

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Iva Partlová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Adiktolog v multidisciplinárním týmu
Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Iva Partlová**
Osobní číslo: **Z23333**
Studijní program: **N0988P360003 Organizace a řízení ve zdravotnictví**
Téma práce: **Adiktolog v multidisciplinárním týmu**
Téma práce anglicky: **Addiction specialist in a multidisciplinary team**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Adéla Michková, Ph.D.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Adiktolog v multidisciplinárním týmu jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 23. 4. 2025

Iva Partlová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla vyjádřit poděkování vedoucí práce Mgr. Adéle Michkové, Ph.D. za věnovaný a empatický přístup, dále za cenné informace při tvorbě této diplomové práce. Dále také mému pracovnímu týmu, který ukázal ochotnou a trpělivou spolupráci při poskytnutí rozhovorů. Děkuji i své rodině za velkou podporu při studiu a dokončení této práce.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá rolí adiktologa v multidisciplinárním týmu v domově se zvláštním režimem. Cílem je prozkoumat přínosy a limity adiktologa při péči o klienty s duální diagnózou, tedy kombinací závislosti na návykových látkách a dalších psychiatrických poruch. Teoretická část popisuje adiktologii jako regulovaný obor, specifika závislosti, roli a význam komplexní péče o klienty s duální diagnózou. Praktická část obsahuje dvě případové studie ilustrující uplatnění adiktologa v domově se zvláštním režimem. Dále v praktické části je obsažena expertní diskuze s prvky focus group, která pojednává o významu role adiktologa v multidisciplinárním týmu. Závěrem jsou diskutovány možnosti zlepšení integrace adiktologa do multidisciplinárního týmu a doporučení pro praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Adiktolog, multidisciplinární tým, závislost, abstinence, duální diagnóza, zvláštní režim.

TITLE

Addiction specialist in a multidisciplinary team.

ANNOTATION

The thesis examines the role of an addiction specialist in a multidisciplinary team in a special regime home. The aim is to explore the benefits and limitations of the addiction specialist in caring for clients with dual diagnoses, which combine addiction to addictive substances and other psychiatric disorders. The theoretical part describes addictionology as a regulated field, specifics of addiction, the role of multidisciplinary team, and the importance of comprehensive care for clients with dual diagnoses. The practical part includes two case studies of clients AB and CD, illustrating different approaches. Additionally, the practical part contains an expert discussion with elements of a focus group, which discusses the significance of the addiction specialist's role in multidisciplinary team. The conclusion discusses possibilities for improving the integration of the addiction specialist into multidisciplinary team and recommendations for practice.

KEYWORDS

Addiction specialist, multidisciplinary team, addiction, abstinence, dual diagnosis, special regime.

OBSAH

TERMINOLOGIE.....	11
ÚVOD.....	12
1 Cíle a metody práce.....	13
1.1 Cíl práce.....	13
1.2 Metody k dosažení cíle.....	13
TEORETICKÁ ČÁST.....	14
2 Adiktologie.....	14
2.1 Adiktologické výkony.....	15
3 Závislost a návykové látky.....	17
3.1 Znaky závislosti.....	17
3.2 Návykové látky.....	19
3.2.1 Alkohol.....	20
3.2.2 Opioidy a opiáty.....	21
3.2.3 Psychomotorická stimulancia.....	22
4 Definice a význam multidisciplinárního týmu.....	23
4.1 Role pracovníků v DZR.....	24
4.1.1 Role sociálního pracovníka.....	24
4.1.2 Všeobecná zdravotní sestra.....	25
4.1.3 Pracovník v sociálních službách.....	26
5 Duální diagnóza.....	27
5.1 Charakteristika osob s duální diagnózou.....	27
5.2 Doporučené klinické postupy s cílovou skupinou.....	27
PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	29
6 METODIKA.....	29
6.1 Sběr a zdroje dat.....	29

6.2 Analýza dat a zpracování práce	30
6.3 Charakteristika vybraného DZR a multidisciplinárního týmu	31
7 Případové studie	34
7.1 Případová studie AB.....	35
7.2 Případová studie CD.....	46
7.3 Expertní diskuze s odborníky s prvky focus groupu	55
7.4 Prezentace výsledků	62
DISKUZE	66
PŘÍNOSY A LIMITY	70
ZÁVĚR.....	72
POUŽITÁ LITERATURA.....	74

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Seznam tabulek:

<i>Tabulka 1</i> Členové multidisciplinárního týmu.....	33
<i>Tabulka 2</i> Citace ke kategorii Adiktolog v organizaci.....	56
<i>Tabulka 3</i> Citace ke kategorii Adiktolog v MDT.....	59
<i>Tabulka 4</i> Citace ke kategorii Adiktolog s klienty.....	61
<i>Tabulka 5</i> Rozdíly případových studií AB a CD.....	62

Seznam grafů:

<i>Graf 1</i> Mapa témat.....	55
-------------------------------	----

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
CNS	Centrální nervová soustava
DZR	Domov se zvláštním režimem
IP	Individuální plán
MDMA, MDEA	Návykové látky, které patří do skupiny stimulantů s halucinogenními účinky
MDT	Multidisciplinární tým
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
NL	Návyková látka
PnP	Příspěvek na péči
PTSD	Posttraumatická stresová porucha

TERMINOLOGIE

Prevence relapsu = soubor strategií, přístupů a technik, jejichž cílem je předcházet návratu k užívání návykové látky nebo návykovému chování po období abstinence nebo stabilizace.

Relaps = návrat k užívání návykové látky nebo k návykovému chování.

Abstinenční příznaky = neboli abstenční syndrom, kdy se objevují dvě kategorie příznaků duševní (psychické) a tělesné (fyzické). Mezi duševní se řadí například neklid, úzkosti, podrážděnost, depresivní nálady, poruchy spánku a mezi tělesné bolesti hlavy, svalů a kloubů, potíže zažívacího systému – zvracení, nauzea, průjem, dále bušení srdce, křeče, nebo i halucinace.

Antabus = lék užívaný v terapii závislosti na alkoholu.

ÚVOD

Problematika závislostí představuje v současné společnosti významný zdravotní i sociální problém, jehož řešení vyžaduje komplexní přístup zahrnující nejen prevenci a léčbu, ale i podporu resocializace a minimalizaci škod. Adiktologie, jako relativně mladý vědní obor v České republice, se v posledních desetiletích etablovala jako klíčová disciplína, která tyto výzvy zkoumá a nabízí odborné intervence. Profese adiktologa, regulovaná od roku 2005 zákonem č. 96/2004 Sb., hraje nezastupitelnou roli v poskytování specializované péče osobám ohroženým závislostí či již závislým na návykových látkách a dalších formách závislostního chování. Tato péče však není izolovanou činností – efektivní řešení závislostí často přesahuje kompetence jednoho odborníka a vyžaduje spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu.

Cílem této diplomové práce je analyzovat roli adiktologa v multidisciplinárním týmu, zejména v kontextu pobytových sociálních služeb, konkrétně domovů se zvláštním režimem (DZR). Práce se zaměřuje na teoretické vymezení adiktologie a povolání adiktologa, včetně jeho legislativního ukotvení a odborných výkonů, a dále zkoumá praktickou aplikaci těchto poznatků prostřednictvím dvou případových studií. Tyto studie ilustrují, jak adiktolog ve spolupráci s dalšími profesemi, jako jsou sociální pracovníci či zdravotní sestry, přispívá k individuální péči o klienty s různými formami závislosti a souvisejícími problémy.

Význam této práce spočívá v podtržení důležitosti koordinované týmové spolupráce při péči o osoby se závislostí, což může vést ke zlepšení kvality poskytovaných služeb a zvýšení šance na úspěšnou resocializaci klientů. Práce tak nabízí nejen teoretický vhled do problematiky, ale i praktické poznatky, které mohou sloužit jako inspirace pro odborníky působící v adiktologické praxi.

Všichni zúčastnění, jako jest samotné členky multidisciplinárního týmu, jmenovitě zařízení Domov Dolní zámek, a klienti případových studií souhlasili s uvedením v této diplomové práci.

1 Cíle a metody práce

1.1 Cíl práce

Cílem teoretické části byl popis adiktologické profese, specifika závislosti, charakteristiku multidisciplinárního týmu, duální diagnózy a význam práce adiktologa s touto cílovou skupinou.

Cílem průzkumné části bylo seznámení s případovými studii, které demonstrují práci adiktologa a multidisciplinárního týmu v domově se zvláštním režimem. Dále expertní diskuze s prvky focus group, ze které vyplynula odpověď na výzkumnou otázku, která v této části byla stanovena: Jaké přínosy a limity má role adiktologa v multidisciplinárním přístupu při poskytování služby osobám s duální diagnózou v DZR?

1.2 Metody k dosažení cíle

Metodou průzkumné části je kvalitativní výzkum, polostrukturované rozhovory, přepis expertní diskuze s prvky focus group a následné kódování do tří výsledných kategorií.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Adiktologie

Profese adiktologa je od roku 2008 regulovaným povoláním, je řazena mezi nelékařské zdravotnické profese a jako taková je upravena zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání, ve znění pozdějších předpisů. Dle tohoto zákona lze odbornou způsobilost k výkonu tohoto povolání aktuálně získat pouze „*absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského studia v oboru pro přípravu adiktologů. Dále toto povolání mohou vykonávat osoby, které absolvovaly nejméně tříleté studium v oborech sociálního, psychologického nebo speciálně pedagogického zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách nebo které získaly způsobilost všeobecné sestry, a následně absolvovaly akreditovaný kvalifikační kurz adiktolog zahájený do konce roku 2011.*“

Uvedený zákon dále definuje, že za výkon povolání adiktologa se považuje činnost v rámci preventivní, léčebné a rehabilitační péče v oboru adiktologie, to je prevence a léčba závislosti na návykových látkách a dalších závislostí.“, přičemž konkrétní činnosti jsou pak vymezeny ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb. § 22, kdy adiktolog může „*provádět komplexní adiktologickou diagnostiku pacienta, provádět neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a infekčních onemocnění, stanovit program primární prevence včetně programu včasné diagnostiky a intervence, provádět depistáž s cílem identifikovat osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky a u těchto osob provádět prevenci, výchovu a poradenství v oblastech zdravého způsobu života a snižování škodlivosti užívání návykových látek, provádět individuální, skupinovou a rodinnou adiktologickou terapii a podpůrnou psychoterapii, instruovat zdravotnické pracovníky v oblasti péče o osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky o škodlivosti užívání návykových látek, provádět poradenství v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí.*“

Obor Adiktologie je vědní obor, který se zabývá prevencí, léčbou a výzkumem užívání návykových látek, v jejichž důsledku dojde k újmě jednotlivce nebo společnosti a současně se vyskytujícími prvky závislostního chování. Adiktologie jako samostatný vědní obor se v České republice začala formovat z praktických potřeb, zejména v nízkoprahových zařízeních a terénních programech, které se zaměřovaly na pomoc lidem s různými formami závislostí. V roce 2005 byl na Univerzitě Karlově otevřen bakalářský program adiktologie, který se postupně rozšířil o magisterský a doktorský program.

Tento akademický vývoj byl podpořen intenzivní mezinárodní spoluprací, včetně návštěv a výměnných pobytů odborníků z USA a dalších zemí, což přispělo k obohacení a zkvalitnění výuky i výzkumu. V roce 2015 byla potvrzena akreditace programu až do roku 2024, což zahrnovalo významná zlepšení oproti první verzi programu, reflektující aktuální potřeby praxe a nové vědecké poznatky. Historické kořeny adiktologie sahají až do období monarchie, což ukazuje na hlubší historický kontext a dlouhodobý zájem o problematiku závislostí. Tento vývoj ilustruje, jak se adiktologie stala respektovaným a nezbytným oborem v rámci zdravotnického a sociálního systému České republiky. (Miovský, 2016)

2.1 Adiktologické výkony

Hlavním zdrojem, kde výkony můžeme najít je Vyhláška č. 421/2013 Sb. Tato vyhláška mění vyhlášku č. 134/1998 Sb., která vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Materiál *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb* byl vytvořen v letech 2018–2019 jako součást projektu *Systémová podpora rozvoje adiktologických služeb v rámci integrované protidrogové politiky*. Tento projekt je prvním samostatným projektem v České republice, který byl financován z Evropského sociálního fondu a zaměřuje se na problematiku závislostí a řešení problémů spojených se závislostním chováním. Výkony adiktologa zahrnují široké spektrum intervencí, kde se zaměřují na prevenci, diagnostiku, léčbu, ale také na následnou péči o osoby se závislostí na jakékoliv návykové látce. Tento projekt je pod záštitou vládního orgánu ČR – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Nejaktuálnější revizí, kterou se odborníci řídí, je od září roku 2023, revize 2.3. (Úřad vlády ČR, 2023)

V tomto seznamu jsou uvedeny všechny hlavní výkony, jejich specifikace, definice a minimální doporučená časová dotace. Pro tuto diplomovou práci a práci adiktologa, v zařízení se zvláštním režimem, jsou nejdůležitějšími pouze dva výkony a to práce individuální a skupinová. Mimo tyto dva výkony, jsou výkony jako například – práce rodinná, vyšetření, krátké rozhovory s klienty, odběr biologického materiálu, programy se zážitkem (kluby, volnočasové aktivity), podpora v pracovních dovednostech (hledání zaměstnání) nebo nepřímá péče (např. monitoring, vypracování zprávy o klientovi). Dále podání Antabusu, výkony v oblasti zařízení, které je nízkoprahové (hygienický servis, řešení akutní intoxikace, aj).

a) Individuální terapie

Specifikace tohoto výkonu zahrnuje poradenství přímo s klientem, psychoterapii, poradenství, které může obsahovat krizovou intervenci, edukativní a nácvikovou činnost. Zahrnuje dále administrativní činnosti, prvotní anamnestické vyšetření při zahájení péče adiktologem, prevenci na úrovni všeobecné, selektivní a indikované. Tento výkon je výhradně face to face, osobně v terénu, telefonicky a přes internet. Odpovídá charakteristice zařízení, kde se pracovník s klientem nachází. Výkon trvá nejméně třicet minut, pokud méně, nesmí být vykázán. Nesmí zahrnovat prosté předání informací a nezaměňuje se s výkonem – krátký rozhovor.

b) Skupinová terapie

Specifikace tohoto výkonu obsahuje skupinové konzultace, opět dle charakteristiky pracoviště, práce odborníka a konkrétního zaměření rozhovoru. Její trvání je šedesát minut a nesmí probíhat bez přítomnosti terapeuta. Do časové dotace se nezapočítává terapeutova příprava na tento výkon, ani jeho reflexe v týmu. Minimální počet účastníků jsou dva, avšak nejvyšší je devět. Způsob výkonu je osobně v zařízení, v terénu či přes internetové spojení.

3 Závislost a návykové látky

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kdy jedna užívaná látka má u jedince mnohem větší přednost než jiné cíle, které dříve měly přednost. Závislost je typická častou a silnou touhou užívat psychoaktivní látky, i ty, které mohou, ale nemusí být předepsán lékařem. Definitivní závislost by se měla stanovit pouze tehdy, pokud během jednoho roku došlo ke třem z těchto poznávacích znamení: touha nebo puzení užívat, zhoršené sebeovládání (při začátku a ukončení závislosti či rozhodnutí o množství užití látky), odvykací stavy typickou pro užitou látku, zvyšující se tolerance, zanedbávání zájmů a povinností, osoba užívá i přesto, že jdou důkazy, které jsou velice škodlivé (zhoršený zdravotní stav – poškození jater, deprese, toxické poškození mozku). (Nešpor, 2013)

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (2024) je závislost charakterizována souborem příznaků, které zahrnují silné puzení k užívání látky, ztrátu kontroly nad jejím užíváním, vznik tolerance, projevy abstinčních příznaků, a pokračování v užívání navzdory zdravotním či sociálním dopadům. Tento systém tedy umožňuje odborníkům v oblasti zdravotnictví a adiktologie rozpoznat závažnost a typ závislosti a podle toho stanovit odpovídající léčbu. Dle klasifikace u položek F10-F19 se využívá členění na čtvrtém místě:

- F10.1 Škodlivé použití
- F10.2 Syndrom závislosti
- F10.3 Odvykací stav
- F10.4 Odvykací stav s deliriem
- F10.5 Psychoaktivní porucha
- F10.6 Amnestický syndrom
- F10.7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem
- F10.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování
- F10.9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

3.1 Znaky závislosti

Prvním znakem závislosti je silná touha, puzení užívat (craving). Tento pojem není tak nový, už v roce 1955 definovala komise WHO bažení jako touhu pocítit účinek psychoaktivní látky, se kterou má osoba již zkušenost. (Nešpor, 2007)

Dále Nešpor (2013) ve své publikaci definoval objektivní projevy, kdy osoba, která baží, má aktivované mozkové části, konkrétně dorsolaterální prefrontální kůru, limbický systém, amygdalu a mozeček.

Dále dochází k oslabení paměti, zhoršuje se postřeh, je zvýšená tepová frekvence, snižuje se galvanický odpor, osoba se potí, více sliní u závislosti na alkoholu. Dalším důležitým jevem, se kterým se můžeme setkat je somatický (tělesný) odvykací stav, který může přijít při nedávném vysazení či snižování množství látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání návykové látky. Pro alkohol je typickým odvykacím stavem bolest hlavy, pocení, vyšší krevní tlak, epileptické záchvaty, halucinace a nespavost. Pro opioidy je typické slzení, výtok z nosu, bolesti svalů, pocení, vysoký tlak, nevolnost a zvracení, silná touha užívat. Pro pervitin či jiné stimulantia je hlavně silná touha, nespavost či nadměrná spavost, nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu a neklid. Obecně jsou odvykací stavy pro osoby závislé na alkoholu velice životu ohrožující a opioidy, naopak stavy, které jsou neohrožující - například pro skupinu látek, jako jsou kanabioidy, stimulantia, halucinogeny, tabák a těkavé látky. Dalším důležitým znakem pro závislost, který je potřeba sledovat je růst tolerance. Lincová a Farghali (2007) definovali toleranci při užívání návykové látky jako snášenlivost, kdy se vyžaduje pro udržení účinku stále vyšší a vyšší dávka. Dochází ke snížení nebo chybění odpovědi na určitý podnět při jeho trvalém nebo opakovaném působení a je třeba zvyšovat dávku drogy. U stimulantů a halucinogenů se naopak tolerance v průběhu rozvoje závislosti se tolik nemění. Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů nebo pokračování užívání i přes důkaz škodlivosti jsou dalším znakem pro indikaci závislosti.

V časopisu *Zaostřeno na drogy* v kapitole *Dědičnost látkových závislostí* (2007) se uvádí, že každý mozek savce, takže i člověka, nese v sobě odměňovací systém, bez něho totiž bychom neměli možnost žít, je to substrát pro motivaci. Tento systém byl objeven Jamesem Oldsem a Peterem Millerem na začátku 50. let dvacátého století. Objevíli ho při výzkumu vlivu elektrické stimulace mozku, jeho určitých částí, na učení. Vlivem chyby při tomto experimentu se elektroda dostala do hypotalamu, který se nachází ve spodní části mozku, jeho funkce je podílení se na regulaci mnoha životních a metabolických funkcí. Experiment poté vedl k sestrojení klíčky s páčkou, kdy pokusný potkan měl možnost si elektrodu, která byla zavedena do jeho mozku, aktivovat. Jsou pak tedy případy, kdy zvíře je schopno páčku stiskávat až dojde k jeho vysílení a následně smrti. Tento experiment proběhl u mnoha zvířat, a přišlo se na další mozková centra, která odpovídají za averzivní odezvu (tzn. negativní reakce organismu na podnět – nejčastěji bolestivý či nepříjemný).

Stimulací centra slasti cítíme blaženost, štěstí, stimulace averzivních center provokuje úzkost, citění nebezpečí, izolaci a pocit opuštěnosti. Systém odměny v mozku se tedy skládá jak z center slasti, tak center averzivních.

Stimulací systému odměn v mozku vyplavuje hormon, jako je dopamin a serotonin, a látky, které mají závislostní potenciál a zvyšují jejich koncentraci. U lidí se tedy setkáváme s různými poruchami tohoto systému, jako je anorexie, bulimie, poruchy sexuálního určení, agresivita, závislost na alkoholu a jiných návykových látkách, patologické hráčství, aj.

