

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Duální diagnóza z pohledu
sociální práce**

Judita Čermáková

Katedra pastorační a sociální práce
Vedoucí práce: Mgr. Ing. Olga Angelovská, PhD.
Studijní program: Sociální práce, B7508
Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou bakalářskou práci s názvem *Duální diagnóza z pohledu sociální práce napsala samostatně a výhradně za použitý citovaných pramenů.*

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

V Praze dne 6.12.2022

Judita Čermáková

Anotace

Bakalářská práce s názvem *Duální diagnóza z pohledu sociální práce* vznikla s cílem objasnit jakou roli hraje sociální pracovník při úzdravě a sociální rehabilitaci pacienta s diagnostikovanou duální diagnózou. Zároveň by měla objasnit roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a zaměřit se na duální diagnózu jako na komplexní problém, a to z celostního, tedy bio-psycho-sociálního modelu.

Teoretická část vznikla především na podkladu primárních tištěných a internetových zdrojů. Místy byla použita také sekundární literatura. Teoretická část by měla především sloužit jako opora pro pochopení problematiky duální diagnózy, v kontextu sociální práce.

Praktická část pak byla realizována pomocí kvalitativních rozhovorů a kazuistik. Respondenty tvořili především sociální pracovníci, psychiatři, adiktologové a psychologové kteří se touto problematikou profesně zabývají.

Klíčová slova

Sociální práce, duální diagnóza, psychiatrická komorbidita, závislost, duševní zdraví, multidisciplinární tým.

Summary

The goal of this bachelor thesis named *Dual diagnosis from the standpoint of social work* is to shed light on what role a social worker has in the process of a patient's recovery and social rehabilitation from dual diagnosis. In addition to that, this thesis should clarify the position of a social worker in a multidisciplinary team and to describe dual diagnosis as a complex problem from the biopsychosocial standpoint.

Both primary and secondary literature (printed and in the form of internet resources) were used as the theoretical framework of this thesis. The theoretical framework should primarily act as a guide to help better understand the phenomenon that is dual diagnosis in the context of social work.

Qualitative interviews and case studies were then used as the practical framework for this bachelor thesis. The group of respondents is made up mainly by social workers, psychiatrists, adiktologists, and psychologists that work in the respective field.

Keywords

Social work, dual diagnosis, psychiatric comorbidity, addiction, mental health, multidisciplinary team.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především své vedoucí bakalářské práce, Mgr. Ing. Olze Angelovské, PhD. za její profesionální vedení, cenné rady a podporu. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří umožnili zpracování praktické části této práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat také své rodině i příteli, kteří mě ve studiu podporovali a projevovali mi neustálou vstřícnost a trpělivost především v posledních měsících práce.

Obsah

Úvod.....	8
1. Teoretická východiska práce.....	10
2. Duální diagnóza a její definice.....	12
2.1 Diagnostika duální diagnózy.....	13
2.1 Nejčastější druhy psychiatrických komorbidit u závislých.....	17
2.3 Příčiny vedoucí k rozvoji závislosti komorbidit.....	19
2.4 Léčba duální diagnózy.....	22
2.5 Dopady duální diagnózy na život pacienta.....	26
2.6 Sociální rehabilitace a následná péče.....	28
2.7 Specifika práce s dětským klientem.....	32
3. Současné nastavení systému.....	36
3.1 Obecná organizace psychiatrické péče v České republice.....	36
3.2 Psychiatrická péče o pacienty s duální diagnózou.....	39
4. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu.....	44
5. Praktická část.....	48
5.1 Výzkumný cíl a otázky.....	49
5.2 Metody analýzy a sběru dat.....	49
5.3 Limity výzkumu.....	51
5.4. Etické aspekty výzkumu.....	52
5.5 Představení respondentů.....	53
5.6 Výpovědi respondentů a analýza dat.....	54
5.6.1 Vliv sociálního pracovníka na úzdravu a sociální rehabilitaci....	55
5.6.2 Největší překážky v práci.....	57
5.6.3 Pozice sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu	59
7. Diskuse a závěr.....	65
8. Bibliografie.....	67
Přílohy.....	74

Příloha č. 1: Výčet psychiatrických lůžkových oddělení, která léčí duální diagnózu.....	74
Příloha č. 2: Informovaný souhlas respondentů.....	78
Příloha č. 3: Otázky pro respondenty.....	79
Příloha č. 4: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 1.....	80
Příloha č. 5: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 2.....	91
Příloha č. 6: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 3.....	98
Příloha č. 7: Přepis rozhovoru s respondentem č. 4.....	105
Příloha č. 8: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 5.....	113
Příloha č. 9: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 6.....	121

Úvod

Ačkoliv je s rozvojem psychiatrie a psychologie problematika duševního zdraví diskutována stále častěji, problematice závislostí stále ještě není věnována dostatečná míra pozornosti, což potvrzuje mimo jiné i Kamil Kalina v knize *Základy klinické adiktologie*¹. Domnívám se, že k této skutečnosti přispívá také fakt, že hranice mezi rekreačním užíváním (či případným opakováním určité činnosti v případě nelátkových závislostí) a již patologickou závislostí je vskutku tenká. Znamky případné závislosti tedy nemusí být na první pohled zjevné ani dotýčnému samotnému, který se s ní potýká.

Závislost je velmi komplexní jev, který ovlivňuje bezmála všechny oblasti života postiženého jedince, zvláště pak je-li přítomna komorbidita s psychiatrickou poruchou. Z tohoto důvodu také považuji kompetence léčení závislostí a případných duálních diagnóz na území České republiky nejasně vymezené, a tak pacienti spadají nejen do resortu psychiatrů, ale přichází s nimi do kontaktu také psychologové, psychoterapeuti, adiktologové a v neposlední řadě sociální pracovníci. Kvůli této zmiňované komplexnosti bych fenomén duálních diagnóz ve své práci chtěla popsat z pohledu sociální práce, avšak stále v mezioborovém kontextu, který v této práci považuji za zásadní. Předpokládám totiž, že právě sociální práce jakožto disciplína s mezioborovým přesahem by mohla být spojovacím článkem výše zmíněných oborů a zajistit tak více celostní péči o klienty s touto diagnózou.

Za cíl této práce tedy považuji zjistit, jakou roli sociální pracovník hraje v multidisciplinárním týmu, a to konkrétně v péči o klienty s duální diagnózou. Dalším cíle této práce je objasnit, jakým způsobem sociální pracovník může

¹ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0

ovlivnit průběh léčby a následnou sociální reintegraci klienta se zmiňovanou diagnózou. Jakým způsobem mezioborová spolupráce funguje mi nadále pomůže objasnit praktická část, ve které se zaměřím na kvalitativní výzkum, a to formou rozhovorů s odborníky vícero profesí, kteří se zabývají problematikou duálních diagnóz.

1. Teoretická východiska práce

Multidisciplinární tým je v dnešní době považován za standardní součást práce s klientem, ať již hovoříme o oblasti zdravotnictví, či o oblasti sociální. Spolupráce multidisciplinárního týmu totiž napomáhá na klienta pohlížet z bio-psycho-sociálního modelu a brát tak v úvahu všechny aspekty jeho života. Multidisciplinární tým tedy využívá znalostí několika expertů z různých oblastí (sociálních pracovníků, lékařů, duchovních, psychologů atd.), aby pak spolu v efektivní mezioborové spolupráci dosáhli co nejlepších výsledků, s co nejpozitivnějším dopadem na všechny oblasti klientova života. Jaké je však postavení sociálního pracovníka v tomto týmu? Podle Dohnalové, Nečasové a Trboly² se sociální pracovníci v multidisciplinárních týmech cítí často znejistěni. To je z části také proto, že náplň jejich práce je nejasně či nedostatečně vymezená. To z velké míry pak souvisí také s tím, že k dnešnímu dni stále ještě neexistuje v České republice žádný zákon, který by jasně vymezoval a definoval sociální práci. Jediný zákon, o který se v tuto chvíli můžeme opřít, je Zákon o sociálních službách. Tento zákon však nevymezuje práci vysokoškolsky vzdělaného sociálního pracovníka jako takového, neboť podle něj pozici sociální práce mohou zastávat také absolventi jiných oborů. Na druhou stranu se kolektiv autorů také domnívá, že stejně tak, jako jsou znejistěni sociální pracovníci, i jejich kolegové ke spolupráci přistupují s nejasnými představami o jejich působení v týmu.³

² DOHNALOVÁ, Lenka. NEČASOVÁ, Mirka. TRBOLA, Robert. *Vybrané bariéry inkluze sociálních pracovníků do multidisciplinárních týmů se zaměřením na vztah sociální pedagogiky a sociální práce*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. [online] 2019. [cit 2022-11-12]

³ Tamtéž

Na základě výše zmíněných teoretických východisek jsem si pro tuto práci pak stanovila následující cíl: Jakou roli hraje sociální pracovník v prostředí multidisciplinárního týmu, který se zabývá léčbou duálních diagnóz?

