

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Mezioborová sociálně zdravotní
práce s klienty Centra metadonové
substituce Drop In**

Tereza Braunová, DiS.

Katedra sociální práce
Vedoucí práce: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.
Studijní program: Sociální a pastorační práce
Studijní obor: Sociální a pastorační práce

Praha 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem *Mezioborová sociálně zdravotní práce s klienty Centra metadonové substituce Drop In*, napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 8. 6. 2022

Tereza Braunová

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na téma „*Mezioborová sociálně zdravotní práce s klienty Centra metadonové substituce Drop In*“. Práce se dělí na část teoretickou a empirickou. Teoretická část si klade za cíl popsat aktuální situaci na drogové scéně a jasně definovat důležitost mezioborovosti v substituční léčbě. Empirická část je zaměřena na případovou studii práce s klientem Centra metadonové substituce Drop In. Cílem je poukázat na větší potřebnost individuální mezioborové práce s klientem v Centru metadonové substituce Drop In, o.p.s.

Klíčová slova

substituční léčba, sociální práce, ambulantní psychiatrické zařízení, Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s., mezioborovost, individuální práce s klientem

Summary

The bachelor's thesis is dedicated to „*Interdisciplinary social health work with clients of the Centrum metadonové substituce Drop In*“. The work is divided into theoretical and empirical part. The aim of the theoretical part is to describe the current situation on the drug scene and clearly define the importance of interdisciplinarity in substitution treatment. The empirical part shows a case study of work with the client of the Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s (Methadone Substitution Center). The aim is to point out the greater need for individual interdisciplinary work with the client in Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s.

Keywords

substitution treatment, social work, outpatient psychiatric facilities, Methadone Substitution Center Drop In, o.p.s., interdisciplinary, individual work with the client

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Haně Janečkové, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, za ochotu, vstřícnost a čas, který mi věnovala. Rovněž bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a lásku, které se mi dostávalo. Také svým kolegům a přátelům. V neposlední řadě chci poděkovat Bohu.

Obsah

Úvod	9
1. Aktuální pohled na problematiku drogových závislostí v ČR.....	11
1.1 Epidemiologie.....	11
1.2 Cíle a principy práce s drogově závislými.....	13
1.2.1 Principy práce s drogově závislými klienty.....	14
1.3 Nové přístupy k řešení drogové problematiky	15
1.4 Postoje veřejnosti.....	16
2. Mezioborový přístup v léčbě lidí s těžkou drogovou závislostí	18
2.1 Zdravotní péče v ambulantních adiktologických službách.....	18
2.2 Sociální práce v adiktologických zařízeních	20
2.2.1 Osobnost a role sociálního pracovníka v adiktologických službách.....	20
2.2.2 Využívané metody sociální práce s drogově závislými.....	21
2.2.3 Specifika při práci s drogově závislými	23
2.3 Druhy sociálních a zdravotních služeb a zařízení pro drogově závislé..	25
3. Substituční léčba.....	27
3.1 Pojem substituční léčby	27
3.1.1 Výhody či nevýhody metadonové substituce	28
3.1.2 Resocializace klienta v rámci substituční léčby	29
3.2 Historie substituční léčby ve světě	30
3.3 Vývoj substituční léčby v ČR.....	30
3.4 Substituční léčba v současnosti v ČR.....	31
3.5 Terapeutický proces v CMS Drop In.....	32
3.5.1 Jednotlivá substituční centra Drop In	32
3.5.2 Podmínky pro vstup do programu CMS Drop In	34
3.5.3 Nástup a ukončení léčby v CMS Drop In.....	34
3.5.4 Sociální práce v CMS Drop In	36
3.5.5 Případová sociální práce jako základní metoda v CMS Drop In.....	37
4. Shrnutí poznatků z teoretické části	39
5. Empirická část	40
5.1 Případová studie klienta K. K.	41
5.2 Stav před nástupem do léčby dle lékařské a sociální dokumentace	41
5.3 Průběh léčby zdravotní péče a sociální práce v CMS I. průběhu roku 2015–2017	43
5.3.1 Nástup do aktivizační služby s tréninkovým pracovištěm projektu Tvoje Šance - 2016	45
5.3.2 Sociální a zdravotní péče v CMS II. od roku 2017 do 2021	46
5.4 Současný stav klienta, jeho vzestupy, propady, sociální síť a rodina v letech 2021-2022	49
5.5 Kritické zhodnocení procesu metadonové substituce.....	52
Závěr.....	54

Seznam literatury.....	56
Přílohy	61
Příloha č. 1 – Vzor souhlasu – MUDr. Jiří Presl ředitel organizace	62
Příloha č. 2 – Vzor souhlasu – klient K. K.....	63
Příloha č. 3 – Vstupní pohovor s klientem Tvoje Šance	64
Příloha č. 4 – Individuální plán klienta	66
Příloha č. 5 – Pravidla CMS II.	68

Úvod

*„Myslím si, že drogy berou duši. Ted' už to vím a je pozdě.“
Martin, 24 let*

Tématem této diplomové práce je „Mezioborová sociálně zdravotní práce s klienty Centra metadonové substituce Drop In, o.p.s. (dále jen CMS Drop In). Substituční léčba je vnímána jako jedna z nadějí, jak pomáhat dlouhodobě závislým lidem nyní i v budoucnosti.

Drogy a drogová závislost je velkým tématem ve společnosti. Finanční podpora státu je v současné době po pandemii Covid-19 a válce na Ukrajině mnohem nižší. Podpora od individuálních dárců je téměř minimální a nadace¹ rovněž přispějí někde, kde si myslí, že je to potřebnější.

Celkový počet klientů CMS Drop In je 160, z toho je 90 pracujících na různé formy pracovních poměrů.

Během pandemie Covid-19 přišlo o práci 40 z těchto lidí a nepodařilo se jim nalézt jinou náhradu. Těm, co trpěli úzkostmi, se tyto stavy prohloubily a některým tyto stavy vyvstaly. Mnoho klientů si navyšovalo dávku metadonu, protože si již nebyli ničím jistí a měli strach.

Během války na Ukrajině do CMS Drop In přišlo 10 lidí z Ukrajiny, kteří měli zájem o léčbu. Problémy nastaly s vyšetřením, očkováním a dalšími prohlídkami, které na Ukrajině nejsou povinné. Vyvstala otázka, co s nemocí typu TBC a HIV. V České republice je 34 potvrzených případů HIV, kdežto na Ukrajině je toto číslo více než šestnáctkrát vyšší. To jsou aktuální otázky, se kterými se toto centrum a jeho zaměstnanci potýkají.

Drogovou závislost nelze vyléčit jednou tabletkou či jí poručit, aby přestala obtěžovat. Závislost neovlivňuje jen a pouze jedince jako takového, ale i jeho okolí. Je to otázka celé společnosti.

Pokud služby budou přeplněné, nové nebudou vznikat, pracovníkům budou snižovány úvazky či se jejich počet bude menšit, nezbývá než pracovat s těmito lidmi v základním módu a nastavení daného programu.

Cílem této práce je ukázat, že je potřeba s lidmi drogově závislými intenzivně mezioborově pracovat. Je potřeba přinést více finančních prostředků a posílit lidské zdroje (sociální pracovníky, adiktology). Otevřít

¹ Nadace Tesco, Nadace ČEZ, Výbor dobré vůle, atp.

nové adiktologické ambulance pro děti a mládež i dospělé. Mít možnosti podporovaného zaměstnávání, kde může klient získat ztracené pracovní návyky, posílit své kompetence a hlavně sebedůvěru. Práce ukazuje i na potřebu posílení individuální spolupráce sociálních pracovníků, adiktologů, terapeutů a zdravotníků, tedy mezioborové práce.

Bakalářská práce se dělí na část teoretickou, která se věnuje historii, ale i aktuálnímu pohledu na problematiku závislostí v ČR. Rovněž také mezioborovému přístupu, zdravotní a sociální péči a druhům služeb. V neposlední řadě se také věnuje substituční léčbě, a to ve světě, v ČR a přímo v CMS Drop In.

Druhou částí této práce je část empirická, kde je důkladně rozvedena, analyzována, zhodnocena a zreflektována případová studie práce s klientem metadonové substituce, a to od nástupu do této terapie až do současnosti. Cílem je poukázat na důležitost intenzivní mezioborové spolupráce s klientem a její pozitivní dopady.

Ve své práci jsem vycházela z odborné literatury, článků, odborných studií, legislativy a operačního manuálu CMS Drop In.

1. Aktuální pohled na problematiku drogových závislostí v ČR

Tato kapitola je věnována aktuálnímu pohledu protidrogové politiky u nás i ve světě, nastaveným cílům pro tento rok, novým přístupům a postoji veřejnosti k této problematice. Nejaktuálnější informace o drogové situaci v České republice lze nalézt v Souhrnné zprávě o závislostech v České republice 2021.

Jak bylo uvedeno v úvodu, nelegální návykové látky jsou zdrojem zdravotní zátěže a společenských škod. Statistiky uvádějí, že v důsledku kouření zemře až 18 tisíc osob. Konzumací alkoholu až 6 tisíc osob. Je tedy alarmující, že alkoholové a tabákové výrobky nejsou státem regulovány stejně tak jako jiné psychoaktivní látky, u kterých se uvádí, že zemře 100–150 osob za rok. Nelze opomenout, že užívání těchto látek má dopady na bydlení, zaměstnání, dluhovou problematiku a sociální okolí (Úřad vlády ČR, 2022, s. 7).

Národní politika se odkazuje na zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek a také na Úmluvu Světové zdravotnické organizace WHO o kontrole tabáku. Hlavní strategií, cílem a prioritou WHO, a tím pádem i naší národní politiky, je regulace tabákových výrobků, a to například monitoring užívání tabáku, důsledné zákazy kouření na veřejných místech, prevence kouření, ale i podpora služeb pro odvykání, a další (Úřad vlády ČR, 2022, s. 23).

Tato práce se věnuje protidrogové politice. Především blíže popisuje kvalifikovaná epidemiologická rozhodnutí v protidrogové politice.

1.1 Epidemiologie

Tato podkapitola si klade za cíl vysvětlit pojem epidemiologie týkající se zneužívání nelegálních návykových látek, historii a využití epidemiologických metod.

Ačkoli se epidemiologická metoda původně užívala výhradně pro studium přenosných nemocí, postupem času se rozšířila, aby zahrnovala příčiny a důsledky řady zdravotních problémů a zdravotního chování. Vznikla i tzv. sociální epidemiologie, zabývající se sociálními determinantami zdraví a nemocí.

Teprve v nedávné době došlo k využití epidemiologických metod ke studiu užívání a zneužívání drog. Po založení Národního institutu pro zneužívání drog (NIDA) v roce 1974 v USA se epidemiologie stala jednou z jeho prvních témat. (Institute of Medicine (US) Committee on Opportunities in Drug Abuse Research, 1996).

Epidemiologický výzkum je i nadále jedním z nejaktivnějších výzkumných programů v NIDA. Epidemiologické údaje o trendech v užívání a zneužívání nelegálních drog v průběhu času pomáhají měřit účinnost národního programu kontroly drog ve Spojených státech. Podle Zábranského se „*drogová epidemiologie zabývá rozšířením různých typů užívání drog v populaci, jeho příčinami a důsledky, vztahy mezi rozšířením užívání a zneužívání drog a zdravotními následky a efektivitou léčebných, zákonných a dalších intervencí, podnikaných s cílem snížit rozsah (zne)užívání drog a/nebo souvisejících škod.*“ (Zábranský, 2003, s. 13).

Epidemiologie týkající se zneužívání drog, se liší od tradičnějších epidemiologických studií infekčních nemocí tím, že zneužívání drog není všeobecně přijímáno jako téma zdraví. Jak je uvedeno výše, existují značné rozdíly, které se liší v lékařských názorech. Výzkumní pracovníci a lékaři běžně rozlišují tři úrovně drogového chování: užívání, zneužívání a závislost. Fáze zneužívání se dají snadno diagnostikovat (užívá každý den), zatímco fáze užívání je charakterizována svou frekvencí, množstvím a délkou trvání. Proto je užívání obecně nejsnadněji a nejpřesněji měřeno mimo klinickou praxi. Různé drogy mají různé vzorce užívání a přechod od užívání k zneužívání a k závislosti může být u různých drog velmi odlišný (např. heroin ve srovnání s marihuanou). (Institute of Medicine (US) Committee on Opportunities in Drug Abuse Research, 1996).

Dle Zábranského drogová epidemiologie odpovídá na řadu klíčových otázek, které mají vyvolat reakci ve společnosti, a to např. Jaký je rozsah užívání drog? Jaká je povaha užívání drog a jaké jsou typické modely abusivního chování? Jaké vlastnosti vykazují osoby užívající drogy? Jak se vyvíjejí trendy užívání drog v čase a jak tyto trendy ovlivňují vlastnosti uživatelů drog a modely abusivního chování? „*Epidemiologický výzkum slouží také jako mechanismus zpětné vazby: určuje, zda byla opatření přiměřená a zda byly prostředky vynaloženy efektivně*“ (Zábranský, 2003, s. 13).

Nutno však říci, že „drogová situace“ je dynamickým jevem, který se neustále dokola mění. Mění se rovněž způsoby užívání drog, jejich dostupnost, čistota, cílové skupiny uživatelů, a také se znovu objevují staré drogy a nalézají

se nové způsoby jejich užívání. Toto všechno se musí brát v potaz a protidrogová politika na to musí reagovat/aktualizovat (Zábranský, 2003, s. 13).

1.2 Cíle a principy práce s drogově závislými

Celá tato kapitola odkazuje na trendy drogové politiky, a to nejen u nás, ale i v zahraničí. V západních zemích je péče o drogově závislé ovlivněna společensko-politickým naladěním. V České republice vychází protidrogová politika z represivního přístupu, který je doplněn o nabídku různých léčebných programů. Samotné cíle a principy práce jsou protidrogovou politikou formulovány vždy v Národní strategii protidrogové politiky, a to na různá období (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010, s. 212–213).

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 definuje politiku pro oblast závislostního chování „...jako komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně opatření vymáhání práva, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Jejím účelem je koordinovaným a vědeckými důkazy podloženým přístupem předcházet negativním důsledkům spojeným se závislostním chováním a snížit škody (zdravotní, sociální, ekonomické, nehmotné) působené závislostním chováním jak pro jedince, tak pro společnost, včetně dopadů na veřejné rozpočty, a posílit tak blahobyt (well-being) obyvatel ČR“ (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním, 2019, s. 5).

Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 navazuje na předchozí strategii na období 2010–2018, která byla ve své účinnosti dvakrát aktualizována, a to ve smyslu integrace témat nelegálních drog, alkoholu, tabáku a hazardního hraní. Obě tyto strategie jasně definují své čtyři cíle:

1. Snížit míru experimentálního a příležitostného užívání návykových látek zejména mladými lidmi, snížit míru hazardního hraní mezi dětmi a mládeží.
2. Snížit míru problémového a intenzivního užívání návykových látek a problémového hráčství v populaci.
3. Snížit rizika spojená s užíváním návykových látek a s problémovým hráčstvím pro jedince a společnost.

4. Snížit dostupnost návykových látek zejména pro mladé lidi, posílit zákonnou regulaci hazardního hraní (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním, 2019, s. 5–6).

Stanovené cíle ze zmiňovaného roku 2010–2018, bylo náročné vyhodnotit, a to z důvodu šíře těchto témat. Avšak lze konstatovat, že míra užívání nelegálních návykových látek neklesá. Stejně tak užívání alkoholu a tabákových výrobků, problém zůstává ve snadné dostupnosti pro mladistvé. Je zde enormní nárůst v hazardním hraní v online podobě v celoevropském měřítku. Je samozřejmostí, že hraní „automatů“ již není zajímavé, pohodlnější je online hraní. Velké pozitivum je, že se podařilo schválit Rámcovou úmluvu WHO o kontrole tabáku, transponovat směrnice 2014/40/EU a byl přijat zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Rovněž se podařilo schválit zákon o plošném zákazu kouření v restauracích. V neposlední řadě vyšel také zákon o regulovaném hazardním hraní, díky němuž již nejsou dostupné herní automaty (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním, 2019, s. 5–6).

Objevují se velké nedostatky v oblasti školské primární, selektivní i indikované prevence, kdy je potřeba lpět na zavedení nových preventivních témat, a to například téma netolismu (online hraní), bezpečného internetu, atd. Rovněž se objevuje nízká dostupnost adiktologických služeb, zejména zdravotnických ambulantních služeb a programů sociální reintegrace uživatelů návykových látek. (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním, 2019, s. 5–7).

