

ANALÝZA SITUACE V OBLASTI ZÁVISLOSTÍ V OSTRAVĚ

OSTRAVA!!!

2025



Analýza situace v oblasti závislostí v Ostravě

Objednatel:	Statutární město Ostrava, Prokešovo náměstí 1803/8, 702 00 Ostrava-Moravská Ostrava
Realizátor:	Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií, Českobratrská 16, 702 00 Ostrava-Moravská Ostrava
Autorstvo:	doc. Barbora Gřundělová, Ph.D., doc. Mgr. Jiří Mertl, Ph.D., Mgr. Markéta Geregová, Ph.D., Mgr. Dominik Plíhal
Kontakty:	grundelova@gmail.com, jiri.mertl@osu.cz, geregova.pdz@gmail.com dominikplihal92@gmail.com
Druh výstupu:	Analýza situace v oblasti závislostí v Ostravě
Realizace:	květen 2025–říjen 2025
Počet stran:	77
Bibliografická citace:	Gřundělová, B., Mertl, J., Geregová M., Plíhal, D. (2025). <i>Analýza situace v oblasti závislostí v Ostravě</i> . Ostrava: Fakulta sociálních studií. Závěrečná zpráva.

Obsah

Úvod	4
Manažerské shrnutí.....	5
Teoretický rámec zprávy	8
Metodologie	10
ANALYTICKÁ ČÁST	16
Analýza a interpretace dat	17
Prevalence závislostí a trendy v ČR a Ostravě	17
Potřeby lidí se zkušeností se závislostí	31
Co funguje	38
Prostor pro změny k lepšímu	41
NÁVRHOVÁ ČÁST	61
Reflexe naplnění doporučení ze zprávy z roku 2015	62
Doporučení pro rozvoj služeb v oblasti závislostí.....	63
Dostupnost stávajících sociálních služeb	63
Adekvátní zdravotní péče.....	63
Inovativní přístupy a nové služby	64
Podpora stabilního bydlení a zaměstnání	65
Systémové změny	66
Podpora pracovníků a organizací	67
Společenská změna ve vnímání závislostí.....	67
Literatura	68
Seznam zkratk	72
Příloha 1 – Online dotazník	73
Příloha 2 – Scénář rozhovorů s pracovníky a pracovníci sociálních a zdravotních služeb	77
Příloha 3 – Scénář rozhovorů s lidmi se zkušeností se závislostí	78
Příloha 4 – Scénář World Café.....	79

Úvod

Problematika závislostí a s ní spojených rizik představuje dlouhodobě jednu z významných výzev pro politiku, sociální práci i zdravotnictví. Ostrava jakožto třetí největší město České republiky čelí specifickým dopadům spojených se závislostním chováním, které se promítají do života jednotlivců, komunit i fungování organizací.

Tato výzkumná zpráva vznikla na základě zakázky statutárního města Ostravy a jejím předmětem je analýza aktuální situace v oblasti závislostí ve městě. Cílem zprávy je poskytnout komplexní analýzu současného stavu, identifikovat potřeby klíčových aktérů i lidí se závislostí a na základě toho formulovat návrhy dalšího směřování v oblasti prevence a práce se závislostmi v Ostravě. Zpráva přitom navazuje na studii z roku 2015 (Černý, Szotáková, 2015) a reflektuje naplnění doporučení v ní obsažených.

Výzkum je koncipován jako kombinace kvalitativních a kvantitativních metod, přičemž hlavní důraz je kladen na kvalitativní složku. Data byla získávána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, fokusních skupin, World Café, online dotazníkového šetření a analýzy dokumentů. Zpráva v sobě zahrnuje několik analyzovaných rovin, které se vzájemně prolínají:

- a) Analýza situace v oblasti závislostí v Ostravě, vycházející z národních a evropských dat (EUDA, NMS, ÚZIS apod.) a jejich lokálního přepočtu.
- b) Analýza poskytovatelů služeb zohledňující jejich kapacity, zkušenosti a výzvy, jimž čelí.
- c) Analýza potřeb lidí se závislostí realizovaná prostřednictvím konceptu recovery kapitálu.

Rádi bychom vyjádřili poděkování všem, kteří se do výzkumu zapojili. Velmi si vážíme otevřenosti a odvahy lidí s žitou zkušeností, kteří s námi sdíleli své příběhy. Děkujeme také za spolufacilitaci fokusních skupin recovery koučkám a recovery koučovi. Poděkování patří rovněž pomáhajícím pracovníkům a pracovnícím za jejich čas, reflexi, zkušenosti a angažovanost. V neposlední řadě děkujeme zástupcům města Ostravy za spolupráci a ochotu hledat cesty ke zlepšení situace. Bez jejich času, ochoty a sdílení zkušeností by tato zpráva nemohla vzniknout. Poděkování směřujeme také kolegyni Alici Gojové za její cennou pomoc, podporu a inspiraci při přípravě a realizaci této zprávy a Janu Horákovi za pomoc s organizací World Café.

V textu se snažíme o vyvážené užívání genderových forem a zároveň chceme předejít nadměrnému opakování obou tvarů (např. informanti a informantky), a proto občasně používáme buď maskulinum, nebo femininum jako zastřešující tvar pro obě pohlaví.

Manažerské shrnutí

Analýza v oblasti závislostí probíhala **od května do října 2025** a kombinovala **kvalitativní metody s kvantitativním šetřením, analýzou administrativních dat a jiných souvisejících výzkumných zpráv**. Cílem zprávy je popsat vývoj a současnou situaci v oblasti závislostí v Ostravě a navrhnout doporučení využitelná v komunitním plánování sociálních služeb.

Celkový vývoj a demografické trendy

- V okrese Ostrava-město se v období 2020–2024 průměrně léčilo přibližně **3 000 osob s diagnózami souvisejícími s užíváním psychoaktivních látek**. Jejich počet **vzrostl oproti předchozímu pětiletí o 3,0 %**. Nejpočetnější skupinou jsou **muži ve věku 30–64 let** (45 % pacientů). **Přibývá seniorů nad 65 let**.
- V **Ostravě užívá problémově nelegální drogy odhadem 3 500 osob**, což je **nárůst o cca 800 osob oproti předchozí zprávě z roku 2015**. Užívání nelegálních látek se stále více uzavírá do bytů a přesouvá z velkých měst do menších obcí.

Trendy podle látek anebo specifických skupin

- Zdravotní péči nejčastěji vyhledávají lidé s poruchami souvisejícími s užíváním **alkoholu** – tvoří 60 % všech pacientů. Typickým pacientem je muž ve věku 30–64 let. Relativní zastoupení alkoholu kleslo o 4,4procentního bodu.
- K vůbec nejužívanějším látkám patří **tabák**. Roste počet lidí s potížemi vyvolanými užíváním tabáku, kteří využívají zdravotní péči. U mladších lidí klasické cigarety nahrazují vaporizéry, elektronické cigarety a nikotinové sáčky.
- **Pervitin** dominuje mezi nelegálními drogami. Vzrostl počet lidí s poruchou související s užíváním stimulantů, včetně pervitinu. Ostrava je v evropském srovnání druhá za Ústím nad Labem v koncentraci metabolitů pervitinu v odpadních vodách. Kvalita pervitinu se snižuje kvůli dovozu z Polska a míchání s dalšími látkami.
- **Zneužívání některých léků** (benzodiazepiny, opioidní analgetika) patří k rostoucím problémům napříč populací, zvláště u žen. Nebezpečné jsou kombinace s dalšími psychoaktivními látkami, zejména s dostupným alkoholem.
- **Konopí** má stabilní spotřebu, užívá se během pracovního týdne, na rozdíl od víkendových „rekreačních drog“, jako jsou MDMA a kokain.
- **Nové psychoaktivní látky** (HHC, CBD produkty, kratom) užívají především mladí lidé. Kratom se často užívá ke koncentraci při učení u studujících, nebo jako náhrada pervitinu a opioidů u lidí okolo třiceti let.
- **Hazardní hry** se přesouvají do online prostoru. Počet osob ve vysokém riziku vzrostl z jedné třetiny na polovinu. Rizikovou skupinu tvoří zejména mladí muži 15–34 let.
- **Digitální závislosti** se odhadují u 4–6 % české populace. Častější závislost na internetu a na online sázení u klientů zmiňují také poskytovatelé služeb. Chlapci častěji podléhají počítačovým hrám, dívky sociálním sítím. Všudypřítomnost a nezbytnost technologií ztěžuje řešení problému. Pracovníci mají málo informací, chybí vzdělávání a postupy práce s digitálními závislostmi.
- **Některé skupiny obyvatel čelí zhoršenému přístupu ke službám**, nebo jim jejich stávající nastavení nevyhovuje. Jedná se například o lidi s duální diagnózou, děti a mladistvé, rodiče, zejména matky s dětmi, lidi romského etnika a starší dospělí¹.

¹ Označení „starší dospělý“ používáme z důvodu, že kategorie „senior“ v sobě nese negativní a automatické stereotypizace, kterým bychom se v našem textu chtěli vyhnout, přičemž v zahraničním odborném diskurzu se „senior“ již nepoužívá. Navíc „senior“ evokuje osoby v důchodovém věku, nicméně v našem výzkumu měly problém se závislostí nejenom osoby v důchodovém věku, ale také osoby, které ho ještě nedosahovaly.

Co potřebují lidé se zkušeností se závislostí?

- Lidé se závislostí čelí **multifaktoriálnímu zatížení** a pro jejich úspěšnou podporu je podstatný **multioborový přístup**. Ke zjištěným potřebám patří zejména:

Lidský kapitál	Sociální kapitál
- Obnovení sebehodnoty a zvýšení sebevědomí - Schopnost zvládat impulzivní chování a bažení - Vyplnění volného času a vytvoření nového životního stylu - Zařazení fyzické aktivity a relaxace - Další vzdělávání a rekvalifikace	- Zlepšení rodinných vztahů, navrácení dítěte do péče - Potřeba distancovat se od lidí spojených se závislostní minulostí - Nalezení důvěrných vztahů a řešení osamělosti - Zkušenost s peer podporou - Důvěra ze strany pracovníků sociálních služeb
Fyzický kapitál	Kulturní kapitál
- Stabilní a důstojné bydlení jako klíčový předpoklad dlouhodobého zotavování; bariéry: exekuce, nízké příjmy, potřeba trvalého bydliště v Ostravě - Řešení dluhů a exekucí - Uchování či nalezení smysluplné práce s bezpečnými pracovními podmínkami; bariéry: specifické požadavky na vzdělání, nedostatečné finanční ohodnocení, zhoršené fyzické zdraví	- Dostupné služby: snižování prahu, harm reduction, dlouhodobé terapeutické služby, přístup založený na důvěře a návaznost služeb - Alternativy k nežádoucímu návratu do vyloučených lokalit - Potřeba destigmatizace a pochopení ze strany veřejnosti - Naplnění touhy po sdílení vlastního příběhu - Potřeba kulturního a společenského vyžití

Na čem lze stavět?

- Dostupnost adiktologických sociálních služeb** v Ostravě (zejména poradenství) je hodnocena příznivě, stejně jako spolupráce mezi těmito službami zapojenými do komunitního plánování. Zdůrazňován je význam koordinovaného a multidisciplinárního přístupu. V období 2018–2025 došlo u většiny ambulantních, terénních i pobytových služeb k navýšení personálních kapacit (s výjimkou kontaktního centra).
- Přístup Harm Reduction** (snižování rizik spojených s užíváním psychoaktivních látek) se postupně rozvíjí jako strategie nejen v adiktologických sociálních službách. Roste povědomí a tolerance k vlhkým nebo mokřým službám, kde není nutná abstinence a nulová hladina látek v krvi.
- Zapojení žité zkušenosti a svépomocných skupin** patří k rozvíjejícímu se přístupu.
- Zapojení rodinných příslušníků** lidí se závislostí do spolupráce.

Co je třeba zlepšit?

Okruh	Zjištěný problém	Vybraná doporučení / návrh řešení
Dostupnost a kapacita sociálních služeb	- Poddimezovaná kapacita kontaktního centra vzhledem k velikosti Ostravy. - Chybí specializované služby pro ženy bez domova, starší dospělé, pro pracující či rodiče s dětmi. - Mladí lidé se závislostí nevyhledávají „klasická“ NZDM. - Časová nedostupnost služeb pro pracující lidi bez domova. - Chybí odborníci s psychoterapeutickým výcvikem či adiktologickým zaměřením v některých zařízeních. - Dojíždění za adiktologickými službami do Ostravy pro lidi z okolních obcí. - Personální podstav ve službách.	- Navýšit kapacity kontaktního centra. - Vytvořit specializovanou sociální službu pro ženy, nebo vyčlenit dny ve stávajících službách. - Nabídnout terénní služby pro starší dospělé se závislostí na alkoholu či lécích. - Vytvořit terapeutickou komunitu umožňující pobyt rodičů s dětmi a denní stacionář. - Vytvořit specializovaný terénní program pro mladé lidi. - Zajistit odpočinkové zóny během dne ve stávajících službách. - Zajistit specializované pracovníky do věznic a azylových domů. - Rozšířit síť služeb do měst v okolí Ostravy, podpořit online poradenství.

Adekvátní zdravotní péče	• Dlouhé čekací doby ve zdravotnických zařízeních způsobující opadnutí motivace k léčbě. • Chybějící návaznost služeb. • Absence komplexního substitučního programu. • Vysoký práh pro zjišťování a léčbu žloutenky typu C. • Nedostupnost CDZ a dalších služeb pro lidi s duální diagnózou. • Chybí hrazená léčba pro lidi s vyššími příjmy.	• Vytvořit nízkoprahovou detoxifikační jednotku; umožnit sociálním službám vystavovat žádanky. • Vytvořit substituční program zahrnující psychoterapii a poradenství. • Zajistit nízkoprahovou léčbu žloutenky typu C v Ostravě. • Zajistit flexibilní psychiatrickou péči. • Propojit CDZ s adiktologickými službami. • Nalézt poskytovatele hrazené léčby bez využití zdravotního pojištění.
Harm Reduction	• Vysokoprahovost sociálních služeb pro lidi bez domova (abstinenční přístup). • Zdravotní rizika spojená s injekční aplikací drog. • Znečištění veřejného prostoru infekčním materiálem. • Nedostatečné vybavení terénních týmů.	• Vytvořit mokré nízkoprahové denní centrum a mokrý azylový dům. • Zřídit aplikační místnosti (stacionární nebo mobilní). • Instalovat fixpointy v rizikových lokalitách. • Posílit asertivní multidisciplinární týmy; vybavit technikou (např. tablety), rychlotesty, testy na příměsi drog.
Bydlení a zaměstnání	• Nedostupnost bydlení jako bariéra úspěšného zotavování. • Návrat do rizikového prostředí po léčbě či mezi fázemi léčby. • Obtížné začlenění na trh práce pro lidi se zkušeností se závislostí.	• Podporovat přístup Housing First; využít městský bytový fond a Kontaktní místo pro bydlení podle Zákona o podpoře bydlení. • Vytvořit krizové bydlení pro překlenovací období před i během léčby. • Vzdělávat pracovníky podpory v bydlení v přístupu Harm Reduction a motivačních rozhovorech. • Podporovat integrační pracovní místa; využít metodu IPS. • Aktivně mapovat a rozvíjet spolupráci s vhodnými zaměstnavateli.
Systémové a organizační změny	• Fragmentace služeb poskytovaných lidem se závislostí na „zdravotní“ a „sociální“. • Přerušení kontinuity po léčbě. • Potřeba zapojování rodiny a blízkých pro úspěšnost intervencí. • Nedostatečné využití potenciálu peer práce. • Nevyužitý potenciál ve spolupráci s FSS OU. • Rychlý nástup nových látek a proměnlivost trendů. • Obtížnost absolvování dlouhodobých výcviků pro zaměstnance služeb. • Vysoká administrativní zátěž poskytovatelů služeb a nejistota v jejich financování.	• Uspořádat kulaté stoly, konference společné pro sociální i zdravotní oblast. • Implementovat síťová setkání, otevřený dialog a rodinnou terapii ve službách. • Systematicky rozvíjet peer pozice v sociálních službách i zdravotnictví. Zajistit vzdělávání peer pracovníků i přijímajících týmů. • Systematicky propojovat absolventy FSS OU s praxí prostřednictvím stáží, flexibilních pracovních dohod či částečných úvazků. • Kontinuální vzdělávání o nových látkách, digitálních závislostech, traumatu; stáže v ČR a zahraničí. • Zjednodušit administrativní procesy a zajistit dlouhodobost a stabilitu financování služeb.
Společenská změna	• Omezené zapojení lidí se zkušeností se závislostí do tvorby, hodnocení a rozvoje služeb. • Nízké povědomí o závislosti a stigmatizace lidí se závislostí. • Chybí možnosti pro bezpečné trávení volného času a navazování kontaktů. • Bagatelizace užívání alkoholu. • Nedostatečná reakce na nové trendy v rámci prevence ve školách.	• Zapojit klienty do tvorby a hodnocení služeb. • Realizovat osvětové kampaně; využít média, známé osobnosti, příběhy lidí se zkušeností se závislostí. • Podporovat vznik recovery komunitních center a volnočasových programů. • Zpochybňovat společenskou toleranci k alkoholu. • Zaměřit prevenci ve školách na nové látky a digitální závislosti. Volit přitom programy, které jsou postaveny na aktuálních poznatcích a přístupech, nikoliv na odstrašení.

Teoretický rámec zprávy

Participativní a kolaborativní rámce zkoumání

Analýza závislostí je citlivým tématem, které vyžaduje zapojení různých perspektiv – výzkumníků a výzkumnic, lidí s žitou zkušeností, pracovníků a pracovníků pomáhajících profesí, zástupců i zástupkyň samosprávy, ale i samotných lidí se závislostí. Participativní a kolaborativní rámce výzkumu umožňují překonat jednostranný pohled na problematiku a vytvářejí prostor pro sdílené porozumění. Tento přístup staví na partnerském vztahu mezi výzkumníky/výzkumnicemi a účastníky/účastnicemi zkoumání, kdy obě strany přispívají svými zkušenostmi a znalostmi. Výsledkem je komplexnější obraz zkoumaného jevu (Cornwall, Jewkes, 1995).

Oceňující zkoumání

Oceňující zkoumání (*Appreciative Inquiry*) představuje specifickou výzkumnou a intervenční metodologii, která se zaměřuje na identifikaci a rozvoj silných stránek jednotlivců i komunit, namísto výhradního soustředění na problémy a deficity (Cooperrider, Srivastva, 1987). V kontextu analýzy závislostí tento přístup umožňuje lépe porozumět tomu, co v prostředí funguje a co může být dále rozvíjeno pro podporu zotavení. Oceňující zkoumání je založeno na cyklickém procesu zahrnujícím objevování, snění, navrhování a uskutečňování, který podporuje aktivní zapojení účastníků a jejich motivaci ke změně.

Zotavení (ze závislosti)

Proces zotavení ze závislosti lze v bio-psycho-sociálně-spirituálním pojetí vnímat jako individuální a dynamický proces, jehož cílem je smysluplný a spokojený život (SAMHSA, 2012), a který doprovází vymizení symptomů syndromu závislosti (Ashford et al., 2019).

Kapitál pro zotavení

Při zotavování ze závislosti využívají lidé různé vnitřní a vnější zdroje, které mohou jejich zotavovací proces podporovat. Souhrn všech takových zdrojů se v odborné literatuře označuje jako kapitál pro zotavení (Granfield, Cloud, 1999). Vyšší míra kapitálu pro zotavení souvisí s lepší kvalitou života (Laudet et al., 2006; Cano et al., 2017), predikuje úspěšnost dokončení léčby (Sánchez et al., 2020) i zmírnění symptomů syndromu závislosti (LaBarre et al., 2025).

Koncept kapitálu pro zotavení je možno dále dělit podle jednotlivých oblastí lidského života. Bowen et al. (2023) jej například člení do čtyř dimenzí, mezi něž patří lidský, fyzický, sociální a kulturní kapitál. Lidský kapitál zahrnuje zdravotní stav jedince, stejně jako znalosti, schopnosti a dovednosti podporující zotavování ze závislosti. Fyzický kapitál představuje materiální zdroje, jako jsou finanční stabilita, adekvátní bydlení a smysluplná práce. Sociálním kapitálem jsou myšleny zdravé a prospěšné mezilidské vztahy. Kulturní kapitál se vztahuje k hodnotám, normám a přesvědčením, které jedinci umožňují cítit se spokojeně a bezpečně v komunitě, v níž žije (Bowen et al., 2023). Vedle pozitivních faktorů mohou zotavování ovlivňovat také různé bariéry a nepříznivé okolnosti, pro něž se někdy využívá pojem negativní kapitál (Patton et al., 2022).

Participativní metody tvorby dat: World Café

Výzkum v sobě zahrnoval participativní prvky např. v podobě metody World Café, která představuje strukturovaný způsob skupinového dialogu, který podporuje kolektivní sdílení zkušeností, hledání nových perspektiv a vytváření společných řešení (Brown, Isaacs, 2005). Účastníci a účastnice se zapojují do sérií neformálních rozhovorů u malých stolů, přičemž se po určité době střídají a přenášejí své myšlenky do dalších diskusí. Tento formát podporuje otevřenou komunikaci a umožňuje propojit individuální zkušenosti s kolektivním poznáním. V kontextu zkoumání situace v oblasti závislostí v Ostravě je World Café vhodným

nástrojem, protože vytváří bezpečné prostředí, v němž mohou být slyšeny různé hlasy a tyto perspektivy mohou být využity pro formulaci strategií podpory a zotavení.

Teoretický rámec výzkumné zprávy ukazuje, že analýza v oblasti závislostí v Ostravě nemůže být redukována pouze na sledování rizik a problémů. Participativní a kolaborativní přístupy zdůrazňují význam zapojení různorodých relevantních perspektiv, čímž se posiluje autenticita a užitečnost zjištěných dat. Oceňující zkoumání nabízí možnost zaměřit se nejen na bariéry, ale i na existující zdroje a silné stránky jednotlivců i komunit, které mohou být využity k rozvoji efektivnějších strategií podpory. Klíčovou roli v tomto rámci hraje koncept kapitálu pro zotavení, jenž poskytuje komplexní pohled na různé oblasti života ovlivňující proces uzdravování ze závislosti. Při jeho analýze lze sledovat jak pozitivní zdroje, tak i negativní faktory, které zotavování brání. Participativní metoda World Café pak představuje praktický nástroj, jenž umožňuje v bezpečném prostředí propojit různé perspektivy a podpořit vznik sdíleného porozumění i konkrétních témat a návrhů řešení.

Celkově lze shrnout, že propojení těchto teoretických východisek nabízí možnost uchopit tematiku závislostí v Ostravě způsobem, který respektuje komplexitu fenoménu, dává prostor hlasům přímo dotčených osob a zároveň směřuje k vytváření realistických a udržitelných strategií pro podporu zotavení a snižování rizik.

Metodologie

Realizovaný výzkum zahrnoval kvalitativní a kvantitativní složku (viz například Bryman, 2006), skrze něž bylo zjišťováno, jak respondenty a informanti hodnotí situaci týkající se závislostí v Ostravě. Kvantitativní složka měla podobu dotazníkového šetření, které nám umožnilo získat obecný přehled o situaci v Ostravě, zatímco kvalitativní složka v podobě rozhovorů (individuálních i skupinových), World Café a fokusních skupin sloužila k jejímu přiblížení a interpretaci. Takové pojetí odpovídá vnořenému smíšenému výzkumu (Hesse-Biber et al., 2015).

Dotazníkové šetření

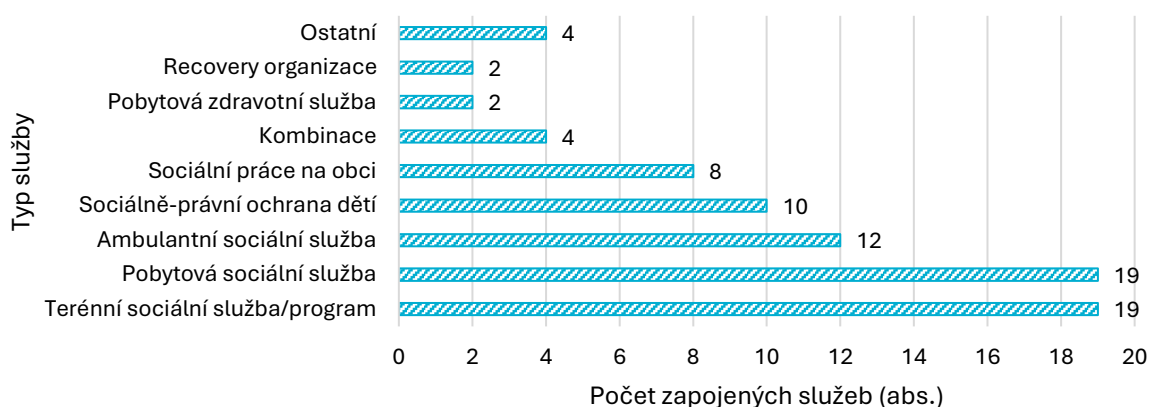
Dotazníkové šetření probíhalo **od 20. 6. do 8. 8. 2025** prostřednictvím online dotazníku (příloha 1), který byl v první fázi distribuován e-mailem na 64 adres vedoucích pracovníků adiktologických služeb, azylových domů, sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi, nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, Probační a mediační službu, vybraných oddělení Fakultní nemocnice, oddělení sociálně právní ochrany dětí, oddělení sociální práce, a metodiky Magistrátu města Ostravy, a to po dohodě s koordinátorkou protidrogové prevence Magistrátu města Ostravy. Po přibližně třech týdnech byla výzva opakována s žádostí o distribuci dotazníků uvnitř organizací. Jelikož se téma závislostí týká rovněž starších dospělých a lidí s duševním onemocněním, byly o vyplnění dotazníku dodatečně požádány prostřednictvím manažerek pracovních skupin také sociální služby zaměřené na obě cílové skupiny. **Celkem bylo vyplněno 80 dotazníků.** Dotazník sestával z jedenácti uzavřených, škálových a otevřených otázek.

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit od širokého spektra poskytovatelů služeb v Ostravě jejich subjektivní hodnocení současné situace v oblasti nastavení systému služeb, jejichž klienti mohou vykazovat znaky závislostního chování. Chtěli jsme také navázat na Analýzu drogové scény z roku 2015 (Černý, Szotáková, 2015) a zjistit, jak se situace ve službách proměnila.

Dotazník byl vytvořen v aplikaci Formuláře Google. Odpovědi z dotazníku byly exportovány do MS Excel, kde byly dále zpracovávány. Data z otevřených otázek byla vložena do Microsoft Word. Otevřené otázky byly zpracovány v softwaru MAXQDA prostřednictvím otevřeného kódování a dále analyzovány v rámci kvalitativní obsahové analýzy (Bryman, 2004), jež se snaží porozumět určitému fenoménu a spočívá ve vyhledávání stěžejních a opakujících se kategorií v analyzovaném materiálu.

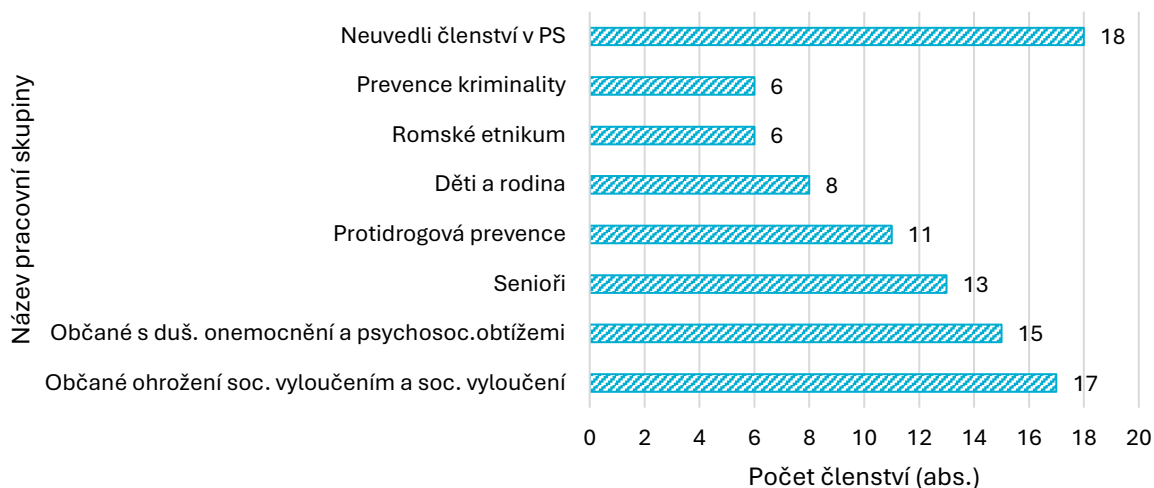
Šíře perspektiv zapojených do šetření byla pestrá. Zapojili se zástupkyně různých typů služeb a institucí, které přicházejí do kontaktu s lidmi se závislostí či jejich blízkými (viz Graf 1).

Graf 1 Kategorizace služeb



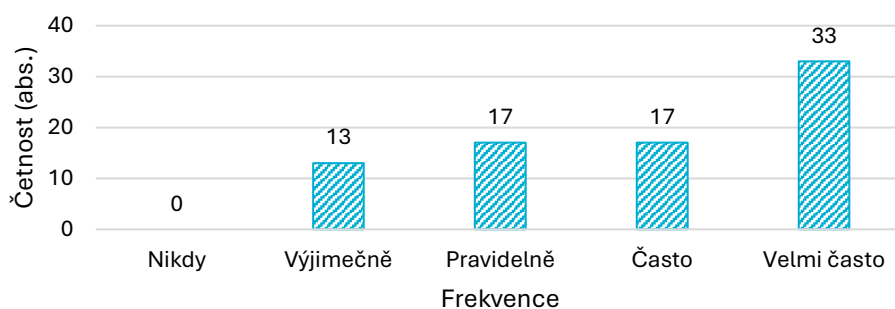
Někteří pracovníci ze zúčastněných organizací uváděli, že participují na pracovních skupinách komunitního plánování Magistrátu města Ostrava (viz Graf 2). Někteří uváděli členství ve více pracovních skupinách a 18 respondentek neuvedlo žádnou pracovní skupinu. To je zajímavé, neboť by to mohlo znamenat, že téměř čtvrtina respondentů se na komunitním plánování nepodílí vůbec.

Graf 2 Členství v pracovních skupinách



Výzkum se zaměřil také na četnost, s jakou se respondentky setkávají s problematikou závislosti ve své každodenní praxi (viz Graf 3). Odpovídaly na otázku, která mapovala, jak často se ve své organizaci setkávají s problematikou závislosti, a to látkovou i nelátkovou. Odpovídaly na škále 0–4, kdy nula znamenala, že se s touto problematikou nesetkávají *vůbec*, jednička značila, že se s ní setkávají *výjimečně*, dvojka *pravidelně*, trojka *často* a čtyřka znamenala, že se s problematikou závislosti setkávají *velmi často*.

Graf 3 Prevalence závislosti ve službách



Z výsledků vyplývá, že **závislosti představují téma, se kterým se většina dotázaných setkává pravidelně až velmi často**, což potvrzuje jeho vysokou relevanci napříč různými typy služeb.

Rozhovory ve službách

Souběžně jsme se pomocí polostrukturovaných rozhovorů (individuálních i skupinových), fokusní skupiny a World Café pokusili zmapovat témata, silné stránky, vize a potřeby služeb pro lidi se závislostí v Ostravě. Cílem šetření bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: **Jak pracovníci a pracovníce sociálních a zdravotních služeb v Ostravě interpretují vývoj a současný stav systému podpory pro lidi se závislostí a jaké další kroky vnímají jako užitečné k jeho dalšímu rozvoji?**

Rozhovory byly realizovány od **20. 5. do 11. 8. 2025**. Byly vedeny s pracovníky a pracovníci sociálních a zdravotních služeb, jejichž cílovou skupinu tvoří lidé se závislostí nebo jejichž klienti a klientky vykazují znaky závislostního chování. Individuální, skupinové rozhovory a fokusní skupinu vedli dva výzkumníci a jedna výzkumnice buď samostatně, nebo ve dvojici. Informanty byli pracovníci a pracovníci zaměstnaní na různých pozicích s délkou praxe od 1 do 30 let. Délka rozhovoru se nejčastěji pohybovala okolo jedné hodiny. Celkem bylo realizováno deset individuálních rozhovorů (KP), sedm skupinových rozhovorů (SK) a jedna fokusní skupina (FG). Nadto bylo realizováno World Café v délce 2,5 hodiny. Tvorba dat celkově zahrnovala **43 účastníků a účastnic** (viz Tabulka 1).

Při sestavování scénáře **World Café** (příloha 4) jsme vycházeli z Analýzy drogové scény z roku 2015 (Černý, Szotáková, 2015) a prvního skupinového rozhovoru. Metoda World Café umožňuje středním a větším skupinám účastníků sdílet zkušenosti a názory a hledat odpovědi na předem stanovené otázky. Jedná se o méně strukturovanou metodu, při níž je vítaná různorodost perspektiv. Účastníci navržená témata diskutovali a doplňovali. V rámci vytvořených skupin byly nakonec diskutovány tři hlasováním vybraná témata: (1) **spolupráce mezi službami**, (2) **potřeby uživatelů**, (3) **digitální závislosti**. Účastnice se ve skupinách střídaly po 20 minutách. Jednotlivé skupiny byly facilitovány dvěma moderátorkami a jedním moderátorem. V závěru byli přítomni seznámeni s výsledky z diskusních skupin a proběhla závěrečná diskuse a vyhodnocení. V jednotlivých skupinách i závěrečné diskusi byl pořízen záznam na diktafony. Účastníci a účastnice udělili informovaný souhlas ústně.

Na základě vytvořených dat jsme sestavili scénář návazných rozhovorů, který byl použit při další tvorbě dat v rámci fokusní skupiny (FG), individuálních (KP) a skupinových rozhovorů (SK) (viz příloha 2). Otázky byly kladeny volně, dle vývoje rozhovoru. Struktura rozhovoru byla inspirována **oceňujícím zkoumáním** (Bushe, 2012). V rámci rozhovorů jsme se zaměřovali na různorodé (profesní i osobní) zkušenosti v rámci pěti okruhů: (1) **definice**: určení strategického zaměření a formulace témat, (2) **objevování**: identifikace procesů, které dobře fungují, (3) **snění**: vizualizace procesů, které by dobře fungovaly v budoucnosti, (4) **plánování**: procesy, které by fungovaly dobře, (5) **budoucnost**: možnosti implementace navrženého designu. Rozhovory byly nahrány na diktafon. Informanti a informantky udělili informovaný souhlas ústně.