2. Duální diagnóza a její definice

Z úplného kraje bych ráda vymezila definici pojmu duální diagnóza, neboť tento název je často zaměňován s termínem psychiatrická komorbidita.

Kamil Kalina a kolektiv v knize *Základy klinické adiktologie* popisují, že v případě obou termínů panuje stále ještě jistá nejednotnost ohledně definic. Psychiatrická komorbidita je v literatuře nejčastěji vymezována jako výskyt minimálně dvou symptomů či psychických poruch u jednoho jedince. Mimo to se však také setkáme v literatuře⁴ s tím, že je tento pojem definován jako dvě diagnostikovatelné psychiatrické poruchy, které jsou spojeny s užíváním drog. Hovoříme-li ale o duální diagnóze, pak podle autorů Miovské, Miovského a Kaliny⁵ nalezneme, že v literatuře se nejčastěji setkáváme s tím, že vzniklá přidružená onemocnění jsou s pacientovou závislostí v úzkém vztahu. Tedy v tomto případě bychom na psychiatrickou komorbiditu mohli nahlížet jako na termín nadřazený, kdy duální diagnóza by byla brána jako podtyp psychiatrické komorbidity.

Jak sami autoři textu popisují, mít takto definovanou duální diagnózu může být poněkud nepraktické, neboť se tímto může velmi ztížit diagnostika nemoci. Ve většině případech totiž není zcela jasné, zda vůbec a jak spolu obě nemoci souvisí. A i v případě, že o kauzalitě víme, je u mnohých pacientů pouze těžko určitelné, zda psychická nemoc zvýšila pravděpodobnost abúzu drog, či naopak. Proto jsou v praxi oba termíny nejčastěji používané jako synonyma.⁶

Jak jsem již uvedla, definic najdeme mnoho. Dalším příkladem, dle Amerického Národního ústavu pro otázky zneužívání drog, je vymezení duální

⁴ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. 388 s. ISBN 970-80-247-1411-0, s. 75-76

⁵ Tamtéž

⁶ Tamtéž

diagnózy jako případu, kdy nemocný vykazuje známky jak duševní poruchy, tak známky abusu alkoholu, či jiné závislosti.⁷ Definice Amerického Národního ústavu pro zneužívání drog je také v souladu s definicí Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále již jen WHO).⁸

Pro zjednodušení a pro účely této práce se proto budu držet terminologie WHO, neboť se jedná o definici, které se drží většina mezinárodní literatury, kterou jsem pro zpracování této práce využila. Termíny duální diagnóza a psychiatrická komorbidita budu pro větší přehlednost užívat synonymně.

2.1 Diagnostika duální diagnózy

Vzhledem k tomu, že jsme si již stanovili definice pojmů duální diagnóza a psychiatrická komorbidita, ráda bych se nyní věnovala diagnostice.

Jak jsem již naznačila, diagnostika duálních diagnóz není vždy úplně jednoduchá nebo přímočará. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost⁹ ve své výroční zprávě z roku 2004 uvádí, že v případech duální diagnózy je poměrně častým jevem, že zprvu je u pacienta diagnostikovatelná pouze závislost, která zastírá příznaky přidruženého duševního onemocnění. Vzhledem k tomu, že totiž samotná závislost, či dokonce abstinční syndrom na sebe mohou vzít téměř jakoukoliv podobu, je diagnostika duálních diagnóz poměrně složitou záležitostí, zvláště pak, pokud

⁷ Medline plus: Trusted health Information for you [online]. 2019 [cit. 2022-11-7]. Dostupný z: <https://medlineplus.gov/dualdiagnosis.html>

⁸ EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway.* [online]. 2004 [cit.2022-11-8]. Dostupný z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/306/sel2004_3-cs_69862.pdf

⁹ Tamtéž

droga či substituční léčba na psychiku měly přímý vliv a potlačovaly případné známky přidružené psychické nemoci.

Psychiatr Karel Nešpor v knize *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* pak také uvádí¹⁰, že v případě diagnostiky psychiatrických komorbidit je smysluplné brát v úvahu i věci, které se na první pohled mohou jevit jako maličkosti. Zmiňuje tak například genderové rozdíly. Kupříkladu ženy trpící duální diagnózou se mohou často za svou závislost stydět a přiznat se tak pouze k přidruženým psychiatrickým obtížím. I tento faktor pak přispívá k tomu, že diagnostika duálních diagnóz je poměrně složitou a komplexní záležitostí. Nešpor proto uvádí, že je potřeba ke klientům přistupovat s určitou mírou pochopení. Diagnostika pak může být podle něj ulehčená například toxikologickým a biochemickým vyšetřením, rozhovorem s blízkými klienta (například rodina a další osoby v blízkém okolí), či například psychologickým vyšetřením. Obecně je na způsob diagnostiky kladeno několik základních požadavků, kterých je dobré se držet. Mimo kvalitní diagnostické pomůcky a již zmíněnou ochotu pacienta je důležitá taky podrobná rodinná anamnéza, pozorně provedené psychologické vyšetření, či dále například sociálně právní zhodnocení klientova stavu.

Mimo nástroje, které jsem uvedla výše, další z pomůcek, které napomáhají stanovení diagnózy jsou rozličné dotazníky. Jedním z nich je například takzvaný Evropský index závažnosti návykového chování neboli EuropASI. Tento dotazník vznikl ve Spojených státech amerických, a to v roce 1980 (jako

¹⁰KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*, 1. díl. [online]. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. [cit 2022-11.9] ISBN 80-86734-05-6. Dostupný z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/742/drogy_a_drog_zavislosti_dill.pdf

takzvaný Addiction severity index, ASI).¹¹ Na českém trhu pak byl dotazník ve standardizované verzi uveřejněn v roce 1997 Csémym a Kubičkou.¹² Výhodou tohoto dotazníku je, že mimo závislostní chování (drogy a alkohol), hodnotí také dalších šest aspektů klientova života. K těmto aspektům patří zdravotní stav, zaměstnanost klienta a jeho obživa, klientovo právní postavení, rodina a rodinná anamnéza, rodinné a sociální vztahy a v neposlední řadě také psychický stav. Dotazník byl standardizován a přeložen do většiny ostatních evropských jazyků. Dotazník je také přínosný v tom, že usnadňuje nejen výzkum, ale také plánování a monitorování následné léčby. Index závažnosti návykového chování využívá hodnocení na deseti bodové škále, přičemž body uděluje administrující osoba. Dotazník je vhodný pouze pro dospělé, a administrace trvá asi tři čtvrtě hodiny, přičemž je potřeba aby byla provedena zaškoleným expertem v této oblasti.¹³ Kritérium, že administrace musí být provedena zaškoleným expertem však také může být v některých případech hodnoceno jako negativní, vzhledem k tomu, že vyškolení jedince je dlouhý, náročný a drahý proces. Jak však Kalina a kolektiv ve svém textu popisují, kvalitní, avšak náročná diferenciální diagnostika je základním předpokladem úspěšné léčby.¹⁴ Evropský index závažnosti návykového chování pak samozřejmě není jedinou metodickou pomůckou pro diagnostiku závislosti.