Závislost je řazena mezi multifaktoriální chronická onemocnění CNS, která relabují. Takže je tedy zřejmé, že vrozené i modulované nastavení CNS a jejich mechanismy hrají klíčovou roli v drogové závislosti. (Šustková, 2015) Lékař G. Maté (2020) hovoří ale o tom, že závislost rozhodně dědičná není, ale je to jen následek prožitého traumatu a nevytvoření citové vazby v dětství. Šustková (2015) je ale přesvědčena, že závislost, konkrétně na alkoholu, je geneticky daná, asi z padesáti procent. U nelegálních látek je pravděpodobnost asi poloviční. Dále Šustková ve stejné literatuře uvádí, že chronické užívání alkoholu, stimulancií, opioidů a jiných látek způsobuje progresivní změny mozku a chování osoby. Opakované užívání vede k jinému nastavení mozkových struktur až rozvratu, což se projeví zvýšenou motivací významnosti drogy na úkor přirozených podnětů. Ona pak tedy, na rozdíl od Matého, rozdělila faktory pro rozvoj závislosti na vnější faktory (různé typy stresu) a individuální faktory genetika, nezralost organismu – kdy v rané adolescenci dochází k zvětšování objemu šedé hmoty mozku a když v takové vývojové fázi, která je velice citlivá k vnějším zásahům, se potká s návykovou látkou a chováním, které k tomu patří – vyhledávání, vzrušení, riskování, touha po nových zážitcích, může to mít jen za následek zástavy vývoje mozku a mohou se zde objevovat první poruchy psychiatrického původu. Také hovoří o ženském pohlaví, které jsou k toxicitě drog citlivější, dále i onemocnění samotná o sobě, např. ADHD, deprese, atp.

3.2 Návykové látky

Dle trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. České republiky se „návykovou látkou rozumí alkohol, omamné látky, psychotropní látky a ostatní látky způsobilé nepříznivě ovlivnit psychiku člověka nebo jeho ovládací nebo rozpoznávací schopnosti nebo sociální chování“. Jejich seznam je definovaný zákonem č. 167/1998 Sbírky o návykových látkách.

Dle Zábranského (2003) v kapitole o drogové epidemiologii definuje pojem návyková látka neboli droga, se vyvíjel historicky.

Toto slovo pochází z francouzštiny a znamenalo sušené nebo jinak konzervované orgány různých rostlin či živočichů, které sloužili jako léčivum. V anglicky mluvících zemích se význam slova „drug“ podrželo i v běžné řeči dodnes. Dále Záborský bere v úvahu i WHO, kde dle ní byla drogou jakákoliv látka, která je vpravena do živého organismu a může změnit jednu nebo více jeho funkcí.

Zatímco i jiné zdroje uváděly definici, že droga je látka, ať už přírodní nebo syntetická, a splňuje požadavky psychotropního účinku (mění prožívání reality, vnitřního naladění a psychiku) a vyvolává závislost, má tedy závislostní potenciál. Ten může být větší, menší, ale je přítomen vždy. Návykové látky často děleny na zákonné a nezákonné, ale nejčastěji se dočteme o rozdělení dle vzniku – přírodní, semisyntetické a syntetické, dle typu působení a složení – tlumivé, stimulancia a halucinogeny, a jako poslední jak moc jsou společensky nebezpečné a jaké mají následky. Mezi přírodní často zařazujeme marihuanu, hašiš, jeho olej. Dále opium, koka, lysohlávky, některé kaktusy, durman. Semisyntetické jsou např. mofrin, herosin, kokain a syntetické jsou amfetaminy a deriváty (pervitin), extáze (MDMA, MDEA,...), rozpouštědla, anebo tzv. designerské drogy, to jsou deriváty známého účinku, ale cílem výroby je zachovat jejich účinek, ale vyrobit nezakázanou látku. Mezi ty tlumivé pak patříme opiátové látky, tj. buprenorfin, benzodiazepiny, anxiolytika a hypnotika. Dle typu působení – tlumivé (např. opiáty), stimulancia (např. pervitin) a halucinogeny (marihuana nebo hašiš). A dle nebezpečnosti se dělí drogy na zdravotní nebezpečnost, kriminogenní a ekonomická rizika, která plynou z užívání. Průzkumná část práce prezentuje dvě případové studie, v nichž jsou klíčové návykové látky pervitin, alkohol, proto jsou podrobněji popsány v následující podkapitole.

3.2.1 Alkohol

Latinsky etylalkohol či etanol vzniká kvašením cukrů. Již od starověku můžeme sledovat problémy s jeho nadužíváním. Stejně jako nikotin patří do skupiny legálních drog. Jeho účinek je v mozku zprostředkovan neurotransmitterových systémů – dopaminerní, noradrenergických, GABAergních a opioidních. Alkohol je látka, která má velký toxický a neurotoxický účinek na orgány. Nejčastěji se užívá per os – ústně. Velice dobře se vstřebává skrz biologické membrány, trávicí trakt a poté prochází hematoencefalickou bariérou do mozku. Maximální alkoholemie bývá po 30 – 90 minutách a odbourává se rychlostí 0,12 – 0,2 ‰ za hodinu. Alkohol rychleji odbourávají v těle muži. Na alkoholu vzniká jak psychická tak fyzická závislost. (Kalina, 2015)

Dále Kalina (2015) rozdělil účinky alkoholu do dvou skupin, na krátkodobé a dlouhodobé. Mezi krátkodobé příznaky intoxikace řadíme zhoršenou rovnováhu, nižší svalové napětí, zpomalení reakcí, nevolnost a zvracení. Dále můžeme pozorovat agresivitu, sebekritičnost, ztráta zábrán a tím tedy i sklony riskovat a následné úrazy. Těžké opilosti pak doprovází porucha vědomí, které může samozřejmě vyústit až v smrt.

Dlouhodobá konzumace alkoholu významně ovlivňuje nejen gastrointestinální trakt, ale i další orgánové soustavy. V oblasti trávicího ústrojí může alkohol vyvolat závažné poruchy, jako jsou poruchy trávení, průjmy, gastritidy, jícnové varixy a cirhózy jater. Nadměrné užívání alkoholu je rovněž spojeno s vyšším rizikem vzniku nádorových onemocnění v různých tělesných orgánech. Zvláštní pozornost si zasluhuje problematika malnutrice, kdy při chronickém abúzu alkoholu dochází k významnému deficitu vitaminů, především vitaminů skupiny B a to B1, B2, B9. Tento deficit má negativní vliv na celkový zdravotní stav jedince a může přispívat k rozvoji dalších komplikací. Dlouhodobé užívání alkoholu rovněž ovlivňuje psychiku, kdy se často objevují poruchy spánku, úzkostně-depresivní stavy, a v některých případech také psychotické poruchy. Tyto psychotické stavy, způsobené poškozením mozkové tkáně, jsou doprovázeny halucinacemi, paranoidními bludy, změnami v afektivním prožívání a zhoršením kognitivních funkcí. Navíc může vzniknout Korsakovův amnestický syndrom, který je charakteristický narušením krátkodobé paměti. Pacient v tomto stavu vyplňuje paměťové mezery konfabulacemi, a pokud není stav adekvátně léčen, může vyústit až v demenci. Dle studie Rehm et. al (2019) je nadměrné užívání alkoholu spojeno se změnami mozkových struktur, a je zvýšené riziko se vznikem kognitivních poruch a demencí.

3.2.2 Opioidy a opiáty

Kalina (2015) ve své knize charakterizoval tuto skupinu látek jako tlumivé. Rozdíl mezi opioidem a opiátem je pouze v původu a složení. Opiát je přírodní, řadíme se například morfin, kodein (makovice). Opioid je původně syntetický nebo polosyntetický, sem patří například heorin, oxykodon, fentanyl či metadon. Závislost na této skupině látek je většinou na heroinu, který způsobuje rozsáhlé zdravotní a sociální problémy. V Evropě hrozí uživatelům heroinu riziko úmrtí až třicetkrát vyšší než neuživatelům návykových látek ve stejné věkové skupině. Je to hlavně z důvodu užívání převážně injekčně a je zde velké riziko přenosu onemocnění HIV či žloutenky. NIDA (2011) uvádí, že pokud osoba heroin užívá opakovaně, může měnit fyzickou strukturu a fyziologii mozku a vytváří nerovnováhy v hormonálním systému, které nelze navrátit.

Studie prokázaly, že určité mozkové struktury, konkrétněji bílou mozkovou hmotu můžou ovlivnit rozhodovací schopnosti jedince, schopnost regulovat své chování a reagovat na stresové situace. Heroin je typický pro svůj rychlý vzrůst tolerance k této látce, tělo se tedy rychle adaptuje a rychle se objevují abstinenci příznaky.

Současná léčba závislosti na opiátech se zaměřuje na nahrazení neznámých a nečistých opiátů farmakologicky definovanými opioidy, které jsou podávány pod lékařským dohledem. Tato léčba může být dlouhodobá (substituční) nebo krátkodobá (detoxikace), kdy se dávka postupně snižuje až do úplného vysazení. Cílem substituční léčby není nutně úplná abstinence, ale spíše snížení škod způsobených závislostí. To zahrnuje snížení kriminality, zlepšení psychosociálního fungování a snížení zdravotních rizik, jako jsou hepatitidy, abscesy, předávkování a poškození plodu. (Švarc, 2008) Dále ve svém příspěvku hovoří o prvním zástupci, který se nazývá metadon. Byl vyvinut vědci za 1. světové války v Německu. Na počtu A. Hitlerovi byl metadon pojmenován Adolphine nebo Dolophine. Býval to nejčastěji používaná substitute, kdy jeho účinek trvá přes 24 hodin, u heroinu pouze 4-6 hodin. Je výhodnější v tom, že nezpůsobuje poškození orgánů. Klasická charakteristika této skupiny látek je sedavý účinek, ten ale u metadonu nenajdeme, taktéž i abstinenci příznaky u této látky jsou mírnější. Jako substituční látka se podává metadon v metadonových centrech, každý den, ve formě sirupu, který klient musí vypít před zdravotníkem a prokázat, že sirup opravdu spolkl.

3.2.3 Psychomotorická stimulancia

Psychostimulancia způsobují povzbuzení, zvyšují výkon. Vyšší dávky, které jsou užitě jednorázově, mohou mít až halucinogenní efekt. Mechanismus užívání stimulancií spočívá ve zvýšení hladiny biogenních aminů – dopaminu, noradrenalinu, popř. i serotoninu. Nejčastěji užívané látky této skupiny je metamfetamin, amfetamin, MDMA a kokain. U nás je nejčastěji užívaný metamfetamin neboli pervitin. Při krátkodobé intoxikaci dochází k pocení, přetížení krevního oběhu, rizika selhání srdce. Dochází tzv. k dojezdu, kdy po vysoké zátěži a následném vyčerpání dojde k nepříjemným pocitům a stavům útlumu. Pro pervitin je typická tzv. vykroucené pohyby celým tělem, čelistmi. Může docházet k pocitům pronásledování a ohrožení – stíhy. Ale také „záseky“ mnohdy nad činností a přítomnost nadměrné koncentrace. Obecně je zrychlená motorika a myšlení. Z dlouhodobého hlediska dochází k hubnutí, halucinacím – sluchové a bludy a to paranoidně – perzekučního charakteru neboli toxická psychóza. (Kalina, 2015)

4 Definice a význam multidisciplinárního týmu

Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytových službách popsali v časopisu, který se jmenuje Fórum sociální práce (2017), který se věnuje představení principů fungování multidisciplinárního týmu, dále jen MDT. Autorka vychází ze zkušenosti domova pro seniory Sude Ryder v Praze, kde MTD prošel transformací z lineární struktury organizace na funkční i maticovou strukturu. Hlavními klíčovými kroky tedy bylo zaměření na funkční organizační strukturu, kdy využitím její specializace pomohla využívat energii k dosažení cíle, který je zaměřený na péči o člověka. Transformace MDT odhalila nedostatky v kompetencích, zejména v komunikaci, týmové práci a reflexi. Popsala potřebu investice do rozvoje těchto dovedností prostřednictvím strukturovaných programů. Dále je nutné řešit překážky, jako je nerovnost postavení a odměňování profesí a rozdělení péče sociální a zdravotní.

Prvním hlavním principem je *proaktivita*, kdy jednotlivci sami aktivně vyhledávají a řeší problémy bez pokynu od někoho jiného, iniciují setkávání a při potřebě řešení, tak vyjadřují své potřeby a návrhy na poradách. V textu je zdůrazněné, že členové MDT byli překvapeni, že ostatní očekávají, že problémy budou řešeny automaticky, nebo že někdo jiný svolá setkání. Je důležité tedy tým ujistovat, že jejich iniciativa je vítaná a dokonce žádoucí. Tím se podporuje kultura a každý člen cítí odpovědnost a využije vlastní kompetence k tomu, aby k řešení přispěl. Druhým principem je *věcnost*. Kdy jsou důležité návodné otázky: Co se děje? Jak se věc projevuje? Být konkrétní, při popisu odpovídat otázkami kdo, kdy, kolik a kolikrát. Úspěšnost v tomto principu je sdílené porozumění odpovědi na otázku, co se děje, případně co se děje jinak, než by mělo. Aby byla odpověď efektivní, mít dovednost vyjadřování myšlenek, emocí, popsání dění. Je zde důležité být věcný, konkrétní, nezobecňovat a nehodnotit. Třetím principem je *dialog*. Jejich význam vychází z uznání a pochopení, že se můžeme mýlit či zastávat jednostranné stanovisko a může zde pomoci setkání s názorem druhých. Posledním principem je efektivita. Součástí tohoto principu je se dobrat toho, zda máme všechny informace, znalosti a dovednosti odpovídající řešenému tématu. (Hrdá a Lejsal, 2017)

Spoluautorka výše uvedeného článku Karolína Hrdá (2018) vysvětluje, že sousloví multidisciplinární tým se často využívá, když se hovoří o kvalitním poskytování péče. Můžeme se setkat s pojmy multidisciplinární, interdisciplinární a transdisciplinární.

Dále vymezila definice týmu:

1. skupina osob, které spolupracují na stejném cíli,
2. za vypracování cílů nesou zodpovědnost,
3. mají vlastní dynamiku,
4. mají navázané vztahy, jsou na sobě závislí,
5. jsou jasně vymezené role (nemusí být pouze role jedna),
6. každý cíl by měl přispívat k naplnění vizí v organizaci,
7. má své zvyklosti, normy a řídí se pravidly,
8. má jasný systém v předávání informací – porady, dokumentace.

4.1 Role pracovníků v DZR

Tato kapitola se zaměřuje na charakteristiku pracovníků v DZR. Popisuje jejich role, odpovědnosti a specifické kompetence, které jsou nezbytné pro poskytování kvalitní péče. Adiktolog a jeho popis práce je zaznamenán v kapitole 1.

4.1.1 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník dle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. „*vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“

Růžička a kol. (2014) ve své literatuře uvádí, že sociální pracovník je velice nezastupitelný v procesu začleňování se klientů se závislostí, kvůli jejich častým sociálním a právním situacím. Je tedy důležité, aby sociální pracovník podpořil klienta v brzkém řešení, než se klient sám osamostatní. Práce by měla být podpůrná, aby klient své problémy řešil co nejvíce samostatně. Zde se práce sociálního pracovníka tedy uplatňuje v oblastech léčby a resocializace, harm reduction – snižování škod. Růžička dále vysvětluje pojem resocializace a socializace.

Náplň sociálního pracovníka v pobytových službách je první kontakt se zájemcem o službu, provádí sociální šetření, projednává žádosti o přijetí nebo zamítnutí žádosti (s vedením, případně s vedením zdravotního úseku). Při přijetí klienta sepisuje Smlouvu o poskytování

sociální služby, seznamuje klienta či jeho zástupce s chodem domova. Poskytuje podporu při žádost o dávky (PnP, sociální podpora, příspěvek na mobilitu). Dále se zabývá finanční situací klienta, jako jsou platby za službu, atd. Dále vytváří individuální plán péče, poskytuje klientovi poradenství, podporuje ho při kontaktu s rodinou. Jmenuje klíčového pracovníka klientovi, pokud jim není on sám. Pomáhá zprostředkování zdravotní péče. Pokud klient přechází do jiné služby, i v tomto případě se pracovník podílí na co nejhladším přechodu včetně vyřízení potřebné administrativy. V případě úmrtí klienta ve službě pracovník má na starosti záležitosti s ukončením pobytu, vyúčtováním služby, kontaktuje notáře a vyřizuje pozůstalost. Pokud je vedoucím pracovníkem, organizuje práci svých podřízených, vede s nimi porady, motivuje a hodnotí, zjišťuje jejich potřeby a vzdělávání. Může i koordinovat činnosti dobrovolníků.

4.1.2 Všeobecná zdravotní sestra

Roli všeobecné sestry v sociálních službách lze vnímat jako specifickou a odlišnou od role sestry ve zdravotnictví. Zatímco zdravotní sestry se primárně zaměřují na lékařskou péči a léčbu nemocí, všeobecné sestry v sociálních službách poskytují komplexní podporu, která zahrnuje jak zdravotní, tak sociální aspekty péče. Primárně se řídí zákonem č. 96/2004 Sb. a vyhláškou č. 55/2011 Sb. Dle vyhlášky pracuje zdravotnický pracovník bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy. Dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví, provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů, pracuje s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb. Poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa nebo klinického logopeda. Podílí se na přípravě standardů, motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe, podílí se na zajištění zapracování nově nastupujících zdravotnických pracovníků.

Ve zdravotnictví se spíše sestry zaměřují na poskytování akutní péče, asistenci při výkonech, poskytování první pomoci v sociálních službách je péče zaměřena na dlouhodobou podporu. Zajišťují psychickou pohodu a podporují klienty v co největší soběstačnosti. I jejich pracovní tempo, stres je mnohem vyšší ve zdravotnictví, musí být připravené na náročné situace a umět se rychle rozhodovat.

V sociálních službách je práce méně hektická, ale vyžaduje velkou míru empatie a trpělivost. Setkávají se s klienty, kteří mohou mít různé psychické, fyzické a sociální potřeby. (WHO, 2019)

4.1.3 Pracovník v sociálních službách

Označení "pracovník v sociálních službách" zahrnuje širokou škálu zaměstnanců, kteří pracují v této oblasti. Patří sem sociální pracovníci, pedagogové, psychologové, pečovatelé, manažeři, řidiči, ekonomové a zdravotní sestry. Tito všichni společně vytvářejí prostředí a atmosféru sociálních služeb a přicházejí do kontaktu s klienty. (Havrdová a Zamykalová, 2001)

Pracovníci v sociálních službách se řídí stejným zákonem jako sociální pracovníci, a to č. 108/2006 Sb. § 116, kde je uvedeno, kdo je ten, co tuto práci vykonává. Pro toto zařízení nejčastěji vykonávají péče o osoby, provádí nácviky jednoduchých denních činností, pomáhají při vykonání hygieny, rozvíjí pracovní návyky, manuální zručnost, provádějí volnočasové aktivity, rozvíjejí osobnost, zájmy a znalosti. Poskytují pomoc při sociálních a společenských kontaktech, psychické aktivizaci, zabezpečují pečovatelské činnosti a provádí osobní asistenci v oblasti uplatnění práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

5 Duální diagnóza

Duální porucha či diagnóza je souběžný výskyt poruch, které vznikly užíváním NL a dalších poruch psychiatrického rázu. Je tedy potřeba mít na paměti, že se tyto dvě onemocnění ovlivňují navzájem a mohou se i časem měnit. (Český adiktologický institut, 2024)

5.1 Charakteristika osob s duální diagnózou

Klienti s takovým onemocněním mají horší prognózu, často relapsují (tzn. znovu užijí NL v abstinenci), jsou často hospitalizováni, nemají stabilní bydlení, hůře sociálně fungují a mají spoustu neuspokojených sociálních potřeb. Mají častou kriminální anamnézu, hůře se jim dodržuje užívání předepsané medikaci a nižší adherence k této léčbě. Tím může nastat dekompenzovaný stav, který často tyto osoby řeší sebevraždou. (Český adiktologický institut, 2024)

Taková diagnóza může vzniknout ve třech případech. První skupinou jsou osoby s preexistující psychickou poruchou, která mohla, nemusela v minulosti být diagnostikována. Užívání návykové látky v tomto případě vedlo k modelu samoléčení, sebemedikaci, kdy může látka přinést dočasnou úlevu. Osoby, které často sebemedikují pomocí drog, mohou nést v sobě trauma z dětství, někdy i označováno jako PTSD, která je časově náročná na léčbu. MDMA, extáze jsou většinou nejvíce užívané látky při této nemoci. Druhou skupinou je opačná situace, kdy dlouhodobá a intenzivní závislost může duševní poruchu způsobit. U poslední skupiny se předpokládá, že duševní porucha a závislost na droze jsou vyjádřením jedné z příčin, například u poruchy osobnosti nebo stresové poruchy, která vznikla traumatizací v dětství. (Kalina, 2015)

5.2 Doporučené klinické postupy s cílovou skupinou

V době od roku 2022 do 2024 byl v řešení projekt, který se nazývá Doporučené klinické postupy v adiktologii pro specifické cílové skupiny a jejich oblasti, a vysvětluje další hlediska metod práce v adiktologii. Jednou ze specifických skupin jsou osoby s duální diagnózou, o které tato diplomová práce pojednává. Na tvorbě projektu se podílel český adiktologický institut – řešeršisté, metodologové, metodici, experti a respondenti. Projekt byl vytvořen pod taktovkou Úřadu vlády České republiky a byl financován státní podporou Technologické agentury ČR, v rámci programu BETA2.