1.2.1 Principy práce s drogově závislými klienty

Principy práce s drogově závislými se různí podle druhů sociálních služeb. Například principy terénních sociálních služeb pro drogově závislé jsou stavěny na vyhledávání či návštěvě klienta v jeho přirozeném prostředí, dále pak upřednostnění sociální pomoci nad sociální kontrolou, dobrovolnost klienta při využití služby, bezplatnost a nejdůležitějším principem je samozřejmě autonomie klienta a jeho svobodná vůle. Každý terénní sociální pracovník by měl být kvalifikovaný pracovník v oblasti sociální práce, etického kodexu, práva, atd. Každý pracovník by měl být samozřejmě proškolen na téma standardů kvality v sociálních službách (Janoušková a kol., 2008, s. 479-480).

Principy práce s drogově závislými v centrech metadonové substituce, která jsou primárně zdravotními službami, jsou založeny převážně na metodách

tzv. harm reduction (snižování poškození), které jsou blíže vysvětleny v kapitole 2.2.3. V centrech metadonové substituce jsou výrazně doporučovány, a to z důvodů minimalizace rizik a postupného zvyšování malých kroků. Je potřeba také zmínit, že metody harm reduction nepřinášejí pouze samá pozitiva, ale i negativa, jako je například stagnace klienta, podpora užívání nelegálních návykových látek, atd. Lze také mluvit o krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé léčbě. Principy práce jsou rovněž založeny na spolupráci dalších odvětví, jako sociální poradenství, dluhové poradenství, psychoterapie, rekvalifikace, ošetrovatelské služby, atd. Obecně však lze říci, že principy léčby závislosti na opioidech jsou odvozeny od kombinace fyzických, psychologických a sociálních dimenzí, což je velmi náročné. Pro překonání je potřeba brát tyto tři aspekty v potaz (Kalina, 2008, s. 103–104).

Pacienti obvykle vyžadují dlouhodobé nebo opakované epizody péče, aby dosáhli konečného cíle trvalé abstinence a obnovy svého života. Vědecký výzkum a klinická praxe skutečně prokazují hodnotu pokračující péče při léčbě závislosti, přičemž různé přístupy byly testovány a integrovány v rezidenčním a komunitním prostředí. Americká studie od psychologa George Hagmana poukazuje na pět základních principů metadonové substituce:

1. Koordinace péče.
2. Využití poradenského vztahu.
3. Pozornost věnovaná fázi zotavení.
4. Struktura a flexibilita.
5. Usnadnění vynalézavosti pacienta a sociální zotavení.

Rovněž je potřeba zahrnout intervence zaměřené na počáteční fázi léčby, léčbu samotnou a rehabilitační práci (Hagman, 1994, s. 6).

1.3 Nové přístupy k řešení drogové problematiky

S odkazem na předchozí kapitoly je potřeba zmínit i nové přístupy, které protidrogová politika zaujímá. Zmíněný přístup harm reduction (podrobněji se tomuto výrazu věnuje kapitola 2.2.3), je třeba uplatňovat nejen v oblasti nelegálních návykových látek, ale i těch legálních, jako jsou alkohol a tabákové výrobky. Jak je již uvedeno výše, současný trend zneužívání návykových látek ustupuje od nelegálních látek, a roste užívání legálních látek. Je potřeba cílit v rámci primárních prevencí, ale také snižovat škody již zmíněným přístupem harm reduction. Velké téma poslední doby, které se rovněž objevuje, je užívání

či nadužívání psychoaktivních léků. Je tedy potřeba zvýšit gramotnost veřejnosti a informovat je o možných zdravotních rizicích nadužívání. Nové přístupy se dotýkají rovněž cenotvorby, daní a marketingu u alkoholu, tabákových výrobků, hazardních her a samozřejmě již několikrát zmíněné navýšení sítě adiktologických služeb. Tyto nové přístupy, uvádí také, že některá tato doporučení je možné zavést v krátké době. Je potřeba zmínit, že národní politika má několik dalších dílčích cílů. Jimi jsou již zmiňované látky a také prevence a včasná identifikace rizik, regulace reklam na alkohol, a další (Úřad vlády ČR, 2022, s. 7).

Tématem této práce je mezioborovost, substituční léčba a adiktologické služby. Práce klade důraz na nové přístupy právě v adiktologických službách, ve kterých jsou programy různých typů služeb, a to preventivní, sociální, zdravotní, výchovně pedagogické.. Silnou stránkou se jeví právě ona mezioborovost. Problematické je, že tato mezioborovost je neslučitelná v rámci jednoho programu a je zde také značně nízká touha po spolupráci v rámci jednotlivých resortů. V roce 2021 předložil Úřad vlády projekt, kde je uvedeno několik návrhů ke zkvalitnění těchto adiktologických služeb. Opět je zde uvedeno, že služby nejsou v současné době nedostačující (Úřad vlády ČR, 2022, s. 33).

1.4 Postoje veřejnosti

Jak již vyplývá z předchozí kapitoly, postoje veřejnosti k užívání legálních návykových látek jsou značně tolerantní. Poslední výzkumy dokládají, že česká společnost z 90 % považuje za normální užívání alkoholu. Pouze 10 % by zakázalo reklamu na lihoviny (Úřad vlády ČR, 2022, s. 53).

Očekávání široké veřejnosti od substituční léčby je okamžitá abstinence od drog a zařazení se do společnosti. *„Abstinence je důležitým dlouhodobým cílem, ale tento pohled na léčbu neodráží adekvátně ani složitost drogové závislosti, ani delší dobu léčby, kterou někteří lidé požadují“* (Drogy info, Studie, s. 5).

Kladení důrazu na abstinenci svým způsobem znehodnocuje ostatní úspěchy, kterých je možné během léčby dosáhnout. Studie dokazují, že u většiny substitučních center je nutné se soustředit na:

- Snižování nezákonného užívání drog.
- Snižování rizika infekčních onemocnění.
- Zlepšení fyzického a duševního zdraví.

- Omezování trestné činnosti.
- Integrace do pracovního a vzdělávacího procesu.
- Zlepšení fungování ve společnosti.

A to bez toho, aby jedinec nutně přestal drogu užívat (Drogy info, Studie, s. 5).

Již v roce 2015 poukazoval Zdravotnický deník na nízkou informovanost veřejnosti. Zdravotnický deník dále uvádí, že „z celkem 11 tisíc uživatelů opiátů je jich v ČR na substituční léčbě jen 30 %, což je v porovnání se západními zeměmi polovina“ (Zdravotnický deník).

Oproti jiným Evropským zemím zaostáváme o 30 % v počtu léčících se pacientů na substituční léčbě. Představa, že užívání návykových látek absolutně snížíme, je dle odborníků chybná a nefunkční. Odborná veřejnost se musela po zavedení substituční léčby velmi posunout a akceptovat ji. Důležité bylo nastavit si cíl léčby, který bude odlišný od ideálních představ celoživotní abstinence. Velká diskuze se otevřela na téma podávání substituční náhražky, vytažení závislého člověka z rutiny léčby a možnost jeho integrace do společnosti bez úplné abstinence. „U závislého člověka se prostřednictvím substituční léčby stabilizuje jeho stav, a pak se pracuje na jeho motivaci a životním stylu, k čemuž je často potřeba čas v řádu let, nežli je ovlivněn tak, aby třeba začal úplně abstinovat,“ vysvětluje MUDr. Vratislav Řehák ze zdravotnického zařízení REMEDIS (Zdravotnický deník).

Rovněž věcným tématem je rozšíření substituční léčby nejen na opiáty, ale na metanfetamin. Substituční léčba má absenci ve 25 okresech, chybí například finanční podpora od státu, vhodné prostory, atd. Statistiky prováděné v USA a Velké Británii mluví naprosto jasně. Na každou jednu vydanou libru na substituční léčbu připadají tři ušetřené libry na jakýkoliv výkon státu/společnosti. Studie dokazují, že „půlroční náklady společnosti na neléčeného uživatele drog tvořily 21 500 USD, na uvězněného uživatele 20 000 USD a na jedince docházejícího na ambulantní metadonovou terapii 1 750 USD.“ (Drogy info, Studie, s. 5).

2. Mezioborový přístup v léčbě lidí s těžkou drogovou závislostí

Předešlá část této práce se věnovala aktuálnímu pohledu na problematiku drogových závislostí. Protidrogová politika uvádí silné stránky právě v oné mezioborovosti. Avšak také uvádí, jak je těžké toho dosáhnout. Tato část je zaměřená na specifikum zmíněné mezioborovosti.

Většina drogových služeb je na hranici sociálních a zdravotních služeb a v některých případech nelze říci, co je péče zdravotní a kdy se už jedná o péči sociální. V současnosti je poskytování těchto služeb nedostačující.

Léčba a sociální rehabilitace nabízí velké množství různých metod a přístupů, ale ne všechny tyto metody jsou přínosné. Rozhodně by měli korespondovat a komplexně reagovat na daný problém a potřebu klienta. Tato komplexnost vyžaduje důslednou aplikaci mezioborového přístupu, který bude reflektovat požadavky nejen ze strany klientů a jejich okolí, ale i požadavky ze stran poskytovatelů a donátorů. Vzhledem k tomu, že bio-psycho-sociální přístup se v odborné společnosti řeší již po desetiletí, *„nestačí tedy například v detoxifikačním programu vycházet z nejmodernějších poznatků v oblasti farmakoterapie a zapomínat, že bez vhodné podpůrné a motivační psychoterapeutické komponenty nebude mít výsledek programu velkou šanci na úspěch. Stejně tak jako sebelepší psychoterapeutická intervence není k ničemu, když se nebudeme zajímat o to, zda našemu klientovi současně nehnisají pod košili žíly, nebo zda se nenachází v pokročilém stádiu rozvoje infekčního onemocnění“* (Kalina, 2003, s. 15).

Stejný princip platí u sociální práce, je důležité provázání těchto oborů. Provázanost těchto oborů je předpokladem pro dobře nastavené služby (Kalina, 2003, s. 16).

2.1 Zdravotní péče v ambulantních adiktologických službách

Zdravotní péče v adiktologických službách se váže na zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Odborná způsobilost lékařů a sester je dána vyhláškou č. 185/2009 Sb. Odborná způsobilost adiktologů je rovněž dána Zákonem o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k

výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů Zákonem č. 96/2004 Sb.

Definice adiktologické služby *„je poskytována v různých procedurách, výkonech, které se často slučují do skupin jako programy. V rámci adiktologické služby se tak vytvářejí menší celky – slouží různým cílovým skupinám, nebo se týkají jiného dílčího cíle“* (Česká asociace adiktologů, 2013, s. 6). V adiktologických službách lze nalézt různé formy intervencí: komplexní diagnostika, individuální a skupinová psychoterapie, farmakoterapie, socioterapie, sociální práce, rodinná terapie, poradenství a edukace příbuzných a rodin osob trpících návykovými poruchami nebo které jsou jimi ohroženy, a dalších léčebných metod dle specifických potřeb pacientů/klientů. Dlouhodobost a individualita je velmi významná pro minimalizaci zdravotních (relapsů) a sociálních důsledků (Česká asociace adiktologů, 2013, s. 6).

Definice psychoterapie *„je léčebná činnost, při níž psychoterapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění“* (Vybíral, Roubal, 2010, s. 30). Psychoterapie v České republice, na rozdíl od jiných zemí, není samostatným oborem. Jedná se o účinnou metodu, jak pomoci lidem v různých odvětvích. Je založena na individuálním přístupu klienta a terapeuta (Společnost poddané ruce, 2019, s. 59–65).

Adiktologické služby lze rozdělit na ambulantní, pobytové a terénní. Do ambulantních patří služba lékařská, zdravotnicko-nelékařská a stacionáře. Do lékařských lze zařadit například lékařskou ordinaci pro návykové poruchy. Cílem je léčebná a preventivní péče, farmakoterapie, možnosti individuálních a skupinových psychoterapií, samozřejmostí je i sociální práce. Jedná se o tzv. komplexní přístup. Do nelékařské ambulantní služby lze zařadit adiktologické ambulance. Cílem těchto ambulancí je zdravotní péče, minimalizace rizik, intervence, edukace, externě zajištěná psychiatrická a psychologická péče, opět se jedná o komplexní přístup. V neposlední řadě adiktologický stacionář, jehož cílem je skupinová psychoterapie, principy terapeutické komunity, a další. Do pobytových lze zařadit jednodenní péči (stabilizace), detoxifikaci, krátkodobou a střednědobou odvykací léčbu, rezidenční léčbu v terapeutických komunitách (Česká asociace adiktologů, 2013, s. 35-41).

Psychiatrická společnost jasně definovala postupy pro léčbu závislostí z oboru psychiatrie, tak zvané standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Je jasně stanoven postup a léčba při léčbě závislosti z oblasti psychoterapie a psychosociální intervence,

farmakoterapie včetně substituční léčby a harm reduction. Zdůrazňuje se význam psychiatrické pomoci, která je potřebná ve stavech intoxikace, toxické psychózy a odvykání. Rovněž psychiatrické komorbidity (přítomnost jednoho či více onemocnění vyskytujících se současně s primárním onemocněním – duální onemocnění), jako deprese, poruchy příjmu potravy, sexuální identity, atd. Novelizací adiktologické části těchto postupů byl pověřen MUDr. Popov. Jedinou výjimkou je substituční léčba, kdy je zde úvaha o novele tohoto standardu, a to z důvodu modernizace, dle aktuálního vývoje substitučních programů (Česká asociace adiktologů, 2013, s. 15).

2.2 Sociální práce v adiktologických zařízeních

Pojem sociální práce „je na praxi založená profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost a posílení a osvobození lidí. Pro sociální práci jsou zásadní principy sociální spravedlnosti, lidský práv, kolektivní zodpovědnosti a respekt k rozmanitosti. Spojuje lidi a sktruktury, aby se zabývali životními těžkostmi a výzvami a zvyšovali životní pohodu. Opírá se přitom o teorii sociální práce, společenských a humanitních věd a o lokální znalosti“ (Nepustil, Geregová, 2020, s. 36–37).

Sociální práce v adiktologických službách má svá specifika, která jsou uvedena níže. I když je cesta k uzdravení složitá, je zde několik způsobů, jak sociální pracovníci léčí závislost a pomáhají svým klientům překonat zneužívání návykových látek. Problémy se závislostí na látkách nevznikají přes noc, ale jsou tvořeny řadou faktorů, které jednotlivce ovlivňují různými způsoby. Sociální práce je velmi důležitou součástí léčby, pomáhá klientovi řešit či napravit složité problémy, které zanechal ve svém světě, a do kterých se bude muset vrátit (Kalina, 2003, s. 257).

2.2.1 Osobnost a role sociálního pracovníka v adiktologických službách

Definici toho, jaký by měl sociální pracovník být, nejlépe vystihuje Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR. Sociální pracovník by měl „respektovat jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické

přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti“ (Společnost sociálních pracovníků ČR, 2006).

Sociální pracovníci v oblasti zneužívání návykových látek bývají převážně sociálními jedinci, což znamená, že se jim daří v situacích, kdy mohou s lidmi komunikovat, přesvědčovat je nebo jim pomáhat. Bývají také investigativní – jsou to docela zvědaví a zvědaví lidé, kteří často rádi tráví čas sami se svými myšlenkami. V neposlední řadě mají vysoké skóre v otevřenosti, čemuž lze porozumět tak, že jsou obvykle zvědaví, nápadití a oceňují rozmanitost. Mívají také vysokou míru sociální odpovědnosti, což naznačuje, že chtějí spravedlivé výsledky a mají obecný zájem o ostatní. Role sociálních pracovníků v adiktologických službách je rolí terapeutickou, administrativní, motivační, diplomatickou, manažerskou, a další. Záleží vždy na specifikaci drogové služby (Kalina, 2003, s. 273).

Každý kvalitní sociální pracovník by měl být empatický (schopnost vcítit se do situace klienta), autentický (pravdivý a upřímný ve svých projevech) a akceptující (schopnost přijmout klienta takového, jaký je). Pokud sociální pracovník s těmito vlastnostmi přistupuje ke klientovi, stává se pro něj důvěryhodným a na základě důvěryhodnosti je zde možnost se svěřit a nechat si pomoci. Samozřejmě je zde také důležitá dostatečná kvalifikace z oblasti drogové problematiky. Je však velmi důležité se neustále v této oblasti rozvíjet, to znamená využívání pravidelných intervizí, supervizí, ale i dalšího vzdělávání (Kalina, 2003, s. 273).

2.2.2 Využívané metody sociální práce s drogově závislými

Společnost Podané ruce o.p.s. vydala skrze Úřad vlády Metodiku moderních metod sociální práce a síťování² v adiktologických službách. U zmiňovaných metod byla zohledněna četnost jejich využívání v praxi, a to na základě zkoumání ještě před zpracováním této publikace.