Tabulka 1 Přehled informantek a informantů

Označení	Datum	Počet informantů	Pozice	Délka nahrávky
SK1	20.5.	1	Koordinátorka	51:37
		1	Vedoucí služby	
World Café	6.6.	15	Pracovní skupina MMO	3:47:46
FG1	16.6.	4	Sociální pracovnice	1:56:00
			Sociální pracovnice	
			Kombinovaná pozice	
			Koordinátorka	
KP1	26.6.	1	Sociální pracovnice	1:08:00
SK2	3.7.	2	Sociální pracovnice	49:26
			Sociální pracovník	
KP2	3.7.	1	Vedoucí sociální služby	1:01:00
KP3	3.7.	1	Sociální pracovník, terapeut	1:22:00
KP4	4.7.	1	Dluhová poradkyně	43:00
SK3	8.7.	2	Psycholog	51:06
			Sociální pracovnice	
KP5	9.7.	1	Vedoucí služeb	31:49
KP6	10.7.	1	Vedoucí služeb	1:11:00
KP7	15.7.	1	Vedoucí služby	1:24:00
SK4	18.7.	2	Vedoucí služby	28:02

			Sociální pracovníce	
KP8	21.7.	1	Terapeutka	1:14:00
SK5	22.7.	2	Sociální pracovníce	1:02:00
			Sociální pracovníce	
KP9	25.7.	1	Sociální pracovníce, terapeutka	58:09
SK6	29.7.	2	Terapeut, metodik	1:09:03
			Lektorka, sociální pracovníce	
SK7	5.8.	2	Sociální pracovníce	1:11:36
			Psycholožka	
KP10	11.8.	1	Vedoucí služby	1:01:03
		43		22:37:00

Nahrávky byly dále doslovně přepsány za asistence AI nástroje Beey, zkontrolovány a upraveny dle nahrávek výzkumníků. Transkribovaná data v Microsoft Word byla dále zpracovávána v softwarovém nástroji MAXQDA, který umožňuje zpracovat větší množství kvalitativních dat. Data byla v nástroji zpracována prostřednictvím otevřeného kódování a dále byla analyzována za využití strukturující kvalitativní obsahové analýzy (Kuckartz, Rädiker, 2023), která umožňuje sestavit a strukturovat data tak, aby bylo možno hlouběji pochopit jejich význam a kontext. Data kódovala jedna výzkumnice a jeden výzkumník, přičemž výzkumník nejdříve vytvořil z dat základní kódovník, který byl následně po celou dobu analýzy otevřený, bylo možno upravovat jednotlivé kategorie a brát v potaz nové skutečnosti, které se objevily během analýzy.

Fokusní skupiny a rozhovory s lidmi se zkušeností se závislostí

Do výzkumu byly zahrnuty také výpovědi lidí se zkušeností se závislostí. Za tímto účelem se uskutečnily **tři fokusní skupiny (FG1, FG2, FG3) a jeden polostrukturovaný rozhovor (PR)**. Celkem se jich zúčastnilo **14 osob (5 žen, 9 mužů) ve věku od 14 do 56 let**. Cílem těchto setkání bylo (1) identifikovat okruhy potřeb lidí se zkušeností se závislostí žijících v Ostravě, (2) určit bariéry, které znesnadňují naplňování jimi identifikovaných potřeb, a (3) pojmenovat faktory, které by naopak přispěly ke zlepšení jejich života.

Fokusní skupiny a polostrukturovaný rozhovor probíhaly v období **od 14. 7. do 10. 9. 2025**. Výběr informantek a informantů u prvních dvou skupin (FG1, FG2) se uskutečnil prostřednictvím samovýběru – výzkumníci připravili informační leták s termíny setkání, který byl distribuován skrze poskytovatele sociálních služeb a zveřejněn na facebookových stránkách Sociopointu a Klubu Absolvent & Recovery koučové, z. s. S jedním ze zájemců o účast na fokusní skupině, kterému nevyhovoval žádný z termínů fokusních skupin, byl sjednán individuální rozhovor (PR). Po vyhodnocení prvních dvou fokusních skupin byla uskutečněna ještě jedna fokusní skupina (FG3) s cílem zahrnout zkušenosti mladších osob. Výběr informantek a informantů proběhl selektivně, a to ve spolupráci s Institutem prevence, z. s., který výzkumníkovi zprostředkoval kontakt s účastníky terapeutické skupiny.

Fokusní skupiny byly spolufacilitovány vždy jedním recovery koučem² z Klubu Absolvent & Recovery koučové, z. s., aby byl posílen pocit důvěry a bezpečí. V rámci výzkumu vyplňovali zapojené informantky a informanti také vstupní dotazník se sociodemografickými údaji a informacemi o své zkušenosti se závislostí (viz tabulka 2). Scénář rozhovorů byl koncipován do tří částí: (1) úvodního seznámení a navázání kontaktu, (2) hlavní části zaměřené na výzkumné cíle a (3) závěrečné reflexe (viz příloha 3). Průběh rozhovorů byl nahráván na diktafon, s výjimkou poslední fokusní skupiny (FG3), na níž jedna z informantek odmítla nahrávání, a výzkumník si tedy zapisoval poznámky ručně. Informantky a informanti poskytli souhlas s využitím svých výpovědí v anonymizované podobě, a to ústní formou před zahájením rozhovorů.

² Recovery kouč je osoba se zkušeností se závislostí, která prošla výcvikem a aktivně využívá svůj příběh a zkušenosti k podpoře zotavování ostatních.

Tabulka 2 Přehled informantek a informantů se zkušeností se závislostí (dle údajů ze vstupních dotazníků)

Formát	Pohlaví	Věk	Druh látky či aktivity mimo kontrolu	Doba látky či aktivity pod kontrolou	Vyhledaná pomoc
FG1	Žena	43	Alkohol	6 až 12 měsíců	Pobytová služba, ambulantní služba, následná péče
FG1	Muž	56	Pervitin, alkohol	Méně než 30 dní	Pobytová služba, ambulantní služba
FG1	Muž	51	Hazard	Méně než 30 dní	Léčba závislosti Věznice Opava, následná péče
FG1	Žena	34	Pervitin, alkohol automaty	Méně než 30 dní	Pobytová služba, ambulantní služba, následná péče, svépomocná skupina
FG1	Muž	48	Pervitin, alkohol	6 až 12 měsíců	Pobytová služba, následná péče
FG1	Muž	31	Pervitin, hazard	Déle než 2 roky	Pobytová služba, ambulantní služba, následná péče, svépomocná skupina, výcvik v recovery koučování
FG2	Muž	40	Pervitin, marihuana, alkohol, MDMA, Quetiapin, Lyrica	-	Soudní léčba ve výkonu trestu, ambulantní služba
FG2	Muž	44	Pervitin, alkohol, hazard	12 měsíců až 2 roky	Pobytová služba, ambulantní služba, následná péče, svépomocná skupina
FG2	Muž	31	Pervitin, hazard	Déle než 2 roky	Pobytová služba
PR	Muž	46	Pervitin, alkohol	6 až 12 měsíců	Pobytová služba, následná péče
FG3	Žena	16	-	-	-
FG3	Muž	14	Alkohol, tráva	Méně než 30 dní	-
FG3	Žena	15	Nervy, drogy	Méně než 30 dní	Rodina, přátelé
FG3	Žena	15	Vapo, sociální sítě, smutek	30 dní až 6 měsíců	Přátelé

Z vytvořených dat byly pořízeny různé formy záznamů. Nahrávka z individuálního rozhovoru (PR) byla transkribována za asistence AI nástroje Beey, v případě dvou fokusních skupin (FG1, FG2) byla k přepisu nahrávek využita externí služba a u třetí fokusní skupiny (FG3) byly použity detailní poznámky sepsané výzkumníkem. V dalším kroku byla data analyzována jedním výzkumníkem, který z textů a poznámek identifikoval klíčová témata. Ta byla následně roztříděna s využitím konceptu kapitálu pro zotavení do čtyř oblastí: lidského, fyzického, sociálního a kulturního kapitálu (Bowen et al., 2023).

Limity designu i předkládané analýzy

S naší analýzou se pojí také určité limity. Předně studie vznikla ve velmi úzkém časovém rozmezí, takže nebyl dostatek prostoru pro soustavnější a dlouhodobější analýzu. S tím také souvisí naše navázání na studii realizovanou v roce 2015, kterou jsme byli do určité míry vázáni z důvodu porovnatelnosti poznatků. Proto jsme zvolili explorativní charakter (viz Stebbins, 2001), ale ne v častěji využívané variantě, kdy se do hloubky prozkoumává nějaký parciální výzkumný problém, nýbrž ve smyslu prozkoumání, co se obecně změnilo v Ostravě v souvislosti se závislostmi. Naše analýza tedy nenabízí hlubší poznatky například

k jednotlivým typům závislostí, ale předkládá spíše přehled o současné situaci, kterou je potřeba v případě zájmu dále prozkoumávat do hloubky cílenějším a dlouhodobějším výzkumem. Vedle toho je pak jasným limitem cílení na jedno specifické město, což limituje přenositelnost poznatků (Polit et al., 2010). Přesto se domníváme, že uvedené poznatky mají potenciál být užitečné i v jiných souvislostech a lze je přenášet do jiných kontextů, zejména ve smyslu principu zřetězení různých studií (Stebbins, 2001).

Analytická část



Analýza a interpretace dat

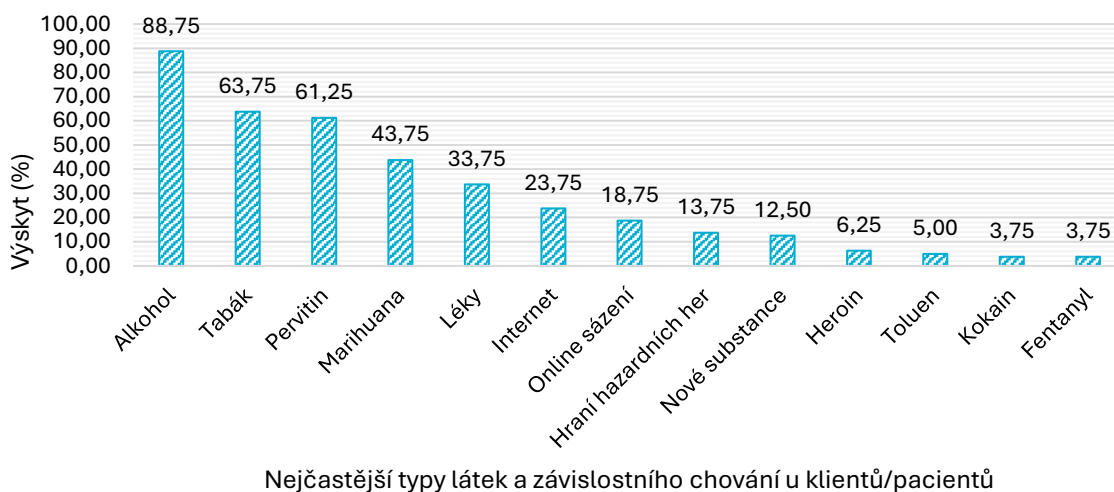
Zde shrnujeme zjištění, které jsme zaznamenali v rozhovorech s lidmi se zkušeností a s pomáhajícími pracovníky a pracovníkyněmi. Data také zahrnují analýzu odpovědí na otázky z dotazníků. Představené poznatky dále kombinujeme a dáváme do kontextu s jinými analýzami a literaturou. Z těchto podnětů budeme dále formulovat výsledná doporučení.

Prevalence závislostí a trendy v ČR a Ostravě

V obecném měřítku se v ČR stále drží v popředí závislostí **tabák a alkohol**, kdy denních kuřáků je mezi 1,5 a 2 miliony a rizikové pití alkoholu připadá na 1,3 až 1,6 milionů osob (Chomynová, et al., 2024b; Chomynová, et al., 2025a). Zejména alkoholová závislost je následně ve srovnání s ostatními státy velmi prevalentní, když ČR stabilně a dlouhodobě patří v průměrné spotřebě alkoholu na jednu osobu (160,3 litru na osobu v roce 2023) do předních příček konzumace alkoholu na světě a je první v EU. To je významné zejména s ohledem na skutečnost, že osoby, které žijí se závislostí na alkoholu, umírají v průměru o 24 let dříve než osoby z běžné populace. Zatímco závislost na alkoholu je dlouhodobě více prevalentní u mužů než žen, významná je také z hlediska věkových skupin, kdy v roce 2021 až 14 % starších dospělých (55 let a více) konzumovalo alkohol rizikově, 14 % alkohol kombinovalo s léky na předpis nebo volně prodejnými léčivými, 20 % alkohol kombinovalo s léky na depresi a 16 % s léky na úzkost a nespavost. Zároveň oproti jiným věkovým skupinám deklarovali starší dospělí častěji denní pití alkoholu oproti jiným věkovým skupinám (Dvořáková, Chomynová, 2024; Chomynová et al., 2025a). Zároveň je alkohol významnou látkou i pro mládež a dospívající osoby, kdy v roce 2023 alkohol v posledních 12 měsících konzumovalo 37 % žáků a žaček ZŠ ve věku 11 až 15 let a 82 % studujících SŠ ve věku 15 až 19 let. Tato zkušenost je přitom v mezinárodním srovnání nadprůměrně vysoká. To koresponduje s kulturním významem alkoholu a jeho konzumace, kdy v roce 2023 89 % české veřejnosti považovalo pravidelné nebo občasné pití alkoholu za přijatelné a téměř polovina respondentů a respondentek přitom viděla konzumaci dvou a více sklenic alkoholu denně jako bezrizikovou nebo málo rizikovou (Chomynová et al., 2025a).

Tyto trendy se potvrzovaly i v našem výzkumu a datech, která jsme získali. V námi realizovaném dotazníkovém šetření ve službách v Ostravě nás v jedné otázce zajímalo, s jakým typem látek / závislostního chování má klientela služeb největší potíže. Respondenti a respondentky mohli vybrat 1 až 3 odpovědi, což pak vytvořilo určitou škálu nejčastěji zmiňovaných látek / procesů. Jak je vidět na grafu 4, v popředí se drží poměrně suverénně alkohol, následovaný tabákem, pervitinem, marihuánou, léky, internetem, online sázením, hraní hazardních her, nové substance, heroín, toluen, kokain a fentanyl.

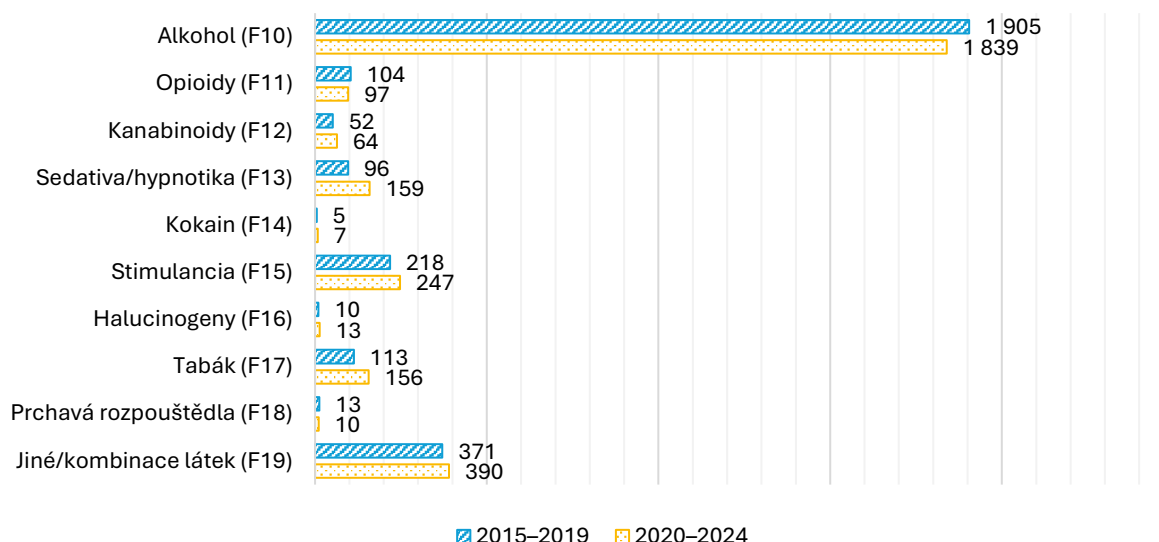
Graf 4 Prevalence závislostí v realizovaném kvantitativním výzkumu



Trendy v Ostravě jsme také zjišťovali z dat pocházejících z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS). Jedná se o registr spravovaný Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), který nám je poskytl na základě písemné žádosti. Tato data zachycují vývoj počtu pacientů a patientek s vykázanou péčí pro diagnózy F10–19 (poruchy duševní a chování způsobené užíváním psychoaktivních látek) a F63.0 (patologické hráčství) v okrese Ostrava-město v letech 2015–2024. V registru se nacházejí pacienti a patientky, jejichž péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění; nejedná se tedy o celkovou prevalenci duševních obtíží souvisejících s problémovým užíváním psychoaktivních látek či gamblingem. Pro popis dlouhodobého trendu je zvoleno srovnání průměrného počtu pacientů a patientek ve dvou po sobě jdoucích pětiletých obdobích: 2015–2019 (I. období) a 2020–2024 (II. období). Tento postup byl zvolen s ohledem na výkyvy v počtech pacientů a patientek zaznamenaných v letech, v nichž probíhala pandemie covidu-19.

Jak je vidět na grafu 5, hned po alkoholu (F10) se potíže pacientů a patientek nejčastěji pojí se stimulancii (F15), kam spadá mimo jiné pervitin, dále se sedativy či hypnotiky (F13) a tabákem (F17). Při srovnání I. a II. období je patrný **pokles relativního zastoupení alkoholu (o 4,4 %) a opioidů a nárůst diagnóz spojených se stimulancii, sedativy či hypnotiky a tabákem**. Taktéž se zvýšil absolutní počet pacientů, jejichž potíže jsou spojeny s užíváním vícero psychoaktivních látek anebo jiných typů látek mimo kategorie F10–18.

Graf 5 Počet lidí s diagnózami F10–19 v okrese Ostrava-město podle kategorií psychoaktivních látek



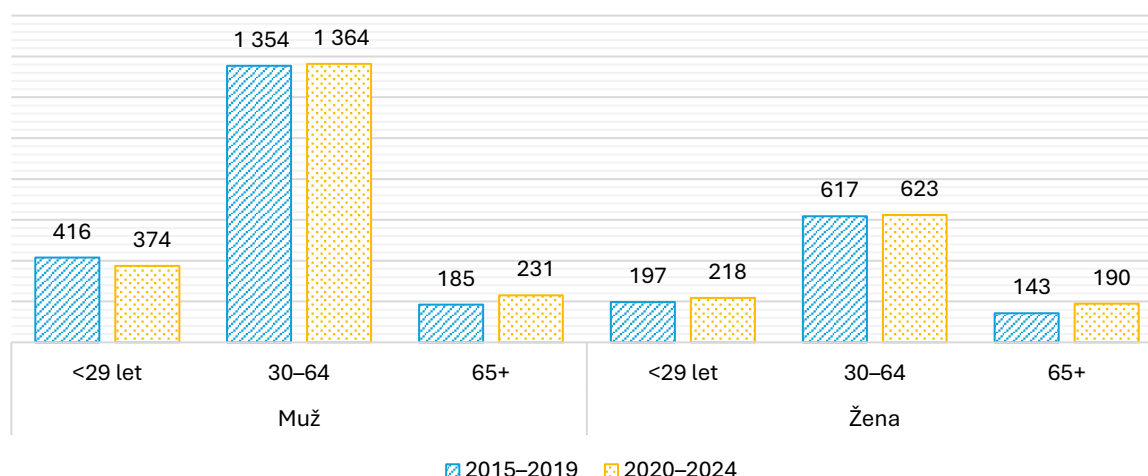
Zdroj: NHRZS (2025)

Co se týče počtu závislých osob, **v období 2020–2024 činil průměrný počet pacientů a patientek s diagnózami F10–19 a F63.0 v okrese Ostrava-město tři tisíce, z nichž přibližně třicet představují pacienti s diagnózou patologického hráčství**. Celkový počet pacientů **vzrostl mezi dvěma sledovanými obdobími o 3,0 %** (celorepublikově byl přitom zaznamenán nárůst o 6,8 %).

Z grafu 6 lze vyčíst, že **nejpočetnější skupinu tvoří muži ve věku 30 až 64 let** (přibližně 45 % všech pacientů). Vzrůstající tendence je zaznamenána zejména u osob starších 65 let. Naopak poklesl počet mužů do 29 let, zatímco počet žen ve stejné věkové kategorii se zvýšil.

Změny ve věkové struktuře pacientů mohou souviset s obecnými demografickými trendy, jako je zvyšování průměrného věku v české populaci. Nižší nárůst počtu pacientů v okrese Ostrava-město oproti situaci v ČR může být dále ovlivněn klesajícím počtem obyvatel v regionu.

Graf 6 Počet lidí s diagnózami F10–19 a F63.0 v okrese Ostrava-město podle věku a pohlaví



Zdroj: NHRZS (2025)

Alkohol a tabák

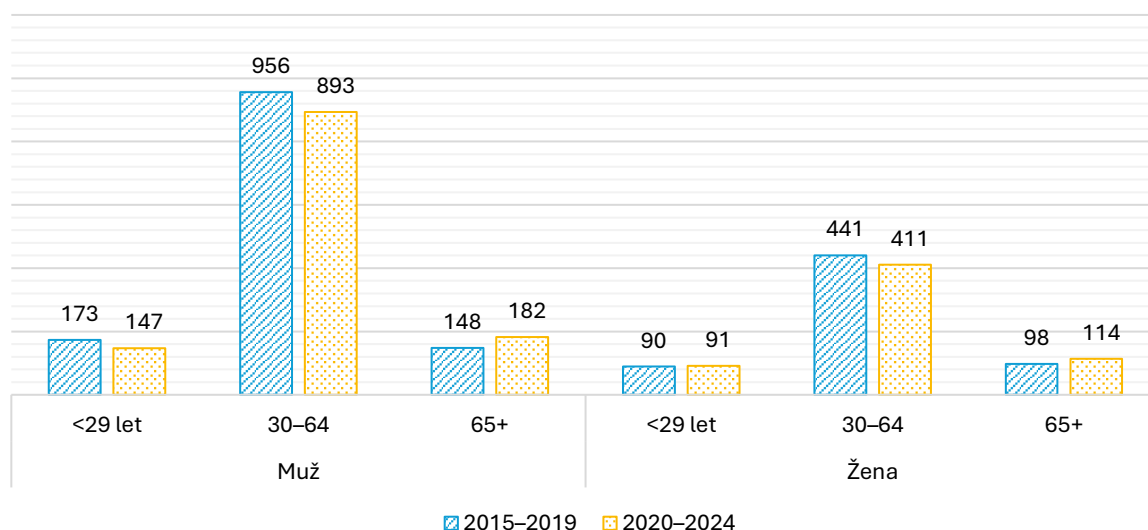
Jak uvádíme výše, alkohol měl v našem výzkumu dominantní postavení. Nejvíce, **88,75 %** respondentů a respondentek (viz graf 4), uvádělo, že jejich klientela má **závislost na alkoholu**, což je zároveň nárůst oproti zprávě z roku 2015 (Černý, Szotáková, 2015). Velká kulturní akceptace alkoholu i trend v jeho velmi vysoké konzumaci byl patrný i v rozhovorech, které jsme vedli v organizacích. Někdy však ve službách zaznívalo, že alkohol je oproti minulosti vnímán, nebo začíná být vnímán jako riziková látka:

„V minulosti se to neřešilo, prostě chlastala celá republika, ale nebyl to primárně, bylo prostě řešení těch jako závislostí v oblasti toxik: pervitin, opiáty prostě a další tady tyhlencty látky, takže si myslím, že to bude i tím, že už i alkohol je bráný jako prostě závislost a řeší se jako závislost [...]“
(informantka z rozhovoru)

To má vliv i na podobu služeb, která je v tomto ohledu více než v minulosti zaměřena na řešení závislosti na alkoholu, přičemž služby (například doléčovací), které byly předtím primárně určené pro osoby závislé na nelegálních látkách, se více „otevírají“ i osobám závislým na legálních drogách. Někteří informanti a informantky možná právě kvůli větší pozornosti věnované alkoholu uváděli, že z jejich pohledu ubývá osob závislých na alkoholu, respektive že jich ve službách, v nichž působili, není tolik, kolik jich bývalo v minulosti. Jeden informant v tomto ohledu uváděl, že se alkoholová závislost v jejich službě spíše přesouvá do gamblingu a hraní hazardních her. To podle jiných informantů a informantek souvisí s rozvojem online gamblingu, který se tak stal dostupnějším (viz dále).

Zvyšující se relevanci závislosti na alkoholu pak dokládají také data z NRHZS. Jak je patrné z grafu 5 výše, pacienti a pacientky s potížemi souvisejícími s užíváním alkoholu (F10) tvoří nejpočetnější skupinu napříč oběma obdobími, což odpovídá také celorepublikové situaci. Pokud se podíváme na alkohol podrobněji, pak v grafu 6 lze vidět, že **muž ve věku 30 až 64 let s diagnózou F10 je „typickým pacientem“ v rámci analyzovaného souboru**. Z porovnání I. a II. období ovšem vyplývá, že počet takových pacientů klesá, naopak roste počet pacientů závislých na alkoholu ve starším věku, a to u obou pohlaví, což může opět souviset se stárnutím populace, ale také s chronickým průběhem duševních poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek. Při podrobnějším pohledu na skupinu diagnóz F10–19 **tvoří nejpodstatnější podíl pacienti s diagnózou spojenou s užíváním alkoholu (F10)**, kteří představují přibližně 60 % případů.

Graf 7 Počet lidí s diagnózou F10 (alkohol) v okrese Ostrava-město podle věku a pohlaví



Zdroj: NHRZS (2025)

Tabákové výrobky byly v našem kvantitativním dotazníkovém šetření uváděny na druhém místě, kdy jej uvádělo 50 respondentů a respondentek (63,75 %; viz graf 4). V kvalitativním výzkumu více informantů a informantek uvedlo, že zejména u mladších osob tato forma závislosti přetrvává, nicméně přesouvá se do jiných podob, kdy se na místo klasických cigaret využívají buď elektronické cigarety, vaporizéry nebo nikotinové sáčky. Alternativy ke klasickým cigaretám jsou přitom lépe využitelné pro skryté užívání, například ve škole nebo jiných prostorech, jelikož nejsou tolik identifikovatelné podle zápachu. Jedna informantka pak měla pocit, že právě kvůli tomuto důvodu je kouření u mladších osob dostupnější a více prevalentní.

Nelegální drogy

V rámci nelegálních drog jsou v ČR nejčastěji užívané **konopné látky**, **MDMA**, **halucinogenní houby**, **stimulanty** (pervitin a kokain) a **opioidy** (zejména heroin a buprenorfin). Společensky největší újmu představuje rizikové užívání pervitinu (37 tisíc osob) a opioidů (9 tisíc osob), a to injekční aplikací (42 200 osob). Největší prevalence osob užívajících nelegální drogy rizikově je v Praze a Ústeckém kraji. Pokud se podíváme na užívání nelegálních drog z hlediska věku, pak je příznačné, že mladí lidé mají zkušenosti především s konopnými látkami (Chomynová et al., 2024c; Chomynová et al., 2025b). Podobně se pak vyjadřovali i respondenti a respondentky v našem dotazníkovém šetření (viz graf 4), kdy pervitin byl na třetím místě v prevalenci a uvádělo jej 61,25 % klientek a klientů, což znamenalo oproti minulé zprávě z roku 2015 (Černý, Szotáková, 2015) také nárůst. Hned za pervitinem následovala marihuana (43,75 %). Naopak celkem marginálně pak byly v našem dotazníkovém šetření zastoupeny zejména heroin (6,25 %), tolueen (5 %), kokain (3,75 %) a fentanyl (3,75 %).

Silně přetrvávající trend užívání pervitinu v **Ostravě byl tematizován i informanty a informantkami v našem realizovaném kvalitativním výzkumu, kdy pervitin byl vnímán jako stále dominantní nelegální látka.**

V rámci problematiky závislostí se odhaduje počet osob, které užívají nelegální drogy (metamfetamin, opiáty nebo kokain) problémově, což podle European Union Drug Agency (EUDA, dříve EMCDDA) znamená nitrožilní užívání a/nebo pravidelné a dlouhodobé užívání. Podle posledních odhadů z roku 2023, které jsou založeny na multiplikaci počtů klientů nízkoprahových služeb, je v ČR celkem 47 200 osob, které užívají drogy problémově (Chomynová et al., 2024c). Pokud se podíváme touto optikou na regionální a lokální

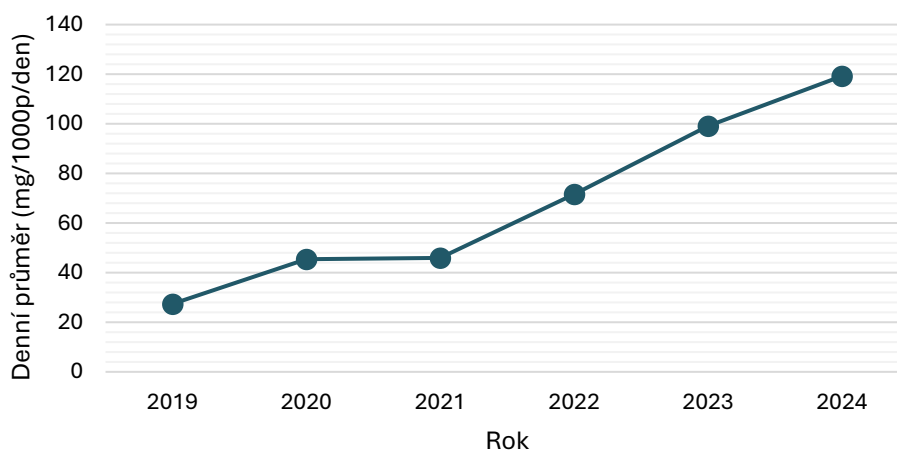
úroveň, pak v Moravskoslezském kraji je jich 4 500, což činí 5,88 užívajících osob na 1000 obyvatel (Chomynová et al., 2024c). Pokud bychom toto číslo jednoduše přepočítali na počet obyvatel Ostravy, pak by vycházelo, že se na území Ostravy (pokud budeme počítat, že podle ČSÚ má město v současnosti 283 000 obyvatel)³ vyskytuje přibližně 1 664 osob problémově užívajících drogy. Nicméně, jak poznamenali Černý se Szotákovou (2015), je potřeba mít na paměti, že koncentrace uživatelů a uživatelék drog je v centrech a velkých městech větší než v malých obcích. Pokud se tedy na zmíněný poměr na 1 000 obyvatel podíváme optikou hustoty osídlení, pak můžeme využít skutečnosti, že Praha je zároveň kraj i město, tudíž u ní známe jak poměr uživatelů a uživatelék drog na 1 000 obyvatel, tak hustotu osídlení (2 876), takže můžeme vypočítat kolik uživatelů a uživatelék vychází na jeden kilometr čtvereční (24,6). U Ostravy známe pouze hustotu osídlení (město Ostrava uvádí údaj 1 500), přičemž zbylý koeficient počtu uživatelů/uživatelék na kilometr čtvereční můžeme dopočítat a činí 12,8. Když tento koeficient využijeme a vynásobíme jím rozlohu Ostravy (214 kilometrů čtverečních), vyjde nám číslo zhruba 2 739 problémových uživatelů a uživatelék na území Ostravy. Podobný ale trochu jiný přepočet nabídli i Černý a Szotáková, kdy sestavili „*koeficient, který určuje, kolikrát stoupá počet PDU oproti očekávanému počtu PDU při prostém přepočtení na množství obyvatel*“ (Černý, Szotáková, 2015, s. 12). Tento koeficient propočítali na 2,11, což znamená, že tímto číslem je potřeba ještě vynásobit prostý přepočet uživatelů a uživatelék na 1 000 obyvatel. Pokud jej použijeme, pak počet osob užívajících nelegální drogy problémově vychází v Ostravě zhruba na 3 511 (pro srovnání, v roce 2013 byl počet 2 702). Drtivou většinu (přes 95 %) tvoří uživatelé pervitinu a velká část (80 %) osob užívajících problémově pak užívá drogy injekčně (Chomynová et al., 2024c).

Je nutné uvést, že zmíněná čísla jsou pouze odhady a je nutné je chápat spíše s ohledem na trend, tedy jejich snižování, stagnaci nebo zvyšování, kdy je vidět, že **počet osob problémově užívajících drogy v Ostravě dlouhodobě stoupá**. Nicméně i sledování těchto trendů může být problematické, jelikož není jasné, co pohyby způsobilo, zda opravdu nárůst osob potýkajících se se závislostí nebo například dostupnější a přívětivější sociální služby, které „zviditelnily“ klientelu, jež v terénu vždy byla, ale služby nevyužívala (Černíková et al., 2024). Nicméně snaha sledovat a popsat tuto skupinu je velmi důležitá, neboť se jedná o množinu, která je velmi zranitelná a potýká se s vysokou mírou újmy, ať už ve svém blízkém okolí nebo ve společnosti, a zároveň újmu také sama vytváří. V tomto ohledu by tedy právě na ni měly primárně cílit intervence a poskytované služby.

Zajímavým údajem, který poskytuje další specifický pohled na prevalenci užívání drog, je **analýza odpadních vod** na přítomnost a četnost metabolitů drog. Takovou analýzu v evropském měřítku realizuje EUDA (2025), přičemž výhodou této analýzy je skutečnost, že poskytuje data i z řady evropských měst, včetně Ostravy. EUDA se zaměřuje na kokain, konopí, amfetaminy, metamfetaminy, MDMA a ketamin. V této zprávě se budeme věnovat pouze látkám, které jsou nejvíce prevalentní v ČR, a to pervitinu, kokainu, konopí a MDMA. Analýza samotná pak nabízí průměrnou prevalenci metabolitů v časové řadě několika let a také průměrnou prevalenci metabolitů v jednotlivých dnech v průběhu týdne. Pokud se podíváme na prevalenci metabolitů kokainu, konopí a MDMA, pak můžeme vidět (graf 8), že spotřeba kokainu v posledních letech v Ostravě vzrůstá, což je do velké míry dáno jeho větší cenovou dostupností a také zdražujícím se pervitinem (Chomynová et al., 2024c). Je zajímavé, že to nekorresponduje s naším dotazníkovým šetřením, kde respondenti a respondentky kokain v podstatě skoro vůbec neuváděli (viz graf 4), přičemž výjimku tvořil jeden informant v kvalitativní části, který uvedl, že se s kokainem setkává častěji, než tomu bylo dříve. Tento rozpor jde vysvětlit tak, že kokain užívají osoby, které jsou na tom ekonomicky zpravidla lépe a „navenek“ dokážou fungovat v běžném životě (takže jejich závislost je skryta), případně jsou schopny si pomoc zaplatit, takže nevyhledávají a nevyužívají sociální služby (například Kupka et al., 2022), případně užívají kokain rekreačně.