Duševní poruchy, které mají častý výskyt se závislostí na návykové látce mj. jsou i poruchy aktivity, pozornosti, poruchy příjmu potravy, neurotické stavy, fobické stavy, afektivní poruchy, ale také schizofrenie a deprese a s ní spojené komplikace, kterým se věnuji v rámci případových studií v průzkumné části této diplomové práce.

Výše uvedený projekt sděluje o doporučených postupech, jak s tímto onemocněním v rámci poskytování péče nakládat, a vysvětluje, jak například při depresivních poruchách nebo schizofrenii. Péče o klienty by měla být komplexní, kdy musíme dbát na tzv. psycho – bio – socio model, který pojednává o tom, že mají osoby s duální diagnózou řadu zdravotních, sociálních obtíží, které se musí řešit současně s jeho závislostí na NL. Péče by měla být dle jeho potřeby, tudíž se správně musí vyhodnotit jeho stav a nastavit vhodné intervence odpovídající závažnosti. Péče by měla být kontinuální, to znamená, že by se klient neměl často vyskytovat v tzv. „špatných dveřích“, které jim poskytují nulovou podporu a ocitají se tím v prostoru mezi službami.

Schizofrenie a současné užívání návykových látek uvádí, že přispívá k rychlejšímu stárnutí organismu, zvýšeným zdravotním komplikacím, špatnému fyzickému zdraví, ke kognitivním poruchám, k sociálním problémům v oblasti zaměstnání a k nestabilním sociálním vztahům. Dlouhodobé užívání návykových látek při takto těžkém onemocnění může snížit adherenci k antipsychotické medikaci. Tyto osoby mají mnohem větší pravděpodobnost užívání alkoholu, konopí a rekreačních NL (tzv. užití pro uvolnění v osobním volnu, při zábavě...).

Depresivní poruchy se mohou objevit během odvykání od NL a odeznít při abstinenci, mohou ale také přetrvávat dlouho po ukončení užívání NL. Klienti by měli být tedy často monitorováni a dotazováni, zda mají myšlenky na sebevraždu. Osoby s těžší poruchou pak mohou mít sluchové či vizuální halucinace. Většina ale depresí nevykazují příznaky psychotické, i když je stav vážný. (Český adiktologický institut, 2024)

PRŮZKUMNÁ ČÁST

6 METODIKA

Tato diplomová práce je kvalitativní pragmatickou případovou studií, nabízí základní rámec záchytu a dokumentaci průběhu terapie tak, jak probíhá v běžné praxi. Vede k reflektování konceptu teoretického a podchycení počátku a průběhu upravovaného případu, terapeutických intervencí a zhodnocení efektu. (Psychoterapie, 2019) Výzkum bude postaven na kvalitativním designu, který zahrnuje – analýzu dokumentace, polostrukturované rozhovory a expertní diskuze s prvky focus group. Cílem je popsat zapojení adiktologa a jeho role v multidisciplinárním týmu (viz tab. č. 1) domova se zvláštním režimem, dále DZR, a popsat jeho přínosy, ale také limity. Do tohoto výzkumu přinese adiktolog vlastní subjektivní náhled a porozumění situaci. Výzkumnou otázkou tedy je:

Jaké přínosy a limity má role adiktologa v multidisciplinárním přístupu při poskytování služby osobám s duální diagnózou v DZR?

Molnár et al. (2012) popisují kvalitativní výzkum jako proces vytváření nových hypotéz, porozumění a teorií. Tento výzkum je založen na indukci a procesu hledání. Na začátku probíhá pozorování a sběr dat, následně se hledají pravidelnosti a významy v těchto datech, což vede k formulaci předběžných závěrů a hypotéz. Výzkum se zaměřuje na hluboké a intenzivní zkoumání prostředí nebo situace jednotlivců či skupin, s cílem pochopit, jak lidé v daném prostředí vnímají a organizují své aktivity. (Hendl, 2005)

6.1 Sběr a zdroje dat

Jak je výše uvedeno, mezi hlavní metodu sběr dat jsem zvolila polostrukturované rozhovory a focus group. Metoda, jako je polostrukturovaný rozhovor, je velice flexibilní a respondent může volně mluvit o tématu, reflektovat své myšlenky a zároveň výzkumník může sledovat to, co se z rozhovoru vyvíjí, a může rozhovor vést tak, aby se neodchýlil od původní otázky či tématu vůbec. (Řiháček et al., 2013) Focus group, která dle Miovského (2006) může být jedna z neprogresivnějších kvalitativních metod pro získání dat od lidí, kteří mají stejné charakteristiky, zájmy, postoje nebo přesvědčení. Může být využita jako hlavní metoda, ale této výzkumné práci bude ale pouze doplňkovou. Zvolila jsem polostrukturovanou formu, stanovila jsem předem otázky, které mi kolegyně zodpoví a to tzv. expertní diskuze. Otázky mají jasné pořadí.

Kromě rozhovorů a diskuzí jsem čerpala z konkrétních dokumentů DZR, kterými jsou osobní dokumentace klientů (soudní rozsudky, IP klientů, adiktologická dokumentace – do nich mj. patří i kazuistiky, které byly s adiktologem vytvořeny).

V úvodní fázi expertní diskuze bylo představeno téma výzkumu všem kolegyním – vrchní sestra – Z1, dvě sociální pracovnice – S1, vedoucí oddělení klienta AB a S2, která je vedoucí oddělení případové studie CD. Všechny respondentky souhlasily se zařazením jejich sdělení do toho výzkumu. Doba trvání rozhovoru byla přibližně 45 min. Diskuze poté byla přepsána do wordového dokumentu, ze kterého byly přepsány důležité poznámky do této diplomové práce. Adiktolog (A1) byl v roli moderátora, který kladl otázky, sledoval a udržoval konverzaci ostatních kolegyň.

Pro vyhodnocení dat jsem zvolila metodu tematické analýzy. Touto metodou se zaměřujeme na identifikaci a zkoumání tematických vzorců či témat v daném souboru dat. Umožňuje nám interpretaci a analýzu obsahu textu a principem je soustředění se na opakující se motivy nebo významové vzory. Hlavní témata při těchto rozhovorech se držela dat, která jsou čerpána z kazuistik – dokumentace adiktologa. Jednalo se o náhled na klientovu situaci v jeho dětství, dospívání a období před nástupem do DZR. Pro uskutečnění všech rozhovorů jsem získala písemný souhlas zúčastněných klientů. Rozhovory jsem naplánovala v kanceláři sociální pracovnice, trvaly přibližně hodinu. Rozhovory jsem hned zaznamenávala do psané podoby do programu Word 2016 a následně přepsala do této diplomové práce. Pro větší komplexnost informací jsem oslovila adiktoložku, která zde pracovala před mým nástupem v roce 2023. S oběma klienty spolupracovala na začátku přijetí obou klientů z případových studií. S ní byl veden jako rozhovor s ostatními členky multidisciplinárního týmu a podlehл stejným pravidlům.

6.2 Analýza dat a zpracování práce

Tato práce využívá případovou studii neboli kazuistiku, která hlouběji studuje jeden nebo několik případů, ve kterých se vyskytl společný jev. U kvantitativního výzkumu se tedy jedná o získání relativně omezeného počtu dat od velkého množství jedinců, zatímco u případových studií jsou informace od případů, které jsou složitější a mají společný prvek bádání. (Hendl, 2005). Tyto případové studie se skládají z analýzy dvou vybraných klientů s duální diagnózou, které zahrnují informace o jejich minulosti (dětství, dospívání, přednástupní období), intervencích adiktologa a týmu.

Kromě kazuistik jsou data doplněna polostrukturovanými rozhovory s členy multidisciplinárního týmu, expertní diskuzí a analýzou výše zmíněné dokumentace, což umožňuje zachytit nejen individuální zkušenosti klientů, ale i percepci adiktologovy role z pohledu týmu.

Při analýze dat jsem postupovala podle jednotlivých fází tematické analýzy, které navrhl Braun a Clarke (2006). V první fázi je důležité si alespoň jednou přečíst získaná data a hledat skrytá nebo sémantická témata. Druhá fáze zahrnuje vytváření kódů z dat pomocí techniky otevřeného kódování. Při kódování se odpovědi rozdělí na významové jednotky, které dostanou určité názvy. Volba jednotky není striktně daná – může to být slovo, věta nebo odstavec. Cílem otevřeného kódování je zachytit co nejvíce konkrétních informací s co nejmenším počtem označení. Počáteční kódování má za úkol orientovat se v informacích a pojmenovat je. V dalším kroku se kódy slučují do obecnějších kategorií, aby se vytvořilo vhodné prostředí pro hledání vzájemných vztahů mezi nimi (Mišovič, 2019). Ve třetí fázi byly vytvořené kódy rozděleny do širších, obecnějších témat. V této fázi začíná analýza kódů a zvažování, jak se mohou různé kódy kombinovat. V další fázi dochází k posuzování a přehodnocování obecnějších témat a kategorií. Snažila jsem se témata vystihnout co nejpresněji a stručně, aby jasně odrážela obsah, který skrývají. Údaje v tématech by měly být smysluplně propojeny, přičemž mezi jednotlivými tématy by měly být jasné a identifikovatelné rozdíly. V páté fázi identifikujeme podstatu každého tématu a určujeme, jaký aspekt dat každé téma obsahuje, což znamená, že zjišťujeme, co je na každém tématu zajímavé a proč. Poslední fáze zahrnuje výběr působivých úryvků z rozhovoru, jejich analýzu, vypracování zpětné vazby vzhledem k výzkumné otázce a vypracování odborné zprávy o analýze. (Braun a Clarke, 2006)

6.3 Charakteristika vybraného DZR a multidisciplinárního týmu

Zařízení poskytuje pobytové sociální služby osobám závislým převážně na alkoholu, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci a potřebují každodenní podporu zvláštního režimu. Cílem je pomoci klientům zachovat, získat a udržet návyky, schopnosti a dovednosti, aby se mohli co nejvíce přiblížit běžnému způsobu života. Podpora je přizpůsobena individuálním potřebám klientů a zahrnuje také zdravotní a ošetrovatelskou péči, s důrazem na neustálé zvyšování kvality poskytovaných služeb.

Domov se zaměřuje na osoby starší 35 let z Královéhradeckého kraje, které trpí alkoholovou závislostí a jejich soběstačnost je snížena.

Tito lidé se ocitli v nepříznivé sociální situaci a nejsou schopni ji řešit bez pomoci druhých. Služba podporuje klienty v zapojení do běžného života, vede je k aktivitě a odpovědnosti za sebe a pomáhá jim získávat dovednosti potřebné pro samostatný život. Zásady poskytování služby zahrnují individuální přístup, ochranu práv klientů, spolupráci s dalšími organizacemi a úctu k důstojnosti klientů.

V tomto zařízení je vytvořen vnitřní dokument, který se věnuje práci Adiktologa v multidisciplinárním týmu. Jeho cílem je poskytovat komplexní péči osobám závislým a to ve spolupráci s dalšími odborníky v zařízení a mimo něj za pomoci ostatních kolegů. Při této práci adiktolog dbá na práva klientů, jeho soukromí a poskytuje pouze takové informace, které jsou nezbytné pro danou situaci. Komunikace je výhradně ústní, poté telefonická a elektronická.

S ostatními pracovníky se adiktolog stýká na poradách, tzv. sociálně – zdravotních, které probíhají za přítomnosti ředitelky organizace. Je zde přítomen celý tým, který je složen z vrchní sestry, sociální pracovnice a adiktolog. Z takové rady je vždy vyhotoven zápis.

Adiktolog se se sociálními pracovníky setkává v situacích, které vyžadují společné studování dostupné dokumentace při nástupu klienta, aby se posoudil zdravotní stav na základě jeho závislosti. Studují historii léčby a další relevantní informace, které mohou být důležité při následné spolupráci s nově přichozím klientem. Dále se setkávají v případě, kdy klient poruší vnitřní předpis, který se týká zvláštního režimu a sankčního systému v oblasti porušení bezalkoholového/drogového prostředí. Adiktolog může ostatním pracovníkům sdělit, že chce klient, po relapsech, svou závislost léčit. Adiktolog v tuto chvíli telefonicky či elektronicky zjistí volné kapacity potenciálních léčeb a předá informaci klientovi a sociálním pracovníkům, potažmo ředitelce organizace. V případě nástupu adiktolog zjistí, jak dlouhá bude hospitalizace pro důležitost návaznosti poskytování služby DZR. Adiktolog může jednat i s opatrovníky klientů, dle jejich potřeb a společně se podílejí na krocích klienta a možnostech návazné adiktologické péče či jiné podpůrné služby.

Spolupráce se zdravotním úsekem je na denní bázi. Hodnotí či konzultují zdravotní stavy a podílí se na řešení situací, kdy je klient ve viditelně zhoršeném či akutním psychickém stavu. Společně s vrchní sestrou připravují podklady pro plánovaný příjezd psychiatricky. Podklady se týkají zhodnocení zdravotního stavu klienta za uplynulou dobu, kdy ho lékařka neviděla. V případě, kdy se jedná o klienta v ochranné léčbě, adiktolog kontaktuje psychiatra a informuje se o potenciálním termínu nástupu (v tomto případě léčbu zařizuje psychiatr).

Tabulka 1 Členové multidisciplinárního týmu

Člen MT	Pracovní pozice
A1	Adiktoložka
A2	Adiktoložka, která v DZR pracovala do listopadu 2023
Z1	Všeobecná sestra na pozici vrchní sestry
S1	Sociální pracovnice oddělení klienta případové studie AB
S2	Sociální pracovnice oddělení klienta případové studie CD

7 Případové studie

Informace v další kapitole vycházejí ze sociální a zdravotnické dokumentace, která služba vede dle standardu Dokumentace o poskytování sociální služby typu domov se zvláštním režimem a dokumentace, která je vedena dle předpisu, který se věnuje vedení adiktologických spisů.

Nejprve je popsána osa klientů AB, CD – např. od narození po dospívání, a následně jsou zachyceny adiktologické důležité body, které mohly pro klienty představovat riziko pro vznik závislosti a jiného rizikového chování. K názoru adiktologa se připojí členky z expertní diskuze, jak vnímají situaci klienta v minulosti, která má samozřejmý vliv na současný klientův život. Při přijetí s nimi pracovala adiktologicky bývalá pracovnice, která s mým příchodem ze zařízení po pár měsících odešla. Pro celistvost informací jsem pracovnici oslovila. Informace podala za písemných souhlasů klientů případových studií. Časová osa sledování klientů v tomto zařízení, pro tuto diplomovou práci, je uplynulý rok od jejich přijetí do DZR.

Prvním kazuistickým klientem (AB) je muž, který trpí nediferencovanou schizofrenií, poruchou způsobenou více drogami – škodlivé použití. Druhým klientem (CD) je taktéž muž, který má poruchu způsobenou více drogami – syndrom závislosti, organickou poruchu nálady.

Pro zpracování případové studie bylo s ohledem na cíl práce a charakter služby, v níž byl výzkum realizován, zvoleno zachycení práce multidisciplinárního týmu s klienty, kteří splňovali tato kritéria, volba konkrétních klientů byla záměrná.

Kritéria:

- a) závislost na návykové látce,
- b) duální diagnóza,
- c) souhlas se zařazením do výzkumu,
- d) předpoklad pobytu nejméně jednoho roku.

7.1 Případová studie AB

7.1.1 AB dětství a první kontakt s NL

AB se narodil v r. 1977 do úplné rodiny a měl jednu sestru. Další informace o jeho raném dětství v dokumentaci nejsou zachyceny. AB matka trpí schizoafektivní poruchou a otec se ve výchově účastnil minimálně. V 7 letech AB nastoupil do ZŠ, ve 4. třídě byl však kvůli špatnému prospěchu přeložen do zvláštní školy, následně pak do dětského diagnostického ústavu. V době jeho školní docházky (v jeho 14 letech) dochází k rozpadu rodiny – otec AB rodinu opouští, vstupuje do nového vztahu a má s novou partnerkou dvě dcery. S těmi AB není v kontaktu, s vlastní sestrou ano. S otcem nikdy nenavázal vztah tak, jak by si přál. V 15 letech byl umístěn do dětského domova. Zde je v dokumentaci uváděna jeho první zkušenost s návykovými látkami. V dokumentaci adiktoložky je uvedeno: „*Nejdříve užíval pivo, poté zkoušel i jiné alkoholické nápoje. Užíval 5 piv denně. Po nějakém čase tento počet piv byl nedostačující a začal pít k pivu víno, až dva litry denně. Pak ale opět přešel na pivo a tvrdý alkohol, pouze např. jeden panák denně, ale další týden vypil půl vodky najednou. Místy užíval i marihuanu.*“

V anamnéze klienta AB zcela chybí informace o období od ukončení studia do věku 25 let (dle informací od klienta, neověřováno) začal pracovat, do té doby klient nedokázal uvést, zda práci měl. Živobytí klienta bylo pravděpodobně zajišťované z příjmů jeho matky. Klient dále zmiňuje zaměstnání v Hronově, kam nastoupil ve věku 30 let, nicméně z důvodu nemoci jej brzy opustil, další zaměstnání byla rovněž krátkodobá či příležitostná, a to do roku 2010.

7.1.1.1 Interpretace multidisciplinárního týmu

A1: V práci s tímto klientem se zaměřuji na klíčové faktory, které naznačují a vedou mě k tomu, proč závislost u klienta vznikla. Především je zde patrná genetická predispozice a nepříznivé životní události, jako je rozpad rodiny a nedostatek stabilních vztahů, které si přirozeně tvoříme ve školním prostředí a mimo něj. To mohlo vést k nestabilitě, stresu a neuspokojení potřeb, která by mu rodina měla dát. Z tohoto můžeme vyvodit, že AB začal s konzumací návykových látek velice brzy, kdy cílem bylo zmírnit psychické napětí. Můžeme mluvit o rané fázi vzniku závislosti, která měla vliv na nedostatečný vývoj orgánů, což může vést k dlouhodobým zdravotním následkům. Tyto faktory i potvrzují riziko, že je osoba závislostí více ohrožena.

Tím, že i AB neměl stabilní domov a zázemí, přirozeně si vyhledával kamarády, spolužáky, kteří žili stejnými způsoby. V neposlední řadě zde chybí spolupráce s odborníkem – v této době s psychologem či psychiatrem pro včasný záchyt a léčby onemocnění, které zde mohlo být v začátcích. Dále můžeme vidět, že závislost se může odrážet i v časté změně školy, kde si jedinec přirozeně hledá své kamarády, učí se přátelství udržovat a tím si i vytváří místo ve společnosti a pocit vlastní hodnoty.

S1: *„Napadá mě, že jednak z popisu situace okolo otce, ale i podle toho, když samotný AB hovoří o svém dětství, kdy se vždy vrací k traumatickým událostem, které zažil, byl jejich svědkem, že je tam u něho naprostá absence citové vazby vůči rodině, rodičům. Otec byl pravděpodobně součástí rodiny pouze formálně (pravděpodobně AB jako svému synovi vytvořil i nějaké dluhy), k matce, vzhledem k psychickému onemocnění si nedokázal vytvořit bezpečnou citovou vazbu. Když bych se chtěla blíže dobrat toho, co z dětství u něho hrálo roli v tom, jaký má další život, tak bych se ho ptala na věci jako – komu v dětství věřil, za kým rád chodil, u koho se cítil bezpečně, kdo další kromě rodičů byl pro něho důležitý, koho vnímal jako svůj vzor, co dělal a za kým šel, když mu bylo smutno?“*

Z1: *„Zde hraje role predispozice ze strany matky i možno otce, kdy má minimálně matka v anamnéze abúzus alkoholu, a to může mít vliv na vznik závislosti rizikového chování již takto v útlém věku. Nedostatek pozornosti rodiny v oblasti AB vzdělávání, může hrát roli v nulových pracovních návycích, které z domu neznal a vlastně nejspíš ani nepoznal, jak má správně rodina fungovat.“*

7.1.2 Rozvoj duševního onemocnění, první zkušenosti s ochrannou léčbou a omezení ve svéprávnosti

Když bylo AB třicet let, psal se rok 2007 a poprvé začaly léčit jeho hlavní psychiatrické onemocnění. Tomu předcházelo AB tvrzení, že se umí převtělovat v Ježíše a ohrožoval matku sekyrkou. Ale v roce 2024, kdy je práce zpracovávána, klient tuto situaci vysvětluje jinak: *„Bránil jsem matku před jejím přítelem, který ji fyzicky bil. Setnul jsem pouze skříň. Byl jsem v tuto chvíli pod vlivem drog“*. Ochranná léčba mu byla tehdy udělena lékařem v psychiatrické nemocnici, do které byl převezen po náročné situaci s matkou a sekyrou. Ochranná léčba mu byla nařízena ambulantní, zdravotní stav se kompenzoval. K lékaři docházel a ze spisu bylo zjištěno, že z ambulantní formy přechází AB do ústavní.