Definice kontaktní práce: *„Základním cílem je navázání kontaktu s klientem a vytvoření komunikace založené na důvěře a otevřenosti. Postupně se buduje důvěra klienta k zařízení či programu a obecně k možnosti využít odborné pomoci. Ke kontaktní práci patří i poučení klienta o účincích psychoaktivních látek, možných důsledcích jejich užívání a závislosti, rizicích aplikace,*

² Získávání spolupráce s jinými organizacemi v rámci kraje, městských částí, atp.

informace o bezpečnějších způsobech užívání drog, bezpečném sexu, přenosných nemocech a dalších tématech. Prohloubeného kontaktu lze využít k nastolení otázky změny rizikového chování (výměna injekčního náčiní, motivace k návštěvě odborného zařízení). Kontaktní poradenství, i když často jednorázové nebo nesystematické, pomáhá u konkrétního klienta definovat určitý problém zdravotní, psychologický, sociální či právní, navrhuje možnosti řešení a zajišťuje asistenci směrem ke zdrojům odborné pomoci“ (Společnost Podané ruce o.p.s., 2019, s. 30).

Smyslem kontaktní práce je být v kontaktu s klienty, kteří užívají nelegální návykové látky. Pracovníci navazují kontakt v přirozeném prostředí klienta. Jednou z důležitých vlastností kontaktních pracovníků jsou komunikační dovednosti, na základě kterých oslovují klienty. To také napomáhá k navození důvěry mezi pracovníkem a klientem a následné pomoci při vyřizování dokladů, zdravotního ošetření, sociálních dávek, hledání bydlení či práce. Kontaktní práce se drží dvou základních principů human rights (lidská práva) a harm reduction (snižování rizik) (Společnost Podané ruce o.p.s., 2019, s. 30–36).

Další metodou je **Streetwork** (terénní práce), kdy pracovníci pracují s klienty v jejich přirozeném prostředí. Poskytují převážně pomoc na ulici, v bytech, stanových městečkách, sanitkách, atd. Zaměřují se na výměnu stříkaček, poradenství v oblasti zdraví a bezpečnějšího užívání drog, distribuují zdravotnický materiál, případně provedou drobná ošetření, poskytují sociální poradenství a pomoc při řešení nepříznivých životních událostí. Kontaktní práce a podmínky vykonávání jsou ukotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Veškeré tyto služby jsou poskytovány anonymně a bezplatně (Společnost Podané ruce o.p.s., 2019, s. 37–42).

Sociální poradenství je rovněž zakotveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Toto poradenství se dělí na základní a odborné. *“Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž*

způsob života může vést ke konfliktu se společností“ (Zákon o sociálních službách).

Sociální poradenství s cílovou skupinou drogově závislých je využíváno mezioborově. Tuto službu mohou využívat, jak sami klienti, tak i jejich přátelé či rodinný příslušníci, kterých se situace klienta dotýká. S klientem se nejčastěji pracuje na stanovení a plnění konkrétních cílů (Společnost Podané ruce o.p.s., 2019, s. 42–50).

Případová práce je komplexní přístup ke klientovi, který na něho nahlíží komplexně a zaměřuje se na jeho silné stránky. Nevnímá pouze jeho, ale i jeho široké okolí, rodinu, komunitu, atd. Skládá se ze sociálního poradenství, krizové intervence, mediace, case managementu a dalších přístupů. Je zde snaha o zlepšení životní situace klienta a o pomoc s řešením jeho problémů, které negativně ovlivňují jeho život. Základem práce s klientem je nastavování individuálního plánu a plnění cílů. To probíhá ve vzájemné spolupráci. Po nastavení těchto krátkodobých a dlouhodobých cílů nastává fáze realizace plánů. Pro klienta s drogovou závislostí je mnohdy velmi náročné dané cíle splnit. Potřebuje podporu či doprovod. Následuje vyhodnocování nastavených cílů a ukončení spolupráce (Společnost Podané ruce o.p.s., 2019, s. 50–59).

2.2.3 Specifika při práci s drogově závislými

Mimo teorií a modelů sociální práce je důležité zmínit i specifika práce s klientem a možnosti či způsoby, jak s klienty substitučních programů pracovat. Ve všech přístupech je však důležitá komunikace s klientem, prvokontakt navázání důvěry, důležité je i pochopení a naladění se na klienta. Je důležité si dát pozor na neverbální projevy. Tato cílová skupina je značně empatická a vnímavá, ale i velmi nedůvěřivá a manipulativní (Úlehla, 1999, s. 57).

Je důležité zde zmínit několik pojmů/metod, které se aktivně využívají při práci s dlouhodobě závislými. Atmosféra změny – pojem, který přichází z humanitní psychologie Carla Rogerse. Jedná se o nastolení takového prostředí/prostoru klientovi, který ho motivuje ke změně. Je důležité, aby se v daném prostředí cítil klient bezpečně, aby pro něj bylo důvěryhodné. Úkolem pracovníka je nechat klienta volně mluvit a přemýšlet o tom, kdo je a co dělá, aniž by pracovník udával směr či ho hodnotil. Druhým krokem je možnost klienta získat kritickou zpětnou vazbu, ale nenásilnou formou. Dlouhodobí uživatelé často nemusejí mít srovnání mezi jejich životním stylem a běžným stylem nastaveným společností. *„Zde je místo pro pracovníkovu intervenci,*

kteřá v bezpečném prostředí poskytuje klientovi zpětnou vazbu a pomáhá mu zasazovat jeho potřeby a chování do reálných souvislostí. Pokud se pracovníkovi podaří vhodně namíchat obě dvě tyto složky, poskytne klientovi ideální prostor pro hledání motivace ke změně jeho závislého chování“ (Čermák, 2014, s. 24).

Bezpečně prostřední a prostor pro klienta a jeho uvědomení si sama sebe jsou specifikovány v předešlém odstavci. Následně je potřeba zjistit klientovy léčby, pobytové služby, psychoterapie či také možnost, že do léčby nenastoupil a jeho jediná motivace ke změně životního stylu/nastavení bylo uvědomění si, že mu návykové látky ničí zdraví. Takovýto jev lze definovat jako krátkou intervenci. Již v tuto chvíli může být klient motivován ke změně. Jednou z technik, která se používá, je technika Kolo změny, jehož autory jsou psychiatři James Prochazka a Carlo DiClemente. Skrze tuto techniku jsme schopni zjistit, v jaké fázi motivace se klient nachází a jak dále s klientem pracovat. Lze zde rovněž vyzorovat relaps a cyklus nalézání a ztracení motivace. Musíme si uvědomit, že motivace není rysem osobnosti člověka, ale stav připravenosti ke změnám. V neposlední řadě je potřeba s klientem pracovat na prevenci k návratu k závislostnímu chování, tzv. relapsu. Techniky prevence relapsu stavějí především na metodách práce Kognitivně behaviorální terapie (Čermák, 2014, s. 25).

Dalším specifickým pojemem je Public health (veřejné zdraví) – *„Přístup zaměřený na ochranu a podporu zdraví ve společnosti. Vychází z pojetí zdraví jako veřejného statku. V oblasti zneužívání drog se zaměřuje na prevenci šíření HIV a virů hepatitidy B a C nesterilním injekčním užíváním a nechráněným pohlavním stykem.“* (Kalina, 2001, s. 90).

Harm reduction, neboli minimalizace škod či snižování poškození, je pojem, který se obvykle nepřekládá do českého jazyka a vychází z principů modelu Public health. Pojem se týká řady politik veřejného zdraví navržených ke zmírnění negativních sociálních a/nebo fyzických důsledků spojených s různými lidskými chováními, jak legálními, tak ilegálními. Přístup se nezabývá pouze zdravotní stránkou klienta, ale i jeho bio-psychosociální-sprituální úrovní. *„HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti“* (Kalina, 2001, s. 43).

Základními principy Harm reduction jsou:

- Pragmatičnost – bereme v potaz pozitiva i negativa užívání pro pochopení chování uživatelů.
- Humanistické hodnoty – akceptace, respektování klientova rozhodnutí drogu užívat, ne však podpora.
- Zaměření na poškození – prioritou je snížit negativní dopady jedince a jeho okolí.
- Zvažování nákladů a přínosů – hodnocení nákladů a přínosů intervencí.
- Zaměření na bezprostřední cíle – cíle jsou směřovány na jedince, skupiny a celou komunitu, tak aby reagovaly na aktuální potřeby (Kalina, 2015, s. 272–274).

Krize je vždy individuální, subjektivně vnímaná zátěžová situace. Krize je vždy vyvolána střetem s určitou překážkou, kterou klienti nejsou schopni sami zdat. Krizová intervence si klade několik cílů, jak klientovi v krizi pomoci. Důležité je uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat. „*V průběhu takovéto intervence je klientovi nabízena pomoc s cílem usnadnění komunikace, umožnit klientovi správný odhad problému a jeho účelné řešení, pomoci klientovi při vyjadřování emocí, pomoci klientovi opět získat sebedůvěru, zmapovat možnosti podpory v okolí klienta (jak laické, tak profesionální)*“ (Kalina, 2001, s. 58).

2.3 Druhy sociálních a zdravotních služeb a zařízení pro drogově závislé

Drogové služby lze rozdělit na terénní, ambulantní a pobytové. Nebo také na primární, sekundární a terciární prevenci. Definice přesného dělení se různí. Primární prevence se zabývá způsoby, jak předcházet nežádoucímu chování. Sekundární prevence se snaží zachytit a bránit prohlubování nežádoucích jevů. Terciární prevence se zabývá samotnými dopady. V České republice máme deset druhů drogových služeb.

1. Detoxifikace (ústavní) – individuální poradenství, krizová intervence, práce s rodinou, psychiatrické vyšetření, rodinné terapie, odběry biologického materiálu, atd.
2. Terénní programy – informační servis, kontaktní práce, krizová intervence, sociální práce, výměnný program, a další.

3. Kontaktní a poradenské služby – hygienický servis, individuální poradenství, psychiatrické vyšetření, socioterapie, telefonické, písemné a internetové poradenství, atd.
4. Ambulantní léčba – podporované zaměstnávání, individuální poradenství, krizová intervence, skupinové psychoterapie, atd.
5. Stacionární programy – chráněná práce, informační servis, odborné poradenství, práce s rodinou, psychologické vyšetření, atd.
6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba – skupinové terapie, sociální práce, psychiatrické vyšetření, krizová intervence, atd.
7. Rezidenční péče v terapeutických komunitách – podporované zaměstnávání, individuální poradenství, krizová intervence, skupinové psychoterapie, atd.
8. Ambulantní doléčovací programy – rekvalifikace, somatické vyšetření, zhodnocení stavu, atd.
9. Substituční léčba – orientační testy z moči, sociální práce, pracovní terapie, práce s rodinou, atd.
10. Programy primární prevence – besedy, edukativní programy, interaktivní semináře, atd. (Miovská a spol., 2006, s. 12–15).

3. Substituční léčba

Tato teoretická část bakalářské práce si klade za cíl popsat substituční léčbu dle certifikace WHO, jasně definovat pojem substituční léčby, její historii ve světě, ale i v České republice a poukázat na současná pozitiva či negativa substituční léčby. V poslední části se zabývá CMS Drop In.

Dle definice WHO European je drogová závislost charakterizována jako chronické onemocnění s mnoha recidivami. Ztělesněná potřeba závislého uživatele heroinu po substituční léčbě byla srovnána s potřebou diabetika po inzulínu. Substituční terapie metadonem nebo buprenorfinem zlepšuje zdravotní a sociální výkonnost lidí závislých na opioidech a snižuje užívání nelegálních drog a kriminalitu. Dle statistik lze posoudit, že investice do prevence, a to ať primární či terciární, se vyplácí. Státní zdravotnická organizace uvádí, že na každém investovaném dolaru do protidrogové léčby ušetří stát sedm dolarů na zdravotních a sociálních nákladech (WHO).

Ve statistikách z roku 2004 je uvedeno, že celých 2,4 milionu lidí z evropských států bylo postiženo nebo zemřelo na zneužití nelegálních návykových látek. Dokumenty WHO srovnávají závislost na drogách se závislostí diabetika na inzulínu. Díky těmto látkám se Evropa řadí na devátou příčku v celosvětovém měřítku. Východní Evropu tíží otázka nakažení HIV virem a Hepatitidou typu C, a to celkem u 70–90 % nitrožilních uživatelů drog. V celosvětovém měřítku počet uživatelů opiátů ve světě vzrostl, a to od roku 2000 do roku 2004 z 11 milionů na 16 milionů. Nejméně 15,3 milionu lidí trpí psychickými poruchami. Injekční užívání drog je hlášeno ve 136 zemích, z nichž 93 uvádí infekci HIV mezi injekčními uživateli drog (WHO).

3.1 Pojem substituční léčby

Důležité je vysvětlit si pojem závislosti na opioidech. Samotná opioidová závislost je komplexní onemocnění, které ve většině případů vyžaduje dlouhodobou léčbu. Opioidy jsou látky, které uplatňují své účinky prostřednictvím tzv. opioidních receptorů v těle. Rozdělují se do několika kategorií, a to na endogenní opioidy, které jsou tělu vlastní, jsou produkovány vlastním tělem a plní fyziologickou funkci. Exogenní opioidy jsou dodávané zvenčí (z důvodu terapeutické nutnosti nebo zneužití v souvislosti se závislostí),

například metadon, fentanyl, buprenorfin a morfin. Německý institut pro lékařskou dokumentaci a informace definuje související formu terapie následovně: „*Účinná dlouhodobá léčba závislosti na opioidech často vyžaduje více léčebných epizod a kombinace odpovědí. Důležité budou také intervence harm reduction, duševní zdraví a další služby, které řeší souběžně se vyskytující duševní a fyzické zdravotní problémy*“. O přínosech substituční léčby panuje mezinárodní shoda (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction).

Substitučně asistovaná léčba je vědecky dobře hodnocenou formou terapie a je léčbou první volby pro většinu pacientů. Nemoc ze závislosti je celoživotní nemoc. Postižený proto potřebuje dlouhodobou podporu – jak z hlediska psychoterapie, tak i léčby. Pro individuální indikaci a zahájení substituční asistované léčby je třeba zvážit specifické podmínky a potřeby pacienta. Kromě toho je třeba pečlivě zvážit indikaci pro dospívající a mladé dospělé, stejně jako pro pacienty, kteří se stali závislými teprve nedávno.

Jak už bylo dříve uvedeno, substituční programy fungují od roku 1991. I přesto není v České republice dostatek substitučních center. Velkým tématem je samozřejmě financování. Metadonová substituce je dotována vybranými zdravotními pojišťovnami a pacient si ji tedy sám nehradí. Oproti tomu suboxonová léčba je plně hrazená pacientem a léky mohou vyjít až na 12 000,- měsíčně v závislosti na lékařem stanovené dávce.

3.1.1 Výhody či nevýhody metadonové substituce

Substituční léčbu lze definovat jako nahrazení původně předepsaného léku alternativní molekulou s předpokládaným ekvivalentním terapeutickým účinkem. Alternativní lék může být ze stejné třídy nebo z jiné třídy s předpokládanou terapeutickou rovnocenností (Johnston et al., 2011).

Bylo zjištěno, že metadonová substituce je z lékařského hlediska bezpečná. Je také předepisována těhotným ženám závislým na heroinu. Recenze, které vydal deník Institute of Medicine a National Institutes of Health, definoval závislost na návykových látkách jako chronickou zdravotní poruchu a tvrdil, že metadonová substituční léčba spojená se sociálními službami je nejúčinnější léčbou tohoto stavu. Všechny instituce po celém světě, které se touto problematikou zabývají, doporučují omezit vládní regulace tak, aby se klientům umožnil přístup k léčbě. Vládními regulacemi je myšlena finanční podpora, otevřenost k této problematice, financování substitučních látek, atd. Kromě toho

doporučují rozšířit počet programů a zavést nové modely léčby, má-li být celosvětový problém závislosti pod kontrolou. National Institutes of Health výrazně doporučuje, aby užívání substitučních látek bylo umožněno lidem ve věznicích. V České republice je zatím jeden pilotní projekt, který se v tomto ohledu snaží o změnu. Nelze však zapomínat na nezbytné vzdělávání široké veřejnosti a žádat o neustálou podporu financování z vládních zdrojů (Joseph et al., 2000).

3.1.2 Resocializace klienta v rámci substituční léčby

Resocializace (z anglického social rehabilitation) je proces začlenění jedince znovu do společnosti. Samotná resocializace drogově závislých může mít několik podob, a to od pracovní terapie po začlenění v chráněných dílnách, od sociálního poradenství po socioterapeutické kluby, od výuky sociálních dovedností po rekvalifikační programy apod. Kalina zdůrazňuje, že teoretickým východiskem resocializace musí být bio-psycho-sociální model závislosti. *„Zatímco léčba a rehabilitace se zaměřuje na somatická a psychická poškození, resocializace umožňuje získání potřebných sociálních znalostí a dovedností. Hranice mezi léčbou, rehabilitací a resocializací je otevřená, všechny tři typy intervencí spolu úzce souvisí a vzájemně se podmiňují. Pojetí resocializace jako komplementární součásti každého typu služeb v procesu uzdravy je novým prvkem“* (Kalina, 2008, s. 92-93).