Dalším z dotazníků, který lze použít, je například je tzv. SDS (z angl. Severity of Dependence scale). Výhoda tohoto testu je, že jeho administrace je poměrně rychlá a jednoduchá, avšak jedná se o dotazník pouze zaměřen na odhalení

¹¹ EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway.*

¹² Klinika adiktologie. *Evropský index závažnosti návykového chování (European addiction severity index, EuroASI).* [online]. 2019. [cit. 2022-11-8]. Dostupný z: <https://www.adiktologie.cz/evropsky-index-zavaznosti-navykoveho-chovani-european-addiction-severity-index-europasi>

¹³ tamtéž

¹⁴ KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup, 1. díl.* s. 214

závislosti – jiné aspekty klientova života nezkoumá. Tento dotazník se například projevil jako účinný v odhalení závislosti na lécích u hospitalizovaných seniorů. Výsledky této studie byly v souladu s diagnostickými kritérii pro závislost podle DSM – IV (ang. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth revision – diagnostický a statistický manuál duševních poruch, čtvrtá revize. Dále jen již jako DSM – IV).¹⁵ Test zahrnuje pouze jeden set pěti otázek, které se týkají pacientova vzorců užívání návykových látek. Pacient na otázky odpovídá (kroužkuje je) sám. Další dvě doplňující otázky jsou již pak pouze zaměřené na motivaci a připravenost klienta závislost léčit.¹⁶

Další zajímavá skupina, která se poměrně často s duálními diagnózami potýká jsou klienti s ADHD (Attention deficit disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou, dále jen ADHD). Pro tyto klienty byl pak v Trimbos Institute (Nizozemský ústav pro duševní zdraví a závislosti) zvláště vyvinut speciální diagnostický a léčebný protokol¹⁷.

Miovská, Miovský a Kalina¹⁸ ve svém textu také zmiňují model duálních diagnóz, který v roce 1998 sestavil Jenner et al. Podle tohoto modelu je možné rozdělit klienty s duální diagnózou do šesti možných skupin. Kategorizování klientů do těchto skupin by podle kolektivu autorů textu mohlo přispívat mimo jiné také k efektivní diagnóze a léčbě. Jedná se o kategorie následující:

¹⁵ CHENG, Soheat. SIDDIQUI, Tahreem Ghazal. GOSSOP, Michael et al. *BMC: research in progress. The Severity of Dependence Scale detects medication misuse and dependence among hospitalized older patients.* [online]. 2019 [cit. 2022-11-9]. Dostupný z: <https://bmccgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1182-3>

¹⁶ Klinika adiktologie. *Severity of dependence scales (SDS).* [online]. [cit 2022-11-8]. Dostupný z: <https://www.adiktologie.cz/file/144/sds-english.pdf>

¹⁷ EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway.*

¹⁸ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie* s.77

1. Do první skupiny spadají klienti, kteří trpí onemocněním psychotického spektra (jako je například bipolární afektivní porucha, deprese atd.) a zároveň jsou závislí na drogách.
2. Další skupinu tvoří klienti, které je možné diagnostikovat se závislostí, avšak jejich přidružené onemocnění nespadá do psychotického spektra.
3. Třetí skupina je tvořena klienty, kteří splňují kritéria pro abúzus drog, a jejich přidružené onemocnění spadá do psychotického spektra.
4. Další skupina je tvořena klienty, kteří stejně, jako u skupiny předchozí splňují kritéria pro zneužívání drog, jejich přidružené onemocnění však nespadá do psychotického spektra.
5. Do předposlední skupiny bychom mohli řadit klienty s onemocněním psychotického spektra, kteří navíc užívají drogy rizikovým způsobem a ohrožují tak své zdraví.
6. Šestá a poslední skupina jsou opět klienti, jejichž nemoc nespadá do psychotického spektra, ale stejně jako předchozí skupina užívají drogy rizikovým způsobem.

2.2 Nejčastější druhy psychiatrických komorbidit u závislých

Prevalence psychiatrických komorbidit je téma, které je v dnešní době podrobeno poměrně častému zkoumání. Jak autoři knihy *Základy klinické adiktologie*¹⁹, tak zpráva Evropského monitorovacího centra pro drogy a

¹⁹ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie* s. 77-80

drogovou závislost (dále již jen EMCDDA)²⁰ z roku 2004 zmiňují, že velký počet proběhlých studií se liší jak ve své metodologii, tak v dosažených výsledcích. Výsledky těchto studií se pak liší především v závislosti na zkoumané populaci (mohlo jít o bezdomovce, běžnou populaci, vězně, či pacienty psychiatrických léčeben a další skupiny), na diagnostických dovednostech autorů studie a v dalších mnoha proměnných. Z těchto zjištění tak plyne nutnost opravdu správné interpretace výsledků.

Pro území České republiky bohužel nemáme dostatečná data, která by potvrzovala zahraniční výzkumy. Obě studie, které zde byly provedeny a se kterými jsem se seznámila (jedna domácí studie byla provedena v letech 2001 – 2002 docentem Kalinou, další pak Miovskou, Miovským a Mravčíkem v roce 2006), zahraničním studiím neodpovídaly.²¹ Nebyly v souladu ani s klinickými zkušenostmi odborníků na našem území. Dle autorů textu je toto zjištění zapříčiněno faktem, že problematice je na našem území věnována nedostatečná pozornost a lékaři tak například nedostatečně vyplňují formuláře, což má na domácí studie a jejich výsledky poměrně velký dopad.²²

Klienti s diagnostikovanou psychiatrickou komorbiditou podle autorů příspěvku pro Národního ústavu pro duševní zdraví (dále jen NUDZ) pak nejenže vykazují horší průběh nemoci, ale také horší léčebné výsledky.²³ To samozřejmě souvisí mimo jiné s tím, že klienti s duální diagnózou si do léčby přinášejí velmi často závažné problémy, které mohou představovat pro léčbu

²⁰ EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway.*

²¹ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie.* 77-80

²² tamtéž

²³ ORLÍKOVÁ, Barbora. CSÉMY, Ladislav. *Psychiatrická komorbidita u osob závislých na alkoholu.* [online]. Praha: NUDZ. [cit. 2022-11-10]. Dostupný z: <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2017/07/orlikova-b.-csemy-l.-psychiatricke-dualni-diagnozy-u-osob-zavislych-na-alkoholu.pdf>

určitá omezení. Často se jedná například o dluhy, špatnou rodinnou situaci, nedostatečné sociální dovednosti a jiné.

Nejčastější psychiatrické diagnózy, které u pacientů s duální diagnózou můžeme najít, jsou především poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti, poruchy paměti či úzkostné a depresivní poruchy a stavy.

Co se závislosti týče, největší prevalenci v duálních diagnózách má alkoholismus, kdy až 80 % závislých na alkoholu trpí psychiatrickou komorbiditou. Současně je dnes již známo, že pacienti, kteří jsou závislí právě na alkoholu také velmi často vykazují tendenci k užívání dalších škodlivých látek (nejčastěji konopné drogy, psychoaktivní látky, stimulancia či opiáty).²⁴

Další závislostí, se kterou se často potýkají pacienti s duální diagnózou je závislost na již zmíněných sedativech, či konopných látkách²⁵.

2.3 Příčiny vedoucí k rozvoji duální závislosti a komorbidit

Příčiny, které vedou k rozvoji závislosti a psychiatrických komorbidit by šlo rozdělit na dvě velké skupiny. Jedna ze skupin je tvořena biologickými vlivy, druhá ze skupin pak je tvořena vlivy sociálními čili vlivy prostředí.

Co se týče biologických vlivů, dodnes vědci nevědí s přesnou jistotou, jaké genetické predispozice k závislosti přesně vedou. Odhadují však, že přibližně padesát procent predispozice jedinec podědí z genetického hlediska, druhých padesát procent, které pak vedou k rozvoji závislosti souvisí s prostředím a sociálními aspekty jedinceho života. I podle Stanislava Kudrleho²⁶ jsou příčiny drogové ale i alkoholové závislosti z predispozičního hlediska opravdu nejasné.

²⁴ ORLÍKOVÁ, Barbora. CSÉMY, Ladislav. *Psychiatrická komorbidita u osob závislých na alkoholu*.

²⁵ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. s. 77-80

²⁶ KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup, 1. díl*. s. 91

Zřejmě určitou roli hraje například vrozená tolerance pro drogu. Tedy podle něj například děti alkoholiků vykazují vyšší vrozenou toleranci vůči návykové látce. V praxi to znamená, že pro stejný požitek jako někdo s nižší alkoholovou tolerancí, musí oni požit látky o mnoho více, což je samozřejmě poměrně rizikovou vlastností. Další výzkumy jsou pak založeny především na studiích dvojčat a zkoumání heritability aspektů vedoucích k závislostem.