AB byl klientem zařízení v jeho kraji, které se věnovalo resocializaci, obnovení základních životních potřeb, návyků a schopností osob s chronickým onemocněním.

O rok později AB zde končila smlouva, protože se mu nedařilo plnit podmínky režimu a užíval alkohol i přes opakovaná upozornění. Odešel odtud do krajského města, kde byl nejspíš osobou bez domova. AB chování ale z hlediska odborného posouzení vyžadovalo alespoň dohled nad užíváním medikace, kdy při jejím vysazení hrozilo opětovné spáchání trestné činnosti na základě jeho psychiatrického onemocnění. V AB anamnéze a dostupné dokumentaci, kterou naše DRZ vlastní, nejsou bohužel dostupné vyjádření, jaká byla s AB nadále spolupráce v případech, kdy měl stále uloženou léčbu ambulantní a nejspíš byl osobou bez domova.

O dva roky později nabyla dalším usnesením okresního soudu změna ochranné léčby na ústavní a AB se musel se navrátit do Havlíčkova Brodu do PN, kde byl již na začátku léčby svého onemocnění. Zde již primář oddělení podal žádost k přezkumu AB omezení ve svéprávnosti z důvodu nedostatečné schopnosti řádně hájit svá práva a zájmy. A ještě toho roku bylo toto řízení zahájeno.

O dva roky později byla nařízena opět změna na ambulantní ochranné léčení v ordinaci psychiatricky, u které zůstal do dnešního dne. Změna byla na základě toho, že přešel do DZR, kde je doteď.

AB byl poprvé hospitalizován v roce 2006 a po skoro 15 letech později dokumentace ukazuje, že AB trpí nediferencovanou schizofrenií s prvky hebefrenie a paranoie. Je to dlouhodobě nepříznivý stav, kdy od začátku byl plně v invalidním důchodě, kdy poklesla jeho výdělečná činnost o 66% a o rok později je již pokles 80% a vzniká tedy invalidita třetího stupně. Třetí stupeň invalidity byl stanoven již dříve a datuje se k první hospitalizaci klienta v jeho necelých 30 letech. Na pobírání ID nevznikl nárok.

V roce 2023 byl AB omezen ve svéprávnosti v oblasti hospodaření, nesmí uzavírat smlouvy, nakládat s majetkem a to všechno do výše větší než 700 Kč. Toto omezení trvá další tři roky. Od měsíce července 2023 byl klientovi přiznán PnP, kde se odrazil jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Jeho stav byl posouzen tak, že klient není schopen zvládat pět základních životních potřeb posuzovaných podle § 9 Zákona o sociálních službách. Dle rozhodnutí ÚP Náchod ze dne 4. 10. 2023 je považován za osobu závislou na pomoci fyzické osoby ve II. stupni – středně těžká závislost.

Posudkovým lékařem OSSZ v Náchodě bylo s platností od 7. 7. 2023 stanoveno, že z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje žadatel pomoc v oblastech základních životních potřeb, a to: orientace, komunikace, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

7.1.2.1 Interpretace multidisciplinárního týmu

A1: Z adiktologického hlediska zde vidím, že kvalitní rodinné zázemí je pro dospívání jedince velice důležité. Klient častou změnou školního prostředí, tak jako toho pracovního, mohlo již být nějakým příznakem, kdy klient neměl šanci obstát v běžném pracovním procesu, kde se na zaměstnance kladou podmínky a určitá zodpovědnost. Zde by AB mohl s jistotou využívat podpůrnou síť, která by mu vyhledala práci, která by byla mnohem vyhovující. Kvůli špatné lokalitě jeho trvalého bydliště může být riziko v hledání takové podpůrné sítě.

Klient AB trpí závažnou duševní poruchou a závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách. Přestože byl v kontaktu s lékaři, chyběla mu specializovaná a velice individualizovaná adiktologická péče, která by byla zaměřena na jeho specifické potřeby. Důležitost vidím taktéž v zařazení do komplexního léčebného programu, který by zahrnoval psychiatrickou, adiktologickou péči.

Pokud má AB podprůměrné rozumové schopnosti, což může ovlivňovat jeho schopnost porozumět, může mu to znesnadňovat dodržování léčebných postupů a režimů. Je zde tedy vhodné přizpůsobení přístupu personálu a komunikaci dle jeho intelektuálním schopnostem. To může zahrnovat například časté vysvětlování, vizuální pomůcky, pravidelné kontroly porozumění. Vliv často měnící se ochranné léčby je taktéž důležité zmínit, protože se pro klienta v tu chvíli mění podmínky a je tedy důležité zhodnotit, která forma léčby je pro klienta nejvhodnější a tím i zajistit pro AB co nejvíce stabilní prostředí, kde by byl spokojený. Ze strany opatrovníka a rodiny, ze které mu zbyla pouze matka (umístěna v sociální službě) se sestrou, která bydlí nedaleko AB. Je tedy na místě v případě jeho zájmu, alespoň jeho sestru zapojovat do účinné podpory klienta a tím ho podpořit v abstinenci a životu v chráněném prostředí.

S1: K nejasnostem ohledně opuštění pobytové služby při uložené ústavní ochranné léčbě S1 uvedla: *„leckdy je to běh na dlouhou trať a pokud AB v zařízení porušoval podmínky služby, nebylo jiné východisko, dost možná taky pravděpodobně o tom ani ošetřující lékař nevěděl, záleží na komunikaci tehdejšího zařízení a předání informací soudu.“*

Zpět k jeho dětství. *„Během dětství AB nezískal kvůli chybějícímu a nefunkčnímu zázemí v rodině a osob blízkých běžné návyky, které mu pomohly k fungování ve společnosti, a proto způsob, kterým klient je navyklý se chovat, je vlastně spíše ověřenou taktikou přežití. Když bychom to vzali z pedagogického úhlu, nejúčinnější forma učení je nápodoba – tzn. to, co se naučíme během dětství, to, jaké má vzorce braní věci jako norma.“*

Musel se setkat s nefunkčností a musel si hledat vlastní cesty a jiné vzory. AB má schopnost se učit, má ohromně vyvinutý pozorovací talent a umí se přizpůsobit podmínkám do jisté míry. Kdybychom to měli vzít z pohledu adiktologického, tak model bio-psycho-socio je u něho naprosto vše vypovídající.“

Z1: „AB nemá povědomí o autoritách, nedokáže rozlišit, kdo je pro něho autorita, jak se má chovat, opět zmiňuji zažitá společenské normy.“

7.1.3 Přijetí AB do DZR

AB byl, dle platných postupů, přivítán sociální pracovníci v její kanceláři, kde klasicky dochází k podepsání Smlouvy o poskytování sociální služby, kde jsou uvedeny všechny náležitosti, to v jakém zařízení se nachází, jaký rozsah služby se mu dostane, výši úhrady pobytu, kde bude bydlet, podmínky stravování, výpovědní důvody a je seznámen s dodržováním zvláštního režimu, dle vnitřního předpisu s názvem Prvky zvláštního režimu, které se týkají udržení bezalkoholového a bezdrogového prostředí DZR. Dále jeho povinnost se podílet na Individuálním plánu. K Smlouvě je mu přidán taktéž Domácí řád. Sociální pracovnice s klientem projednala a vysvětlila jednotlivé části.

S AB byly provedeny za přítomnosti klíčového pracovníka Individuální plán (IP), jejímž možným cílem spolupráce jsou: Podpora v abstinenci, uchování a zlepšení zdravotního stavu, tvorba strukturovaného dne, hospodářského plánu a jeho dodržování a nalezení návazného bydlení. V oblasti podpory abstinence bude AB absolvovat individuální terapie s A2. Dále nastavené dechové zkoušky, a to třikrát týdně po dobu jednoho měsíce. V rámci uchování a zlepšení stavu budou klientovy nabízeny aktivity pro jeho aktivnější životní styl a snížení pocitu bažení po návykových látkách. Při hledání bydlení bude pro klienta důležité mít samostatné bydlení, které by mu vyhovovalo.

7.1.4 Realizace individuálního plánu po čas sledování klienta

Individuální plán, se přehodnocuje po dvou týdnech pobytu, poté již po šesti týdnech nebo dle potřeby. Dále mohou vznikat mimořádné plány, které se týkají klienta v případě náhlé změny v nepříznivé situaci klienta, a to bezodkladně.

Sociální pracovník společně s klientem připraví první IP zhruba do týdne. Tento plán je vytvořen na základě záznamu z jednání, uzavřené smlouvy a osobního rozhovoru s klientem. Pokud je to možné, do přípravy plánu se zapojí i klíčový pracovník, který bude s klientem na plánu dále pracovat a pravidelně ho přehodnocovat.

Na základě tohoto prvního IP se vytvářejí další plány, které se pravidelně přehodnocují. Kromě toho dochází k mimořádným přehodnocením, například když klient poruší pravidla Domácího řádu nebo užije návykovou látku. V takových případech jsou klientovi předány jeho povinnosti spojené s porušením a podepisuje dokument, který se týká porušení podmínek poskytování sociální služby. Plány zahrnují krátkodobé i dlouhodobé cíle a rizikové situace. (zdroj: Standard – Individuální plánování průběhu sociální služby domov se zvláštním režimem).

7.1.4.1 Realizace IP po čas sledování AB pobytu v DZR

V krátkodobých cílech je pro začátek umět se zorientovat v areálu budovy, konat službu ve prospěch oddělení dle schopností a pečovat o svou osobu, kdy se bude pravidelně za minimálního dohledu, koupat sám.

V dlouhodobých cílech je tedy podpora v abstinenci, kdy mu byly nastaveny individuální schůzky s bývalou kolegyní adiktoložkou. Dále uchování a zlepšení zdravotního stavu, kdy se s AB pracovalo na aktivním životě, zmírnění bažení po NL. Může jezdit na výlety, navštěvovat posilovnu, jezdit na kole sám. Může i využívat aktivizační pracovnice k různým činnostem. Dále tvoří si hospodářský plán, který obsahuje nakupování a hospodaření s penězi, kdy mu bude vykonávána finanční kontrola, která probíhá následovně – klient si nakoupí potraviny a na oddělení donese účtenku. Dva týdny budou PSS docházet s AB k asistentce depozit, kde si vyzvedne hotovost a odejde na nákup sám. To je základ pro další spolupráci při další tvorbě IP. Dále v dlouhodobých cílech je i hledání návazného bydlení, kdy AB chce žít sám.

Rizikové situace u AB mohou vzniknout klientovým neodhadnutím možných rizik. Sám do IP uvedl, že i přesto, že má zde trvalý pobyt, tak zde nikoho nezná a nemůže to mít tedy vliv na zvýšení rizika relapsu. AB přijímá v nadměrné míře tekutiny, čímž si kompenzuje bažení po alkoholu. To může mít i riziko epileptického záchvatu, klient bude o této situaci opakovaně edukován. Má zájem o práci tzv. načerno.

V následujícím odstavci je sepsáno přehodnocení prvního plánu ve zkušební době.

7.1.4.2. Individuální přehodnocení plánu krátkodobých a dlouhodobých cílů

Krátkodobé:

- a) Orientace po budově a areálu – AB plní částečně, nemá problém s orientací, ale zapomíná na oznámení PSS, že zařízení opouští, v případě, kdy jde pouze do města.

Nejsou mu tím tedy dělány dechové zkoušky, které má za povinnost dodržovat v případě, kdy ze zařízení odejde.

- b) Služba ve prospěch oddělení – stále připomínání, aby vykonal umytí nádobí, při činnosti vše hlasitě komentuje a odmlouvá.
- c) Péče o vlastní osobu – tento cíl AB zvládá dobře.

Dlouhodobé:

- a) Podpora v abstinenci – probíhá adiktologická podpora a bylo mu nabídnuta adiktologická podpora v rámci spolupráce s adiktoložkou.

7.1.5 AB začátky v DZR

AB nastoupil v půlce června. První měsíc se dařilo klientovi abstinovat, ale po prvním měsíci, dle dostupné dokumentace, bylo naměřeno za pomoci dechové zkoušky 0,11 promile. To není v souladu se Smlouvou o poskytování služby a prvky, které mají za povinnost klienti dodržovat. AB tímto dostal **první upozornění na porušení Prvků zvláštního režimu**, dle pravidel po prvním porušení: *„dechové zkoušky, možnost nehlášené kontroly osobních věcí AB pokoje, po dobu jednoho měsíce řízená finanční kontrola a dokládání pokladního dokladu a zbývající hotovost, dále strukturovaný harmonogram, služby ve prospěch oddělení a povinná účast na terapeutické skupině prevence relapsu nebo edukační skupině, obě jsou vedené adiktologem.“* V tuto dobu jsem jako adiktolog zde nepracovala, pohled adiktoložky, která s ním pracovala je zpracován v závěru interpretace multidisciplinárního týmu. S A2 spolupracoval téhož roku od června do listopadu.

Z dostupné elektronické dokumentace s klientem S1 hovořila s klientem a žádala ho o neporušování Domácího řádu a aby nevyžadoval cigarety od jiných klientů. O pár dní později znovu S1 s klientem hovořila o nedodržování režimového nastavení, nespolečnosti s pracovníky na oddělení. Slovně klienta opomenula, že by se neměl vracet do zařízení po 21. hodině, aniž by dal na oddělení zprávu, že takto déle přijede. Klient nereaguje na výzvy dodržování času snídání, úklidu na pokoji a jiné služby, které se ho týkají.

Na závěr klientovi sdělila, že pokud v případě nesnahy ze strany klienta nenalzáme společné cíle spolupráce a Smlouva mu nebude prodloužena. Klientova reakce není poznamenána. Klientovi byla Smlouva o poskytování služby za 3 měsíce prodloužena.

Za necelý měsíc, kdy klient dodržoval uvedená pravidla, byla nalezena za domem jeho oddělení, kde bývá, krabička s marihuanou v místě, kde se klient často pohybuje.

Vlastnictví nalezeného ale popřel. Z této skutečnosti žádné porušení nevyplývalo. Klientovi se pouze po tomto nálezu udělala prohlídka osobních věcí, kde se nic nenalezlo. Klientovi byl v kanceláři SP ukázán obsah krabičky, uvedl, že není jeho.

Téhož měsíce měl pozitivní dechovou zkoušku 0,14 ‰, dostal druhé upozornění na porušení Smlouvy o poskytování sociální služby, dle pravidel při **druhém porušení**. Po individuální dohodě byl s klientem podepsán dodatečný souhlas s tím, že nebude moct opouštět zařízení bez doprovodu personálu. O měsíc později toto omezení samostatného pohybu skončilo, abstinence se daří. Za dva měsíce téhož roku proběhla schůzka s novým opatrovníkem a dohoda na spolupráci na individuálním plánu AB. V brzkém začátku nového roku, po návratu z vycházky klientovi bylo naměřeno 0,08 ‰, měl pivo a malé množství rumu. Dostal **třetí upozornění** na porušování Smlouvy o poskytování sociální služby. Byl tedy opět seznámen s následky, které ho čekají za nedodržení bezalkoholového prostředí: *„intenzivní spolupráce s adiktologem, testování na přítomnost alkoholu dechovou zkouškou, řízená finanční kontrola, atp.“* Opět dle dokumentu Prvky zvláštního režimu. Tím, že AB do adiktologických aktivit již docházel, tak ve své spolupráci pokračovali v podpoře abstinence a opakované edukaci o vyhýbání se rizikovým situacím, a dalším vysvětlováním základních pojmů, co to závislost je, s čím se osoba se závislostí může potýkat, jak tyto situace řešit.

S novým rokem AB dostal **písemné porušení č. 4** a to z důvodu, že při docházení na hlavní budovu na sesternu AB narušuje klientskou pohodu na jiném oddělení, kde cíleně vyhledává klienty a vyžaduje od nich jejich cigarety. Z dokumentace o porušení tedy pro klienta vyplývá povinnost o tomto hovořit na individuálních schůzkách s adiktologem, omezení možnosti opuštění zařízení bez doprovodu a omezení samostatného pohybu mimo jeho oddělení, bez výjimky.

Klient byl po čas adaptačního procesu v zařízení přirozeně podporován rozhovory na oddělení pracovníky v přímé péči a vedoucí oddělení, která s ním dle běžné praxe vedla rozhovory i mimo udělování porušení na podmínky služby.

Z denních záznamů je známo, že sociální pracovnice tohoto oddělení s klientem vedla individuální rozhovory o porušení. Informovala ho o tom, co klientovi může z těchto porušení plynout.

7.1.5.1 Interpretace multidisciplinárního týmu

A1: Na začátku pobytu AB v zařízení jsem zde ještě nepracovala. Dojížděla externě pracovnice, která s AB pracovala s frekvencí jednou za týden.

S1: „Když se mu Smlouva prodlužovala, tak ty porušení byly jiné povahy, a za ten alkohol bylo 0, 1 %, tenkrát nebyla ještě stanovená tolerovaná naměřená hodnota. Teď je to 0, 21% a bojuji s tím, že to upozornění neměl dostat, nebylo to na místě.“

Z1: „Nedokáže domyslet své chování na základě svých činů, aby v zámku prosperoval a udržel se. Opět to souzní s mými předešlými názory, kdy není schopen se podřídít pravidlům, které doted' nemusel dodržovat.“

7.1.6 Závěr interpretace multidisciplinárního týmu případové studie CD

Časové osy klienta AB zachycují jeho životní trajektorie až po příchod do DZR. Naznačují dlouhodobou problematiku závislosti na alkoholu, která se částečně projevuje i při pobytu v DZR. Před příchodem do DZR lze předpokládat jeho sociální, rodinné a behaviorální obtíže spojené se závislostí, ale také zdravotní předpoklady klienta. Můžeme se domnívat, že závažné duševní onemocnění vzniklo vlivem užívání návykových látek. Například za podpory odborníků, kteří byli ale v bydlišti klienta velice omezené. Nynější jeho podpora je pro klienta z pohledu pracovníků prospěšná a potřebná. Je potřeba zmínit klientovo nenavrácení k původním vzorcům závislosti (např. celodenní užívání alkoholu) oproti nynějšímu stavu, kdy klient užije v naprosto rozdílném množství a nedochází k recidivě jako takové (pozn. adiktologa – úplné navrácení k závislosti jako před léčbou). Nyní se projednává opět změna na ústavní léčbu. Můžeme se domnívat, že to je krok zpět – kdy sám klient nyní uvádí: „v léčbě jsou drogy ještě víc, než tady“. Klient potřebuje speciální, individuální a trpělivý přístup, který mu léčba nabídnout nemůže. Nabídne mu ho naše zařízení, ale i přestože dochází k nevhodnému chování, které je popsáno výše v odstavcích – nesnadné dodržování režimu oddělení, relapsy, maximum, který klient zvládne. Toto tvrzení odkazuje i na jeho duševní stav a normy chování. Sociální pracovnice oddělení reflektuje klientovu situaci, kdy stále upozorňujeme na jeho chyby. Klient stále žije v přesvědčení, že další přechodná služba, která mu byla nedávno nabídnuta, ale jen za nějakých podmínek, stále platí. „Pro vyhodnocení AB, bych ráda podotkla, že i přes to, že stále mu všichni říkáme, co dělá špatně a že by tohle měl dělat lépe, tak nedále chodí s tím, že má jít do návazné služby, která mu byla v rámci prodloužení Smlouvy o poskytování služby slíbena, pokud ale bude dodržovat podmínky naší služby.“

Nedaří se sebereflexe, proč tato porušení dostává a bere toto ustanovení jako automatické. Snaží se na to tlačit. I přesto, že klient není primárně klientem pro službu DZR, byla klientovi Smlouva o poskytování služby prodloužena.

Tato situace je na základě rozhodnutí kraje, kde služba sídlí, a klientovy situace nynějšího přecházení do ústavní léčby – tudíž opětovné změny ochranné léčby.