V minulosti byla podle Kaliny resocializace vnímána spíše jako služba následující po léčbě (detoxifikace-léčba-resocializace). Zdůrazňuje, že tyto služby je důležité poskytovat nejen těm, kteří podstoupili léčbu, ale i aktivním uživatelům drog, rovněž i lidem v substituční léčbě. Například terénní či nízkoprahová střediska nabízejí několik resocializačních aktivit (Kalina, 2008, s. 103–104).

V CMS Drop In, je multidisciplinární přístup velmi důležitý. Operační manuál CMS Drop In spojuje týmovou spolupráci a plynulou návaznost na další programy, které se zabývají specifickou problematikou. Propojuje medicínskou, psychiatrickou a psychologickou péči se sociální prací, socioterapií (tréninková pracoviště), s adiktologickými a Alkohol-toxi (AT) ambulancemi. Rovněž nabízí možnost využití jiných zdravotnických zařízení a následné péče (Operační manuál CMS Drop In).

3.2 Historie substituční léčby ve světě

První zmínka o substituční léčbě je z přelomu 19. a 20. století v USA, kdy je v roce 1926 vydána tzv. Rollestonova zpráva. Za první zakladatele substituční léčby se uvádí Marie Nyswanderová a Vincent Dole z USA, kdy se v roce 1963 pouští do léčby klientů pomocí právě zmiňovaného metadonu, a to i přes odpor úřadu pro narkotika. Postupem času přináší substituční léčba pozitivní dopady a rozšiřuje se do celého světa (Preston, 1999, s. 30).

Metadonová léčba byla poprvé testována a oficiálně použita 1964 v New Yorku. Byla to jedna z reakcí na heroinovou pandemii po druhé světové válce. Závěry byly konzistentní, substituce metadonem snižuje užívání heroinu, snižuje úmrtnost a kriminalitu. Umožňuje pacientům zlepšit jejich zdravotní a sociální výkonost. U substituční léčby byla spatřena i jiná zdravotní pozitiva. Například zde byl viděn potenciál snížení přenosu infekčních nemocí spojených s injekčním užíváním heroinu, jako je hepatitida a HIV.

Hlavní účinky metadonové substituční léčby jsou zmírnění touhy po narkotických látkách, potlačení abstinčního syndromu a blokování euforických účinků spojených s heroinem. Většina pacientů potřebuje k dosažení těchto účinků 80–120 mg/den metadonu nebo více.

Od té doby, co byl metadon poprvé uveden do diskurzu o léčbě drogami v 60. letech 20. století (Dole & Nyswander, 1967), se stal nejužívanější a nejpředepisovanější substituční látkou nejen ve Spojeném království, ale také jinde v Evropě a Austrálii (Walmsley, 2013).

3.3 Vývoj substituční léčby v ČR

První, kdo metadonovou substitucí přivezl do České republiky, byl MUDr. Jiří Presl, ředitel současné organizace Drop In. MUDr. Jiří Presl začínal jako mladý psychiatr v protialkoholní léčebně profesora Skály. Do roku 1985 se o drogové problematice vůbec nemluvalo, tato problematika existovala „jen“ v západních zemích. V české komunistické společnosti bylo užívání drog nepřijatelné. Na venek se dělalo, že drogy neexistují. Dalo by se říci, že začátky substituce v České republice byli doopravdy divoké. Novináři téměř nepsali o jiných tématech. V roce 1991 se založila organizace s názvem Středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop In, o.p.s., v jejímž čele stál MUDr. Jiří Presl. V roce 1992 MUDr. Jiří Presl přivezl ze Švýcarska do České republiky

první metadon. Organizace měla náhle více než 1000 klientů, kteří stáli o tuto léčbu. Druhým průkopníkem byl MUDr. Petr Popov, tehdy pouze s 20 pacienty. MUDr. Petr Popov se v současné době věnuje pouze lidem, kteří jsou závislí na alkoholu (Substituční léčba).

Substituční léčba prochází různými transformacemi v čase, a to jak ze strany legislativní, tak i sociální. Nicméně v posledních letech je značný nárůst užívání alternativních substitučních látek jako je buprenorfin a suboxon. Suboxon je kombinací buprenorfinu a opioidního antagonisty, který byl v roce 2002 registrován v USA jako přípravek pro substituci. „*Například v Itálii podstupuje substituční léčbu pouze 27 až 29 %. Ve Španělsku se procento pohybuje mezi 41 a 86 %, v Německu mezi 33 a 63 % a v Nizozemí podstupuje substituční terapii mezi 40 a 47 % uživatelů heroinu*“ (Drogy info, Studie, s. 16).

3.4 Substituční léčba v současnosti v ČR

Dalo by se říci, že v posledních letech počet osob, kteří se léčí v substitučních centrech, stagnuje. V roce 2020 do Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD) „*hlásilo pacienty v substituční léčbě celkem 59 zdravotnických zařízení (61 v r. 2019) a bylo evidováno celkem 2 372 léčených osob (2 347 v r. 2019)*“ (Drogy info, Studie, s. 15).

Nejnovější statistiky ukazují, že v České republice se v substitučních programech léčí přes 5 tisíc pacientů. Celkem 68 % je vedeno na léčbě buprenorfinem a 32 % metadonem (Úřad vlády ČR, 2022, s. 40).

V posledních letech přibývá počet pacientů léčených subuxonem. V roce 2020 bylo hlášeno 385 ukončení léčby, a to nejčastěji z důvodu porušování pravidel či léčebného režimu. Počet pacientů je v odhadu až 3,9 tisíc. Otazník zůstává nad financováním substitučních preparátů s účinnou látkou buprenorfin. Tyto léky nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění a každý klient si je hradí sám z vlastních zdrojů (Drogy info, Studie, s. 16).

Z posledních statistik vyplývá, že na poskytování substituční léčby metadonem má v ČR povolení 10 věznic, kde se léčí odhadem 131 osob. Tato čísla však rostou. Co se týče léků s účinnou látkou buprenorfinem, vězeň si je rovněž platí ze svých zdrojů. Ve věznicích se v této léčbě pokračuje. Pokud klient přichází a neléčí se v substitučním programu, nelze tuto léčbu ve vězeňském prostředí zatím zahájit. Vše by však měl změnit nový pilotní projekt, kdy je ve vybraných věznicích léčba metadonem či buprenorfinem zkušebně

zahajována. Ohledně uživatelů pervitinu a substituční léčby zatím neproběhla žádná klinická studie (Drogy info, Studie, s. 16).

3.5 Terapeutický proces v CMS Drop In.

„Posláním CMS je umožnit jeho klientům žít efektivně a naplňujícím způsobem svůj život a plně se integrovat do společnosti, a to i v případě, kdy nelze docílit abstinence. Právem každého klienta je svobodně se rozhodnout pro tento typ léčby, případně využít substitučního programu ke snížení rizik spojených s užíváním opiátů tam, kde již nelze docílit abstinence. Služba se stará o osoby hluboce závislé, které se pokoušely opakovaně abstinovat, avšak bez úspěchu. Vlivem další poptávky po nelegální látce se dostávají do těžkých zdravotních problémů a vážných kriminálních situací s koloběhem soudů a léčen. Společnost má v této situaci již jen 2 možnosti – represi, nebo nabídnout těmto osobám legálně, tedy kontrolovaně, opiát (Drop In o.p.s.).

V důsledku jde nejprve o stabilizaci zdravotního stavu a zastavení šíření infekcí. V ideálním případě pacient začne mít schopnosti vnímání reality a vytvoří si náhled na svůj život. Ve chvíli, kdy dojde k saturaci opiátem bez cravingu, pacient nemá potřebu kriminálně získávat finance na drogu a po několika měsících si fixuje dosažený sociální status a zhruba po roce je případně vyloučení z programu pacientem vnímáno „jako pád“. Po této době se většinou pacient začne zajímat o aktivní léčbu infekcí (HIV, hepatitis) a o jiné pracovní uplatnění. Dalšími cíli je úprava a zlepšení zdravotního a sociálního stavu, snížení nákladů státu na léčbu základních a komplikujících onemocnění, snížení nákladů státu na policejní a soudní řízení, léčba směřující k abstinenci, nebo fixace nerizikového chování, substituce drogově závislých gravidních žen, postupná detoxifikace osob závislých na opiátech (Operační manuál CMS Drop In, o.p.s., 2020, s. 3).

3.5.1 Jednotlivá substituční centra Drop In

CMS Drop In je rozděleno do 3 dalších center, a to CMS I. – nízkoprahová substituce, CMS II. – standardní substituční program pro zaměstnané, matky s dětmi, a CMS III. – nadstandardní VIP program pro dlouholeté abstinující klienty s frekvencí docházky až 1x za 14 dní. Liší se převážně pravidly, docházkou, socializací klienta a dobou.

CMS I. – klient dochází v zásadě denně, mimořádné výdeje jsou povoleny pouze výjimečně, a to za splnění podmínek (viz Pravidla programu). Subutex je vydáván zpravidla na 1 týden (nebo dle rozhodnutí lékaře). Výdej metadonu je v CMS I. denní. Kontakt s lékařem minimálně 1x za měsíc, kontakt se zdravotnickým personálem denně, sociální pohovor absolvuje klient povinně 2x ročně, při přestupu nebo mimořádně na vlastní žádost klienta.

CMS II. – kontakt s lékařem minimálně 1x za 2 měsíce, kontakt se zdravotnickým personálem se liší dle docházky klienta, kontakt se sociální pracovnící probíhá ihned při přestupu klienta do programu, u nově evidovaných klientů sociální pracovníce vyplní spolu s klientem vstupní dotazník a provede zápis o vstupu. Sociální pohovor absolvuje klient povinně 2x ročně, při přestupu nebo mimořádně na vlastní žádost klienta.

CMS III. – kontakt s lékařem minimálně 1x za 2 měsíce, se zdravotnickým personálem dle docházky klienta, zpravidla 1x týdně či 1x za 14 dnů. Kontakt se sociální pracovnící, postup stejný jako u klientů CMS II. (Operační manuál CMS Drop In, o.p.s, 2020, s. 8).

Nedílnou součástí fungování klienta ve všech programech je také dodržování pravidel:

1. Obecná pravidla – týkají se pohybu uvnitř i v okolí centra, zacházení a užití substituční látky.
2. Pravidla docházky – obsahují informace o možnostech absencí a případně vyplývajících důsledcích z nich.
3. Pravidla zvyšování substitučních látek – jaké mají klienti možnosti zvyšování dávek. Počáteční dávku vždy určuje lékař.
4. Pravidla výdejů substitučních látek – Mimořádné výdeje metadonu s sebou mohou být poskytnuty pouze po pohovoru s lékařem, doloží-li klient lékařskou zprávu, plánované vyšetření, předvolání na policii, k soudu, na úřad apod. Výdej metadonu příbuzným je možný v mimořádných případech po prokázání totožnosti a ověřené plné moci. Po předložení platné pracovní smlouvy jsou výdeje možné po pohovoru s lékařem. Docházku vždy určí lékař (4x týdně, 3x týdně). Každý klient musí předložit potvrzení od zaměstnavatele k ověření stálého zaměstnání každé 3 měsíce.
5. Pravidla namátkových odběrů moče na toxikologii – objektivně ukazují abstinenci od nelegálních látek.
6. Pravidla docházky k lékaři a na sociální pohovory.
7. Pravidelné testování na infekční nemoci jako je HIV nebo hepatitida.

Jednotlivá CMS Drop In mají svá pravidla. Pravidla, práva a povinnosti CMS Drop In naleznete v příloze této bakalářské práce (Operační manuál Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s., 2020, s. 8).

3.5.2 Podmínky pro vstup do programu CMS Drop In

Projekt CMS I., tedy nízkoprahového substitučního programu, je specificky zaměřen na poskytování komplexních sociálních a zdravotních služeb cílové skupině osob, u kterých je prokázána těžká a dlouhodobá závislost na vysokých dávkách ilegálních návykových látek opiátového typu. U většiny těchto osob, které jsou zařazeny do programu, je známá drogová historie, která je v těchto případech závažná, až život ohrožujícího charakteru. Zjišťuje se historie týkající se jejich opakovaných pokusů o léčbu v rámci různých typů zařízení zapojených do systému léčebné péče v oblasti drogové problematiky (Operační manuál Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s.).

Pro přijetí je důležitá motivace klienta. Nejčastěji jsou do programu přijímáni lidé s prokazatelnou závislostí na opiátech delší než 4 roky, s opakovanými neúspěšnými pokusy o abstinenci. U mladších klientů je důležité doložit pokusy o klasickou léčbu v léčebnách nebo komunitách. Zájemce má výhodu, předloží-li propouštěcí zprávy z léčeb, ty však nejsou podmínkou. Jsou jedinci, kteří užívají opiáty denně 10 let a nikdy žádnou léčbu neabsolvovali. Tehdy jsou důležité jakékoliv úřední zprávy (např. soudní znalecký posudek – zmínka o abúzu opiátů, výroba a distribuce, policejní a jiné záznamy) (Operační manuál Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s., 2020, s. 6).

3.5.3 Nástup a ukončení léčby v CMS Drop In

Prvním kontaktem pro zájemce o substituci je Nízkoprahové středisko Drop In, o.p.s. Pověřený pracovník pomáhá klientovi se shromážděním potřebné dokumentace k přijetí do programu. Má možnost využít telefon, fax, e-mail, poštovní schránku. Odtud klient přichází s doporučením do CMS Drop In. Zde klient absolvuje diagnostický pohovor psychiatrem. Provádí se vstupní anamnéza, následný léčebný plán a příslušná medikace. Dále je proveden odběr na vstupní toxikologické vyšetření k objektivizaci abúzu opiátů a dalších návykových látek. Pokud lékař určil diagnózu závislosti na opioidech podle platné verze Mezinárodní klasifikace nemocí a indikoval klienta do zařazení

substituční léčby, je takový klient přijat. Důležitým krokem je také zákonná povinnost lékaře zadat údaje o klientovi do Národního registru lékařsky indikovaných substitučních látek (ÚZIS). Tímto se zabraňuje dvojité preskripci substitučních látek v jiném zařízení. Pokud klient nesplňuje podmínky nebo se rozhodne substituční program nevyužít, jsou mu nabídnuty jiné možnosti léčby, a to například ústavní pobyt v psychiatrické nemocnici, terapeutické komunitě, detoxifikace nebo jiná ambulantní léčba. Dále musí předložit občanský průkaz (OP) a kartičku pojišťovny. Pokud se opakovaně klient do programu vrací, zdravotní personál překontroluje aktuálnost interního vyšetření. Každý klient má povinnost 1x za 2 roky absolvovat interní vyšetření vč. odběrů na spektrum hepatitid, HIV (Operační manuál Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s., s. 7).

S klientem je podrobně probrán smysl substituce, na prvním místě je klientova představa o programu a o svém účinkování v něm. Ve smlouvě mohou být zohledněny individuální požadavky klienta. Podpisem terapeutické smlouvy mezi klientem a lékařem, za přítomnosti svědka, je završeno přijetí do programu. Klient se podpisem zavazuje dodržovat stanovená pravidla programu, která obdrží při přijetí a jsou s ním podrobně probrány. Je založena nezbytná zdravotnická dokumentace k přijetí klienta do programu (Operační manuál Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s., 2020, s. 7)

Důvody k ukončení služby ze strany zařízení:

- Jakékoliv násilí (slovní, fyzické nebo jeho hrozba) – lékař určí na jak dlouho.
- Při přistižení vynášení metadonu mimo centrum (např. v ústech) nebo při podvádění při toxikologickém vyšetření – na 6 měsíců.
- Za 5 absenci v jednom měsíci (každý klient má možnost mít 4 absence v měsíci bez udání důvodu a nutnosti dokládat omluvenku) – na 3 měsíce.
- Za 3 pozitivní toxikologické vyšetření – na 3 měsíce.
- Za 3 pozitivní alkotest – na 1 měsíc.

Každý klient při vyloučení z programu obdrží datum možného příštího nástupu (zpravidla první pondělí po uplynutí 3 měsíců). Porušení pravidel je obecně sankcionováno snižováním dávky substituční látky, nebo vyloučením z programu zpravidla na 3 měsíce, jak již bylo zmíněno. Důležitým pravidlem je pravidelná docházka. Pokud klienti metadonové substituční terapie dodržují pravidla programu, splní podmínky a pokud sami chtějí, mohou být přeřazeni do středně-prahového programu – tedy CMS II.