Další biologický aspekt, který můžeme mimo genetické vlivy vzít v úvahu je určitě neurobiologie závislosti, kdy se současné poznatky opírají o model vycházející z takzvaného odměňujícího efektu drog. Podle něj se na rozvoji závislosti podílí především dopaminergní systém. Dopamin je neurotransmitter, který je fyziologicky vyplaven například při cvičení, při jídle ale na opačnou stranu také například při požití drog, což je tedy jedním z faktorů, který vede k závislosti. Díky vyplavení neurotransmiteru dopaminu se nám totiž navodí pocit štěstí. Tento pocit štěstí nás pak nadále motivuje k tomu, abychom činnost, která dopamin vyplavila pravidelně opakovali. Odchylky v dopaminergním systému proto mohou mimo jiné také vést k onomu rozvoji závislostního chování. I z tohoto důvodu se mezi závislými osobami často objevují některé osobnostní rysy, jako například sklony k depresím, častými pacienty jsou ale i nevyrovnaní jedinci, či lidé úzkostliví.²⁷

Biologické vlivy jsou tedy pro vznik závislostí důležité, což je důvodem, proč jsem je i přes povahu této práce chtěla zmínit. Avšak kvůli důrazu, který je v tomto textu kladen především na sociální práci bych se dále v této kapitole chtěla zaměřit na sociální aspekty vzniku závislostí a duálních diagnóz.

²⁷ KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup, 1. díl*. s. 96-100

Dnes již víme, že faktory jedincova prostředí a jeho sociální zázemí ve značné míře ovlivňují to, jak se k drogové scéně člověk vlastně postaví. Martin Hajný²⁸ tuto teorii popisuje tak, že jedinec je obklopen celým systémem vztahů, který na něj působí a ovlivňuje tak jeho případnou závislost či její vznik. Je téma drogové závislosti a návykových látek v rodině klienta tabuizováno? Či naopak jsou rodiče či další rodinní příslušníci klienta drogově závislí? Tento přístup se podle Rotgerse někdy nazývá „model nemoci rodiny“, kdy se případné negativní vzorce chování mohou v rodině i třeba nevědomky posilovat. Proto se dle Martina Hajného dnes i užívá termínu kodependence čili spoluzávislost, klientovo okolí v podstatě závislost umožnilo, či svým způsobem dokonce podpořilo.

V reakci na výše uvedený model závislosti bych pak ráda zmínila text Magdaleny Frouzové. V knize *Drogy a drogové závislosti*²⁹ zmiňuje, že lidé se stávají závislími na drogách také pro účinky, které tyto drogy mají, neboť mají pocit, že jim pomáhají například řešit určité konflikty či problémy v rodině, okolí, ale i rozpory sebe sama. Podle toho, co droga může danému jedinci nabídnout pak autorka rozděluje návykové látky do šesti následujících skupin:

1. Jedinec má pocit, že mu návyková látka poskytuje více kontroly nad svým životem, či nad dalšími osobami,
2. Látka jedinci může pomoci k sebepoznání, či mu dokonce může pomoci nalézt smysl svého života.
3. Látka může přinejmenším na nějaký čas zastřít nelibé či bolestivé pocity, či stavy, které souvisejí s přidruženými psychickými poruchami,

²⁸ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. s.41-42

²⁹ KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup*, 1. díl. s. 124

4. Návyková látka nejen, že může zastřít případné nepříjemné myšlenky a stavy, jak bylo zmíněno v předchozím bodě, ale může naopak i navodit pocity velmi libé a přinést člověku pocit spokojenosti.
5. Drogy mohou usnadnit sociální přizpůsobení, tedy mohou jedinci pomoci se cítit chtěně ve vybrané sociální skupině.
6. Látka může zastřít případné výčitky svědomí, či empatii vůči druhým a v podstatě tak posílit asociální vedení života. Tento bod se může jevit jako spíše negativní, avšak jak Frouzová vysvětluje, pro jedince, kteří jsou ohroženi závislostí toto může být velmi atraktivní věc. Ve chvíli, kdy totiž jedinec spadne do asociálního života s drogou, je na něj pohlíženo jako na jedince, kterému je potřeba pomoci, místo toho, aby byl trestán a odsuzován.

2.4 Léčba duální diagnózy

Jak jsem již zmínila na začátku této práce, pro úspěšnou léčbu duálních diagnóz je naprosto zásadním předpokladem správná a včasná diagnostika. Dobrá spolupráce se závislým klientem je naprosto klíčová.

Zvláště v případě psychiatrických komorbidit je pak pro správnou efektivní léčbu naprostou nutností, aby všechny zahrnuté části léčebného systému dobře spolupracovali. Pro personál se v tomto případě jedná o velmi náročnou a často nevděčnou práci, kdy podle EMCDDA výsledky léčby poměrně často neodpovídají vynaložené práci a snaze³⁰.

³⁰ EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway.*

Autoři, kteří se v knize *Základy klinické adiktologie*³¹ věnovali psychiatrickým komorbiditám pak popisují, že je možné léčbu duálních diagnóz vymezit následovně:

1. Pacient může podstoupit **následnou** léčbu,
2. Pacient může podstoupit **souběžnou** léčbu,
3. Pacient může podstoupit **integrovanou** léčbu.

Následná léčba pro pacienta znamená, že zprvu absolvuje léčbu první v jednom zařízení (často se nejdříve jedná o léčbu závislosti, neb problém závislosti může často být akutnější a nese s sebou obvykle naléhavější problémy), a později léčbu druhého problému v zařízení dalším. Důležité je určitě také zmínit, že termínem „následná léčba“ v tuto chvíli nemíníme koncept doléčování, který je řešen v podkapitole 2.6. V literatuře se místo s pojmem následná léčba můžeme také setkat s pojmy sekvenční, či sériová léčba.³²

Jak tomu již název napovídá, v případě **souběžné léčby** (v některé literatuře i jako paralelní léčba³³) se pak pacient léčí pro obě psychiatrické komorbidity najednou, ve stejnou dobu. Léčba však neprobíhá v jednom a tom samém zařízení, komorbidity jsou tedy řešeny zvlášť. Toto je však ale pouze možné, je-li postižený jedinec léčený ambulantně.³⁴ Jedná se o model léčby, který je v Evropě však používán poměrně zřídka. V případě této léčby dochází poměrně často také k nesouladu psychiatrické a psychologické péče, neboť pacient je

³¹ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. s. 82-83

³² EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. .

³³ tamtéž

³⁴ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. s. 82-83

pod dohledem ve dvou různých institucích. Léčba tedy není koordinovaná a může docházet k případným rozporům.³⁵

V případě **integrované léčby** se obě komorbidity řeší v jednom a tom samém zařízení, a to také souběžně. Tomuto způsobu se také občas přezdívá „double focus therapy“, neboli ohnisková léčba.³⁶ Nesmírnou výhodou integrované léčby je ta, že se problémy jedince řeší v jednom uceleném týmu, který spolupracuje. Nemůže se tedy stát, že by se instrukce a rady některých profesionálů protirečili. Proto taky tento způsob léčby mívá na jedince nejpozitivnější dopad ze všech tří zmíněných přístupů. Léčebný postup v tomto případě využívá farmakoterapie, řeší dlouhodobé sociální problémy, a psychoterapie. Jak však EMCDDA popisuje, i přesto, že tento model léčby přináší nejlepší výsledky, je to model, kterého se poměrně špatně dosahuje. V praxi totiž poměrně často také narážíme na skutečnost, že v dnešní době existuje málo psychiatrů, ale i dalších odborníků, kteří by se na problematiku duálních diagnóz zaměřovali.³⁷ Častou potíží tedy bývá, že jak lékaři, tak i celá oddělení jsou zaměřené buď na duševní onemocnění, nebo na závislost. Najít tím pádem pro klienta místo, které by duální diagnózu zvládlo řešit prostřednictvím integrované léčby je skutečně nelehkou záležitostí.³⁸ Vzhledem k povaze a rozsahu této problematiky se tímto tématem budu dále zabývat v kapitole čtvrté, která je věnována koncepci psychiatrických služeb na území České republiky.

