 4 setkání obou poradních skupin, celkově tedy osm setkání.

Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb bylo k datu 28. 11. 2016 na území města Brna celkem 247 sociálních služeb. Šestnáct z nich má mezi cílovými skupinami uvedenu skupinu „osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách“, přičemž v případě tří jde o poskytování odborného sociálního poradenství různorodým cílovým skupinám. Specializovaných služeb je dle registru v Brně 13, musíme však započítat službu Přechodové byty Společnosti Podané ruce, která je registrována jako služba pro osoby s chronickým duševním onemocněním. **Specializovaných sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách je v Brně tedy celkově 14¹⁶.**

9.1 Specializované sociální služby

Specializované sociální služby jsou poskytovány výhradně neziskovými organizacemi, jmenovitě: Společností Podané ruce, organizací Lotos – doléčovací centrum, o.p.s. a Ústavem prevence a léčby závislosti A Kluby Brno z.ú. V současné chvíli také vzniká adiktologická ambulance, pobočka pražské organizace Remedis, která se chystá nabízet služby adiktologa hrazené ze zdravotního pojištění. Na sklonku roku 2016 probíhalo vyjednávání s městem o roli a aktivitách této služby.

Podle formy poskytování služeb převládají ambulantní zařízení, kterých je celkově osm. Počty klientů na základě statistik ze závěrečných zpráv uvádí tabulka.

¹⁶ Tyto *specializované sociální služby* nezahrnují všechny *adiktologické služby*. Sčítání adiktologických služeb, které provedlo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti v letech 2012 a 2014/15 (NMS 2016), se v Brně zúčastnilo celkem 21 zařízení. Šetření však bylo provedeno s cílem zmapovat veškeré instance, které poskytují služby uživatelům drog, včetně zdravotnických zařízení a ordinací praktických lékařů předepisujících substituční léčbu, či např. poraden pro odvykání kouření. Ne všechna zařízení, která se v Brně sčítání účastnila, jsou tedy sociálními službami.

Název ambulantní služby	počet klientů
Centrum poradenství a prevence, Lotos - doléčovací centrum, o.p.s.	67
Kontaktní centrum, TC Hybešova, ÚPLZ A Kluby Brno z.ú.	326
Odborné sociální poradenství, TC Hybešova, ÚPLZ A Kluby Brno z.ú.	147
Služby následné péče, TC Hybešova, ÚPLZ A Kluby Brno z.ú.	76
Poradenské centrum v Brně, Společnost Podané ruce o.p.s.	112
Speciální prevence, Společnost Podané ruce o.p.s.	111 ¹⁷
Kontaktní centrum v Brně, Společnost Podané ruce o.p.s.	704
Terapeutické centrum v Jihomoravském kraji, Společnost Podané ruce o.p.s.	631 ¹⁸
Terapeutické centrum na Bratislavské, Společnost Podané ruce o.p.s.	126 ¹⁹
Doléčovací centrum, Společnost Podané ruce o.p.s. – ambulantní část	59
Centrum poradenských služeb ve vězení a po výstupu – ambulantní část	49 ²⁰
Celkem	2408

Terénní formu péče nabízí pouze dva programy Společnosti Podané ruce o.p.s., v případě Drogových služeb ve vězení a následné péče jde o specifickou formu terénní péče – dojíždění do věznic.

Název terénní služby	počet klientů
Terénní programy Brno, Společnost Podané ruce o.p.s.	1253
Drogové služby ve vězení a následná péče, Společnost Podané ruce o.p.s.	417
Celkem	1670

V pobytových službách bylo dle závěrečných zpráv jednotlivých programů celkově 81 klientů.

Název pobytové služby	počet klientů
Byty na půl cesty, Lotos - doléčovací centrum, o.p.s.	34
Přechodové byty, Společnost Podané ruce o.p.s.	11
Doléčovací centrum, Společnost Podané ruce o.p.s. – pobytová část	36
Celkem	81

Celkový počet klientů ve všech sociálních službách v Brně specializovaných na drogy a závislosti za rok 2015 byl tedy 4159 klientů, přičemž téměř 58 % využívalo ambulantní služby, 40 % terénní služby a pouze 2 % klientů byla v pobytové službě.

Tato čísla nelze jednoduše zaměnit za počty jednotlivců v Brně, kteří vyhledali nějakou specializovanou sociální službu, protože někteří klienti využívají více služeb zároveň. Míru tohoto „překryvu“ zjišťoval dotazníkový výzkum v rámci organizace Společnost Podané ruce (Černý 2015). Zkoumal počty klientů služeb organizace za rok 2014 a ze získaných dat vyvodil, že 42 % klientů využívalo více služeb organizace najednou, někteří 3 i více. Pokud bychom předpokládali, že situace byla podobná i v roce 2015 a uplatnili podobný výpočet i na všechny výše uvedené specializované sociální služby, dalo by se odhadnout, že tzv. „unikátních klientů“ bylo za rok 2015 zhruba tři čtvrtiny, tedy 3160. Údaje za rok 2014 ve službách Společnosti Podané ruce uvádí následující tabulka.

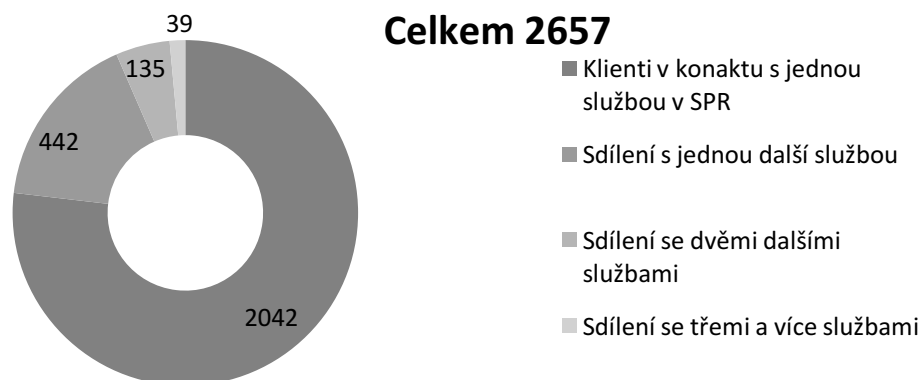
¹⁷ Jsou započítány konzultace mimo školní docházku.

¹⁸ Zahrnuje klienty ambulantního a substitučního programu, i programu pro hazardní hráče.

¹⁹ Zahrnuje klienty v metadonovém a ambulantním programu.

²⁰ Zahrnuje klienty, se kterými práce probíhala před vstupem do vazby / výkonu trestu nebo po něm.

Graf Odhad celkového počtu klientů (uživatelů drog a patologických hráčů) ve Společnosti Podané ruce a paralelní využívání služeb v r. 2014



Na základě údajů ze závěrečných zpráv za rok 2015 lze klienty rozdělit i dle jejich primární drogy, viz následující tabulka:

Droga	Podané ruce	Lotos	A Kluby	Součet
Alkohol	29	101	479	679
Pervitin	1515	0	12	1527
Heroin	647	0	0	647
Jiné opiáty	38	0	0	38
THC	469	0	0	469
Gambling	89	0	53	142
Extáze	95	0	0	95
Jiné	45	0	5	50
Rodinní příslušníci	322	5	24	351
Nezjištěno	255	0	0	255
Celkem	3504	106	573	4159

I když vezmeme v potaz, že čísla nereflektují unikátní jedince, velice zajímavé srovnání se nabízí s psychiatrickou ambulantní péčí (viz tabulky 24 a 25). Zatímco ve specializovaných sociálních službách tvoří klienti s primární drogou alkoholem 16 % všech klientů, v ambulantní a lůžkové psychiatrické péči je to 61 %, tedy téměř čtyřnásobek. Uživatelé pervitinu oproti tomu tvoří více než třetinu (36 %) všech klientů specializovaných sociálních služeb, ale pouze 11 % pacientů zdravotních služeb. U heroínu je to ještě větší rozdíl: sociální služby udávají celkový poměr 15 %, zdravotní služby pouhé jedno procento. Vypovídá to mimo jiné o tom, že zdravotní a sociální péče jsou dva oddělené světy a ač koexistují v jednom městě, každý má svou vlastní a zcela jinak složenou klientelu.

Z hlediska sociálních služeb můžeme z výše uvedených údajů dále vyvozovat, že specializované sociální služby jsou v Brně výrazně zaměřené na uživatele nelegálních drog, kterých se jim daří mnoho kontaktovat. Potvrzuje to i studie Multiplikátor, kterou provedlo NMS v roce 2016 a která naznačuje, že v Brně je v kontaktu s nízkoprahovými programy 70 % problémových uživatelů drog (NMS 2016). Problematičtí pijáci a hazardní hráči však sociální služby využívají v relativně malé míře. Podobně nízké číslo se týká rodin a blízkých uživatelů drog a závislých, obzvláště vezmeme-li v potaz, že většinu z 351 kontaktů vykazuje Terapeutické centrum v Jihomoravském kraji, které jako jediné uvádí větší zaměření na rodinné příslušníky a nabízí i konzultace pro celé rodiny.

9.2 Uživatelé drog a závislí v ostatních sociálních službách v Brně

Uživatelé drog vč. alkoholu a lidé se závislostí na těchto látkách pochopitelně vstupují také do jiných sociálních služeb napříč cílovými skupinami. Zpravidla je užívání drog resp. závislost komplikací při využívání těchto služeb a při přístupu k nim, ať už kvůli nastaveným pravidlům služeb, stigmatizaci anebo komplikované komunikaci a porozumění klientům v případě kumulace více problémů najednou. V rámci dotazníkového a telefonického šetření jsme oslovili různé typy sociálních služeb nespécializovaných na drogy a závislosti, zjištění rozčleňujeme do několika kategorií.

9.2.1 Služby pro osoby s duševním onemocněním

Významnou skupinou, ve které se často objevuje problém s užíváním drog a závislostí, jsou lidé s (jiným) duševním onemocněním. Pro propojení těchto dvou problémů se vžil termín „duální porucha“ nebo „duální diagnóza“ a zpravidla se v těchto případech doporučuje souběžná péče (APA, 2013). Tímto směrem je namířena aktuálně rozvíjející se spolupráce mezi Sdružením Práh specializujícím se na lidi se závažným duševním onemocněním a Společností Podané ruce, zejména s Poradenským centrem v Brně. Pokud je to možné a žádoucí, pracují na jednom případě pracovníci obou zařízení ve vzájemné spolupráci, v roce 2016 takto společně pracovali s 15 klienty. Je nutné dodat, že tato spolupráce vznikla z potřeby samotných pracovníků v přímé péči pracovat efektivněji, a že není bez komplikací – samotný fakt, že jde o dva různé týmy s různým managementem, vyžaduje spoustu improvizace ze strany pracovníků.

Podobná spolupráce v rámci sociálních služeb neprobíhá u lidí, kteří současně trpí závislostí a poruchou příjmu potravy (PPP). Brněnské centrum Anabell specializující se jako jediná sociální služba v Brně na problematiku PPP uvádí, že neregistrují „žádné klienty, kteří by užívali nějakou návykovou látku či byli závislí na gamblerství.“

9.2.2 Služby pro osoby bez domova

V rámci služeb pro lidi bez domova a lidi ohrožené sociálním vyloučením je zastoupení drogového problému velice výrazné. Například dle odhadu brněnských sociálních kurátorů **figurují drogy včetně alkoholu u tří čtvrtin jejich klientů²¹ jako důležitý faktor jejich problémové situace**. V 80 % jde přitom o alkohol, další drogy jsou ve výrazně nižším zastoupení: konopné drogy 10 %, pervitin 5 %. Gambling je problematickým faktorem v 5 %. Užívání drog a alkoholu znamená komplikaci v přístupu k pobytovým službám pro lidi bez domova, protože ve všech existují omezení vstupu do zařízení pod vlivem psychoaktivních látek.

Nejde přitom „pouze“ o záležitost respektování či nerespektování pravidel, řada lidí bez domova má pravidelný návyk na pití alkoholu, který není dost dobře možné ukončit ze dne na den. Jak v telefonickém rozhovoru uvedla sociální pracovníce jednoho brněnského azylového domu: „*Lidé, kteří jsou na ulici, mají návyk na pravidelné pití tak v 80-90 %. Při vstupu do našeho zařízení nějaké pití tolerujeme, ale jen tak do půl promile. Za pronesení alkoholu vylučujeme.*“

Cíleně se však pracovníci těchto zařízení na pomoc klientům v otázkách drog a závislosti nezaměřují. Jeden z uváděných důvodů je nedostatek motivace klientů samotných: „*Pokud oni s tím nepřijdou, my za nimi nejdem. Aktivně nezjišťujeme v této oblasti nic, máme jen individuální plány a tam to má uvedeno jen málo lidí*“ (Sociální pracovníce, azylový dům). Jako podnět ke zlepšení navrhuje kurátoři intenzivnější spolupráci s terapeutickými službami pro lidi se závislostí, která aktuálně téměř neprobíhá. Dochází pouze ke standardnímu odkazování na drogové služby a psychiatrické ambulance.

V případě, že je zdravotní stav člověka v azylovém ubytování takový, že vyžaduje ošetrovatelskou péči, může využít domov se zvláštním režimem (DZR), specializovaný na osoby ohrožené sociálním vyloučením. Podle respondentky z personálu domova mají všichni jejich klienti v anamnéze problematické užívání drog nebo závislost, nejčastěji na alkoholu. Aktuálně, v době rozhovoru, uvedla,

²¹ Celkový počet klientů za rok 2015, kteří vstoupili do kontaktu se sociálními kurátory, byl 2649 osob.

že čtyři klienti jsou v „akutní fázi alkoholové závislosti“, v tom smyslu, že se jim nedařilo respektovat domovní řád, který neumožňuje vstup a pobyt v zařízení v podnapilém stavu (je tolerováno malé množství alkoholu). Domovu se však dlouhodobě nedaří zajistit, aby klienti po stabilizaci mohli přejít do standardních sociálních služeb typu domovů pro seniory nebo domovu pro osoby se zdravotním postižením. Nejčastějšími důvody ukončení služby je tedy úmrtí klienta, odchod do zdravotního zařízení nebo do azylového domu. Podle pracovnice DZR hraje velkou roli strach jiných zařízení z těchto klientů:

„Ale pokud by fungovala lepší návaznost, že by se ty zařízení nebály od nás ty klienty vzít, tak by to fungovalo líp. Že bysme zavolali do zařízení, tady máme pána, původně casus socialis, ale už je na tom líp... Jenomže oni se všichni bojí hrozně toho.“ (pracovnice, DZR)

Nejnáročnějšími klienty DZR jsou právě ti, kteří se opíjejí, a pod vlivem alkoholu potom způsobují různé konflikty včetně napadání personálu, v určitém období v domově zasahovala Policie ČR dvakrát až třikrát týdně. Je to nepříliš početná skupina klientů (podle pracovnice nejde o stovky, ale desítky lidí), která cirkuluje mezi různými sociálními a zdravotními službami a ulicemi.

A samozřejmě ti lidi pořád přibývají, protože ten člověk je teď v nějakém stavu, kdy je schopen fungovat na ulici. A pak se ta situace změní, za půl roku, přijde o končetinu, pak už na ulici být nemůže. A kam s ním? My nejsme nafukovací.“ (pracovnice, DZR)

Podle pracovnice DZR však lidé, kteří v domově žijí dlouhodoběji a zvykli si na tamější režim, jsou schopni snížit užívání psychoaktivních látek na minimum. Zdá se tedy, že intenzivní péče a potřebné zázemí v široké míře pomáhá ke stabilizaci člověka nejen pokud jde o základní životní potřeby, ale i pokud jde o návyk na užívání psychoaktivních látek. To se víceméně shoduje s postřehy členů participativních skupin naší studie, kteří kvalitní bydlení a zázemí stavěli na první místo, pokud jde o možnosti zotavení.

9.2.3 Služby pro rodiny

Problémy s užíváním drog a závislostí se takřka vždy týkají nejen konkrétního jednotlivce, ale celé rodiny a blízkých, a to ve dvojitým smyslu. Za prvé, problém s drogami a závislostí se často rodí právě v blízkých vztazích. Traumatické zážitky často pocházející z rodinného kruhu několikanásobně zvyšují riziko závislosti, například dle studie Khoury et al. (2010) mají traumatickou událost za sebou dvě třetiny závislých osob. Mimo to i jiné významné negativní události v rodině, popřípadě nedostatečná podpora či komunikace může zvýšit zájem dospívajících dětí o užívání drog, hazardní hry a zvýšit tak riziko rozvoje závislosti.

Za druhé, pokud se problém s drogami, potažmo závislost, rozvine, téměř vždy tím trpí celá rodina, a to jak v případě dětí, tak dospělých. Uvádí se, že každý jedinec, který vstupuje do léčby závislostí, má kolem sebe v průměru 5 osob, které se danou situací trápí (Copello, 2013). Jinými slovy tedy můžeme říct, že osoby, které problematicky užívají drogy nebo jsou závislé, tvoří pouze šestinu z těch, které potřebují pomoc.

O tom, jak úzce spjaté je užívání drog a závislost s fungováním rodiny, vypovídají zkušenosti ze služeb, které doprovázejí pěstounské rodiny. Podle organizace Trialog působící v oblasti pěstounské péče v Brně hrály problémy s drogami včetně alkoholu nějakou roli takřka ve všech případech umístění dětí do pěstounské péče prarodičů. Hrubým odhadem ve dvou třetinách to byl alkohol, v jedné třetině jiné drogy. Biologičtí rodiče, jichž se užívání drog týkalo, jsou v těchto případech ve výchově sice nepřítomni, ale děti se musí vyrovnávat s následky nejrůznějších traumat, pocitů opuštění, selhání, osamocení, a pěstouni se podobným způsobem musí vyrovnávat s pocity selhání, viny, nejistoty a obav. Často si také nevědí rady se situacemi, kdy biologičtí rodiče – uživatelé drog nebo závislí – mají zájem o kontakt se svými dětmi.

9.2.4 Další skupiny

Při zjišťování rozsahu problémů s drogami a alkoholem u lidí s tělesným nebo mentálním postižením oslovené služby shodně uváděly, že se tento problém mezi jejich klienty vůbec nevyskytuje. Je to zajímavé v kontextu prací zahraničních i českých autorů (shrnutí viz Pančocha, 2012), ze kterých vyplývá, že v těchto skupinách se problémy s psychoaktivními látkami vyskytují ve stejné nebo někdy i vyšší míře jako v běžné populaci.

Další skupinou jsou osoby pracující v sexbyznysu, a to nejen ženy. Terénní programy i Kontaktní centrum Společnosti Podané ruce registrují skupiny gay, trans prostitutů, kteří mají specifické potřeby, často se setkávají s násilím, s rizikem přenosu HIV atd. – je to podle pracovníků opomíjená skupina, často čelí bezdomovectví a násilí. Ačkoliv v Brně působí specializovaná organizace Rozkoš bez rizika, která realizuje společné terénní pochůzky s terénními pracovníky Společnosti Podané ruce, nemá kapacitu se těmto skupinám důkladněji věnovat, a už vůbec ne specifickým tématům, jako je například chemsex – kdy jde o poměrně rizikovou skupinovou aktivitu, při které jsou různé sexuální praktiky podpořeny různými drogami.

9.3 Problémy a mezery

9.3.1 Nízká dostupnost sterilního injekčního materiálu a jiného HR materiálu o víkendech

Poradní skupina problémových uživatelů drog upozorňovala na nedostatky v distribuci sterilního zdravotnického materiálu pro injekční užívání drog. V tak velkém městě jako je Brno, které se stává centrem zábavy v době víkendu, jsou o víkendu služby výměny injekčních stříkaček paradoxně nejméně dostupné. To vede k situaci, kdy se „čistý materiál“ o víkendu prodává mezi uživateli i za sumy v řádu desítek korun. Prozatím není nastavené ani provizorní řešení v podobě distribuce zdravotnického materiálu např. ve zdravotnickém zařízení či nemocnici, kde by se mohly distribuovat kompletní sety s kondomy a dalším materiálem.

Jiným řešením by mohly být automaty na stříkačky nebo balíčky v lékárnách, které jsou ale soukromé. Momentálně podle nich chybí větší aktivita ze strany drogových organizací a města, které by to domlouvaly.

„...máme tady program těch streetových asistentů, kteří na ulici rozdávají tyhle balíčky, ovšem jsou tady i nějaká prázdná místa, tím, že ti uživatelé se k nim nemůžou dostat. A právě, aby se předešlo těm věcem, ať už se to týká nějakých těch infekcí, tak jestli by nešlo zařídit nějaký výdejní místo jako v nemocnici. Za mírný poplatek, tak že by šlo pořídit tady toto. Myslím, že by se město mělo v tomhle angažovat.“ (Eva, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

9.3.2 Chybějící krizový kontakt pro uživatele drog

I když v Brně existuje krizové centrum v psychiatrické léčebně, uživatelé drog nejsou zvyklí ho kontaktovat v případě nouze. Chybí jim možnost navázat kontakt se službou, kterou znají a ke které mají důvěru, v případě krizové situace (např. sebevražedné myšlenky, toxická psychóza apod.). Tento kontakt by přitom mohl být pouze telefonický a sloužit spíše jako telefonické poradenství. „Krizový“ kontakt by mohl sloužit také začínajícím uživatelům drog, kteří zatím nejsou s nízkoprahovými službami fyzicky v kontaktu. Začínající uživatelé nepřijdou na výměnu, nedodržují zásady harm reduction, trvá dlouho, než se dostanou do služeb – pro ně by měla fungovat linka.

„Víte co, ale každé feťák potřebuje malej skok. I spousta lidí potřebuje dostat i tu druhou šanci, jo. Takže když z nich nebudeme dělat debily.“ Ten problém začíná daleko dřív. Každé někam utíkáme. A je to banalita třeba. A jde o to, aby ty lidi, děti měli možnost někam zavolat, bez toho, aby jim někdo dal stigma. Protože každé problém potom končí...“ (Michal, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

9.3.3 Absence chráněného prostoru pro aplikaci nelegálních drog

Dalším problémem, na který poukázala poradní skupina uživatelů drog, je neexistence místa, kde by bylo možné si bezpečně aplikovat nelegální drogu, ať už injekčně nebo jiným způsobem. V některých zemích jsou taková místa zajišťována městem nebo neziskovými organizacemi jako tzv. aplikační místnosti. Slouží nejen ke snižování rizik pro uživatele, ale také pro společnost. Diskuze na poradní skupině se točila kolem toho, jak zajistit anonymitu, aby kolemjdoucí okamžitě neidentifikovali vcházejícího jako injekčního uživatele. „Bylo by dobrý, kdyby ty místa nebyly označený, abychom o tom věděli jenom my (drogoví uživatelé).“ --- „Lepší si dát támhle v (aplikační místnost) než někde v keři. Ten, kdo k tomu bude chtít přistoupit zodpovědně.“ (Pavel, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Krom chráněného prostoru pro aplikaci drog vyvstalo také téma denního centra, které by se nacházelo blíž sociálně vyloučené lokalitě. Z informací nesespecializovaných sociálních služeb vyplývá, že se uživatelé drog někdy chodí „zklidnit“ k nim. Toto opatření také může vést ke zklidnění situace ve vyloučené lokalitě, kdy běžní obyvatelé nabývají dojmu, že drogy jsou všude a ztěžují soužití v lokalitě.