³ Viz https://csu.gov.cz/docs/107815/747062c2-4cc5-8434-56b3-add21c519955/mesta_msk_2024.pdf?version=1.2

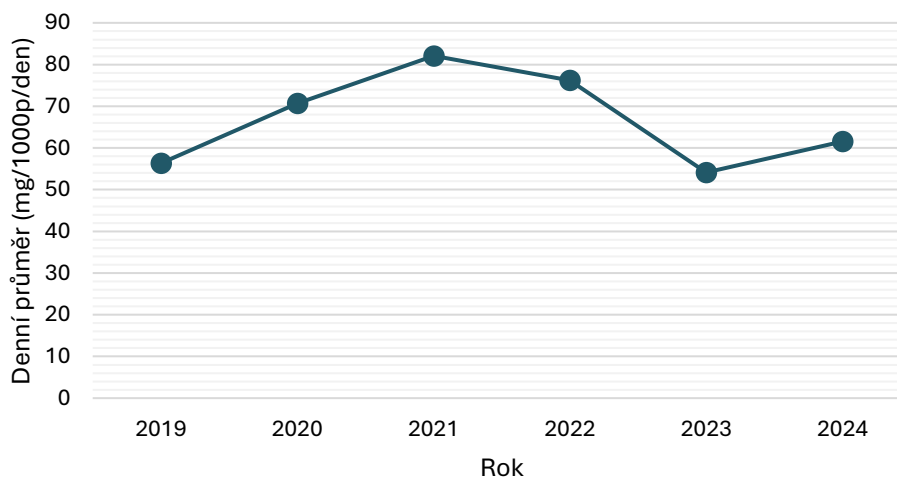
Graf 8 Prevalence metabolitů kokainu 2019–2024 v Ostravě



Zdroj: EUDA (2025)

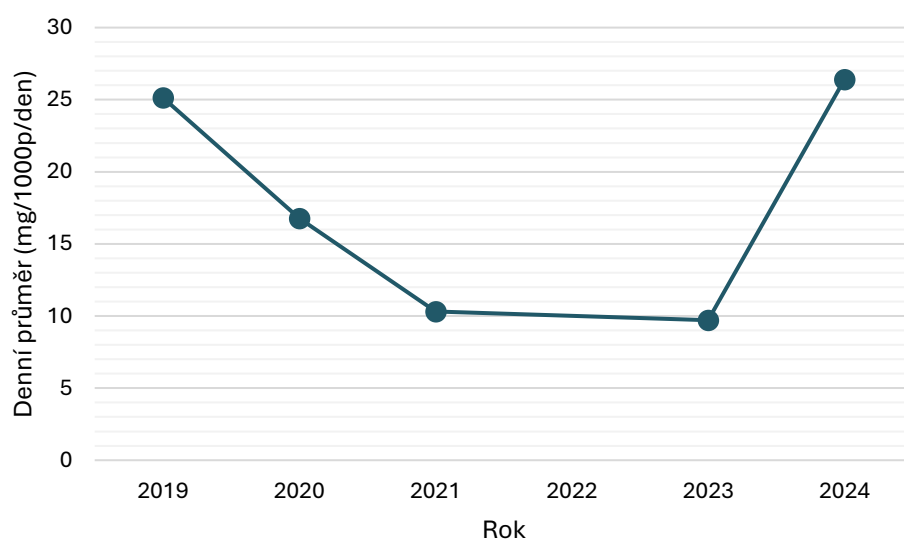
Spotřeba konopí a MDMA pak kolísá (graf 9 a 10), přičemž na toto kolísání měla zřejmě vliv pandemie covidu-19. Jak je vidět na grafu 10, se začátkem protipandemických opatření, která na dlouhou dobu zavřela řadu zábavních podniků, kde se MDMA užívalo, spotřeba této drogy prudce klesla a držela se nízko celou dobu, kdy byla nařízení v platnosti. Spotřeba se na původní úroveň zvýšila až v posledním roce. To se zřejmě odrazilo na spotřebě konopí (viz graf 9), které je častěji spojeno i s užíváním v soukromí, což mohlo sloužit jako určitá kompenzace za nemožnost chodit do zábavních podniků.

Graf 9 Prevalence konopí 2019–2024 v Ostravě



Zdroj: EUDA (2025)

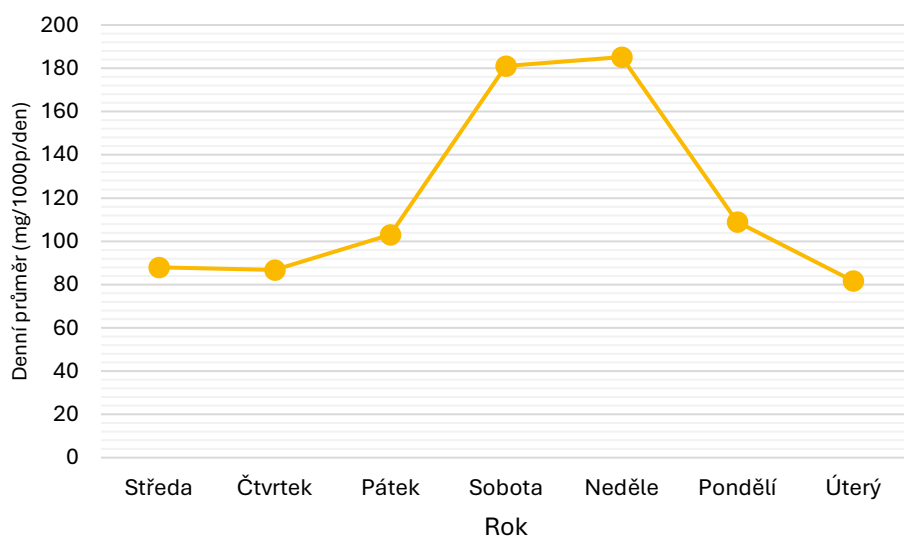
Graf 10 Prevalence MDMA 2019–2024 v Ostravě



Zdroj: EUDA (2025)

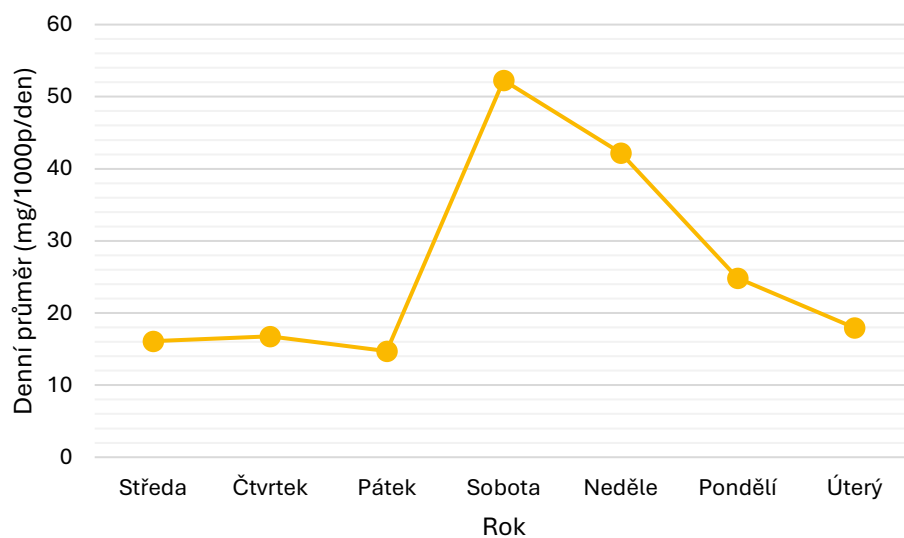
Pokud se podíváme, jak je rozložena spotřeba těchto drog ve dnech v týdnu, pak můžeme na grafech 11, 12 a 13 vidět v podstatě totožný trend, a sice že kokain, MDMA a částečně i konopí jsou typické rekreační drogy, které se užívají za účelem zábavy o víkendech. U konopí je pak zřejmější jeho větší užívání i během pracovního týdne.

Graf 11 Prevalence metabolitů kokainu v Ostravě dle dnů v týdnu



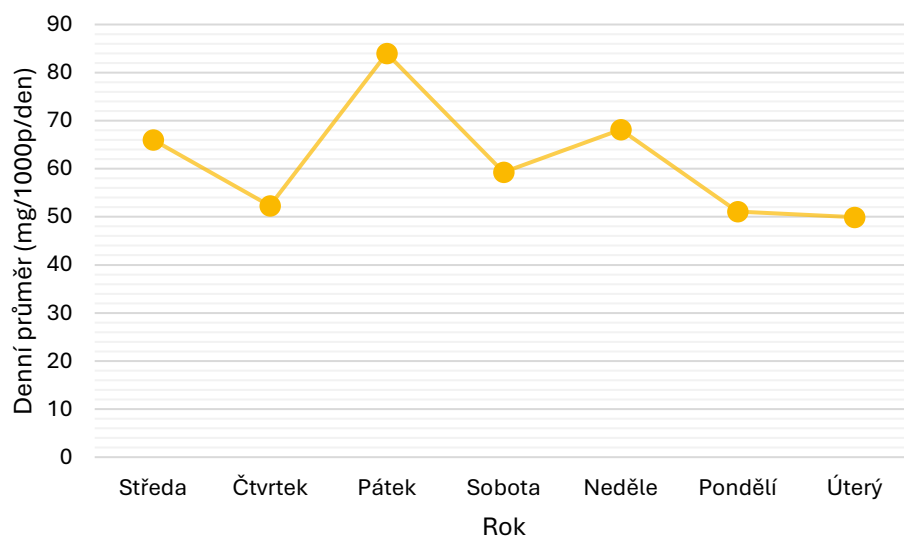
Zdroj: EUDA (2025)

Graf 12 Prevalence MDMA v Ostravě dle dnů v týdnu



Zdroj: EUDA (2025)

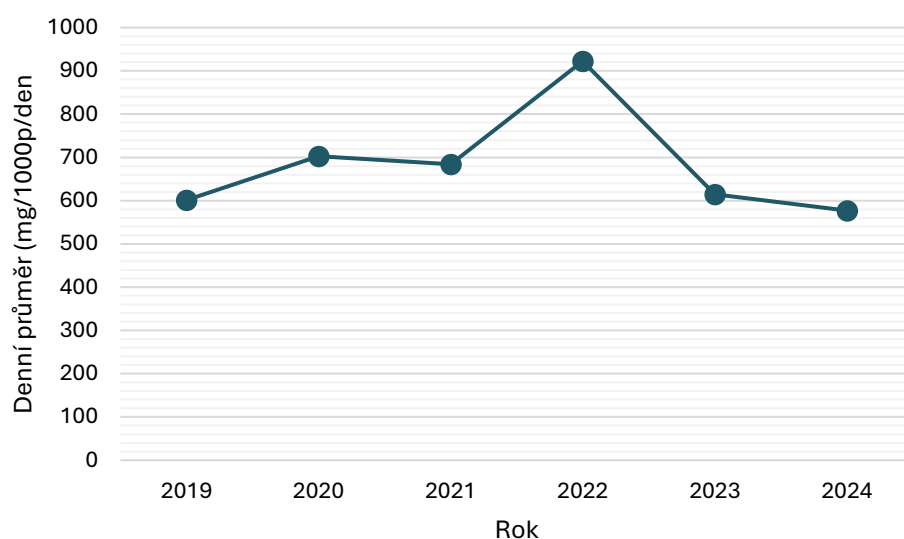
Graf 13 Prevalence konopí v Ostravě dle dnů v týdnu



Zdroj: EUDA (2025)

Jiná situace je patrná u užívání pervitinu, jehož užívání je v čase stabilní s menším výkyvem v roce 2022 (viz graf 14). Nicméně podíváme-li se na jeho spotřebu během týdne, pak je patrné, že jeho spotřeba je stabilní (viz graf 15).

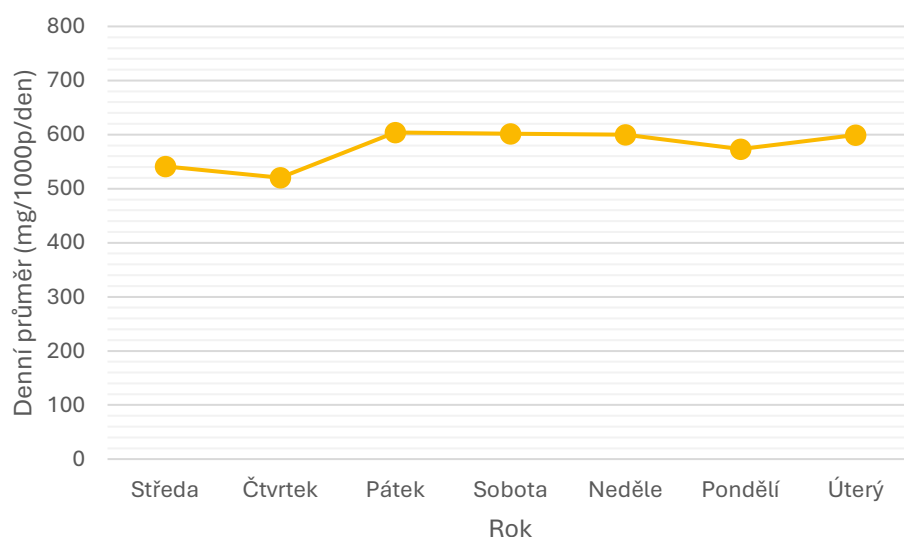
Graf 14 Prevalence pervitinu 2019-2024 v Ostravě



Zdroj: EUDA (2025)

V souvislosti se stabilní spotřebou užívání pervitinu je příhodné poukázat, že to souvisí s výše uvedenými trendy v ČR, a sice že **nejvíce osob problémově užívající nelegální drogy v ČR užívá pervitin. Ostrava je následně v ČR a celkově v Evropě druhá v pořadí za Ústí nad Labem v četnosti přítomnosti metabolitů v odpadních vodách**, což ukazuje, že prevalence užívání pervitinu je v Ostravě ve srovnání s ČR (a Evropou) opravdu vysoká (EUDA, 2025).

Graf 15 Prevalence pervitinu v Ostravě dle dnů v týdnu



Zdroj: EUDA (2025)

Stabilita ve spotřebě během týdne pak ukazuje, že pervitin rozhodně není rekreační víkendová droga, ale látka, jejíž důvod užívání souvisí s každodenní sociální realitou. Tato realita může souviset s vysokou mírou traumatizace, kterou řada osob tlumí nebo se s ní vypořádává právě skrze drogy (Maté, 2022; v českém prostředí například Nepustil, 2014; Mertl, 2023). Vedle toho mohou být příčinou také neoliberalní kapitalistické hodnoty konkurence a tlaku na vysoký výkon, což pro řadu osob pracujících například

v průmyslových zónách, gastronomii nebo zdravotnictví znamená, že potřebují nějakou látku, aby tomuto tempu dostály (Franke et al., 2013; Sosna, Brunclíková, 2019; Chomynová et al., 2024c; Mertl, 2024a).

S ohledem na samotnou analýzu odpadních vod pak sama EUDA (2025) poznamenává, že se jedná o čistě orientační a trendový typ analýzy, z něhož není možné určit přesný počet osob užívající drogy, kategorizovat je nebo zjišťovat kvalitu drog. Jedná se o doplňkový pohled na celkovou spotřebu v populaci, který může odhalit zajímavé trendy. V tomto ohledu je patrné, že analýza mimo výše uvedených trendů také ukazuje, že užívání drog rozhodně není záležitostí pouze osob, které se potýkají se závislostí a problémovým užíváním nebo osob, které jsou marginalizované, ale dotýká se průřezově celé populace ČR i jednotlivých měst. Na to ostatně poukázala i studie (Kupka et al., 2022), která vzešla z výzkumu Brizolit věnovanému českým vyloučeným lokalitám a v níž se ukazuje, že marginalizované a nemarginalizované populace užívají drogy v podstatě ve stejné míře, liší se pouze kvalita užívaných látek.

Obecně se v posledních letech podle krajských zpráv ohledně užívání nelegálních drog drogová scéna více uzavírá a má tzv. **bytový charakter**, který je těžší zkoumat a také v něm intervenovat pomocí sociálních služeb. Druhou proměnou je „**periferizace**“ užívání nelegálních drog, kdy se drogová scéna v některých regionech přesouvá z velkých měst do menších (Chomynová et al., 2024c). K tomu mohou přispívat také agentury zprostředkující práce, které často působí i v menších obcích, kde mají například ubytovny, v nichž byl zaznamenán zvýšený výskyt užívání alkoholu i dalších nelegálních drog, které slouží **agenturním zaměstnancům a zaměstnankyním** k vyrovnání se s prekarizovanými podmínkami (Sosna, Brunclíková, 2019; Chomynová et al., 2024c; Mertl, 2024a).

V našem kvalitativním výzkumu se pak ukázaly tyto trendy jako přítomné i v Ostravě. Jeden informant mluvil o větší skrytosti celé drogové scény vlivem represivních opatření. Zároveň existuje trend, kdy se buď prekursor, nebo přímo levné drogy dováží z Polska, což má podle informantů a informantek vliv na jejich snižující se kvalitu. Kvalita drog pak byla určitým tématem sama o sobě, kdy jedna informantka uvedla, že její klientela často není informovaná, že se například pervitin může mísit s jinými látkami, aby se naředil, což má vedlejší účinky. Jiný informant přemýšlel, že nižší kvalita pervitinu může zvyšovat jeho dostupnost. Některé informantky a někteří informanti poukazovali, že se drogová scéna uzavírá také ve smyslu online nabídky, která zvyšuje dostupnost pro mladistvé a mladé dospělé. To jde ruku v ruce i s novými syntetickými látkami, které se dynamicky vyvíjejí.

Syntetické a přírodní látky

Relativně novými látkami, které často figurují v tzv. **šedé zóně** (jsou legální, dokud nejsou regulovány, aby pak vznikla nová syntetická varianta, která je legální, dokud není regulována) jsou **HHC a CBD produkty**, které spadají do skupiny syntetických látek. Do šedé zóny pak patří také přírodní látky, zejména **kratom**. Z dostupných analýz se ukazuje, že tyto látky jsou ve velké míře užívány zejména dospívajícími a mladými dospělými od 15 do 24 let a se vzrůstajícím věkem se užívání těchto látek snižuje. Zejména užívání kratomu se v posledních letech zvyšuje mezi (1) dospívajícími a mladými dospělými pro zvýšení koncentrace při učení a dodání energie při různých aktivitách; (2) dospělými ve věku 30 až 40 let jako doplňku či náhrady za jiné drogy (pervitin nebo opioidy; Dvořáková, Chomynová, 2024; Chomynová et al., 2024c).

Nové substance se pak objevily i v našem dotazníkovém šetření, kdy je uvádělo 12,5 % respondentů a respondentek (viz graf 4). Velkou dynamiku u syntetických látek tematizovali také informanti v našem kvalitativním výzkumu, kdy někteří měli pocit, že se celý trh s různými substancemi výrazně zrychlil a zneprůhlednil:

„[...] objevuje se celá řada nových chemických substancí, kdy se prostě upraví mírně chemický vzorec nějaké původní látky, vznikne něco nového a tím, že to vlastně není na seznamu prekurzorů, tak se vlastně neprolamuje zákon. Vlastně mladé, mladí lidé a děti kolem 12, 13, se

dostávají k věcem, které se označují jako přísady do omítky, sběratelské kousky a vlastně jako experimentují s látkama, které můžou být dost nebezpečné, protože ty chemické vzorce jsou nestabilní. Zároveň to není nelegální. A zároveň nikdo nevíme, jaké dopady to na tu psychiku má.“
(informant v rozhovoru)

Jak uvádí informant, je to problematické zejména pro mladší osoby, které se tak mohou dostat k látkám, které by měly být regulovány, jelikož není jasné, jaký to na ně bude mít vliv. Právě experimentování u mladých osob bylo v tomto kontextu vnímáno jako potenciálně nebezpečné. A to i kvůli skutečnosti, kterou popisoval další informant, a sice že mladé osoby mají podle něj tendenci v současnosti více a extrémněji experimentovat s různými látkami, přičemž často nečekají na jejich účinky a v rychlém sledu jich několik kombinují. Na druhou stranu v našem výzkumu také zaznělo, že experimentování u mladých osob zůstává stabilní.

Z konkrétních látek byl nejčastěji zmiňován kratom, který se u klientů v léčbě objevuje nejen v kombinacích s jinými látkami, ale do léčby se dostávají lidé závislí čistě na kratomu. Jedna ze služeb, zaměřená na léčbu, pak musela měnit pravidla a zakázat i jeho substituční užívání, protože na něm vzniká stejná závislost.

Léky

Specifickou formou závislosti je **užívání léků** jakožto látek, které jsou legální, ale regulované například předpisem. Tato závislost vzniká ze dvou často prolínajících se důvodů: (1) léky slouží jako kompenzace různých druhů potíží, zejména bolesti, nespavosti, neklidu a úzkosti; (2) léky zmírňují abstinenční příznaky u osob, které užívají jiné drogy (alkohol a nelegální látky). V ČR bylo v roce 2023 odhadem 1,37 milionu osob, které rizikově užívaly léky, přičemž majoritu tvořily ženy (930 tisíc osob). Podobný trend lze také vysledovat u dospívajících a mladých dospělých, kdy léky nadužívají více dívky. Nadužívání léků přitom obecně v ČR u některých látek (pregabalin, anxiolitika, hypnotika a opioidní analgetika) roste, což lze vysledovat z jejich distribuce do lékáren, zatímco u jiných látek (například k terapii obezity) distribuce a užívání klesá (Dvořáková, Chomynová, 2024; Chomynová et al., 2025b).

Léky jako významný typ závislosti se objevily v datech od NRHZS, kde skončily za alkoholem a pervitinem na třetím místě (viz graf 5), z čehož lze usuzovat, že v Ostravě je tento typ závislosti velmi rozšířen. To bylo podpořeno i naším dotazníkovým šetřením (viz graf 4), v němž léky (benzodiazepiny, opioidní analgetika aj.) skončily na pátém nezanedbatelném místě, když je uvedlo 33,75 % respondentek, více než například gambling, opiody nebo kokain. To se odráželo také v kvalitativní složce výzkumu, kdy některé informantky závislost na lécích vnímaly jako důležitý a málo diskutovaný a v některých ohledech také skrytý problém. Skrytost tohoto typu závislosti byla dána především skutečností, že se odehrává v obtížně dosažitelném prostoru mezi pacienty a jejich lékaři. Jedna informantka zmiňovala, že vidí problém především v lékařích a lékařkách, kteří/ktelé až příliš často předepisují silné návykové látky (například anxiolytika), aniž by dohlédli, jaký to bude mít závislostní efekt. Z druhé strany pak pacienti legitimizují nadužívání léků právě tím, že je mají předepsané, což užívání léků v jejich očích normalizuje a zároveň si dané osoby ani svoji závislost neuvědomují. V tomto ohledu pak byli jako ohrožená skupina označeni zejména starší dospělí v seniorském věku. Vedle toho byla v rozhovorech také zmiňována kombinace léků a alkoholu jako poměrně častý jev, který má škodlivé účinky, které nicméně dané osoby nemusí vnímat nebo o nich vědět.

Nelátkové závislosti

Co se týče **nelátkových závislostí**, tradiční formou je hazard, který v posledních letech zažívá velkou proměnu a přenos do online podob, která zároveň podporuje i nárůst osob závislých na hazardních hrách. V tomto ohledu také v posledních letech narostl počet osob, které spadají do kategorie vysokého rizika závislosti, kdy v minulosti tvořily jednu třetinu všech rizikově hrajících osob, zatímco v posledních letech se toto číslo zvýšilo až na polovinu (Chomynová et al., 2024b). Tento trend se objevil i v námi realizovaném dotazníkovém šetření, kde hraní hazardních her (automaty, kasina apod.) uvádělo 13,75 % respondentů.

Zajímavě tento trend vnímali a rozváděli informantky v kvalitativním výzkumu, když poukazyvaly, že online forma gamblingu tuto formu závislosti rozšiřuje na mnohem širší populaci. Jeden informant dával příklad z MHD, kde pozoruje různé osoby, jak na mobilech ve volných chvílích sází a hraje hazardní hry, což by v minulosti nebylo možné. Jeden informant poukázal, že gambling může mít ve své online podobě i zcela specifické kontury:

„[...] gambling, v rámci ale kryptoměn, obchodování jako s kryptoměnou, už jsme tu měli pár takových klientů, kteří vlastně tomu propadli nebo dostali se prostě do problematické situace tím, že prostě blbě zaobchodovali [...]“ (informant z rozhovoru)

Dlouhodobě se závislost na hazardních hrách týká především mladých mužů ve věku 15 až 34 let, kteří tvoří majoritu osob rizikově hrajících nebo přímo závislých (Chomynová et al., 2024d). V souvislosti s přechodem hazardního hraní do online prostředí mizí tzv. technické hry, tedy automaty a hazardní hry provozované na určitém fyzickém místě, které pak podléhá regulaci ze strany veřejných institucí. Od 2015 do 2023 se na území ČR počet povolených technických her snížil skoro o dvě třetiny, přičemž nejvíce jich v přepočtu na tisíc obyvatel zůstává v Karlovarském a Plzeňském kraji, zatímco v Moravskoslezském kraji je jejich počet jeden z nejmenších. Identický trend je možné sledovat i u živých her. Tento pozitivní trend ovšem vyvažuje rozvoj online her, které jsou mnohem obtížněji regulovatelné a kontrolovatelné a jsou daným osobám k dispozici v podstatě nepřetržitě a je možné hrát až několik her najednou, což zvyšuje riziko závislosti. Celkově tak online hraní bariérovost a prahovost gamblingu podstatně snižuje, což se projevuje i na míře předlužení osob hrajících hazardní hry, kdy medián dlužné částky se v roce 2021 pohyboval okolo 400 tisíc Kč. Předlužení pak samozřejmě zasahuje celé rodiny, nikoli pouze danou osobu. Podle dostupných údajů existovaly specializované programy pro gamblery pouze v devíti krajích, přičemž Moravskoslezský mezi nimi nebyl (Chomynová et al., 2024b). Na předlužení klientely poukazovala i jedna pracovnice:

„Mně prostě přijde třicetiletý kluk, který dluží 500 000 a těch 500 000 mu vzniklo za dva měsíce.“ (informantka z rozhovoru)

V posledních letech se také dynamicky vyvíjí **digitální závislosti**. Problémem u tohoto typu závislostí je skutečnost, že neexistuje obecně přijímaná definice, co tento typ závislostí zahrnuje a jak je možné jej identifikovat a řešit. Vedle zmiňovaného online hraní totiž může jít také o nadměrné užívání internetu, nadměrné hraní počítačových her, nadměrné využívání mobilních telefonů nebo jiných technologií nebo nadměrné trávení času na různých internetových stránkách (například pornografických nebo online nakupování) nebo platformách (sociální sítě). Mezi obecné znaky závislosti patří například změny nálady, abstinenční symptomy u odnětí, ztráta kontroly času a případně i ztráta financí. S užíváním sociálních sítí pak souvisí fenomén FOMO (fear of missing out), tedy strach, že daná osoba něco významného zmešká v důsledku nepřítomnosti na sociálních sítích. Se závislostí na užívání mobilního telefonu pak plyne nomofobie (no mobile phone phobia), tedy strach z nedostupnosti mobilního telefonu. Specifikem digitálních závislostí je skutečnost, že mnoho digitálních technologií a platforem je designováno, aby závislost vyvolávaly, a uživatelé a uživatelky tak měli nutkavou potřebu je využívat (typicky například sociální sítě; Chomynová et al., 2024a). Některé počítačové hry navíc obsahují tzv. lootboxy, což jsou virtuální balíčky, které určitým způsobem vylepšují hru a jež lze zakoupit přímo ve hře. Hráč přitom do poslední chvíle neví, co v daném lootboxu bude, což evokuje hazardní hraní, přičemž některé státy (například Nizozemsko nebo Belgie) lootboxy klasifikují jako hazardní hry a stejně je také regulují (Chomynová et al., 2024b).

Obecně se pak odhaduje, že v české populaci jsou čtyři až šest procent osob v riziku digitální závislosti, přičemž ve větším riziku jsou muži a mladiství a mladí dospělí a s postupem věku riziko závislosti významně klesá (Chomynová et al., 2024a). Adresace digitální závislosti je však problematická, jelikož (podobně jako

u alkoholu) nás digitální technologie v současnosti obklopují a je těžké se jim vyhnout, což závislostní chování může podněcovat. Zároveň není možné využít abstinenci strategie, jelikož používání technologií je dnes spojeno s vykonáváním řady zaměstnání a dalších nutných úkonů (například s digitalizací veřejných institucí). Zotavení z digitální závislosti se proto často zaměřuje spíše na harm reduction v podobě omezování času, který daná osoba věnuje využívání digitálních technologií (Chomynová et al., 2024d). Vzrůstající význam digitálních závislostí ukazuje také nárůst klientely, kdy ještě v roce 2017 sociální služby deklarovaly 83 klientů a klientek, s nimiž pracovaly na digitální závislosti, zatímco v roce 2022 tento počet vzrostl na 354, aby pak v roce 2023 zaznamenal pokles na 264 (Chomynová et al., 2024c).

Trend digitálních závislostí vnímali i respondenty v našem dotazníkovém šetření, kdy v 23,75 % případů se jejich klientela potýkala se závislostí na internetu (sociální sítě, nakupování, porno apod.) a 18,75 % uvedlo online sázení (viz graf 4). Téma digitálních závislostí bylo hmatatelné i u informantů v našem kvalitativním výzkumu, kteří v podstatě ve svých výpovědích kopírovali poznatky z celorepublikové situace, a sice, že digitální závislosti jsou stále více časté, ale nejde je jednoduše uchopit a jsou velmi skryté a nereflektované. V tomto ohledu byla zmiňována fluidní hranice mezi užíváním technologií, které je ještě přijatelné, a závislostním užíváním. Informantům a informantkám v tomto ohledu pomáhalo dívat se na digitální závislosti ve smyslu obecné definice závislosti, tedy jestli (nad)užívání technologií již nenarušuje běžný život danému klientovi nebo klientce. Specificky pak byly označovány mladiství a mladé osoby jako nejvíce ohrožené skupiny tohoto typu závislosti. Jedna informantka pak uváděla, že je to oblast, kterou v dané službě intenzivně řeší a chtějí se jí věnovat a dostat se i do online terénu, v němž v tuto chvíli v podstatě nepůsobí, ale vnímají jej jako velmi důležitý, protože část klientů preferuje online kontakt před osobním kontaktem.

Trendy u specifických skupin

Z analýzy dokumentů vyplývá, že některé adiktologické služby v ČR poukazují na stárnutí klientely, kdy přibývá **osob nad 50 a 60 let**, které využívají služby, ale jinak nemají v podstatě žádné zázemí, někdy jsou dlouhodobě bez domova. Vedle toho jsou také v dostupných zprávách tematizovány osoby s **duálními diagnózami**, tedy osoby, které mají diagnózu duševního onemocnění a zároveň jsou závislí na drogách nebo alkoholu, který je pro ně copingový nebo kompenzační mechanismus. Adiktologickým sociálním službám mnohdy chybí možnosti a kapacity s touto klientelou pracovat (Chomynová et al., 2024c). Tyto trendy se potvrdily také v Ostravě.

V realizovaném kvalitativním výzkumu byli dále zmiňováni **mladiství a mladí dospělí**, u nichž řada informantů měla pocit, že jejich počet přibývá. V tomto kontextu se objevoval i poznatek, že mladiství a mladí dospělí často extrémně experimentují s různými látkami, které jsou navíc dostupnější, než bývaly, což může představovat vyšší zdravotní riziko, jak názorně vysvětluje jeden informant:

„[...] jsou zvyklí pít alkohol a zkusí pervitin, že tam nemají ten mezistupeň v takových těch, jak se kdysi říkalo, lehčích drogách, ale že jdou rovnou už potom jako prožitku té extáze, toho pervitinu. Nebo si nějak neřízeně třeba vezmou něčeho víc a nečekají na účinky, to mám pocit, že hazardují se zdravím víc, než hazardovali kdysi.“ (informant z rozhovoru)

Zároveň informantky poukazyvaly, že se u mladistvých a mladých dospělých proměnil i terén, kde se nacházejí a kde lze s nimi realizovat intervenci. Mimo online prostoru byla zmiňována nákupní střediska, která se stala středobodem fyzického střetávání těchto skupin, a kde by bylo možné realizovat terénní sociální práci, ačkoliv služby to zatím ve větší míře nedělají.

Z druhé strany pak byli zmiňováni **starší dospělí** jako další skupina, u níž sociální služby zaznamenaly nárůst závislostí v posledních letech. V rámci této skupiny bylo nastíněno několik scénářů, jakým způsobem těchto závislých osob přibývá. Jeden informant poukazyval na skutečnost, že jejich klientela

jednoduše zestárla, přičemž není jasné, jak následně s těmito osobami pracovat, jelikož stávající služby na ně nejsou uzpůsobeny a tyto osoby zpravidla nemají nárok na důchod, což znamená, že jsou materiálně nezabezpečené. Další trajektorii zmiňovala jiná informantka, která poukazovala na skutečnost, že řada osob je v nějakém měřítku závislá na alkoholu celý život, nicméně působí na ně sociální kontrola a pracovní režim ve smyslu, že jsou schopni s touto závislostí vždy nějakým způsobem fungovat. Problém pak podle ní nastává v okamžiku, kdy se tyto osoby dostanou do důchodu a ztratí pracovní denní režim, který znamená i ztrátu kontroly a zesílení závislosti na alkoholu, přičemž takové osoby v posledních letech častěji končí v sociálních službách. Třetí specifickou trajektorií je pak kombinace léků na předpis a alkoholu, která se ve větší míře objevuje ve starším věku (viz také výše).

Dále také zaznívaly **marginalizované osoby nebo populace** jako specifické skupiny, na něž dopadají problémy se závislostmi více než na jiné skupiny. To bylo podle informantů a informantek dáno jejich společenskou pozicí, která je stresující a traumatizující a sama o sobě může představovat důvod pro vznik závislosti (viz Levenson et al. 2022; v češtině Dleštíková, Mertl 2025). Na druhou stranu jedna informantka zmiňovala, že když marginalizované rodiny například chtějí řešit závislost nějakého svého člena, nemají na to často finance:

„[...] teď mě napadá, že jsem měla klientku, kde jsme řešili, že sedmnáctiletý syn by měl nastoupit do terapeutické komunity. Ten pobyt v té komunitě by musela hradit ta matka a vycházelo by to třeba něco do 7 000 měsíčně. Pro rodinu to je velký náklad, oni to prostě nedají. Často i ty finance, z tohoto důvodu, je jako něco, co tu rodinu limituje.” (informantka z rozhovoru)

V rozhovorech taktéž zaznívalo, že do služeb se v poslední době dostává více **žen**. Jedna informantka poukazovala, že se ženy dostávají k závislostem skrze svoje partnery a jejich problémy se závislostí. Další informantka uvedla, že se k nim do služby dostává více žen kvůli gamblingu, což v minulosti podle ní nebylo.