S1 vysvětluje: *„Smlouva se mu prodloužila na základě multidisciplinárního posouzení i ze strany vedení z kraje, kdy ředitelka organizace vyhodnotila klientovu situaci jako bezvýchodnou a je zde možnost klientovi poskytnout návazné bydlení v naší, již vznikající sesterské službě, ale jen za dodržování podmínek zde v DZR. Smlouva mu tedy byla v březnu minulého roku prodloužena na další 4 roky.“* Vrchní sestra doplňuje její smýšlení o klientovi a nízké sebereflexi: *„Myslím si, že to je intelektem, kdy se mě například minulý týden ptal, kde je problém, a jeho životními zkušenostmi a myslím si, že v těch situacích umí chodit a dělá, že se vlastně nic nestalo a nelze mu to nijak vysvětlit, i když on se sám zeptá, co dělá špatně. Nyní ošetřující psychiatr navrhl změnu na ústavní léčbu, to pro něho bude pouze řešením jeho situace u nás se mu nedaří prospívat, nedaří se mu plnit společenské normy. Ambulantní léčba se mění na základě pozitivních testů na přítomnost drog, které ale byly prokazatelně pozitivní, ale AB doted' tvrdí, že neví, jak se to stalo.“*

Spolupráce s adiktoložkou A2 proběhla od června do listopadu téhož roku jeho nástupu do DZR. Když tato pracovnice ještě v DZR pracovala, s klienty si domlouvala schůzky na přesný čas, pokud klient nedorazil, schůzka se nekonala. Tak vysvětluje princip schůzky A2: *„Za klientem jsem docházela v domluvené termíny, do ničeho jsem ho nenutila. Ohledně rodinných témat, to mi nepříslušelo, on ani nechtěl, vycházela jsem z jeho potřeb, které on měl. Adiktoložka ještě reflektuje svou roli. Hovořit o dětství by s ním měl někdo, kdo je na to adekvátně vzdělaný, tzn. například psychoterapeutický výcvik. Dále pokračovala. „A to byl ten základ našich schůzek. Při relapsech jsme se bavili o spouštěcích těchto situacích, a tak to dělám i s ostatními, a jak s těmi chutěmi a spouštěči nakládat. Za mě ta práce byla efektivní v laskavosti a mluvit s ním jinak.“*

Adiktoložka přirozeně schůzku vedla v příjemné atmosféře, kdy nepoužívala direktivní přístup ke klientovi, nechala prostor. To může být i základem pro tvorbu terapeutického vztahu, kdy pracovníci na oddělení mohou být zaměřeni na princip služby (např. namátková kontrola věcí), kdy laskavost není prioritou.

Schůzky mohly být vedeny v duchu příležitosti pro jiný přístup, který klient ocenil. *„Nějaká menší sebereflexe asi byla. Strukturovaná práce zde není na místě, hovořili jsme o tom, co si přeje a vždy si sám přišel na to, co mu brání.“*

Vysvětlení Vnitřního předpisu – Prvky zvláštního režimu DZR

Takto se jmenuje jeden z důležitých dokumentů, kterým se řídí vedoucí pracovníci, kterým je sociální pracovník příslušného oddělení, adiktolog a vrchní sestra. V případě, kdy je potřeba aktualizace některého z úseku tohoto předpisu, vykoná jej adiktoložka, ve spolupráci MDT, která je v zařízení nyní zaměstnána.

Vnitřní předpis je v souladu se zákonem o sociálních službách a vyhláškou, která popisuje prvky zvláštního režimu a sankční systém. Pro každé oddělení jsou tyto prvky charakteristické. Tím, že toto zařízení má zvláštní prvek v oblasti návykových látek, tak nám tento předpis pomáhá k nastavení dechových zkoušek, zvýšenou kontrolu nad financemi, možnosti nehlášené kontroly osobních věcí, služby na oddělení, nastavení harmonogramu dne a nejdůležitější adiktologickou pomoc v docházení na adiktologické terapie, ať už individuální tak skupinové. Nadále, kdy se klientovi nedaří tyto výše uvedené body dodržovat, tak můžeme nastavit restrikcí v omezení možnosti návštěv, povinnost zapojovat se do adiktologických aktivit, omezení opuštění zařízení bez doprovodu pracovníka, omezení pohybu mimo oddělení, kde klient první případové studie bývá.

Sankční systém se dělí na sankce po prvním, druhém a třetím porušení. Klient má tedy tři možnosti si uvědomit a na základě nových zkušeností přehodnotit svou situaci, jak bude se svým životem dále nakládat. První sankce – individuální adiktologické rozhovory, povinnost docházet do skupiny vedenou adiktologem nazývanou Prevence relapsu a testování kalibrovaným alkohol testerem po návratu do zařízení. Při dalším porušení jsou pravidla stejná, akorát navíc je nabídka léčby své závislosti a řízená finanční kontrola. Klient se musí kontrolám podrobit. Při třetím porušení adiktolog zajišťuje léčbu, pravidelně dochází na motivační rozhovory a ostatní sankce stále zůstávají. Pokud klient chce, tak je do léčebny poslán, pokud ale nechce, tak je zde prostor pro multidisciplinární setkání nad klientovou situací a hodnotí se jeho momentální potřeby. V případě, kdy má klient omezenou svéprávnost, zve se i jeho opatrovník.

7.2 Případová studie CD

7.2.1 Od narození po dospělost

Dle dostupné dokumentace se CD narodil v roce 1985 do úplné rodiny. Když přišel na svět, měl již dvě starší vlastní sestry. CD se již narodil s onemocněním Diabetes mellitus I. typu. Jeho rodinou byla i sousedka a sestra matky, která se o něho a sestry v dětském věku starala, protože jeho rodiče netrávili příliš času doma, ale v hospodách, kde užívali alkohol a vraceli se domů v podnapilém stavu. Někdy i CD zůstával sám se sestrami doma a musel se o ně postarat se vším všudy. Když CD otec užil alkohol, často tyto situace vedly k fyzickému napadení CD matky. CD si pamatuje, jak měla často matka krev v obličeji. Mnohokrát musel matku před otcem chránit. Nebil ale jen matku, stáhl několikrát ruku i na CD. Jeho otec ho zavíral do studeného sklepa, kde se CD často pomočoval. Neví proč, zda ze strachu nebo z onemocnění (DM), které měl. CD měl často i modřiny na svém těle, musel je schovávat, když šel do školy. Když se otec navracel domů, CD začal mít vždy v sobě velký stres, úzkost co se opět bude doma odehrávat. I přes tyto špatné vzpomínky si všechny děti k tátovi vztah našly, ale k matce ten vztah byl mnohem lepší.

Když bylo CD 12 let, matka otce opustila i s rodinou. Hlavním důvodem byla nesnesitelnost soužití a dopady fyzického násilí na ni a na všechny děti. CD a sestry tehdy cítili velkou úlevu, která dlouho netrvala. Matka si našla nového přítele, který ji taktéž fyzicky týral. Ona na něj podala trestní oznámení, které ale následně stáhla za dobré chování a sliby, že to bude lepší a nikdy toto už neudělá. Nakonec se od něho odstěhovali v rámci jednoho města.

7.2.2 První kontakty s NL

CD cítil dlouholetý stres, šílenou zodpovědnost za své sestry, vnímal neutěšené domácí prostředí, kde se stále bál o svou matku. CD tedy začal ve svých asi 13 letech s návykovými látkami, přesněji s heroinem, pervitinem, alkoholem a marihuanou. Nebylo to najednou, ale postupně. Začal kouřit cigarety a stýkal se s kamarády, kteří měli stejné koníčky, zájmy, a to hlavně drogy. Do školy ale stále řádně docházel. Z dostupné dokumentace, CD nyní hovoří: *„Bavilo mě to, bavili mě ty lidi, bylo to zbrklé a byla stále ve vzduchu adrenalin, který je super. Mám ho i teď, když o tom mluvíme“.*

Vztah se svým otcem stále udržoval, ale spíše vyhledával chvíle, kdy spolu užívali alkohol. Schůzky probíhaly v klidu do té doby, než se otec opil do takové míry, že začal všechny kolem slovně i fyzicky napadat.

Škola viděla, jaký život CD žije, ale příliš do toho nezasahovala, i přesto, že jeho první dávka drogy byla na školních záchodcích a takto pod vlivem se vyskytoval ve školních prostorech. Po delším čase začal CD s drogami obchodovat a stalo se to již v takto mladém věku, pro něho hlavní zdroj financí. Dle CD doplňuje: *„Nechci, aby to vypadalo, že to bylo furt jen špatný, jo...ale byly i hezké chvíle s prarodiči, s tátou jsem chodil na ryby...s vodkou, vždycky ten alkohol tam byl, no.“*

7.2.2.1 Interpretace multidisciplinárního týmu

A1: Chronické onemocnění CD již od útlého věku mohlo způsobit stres a pocit odlišnosti od ostatních dětí, co mohlo ovlivnit jeho psychický vývoj. Současně vznikající závislost na alkoholu a jiných látkách léčbě diabetu nepomohla. Z něhož mohly vyplývat další následné zdravotní problémy, se kterými se CD potýká. CD chybělo rodinné, klidné zázemí, kde by nebylo fyzického násilí, ať už na něm či na jeho matce, kdy pravděpodobně vznikaly traumatické jizvy, které mohly vést k pocitu bezmoci a strachu. Současně i kladení velké zodpovědnosti, kdy se musel starat o své sestry, které byly s ním doma samotné, když rodiče doma nebyli. CD tímto byl i „rodinným systémem“ nucen rychle dospět a musel převzít roli rodiče, také přetížení a nedostatku podpory. CD nikdy nenašel klidné období, kdy by nemusel mít strach o svou matku. Když si matka našla nového přítele, tak opět CD musel trpět fyzické násilí, které bylo na matce konáno.

V tomto období začaly první kontakty s kouřením cigaret, ale i s tvrdými drogami. CD měl neutuchající nutkání mít pocit blaženosti, dobrého pocitu, který do této doby zažíval minimálně. Leckdy osoby takto trpící fyzické násilí na sobě či na druhých prostřednictvím drog se samoléčí a lépe se tzv. sebeprozkoumávají, své myšlenky a pocity, které doposud byly pro ně neznámé. CD si hledal únik, pocit radosti ve společnosti kamarádů a snažil se dohnat to, co mu bylo v dětství odepřeno – pocity svobody, radosti a zábavu. Bohužel tento způsob „užívání si dětství“ vedl ke vzniku závislosti a dalším tíživým situacím. Navíc se zapojil do prodeje drog, což jeho závislost ještě více posílilo. Vliv vrstevníků byl v této době pro CD to, co si potřeboval zažít, když byl mladší a nemusel by mít na starosti domácnost a své sestry.

S2: *„Pokud klient hovoří o tom, že kvůli svému onemocnění měl blízko ke své závislosti, protože měl vztah k injekcím, tak to tak dle mě není. Spíše to je asi omlouvání svého nynějšího stavu. U klienta ale vnímám velký vliv jeho rodiny jako vznik závislosti, ze které přebíral vzorec chování jako normu a pak se dle toho dítě chová.“*

Bolestné zkušenosti z dětství, které neuměl a neměl možnost změnit, tak je mohl řešit závislostí, jako únik od té reality. Pro něho v tu chvíli nejrychlejší řešení situace. Z takového dětství mohou pramenit psychické problémy, které mohou vést k závislosti, pokud není poskytnuta podpora.“

Z1: *„Vzhledem k tomu, že klient od útlého dětství bral jehlu, jako součást svého života, mohl mít k závislosti blíž, ale hlavním důvodem k závislosti je podle mě nefunkční rodinné zázemí. Ne užívání inzulínu jako léčbu diabetu. Nikdo mu nedával mantinely a neřekl mu, co je správně. Vzhledem k nefunkčnímu rodinnému zázemí a vzhledem ke zkušenostem má tohle jistě velký vliv na vznik závislosti, jistě tito lidé vnímají svět trochu jinak, hlavně nemají stanovené morální mantinely, nemají pracovní návyky, nemají základní vychování. Klient na sobě jako dítě nesl velkou zodpovědnost vlastně za fungování rodiny a očividně to psychicky neunesl a utíkal k užívání. Vnímám to jako vinu rodičů, kdo jiný ho to měl naučit, udělali si děti, ale nevěnovali se jim. Jeho situaci mohla samozřejmě podchytit i škola, ale dřív to tak nefungovalo, dnes snad skrze výchovné poradce je to lepší. Měla by se tomu věnovat kor, když do té školy třeba někdy nedošel. Dnes je v tomto účinný OSPOD, což vnímám jako výhodu.“*

7.2.3 Začátek dospělého života a navazování milostných vztahů

CD si udělal maturitu v oboru kuchař/číšník a živil se vařením v restauracích, ale stále měl větší příjem financí z prodeje drog. V roce 2003 dostal podmínku za nakládání s omamnými látkami na tři roky. To ho ale v jeho užívání či prodeji nezastavilo. Podmínku úspěšně splnil.

V roce 2015 se CD potkal s Kristýnou, na kterou dodnes vzpomíná jako na důležitou osobu v jeho životě, dodávala mu pocit bezpečí. CD se stále léčil se svým onemocněním a v rámci léčby a kontrol musel docházet na močové testy na diabetologii. Na žádost jeho matky byl proveden i test na přítomnost drog. CD ji nic neříkal, ona se přímo CD neptala a za pomoci jeho tety, která byla zdravotní sestřičkou, se udělal test na přítomnost drog.

CD potkal Lucii, se kterou má dceru. Lucie požadovala po CD, aby striktně dodržoval abstinenci od všech NL, ale to se nepodařilo. Byl to důvod rozchodu po 6 letech vztahu. CD se během několika hodin vrátil k užívání drog, aby zahnal smutek a navrátil se ke kamarádce Kristýně. Lucii stále finančně podporoval, i její dvě děti z jiného vztahu. Pervitin navýšil o dva g/den. S dcerou je do teď kontaktu, finančně ji podporuje a setkávají několikrát do roka. Je to pro něho nejdůležitější osoba v jeho životě doteď a je na ni velice hrdý.

7.2.3.1 Interpretace multidisciplinárního týmu

A1: AB uměl vždy vztah bez problémů navazovat jen krátkodobé vztahy, opakovaně se vracel k užívání drog. Pravděpodobně neuměl udržovat vztah, protože ho to v dětství nikdo nenaučil. I když byla jeho poslední láska velká, po delší době spolu se vrátil k drogám, protože to bylo pro něj známé a bezpečné.

Z1: „*Souhlasím, samozřejmě jeho rodinné zázemí ho nenaučilo si vztahy udržovat, proto se to stále opakovalo a neuměl obstát vztahové výzvy a utíkal k drogám.*”

S2: Souhlasně přikyvuje.

7.2.4 První kontakt s adiktologickými léčebnami

CD chodil kvůli svému hlavnímu onemocnění často na kontroly, kde odevzdával svou moč. Matka měla dlouho pocit, že CD užívá. CD se ani nic neptala a skrze tetu, která byla zdravotní sestrou, nechala CD moč prokázat i na přítomnost NL. Testy vyšly pozitivně. V tomto období začal CD navštěvovat kontaktní centrum v jeho městě a seznámil se tam s adiktoložkou, která ho do dnešního dne stále podporuje.

Zařízení, kde CD léčil, svou závislost byly celkem čtyři. Svou první léčbu měl na základě podnětu své matky, a to v Červeném Dvoře. Cítil sám, že pokud to není na základě jeho rozhodnutí, je těžké udržet motivaci a léčbu dokončit, a následně abstinovat. Další léčba proběhla v Opavě v psychiatrické nemocnici, chtěl drogám odvyknout, aby měly po návratu z léčebny větší sílu. Neměl se často kam z léčeben vrátit, a tak šel bydlet k matce a začal užívat. Po rozpadlém vztahu s Lucií, ze kterého mají dceru, začal nadužívat, tak vyhledal znovu léčebnu. Navrátil se do léčebny Červený Dvůr, léčbu ale nedokončil z důvodu navazování vztahů. Na vlastní rozhodnutí poté nastoupil do terapeutické komunity Renarkon, kde léčbu dokončil a zpětně ji hodnotí pozitivně. Po návratu do svého bydliště, začal znovu užívat.

7.2.5 Když se začal vztah s drogou lámat

Když se navrátil ke kamarádce Kristýně, tak od ní ale rychle odešel do moderního skvotu, kde potkal Terezu a jejího přítele Martina. Ty taktéž živila prodej a výroba drog. Martin na CD žárlil, měl pocit, že o Terezu přijde. Dával CD větší dávky drog a často docházelo k předávkování. Od té doby měl pocit, že mu chce Martin ublížit a měl o sebe velký strach. Došlo i k fyzickému napadení CD, když se na skvot vracel. Tereza CD znovu předávkovala (docházelo k aplikaci drogy jinou osobou) a přivázala ho k topení. CD byl na pokraji sil, nevěděl, co se s ním děje, bál se o svůj život.

Viděl před sebou svou dceru, jak na něho křičí a plakala zároveň. CD byl tímto zážitkem naprosto otřesen a v tuto dobu se začal vztah k drogám lámat na základě strachu a zkušenosti s předávkováním a začal užívat menší a menší dávky než předtím. CD se navrátil do Červeného Dvora do léčebny a po dokončení se odstěhoval do Českých Budějovic, kde chtěl začít žít znovu. Zamiloval se zde do Veroniky, která měla problémy se zákonem skrze krádeže. Veronika byla i na tomto základě poslána do vězení. CD opět začal užívat alkohol, drogy ne, protože v ČB nikoho neznal, kdo by mu je prodal. Začal se cítit izolovaně, bezradně a chtěl svůj život skoncovat. Snědl přibližně padesát ryvotrylů, které mu psala lékařka na problémy se spánkem. Nic si z toho nepamatuje, měl údajně i volat sestře nebo matce, což následně vedlo k jeho záchraně a příjezdu policie a záchranných složek, kdy ho odvezli na psychiatrické oddělení pro pacienty se sebevražednými sklony. Po měsíci na tomto oddělení byl převezen do Kosmonos, kde zůstal měsíc a poté pokračoval do DZR, kde pobývá do dnešního dne. CD před příchodem do DZR začínal pomalu ztrácet zrak. Viděl zcela, po nějaké době začal pouze rozlišovat tmou a světlo.

7.2.6 Přijetí do DZR

Příchod CD do DZR se datuje tři roky nazpět. CD od začátku pobytu úspěšně abstinuje a poslední zkušeností s drogami se pohled na užívání změnil. Dle CD to byla zajímavá zkušenost, a je si vědom, že mu to více vzalo, než dalo. Klient v DZR oslepl úplně, chodí se slepečkou holí, toto vnímá jako výhodu v oblasti lákadél ve formě drog. Klient je nadále ve styku se svou dcerou, matkou a sestrami. Dceru navštěvuje párkrát do roka. Aktivně dochází na terapeutické aktivity – keramika a adiktologické terapie individuální i skupinové. Vnímá abstinenci jako výzvu.

Klient byl dle platných postupů v zařízení přivítán vedoucí jeho oddělení. Po přijetí CD nebyl příliš dlouho v naší službě, kdy dle dostupné dokumentace byl přemístěn do Domova důchodců ve svém rodném městě, kde dle klienta nebyl zcela spokojený v povaze poskytování služby. Na jeho žádost byl vzat zpět do DZR.

Dále dokumentace nám sděluje, že je klient velice schopný, a to i fyzicky, má rád čistotu a umí se o sebe postarat v základních činnostech. Vidí jen obrysy, světlo a dokáže se po oddělení orientovat sám, a to za pomoci slepecké hole.

Potřebuje podporu pouze při opuštění zařízení. Spolupracuje se službou, která za ním dojíždí do DZR a pomáhá mu s tréninkem chůze a zajišťuje mu speciální pomůcky.

Jeho prvním Individuálním plánem započaly jeho dlouhodobé cíle, avšak ne krátkodobé. Tak jako u první případové studie je dlouhodobým cílem – podpora v abstinenci, uchování zdravotního stavu, účast na aktivitách, dále i docházení do keramické dílny, orientace v budově a samostatné praní prádla na oddělení. Tím, že prošel několik léčebných procesů, plnění dalšího cíle - podpora v abstinenci - pro něho neznámý proces. Domluví si termíny s adiktoložkou a případně má i možnost docházet do terapeutické skupiny Prevence relapsu. Adiktoložku zná již z prvního kontaktu s léčebným procesem ve svém městě, kde bydlel.

Tím, že si je CD vědom rizik, které mohou podpořit jeho relaps, tak se pracuje s rizikem opuštění budovy, kde by byl sám a je rád, že je mimo město, kde by mu relaps hrozil o to více. Nyní mu pomáhá chodit ze zařízení s doprovodem PSS.

7.2.6.1 Interpretace multidisciplinárního týmu

A1: Klient začal, dle slov adiktoložky A2 spolupracovat ihned. S adiktologem A1 navázal ihned spolupráci po odchodu A2 ze zařízení. Cíle byly dle jasné – podpora v abstinenci. V rámci tyto podpory hovoříme na téma spojená s rizikovými situacemi, spouštěči, které klienta mohou ohrozit, atd. Tyto cíle nadále pokračují i po celý rok sledování naší spolupráce. Z pohledu adiktologického je ale potřeba zmínit, že klient se velice snaží svá rizika znát, chápat je a pracovat s nimi, zároveň je to pro něho ale těžké, kdy jeho zdravotní stav CD může bránit v rozhodnutí, kdy by nejrady si našel bydlení, kde by byl sám. Tím, že i klient přestal po čas pobytu v DZR vidět, tak to pro něho taky může být základem té myšlenky, že už nikdy sám bydlet nebude a vždy pro něho bude znamenat být někde v zařízení, kde bude mít péči a již nenaplní své potřeby nezávislosti a svobodného života, která mu závislost dávala.