³⁵ EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway.*

³⁶ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie.* s. 82-83

³⁷ Česká televize. „Nezlobte se, máme plno.“ *Dětské psychiatrii zoufale chybí lůžka i lékaři, stav pacientů se mezitím zhoršuje.* [online]. 2021. [cit 2022-11-17]. Dostupný z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3329210-nezlobte-se-mame-plno-detske-psychiatrii-zoufale-chybi-luzka-i-lekari-stav-pacientu>

³⁸ EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway.*

Vzhledem k tomu, že jsem již zmínila, jakých podob může léčba nabývat, ráda bych se nyní podívala na konkrétní prostředky a metody, kterými můžeme úzdravy dosáhnout.

Podle APA (Americká psychologická asociace, angl. american psychological association, dále již jen APA)³⁹ sebou léčba závislostí nese určitá stigmata, kterých je třeba se nejprve zbavit. Na závislost a psychiatrické komorbidity je dle asociace často nahlíženo jako na jednu oddělenou nemoc. Tento pohled na závislost však léčbu poněkud komplikuje, neboť pro úspěšnou léčbu je potřeba na závislost a komorbidity nahlížet jako na komplexní jev, který se nějakým způsobem dotýká úplně všech součástí klientova života. Psychologové proto vyvinuli spoustu metod založených na důkazech, které se APA nyní snaží do léčby klientů implementovat.

K těmto metodám patří například kognitivně behaviorální terapie (KBT, dále jen jako KBT), kdy se klient učí překonat destruktivní a vtíravé myšlenky na drogu. Je snaha klienta naučit, jaké činnosti a myšlenky k touze po droze vedou a naučit se s nimi konstruktivně pracovat.

Další metodou je takzvaný „contingency management“. Tato metoda spočívá v tom, že expert vedoucí terapii používá pozitivní motivace k tomu, aby se klient od návykové látky držel dál. Motivace to může být například v podobě peněz a možnost lepší pracovní pozice, či dokonce poukazů do oblíbené restaurace klienta. Možnosti jsou v podstatě neomezené a záleží na domluvě mezi terapeutem a klientem.

³⁹ American psychological association. *Breaking free from addiction* [online]. 2013. [cit. 2022-11-12]. Dostupný z: <https://www.apa.org/monitor/2013/06/addiction>

Dle APA jsou tyto zmíněné postupy vysoce efektivní zvláště pak v kombinaci s farmakologickou léčbou.

APA však také zmiňuje, že i když jsou tyto metody založené na důkazech, neznamená to, že automaticky budou dobře fungovat i v terapeutických komunitách. V komunitách totiž klienti ale i zaměstnanci instituce občas čelí rozličným překážkám, které například ve výzkumných laboratořích a při výzkumech viditelné nejsou.

K těmto uvedeným překážkám patří například fakt, že v terapeutické komunitě dochází ke styku klientů s různými osobnostmi a potížemi, kteří na sebe určitým způsobem působí a léčba tak může vést k jiným výsledkům než při výzkumech. Stejně tak zaměstnanci terapeutické komunity budou mít s vysokou pravděpodobností jiné vzdělání a zkušenosti než vědci, kteří se výzkumem zabývali. Z tohoto tedy vyplývá fakt, že laboratorní podmínky výzkumu sice přináší skvělé výsledky těchto navržených metod, avšak reálné výsledky v práci terapeutických komunit mohou vypadat do jisté míry poněkud rozličně.

2.5 Dopady duální diagnózy na život pacienta

Suzanne Brown a kolektiv autorek ve článku který byl publikován pro NIH (Americký národní institut pro zdraví, ang. National Institute of health. Dále již jen NIH)⁴⁰ zmiňují, že osoby s diagnostikovanou duální diagnózou čelí

⁴⁰ BROWN, Suzanne. KYONG JUN, Min. OH MIN, Meeyoung. TRACY, Elizabeth M. Impact of Dual Disorders, Trauma, and Social Support on Quality of Life Among Women in Treatment for Substance Dependence. [online]. 2013. [cit 2022-11-13]. Dostupný z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3608525/>

mnohem větším překážkám v návratu do svého života než osoby, které se léčili pouze se závislostí.

Tuto svou hypotézu autorky testovaly na 377 dospělých ženách, a to v průběhu studie, která probíhala po celé tři roky. Výsledky studie pak počáteční hypotézu potvrdily. Dle této studie ženy s potvrzenou psychiatrickou komorbiditou mnohem častěji vykazovaly nižší kvalitu života než ženy, které byly závislé a přidruženou komorbiditu neměly. Kvalitou života dle autorek pak rozumíme jak faktory přispívající fyzickému, tak duševnímu zdraví. Autorky studie však popisují, že tato snížená kvalita života do jisté míry souvisí především s traumaty, která jsou s duální diagnózou spojeny, a na prevalenci psychiatrické komorbidity jako takové již záleží méně. Závěry této studie pak jsou také v souladu s dalšími studiemi podobného rázu, například s výzkumem Min et al. z roku 2007.

Podobně se k situaci staví také Miovská, Miovský a Kalina⁴¹. Prevalence duální diagnózy podle autorů má nejen negativní efekt na kvalitu života ale také na možnosti a efekt léčby, což s kvalitou života po léčbě samozřejmě také souvisí. Psychiatrická komorbidita totiž v některých případech může velmi omezovat schopnost aktivního zapojení se klienta do léčby. Pokud však klient není schopen se léčby ujmout dostatečně a profitovat z ní tak jak by bylo žádoucí, je také mnohem vyšší pravděpodobnost, že u klienta dojde k relapsu.

Další studie z roku 1996 publikovaná pro NIH⁴² dokonce upozorňuje na fakt, že osoby s duální diagnózou jsou často pozdě a chybně diagnostikovány, což vede mimo jiné dokonce k nárůstu suicidality v dané zkoumané skupině. Mimo

⁴¹ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. s. 81-82

⁴² WOODY, George. *The Challenges of Dual Diagnosis*. [online]. 1996. [cit. 2022-11-13]. Dostupný z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876494/>

to jsou tito klienti také mnohem častěji ohroženi bezdomovectvím, dochází u nich k častým rozporům se zákonem a jsou častěji hospitalizováni než jedinci bez psychiatrických komorbidit. Dle autora článku, George Woodyho všechny tyto výše zmíněné problémy, jsou spojeny jak s onou chybnou diagnostikou, tak s faktem, že tato klientela doposud neměla ve sféře zdraví tak úplně své místo. Jak psychologové, tak psychiatři právě léčbu této cílové skupiny často odmítali, neboť se domnívali, že léčba těchto lidí spadá do resortu jiného experta. Odmítnutí klienti proto buď často zůstávali bez vhodné léčby, nebo přinejmenším léčba byla nedostatečná, což vedlo k mnohem častějším relapsům a dlouhodobým společenským a zdravotním problémům.⁴³ Obdobně celou situaci vidí také autoři již zmíněné knihy *Základy klinické adiktologie*, kdy tvrdí, že právě léčba je jedním z nejdůležitějších faktorů pro následnou sociální rehabilitaci⁴⁴.

2.6 Sociální rehabilitace a následná péče

Podle Aleše Kudy⁴⁵ není vymezení sociální rehabilitace a následné péče vždy tak jednoznačné, jak by se mohlo na první pohled zdát. V literatuře se v případě termínu následná péče můžeme sejít také s názvem doléčování. Termíny jsou v praxi často používány synonymně, i když jejich význam je vlastně docela jiný. Doléčováním myslíme posilování abstinence od drogy, či návykové látky kterou pacient užíval. Hlavním cílem doléčování je tedy prevence relapsu.