Poslední skupinou, která byla zmiňována v souvislosti s nárůstem, byly osoby s **duálními diagnózami**. Jedna informantka to vnímala jako produkt přemedikalizovaného systému, kdy zmiňovala, že se setkává s mladou klientelou, které lékařský personál na jakékoliv problémy předepíše medikaci, aniž by zkoušel jiná řešení. Nicméně tato skupina byla pro řadu informantů a informantek velmi významnou, jelikož popisovala, že často propadává systémem a je těžké s ní pracovat, protože sociální služby na ni nejsou nastaveny.

Závěrem této podkapitoly je nutné zmínit, že se v rozhovorech objevila také tzv. **intersekcionalita** (například Cho et al. 2013), tedy vzájemné prolínání a zesilování znevýhodnění, kdy se jednotlivé faktory příslušnosti k určitým skupinám prolínaly a vzájemně se zesilovaly, jak poukazuje jedna informantka:

„[...] mám nějakou zkušenost v rámci toho, jak se to téma závislostí jako vyvíjí v nějakých třeba vyloučených komunitách a mám pocit, [...] že se ta drogová scéna posunula věkově níž [...], než bylo, že se rozšířilo i víc do těch vyloučených komunit. Mám pocit, jako, že mezi třeba romskou menšinou je to teďko jako větší problém, než byl třeba před 10 lety [...]“ (informantka z rozhovoru)

Prevalence se tak specificky podle této informantky zvýšila mezi marginalizovanou populací, která byla mladšího věku. Často byly v tomto ohledu zmiňované romští mladiství a romští mladí dospělí a mladé dospělé, kteří/ktelé se potýkali s marginalizovanou pozicí, nejasnými vyhlídkami a také větší dostupností různých typů látek a závislostí.

Trendy spojené s rozvojem sociálních služeb v Ostravě

Nejintenzivněji byl v rámci kvalitativního výzkumu jako rozvíjející se trend zmiňován **peering**, tedy spolupráce s osobami, které mají žitou zkušenost se závislostí, a celkově kolaborativní dialog s osobami s žitou zkušeností, což informanti a informantky vnímali jako velké pozitivum. V tomto ohledu řada z nich volala po dalším rozvoji peeringu, zejména ve smyslu možnosti adekvátně a důstojně zaplatit peery, kteří jsou často sami v prekarizované pozici a řeší svoje potřeby, takže materiální stabilita by jim pomohla lépe se ukotvit na dané pozici (viz také Mertl, 2024b).

Řada informantů a informantek měla pocit, že se sociální služby v Ostravě rozvíjejí a v některých ohledech jsou dostupnější díky navyšování jejich kapacit. To také souvisí s lepší vzájemnou spoluprací sociálních služeb, která podnítila jejich rozvoj. Rozvoj rovněž podpořily evropské projekty, které mnohdy umožňují financování inovativních služeb nebo intervencí, které by jinak v rámci českého prostředí a systému financování nevznikly. V tomto ohledu pak některé participantky zmiňovaly, že další rozvoj služeb byl a do jisté míry stále je v Ostravě brzděn Renarkonem, který provozuje hodně široké spektrum služeb, což může zamezovat vzniku alternativ.

Specifickým trendem, který byl ze strany informantů vnímán, byla větší tolerance k vlhkým nebo mokřým sociálním službám jako specifické formě harm reduction, která v Ostravě schází.⁴ V rozhovorech zaznívalo, že se toto téma poměrně výrazně detabuizovalo, což je potřeba zohlednit a zkusit podobnou službu zřídit také v Ostravě.

Potřeby lidí se zkušeností se závislostí

V této kapitole je na potřeby lidí se zkušeností se závislostí nahlíženo prizmatem kapitálu pro zotavení, který představuje souhrn zdrojů podporujících proces zotavování ze závislosti (Granfield, Cloud, 1999). Pro přehlednost jsou identifikované potřeby rozčleněny do čtyř podkapitol představujících jednotlivé dimenze kapitálu pro zotavení, jak je definuje Bowen et al. (2023): **lidský, sociální, fyzický a kulturní kapitál**. Tyto dimenze, stejně jako potřeby nelze ovšem vnímat izolovaně – jsou navzájem propojené a jedna ovlivňuje druhou (Best, Hennessy, 2022). Příkladem této provázanosti je ztráta bydlení, jež komplikuje uplatnění na trhu práce, nebo předlužení a exekuce, kterou mohou představovat dlouhodobou psychickou zátěž.

Také data z rozhovorů s lidmi se závislostí, dotazníků a rozhovorů se zaměstnankyněmi služeb se shodují v tom, že potřeby klientů jsou komplexní a navzájem provázané. Sociální pracovníce a pracovníci popsali, že klienti s komplexními potřebami často nemají stabilní zázemí – chybí sociální bydlení, cyklí se mezi ubytovnami, azylovými domy nebo žijí na ulici. Zároveň se potýkají s dluhy, exekucemi či trestní minulostí, což jim brání získat zaměstnání a legální nájemní bydlení. Často jim chybí stabilní přátelské a rodinné vztahy nebo sociální kapitál, přičemž některým byly odebrány děti a svěřeny do náhradní rodinné či ústavní péče. Výrazným problémem je také stigmatizace, snížená dostupnost zdravotní péče, poškození zdraví, psychické potíže a ztráta sebedůvěry:

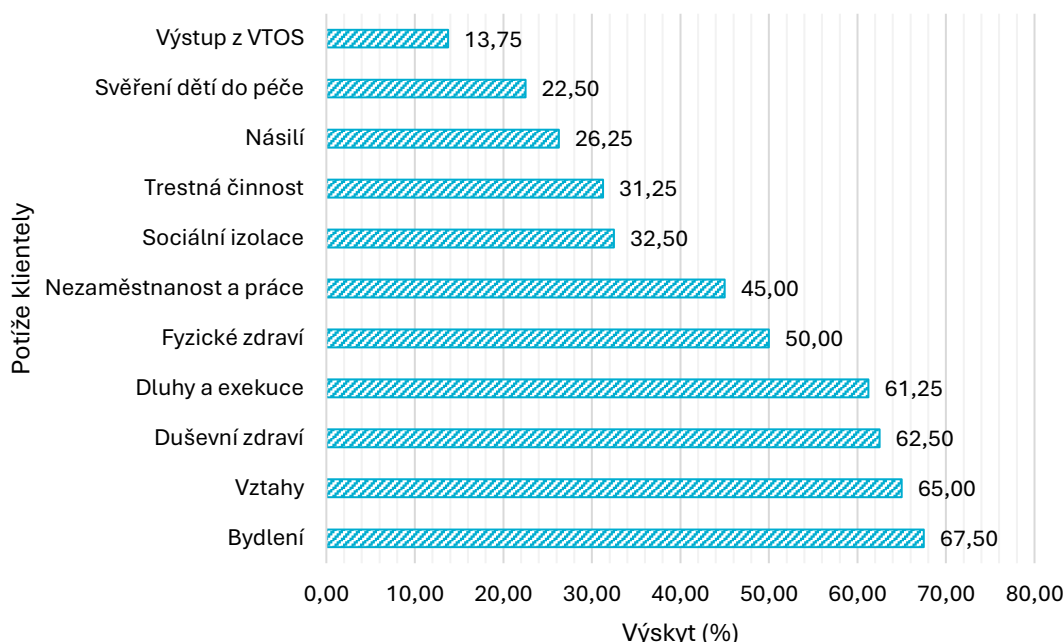
„Většina našich klientů řeší problémy po zdravotní, sociální i psychické stránce. Nejčastěji kumulace všech oblastí (zdravotní komplikace následkem injekčního užívání, ztráta bydlení, nezaměstnanost, dluhy, drobná trestná činnost, psychická nepohoda, ztráta zdravých vztahů).“
(respondent/ka dotazníku)

Tento souběh potíží lze označit za **multifaktoriální zátěž**, která vede k „začarovanému kruhu“ nepříznivé sociální situace. Z dotazníkového šetření mezi zaměstnankyněmi zdravotních a sociálních služeb vyplývá,

⁴ Vlhké a mokré služby umožňují osobám využívat tyto služby, i když jsou pod vlivem alkoholu, čímž využívají strategii harm reduction, tedy zmírnění škodlivého dopadu užívání látek, postupnou stabilizaci životní situace a návaznou sociální práci, namísto strategie abstinence.

že více než polovina jejich klientely řeší nevyhovující, nejisté či chybějící bydlení, partnerské a rodinné problémy, potíže s duševním zdravím či dluhy a exekuce (viz Graf 16). Dodatečně byly respondentkami a respondenty tematizovány problémy ve škole, šikana, rodičovské kompetence a obtíže v oblasti sebepečce.

Graf 16 Nejčastější obtíže lidí se závislostí podle dotazníkového šetření



Komplexní charakter těchto problémů podtrhuje potřebu **dlouhodobé a mezioborové podpory**, zahrnující zdravotnictví, adiktologii, sociální práci, školství i justici.

Lidský kapitál

Lidský kapitál představuje jednu ze čtyř dimenzí kapitálu pro zotavení a zahrnuje schopnosti, postoje, zdraví a dovednosti, které jedinci umožňují zvládat každodenní život a podporují jeho zotavování ze závislosti. Lidský kapitál lze podpořit například zlepšením fyzické kondice, osvojením si nástrojů na zvládání životních stresorů či rekvalifikací (Bowen et al., 2023). V rané fázi zotavovacího procesu může úroveň lidského kapitálu naopak negativně ovlivňovat nízké sebevědomí, rozkrývání dalších závislostí či traumatizujících zkušeností či pocity ztráty smyslu a bezvýchodnosti. V delším horizontu může být lidský kapitál ohrožen výskytem relapsů či zhoršením duševního zdraví (Patton et al., 2022).

Obnovení sebehodnoty bylo častým tématem u dospělých informantů se zkušeností se závislostí:

„[...] spíš mě žene kupředu, že se mám fakt dobře při té abstinenci. [...] Oproti lidem, kteří si vůbec neprošli žádnou dlouhodobou terapií nebo tak, tak můžu říct, že dle mého pohledu žiju víc plnohodnotně ten život než ti ostatní. Že jsem víc sám se sebou nějak spojený.“ (informant z rozhovoru)

Zvýšení sebevědomí a změna v sebepojetí představují očekávání, která má jeden z informantů od terapeutické komunity, do níž plánuje nastoupit:

„[...] návrat sebevědomí [...] Já jsem říkal, jestli se zbavíš závislosti, co vznikne za osobnost. To se budu možná divit.“ (informant z rozhovoru)

Podobně další informant reflektoval změnu postoje, která u něj nastala po absolvování terapeutické komunity:

„To ta komunita prostě mi dodala hodně. Díky tý komunitě můžu abstinovat vlastně. Vlastně jsem se tam naučil mít rád ten život i sám sebe.“ (informant z rozhovoru)

Někteří informanti popsali, jak náročné je pro ně naučit se **zvládat své impulzivní chování či bažení** a reagovat jinak než užitím psychoaktivní látky či sázením. Za všechny můžeme uvést jeden příklad:

„A ten tlak a ta nespokojenost a ta nesmělost vyvrcholila v to, že jeden den mně cvaklo bez přípravy [...] sedl jsem si na lavičku s kamarádem v uvozovkách. Zapli jsme online kasina, prohrál jsem všechny prachy, co jsem měl u sebe.“ (informant z rozhovoru)

V řadě případů využili informanti externí pomoc, ať už v doléčovacím centru, tak v terapeutickém centru, kde reflektovali svou zkušenost a hledali příčiny svého relapsu.

Impulzivita byla tématem i u dvou nezletilých informantů, u nichž se vyskytují **tendence k agresivnímu chování**. Oba vnímali svou výbušnost a agresivitu jako určitou danost, kterou lze ovlivnit jen zčásti. Jeden z informantů uvedl, že v některých situacích s agresí *„nepřestane, dokud nevidí téct krev“*. Totožný informant současně uvedl, že se mu občas daří z konfliktní situace odejít včas. Co oběma pomáhá „vypnout“, je mimo jiné užívání alkoholu a zejména marihuany.

Vyplnění volného času a vytvoření nového životního stylu představovalo důležitý zdroj lidského kapitálu, zejména u informantů, kteří se navraceli z pobytové léčby či výkonu trestu. V rozhovoru informant popsal zkušenost s odchodem z terapeutické komunity následovně:

„Já si myslím, že tohleto jsou prioritní věci, ten volnej čas mít, plánovat si volnej čas. To už dělám, to jsem se naučil v komunitě [...] Závislí lidi potřebují mít 3 fáze, 3 fáze v tom, že den má 24 hodin a potřebují nějak 8 hodin pro sebe nějakýho volnýho času a 8 mít spánku, 8 hodin osobního volna a 8 hodin práce.“ (informant z rozhovoru)

Podobně další informant reflektoval období po výkonu trestu, které je spojeno s výraznou životní změnou:

„[...] že vás vezmou z té reality a za několik let vás pustí zpátky do té reality a ta je úplně jiná. A vy se vlastně zastavíte tam, kde jste skončili. A najednou prostě ty lidi a ten svět je rychlejší a ta technika jde dopředu [...] Před tím jsem seděl čtyři roky a nebylo to tak hrozné, ta změna, než jak když jsem teď seděl tři roky a vylezl jsem ven a nechápal jsem, co se děje, jací jsou lidi, jaké jsou ceny.“ (informant z rozhovoru)

Někteří informanti zdůraznili **význam fyzické aktivity a relaxace** v procesu zotavení:

„Co mi nejvíc třeba pomohlo? Vypnout si telefon, říct všem, jako že jedu pryč, že jedu na hory, a prostě být sám se sebou. Být v přírodě, jít si zaběhat někde na hory nebo tak.“ (informant z rozhovoru)

Informanti několikrát reflektovali, že **další vzdělávání** je klíčové pro budování sebehodnoty a k nalezení smysluplného zaměstnání:

„[...] já bych chtěl si udělat ten kurz sociálních věcí, pak asi zkoušky. To mi říkal XY, že mi s tím kdyžtak pomůže. Takže jít touhleto cestou, no.“ (informant z rozhovoru)

Seberealizace prostřednictvím vzdělávání byla naopak nízká mezi informanty mladšího věku. U všech se objevovaly potíže spojené se školní docházkou. Jedna z informantek například uvedla, že si podala několik přihlášek na střední školu, ale nikam ji nevzali. Další studijní ambice nemá, a proto se zapsala na úřad

práce. Jiná informantka se zapsala na učební obor, který jí vybrali rodiče, přestože má zájem o studium informačních technologií.

Sociální kapitál

Sociální kapitál zahrnuje zdroje vycházející z mezilidských vztahů, které ovlivňují proces zotavování. Do této dimenze kapitálu pro zotavení se řadí vztahy v rámci rodiny, ale také podpora ze strany partnera nebo partnerky, přátel či dalších lidí zotavujících se ze závislosti (Bowen et al., 2023). V začátcích zotavovacího procesu mohou mít příznivý vliv svépomocné a podpůrné skupiny, v nichž mohou lidé získat nová přátelství a osvojit si nástroje potřebné pro celkovou duševní pohodu (Martinelli et al., 2020). Rodinné neshody mohou mít naopak na sociální kapitál nepříznivý vliv. V delším horizontu působí škodlivě zejména nezpracovaná rodinná traumata (Patton et al., 2022). O významu **rodinných vazeb** hovořili také informanti zapojení do výzkumu. Jedna informantka popsala, jak je pro ni současná podpora ze strany dětí důležitá:

„Podporu blízkých mám hodně velikou, až extrémní, v mé největší éře, když to tak vezmu, té alkoholové, ten poslední měsíc, tak jsem přišla o všechny, i tady o prcka, dcera se mnou nechtěla nic mít [...] tak jsem potom oznámila, že jsem na psychiatrické nemocnici v Porubě. Dala jsem to vědět i dceři, dcera mi moc nevěřila, ale přišla za mnou. Povídaly jsme si dlouho, pak jsem jí řekla, [...] že to opravdu už myslím vážně. [...] bez nich to bylo těžké. A vím, že jedna chyba a jsem absolutně bez nich. Navždy.“ (informantka z rozhovoru)

Za podstatnou označuje podporu rodiny i další informant, který díky řešení své životní situace vnímá **zlepšení rodinných vztahů**:

„Mně všichni tak nějak fandí, podporují mě v tom svými způsoby. Je zajímavé, jak za ty poslední dva roky rodina změnila názor, že mě berou už i v potaz, jako můj názor, že je to jiné, že se fakt cítím jako dospělej konečně. Po těch letech. Je to takový jiný.“ (informant z rozhovoru)

Zhoršené, či zcela zpřetrhané rodinné vazby mohou mít naopak negativní dopad na prožívání informantů:

„To já mám všechny mrtvé, takže jsem absolutně sám. [...] s dětma, co mám, nemám vůbec žádný kontakt. Mě zavřeli poprvé, když mi bylo pět dní sedmnáct.“ (informant z rozhovoru)

Také mezi mladými informanty se významně objevovalo téma rodinných vztahů – jedna dívka popsala, že by si přála, aby se k ní rodiče chovali slušně, nepili a neshazovali jí. Ostatně všichni účastníci z této fokusní skupiny se shodovali, že jejich přáním je změna chování či postojů jejich rodičů.

Informanti také reflektovali potřebu **distancovat se od lidí spojených se závislostním chováním**, což vzhledem k prostředí, ve kterém žijí, je velmi náročné:

„[...] pohyboval jsem se na ubytovnách. A to jste vlastně napůl na ulici. A tam jsou samí alkoholici, feťáci, na těch ubytovnách, Ukrajinci... Prostě svoloč úplná. A tam jsem se snažil tu závislost zastavit, ale to bylo bez šance. Bez té odborný pomoci jsem to nedokázal zvládnout, no.“ (informant z rozhovoru)

U mladších informantů a informantek byl postoj spíše opačný. Dva informanti popisovali, že konflikty v domácnosti řeší prostřednictvím úniku s přáteli či partnery, přičemž konzumace alkoholu či konopných produktů je vnímána mezi vrstevníky jako norma.

Výroky informantů dokládají, že prostředí ubytoven i některých institucionálních zařízení může působit jako překážka zotavení, protože reprodukuje závislostní chování a izolaci. V této souvislosti byla u informantek a informantů velmi negativně vnímána **samota či nedostatek důvěrných vztahů**:

„A když se bavím s normálníma lidma, tak zapomenu i na to, že mám v kapse sáček a že si ho nedám, dokud zas nejsem sám.“ (informant z rozhovoru)

Pro některé informanty byla významná **zkušenost s peer podporou**, která jim posloužila jako zdroj inspirace:

„[...] cítil jsem z ní [peer pracovnice], jako kdyby byla normální bezproblémová holka, která nikdy neměla ty problémy, jakože tam pracovala a tak. Přitom je taky měla, ale cítil jsem z ní něco, že něco takového bych chtěl taky [...].“ (informant z rozhovoru)

Pro jiné informanty byla v začátcích podstatná také **důvěra ze strany pracovníků sociálních služeb**:

„Já spolupracuju s paní XY, možná znáte, já jsem začal za ní chodit už na AC, přešel jsem k ní pod Renarkon a velkou podporu mám od YZ.“ (informant z rozhovoru)

Fyzický kapitál

Fyzický kapitál zahrnuje materiální prostředky, které mohou proces zotavování posílit nebo naopak ztížit. K této dimenzi kapitálu pro zotavení se například řadí stabilní bydlení, finanční nezávislost, přístup ke zdravotní péči nebo možnost smysluplného zaměstnání (Bowen et al., 2023). Jak uvádí Patton et al. (2022), nestabilní bydlení, ztráta zaměstnání a precarizovaná práce představují významné negativní faktory, především v rané fázi zotavování.

Jeden z nejzásadnějších prvků fyzického kapitálu a zároveň téma, které se v rozhovorech objevovalo nejčastěji, představuje bydlení. **Stabilní a důstojné bydlení** je klíčovým předpokladem pro dlouhodobé zotavování i celkovou stabilizaci v životě:

„Momentálně už bydlím s přítelem na tréninkovém bytě, což je fajn: osamostatnit se, přemýšlet trošičku jinak, samozřejmě za podpory doléčovacího centra, to je tam strašně důležité [...].“ (informantka z rozhovoru)

„To zázemí člověk potřebuje. To je jedno, kde. A třeba, kdybych měl spát na lavičce v té práci někdy, ale ať tam prostě můžu si odpočinout. Protože jestli mám být třetinu života v robotě nebo polovinu, tak musím mít kvalitní odpočinek.“ (informant z rozhovoru)

V rozhovoru s informanty mladšího věku téma bydlení tolik nerezonovalo. Jeden z informantů pouze uvedl, že po přestěhování do bytu, kde bydlí pouze s babičkou, nikoli s širší rodinou, se zlepšuje jeho chování a vztah k babičce, jež o něj pečuje.

Pro některé informanty s trestní minulostí se stalo dočasným řešením to, že našli **zaměstnání nabízející ubytování**. Takové ubytování však zpravidla nabízí snížený komfort a žijí v něm spolubydlící, jejichž chování může být pro abstinenci či odpočinek problematické:

„Tak já jsem šel na první pohovor a vlastně jsem dostal hned práci, která teda byla aj s bydlením. Takže já jsem tam bydlel na ubytovně. To bylo strašný, to jsem tam brečel. Byly tam mšice a tady tohle jo, šílený, fakt hrozná zkušenost, no. [...].“ (informant z rozhovoru)

Problematika bydlení se přitom neomezuje pouze na individuální příběhy, ale je strukturálním problémem, který dopadá zejména na zranitelné skupiny. Jak uvádí Černušáková (2020), nedostatek dostupného sociálního bydlení obzvláště tvrdě zasahuje Romy a vícečetné rodiny, které jsou vystaveny diskriminaci na trhu s nájmy. Grundelová et al. (2023) upozorňují, že genderově segregované služby, například azylové domy, zpravidla neumožňují ubytování úplných rodin, což vede k jejich nucenému rozdělování nebo umísťování na ubytovny. Ty pak často představují riziko v podobě obchodníků s chudobou (Kupka et al., 2021). Nedostatečné bydlení tak přispívá nejen k reprodukci sociálního vyloučení, ale často také

k prohlubování závislostního chování, na což poukázali mnozí respondenti dotazníku z řad sociálních pracovníků:

„Rodiny často žijí v nevyhovujících podmínkách, v přelidněných bytech nebo v ubytovnách bez stability. Problémem bývá i nemožnost uzavřít nájemní smlouvu kvůli dluhům nebo záznamu v rejstříku trestů.“ (respondent/ka dotazníku)

„Nejčastějším tématem, které naši klienti řeší je nevyhovující, nejisté či chybějící bydlení. Je pro nás velký problém umístit vícečlennou rodinu do komerčního bydlení. Snažíme se využívat sítě – ať už azylových domů. Ale rodina se často nechce rozdělit.“ (respondent/ka dotazníku)

Získání dlouhodobého bydlení tedy není samozřejmostí. Navíc je třeba překonat několik bariér, jako **jsou exekuce, nízké příjmy či potřeba trvalého bydliště v Ostravě** v případě některých poskytovatelů sociálního bydlení, jak sdílí jedna z informantek:

„Já to řeknu takhle, když máš peníze, bydlíš hned. Takže jsme teďko v procesu nějakého šetření, kdy jedeme přes tu agenturu v Kunčičkách [...] ví o nás, takže jenom ještě potřebuju zjistit bezdlužnost na energiích, což to asi taky nebude zrovna nejčistší z mé strany, takže to můžu žádat jenom já, protože on [přítel] nemá trvalé bydliště v Ostravě.“ (informantka z rozhovoru)

Další bariéru zotavování ze závislosti představují **dluhy a exekuce**. Finanční zátěž byla vnímána jako dlouhodobý stresor, který komplikuje nejen praktické fungování, ale i psychickou pohodu. Nedostatek finanční stability přitom často souvisí s nemožností získat bydlení či stabilní zaměstnání, čímž se vytváří začarovaný kruh nestability:

„No, co mně by pomohlo, jako zbavit se těch dluhů. [...] tu vizi mám, že to prostě zaplatím. I těch 800 tisíc prostě zaplatím, i ty půjčky, co máme. Tak až tohle se stane, tak doufám, že mi spadne kámen ze srdce a já budu žít nějakým normálním životem.“ (informant z rozhovoru)

Smysluplná práce a bezpečné pracovní podmínky se ukázaly jako důležitá součást fyzického kapitálu, ať už se jedná o aktuální zaměstnání, nebo dlouhodobé profesní směřování:

„[...] dělá mi dobře pomáhat lidem nebo moct pomáhat lidem. A nemusí to být ani práce nebo tak nějak. Ale tímhle směrem bych se asi chtěl tak trochu vydat. Protože to je něco, co mě asi dokáže naplnit a jde to ze mě.“ (informant z rozhovoru)

„A abych mohl abstinovat, tak si musím najít takhle silný vztahy venku s abinentama. Proto dělám u těch handicapovaných, kde su přijímanej všema [...]“ (informant z rozhovoru)

Překážkou k získání a udržení takového zaměstnání však mohou být **specifické požadavky na vzdělání, nedostatečné finanční ohodnocení, zhoršené fyzické zdraví či bytová nouze**.

Kulturní kapitál

Kulturním kapitálem se rozumí společenské hodnoty, normy a lokální zdroje, které mohou proces zotavování usnadňovat nebo naopak komplikovat. Jedná se nejen o vnitřní přesvědčení a hodnotovou orientaci jedince, ale také o dostupnost podpůrných služeb a pocit bezpečí v sousedství (Bowen et al., 2023). Patton et al. (2022) nepracují přímo s pojmem kulturní kapitál, nýbrž využívají termín komunitní kapitál, jenž zahrnuje i místní možnosti, jak se materiálně zabezpečit – tedy fyzický kapitál v pojetí Bowen et al. (2023). Komunitní kapitál je podle Pattona et al. (2022) klíčový zejména v rané fázi zotavovacího procesu, přičemž nepříznivý vliv na zotavování jedince mohou mít nepříjemné zkušenosti s odborným personálem podpůrných služeb či stigmatizace.

Informanti zdůrazňovali **význam dostupných služeb**, které jim pomáhají snižovat rizika spojená se závislostním chováním, případně udržet stabilitu v procesu zotavování. Ceněné byly v rozhovorech zejména **dlouhodobé terapeutické služby, přístup personálu založený na důvěře a návaznost jednotlivých druhů služeb**. Níže uvádíme jen jednu z mnoho citací, která popisuje pocity nejistoty, osamělosti a rizika návratu k závislosti, pokud po léčbě chybí následná péče. Zároveň zdůrazňuje význam doléčovacího programu, skupin a sdílení jako klíčových opor pro udržení abstinence a stabilizaci v běžném životě.

„No, protože není jednoduchý takhle se vyprsknout ve městě, kde to neznáte, s igelitkou, s litrem po léčbě, a jako co? To prostě nepotrvá dlouho a tam zase se jde do kanálu, že. Takže ano, doléčovák, skupiny, sdílení a návaznost na tu léčbu ještě.” (informant z rozhovoru)

Informanti mladšího věku dostupnost podpůrných služeb nezmiňovali. Oporu hledají zejména ve vrstevnících, v menší míře v rodinných příslušnících.

V několika výpovědích se objevilo, že **návrat do sousedství, v nichž se nachází vyšší koncentrace lidí v sociálním vyloučení nebo kasina**, je pro zotavující se jedince velmi rizikový:

„Jako doléčovák je na Přívoze. OK, prostě přímo tam v tom ghettu. Ale ty Mariánské Hory a Hulváky, toho 28. října před Hulváckým kopcem, to já jsem v tomhle bydlel... To jenom otevřel jsem vchod, drogy, předávání drog, cigáni. A ten tlak a ta nespokojenost a ta nesmělost vyvrcholila v to, že jeden den mně cvaklo bez přípravy [...].” (informant z rozhovoru)

Dalším tématem, které informanti zmiňovali, byla **potřeba destigmatizace a pochopení závislosti ze strany veřejnosti a touha po sdílení vlastního příběhu a zkušeností**:

„Tak by se mi líbilo, kdyby to bylo nějak směřované k tomu, aby ta veřejnost to věděla, prostě že jsme problematičtí takhle po zdravotní stránce, aj jako po psychické a tak dále. A nejenom, že nás vidí prostě, že jsme prostě nějaké trosky nebo něco nebo tak [...]“ (informant z rozhovoru)

Informanti rovněž hovořili o **potřebě kulturního a společenského vyžití**, které by bylo finančně dostupné a současně by umožnilo se setkávat s lidmi, kteří pro ně nepředstavují riziko, ale možnost navazovat bezpečné vztahy a rozvíjet se:

„Třeba vím, že Sananim spolupracuje s divadlami a tak dále a maj v nějakým projektu zahrnuté, že vlastně ty nevyprodané lístky na nějaké představení dávají vlastně Sananimu a oni to dávají klientům. Že vlastně tohle žádná organizace v Ostravě nemá.“ (informant z rozhovoru)

„Jako žádáme, aby se lidi mohli scházet a byly tam nějaké společenské hry, společenská místnost, nebo kde by se prostě ty lidi mohli bavit, bez alkoholu, bez cigaret a tak, jako bylo by to fajn. Ale to asi nebude možné. Protože tady toto je docela drahá záležitost, ty prostory a všechno, takže to asi nebude možné.” (informantka z rozhovoru)

Komplexnost a provázanost potřeb se promítá do křehké motivace a abstinence, které brání dlouhodobé změně. Pro lidi se závislostí je často obtížné zvládat administrativní nároky systému služeb, což dále zvyšuje jejich závislost na asistenci sociálních pracovníků. Stabilizaci by mohlo podpořit zejména **dostupné sociální bydlení, flexibilnější formy služeb a intenzivní podpora** při každodenních krocích. Data z rozhovorů i dotazníků potvrzují, že režimové a abstinенčné zaměřené programy nejsou udržitelné pro část klientely (např. mladé lidi nebo osoby bez domova), pro něž je klíčové navázání důvěry a postupná práce v přirozeném prostředí. Systémové bariéry dále prohlubují sociální vyloučení a ztěžují proces zotavení. Celkově se ukazuje, že cesta k účinné podpoře vyžaduje mezioborovou spolupráci, posílení dostupnosti bydlení a služeb, které zohledňují individuální možnosti a životní podmínky klientely.

Co funguje

Spolupráce mezi službami

Síť služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo lidi se závislostí v Ostravě byla v rozhovorech i dotaznících se sociálními pracovníky a pracovníci, ale i uživateli a uživatelnkami služeb často popisována pozitivně (s tím, že u uživatelů a uživatelek služeb lze předpokládat menší ochotu vyjádřit i kritický postoj). Nejčastěji byla zmiňována **pestrá a funkční síť služeb**, které jsou provázané a komunikují spolu. Pozitivně byla hodnocena také kvalita služeb a personální zajištění.

„V Ostravě oceňujeme širokou síť služeb pro lidi se závislostí – od kontaktních center a terénních programů až po následnou péči [...].“ (respondent/ka dotazníku)

Účastníci a účastnice výzkumu pozitivně hodnotili také **dostupnost** adiktologických služeb. Zdůrazňovali, že při motivaci ke změně je možné se dostat k odborníkům v krátkém časovém horizontu (dny až dva týdny), což je klíčové v okamžiku, kdy se člověk se závislostí rozhodne situaci řešit.

„Myslím si, že tady je jako nabídka služeb, která pokud fakt člověk potřebuje, tak se má kam obrátit. Myslím si, že část těch služeb je dobře dostupných.“ (informantka z rozhovoru)

Konkrétně byly oceňovány zejména některé specializované nebo inovativní služby, které se přiklání k “snižování prahu” a tzv. vlhkým a mokřým typům služeb. Jmenovitě byly opakovaně zmiňovány např. organizace **Arka**, služby sociálně aktivizační služby **Stežka**, otevření terapeutické komunity **Exit** pro dospívající a mladé dospělé. Dle výpovědí došlo ke zlepšení péče o lidi po výstupu z výkonu trestu odnětí svobody. V tomto kontextu byla velmi pozitivně hodnocena práce **Rubikon Centra**. Oceňována byla i organizace **Renarkon**, která je jednou z největších a nejstarších služeb pro lidi se závislostí v Ostravě.

„Funguje organizace Renarkon, výměnné okno, streetworkoři, testování, terapie. Funguje projekt Stežka od Slezské diakonie, organizace Arka také dobře pracuje se závislostí.“ (respondent/ka dotazníku)

Byly reflektovány také **personální změny v Renarkonu** z poslední doby, kdy je situace vnímána jako směřující ke stabilizaci, dle zapojených dochází ke zlepšení služeb i kultury organizace, personálního obsazení i atmosféry v týmech. Přestože spolupráce mezi službami funguje a vztahy jsou v zásadě dobré, vnímány jsou ale i obavy z **dominantního postavení jedné organizace**.

„Ale vlastně trochu čekám, co se jako, v co se vyvine teď ta transformace nebo nový život Renarkonu. To jako začíná to na mě dělat trochu dojem, že se Renarkon, jakože Renarkon směřuje k nějakému silně dominantnímu postavení na trhu [...].“ (informantka z rozhovoru)

Síťování a spolupráce mezi adiktologickými službami v Ostravě je vnímána jako klíčový prvek pomoci lidem se závislostí nebo závislostí ohroženým. Za důležité považují zapojené osoby otevřenou, transparentní komunikaci, angažovanost, osobní kontakt a vzájemnou provázanost mezi pracovníky a pracovníci napříč spektrem služeb (a to i zdravotními). Neziskové organizace zde hrají důležitou roli jako **zprostředkovatelé komunikace a spolupráce** mezi institucemi, a díky své operativnosti zvyšují přínosy a dostupnost péče. Jako užitečná jsou hodnocena také nejrůznější pracovní setkávání (kulaté stoly, participační týmy, komunitní plánování, vzájemné návštěvy, společné projekty apod.). Za důležité bylo považováno také vymezení kompetencí a rozdělení rolí.

„A i tou osobní znalostí, jak se tak různě setkáváme, tak díky tomu máme přehled, kdo co dělá, jak ty vlastně, jak kde toho klienta můžu odeslat. A vím, že bude v dobrých rukou. Jo? To je pro mě jako strašně důležité.“ (informantka z rozhovoru)

Spolupráce mezi adiktologickými službami v Ostravě se aktuálně opírá o **komunitní plánování a pracovní skupiny**, i když jejich složení a ukotvení se v čase mění. Pracovní skupiny komunitního plánování umožňují dle řady účastnic výzkumu sdílení zkušeností a hledání řešení (někdy je však také vnímáno jako boj organizací o zdroje než jako platforma pro spolupráci a koordinaci). Zároveň byla reflektována změna komunitního plánu ve směru podpory potřeb uživatelů, nikoliv služeb.

„Sít služeb by mohla lépe odpovídat potřebám lidí se závislostí, pokud by byla ještě dostupnější a pružnější.“ (respondent/ka dotazníku)

Zdůrazňován byl zejména význam **koordinovaného a interdisciplinárního či multidisciplinárního přístupu** v péči o osoby se závislostí, kde je klíčové propojení pobytových, ambulantních a terénních služeb. Každý typ služby má své specifické přínosy, které se vzájemně doplňují a umožňují flexibilně reagovat na aktuální potřeby klientely. Jako důležitá je vnímána včasná výměna informací a možnost konzultací ohledně konkrétních případů, např. formou případových setkání a konferencí. Celkově je systém postavený na spolupráci různých aktérů vnímán jako funkční a přínosný.