A2: *„Vztah s drogami se lámal dávno předtím. Motivaci nemá a je v chráněném prostředí, a to je prostě základ. Hodně hraje role naděje, jeho témata, a nebylo to zcela strukturované. Od té naděje, smyslu života, starostí kolem dcery a smyslu jeho života, co by chtěl zažít a jak se k tomu dostat, aby to zažil. Také jak odejít z domova a kam. Prevence relapsu, hodně sny a chutě, jak s tím pracuje. V podstatě má suché relapsy, nejsprávnější interpretace snů je jeho, ne moje, ani tvoje. Tak i témata v těch rozhovorech byla, zda to je reálné, jeho zdroje a nikdy jsem mu nepodsouvala, že to nezvládne. Sám si přemýšlel o tom, zda to zvládne nebo ne. A dalšími zkušenostmi si sám na vše přicházel. Např. Jak se o sebe postarám sám.*

Spolupráci s Tyfloservisem jsme zařídili spolu a bylo hodně na mně, a musela jsem za to hodně kopat. Jeho slova byla často znehodnocována, nějakou možnost osamostatnění mu vymlouvali a je lehce ovlivnitelný a dostával se do beznaděje.

Jeho život v DZR se hodně měnil, tak to hodně souviselo s jeho zdravotním stavem, viděl stín, a pak jeho ledviny, které jsou hodně nemocné. Rád modeluje z hlíny, modeluje i na pokoji, a pokud nepracoval i na pokoji, byl smutný. Má rád pracovníci, která mu toto zprostředkuje.“

Přehodnocení IP v čase sledování CD pobytu v zařízení

Z dostupné dokumentace je známo, že je klient bezkonfliktní, na oddělení oblíbený. Sám si řídí své potřeby v rámci plánování a hovoří o tom proaktivně se svou klíčovou pracovnící, která mu je v tomto velice nápomocna. Klient se učí pomocí cílů orientace, co nejvíce se v životě osamostatnit.

Tím, že byly na začátku spolupráce nastaveny pouze dlouhodobé cíle, tak první se objevuje až po dvou měsících, kdy chce CD docházet do klubu zahrádkářů, kde se podílí na pletí záhonků. Krátkodobý je z toho důvodu, že se děje pouze v letních měsících. Další krátkodobý cíl se vyskytuje v dalším IP přehodnocení, kdy se chce klient naučit vyhledávat informace a kontakty na oddělení, kdy to prozatím bude vykonávat za asistence svého KP, ale budou hledat možnosti, jak se to klient bude učit sám. Dále cíl se objevuje i práce s internetem za účelem seznámení nových přátel, přítelkyně.

7.2.7 Závěr interpretace multidisciplinárního týmu případové studie CD

Z multidisciplinárního pohledu je třeba zaznamenat snahu adiktologa nabízet perspektivu, že i přes veškerou CD snahu abstinovat, chápat a zvládat rizika relapsu jsou patrná, avšak jeho zdravotní stav, jako jsou komplikace vázané na diabetes či slepotu, mohou vést k touze po nezávislosti a být svobodný. A2, bývalá adiktoložka, zdůrazňuje dlouhodobý proces lámání vztahu k drogám a důležitost významu chráněného prostředí DZR. *„Motivaci nemá a je v chráněném prostředí a to je prostě základ.“* Práce s klientem opět byla o smyslu života a proč na tomto světě vlastně ještě je, to adiktoložka reflektuje: *„Hodně hraje role naděje, jeho témata, a nebylo to zcela strukturované. Od té naděje, smyslu života, starostí kolem dcery a smyslu jeho života, co by chtěl zažít a jak se k tomu dostat, aby to zažil. Také jak odejít z domova a kam.“* Adiktoložka ve spolupráci s CD byla velice naslouchající a podporující. *„Prevence relapsu, hodně sny a chutě, jak s tím pracuje. V podstatě má suché relapsy, nejsprávnější interpretace snů je jeho ne moje, ani tvoje.“*

Tak i témata v těch rozhovorech byla, zda to je reálné, jeho zdroje a nikdy jsem mu nepodsouvala, že to nezvládne. Sám si přemýšlel o tom, zda to zvládne nebo ne. A dalšíma zkušenostmi si sám na vše přicházel. Např. Jak se o sebe postarám sám.“

Také mu pomáhala s průbojností u ostatních pracovníků, např. zařízení služby, která ho podpořila v učení chůzi o slepecké holi, když zcela oslepl. Cituji: *„Spolupráci s Tyfloservisem jsme zařídili spolu a bylo hodně na mně, a musela jsem za to hodně kopat. Jeho slova byla často znehodnocována, nějakou možnost osamostatnění mu vymlouvali a je lehce ovlivnitelný a dostával se do beznaděje.“* Dále naše hovory byla na téma abstinence a budoucnosti. *„Prevence relapsu, hodně sny a chutě, jak s tím pracuje. Sám si přemýšlel o tom, zda to zvládne nebo ne. A dalšíma zkušenostmi si sám na vše přicházel. Např. Jak se o sebe postarám sám.“* Dále pokračuje: *„Jeho život v DZR se hodně měnil, tak to hodně souviselo s jeho zdravotním stavem, viděl stíny, a trápily ho jeho ledviny, které jsou hodně nemocné. Rád modeluje z hlíny, modeluje i na pokoji, a pokud nepracoval i na pokoji, byl smutný. Má rád pracovníci, která mu toto zprostředkuje.“*

Klientova sociální pracovnice hovoří o tom, že jeho zdravotní stav má velký vliv na klientovu abstinenci, kdy nechce již užívat, protože jeho nynější stav je pouze daň z užívání. *„CD na základě zkušeností z DDZ dokáže abstinovat v chráněném prostředí, což je dle mého názoru velký úspěch. Možná k tomu přispívá i špatný zdravotní stav, kdy klientovi je tak zle, že na drogy nemá pomyslení. Myslím si, že i slepota může mít na tento strážlivý stav vliv.“* Vrchní sestra reflektuje klientovu situaci z pohledu práce s jeho zdravotním stavem. *„Klient nyní vyžaduje hodně pozornosti, kterou neměl v dětství, zničil si zdraví užíváním návykových látek, i přes to netoleruje opatření, která jsou vzhledem k jeho stavu vyžadována (myslím například dodržování diabetické diety). Klient dle mého názoru není schopen pochopit vzhledem k nevychově, že by měl nějaká pravidla dodržovat. A když on nevidí, myslí si, že ani my nevidíme jeho přešlapy. Klient je v tak vážném stavu, že při sebemenším problému může být v ohrožení života a on to stále bere velice na lehkou váhu.“*

Časové osy klienta CD od narození po dospělost odhalují významné body, které můžeme označovat jako významné pro vznik závislosti. Tyto body jsou například fyzické násilí v rodině, když byl CD ještě malým dítětem, dále absence stabilního zázemí a předčasná zodpovědnost za sourozence. Adolescence a raná dospělost byla charakteristická pro první začátky a prohlubování závislosti na nejen jedné droze. Tato závislost byla doprovázena sociálními a právními problémy, jako byl prodej drog a následná trestní podmínka. Klíčovým zlomem byl zážitek s předávkováním a fyzickým napadením ve skvotu, který zcela změnil jeho vztah k drogám a mohl i vést k dalšímu rozhodnutí drogy přestat užívat.

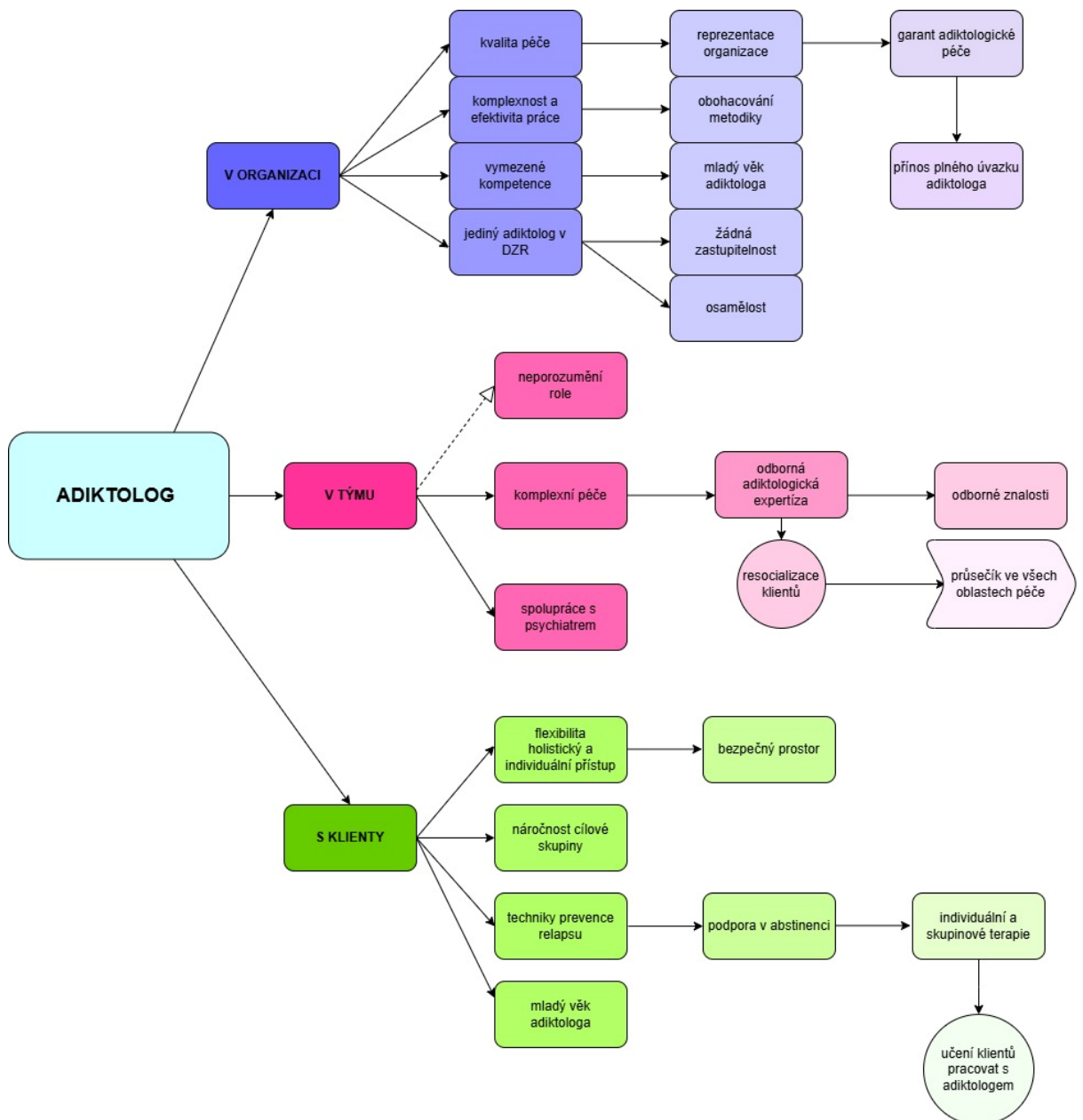
Celkově časové osy a vyjádření týmu je klient se svými hlubokými kořeny závislostního chování schopen abstinence a stabilizace.

Jeho silnou stránkou je motivace udržení vztahu s dcerou, zapojování do aktivit. Je ale stále křehký k nepředvídatelným situacím a sám reflektuje potřebu struktury a podpory, kterou dříve postrádal.

7.3 Expertní diskuze s odborníky s prvky focus group

V procesu tematické analýzy bylo vytvořeno celkem 27 primárních kódů, které byly následně revidovány. Revidované kódy byly sdruženy do 3 témat: Adiktolog v organizaci, Adiktolog v týmu a Adiktolog s klienty. V následujícím textu jsou tato témata představena. Jejich vzájemné vazby pak zobrazuje mapa téma (viz graf č. 1).

Graf 1 Mapa témat



7.3.1 První kategorie: Adiktolog v organizaci

Zapojení adiktologa na pozici jediného interního (ne již externího) zaměstnance přineslo dle respondentek především přínos a posun v **komplexnosti péče** a její **větší efektivitě** (cit. 1, 4). Přidanou hodnotou Adiktologa v organizaci je **garance adiktologické péče** (cit. 2). Tímto se stává organizace reprezentativnější k široké veřejnosti a žadatelům o službu. K tomu patří i odborné znalosti, který adiktolog do organizace přinesl (cit. 8).

Pro adiktologa však může být jeho **mladý věk** (cit. 3) jako omezující, ale zároveň výzva. S porovnáním s odbornou znalostí toto může být ambivalentní, a jeho role je právě v tom, že se učí jak praxi s takovou cílovou skupinou, ale zároveň schopnost překonávat bariéry (např. generační) a najít rovnováhu mezi vlastní expertízou a dynamikou MDT. V neposlední řadě taktéž respondentka označila za přínos do organizace, kdy se jako tým podílíme na tvorbě klientských metodik, kdy adiktolog přináší klientský pohled, většinou tedy čerpá z individuálních či skupinových terapií. (cit. 7)

Výroky respondentek 5 a 6 reflektují **jediného adiktologa v zařízení** a tím i nulovou zastupitelnost v případě, kdy je adiktolog na dovolené či v pracovní neschopnosti. Organizace může být i ohrožená tím, že v případě, kdy adiktolog odejde na mateřskou dovolenou, může být bez možnosti (např. delegování jeho agendy na nového pracovníka) dlouhodobá efektivita práce adiktologa ohrožena. Respondentka hovoří také o náročnosti jediného adiktologa v organizaci, kdy si okamžitě sám neumí poradit a může to mít vliv na prosazování návrhů a tím se nemusí stávat plnohodnotným partnerem.

Tabulka 2 Citace ke kategorii Adiktolog v organizaci

- | |
|---|
| <p>1) Z1: „(...) dáváš jiný pohled na klienty, než máme my, máš o nich komplexnější informace, více mají s tebou času a víš o nich většinou více, co oni potřebují a jak s tím klientem pracovat.“</p> <p>2) S1: „Za mě to je tak jakoby garant. Podpory v abstinenci a prostě to jakým způsobem péči poskytovat i třeba jakoby v jiných oblastech (sociální péče, zdravotní péče, komunikace nebo aktivit), a aby to měl klient tu podporu či schopnost abstinovat.“</p> <p>3) Z1: „Já hlavně tedy vidím překážku ve věku, jsi mladá, a tak mají pocit, že jim nemáš co nabídnout, ale myslím si, že odborné znalosti to do jisté části vynahradí a vztah s nimi máš dobrý.“</p> |
|---|

4) **Z1:** „*Já si myslím, že **adiktolog u nás v zařízení je velkým přínosem**, protože může klientům se závislostí nabídnout pomocnou ruku, oporu v abstinenci, může jim pomoci s nějakými tématy, a můžeš jim třeba pomoci častějšími terapiemi a usměrnění jejich toku myšlenek.*“

5) **Z1:** „*Nevýhodu vidím v **nulové zastupitelnosti**, potřebuješ si ale někdy odpočinout, protože tvá pracovní náplň je těžká.*“

6) **S2:** „*V prosazování věcí to musí být těžké, nemáš podporu ve své části, **neporadíš se okamžitě**, tím ti nejsme partneři. Ale určitě souhlasím s Z1, kdy máš dovolenou, a klienti jsou bezprizorní.*“

7) **S2:** „*Kvalitní podávání odbornosti **na veřejnost**, vyvíjí se to dobrým směrem tvou odborností, kdybys v týmu nebyla, tak tahle složka chybí. Bude tam ta sociální a zdravotní, ale klienti se nadále neposunou. Je to důležité i v **nastavování metodiky**.*“

7.3.2 Druhá kategorie – Adiktolog jako člen MDT

Zařazení adiktologa do MDT v domově se zvláštním režimem je dle respondentek zásadním přínosem pro jeho fungování, zejména díky jeho **roli spojovacího článku s psychiatrem** (cit. 1). Tato schopnost propojovat různé profesní pohledy – sociálních pracovníků, sester či lékařů – zvyšuje efektivitu týmu a podporuje princip práce v MDT. Adiktolog tak není jen samostatným odborníkem, ale aktivní součástí kolektivní péče o klienty, což je patrné například při práci s různorodými potřebami klientů AB a CD.

Adiktolog rozšiřuje **komplexnost péče** o klienty prostřednictvím své aktivní účasti v týmu, kdy zajišťuje **odborný vhled do problematiky**, čímž podporuje ucelený přístup k jejich potřebám a zároveň se podílí na tvorbě vnitřních dokumentů, jako je například IP, který obsahuje všechny oblasti péče o klienty v DZR (cit. 3). Adiktolog je v týmu vnímán respondentkou S1 jako **klíčový průsečík**, který propojuje různé profesní perspektivy, a zároveň jako odborník v oblasti adiktologie, jenž zajišťuje specializovaný přístup k péči o klienty se závislostí. (cit. 7) Tým se může na adiktologa spolehnout v **kompetencích**, jako je **podpora abstinence**, kde využívá specifické **dovednosti v prevenci relapsu**. S1 svým výrokiem upozornila na případ, kdy adiktolog nebude mít **vymezené kompetence** (cit. 5), vnímá to jako redukci jeho role.

Tento pohled zdůrazňuje, že plné zapojení adiktologa do týmu vyžaduje nejen odbornost, ale i autoritu a mít tzv. ostré lokty (cit. 3). Zapojení adiktologa do týmu přináší specifický přínos, ale může být zároveň výzvou, pokud jeho role není zcela pochopena, jak naznačují výroky jedné z kolegyně (S1). Z její perspektivy je adiktolog vnímán jako podpora v udržení abstinence klientů v rámci otevřeného zařízení, avšak chybí jí konkrétní návod, jak s klienty pracovat, což vede k tomu, že si tým (pracovníci na odděleních) někdy vytváří závěry sám. Tento rozpor může pro adiktologa představovat příležitost k objasnění své pozice, ale zároveň i omezení, pokud očekávání přesahují jeho odborný rámec. Zároveň je potřeba zmínit, že práce adiktologa není v poskytování návodů – jak pracovat s klienty. (cit. 10, cit. 12)

Další reflexe kolegyně ukazuje, že od adiktologa očekává hlubší analýzu chování náročných klientů a jejich potřeb, což směřuje spíše k psychoterapeutickému přístupu, jenž nemusí být v plném rozsahu součástí adiktologické péče (cit. 10). Tato ambivalence mezi očekávanými tímů a reálnými kompetencemi adiktologa může být pro něj výzvou – na jedné straně ho to nutí jasněji komunikovat hranice své role, na druhé straně mu to dává prostor přispět k dynamice multidisciplinárního týmu (MDT) svou odborností. Adiktologovou specializací na problematiku závislostí obohacuje péči, avšak efektivita jeho zapojení závisí na souladu očekávání týmu s jeho skutečnými možnostmi. Pro adiktologa tak může být klíčové hledat rovnováhu mezi poskytováním **své expertízy** a podporou týmu v pochopení, že některé potřeby klientů vyžadují zapojení dalších odborníků. Pro adiktologa může být také klíčové a zároveň náročné být jediný v pozici takového odborníka, viz citace 2. **Být jediným adiktologem** v zařízení je náročné kvůli vysoké zodpovědnosti, časové zátěži, omezené podpoře, pocitu izolace a nutnosti zvládat různorodé úkoly. Na druhé straně nabízí autonomii, možnost budovat hlubší vztahy s klienty, rozvíjet široké dovednosti a významně ovlivňovat směřování péče.

Role adiktologa v týmu nese jasná očekávání, které respondentky reflektují z různých úhlů pohledu, a ukazuje, jaké kompetence a přístupy jsou od něj žádoucí při práci s klienty. Mezi klíčové odborné znalosti patří orientace ve farmakologii, porozumění psychiatrickým diagnózám a základům psychiatrické medicíny, což by mělo umožnit adiktologovi chápat zdravotní aspekty závislosti a souvisejících problémů (cit. 8).

Kromě jeho **odbornosti** je očekávána silná **empatie, schopnost naslouchat** (cit. 9), pozorovat a umět hlavně komunikovat s klienty tak, aby byl vytvořen bezpečný prostor pro rozhovory. Osobní kvalita, doplněná o respektování životních příběhů, pokoru a schopnost seberegulace, takové má očekávání respondentka S2 (cit. 11).