V případě následné péče však rozumíme především plnohodnotnou péči o klienta ve všech oblastech, a to v souladu s bio-psycho-sociálním modelem. Tedy ačkoliv je prevence relapsu určitě důležitá, následná péče se snaží o plnohodnotné začlenění zpět do společnosti. Tedy jinak řečeno, následná péče

⁴³ WOODY, George. *The Challenges of Dual Diagnosis*

⁴⁴ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. s. 81-82

⁴⁵ Tamtéž, s. 215-224

zahrnuje jak prevenci relapsu, tak sociální rehabilitaci. V případě sociální rehabilitace je tedy nezbytné, aby se klient ztotožnil, či znovu ztotožnil se svou rolí ve společnosti. Klienta je proto potřeba posilovat v nabytí či znovunabytí sebeúcty, a je potřeba mu nabídnout bezpečný prostor k sociálnímu učení. Kuda tak zmiňuje několik následujících složek, které jsou pro následnou péči naprosto nezbytné. Jedná se konkrétně o:

1. **Podpůrnou psychoterapii.** Tato psychoterapie v případě následné léčby slouží především ke stabilizaci a posílení klienta.⁴⁶ Spolupráce s klientem bývá vypracována na základě individuálního plánu, který je danému jedinci šitý na míru. Terapeutický plán umožňuje mimo jiné plánovat i předpokládat, jakým způsobem se spolupráce s ním bude odvíjet a jakým způsobem například bude do budoucna navazovat vztahy, například v terapeutické komunitě.⁴⁷

2. **Prevenci relapsu,** která u klientů znamená poměrně velkou motivaci k sociální rehabilitaci. Jak Kuda popisuje, tato prevence je opřena o tři základní pilíře, kterými je kognitivní intervence, a pak zvládnutí, a i stabilizace nového životního stylu.⁴⁸

⁴⁶ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. s. 217

⁴⁷ KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup 2. díl*. [online]. Praha: Úřad vlády 2003. ISBN: 80 - 86734 - 05 - 6
Dostupný z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf

⁴⁸ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. s. 218

3. **Sociální práci.** Sociální pracovník v této oblasti nabízí klientovu velkou podporu na široké škále sociálně – právních problémů. Sociální pracovník tak může například zvýšit šance na stálé zaměstnání, pomoci sehnat potřebnou peněžitou pomoc, či zprostředkovat bydlení.⁴⁹

4. **Pracovní příležitosti** , tedy především o chráněná pracovní místa a rekvalifikaci. Vrátit se do pracovního života je však pro klienty jednou z největších překážek v rámci sociální rehabilitace.⁵⁰I toto je oblast, ve které se z velké míry může uplatnit například sociální pracovník.

5. **Chráněné bydlení** (či takzvaný dům na půli cesty) je služba, která umožňuje některým klientům přechodné bydlení po svém návratu z léčby. Avšak požadavky na klienta v tomto zařízení nejsou úplně malé. Je potřeba, aby klient vykazoval určitou míru samostatnosti a stability, neboť prostory chráněného bydlení nejsou pod stálým dohledem.⁵¹Na druhou stranu, pokud klient toto kritérium splňuje, může mu toto místo nabídnout integrovaný způsob péče a poměrně velkou míru pomoci při sociální rehabilitaci. Po ukončení pobytu v chráněném bydlení je očekáváno, že se klient začlení zpět do společnosti a bude schopen podporu čerpat již pouze ambulantní formou.⁵²

⁴⁹ KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti , mezioborový přístup 2. díl.* s.182

⁵⁰ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie.* s. 217

⁵¹ Tamtéž, s. 219-220

⁵² ŠURÁŇOVÁ, Veronika a kol. *Klienti s duální diagnózou v programu doléčování drogové závislosti.* [online]. 2016. [cit. 2022-12-13]. Dostupný z: https://podaneruce.cz/wp-content/uploads/2018/07/metodika_prace-s-pacienty-s-dualnimi-diagnozami.pdf

6. **Lékařskou péčí.** Jak je již v dnešní době známo, užívání návykových látek má pro organismus řadu nepříznivých účinků, a to jak z krátkodobého, tak dlouhodobého hlediska. Proto je lékařská péče neoddělitelnou součástí následné péče. Klienti se nejčastěji potýkají s hepatitidou typů C a B, poměrně časté jsou také například gynekologické potíže.⁵³

7. **Práci s rodinnou a rodinnými příslušníky.** Dle Kudy se efektivita léčby a následné péče zvyšuje, pokud rodinní příslušníci klienta jsou otevřeni a schopni spolupráce, zvláště pak je-li klientem dítě. Autor textu uvádí, že změna postojů a vzorců chování celé rodiny je naprosto nezbytná k posílení abstinence dítěte a k tomu, aby znovu nabylo pocit jistoty. Důležitou součástí v případě následné péče v tomto případě jsou společná setkání skupin rodičů, kteří se mohou ve svých příbězích sdílet a získat další cenné rady a informace od lidí, kteří se potýkají s podobnou situací.⁵⁴

8. **Nabídku volnočasových aktivit.** Nabízet v rámci následné péče volnočasové aktivity je poměrně důležitým krokem k udržení si abstinence. Naučit se, jak totiž smysluplně využívat svůj volný čas je poměrně velkým krokem k uzdravě. Odborníci se tak snaží klienta posilovat v objevení, nebo také znovuobjevení již zapomenutých koníčků a talentů tak, aby klient již neměl potřebu se ve svém volném čase vracet ke drogám.⁵⁵

To, jak dlouho pak klient zůstane v programu následné péče je poměrně individuální záležitostí. Obecně se však doporučuje, aby délka programu trvala

⁵³ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. s. 220

⁵⁴ Tamtéž

⁵⁵ Tamtéž, s. 221

minimálně šest měsíců. Většina klientů v programu však zůstává déle. Délku tohoto pobytu je ale nutné s každým klientem ještě před nástupem probrat a domluvit se dopředu na datum ukončení programu následné péče. Toto je potřeba, aby se klient mohl na přicházející datum zaměřit a pomalu se tak sžívat s tím, že je potřeba, aby se osamostatnil a přešel do další fáze svého života.⁵⁶

2.7 Specifika práce s dětským klientem

Světověznámý psycholog Erik Erikson je dodnes považován za jednoho z nejznámějších psychologů, který stál u zrození této vědy. Jeho práce konkrétně spadá do oboru psychoanalýzy, přičemž se sám označoval za ortodoxního psychoanalytika navazujícího na Freudovo dílo. Zabýval se především problematikou mezilidských vztahů, společností a jejich převratů a další. Dnes je ale po celém světě nejznámější jeho dílo s názvem *Dětství a společnost*⁵⁷. V této práci se zabýval psychosociálním vývojem osobnosti. Jeho teorie rozpracovaná v kapitole *Osm věků člověka* vychází z Freudovy psychoanalýzy a naznačuje, že vývoj člověka je rozdělen do celkem osmi stádií. V každém tomto stádiu jedinec čelí jednomu zásadnímu úkolu, či konfliktu, který musí zvládnout. Pouze při úspěšném zvládnutí tohoto úkolu je možné, aby jedinec úspěšně zakončil jednu životní etapu vývoje a posunul se do etapy další. Úspěšné zvládnutí onoho konfliktu totiž podle autora znamená posílení jedincova charakteru a vyvinutí určitých schopností, které jsou pro člověka v průběhu jeho života prospěšné. Této nabyté schopnosti nebo vlastnosti Erikson říká ctnost. U člověka, který úspěšně projde všemi fázemi vývoje pak dochází

⁵⁶ ŠURÁŇOVÁ, Veronika a kol. *Klienti s duální diagnózou v programu doléčování drogové závislosti*.

⁵⁷ ERIKSON, Erik. *Dětství a společnost: Osm věků člověka*. [online]. Praha: Propsy 1995.

Dostupný z:

https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1107359/mod_resource/content/1/Erikson_Osm%20věků.pdf

k takzvané integritě ega, či celistvosti ega, kdy dochází k souladu všech nabytých vlastností z předešlého vývoje. Naopak při neúspěšném zvládnutí onoho konfliktu jedinci budou tyto schopnosti chybět a jedincův charakter bude nestabilní a necelistvý.⁵⁸

Tato teorie má v dnešní době samozřejmě své kritiky. Na druhou stranu Eriksonovo dílo je i dodnes často citováno a položilo základ mnohým studiím a výzkumům v této oblasti, tudíž je relevantní až do dnešního dne. I dnes víme a pracujeme s tím, že dětství ovlivňuje vývoj jedince a také jeho charakter v dospělosti. Právě případné nejistoty, či nezvládnuté etapy v dětství mohou například takto vést i mimo jiné nedostatečnému sebevědomí, a ne osamostatnění se. Tyto všechny faktory tak mohou potencionálně vést i k rozvoji závislosti⁵⁹.