9.3.4 Nedostatečné reagování substituční terapie na potřeby uživatelů

Momentálně se lze v Brně dostat pouze k substituci heroinu v podobě metadonu nebo buprenorfinu. Česká Republika, Brno nevyjímaje, je však především oblastí uživatelů pervitinu. U nich funkční substituce chybí, přestože se už v některých českých a mnoha zahraničních službách zavádí (neindikovaná) substituce některými léky založenými na stimulační bázi, jako například Ritalin (Mravčík et al., 2012). Neexistuje ale systémová podpora těchto opatření, ani nejsou ambulantní lékaři, kteří by byli ochotni takovou formu substituce nabízet.

V případě opiátové substituce pomocí metadonu poukazovali členové poradní skupiny problémových uživatelů drog na někdy příliš striktně nastavená pravidla, která někdy nejsou dostatečně citlivá na jedinečnou situaci klientů. Např. Lenka mluví o tom, jak byla vyhozená z metadonového programu, protože neměla na vlak, aby došla do Brna. „Nedošla jsem, protože jsem neměla prachy a vyhodili mě. Ale metadon se prodává všude po Brně, je to jednodušší koupit než herák. Ale mně to je jedno, teď jsou makovice, tak snad budu mít dost na celý rok.“

9.3.5 Nedostatek cílené péče o rodinné příslušníky a blízké

Užívání drog a závislost je problémem nejen pro jednotlivce, ale často dopadá v ještě větší míře na rodinné příslušníky a blízké. Ti přirozeně vyhledávají pomoc, ale v Brně se k ní obtížně dostávají. Ze specializovaných drogových služeb oficiálně nabízí nějakou formu pomoci pro rodinné příslušníky více center, ale spíše sekundárně a velice nespecificky, jediné centrum, které nabízí pomoc více explicitně, je Terapeutické centrum v JMK Společnosti Podané ruce. Zde se v nedávné době začali zaměřovat více na práci s rodinou a otevřeli terapeutickou skupinu pro blízké.

To však umožňuje pouze vícezdrojové financování, protože například organizace Lotos se potýká s tím, že pro jejich zásadního donora, Jihomoravský kraj, nejsou rodinní příslušníci cílovou skupinou podle zákona o sociálních službách. Výsledkem této situace je neexistující koncepce v poskytování služeb rodinám a právě určitá nejednoznačnost nabídky byla opakovaně kritizována přímo rodinnými příslušníky závislých v poradní skupině zotavujících se závislých a rodinných příslušníků. Například Helena uvádí:

„Já když jsem se chtěla s někým poradit, byl to složitý proces. Na jednom čísle mi řekli, že tam s rodinnými příslušníky nepracují, dali mi jiné číslo, tam to taky nešlo. Pak jsem si nakonec konzultaci domluvila, ale dovedu si představit, že jiní lidé nejsou schopni tímto dlouhým procesem projít.“

Helena měla zajímavé srovnání s životem ve Velké Británii, kde se potýkala se stejnými problémy spojenými se závislostí svého partnera. Tam byla kontaktována aktivně službou zaměřenou na drogy a

závislosti, bezprostředně poté, co byl její partner hospitalizován. Byla jí nabídnuta pomoc a pracovníci se zajímali o to, zda je v bezpečí.

Informace o specializované pomoci pro rodiny a blízké se také špatně hledají. Brněnský web pro rodiny www.brno-prorodiny.cz uvádí prakticky pouze jedno specializované místo, a to je Pedagogicko-psychologická poradna na Sládkové. Zde je však péče zaměřena především na samotné děti, stěžejní důraz je kladen na komplexní vyšetření, diagnostiku a poradenství pro jednotlivce. Rodinné a manželské poradny se na oblast drog a závislostí nijak nespecializují.

9.3.6 Nedostupné bydlení pro uživatele drog a osoby se závislostí

Z výše uvedených dat vyplývá, že organizace v Brně zajišťující specializované služby pro uživatele drog a závislé dokáží zajistit pobytovou službu pro pouhých dvě procenta svých klientů. Podle aktuálního průzkumu (MPSV, 2017) je v českých obcích užívání drog a alkoholu společně se zadlužeností nejčastějším důvodem ztráty bydlení, dá se tedy očekávat, že i ostatních 98 % klientů těchto služeb bude mít ve velké míře potíže s bydlením. Tento princip přitom funguje i naopak. Ztráta bydlení často souvisí s rozvojem závislosti nebo malou úspěšností zotavení. To potvrzují jak obyvatelé vyloučené lokality, tak terénní pracovníci ze zkušenosti na ubytovnách nebo sociální pracovníci ve službách pro osoby bez domova. Členové poradní skupiny zotavujících se závislých a blízkých přitom uváděli existenci uspokojivého zázemí jako základní podmínku zotavení, to znamená, že bez možnosti bydlení nemají uživatelé drog a závislí příliš možností změnit svou situaci.

„Člověk, který chce přestat, a to i jenom vysadit krátkodobě, tak potřebuje zázemí. To znamená nebýt na ulici, nebýt na squatu, protože tam není možný se pořádně vyspat, mít soukromí.“ (Jarek, poradní skupina zotavení)

Žádné nebo nevyhovující bydlení vede v důsledku také k tomu, že se uživatelé drog a závislí snaží využít pobytových služeb, které pro ně nejsou přímo určené. Jak uvádí pracovníci domova se zvláštním režimem, největší problémy zaznamenávají s klienty, kteří u nich jsou primárně kvůli problémům s bydlením, nikoliv kvůli potížím se soběstačností:

„Naše cílová skupina jsou osoby ohrožené sociálním vyloučením od 50 let, kteří mají demenci a vyžadují ošetrovatelskou péči. Nejsme služba zajišťující bydlení. A to je to, co lidi často chtějí. Přespat, celý den někde courat a dělat si co chtějí, a pak sem přijít zase přespat. Takhle to ale nejde. Někteří jsou třeba předtím na azyláku a z azyláku nám volají a říkají: je inkontinentní, my ho tady nechceme. Ale to, že je inkontinentní, tak není důvod, aby vyžadoval 24 hodinovou péči.“ (pracovnice, DZR)

U uživatelů drog a závislých ve vyšším věku se potom nedaří, aby odcházeli do standardních služeb typu domovů pro seniory, osoby se zdravotním postižením, a už vůbec ne do přirozeného prostředí kvůli nastaveným kritériím, resp. nedostatku komunitních podpůrných služeb. Nezbývá jim tedy nic jiného, než zbytek života strávit v nevhodných, neuspokojivých a často nedůstojných podmínkách.

V zahraničí přitom už dlouhou dobu fungují programy Rychlého zabydlování nebo Bydlení především, které běžně pracují se skupinou uživatelů drog v módu dlouhodobého nájemního bydlení. V těchto programech není cílem abstinence, ale stabilizace člověka a minimalizace rizik. Přenesením zkušeností ze západních zemí v oblasti bydlení u drogových uživatelů se zabývala Lindovská (2016), která zároveň identifikovala rozdíly v přístupu sociálních pracovníků a sociálních služeb u nás a v zahraničí, které brání v implementaci těchto programů u nás. Hlavním rozdílem byla podle jejího výzkumu nepřítomnost reflexivní praxe a neschopnost organizací posuzovat sociální a zdravotní problémy svých klientů v širším společenském kontextu. To vede k tomu, že neupravují svou praxi podle proměňujících se společenských podmínek a nezasazují se o změnu těchto podmínek formou prosazování legislativních opatření nebo reorganizací svých služeb.

9.3.7 Dvoukolejnost systému péče o uživatele drog / závislé a duševně nemocné

Vzhledem k tomu, že zahraniční meta-studie (Lai et al., 2014) vykazují společný výskyt závislosti a jiných duševních potíží v míře vyšší než 50 %, je zřejmé, že i v Brně bude propojení obou problémů daleko větší, než je 15 klientů, kteří byli v roce 2015 v souběžné péči Společnosti Podané ruce a Sdružení Práh. U poruch příjmu potravy je dokonce v pozadí i podobný neurochemický mechanismus (Lewis, 2016), přitom organizace Anabell věnující se této problematice prakticky nemá v péči lidi se souběžným problémem v oblasti drog a závislosti.

V zahraničí tato zkušenost bývá reflektována tak, že minimálně u některých služeb jsou tyto cílové skupiny propojeny a jsou přijímány jak osoby se závislostí, tak s jiným duševním onemocněním. To je například typické pro služby v oblasti bydlení a zotavení (např. modely housing first nebo Recovery Homes, UK – viz Příloha Zahraniční trendy) anebo pro týmy tzv. case managementu (např. model FACT, Nizozemí). V českém prostředí stojí v propojení obou oblastí řada překážek organizačního a administrativního charakteru. Je to jednak nutnost vybrat si v sociálních službách jednu z předem definovaných cílových skupin, neukotvení komplexní péče ve smyslu case managementu, a konečně nepropojenost péče o duševně nemocné a závislé na systémové úrovni.

9.4 Shrnutí

V Brně lze najít celkově 14 služeb specializovaných na problematiku užívání drog a závislosti. Mezi nimi převládají ambulantní služby, které využívalo 58 % klientů. Dalších 40 % klientů využívalo terénní služby, které poskytují Terénní programy organizace Podané ruce a specificky – dojížděním do věznic – také tým Drogových služeb ve vězení a následné péče. V pobytových službách bylo v roce 2015 pouze 2 % všech klientů, konkrétně to znamená 81 osob. Celkový počet klientů uvedených v závěrečných zprávách 2015 přesahuje čtyři tisíce, nicméně téměř polovina z nich využívá více služeb zároveň, celkové číslo tedy bude nižší alespoň o čtvrtinu.

Uživatelé drog a závislí přicházejí pochopitelně také do nesespecializovaných sociálních služeb. Na lidi s tzv. duální diagnózou se zaměřuje spolupráce Společnosti Podané ruce a Sdružení Práh, organizace Rozkoš bez rizika poskytující služby osobám v sexbyznysu realizuje s terénním týmem Podaných rukou společné terénní pochůzky. V jiných službách ale takto specifické programy nejsou, a to přesto, že například v rámci skupiny lidí bez domova se nějaký problém s drogami a závislostí vyskytuje až v 80 %. Podobně je to v případě služeb zaměřených na rodinu – ačkoliv problémy v rodinách často souvisí s užíváním drog či závislostí, specifické programy v tomto směru takřka neexistují.

Mezery, které byly v rámci analýzy identifikovány, zahrnovaly nedostupnost sterilního injekčního materiálu a jiného HR materiálu o víkendech, chybějící krizový kontakt pro uživatele drog, absenci chráněného prostoru pro aplikaci nelegálních drog, nedostatečné reagování na potřeby uživatelů v substituční terapii, nedostatek cílené péče o rodinné příslušníky a blízké, nedostupné bydlení pro uživatele drog a osoby se závislostí a konečně dvoukolejnost systému péče o uživatele drog / závislé a duševně nemocné.

10. Systém péče ve zdravotní oblasti

Zdroje

Výzkumné návštěvy v PN Brno a FN Brno Bohunice spojené s rozhovory se dvěma lékaři, dvěma zdravotními sestrami a dvěma pacienty.

Záznamy z poradních skupin problémových uživatelů drog, zotavujících se závislých a blízkých. V rámci zapojování uživatelů do plánování a definice budoucí podoby drogové politiky ve městě Brně jsme pořádali s lidmi s vlastní zkušeností dvě tzv. „poradní skupiny“ (jedna byla zaměřena na problémové užívání drog, druhá na zotavení ze závislosti), v rámci kterých jsme se členů ptali na jejich představu funkční sítě služeb, která povede k řešení problému užívání drog a závislosti směrem k pomoci uživatelům drog a spokojenosti na straně společnosti. V průběhu léta a podzimu 2016 proběhla čtyři setkání obou poradních skupin, celkově tedy osm setkání.

Rozhovor s ambulantním psychiatrem specializujícím se na závislosti

Rozhovor se sociální pracovnící porodnice FN Brno, Obilní trh

Rozhovor s porodní asistentkou

Na úrovni města Brna můžeme sledovat poměrně jasné rozlišení zdravotní a sociální péče²². Oba systémy mají velice odlišné financování i způsoby plánování a protínají se velmi málo. V posledních letech se například komunitního plánování organizovaného z úrovně města, které zahrnovalo i oblast drog a závislosti, účastnily pouze sociální služby a neexistoval žádný způsob koordinace mezi zdravotní a sociální péčí. Problematika závislosti je přitom v rámci zdravotnictví řešena daleko více než v rámci sociálních služeb. Chybějící koncepční uchopení a sladění kroku se sociálními službami však vede k tomu, že podoba zdravotních služeb pro závislé zůstává dlouhodobě stejná a příliš se neobměňují ani využívané přístupy, ani nabídka pomoci.

V této kapitole se navíc chceme zabývat tím, jakým způsobem je poskytována standardní zdravotní péče v nejširším slova smyslu uživatelům drog a jaké mohou existovat bariéry v přístupu k ní.

10.1 Specializovaná zdravotní péče pro uživatele drog a závislé

Za specializovanou zdravotní péči pro oblast užívání drog a závislosti můžeme považovat detoxifikaci, léčbu závislosti, substituční léčbu a krátkodobou detenci na záchytné stanici. Standardně se sem řadí i psychoterapie, nicméně je potřeba říci, že v současné době je status psychoterapie nepříliš jasně ukotven a v každém případě je psychoterapie prováděna jak v rámci zdravotnictví, tak mimo něj. Do Národního registru léčby uživatelů drog je za Brno přihlášen pouze jeden poskytovatel ambulantní péče, jeden poskytovatel lůžkové péče a sedm poskytovatelů substituční léčby (Nechanská 2016). To ale není zcela vypovídající stav, protože hlášení do registru není povinné. V následujícím přehledu uvádíme zařízení, která v Brně specializovanou zdravotní péči prokazatelně poskytují.

²² V posledních letech se na pražské lékařské fakultě rozvíjí obor adiktologie, který položil základy profesí adiktologa, jejíž úlohou má být přemostění sociální a zdravotní péče v oblasti drog a závislosti a jejich sloučení do jednoho „transdisciplinárního oboru“. Adiktologie se prezentuje jako zdravotnický obor a i profese adiktologa je definována jako zdravotnická, zároveň jsou však při výuce zdravotní předměty doplňovány výukou sociální práce nebo poradenství. Na úrovni Brna se k této profesi hlásí nově vzniklé centrum Remedis.

10.1.1 Lůžková péče

Psychiatrická nemocnice Černovice

- Stanice 19: režimová léčba závislosti na alkoholu a gamblingu
- Stanice 4: detoxifikace u mužů; tzv. rehabilitačně ostřízlivovací pobyt pro pacienty, kteří nezvládnou režimovou léčbu závislosti na odd. 19
- Stanice 23: v rámci oddělení provádí detoxifikaci u žen
- Záchytná stanice: krátkodobá detence intoxikovaných osob

Fakultní nemocnice Brno, Psychiatrická klinika

- odd. 23: detoxifikace mužů a žen

10.1.2 Ambulantní péče

Společnost Podané ruce

- Psychiatrická ambulance: substituční léčba, farmakoterapie
- Terapeutická centra v JMK a Bratislavská: substituční léčba, psychoterapie

Privátní ambulance některých psychiatrů: substituční léčba, farmakoterapie

Remedis (od r. 2016): psychoterapie, testování a léčba infekčních chorob (od r. 2017)

Terénní forma zdravotní péče v této oblasti v Brně neprobíhá.

10.1.3 Detoxifikace

Do roku 2013 fungovala v Brně v rámci PN Černovice samostatná detoxifikační jednotka s kapacitou 15 pacientů. Respondenti, s nimiž jsme na toto téma mluvili, se shodovali, že v rámci této jednotky bylo možné realizovat detoxifikaci lépe a kvalitněji než dnes, a to zejména díky dobré personální vybavenosti. Zrušená detoxifikační jednotka měla stejný objem personálu, jako má dnes odd. 4 s více než dvojnásobnou kapacitou pacientů (35).

V současnosti je možné v Brně oficiálně absolvovat pouze pobytovou detoxifikaci, možnost domácí nebo komunitní detoxifikace neexistuje a ambulantní pouze ve formě farmakoterapie v rámci běžné psychiatrické ambulance. Pobytovou detoxifikaci je možné absolvovat ve třech nemocnicích: PN Brno, FN Bohunice a Vojenská nemocnice. Nejvíce je využívána PN Černovice a FN Bohunice, na které jsme se v rámci naší analýzy blíže zaměřili a provedli v těchto zařízeních výzkumné návštěvy.

Detoxifikace v Psychiatrické nemocnici Brno-Černovice

Detoxifikace se většinou uskutečňuje na odd. 4 nebo na oddělení 23. Oddělení 23 je psychoterapeutické oddělení pro ženy bez rozdílu diagnóz, oddělení 4 je určeno pro léčbu závislosti u mužů, zejména na alkoholu, resp. nabízí tzv. rehabilitačně-ostřízlivovací pobyt. V porovnání s oddělením 19, které je také určeno pro léčbu lidí se závislostí, jsou na tomto oddělení starší pacienti, kteří se často léčí opakovaně. Následující text vychází ze závěrečné zprávy primariátu, jednodenní návštěvy na odd. 4 spojené s rozhovory s lékařem, zdravotní sestrou a dvěma pacienty a z rozhovorů s pracovníky a klienty ambulantních drogových služeb.

Objednávání a příjem pacientů

Pokud se objednává nový zájemce o detoxifikaci, musí na přijetí zpravidla čekat. Podle zdravotní sestry na oddělení se čekací doba pohybuje kolem 14 dnů.

„Nebo jim radíme, ať si zavolají po víkendu, někdo může podepsat revers nebo odejít po dohodě předčasně. Někdy je to ale opačně: stávající pacient nás poprosí, jestli by mohl zůstat dýl, a pokud to schválíme, tak voláme novému zájemci, který má rezervované místo, jestli by mohl ještě pár dní počkat.“

Každý nový pacient prochází nejprve přes tzv. centrální příjem nemocnice, pokud má už domluvenou detoxifikaci, tak je bezprostředně odeslán na odd. 4 (muž) nebo na odd. 23 (žena). Po příchodu na oddělení 4 provádí vyšetření zdravotní sestra s použitím standardizovaného formuláře. Součástí vyšetření je i zdravotní vyšetření včetně provedení testů. Následně pacient hovoří s lékařem a vrchní sestrou. Po nástupu je pacient také dotazován na představy o tom, co bude dělat po detoxifikaci. Pokud nemá žádnou představu, dostává nabídku odvykací léčby v rámci psychiatrických nemocnic v ČR a v rámci terapeutických komunit, kam si může sám vyřídít nástup, případně je nabízen rehabilitačně ostřízlivovací pobyt na oddělení 4.

Jiná je však situace pacientů, kteří jsou překládáni z jiných oddělení nemocnice, tam je proces příjmu pacienta rychlejší. Podle zdravotní sestry přichází z Jednotky intenzivní péče nebo z oddělení 22, kde se provádí akutní a intenzivní psychiatrická péče s nepřetržitým dohledem. To byl případ i jednoho respondenta - pacienta odd. 4, kterého ve stavu toxické psychózy do PN odvezla rychlá záchranná služba ve spolupráci s Policií ČR.

„Pak jsem dojel sem, na příjem, dali mě na dvaadvacítku, nějaký prášky, do spal jsem se. A pak už mě dali sem. Chtěl jsem už dneska odejít, ale volal jsem šéfovi, že bych tady chtěl aspoň do toho 15. vydržet.“ (pozn. tazatele: problém se týkal strachu z vymahače dluhů)

Pacient je ubytován na pokoji společně s dalšími pacienty oddělení, pokoje jsou zpravidla po čtyřech. Pacienti procházející detoxifikací nemají oddělené pokoje ani program od ostatních pacientů procházejících rehabilitačně ostřízlivovacím pobytem, mají pouze omezené vycházky. Jak vysvětluje zdravotní sestra:

„Všichni mají stejný režim. My jsme to měli rok oddělený, ale to nešlo. Je to jedno oddělení, jedna chodba. To nejde mít dva režimy na jedný chodbě. Telefon jsem tady nechala, na vycházky můžou ale všichni 14 dní jenom se sestrou. Lékař taky může například vyčlenit, že na vycházky budou chodit jenom rodinní příslušníci.“

Zpráva nemocnice za rok 2015 uvádí, že na detoxifikační lůžka na odděleních 4 a 23 bylo přijato 167 pacientů se závislostí na nealkoholových drogách, z toho 58 žen a 109 mužů. 43 % z tohoto počtu tvořili pacienti se závislostí na pervitinu, 11 % na opiátech (zpravidla tramal nebo jiné opiátové léky, pouze ve 3 případech heroin), 31 % lidí bylo přijato s kombinovanou závislostí. Vzhledem k tomu, že dle zprávy primariátu bylo celkově na mužské odd. 4 přijato 222 osob, usuzujeme, že detoxifikací kvůli závislosti na alkoholu prošlo 113 osob.

Průběh detoxifikace

Jak už bylo zmíněno, pacienti procházející detoxifikací mají stejný program jako ostatní, a ten je pojímán jako „rehabilitačně ostřízlivovací pobyt“. Zjednodušeně řečeno, je to mírnější režim než na oddělení 19, kde léčba závislosti vychází z tzv. Apolinářského režimu vyvinutého doc. Skálou v padesátých letech minulého století. Kromě standardních úkonů lékařského zařízení jako jsou ranní vizity, péče zdravotních sester a možnosti konzultací s lékaři se každé ráno v 8:00 koná ranní komunita, na které se mimo jiné stanovuje, kdo z pacientů se potřebuje vidět s lékařem, sociální pracovníci, psycholožkou nebo jiným odborníkem.

Psycholožka je na oddělení zaměstnaná na částečný úvazek, pravidelně jednou týdně vede tzv. „psycho-skupinu“. Se sociální pracovníci nemocnice je možné se potkat po domluvě, podobně jako s ergoterapeuty, kteří fungují pro celou nemocnici. Ergoterapie v areálu léčebny je jednou z možností využití volného času při pobytu. Kromě toho pacienti dostávají skripta o závislostech, občas absolvují přednášky o závislostech, anebo tzv. zdravotnická okénka. Jedna ze zdravotních sester s terapeutickým výcvikem vede skupinu o kognitivních funkcích.