Tabulka 3 Citace ke kategorii Adiktolog v MDT

- 1) Z1: „*Adiktologa vnímám jako dobrou spojku mezi psychiatrem a naším zařízením.*“
- 2) S2: „*(...) nemáš podporu ve své části, neporadíš si okamžitě, tím ti nejsme partneři.*“
- 3) S2: „*S kolegyněmi souhlasím, zaštitíš oblast adiktologie, ve které si nemůžeme pomoci samotné. Dokážeš nás navést v situacích, a vím, že se na tebe můžeme obracet. Vedení adiktologické agendy a posuzování komplexního řešení. Můžeme se domnívat, ale to je všechno.*“
- 4) S1: „*(...) Dodáváš nám komplexnost v péči o klienta. Adiktolog se podílí v rámci MDT přístupu, dodává náhled ve složce závislost pro komplexnost.*“
- 5) S1: „*Adiktologie je specifická oblast, kdy adiktolog nebude mít vymezené kompetence, práce by mohla přijít vniveč. Myslím to tak, že pokud nebudeš mít dané pravomoci ve prospěch klienta, tak to vypadá, že ta práce obsahuje pouze povídání si s klienty, a to je vše.*“
- 6) S1: „*Za mě to je tak jakoby garant. Podpory v abstinenci a prostě to jaký způsobem péči poskytovat i třeba jakoby v jiných oblastech (sociální péče, zdravotní péče, komunikace nebo aktivit), a aby měl klient tu podporu či schopnost abstinovat.*“
- 7) S1: „*(...) Vnímám adiktologa jako průsečík a odborníka v oblasti adiktologie.*“
- 8) Z1: „*(...), farmakologii, určitě znát diagnózy, znát základy psychiatrické medicíny, co můžeme a máme od takových osob čekat, určitě empatii, umět pracovat a mluvit s lidmi, určitě empatii a umět pracovat s lidmi, otevřít je.*“
- 9) S1: „*Mít empatii, pozorovací talent, schopnost naslouchat.*“
- 10) S1: „*(...) v obsáhnutí ve většího rozsahu problému. Například u náročného klienta, kdy potřebujeme jeho chování rozluštit, co nám říká a jak ho máme vnímat. Zkrátka kde adiktologická podpora není potřeba. Zde se opíráme o základní potřeby klienta, kdy potřebujeme říct, co klient potřebuje – asi psychotherapeutický přístup, který nelze obsáhnout v jednom.*“
- 11) S2: „*Respektování životního příběhu lidí, pokora, empatie a dokázat se seberegulovat.*“

12) S1: „Adiktologa týmu vnímám podporu adiktologa v abstinenci v chráněných podmínkách otevřeného zařízení a chybí nám poskytnutí reálného pohledu, jak s klientem pracovat, většinou si pak dělají závěr na oddělení sami.“

7.3.3 Třetí kategorie – Adiktolog s klienty

Respondentky vnímají roli adiktologa při práci s klienty jako jednu z forem kvalitní péče a velký prostor pro jejich posun, což je obzvlášť důležité u osob, kteří trpí duální diagnózou, kde sociální a zdravotní podpora sama o sobě nemusí stačit. Přidanou hodnotou je schopnost adiktologa nastavovat přístup k potřebám klienta, což umožňuje komplexněji reagovat na jejich kombinované problémy. Adiktolog nejen že zvyšuje pravděpodobnost **resocializace**, ale také přispívá k tomu, aby klienti s takovou diagnózou získali naději a konkrétní nástroje pro (cit. 1) zlepšení svého života. Role adiktologa v týmu také nabývá významu zejména v situacích, kdy **individuální přístup** (cit. 3) je v organizaci velkým tématem a přístup všech pracovníků společně s adiktologem vyžaduje holistický pohled, který umožňuje lépe pochopit a adresovat nejen závislost, ale i širší souvislosti, které mohou klienta v jeho bytí ovlivňovat. Respondentka v citaci 7 doplnila, že **učíme klienty pracovat s adiktologem**, což je jedna z důležitých navazujících složek péče o klienta i po odchodu z našeho zařízení (kontinuita péče).

Při adiktologické práci je potřeba také vzít v potaz **náročnost** práce s osobami s duální diagnózou, kdy stále jen poskytujeme komplexní péči, která někdy může nést riziko neúspěchu (cit. 2, 6). Zároveň toto tvrzení je potřeba vidět z druhé strany, kdy je to velká pracovní příležitost s takto náročnou cílovou skupinou se potkat. Respondentka S2 ve své citaci č. 5 reflektuje, že i přes veškerou vynaloženou práci při neúspěchu si musíme uvědomit, že naše veškerá pomoc a podpora je důležitá. Z1 ve svém výroku (cit. 6) uvádí příklad.

Věk může být klienty spolupracující s adiktologem vnímán různě. Nemusí být zcela výstrahou (cit. 4), ale může vzbuzovat určité pochybnosti nebo ovlivňovat jejich vnímání v kompetenci adiktologa. Klienti, zejm. starší, nebo ti, kteří mají dlouholetou historii závislosti, mohou mladý věk adiktologa spojovat s nedostatkem životních či profesních zkušeností vs. jejich náročná situace a potřebě složitému příběhu.

To může oslabit jeho důvěru v odbornost adiktologa. Na druhou stranu to může být výhodou, která je již popsána v kategorii Adiktolog v organizaci, kdy věk může být výzva k vedení a týmu obecně, ale i v práci s klienty.

Může to být pro klienty novým přínosem, jiné energie, poznání jiné empatie k mladším klientům, kteří se mohou vůči starší autoritě vymezovat, to může pomoci a usnadnit navázání kontaktu s takovým pracovníkem. Zde je určitě prostor pro kvalitní a bezpečný vztah s klientem, aktivně prokazovat svou odbornost navzdory předsudkům.

Tabulka 4 Citace ke kategorii Adiktolog s klienty

- 1) S2: „(...) Můžeme nakládat s tvou odborností, zkvalitnění péče. A pomáhá to hlavně těm lidem, pokud máme **resocializovat**, navrátit se abstinovat, tak to vidím jako cestu. Zvyšuje se tedy pravděpodobnost kvalitní péče a náhledu na svou situaci a s adiktologem spolupracovat. Význam našeho týmu a adiktologa v tomto typu služby, je být pro ně teď.“
- 2) S2: „To vnímám jako velké téma u nás v zařízení, myslím, že se s tím potýkáme všichni. Je důležité ale nahlížet na klienta jako na osobu, která má spoustu potřeb, což znáš a **limitem právě je ta specifická cílová skupina**, se kterou se denně potýkáme.“
- 3) Z1: „Já si myslím, že adiktolog u nás v zařízení je velkým přínosem, protože může klientům se závislostí **nabídnout pomocnou ruku, být oporou v abstinenci**, může jim pomoci s nějakými tématy (...).“
- 4) Z1: „Já hlavně tedy vidím překážku ve **věku**, jsi mladá a tak mají pocit, že jim nemáš co nabídnout, ale myslím si, že odborné znalosti to do jisté části vynahradí a vztah s nimi máš dobrý.“
- 5) S1: „Že tou podporou vlastně děláme jako zároveň **hrozně moc**.“
- 6) Z1: „Myslím si, že jim supluje i rodinu a že když si najdou vztah k nám, tak je to pro ně komunikace jednoduchá, ale jsou ty osoby tak poznamenané, že se nedokáží otevřít. Například bývalý klient, který odtud odcházel a i přes veškerou péči naší, kdy se dařilo mu abstinovat, tak uvedl, že se navrácí do původních vzorců chování před nástupem do našeho zařízení. Uměl v naší službě obstát tak, že jsme mu jeho názory respektovali, pro pocit bezpečí a udržení vztahu, ale samotní jsme věděli, jaké plány doopravdy má. To vnímám jako **náročnost na péči těchto klientů**.“
- 7) S2: „Zvyšuje se tedy pravděpodobnost kvalitní péče (i pro žadatele o službu) a klientově náhledu na svou situaci a naučí se s **adiktologem spolupracovat**.“

7.4 Prezentace výsledků

Expertní diskuze s odborníky v minulé kapitole 7.3 nám poukázala na roli adiktologa v zařízení, kdy je vnímán na úrovni organizace, týmu a při práci s klienty.

Analýza případových studií poukázala na roli adiktologa a multidisciplinárního týmu s klienty v DZR. V tabulce č. 5 je podrobná ilustrace konkrétních oblastí, které nám vyplynuly ze studií v kapitolách 7.1 a 7.2. Poukazuje nejen na přístup adiktologa a týmu ke klientům, ale také pestrost cílové skupiny DZR.

Případové studie a expertní diskuze společně s tabulkou č. 5 ukazují, že adiktolog je klíčovou postavou v péči o klienty se závislostí v DZR. Zatímco případové studie a diskuze zdůrazňují jeho roli v koordinaci MDT a přínos pro organizaci, tabulka č. 5 konkretizuje, jakými technikami tuto roli naplňuje v přímé práci s klienty.

Tabulka 5 Rozdíly případových studií AB a CD

ASPEKT	STUDIE AB	STUDIE CD
Klientův přístup k abstinenci	Relapsy, částečná abstinence	Úspěšná abstinence, suché relapsy
Přístup adiktologa	Laskavý, nedirektivní, edukativní	Podpurný, reflexivní, proaktivní
Zdravotní stav v kontextu závislosti	Nízká sebereflexe, intelekt	Závažný stav, silná motivace
Význam chráněného prostředí DZR	Struktura, jistota skrze přísná pravidla a sankce	Bezpečný prostor k abstinenci a podpora zdravotního stavu
Formy spolupráce s adiktologem	Individuální spolupráce	Individuální a skupinová spolupráce

Přístup týmu	Direktivní, zaměřený na kontrolu a sankce	Podpůrný, koordinovaný, zaměřen na stabilitu, zohledňuje zdravotní stav
Povaha a projevy závislosti	Dlouhodobá závislost, impulzivní relapsy, nedostatek vnitřní motivace	Dlouhodobá závislost, trauma z dětství, suché relapsy, silná motivace k abstinenci

V tabulce č. 5 jsou vidět kontrasty případových studií AB a CD.

Stejnými klíčovými aspekty těchto dvou studií jsou:

- Dlouhodobá závislost na NL
- Přítomnost adiktologa jako podpůrný prvek
- Význam chráněného prostředí DZR
- Multidisciplinární tým a jeho jednotlivé subjektivní vnímání klientů

Rozdílnými klíčovými aspekty jsou:

- Povaha závislosti a její projev
- Přístup adiktologa
- Nejednotná spolupráce s týmem
- Zdravotní stav a motivace

U klienta AB a CD sdílejí dlouhodobou historii závislosti na NL, která zásadně ovlivnila jejich život. U klienta AB se závislost na alkoholu projevuje dlouhodobě, což vychází z jeho životních vzorců a možného duševního onemocnění. Jak naznačuje text: *„Před příchodem do DZR lze předpokládat jeho sociální, rodinné a behaviorální obtíže spojené se závislostí ale také zdravotní předpoklady klienta, kdy se můžeme domnívat, že vznik jeho vážného duševního onemocnění mohla závislost vzniknout, ale také nemusela.“* Podobně je u klienta CD zmíněna společná historie, která byla dlouhodobá a doprovázena traumatickými zážitky z dětství (např. fyzické násilí v rodině, absence zázemí, aj.). Je to hluboce zakořeněný problém, který přetrvává z minulosti a ovlivňuje jejich současnou situaci. **Adiktolog v obou studiích hraje podpůrnou roli, zaměřenou na individuální potřeby klientů.** U AB je jeho role popsána jako podpůrná a zaměřená na práci se spouštěči, nabízí prostor pro dialog a psychoedukaci.

U klienta AB zmírňuje dopady v porušování pravidel a u CD posiluje abstinenci – tento přístup ukazuje jeho konzistentní roli jako podpory v rámci péče o závislost. **O oba klienty se stará jeden multidisciplinární tým, který má jednotlivé subjektivní clientské vnímání.** Sociální pracovnice přes svou agendu vnímá nekonečný příběh s porušováním pravidel a prodlužováním Smluv o poskytování služby, jak sdělila: „*bojuji s tím, že to upozornění neměl dostat*“, zatímco vrchní sestra vidí problém v intelektu a sebereflexi. U CD tým reflektuje abstinenci různě. Sociální pracovnice ji považuje za úspěch díky prostředí a vrchní sestra zdůrazňuje jeho výkyvy zdravotního stavu a vyžadování pozornosti, s čímž souhlasí i bývalá adiktoložka, kdy klientovo momentální nastavení má velkou souvislost s jeho stavem. Povaha závislosti v zařízení je u klientů velkým kontrastem. I přes dlouhodobou závislost klient CD abstinuje, ale AB se stále projevuje, viz jeho celkem 4 porušení v DZR. Již zmíněný zdravotní stav se u klientů výrazně liší. Do zdravotního stavu můžeme zahrnout i nízký AB intelekt a sebereflexi k situaci, což může omezovat adiktologovy možnosti spolupráce. AB trpí vážným duševním onemocněním, zatímco CD má těžký diabetes, je slepý a trpí onemocněním ledvin, přesto má smysl v **motivaci** – např. díky vztahu s dcerou.

Z této interpretace závěru vnímání klienta týmem můžeme interpretovat roli adiktologa v přínosu podpory v abstinenci, nabídnutí individuálních rozhovorů, dále je vidno různé vnímání klientovy situace v závěrech interpretací MDT, tomuto se více věnuji v kapitole č. 11. Limitující v roli může být kontrast cílové skupiny, kdy toto zmiňuje i sociální pracovnice v expertní diskuzi. „*To vnímám jako velké téma u nás v zařízení, myslím, že se s tím potýkáme všichni. Je důležité ale nahlížet na klienta jako na osobu, která má spoustu potřeb, což znáš a limitem právě je ta specifická cílová skupina, se kterou se denně potýkáme.*“ Dále osobnostní nastavení klienta, které je nutno respektovat. Limitujícím v práci adiktologa může být zdravotní stav klienta, který je v obou případech vážný a odráží se od toho jejich vnímání okolního světa. Motivace hraje u obou klientů velkou roli. U klienta CD je očividnější, u klienta AB je motivace jiná. Je to dáno životními zkušenostmi a stavem, kdy u AB je smysl v rodině, ale silně omezená zdravotním stavem a u CD je i přes relapsy stále mířená na abstinenci, i přes krátké epizody relapsů a může být ovlivněna duševním onemocněním.

Z analýzy rozhovorů se členy MDT dále vplynuly další přínosy a současně také limity role adiktologa v zařízení a kategorie neutrální/ambivalentní.

K přínosům lze zařadit:

1. komplexnost a efektivita péče,
2. garance adiktologické péče,
3. odborné znalosti a kompetence,
4. podpora abstinence,
5. individuální klientský přístup,
6. mladý věk adiktologa jako výhoda.

Mezi limity patří:

1. nulová zastupitelnost,
2. osamělost role,
3. nejasná role,
4. náročnost cílové skupiny jako limit.

Do kategorie neutrální/ambivalentní pak bylo zařazeno:

1. mladý věk adiktologa jako nevýhoda,
2. náročnost cílové skupiny jako přínosná praxe.

DISKUZE

Tato diplomová práce vznikla na základě osobních preferencí, kdy jsem samotným adiktologem v multidisciplinárním týmu (MDT) v ojedinelé sociální službě v České republice, která pracuje s adekvátní mírou podpory klientům, kteří trpí závislostí, primárně alkoholickou a další duševní poruchou neboli duální diagnózou. Zkoumala jsem, jak již název práce napovídá, roli adiktologa v MDT, který obsahuje sociální pracovnice a vrchní sestru. Dále jsem si položila výzkumnou otázku, jaké přínosy může adiktolog poskytnout a jakým limitům může čelit.

Teoretický rámec této práce vychází z odborné literatury, která popisuje adiktologii, kompetence adiktologa, povahu závislosti a její rozpoznávání. Dále se zabývá MDT, jehož fungování Hrdá a Lejsal (2017) charakterizují jako spolupráci na společném cíli s vlastní dynamikou, vztahy a systémem sdílení informací, avšak často bez jasně vymezených rolí. Tato nejasnost se projevila i v naší analýze, například ve výroku kolegyně S1: *„Adiktologa vnímám jako podporu abstinence v chráněných podmínkách otevřeného zařízení, ale chybí nám reálný pohled, jak s klientem pracovat, a tak si na oddělení děláme závěry sami.“* Tento výrok naznačuje, že ačkoli je teoretická role adiktologa vymezena, v praxi jeho integrace do každodenní práce MDT často pokulhá. Tento rozpor může vést k nedostatečné podpoře klientů, zejména u náročné cílové skupiny s duální diagnózou. Například pracovníci bez adiktologova odborného pohledu nemusí rozpoznat zhoršující se zdravotní stav klienta, který by adiktolog mohl včas identifikovat a prokonzultovat s vrchní sestrou. Z organizačního hlediska taková nekonzistentní spolupráce oslabuje kvalitu péče a může demotivovat pracovníky. Adiktolog tak čelí výzvě, jak lépe komunikovat svou roli a zapojit tým do spolupráce. Zatímco literatura, například Kalina (2015), podrobně rozebírá kompetence adiktologa ve vztahu ke klientovi, méně pozornosti věnuje jeho začlenění do MDT a překážkám, které z toho plynou pro adiktologa i tým. Tato práce tyto výzvy identifikuje jako klíčové pro zlepšení praxe. Teoretický rámec dále vychází z odborné literatury a klinických doporučených postupů (KDP) pro péči o klienty s duálními diagnózami. Tyto standardy zdůrazňují komplexní přístup zahrnující diagnostiku, terapii a koordinaci péče o osoby se závislostí a souběžnými psychiatrickými poruchami, přičemž adiktolog přispívá k individualizované podpoře a prevenci relapsů.

Tento teoretický základ potvrzují praktická zjištění této práce, kde respondentky vnímají jeho přínos v prevenci relapsů a zkvalitnění péče o klienty s duální diagnózou, což odpovídá očekáváním systemické podpory definované v KDP. (Český adiktologický institut, 2024)

Publikace z dílny zahraniční agentury SAMHSA, která spadá pod Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb USA, nazývaná TIP 42 poskytuje komplexní rámec pro porozumění jejich činností a odpovědností. Podle tohoto dokumentu adiktologové vykonávají několik klíčových funkcí, které přispívají k efektivitě integrované péče. Adiktologové primárně hodnotí závislost a podílejí se na identifikaci souběžných duševních poruch. Prostřednictvím standardizovaných nástrojů, jako je například Addiction Severity Index (mezinárodní amnestický nástroj komplexního zhodnocení klienta při vstupu do léčby), shromažďují informace nezbytné pro vytvoření individualizovaného léčebného plánu. Tento proces je klíčový pro rozlišení symptomů vyvolaných užíváním návykových látek od příznaků duševních poruch, což umožňuje přesnější diagnostiku ve spolupráci s psychiatry a psychology. Další významnou oblastí adiktologické práce je poskytování intervencí zaměřených na změnu chování. Adiktologové využívají techniky, jako jsou motivační rozhovory, psychoedukace nebo kognitivně-behaviorální terapie, které pomáhají klientům zvládat chutě, předcházet relapsům a rozvíjet strategie pro zvládnutí stresu. Tyto intervence jsou často přizpůsobeny specifickým potřebám klientů s duálními diagnózami, což zvyšuje jejich efektivitu. Adiktologové také plní roli koordinátorů péče, kdy zajišťují spolupráci mezi různými odborníky, jako jsou psychiatři, psychologové a sociální pracovníci. Tato koordinace je nezbytná pro vytvoření komplexního přístupu, který zohledňuje jak farmakoterapii, tak psychosociální intervence a sociální podporu. TIP 42 zdůrazňuje, že adiktologové často působí jako „case manažeři“, kteří dohlížejí na kontinuitu péče a zajišťují, aby byly potřeby klienta adresovány na všech úrovních. Kromě přímé práce s klienty mají adiktologové významnou roli ve vzdělávání. Informují klienty a jejich rodiny o povaze závislosti, jejím vztahu k duševnímu zdraví a strategiích zvládnutí. Tím přispívají ke zvýšení povědomí a snižování stigmaty spojené s duálními diagnózami. Tato vzdělávací činnost je zvláště důležitá pro posílení podpory ze strany rodiny a komunity, což může pozitivně ovlivnit výsledky léčby. V neposlední řadě adiktologové podporují dlouhodobé zotavení prostřednictvím plánování pokračující péče a zapojení komunitních zdrojů. Podle TIP 42 tato činnost zahrnuje například propojení klientů s podpůrnými skupinami, peer pracovníky nebo sociálními službami, které pomáhají udržet stabilitu po ukončení intenzivní léčby. (SAMHSA, 2020)

Růžička a kol. (2014) ve své práci o doléčovacích programech zdůrazňují význam koordinace mezi zdravotními a sociálními aspekty péče, což adiktolog v MDT zajišťuje například konzultacemi s psychiatrem nebo tvorbou terapeutických plánů.