„Nejlepší výsledky za mě přináší cílený case management služeb, které jsou potřeba pro zotavení konkrétního člověka – vzájemná spolupráce, společně s klientstvem, plně transparentní a podpůrná. Ideálně mezioborová dle potřeby.“ (respondent/ka dotazníku)

Spolupráce by měla být dle zapojených založena na osobních vztazích, důvěře a podpoře vedení. Tak, aby z ní profitovali klienti a společným cílem byl vždy klient, nikoli konkurence mezi organizacemi. Přesto zůstává výzvou lepší **koordinace mezi aktéry a potřeba silnějšího zastoupení** neziskových organizací v diskusi a obhajobě potřeb klientů.

Z citací dále vyplývá, že spolupráce mezi neziskovými organizacemi a **veřejnými institucemi** je v Ostravě funkční, ale zároveň silně podmíněná strukturálními nerovnováhami. Z pohledu tzv. Non-Profit Industrial Complex (Gilmore, 2007) to lze interpretovat tak, že neziskové organizace často suplují funkce veřejných institucí (například doprovázejí pracovníky OSPOD do rodin, realizují aktivizační opatření, která by měla spadat do širších sociálních politik). Tímto způsobem neziskovky vstupují do „servisní role“ vůči veřejným institucím a odlehčují jim jejich agendu. Zároveň je spolupráce rámována grantovým a dotačním systémem města, který zajišťuje určité financování, ale také udržuje neziskové služby v **závislém postavení** – organizace musí reagovat na priority zadavatelů, nikoli pouze na potřeby klientů. Jinými slovy, neziskový sektor je podporován, aby poskytoval dílčí služby a zmírňoval sociální problémy, čímž je často zahlcen a v důsledku toho je limitován v možnosti hlubší systémové inovace a transformace. V tomto smyslu lze interpretovat i obavy respondentů a respondentek ze „silně dominantního postavení“ jedné organizace. Konsolidace služeb může posilovat efektivitu, ale také zúžit prostor pro alternativní a kritické hlasy.

Spolupráce se zdravotními službami je zatím na nízké úrovni a bude podrobněji rozebrána v další subkapitole. Jako pozitivní příklad lze uvést zlepšení v oblasti léčby hepatitidy typu C díky spolupráci s Remedisem v Brně, kam pracovníci s klienty dojíždějí na diagnostiku a léčbu. V rámci Ostravy však tato možnost absentuje.

Intervence a inovace

Jako jedna z nejvýznamnější se rozvíjejících inovací bylo v datech tématizováno **zapojení žité zkušenosti**. Zapojení lidí s žitou zkušeností se ukazuje jako významný prvek zkvalitňující služby v oblasti závislostí i podpory osob s trestní minulostí. Zúčastnění oceňují především působení recovery koučů a peer pracovníků, kteří přinášejí do týmů specifickou expertizu založenou na vlastní zkušenosti a posilují důvěru klientů. Peer organizace a svépomocné skupiny zároveň podporují zotavení a osobní růst. Data však ukazují, že tento přístup je v Ostravě stále méně rozvinutý než například v Praze či Brně. Přesto se objevují pozitivní příklady (první oficiálně zaměstnaní peer pracovníci a pracovnice, začleňování lidí s romským

původem či bývalých uživatelů do pracovních skupin), které usnadňují kontakt s obtížně dosažitelnými klienty. Z výpovědí vyplývá, že **zapojení lidí se zkušeností má silný motivační efekt, přispívá k destigmatizaci** a v některých situacích může být efektivnější než přístup založený výhradně na odborných znalostech. Zároveň se objevuje potřeba stabilnějších pracovních podmínek pro peery a jejich systematického začlenění do služeb, což je vnímáno jako cesta k dlouhodobě udržitelnější a komplexnější podpoře klientů.

„Protože Ostrava nám přijde, že je taková dost jako zabržděná ve všem. Samozřejmě Praha, Brno, ti už jedou úplně v něčem jiném. My jsme tady takoví i jako vůči třeba těm peerům, takový jakože to ne a no.“ (informant z rozhovoru)

To, co dále ve službách často dobře funguje je **budování vztahu** mezi (peer)pracovníky a pracovníci a klientelou. Informanti zmiňovali, že účinná pomoc klientkám stojí především na důvěře, individuálním přístupu a trpělivé práci s motivací. Důvěra je pro klienty klíčová, často představuje „jejich jediný bezpečný vztah“ a je výsledkem dlouhodobé a intenzivní spolupráce. Individuální péče umožňuje reagovat na specifické potřeby („každý potřebuje úplně něco jiného“) a osvědčuje se zejména tam, kde skupinová forma podpory nevyhovuje. Motivace bývá zpočátku spíše vnější, například tlak rodiny („jestli se nebudeš léčit tak jako konec“), postupně se však posouvá k vnitřnímu zdroji, který má pro klienta či klientku zásadní význam.

Než se však podaří posunout klienty k motivaci k abstinenci, hraje zásadní roli strategie **harm reduction**, která se v Ostravě postupně rozvíjí. Tato strategie patří mezi oceňované a využívané nástroje při práci s aktivními uživateli návykových látek. Harm reduction programy sehrávají klíčovou roli při navazování kontaktu s těžko dosažitelnými klientkami, které by jinak do systému pomoci nevstoupily. Data ukazují, že rozvoj terénních služeb v prostředí nočního života, testování na infekční nemoci a rozšíření provozní doby programů posilují možnosti harm reduction přístupu. Harm reduction je vnímán jako funkční strategie („prostě restrikce nefungují, zákazy nefungují, tresty nefungují“). Tento posun je podmíněn vztahem důvěry s pracovníky, kteří umí s těmito programy zacházet. Účastnice však upozorňují na přetrvávající napětí mezi logikou harm reduction a společenským tlakem, který služby často redukuje na odstraňování viditelných projevů užívání (např. „aby se neválely stříkačky“), zatímco širší veřejnost těžko přijímá, že jde o ochranu celé společnosti.

„Tady společnost si myslí, že tihle lidi jsou zbyteční a vlastně by vůbec ve společnosti neměli být a těžko se jim vysvětluje to, že harm reduction je ochrana i jich samotných, a že vždycky budou lidi, skupina lidí, kteří budou takhle žít.“ (informantka z rozhovoru)

S programy harm reduction úzce souvisí také otázka **nízkoprahovosti** služeb. Účastníci zdůrazňovali, že je důležité, aby služby byly otevřené, anonymní a zdarma, což snižuje bariéry vstupu. Protože jde o něco, co je potřeba ještě posilovat, rozepisujeme se o ní ještě v následující kapitole.

Data dále ukazují, že práce s lidmi se závislostí se nedá oddělit od jejich rodinného prostředí. Účastníci poukazovali na to, že se službám postupně daří **zapojovat do spolupráce rodinné příslušníky** lidí se závislostí. Práci s rodinným systémem je věnovaná větší pozornost. Rostoucí důraz na práci s rodinným prostředím klientů napomáhá stabilizaci vztahů a zvyšuje šance na dlouhodobé zotavení.

„V Ostravě se daří zajišťovat podporu rodin s členem se závislostí prostřednictvím specializovaných služeb, jako je například služba Stezka, která pracuje s celou rodinou a pomáhá řešit různé oblasti života ovlivněné závislostí.“ (respondent/ka dotazníku)

Prostor pro změny k lepšímu

Potřeba integrace zdravotních a sociálních služeb: překlenutí rozdílných přístupů

Analýza ukázala na rozdíly mezi přístupem sociálních a zdravotnických služeb. Zdravotní služby setrvávají často v medicínském modelu, v němž je abstinence považována za jedinou cestu a kde dominuje hierarchický, institucionální rámec orientovaný na akutní stav. Tento přístup byl někdy hodnocen jako spojený s distancí vůči sociálním službám a se stigmatizací uživatelů a uživatelů. Naopak sociální služby jsou orientovány více na recovery a harm reduction, jenž akcentují prevenci, dlouhodobé doprovázení, partnerský přístup a zapojování lidí se zkušeností. Snaží se o holistické uchopení problému a o podporu klientů a klientka v každodenním životě.

Z obou perspektiv je zřejmé, že oddělené fungování těchto sektorů vytváří pro klientelu překážky a zvyšuje zátěž pro pracovníky. Proto se v rozhovorech opakovaně objevuje potřeba systematické integrace oborů.

Integrace zdravotních a sociálních služeb se jeví být klíčovým předpokladem pro efektivní a důstojnou podporu lidí v obtížných životních situacích, jak na úrovni každodenní praxe (sdílené služby, společné týmy, platformy), tak na úrovni systémové (politická podpora, financování, organizační rámec).

„[...] vnímám, že možná se trošku i rozevírají ty nůžky toho, že si myslím, že v tom sociálu my jsme víc už teďka nastaveni na trochu jako jiný model toho zotavení... kdežto v tom zdravotnictví je to furt ten medicínský prostě přístup, jako abstinence je jediná cesta, je to celoživotní nemoc prostě, ty jsi vlastně jako nemocnej, tak jako stačí, když budeš jako abstinovat a všemu se vyhneš a bude všechno v cajku. A my to máme jako jinak.“ (informantka z rozhovoru)

Stále však existuje řada **bariér**, které brání navázání spolupráce nebo integrace zdravotních a sociálních služeb. Zdravotnický sektor funguje do značné míry jako „systém pro sebe“, s omezeným prostorem pro mezioborovou spolupráci. V rozhovorech se opakovaně objevuje, že zdravotníci se setkávají se sociální sférou neúčastní s argumentem časového přetížení. Sociální služby pak nemají ani prostor vlastní zdravotnický personál zaplatit. Z rozhovorů je patrné, že současný dualismus (zdravotnictví a sociální služby jako oddělené světy) přináší potíže, zejména není možné efektivně reagovat na komplexní potřeby klientů. Účastníci proto opakovaně mluvili o vytvoření platformy pro společná setkávání, systémové podpoře ze strany města a vyšší politické úrovně, zapojení zdravotně-sociálních pracovníků jako mostu mezi oběma systémy, a o nových formách služeb, které by integrovaly zdravotní a sociální péči.

„Ale tak ono v tom zdravotnictví je to těžký, jo. Třeba primář XY nám řekl, že pokud chceme doktory navázat, nalákat ke spolupráci, tak jednak teda je musíme jako zaplatit – což my je nezaplatíme – anebo řekl, že je musíme něčím hodně zaujmout. Takže jim udělat nějaký prima program prostě. [...] ty lidi z těch neziskovek, co prostě jakoby tam řešíte každou korunu, občas nemáte ani na toaleták [...]“ (informantka z rozhovoru)

Účastníci dále upozorňovali, že ačkoli na Ostravsku existuje síť specializovaných zařízení, jako jsou léčebny nebo detoxifikační jednotky, jejich **kapacita je nedostatečná**. Klienti a klientky často čekají příliš dlouho, nebo se potřebné péče vůbec nedočkají. Chybí základní zdravotní služby pro nejohroženější skupiny. Nerozběhla se spolupráce s Mediky na ulici, chybí ošetření pro nejzranitelnější, zejména pro lidi na ulici, často se závislostí. Sice existuje síť ambulantních i pobytových služeb, ale chybějí v nich kapacity. Na příjem se velmi dlouho čeká, což je demotivující pro zájemce o léčbu i pracovníky. Taktéž nejsou dobře nastaveny přechody mezi jednotlivými fázemi léčby, kde dochází taktéž k prodávám. Chybí záchytná krizová lůžka, než se do dalšího stupně léčby nastoupí, zejména mezi detoxem a léčbou. Psychiatrická péče je špatně dostupná, je málo psychiatrů, není s nimi navázaná spolupráce ve službách, mají velmi dlouhé čekací doby v řádech měsíců. Problémem je taktéž to, že zdravotnické léčebné služby trvají na žádance od obvodního lékaře nebo psychiatra, což mnohdy není reálně zajistit, například u cizinců nebo u lidí z jiných měst. Noví obvodní lékaři s tímto typem pacientů nechtějí spolupracovat.

Jedna z informantek také tematizovala dva hlavní **rozpory**: (1) Nejednotnost legislativy a typů služeb, kdy rozdíl mezi zdravotními a sociálními službami je problematický, protože často dělají velmi podobné činnosti, ale jsou registrovány jinak. To vede k duplikaci služeb, rozdílným nárokům a komplikacím při spolupráci. (2) Druhým úskalím je financování a prestiž, kdy zdravotní služby (např. Krajská adiktologická ambulance s psychiatrem) jsou vnímány jako „lepší“ nebo důvěryhodnější. Zatímco sociální služby nemají jednoduchý přístup k odbornému personálu (jako jsou psychiatři), protože by musely překonávat administrativní a finanční překážky. Důsledkem je pak podobná práce, různé podmínky a často boj o financování. Problémem je i **vysoký práh** vstupu do některých služeb, který znemožňuje přijetí lidí v akutní či nestabilní situaci. Zcela chybí služby pro specifické skupiny, například pro osoby omezené ve svéprávnosti s duálními diagnózami, o kterých bude pojednáno ještě níže.

Institucionální bariéry: represe a stigma

Integrace zdravotních a sociálních služeb sama o sobě nestačí. Data ukazují, že klienti sociálních služeb narážejí také na výrazné **bariéry v kontaktu s úřady, policií nebo školami**. Tyto instituce často uplatňují represivní a sankční přístup, který místo podpory prohlubuje vyloučení a demotivaci klientů a klientek. Úspěch v systému závisí spíše na ochotě jednotlivých pracovníků a pracovníc než na nastavených procesech. Nerovný přístup na úřadech záleží na individuálním pracovníkovi nebo pracovníci („hodná paní“ vs. odmítavý přístup). Sociální pracovníce často supluje klientovu roli, protože bez doprovodu by klient nic nevyřídil. Klienti, kteří nezvládnou docházet na schůzky nebo nesplní formální povinnosti, jsou okamžitě sankčně vyloučeni, což je vrhá ještě více do chudoby a demotivuje je (podobně také Gřundělová, 2022). Spolupráce s OSPOD je spíše represivní než podpůrná. Sociální služby jsou tlačeny do role „kontrolorů“ (např. testování rodičů na drogy), což je v přímém rozporu s jejich nízkoprahovou, pomáhající rolí.

„[...] nám OSPOD posílá klienty na testování na přítomnost návykových látek, a tam teda bych si dovedla představit tu spolupráci trošku jinou [...]. chtějí, ať máme nějakou jako koalici s nimi, a je to o tom, jak jako nachytat toho klienta. A v tom nám není dobře, protože tohle tam nemá být naše jako funkce, kdy my jsme jako nízkoprahová služba a jako máme být pomáhající, ne represivní. Takže to je i něco, co máme v plánu do budoucna změnit, že už jako nechceme testovat na návykové látky.“ (informantka v rozhovoru)

Také školství je vnímáno jako prostředí se **silným stigmatem a převládajícím restriktivním přístupem** („bereš – zemřeš“). Prevence je často vedena represivně (police, městská policie), nikoliv interaktivně a podpůrně. Taktéž policie setrvává převážně v represivním paradigmatu.

„[...] já si myslím, že tam pořád to stigma jako v těch školách vůči té cílovce je. Přesně na to narážím. Jo, je tam obrovské stigma, odsuzování. Jo, prostě, nejlépe proto oni si berou prostě od Městské policie a od PČR prostě primární prevenci, protože je zadarmo a je prostě to restrikce, že jo. Bereš – zemřeš.“ (Fokusní skupina – služby)

Také v dotaznících se ojediněle objevovaly názory podporující represivnější řešení situace lidí se závislostí. Odpovědi (zejména z OSPOD) obsahovaly požadavek na posílení represivních a kontrolních nástrojů v oblasti práce se závislostmi, zejména ve vztahu k distribuci návykových látek a povinné léčbě. Zmiňována byla potřeba rychlejšího zásahu policie, zvláště ve vyloučených lokalitách, a zvýšení pravomocí institucí, například umožnit OSPOD soudně nařídit léčbu. Dále bylo navrhováno, aby byla návštěva odborníků (lékař, psycholog, psychiatr) u některých klientů povinná, nikoliv dobrovolná. Objevují se také požadavky na omezování dostupnosti drog a zpřísnění trestů.

Na tomto místě je potřeba zmínit, že represivní přístupy k řešení závislostí (důraz na tresty, sankce, nucenou léčbu či kriminalizaci uživatelů a uživatelék) jsou často neúčinné, krátkodobé a mohou vést ke zhoršení situace jak jednotlivců, tak celé společnosti. Represe neřeší příčinu problému, ale pouze jeho

důsledky. Lidé se závislostí se často nacházejí v hluboké osobní nebo sociální krizi, a pouhé potrestání je nevede ke změně chování, spíše prohlubuje společenské stigma, čímž snižuje ochotu vyhledat pomoc. Výzkumy (např. Werb et al., 2016) i praxe ukazují, že nucená léčba závislostí bez vnitřní motivace má nízkou úspěšnost a represe mají často negativní dopad na celou rodinu (Murray, Farrington, 2008). Země, které upřednostňují **harm reduction, substituci, sociální práci a destigmatizaci** (např. Portugalsko, Švýcarsko), dosahují lepších výsledků: nižší úmrtnosti, méně infekcí, nižší kriminality a vyšší míry úspěšné léčby (Egli et al., 2009; Hughes, Stevens, 2010; Uchtenhagen, 2010; Transform, 2014). Represe může mít místo v oblasti omezování nelegální distribuce drog, ale vůči samotným uživatelům by měl systém preferovat přístupy, které zohledňují komplexnost závislosti a důstojnost člověka. Investice do prevence, dostupné léčby a podpůrných služeb se dlouhodobě ukazují jako účinnější, humánnější i ekonomicky efektivnější než trestání.

Služby pro uživatele drog a jiné marginalizované skupiny (jako jsou např. lidé bez domova) však narážejí na **odpor veřejnosti i místních samospráv**. Nízkoprahová centra, terapeutické komunity nebo projekty typu „mokrý azylový dům“ jsou odmítány s odkazem na strach z kriminality a znehodnocení okolí. Politici mnohdy využívají stigmatizující jazyk z populistických důvodů, čímž podporují předsudky. Veřejnost má navíc malé povědomí o tom, co sociální služby skutečně dělají.

Uvedené pak vede k tomu, že některé služby, jako jsou např. nízkoprahová centra, K-centra, fixpointy či mokré služby jsou systematicky odmítány městskými částmi i obyvateli („to tady nechceme“). Tento fenomén se dá interpretovat jako **NIMBY efekt** (akronym anglických slov „Not In My Back Yard“ – „Ne na mém dvorku“). Jedná se o postoj lidí, kteří sice uznávají potřebu určité služby (nebo infrastrukturu), ale odmítají její výstavbu/fungování v blízkosti svého vlastního bydliště. Odpor se projevuje peticemi, blokováním projektů, tlakem na vystěhování služeb z lokalit (např. K-centrum ve Vítkovicích, terapeutické komunity Exit, vlhkého denního centra v Porubě apod.).

„Tak samozřejmě tyhle služby, jako ať už to jsou nějaký kontaktní centra nebo prostě nízkopraha a tady tyhle služby prostě nejsou populární. Městský části to ve svých obvodech nechtějí. To je to samý Praha, ať už Praha nebo Ostrava, to je úplně jedno, který město. Často jsou proti tomu všelijaký petice a my to tady nechceme.“ (informantka v rozhovoru)

Politici pak často raději ustoupí, aby si udrželi své voliče. Rozvoj nových služeb (fixpointy, aplikační místnosti, mokré domy) tak naráží na chybějící politickou odvahu. Politici preferují „viditelné a populární“ aktivity (jako je např. protidrogový vlak) před těmi, které by skutečně řešily problém, ale vyvolávají odpor. Problém není jen ve veřejném mínění, ale i v roztržitém samospráv.

„Je to bolavé místo, není reálné systémově reagovat na nové trendy. V roce 2022 byly snahy, ale koordinace je složitá kvůli 23 městským obvodům. Problémy jsou i s vyhláškami, například o pití alkoholu nebo bívání. Není to koncepční.“ (informantka z rozhovoru)

Důsledkem NIMBY je pak nadměrná koncentrace klientů – když jsou služby odmítány v obvodech, zůstávají v několika málo lokalitách, kde se kumulují stovky lidí (fronty na ulici, konflikty se sousedy). Vznikají další rizika – chybějící fixpointy, odmítání aplikačních místností, absence služeb v menších městech způsobují více infekčního odpadu ve veřejném prostoru, více rizikového užívání. To dopadá i na sociální pracovníky a pracovníky, jejichž energie se místo přímé pomoci klientům spotřebovává na vyjednávání s obvody, přesvědčování veřejnosti a hledání prostor.

„Tedka vlastně [...] budeme stavět fix pointy, což je jako kontejner na infekční odpad a taky to asi bude problém, protože ho musím někde postavit, musím mít schválení majitele pozemku a samozřejmě obvod na mě dělá, to tady nechceme prostě. Takže je to zase o nějakým

vysvětlování, proč to tam opravdu chcete a proč je to pro vás plus a prostě, jo, v podstatě to vlastně nikdo jako nezná ani, jo, takže to je nějak pořád v diskuzi, že to je super.“ (informantka v rozhovoru)

NIMBY ukazuje, že nestačí mít kvalitní zdravotní a sociální služby, pokud pro ně není politická a společenská podpora, jejich rozvoj je blokován. Překonání NIMBY vyžaduje **systematickou osvětu** (vysvětlovat, že služby zvyšují bezpečnost a čistotu veřejného prostoru), **politické vedení shora** (město, kraj, stát musí nést odpovědnost, nelze spoléhat jen na jednotlivé obvody), **decentralizaci služeb** (menší centra v jednotlivých obvodech místo jedné přetížené služby uprostřed), **zapojení lidí se zkušeností** (peer pracovníků), kteří dokáží lidsky vysvětlit přínos služeb.

„[...] takže i tady tahle osvěta, že to vlastně jako jsou zařízení, které jako právě jako pomáhají té společnosti, protože jako potom ty lidi nepijou někde na nádraží nebo prostě, jo, naběrou drogy někde v parcích, ale že je to nějakým způsobem kontrolovaný. A samozřejmě i další jako harm reduction, jo, jako záchyt jako jehel a tady těchhle věcí, takže i tady z tohoto hlediska toho světa by byla jako fajn. Ta, nechci říct neznalost, ale chybí ten přehled prostě v té problematice, to může být jako komplikace v nějakém rozvoji těch služeb“ (informantka z rozhovoru).

Účastníci a účastníci výzkumu v této souvislosti poukazovali na potřebu měnit stigmatizující a represivní pohled veřejnosti i odborníků a odbornic. Pracovníci služeb v této souvislosti vyžadují větší důvěru veřejnosti a uznání smysluplnosti své práce, která má dopad nejen na jednotlivce, ale i na jejich rodiny a děti. Stále však čelí stigmatizaci a předsudkům, včetně tzv. „nezásluhovosti“, což negativně ovlivňuje podporu i financování těchto služeb. Klíčové je proto **zvýšit informovanost, destigmatizovat závislosti a edukovat veřejnost i odborné profese** (např. pedagogy), které s lidmi se závislostí přicházejí do kontaktu.

„Větší důvěru v naši práci. Stále se potýkáme s tím, že je cílová skupina našich klientů označována za méně důležitou a s tím souvisí zpochybňování směřování financování do našich služeb.“ (respondent/ka dotazníku)

Systémové změny s ohledem na potřeby služeb

V některých službách došlo k navýšení počtu úvazků, přesto zůstává personální zajištění nedostačující. Častým jevem jsou **zkrácené úvazky nebo dohody**, které neumožňují dostatečnou stabilitu ani intenzitu práce s klientelou. Z dat dále vyplývá **potřeba dlouhodobého a stabilního financování**, provázanost dotačních titulů se specifiky adiktologických služeb a zjednodušení vykazování indikátorů, které často neodpovídají realitě práce. Významným limitem rozvoje adiktologických služeb je především krátkodobé a nepředvídatelné financování, které je navíc zatíženo vysokou administrativní zátěží. Systém krátkodobých projektů zároveň vede k rozpadu již zavedených aktivit („ta dobrá praxe, která se v tom projektu vytvoří, tak ale jako spadne s tím, že už není potom podpora“).

Stabilní financování je přitom velmi často a dlouho diskutovaný problém, který stále přetrvává u většiny sociálních služeb nejen v Ostravě, ale také v ČR. Úřad vlády ČR v relativně nedávné době realizoval analýzu v rámci této problematiky v ČR (viz Remešová et al., 2019), z níž vyplynuly poznatky korespondující s naší analýzou. Autorky a autoři analýzy je shrnuli do šesti bodů:

„1) Adiktologické služby jsou z velké části hrazeny z veřejných zdrojů, avšak finance jsou poskytovány několika orgány státní a veřejné správy, přičemž si každý orgán vytváří vlastní podmínky pro uchazeče, často s odlišným harmonogramem a v jiném režimu. Chybí rovněž nástroj na racionální posouzení přiměřenosti nákladů konkrétní služby.

2) Není stanovena jasná strategie podpory a rozvoje adiktologických služeb v České republice ve střednědobém horizontu.

3) Finanční prostředky udržují stávající síť adiktologických služeb, která často ještě vychází z historických zvyklostí a různých politických zájmů, již však neodpovídají aktuálnímu stavu užívání návykových látek v České republice.

4) Jednoleté dotace, které jsou nejpoužívanějším nástrojem financování adiktologických služeb, by ze své podstaty neměly tvořit oporu ve financování běžného provozu, ale měly by spíše pokrývat specifické požadavky související se zkvalitňováním adiktologických služeb.

5) Dotační řízení, na kterém financování adiktologických služeb zejména staví, je flexibilním nástrojem pro poskytovatele finančních prostředků (v případě získání finančních prostředků v průběhu roku lze vyhlásit mimořádné dotační řízení), na druhou stranu zvyšuje administrativní zátěž a komplikuje dlouhodobější plánování a nastavování služeb.

6) Z obecného hlediska nelze opomenout požadavek „good governance“ v oblasti veřejných služeb, které budou splňovat tyto základní parametry: transparentnost, stabilita, otevřenost, efektivita a hospodárnost [...].

Všechny tyto body v podstatě zrcadlí postřehy a obavy našich informantů a informantek. Ve zmiňované analýze (Remešová et al., 2019) pak 80 % organizací deklarovalo, že mají financování zajištěno skrze jednoleté dotace, které jsou navíc vícezdrojové, což vytváří mimo nestability i velkou administrativní zátěž, což se potvrdilo i v jiné analýze, která navíc specificky zahrnuje Moravskoslezský kraj (Černíková et al., 2024). V tomto ohledu pak většina organizací v daném výzkumu označila víceleté financování jako vhodnější a stabilní nástroj zabezpečení adekvátního a kvalitního fungování služeb. Potřeba víceletého financování pak zaznívala i v našich rozhovorech.

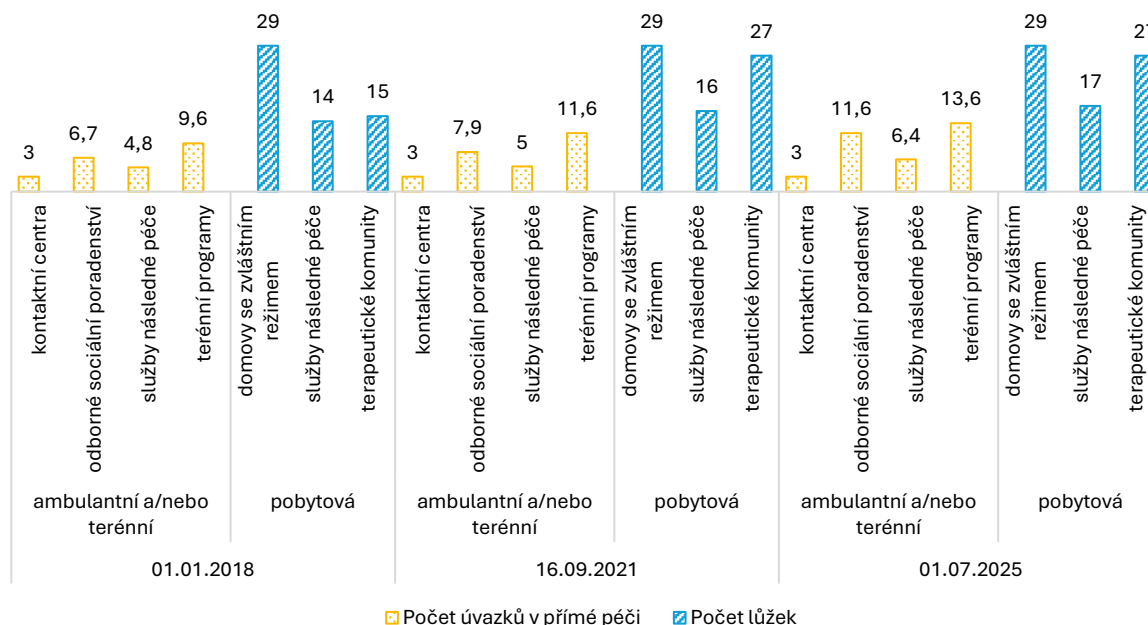
Dále z dat vystupuje i silný apel na **personální stabilitu a dostupnost odborníků a odbornic**. Klíčovou výzvou je nedostatek některých pracovníků a pracovníc a potřeba posílení odborných týmů („*Naše potřeba je mít ne čtyři pracovníky, ale deset. Ale to je spíš potřeba té služby než toho klienta*“). Výrazně rezonuje i potřeba větší dostupnosti některých odborných pozic – psychiatrů, adiktologů, peer pracovníků a rozšíření terénních služeb. **Nízké platy** a neadekvátní ohodnocení práce s těžkou cílovou skupinou ztěžují nábor nových pracovníc a vedou k přetížení stávajících týmů.

„[...] *mít možnost pracovat intenzivně, dlouhodobě vycházet do toho terénu, to je super a mít určitě terapeuta v týmu. Bez toho to nejde jo.*” (informantka z rozhovoru)

„*Tak, ať si říká, kdo chce, co chce, prostě to ohodnocení těch pracovníků, že prostě oni opravdu jako pracují s těžkou cílovou skupinou a nemají to finančně ohodnoceno.*” (informantka z rozhovoru)

Určitá personální poddimenzovanost vyplývá také z dat o sociálních službách zařazených do základní a optimální krajské sítě (viz graf 17), kam byly přitom zahrnuty sociální služby, které označují za svou převažující cílovou skupinu osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách, a které jsou poskytovány na území Ostravy anebo mají celokrajskou působnost. Z dat lze sice vyčíst, že v období 2018–2025 došlo u většiny ambulantních a terénních služeb k navýšení personálních kapacit. V ambulantní a terénní formě bylo nejvíce posíleno odborné sociální poradenství, u něž vzrostla kapacita o 4,9 úvazku. K pozvolnému nárůstu kapacit došlo také u terénních programů (+ 4 úvazky) a služeb následné péče (+ 1,6 úvazku). Nicméně počet úvazků kontaktního centra zůstal ve sledovaném období totožný. U tohoto druhu sociální služby byla výše úvazku srovnatelná s méně lidnatými městy, jako jsou Krnov či Bohumín, u nichž byl v krajské síti sociálních služeb vykazován k 1. 7. 2025 shodný počet úvazků jako v Ostravě. To může naznačovat poddimenzování této sociální služby v moravskoslezské metropoli.

Graf 17 Vývoj kapacit sociálních služeb pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách s místem poskytování v Ostravě a Moravskoslezském kraji (2018–2025)



Zdroj: Krajská síť sociálních služeb Moravskoslezského kraje (2025)

Ze sociálních služeb poskytovaných v pobytové formě došlo k nárůstu počtu lůžek u terapeutických komunit (+ 12 lůžek) a služeb následné péče (+ 3 lůžka). Nárůst v prvně zmíněné kategorii souvisí především s otevřením nové terapeutické komunity EXIT, která se zaměřuje na podporu nezletilým a mladým dospělým. Do analýzy byl zahrnut také domov se zvláštním režimem s názvem Domov Přístav Ostrava – Zukalova, který v rámci krajské sítě sociálních služeb označuje za svou převažující cílovou skupinu právě osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách.

Celkově, jak je patrné z grafu 17, byla navyšovaná kapacita vzhledem ke vzrůstajícímu počtu klientely proporcčně menší, takže sotva stačila pokrýt část tohoto nárůstu. Na to ostatně poukazuje také Úřad vlády ČR (Pleva, 2021, s. 32):

„Současnou síť služeb považujeme za obtížně udržitelné a v řadě krajů nedostačující minimum. Konstatujeme relativně dobrou dostupnost služeb, zejména programů snižování rizik, z pohledu geografického rozmístění programů. Problémem, na který upozorňují např. krajsí koordinátoři, je nedostatečná dostupnost časová a kapacitní (personální) a také nedostatečná dostupnost některých složek či programů jednotlivých služeb. Upozorňují tím primárně na problém ve financování, kdy poskytovatelé služeb nejsou schopni při stávající výši financování zajistit a naplnit potřeby a rostoucí poptávku svých klientů a také požadavky regionů a obcí. Spíše, než k rozvoji sítě služeb tak dochází k omezování jednotlivých činností a tlak na nárůst výkonů má za následek snížení časové dotace na práci s klientem.“

V kontextu Moravskoslezského kraje je v souvislosti s krajskou sítí služeb, celkovou kapacitou a personálním zajištěním poněkud překvapivé, že podle dat dostupných z roku 2023 (Černíková et al., 2024) pracuje krajská protidrogová koordinátorka, která má mimo jiné v gesci i sledování potřeb sociálních služeb 0,2 úvazku, což je jasně nejméně ze všech krajských koordinátorů a koordinátorek. Je možné, že se od té doby situace změnila (nemohli jsme dohledat aktuální informace), nicméně takto nízká výše úvazku velmi limituje jakoukoliv koordinaci.

S personálním zajištěním úzce souvisí **vzdělávání**, které je vnímáno nejen jako profesní rozvoj pracovníků, ale i jako investice do budoucí udržitelnosti služeb. Bez stabilní podpory vzdělávacích aktivit hrozí, že služby nebudou schopny dostatečně reagovat na nové výzvy ani udržet odbornou kvalitu své práce.

„[...] Další pilíř pro kvalitní služby jsou pracovní podmínky a kvalifikace, to může pomoci omezit fluktuaci a odchody pracovníků. Jsem přesvědčený, že nejlepší supervizí je kontinuální sebezkušenostní výcvik. A potom lépe funguje i supervize v týmu či individuálně.“ (respondent dotazníku)

Opakovaně se objevuje požadavek na **systematické a dlouhodobé vzdělávání**, které by přesahovalo rámec krátkodobých kurzů a poskytovalo pracovníkům hlubší dovednosti – zejména v terapeutických přístupech, krizové intervenci či prevenci relapsu. Nedostatek finančních prostředků však často znamená, že si výcviky hradí sami nebo se vzdělávání účastní ve svém volném čase.