Jeden z našich respondentů se závislostí na pervitinu popisuje průběh detoxifikace takto:

„Jsou tady namíchaní alkoholici se závislýma na jinejch drogách, jsou tady různý podělávký, ale já jsem byl pět let v kriminálu, takže jsem naučeněj na nějakej režim, jedu si svý, pomůžu, ale nemám rád, když mě někdo chce podělat. Jinak ráno se tady všichni sejdou, je tady – já nevím, jak se to jmenuje, znám to z kriminálu – raport, sčíták.“

Jiný pacient, který už pobyt na oddělení absolvoval několikrát a kvůli závislosti na alkoholu je příjemcem invalidního důchodu, konstatuje:

„Tady je péče dobrá, to nemá chybu. Psychiatricka mi vždycky vypíše žádanku, já ji tady ukážu a jdu sem. 14 dní je tady bez vycházek a pak už normálně chodíme ven.“

Propouštění a přemísťování pacientů

Standardní doba detoxifikace je 14 dnů, na základě rozhodnutí lékaře může být pobyt prodloužen. Po ukončení doby detoxifikace opouští většina pacientů závislých na nealkoholových drogách nemocnici a nejsou dohledatelná data o tom, zda využívají další péči jinde. V roce 2015 tomu tak bylo v 76 % ze všech pacientů závislých na nealkoholových drogách – mužů i žen – detoxifikovaných na odděleních 4 a 23. Z celkového počtu 167 detoxifikovaných pacientů se závislostí na nealkoholových drogách jich potom 20 pokračovalo v rehabilitačně ostřízlivovacím pobytu na oddělení 4 a dalších 20 pokračovalo v pobytové léčbě jinde – tzn. v jiných psychiatrických nemocnicích nebo terapeutických komunitách v České republice.

U pacientů se závislostí na alkoholu je situace jiná, většina z přijatých kromě detoxifikace absolvuje i pobyt buď na odd. 4 anebo režimovou léčbu na odd. 19. Z návštěvy i z vyjádření respondentů bylo zřejmé, že velká část pacientů se závislostí na alkoholu se do nemocnice vrací opakovaně, někteří to v zásadě považují za standardní součást jejich života, jak dokresluje jeden z respondentů:

„Já vám to řeknu upřímně. Když jsem tady, nemusím pít, nepotřebuju to. Ale vylezu ven, a je to nanovo. Piju, a když přestanu, začnu se klepat a musím zase. A takhle to už zůstane. Já už jinej nebudu.“

Při propouštění je pacientům standardně doporučována ambulantní psychiatrická péče.

Spolupráce

Jako nejvíce spolupracující organizaci uvedla respondentka - zdravotní sestra – organizaci A Kluby, konkrétně jejich program chráněného bydlení, který už však v době rozhovoru nebyl delší dobu v provozu. Lotos podle respondentky vyžaduje přísnější léčbu, než je na odd. 19. Kromě těchto dvou organizací zaměřených na pomoc lidem se závislostí na alkoholu zmiňovala ještě organizaci VIDA zaměřenou na pomoc lidem s duševním onemocněním, jejíž peer konzultanti docházejí do nemocnice.

Pokud jde o spolupráci s rodinou, v rámci daných možností se vyvíjí snaha pomoci pacientům obnovit jejich vztahy s rodinou, jak uvádí respondentka:

„Ted' jsme tady měli pacienta, který byl dlouho v zahraničí, matku neviděl dlouho a souhlasil s tím, abych ji sehnala. Sháněla jsem ji přes osm lidí! Říkala mi, že už ho nechce v životě vidět, ale já jsem jí řekla „Víte co, on je na tom opravdu špatně, přijďte za ním aspoň na jednu návštěvu.“ A ona přišla.“

Detoxifikace na Psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Brno-Bohunice

Detoxifikace se v PK FN uskutečňuje zejména na oddělení 23, které má kapacitu 25 osob a za rok 2015 na něm bylo za účelem detoxifikace hospitalizováno 251 pacientů. Ve zprávě kliniky jsou uváděny počty detoxifikovaných i z jiných oddělení (celkový počet je 408 osob), ale dle lékařky se standardní detoxifikace provádí pouze na oddělení 23. V následujícím textu vycházíme z rozhovoru s lékařkou, zdravotní sestrou, ze zprávy „Zhodnocení projektu „Detoxifikace“ na psychiatrické klinice FN Brno, pracoviště Bohunice v roce 2015“ a z rozhovorů s pracovníky a klienty ambulantních drogových služeb. Chtěli jsme realizovat i rozhovory s pacienty PK FN, ale v době návštěvy byl na oddělení pouze jeden pacient v rámci detoxu, který podle personálu nebyl ve stavu vhodném k rozhovoru.

Objednávání a příjem pacientů

K detoxifikaci na klinice je možné se objednat, v takovém případě je vyžadováno, aby měl zájemce již domluvenou léčbu. Pokud tomu tak je a zájemce zná termín nástupu, je termín nástupu vypočítán tak, aby na detox mohla léčba přímo navázat. Nelze se však objednat pouze na detox, aniž by člověk měl domluvenou návaznou pobytovou léčbu závislosti.

Do celkového počtu detoxifikovaných pacientů jsou však započítáváni také ti, kteří se na oddělení dostanou skrze akutní příjem spojený s užíváním drog. Podle lékařky jde často o odvykací stav po alkoholu a takový člověk přichází buď přes krizové centrum anebo přes centrální příjem. Pokud je rozhodnuto o jeho hospitalizaci hned po překonání akutního stavu, pokračuje v detoxifikaci okamžitě.

První kontakt s pacientem zajišťuje zdravotní sestra, lékař provádí příjmové vyšetření, které není příliš odlišné od toho, které se děje u lidí s jinou diagnózou, pouze se věnuje víc pozornosti charakteristikám užívání určité látky. Výsledkem je stanovení diagnózy a vznik dohody na postupu, lékař se také snaží zvyšovat motivaci k léčbě.

Průběh detoxifikace

Lůžka pro detoxifikaci nejsou nijak označená nebo vyčleněná pouze pro pacienty procházející detoxem, platí pro ně však jiná pravidla ohledně návštěv a vycházek. Na návštěvu mohou přijít pouze rodinní příslušníci a pacienti nesmí po dobu detoxifikace opouštět oddělení. Ergoterapii, která je nabízena všem pacientům kliniky, se detoxifikovaní pacienti mohou věnovat pouze na oddělení. Všechna ostatní pravidla jsou však stejná, jako mají ostatní pacienti – tzn. mají u sebe telefon, účastní se ranních komunit (15 minut) i velké pondělní komunity (60 minut).

Standardně se lékař s pacientem setkává třikrát týdně v rámci vizity. Pokud pacient chce, tak může i vícekrát. Pro pacienta je na začátku ustanoven jeden ošetřující lékař, na kterého se potom může obracet jak on, tak blízcí. Sociální pracovnice přichází pouze na vyžádání. Zdravotní sestra popisuje běžný den na oddělení takto:

„...záleží na tom, jak silný mají absták. Vezmou si léky, pospávají. Jsou pouze na oddělení. Polední klid. Můžou chodit na ergoterapii, která je do tří hodin. Hodně času tráví taky na kuřárně, přes den tam mohou jít kdykoliv. Alkoholici se často sami nabízejí, že s něčím pomůžou.“

Propouštění a přemístování pacientů

Pokud se jedná o pacienta, který má domluvenou léčbu, zpravidla po detoxifikaci následuje nástup do léčby. Při propuštění se mohou dělat kontrolní odběry moči, ale není to zcela běžná praxe.

Pokud však pacienti chtějí pokračovat v léčbě, ale nemají ji domluvenou, jak tomu bývá v případě pacientů převedených z jiných oddělení, musí většinou po detoxu ještě domů, protože čekací lhůty v léčebných zařízeních přesahují zpravidla dobu detoxu.

Spolupráce

Spolupráce s jinými zařízeními – zdravotnickými či sociálními – není příliš rozvinuta, alespoň ne nad rámec běžného předávání klientů do péče, a i v tomto případě se personál snaží nechávat především aktivitu na pacientovi ve smyslu „*když člověk pomoc potřebuje, tak si ji najde*“ (zdravotní sestra). Když pacienti odcházejí z nemocnice domů, dostávají kontakty na vybrané ambulantní psychiatry.

Ani spolupráce s rodinou není příliš rozvinuta, aktivita opět musí být na straně rodiny, konzultace jsou potom poskytovány lékařem.

„Já s rodinami nekomunikuji, jenom ohledně čistýho prádla a tak. Oni se většinou stejně objednávají sami, a komunikaci zajišťuje především lékař. Je fakt, že ta rodina se často ptá: Co máme dělat? A

dostane se z toho? Tak někdy mezi dveřmi nějaké nelékařské věci můžeme říct, ale stejně to řeší lékař.“
(zdravotní sestra)

10.1.4 Komplexní léčba závislosti

V Brně existuje jediné pracoviště poskytující pobytovou léčbu závislosti, a tím je stanice 19 Psychiatrické nemocnice Brno – Černovice. V roce 2015 bylo na toto oddělení přijato 222 osob. Jedná se o komplexní odvykací léčbu závislosti na alkoholu a hracích automatech pro muže i ženy. Podle výroční zprávy primariátu se stále častěji objevují v rámci tohoto oddělení pacienti s různými komplikacemi. Třetinu tvoří osoby s duální diagnózou (poruchy osobnosti, deprese, poruchy příjmu potravy, apod.), dále přibývá pacientů se somatickými chorobami a „pacientů nejen bez jakéhokoliv sociálního zázemí, ale i faktických bezdomovců.“ Léčbu předčasně ukončuje 44 % pacientů.

V Brně neexistuje komplexní léčba závislosti na nealkoholových drogách a jedinou možností je tedy ambulantní péče (sociální i zdravotní) anebo léčba v mimobrněnských zařízeních.

10.1.5 Substituční léčba a farmakoterapie

Substituční léčbu závislosti na opiátech metadonem poskytuje Společnost Podané ruce ve dvou svých centrech: v TC JMK v Hilleho a v TC Bratislavská. Substituci buprenorfinem provádí Psychiatrická ambulance stejné organizace a dále potom někteří ambulantní psychiatři.

Farmakoterapie je základním nástrojem zdravotní péče u ambulantních psychiatrů. Podle jednoho z našich respondentů z řad ambulantních psychiatrů, který má ve své péči převážně osoby se závislostí, je častou poptávkou jeho pacientů zvládnání odvykacích stavů, a to i u lidí, kteří byli vyloučeni ze substitučního programu. Mezi jeho klienty, kterých má v evidenci (odhadem) 3500, převažují Romové, jako velký problém vnímá užívání drog u mladistvých, zejména v kategorii 15-18 let.

Podle údajů z Národního registru léčby uživatelů drog se v Brně v roce 2015 ambulantně léčilo 1965 osob, většina z nich užívala alkohol, uživatelů nealkoholových drog bylo celkem 786, substituční léčbu eviduje registr u 105 osob (Nechanská, 2016), podrobněji viz kapitolu 2.

10.2 Uživatelé drog a závislí v jiných zdravotních službách v Brně

Užívání nelegálních i legálních drog s sebou zpravidla nese zdravotní potíže různého charakteru. Může se jednat o infekční onemocnění jako žloutenka typu C, HIV, syfilis, dále potom onemocnění vnitřních orgánů – jater, slinivky, žlučníku, případně o jiné problémy, jako je například zvýšená kazivost a vypadávání zubů, kožní nemoci apod. Vlivem působení daných látek i v důsledku životního stylu se uživatelé mohou často dostávat do situací ohrožujících jejich zdraví – patří k nim různé úrazy, pády, záněty, předávkování apod.

Specializovaná zdravotní péče, která by byla zaměřena na somatické potíže uživatelů drog a lidí se závislostí, v Brně neexistuje. Osoby užívající drogy tedy zpravidla využívají běžnou síť zdravotních zařízení, u problematických uživatelů nelegálních drog je však například běžné, že nemají praktického lékaře a zdravotní problémy neřeší při prvních příznacích, ale až ve chvíli, kdy je situace neúnosná. Potom buď vyhledají pohotovost anebo si volají rychlou záchrannou službu, popřípadě hledají pomoc u zdravotní sestry v Kontaktním centru Společnosti Podané ruce. Podle pracovníků terénních programů souvisí tato strategie s tím, že mají špatné zkušenosti se zdravotní péčí (viz Problémy a mezery) a/nebo nejsou ochotni nijak investovat do svého zdraví do chvíle, než je bolest nesnesitelná a neustále přítomná.

Plošný průzkum zdravotních zařízení různého typu v Brně už přesahoval rámec této analýzy, zaměřili jsme se pouze na dvě oblasti – infekční oddělení a porodnictví.

10.2.1 Problematika infekčních chorob

V rozhovoru s jedním z ambulantních specialistů na problematiku infekčních chorob v Brně se ukázalo, že v posledních letech v jeho ordinaci ubylo pacientů z řad uživatelů drog, neeviduje však tuto skupinu zvlášť. Odkazoval zejména na oddělení infekčních chorob ve Fakultní nemocnici, které se podle něj o

tuto skupinu stará víc. Proti tomu se však vymezil zástupce daného oddělení, který také odmítl poskytnout jakákoliv čísla. Podle Krajské hygienické stanice počet nakažených virovou hepatitidou C roste (viz kapitola Infekční choroby), zaznamenávají však snižování podílu injekčních uživatelů drog mezi nemocnými.

Oba oslovení odborníci mají pro přístup k léčbě hepatitidy B a C nastaveno pravidlo v případě uživatelů nelegálních drog, že pacient nesmí drogy užívat nejméně půl roku před zahájením léčby. Tuto skutečnost musí buď prokázat (např. absolvováním léčby závislosti) anebo si jí lékaři ověřují sami opakovaným testováním na přítomnost drogy v těle.

10.2.2 Gynekologická péče a porodnice

Užívání drog v těhotenství je specifickou oblastí, kolem které vznikají časté kontroverze a vytváří se řada mýtů. Jedním z takových mýtů je, že užívání nelegálních drog jako je pervitin či heroin je nebezpečnější než užívání drog legálních. Odborné české i zahraniční studie však dokládají, že je to spíše naopak. Čistě z chemického pohledu je užívání alkoholu a nikotinu pro nenarozené dítě rizikovější než užívání pervitinu, heroinu či kokainu. Na druhou stranu je ale užívání nelegálních drog často spjato s životním stylem, který s sebou nese problémy s bydlením, trestnou činností a stresem, což jsou potom často důvody, proč velká část dětí narozených uživatelkám pervitinu končí v adopci či v pěstounské péči.

Podle sociální pracovnice z porodnice Obilní trh se personál zařízení setkává poměrně běžně s uživatelkami drog, které, bez jakéhokoliv předchozího kontaktu se zdravotním či jiným zařízením, přicházejí přímo k porodu. Specifickou skupinu tvoří uživatelky pervitinu, jejichž významnou charakteristikou je, že nemají k dispozici uspokojivé bydlení, kde by se mohly věnovat péči o dítě. V těchto případech zpravidla dítě neodchází do péče jejich, ale k jejich příbuzným nebo do adopce. Tuto situaci vykreslila na příběhu ženy, které byl přerušen výkon trestu odnětí svobody, aby porodila, od doby propuštění do porodu však nebyla (kromě jednorázového kontaktu se sociálními kurátory) v kontaktu s žádnou institucí ani službou. Po porodu projevila zájem o to, aby mohla zůstat s dítětem, sociální pracovnice tedy vynaložila veškerou energii k zajištění ubytování a provázání rodičky se systémem péče, ale v tak krátké době nebylo možné odpovídající péči zajistit. Rodička nakonec podepsala souhlas s adoptí dítěte.

Podobná situace se v této porodnici, která je jednou ze tří v Brně, odehraje minimálně jednou za měsíc. Sociální pracovnice je k případům, v nichž hrají roli drogy, vždy přivolána porodníkem, nicméně čas, ve kterém může nějak intervenovat, je velice omezený. Jednak je pracovnice přítomna pouze ve všední dny a standardní pracovní době, a jednak řada rodiček odchází hned po porodu, dítě zůstává v porodnici do vypršení zákonem stanovené lhůty dvou dnů, a potom si pro dítě přichází buď rodiče, nebo příbuzní, anebo je zahájeno řízení o adopci. Sociální pracovnice vždy spolupracuje s OSPOD, které promptně realizují sociální šetření v domácnosti rodičky. Spolupráci se specializovanými drogovými službami nemá vyzkoušenou, při posledním pokusu se kontakt nestihl uskutečnit do odchodu rodičky z porodnice.

10.3 Problémy a mezery

10.3.1 Chybějící možnost kvalitní detoxifikace

V Brně v současné době neexistuje místo, které by bylo specializované na detoxifikaci v případě závislosti na návykových látkách. Takřka všichni respondenti se v tomto ohledu ohlíželi před rok 2013, do kdy existovalo v PN Brno samostatné detoxifikační oddělení, jako na období, kdy bylo možné realizovat detoxifikaci v Brně lépe a kvalitněji. Obecně není možné nikde v Brně absolvovat specializovaný detoxifikační program tak, aby se zájemce nestřetával s pacienty v jiných programech, tím pádem není ani možné zajistit potřebnou izolaci a bezpečí očekávané od pobytové detoxifikace. Někteří bývalí pacienti hovoří otevřeně o snadném přístupu k drogám, pracovníci nízkoprahových zařízení běžně doporučují klientům, aby detox absolvovali v mimobrněnských zařízeních.

Detoxifikace také netvoří součást uceleného a kontinuálního terapeutického resp. léčebného programu, je realizována spíše nahodile, bez užší spolupráce a provázání s další komplexní sociálně-zdravotní péčí. Pracovníci zařízení nejsou také dostatečně informováni o další a návazné sociálně-zdravotní péči, případně jsou informace, které mají, zastaralé nebo zkreslené.

Na žádném z obou oddělení poskytujících detoxifikaci nelze zaručit rychlé resp. okamžité přijetí. Podle personálu i podle nízkoprahových brněnských služeb je spíše pravidlem, že při objednání na detoxifikaci musí zájemce několik dní až týdnů čekat. Toto nastavení péče tedy neumožňuje pracovat s „bodem zlomu“, o kterém často hovoří lidé, kteří úspěšně překonali závislost. Je to krátké období, kdy má člověk chuť zásadním způsobem změnit svůj život, pro úspěch je však zapotřebí podpořit úsilí člověka intenzivní a kontinuální podporou z okolí. Pobytové služby (sociální ani zdravotní) v Brně v tomto ohledu nepomáhají a člověk je odkázán pouze na své neformální sítě, podobně jak Simona:

„...úplně první bylo, že jsem volala klientovi z nevěstince, kde jsem pracovala. Ten mi zaplatil na měsíc ubytování.“ (Simona, ex-user, poradní skupina zotavení)

V rámci nabídky detoxifikace v Brně tedy chybí možnost okamžitého nástupu do zařízení se zajištěným bezpečným prostorem pro zotavení jak po stránce somatické, tak psychosociální, kde je vyškoleným a informovaným personálem poskytována aktivní podpora a zajištěna následná kontinuita péče.

10.3.2 Nedostatečná komplexní podpora při zotavení

V Brně existuje pouze jedno oddělení v psychiatrické nemocnici, které nabízí komplexní pobytovou léčbu závislosti, avšak se zaměřením pouze na alkohol, okrajově gambling. Některé zájemce zde může odrazovat způsob léčby závislostí, který je vystaven na Apolinářském modelu z 50. let a nereflktuje příliš současné trendy, nevýhodou je také fakt, že je oddělení součástí velkého psychiatrického komplexu, který může být také odrazující pro mnohé potenciální zájemce o léčbu a ve vyspělých zemích už takové umístění léčebných center zpravidla nenajdeme. V každém případě jsou znevýhodněni uživatelé nealkoholových drog, pro které se v Brně žádná možnost komplexní podpory při zotavení nenabízí.

Ačkoliv někteří ambulantní psychiatři tvrdí, že provádějí léčbu závislosti, jejich přístup můžeme stěží považovat za komplexní. Pracují sami, bez užší spolupráce s jinými profesionály, a jejich léčba je založená na farmakoterapii. Samotný systém ambulantní psychiatrické péče v ČR prakticky znemožňuje týmovou práci, která je při léčbě závislostí zásadní. Vypovídá o tom zkušenost Ilony, která v době, kdy nechtěla svou závislost nijak řešit, využívala psychiatry jako snadný zdroj získávání látek měnících stav vědomí:

„Já jsem si ty léky uměla získat, obalamutit jakéhokoliv doktora, to byla hračka. Byla jsem závislá na hypnogenech. Měla jsem 3 psychiatry, po týdnu, čtrnácti dnech mi došla dvě balení a napsali mi další.“ (Ilona, ex-user, poradní skupina zotavení)

Když po několika letech chtěla se svojí závislostí skončit, nenašla u svého lékaře dostatečnou podporu:

„Mně připadalo, že ten pan doktor jako by si se mnou nevěděl rady, tak mě poslal někam jinam, nepostaral se o mě kompletně – ano, to bych si představovala. Protože potom když člověk míval abstáky a ty léky i míchal s alkoholem, když jsem měla krizový období, tak pak všelijaký ty schýzy a tak, to je šílený.“ (Ilona, ex-user, poradní skupina zotavení)

10.3.3 Stigmatizující přístup personálu zdravotnických zařízení

Členové poradní skupiny z řad aktivních uživatelů nelegálních drog opakovaně popisovali negativní zážitky z návštěv nejrůznějších zařízení zdravotních služeb. Často se setkali se stigmatizací a dehonestujícím chováním zdravotníků.

„Já jsem si nechal zavolat RZ, kvůli tomu operačnímu zákroku. Přijel jsem do nemocnice, po cestě se mi snažili zavést infuzi. Ty žily – já je mám furt ještě trochu zdecimovaný. Tak se mě ptali, jestli jsem

užíval, nebo jestli jsem uživatel, nebo tohle. Tak jsem řekl, že jsem abstinující uživatel. Dojeli jsme tam, já jsem to samozřejmě měl v tom zápisu a první co jsem slyšel, to bylo hned na příjmu, bylo: “Tak to je, to je zas nějaký feťák se žloutenkou.“ (...) přímo přede mnou, tam v té čekárně, to tam ta sestra hodila takhle do placu a sedělo tam dalších pět lidí. I tohle je velice příjemný.“ (Mirek, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Podobným způsobem popisovali i samotné poskytování péče jako často neohleduplné, s otevřeně projevovanou nechutí, anebo její omezení na základní minimum.