Důvody pro ukončení poskytování služeb ze strany uživatele:

- Na výslovnou žádost klienta.
- Dojde k dohodě s klientem o dalším smyslu služby a o ukončení terapeutické smlouvy.
- Dohodne se typ a rychlost případné detoxifikace, v závislosti na směru odchodu klienta.
- Je domluven termín dalšího možného nástupu a jeho podmínky.
- V případě plánované úplné abstinence se s klientem stanoví tzv. plán sestupných dávek s ukončením na placebo dávkách substituent (jde o měsíce).
- Klient může ukončit program bez udání důvodu.
- Přestup do našeho druhého zařízení s růstovým programem (řada zvýhodnění včetně volnějšího režimu) pro osoby úspěšné alespoň 3 měsíce v tomto programu.
- Přestup do jiného substitučního zařízení.
- Vazba, trest odnětí svobody.
- Recidiva.
- Nesouhlas s režimem programu (Operační manuál Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s., 2020, s. 24).

3.5.4 Sociální práce v CMS Drop In

Sociální pohovory provádí sociální pracovník v určené hodiny. S každým klientem, který projeví zájem je vytvořen individuální plán jako výsledek sociálního mapování potřeb klienta. Cílí se na to, co by klient potřeboval, na co se společně se sociální pracovníci může zaměřit, čeho by chtěl v rámci spolupráce dosáhnout. Uzavírá se tzv. „dohoda“ o tom, jak budou osobní cíle nebo potřeby naplněny, co udělá klient, co udělá pracovník. Stanovuje se termín, do kdy budou cíle splněny. Na konci provádí sociální pracovnice zhodnocení individuálního plánu a osobních cílů. Součástí je také podpora a motivace klienta k řešení problémů směrem k minimalizaci negativních vlivů jeho vyloučením ze společnosti. Hlavním cílem je tedy sociální reintegrace klienta. V CMS Drop In je několik druhů sociálních pohovorů, a to:

Vstupní sociální pohovor, který absolvuje klient povinně při vstupu do programu metadonové substituce, probíhá v rámci CMS I. Obsahem je sběr sociální anamnézy, případně doplnění Vstupního dotazníku klienta. Dále tvorba individuálního plánu s klientem, stanovení cílů a frekvence spolupráce.

Přestupový sociální pohovor, který absolvuje klient povinně při svém přestupu v rámci CMS I., II. a III. Obsahem je zhodnocení dosavadní spolupráce formou plnění individuálního plánu, případně stanovení nového plánu. Přestupový sociální pohovor slouží také k pomoci při vyhodnocení, zda je klient sociálně stabilizován, případně motivován ke změnám směřujícím k jeho znovuzачlenění do společnosti natolik, že je vhodný pro přestup do programu s vyšším prahem.

Kontrolní sociální pohovor absolvuje klient povinně, dle aktuálně nastavených pravidel metadonových substitučních programů, v rámci CMS I. (minimálně 2x ročně), CMS II. (minimálně 2x ročně), CMS III. (minimálně 1x ročně). Obsahem je hodnocení nastaveného individuálního plánu, případně tvorba nového. Dalším tématem, jsou aktuální potřeby klienta, v jejichž uspokojení může pomoci sociální práce.

Mimořádný sociální pohovor, který je s klientem uskutečněn na jeho vlastní žádost či na popud zdravotnického personálu. Hlavním tématem je spolupráce při řešení mimořádných událostí, kdy například klient využije základní sociální poradenství při jeho vyloučení z programu, dále pomoc při řešení naléhavých situací (akutní ztráta bydlení, zaměstnání, odebrání dětí, atd.) (Operační manuál Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s., 2020, s. 16).

3.5.5 Případová sociální práce jako základní metoda v CMS Drop In

První kontakt s klientem provádí zdravotní sestra a lékař s atestací z oboru psychiatrie. Až poté se klient setkává se sociálním pracovníkem. Sociální pracovník provede ve všech programech CMS Drop In vstupní či přestupní pohovor.

Individuální plánování s klienty se dělá, pouze pokud přicházejí s konkrétní zakázkou. Na tvorbě individuálního plánu se podílí pouze sociální pracovník a klient.

Nastavení sociální práce v každém centru má svá pravidla. Obsahem sociálních pohovorů v rámci jednotlivých CMS Drop In je zjištění základní sociální anamnézy klienta formou mapování. Následuje pomoc při definici a ujasnění problémů s návrhy na možná řešení formou poradenské činnosti, a to formou tvorby individuálního plánu spolupráce s jeho následným hodnocením. Součástí sociální práce s klientem je také jeho podpora a motivace k řešení problémů směrem k minimalizaci negativních vlivů jeho vyloučení ze společnosti. Hlavním cílem je tedy sociální reintegrace klienta.

Sociální práce se primárně zaměřuje na problematiku řešení osobních dokladů (OP, rodný list, náhradní doklad, pas, kartička pojištěnce), problematiku bydlení (ubytovny, azylové domy, domy na půl cesty, pronájem, atd.), poradenství v oblasti sociálních služeb a sociálních dávek (nároky, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů). Probíhá také asistence při jednání s úřady, při jednání s OSPOD, doprovody k lékaři, při řešení dluhové problematiky, při hledání zaměstnání, zajištění výpisů z rejstříku trestů, aj. (Operační manuál Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s., 2020, s. 16).

4. Shrnutí poznatků z teoretické části

Teoretická část bakalářské práce si klade za cíl poukázat na potřebu intenzivnější mezioborové práce s lidmi s drogovou závislostí. Toto téma bylo zvoleno z důvodu osobní dlouholeté praxe autorky v tomto oboru. Také je důležité si uvědomit, že se jedná o téma, které se netýká pouze jednotlivců, ale i celé společnosti.

Autorka se zde věnuje a vysvětluje zde pojmy mezioborové práce s lidmi s drogovou závislostí. Rovněž vysvětluje historii, potřebnost a pozitiva substituční léčby. V souvislosti s tímto tématem se teoretická část také zabývá podrobněji aktuální situací v ČR, poukazuje na postoje veřejnosti k dané problematice. Snaží se vysvětlit prolnutí sociální a zdravotní péče. Vysvětluje pojem harm reduction a také na něj klade důraz v nových přístupech prevence a léčby. Definiuje sociální práci s drogově závislými lidmi, její specifika, zdravotní a sociální služby a osobnostní předpoklady adiktologů a sociálních pracovníků v této oblasti. V neposlední řadě se věnuje CMS Drop In. popisem jednotlivých center, podmínek pro nástup a ukončení léčby a sociální práci.

Práce s drogově závislými lidmi je specifická, a to pro svou zvláštnost a jedinečnost. Mezi tato specifika práce s klienty lze řadit již zmiňovaný harm reduction přístup a také přístup ke klientům. Zaměřuje se na prvokontakt, empatii, komunikaci, case management, atd.

Poznatky získané v teoretické části práce jsou prověřovány a vyhodnocovány pomocí případové studie práce s klientem CMS Drop In. Na tomto případu se autorka pokusí poukázat na to, že pokud se plně využívá uvedený přístup a mezioborovost, lze klienta posunout v léčbě a motivovat ho i ke změně životního stylu, pohledu na společnost, atd.

5. Empirická část

Empirie je určitá zkušenost či zkušenostní poznání, díky kterému se může teorie obohacovat, a její metody se zdokonalují. Díky tomu se získané poznatky rozšiřují a nastolují se další teoretické otázky a problémy, které je nutné znovu empiricky zodpovědět a prověřit. Jedná se o obousměrný permanentní poznávací proces (Reichel, 2009, s. 18).

Pro tento účel zpracovává autorka svou výzkumnou sondu. Využívá přitom kvalitativní metodologii, konkrétně **případovou studii**. Případová práce nebo případové vedení (case management) je metoda sociální práce, která klientovi pomáhá uvědomit si a hodnotit své možnosti a připravit pro sebe realizovatelný program směřující k sociálně přijatelnějšímu způsobu života (Nepustil, Geregová, 2020, s. 101).

Případová studie jako metoda výzkumu se snaží podrobně prozkoumat, popsat a pochopit zkoumaný jev. Kombinuje nejrůznější techniky sběru informací. Kromě analýzy dokumentů využívá přímého pozorování aktérů, rozhovorů, fotografie atd.

Cílem empirické části této práce je popsat průběh individuální sociální práce s klientem v substituční léčbě – konkrétně hledání odpovědí na následující otázky:

- Bude klient veden individuálně?
- Budou mu nabízeny i ostatní adiktologické a sociální služby?
- Došlo ke zlepšení jeho zdravotního stavu?
- Došlo u něho i subjektivně k výraznému posunu?
- Je poskytování v substituční léčbě dostačující?

Cílem této případové studie bude dále provést zhodnocení průběhu případové práce a provést sebereflexi autorčiny role v této případové práci. V této práci se autorka věnuje příběhu pana K. K., a to od nástupu do CMS Drop In I., II., III. až do současné doby. Práce předpokládá spolupráci zdravotních sester, sociálních pracovníků a samotného klienta.

Již od začátku se autorka zaměřuje na intenzivnější práci s tímto klientem, snaží se ho doprovázet a využívat mezioborovost. Důraz klade na uspokojování všech bio-psycho-sociálních potřeb klienta, které i tak mají být cílem substituční léčby, která je často personálně podhodnocena. Data jsou získávána z klientovy dokumentace a informace jsou také získávány na základě

rozhovorů a pozorování klienta. V této části jsou využívány prvky participativního akčního výzkumu³, kdy v průběhu autorčiny práce s klientem (případové práce) bude klient zároveň objektem výzkumu, na kterém tedy bude sám participovat. Pomocí různých nástrojů je popisována spolupráce klienta a autorky-sociální pracovnice a hodnoceny a reflektovány jednotlivé aktivity, jejich plánování i dosažené výsledky.

5.1 Případová studie klienta K. K.

Se souhlasem ředitele organizace Drop Ina se souhlasem samotné autorky, jakožto sociální pracovnice bylo možné pro účely této bakalářské práce nahlédnout do zdravotnické a sociální karty klienta. Dále pak se souhlasem vedoucí projektu Tvoje Šance Drop In, o.p.s. (dále jen projekt Tvoje Šance), kde byl klient zaměstnán v tréninkovém programu, byla získána další potřebná dokumentace a díky tomu bylo možné pracovat s údaji a některými dokumenty. Kopie některých z nich jsou bezprostředně využity v této práci.

Souhlas klienta byl rovněž pořízen, avšak není součástí této bakalářské práce, a to z důvodu zachování intimity a GDPR. Souhlas je uložen v jeho kartě a ředitel organizace byl s tímto faktem seznámen. Vzor souhlasu je vložen v příloze č. 4.

5.2 Stav před nástupem do léčby dle lékařské a sociální dokumentace

K. K., narozen roku 1975 nastoupil do léčby CMS I. v organizaci Drop In dne 5. 1. 2015 ve svých 40 letech. Léčbu zahájil z vlastního rozhodnutí. Zdravotnické vyšetření a vstupní dotazník provedl psychiatr CMS I. Níže je uveden výpis z dokumentace při nástupu klienta, kdy lékař a sociální pracovnice CMS I. zjišťovali veškeré potřebné informace, se kterými lze v budoucnosti pracovat.

OSOBNÍ ANAMNÉZA – Klient docházel do předškolního zařízení, povahově těžko zvladatelný, výchova v rodině – do 3 let, oblíbenější rodič byla

³ Pojem akční výzkum se používá obecně v sociálních vědách. Usiluje o transformační změnu prostřednictvím současného procesu přijímání opatření a výzkumu, které jsou vzájemně propojeny kritickou reflexí. Srovnává různé formy sociální práce, používá formy plánování a zjišťování výsledků. (Akční výzkum – Action research)

matka, problémový rodič byl otec. Jako důvod uvádí to, že otec se odstěhoval. Klient byl preferován spíše matkou. V kolektivu na základní škole byl průměrný člen, prospěch na ZŠ průměrný, žádný oblíbený předmět neuvádí, uvedl sníženou známku z chování. Nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Uvedl, že nebydlí s rodiči. Otec je již několik let mrtev. Lékař uvedl, že povaha klienta je spíše klidná, klient sám o sobě uvedl, že je samotář a nemá příliš mnoho přátel. Největší koníček, který tehdy uvedl, byl zájem o návykové látky. V tehdejší době bez partnerky. Řidičský průkaz nikdy nevladl. Prodělal hepatitidu typu B, HIV testy si dělal výjimečně, poslední známý výsledek byl negativní.

SEXUALITA – Klient uvedl, že je heterosexuální. Jeho první styk byl v 15 letech, jeho tehdejší partnerka byla mnohem starší. Jeho sexuální aktivita je průměrná, je dle jeho názoru spíše pasivní. Úchylky či poruchy nevedl.

PRACOVNÍ ANAMNÉZA – Jako tehdejší zdroj příjmů uváděl podporu v nezaměstnanosti, neměl legální zaměstnání, o své tehdejší pracovní situaci uvedl, že nepracuje a ani pracovat nechce.

PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA – Veškeré do té doby absolvované léčby byly dobrovolné. První kontakt s psychiatrií poprvé uvedl v 10 letech, ústavní detoxikaci prodělal 4x, snažil se vždy neúspěšně vyabstinovat. Jakékoliv jiné ústavní psychiatrické léčby neabsolvoval. Klient rovněž uvedl, že se 2x pokusil o sebevraždu, a to z důvodu pocitů úzkosti, vztahovačnosti nebo pronásledování. Před vstupem do substitučního programu klient uvedl, že se cítil dobře.

RODINNÁ ANAMNÉZA – Matka klienta se narodila roku 1944, její nejvyšší vzdělání je středoškolské. Lékař napsal, že matka je klidná a tolerantní. Klient nezdědil žádné závažné choroby ze strany matky. Ze strany otce, nejsou známy. Otec je v dokumentaci uveden jako povahově vyrovnaný. V rodině měl vždy hlavní slovo. Byl rovněž závislý, ale pouze na alkoholu. Klient uvedl, že má jednu sestru. Klient zneužívání návykových látek v rodině negoval.

PRVNÍ KONTAKT S NÁVYKOVOU LÁTKOU – Klientovo první setkání s návykovou látkou (pervitin) bylo ve dvaceti letech, kdy první aplikace byla formou šňupání. Po prvním užití byl spokojen, kdy první účinek byl velmi příjemný. Přejít mezi prvním užitím k pravidelnému užívání trval měsíce. Uvedl, že měl stále ten stejný příjemný pocit. Avšak postupem času chtěl vyzkoušet i jiné drogy. Byl mu nabídnut heroin, na kterém již setrval. Rád by nastoupil, protože již na drogy nemá finance. Utratil pravidelně 25 000,- korun měsíčně. Důvod, proč stále užíval, nechce uvést. Bylo to spíše už nutkání a pocit uvolnění, musel aplikovat několikrát denně. Klient se pokusil o abstinenci pouze

1x. Na dotaz, zda chce přestat s užíváním drog, odpověděl, že ano. Motivace byla strach o sebe sama a své zdraví.

Reflexe: V dokumentaci jsou zaznamenány základní údaje. Veškeré údaje jsou důležité pro určitou představu o klientovi a péči o něj. Zjevná je motivace klienta. Za silnou stránku u klienta se dá považovat i jeho vůle jít si za svým. Individuální plán a cíl spolupráce s klientem stanoven nebyl.

5.3 Průběh léčby zdravotní péče a sociální práce v CMS I. průběhu roku 2015–2017

Tato kapitola je věnována popisu klientova vývoje v rámci 6 let intenzivní spolupráce, a to jak v rámci metadonové substituce, tak i v rámci tréninkového zaměstnávání.

1. rok (2015)

Při nástupu do substituční léčby byl klient veden jinou sociální pracovnící určenou pro CMS I. Pracovnice v průběhu roku 2015 vedla s klientem pohovor celkem 2x dle pravidel CMS I. Pohovory byly vedeny opakujícím se způsobem a stav klienta od nástupu je téměř neměnný. Klient stále nenalezl zaměstnání, motivace k zaměstnání byla nulová. Klient stále ubytován ve squatu za Prahou. S rodinou nebyl v průběhu roku v žádném styku. Rovněž si ani nenašel partnerku. Pracovnice programu CMS I. v dokumentaci z roku 2015 uvádí, že se více uzavírá do sebe. Individuální plán s klientem nebyl nastaven.

Zdravotní dokumentace je rovněž totožná. Klient si za celý rok navýšil dávku o 10 mg. Necítil se být ve své kůži. Léky odmítal užívat. Lékař řešil problém se zvířetem, konkrétně s kočkou, které má do jakéhokoliv zařízení CMS Drop In vstup zakázán, a to z hygienických důvodů. Kočka, na kterou byl klient zřejmě silně vázán, byla součástí neustálých problémů. Klient nebyl schopen pochopit a dostát tohoto zákazu. Bylo mu rovněž pohroženo, že bude vyloučen z programu pro nedodržování pravidel. Klient v té době měl negativní toxikologické i alkoholické vyšetření.