„Zaplatit si výcvik dneska psychoterapeutický sebezkušenostní, to je prostě na pět let a je to záležitost 200, 300 000. To ne každý zaměstnavatel dá, jo. Čili jako koho pořád baví otáčet jako 24 hodin vzdělávání, komunikace, základy poradenského rozhovoru prostě vůbec, takže i jako finančně dostupná a kvalitní vzdělávání právě na téma krizovka, prevence relapsu, tohle mít. A ty novinky, jo, jako sázení, ty novinky prostě na trhu, které jsou, to by, to by mě jako dávalo velký smysl.“ (informant z rozhovoru)

Účastníci zdůrazňují i potřebu **vzdělávání v nových trendech**, ať už jde o nelátkové a digitální závislosti, nové psychoaktivní látky nebo měnící se způsoby užívání. Pokud pracovníkům „ujede vlak“, může to zásadně omezit jejich schopnost reagovat na aktuální potřeby klientely.

„My jako součásti toho systému bychom prostě měli držet krok s dobou, protože už to tady taky zaznělo, jsou jako nové látky návykové nebo nové problematické látky, které se vyskytují. [...] A když prostě nám ujede vlak, tak potom jako to budeme těžko dohánět.“ (informant z rozhovoru)

Silně rezonuje rovněž téma spolupráce a **sdílení zkušeností** mezi organizacemi. Jako problém je vnímán nedostatek prostoru a kapacit pro stáže, workshopy či společná setkání, které by mohly sloužit k výměně dobré praxe. Přitom se ukazuje, že lepší koordinace a odbourávání konkurenčního nastavení mezi službami by přinesly přímý užitek i pro klientelu.

„Mně by se jako líbilo, kdyby třeba společně identifikovali nějaké potřeby a následně na ně jako společně reagovali [...] nebo sdílené i jako přednáškové činnosti, kde by třeba byli lidi jako z více těch organizací [...] Aby zmizel nějaký jako konkurenční boj, ale aby vlastně tam fakt byla ta spolupráce.“ (informantka z rozhovoru)

Významnou roli má rovněž **osvěta a vzdělávání pracovníků a pracovníků v přidružených organizacích** (např. v domovech pro seniory, školách nebo zdravotnických zařízeních), kde se klienti se závislostí rovněž objevují. Právě v těchto kontextech je potřeba rozvíjet základní porozumění závislostem, motivaci klientů a destigmatizační přístup.

„Určitě by pomohlo praktické vzdělávání sociálních pracovníků i ve službách, které nejsou primárně zaměřeny na práci s lidmi se závislostmi. Pracovníci by tak mohli v rodinách lépe preventivně působit, být si vědomi rizik, aktuálních trendů.“ (respondent/ka dotazníku)

Zároveň účastníci dodávají, že bez dlouhodobého a stabilního financování, které umožní udržet personál a sníží administrativní zátěž, nebude možné reagovat na komplexní potřeby cílové skupiny. („Já to musím říct. No ty peníze prostě. To je jako... Lidi a peníze, no. Nové lidi“).

Jak z dotazníků, tak z rozhovorů je patrné, že současný **systém nastavení indikátorů** často neodpovídá reálné povaze adiktologické práce. Nastavení kvantitativních ukazatelů nutí pracovníky k časově omezené a formální podpoře, přestože klienti a klientky vyžadují dlouhodobější a intenzivnější péči. Administrativní náročnost navíc představuje značnou zátěž, která odčerpává kapacitu od přímé práce s klienty. Jak vyplynulo z výpovědí, místo reálného zohlednění potřeb klientek se služby mnohdy přizpůsobují požadavkům indikátorů, což vede k napětí mezi kvalitou poskytované péče a formálními kritérii.

„Ptáme se na potřeby těch klientů, [...] ale jsou ještě třeba ty služby schopné vůbec v tom nějak fungovat, tak aby byly naplňovány i potřeby? [...] čím dál tím víc je i úkolů, co je třeba, do toho se zapojit [...] ale s velkým množstvím klientů a malým počtem úvazků už nemusí být úplně možné se do všeho zapojovat.“ (informantka z rozhovoru)

„Aktuálně [název služby] je teďka nastavená na tom, že já mám klienta podporovat 40 hodin a pak bych ho měla jako, jo, protože potřebujeme nasbírat ty klienty, abysme naplnili ty indikátory, ale je tam to, že ti klienti potřebují prostě delší míru podpory. [...] půlrok až rok je na to málo.“ (informantka z rozhovoru)

Jak vyplývá z výpovědí, zátěž spojená s administrativou a vysoký počet klientů omezuje individuální přístup a dlouhodobou práci s nimi.

„[...] Zotavení je specifický proces vyznačující se často mnoha pokusy a je nutné to chápat jako průvodní jev. Není možné se na tyto osoby zlobit, že se v léčbách ocitají opakovaně nebo že často po krátké době odcházejí. Opakované léčby jsou stále levnější variantou než finanční dopady, které vzniknou ve všech úrovních systému, pokud bude léčba nedostupná. Dalším tématem k úvaze je otázka vykazování. Je nutné si uvědomit, že součástí naší práce není jen přímá práce s uživateli. Aby bylo možné naše služby rozvíjet a udržovat jejich vysokou úroveň, musí se jejich zaměstnanci účastnit mnoha setkání, školení, konferencí, systematicky plánovat rozvoj, věnovat čas efektivní propagaci služeb – věnovat se své práci i mimo hodiny přímé péče. Tyto činnosti samozřejmě snižují prostor pro přímou práci s klienty. Měření efektivity služeb výhradně skrze intervence, kontakty a počty klientů není příliš vypovídající.“ (respondent/ka dotazníku)

Takové nastavení souvisí s medikalizací a individualizací sociální práce, kdy Herz a Lalander (2018) poukazují, že sociální práce v důsledku neoliberalizace přimkla k medicínskému diskurzu, který je typický sledováním individuálních rizikových faktorů a snahou vyřešit daný problém rychle za pomoci léku, jenž má rychlý účinek. Tzv. **syndrom pilulky** ovlivňuje sociální práci ve smyslu, že existuje představa, že klient, stejně jako pacient, přijde k sociální pracovníci, která „předepíše“ intervenci a problém bude rychle vyřešen. Nicméně sociální práce funguje na principu získávání důvěry a postupné práci s danou osobou, což je dlouhodobý proces, takže očekávat od ní, že bude fungovat stejně jako medicína je neadekvátní.

Data dále ukazují, že pro velkou část klientely zůstává přístup k léčbě a službám stále příliš **vysokoprahový**. Bariéry se objevují jak na úrovni zdravotnického systému (např. složité podmínky pro přijetí na detox včetně doporučení od praktického lékaře či hotových laboratorních odběrů), tak i v pobytových službách, kde jsou časté požadavky na abstinenci či bezproblémové chování. Tyto podmínky mnozí klienti v krizových situacích nejsou schopni splnit, což může vést k jejich vyloučení ze systému péče. Účastnice a účastníci opakovaně zdůrazňují potřebu **snižování prahů**, tedy dostupnějších služeb pro uživatele v aktivní fázi závislosti nebo v sociálně znevýhodněné situaci. Jako inspirace zaznívá možnost „mokrých variant“ pobytové služby nebo větší tolerance k aktuálnímu užívání, aby lidé měli alespoň bezpečný prostor k přespání a základní péči. Současně se objevuje téma **flexibilních forem poskytování služeb**, jako je terénní terapeutická podpora přímo v přirozeném prostředí klientů, online konzultace či přizpůsobování služeb individuálním možnostem (např. odpolední či víkendové programy). Tyto přístupy mohou pomoci snížit riziko, že klienti kvůli vysokým prahům službu vůbec nevyužijí.

Přeplněné služby a chybějící alternativní služby

Přestože se síť služeb v Ostravě rozvíjí a místy i kapacitně roste, poptávka po adiktologických a souvisejících službách výrazně převyšuje nabídku. Zmiňovány byly například **přeplněné nízkoprahové a pobytové služby pro lidi bez domova** (často se závislostí). Také počty tréninkových bytů neodpovídají poptávce. Problémy jsou často i s kapacitami u žen bez domova. Přetížení řeší služby improvizovaně (např. umožněním přespaní na jídelnách). Horší dostupnost služeb bývá také přes víkendy.

„Nehledě na to, že v neděli nefunguje přes den žádná sociální služba pro osoby bez domova. A já si trůfám říct, že třeba mezi těmi osobami bez domova je 1/3 klientů, minimálně 1/3 klientů, kteří aktivně užívají drogy, jo. Ti lidi potom v tu neděli fakticky celý den musí být někde, ať je zima nebo léto“. (informantka z rozhovoru)

Účastníci a účastnice šetření poukazovali na některé mezery v systému péče o osoby se závislostí a současně navrhovali konkrétní oblasti, kde by bylo vhodné služby doplnit nebo inovovat s akcentem na **dostupnost, nízkoprahovost a pružnost**. Zmiňována je zejména potřeba specializovaných služeb zaměřených na **podporu osob v režimu kontrolovaného užívání** a zároveň (mobilní) aplikační místnosti, kde by si uživatelé drog mohli aplikovat návykové látky pod dohledem kvalifikovaných pracovníků jako součásti rozvoje harm reduction. Vznik **neabstinenčních programů** (tzv. mokrých/vlhkých služeb) tematizovalo vícero účastnictva. Někteří by uvítali také **recovery house, podporované zaměstnávání** nebo **denní stacionáře** pro osoby se závislostí, kde by probíhala intenzivní ambulantní léčba každý všední den, zacílená na ty, kteří nemohou nastoupit pobytovou léčbu, zejména pro pracující, kteří nemohou na tak dlouho odejít ze zaměstnání nebo rodiče, kteří pečují o děti. Terénní služby by měly být více **dostupné také v pobytových službách a domácím prostředí**, což reaguje kromě jiného na potřeby blízkých osob, které pečují o uživatele neschopné docházet do ambulantních zařízení.

Konkrétně data ukazují, že oblast substituční léčby v Ostravě je v současnosti značně oslabena a nedostatečně rozvinutá. V Ostravě absentuje ucelený **substituční program**, kde by kromě substituční léčby u opiátů metadonem či buprenorfinem (Subutex, Suboxone) a u stimulantů methylenidátem (Ritalin) byla dostupná psychoterapie, poradenství a další sociální služby. Po ukončení programu v Renarkonu zůstává substituční léčba dostupná v podstatě jen na úrovni fakultní nemocnice, případně izolovaně u některých psychiatrů. To je vnímáno jako zásadní deficit ve třetím největším městě v ČR, kde by vzhledem k rozsahu užívání a velikosti populace měl fungovat **nízkoprahový substituční program s komplexní sociálně-terapeutickou složkou**. Stávající stav vytváří bariéry vstupu do substituce – klienti se musí vyrovnat s rigidními podmínkami a administrativní zátěží. Chybí dostupné prostředí, kde by substituce nebyla jen farmakoterapií, ale byla by provázána s podporou v oblasti bydlení, zaměstnání a sociální integrace.

Dalším problémem je **vysokoprahovost pobytových služeb**, které jsou založené na přísné abstinenci. Klienti, kteří relabují, z nich často vypadávají bez návazné podpory a mohou se ocitát na ulici. Tento nedostatek „mokrý“ varianty služeb způsobuje, že pro určitou část uživatelů v Ostravě neexistuje žádná adekvátní alternativa.

„Mít na výběr azylové domy pro alkoholové závislosti, pro nealkoholové a pak suché – nulová tolerance.“ (respondent/ka dotazníku)

Rozhovory však také ukázaly, že se v Ostravě začínají objevovat prvky **flexibilnějšího přístupu v pobytových a azylových službách**, které částečně překonávají striktní abstinenční pravidla. Příklady ukazují, že i přes oficiální podmínku „nulové tolerance“ alkoholu lze v individuálních případech hledat řešení, jež klientům umožní zůstat ve službě a nezůstat na ulici. Tento přístup je vnímán jako férovější a realističtější, protože služby se zaměřují spíše na chování klienta než na samotnou míru intoxikace.

Účastníci hovořili o vzniku tzv. „**vlhkých služeb**“, které představují posun od tradičního přístupu k uživatelům alkoholu a drog – nejde o „mokrý varianty“ bez omezení, ale o model, kde je užívání sice tolerováno, avšak za podmínky spolupráce a bezpečného chování. Tyto inovace vznikají **zdola, iniciativou samotných pracovníků a pracovníků služeb**, a ukazují, že systém se přirozeně vyvíjí směrem k větší inkluzivitě.

„Všichni víme, že ten člověk je pod vlivem alkoholu nebo nějaké látky, ale vlastně se díváme na to, jak se chová, a ne na to, kolik má v žíle.“ (informantka z rozhovoru)

Současně se však objevují **strukturální bariéry** v podobě již výše zmiňovaného NIMBY efektu. Celkově lze říci, že příklady „vlhkých služeb“ naznačují posun k pružnějším a lidstějším formám péče. Jejich systémové ukotvení ale závisí na širší politické podpoře a překonání rezistence obcí k zakládání nízkoprahových zařízení.

Diskuse ukazuje i na **chybějící odbornou a politickou debatu** o tom, jak má být substituce v regionu nastavena – zda má sloužit jako dlouhodobá forma „kontrolované abstinence“, nebo spíše jako časově omezený prostředek k sociální stabilizaci. Absence této vize a strategického rámce dále přispívá k tomu, že substituční léčba v Ostravě zůstává marginalizovaná a neodpovídá potřebám klientstva.

Z dostupných analýz přitom vyplývá, že nedostatečná kapacita nebo chybějící specifické potřebné služby jsou záležitostí celé ČR, kdy většina krajů popisuje stávající síť jako nedostatečnou nebo minimální. Významné nedostatky byly akcentovány zejména v ambulantní síti služeb následné péče, rezidenčních služeb, služeb pro děti a mladistvé, nedostatku zdravotního, zejména psychiatrického personálu. Specificky v Moravskoslezském kraji pak schází kapacity terénních programů a psychiatrické péče (Chomynová et al., 2024c).

Návrhy na inovace a nové služby

Z dat dále vyplývá, že současný systém adiktologických služeb je na řadě míst nedostatečný a naráží na nové výzvy, které překračují klasické pojetí závislostí. Vynořují se témata, jež dosavadní praxe neumí uchopit tradičními nástroji (ať už jde o digitální závislosti, potřebu flexibilnějších a diferencovaných forem péče, nebo specifické skupiny klientů, kteří do stávajících služeb „nezapadají“). Společným jmenovatelem je **volání po větší variabilitě, specializaci a schopnosti reagovat na nové fenomény**. Zkušenosti z praxe ukazují, že služby by měly více zohledňovat prostředí, ve kterém se klienti pohybují, a přizpůsobit se mu, nikoliv naopak. To se týká nejen digitálního prostoru, ale i například potřeb lidí s duální diagnózou nebo rodičů, kteří kombinují péči o děti s vlastní léčbou.

Digitální závislosti účastnice výzkumu vnímají jako téma, které je na „zelené louce“, tzn. bez jasné definice, metodik i dostatečných služeb. Vidí v něm rostoucí problém, který se projevuje především u dětí a mládeže, ale ohroženou skupinou jsou i starší dospělí. Ukazuje se, že digitální závislosti nelze řešit klasickými adiktologickými postupy. Vyžadují nové formy práce. Např. online služby 24/7 (chat, video, WhatsApp), protože mladí lidé nereagují na tradiční poradny, ale spíše píšou v noci. Návrhy řešení zahrnují např. „digi peera“ či „digi insidera“ (mladí pracovníci nebo influenceři, kteří žijí v digitálním prostředí a mají kredibilitu u cílové skupiny). Digitální závislosti jsou specifické třeba tím, že se s nimi nedá jednoduše „abstinovat“, spíše se musí učit regulaci a zdravému užívání. Klíčem je kombinace nových online forem pomoci, práce s rodinou a školou, systémových regulací a prevence. Přístup nemá být abstenenční, ale regulační a harm reduction, s důrazem na propojení digitálního a reálného života. Harm reduction pak zahrnuje hledání rovnováhy, práce s emocemi a bezpečným užíváním. Zaznívá i potřeba samostatné specializované služby nebo „divize digitálních interventů“, protože současné týmy se necítí v této oblasti dostatečně kompetentní.

Pomáhající pracovníce a pracovníci volají po jasnější legislativě a regulaci (věková omezení na sociálních sítích apod.), po sjednoceném přístupu škol (zákazy mobilů vs. benevolence), po kampaních a osvětě, které využívaly kanály mladých (TikTok, Instagram).

„[...] třeba byly tam nějaké skandinávské modely, kde třeba, mobily jsou fakt zakázané, jo. Nebo prostě, kde, jak kdyby vstupuje do toho i to školství, i ten stát, jo”. (informant z rozhovoru)

„A to, když jste se ptal ještě na ty inovace, to jsme teďka probírali, nebo prostě, že kdybychom potřebovali inovovat jako pro nějaké digi závislosti, tak to bude muset být úplně jiný přístup, jo, to je prostě online. Ti lidi nám tady jako neklepou nebo tak.” (informant z rozhovoru)

Na základě poskytnutých rozhovorů se sociálními pracovníky lze dále vyvodit několik klíčových témat, trendů a implikací, týkajících se zejména **zapojení lidí s vlastní zkušeností** (peerů/peerek a recovery koučů/kouček) do služeb pro lidi se závislostí a jiné cílové skupiny (psychiatrickí pacienti a pacientky se závislostí apod.). Lidé se zkušeností mají schopnost „nabourávat předsudky“ tím, že sdílejí svůj autentický příběh. Fungují jako motivátoři a motivátorky a vzor pro klientelu (např. mladé teenagery 13–15 let, kteří často nereagují dobře na autoritativní přístup). Peer pracovníci a pracovníce mohou přinášet aktuální pohledy z terénu a podporovat inovace, pokud jsou dobře začleněni. Kromě přímé práce s klienty se často věnují různým konzultacím a spolupráci při tvorbě materiálů nebo programů (např. Rubikon – kontrola jazykového stylu a relevance materiálů). Aby se mohl peering ve službách řádně rozvíjet, je potřeba jej institucionalizovat. Je žádoucí, aby peer pracovníci a pracovníce nebyli pouze dobrovolníky, ale měli jasně definovanou pracovní smlouvu, adekvátní odměnu a stabilní podporu. Fungování projektů s peer pracovníky a pracovníci vyžaduje podporu nejen „zdola“ (sebeorganizování apod.), ale také politickou podporu „shora“. Potřebné je zejména financování.

Účastníci výzkumu v této souvislosti navrhovali:

- Systematické zapojování peerů a peerek do všech typů služeb (streetwork, poradny, léčebny).
- Vytvoření stabilní pozice pro peer pracovníky a pracovníce (smlouva, odměna, podpora).
- Koncepční propojení škol, univerzity, organizací a peerů/peerek.
- Vytvářet finanční a organizační nástroje zapojování lidí s žitou zkušeností.
- Podporovat intersektoriální spolupráce mezi sociálními službami a zdravotnictvím.

Mezi konkrétní návrhy patřila vize vzniku **komunitního recovery centra nebo Recovery House v Ostravě**. Jednalo by se o místo pro recovery kouče a peerky, svépomocné skupiny, aktivity odborné i laické veřejnosti, zázemí a prostor pro zaměstnávání lidí se zkušeností se závislostí.

Peer pracovníci a recovery koučky signifikantně zvyšují efektivitu a autenticitu sociálních služeb. Efektivní implementace vyžaduje kombinaci podpory shora, finančních nástrojů a pečlivého začlenění do týmu. Celkově rozhovory ukazují, že praktické zapojení lidí se zkušeností transformuje pracovní prostředí, mění perspektivu pracovníků a přispívá k otevřenější a méně stigmatizující praxi. Zároveň citace ukazují, že pracovníci preferují systematické, dlouhodobé a řízené propojení peerů s organizacemi, spíše než jednorázové aktivity, a zdůrazňují potřebu facilitátorů a bezpečných rámců pro mladší účastníky a účastnice.

„Já bych jako nenacpal peer aktivistu, který přijde jednou a dost, to ne, ale vymyslet nějakou koncepci, kdyby byli zapojení a pracovali s téma dětma dlouhodobě, jo.” (informant z rozhovoru)

V oblasti nových služeb účastníci výzkumu dále tématizovali vznik tzv. **aplikačních místností**, které umožňují kontrolovanou aplikaci drog a nabízejí supervidované, bezpečné a hygienické prostředí pro aplikaci. Jde o odbornou adiktologickou službou zaměřenou na minimalizaci rizik, která poskytuje intervence ke snížení škod spojených s užíváním drog. Data ukazují, že je tento nástroj vnímán jako stále velmi kontroverzní koncept, který by pravděpodobně veřejnost ani politici nepřijali („Nápad jako aplikační

místnost by veřejnost ani politici nepřijali“). Přesto účastníci vyjadřovali podporu rozvoji těchto harm reduction služeb a zdůrazňovali potřebu jejich zdokonalení a širšího začlenění do stávající sítě služeb.

„Líbí se mi šlehárna, jo, jo, nějaké, to si myslím, prostě i ten harm reduction prostě jako nějak zdokonalovat víc vlastně, aby ještě víc prosákl do těch služeb.“ (informantka z rozhovoru)

Někteří účastníci vyjadřovali optimismus, že politické změny by mohly v budoucnu otevřít prostor pro realizaci těchto služeb („*Třeba ty volby způsobí to, že tam bude sedět někdo dobrý*“). Celkově tak lze shrnout, že aplikační místnosti čelí silné sociální a politické rezistenci, avšak existuje prostor pro rozvoj harm reduction přístupů a inovativních služeb podporujících bezpečnější užívání drog minimálně v nastavení některých adiktologických služeb.

Rovněž je identifikován nedostatek alternativních zařízení, jako jsou **mokré domy**, které by mohly doplnit nabídku harm reduction služeb. Rozhovory i dotazníky ukazují, že v Ostravě je **akutní poptávka po zavedení mokrých/vlhkých služeb**. Tyto služby jsou vnímány jako nezbytné pro klienty a klientky, kteří neabstínují a dnes narážejí na limity většiny zařízení. Opakovaně zaznívá, že v Ostravě chybí nízkoprahové služby pro uživatele alkoholu, ačkoliv tato skupina má významné potřeby a dopady na veřejný prostor. Klienti, kteří nejsou schopni abstinovat, často „propadají systémem“ (azylové domy, denní centra, noclehárny je často odmítají přijímat pod vlivem). Mnozí pracovníci považují mokrý dům nebo centrum za klíčovou chybějící službu. Často je zmiňováno Mokrý dům na Vlhké ulici v Brně jako pozitivní příklad harm reduction přístupu k uživatelům. Inspirací je zejména program kontrolovaného pití, který kombinuje bezpečné prostředí, přítomnost pracovníků a zdravotní podporu. Přínos je vnímán nejen pro klienty (lepší zdravotní stav, důstojnost), ale i pro veřejnost (menší výskyt lidí v ulicích). Překážkami zůstávají politická citlivost, ekonomické náklady a obtížné personální zajištění, zároveň jsou tyto služby pracovníky označovány za „chybějící článek“ systému.

„Jako určitě si myslím, že by stálo za to propojit víc, ještě víc jako služby, které pracují s lidmi se závislostí, třeba s azyláky směrem do mokrých azyláků a tady těch mokrých typů služeb. [...] Klidně i s nějakým třeba programem na kontrolované pití. Dovedu si to jako hezky živě představit. Jsem byla před nějakou dobou v Brně právě na Vlhké, kde měli tady tohle centrum.“ (informantka z rozhovoru)

Podobně jako mokré/vlhké služby jsou v Ostravě diskutovány tzv. **fixpointy** (sběrná místa pro použití injekční materiál), jako potřebný nástroj harm reduction. Měly by snížit množství volně pohazovaného infekčního odpadu, zvýšit bezpečnost a navázat uživatele na služby. Realizace je ale blokována kombinací politické citlivosti, odporu veřejnosti, technických a organizačních obtíží. Inspirace z Brna ukazuje, že fixpointy mohou dobře fungovat, avšak v Ostravě zůstávají zatím v rovině plánů, byť tyto plány jsou velmi konkrétní a rychle realizovatelné, pokud by k tomu byla vůle.

Účastníci dále reflektují potřebu rozvoje specializovaných služeb pro lidi se závislostí, které by kombinovaly zdravotní a sociální podporu po vzoru **Center duševního zdraví (CDZ)**, avšak cíleně zaměřených na tuto skupinu („*Takové CDZko pro závislé*“). Klíčovým tématem je kontinuita péče po hospitalizaci. Informanti zdůrazňují, že by bylo přínosné, kdyby pacienti a pacientky po ukončení léčby nebyli ponecháni bez podpory, ale aby je někdo doprovodil k dalším krokům a službám.

„Ale fakt jako, že by tady opravdu přišel, už třeba předem, pak by se vědělo, kdy ten pacient odchází, tak by, mohl by ho třeba doprovodit rovnou by šli, já nevím, něco už vyřídit nebo nemuselo by to být asi na dlouhou dobu, třeba ta služba, ale nějaká taková intenzivní po třeba skončení té hospitalizace, kdo by se mu věnoval. A pak předat třeba do běžného CDZka.“ (informantka z rozhovoru).

Objevuje se také vize **pobytového zařízení**, které by stálo na pomezí zdravotnické a sociální sféry. Informantky rovněž diskutují varianty **ambulantních forem intenzivní podpory**, které by umožnily

pacientům skloubit léčbu s prací či péčí o rodinu. Řešením by mohly být intenzivní denní stacionáře („každý den třeba pět dní v týdnu, že by ráno přišli a odpoledne šli domů“). Podmínkou by však bylo ošetření finanční situace klientely, například prostřednictvím nemocenské či dávek hmotné nouze, aby měli zajištěné základní prostředky během léčby.

„Může to být nějaké zařízení, kde budou mít svého psychologa, nasmlouvaného lékaře, terapeuty, sociální pracovníky... dvouměsíční pobytová léčba mimo zdravotnictví na pojišťovnu.“ (informant z rozhovoru)

Důraz je kladen na finanční dostupnost, flexibilitu podle životní situace klientů a klientek a na posílení spolupráce mezi zdravotnictvím a sociální sférou. Takto koncipované služby by podle účastnic mohly výrazně zlepšit možnosti léčby a integrace lidí se závislostí.

„No, takže mi přijde asi důležitější ten sociální aspekt, a i pro ty zdravotníky by pravděpodobně bylo výhodné spolupracovat s tím sociálním, s tou sociální oblastí a tvořit nějaké týmy typu CDZetek jako k tomu, aby ti lidi jako líp zvládli ten, všechny ty okolnosti té úzdravy.“ (informantka z rozhovoru)

Celkově účastníci a účastnice identifikují **mezeru v systému služeb mezi ambulantní podporou a rezidenční léčbou**. Chybí krátkodobé, dostupné a flexibilní stabilizační programy, které by dokázaly zachytit klienty a klientky v přechodových obdobích, snížily riziko propadu do bezdomovectví či recidivy a posílily jejich šanci na úspěšný vstup do léčby. Informanti se shodují, že v adiktologických službách chybí zejména **krátkodobé stabilizační a přechodové formy péče**, které by dokázaly zachytit lidi v situacích, kdy vypadnou z léčebného procesu nebo čekají na nástup do zařízení.

„[...] jako lidi, kteří nějakým způsobem jakoby vypadnou vlastně z toho procesu a nemají úplně zdroje, jako rodinu, blízký a tak končí na ulici nebo jakoby na noclehárně, tak pro ně vlastně v tu chvíli není nějaká jako rychlá stabilizace, která by je jako zachytila třeba na krátkou dobu, než budou moci někam nastoupit.“ (informantka z rozhovoru)

Jako možná řešení se nabízí **krátkodobé pobytové stabilizace**, například měsíční programy, které by umožnily klientům „nadechnout se“ a znovu se zařadit do léčby nebo zaměstnání. Někteří účastníci upozorňují, že zaměstnavatelé bývají v těchto případech překvapivě vstřícní a ochotní vracet do práce své pracovníky, pokud se jim podaří se stabilizovat.

V diskusi zaznívá i potřeba **přechodových lůžek** pro klienty, kteří byli vyloučeni ze stávajících programů nebo nejsou dočasně schopni splnit jejich pravidla.

„Mě dokonce i napadla vlastně věc, že, protože jak propadávají ti lidi v těch službách a kolikrát jsou i vyloučení za nějaké kardinální pravidlo, že bysme třeba mohli zřídit nějaké přechodové lůžko. A než by ten člověk měl zůstat na ulici a rozjet se, tak ho tam nechat na nějakou dobu a zase ho nasměřovat někde jako. Jo, takže jako nápady jsou. Myslím si, že na to máme i chuť, i elán.“ (informantka z rozhovoru)

Tato mezistupňová zařízení by mohla sloužit i aktivním uživatelům, kteří se teprve hledají a zvažují motivaci ke změně, tedy jako předstupeň léčby. Současné ambulantní služby tuto roli naplňují jen částečně, protože nedokážou zajistit potřebnou intenzitu podpory. Zaznívá také kritika současného systému, v němž čekací lhůty na léčbu představují zásadní překážku. Pro klienty, kteří nemají podporu rodiny ani stabilní službu, je náročné udržet motivaci a zvládnout administrativní proces spojený s nástupem.

Velkým problémem je absence služeb, které by systematicky pracovaly s lidmi žijícími současně **závislostí a duševním onemocněním**. Tito klienti často „propadají“ mezi systémy psychiatrické péče a adiktologie, protože jedno prostředí odmítá přijmout klienty s druhotnou diagnózou. Chybí specializované programy, skupiny i chráněné bydlení, kde by kombinace závislosti a duševního onemocnění nebyla překážkou.

„Prohloubení práce s duálními diagnózami – nastavení programu léčby pro tyto osoby (program pro lidi s duševním onemocněním a závislostí – léčba, kterou by brala v potaz jejich zranitelnost), odborníci na duální diagnózy [...] Koncept Duálních stolů.“ (respondent/ka z dotazníku)

V poslední době se daří **posilovat terénní práci**, přibývají mobilní týmy, rozšiřují se služby do odpoledních hodin a o víkendech. Zároveň ale zaznívá potřeba posunout terénní práci od „výměny stříkaček“ k odbornějším intervencím: zapojit terénní psychiatry, psychology či sociální pracovníky, kteří budou schopni pracovat nejen se závislostí samotnou, ale i se širším životním kontextem klientů.

„Terén vlastně, že jo [...] to byl letitej záměr, se to konečně někam pohlo a rozšiřujou se jako, že jo. Ta větší mobilita těch jakoby terénních služeb s nějakým jako lepším nebo stabilnějším zázemím.“
(informant z rozhovoru)

Zmiňovaným problémem je **fragmentace služeb**. Klienti a klientky přecházejí mezi detoxifikační službou, léčbou a komunitami s prodlevami, během nichž se vrací k užívání. Jako ideál je vnímán model „vše pod jednou střechou“ (psychiatrický a zdravotnický personál, sociální pracovníci a terénní pracovník), doplněný o stacionáře a bezpečná místa, kam se klient nebo klientka může obrátit v krizi nebo při pocitu osamělosti. Důraz je kladen na okamžitou dostupnost služeb a odstranění dlouhých čekacích dob, které u závislostní problematiky působí demotivačně.

Nové služby by se měly zaměřit hlavně na skupiny, které propadávají systémem, jako jsou např. duální diagnózy, návaznost pro lidi po výkonu trestu, specifické programy pro (těhotné) ženy a děti. Současně by měly zahrnovat nízkoprahová a krizová řešení (mokry dům, krizové byty), rozvoj terénních programů s odborníky apod. Představené návrhy tak směřují k rozšíření stávajícího portfolia služeb, k posílení principu harm reduction a k hledání cest, jak poskytovat podporu klientům v prostředích, kde se skutečně nacházejí.

Skupiny, které propadávají systémem sociálních a zdravotních služeb

V rámci našeho výzkumu, a to jak v kvantitativní, tak kvalitativní části, jsme zjišťovali, jaké skupiny podle participujících propadávají sociálními a zdravotními službami, které s nimi například neumí pracovat nebo nejsou designovány na tyto skupiny a jejich potřeby. Z rozhovorů na obecné úrovni vyplynulo, že sociální služby (nejen) v Ostravě jsou velmi specificky designované, což popsala jedna informantka:

„Nabídka služeb je bohatá, lidi mají kam jít, ale myslím si, že ideální jsou tyhle ty služby pro bílého muže, bezdětného, ve věku 25–35 je to super. Pro ty ostatní cílové skupiny hodně přemýšlíme, kam s nima.“ (informantka z rozhovoru)

Podle informantky již samotný design služeb tedy předpokládá nějakou sociální pozici klientely, která často nemusí pasovat do nastavených pravidel. Příkladem mohou být typicky matky s dětmi, které naplňují společenské očekávání a genderový stereotyp péče o dítě, nicméně ve většině služeb jsou děti při intervencích zakázané a pokud daná žena nemá hlídání, do služby se nedostane. Jedna informantka přemýšlela, jestli některé služby spolupracují s LGBTIQ+ lidmi a zda se cítí ve službách dobře a jejich pohodlí je nějakým způsobem tematizováno. Což by mohla být otázka pro další výzkum.

Respondenti a respondentky v dotaznících pak upozorňovali, že mnoho lidí s rizikovým či závislostním chováním zůstává mimo systém péče, protože nejsou diagnostikováni nebo sami svou situaci jako problém nevnímají. Z toho vyplývá potřeba větší **osvěty, prevence a dostupných nízkoprahových intervencí**. V tomto ohledu byla zajímavá také reflexe jednoho informanta, že služby jsou často vnímány stigmatizovaně a někteří lidé se závislostí z „běžné populace“ je nechtějí využívat, protože si je spojují výhradně s bezdomovectvím či extrémními případy. To naznačuje, že je třeba uvažovat o širší škále služeb, které by byly přístupné i lidem mimo tyto stereotypní obrazy.

Duální diagnózy

V rámci výzkumu se často v obou složkách objevovaly **tzv. duální diagnózy**, kdy se závislost kombinuje s psychickým onemocněním, například depresí, úzkostí nebo traumaty. Duševní onemocnění může být jak příčinou užívání návykových látek (např. formou sebe medikace), tak jeho důsledkem. Ve výpovědích zaznívalo, že užívání návykových látek často funguje jako **copingová strategie** pro zvládání psychické zátěže, traumatu či nepříznivých životních podmínek (podobně také Mertl, 2023). Návykové látky pak slouží k úlevě od úzkostí, psychické bolesti nebo pocitu ztráty soběstačnosti, ale zároveň mohou prohloubit závislost a zhoršit duševní stav.