„Do pokoje nepřišel skoro nikdo, kromě doktora a sestřičky, která musela. A pak mi nechtěli dát kanylu, respektive flexu, protože bych jí prý, údajně, mohla zneužít. Takže když mi chtěla napíchnout jehlu, která je bez flexy, tak jsem jí říkala, ať se hodně pevně drží, protože to u mě nefunguje, to celý popraská. Tak ona čtyřikrát do mě bodla, čtyřikrát mě nechala poprskat ty žíly, než teda pochopila, že teda musím na flexu...“ (Inka, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

„Když se personál prostě dozví, že jste měl tenhle problém, tak Vám ty služby jsou prostě omezeny úplně na to úplně základní minimum.“ (Inka, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Někteří popisovali i závažnější události:

„Mirek. On spadl, šel na Mlýnskou, pak ho odvezli, si ho přehazovali nemocnice, pak ho odvezli na záchytku, protože často pil. Nevzali ho do nemocnice, jenom mu ošetřili povrchové zranění hlavy. Šel ze záchytky, udělalo se mu blbě, odvezli ho na úrazovku z Mlýnské. Tam zjistili, že od toho dne předtím mu krvácí do mozku. A na to zemřel samozřejmě.“ (Michal, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Nevstřícný a stigmatizující přístup zdravotního personálu odrazuje uživatele od návštěv lékařů a odbornou pomoc vyhledají až ve chvíli, kdy je nejhůř a většinou jdou na pohotovost, obvodního lékaře buď nenavštěvují anebo ani u žádného nejsou registrováni. Tento vzorec využívání zdravotní péče potvrzují jak klienti, tak pracovníci nízkoprahových drogových služeb.

10.3.4 Obtížný přístup k léčbě infekčních onemocnění

Respondenti z řad terénních pracovníků popisovali také překážky v přístupu k léčbě infekčních onemocnění, které jsou s užíváním nelegálních drog často úzce spjaté. Jednou z činností terénních pracovníků je i testování na infekční choroby, o které však už není takový zájem jako dříve. Jedním z důvodů podle terénních pracovníků může být i to, že v přístupu k léčbě hepatitid a syfilis (který se poslední dobou mezi klienty rozšířil) existují pro aktivní uživatele drog značné bariéry.

Pracovníci jednak upozorňují na to, že ve FN Bohunice odmítají klienty se syfilis léčit, jsou ochotni pouze problém diagnostikovat, podobně v Nemocnici u sv. Anny se brání přijímání nových pacientů s touto diagnózou. Ze zkušeností terénních pracovníků také vyplývá, že ani hygienická stanice problém neřeší, resp. nepodniká žádné aktivní kroky k tomu, aby nakažené jedince motivovala k léčbě.

U pacientů s hepatitidou je navíc ve všech zařízeních vyžadována dlouhodobě prokázaná abstinence, minimálně půl roku, do té doby odmítají se zájemci o léčbu jakkoliv pracovat. Dochází tedy k vytváření situace, která je eticky poměrně problematická: člověku se závažným onemocněním není umožněno, aby absolvoval léčbu, která existuje, resp. pro nasazení léčby mu jsou kladeny podmínky, které nemusí být v jeho silách naplnit.

10.3.5 Nedostatečná péče o těhotné uživatelky drog

Kvalitu péče o těhotné uživatelky drog realizovala Pochylá (2016) v rámci své diplomové práce obhájené na LF MU. Konstatuje v ní, že v Brně citelně chybí specializované zařízení, které by se věnovalo těhotným uživatelkám drog. Potvrzuje, že těhotné uživatelky zejména nelegálních drog mají velice sporadický kontakt se zdravotními a sociálními službami, zpravidla z důvodu velkého stigmatu,

který je s užíváním drog v těhotenství spjat. Těhotná žena užívající nelegální drogy potřebuje přitom nutně průvodce, či lépe průvodkyni, která k ní bude přistupovat bez předsudků a poskytne jí nejen odbornou péči, ale také psychosociální podporu v její celkové životní situaci. Odkazuje na příklad dobré praxe organizace DropIn v Praze, kde v týmu poradny pro rodiny byla zaměstnána porodní asistentka, z důvodů nedostatku financí byl však tento program ukončen. Zároveň na základě rozhovorů ke své diplomové práci doporučuje Pochylá klást větší důraz na prevenci nechtěného otěhotnění, např. i formou nízkoprahové antikoncepce.

Ze zahraničních zkušeností také vyplývá, že oblast péče o těhotné uživatelky drog je jednou z těch, u kterých může dobře fungující specializovaná péče vést k okamžitým výsledkům. Například vídeňský program Comprehensive Care For Substance Dependent Mothers And Their Children spočívající v práci mezioborového týmu, který aktivně kontaktuje těhotné uživatelky drog a poskytuje jim péči jak v raných stádiích těhotenství, tak po porodu, uvádí, že 80 % jeho klientek zůstává dítě v péči. Dle zkušeností sociální pracovníce z porodnice v Brně je u nás poměr obrácený. Velká většina dětí uživatelek nelegálních drog končí v adopci či pěstounské péči.

10.4 Shrnutí

Za specializovanou zdravotní péči v oblasti užívání drog a závislostí můžeme považovat detoxifikaci, léčbu závislosti, substituční léčbu a krátkodobou detenci na záchytné stanici. Substituční léčbu z velké části zajišťuje neziskový sektor (Společnost Podané ruce), dále potom některé ambulance samostatně pracujících psychiatrů. Psychiatrická nemocnice Brno zajišťuje detenci na záchytné stanici a léčbu závislosti na alkoholu. Komplexní léčba závislosti na nealkoholových drogách v Brně není dostupná. Detoxifikaci se v Brně nevěnuje žádné specializované centrum nebo oddělení, pouze běžná oddělení v nemocnicích.

Jako zásadní mezeru v rámci specializované zdravotní péče vnímáme chybějící možnost oddělené a nízkoprahové detoxifikace, která bude provázána s celým sociálně-zdravotním systémem služeb, bude aktivně podporovat zotavující se závislé a jejich blízké a zajistí kontinuitu péče. Dále chybí také komplexní podpora při zotavení, pro uživatele nealkoholových drog neexistuje nabídka komplexní léčby závislosti. Uživatelé drog, zejména nelegálních, se také často setkávají se stigmatizujícím přístupem personálu zdravotnických zařízení různého typu, mají velice ztížený přístup k léčbě infekčních onemocnění, a konečně nedostatečný důraz je kladen na péči o těhotné uživatelky drog, což má za důsledek zvýšenou míru umístování novorozeneých dětí do adopce a pěstounské péče.

11. Svépomoc a participace

V průběhu prováděných šetření jsme také identifikovali nízkou míru zapojování aktivních a zotavujících se uživatelů do rozhodovacích procesů i do samotného poskytování služeb. V Brně probíhá proces komunitního plánování, v jehož základu stojí hodnoty, které ho odlišují od jiných plánovacích postupů. Těmi hodnotami podle Základní listiny komunitního plánování sociálních služeb (KPSS) ve městě Brně (nedatováno) jsou především důraz na aktivní roli uživatelů sociálních služeb a zastoupení jejich zájmů v procesu plánování, zapojení širokého okruhu lidí a spolupracovníků do tvořivé práce, opakované ověřování závěrů s přáním lidí nebo důrazem na vyjednávání a zplnomocnění veřejnosti kontrolovat postup rozhodování i uskutečňování.

Podle našich informací z prostředí komunitního plánování skupina uživatelů s problematikou závislosti při komunitním plánování není výrazně zastoupena. Potřeby uživatelů drog jsou zjišťovány v rámci analýzy potřeb vypracovávané třetím subjektem. Míra jejich účasti na samotném procesu plánování a vyhodnocování služeb je tak prakticky pouze zprostředkovaná. Je pravděpodobné, že podobně jsou na tom i ostatní skupiny uživatelů spadající do skupiny osob se sociálním vyloučením. To může vycházet z charakteristik přisuzovaných těmto skupinám (lidé bez domova, po výstupu z trestu, závislí apod.), které vycházejí mnohdy ze stigma o povaze jejich životního stylu nebo ochoty se do plánování služeb zapojit. Zapojování uživatelů do tvorby drogových politik a opatření není zahrnuta ani v metodických doporučeních Sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, kde jsou k diskuzi přizývány především profesionálové. Drogoví uživatelé nejsou u nás zapojováni ve velké míře do chodu drogových organizací, nebo jsou jim přímo kladeny překážky a to i po procesu zotavení.

Zkušenosti ze zahraničí přitom nasvědčují, že zapojení aktivní nebo bývalí uživatelé drog/závislí mohou být jedněmi z nejvhodnějších aktérů, kteří jsou schopni pojmenovávat palčivá témata a mnohdy stát i za praktickou implementací účinných změn, pokud dostanou dostatečný prostor a podporu. V nedávné historii existuje evidence mnoha případů, kdy uživatelé drog pomáhali identifikovat a vyvinout intervence na závažné zdravotní problémy a rizika související s braním drog (např. organizace Respect - Holandsko, Chemical reactions – Skotsko, Insite - Kanada). Podpora zapojování aktivních, zotavujících se a rekreačních uživatelů často vedla kromě jiného k pokrytí mezer expertních služeb nebo k realizaci projektů, které jsou pro život ve městě prospěšné a tím ke zvýšení jejich zaměstnanosti (sběr injekčního materiálu, zajištění potravinové banky, šatníku, vzdělávání apod.).

Podle zahraniční iniciativy lidí užívajících drogy „Get organized!“ (Organizujte se!) současná politika založená více či méně na „válce proti drogám“ vede mnoho lidí do nesnází jenom proto, že si dovolují aplikovat chemickou substanci do svého těla. Proto je třeba, aby stále více lidí, kteří užívají tyto látky, převzali kontrolu nad politikou, která je ovlivňuje. To se týká především přístupu ke zdravotní péči, služeb harm reduction, organizování přímých akcí, protestů proti nespravedlivým opatřením, organizování ostatních uživatelů. Právě dobrým organizováním lze udělat největší změnu, protože jen tak lze vytvořit dostatečně silnou základnu pro jakoukoliv pozdější akci. V mnoha zemích, zejména východního bloku, už takové skupiny lidí stály za významnou změnou politiky a praxe vůči uživatelům drog (např. stigma lidí s HIV, přístup k HR službám apod.).

Vzhledem k zákonům a společenskému přítomnému stigmatu, je organizování a společné akce důležitější než kdy dřív. Mnoho organizací (včetně drogových organizací v ČR – příkladem je např. Společnost Podané ruce) vzniklo z iniciativy uživatelů předtím, než se profesionalizovaly. Drogoví uživatelé jsou každý den konfrontováni s ideologií společnosti „bez drog“. Jsou často vnímáni jako zločinci a konfrontováni s právním systémem. Někdy nedostávají adekvátní péči a s tím souvisí i rozšiřování nemocí jako je HIV nebo u nás žloutenka. Alternativou k tomu jsou přístupy a programy založené na snižování rizik, harm reduction, v našem případě terénní programy a K-centrum. Ty se zaměřují ve svém jádru na zdravotní stránku věci, která souvisí s aplikací pouličních drog. Tyto

programy se snaží hájit zájmy uživatelů, ale někdy to spočívá pouze v omezení se na zajištění dostatku prostředků pro fungování služby a zajištění zdravotního materiálu a školeného personálu. Vzhledem k limitovaným možnostem nezbyvá čas na to, zabývat se snižováním rizik v širší perspektivě než pouze té zdravotní. Současným společenským pohledem na drogy a jejich uživatele, je také ohrožena kvalita života, lidská práva uživatelů drog, nebo možnost být součástí určitých skupin ve společnosti. Skupiny uživatelů drog tak mají své opodstatnění a to především v boji za zlepšení podmínek, které nejsou běžné drogové služby schopny zajistit.

To se může dít různými způsoby a vždy záleží na konkrétních problémech a výzvách dané lokality nebo země. Mnoho skupin je založeno na principu svépomoci, to znamená setkávání se za účelem si vzájemně pomoci (někdy je to hlavní náplní – AA bez náboženského přesahu) a některé skupiny se věnují také snahám změnit politickou a sociální situaci ve svém prostředí.

V České republice se v některých organizacích mimo Brno rozvíjela práce s tzv. peery, tedy bývalými uživateli nebo stabilizovanými aktivními uživateli, kteří pomáhali s prací terénních sociálních pracovníků při kontaktování skrytých a pro klasické pracovníky těžko dosažitelných uživatelů. V Brně se v poslední době rozvíjí po delší době. Jedním z formátů, který připomíná zapojování uživatelů do rozhodovacích procesů, je tzv. „fórum uživatelů“ v Kontaktním centru Společnosti Podané ruce. V rámci Terénních služeb Brno na sklonku roku 2016 proběhl pokus o zaměstnání jednoho ze stabilních uživatelů jako tzv. peera a na Poradenském centru Pasáž vznikla svépomocná skupina pro dluhy. Tím nicméně zapojování uživatelů v rámci specializovaných služeb končí. Možnost pro motivované peery nadále růst v hierarchii organizace zůstává pro téměř všechny drogové organizace v ČR zatím neprozkoumaná. Trend ke zvyšující se participaci přitom lze pozorovat v jiných oblastech pomáhajících profesí v ČR. V současné době se například rozvíjí síť peerů (lidí se zkušeností) v oblasti duševního onemocnění, kteří poskytují vzdělávání, doprovází nebo plní roli podpůrné sítě. V zahraničí přitom existují organizace v oblasti sociálního vyloučení, které mají participaci uživatelů v samém základu svého fungování (Groundswell, St'Mungos). Kromě participace uživatelů drog na chodu pomáhajících organizací, vznikají také uskupení, která se přímo podílejí na tvorbě městské drogové politiky. Jednou z oslovených je například Dánská unie drogových uživatelů (Danish Drug Users Union – BrugerForeningen). Tato skupina dostává od města na každý rok malé prostředky, ze kterých financuje chod kavárny a tzv. pouliční patroly, které sbírají stříkačky, případně mění zdravotní materiál, poskytují kanceláře pro ostatní, aby si mohli hledat práci, nebo se učit s počítačem apod.

Jedním z cílů naší poradní skupiny aktivních a zotavujících se uživatelů drog bylo také formulovat zájmy a podmínky pro větší zapojení uživatelů do městských aktivit. V následujícím textu přinášíme krátkou reflexi nad procesem setkávání i jeho obsahem směřujícím k větší participaci uživatelů.

11.1 Zkušenost se zapojením aktivních a zotavujících se uživatelů v Brně

Co se týká procesu, je třeba u skupiny aktivních uživatelů drog uvážit povahu jejich života, do kterého mnohdy vstupují nečekané události, a jejich situace se často mění. Typické je například, že nemají přechodně kde bydlet a jejich hlavní potřebou v den setkání je najít vhodné místo na přespání. Uživatelé jsou často obětí trestných činů, mohou přijít o mobil nebo o zápisník s poznámkami, kde si poznamenali čas a místo setkání. Proto je dobré volit asertivní přístup k pořádání skupiny a schůzku opakovaně připomenout, případně se domluvit, koho v okolí dotyčného kontaktovat, pokud se zdá být nedostupný/á. Vzhledem k tomu, že mnoho uživatelů přes den tráví čas sháněním finančních prostředků, může být čas strávený na skupině ze začátku poměřován i touto optikou. Je tedy na místě zvážit odměňování účastníků za čas strávený společnou prací. Další z užitečných vodítek jsou: zajištění neutrálních prostor – ne všichni účastníci se mohou cítit komfortně v organizaci, do které jinak chodí pro sociální služby a se kterou mohou mít nerovný vztah. Dalším důležitým aspektem je motivace a zájem okolí. V průběhu skupiny účastníci často zmiňovali, že by rádi, aby jejich návrhy někdo slyšel, aby měly nějaký dopad. Výsledkem bylo přizvání náměstků pro sociální oblast na jednu z poradních skupin. Už jenom samotná zkušenost, že je někdo z města vyslechl, vedla ke zvýšení motivace, zapojení

a důvěry v proces. Jako očekávatelné riziko procesu se ukázalo převzetí zodpovědnosti za směřování skupiny. To ze začátku bylo v našich rukou jako svolavatelů. Při snaze předat zodpovědnost za směřování skupiny do rukou uživatelů nebylo jasné, zda se najdou dostatečně silní leadeři, kteří by skupinu mohli dál táhnout i bez jasného propojení s prací na předkládané analýze. Z diskuze o tom, co by potřebovali, aby byli sami schopni podnikat nějaké aktivity směřující k pomoci závislým nebo zlepšení života ve městě, jasně zaznívalo, že potřebují od města nebo drogových organizací nějaký impuls a úvodní směr:

„Muselo by se ale vědět, co podnikat. My jsme připraveni se zapojit, každej z nás je dobrej v něčem jiném. Pokud nebudu vědět, co můžu, tak mi to přestává dávat smysl.“ (Pavel, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

„A my můžeme pomoci tím, že se do toho nějak můžeme zapojit, ale my ještě nemáme do čeho. My za tebou budeme stát, my s tebou půjdeme kamkoliv, klidně na úřad, cokoliv. Ale musíme dostat nějaký impuls.“ (Eva, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Co se týká přímého zapojení uživatelů do tvorby městské politiky, účastníkům poradní skupiny stačí, aby bylo při formulaci opatření zajištěno přímé propojení mezi městským koordinátorem a uživateli služeb/drog:

„Já taky nepotřebuju něco formovat. Já chci, aby tam byl na městě člověk, kterej tady tyhle věci vezme v potaz a bude je řešit. A ať mi pak zadá, co mám dělat, já si pak vezu na starosti lidí, nebo budu sedět. Já nechci žádné peníze na žádnou další, s prominutím neziskovku, nebo nějaký projekt. To není projekt, to je městská politika. Změnění tady tohohle.“ (Michal, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Po obsahové stránce účastníci poradní skupiny definovali několik aktivit, které by jim přišly potřebné a do kterých by se sami byli schopni zapojit:

- sběr injekčního materiálu ve městě, zejména na místech, která představují riziko pro obyvatele města
- zajištění funkčního systému svážení přebytků potravin ze supermarketů a následné poskytování přebytků lidem v nouzi
- spolupráce s nízkoprahovými službami na realizaci výměnného programu ve skryté populaci uživatelů
- zajištění vzdělávání a sdílení zkušenosti pro lidi ve stejné situaci, ale i pro odborníky (začínající mediky, policisty, sociální pracovníky apod.)

11.2 Svépomoc zotavujících se uživatelů drog a závislých

V Brně se od počátku 90. let 20. století postupně etablovalo a rozvinulo několik tzv. 12-krokových svépomocných skupin, z nichž nejznámější jsou Anonymní alkoholici. V souladu s principy celosvětového společenství se tento rozvoj uskutečnil prakticky bez účasti města nebo jiných státních subjektů, šlo o iniciativu samotných závislých s dobrovolnou podporou některých brněnských lékařů a zahraničních členů skupin.

V době psaní této zprávy fungovaly v Brně následující 12-krokové skupiny:

1. Anonymní alkoholici, skupina Fénix (využívají prostory v areálu řádu Milosrdných bratří)
2. Anonymní alkoholici, skupina Renesance (využívají prostory v areálu Vaňkovka)
3. Anonymní alkoholici, skupina U Kapucínů (využívají prostory v areálu kláštera U Kapucínů)
4. Anonymní sexholici, skupina Naděje (využívají prostory v areálu kláštera U Kapucínů)
5. Anonymní gambleři (využívají prostory Turistického informačního centra v „Bílém domě“)

6. Anonymní narkomani, skupina Zázrak (využívají prostory v areálu řádu Milosrdných bratří)

7. Al-Anon, Sdružení příbuzných a přátel alkoholiků (využívají prostor kláštera Baptistů)

Fungování těchto skupin podléhá jasným pravidlům, která platí pro všechny skupiny na celém světě. Skupiny mezi sebou udržují aktivní spolupráci lokálně i mezinárodně, každá je ale svébytná a samostatná. Nejsou příjemci žádných dotací, nutné výdaje financují z výběru dobrovolných příspěvků od členů. Není k dispozici žádná statistika ani údaje o návštěvnosti setkání, jeden z dlouholetých členů AA nicméně odhaduje, že ročně navštíví alespoň jednou setkání těchto skupin kolem 200 lidí.

Součástí působení v tomto typu svépomocných skupin je i rozšiřování povědomí o skupinách mezi dalšími možnými zájemci. Členové tedy docházejí do různých institucí, kde se potenciálně mohou objevit lidé se zájmem o návštěvu setkání skupiny. Spolupráce takto funguje například s PN Brno-Černovice, Vojenskou nemocnicí – oddělením JIP, některými brněnskými školami, apod. Dále se skupiny zaměřují na informování široké veřejnosti např. i formou vystupování v rozhlase, publikování oznámení o konaných setkáních v lokálních zpravodajích, anebo přehledně strukturovanými webovými stránkami.

Svépomocné skupiny (tedy skupiny bez přítomnosti profesionála bez vlastní zkušenosti) jiného typu v Brně neexistují, resp. autorům analýzy se zprávy o jejich existenci nepodařilo dohledat.

11.3 Participace zotavujících se uživatelů drog a závislých

Oproti západním zemím nemá ČR silnou tradici v zapojování zotavujících se uživatelů drog a závislých do poskytování a plánování služeb a do rozhodování na úrovni drogové politiky. Toto zapojení nejen že není usnadněno z řad tvůrců politik a poskytovatelů služeb, je spíše komplikováno. Vnitřní nařízení některých organizací například výslovně stanovuje, že bývalí uživatelé drog, kteří chtějí vstoupit do pracovního poměru, musí prokázat několik let abstinence, navíc musí splnit veškeré podmínky, jejich vlastní zkušenost není nijak zvýhodněna.

S vědomím tohoto znevýhodnění jsme zotavující se uživatele drog, závislé a jejich blízké zapojili přímo do analýzy formou jedné z poradních skupin, která nesla prostý název Zotavení. Tato skupina se scházela od srpna 2016, uskutečnila se celkově 4 setkání.

Skupiny facilitoval člen výzkumného týmu a alespoň jednou se jich zúčastnilo celkem 10 osob (většina opakovaně) s vlastní zkušeností se zotavením, a opakovaně se účastnila i drogová koordinátorka jako host skupiny. Vlastní zkušenost členů byla jak přímá s alkoholovými tak nealkoholovými drogami, tak i zkušenost se sdílením společné domácnosti s člověkem závislým na drogách.

Skupina byla využívána jednak pro účely analýzy, zároveň byli členové povzbuzováni, aby přinášeli vlastní nápady, jak vzniklé vztahy využít. Základním výstupem a zároveň i úspěchem skupiny je fakt, že se všichni členové rozhodli pokračovat v setkáních i v následném roce. Hlavní téma těchto setkání by přitom mělo být: „Informování brněnské veřejnosti o drogách a závislosti a o formách pomoci“. Jednou z plánovaných aktivit je vytváření mapy pomoci s návazností na zřízení on-line platformy a osvětové kampaně.

Další témata, kterými se skupina zabývala, zde vyjmenováváme jen heslovitě:

- okamžitá pomoc
- zadluženost – jak zvýšit dostupnost dluhového poradenství?
- dobrovolnická činnost
- dlouhodobé bydlení
- zdravotnictví – jak dostat podněty z této skupiny k psychiatrům?