2. rok (2016)

Začátkem roku 2016 přišla vedoucí projektu Tvoje Šance s nabídkou podporovaného zaměstnávání do CMS I. Klientům nabídla letáčky s informacemi o projektu. Kdokoliv mohl nastoupit do tohoto projektu, který pomáhá lidem se zařazením se zpět na trh práce. K. K. této nabídky využil a přihlásil se do tohoto projektu. Více informací o projektu v poznámce pod čarou.⁴

Dále probíhaly pravidelně rozhovory se sociální pracovnící CMS I. 2x do roka. I nadále docházel na substituční léčbu a pravidelné výdeje metadonu. Rovněž podstupoval psychiatrická vyšetření.

3. rok (2017)

Klient byl doporučen k přestupu, a to od roku 2017, sociální pracovnící projektu Tvoje Šance, tedy mnou. Toto doporučení bylo schváleno i psychiatrickým vedením. První toxikologické vyšetření, které absolvoval v lednu 2017, bylo negativní na přítomnost sledovaných látek. V minulosti v CMS I. veškeré sociální pohovory absolvoval. Jiné zaměstnání, než v tréninkovém pracovišti Zahrada se mu v té době nepodařilo nalézt. Jakožto k sociální pracovníci ze zahrady, ke mně, docházel a intenzivně spolupracoval. Měl zájem si řešit své dluhy, byla mu nabídnuta možnost spolupráce s Rubikonem, které využil, ale nebyl zde spokojen. Trvalé bydliště bylo na Praze 1, kde se však klient dlouhodobě nezdržoval. Veškerou poštu si nechával odesílat do Nízkoprahového střediska Drop In, o.p.s. Místo, kde se zdržoval a přespával, bylo u jeho jediného kamaráda na squatu. Bydlet jinde nemohl, a to z důvodu nedostatku finančních prostředků. Klient byl registrován na úřadu práce, ale již neměl nárok na žádné dávky. Přítelkyni neměl, děti rovněž ne, s matkou bez styku. Zdravotnická dokumentace beze změn. Docházel, léky neužíval, čisté toxikologické testy.

Sociální pracovnice z CMS I. navrhla možné oblasti spolupráce do dalších let, a to nalézt zaměstnání a řešit dluhovou problematiku.

⁴ Projekt Tvoje Šance má tři stěžejní aktivity, a to individuální poradenství, Job klub a tréninkové pracoviště Zahrada. Cílem projektu je umístit klienta na otevřený trh práce nebo ho postupně na vstup připravovat systematickou a individuální prací, či pomocí dalších aktivit projektu. Projekt je financován z Evropských dotací, Magistrátem hlavního města Prahy, Nadacemi a také individuálními dárci. (Drop In o.p.s.).

Reflexe období 2015–2017

V roce 2015 došlo pouze ke stabilizaci klienta. Zdravotní stav stále stejný, v sociálních pohovorech není vedena zakázka. Chybí zde určitý posun. Nejsou mu nabízeny další možné sociální či adiktologické služby. Klientova motivace k čemukoliv je nulová. Dokumentace je příliš strohá. Není nastaven individuální plán. Je pouze proveden zápis o tehdejšímu stavu klienta. Rovněž jeho závislost na zvířeti.

Rok 2016 přináší změny v motivaci klienta. Nastupuje do zaměstnání. Byl nastaven individuální plán. S klientem probíhá individuální spolupráce. Byla oslovena jiná instituce za účelem pomoci s dlužnými částkami. Je zde však potřeba s klientem i nadále individuálně pracovat. Je zde snaha o plnění individuálního plánu. Klient pozitivně reaguje na styl komunikace mezi ním a novou sociální pracovnící.

5.3.1 Nástup do aktivizační služby s tréninkovým pracovištěm projektu Tvoje Šance - 2016

Moje první schůzka s K. K. proběhla v dubnu 2016, kdy jsem pracovala jako sociální pracovníce v projektu Tvoje Šance. V té době klient nastoupil do tohoto projektu s tím, že to zkusí a uvidí. Rozhodně odmítal upustit od pravidel a své kočky se nevzdal. Klient byl přijat do podporovaného zaměstnávání, i se svou kočkou. Prvním úkolem bylo ověřit, zda je klient schopen přijít i na druhou schůzku. Klient přišel i se svou kočkou. Na druhé schůzce byl s klientem sepsán vstupní dotazník a kontrakt (Smlouva o dílo). Dopodrobna s ním byla probrána náplň práce (zahradnické práce), pravidla a povinnosti na projektu Tvoje Šance. Také byl seznámen s tím, že s ním bude vytvořen individuální plán. Klientovi bylo sděleno, že musí přinést potvrzení od lékaře, že je schopen zahradnických prací, a také potvrzení o očkování proti tetanu. Vstupní dotazník a individuální plán je k dispozici v příloze č. 1 a č. 2.

Na další sjednanou schůzku se klient dostavil (o dva dny dříve) s potřebnými materiály (zpráva od lékaře – o schopnosti práce, potvrzení o očkování proti tetanu), které měl donést, aby mohl nastoupit do tréninkového pracoviště Zahrada. Od pátku 22. 4. 2016 započal práci na tréninkovém pracovišti Zahrada.

V průběhu roku 2016 se s klientem pracovalo na jeho individuálním plánu. Individuální plán cílil pouze na krátkodobé cíle, a to z důvodu nejistot, které klient v sobě nalézal. Báł se sám sebe, zda tuto situaci vůbec může zvládnout. Cíle byly jasné – sepsání životopisu, nalezení portálů s pracemi (např.

Jobs.cz), naučit klienta pracovat na PC, hledat stabilní zaměstnání, pravidelně rozesílat životopisy a odpovídat na pracovní nabídky. Podmínkou byla pravidelná docházka k lékaři a řešení jeho zdravotních potíží, výmaz rejstříků trestů a dluhová problematika, nastavení splátkového kalendáře. Veškerá tato činnost probíhala v rámci Individuálního plánování a Job klubu, který byl rovněž součástí projektu Tvoje Šance. Na tréninkovém pracovišti s nikým téměř nekomunikoval a spíše neustále mňoukal na svou kočku či vydával různé zvuky. Akceptoval veškerá daná pravidla a časem dokázal přijmout i onen zákaz zvířat na pracovišti. Do tréninkového pracoviště docházel včas, své úkoly plnil. Dostával rovněž finanční ohodnocení za provedenou práci. Klient začal lépe spolupracovat a komunikovat i s autorkou, jakožto sociální pracovnící.

Ke konci roku bylo vidět, že klient začal být více pracovitý, velmi spolehlivý, pravidelně docházel na každý den práce. Sám si vyhledával práci, kterou následně konzultoval s pracovní terapeutkou. Klient tréninkové pracoviště obohacoval i svými nápady a plány do budoucna.

Na Job klub docházel vždy včas. Vytvářel zde životopis, motivační dopis a odpovídal zde na pracovní nabídky. Byl zde vidět obrovský progres a motivace ke změně života, k nalezení stálého zaměstnání, i ke změně bydlení. Klient začal i se šetřením peněz, které chtěl použít u stomatologa a u očního lékaře. Na základě jeho ukázkového chování byl klient navržený na přestup z CMS I. na CMS II., a to z důvodu větší šance k zaměstnání (na CMS II. není docházka každý den).

Spolupráce na tréninkovém pracovišti Zahrada skončila ke konci roku 2016, a to jak na Individuální plánování, tak i na Job klubu. Klient se rozhodl pokračovat spoluprací pouze v rámci CMS Drop In, a to i přesto, že pracovníce sdělila, že zde není kapacita k intenzivní spolupráci.

5.3.2 Sociální a zdravotní péče v CMS II. od roku 2017 do 2021

4. rok (2017)

V r. 2017 klient přestoupil z CMS I. do CMS II., došlo tedy ke změně sociálních pracovníc. Sociální pracovnící pro program CMS II. a CMS III. jsem já, jakožto autorka a mohla tedy i nadále s klientem spolupracovat nejen v rámci projektu Tvoje Šance, ale i v rámci CMS II. Rozhodla se, že s klientem budu dále individuálně a intenzivněji spolupracovat a pokračovat v již nastaveném plánu, a to i přesto, že kapacitní možnosti programu tuto variantu neumožňovaly

a stále neumožňují. Body z individuálního plánu z CMS I. byly přeneseny do spolupráce v CMS II.

Jednotlivé body z individuálního plánu klienta K. K. od ledna 2017–2021

Rejstřík trestů – aby klient mohl začít pracovat, bylo potřeba vyřídit výmaz rejstříku trestů. Klient společně semnou napsal žádost o výmaz rejstříku a odnesl ji na příslušný soud. V roce 2018 byl již rejstřík trestů čistý.

Zdravotní stav - v roce 2017 jsem s klientem pracovala na jeho důvěře k získání nových zubů a lepších brýlí. Během tohoto roku se vše podařilo dovést do zdárného konce.

V roce 2018 si klient stěžoval převážně na vysoký krevní tlak. Dostal tlakoměr, který musel nosit neustále u sebe. Následně dostal léky na snížení krevního tlaku. Do CMS II. dochází 3x týdně. Má čisté toxikologické testy i alko testy. Výsledky interního vyšetření jsou v pořádku. Vše v normě. Psychiatrické vyšetření byla v pořádku. Nic neužíval.

V roce 2019 klient začal docházet na metadonovou substituci pouze 2x týdně. Jeho psychický stav byl skvělý. Klient mluvil o posunu, byl na sebe hrdý. Dávka na metadonu byla 145 mg (vyšší, ale v normě). Klient se rozhodl snižovat na 140 mg. Pravidelná docházka k lékařům. Toxikologické testy čisté.

V roce 2020 si klient zakoupil tramvajenku a začal chodit do posilovny. Docházel pravidelně k lékařům, a to jak na CMS, tak i k obvodnímu lékaři. Dávka na metadonu je 140 mg. Toxikologické a alko testy čisté. Klient byl natolik motivován, že uvedl, že by rád do tří let vysnižoval a odešel. Uváděl, že už do sebe „nechce cpát žádné hnusy“. Byl upozorněn na pomalé snižování dávky a ať vše raději konzultuje s lékařem.

V roce 2021 začal na dávce 130 mg.

Dluhy – klient v průběhu roku přestal navštěvovat Rubikon a poprosil mě, abych mu s jeho dluhy pomohla. Uvedl, že ho tam nutili psát na počítači a hledat si práce, ale nerozuměl příliš počítačům a internetu. Díky dobré spolupráci s Člověkem v tísní⁵ bylo klientovi předáno telefonní číslo, aby si zde mohl sjednat schůzku, kde se objednal.

⁵ Posláním této služby je poskytování odborné pomoci lidem, kteří se dostali do problémů s dluhy a svoji situaci neumí nebo nemohou sami řešit. Důvodem může být nízké vzdělání, chybějící kompetence, nedostatek informací či peněz na placené služby (Člověk v tísní).

V roce 2018 klient přestal docházet a řešit si své pohledávky, a to z důvodu strachu. Klientovi se podařilo zjistit, že dluží přes milion a přemohla ho úzkost, že nebude schopen tuto částku nikdy splatit.

V roce 2019 a 2020 se mi nepodařilo s klientem pracovat na jeho oddlužení.

Zaměstnání – klientovi v průběhu roku nevyšla žádná brigáda. Vždy byl problém s jeho minulostí, s jeho zjevem (klient neměl zuby, nechodil v čistém oblečení). Pracovnice z organizace Rubikon mu přislíbily zaměstnání, které mu nebylo nakonec dáno, a to z důvodu akceptace jiného adepta. V ten samý rok se mi podařilo nalézt víkendové brigády, které jsem klientovi nabídl. Ten ihned souhlasil. Klient pracoval v zahradnictví, kde vykopával stromky. Měl zde zajištěné pracovní oblečení, teplý čaj a polévku a taky příbytek na ohřívání se. Klient zde pracoval od 9:00–16:00 celý víkend až do konce roku 2017.

V roce 2018 byl opět odmítnut dalším zaměstnavatelem. Klient přinesl ukázat vyjádření, kde bylo uvedeno – NEVYHOVUJÍCÍ. Klient byl ze všeho velmi demotivován. Rozhodl se práci nehledat a hovořil o tom, že je lepší zůstat tam, kde je. Velmi těžce nesl nepřijetí.

V polovině roku 2018 se podařilo klientovi najít práci, a to v rámci organizace Drop In, jakožto peer pracovník. (Peer pracovník – pracovník s drogovou zkušeností). Klient byl šťastný a velmi pozitivně naladěný. Klienta jsem podpořila a rovněž jsem s ním rozebrala nástrahy v terénu, prevenci a relaps.

V roce 2019 uvedl, že bude muset najít zaměstnání, a to z důvodu nedostatku peněz. Klient nebyl hlášen na úřadu práce (ÚP) a ani nepobíral žádné jiné dávky. Klient uvedl, že se trochu bojí změn a nástup do nového zaměstnání je pro něj velmi stresující. Vnímá to však jako nutnost, a to z důvodu, že mu docházely našetřené peníze. Klientovi se podařilo nalézt, díky inzerátům, občasné brigády v zahradnictví, kde si byl rovněž sám sebou jistý.

V roce 2020 se podařilo klientovi zapsat do kurzu pro pracovníky v sociálních službách.

Bydlení – klient v roce 2017 nechtěl hledat jiné bydlení. Byl spokojený. V roce 2018 byl však ze squatu vyhozen. Nechtěl jít na ubytovnu, a to z důvodů štěnic, blech, atd. Uváděl, že by rád našel své bydlení, ale nemá dostatek financí. Pokusit se mě zmanipulovat (poprvé porušil hranice), abych mu ho našla já svým

jménem. Samozřejmě mu nebylo vyhověno. Byla mu nabídnuta pomoc s inzeráty či vyhledáváním na PC.

V dubnu 2018 se klientovi podařilo najít nové bydlení v bytě 2+kk na Balabence, a to společně se spolubydlícím a kočičkou. Klient byl spokojený.

V roce 2019 proběhl krátký pohovor na téma bydlení. Klient byl stabilní, s ubytováním spokojený, vše zvládl zaplatit.

V roce 2020 se u klienta nic nezměnilo.

Rodina – za celou dobu se o své rodině nezmínil. Neměl zájem je kontaktovat. Uvedl vždy jen, že by rád někdy promluvil se sestrou. Partnerku neměl ani nehledal. Vyhovoval mu život s kočkou a spolubydlícím.

Reflexe období 2017–2020

Sám klient byl nadšen možností intenzivnější spolupráce. Díky individuálnímu přístupu klient našel stabilní ubytování. Rovněž našel zaměstnání. Spolupráce s ním se velmi zlepšila. Klientovo sebevědomí se zvedlo i díky novým zubům. S rodinou stále však nekomunikuje, své dluhy odmítá řešit. Toto je vnímáno jako slabá stránka klienta, a to z důvodu budoucího zaměstnání. Stejně tak je vnímána i jeho komunikace vůči okolí. Podařilo se využít i jiných sociálních služeb, a to například dluhového poradenství či adiktologické ambulance.

5.4 Současný stav klienta, jeho vzestupy, propady, sociální síť a rodina v letech 2021-2022

V roce 2021 jsem oslovila klienta s prosbou, zda s ním mohu udělat případovou práci. Klientovi bylo vysvětleno, za jakým účelem a z jakého důvodu. Byl ujištěn, že veškeré informace, které budou použity, jsou anonymní, i on sám zůstane v anonymitě. Klient se rozhodoval a měl mnoho otázek. Bylo mu vysvětleno, že se pro něho nic nemění, spolupráce bude probíhat i nadále tak jako nyní. Klient tedy odešel a neustále se podívoval. Konstatoval, že je rád, že bude slavný, a že i on mě může s něčím pomoci.

Proměny zdravotního stavu – multidisciplinární spolupráce

V listopadu r. 2021 klient uvádí, že má určitý problém se svými stavy. Vidí různé bytosti, bludy, je často podrážděný. Mnohdy ho napadají různé nebezpečné nápady. Přepadávají ho stíny, které na něj mluví/křičí. Klient má strach, a bojí se i o svou kočičku. Děkuji klientovi, že má takovou důvěru a přišel

se svěřit. Navrhuje několik možností, jak tuto situaci řešit, a to návštěvou Adiktologické a AT ambulance Drop In, o.p.s. (dále jen Adiktologická ambulance), návštěvou Drop In psychiatra či psychiatricky, či zcela mimo organizaci. Klient uvádí, že má strach, že nechce brát žádné léky. V konečném důsledku se rozhoduje pro Adiktologickou ambulanci. Vysvětluji celou situaci. Klient tedy s důvěrou po skončení naší schůzky bude žádat o termín. Klient se na mě nebojí obrátit s čímkoliv. Je zcela upřímný a otevřený. Rozhovor pokračuje rutinně. Uvádí, že je stále zaměstnán v organizaci Drop In na DPP, a to jako streetworker. Bydlení stále stejné. Zdravotní stav je rovněž stále stejný. Na ÚP není a nic nepobírá. Dávka na metadonu je 120 mg. Toxikologické a alko testy čisté. Další setkání proběhne podle pravidel léčby v CMS Drop In. Situace u klienta je neměnná. Na konci schůzky odchází a objednává se v Adiktologické ambulanci.