Rodina a psychosociální vývoj jedince však nejsou jedinými faktory které vedou, či potenciálně mohu vést k závislosti u dětí a mladistvých. Přednosta kliniky adiktologie, Michal Miovský⁶⁰ například tvrdí, že především u mladistvých je velkým problémem tlak společnosti, který jedinec cítí během dospívání. Tlak toho být „normální“ a příliš nevyčnívat, aby jedinci zapadli mezi vrstevníky tak může vést k tomu, že určité rituály i třeba spojené s návykovými látkami se jeví jako žádoucí a běžným způsobem, jak zapadnout. Velkým problémem však v dnešní době nejsou pouze látkové závislosti, nýbrž nelátková závislost na internetu a elektronice nejen na území České republiky

⁵⁸ POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva. DUBOVSKÁ, Eva. CHRZ, Vladimír. *Integrita a zoufalství ega v Eriksonově koncepci stáří*. [online] 2019 [cit. 2022-11-17]. Dostupný z:

https://www.researchgate.net/publication/335543284_Integrita_a_zoufalství_ega_v_Eriksonov_e_koncepci_stari_Ego_integrity_and_despair_in_Erikson%27s_conception_of_old_age

⁵⁹ BELCHER, Harolyn M.E. SCHINITZKY, Harold E. *Substance Abuse in Children: Prediction, Protection and Prevention*. [online]. 1998. [cit. 2022-11-17]. Dostupný z:

<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/189961>

⁶⁰ iForum: Online magazín Univerzity Karlovy. *Nelátkové závislosti u dětí se stávají větším problémem, adiktologové hledají řešení*. [online]. 2015. [cit. 2022-11-17]. Dostupný z:

<https://iforum.cuni.cz/IFORUM-15749.html>

rozhodně roste. Tato problematika je pak obzvláště patrná právě u dětí a mladistvých.

V případě léčby, Jiří Broža v *Základech klinické adiktologie*⁶¹ píše o tom, že právě protože dětství je jedno z nejdůležitějších období pro formování jedince je naprosto nezbytné k dětským klientům přistupovat jinak než ke klientům dospělým. Stejně tak důležité je také umět správně zacházet nejen s klientem samotným, ale také s jeho rodiči. Podle autora textu dokonce platí pravidlo, že čím mladší klient je, tím více stěžejní se jeví dobrá spolupráce s rodiči. Jak jsem již totiž v kapitole o léčbě zmiňovala, úspěšná spolupráce s rodiči několikanásobně zvyšuje šanci na úspěch v léčbě. Samozřejmě je možné návyky a postoje k návykovým látkám u dítěte změnit i bez spolupráce rodičů, avšak bohužel se v tomto případě většinou jedná pouze o velmi krátkodobé řešení. Pokud totiž rodina nemůže být dostatečnou oporou, nebo naopak dokonce dětského klienta po léčbě posilují k tomu, aby se vrátil ke svým starým návykům, je velmi pravděpodobné, že dojde k relapsu. I zde tedy můžeme uplatnit již zmíněný Model nemoci rodiny⁶², kdy je potřeba nejen léčit samotného klienta, ale také jeho nejbližší prostředí, které je s (v tomto případě dětským) klientem neodmyslitelně spojeno.

Ačkoliv bych se současnému nastavení systému psychiatrické a adiktologické péče chtěla věnovat až v následující kapitole, chtěla bych přeci jen alespoň ve zkratce popsat, jak tento systém funguje v případě nezletilých, neboť zde můžeme najít poměrně značné rozdíly. Co se týče pobytů v léčebnách, k dnešnímu dni máme pouze takzvaná dětská oddělení. Tato oddělení bývají rozdělena, popřípadě podle věkových kategorií, či dokonce pohlaví, ale

⁶¹ KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. s. 253-263

⁶² Tamtéž

rozdělení dle psychiatrické poruchy zde nebývá. Tedy na stejném oddělení jsou léčeny časté úzkostné stavy, autismus, depresivní poruchy i všechny další diagnózy spadající do tohoto oboru.⁶³ Další problematickou záležitostí pak bývá počet lůžek. V tuto chvíli po celé republice najdeme pouhých 596 lůžek, přičemž ta jsou po republice rozložena rovnoměrně. Pouze menší počet z nich nalezneme na Moravě.⁶⁴ Kritický pak je nejen počet lůžek, ale také počet lékařů, kteří se na dětskou psychiatrii zaměřují. Především s pandemií COVID - 19 se obecně duševní zdraví dětí a mladistvých zhoršilo, bohužel však počet lůžek zůstal stejný. Kvůli tomu je potřeba, aby i spousta akutních stavů bylo pedopsychiatry léčeno ambulantně, pokud dětský pacient již k lékaři dochází. Mnoho dětí a mladistvých se však nedostane ani do ambulantní péče, neboť odborníci chybí i v těchto zařízeních.⁶⁵

S ohledem na všechna uvedená tvrzení bylo i poměrně těžké najít v literatuře odpověď na otázku, jak jsou psychiatrické komorbidity řešeny právě u dětí a mladistvých.

⁶³ Asociace dětské a dorostové psychiatrie. *Lůžková péče v dětské a dorostové psychiatrii*. [online]. [cit 2022-11-17]. Dostupný z: <https://www.addp.cz/informujeme/luzkova-pece-v-detske-a-dorostove-psychiatrii.html>

⁶⁴ Asociace dětské a dorostové psychiatrie. *Sít pedopsychiatrických lůžek v ČR*. [online]. [cit 2022-17-11]. Dostupný z: <https://www.addp.cz/informujeme/sit-pedopsychiatrickych-luzek-v-cr.html>

⁶⁵ Česká televize. „Nezlobte se, máme plno“. *Dětské psychiatrii zoufale chybí lůžka i lékaři, stav pacientů se mezitím zhoršuje*.

3. Současné nastavení systému v České republice

Vzhledem k tomu, že jsem již problematiku dětských psychiatrických léčení a ambulantních služeb uvedla výše v textu, následující odstavce budou věnovány pouze pacientům dospělým.

Popsat současné nastavení systému považuji důležité především proto, že jak respondenti během výzkumu, tak i text EMCDDA⁶⁶ kladli důraz právě na to, že i v dnešní době pacienti s psychiatrickou komorbiditou ve veřejném zdravotnictví stále tak docela ještě nemají své místo a propadají tak sítem veřejného zdravotnictví. Většina služeb i odborníků se totiž věnuje buď léčbě psychiatrických diagnóz, nebo řeší závislost. Řada služeb (a to jak léčebných zařízení, tak služeb následné péče) tedy pacienty s komorbiditami odmítá. Právě v případě duálních diagnóz je však ucelený přístup naprosto nezbytný, neboť komorbidity spolu často souvisí.