- role blízkého člověka v pomoci závislému
- celková koncepce drog a závislostí v Brně
- potřebnost sdílení se skupinou lidí ve stejné situaci
- stigma
- provázanost formálních i neformálních sítí

12. Průřezové problémy a mezery v systému péče

V předchozích kapitolách jsme se zabývali jednotlivými složkami systému péče a v nich jsme identifikovali mezery specifické pro jednotlivé oblasti. V této kapitole se pokusíme jednak je přehledně shrnout a jednak obohatit o problémy a mezery, které není možné zařadit do jedné dílčí oblasti systému péče, protože se týkají více z nich nebo všech. Při identifikování mezer pro nás byly zásadní hlasy těch, kteří se v tomto systému péče ocitli nebo ocitají jako příjemci služeb, vycházeli jsme tedy z průběžných setkání dvou výše zmíněných poradních skupin. Zároveň jsme ale vždy tyto hlasy uváděli do kontextu celkové sítě s pomocí rozhovorů s poskytovateli služeb, tak jako i ze všech dalších zdrojů dat. Termín „problémy a mezery“ by neměl evokovat kritiku stávající sítě, naším cílem (v souladu se zadáním) bylo nabídnout všem aktérům drogové politiky v Brně podklady pro další rozvoj skrze hlasy těch, kterých se tento systém nejvíce dotýká.

12.1 Roztříštěnost a nízká provázanost systému péče

Nejen profesionálové, s nimiž jsme hovořili, ale i účastníci poradních skupin si často všímali, že systém péče a pomoci je vzájemně nepropojený, takřka roztržitý a tím pádem nezajišťuje / negarantuje kontinuitu péče.

12.1.1 Nedostatečná vzájemná informovanost v rámci sítě pomoci

Jak naznačuje Marie v následujícím výroku, roztržitost systému může souviset se vzájemnou nízkou informovaností, kdy některá zařízení zkrátka neví o nabídce ostatních.

„A myslíte si, že je v povědomí těch služeb, které se tomu věnují, že ten proces je takhle nějak propojený nebo to ani moc neví ti profíci? Na to mě navedla ta záchytka, že oni vlastně nevědí, co nabídnout. A v léčebně třikrát byl tady Míša a až pak po léčebně zjistil, že existuje něco dalšího. Takže to vypadá, že každý má informovanost o tom svém kroku, ale ne o těch dalších a o tom, jak se spolu do puzzlíku skládají.“ (Marie, skupina zotavení)

Marie tím reagovala na poznámku jednoho ze členů, který popisoval své zkušenosti s léčbou závislosti, kdy až v rámci třetí léčby se mu dostalo informace, že existují Anonymní alkoholici, kam potom začal chodit a nyní hodnotí členství v AA jako zásadní krok svého života. Podobnou zkušenost měla i jiná členka poradní skupiny, které se nedonesla včas informace o službě, kterou potřebovala, i v rámci jedné organizace.

„Co chybí hrozně moc, tak je provázanost služeb. Já jsem tenkrát šla na Káčko, to bylo jediné, co jsem tenkrát znala z doby, co jsem si tam chodila odpočnout a vyměnit. A ptala jsem se tam a nebyli schopni mi pomoci, ani poradit Pasáž, což je blbý.“ (Simona, ex-user, skupina zotavení)

12.1.2 Nedostatečná spolupráce v rámci sítě pomoci

V rozhovorech s poskytovateli služeb v rámci této analýzy bylo zřejmé, že některé organizace či zařízení mají mezi sebou dobré vazby a vzájemně na sebe odkazují, nicméně jiná zařízení jsou oproti tomu z této komunikace vyloučena, téměř ignorována. Typické je to například u zdravotních zařízení, která odkazují téměř výhradně do jiných zdravotních zařízení a v zásadě přehlížejí služby mimo zdravotnictví kromě těch, které se samy aktivně a důsledně snaží přilákat jejich pozornost. Dalším příkladem je vzájemná úzká vazba mezi OSPOD a SVP resp. DgÚ, a současně v podstatě zanedbatelná spolupráce se specializovanými sociálními službami, kdy například řada dětí s drogovým problémem se vůbec nemusí dostat do odborné péče.

Důsledkem nedostatku spolupráce je stav, kdy člověk hledající pomoc (ať už je to sám uživatel drog anebo blízká osoba) není tím, kdo si může vybrat, protože je mu předložena pouze jedna možnost.

Jinými slovy, do jaké služby bude člověk hledající pomoc odkázán, závisí na tom, na koho narazí – jaká je jeho / její informovanost, jaké má profesní vztahy s ostatními aktéry sítě. Je tak potlačena možnost člověka samostatně se rozhodovat, přitom právě svoboda se rozhodnout a zvolit si vlastní cestu je základním předpokladem dlouhodobého zotavení.

12.1.3 Nedostatečná spolupráce v rámci místní komunity

Propojování a vytváření spolupracujících sítí přitom nemusí vznikat jen mezi pomáhajícími službami, ale i se zástupci místní komunity. Podle problémových uživatelů drog patří mezi největší obtíže života na ulici nedostatek jídla a ošacení. S obstaráváním těchto základních věcí se pojí část kriminality, na kterou si pak většinová společnost stěžuje. Přitom však řada podnikatelů – prodejců potravin nebo ošacení – by zřejmě byla ochotna pomoci těm, kteří potraviny nebo ošacení potřebují, neexistuje ale mechanismus, jakým je do spolupráce zapojit.

12.1.4 Chybějící koordinační bod

Aby bylo možné rozvíjet a udržovat vzájemnou informovanost a spolupráci, je nutné, aby touto aktivitou byl někdo přímo pověřen. V současné době tuto odpovědnost nikdo nemá a záleží tak pouze na ochotě jednotlivých organizací, či spíše pracovníků vzájemně se potkávat a dozvídat se o druzích.

Poradní skupina zotavujících se uživatelů drog a blízkých se chybějícímu koordinačnímu bodu věnovala v souvislosti s informovaností. Neexistuje například žádný informační zdroj, který by zahrnoval informace o všech možnostech pomoci pro uživatele drog, závislé a jejich blízké v Brně. Neexistuje ani žádné místo, kde by tyto informace byly k dispozici na vyžádání, resp. po telefonické konzultaci. Záleží tedy spíše na štěstí, resp. na náhodě, k jaké pomoci se člověk dostane. Zdá se také, že jednotlivá zařízení doporučují klientům možnosti, které jim samotným jsou sympatické, nedávají jim na výběr z celé škály. Vyplývá to i z následujícího citátu jednoho z členů skupiny, který prezentuje návrh, jak situaci zlepšit:

„Podle mě by bylo určitě v první řadě vhodné udělat integrační bod a zmapovat veškeré služby, které jsou na území města Brna dosažitelné. Bylo by vhodné zjistit také jejich prahovost - tím myslím, jaká jsou kritéria pro vstup do dané služby/zařízení.“ (Laďa, skupina zotavení)

12.1.5 Chybějící případová koordinace

Podle poradní skupiny problémových uživatelů drog by koordinační role města měla spočívat také v koordinaci péče o konkrétní jednotlivce a rodiny, kdy například poskytovaná pomoc v oblasti bydlení je přímo svázána se zajištěním financování:

„My nepotřebujeme zřídit nový program. Programů je tady spousta. My potřebujeme, aby město to legislativně zajistilo. A jednoho člověka, kterej to bude koordinovat. A říct a ty lidi půjdou tam. A to je celý. A když už do toho bytu půjdou, tak budou mít se svojí sociální pracovníci /domluveno/, že jim bude přispívat na to bydlení, bude vědět, že jde tam a tam do práce. To není problém.“ (Inka, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Žadný ze specializovaných programů, které ve městě Brně fungují, s výjimkou Poradenského centra Společnosti Podané ruce, případovou koordinaci podobného typu nezajišťuje a z úrovně města není žádná koordinace realizována, vyžadována či alespoň podporována. Přitom řada problémových uživatelů drog zároveň trpí duševními nebo somatickými potížemi nebo zažívají situaci bytové nouze, případně byli dlouho vyloučeni ze společnosti, nejčastěji výkonem trestu, a tato situace vyžaduje jednak vyšší podporu, a jednak koordinaci této podpory. Současný systém je však nastavený tak, že lidé, kteří mají nejvíce potřeb, propadávají službami, protože z povahy svých potíží nesplňují některá kritéria pro vstup do úzce vymezené služby, případně pro ně ani žádná služba neexistuje, je nedostatečná nebo není poskytována po dostatečně dlouhou dobu. Tito lidé následně vykazují nejvyšší pravděpodobnost návratu k drogovému nebo kriminálnímu způsobu života, který prohlubuje nadále jejich vyloučení a stigma.

12.2 Nedostupné bydlení a nízká kapacita lůžkových / pobytových služeb

Užívání drog a závislost jsou jednou z nejčastějších příčin bezdomovectví (MPSV, 2017), proto by otázka bydlení měla být v rámci drogové politiky řešena prioritně. V rámci města Brna však přístup uživatelů drog a lidí se závislostí k bydlení není nijak usnadněn a specializovaná zařízení dokáží nabídnout službu spojenou s bydlením pouhým dvěma procentům všech klientů.

12.2.1 Rizikové prostředí ubytoven a azylového bydlení

Podle členů obou poradních skupin je bydlení tím základním předpokladem pro to, aby se člověk mohl stabilizovat, případně zotavit ze závislosti. A nemusí to být pouze život na ulici, který ohrožuje stabilizaci problémových uživatelů drog. Za nevyhovující je také považována ubytovna, jejíž prostředí je často poměrně rizikové, co se týká výskytu drog jak legálních tak nelegálních. Může se tedy mnohdy jednat o poměrně chaotické místo, ve kterém je náročné pracovat na změně životního stylu a bojovat se sociálním vyloučením. Někdy k nevhodnosti ubytovny přispívají i zcela prozaické důvody, jako jsou různá přísná pravidla. Mnoho uživatelů drog vlastní psy, které na ubytovně netolerují. David například uvádí, jak se po šesti měsících sociálního bydlení ocitá znovu v situaci, kdy nemá jisté, kde bude bydlet, a pes je pro něj jedním z motivačních prvků v jeho změně:

„Jo, já jsem tam teď skončil. A vlastně co můžu? Můžu jít někam na ubytovnu, ale co s tím psem? Toho se nevzdám, je to i moje terapie svým způsobem. Protože díky němu jsem se mohl zabývat něčím úplně jiným.“ (Michal, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Azylové domy a noclehárny představují pro uživatele drog, kteří se chtějí zbavit svého návyku, podobné riziko jako ubytovny. Nechráněné prostředí a sdílení pokoje s dalším cizím člověkem je pro ně většinou předmětem stresu, dochází ke konfliktům, které jsou rizikem relapsu. U aktivních uživatelů drog zase dochází k tomu, že sociální služby pro lidi bez domova nejsou nastavené na problematiku užívání drog a uživatele z těchto služeb vylučují, aniž by se s nimi pokoušeli pracovat na změně spojené s jejich užíváním drog.

12.2.2 Chybějící nízkoprahové bydlení

Určitou formu sociálního bydlení pro uživatele drog a závislé nabízí pouze Přejíždě byty Společnosti Podané ruce, jejichž kapacita čtyř lůžek nemůže pochopitelně uspokojit poptávku. Nízká kapacita a vysoká poptávka pracovníkům navíc znemožňuje prodlužovat dobu pobytu podle individuálních potřeb klientů a délka pobytu je tedy nedostatečná. Zvýšení dostupnosti této formy nízkoprahového bydlení by přitom usnadnilo přechod do běžné společnosti i lidem, kteří se vrací z institucí – nejčastěji z vězení – a pro které neexistující zázemí nejen znemožňuje změnu životního stylu, ale zároveň napomáhá recidivě trestné činnosti.

„Znám spoustu lidí, kteří se neodrazili jen kvůli tomu, že byli de facto bezdomovci a šli z kriminálu přímo na ulici, protože neměli kam, a tu šanci vůbec nedostali, nikdo jim ji nedal.“ (Leoš, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

„Člověk, který chce přestat, a to i jenom vysadit krátkodobě, tak potřebuje zázemí. To znamená nebýt na ulici, nebýt na squatu, protože tam není možný se pořádně vyspat, mít soukromí.“ (David, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Členové poradní skupiny současně upozorňovali, že podpora bydlení uživatelů drog by mohla přispět ke snížení jejich stigmatizace, protože pokud by dostali šanci a využili ji, jejich úspěšný příběh by mohl pomáhat měnit obraz „feťáků“ ve společnosti.

„A potom ten pohled na ty lidi by byl odlišnej. Protože pokud město může prokázat, že tady vzalo skupinu lidí a dal jim rozbořenej byt (...) bydlení mě bude platit třeba půl roku sociálka a já se pak začnu podílet (...), tak tohle je myslím to, co potřebuje město, tuhle propagaci. Ukázat, že my nejsme jenom feťáci, ale že to jde dál, že to má nějaký vývoj. To je jasný, že se stanou věci, že někdo z bytu udělá varnu a udělá haló. Ale to je tak vždycky. Ale pokud ti nabídnou tyhle ty základní věci, který pak nemusíš řešit, tak

stejně máš terapeuta, a pokud ty lidi nemusí řešit, kam mají za měsíc, za dva jít, tak se mohou věnovat tady tomuhle /terapii/. Můžou jít dál, můžou s těmi lidmi pracovat. Pokud se tohle dá do pohybu - zajištění jídla, bydlení, práce, tak je to brnkačka, tak je to jenom pak otázka koordinace.“ (Pavel, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

12.2.3 Chybějící koncepce bydlení pro stárnoucí uživatele drog a závislé

V rozhovoru se zdravotní sestrou v Psychiatrické nemocnici a se sociální pracovníci domova se zvláštním režimem také zazněla obava, že bude stoupat počet starších lidí, kteří mají problémy s drogami či závislostí, a nemají kde bydlet, protože řada sociálních služeb nepřijímá lidi s diagnózou závislosti. Prozkoumání tohoto trendu již přesahovalo rámec naší analýzy, nicméně jakákoliv dlouhodobá koncepce řešení této situace stárnoucích uživatelů drog a závislých chybí, a s reformou psychiatrie bude její potřeba ještě naléhavější, protože řada těchto lidí je dlouhodobě či opakovaně umístěna na psychiatriích, které budou muset redukovat svoje lůžka.

12.3 Slabá podpora vstupu aktivních i zotavujících se uživatelů drog na trh práce

Současně s bydlením je práce druhým důležitým ukazatelem začlenění jedince do společnosti. Překážek, kterým musí jak aktivní, tak zotavující se uživatelé drog a závislí čelit, je však celá řada a patří k nim záznamy v rejstříku trestů, chybějící kvalifikace, vzdělání, „prázdná místa“ v životopise, také ale někdy samotný vzhled, který naznačuje spojitost s kulturou kolem užívání drog anebo s pobytem ve vězení (například výrazné tetování).

V současné chvíli nabízí chráněné zaměstnání specificky pro uživatele drog centrum Eikón Společnosti Podané ruce. Jedná se o manuální práci, která může v začátcích přinést malý přivýdělek lidem, kteří zatím jinou práci nemají. Není to však práce, která bez dalšího zdroje příjmu stačí na pokrytí základních potřeb. Zároveň nejde o nízkoprahovou práci, zájemce musí splnit zejména podmínku abstinence od drog, některá kritéria vstupu však nejsou zcela zřejmá. Například jeden z členů poradní skupiny se u pohovoru setkal s narážkou na jeho vzhled a následně nepřijetí ho vedlo k přesvědčení, že právě vzhled byl důvodem odmítnutí.

Výraznější systémová či jiná cílená podpora vstupu uživatelů drog na trh práce v Brně neexistuje. Členové poradní skupiny by v tomto ohledu ocenili větší zapojení města – například aby lidem, kteří mají o práci zájem, byla práce „do začátku“ nabídnuta. Zároveň zmiňovali důležitost toho, aby tato podpora v zaměstnání byla úzce propojena s bydlením.

„Jo, když už někdo začne abstinovat, město by mu mělo dát práci. A už je jedno, jestli zametat, nebo cokoli spravovat, (...) třeba městskou zeleň. Ty lidi půjdou cokoli, aby nemuseli jít krást. Je to náplň dne. Když jim do toho poskytnete, nikdo neříká rovnou bydlení, ale třeba slevu na nájem, nějakou slevu. Plus někdo, kdo má třeba hodiny (VPP) za určitých podmínek. Tohle propojení mezi městem.“ (Pavel, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

12.4 Chybějící svépomoc a peer podpora

Svépomoc, resp. vzájemná pomoc je jedním z nejdůležitějších předpokladů úspěšného zotavení (White, Kelly & Roth, 2012). Jedinou nabídkou svépomoci v Brně jsou dvanáctikrokové programy, které mají sice velice propracovaný a funkční systém prověřený dlouholetou zkušeností z celého světa, ale někteří lidé se s tímto systémem neztotožní. V takových případech těžko hledají jiné způsoby, jak se setkávat s lidmi, kteří prošli nebo procházejí stejnou zkušeností.

„Já když jsem měla recidivu, tak to bylo z úzkosti, psychické potíže a tak. A já jsem hledala lidi, s kterými si o tom můžu popovídat. A ne jenom chodit na AAčka, řešit ten alkohol. Ale i něco jináčího, kde to je o všedním životě a problémech. Možná jsem to tu zmiňovala, na internetu jsem našla skupinu Deprese. Já tedy deprese nemám, ale mám úzkosti a občas mám propad, kdy nemůžu, na všechno zanevřu a jsem ráda, že jsem v té skupině, že si s nimi můžu popovídat.“ (Ilona, poradní skupina zotavení)

„Hodně mně pomohli právě kamarádi, kteří se vrátili z léčby, takové jakoby intervence, když za mnou přijeli a někam jsme jeli a najednou jsem zažíval věci, které jsem nezažil sedm let na drogách, třeba jsme jeli někam k vodě, taková obyčejná věc, ale já jsem byl z toho úplně u vytržení.“ (Jan, poradní skupina zotavení)

Za určitou formu vzájemné pomoci můžeme považovat i peer podporu, která se aktuálně rozvíjí v oblasti duševního zdraví ve formě peer konzultantů. Ve službách pro uživatele drog se ale peeri prakticky nevyskytují, resp. pokud ve službách pracuje člověk s vlastní zkušeností se závislostí, tak svou zkušenost nijak aktivně nevyužívá, má roli profesionála a musí splnit veškeré podmínky dané profesionální rolí. Navíc jsou někdy organizacemi kladeny překážky pro vstup peerů do služeb – například požadováním prokázané doby abstinence, pokud se člověk přizná k tomu, že užíval drogy nebo měl problémy se závislostí.

Také u dětí a dospívajících chybí větší podpora vzájemné pomoci. Preventivní programy a jiné intervence jsou cíleny výhradně od dospělých k dětem, není ale podpořena vzájemná podpora dětí a dospívajících mezi sebou.

12.5 Chybějící okamžitá pomoc v krizi

Nemožnost najít okamžitou pomoc v případě krizové situace je průřezové téma, které v Brně není uspokojivě řešeno ani na úrovni zdravotních, ani sociálních služeb. Krizová pomoc specializovaná na užívání drog, závislost a zotavení není dostupná v žádné formě, ani ve formě telefonní linky. Přitom zotavující se uživatelé drog se shodují na tom, že moment krize, kdy se člověk rozhodne vyhledat pomoc, může být naprosto zásadní pro dlouhodobé zotavení.

„To je dílo okamžiku. V tenhle okamžik se rozhodnu přestat. A to je ten okamžik, ktorej už třeba nepříjde. Ta chvílka je strašně důležitá. Ten člověk se rozhodne a je důležitý čapnout tu příležitost za vlasy. Jenže všechno je na strašně moc dlouhý lokte. Máš třeba chuť přestat, ale dozvíš se, že musíš počkat tři týdny...“ (Leoš, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

12.5.1 Neuspokojivě řešená detoxifikace

Situaci v oblasti detoxifikace jsme popisovali výše v kapitole o zdravotní péči, nicméně uvádíme ji i jako průřezový problém, protože detoxifikace nemusí být zajišťována pouze v prostředí nemocnic. Ačkoliv v České republice je nemocniční lůžková péče tradičním a standardním řešením detoxifikace, v zahraničí je podobná péče zajišťována například komunitními zařízeními a lékařská podpora je zajišťována externě. V každém případě je kvalita a dostupnost detoxifikace zásadním problémem pro Brno, na který upozorňují nejen klienti a pracovníci drogových služeb, ale dokonce i personál oddělení, kde se detox aktuálně provádí. Problémy současného poskytování detoxifikace jsou následující:

1. Není možné nastoupit na detox bezprostředně po rozhodnutí vysadit drogu. Tím se ztrácí možnost pracovat s momentem rozhodnutí, který se může brzy vytratit a člověk tak zůstává v neuspokojivé situaci zbytečně dlouho.
2. Existující oddělení poskytující detoxifikaci neposkytují dostatečné bezpečí a podporu. Lidé jsou na pokojích nezřídka ubytováni s lidmi s jinou diagnózou, anebo i se stejnou, ale bez jakékoliv motivace ke změně. Jsou vystaveni rutinním zdravotnickým úkonům, nikdo jim nevěnuje soustředěnou individuální pozornost.
3. O kontinuitu péče se musí postarat člověk sám, v rámci PK FN ani nemůže být přijat, pokud nemá následnou péči v pobytovém zařízení zajištěnou předem. Od personálu navíc zjevně nedostává dostatečné informace o všech možnostech návazné sociální a zdravotní sítě služeb, protože personál o těchto možnostech ani neví.
4. Detoxifikace na obou popsaných odděleních má tak špatnou pověst mezi pracovníky i klienty nízkoprahových zařízení, že mnozí ani nechtějí této služby využít a obracejí se na mimobrněnská zařízení.

12.5.2 Neexistence terénní krizové pomoci

Jak už bylo zmíněno v kapitole o sociálních službách, v Brně funguje prakticky pouze jeden terénní tým specializovaný na užívání drog a závislosti, když nepočítáme dojíždění do věznic. Terénní programy Brno jsou však téměř výhradně zaměřené na základní poradenství a služby harm reduction. Neslouží jako operativní tým schopný reagovat na krizové situace a ani kapacitně nemůže takovou roli plnit. V rámci zdravotních služeb neexistuje žádná specializovaná terénní služba a ambulantní psychiatrii nejsou ochotni vyjíždět do terénu.