„Mnoho lidí s duševními poruchami se uchyluje k návykovým látkám jako ke způsobu zvládnutí svých problémů, což může vést k závislosti a zhoršení duševního stavu.“ (informant/ka z rozhovoru)

Zároveň se pak v datech objevovalo, že systém péče naráží na omezenou dostupnost psychiatrických služeb, zejména pro děti a mládež, a dlouhé čekací lhůty na specializovanou léčbu, což značně limituje možnost práce s touto skupinou, neboť sociální služby jako takové často nejsou designované pro tyto případy a neví si s nimi rady. V jednom rozhovoru informantka situaci okolo osob s duální diagnózou vystihla takto:

„[...] na osoby s duální diagnózou [...] Není zaměřená žádná služba přímo na ně. Buď je to zaměřené jenom na duševní onemocnění, nebo na závislost. Takže oni se pořád jako motají v tom a chtělo by to řešení jako komplexně.“ (informantka z rozhovoru)

Obě potřeby se tedy v sociálních službách v Ostravě vzájemně vylučují a daný klient nebo klientka může mít pouze jednu z nich, ale ne oboje. V tomto kontextu pak jiná informantka otevřeně řekla, že formálně by v jejich službě neměl být v roli klienta nikdo, kdo žije s duševní nemocí, protože nastavení jejich služby takovou klientelu vylučuje. Nicméně poté uvedla, že se snaží pracovat i s těmito lidmi, ale vzhledem k výše uvedeným skutečnostem je to velmi problematické a v podstatě nefunkční. Na druhou stranu uvedla, že když se jim podaří sehnat pro daného klienta nebo klientku lékařský personál, který je schopen medikačně adresovat duševní nemoc, může to pomoci ke stabilizaci a další práci s daným člověkem. Nicméně problémem je skutečnost, která se objevovala ve více rozhovorech, a sice že zdravotnické služby jsou přetížené a není možné klientele obstarat adekvátní zdravotní péči. V tomto ohledu se také v rozhovorech objevovalo, že informanti a informantky někdy nevěděli, o jakou duševní nemoc se případně u klienta nebo klientky jedná, neboť nikdy nebyli diagnostikováni a vlivem zmíněných omezených kapacit zdravotnických služeb to ani nebylo možné. Problémem pak byly i různé pobytové služby:

„[...] u těch diagnóz duálních, že, byť tam je důležitější větší míra podpory trošku jiná, a možná i větší tolerance, že to je fakt náročné, takže tady ti lidi potom často končí na tom, že „mě nechtějí vzít do různých bydlení“, právě že nejsou schopni té abstinence, ale oni to mají fakt složité, když je tam ještě nějaká další diagnóza k tomu.“ (informant/ka z rozhovoru)

Osoby s duálními diagnózami tedy vypadávají z různých služeb, protože nejsou schopny dodržovat pravidla, která jsou tam nastavena, proto je důležité buď přizpůsobit v některých službách pravidla i pro tyto skupiny, nebo vytvořit nové služby. Zároveň je nutné zmínit, že celá situace propadávání této klientely byla náročná i pro sociální pracovníky a pracovnice:

„[...] byli i tady a propadli. Jsou to lidi s duální diagnózou. A to bych klidně..., rád to podtrhnu a podepíšu se pro to, co tady chybí. [...] vím, že jsou i doléčováky, berou s duálníma diagnózama, nebo jsou speciální programy. Dokonce, že v Podolí to mají, Magdalena, že má v Praze, že mají byty jenom pro lidi s duálkami [...] přál bych si, aby nám tak jako nepropadávali. Hodně lidí, co tady bylo, tak propadli. Jako že nás to kolikrát házelo do takové bezmoci.“ (informant z rozhovoru)

Situace, kdy v podstatě nejde s daným člověkem pracovat, protože služba na to není designovaná, ale v jiných službách na podobné případy myslí a spolupráce funguje, může být pro sociální pracovníky a pracovnice velmi frustrující.

Starší dospělí a osoby s postižením

Další skupinou, která byla zmiňována v dotaznících i rozhovorech s pracovníky služeb, jsou starší dospělí, často žijící s nějakým typem postižení, které vzniklo v důsledku závislosti i nezávisle a na ní. V dotaznících byla akcentována zejména klientela pobytových sociálních služeb, která je ve velmi pokročilém a často chronickém stadiu závislosti, kdy užívání návykových látek (alkohol, drogy, léky) zanechalo **výrazné následky na fyzickém i duševním zdraví** a zásadně **poškodilo jejich sociální vazby**.

„...Lidé řeší v podstatě jen to, kvůli čemu u nás končí – užívání alkoholu a cigaret, zdravotní a psychické potíže, nedostupnost jakéhokoliv jiného bydlení než u nás.“ (respondent/ka dotazníku)

„Vzhledem k cílové skupině senioři s formami demence, se setkáváme převážně s alkoholovými demencemi a závislostí na lécích (naordinovaných lékaři), které s sebou ve chvíli potřeby naší služby nesou změnu fyzického zdraví, a především pak duševního.“ (respondent/ka dotazníku)

Jak je patrné, důsledky dlouhodobého užívání se projevují ve zhoršených sociálních kompetencích, trvalých zdravotních potížích a omezené soběstačnosti. Mnozí přicházejí do služby bez kontaktu s blízkými, s narušenými rodinnými vztahy, v sociální izolaci a často s rozsáhlými dluhy a exekucemi, které vznikly v důsledku duševní nemoci, závislosti nebo zneužití ze strany okolí. Intersekcionální provázanost potvrzovaly i informantky v rozhovorech, kdy poukazovaly na kumulaci různých problémů a znevýhodnění:

„Nebo senioři, máme lidi, kteří mají duální diagnózu, udržují hladinu celý život, ještě je tam nějaké chronické onemocnění do toho a my je vlastně do klasické terapeutické komunity nedostaneme. Takže kam s takovýma lidma, kteří vlastně propili celý život, teďka je jim 60, jsou na vozíčku, mají amputované obě končetiny, pít pijou a aby neskončili na ulici, tak jestli je takové jedno zařízení, Přístav tady, co je v Kunčičkách, jinak prostě to je...“ (informantka z rozhovoru)

Řada osob spadajících do této cílové skupiny se navíc podle dalších informantů již ve službách (zejména pobytových) nachází a jejich závislosti (často na alkoholu a lécích) nejsou v těchto službách adekvátně adresovány. Vedle služeb je tato skupina skrytá také ve své domácnosti, kam sociální služby často nedosáhnou a mohou se staršími dospělými pracovat až když je sami vyhledají, což ale nebývá moc často, jelikož si svoji závislost nepřipouští a neuvědomují si ji, případně jim jejich zdravotní stav nedovolí docházet do služby. V tomto ohledu také někteří participanté vnímali, že jejich služba není fyzicky bezbariérová (musí se k nim například po schodech apod.), což mohlo stěžovat jakoukoliv spolupráci s osobami, které mají pohybové potíže. Jiný typický scénář související s výše zmiňovanou intersekcionální a marginalizací zmiňovala další informantka:

„Částečně si myslím, že tím možná můžou propadávat lidi, kteří jsou takový ten typický případ lidí, kteří jsou ve věku třeba 50 plus, víceméně na trhu práce neumístitelní, ale nárok na invalidní nebo starobní důchod ještě není nebo nevzniká, případně vzniká, ale není nárok na výplatu. Jsou zakonzervováni na ubytovnách a ten jejich zdravotní stav blbý, většinou je tam nadužívání alkoholu a teď se to cyklí dohromady dokola s tím, že jsou na tom zdravotně tak špatně, že je hospitalizují na základě rychlé záchrany v nemocnici. Pak se zase zpátky vrací na ty ubytovny a točí se v kruhu. A nějak se s nima pracuje, ale často ne na tom tématu závislosti, ale to možná souvisí i s tím, že tam možná není vůle s ním pracovat ze strany těch lidí. To je pak otázka, jestli ta nabídka tam možná je, ale nejsem si jistá, jestli vlastně ze strany těch lidí je tam ta poptávka. Možná je ten problém hlubší.“ (informantka z rozhovoru)

Jsou tedy popisovány starší osoby, které se v důsledku své marginalizované pozice dostaly v podstatě do nějaké liminální pozice, kdy nemohou v důsledku svého zdravotního stavu mít zaměstnání, nemají nárok na veřejné sociální zabezpečení v podobě starobního nebo invalidního důchodu, a jediné místo, které si mohou dovolit, je ubytovna. Tyto okolnosti pak dále nahrávají konzumaci alkoholu jako copingové strategii, jak se s danou situací vypořádat. Pro sociální pracovnice je pak velmi obtížné navázat kontakt s danými osobami a motivovat je ke spolupráci.

Jeden z informantů se pak zamýšlel nad možnostmi, jak tento stav u některých osob spadajících do této skupiny zlepšit. Podle něj by mohlo alespoň trochu pomoci, kdyby existovala větší prevence a informování o následcích zejména alkoholu během života, a to hlavně ze strany zdravotnického personálu, který se s danými lidmi pravidelně setkává a je bráný jako expertní subjekt, jenž by mohl dané osoby nasměrovat k méně škodlivému užívání. Nicméně ve výzkumných zprávách (např. Chomynová et al., 2025a) bylo zjištěno, že pouze přibližně polovina lékařského personálu takovou intervenci se svými pacientkami a pacienty provádí, přičemž asi 10 % pak dostává doporučení přestat nebo omezit pití alkoholu. Zdravotnické služby jsou postaveny na principu abstinence a práce ve smyslu harm reduction tam často absentuje, což může některé osoby odradit se svou závislostí cokoliv dělat. Je zároveň potřeba připomenout, že těchto osob v posledních letech výrazně přibývá (viz kapitola *Prevalence závislostí a trendy v ČR a Ostravě* výše).

Děti a mladiství

Na opačném pólu se nachází druhá často zmiňovaná skupina, která podle získaných dat propadáva systémem sociálních i zdravotních služeb v Ostravě, a sice **děti a mladiství** (6-18 let). V rámci dotazníků se objevovalo, že osoby z této skupiny často pocházejí ze segregovaného prostředí a dochází u ní ke **kumulaci a prolínání obtížných** životních situací a potíží. Jedná se především o konfliktní rodinné vztahy, výskyt násilí v domácnosti, sociální izolaci, materiální deprivaci a absenci stabilního a bezpečného prostředí.

Z odpovědí v dotaznících vyplývá, že se mladiství dostávají do kontaktu s návykovými látkami a závislostmi čím dál v **mladším věku**. Nejčastěji začínají s (elektronickými) cigaretami a marihuanou, ale v rozhovorech se objevovalo, že v posledních letech více častěji experimentují s různými látkami, včetně pervitinu nebo kratomu. Vedle **experimentování** se však v rámci rozhovorů ukázalo, že řada z nich si už prochází **závislostí**, a to i na **digitálních technologiích** (typicky na mobilních telefonech a sociálních sítích).

Respondenti v dotaznících také uváděli, že závislost u této skupiny často vzniká v důsledku nevyhovujícího domácího prostředí (například bydlení v přelidněných bytech, ubytovnách či domácnostech ohrožených vystěhováním nebo jiné formě nevyhovujícího bydlení), které je traumatizující a drogy slouží jako copingová strategie:

„Děti z vyloučených lokalit jsou často i sociálně vyloučené/izolované. Doma zažívají jak psychické, tak fyzické násilí. To se potom projevuje v jejich chování. Často hledají útěchu právě v návykových látkách, protože si osvojili mechanismy naučené z domova nebo od kamarádů. To poté vede k trestné činnosti.“ (respondent/ka dotazníku)

Traumatizace a její zmírňování drogami pak s sebou často přináší i další průvodní jevy, například problémy v oblasti školní docházky, chování a nevyhovujícího bydlení. Současně s tím bylo v dotaznících zmiňováno, že je nutné sledovat a být připraven na nové látky, které se dynamicky objevují a střídají se:

„[...] Současně musíme být připraveni na nové výzvy v podobě nových látek, způsobů získávání a užívání nových látek, na nové výzvy s novou (novější) legislativou. Čím dál tím více se s liberalizací tématu látek měnících vědomí odděluje rizikové užívání a závislost. V případě mladých lidí to musíme akcentovat [...]“ (respondent/ka dotazníku)

Děti a mladistvé v této pozici je pak velmi obtížné navázat na sociální nebo zdravotní služby, a když se to povede, stále není jisté, že intervence někam povede. Jak popsala jedna informantka, často se v její službě stává, že rodiče daných dětí mají zájem situaci řešit, ale děti a mladiství k tomu nejsou motivováni, jelikož zažívají „fázi zisku v braní“. Pro sociální pracovníky a pracovnice je velmi složité najít adekvátní službu, která by uměla pracovat se specifickou motivací této skupiny. I když existuje služba Exit, která cílí na tuto skupinu a snaží se adresovat její specifické potřeby, nicméně jsou zde praktické limity. Jedním takovým limitem jsou smíšené skupinové terapie, kde se spolu setkávají osoby, kdy jedné může být 16 let a druhé 26 let, přičemž tento věkový rozdíl často může destabilizovat dynamiku skupiny. Generační mezera totiž znamená, že dané osoby jsou každá v jiné fázi sebereflexe, chtějí řešit jiné potřeby a vzájemně se nechápou. V takovém kontextu se pak špatně pracuje i s motivací. Zároveň nezletilé osoby často mají i studijní povinnosti nebo ambice, což je podle informantky velmi složité na zajištění, jelikož to vyžaduje personální i finanční kapacity. Z tohoto důvodu pak nezletilé osoby často při pobytu v komunitě nestudují, protože to není vzhledem k pravidlům a nárokům prakticky proveditelné.

Jiný informant zmiňoval, že děti a mladiství mohou vypadávat ze sociálních služeb také v důsledku neefektivní spolupráce se službami, které danou osobu propouštějí:

„[...] do poslední chvíle [jsme] nevěděli, jak to bude s výstupem, s fakultkou se blbě spolupracovalo. Najednou prostě klient zavolal, že ho propouštějí ten den, že stojí před nemocnicí a co má dělat. Tak holky prostě sedly do auta a jely pro něho a řešilo se to vlastně... vyřešilo se to během dopoledne, což je možná taky něco, co funguje v tu chvíli.“ (informant z rozhovoru)

Informant v tomto ohledu zmiňoval zdravotní služby, které s danou sociální službou nekomunikovaly a danou osobu prostě propustily ze zařízení, přičemž jenom díky včasné reakci dané sociální služby, pro kterou je popisovaná flexibilita velmi náročná, daná osoba nevypadla ze spolupráce. Jedna respondentka pak v dotazníku k tomuto kontextu uvedla:

„Nezletilí klienti se téměř vždy vracejí do původního prostředí. Nemají mnoho příležitostí ke změně bydliště.“ (respondentka dotazníku)

Nezletilé osoby tedy mohou vypadávat ze spolupráce také v důsledku návratu do původního toxického prostředí, které, mělo za následek užívání drog a závislost. V tomto ohledu je problémem také absentující doléčovací služba cílená přímo na tuto skupinu, aby mohla po absolvování programu případně přejít do jiného prostředí, které by více pomohlo v procesu zotavování.

Další informantka pak popisovala, že se v terénní sociální službě setkává s nezletilými osobami, ale těžko se motivují ke spolupráci:

„[...] ty, který už začínají, ale ještě nejsou jako úplně blbě, že by potřebovali třikrát týdně prostě od nás jehlu, tak v podstatě je nemáme na co nalákat, abychom prostě s nima mohli mluvit. Taková ti ještě napůl, co experimentují, ale dost už experimentují, tak v podstatě na ně taky nemáme, ale to se asi i váže k tomu materiálu, protože kdybychom třeba mohli koupit, já nevím, například skleněný, tady tyhle věci, tak asi zas už je mám, čím prostě natáhnout, abych s nima mohla vést rozhovor o bezpečném užívání a tady těch věcech, který oni potřebují dostat do hlav a neví to.“ (informantka z rozhovoru)

Z terénních služeb tedy tato skupina vypadává jednoduše proto, že je nevyhledává, a z druhé strany terénní sociální služby je nemají, jak oslovit, aby navázaly spolupráci a budovaly důvěrný vztah. Jak uvádí, pomoci by mohla cílenější investice do poskytovaného materiálu, který by mohl „nalákat“ potenciální klientelu.

V dotaznících pak jako shrnutí zaznívalo, že práce s mladistvými vyžaduje **komplexní a dlouhodobý přístup**, který přesahuje hranice jednoho typu služby. Je nezbytné propojit sociální, vzdělávací, adiktologické a zdravotní prvky podpory a zároveň zohlednit specifika rodinného i komunitního prostředí, v němž mladí lidé vyrůstají. **Nízkoprahové a preventivní služby** by měly hrát v této oblasti zásadní roli.

Matky s dětmi

V rámci rozhovorů byly ještě zmíněny dvě skupiny, které propadávají sociálními a zdravotními službami. První z nich jsou matky s dětmi, kdy zejména v komunitních terapeutických službách nejsou děti většinou povoleny, což znamená, že matky pro ně buď musí najít hlídání, nebo nemohou do dané služby nastoupit. Informanti a informantky pak věděli v podstatě pouze o jedné takové službě, kde byly děti povoleny, a to pouze do předškolního věku a počtu dvou dětí. Jedna informantka pak poukazovala, že specifikem jsou těhotné ženy, pro něž je komplikované nastoupit do terapeutické komunity, protože jsou většinou na odlehlých místech, kam trvá dlouho, než se například dostane záchranná služba v případě nějakých zdravotních komplikací, takže dané služby z těchto důvodů spíše těhotné ženy odmítají. Nicméně i relativně jednoduché intervence typu ambulantní konzultace mohou být pro matky s dětmi velmi komplikované, a to i když se nepotýkají například s marginalizací, jak poukazuje jedna informantka:

„[...] Fakt vidím, že jsou tady cílové skupiny, na které by se mi moc líbilo, kdybysme měli možnost víc cílit preventivně, víc s nima o tom mluvit. No, a potom samozřejmě dát jim i nabídku služby, pokud mi přijde mamka s malým dítětem na konzultaci, tak my jim často řeknem: „No, tak si to zajistěte to hlídání.“ A kam ona ho má dát? A my jako neziskovka nemůžeme to hlídání platit. A je to riziko. Když bude kolegyně hlídat ve vedlejším kanclu, dítě si rozbije nos, kdo za to nese zodpovědnost? Vlastně to máme takové, že my těm maminkám chceme říct, jsme tady pro vás, ale často jí řekneme: „Přijďte bez miminka.“ [...] říkám si, na tohle by se myslet trochu mohlo.“ (informantka z rozhovoru)

Jak informantka popisuje, i pro klientku, která by mohla na konzultace docházet a není v nějaké materiální nouzi, může být problematické zajistit si pro své dítě hlídání, což může mít za následek nemožnost navázat spolupráci a vztah. V rozhovorech taktéž zaznělo, že by se problém s nevyhovujícím režimem pro matky s dětmi nebo těhotné ženy mohl adresovat zřízením speciálních intenzivních ambulantních terapeutických služeb určených pouze pro matky s dětmi s možností hlídání dětí. Případně zvyšovat kapacitu a zpřístupňovat stávající služby.

Romská populace

Další skupinou, která byla v rámci rozhovorů zmiňována, je romská populace, která ze služeb vypadává podle informantů zejména kvůli své marginalizované pozici a také nedůvěře v sociální služby vnímaných jako „prodloužená ruka“ veřejných institucí, které jsou vůči romské populaci represivní a nedůvěryhodné. Názorně to popsala jedna informantka:

„[...] moje práce s romským klientem je třeba na půl roku, abych ho vůbec přesvědčila, že jsem v pohodě, že ho nikam nebudu hlásit, že je to opravdu anonymní služba. A vlastně nikdy nedocházelo k nějaký další práci, protože prostě nejsme jejich a oni to tak vnímají. Třeba nějaký vyřízení na úřadě, oni prostě vyčkávali, jak to bude, jestli budem v pohodě.“ (informantka z rozhovoru)

Pro informantku bylo velmi těžké vůbec navázat důvěrný vztah s romskou klientelou a zkoušet dané osoby posouvat ve spolupráci dále. Nicméně v dané službě tento problém vyřešili velmi efektivně a inspirativně. V dané organizaci se jim podařilo zaměstnat romského peera, který má daleko lepší a rychlejší přístup do terénu a může navazovat důvěrný vztah, jenž pak může vést k dalším intervencím a spolupráci.

„[...] přijali jsme romského kolegu, takže ten se pohybuje mezi těmito klienty, tam nám tedka vyvstaly větší čísla, co se týče nějakých opiátů, [...] ale není to tím, že by se ta drogová scéna u nás změnila, je to o tom, že máme teď způsob, jak se k nim dostat. [...] kolega tam prostě napochoduje a má to vyřešený za pět minut, oni ho vítají s otevřenou náručí a neskutečně se to zrychlilo a dostane se i do těch sekundárních výměn, že je to úplně o něčem jiném, takže já to považuju za velký plus.”

Monitoring situace a tvorba politik

Na závěr analytické části je potřeba ještě zmínit, že v datech byla akcentována důležitost **spolupráce s akademickým sektorem**, pořádání **odborných akcí** a **zapojení donátorů** – nejen finančně, ale i formou partnerství a podpory inovací. Celkově se tedy jedná o výzvu k větší otevřenosti systému vůči **novým jevům, skrytým formám závislostí a mezioborové spolupráci**.

Jako přínosné bylo zmíněno také zavedení pravidelné **analýzy** drogové situace a výskytu závislostí ve městě Ostrava jako nástroje pro **systematické a daty podložené plánování služeb**. Pravidelné mapování by umožnilo lépe reagovat na aktuální potřeby, identifikovat opomíjené cílové skupiny a formulovat konkrétní, adresná zlepšení v oblasti prevence, zotavení i sociální podpory.

Na druhou stranu se v jednom případě objevila i kritika, že **doporučení obsažená v analýzách nejsou v praxi implementována**. Respondent/ka vyjádřil/a skepsi a frustraci: „*Napadá nás toho hodně, ale zatím pouze vyplňujeme dotazníky – víc jak 20 let.*“ Tento postoj ukazuje na nesoulad mezi analytickou činností a reálnou praxí. Tento nesoulad snižuje důvěru v celý proces a omezuje potenciál analýz stát se skutečně efektivním nástrojem rozvoje služeb. Klíčovou roli v přenosu závěrů do konkrétních opatření hraje politická reprezentace města. Bez její aktivní podpory a prioritizace hrozí, že výsledky analýz zůstanou spíše formálním dokumentem než nástrojem skutečné změny. **Zapojení politické úrovně** je proto nezbytné pro to, aby se analýzy staly podkladem pro strategická rozhodnutí a dlouhodobé plánování služeb. Zároveň je potřeba také poznamenat, že se nejedná pouze o zapojení politické reprezentace města, ale také o nutný **aktivní přístup k novým trendům a potřebám ze strany poskytovatelů služeb**.

Zviditelnění služeb

Z výpovědí účastníků se ukazuje, že ostravské adiktologické služby narážejí na problém **nedostatečné prezentace a zviditelnění své práce**. Přestože existuje kvalitní praxe i funkční spolupráce, zůstává jejich dopad „pod koberec“ a není dostatečně komunikován směrem k veřejnosti ani na národní úrovni. To může vést nejen k podceňování významu služeb, ale i k nižšímu zájmu o jejich podporu („*Ty služby, které jsou v Ostravě a vůbec tady v našem kraji, neumí jako adekvátně prezentovat, co dělají a jaký kus práce dělají. Škoda, že to nejde vidět*“).

Opakovaně se proto objevuje apel na **větší propagaci výsledků, pořádání odborných konferencí a sdílení zkušeností** mezi regionem, akademickou sférou a lidmi se zkušeností. Ostrava je přitom vnímána jako město s velkým potenciálem díky husté síti služeb, který však zůstává nevyužit. Brzdou jsou nejčastěji omezené **finance a časové kapacity**, které znemožňují iniciovat větší platformy pro odbornou i veřejnou diskusi.

„*Co mi chybí tady na Ostravsku? Odborné konference to tu není. (...) Ono je dobré prostě potom jako ve spolupráci s akademickou půdou, ve spolupráci se službami, ve spolupráci právě s lidmi se zkušeností to dát jako nějak dohromady.*“ (informant z rozhovoru)

Celkově lze říci, že vedle systémových problémů, jako je financování a personální zajištění, je pro rozvoj služeb klíčové také strategičtější budování povědomí a prestiže oboru, které by mohlo posílit jejich postavení jak lokálně, tak na celostátní úrovni.

Návrhová část



Reflexe naplnění doporučení ze zprávy z roku 2015

Srovnání výsledků šetření z roku 2015 a 2025 ukazuje, že problematika závislostí v Ostravě zůstává nadále velice aktuální, ale její podoba se částečně proměnila. V roce 2015 byly nejčastěji zmiňovanými látkami alkohol a pervitin, s významným podílem hazardního hraní a marihuany; heroin byl uváděn v několika málo případech. V roce 2025 dominuje stále alkohol a pervitin, ale významně narostl i tabák a objevují se nové fenomény – zejména nové substance, digitální závislosti nebo online sázení, které v roce 2015 ještě nebyly akcentovány.

Oba výzkumy poukazují na kumulaci problémů klientů: vedle závislostí jde o bydlení, dluhy, rodinné vztahy a duševní zdraví. V roce 2015 byla zdůrazňována zejména potřeba krizové intervence, substituce a dostupného bydlení, v roce 2025 je multifaktoriální zátěž popsána ještě komplexněji a doplňují ji problémy specifických skupin: dětí a mladistvých, rodičů s dětmi, marginalizovaných lidí, starších dospělých nebo osob s duální diagnózou.

Pokud jde o síť služeb, v roce 2015 byla spolupráce mezi institucemi vnímána spíše omezeně, převážně na bázi předávání informací či doporučení. Do roku 2025 se služby rozšířily a prohloubila se jejich provázanost. Oceňována je síť terénních programů, peer pracovníků a posun v práci s lidmi po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, i když kapacitní nedostatečnost specializovaných zařízení přetrvává. Ve zdravotní péči přetrvávají největší nedostatky. Navzdory doporučením z roku 2015 nebyl vytvořen komplexní substituční program, chybí nízkoprahová detoxifikační jednotka a propojení mezi zdravotními a sociálními službami zůstává slabé. Dlouhé čekací doby a složitá administrace často snižují motivaci k léčbě.

Napříč oběma obdobími se opakují podobné bariéry: nedostatek financí, chybějící psychiatrická a psychoterapeutická péče a stigmatizace uživatelů a uživatelék. Zatímco v roce 2015 byla silně tematizována byrokratická zátěž a preference represivních přístupů, v roce 2025 se klade důraz na systematický rozvoj, rozšíření sítě o mokré typy služeb, rozvoj Harm Reduction přístupů, destigmatizaci a mezioborovou spolupráci.

Ve srovnání analýzy drogové scény v Ostravě z roku 2015 a analýzy situace v oblasti závislostí z roku 2025 je patrné, že město i systém služeb urazily značný kus cesty, přestože řada problémů přetrvává. Celkově lze tedy říci, že doporučení z roku 2015 byla naplněna spíše částečně. Nastal posun v rozvoji služeb, spolupráci a přístupu k závislostem, ale zásadní systémové problémy, zejména v oblasti zdravotní péče a dostupného bydlení, přetrvávají. Zpráva z roku 2025 potvrzuje, že Ostrava směřuje správným směrem, avšak pro skutečnou změnu je nutná hlubší integrace systémových změn, stabilní financování a větší důraz na lidské a společenské aspekty zotavení.

Doporučení pro rozvoj služeb v oblasti závislostí

Na základě zjištění a identifikovaných potřeb předkládáme komplexní soubor doporučení pro rozvoj a zkvalitnění služeb pro lidi se závislostmi v Ostravě. Tato doporučení reflektují aktuální výzvy v oblasti adiktologických služeb a navrhuji konkrétní opatření k jejich řešení.

Dostupnost stávajících sociálních služeb

- Je třeba navýšit zejména **kapacitu kontaktního centra**, která neodpovídá velikosti a rozlehlosti moravskoslezské metropole. Případně podpořit vznik dalšího kontaktního centra poskytovatele, který již na ostravsku působí nebo zajistit vstup nového poskytovatele služeb.
- V oblasti **služeb pro ženy se závislostí**, které čelí specifickým rizikům (ohrožení násilím, bezdomovectví, vykořisťování), často v kombinaci s nepříznivým zdravotním stavem, je nezbytné navýšit kapacity ambulantních i pobytových služeb určených specificky ženám. Je třeba podpořit vznik nového azylového domu, nízkoprahového denního centra a noclehárny pro ženy. Či alternativně uzpůsobit stávající sociální služby, kdy lze například vyčlenit konkrétní dny v týdnu pouze pro ženy, kde by byla dostupná komplexní podpora zahrnující sociální poradenství, krizovou intervenci, skupinové sdílení, péči o sebe a peer podporu.
- Je třeba personálně posílit pracovníky dojíždějící **do věznic**, v nichž se koncentruje vysoký počet lidí se závislostmi. Taktéž posílit zastoupení **specializovaných odborníků a odbornic** na sociální práci a oblast závislostí, a pracovníky s psychoterapeutickým výcvikem např. v **azylových domech**, které se běžně setkávají s klienty se závislostmi.
- Pro skupinu **starších dospělých se závislostí**, mnohdy na lécích a alkoholu, doporučujeme vytvořit specializované služby nebo rozšířit stávající programy o cílené intervence. Současně je třeba mapovat situaci v terénních službách a pobytových zařízeních pro starší dospělé, kde problematika závislostí často zůstává skryta. Specifikům podpory pro starší dospělé se závislostí včetně příkladů dobré praxe je věnovaná samostatná kapitola v publikaci *Bez podmínek* (Nepustil, Geregová: 179-184).
- **Rodiče s dětmi**, nejčastěji matky s dětmi, které nemají možnost zajistit péči o děti během léčby, představují další specifickou skupinu, pro kterou je potřeba navýšit kapacity a rozšířit možnosti podpory, ambulantní i pobytové léčby.
- **Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM) by měla posílit své zaměření na duševní zdraví a prevenci závislostí**. Specifickou skupinou jsou mladiství experimentátoři, kteří ještě neužívají látky injekčně, ale již nevyhledávají „klasická“ NZDM. Pro tuto skupinu je třeba vytvořit **specializovaný terénní program**, který by působil preventivně a minimalizoval riziko přechodu k rizikovějším formám užívání.
- Je potřeba **zajistit možnost přespání i během dne pro lidi bez domova pracující v nočních směnách nebo třísměnném provozu**. Variantou je zřízení klidových zón, kde je možný odpočinek i spánek ve stávajících službách i ve dne či zajištění flexibilnější časové dostupnosti podpůrných služeb.
- Je třeba reagovat na **geografickou nedostupnost služeb**. Obyvatelé menších měst Moravskoslezského kraje, jako jsou Bohumín, Havířov či Karviná, jsou nuceni dojíždět za službami do Ostravy, což pro mnoho z nich představuje významnou bariéru. Současně tato situace vytváří tlak na kapacity ostravských služeb, které je i z tohoto důvodu potřeba podpořit navýšením úvazků.

Adekvátní zdravotní péče

- Je třeba výrazně zjednodušit a zkrátit čekací dobu pro nástup do léčby, aby nedocházelo k opadnutí motivace klientů a klientek během několikátýdenního čekání na detoxifikaci. Doporučujeme vytvořit **nízkoprahové detoxifikační jednotky** s flexibilní délkou pobytu a plynulou návazností na další stupně léčby. Významným krokem by bylo umožnění vystavení žádanky na detoxifikaci

registrovanými sociálními službami, čímž by se eliminovalo čekání na termín u psychiatra nebo potřeba návštěvy vzdálené ordinace praktického lékaře. Zároveň je třeba zajistit **vyšší dostupnost krátkodobých stabilizačních léčebných pobytů** v řádu týdnů.

- Je vhodné „rozběhnout“ v Ostravě službu **Medici na ulici**. To by mohlo významně posílit dostupnost zdravotní péče pro uživatele přímo v terénu. Tato služba by umožnila včasné ošetření zranění, prevenci infekčních onemocnění a poskytování zdravotního poradenství, čímž by přispěla ke zlepšení zdravotního stavu cílové skupiny a snížení zátěže nemocničních zařízení.
- Dále doporučujeme vytvořit **komplexní substituční program** zahrnující nejen samotnou substituci (metadon, buprenorfin pro opiáty, methylenidát pro stimulancia), ale také psychoterapii, poradenství a sociálně-rehabilitační služby. Pro uživatele alkoholu lze využít kontrolované pití nebo farmakologickou podporu abstinence disulfiramem.
- Je třeba **zajistit nízkoprahovou léčbu hepatitidy C**, včetně možnosti odběrů krve a vyšetření metodou FibroScan, aby byla geograficky dostupná přímo v Ostravě a klienti nemuseli za nízkoprahovou léčbou dojíždět do Brna. Pro jednodušší vstup do léčby je možné využít doprovody pracovníků z nízkoprahových služeb, zejména terénních programů, kontaktního centra, denních center a azylových domů.
- Doporučujeme zajistit **psychiatrickou péči**, například smluvním psychiatrem v konkrétní organizaci, případně zajistit spolupracující externí psychiatrickou ambulanci, ve které by chtěli a dokázali pracovat s kombinací závislosti a duševního onemocnění, a kteří by současně byli časově flexibilní a dokázali přijímat akutní klienty. Takovou psychiatrickou péči poskytují například v brněnské Společnosti Podané ruce.
- Vhodným zařízením pro poskytování komplexní zdravotně-sociální služby jsou rovněž **centra duševního zdraví** (CDZ), která by měla být propojena s adiktologickými službami a jejich pracovníci by měli být vzděláváni v problematice závislosti, aby i již existující CDZ dokázala lépe pracovat s lidmi s duální diagnózou. Inspirační zdroj pro práci s lidmi s duální diagnózou lze najít v textu *Bez podmínek* (Nepustil, Geregová: 185-192).
- Je třeba podpořit vznik zařízení **hrazení léčby závislostí** pro určitou skupinu klientů ze střední a vyšší střední třídy, kteří chtějí zachovat anonymitu a často odmítají nízkoprahové bezplatné služby a raději by si léčbu hradili sami bez využití zdravotního pojištění.

Inovativní přístupy a nové služby

Harm reduction služby

- Je třeba podpořit rozvoj Harm reduction a vznik vlhkých a mokrých typů služeb, případně transformovat na tuto podobu některé stávající služby. Harm reduction představuje klíčový přístup pro práci s lidmi, kteří nejsou připraveni na komplexní léčbu závislosti. Tento přístup například využívají takzvané **mokré služby** vycházející z principu, že vstup do služby není podmíněn nulovou hladinou alkoholu nebo jiných látek. **Mokré nízkoprahové denní centrum** poskytuje bezpečný prostor pro trávení času, zdravotní ošetření a sociální poradenství, přičemž součástí bývá program kontrolovaného pití alkoholu. Tím se předchází rozvoji abstinčních příznaků a udržuje se stabilní stav klienta, který následně lépe spolupracuje na změně. Podobně koncipovaný **mokrý azylový dům** nabízí pobytové služby bez požadavku na abstinenci. Takové služby v Ostravě chybí, přitom jsou běžné v zahraničí (Nizozemsko, Velká Británie, Kanada) a v České republice fungují například v Brně nebo v Plzni.
- Podpořit vznik **aplikačních místností**, které představují bezpečný prostor pro aplikaci psychoaktivních látek pod odborným dohledem. Může se nacházet v budově, nebo mít podobu mobilní jednotky (např. dodávka, sanitka, autobus). Její součástí je výměna injekčního materiálu, možnost hygieny, základní zdravotní ošetření a bezpečná likvidace použitého materiálu. Tato služba významně snižuje zdravotní rizika a počet pohozených stříkaček ve veřejném prostoru.