V roce 2022 během cíleného vyšetření lékař s atestací z oboru psychiatrie uvádí, že klient abstinguje, pracuje v sanatoriu pro seniory („nejlepší práce jaká mne mohla potkat“). Klient je spokojen, dávka metadonu (125 mg) mu vyhovuje, neuvažuje o snížení dávky. Ohledně jiné medikace vše neguje. Klient trpí nadváhou, ale snaží se sportovat. Cítí se dobře, sociálně je stabilní. Toxikologické testy i alko testy negativní. Klient nejeví známky deprese, je mírně naléhavý, avšak kontakt spontánní. Nemá sebevražedné myšlenky. Lékař nedoporučuje snižovat a ukončit léčbu.

Proměny sociálního stavu

V lednu 2022 se klient objednává k dalšímu sociálnímu pohovoru. Informuje mě, že chodí do Adiktologické ambulance a příliš mu to nepomáhá, cítí se být blázen, a že to vyřeší po svém. Je dotazován, zda chce chodit někam jinam, protože tyto stavy je potřeba řešit. Jsou mu nabídnuty další varianty a je ujištěn, že v případě potřeby jsem tu pro něj. Apeluji však na něj, aby se svou situací něco dělal. Ujišťuji ho, že je pro něj daná situace nebezpečná, a že je vhodné, aby to nenechával být.

Klient přichází na schůzku se mnou jako vždy velmi roztěkaný. Neustále si prochází a kontroluje všechny změny, které v kanceláři jsou. Ptá se, jak se mi daří a co nového, jak jde škola, a co tam o něm budu psát, že to stejně nikoho nezajímá. Je ujištěn, že zajímá, a že to má smysl. Vysvětluji mu detaily o své práci, a že hlavní částí je naše společná intenzivní práce a jeho pokrok. Klient uvádí, že je již pozdě. Je dotazán, na co je pozdě. Odpovídá, že na život, že svůj život promarnil. Motivuji ho v tom, že má ještě velký kus před sebou. Začal

trénovat, má práci, která ho baví, atp. Uvádí, že ale mohl začít dříve. V návaznosti na to je s klientem probíráno, že každý má svůj čas a ten jeho přišel a on se ho nepustil a dotáhl to až sem. Klient se usmívá a dodává „až na tu hlavu“.

V květnu 2022 klient v současnosti uvádí, že spokojeně bydlí v bytě společně se svým spolubydlícím a kočkou. Je zde již několikátý rok a nemá si na co stěžovat. Stěhování do jiného či vlastního bydlení neplánuje. Je takto spokojen. Jeho zdravotní stav je ucházející. Má stále zvýšený tlak, ale užívat léky odmítá.

Klient má od roku 2021 stabilní zaměstnání, a to v domově důchodců, kde uvádí, že je spokojený. Jsou zde však nějaké problémy s vedením a neustále se mění personál. Společnost, která domov důchodců provozuje, plánuje jeho rozšíření. Klient přemýšlí, že by šel pracovat tam. Jsou s ním velmi spokojeni a dokonce dostal přidáno. Práce ho naplňuje. Jako další zaměstnání uvádí v organizaci Drop In – peer pracovník. Je zde spokojený, chválí si supervize a porady. Neustále má tendence posouvat hranice a přecházet v tykání. Pracovnice však upozorňuje na dodržování nastavených pravidel.

V současné době nemá zájem snižovat dávku. Začal cvičit a se svým kamarádem dochází na pravidelné kurzy MMA. Mluví o lepší fyzické kondici.

S klientem se podařilo nastavit Milostivé léto (pomoc při oddlužení u státních podniků, veřejných institucí nebo samospráv) a tím splatit téměř všechny dluhy. Nyní uvádí, že mu zbývá pouze jeden dluh a to 10 000,- Je spokojený. Nic více nepotřebuje. Vše mu vyhovuje.

Klient velmi často mluví o tom, že promarnil svůj život. Mrzí ho, že začal se vším velmi pozdě. Rád by vrátil čas a rozhodl se lépe v určitých situacích. Pracovnice i tak velmi oceňuje, že vůbec začal a rozhodl se se svým životem něco dělat. Mluví také o možnosti snižování a odchodu z metadonové substituce, avšak nemá motivaci. Klient uvádí, že má strach, a že to vidí spíše doživotně. Dávka na metadon je 120 mg. Toxikologické a alko testy čisté. Další setkání proběhne podle pravidel léčby v CMS Drop In. Situace u klienta je neměnná.

Reflexe období 2021–2022

Současný stav klienta je uspokojivý. Klient stabilně ubytován v bytě se spolubydlícím a kočkou, na kterou již není tak fixovaný. Podařilo se nalézt stabilní zaměstnání v domově pro seniory, kde je nadmíru spokojen. Klient rovněž využil nabídku Milostivého léta, kde se mu téměř vše podařilo splatit. Žel jako velké mínus vnímám jeho psychický stav, který neustále odmítá řešit.

Rovněž možnost spolupráce s otázkou snižování metadonu, klient neguje. Obecně díky individuální práci s klientem došlo k výraznému posunu.

- S klientem byla navázána spolupráce, je zde určitá důvěra a vztah mezi klientem a pracovníkem.
- Byly navázány kontakty a spolupráce s dalšími odborníky a organizacemi.
- Podařilo se stabilizovat klienta na nižší dávce metadonu
- Podařilo se klienta stabilizovat v ohledu bydlení
- Momentálně má dvě stabilní zaměstnání
- Dluhová problematika je vyřešena.

5.5 Kritické zhodnocení procesu metadonové substituce - diskuse

Lze říci, že už samotný přechod z ulice na substituční léčbu v r. 2015 přinesl klientovi mnoho pozitiv. Ze zdravotního hlediska vidíme, že pozitivními změnami je například prokazatelné zlepšení fyzického stavu klienta, omezení nebo úplná abstinence od nelegálních látek, záměna nelegální látky za farmaceuticky čistou látku o stabilní kvalitě, způsob užívání – od injekčního k méně rizikovému (pití či léky pod jazyk), omezení páčání trestné činnosti spojené s obstaráváním nelegální látky, zvýšení šance na sebeurčení a rozhodování klienta o svém životě, snížené společenské náklady a zlepšení veřejného zdraví. Přesně tak jak je uvedeno ve výzkumech dle Vesterna a Buninga (Vester, Buning, 2003, s. 21–22). Toto vše samozřejmě v průběhu doby od samotného nástupu.

Ze sociálního hlediska je evidentní intenzivní spolupráce s klientem od první chvíle. Při nástupu na metadonovou substituci se klient začlenil, docházel na veškeré sociální pohovory, avšak nikam se neposouval. Až při nabídce a následném přechodu do projektu Tvoje Šance a intenzivnější spolupráci v rámci case managementu. Samotný case management, navázání konkrétního vztahu a důvěry s klientem, zmapování potřeb a nastavení konkrétních cílů, pomohlo klientovi v posunu. S touto konkrétní cílovou skupinou je potřeba pracovat vždy otevřeně a dbát na to, aby klient věděl, že ve vás má důvěru a může přijít s čímkoliv. Motivace klientů je velkým základem všeho. Neustálé ujišťování, že věci mají smysl. Podpora jejich kompetencí a naslouchání. Jak je uvedeno v této práci výše, je důležitá empatie, autenticita a akceptace. To je základ důvěry.

Dle vlastní zkušenosti s klientem i na základě záznamů usuzuji, že samotný projekt klienta velmi posunul. Předem stanovená kritéria se podařilo naplnit. Lze předpokládat, že velký vliv měla i skutečnost, že byla klientovi nabídnuta nadstandartní péče ve smyslu individuální spolupráce, která není běžně součástí léčby CMS Drop In.

Cílem této případové studie bylo dále provést zhodnocení průběhu případové práce a provést sebereflexi mé role v této případové práci. Klient byl veden **individuálně** i přes veškerá nastavení služby. Schůzky a pohovory s klientem byly častější a pracovalo se na individuálním plánu, který byl dodržen v rámci projektu Tvoje Šance. Klientovi byly **poskytovány adiktologické služby i ostatní sociální služby** organizacemi Rubikon, Člověk v tísni, atd. Nepodařilo se však docílit snížení dávky metadonu a pravidelná návštěva adiktologické ambulance.

Rovněž došlo díky individuálnímu přístupu k obrovskému posunu, ale i ke změně psychického nastavení. U tohoto klienta bylo zřejmé, že je zde důležité **navázání vztahu a individuální práce**. S klientem se podařilo navázat vztah a vybudovat určitou důvěru, a to díky určitému prosociálnímu chování pracovníka ke klientovi (Výrost, Slaměník, 2008, s. 211).

Analýza případové práce s K. K. ukazuje, že nastavení individuálních plánů v CMS Drop In je doopravdy individuální. Je tedy na samotném rozhodnutí klienta, zda má, či nemá zájem se posunout. Většina z nich o samotný posun nemá zájem či vědí, že by museli se sebou něco udělat, někam se posunout, něco vyřídit. Dalo by se říci, že i na tomto případě klienta je vidět, že došel do určité fáze, kde již stagnuje a nemá zájem cokoliv dále na svém životě měnit, tzv. stačí mu to.

Nevýhodou je dlouhodobá či doživotní léčba klientů. **Závislost na systému, látce a osobě vede k pasivnímu přístupu**. To znamená, že pokud nikdo klienta nemotivuje, nemá důvod se svým stavem něco dělat. Jak již bylo zmiňováno, tvrzení, že se sociální pracovník má snažit podpořit motivovanějšího klienta v abstinenci, je téměř nemožné v počtu daných klientů na jednoho sociálního pracovníka (Bulantová a kol., 2006, s.).

I přesto, že je tu určitá snaha těmto klientům pomoci, motivovat je a pracovat s nimi individuálně, není to možné, a to z důvodu velikosti úvazku, počtu klientů na jednoho sociálního pracovníka, a také dalších činností s tím spojených – např. návštěva případových konferencí, zprávy pro OSPOD a soudy, probační, mediační, atd.

Závěr

Tato bakalářská práce si kladla za cíl poukázat na potřebu intenzivní spolupráce s drogově závislými a potřebu mezioborovosti v CMS Drop In.

Jak bylo zmíněno v teoretické části, metadonová substituce je důležitým objevem v historii protidrogového přístupu. Pomáhá drogově závislým lidem s navrácením se do společnosti, zmírňuje rizika a dopady z nekontrolovatelného užívání. V současné době se zabývá novými trendy, které by pomohly s omezením závislosti ve společnosti. Mezioborový přístup poukazuje na důležité propojení sociální práce s adiktologií a zdravotní prací. Odborná veřejnost se shoduje na tomto důležitém faktu. Práce s drogově závislými, a to jak na legálních či nelegálních látkách, je nestálým živým tématem v současné společnosti. Substituční léčba je velkou neznámou, ze které má společnost strach a nechce ji akceptovat.

Teoretická část postupně přiblížila všechny základní informace, které se vztahují k tomuto tématu a zdůraznila důležitost mezioborové a individuální práce. Rovněž se snažila o vytvoření teoretického základu pro empirickou část této práce. Použila jsem veškeré dostupné aktuální zdroje, literaturu a články, které se věnují tomuto tématu.

Na teoretickou část navazuje část empirická, která představovala práci autorky této bakalářské práce, jakožto sociální pracovnice s klientem CMS Drop In. Tato část si kladla za cíl odpovědět a zhodnotit průběh sociální a zdravotní práce s klientem v substituční léčbě. K získání těchto informací byla zvolena případová práce. Osloven byl klient K. K., se kterým již autorka zahájila spolupráci v roce 2015.

Poznatky získané ze zdravotní i sociální dokumentace a z rozhovorů s klientem byly shrnuty v závěrečném kritickém zhodnocení celého procesu. Prokázalo se, že individuálním mezioborovým přístupem byl klient motivován zlepšit svůj životní standard a změnit své návyky. Podařilo se mu lépe socializovat do společnosti, a to díky zlepšení zdravotního stavu, následnému ubytování, a možnosti zaplacení svých pohledávek. Jako sociální pracovnice vnímám důležitou podstatu mezioborovosti, kterou díky teoretickým poznatkům není lehké v substituční léčbě udržet, a to z hlediska nízkým dotacím.

Rozhodně se ukázalo, že je potřeba apelovat na individuální sociální přístup. Jistou nadějí vidím v budoucích novelách protidrogové politiky, které

by mohly přinést svěží vítr do metodik a možná i více zdrojů, které by mohly být věnovány na financování potřebného individuálního přístupu.

Seznam literatury

1. BULANTOVÁ G. a kol. (2006): Operační manuál Ambulantního centra o.s. Laxus.
2. ČERMÁK J. (2014): Sociální práce s klientem se závislostí a návykovou poruchou chování. Praha: Benepal.
3. ČESKO. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., [online] Dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. Staženo dne: 16. 6. 2022.
4. ČESKO. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek č. 65/2017 Sb., [online] Dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65>. Staženo dne: 16. 6. 2022.
5. ČESKO. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. [online] Dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. Staženo dne: 16. 6. 2022.
6. DROGY INFO, WHO: Studie substituční terapie závislosti na opioidech a HIV/AIDS. [online]. Dostupné na: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1397/81/R%C3%A1mcov%C3%BD%20protokol%20studie.pdf. Staženo dne: 15. 6. 2022.
7. DROP IN o.p.s., Centrum metadonové substituce. [online]. Dostupné na: <https://www.dropin.cz/centrum-metadonove-substituce-drop-in-o-p-s/>. Staženo dne: 13. 6. 2022.
8. DROP IN o.p.s., Projekt Tvoje šance. [online]. Dostupné na: <https://www.dropin.cz/tvoje-sance-drop-in-o-p-s/>. Staženo dne: 13. 6. 2022.
9. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION, Opioids: health and social responses. [online]. Dostupné na:

- https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/opioids-health-and-social-responses_en. Staženo dne: 15. 6. 2022.
10. HAGMAN G. A. (1994): *Methadone Maintenance Counseling: Definition, Principles, Components*. USA: Pergamon. ISBN 0740-5472(94)-E0034-N.
 11. Institute of Medicine (US) Committee on Opportunities in Drug Abuse Research. *Pathways of Addiction: Opportunities in Drug Abuse Research*. (1996). [online] Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232973/> Staženo dne: 15. 6. 2022.
 12. JANOUSKOVÁ K., NEDĚLNÍKOVÁ D. (2008): *Profesní dovednosti terénních pracovníků. Sborník studijních textů pro terénní pracovníky*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta – katedra sociální práce. ISBN 978-80-7368-504-1.
 13. JOHNSTON, A. et al.: *Generic and therapeutic substitution: a viewpoint on achieving best practice in Europe*. (2011). [online]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3243005/> Staženo dne: 15. 6. 2022.
 14. JOSEPH et al., (2000): *Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues*. [online]. Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11064485/>. Staženo dne: 15. 6. 2022.
 15. KALINA K. a kol. (2001): *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova. ISBN 80-238-8014-4.
 16. KALINA K. (2003): *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
 17. KALINA K. (2003): *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

18. KALINA K. (2015): Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.
19. MATOUŠEK O., KODYMOVÁ P., KOLÁČKOVÁ J., (2010): Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
20. MIOVSKÁ L. A SPOL. (2006): Seznam definic a výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády. ISBN 80-86734-81-1.
21. NEPUSTIL P., GEREGOVÁ M., (2020): Bez podmínek, Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy. Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-9667-7.
22. OPERAČNÍ MANUÁL Centrum metadonové substituce Drop In, o.p.s.. Citováno dne 13. 6. 2022.
23. PRESTON A. (1999): Drogy na předpis II: vše o metadonu. Olomouc: Votobia. ISBN 807-19-8383-7.
24. REICHEL J., (2009): Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6.
25. RUBIKON, Řeším dluhy. [online]. Dostupné na: <https://www.rubikoncentrum.cz/resim-dluhy/>. Staženo dne: 20. 6. 2022.
26. SUBSTITUČNÍ LÉČBA, Příběh metadonu. [online]. Dostupné na: <https://www.substitucni-lecba.cz/novinky/pribeh-metadonu-397>. Staženo dne: 13. 6. 2022.
27. SPOLEČNOST PODANÉ RUCE o.p.s., Metodika moderních metod sociální práce a síťování v adiktologických službách. [online]. Dostupné na: https://www.rozvojadiktologickychsluzeb.cz/wp-content/uploads/2019/10/Metodika_moderni%CC%81ch_metod_socia%CC%81lni%CC%81_pra%CC%81ce.pdf. Staženo dne: 16. 6. 2022.
28. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR, Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR. In: Sociální pracovníci. Sekce

- sociálních pracovníků [online]. Dostupné na: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_ssprc.pdf
f. Staženo: 20. 6. 2022
29. ÚŘAD VLÁDY, (2019): Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-231-9.
 30. ÚŘAD VLÁDY, (2020): Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-254-8.
 31. ÚŘAD VLÁDY, (2021): Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-279-1.
 32. ÚŘAD VLÁDY, (2003): Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-15-3.
 33. ÚŘAD VLÁDY, (2022): Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-293-7.
 34. ÚLEHLA I. (1999): Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-69-9.
 35. VAVRINČÍKOVÁ L. A SPOL. (2013): Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. [online]. Dostupné na: <https://www.adiktologie.cz/file/309/koncepce-sluzeb-verze-4-7-2013.pdf>. Staženo dne: 17. 6. 2022.
 36. VERSTER A., BUNING E. (2003): Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech. Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-15-3.