„Já když jsem psychiatrovi zavolala, že mi není dobře, já jsem měla někdy takový hrozný stavy, že jsem nemohla vyjít ven, ani za ním, a on mi řekl, tak si zajed'te na krizové centrum.“ (Ilona, poradní skupina zotavení)

Funkci „krizových týmů“, tak jak je můžeme pozorovat v zahraničí, u nás tedy plní rychlá záchranná služba, jejíž jedinou intervencí je v podobných případech převoz do nemocnice. Setkali jsme se však s některými zkušenostmi, že RZ odmítá převoz v těch případech, kdy je daný jedinec pod vlivem drog a v takových případech je přivolána Policie ČR, která zpravidla dopraví jedince na detenční pobyt. Osobní krize se tedy takto stává lehce předmětem systému kontroly, namísto toho, aby se s ní pracovalo v systému pomoci.

12.6 Chybějící zaměření na rodinu a sociální síť

Členové poradní skupiny, kteří si prošli zkušeností života s uživatelem drog / závislým, zmiňovali řadu problémů v dostupnosti vhodné pomoci a podpory. Kromě toho, že se mohli jen stěží dostat k informacím o pomoci pro své blízké, mnohdy ani nevěděli, jakou pomoc mají hledat. Je přitom častým jevem, že se rodinní příslušníci zoufale snaží zajistit pomoc pro blízkého, a přitom si nemusí uvědomovat, že potřebují pomoc oni sami, protože jsou součástí celé situace a tím i součástí celého problému. Účinnou pomocí pro blízkého může být tedy i to, že mu / jí někdo umožní, aby tímto způsobem situaci nahlédl a věděl, že je vhodné říkat si o pomoc pro sebe. Výstižně to popisuje Helena:

Mně přijde hodně zajímavé to, že často pro závislé hledá pomoc někdo z okolí. Ale při hledání pomoci to okolí většinou ustrne ve fázi, že pomoc potřebuje ten druhý. Ale okolí už se u nás nedozví, že pomoc potřebuje i to okolí.“ (Helena, partnerka uživatele drog)

Tuto perspektivu, která staví prakticky na stejnou úroveň potřeby jednotlivce s návykovým chováním a potřeby jeho blízkých, brněnské služby nereflektují. Jsou nastaveny převážně individuálně – nabízí pomoc jednotlivcům, a rodinným příslušníkům pouze okrajově. Nejvíce patrné je to ve zdravotní péči, kde je po vzoru somatické medicíny postaven rodinný příslušník do role přihlízejícího, který může na vyžádání a v omezeném čase konzultovat stav pacienta. Jediná pomoc přímo zaměřená na rodinné příslušníky je skupina AlAnon, tedy nikoliv služba, ale svépomocný dvanáctikrokový program.

12.7 Chybějící účinná pomoc při řešení dluhů

Zadluženost bývá častým faktorem, který nejen komplikuje zotavení, ale někdy znemožňuje samotné zvažování životní změny. Narůstání dluhů může na člověka vytvářet tlak k neustálé snaze po rychlém zbohatnutí a k odsouvání problémů se závislostí a drogami do pozadí. Kvůli dluhům řada lidí nechce nastoupit odvykací léčbu, anebo nechce ani myslet na budoucnost. A pokud člověk chce začít dluhy řešit, často neví jak.

„...já mám dítě, ted' sedmiletý, ale když mu byly asi 2 roky, tak mi přišla exekuce asi na 500 000 Kč, která byla pozastavená, ale jak se pak člověk vrátí do práce, začne zase pracovat, tak je tady. A já jsem nevěděla, kam se mám s těma dluhama obrátit, kam a za kým mám jít, kdo mi pomůže. A já jsem šáhla po té flašce, protože jsem nevěděla, kam jít s těma papírama, kdo by mi pomohl a co s tím mám dělat, nikdo mi to nedokázal říct.“ (Ilona, poradní skupina zotavení)

V Brně přitom existují dluhové poradny, v poradní skupině však opakovaně zaznívala zkušenost, že chybí komplexní pomoc s celou situací kolem dluhů, která vyžaduje nejen poradenství od sociálních pracovníků, ale i zapojení právníků a kontinuální dlouhodobou podporu.

12.8 Stigmatizace uživatelů drog, předsudky a mýty

Stigma je jedním z hlavních faktorů, který se podle členů poradní skupiny podílí na úspěšném začleňování uživatelů drog zpět do společnosti a který přispívá k některým problémům spojeným s drogami. Stigma se přitom netýká pouze uživatelů drog samotných, ale i pracovníků nebo organizací, které s nimi v Brně pracují.

12.8.1 Stigmatizace uživatelů drog a šíření mýtů v obecné společnosti

Opakované zdůrazňování rizik a nebezpečí nelegálních drog a současné zlehčování legálních drog vytváří pokřivený obraz uživatelů nelegálních drog jako obzvlášť zavrženíhodných lidí. Tento fenomén byl v poradních skupinách reflektován a zejména uživatelé nelegálních drog jej vnímali jako nespravedlnost, proti které mohou těžko něco dělat na plošné úrovni.

„A všechna tahle démonizace uživatelů drog, ale to jsme teda všichni, protože chlastáme, jako alkohol chlastáme, kafe. A to, že jsme si vybrali tu špatnou, tak za to ta stigmatizace...“ (Lenka, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Ačkoliv se samotnou takto zaměřenou stigmatizací jde jen obtížně něco dělat, neexistuje však ani protiváha mýtů v podobě cílenějšího zveřejňování vědecky ověřených informací, jako například porovnání nebezpečnosti drog, ze kterých opakovaně vycházejí drogy jako alkohol nebo nikotin na nejvyšších příčkách. Tyto výzkumy se neobjevují ani při preventivních akcích a výuce na školách, v řadě kampaní jsou mýty spíše udržovány.

12.8.2 Stigmatizace uživatelů drog v odborných službách

V kontaktu s různými službami, které se specificky nezaměřují na užívání drog a závislosti, pozorují uživatelé drog, že jim odhalení jejich „statusu“ uživatelů drog spíše přitěžuje. Stigma zde působí jako překážka kontaktování a úspěšné spolupráce, protože uživatelé se mohou jednoduše stydět takovou službu oslovit. Zvlášť závažné jsou přitom zkušenosti ze zdravotních zařízení, o kterých pojednáváme v kapitole o zdravotní péči. Ty mají mnohdy předsudky o injekčních uživatelích, kteří ale paradoxně potřebují často největší zdravotnickou pozornost. David na adresu zdravotnických zařízení říká: *“To, že má někdo ve zdravotnické dokumentaci záznam o léčení, nebo užívání drog by mělo být výhodou, ne naopak. Dnes je to ale naopak. Problém v přístupu nastává ve chvíli, kdy skutečnost užívání vyplyne například z náhledu do karty, zjištění, že má pacient poškozené ruce a žíly, nebo i samotným upozorněním uživatele.*

12.8.3 Stigmatizace pracovníků drogových služeb

Se stigmatem se ale nevyrovnávají pouze uživatelé drog, ale i pracovníci drogových NNO. Jako uživatelé služeb si členové poradní skupiny často všimli nízkého statusu pracovníků nízkoprahových služeb v jednání s úřady a dalšími institucemi, když zastupují klienty (např. OSPOD). Stává se, že na úřadě pracovníce nerespektuje zkušeného pracovníka v oblasti závislostí jenom proto, že je z neziskové organizace.

„Jak je možný, že pracovníci K-Centra nemají žádný respekt při jednání s úřady města, speciálně s OSPOD?...Jak je možný, že sociální pracovník z K-centra, člověk, který tady pracuje 12-13 let, odborník na danou oblast (...), když Vás zastupuje na městě nebo jakýmkoliv úřadě, tak jejich veškeré doporučení, jsou schopní znevažít? (...) Například ambulantní centrum Hilleho mě zastupuje na OSPODě, prostě případová komise. A stejně problém. Jo. Ta paní byla schopná je znevažít. (...) Přijdeš tam s papírem, že tady půl roku chodíš na testy. A OSPOD ti řekne: Podaný ruce? No...nazard (a mávne

rukou). Nemá to žádnou váhu.“ (Inka, v kontaktu s nízkoprahovými drogovými službami, poradní skupina aktivní uživatelé)

Toto téma je propojeno s chybějící informovaností o drogové problematice, a to dokonce i mezi těmi odborníky, kteří se specializují na oblast závislostí. Chybí informace o komplexní síti služeb, ale také o nových trendech v oboru. U respondentů z řad zdravotníků jsme se setkali s prezentováním zastaralých teorií a přístupů. Zdá se však poměrně důležité zaměřit se ve vzdělávání i na pracovníky ostatních zdravotních služeb, a to takovým způsobem, aby u nich došlo ke snížení některých předsudků např. vůči uživatelům drog, a aby jim následně kladli méně překážek v přístupu ke službám a zaujali k nim vstřícnější postoj, minimálně takový, jako k ostatním lidským bytostem.

13. Doporučení

Z analýzy vyplynula celá řada palčivých problémů a mezer v systému péče o uživatele drog a závislé ve městě Brně. Na základě uvedených zjištění a na základě zkušeností ze zahraničí formulujeme několik doporučení, která by měla přispět k celkovému zlepšení situace.

Město by mělo přijmout, srozumitelně deklarovat a v maximální možné míře prosazovat takový postoj k drogové oblasti, který bude postaven na přístupech snižování rizik (harm reduction) a zotavení (recovery) s jasně vyjádřeným závazkem podpořit aktivní participaci a úsilí všech, kterých se oblast drog a závislostí týká, především uživatelů drog a závislých samotných.

- 1) V preambuli nové drogové strategie se Město Brno přihlásí k principům harm reduction, recovery a participace.
- 2) Termín „protidrogová strategie“ bude nahrazen termínem „drogová strategie“, který lépe vystihuje charakter dokumentu.
- 3) Bude zřízen nezávislý koordinační tým, jehož úkolem bude koordinovat implementaci strategie a dbát na rovnoměrné zapojení jednotlivých aktérů a pravidelný a smysluplný monitoring různých aspektů situace v oblasti návykových látek a závislostí.
- 4) S pomocí incentív bude podpořen vznik poradních skupin z řad aktivních i bývalých uživatelů drog, hráčů a jejich blízkých, nebo zástupců nočního života, včetně provozovatelů vybraných klubů a jejich návštěvníků.
- 5) Bude vytvořena platforma (webová, tištěná), která bude komunikovat záměry a principy strategie brněnské veřejnosti a zároveň jí umožní orientovat se v nabídce pomoci při problémech s drogami a závislostmi.

Dále doporučujeme, aby město v široké míře podpořilo a facilitovalo proces sbližování a sjednocování aktérů, kterých se drogová strategie dotkne, např. podněcováním vzájemné informovanosti a interakce skrze např. společné workshopy, společná školení, stáže, kulaté stoly a síťovací setkání. Doporučujeme využít již existující pracovní skupiny a platformy a v rámci nich se zaměřit zejména na následující vztahy:

- 1) Zdravotní a sociální služby
- 2) Školství, sociálně-právní ochrana dětí a drogové služby
- 3) Nízkoprahové služby a primární zdravotní péče + lékárny
- 4) Aktivní / zotavující se uživatelé drog a zástupci specializovaných i nesespecializovaných služeb
- 5) Dvanáctikrokové skupiny a profesionální služby zaměřené na zotavení a léčbu závislosti
- 6) Tvůrci drogových strategií a politik a problémoví i rekreační uživatelé drog

Výsledkem tohoto procesu sbližování a sjednocování by měly být nejen nově vzniklé vztahy a spolupráce, ale také:

- a) strategie pro zvýšení dostupnosti běžné zdravotní péče uživatelům drog
- b) společné postupy ve složitých případech, kdy např. užívání drog vážně ohrožuje členy rodiny nebo místní komunity
- c) způsoby případové koordinace v situacích, kdy jsou problémy s užíváním drog a závislostí kombinovány s dalšími komplikacemi, např. duševním onemocněním, zdravotním postižením, zadlužeností, bezdomovectvím apod.
- d) způsoby podpory vzájemné pomoci a zapojení peerů z řad uživatelů drog nebo členů stejné (věkové či jiné) skupiny

Doporučujeme, aby byl z úrovně města Brna podpořen proces zlepšování dostupnosti bydlení jak pro aktivní uživatele drog, tak pro zotavující se uživatele drog a závislé, a to těmito způsoby:

- 1) Podpora projektů zaměřených na nízkoprahové sociální bydlení pro aktivní i zotavující se uživatele drog
- 2) Vypracování koncepce řešení bydlení u stárnoucích uživatelů drog a závislých, kteří jsou odmítáni a vylučováni z běžných zařízení sociální péče

Doporučujeme, aby město všemi dostupnými prostředky usnadnilo vznik nových způsobů pomoci, které v Brně na základě zjištění citelně chybí. Jsou to zejména:

- 1) Specializovaný zdravotně-sociální terénní komunitní tým (případně kombinace ambulantní a terénní formy), který bude plnit jak funkci „krizového týmu“, tak i „týmu včasné intervence“ (specializace na děti a mládež) pro oblast drog a závislosti.
- 2) Pobytové zařízení kombinující zdravotní a sociální pomoc, schopné flexibilně nabídnout různé způsoby detoxifikace a následné podpory při zotavení. Toto zařízení by mělo být úzce propojeno s výše zmíněným komunitním týmem.
- 3) Denní centrum ve vyloučené lokalitě.

Doporučujeme, aby město podpořilo v rámci nízkoprahových programů následující aktivity:

- 4) Poradenství pro těhotné uživatelky drog a jejich doprovázení specializovanou porodní asistentkou.
- 5) Závazná pravidla pro bezpečný noční život (např. pitná voda v klubech zdarma, dostupnost informací o rizicích užívání alkoholu, drog a hazardního hraní a odkazy na systém péče).
- 6) Zvýšená dostupnost výměny jehel v době mimo zajištění terénními programy.
- 7) Propojení nízkoprahových služeb se službami zajišťujícími bydlení.

Doporučujeme, aby město v oblasti gamblingu:

- 1) Zakotvilo regulaci gamblingu do své budoucí drogové strategie, aby omezení hráčských příležitostí vycházelo nejen z politického, ale i odborného konsensu.
- 2) Propojilo městskou a krajskou drogovou strategii v oblasti regulace gamblingu a tím tak reagovalo na vznikání velkých heren na okrajích měst.
- 3) Zajistilo prostor pro informování o dopadech problémového hráčství a souvisejících možnostech pomoci (např. v DPMB).
- 4) Zaměřilo se v budoucnu nejen na možnosti regulace EHZ, ale i současných problematických forem kurzového sázení, např. formou regulace reklamy ve městě.

Doporučujeme, aby se město přihlásilo k principům programu bezpečnějšího nočního života definovaném v jiných zahraničních městech (Hard and Smart, nebo Safer party), a v souvislosti s tím:

- 1) Podporovalo kulturní rozvoj klubů s alternativní programem, který je nyní odkázán na finance především z prodeje alkoholu.
- 2) Podmínilo podporu klubům jejich závazkem k naplňování principů bezpečnějšího nočního života.
- 3) Zavedlo kvantitativní testování na psychoaktivní látky a zabezpečilo tak prevenci v oblasti nových syntetických substancí, ale i tradičních party drog.

Doporučujeme, aby město zajistilo pravidelný monitoring a výzkum situace v oblasti užívání drog, gamblingu a závislosti. Především v těchto oblastech:

- 1) Sledování předem stanovených kritérií úspěšnosti implementace drogové strategie
- 2) Rutinní monitoring trendů v oblasti užívání drog a závislosti a sítě pomoci
- 3) Seroprevalenční studii a odhad problémového užívání drog pomocí metody RDS
- 4) Užívání drog u dětí, zejména v sociálně vyloučené lokalitě: výzkumně podpořit smysluplné iniciativy zajišťující síť pomoci dětem a rodinám potýkajícím se s problémy s drogami a závislostmi.

14. Literatura

Běláčková, V., Janíková, B., Tomková, A., Vacek, J., Zábranský, T., Mravečík, V., Csémy, L. 2016. The Use of NSDs among Problem Drug Users – Prevalence, Patterns of Use, and Related Risks as a Challenge for Harm Reduction Programmes in the Czech Republic. *Adiktologie*, 16(2), 106–119.

Brnění. 2013. Hazard ve vaší obci lze konečně regulovat. Příručka pro obecní samosprávy. Brnění, o.s.

Connolly, M. (2006). Up front and personal: Confronting dynamics in the family group conference. *Family process*, 45(3), 345-357.

Čermák, R. 2014. Výskyt vybraných sociálně patologických jevů ve vzorku středoškolské mládeže. Diplomová práce Pdf MU.

ČERNÝ, J. & SZOTÁKOVÁ, M. 2015. Analýza drogové scény v Ostravě. Závěrečná zpráva. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta sociálních studií

Český statistický úřad. 2016. Cestovní ruch v Jihomoravském kraji v roce 2015. Krajská správa ČSÚ v Brně.

Český statistický úřad. 2016. Cizinci v Jihomoravském kraji. Krajská správa ČSÚ v Brně.

Český statistický úřad. 2016. Ekonomická aktivita obyvatel v Jihomoravském kraji. Krajská správa ČSÚ v Brně.

Český statistický úřad. 2016. Obyvatelstvo v okrese Brno-město. Krajská správa ČSÚ v Brně.

Cheney, A. M., Booth, B. M., Borders, T. F., & Curran, G. M. (2016). The role of social capital in African Americans' attempts to reduce and quit cocaine use. *Substance use & misuse*, 51(6), 777-787.

Chomynová, P., Csémy, L., Grolmusová, L., Sadílek, P. 2014. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) Výsledky průzkumu v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky.

Chomynová, P., Csémy, L., Mravčík, V. 2016. Evropská školní studie o alkoholu a drogách (ESPAD) 2015. Zaostřeno na drogy 5/2016. Praha: Úřad vlády České republiky.

Day, E., Copello, A., Karia, M., Roche, J., Grewal, P., George, S., Chohan, G. (2013). Social network support for individuals receiving opiate substitution treatment and its association with treatment progress. *European addiction research*, 19(4), 211-221.

EMCDDA. 2013. European Drug Report 2013: Trends and developments. Lisbon: EMCDDA.

EMCDDA. Nedatováno. The EMCDDA's five key epidemiological indicators. Online. Lisbon: EMCDDA. [<http://www.emcdda.europa.eu/activities/key-indicators>]

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2015), Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Fletcher, A., Calafat, A., Pirona, A., & Olszewski, D. 2010. Young people, recreational drug use and harm reduction. P. 357-378 in Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA.

Griffin, K. W., & Botvin, G. J. 2010. Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 19(3), 505-526.

Jennison, K. M. 2004. The short-term effects and unintended long-term consequences of binge drinking in college: a 10-year follow-up study. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 30(3), 659-684.

Khoury, L., Tang, Y. L., Bradley, B., Cubells, J. F., & Ressler, K. J. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and anxiety*, 27(12), 1077-1086.

Kontakní centrum Brno, Společnost Podané ruce. 2013. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2012, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Kontakní centrum Brno, Společnost Podané ruce. 2014. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2013, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Kontakní centrum Brno, Společnost Podané ruce. 2015. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2014, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Kontakní centrum Brno, Společnost Podané ruce. 2016. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2015, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

KRAJSKÝ ÚŘAD JMK (2011). Strategie protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2010-2018. Brno: Krajský úřad Jihomoravského kraje, odbor školství, oddělení prevence a volnočasových aktivit.

KRAJSKÝ ÚŘAD JMK (2013). Krátkodobý realizační plán protidrogové politiky Jihomoravského kraje na období 2013-2015. Brno: Krajský úřad Jihomoravského kraje, odbor školství, oddělení prevence a volnočasových aktivit.

KRAJSKÝ ÚŘAD JMK (2013). Výroční zpráva protidrogové politiky Jihomoravského kraje za rok 2012. Brno: Krajský úřad Jihomoravského kraje, odbor školství, oddělení prevence a volnočasových aktivit.

KRAJSKÝ ÚŘAD JMK (2014). Výroční zpráva protidrogové politiky Jihomoravského kraje za rok 2013. Brno: Krajský úřad Jihomoravského kraje, odbor školství, oddělení prevence a volnočasových aktivit.

KRAJSKÝ ÚŘAD JMK (2015). Výroční zpráva protidrogové politiky Jihomoravského kraje za rok 2014. Brno: Krajský úřad Jihomoravského kraje, odbor školství, oddělení prevence a volnočasových aktivit.

KRAJSKÝ ÚŘAD JMK (2016). Výroční zpráva protidrogové politiky Jihomoravského kraje za rok 2015. Brno: Krajský úřad Jihomoravského kraje, odbor školství, oddělení prevence a volnočasových aktivit.

KRAJSKÝ ÚŘAD JMK (2016). Výroční zpráva protidrogové politiky Jihomoravského kraje za rok 2015. Brno: Krajský úřad Jihomoravského kraje, odbor školství, oddělení prevence a volnočasových aktivit.

Lai, H. M. X., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: a systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 154, 1-13.

Lindovská, E. (2016) Situační analýza výkladů reality bezdomovectví a vyloučení z bydlení v přístupech podporovaného bydlení a jejich implikace pro sociální práci. Disertační práce, Ostrava: FSS OU, 2016.

MacDonald, R., & Marsh, J. (2002). Crossing the Rubicon: Youth transitions, poverty, drugs and social exclusion. *International journal of drug policy*, 13(1), 27-38.

MAGISTRÁT MĚSTA BRNA (2011). Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011-2014. Brno: Magistrát města Brna.

Magistrát města Brna (2016). Strategický plán sociálního začleňování města Brna pro období 2016 – 2019.

March, J. C., Oviedo-Joekes, E., & Romero, M. (2005). Drugs and social exclusion in ten European cities. *European addiction research*, 12(1), 33-41

Medková, P. 2014. Komparace učňovské školy a gymnázia ve vztahu ke konzumaci drog žáky a studenty. Bakalářská práce. Pdf MU.

Meyer, G., Hayer, T., & Griffiths, M. (Eds.). 2009. Problem gambling in Europe: Challenges, prevention, and interventions (Vol. 3). Springer Science & Business Media.

Ministerstvo vnitra ČR. (2007). Souhrnná zpráva o zneužívání drog mezi příslušníky národnostních a etnických menšin. Ministerstvo vnitra, Praha

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (2014). Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY (2015). Akční plán č. 4c K omezení škod působených alkoholem v České republice pro období 2015 - 2018. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

Miovský, M. (Ed.). 2013. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: Univerzita Karlova.

Mlčochová, J. 2016. Řešení problematiky lidí bez domova ve městě Brně. Diplomová práce. ESF MU.

Moore, K., Dargan, P. I., Wood, D. M., & Measham, F. (2013). Do novel psychoactive substances displace established club drugs, supplement them or act as drugs of initiation? The relationship between mephedrone, ecstasy and cocaine. *European addiction research*, 19(5), 276-282.