Tato koordinace je v souladu s bio-psycho-sociálním modelem závislosti, jak ho popisuje Chvála a Skorunka (2017) ve svém příspěvku o tomto principu většího porozumění onemocnění a projevuje se i v podpoře abstinence klientů AB a CD. Dále Šustková (2015) a Kalina (2015) dále upozorňují na komplexnost závislosti a potřebu neustálého vzdělávání adiktologů vzhledem k novým trendům v návykových látkách. Tento požadavek se v praxi potvrzuje, protože adiktolog v DZR musí reagovat na specifické potřeby klientů s bohatou léčebnou historií, což vyžaduje aktuální znalosti a flexibilitu. Celkově tato diskuze ukazuje, že teoretické standardy a literatura poskytují pevný základ pro roli adiktologa v MDT, ale praktická realita odhaluje mezery v jejich uplatnění, zejména v komunikaci a pochopení jeho kompetencí. Výsledky práce tak doplňují teoretický rámec o konkrétní výzvy, jako je osamělost adiktologa v týmu nebo potřeba psychohygieny, a otevírají prostor pro další výzkum zaměřený na optimalizaci jeho integrace do multidisciplinární péče.

Práce dále naznačuje, že věk a omezené zkušenosti adiktologa mohou být vnímány jako limit, což literatura přímo neřeší, ale lze to spojit s obecnou potřebou rozvoje dovedností v MDT, jak zmiňují Hrdá a Lejsal (2017). V diplomové práci je opakovaně zmiňován mladý věk adiktologa, což souvisí s tím, že obor Adiktologie na univerzitní půdě není dlouho etablovaný. První vystudovaní adiktologové se datují do roku 2008, takže k roku 2025 je nejstarším adiktologům kolem 40 let. Tito odborníci mají již značné množství praxe, která může být pro klienty jasným přínosem, ale nemusí být tolik otevřen novým metodám, technologiím jako ten nedávno vystudovaný. Zároveň pro kariéře mladšího adiktologa může být tato práce s touto cílovou skupinou velkou výzvou.

Roli adiktologa nám ukázala praktická část, která bádala nad rolí adiktologa. Práce porovnála přístup týmu na případových studiích, kde poskytla rozhovor i bývalá pracovníce na stejné pracovní pozici – adiktoložka. Dále práce ukazuje, nakolik může být rozdílný přístup zdravotních sester a sociálního pracovníka. Sociální pracovníce se zaměřuje na vztahy, pocit bezpečí a celkové potřeby klienta. Její přístup je často podpůrný, empatický a zaměřený na resocializaci klienta. Sociální pracovníce také zohledňuje individuální potřeby klienta a jeho schopnost začlenit se do společnosti, což může zahrnovat podporu při hledání bydlení a zaměstnání. Všeobecná zdravotní sestra se zaměřuje na zdravotní aspekty péče o klienta. Její přístup je často zaměřený na dodržování léčebných postupů a režimů. Poskytuje zdravotní péči, monitoruje zdravotní stav klienta a práci s klienty využívá techniky zdravotní edukace a motivace k přijetí zdravého životního stylu.

Rozdíly v přístupu k péči o klienty jsou často ovlivněny profesními rolemi a osobnostním nastavením jednotlivých členů týmu. Zdravotní sestry bývají často vnímány jako přísnější, což může být důsledkem jejich zaměření na dodržování léčebných postupů a režimů. Tento přístup je nezbytný pro zajištění zdravotní bezpečnosti klientů a dodržování léčebných plánů. Na druhé straně sociální pracovníce mají tendenci být více empatické a podpůrné, zaměřené na vztahy a celkové potřeby klienta. Tento přístup je klíčový pro podporu resocializace a zajištění pocitu bezpečí pro klienty.

Filipovská (2015) ve své kvalifikační práci poukazovala na problematiku léčby pacientů s duální diagnózou. Hlavním cílem bylo nalézt a zmapovat možné faktory, které léčbu komplikují. Vybádala, že vnímání podpory těchto klientů je zcela subjektivní k povaze jejich duální diagnózy a že často léčbu komplikují opakující se vzorce léčebných komplikací – např. příliš tvrdě nastavený režim, konflikty s pracovníky, nedostatečná citlivost k duálním diagnózám ze stran pracovníků. Tato práce reflektuje i tu mou, kde opakovaně já i ostatní pracovníce týmu zmiňujeme náročnost cílové skupiny, individualitu a opatrnost v přístupu. Kalina (2015) ve své publikaci zdůrazňuje, že adiktologická péče vyžaduje individualizovaný přístup a hluboké porozumění závislosti jako multifaktoriálního onemocnění. Tento teoretický pohled je v souladu s analýzou případových studií AB a CD, kde adiktolog pomáhá klientům chápat jejich situaci a podporuje jejich abstinenci. Martanová (2017) ve své diplomové práci, která se zabírala postupem sociálních služeb následné péče k podpoře osob s duální diagnózou, kdy cílem práce bylo zmapovat specifika přístupu, který zohledňuje komplexní potřeby těchto osob, identifikovat jejich faktory, jež tento proces komplikují a usnadňují. Zjistila, že adiktolog hraje klíčovou roli díky své odbornosti v podpoře abstinence a resocializace, kdy je nejdůležitějším přístupem individualita, citlivost a flexibilita. Dále práce přinesla poznatky v nedostatečné koordinaci služeb a občasných předsudků vůči klientům. Tato zjištění tedy korespondují s touto diplomovou prací, kdy všichni respondenti zmiňovali náročnost cílové skupiny s touto diagnózou, důležitost role adiktologa a potřebnost individuálního přístupu, jak ukazují obě případové studie AB a CD.

PŘÍNOSY A LIMITY

Výsledky této práce tak mohou sloužit jako podnět pro další diskuzi o optimalizaci role adiktologa v pobytových službách a zdůrazňují potřebu jasnější komunikace a vzdělávání všech členů týmu o jeho kompetencích.

Dále se otevírá diskuze ohledně trauma-informovaného přístupu, který uznává vliv traumatu na člověka a přizpůsobuje péči tak, aby byla bezpečná, podporující a respektující. V adiktologii tento přístup pomáhá lépe pochopit klientovy potřeby a zvyšuje šanci na úspěšnou intervenci. V MDT, jaký je popsán v této diplomové práci, by trauma-informovaný přístup mohl posílit roli adiktologa jako odborníka, který nejen podporuje abstinenci, ale také propojuje tým při práci s komplexními případy.

Mezi další limity patří krátkodobé sledování případů, které omezuje možnost posoudit dlouhodobé přínosy adiktologické péče, jako je stabilní abstinence či úspěšná sociální reintegrace. Například u prvního případu by prodloužené sledování po přechodu mimo strukturované prostředí DZR mohlo ukázat, zda abstinence přetrvává. Stejně tak u druhého případu by delší časový rámec mohl odhalit, zda opakované relapsy jsou pouze přechodnou fází, nebo systémovým selháním podpory. Tento limit naznačuje potřebu longitudinálních studií, které by lépe zachytily dynamiku závislosti a intervencí.

Dalším omezením je zaměření pouze na dvě případové studie. I když toto zaměření poskytuje hluboký vhled do jejich životních příběhů, neodráží rozmanitost klientů v DZR. Například absence případu ženy či klienta s jinou závislostí (např. patologické hráčství) zamezuje komplexnějšímu posouzení role adiktologa. Rozšíření vzorku by mohlo odhalit další přínosy, například flexibilitu adiktologa při práci s různými typy závislostí, ale i limity, jako je nedostatek specializace na méně obvyklé formy závislostního chování. Jedním z potenciačních limitujících faktorů této práce je skutečnost, že výzkum i jeho interpretace byly provedeny praktikujícím pracovníkem – adiktologem. Autorka je zároveň tedy v roli pozorovatele a jako jeho aktivní součásti. Toto může ovlivnit sběr dat, jejich vyhodnocení – směrem k hlubšímu porozumění kontextu, tak směrem vlastních zkušeností, vztahů s kolegy a profesního přesvědčení.

Tato diplomová práce může být přínosem pro zpracovávání kazuistik. Kazuistika poskytuje komplexní pohled na klienta, zahrnuje podrobné informace o jeho historii, anamnézách a specifických potřebách. Tento přístup umožňuje týmu lépe porozumět klientovi a efektivněji plánovat a poskytovat péči.

Kazuistiky podporují koordinaci péče, identifikaci rizikových faktorů a individuální přístup k péči o klienta, což zajišťuje komplexní a integrovanou podporu. Zpracování kazuistik by také zajistilo, že každý člen týmu má přehled o klientově situaci a může přispět k jeho péči na základě svých odborných znalostí. Tento přístup by mohl zlepšit celkovou stabilizaci a resocializaci klienta, protože by tým měl lepší porozumění jeho potřebám a problémům.

Zohlednění profesních rolí, osobnostního nastavení a individuálních zkušeností každého člena týmu by zajistilo komplexní péči, která podporuje celkovou stabilizaci a resocializaci klienta.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zaměřila na roli adiktologa v multidisciplinárním týmu v domově se zvláštním režimem, přičemž klíčovým cílem bylo prozkoumat jeho přínosy a limity při práci s osobami trpícími duální diagnózou. Zapojení adiktologa (jeho role) je popsána převážně v případových studiích a jeho přínosy a limity jsou interpretovány v doplňující expertní diskuzi, kdy adiktolog byl zachycen na úrovni práce v organizaci, s klienty a v multidisciplinárním týmu.

Teoretická část práce nastínila adiktologii jako samostatný obor s jasně definovanými kompetencemi podle zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášky č. 55/2011 Sb., které zahrnují prevenci, diagnostiku, terapii a koordinaci péče o osoby se závislostí. Byla popsána specifika závislosti a multidisciplinární spolupráce, která jsou nezbytná pro efektivní fungování v pobytových službách. V poslední řadě byla definována cílová skupina osob trpících duální diagnózou a péče, která je v souladu s doporučenými adiktologickými standardy pro péči o tyto osoby.

Praktická část nám ukázala, že adiktolog na úrovni organizace zajišťuje komplexnost péče ve spolupráci se zdravotním a sociálním úsekem, čímž garantuje adiktologickou péči. Limitujícími faktory jsou však nulová zastupitelnost, osamělost role, nejasně vymezené kompetence a nedostatečné pochopení jeho role ze strany vedoucích pracovníků, což může oslabit jeho postavení a vést k nedostatečnému využití jeho potenciálu. Na úrovni fungování týmu adiktolog přispívá spoluprací s psychiatrem, vedením individuálních a skupinových terapií, podporou resocializace klientů, vnášením odborných adiktologických znalostí a zapojením do všech oblastí péče sociální služby. Výroky respondentek potvrzují jeho přínos v intervencích a edukaci týmu. Limitujícím faktorem je neporozumění jeho kompetencím ze strany týmu, což může vést k překrývání odpovědností. Na úrovni práce s klienty je adiktolog klíčový díky své flexibilitě, znalosti technik prevence relapsů a podpoře abstinence, což je pro klienty se závislostí a specifickou životní historií zásadní. Dále limitující je náročnost cílové skupiny a v některých případech mladý věk adiktologa, který může komplikovat spolupráci.

Výsledky této práce ukazují, že role adiktologa v multidisciplinárním přístupu při péči o klienty v DZR je jednoznačně přínosná v mnoha ohledech nezbytná. Přínosy spočívají zejm. v odborném zacílení na problematiku závislosti, individuálním přístupu ke klientům a podpoře týmové spolupráce.

Limitem je naopak nevymezené kompetence, propojení s ostatními profesemi a potřeba systematického vzdělávání. Pro efektivní fungování je potřeba klíčové podpory ze stran vedení organizace, jasné vymezení kompetencí a kvalitní mezioborová spolupráce.

POUŽITÁ LITERATURA

BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria. 2006. *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*. In: Researchgate.net [online]. Bristol: University of the West England, 2006 [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology [cit. 2023-04-07].

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT, z.s. 2024. *Doporučené klinické postupy v adiktologii pro specifické cílové skupiny a specifické oblasti, a z hlediska dalších metod práce v adiktologii, Adiktologie u osob s duálními poruchami*. Online. Dostupné z: https://kdp-adiktologie.cz/wp-content/uploads/2024/11/11_BOX_XI_ADIKTOLOGIE-U-OSOB-S-DUALNIMI-PORUCHAMI_TITSUVCR936_V11_Nmet.pdf [cit. 2025-04-12].

DOMOV DOLNÍ ZÁMEK. Veřejný závazek. 2025. [online]. Dostupné z: <https://www.domovdolnizamek.cz/o-nas/verejny-zavazek/>. [cit. 2023-11-03].

FILIPOVSKÁ, Simona. 2023. *Práce s lidmi s duální diagnózou v Centrech duševního zdraví*. Online, Bakalářská práce, vedoucí PhDr. Hana Pazlarová, Ph.D. Praha: Univerzita Karlova, Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/179752/130351941.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2025-04-07].

HAVRDOVÁ, Zuzana a ZAMYKALOVÁ, Lenka. 2001. *Profesní struktura a kvalifikační předpoklady pracovníků v sociálních službách*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Dostupné z: <https://katalog.vupsv.cz/fulltext/Profes.pdf> [cit. 2025-04-07].

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. dopl. vyd. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HRDÁ, Karolína a LEJSAL, Matěj. 2017. *Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě*. Fórum sociální práce [online]. Roč. 10, č. 2, s. 75-80. Dostupné z: https://forumsocialni prace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2017/12/Hrda_Lejsal_75-80.pdf [cit. 2025-04-07].

HRDÁ, Karolína. *MDT v akci*. 2018. [online]. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/MDT_v_akci_A4_web.pdf [cit. 2025-02-09].

- CHVÁLA, Vladislav a SKORUNKA, David. (2017). *Bio-psycho-sociální přístup nabízí větší porozumění*. Interní medicína, 19 (1). Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/psy-201701-0009_Bio-psycho-socialni_pristup_nabizi_vetsi_porozumeni.php. [cit. 2025-04-17].
- KALINA, Kamil a MINAŘÍK, Jakub. 2015. *Duální diagnózy a psychopatologické komplikace*. In: Klinická adiktologie.
- KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. 2015. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-9791-5.
- LINCOVÁ, Dagmar a FARGHALI, Hassan. 2007. *Základní a aplikovaná farmakologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-373-0.
- MARTANOVÁ, Jana. 2017. *Specifičnost přístupu pracovníků sociálních služeb následné péče k podpoře sociální inkluze osob s duální diagnózou*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 64 s. Diplomová práce. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/hnq80/Martanova_Jana_-_Diplomka_Final_na_tisk.pdf. [cit. 2025-04-12].
- MATÉ, Gabor. 2020. *V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí*. Praha: PeopleComm. ISBN 978-80-87917-62-6.
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- MIOVSKÝ, Michal. 2016. *Obor adiktologie v mezinárodním kontextu Adiktologie*. Roč. 16, č. 3. ISSN 1213-3841. Dostupné z: https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/Editorial_Mioovsky_2016_3-2.pdf. [cit. 2024-12-10].
- MIŠOVIČ, Ján. 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor, Studijní texty*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-285-2.
- MKN-10. 2024. Mezinárodní klasifikace nemocí – Kapitola V: *Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99)* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2024-11-04]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F10-F19> [cit. 2024-11-04].
- MOLNÁR, Zdeněk; MILDEOVÁ, Stanislava; ŘEZÁNKOVÁ, Hana; BRIXÍ, Radim a KALINA, Jaroslav. 2012. *Pokročilé metody vědecké práce*. Online. Praha, ISBN 9788072590643. Dostupné z: <https://www.fri.uniza.sk/uploads/files/1412947772-Pokrocile-metody-vedecke-prace.pdf>. [cit. 2024-12-10].

- MPSV. 2019. *Doporučený postup č. 1/2019 pro služby odborné sociální poradenství v oblasti adiktologie*. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporu%C4%8Den%C3%BD_postup_%C4%8D_1_2019_pro_slu%C5%BEby_odborn%C3%A9_soci%C3%A1ln%C3%AD_poradenstv%C3%AD_v_oblasti_adiktologie.pdf/5662322e-3cdb-8c75-a192-ab3a16805aa1. [cit. 2024-12-08].
- NEŠPOR, Karel. 2007. *Craving (bažení) u návykových nemocí – jeho význam a léčba*. Online. Psychiatrie pro praxi. Roč. č. 1. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/08.pdf>. [cit. 2025-02-17].
- NEŠPOR, Karel. 2013. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál. ISBN 978-80-262-0189-2.
- NIDA. (2011). *Heroin Research Report: What are the long-term effects of heroin use?* [online]. National Institute on Drug Abuse. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/heroin/what-are-long-term-effects-heroin-use> [cit. 2024-11-05].
- PSYCHOTERAPIE PRAXE-INSPIRACE-KONFRONTACE. 2019. *Případová studie v psychoterapii*. Online. Roč. 13, č. 1. MUNI Brno, 2019. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/psychoterapie/issue/view/974/482>. [cit. 2025-02-20].
- REHM, Jürgen; HASAN, Omar; S.M.; E. BLACK, Sandra et al. 2019. *Alcohol use and dementia: a systematic scoping review*. *Alzheimer's Research & Therapy* [online]. 11(1), 1. ISSN 1758-9193. Dostupné z: <https://alzres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13195-018-0453-0> [cit. 2024-12-07].
- RŮŽIČKA, Michal; KLIMEŠOVÁ, Iva; WITTMANNOVÁ Julie et al. 2014. *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii*. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/282150565_Teorie_a_praxe_strukturovanых_dolecovacich_programu_v_adiktologii. [cit. 2024-11-07].
- RŮŽKOVÁ, Johana et al. 2023. *Podpora lidí s duální diagnózou*. Praha. ISBN 978-80-11-02592-2.
- ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textu: Čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.

SAMHSA. 2020. *Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders* (TIP 42). Dostupné z: <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep20-02-01-004.pdf>. [cit. 2024-04-10].

SOCIALNÍ PRÁCE. 2020. *Sociální pracovník domova pro seniory, domova pro osoby s mentálním postižením, domova se zvláštním režimem* [online]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-domova-pro-seniory-domova-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim-domova-se-zvlastnim-rezimem/> [cit. 2024-12-07].

ŠUSTKOVÁ, Magdaléna. 2015. *Genetická dispozice k drogovým závislostem a epigenetika*. In: KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*.

ŠVARC, Jiří. 2008. *Problematika léčby závislosti na alkoholu z pohledu psychiatra*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Roč. 9, č. 4. Praha: Solen, s.r.o. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/13.pdf> [cit. 2025-04-04].

ÚŘAD VLÁDY ČR. 2024. *Doporučené klinické postupy v adiktologii: Doporučené klinické postupy v adiktologii pro specifické cílové skupiny a specifické oblasti, a z hlediska dalších metod práce v adiktologii Adiktologie u osob s duálními poruchami*. Online. Dostupné z: https://kdp-adiktologie.cz/wp-content/uploads/2024/11/11_BOX_XI_ADIKTOLOGIE-U-OSOB-S-DUALNIMI-PORUCHAMI_TITSUVCR936_V11_Nmet.pdf. [cit. 2025-04-14].

ÚŘAD VLÁDY ČR. 2023. *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb*. Praha: Rozvoj adiktologických služeb. Dostupné z: <https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2021/06/Seznam-a-definice-vykonu-metodika-adi.pdf> [cit. 2025-04-08].

Vyhláška č. 421/2013 Sb. *Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů*. 2013. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-421/zneni-20140101?text=adiktolog> [cit. 2025-12-8].

Vyhláška č. 55/2011 Sb. *o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. 2011. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. [cit. 2025-12-12].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2019. *Strengthening the nursing workforce and integrated care in Czechia*. [online]. Dostupné z: <https://www.who.int/europe/news-room/18-12-2019-strengthening-the-nursing-workforce-and-integrated-care-in-czechia> [cit. 2025-12-12].

- ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 2003. Online. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/data/download/1341/6262/file/definice.pdf>. [cit. 2025-02-20].
- Zákon č. 108/2006 Sb. *o sociálních službách*. 2006. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2025-12-11].
- Zákon č. 40/2009 Sb. *Trestní zákoník*. 2009. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40> [cit. 2025-12-11].
- Zákon č. 96/2004 Sb. *o zákon o nelékařských zdravotnických povoláních*. 2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96> [cit. 2025-12-12].
- Zákon č. 167/ 1998 Sb. *o návykových látkách*. 1998. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-167> [cit. 2025-12-12].
- ZAOSTŘENO NA DROGY. *Dědičnost návykových závislostí*. 2007. Online. Roč. 5., č. 3. Praha, 2007. ISSN 1214-1089. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4609/583/Zaostreno_na_drogy_200703.pdf. [cit. 2025-12-12].