37. VLÁDA. Protidrogová politika. [online]. Dostupné na:
https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Narodni_strategie_2019-2027_fin.pdf. Staženo dne: 13. 6. 2022.
38. VYBÍRAL Z., ROUBAL J. (2010): Současná psychoterapie. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-682-7.
39. VÝROST J., SLAMĚNÍK I. (2008): Sociální psychologie. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8.
40. WALMSLEY I., (2013): Opiate substitution treatment: Poisoned bodies and the history of substitution. [online]. Dostupné na:
https://www.researchgate.net/publication/273514698_Opiate_Substitution_Treatment_Poisoned_Bodies_and_the_History_of_Substitution.
Staženo dne: 15. 6. 2022.
41. WHO, Drugs (psychoactive). [online]. Dostupné na:
[https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/drugs-\(psychoactive\)](https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/drugs-(psychoactive)). Staženo dne: 15. 6. 2022.
42. WHO. (2022): Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Mezinárodní zdravotnická organizace. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, IBSN 978-80-7472-168-7.
43. ZÁBRANSKÝ T. (2003): Drogová epidemiologie. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0709-4.
44. ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Substituční léčba šance na normální život pro závislé na drogách. [online]. Dostupné na:
<https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/06/substitucni-lecba-sance-na-normalni-zivot-pro-zavisle-na-drogach/>. Staženo dne: 13. 6. 2022.

Přílohy

Příloha č. 1: Vzor souhlasu – MUDr. Jiří Presl ředitel organizace

Příloha č. 2: Vzor souhlasu – klient K. K.

Příloha č. 3: Vstupní sociální pohovor s klientem do projektu Tvoje Šance

Příloha č. 4: Individuální plán klienta K. K.

Příloha č. 5: Pravidla CMS II.

Příloha č. 1 – Vzor souhlasu – MUDr. Jiří Presl ředitel organizace

SOUHLAS S NAHLÍŽENÍM DO ZDRAVOTNICKÉ A SOCIÁLNÍ DOKUMENTACE A S POŘIZOVÁNÍM JEJÍCH VÝPISŮ NEBO KOPIÍ

Já níže podepsaný/á:

Jméno a příjmení: Tereza Braunová

Datum narození: 13. 11. 1985

Trvale bytem: Hradešínká 51, Praha 10 - Vinohrady

Tímto žádám o udělení souhlasu pro nahlížení a využití zdravotnické a sociální dokumentace CMS Drop In, o.p.s. pana Karla Kecksteina, a to z důvodu vypracování empirické části bakalářské práce.

Téma bakalářské práce je: „Mezioborová sociálně zdravotní práce s klienty Centra metadonové substituce Drop In.“ Jejím vedoucí je PhDr. Hana Janečková, Ph.D.

Podpisem stvrzuji, že souhlas dávám dobrovolně.

V Praze, dne 11. 12. 2021

podpis



Příloha č. 2 – Vzor souhlasu – klient K. K.

Informovaný souhlas s poskytnutím údajů pro vypracování bakalářské práce

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy.

Jméno a příjmení účastníka:.....

Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště
účastníka:.....

Podpis účastníka:

Příloha č. 3 – Vstupní pohovor s klientem Tvoje Šance

Vstupní sociální pohovor s klientem do projektu Tvoje Šance

Jméno a příjmení:	K. K.
Datum a místo narození:	16. 12. 1975, Praha
Osobní anamnéza: - svobodný/á – vdaný/á - partnerství, žije sám/a - děti (počet)	Klient je svobodný, nezadaný, bezdětný. Nyní žije jen s kamarády.
Rodinná anamnéza: - rodiče – jejich zaměstnání - vztahy v rodině - sourozenci, příbuzní - kl. se stýká s rodinou (jak často)	Klient se s matkou nestýká, jednou za rok si volají. Otec již nežije. Má jednu sestru, se kterou se nestýká.
Drogová anamnéza: - historie – jak dlouho - jaké látky	Od 20 let bral klient pervitin, následně opiáty a od 5. 1. 2015 metadon.
Absolvované léčby: - psychiatrické ambulance - psychiatrické léčebny	Žádné léčby neprodělal. Jen jednu nařízenou v Bohnicích.

- terapeutické komunity - jak dlouho, nedokončené léčby	
Vzdělání:	Klient má základní vzdělání a nedokončený učňák: kuchař.
Bydlení: - současnost i minulost	Klient bydlí v podnájmu se třemi spolubydlícími.
Tresty: - současnost i minulé tresty, které zatím nebyly vymazány	Krádeže Krádeže platebních karet Záznam v rejstříku trestů Dohromady si klient odseděl 125 měsíců. Podmínky za krádeže 2016+2 roky.
Zaměstnání: - jaké druhy činností v minulosti, jak dlouho - nyní	Klient pracoval jen jako kuchař v 18 letech. Později už žádnou práci neměl. Nyní také žádnou nemá. Viz životopis
Registrován/a na ÚP: - dávky, jaké	Klient je registrován na ÚP, pobírá dávky hmotné nouze
Dluhy: - historie, kde dluží, kolik - jak splácí/nesplácí - aktuální situace	Klient je dlužníkem Soudy DPP VZP
Zdravotní stav:	Hepatitida C– zjistit. Očkovaný na tetanus je. Praktického lékaře nemá.

Příloha č. 4 – Individuální plán klienta



Individuální plán pro Job Klub a Zahrada

Jméno a příjmení uživatele: K. K.

Jméno a příjmení sociálního terapeuta: Braunová Tereza

1. Co byste potřeboval/a, čeho byste chtěl/a v rámci spolupráce (Na co se společně zaměříme)

Klient uvádí, že by měl zájem, pracovat na tréninkovém pracovišti Zahrada. Klient hledá také stálé zaměstnání či brigádu. Klient uvedl, že má již čistý trestní rejstřík. Také uvedl, že má velké výdaje vůči nynějšímu zázemí, proto potřebuje určitý plat. Klient uvedl, že má velké dluhy, a spíše je nechce řešit. Klient má založený svůj vlastní email. Je registrován na úřadu práce a pobírá hmotnou nouzi. Klient má též nějaké zdravotní potíže, které si již řeší sám se svým ošetřujícím lékařem. Úkolem je klienta motivovat a pomoci mu najít stabilní zaměstnání, při kterém by byl schopen splácet své pohledávky.

Mezi prioritami je stabilizace klienta, sepsání CV.

2. DOHODA: jak budou osobní cíle nebo potřeby naplněny? Co udělám sám/a, co udělá pracovník, TERMÍNY, do kdy budou cíle splněny, PŘEKÁŽKY, které by mohly bránit v naplnění cíle

Cíle:

- 1. Sepsání životopisu.**

2. **Najít portály s pracemi** – klienta naučit na PC, ukázat portály typu Jobs.cz.
3. **Hledání zaměstnání** – pravidelné rozesílání a odepisování na pracovní nabídky.
4. **Lékař** – pravidelně navštěvovat lékaře a vyřešit si zdravotní obtíže.
5. **Trestní rejstřík** – zjistit, zda má klient doopravdy čistý rejstřík trestů.
6. **VZP** – registrace na zdravotní pojišťovně a zjištění dlužných pohledávek.
7. **Dluhy** – klient má značné dluhy, o některých ani neví, kolik momentálně činí.

3. ZHODNOCENÍ INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU A OSOBNÍCH CÍLŮ

1. **Sepsání životopisu** – s klientem se podařilo sepsat životopis, žel bylo velmi těžké vymyslet, co by klient mohl dělat, a to z důvodu, že většinu času strávil ve vězení či v léčbách.
2. **Najít portály s pracemi** – s klientem byl založen účet na proffesia.cz a na jobs.cz, kde mu pravidelně docházejí pracovní nabídky na e-mail, na které rozesílá životopis či je telefonicky oslovuje.
3. **Hledání zaměstnání** – s klientem se nepodařilo najít trvalé zaměstnání či brigádu.
4. **Lékař** – lékaře klient začal navštěvovat, ale potvrzení nikdy nedodal.
5. **Trestní rejstřík** – trestní rejstřík je založen v kartě klienta. Rejstřík je potřeba vymazat.
6. **VZP** – tento cíl souvisí s cílem, který bylo potřeba naplnit, a to registrace na ÚP. Proto tento cíl také nebyl naplněn.
7. **Dluhy** – klient neměl zájem řešit své dlužné pohledávky.

Příloha č. 5 – Pravidla CMS II.



Obecná pravidla pro aktivitu Zahrada

- Klient musí splňovat všechna obecně platná pravidla Centra metadonové substituce
- Po vstupu do aktivity Zahrada musí klient splňovat podmínky vycházející z kontraktu min. 1 měsíc bude pravidelně docházet do Zahrady a na individuální poradenství, pak má možnost docházení na substituci posunout vždy o jeden stupeň
- Při pozitivě je postup v souladu s pravidly CMS, včetně docházky
- Pokud je klient podmínečně vyloučen z CMS, následuje vyloučení z aktivity Zahrada

Stupně metadonového programu

1. stupeň – docházka 3x týdně

- klienti přestupující z CMS I. Bulovka
- pro přestup z CMS I. 2x negativní toxí a alko test
- žádné BZD
- Pracovní smlouva, brigáda, MD, RD, gravidní, ID, matky s dětmi do ukončení 1. třídy ZŠ dítěte, dále dle lékaře

2. stupeň – docházka 2 x týdně

- pracovní smlouva, brigády, MD, ID + práce
- negativní toxikologie, alko test

Pro přestup do 2. stupně musí mít negativní toxikologie a alko test. Další podmínkou je absolvování 4 terapeutických skupin (individ.pohovory) a zbývající 4 terap. Skupiny (individ. pohovory) mohou dochodit v 2. stupni do 3 měsíců od zahájení skupinové terapie (pohovorů)

3. stupeň – docházka 1x týdně - pouze dlouhodobě pracující

- negativní toxikologie, alko test

Pro přestup do 3. stupně musí mít klient absolvované 4 skupiny a od nich se počítá 6 měsíců k přechodu na docházku 1xT + negativní toxikologie a alko test.

Pokud klient (ka) ztratí zaměstnání, brigádu apod. do 3 měsíců si musí najít novou práci, spolupracovat se sociální pracovníci a absolvovat pohovor s lékařem. Dále dle rozhodnutí lékaře

Přestup z jednotlivých stupňů programu konzultuje klient vždy s lékařem.

Pravidla zvyšování substituční látky

- Klient si může navyšovat metadon pouze 2x, tedy o 10mg. Suboxon (subutex) maximálně o 4mg, pokud bude chtít opětovné zvýšení je nutný pohovor s lékařem
- Při zjevných známkách intoxikace nebude klientovi substituční látka vydána

Pravidla výdejů metadonu při nemožnosti se dostavit osobně

- Výdej metadonu příbuzným je možný v mimořádných případech po prokázání totožnosti a ověření plné moci
- V případě hospitalizace je možné vydat substituční látku nejbližšímu příbuznému na základě plné moci. Ošetřující nemocniční lékař musí takový stav potvrdit

Pravidla docházky do CMS Drop in o.p.s

- Při omluvené absenci trvající do 24 hodin bude substituční dávka zachována. Při absenci 48 hodin se výše substituční dávky sníží na 35 mg/ den metadon a 2 mg/den subuxon (subutex)
- V případě nemoci lze po dohodě s lékařem snížit frekvenci docházky do CMS
- Každý klient má během roku možnost využít dvakrát týden „dovolené“
- V případě vycestování do zahraničí musí mít klient užívající metadon, suboxon (subutexu) certifikát od Ministerstva zdravotnictví ČR. Žádost vyplňuje lékař (je nutné znát přesnou dobu pobytu mimo ČR a mít platný cestovní doklad). Každý klient si pak sám musí Certifikát potvrdit na MZ ČR

Kontrolní toxikologické vyšetření moči

- Vyšetření je shodné jak pro klienty užívající subuxon (subutex) tak metadon
- Po nahlášení toxikologického vyšetření nemohou klienti opouštět čekárnu
- **Všechny vyšetření jsou namátková, není stanovena délka doby mezi jednotlivými odběry**
- **Klient odevzdá nejméně ¾ kelímku moče**
- Klient má povinnost se vyšetření podrobit pod stanovenou přímou, nebo nepřímou kontrolou a to v den určený pracovníky CMS
- Doporučujeme klientům dostavit se do střediska dostatečně zavodněni. Vzorek moči musí být v požadovaném množství
- Neposkytnutí vzorku moči nebo jakákoliv manipulace s ním je považována za pozitivitu
- **Při zjištění manipulace klienta s močí, bude klient přeřazen do CMS I**

Postup při pozitivním toxikologickém vyšetření

- 1. stupeň – 1. pozit. Toxi, Alko test** – výstraha, pohovor s lékařem,
Při 1. pozitivní toxikologii terapie v Adiktologické ambulanci
Při 1. pozitivním alkotestu terapie v AT ambulanci
2. pozit. Toxi, alko test – přesun do nízkoprahového CMS minimálně na 2 měsíce a po návratu opět absolvování 8 terapeutických skupin dle pravidel
- 2. stupeň – 1. pozit. Toxi, Alko test** – výstraha + pohovor s lékařem, přesun do 1. stupně, návrat po 2 negativních toxikologiích, terapie v Adiktologické ambulanci nebo v AT ambulanci
2. pozit. Toxi, Alko test – přesun do nízkoprahového CMS I. minimálně na 2 měsíce a po návratu absolvování 8 terapeutických skupin (individu. Pohovory) dle pravidel
- 3. stupeň – 1. pozit. Toxi + alko test** – přesun do 2. stupně, návrat po 2 negativních toxikologiích, alkotestu, terapie v Adiktologické ambulanci nebo v AT a pohovoru s lékařem, docházka 2x týdně minimálně 2 měsíce
2. pozit. Toxi + alko test - přestup do CMS I. minimálně na 2 měsíce, po návratu absolvování 8 terapeutických skupin (individu. Pohovorů), docházka dle pravidel

Pozitivita se ruší **za 12 měsíců** od prvního pozitivního toxikologického vyšetření nebo po přestupu.

Po opakovaném přestupu do CMS I za pozitivní toxii nebo alkotestu bude doba docházky v CMS I minimálně 6 měsíců.

Důvody k okamžitému vyloučení

- Agresivní chování fyzické i slovní, nebo jeho hrozba vůči pracovníkům CMS nebo ostatním klientům programu
- Nezákonná manipulace se substituční látkou (především její poskytnutí jiné osobě nebo prodej)

Podmínky při překlady z CMS II do CMS I.

- Překlad za pozitivní toxii nejméně na 2 měsíce, za podvody s močí na 6 měsíců, při opakovaných pozitivních toxii také na 6 měsíců
- 14 dní denní docházka
- Po 2 negativních toxii docházka 4x týdně
- Po návratu do CMS II. absolvovat 8 skupin, maximálně do 3 měsíců od překlady

Podmínky při přestupu do CMS III.

- **Dlouhodobý klient CMS II – minimálně 5 let**
- Dlouhodobě negativní toxikologické vyšetření v CMS II. – minimálně 3 roky
- Pracovní smlouva, živnostenský list, mateřská dovolená nebo ID + práce

Pravidla docházky pro sociální pohovory

- **2x za rok sociální pohovor**, klienti, kteří mají v péči děti a těhotné ženy mají kontrolní sociální pohovory častěji
- Vždy je sociální pohovor povinný při nástupu a přestupu do jiného programu CMS
- Pokud se opakovaně a bez omluvy klient nedostaví na sociální pohovor (při vstupu do programu, při přestupu do CMS II. a obráceně, při kontrolním 1x za půl roku) nebude brán zřetel na případné mimořádné výdeje. V krajním případě může být i vyloučen na 1 měsíc z programu
- Klient má možnost se objednat na mimořádný soc. pohovor kdykoliv dle potřeby, objednat se může u sester v CMS
- Doprovod na úřad je možný po dohodě – individuálně

Za terapeutický tým:
MUDr. Jiří Presl, MUDr. Zdeněk Veselý – vedoucí lékař
V Praze dne 23.9.2021