- K zajištění bezpečnějšího veřejného prostoru je třeba podpořit instalaci **fixpointů**, specializovaných kontejnerů na injekční odpad. Ty by měly být instalovány v lokalitách s vysokým výskytem injekčních uživatelů.

Ambulantní a terénní služby

- Je třeba podpořit **vznik denního stacionáře pro lidi se závislostí**, který by poskytoval intenzivní ambulantní léčbu ve všední dny od rána do odpoledne. Tato forma je ideální pro studující nebo pracující, kteří nemohou na dlouhodobou pobytovou léčbu, a pro rodiče pečující o děti. Součástí by mělo být zajištění hlídání dětí během terapeutických aktivit. Inspiraci lze najít například v pražském Sananimu, kde poskytují intenzivní střednědobou léčbu se strukturovaným programem.
- Posílení vyžadují také terénní služby, přičemž **výjezdní týmy** by měly poskytovat komplexní služby včetně konzultací, psychoterapie a práce s managementem užívání návykových látek. Pro lidi s duálními diagnózami jsou potřebné **multidisciplinární týmy složené z psychiatra, psychiatrických sester, sociálních pracovníků a peer konzultantů**, schopné zajistit podávání depotních antipsychotik v přirozeném prostředí klientů, jako jsou azylové domy, ubytovny, squaty či venkovní přístřešky.
- Taktéž je třeba **posílit technické vybavení terénních týmů**, aby odpovídalo současným potřebám. Zajistit například tablety s mobilními tiskárnami, které umožňují vyřizovat úřední agendu přímo v terénu. Dále je třeba mít k dispozici rychlotesty na HCV, HIV, Syfilis a orientační testování vzorků drog na nebezpečné příměsi. Zapojení zdravotní sestry by umožnilo poskytování depotní antikoncepce a základního zdravotního ošetření, což by také zvýšilo efektivitu terénní práce, rozšířilo nízkoprahovost a posílilo snižování rizik.

Podpora stabilního bydlení a zaměstnání

Bydlení

- Intenzivní podporu je potřeba zaměřit na oblast bydlení, protože **získání stabilního bydlení** představuje základní předpoklad úspěšného zotavování, zejména pro lidi po skončení léčby nebo po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody. **Program Housing First**, případně jiné formy komplexní asistence v bydlení, představují osvědčený model, který by měl být implementován v souladu se schváleným Zákonem o podpoře bydlení. Doporučujeme zabezpečit kvalitně fungující Kontaktní místo pro bydlení, které je součástí tohoto zákona, včetně zajištění odborné asistence v bydlení navázáním klíčových organizací podle specifik zabydlovaných osob. Statutární město Ostrava a jeho městské obvody by měly aktivně využívat svůj bytový fond pro podporu lidí se závislostí a/nebo duševním onemocněním, kteří v Ostravě žijí nebo mají trvalé bydliště.
- Zajištění **krizového bydlení** anebo krizových lůžek je nezbytné pro překlenutí období mezi jednotlivými fázemi léčby. Lidé opouštějící detoxifikační jednotku a čekající na nástup do psychiatrické léčebny nebo terapeutické komunity potřebují bezpečné zázemí, aby se nevraceli do rizikového prostředí.
- Zároveň je potřeba zajistit pracovníkům existujících služeb podpory v bydlení **adekvátní vzdělávání v tématech spojených se zabydlováním lidí se závislostí**, včetně harm reduction přístupů a motivačních rozhovorů. Využit lze školení od Agentury pro sociální začleňování a Platformy pro sociální bydlení.

Zaměstnání

- Pracovní uplatnění je klíčovým faktorem sociálního začlenění a finanční stabilizace. Je třeba podpořit zaměstnavatele, aby vytvářeli nabídku míst s podporou v rámci pracoviště. **Využití**

nástroje integračních pracovních míst⁵ pilotovaných Úřadem práce ČR v Ostravě představuje jednu z cest. **Metoda IPS** (Individual Placement and Support) prokázala svou účinnost v podporovaném zaměstnávání lidí s duševním onemocněním a závislostmi. Sociální služby by zároveň měly aktivně mapovat vhodné zaměstnavatele a rozvíjet s nimi spolupráci.

Systémové změny

Mezioborová spolupráce

- Současná fragmentace zdravotní a sociální péče vytváří bariéry pro klientelu i pracovníky a pracovnice. Je nezbytné vytvořit funkční propojení těchto dvou systémů prostřednictvím **kulatých stolů, společných konferencí a vzdělávacích akcí**. Sociální pracovníci a pracovnice by měli být běžnou součástí lékařských kongresů a naopak.
- Je potřeba zajistit **plynulejší návaznost služeb** – sociální pracovníci a pracovnice by měli mít možnost navštěvovat klienty během hospitalizace, navazovat spolupráci a zajistit kontinuitu péče po propuštění. Každý hospitalizovaný klient nebo klientka se závislostí by měl mít předem domluvené navazující služby a konkrétní místo, kam může po propuštění jít, aby se nevracel zpět na ulici nebo do rizikového prostředí.
- Je třeba podpořit posílení **zapojení rodiny a blízkých do procesu léčby a zotavování**, což významně zvyšuje šance na úspěch. Metody, jako jsou síťová setkání, otevřený dialog nebo rodinná terapie, by měly být standardní součástí nabídky služeb.
- Ostravská univerzita, zejména Fakulta sociálních studií, představuje významného partnera pro rozvoj služeb. Je třeba **systematicky propojovat studující a absolventy/absolventky s praxí v konkrétních organizacích prostřednictvím stáží či pracovních dohod** a podpořit jejich zapojení nabídkou **snížených úvazků**.

Peer práce a komunitní přístupy

- Peer pracovníci a pracovnice s vlastní zkušeností se závislostí představují nenahraditelný prvek v systému péče. Jejich zapojení přináší jedinečnou perspektivu, zvyšuje důvěryhodnost služeb a přibližuje klientům model úspěšného zotavování. Je třeba systematicky **rozvíjet peer pozice v sociálních službách i zdravotnických zařízeních**. A zapojovat peery do tvorby politik nejen na místní, ale i na národní úrovni.
- **Vzdělávání peer pracovníků a pracovnic** musí být komplexní a zahrnovat jak specifické dovednosti peer práce, tak základy práce pomáhajících profesí. Stejně důležité je **vzdělávání týmů, které peer pracovníky a pracovnice přijímají**, aby dokázaly efektivně využít jejich potenciál a plnohodnotně je zapojily do svých služeb.
- Je třeba podporovat peer aktivity, jako je Recovery House nebo Recovery komunitní centrum, které představují další možnost, jak obohatit systém podpory lidí se závislostí.
- Je třeba akcentovat smysluplné trávení volného času a budování zdravých sociálních vztahů, které jsou nezbytné v procesu zotavení a jsou klíčové pro prevenci relapsu a sociální začlenění. Doporučujeme **podporovat vznik komunitních center a aktivit**, které nabízejí **bezpečný prostor** pro setkávání lidí zotavujících se ze závislosti. Tyto aktivity by měly kombinovat strukturované programy (přednášky, workshopy, kulturní akce) s neformálním setkáváním a sdílením.

⁵ <https://www.mpsv.cz/pilotni-overeni-integracniho-pracovniho-mista>

Podpora pracovníků a organizací

Vzdělávání

- Doporučujeme intenzivně podporovat **kontinuální profesní rozvoj pracovníků a pracovníc**, což je zásadním předpokladem pro zkvalitňování služeb. Vzdelávání by mělo zahrnovat jak krátkodobé specializované kurzy reagující na specifické potřeby (duální diagnózy, práce s traumatem a agresí), tak dlouhodobé vzdělávací programy včetně komplexních terapeutických výcviků či výcviků v krizové intervenci.
- Je třeba flexibilně reagovat a zajišťovat vzdělávání na témata, které se aktuálně na poli závislostí vynořují, jako jsou nové trendy **užívání syntetických i přírodních psychoaktivních látek, jako je kratom anebo digitální závislosti**, které představují rostoucí problém zejména mezi mladými lidmi. Cenné jsou v tomto kontextu zkušenosti peer pracovníků a pracovníc, kteří mají přímou zkušenost s těmito závislostmi. Taktéž je potřeba podporovat síťování napříč službami a vzájemné informování o nových trendech v oblasti závislostí.
- Doporučujeme dlouhodobě podporovat **stáže v inovativních službách** v České republice i v zahraničí. Tyto stáže umožňují přenos dobré praxe a inspiraci pro rozvoj stávajících služeb či vznik služeb nových. Apelujeme taktéž na **mezinárodní spolupráci a účast na odborných konferencích** sloužících k získávání cenných poznatků o nejnovějších trendech a přístupech, přenosu know how a prosazování žádoucích změn.

Organizační podpora

- Je třeba zajistit **stabilní a dlouhodobé financování služeb**, což je základním předpokladem jejich kvalitního fungování. Nejistota spojená s ročním financováním vede k fluktuaci pracovníků a pracovníc a znemožňuje dlouhodobý rozvoj služeb.
- Administrativní zátěž spojená s výkaznictvím významně omezuje čas věnovaný přímé práci s klienty. **Zjednodušení administrativních procesů** by uvolnilo kapacity pro individuální a skupinovou práci.
- Aby služby dokázaly lépe reagovat na potřeby klientely, je třeba apelovat na **zapojení klientů a klientek do tvorby a hodnocení služeb**. Jejich účast na metodickém plánování, zapojení při tvorbě pravidel služeb a do evaluace služeb zvyšuje účelnost poskytovaných intervencí.

Společenská změna ve vnímání závislostí

- Stigmatizace lidí se závislostí představuje významnou bariéru v ochotě vyhledat pomoc a řešit obtíže spojené se závislostí. Je nezbytné systematicky **pracovat na změně veřejného mínění**, a to prostřednictvím osvětových kampaní, které prezentují závislost v širších souvislostech. Je třeba akcentovat vliv prostředí i nová pojetí závislosti, ať už jako naučené chování nebo odpověď na bolest (Nepustil, Geregová, 2020), nikoli jako nemoc či morální selhání.
- Mediální strategie by měla využívat tradiční média i sociální sítě k **šíření informací založených na důkazech a příběhů úspěšného zotavení**. Užitečné může být zapojení veřejně známých osobností, které jsou ochotny sdílet svou zkušenost se závislostí.
- Zvláštní pozornost vyžaduje normalizace nadměrného pití alkoholu a obecné zlehčování **závislosti na alkoholu**, která je v české společnosti často bagatelizována nebo považována za sociálně přijatelnou. Je potřeba zvyšovat povědomí o rizicích nadměrného pití, poukazovat na nebezpečnost alkoholu ve srovnání s jinými návykovými látkami a informovat veřejnost o dostupné pomoci.
- Je třeba intenzivně podporovat a kontrolovat kvalitu primární prevence, aby reagovala na aktuální trendy. **Primární i sekundární prevence na školách** by se měla rozšířit o popsané aktuální trendy – nové psychoaktivní látky či digitální závislosti a komunikovat je přístupným a srozumitelným jazykem.

Literatura

- Ashford, R. D., Brown, A., Brown, T., Callis, J., Cleveland, H. H., Eisenhart, E., Groover, H., Hayes, N., Johnston, T., Kimball, T., Manteuffel, B., McDaniel, J., Montgomery, L., Phillips, S., Polacek, M., Statman, M., & Whitney, J. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: a working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research & Theory*, 27(3), 179–188. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1515352>
- Best, D., & Hennessy, E. A. (2022). The science of recovery capital: where do we go from here? *Addiction*, 117(4), 1139–1145. <https://doi.org/10.1111/add.15732>
- Bowen, E., Irish, A., Wilding, G., LaBarre, C., Capozziello, N., Nochajski, T., Granfield, R., & Kaskutas, L. A. (2023). Development and psychometric properties of the Multidimensional Inventory of Recovery Capital (MIRC). *Drug and Alcohol Dependence*, 247. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109875>
- Brown, J., & Isaacs, D. (2005). *The World Café: Shaping Our Future through Conversations that Matter*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods*. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research*, 6(1), 97–113. <https://doi.org/10.1177/1468794106058877>
- Bushe, G.R. (2012) Appreciative inquiry: Theory and critique. In Boje, D., Burnes, B. & Hassard, J. (eds.). *The Routledge Companion To Organizational Change* (pp. 87-103). Oxford, UK: Routledge.
- Cano, I., Best, D., Edwards, M., & Lehman, J. (2017). Recovery capital pathways: Modelling the components of recovery wellbeing. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.002>
- Cooperrider, D. L. & Srivastva, S. (1987). Appreciative inquiry in organizational life. In Woodman, R. W. & Pasmore, W. A. (eds.). *Research in Organizational Change and Development* (pp. 129–169). Stamford, CT: JAI Press.
- Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? *Soc Sci Med.*, 41(12), 1667–1676. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00127-s](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00127-s)
- Černíková, T., Dékárny, L., Frič, D., Horáčková, K., Orlíková, B., Novák, V., & Drbohlavová, E. (2024). Zpráva o realizaci politiky v oblasti závislostí v krajích v roce 2023. *Zaostřeno*, 10(2), 1–20.
- Černušáková, B. (2020). Stigma and segregation: containing the Roma of Údol, Czech Republic. *Race & Class*, 62(1), 46–59. <https://doi.org/10.1177/0306396820926916>
- Černý, J., & Szotáková, M. (2015). *Analýza drogové scény v Ostravě*. Ostrava: FSS OU.
- Dleštíková, T., & Mertl, J. (2025). Duševní zdraví a míra traumatizace vězeňské populace. *Sociologický Časopis*. <https://doi.org/10.13060/csr.2025.021>
- Dvořáková, Z., & Chomynová, P. (2024). Národní výzkum užívání návykových látek 2023. *Zaostřeno*, 10(1), 1–32.

Egli, N., Pina, M., Christensen, P.S., Aebi, M. & Killias, M. (2009). Effects of drug substitution programs on offending among drug-addicts. *Campbell Systematic Reviews*, 5, 1–40.
<https://doi.org/10.4073/csr.2009.3>

EUDA. (2025). *Wastewater analysis and drugs – A European multi-city study*.
https://www.euda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

Franke, A. G., Bagusat, C., Dietz, P., Hoffmann, I., Simon, P., Ulrich, R., & Lieb, K. (2013). Use of Illicit and prescription drugs for cognitive or mood enhancement among surgeons. *BMC Medicine*, 11(102), nestránkováno. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-102>

Gilmore, R. W. (2007). In the shadow of the shadow state. In INCITE! Women of Color Against Violence (ed.). *The revolution will not be funded: Beyond the non-profit industrial complex* (pp. 41–52). South End Press.

Granfield, R., & Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. NYU press.

Gřundělová, B. (2022). Activation policy in the Czech Republic: A failing tool to fight poverty and social exclusion. *Czech and Slovak Social Work*, 22(4), 36–53. <https://socialnipace.cz/wp-content/uploads/2022/09/SP4-2022-web-1.pdf>

Gřundělová, B., Černý, J., Gojová, A., Stanková, Z., & Lisník, J. (2023). The shadow fathers: Barriers to whole family approach in social work?. *Journal of Family Research*, 35, 85–102.
<https://doi.org/10.20377/jfr-796>

Herz, M., & Lalander, P. (2018). Neoliberal management of social work in Sweden. In M. Kamali & J. H. Jönsson (eds.). *Neoliberalism, Nordic Welfare States and Social Work: Current and Future Challenges* (pp. 57–66). Routledge.

Hesse-Biber, S. N., Rodriguez, D., & Frost, N. A. (2015). A qualitatively driven approach to multimethod and mixed methods research. In S. N. Hesse-Biber & R. B. Johnson (eds.). *The Oxford Handbook of Multimethod and Mixed Methods Research Inquiry* (pp. 3–20). Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199933624.013.3>

Hughes, C. E., & Stevens, A. (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *The British Journal of Criminology*, 50(6), 999–1022. <https://doi.org/10.1093/bjc/azq038>

Cho, S., Crenshaw, K. W., & McCall, L. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 38(4), 785–810.
<https://doi.org/10.1086/669608>

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orlíková, B., Grohmannová, K., Franková, E., Roubalová, M., & Galandák, D. (2024a). *Zpráva o digitálních závislostech v České republice 2024*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Galandák, D., Orlíková, B., Grohmannová, K., Černíková, T., Franková, E., & Roubalová, M. (2024b). *Zpráva o hazardním hraní v České republice 2024*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orlíková, B., Černíková, T., Franková, E., Galandák, D., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2024c). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2024*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orlíková, B., Galandák, D., & Černíková, T. (2024d). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2023*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Orlíková, B., Černíková, T., Grohmannová, K., Galandák, D., Franková, E., & Roubalová, M. (2025a). *Zpráva o alkoholu v České republice 2024*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orlíková, B., Galandák, D., Černíková, T., Franková, E., & Roubalová, M. (2025b). *Zpráva o problematickém užívání psychoaktivních léků v České republice 2024*. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Kuckartz, U. Radiker, S. (2023). *Qualitative Content Analysis: Methods, Practice and Software*. Sage Publications Limited.

Kupka, P., Petruželka, B., & Walach, V. (2022). Illicit drug use and exposure in disadvantaged neighborhoods in Czechia: policy representations and evidence. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 21(2), 662–686. <https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1793866>

Kupka, P., Walach, V. & Brendzová, A. (2021). The poverty business: landlords, illicit practices and reproduction of disadvantaged neighbourhoods in Czechia. *Trends in Organized Crime*, 24, 227–245. <https://doi.org/10.1007/s12117-020-09402-x>

LaBarre, C., Bowen, E., & Knapp, K. S. (2025). Recovery capital is associated with a greater likelihood of NIAAA-defined recovery for adults with prior alcohol problems. *Substance Use & Misuse*, 60(7), 1000–1006. <https://doi.org/10.1080/10826084.2025.2478598>

Laudet, A. B., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1–2), 33–73. https://doi.org/10.1300/j020v24n01_04

Levenson, J. S., Prescott, D. S., & Willis, G. M. (2022). Trauma-informed treatment practices in criminal justice settings. In E. Jeglic & C. Calkins (eds.). *Handbook of Issues in Criminal Justice Reform in the United States* (pp. 483–502). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77565-0_24

Martinelli, T. F., van de Mheen, D., Best, D., Vanderplasschen, W., & Nagelhout, G. E. (2020). Are members of mutual aid groups better equipped for addiction recovery? European cross-sectional study into recovery capital, social networks, and commitment to sobriety. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(5), 389–398. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1844638>

Maté, G., & Maté, D. (2022). *The Myth of Normal: Trauma, Illness, and Healing in a Toxic Culture*. Vermilion.

Mertl, J. (2023). „Jak mě tenkrát přítel týral, tak jsem měla to sebevědomí hodně nízký“: Vratkost kategorií „pachatel/ka“ a „oběť“ v kriminologii a sociální práci. *Sociální práce / Sociálna práca / Czech and Slovak Social Work*, 23(5), 5–20.

Mertl, J. (2024a). *Závěrečná výzkumná a evaluační zpráva projektu „Systémové zajištění péče pro vězněné uživatele drog a její následná kontinuita pro propuštění“*. APAS.

Mertl, J. (2024b). *Na našem hlase záleží: Výzkumná/evaluační zpráva z projektu*. RUBIKON Centrum.

Murray, J., & Farrington, D. P. (2008). The effects of parental imprisonment on children. *Crime and Justice*, 37(1), 133–206. <https://doi.org/10.1086/520070>

Nepustil, P. (2014). *Bez léčby to jde: Proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.

Nepustil, P., Geregová, M. eds. (2020). *BEZ PODMÍNEK: Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Munipress.

Patton, D., Best, D., & Brown, L. (2022). Overcoming the pains of recovery: the management of negative recovery capital during addiction recovery pathways. *Addiction Research & Theory*, 30(5), 340–350. <https://doi.org/10.1080/16066359.2022.2039912>

Pleva, P. (2021). Komplexní návrh systémových změn strukturního rámce integrované protidrogové politiky. Úřad vlády.

Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1451–1458. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004>

Remešová, R., Svobodová, L., Rod, A., & Soběhart, R. (2019). *Komparativní analýza nástrojů financování adiktologických služeb*. Úřad vlády.

SAMHSA. (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf>

Sánchez, J., Sahker, E., & Arndt, S. (2020). The Assessment of Recovery Capital (ARC) predicts substance abuse treatment completion. *Addictive Behaviors*, 102, 106189. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106189>

Sosna, D., & Brunclíková, L. (2019). Drinking and dreaming in the dormitories: Workers struggle in times of economic development. *Journal of Material Culture*, 24(2), 232–250. <https://doi.org/10.1177/1359183518803389>

Stebbins, R. A. (2001). *Exploratory Research in the Social Sciences*. Sage Publications.

Transform Drug Policy Foundation. (2014). *Drug decriminalisation in Portugal: Setting the record straight*. Bristol: Transform. <https://transformdrugs.org/blog/drug-decriminalisation-in-portugal-setting-the-record-straight>

Uchtenhagen, A. (2010). Heroin-assisted treatment in Switzerland: a case study in policy change. *Addiction*, 105, 29–37. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02741.x>

Werb, D., Kamarulzaman, A., Meacham, M. C., Rafful, C., Fisher, B., Strathdee, S. A., & Wood, E. (2016). The effectiveness of compulsory drug treatment: A systematic review. *International Journal of Drug Policy*, 28, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>

Seznam zkratek

AI – umělá inteligence (Artificial Intelligence)

CBD – kanabidiol (Cannabidiol)

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČSÚ – Český statistický úřad

EMCDDA – Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

EUDA – Agentura Evropské unie pro drogy (The European Union Drugs Agency), dříve EMCDDA

FG – fokusní skupina (Focus Group)

FOMO – strach z promeškaného (Fear of Missing Out)

FSS OU – Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity

HCV – virus hepatitidy typu C (Hepatitis C Virus)

HF – Housing First

HHC – hexahydrokanabinol (Hexahydrocannabinol)

HR – Harm Reduction

KP – komunikační partner/ka (individuální rozhovor)

MDMA – 3,4-methylenedioxyamfetamin

MMO – Magistrát města Ostravy

NIMBY efekt – efekt „ne na mém dvorku“ (Not In My Back Yard)

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (pod Úřadem vlády ČR)

NRHZZ – Národní registr hrazených zdravotních služeb

NZDM – Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

PR – polostrukturovaný rozhovor

PS – pracovní skupina

SK – skupinový rozhovor

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Příloha 1 – Online dotazník

Dotazník pro poskytovatele sociálních služeb a pracovníky dalších institucí ve městě Ostrava

Tento dotazník je součástí širšího výzkumu „Reflexe drogové scény v Ostravě“, který spadá do 6. Komunitního plánu sociálních služeb a souvisejících aktivit ve městě Ostrava. Jeho výstupy budou sloužit jako podklad pro další směřování protidrogové politiky a rozvoj zainteresovaných služeb a institucí.

Prosíme Vás o spolupráci, protože jsou pro nás zásadní informace z praxe a zajímá nás Váš pohled na tuto problematiku. Vaše odpovědi budou anonymní.

Dotazník obsahuje 11 otázek a jeho vyplnění by nemělo trvat více než 15 minut.

Děkujeme.

Za realizační tým,

Markéta Geregová a Barbora Gřundělová

** Označuje povinnou otázku*

1. 1. Uveďte prosím typ Vaší organizace/instituce: *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Zdravotní služby ambulantní
- ☐ Zdravotní služby pobytové
- ☐ Sociální služby terénní
- ☐ Sociální služby ambulantní
- ☐ Sociální služby pobytové
- ☐ Sociální práce na obci
- ☐ Sociálně-právní ochrana dětí
- ☐ Probační a mediační služba
- ☐ Jiné: _____

2. **2. Ve které pracovní skupině komunitního plánování je Vaše organizace/instituce zařazena?** *Pokud není, můžete otázku přeskočit.*

3. **3. Setkává se Vaše organizace/instituce s problematikou závislostí (ať už látkových či nelátkových)?** *(0 = nikdy; 1 = výjimečně; 2 = pravidelně; 3 = často; 4 = velmi často)* *

Označte jen jednu elipsu.

0 1 2 3 4

Nikc ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Velmi často

4. **4. S jakým typem látek / závislostního chování mají Vaši klienti/pacienti největší potíže?** *Vyberte prosím 3 nejčastější.* *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Alkohol
☐ Tabák
☐ Marihuana
☐ Kokain
☐ Toluén
☐ Pervitin
☐ Heroin
☐ Fentanyl a další syntetické opioidy
☐ Léky – benzodiazepiny, opioidní analgetika aj.
☐ Online sázení a hraní
☐ Hraní hazardních her – automaty, kasina apod.
☐ Internet – sociální sítě, nakupování, porno apod.
☐ Nové substance – kratom, HHC apod.
☐ Jiné: _____

5. **5. Jaké další problémy a oblasti s Vámi lidé se závislostí nejčastěji řeší?** *

Můžete uvést více odpovědí.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Zdravotní potíže fyzického charakteru
- ☐ Duševní zdraví
- ☐ Nevyhovující, nejisté či chybějící bydlení
- ☐ Nezaměstnanost či nejistá práce, např. bez smlouvy
- ☐ Dluhy a exekuce
- ☐ Trestná činnost, alternativní tresty
- ☐ Výstup z výkonu trestu
- ☐ Různé formy násilí
- ☐ Sociální izolace
- ☐ Partnerské a rodinné problémy
- ☐ Svěření dětí do péče
- ☐ Jiné: _____

6. **6. Vaše odpovědi z předchozí otázky prosím upřesněte.**

7. **7. Co se podle Vás v Ostravě v kontextu práce s lidmi se závislostí daří?** *

8. **8. Které formy spolupráce mezi službami (sociálními, zdravotními, městskými) podle Vás přinášejí nejlepší výsledky?** *

9. **9. Co by mohlo síť podpory a služeb pro lidi se závislostí ještě doplnit, aby lépe odpovídala jejich potřebám?** *

10. **10. Co by Vaše organizace/instituce potřebovala, aby mohla efektivněji řešit potřeby lidí se závislostí?** *

11. **11. Napadá Vás k tématu ještě něco? Budeme rádi za Vaše další komentáře a postřehy.** *

Příloha 2 – Scénář rozhovorů s pracovníky a pracovníci sociálních a zdravotních služeb

Rozhovor je součástí přípravy *Reflexe drogové scény ve městě Ostrava* a jeho cílem je lépe porozumět tomu, co v oblasti služeb pro lidi, kteří užívají drogy/lidi se závislostí, dobře funguje, a co by mohlo fungovat ještě lépe. Rozhovor je strukturován podle přístupu *Oceňujícího zkoumání*, který se zaměřuje na hledání silných stránek, dobré praxe a společnou tvorbu vizí a konkrétních návrhů na zlepšení. Vaše odpovědi nám pomohou vytvořit doporučení, která budou vycházet z reálných zkušeností odborníků a odbornic z praxe. Data budeme anonymizovat a vyhodnocovat agregovaně. Pokud budete potřebovat přestávku nebo budete chtít některou otázku přeskočit, neváhejte si o to říci, vyjdeme Vám vstříc.

DEFINITION – Definice: sběr témat a zaměření

Co se podle Vás v posledních 5-10 letech změnilo v oblasti závislostí a služeb pro lidi se závislostí v Ostravě?

DISCOVER – Objevování: Co funguje dobře

Cíl: Identifikovat silné stránky současného systému a praxe, které se osvědčily.

- Co podle vás v současnosti nejlépe funguje v podpoře lidí, kteří užívají drogy v Ostravě? Můžete uvést konkrétní příklady?
- Na jakou situaci z vaší praxe, kdy se podařilo klientovi dobře pomoci, si vzpomenete nejraději? Co k tomu přispělo?
- Které formy spolupráce mezi službami (sociálními, zdravotními, městskými) podle vás přinášejí nejlepší výsledky?

DREAM – Snění: Co by mohlo fungovat v ideálním světě

Cíl: Představit si ideální fungování systému bez současných omezení.

- Kdybyste si mohli představit ideální systém služeb pro lidi, kteří užívají drogy – jak by vypadal?
- Co by se podle vás mělo změnit, aby byla podpora těmito lidem skutečně účinná a důstojná?
- Jak by vypadala ideální spolupráce mezi vaší službou a dalšími aktéry v systému (např. nemocnicemi, policií, městem)?
- Jak by vypadalo město Ostrava, pokud by drogová problematika byla řešena opravdu účinně a lidsky?

DESIGN – Plánování: Co bychom mohli konkrétně udělat

Cíl: Navrhnout konkrétní opatření a kroky, které by bylo možné zavést.

- Které konkrétní kroky bychom podle vás mohli podniknout, abychom se přiblížili vaší představě ideálního systému?
- Jaké malé, ale reálné změny by podle vás přinesly největší zlepšení?
- Kdybychom měli zavést nový způsob spolupráce/služby, co by měl obsahovat?
- Co by pomohlo vaší službě, aby mohla pracovat ještě efektivněji?

DESTINY (DEPLOY) – Implementace: Jak to uskutečnit

Cíl: Přeměnit plány ve skutečné kroky a mobilizovat energii pro změnu.

- Jaké konkrétní kroky byste vy osobně mohli (nebo chtěli) podniknout pro zlepšení situace?
- Kdo nebo co by mohl být klíčovým partnerem pro změnu – a jak ho zapojit?
- Jaké překážky v realizaci změn očekáváte a jak by šly překonat?
- Co by vám pomohlo, abyste se do změny mohli aktivně zapojit?

ZÁVĚR:

Moc vám děkuji za váš čas a otevřenost. Pokud by vás napadly další myšlenky nebo byste se chtěli podílet ještě jinak na analýze, můžete nás kdykoli kontaktovat.

Příloha 3 – Scénář rozhovorů s lidmi se zkušeností se závislostí

1. Úvod, přivítání (10 minut):

Úvodní slovo a formální náležitosti:

- Představení facilitátorů a jejich role.
- Představení účelu a cílů setkání s ohledem na tvorbu komunitního plánu.
- Představení pravidel diskuse (hovoří jeden člověk, možnost vzájemné interakce, pravidlo STOP), pořízení nahrávky, délka setkání max. 90 minut.
- Vzájemné představení účastníků (zaznamenáme věk, pohlaví, bydliště (obec nebo městskou část), zkušenost se závislostí + délka zotavování).

2. Scénář fokusní skupiny (cca 65 minut)

a) Úvodní otázka (cca 15 minut)

„Jak se vám daří v posledních několika týdnech či měsících?“

- Facilitátor se může doptávat: „Co vám dělá/udělalo největší radost?“, „Co vám pomáhá/pomohlo?“, „S čím je to naopak těžké?“

b) Nepříznivá životní okolnost (cca 25 minut)

„Zkuste si vybavit náročnou situaci, kterou jste zažil/a v posledním roce – co se stalo a jak jste se s tím vypořádal/a?“

- Doplnující otázky mohou cílit na kontakt se službami: „Pomohla vám v té situaci nějaká služba nebo organizace?“
- Pokud mluví o nějaké blízké osobě: „Co byste jí doporučil/a nebo jak byste to řešil/a vy?“

c) Pohled do budoucnosti (cca 25 minut)

Část 1:

„Představte si, že se vám podařilo v životě změnit něco, díky čemuž se cítíte lépe a spokojenější. Co to může být?“ (Lze uvést i více věcí.)

Část 2:

„Co by vám už dnes nejvíc pomohlo, abyste se takové změně mohl/a přiblížit?“

- Může jít o lidi, služby, podmínky, motivaci, nové informace... Také mohou zaznívat bariéry (např. nedostupnost služeb, finanční situace, zdravotní stav).

3. Shrnutí a uzavření (cca 5 minut)

- Shrnutí a vysvětlení, jak budou výstupy využity.
- Možnost posledního komentáře nebo sdělení.
- Poděkování za důvěru a účast.

Příloha 4 – Scénář World Café

9:30-9:50

Představení moderátorek. Poděkování za přivítání a možnost realizace sběru dat.

Návaznost setkání na **Analýzu drogové scény z roku 2015**, shrnutí.

Příprava nové **Reflexe drogové scény 2025** – příležitost k reflexi, kdo se na tom podílí, co připravujeme, jak budeme postupovat, co budeme od zúčastněných potřebovat.

Prostor pro dotazy, doplnění.

Jaká témata se objevují. Shrnutí témat, která by mohla být diskutována:

- *Jak překonat **abstinenční model služeb**? 1. Co se daří? Díky čemu/co pro to děláme? 2. Čeho bychom chtěli dosáhnout? 3. Co k tomu potřebujeme?*
- *Jak pracovat s **peer podporou**? 1. Jaké máme zkušenosti? Co nám peer podpora přináší/mohla by přinést? 2. Čeho bychom chtěli dosáhnout/ na čem chceme dále pracovat? 3. Co potřebujeme k jejímu zavádění (za podmínky, ale i naše další kroky)?*
- ***Potřeby uživatelů** – 1. Co o nich víme, jak je zjišťujeme? 2. Jak bychom s nimi dále chtěli pracovat? 3. Co k tomu potřebujeme (za podmínky, ale i naše další kroky)?*
- ***Spolupráce** – 1. Co se ve spolupráci mezi službami daří a díky čemu? 2. Jak bychom chtěli, aby spolupráce vypadala? 3. Co k tomu potřebujeme (za podmínky, ale i naše další kroky)?*
- ***Mladí experimentátoři** – 1. co se nám daří v oblasti práce mladistvými uživateli a experimentátory? 2. Jak by takové programy pro mladé, začínající, experimentující uživatele mohly v Ostravě vypadat? 3. Co k tomu potřebujeme (za podmínky, ale i naše další kroky)?*

9:50-10:00

Možnost doplnění dalších témat (co Vám zde chybí?). Výběr tří témat zúčastněnými. Formou hlasování.

10:00-10:10

Pauza, příprava stanovišť.

10:10-10:20

Představení metody **World Café**. Jaký bude postup. Prosba o možnost nahrávání.

10:20-11:20

Rozdělení do 3 skupin po 20 min. Každá skupina bude mít jedno téma – okruh otázek a facilitátora/facilitátorku.

11:20-11:35

Facilitátoři/ky odprezentují výstupy skupin.

11:35-12:00

Společná diskuse: Co Vás k tomu napadá? Chybí tam něco? Vyplývá z toho něco pro další sběr dat?

Co bychom potřebovali ještě vědět, co zjišťovat? Kdo by nám o tom mohl říct více, koho se ptát?