MPSV (2017). Vyhodnocení průzkumu řešení bezdomovectví v obcích s rozšířenou působností. Staženo 27.1.2017

z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/24488/Vyhodnoceni_pruzkumu_reseni_bezdomovectvi_v_obcich_s_rozsirenou_pusobnosti.pdf

Mravčík et al. (2014). Hazardní hraní v České republice a jeho dopady. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík et al. (2016a). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík et al. (2016b). Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2015. Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Černý, J., Roznerová, T., Licehammerová, Š., Tion Leštinová, Z. (2015). Charakteristiky léčených problémových hráčů v ČR: průřezová dotazníková studie. *Adiktologie*, 15(4), 322–333.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, I., Nechanská, B., Sopko, B., Vlach, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J., Malinová, H. 2015. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 - Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., kiššová, I., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Jurystová, I., Vopravil, J. 2016. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015 [Annual Report on Drug Situation 2015 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Roznerová, T., Drbohlavová, B., Černý, J., Tion Leštinová, Z. (2015). Prevalence problémového hráčství v České republice. *Adiktologie*, 15(4), 310–319.

Mravčík, V., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Drbohlavová, B., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Vlach, T. 2016. Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2015. Mravčík, V. (ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Vlach, T., Škařupová, K. 2015. Identifikace problémového hráčství a intervence pro prevenci a redukci problémového hráčství na straně provozovatelů hazardních her. Ministerstvo financí ČR, odbor 34 – Státní dozor nad sázkovými hrami a loteriemi (nepublikováno).

Nabben, T., Benschop, A., Korf, D.J. 2014. *Antenne 2013: Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti & PPM Factum Research. 2016. Prevalence užívání drog v populaci ČR v roce 2015. Nepublikováno.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti a Agentura pro sociální začleňování (2015). <http://www.drogy-info.cz/drogoval-situace-2014/socialni-souvislosti-uzivani-drog-a-resocializace-uzivatelu-drog-2014/uzivani-drog-v-socialne-znevychodnenych-skupinach-a-lokalitach-2014/uzivani-drog-v-socialne-vyloucenych-lokalitach-2014/>

Národní monitorovací středisko pro drogy. 2017. Sčítání adiktologických služeb 2009 a 2012. Nepublikováno.

Národní protidrogová centrála & Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. 2016. Retrospektivní odhad rozsahu finančně motivované sekundární drogové kriminality v r. 2011. Nepublikováno.

Národní protidrogová centrála & Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. 2016. Retrospektivní odhad rozsahu finančně motivované sekundární drogové kriminality v r. 2013. Nepublikováno.

Národní protidrogová centrála & Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. 2016. Retrospektivní odhad rozsahu finančně motivované sekundární drogové kriminality v r. 2015. Nepublikováno.

Neale, J. (2008). Homelessness, drug use and hepatitis C: a complex problem explored within the context of social exclusion. *International Journal of Drug Policy*, 19(6), 429-435.

Nechanská, B. 2016. Data NRLUD pro Brno-město. ÚZIS. Nepublikováno.

Nepustil, P., Larisch, J. & Černý, J. 2014. Několik výhrad ke koncepci adiktologických služeb. *Adiktologie*, 14 (3), 329-331

Nerud et al. (2016). Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace. Metodické doporučení. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nerud et al. (2016). Realizace protidrogové politiky v krajích a obcích a její koordinace. Metodické doporučení. Praha: Úřad vlády České republiky.

Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). The Normalization of 'Sensible' Recreational Drug Use Further Evidence from the North West England Longitudinal Study. *Sociology*, 36(4), 941-964.

Platforma pro sociální bydlení (2016). Předběžné výsledky průzkumu v rámci tzv. registračního týdne. Nepublikováno

Pochylá, S. (2016). Možnosti a limity péče o těhotné ženy s drogovou závislostí. BAKALÁŘSKÁ PRÁCE. Brno, Lékařská fakulta MU, Katedra porodní asistence. Vedoucí: Radka Wilhelmová.

Rovňáková, J. 2013. Studentský (noční) život v Brně – společenská a kulturní specifika. Bakalářská práce. ESF MU.

Roznerová, T., Mravčík, V. (2015). Hazardní hráčství a jeho dopady – kvalitativní výzkum patologických hráčů. *Adiktologie*, 15(4), 334–341.

SocioFactor, s. r. o. (2010). Metodika výzkumu užívání návykových látek mezi mládeží v sociální vyloučených lokalitách – pilotní ověření. Ostrava: SocioFactor, s. r. o

Sovinová, H., & Csémy, L. 2014. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2013. Státní zdravotní ústav, Praha.

Speck, R. V., & Attneave, C. L. (1973). *Family networks*. Pantheon.

Szalavitz, M. (2015). Genetics: No more addictive personality. *Nature*, 522(7557), S48-S49.

Šedá, K. 2016. Brno. Průvodce brněnským Bronxem. Vlastní náklad.

Šerák, S. 2013. Užívání návykových látek jako významná sociální patologie na středním odborném učilišti. Diplomová práce PdF MU.

Šimíková, P. 2015. Geografická analýza hazardu v Brně. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci.

Šťastná, L., Adámková, T., Chomynová, P. (2010). Užívání drog v národnostních menšinách v ČR. Adiktologie, (10)1, 36–44

Terapeutické centrum Brno, Společnost Podané ruce. 2014. DPS Elysium – Program ambulantní léčby pro hazardní hráče. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2013, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Terapeutické centrum Brno, Společnost Podané ruce. 2015. DPS Elysium – Program ambulantní léčby pro hazardní hráče. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2014, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Terapeutické centrum Brno, Společnost Podané ruce. 2016. DPS Elysium – Program ambulantní léčby pro hazardní hráče. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2015, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Terénní program Brno, Společnost Podané ruce. 2013. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2012, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Terénní program Brno, Společnost Podané ruce. 2014. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2013, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Terénní program Brno, Společnost Podané ruce. 2015. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2014, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Terénní program Brno, Společnost Podané ruce. 2016. Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2015, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Unicef. (1989). Convention on the Rights of the Child.

ÚŘAD VLÁDY ČR (2011). Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018. Praha: Úřad vlády České republiky.

ÚŘAD VLÁDY ČR (2014). Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 (1. revize schválena usnesením vlády č. 1060 ze dne 15.12.2014). Praha: Úřad vlády České republiky.

ÚŘAD VLÁDY ČR (2015). Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2015 až 2018 pro oblast hazardního hraní. Praha: Úřad vlády České republiky.

ÚŘAD VLÁDY ČR (2016a). Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 (2. revize schválena usnesením vlády č. 54 ze dne 25. ledna 2016.). Praha: Úřad vlády České republiky.

ÚŘAD VLÁDY ČR (2016b). Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2016 až 2018 v oblasti nelegálních návykových látek. Praha: Úřad vlády České republiky.

US Department of Health and Human Services. (2008). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The NSDUH Report: Substance Use and Dependence Following Initiation of Alcohol or Illicit Drug Use.

ÚZIS. 2011. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace EHIS CR (dříve HIS CR). Online. [<http://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-ceske-populace-ehis-cr-drive-his-cr>]

ÚZIS. 2016. EHIS 2014 - Základní výsledky šetření. Online. [<http://www.uzis.cz/ehis/hlavni-vysledky>]

Vazsonyi, A. T., Ksinan Jiskrová, G., Ksinan, A. J. & Blatný, M. 2016. An empirical test of self-control theory in Roma adolescents. *Journal of Criminal Justice*, 44, 66-76.

Veselý, O. 2013. Reakce drogových uživatelů ve městě Brně na fenomén Designer Drugs. Diplomová práce PdF MU.

White, W. L., Kelly, J. F., & Roth, J. D. (2012). New addiction-recovery support institutions: Mobilizing support beyond professional addiction treatment and recovery mutual aid. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 7(2-4), 297-317.

Williams, R. J. Et al. (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.

Williams, R. J. Et al. (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.

Zítková, Z. 2015. Prevence konzumace alkoholu u žáků středních škol v Brně. Diplomová práce PdF MU.

Poděkování

Dokument Analýza drogové situace v Brně a doporučení pro městskou drogovou politiku vznikl díky zodpovědnému a otevřenému přístupu Magistrátu města Brna, který umožnil její vypracování a zároveň projevil ochotu implementovat funkční opatření a zasadit se o racionální řešení problematiky závislostí ve městě. Zvláštní poděkování pak patří náměstkovi primátora města Brna Bc. Matěji Hollanovi za iniciování celého projektu a důvěru v systematicky sbíraná data a informace.

Pro vznik dokumentu byla klíčová spolupráce s mnohými aktéry a institucemi. Bez jejich vhledu, zkušeností a času, který věnovali našim datům a všetečným dotazům, bychom nemohli popsat situaci ve městě v takové šířce ani hloubce, v jaké – jak doufáme – ji předkládáme. Poděkovat bychom proto chtěli:

- Koordinačnímu centru prevence, Odboru sociální péče – vedoucí koordinačního centra Mgr. Lence Štěpánkové a protidrogové koordinátorce Mgr. Veronice Fiedlerové za spolupráci při zpracovávání analýzy, kontaktování jednotlivých aktérů v rámci sítě poskytovatelů a otevřenost vůči inovativním a pragmatickým přístupům;
- Účastníkům poradních skupin z řad aktivních i zotavujících se uživatelů drog a jejich blízkých. Jejich podnětům bylo velmi podnětné naslouchat. Jejich hlasy by se do budoucna měly stát jedním ze základních pilířů při formulaci opatření v oblasti drogové politiky;
- Účastníkům ohniskových skupin z řad zotavujících se hráčů sázkových her s přáním hodně sil v léčebném procesu;
- Informátorům z prostředí nočního života, kteří jsou jak svědky, tak tvůrci scény rekreačních uživatelů drog. Děkujeme především za důvěru.
- Lidem navštěvujícím komunitní centrum Drom a spolupracovníkům této organizace, kteří nám poddhalili vnímání drogového problému mezi obyvateli sociálně vyloučené lokality v Brně;
- Pracovníkům OSPOD v jednotlivých městských částech, a především pak pracovnícím MČ Brno-střed a Brno-sever za ochotu o situaci ve svých obvodech poskytnout několik rozhovorů a důležitých materiálů;
- Společnosti Podané ruce za pomoc při vyjednání realizace této analýzy, za podporu při sběru dat. Speciálně pak Poradenskému centru Pasáž za poskytnutí prostorů pro realizaci poradních skupin aktivních uživatelů, Terénním programům Brno za možnost dvoudenní stáže v jejich programu a poskytnutá data, Kontaktnímu centru za pomoc při shánění účastníků participativních skupin a za poskytnutá data, Terapeutickému centru Bratislavská za poskytnutý rozhovor a Terapeutickému centru Elysium za zprostředkování rozhovorů s pracovníky a jejich klienty z řad hazardních hráčů a za poskytnutá data;
- Metodikům školní prevence a učitelům základních a středních škol, za ochotu vyplnit dlouhý a podrobný dotazník a PhDr. Marii Klusoňové, vedoucí pedagogicko-organizačního oddělení OŠMT MMB a Mgr. Tereze Barnatové, Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti, za zprostředkování kontaktu a pomoc s distribucí dotazníku;
- Pracovníkům Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti za poskytnutá data a datové soubory, především pak Mgr. Pavle Chomynové, Mgr. Kateřině Grohmannové a Mgr. Barbaře Janíkové za nekonečnou trpělivost a dolování dat;
- Ing. Blance Nechanské Ústavu zdravotnických informací a statistiky za trpělivost a ochotu lovit z databází;
- Kateřině Šedé za nezatížený vhled do problematiky drog v sociálně vyloučené lokalitě optikou sociální výtvarnice;
- Personálu a vedení Psychiatrické kliniky FN Brno a Psychiatrické nemocnice Brno za umožnění výzkumné stáže;
- Týmu Nízkoprahového zařízení pro děti a mládež, klubu Likusák, Ratolest za umožnění výzkumné stáže;

- Pracovní skupině JMK vytvářející systém péče o děti a mladistvé užívající drogy, jmenovitě Mgr. Martině Brtnické, Mgr. Lukáši Cahovi a MUDr. Kamilu Janhubovi za otevřenost a přizvání k jednání o budoucí podobě systému péče.

Dále bychom chtěli poděkovat jednotlivým organizacím, institucím a především otevřeným jednotlivcům v nich, kteří byli ochotni se s námi sejít nebo poskytnout informace o některých aspektech své práce nebo problematice drog a závislostí z jejich perspektivy: PMS Brno, Teen Challenge Brno, Drom, IQ Roma Servis, Lotos – Doléčovací centrum, ÚPLZ A Kluby Brno, z.ú, Porodnici Obilní trh - FN Brno, Anonymním alkoholikům Brno, Policii ČR, Centru sociálních služeb, a dalším...

Příloha 1 – dotazník školy

LimeSurvey - DOTAZNÍK PRO ZÁKLADNÍ A STŘEDNÍ ...

<http://www.urbandevelopment.cz/research/index.php/admin/pr...>

DOTAZNÍK PRO ZÁKLADNÍ A STŘEDNÍ ŠKOLY - STRATEGIE PRO BRNO

Dotazník pro školy je součástí širšího projektu, jehož zadavatelem je Magistrát města Brna a na jehož konci by měla vzniknout městská drogová strategie. Jde nám tedy o to, co nejpodrobněji zmapovat oblast užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog a dalších závislostí (např. gamblingu), aby bylo možné definovat priority a metody příští městské drogové strategie. Do formulování otázek i hledání odpovědí se snažíme zapojit všechny zúčastněné aktéry. Analýza by měla zohlednit i poptávku po různých typech služeb, případně kapacitu existujících programů. Výzkum na školách slouží jako zdroj dat pro zkoumání situace v populaci dětí a mladých dospělých.

Dotazník by za školu měl/a vyplnit ideálně školní metodik/metodička prevence, případně školní psycholog/psycholožka. Sběr dat bude probíhat ve dnech 23. května 2016 - 30. června 2016.

Data, která nám poskytnete, budou důvěrná s ohledem na konkrétní školu i osobu, která dotazník vyplnil/a. Zveřejníme především agregovaná data, nikoliv údaje o jednotlivých školách. Prosíme proto o otevřenost a pravdivé informace.

Průzkum obsahuje 31 otázek.

Identifikační údaje

[] Informace o škole	
Prosím napište své odpovědi zde:	
Název školy	<input type="text"/>
Adresa školy	<input type="text"/>

[] Vyberte, prosím, městskou část, ve které se škola nachází.Prosím zvolte **pouze jednu** z následujících možností:

- Bohunice
- Bosonohy
- Bystrc
- Černovice
- Chřice
- Ivanovice
- Jehnice
- Jih
- Jundrov
- Kníničky
- Kohoutovice
- Komín
- Královo Pole
- Líšeň
- Maloměřice a Obřany
- Medlánky
- Nový Lískovec
- Ořešín
- Řečkovice a Mokrá Hora
- Sever
- Slatina
- Starý Lískovec
- Střed
- Tuřany
- Útěchov
- Vinohrady
- Žabovřesky
- Žebětín
- Židenice

[] Typ školyProsím zvolte **vše**, co je relevantní:

- Základní škola
- Střední odborné učiliště
- Střední odborná škola
- Gymnázium
- Praktická škola
- Speciální škola
- Jiný (prosím, vypište):

[] Kolik žáků/studentů celkem studuje na vaší škole?

Prosím napište svou odpověď zde:

[](Pouze pro ZŠ) Kolik z nich studuje na druhém stupni?

Prosím napište svou odpověď zde:

[]**Nyní několik údajů o Vás, osobě, která dotazník vyplnila:****Prosíme, vyberte všechny pozice, které ve škole zastáváte.**

Prosím zvolte vše, co je relevantní:

- Školní metodik/metodička prevence
 Školní psycholog/psycholožka
 Výchovný poradce/výchovná poradkyně
 Ředitel/ka
 Zástupce/zástupkyně ředitele/ředitelky
 Třídní učitel/ka
 Jiné (prosím, vyplňte):

[]Pohlaví:Prosím zvolte **pouze jednu** z následujících možností:

- Žena
 Muž

[]Kolik je vám let?

Prosím napište svou odpověď zde:

[]Jak dlouho působíte na škole, za niž vyplňujete dotazník?Prosím zvolte **pouze jednu** z následujících možností:

- 0-2 roky
 3-10 let
 11-18 let
 19-26 let
 27 a více let

[]Jak dlouhá je vaše pedagogická praxe (kolik let celkem působíte ve školství)?Prosím zvolte **pouze jednu** z následujících možností:

- 0-2 roky
 3-10 let
 11-18 let
 19-26 let
 27 a více let

Posouzení situace

[]Zamyslete se, prosím, nad následujícími jevy a zkuste odhadnout na škále od 0 % do 100 %, jak velkého podílu žáků/studentů vaší školy se týkají. Myšlí lze ukazatel libovolně posunout, nejmenší jednotkou je 0,5 %.

Prosím napište své odpovědi zde:

Občasné kouření cigaret a jiných tabákových produktů	<input type="text"/>
Denní či téměř denní kouření cigaret (a jiných tabákových výrobků)	<input type="text"/>
Občasná konzumace alkoholu	<input type="text"/>
Příchody do školy pod vlivem alkoholu	<input type="text"/>
Častá a nadměrná konzumace alkoholu (opilost), i mimo školu	<input type="text"/>
Užívání konopných drog (marihuana, hašiš)	<input type="text"/>
Užívání jiných nelegálních drog	<input type="text"/>
Užívání těkavých látek	<input type="text"/>
Injekční užívání drog	<input type="text"/>
Gambling/patologické hráčství	<input type="text"/>
Nadměrné používání internetu (sociální sítě, online hry)	<input type="text"/>

[]Nyní by nás zajímalo, s kolika konkrétními případy jste se během uplynulých dvou školních let 2014/15 a 2015/16 setkal/a? Máme na mysli potvrzené případy daného jevu případně případy, jejichž řešení jste se účastnil/a. Uveďte, prosím, všechny jednotlivce, na které si vzpomínáte. Osoby, jichž se týká vícero jevů, započítejte, prosím, ke každému jevu zvlášť. Pokud si na žádné případy v daném období nevzpomínáte, nemusíte vyplňovat nic.

	Školní rok 2014/15	Školní rok 2015/16
Občasné kouření cigaret a jiných tabákových produktů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denní či téměř denní kouření cigaret (a jiných tabákových výrobků)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Občasná konzumace alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Příchody do školy pod vlivem alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Častá a nadměrná konzumace alkoholu (opilost), i mimo školu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užívání konopných drog (marihuana, hašiš)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užívání jiných než konopných nelegálních drog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užívání metamfetaminu/pervitinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užívání halucinogenních drog (LSD, houby lysohlávký)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užívání extáze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užívání opiátů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užívání těkavých látek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injekční užívání drog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gambling/patologické hráčství	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nadměrné používání internetu (sociální sítě, online hry)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[] Kolik studentů školy vyhledalo ve školním roce 2014/15 resp. 2015/16 odbornou pomoc mimo školu v souvislosti s užíváním drog a/nebo závislostí?

Školní rok 2014/15 Školní rok 2015/16

Počet žáků/studentů

[] Kolik žáků/studentů školy v současnosti užívá drogy způsobem, který již přesáhl hranice experimentování, a kteří by podle vašeho názoru potřebovali odbornou pomoc, ale zatím ji nedostávají?

Prosím napište svou odpověď zde:

[] S kolika případy prodeje či distribuce nelegálních drog mezi žáky či studenty školy jste se setkal/a během posledních dvou školních let (14/15 a 15/16)? Pokud jste se s žádným případem v daném roce nesetkal/a, uveďte, prosím, nulu.

Prosím napište své odpovědi zde:

Školní rok 2014/15

Školní rok 2015/16

[]

Pokud uvážíte míru užívání návykových látek, řekl/a byste, že je ve srovnání s obdobnými školami v Brně tento problém ve vaší škole:

Prosím zvolte **pouze jednu** z následujících možností:

- rozhodně menší
- spíše menší
- na stejné úrovni
- spíše větší
- rozhodně větší
- nedokážu posoudit

[] Co v oblasti drog a závislostí považujete za největší problém v okolí školy? (Prosím, vyberte všechno, co platí.)

Prosím zvolte **vše**, co je relevantní:

- Blízkost a dostupnost kasin, heren a výherních automatů
- Snadnou dostupnost alkoholu
- Snadnou dostupnost drog
- V okolí školy se ve zvýšené míře užívají drogy

Jiné (prosím, vypište):

[] Lze ve školní kantýně, školním bufetu, případně v automatu umístěném ve škole koupit následující?

Prosím zvolte vhodnou odpověď pro každou z položek:

	Ano, ale zákaz prodeje osobám mladším 18 let se přísně dodržuje	Ano, ale občas se ze zákazu prodeje osobám mladším 18 let udělá výjimka	Ne, není na území školy vůbec k dispozici
Alkoholické pivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Víno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pálenky a destiláty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cigarety	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jiné tabákové výrobky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Loterie nebo losy a sázenky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hrací automaty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dýmky nebo jiné kuřácké potřeby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Je v prostorách školy k dispozici kuřárna?Prosím zvolte **pouze jednu** z následujících možností:

- Ano, vstup do kuřárny není nijak omezen
- Ano, ale je přístupná pouze pro personál a žáky/studenty starší 18 let
- Ano, ale je přístupná pouze pro personál školy
- Ne, ale kouřit se smí na školním pozemku mimo budovu
- Ne, ve všech prostorách školy včetně venkovních platí zákaz kouření

[]

Do jaké míry souhlasíte s následujícími výroky týkajícími se dětí? Prosím vyjádřete svůj souhlas s každým výrokem na pětibodové škále od 1 do 5, kde 1 znamená, že s výrokem „zcela nesouhlasím“, 5 „zcela souhlasím“. Tedy čím více bodů, tím větší souhlas.

Podle vašich zkušeností na vaší škole, děti dnes ve srovnání s dětmi stejného věku před 5 až 10 lety:

Prosím zvolte vhodnou odpověď pro každou z položek:

	1 - zcela nesouhlasím	2	3	4	5 - zcela souhlasím
Jsou mnohem zodpovědnější ke svému zdraví než dříve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsou mnohem zodpovědnější ke svému životu vůbec.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Více se starají jeden o druhého.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Více se starají o svou budoucnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V nižší míře užívají alkohol.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V nižší míře kouří tabákové výrobky.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mají v nižší míře problémy s užíváním marihuany.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mají v nižší míře problémy s užíváním jiných drog.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Žijí v sociálních sítích na internetu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nemají čas na alkohol, tabák a drogy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Děti dospívají později.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rizikové chování se u dětí posouvá do vyššího věku.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rodiče více pečují o zdraví dětí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rodičům více leží na srdci jejich budoucnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]Moje odpovědi na předchozí otázku se týkají (zejména) dětí ve věku:

Prosím napište své odpovědi zde:

od:

do:

Dostupné zdroje a řešení & nedostatky a potřeby

[] Jakým způsobem se škola věnuje protidrogové prevenci?

Prosím zvolte vhodnou odpověď pro každou z položek:

	Ano, věnujeme se	Ne, ale chtěli/potřebovali bychom	Ne, ani není potřeba	Nevím / nedokážu posoudit
přednášky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
exkurze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
praktický nácvik sociálních dovedností	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
komplexní a dlouhodobé preventivní projekty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
případová práce s individuálními žáky/studenty zaměřená na řešení už existujícího problému	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
testy na drogy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[] Kolikrát jste ve školním roce 14/15, resp. 15/16 použili test na drogy / alkohol?

Prosím zvolte vhodnou odpověď pro každou z položek:

	Školní rok 2014/15						Školní rok 2015/16					
	ani jednou	1-2 krát	3-5krát	6-10krát	11-krát až 20krát	vícekrát	ani jednou	1-2 krát	3-5krát	6-10krát	11-krát až 20krát	vícekrát
Indikované (při podezření)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Namátkově (bez podezření)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[[Do jaké míry odpovídají následující tvrzení filosofii vaší školy, pokud jde o příčiny a řešení drogového problému?

Prosím zvolte vhodnou odpověď pro každou z položek:

	velmi odpovídají	spíše odpovídají	spíše neodpovídají	vůbec neodpovídají	nedokážu posoudit
Školní řád jasně vymezuje zákaz užívání návykových látek ve škole, jejich nošení do školy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Žákům, kteří mají s užíváním návykových látek problémy, a zákonným zástupcům nezletilých žáků, je především poskytována informace o pomáhajících institucích a možnostech řešení situace.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Při řešení případů souvisejících s užíváním nebo distribucí návykových látek spolupracujeme s dalšími pomáhajícími institucemi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Všechny případy užívání drog i tam, kde to zákon přímo neuvádí, hlásíme orgánům činným v trestním řízení, orgánům sociálně-právní ochrany dětí obce s rozšířenou působností a zákonným zástupcům nezletilého žáka.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Užívání návykových látek obvykle kárně potrestáme, mezi využívané nástroje patří: třídní napomenutí, ředitelská důtka, podmíněčné vyloučení a vyloučení.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Namátkové testování na drogy je efektivním způsobem, jak předcházet rozvinutí drogového problému.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K užívání drog některým z žáků přistupujeme především jako ke kázeňskému problému.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Užívání legálních drog (alkohol a tabák) není pro školu tak závažným problémem jako užívání nelegálních látek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]

Vyberte, kdo z personálu školy se v případě drogového problému na škole vždy účastní jeho řešení.

Prosím zvolte vhodnou odpověď pro každou z položek:

	vždy	téměř vždy	jen někdy	výjimečně	nikdy
žák/žačka či student/ka užívající drogy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
třídní učitel/ka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rodiče/zákonní zástupci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
spolužáci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
metodik/metodička prevence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
školní psycholog/psycholožka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
výchovný/á poradce/poradkyně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ředitel/ka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zástupce/zástupkyně ředitele/ředitelky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vedoucí mistr/ová, dílenský/á mistr/ová	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zaměstnavatel na praxi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[]

Které instituce lze podle vašeho názoru využít při řešení drogového problému žáků/studentů školy? A se kterými z nich jste v průběhu uplynulých dvou školních let spolupracoval/a?

	Lze využít...	Spolupracoval/a jsem...
Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti (Sládkova)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedagogicko-psychologická poradna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terénní programy, Podané ruce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktní centrum, Podané ruce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapeutické centrum v Jihomoravském kraji (dříve Elysium), Podané ruce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centrum primární prevence, Podané ruce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Policie České republiky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Městská policie Brno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oddělení sociálně-právní ochrany dětí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostický ústav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodina dětí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Záchranná služba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrická ambulance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrická léčebna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Středisko výchovné péče	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[]Znáte ještě nějaké jiné instituce, které by bylo možné využít při řešení drogového problému nebo které jste již za tímto účelem využil/a? Prosíme, vypište.

Prosím napište své odpovědi zde:

Znám, ale nevyužil/a jsem:

Využil/a jsem:

[]

Chybí vám v dostupné nabídce služeb nějaké zařízení? Prosíme, popište.

Prosím napište svou odpověď zde:

[]Potřebujete vy sám/sama něco k tomu, abyste mohla lépe/kompetentněji řešit obdobné případy? Máme na mysli osobní dovednosti, zkušenosti, nabídku vzdělávacích kurzů, čas, navazující instituce, apod.

Prosím napište svou odpověď zde:

[]Pokud nám chcete něco vzkázat, máte nějaký komentář k dotazníku, nebo nám chcete zanechat svoji emailovou adresu, abychom Vás mohli informovat o výsledcích průzkumu, můžete využít textové pole níže.

Prosím napište svou odpověď zde:

[]Děkujeme za účast! S případnými dotazy se, prosím, obraťte na Kateřinu Škarupovou, skarupovakat@gmail.com.

Příloha 2 – dotazník OSPOD

LimeSurvey - Drogová situace v Brně pohledem orgánů sociálně právn... <http://www.urbandevelopment.cz/research/index.php/admin/printables...>

Drogová situace v Brně pohledem orgánů sociálně právní ochrany dětí

Dobrý den,

žádáme Vaše pracoviště o vyplnění krátkého dotazníku mapujícího drogovou situaci v Brně pohledem orgánů sociálně právní ochrany dětí (dále jen OSPOD). Cílem této krátké studie je zmapovat:

1. **Orientační výskyt problematického užívání drog v rodinách, které jsou v péči OSPODu, a to v jednotlivých městských částech Brna. Problematické přitom rozumíme takové užívání drog, které se z pohledu OSPODů podílí na důvodech, pro které se děti dostaly do péče OSPODu.**
2. **Obvyklé postupy, které volí pracovníci OSPODu jednotlivých městských částí Brna při řešení drogového užívání rodičů a dětí. A pokud takové nejsou, zmapovat, jaké metody či principy pracovníci uplatňují v takových situacích a co jim chybí k účinné odpovědi na drogový problém u jejich klientů.**
3. **S kým OSPODy při řešení drogové problematiky spolupracují, jak se spolupráce daří a co chybí proto, aby různí aktéři (NNO, státní instituce, odborníci) mohli spolupracovat lépe.**

Dotazník je jen jednou z dílčích součástí širší analýzy Drogové situace v Brně, kterou zadal výzkumnému týmu Magistrát města Brna, konkrétně pak koordinační centrum prevence, odbor sociální péče MMB (Mgr. Štěpánková) a náměstek pro oblast sociálně kulturní (Matěj Hollan). Na základě široké analýzy, která se zaměřuje na různá témata, bude vytvořena Drogová strategie pro město Brno. Administrace tohoto dotazníku byla schválena na setkání "Týmu pro mládež". Dotazník byl konzultován s vybranými pracovníky OSPODu před vytvořením této finální verze. Po vyplnění dotazníku všemi městskými částmi bude následovat setkání ohniskové skupiny, na kterou bychom rádi pozvali vybrané zástupce OSPODu některých městských částí. Ohniskové skupiny budou sloužit pro doplnění a upřesnění některých důležitých témat, které vzejdou z této dotazníkové studie.

Samotný dotazník má 29 otázek a jeho vyplnění by Vám mělo zabrat 20-30 minut. **Bude nicméně potřeba, abyste se na jeho online vyplnění předem v týmu připravili, proto přikládáme i pdf. verzi, kterou si můžete vytisknout.**

Je možné, že u některých odpovědí nebude možné uvést přesná čísla, uveďte proto prosím alespoň vaše kvalifikované odhady.

1 of 20

30. 7. 2016 12:03

Lhůta pro vyplnění dotazníku je 30. srpna 2016.

Výsledky průzkumu s Vámi následně budeme sdílet a podněty, které uvedete, mohou pomoci při tvorbě a realizaci drogové strategie pro město Brno od roku 2017.

Průzkum obsahuje 29 otázek.

Informace o respondentovi

1 [] Vyberte název městské části Vašeho pracoviště:

Prosím zvolte pouze jednu z následujících možností:

- Bohunice
- Bosonohy
- Bystrc
- Černovice
- Chřlice
- Ivanovice
- Jehnice
- Jih
- Jundrov
- Knínický
- Kohoutovice
- Komin
- Královo Pole
- Lišeň
- Maloměřice a Obrany
- Medlánky
- Nový Lískovec
- Ořech
- Rečkovice a Mokrá Hora
- Sever
- Slatina
- Starý Lískovec
- Střed
- Tufany
- Útěchov
- Vinohrady
- Žabovřesky
- Žebětín
- Židenice
-

2 [] Jaký je celkový počet řešených případů, tzv. Om spisů (dále jen Om), Vašeho oddělení v letech 2013, 2014 a 2015: *

Prosím napište své odpovědi zde:

2013	<input type="text"/>
2014	<input type="text"/>
2015	<input type="text"/>

Problematika drog a hazardního hraní mezi případy pracovníků OSPODu

3 [] **V kolika případech (Om), které jste měli v roce 2013 v péči, figurovalo užívání legálních nebo nelegálních drog dětmi, rodiči, nebo oběma generacemi jako jeden z důležitých (nikoliv nutně hlavních) faktorů problémové situace?**

Prosím napíšte své odpovědi zde:

Děti

Rodiče

Vícegenerační (i širší rodina, která ale žije na jednom místě – strýcové, tety apod.)

4 []

V kolika případech (Om), které jste měli v roce 2014 v péči, figurovalo užívání legálních nebo nelegálních drog dětmi, rodiči, nebo oběma generacemi jako jeden z důležitých faktorů (nikoliv nutně hlavních) problémové situace?

Prosím napíšte své odpovědi zde:

Děti

Rodiče

Vícegenerační (i širší rodina, která ale žije na jednom místě – strýcové, tety apod.)

5 [] **V kolika případech (Om), které jste měli v roce 2015 v péči, figurovalo užívání legálních nebo nelegálních drog dětmi, rodiči, nebo oběma generacemi jako jeden z důležitých faktorů (nikoliv nutně hlavních) problémové situace?**

Prosím napíšte své odpovědi zde:

Děti

Rodiče

Vícegenerační (i širší rodina, která ale žije na jednom místě – strýcové, tety apod.)

6 []

Pokud to byly děti, které užívaly návykové látky ve vámi řešených případech, a jaké látky šlo? U každé látky prosím odhadněte procentuální podíl na celkovém množství případů užívání drog dětmi v období 2013-2015. (Jelikož některé děti mohly užívat více než jednu látku, posuzujte u případů každou látku zvlášť. Celkový součet procent pak může být vyšší než 100%.)

Prosím napíšte své odpovědi zde:

Alkohol	<input type="text"/>
Pervitin	<input type="text"/>
Marhuana	<input type="text"/>
Heroin	<input type="text"/>
Těžké látky (toluen, ředidla, lepidla apod.)	<input type="text"/>
Léky na předpis	<input type="text"/>
Psychedelické látky (LSD, houbičky apod.)	<input type="text"/>
Extáze	<input type="text"/>
Jiné	<input type="text"/>

7 []V kolika procentech případů užívání drog dětmi v posledních 3 letech se objevovalo polyvalentní užívání (užívání více látek zároveň):

Prosím napíšte svou odpověď zde:

%

8 []

Pokud to byli rodiče, kteří užívali návykové látky ve vámi řešených případech, a jaké látky šlo? U každé látky prosím odhadněte procentuální podíl na celkovém množství případů užívání drog rodiči v období 2013-2015. (Jelikož někteří rodiče mohli užívat více než jednu látku, posuzujte u případů každou látku zvlášť. Celkový součet procent pak může být vyšší než 100%.)

Prosím napíšte své odpovědi zde:

Jiné	<input type="text"/>
Pervitin	<input type="text"/>
Marihuana	<input type="text"/>
Heroin	<input type="text"/>
Těravé látky (toluen, ředidla, lepidla apod.)	<input type="text"/>
Psychedelické látky (LSD, houbičky apod.)	<input type="text"/>
Extáze	<input type="text"/>
Léky na předpis	<input type="text"/>
Jiné	<input type="text"/>

9 []V kolika procentech případů užívání drog rodiči nebo dalšími rodinnými příslušníky ve společné domácnosti v posledních 3 letech se objevovalo polyvalentní užívání (užívání více látek zároveň)?

Prosím napíšte svou odpověď zde:

%

10 [J]V kolika případech z celkového počtu Vámi řešených případů (Om) v roce **2013** se objevil gambling[11] jako jeden z důležitých faktorů (nikoliv nutně hlavních) rodinné situace?

[11] Gamblingem je zde myšleno jak hraní klasických automatů v hernách, tak nadměrné sázení sportovních sázek nebo sázení na internetu.

Prosím napíšte své odpovědi zde:

Děti

Rodiče

Vicigenerační (i širší rodina, která ale žije na jednom místě – strýcové, tety apod.)

11 [J]V kolika případech z celkového počtu Vámi řešených případů (Om) v roce **2014** se objevil gambling[11] jako jeden z důležitých faktorů (nikoliv nutně hlavních) rodinné situace?

[11] Gamblingem je zde myšleno jak hraní klasických automatů v hernách, tak nadměrné sázení sportovních sázek nebo sázení na internetu.

Prosím napíšte své odpovědi zde:

Děti

Rodiče

Vicigenerační (i širší rodina, která ale žije na jednom místě – strýcové, tety apod.)

12 [J]V kolika případech z celkového počtu Vámi řešených případů (Om) v roce **2015** se objevil gambling[11] jako jeden z důležitých faktorů (nikoliv nutně hlavních) rodinné situace?

Prosím napíšte své odpovědi zde:

Děti

Rodiče

Vicigenerační (i širší rodina, která ale žije na jednom místě – strýcové, tety apod.)

13 []

**Jaké jsou nejčastější související problémy rodin v případech, kde se objevuje
brani legálních nebo nelegálních drog nebo gambling u dětí? (uved'te pořadí
podle relevance)**

Prosím očíslete každé okénko podle preferenci od 1 do 12

<input type="checkbox"/>	Záškolačství
<input type="checkbox"/>	Zanedbávání dětí
<input type="checkbox"/>	Zneužívání dětí (psychické, fyzické, sexuální)
<input type="checkbox"/>	Drobná kriminalita (drobné krádeže, apod.)
<input type="checkbox"/>	Násilná trestná činnost
<input type="checkbox"/>	Domácí násilí
<input type="checkbox"/>	Zadlužení
<input type="checkbox"/>	Prostituce u dětí
<input type="checkbox"/>	Prostituce u rodičů
<input type="checkbox"/>	Dlouhodobá nezaměstnanost (déle než 12 měsíců)
<input type="checkbox"/>	Bytová nouze (ubytovna, azylový dům, stlanéné prostory apod.)
<input type="checkbox"/>	Jiné

14 []

**Jaké jsou nejčastější související problémy rodin v případech, kde se objevuje
brani legálních nebo nelegálních drog nebo gambling rodíčů? (uveďte pořadí
podle relevance)**

Prosím očíslete každé okénko podle preferencí od 1 do 12

<input type="checkbox"/>	Záškolačství
<input type="checkbox"/>	Zanedbávání dětí
<input type="checkbox"/>	Zneužívání dětí (psychické, fyzické, sexuální)
<input type="checkbox"/>	Drobná kriminalita (drobné krádeže, apod.)
<input type="checkbox"/>	Násilná trestná činnost
<input type="checkbox"/>	Domácí násilí
<input type="checkbox"/>	Zadlužení
<input type="checkbox"/>	Prostituce u dětí
<input type="checkbox"/>	Prostituce u rodičů
<input type="checkbox"/>	Dlouhodobá nezaměstnanost (déle než 12 měsíců)
<input type="checkbox"/>	Bytová nouze (ubytovna, azylový dům, stísněné prostory apod.)
<input type="checkbox"/>	Jiné

Průběh "drogových" případů

15 [] Od koho se obvykle dozvídáte informace o užívání drog dítětem?
(odhadněte procenta pro každou položku - dohromady 100%)

Prosím naplňte své odpovědi zde:

Škola	<input type="text"/>
Lékař	<input type="text"/>
SVP/PPP	<input type="text"/>
Police	<input type="text"/>
Jiný rodinný příslušník	<input type="text"/>
Dítě samotné	<input type="text"/>
Kurátoři	<input type="text"/>
PMS	<input type="text"/>
Sociální pracovník - nemocnice	<input type="text"/>
Lékař specialista	<input type="text"/>
Jiní lidé (komunita, sousedi apod.)	<input type="text"/>
Jiný	<input type="text"/>

16 []

Od koho se obvykle dozvídáte informace o **užívání drog rodiči?** (odhadněte procenta pro každou položku – dohromady 100%).

Prosím naplňte své odpovědi zde:

Škola	<input type="text"/>
Lékař	<input type="text"/>
SVP/PPP	<input type="text"/>
Policie	<input type="text"/>
Jiný rodinný příslušník	<input type="text"/>
Dítě samotné	<input type="text"/>
Kurátoři	<input type="text"/>
PMS	<input type="text"/>
Sociální pracovník - nemocnice	<input type="text"/>
Lékař specialista	<input type="text"/>
Jiní lidé (komunita, sousedi)	<input type="text"/>
Jiný	<input type="text"/>

17 [] Jaké jsou Vaše obvyklé postupy ve vztahu k drogovému problému v situaci, kdy užívání drog **dítětem** je jeden z důležitých faktorů, proč se dostalo do péče OSPODu? Uveďte krátce 1-3 obvyklé scénáře. Pokud neexistují na Vašem pracovišti obvyklé postupy, nebo na ně nelze dosáhnout, napište jaká je Vaše obvyklá praxe:

Prosím naplňte svou odpověď zde:

18 []

Jaké jsou Vaše obvyklé postupy ve vztahu k drogovému problému v situaci, kdy užívání drog rodíči je jeden z důležitých faktorů, proč se dítě dostalo do péče OSPODu? Uveďte krátce 1-3 obvyklé scénáře. Pokud neexistují na Vašem pracovišti obvyklé postupy, nebo na ně nejde dosáhnout, napište, jaká je Vaše obvyklá praxe:

Prosím napište svou odpověď zde:

19 []Znáte ze své praxe nějaké případy či situace, kde užívání drog či gambling hrají důležitou roli, a které nemají momentálně uspokojivé řešení?

Prosím napište svou odpověď zde:

20 [] Je něco, co Vám při realizaci Vaší práce při řešení drogové problematiky chybí? Co podle Vás bylo potřeba k účinné intervenci (může jít o zdroje, služby, zákony apod.)? Popište.

Prosím napíšte svou odpověď zde:

21 [] V kolika případech v letech 2013, 2014 a 2015 jste museli přistoupit k odebrání dítěte z péče (bez ohledu na důvody a okolnosti)?

Prosím napíšte své odpovědi zde:

2013	<input type="text"/>
2014	<input type="text"/>
2015	<input type="text"/>

22 []

V kolika případech, ze všech Vašich případů odebrání dítěte z péče (např. v důsledku zanedbávání), v letech 2013, 2014 a 2015, hrálo roli užívání drog nebo gambling?

Prosím napíšte své odpovědi zde:

2013	<input type="text"/>
2014	<input type="text"/>
2015	<input type="text"/>

23 [] Jaké jsou obvyklé metody předcházení tomuto kroku ve vztahu k užívání drog a hazardnímu hraní?

Prosím napíšte svou odpověď zde:

Spolupráce

24 [JS] kým nejčastěji spolupracujete v případě užívání drog nebo gamblingu u dětí? Vyberte 5 nejčastějších subjektů a uveďte jejich pořadí.

Vyberte prosím maximálně 5 odpovědí

Prosím očíslete každé okénko podle preferenci od 1 do 13

Prosím vyberte maximálně 5 položek.

<input type="checkbox"/>	Škola
<input type="checkbox"/>	Lékař - psychiatr (nebo jiný specialista)
<input type="checkbox"/>	Praktický lékař
<input type="checkbox"/>	sociální pracovník - nemocnice
<input type="checkbox"/>	Diagnostický ústav
<input type="checkbox"/>	SVP/PPP
<input type="checkbox"/>	Police
<input type="checkbox"/>	Jiný rodinný příslušník
<input type="checkbox"/>	Kurátoři
<input type="checkbox"/>	Nezisková organizace zaměřená na pomoc drogovým uživatelům (např. Podané ruce, A-kluby)
<input type="checkbox"/>	Jiná nezisková organizace
<input type="checkbox"/>	PMS
<input type="checkbox"/>	Jiné:

25 [JS] kým nejčastěji spolupracujete v případě užívání drog nebo gamblingu u rodičů? Vybte 5 nejčastějších subjektů a uveďte jejich pořadí.

Vybte prosím maximálně 5 odpovědí

Prosím očíslejte každé okénko podle preferencí od 1 do 13

Prosím vyberte maximálně 5 položek.

<input type="checkbox"/>	Škola
<input type="checkbox"/>	Lékař - psychiatr (nebo jiný specialista)
<input type="checkbox"/>	Praktický lékař
<input type="checkbox"/>	sociální pracovník - nemocnice
<input type="checkbox"/>	Diagnostický ústav
<input type="checkbox"/>	SVP/PPP
<input type="checkbox"/>	Police
<input type="checkbox"/>	Jiný rodinný příslušník
<input type="checkbox"/>	Kurátoři
<input type="checkbox"/>	Nezisková organizace zaměřená na pomoc drogovým uživatelům (např. Podané ruce, A-kluby)
<input type="checkbox"/>	Jiná nezisková organizace
<input type="checkbox"/>	PMS
<input type="checkbox"/>	Jiné:

26 [] Jak byste ohodnotili spolupráci u jednotlivých subjektů na stupnici 1-10? (1 znamená, že spolupráce probíhá, ale je velmi problematická - 10 znamená, že spolupráce probíhá a je bez jakýchkoliv problémů). Pokud spolupráce neprobíhá vůbec, uveďte možnost "bez odpovědi":

Prosím zvolte vhodnou odpověď pro každou z položek:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Škola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lékař - psychiatr (nebo jiný specialista)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praktický lékař	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sociální pracovník - nemocnice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnostický ústav	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SVP/PPP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Policie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jiný rodinný příslušník	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurštof	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nezisková organizace zaměřená na pomoc drogovým uživatelům (např. Podané ruce, A-kluby)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jiná nezisková organizace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PMS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jiné:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

U těch subjektů, kde spolupráce neprobíhá, vynechte odpověď.

27 []

Co by podle Vás bylo třeba, aby se spolupráce v oblasti "drogových" případů dařila lépe?

Prosím napíšte svou odpověď zde:

28 []Je něco, co byste nám s ohledem na tvorbu strategie chtěli vzkázat?

Prosím napíšte svou odpověď zde:

29 []Je něco, co byste nám chtěli vzkázat v souvislosti s tímto dotazníkem? Může jít o upřesnění, doporučení, kritiku apod.

Prosím napíšte svou odpověď zde:

Za vyplnění děkujeme.

V případě jakýchkoliv dotazů se obračejte na email: jakub.cerny@zoho.com.

Odeslat Váš průzkum.
Děkujeme Vám za vyplnění tohoto průzkumu.