3.1 Obecná organizace psychiatrické péče

Psychiatrická péče na našem území v podobě, jakou jsme ji znali donedávna čelila velkému množství kritiky. Byla odborníky označována za zastaralou a nedostatečnou. Dle nich nastavení psychiatrické péče nebylo dostatečně propojeno s jinými obory a poskytovateli péče, komunitní služby nebyly dostatečně vyvinuty, a pacientům se nedostávala dostatečná podpora v jejich přirozeném prostředí. Z tohoto důvodu byla v roce 2013 podepsána strategie reformy psychiatrické péče s tím, že její implementace byla zahájena až v roce 2017. Reforma je proces dlouhodobý, přičemž je očekáváno, že proces bude trvat přibližně 15–20 let s ohledem na zkušenosti jiných Evropských zemí.⁶⁷

⁶⁶ EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue.*

⁶⁷ Reforma péče o duševní zdraví: *Strategie reformy psychiatrické péče. Malý průvodce reformou psychiatrické péče.* [online]. 2017. [cit. 2022-11-18]. Dostupný z: <https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Malý%20průvodce%20reformou%20psychiatrické%20péče.pdf>

Reforma psychiatrické péče si pak klade za cíl propojit jednotlivé služby, aby pacientům mohla být poskytnuta koordinovaná péče. Toto bude podpořeno tvorbou dalších multidisciplinárních týmů. Také je v plánu implementovat takzvanou regionální odpovědnost, kdy nově vzniklé služby v jednotlivých regionech budou mít zodpovědnost za pacienta, který má v oněm regionu bydliště, ale to se stálým ohledem na to, aby si pacient službu, kam nastoupí mohl sám zvolit. Reforma si také klade za cíl podpořit vznik nových služeb, a vytvořit tak nový, vyvážený model, kdy⁶⁸:

- „*služby reflektují priority pacientů/klientů a těch, kteří o ně pečují* ,
- *existuje vyvážený poměr mezi komunitními, ambulantními a nemocničními (konvenčními službami),*
- *služby jsou poskytovány co nejbližší bydliště pacienta/klienta,*
- *intervence se zaměřuje jak na zmírnění příznaků duševní nemoci, tak na zvýšení samostatnosti, kvality života a rozvíjení schopností klienta.*”⁶⁹

Aby tyto cíle mohly být úspěšně zvládnuty, budou v rámci reformy vznikat také takzvaná centra duševního zdraví. Centra duševního zdraví by měla fungovat nepřetržitě a nabízet tak svým pacientům neustálou oporu ve své léčbě. Tato centra by měla mít i preventivní charakter, kdy by se mohlo zcela předejít hospitalizaci, či ji alespoň výrazně zkrátit.⁷⁰

⁶⁸ Reforma péče o duševní zdraví: *Strategie reformy psychiatrické péče. Malý průvodce reformou psychiatrické péče.*

⁶⁹ Tamtéž

⁷⁰ Tamtéž

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR pak ve své psychiatrické ročenke z roku 2021 klasifikuje péči v oboru psychiatrie do následujících skupin:

- A. Ambulantní psychiatrická péče,
- B. Dlouhodobá lůžková psychiatrická péče,
- C. Akutní péče.⁷¹

Do **ambulantní psychiatrické péče** můžeme řadit jak ambulance psychiatrů a klinických psychologů, tak ale i terénní programy, různé denní stacionáře, či nově vzniklá centra duševního zdraví, které vznikají v závislosti na psychiatrickou reformu.⁷² Jednou z výhod ambulantních služeb je určitě ta, že klient, popřípadě pacient má možnost své potíže řešit převážně ve svém obvyklém prostředí, neb za terapeutem, psychiatrem či jiným specialistou dochází v pravidelných intervalech. Pacient, který dochází ambulantně do nějaké služby tak může dále chodit do svého zaměstnání, či školy, neboť tento druh péče nijak zvlášť nezasahuje do praktických aspektů jedinceho života.⁷³

V případě služeb **dlouhodobé lůžkové péče** se jedná zejména o pobyty v nemocničních zařízeních. Samozřejmě stejně tak, jako i jiné druhy péče, má tato své výhody i nevýhody. Za výhodu bychom mohli například považovat to, že lůžková péče bývá pro pacienta intenzivnější než například péče ambulantní. To zčásti bývá i tím, že se klient s lékaři, psychology a dalšími pracovníky i spolu pacienty vídá každý den. Tuto léčbu však pacient či klient samozřejmě

⁷¹ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Psychiatrická ročenka 2021* [online]. 2022. [cit. 2022-11-18]. Dostupný z: <https://www.uzis.cz/res/f/008415/psych2021.pdf>

⁷² Reforma péče o duševní zdraví: *Strategie reformy psychiatrické péče. Malý průvodce reformou psychiatrické péče.*

⁷³ Národní linka pro odvykání. *Systém péče v adiktologii.* [online]. 2021. [cit. 2022-11-18] Dostupný z: <https://chciodvykat.cz/clanky/system-pece-v-adiktologii/>

nemůže podstoupit ve svém obvyklém domovském prostředí. V případě naléhavých či traumatizujících poruch i na toto však můžeme také nahlížet kladně, neboť klient může opustit určité škodlivé vzorce chování, které měl naučené ze svého přirozeného sociálního prostředí. Do kategorie dlouhodobé lůžkové péče bychom pak mohli zařadit také například terapeutické komunity. Terapeutické komunity jsem již zmínila v kapitole o sociální rehabilitaci, o kterou se dané zařízení právě snaží. Terapeutické komunity se v rámci následné péče snaží o vytvoření nových a udržitelných vzorců života.⁷⁴

Akutní péče je pak zdravotnickým zařízením (nejčastěji psychiatrickou léčebnou) poskytována ihned po zhoršení stavu pacienta, v případech, kdy se pacient stává agresorem a je nebezpečný pro své okolí, či dokonce když ohrožuje zdraví vlastní. Akutní lůžka jsou určena pro krátkodobou až střednědobou hospitalizaci. Zaměstnanci akutního lůžkového oddělení pak provádějí především diagnostiku pacienta, dále nabízí terapii a rehabilitaci.⁷⁵

3.2 Psychiatrická péče o pacienty s duální diagnózou

Téma, kterého jsem se již v rámci této práce dříve dotkla, je psychiatrická péče o pacienty s duální diagnózou. Problémem v této oblasti je, že duální diagnózy jsou fenoménem, kterým se zabýváme relativně krátkou dobu a služby na psychiatrické komorbidity přinejmenším na našem území ještě nejsou zcela zvyklé. Jak výpovědi respondentů, tak EMCDDA ve své literatuře⁷⁶ tento fakt zmiňují. Jak odborná příprava jednotlivých profesí, tak samotná zařízení v tuto chvíli s prací s pacienty s komorbiditou zcela ještě nepočítají. Proto se zdá, že pacienti s duální diagnózou stále ještě často propadají sítem veřejného

⁷⁴ Národní linka pro odvykání. *Systém péče v adiktologii*.

⁷⁵ Psychoportal: brána k odborné pomoci. *Lůžková psychiatrická péče*. [online] [cit. 2022-11-20]. Dostupný z: <https://psychoportal.cz/luzkova-psychiatricka-pece/>

⁷⁶ EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue*.

zdravotnictví. V dnešní době se často tedy setkáváme se zařízeními, která jsou pro klienty s duševní nemocí, či pro pacienty, kteří se potýkají se závislostí. Míst, kterých si však umí poradit s obojím a nabídnout tak pacientovi integrovanou léčbu je dle EMCDDA ⁷⁷ i respondentů poměrně málo. Vzhledem k tomu, že se mi však nepodařilo v literatuře najít žádná přesná data, která by toto tvrzení dokazovala, vypracovala jsem v následujících několika odstavcích výčet lůžkových psychiatrických zařízení, které na našem území nabízejí léčbu duálních diagnóz. Tento seznam jsem zpracovala dle údajů na webových stránkách Psychiatrické společnosti (*viz příloha č. 1 Výčet psychiatrických lůžkových oddělení, která léčí duální diagnózu*)⁷⁸. Všechny další informace, které jsou do hotového výčtu zahrnuty pak pocházejí z oficiálních webových stránek konkrétního lůžkového zařízení. Tento výčet obsahuje všechna lůžková psychiatrická zařízení na našem území a řadí je podle toho zda:

- a. Léčí duální diagnózy,
- b. neléčí duální diagnózy,
- c. na webových stránkách léčba duálních diagnóz není nikterak zmíněna.

Aby nedošlo k případné dezinterpretaci výsledků, zařadila jsem do výčtu také třetí kategorii, kde oficiální stránky zařízení duální diagnózy nikterak nezmiňují, avšak není zcela vyloučeno, že by se komorbiditami nezabývali. Ze zpracovaného výčtu tak můžeme vyčíst, že území:

1. Hlavního města Prahy disponuje jedním oddělením v psychiatrické nemocnici v Bohnicích, které je na duální

⁷⁷ EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue.*

⁷⁸ Psychiatrická společnost ČLS JEP: Česká psychiatrická společnost. *Lůžková psychiatrická zařízení.* [online] [cit. 2022-11-20]. Dostupný z: <https://www.psychiatrie.cz/uzivatele-nemocnice-lecebny>

diagnózy zaměřeno. Dalších šest lůžkových zařízení duální diagnózu na svých stránkách nezmiňují vůbec.

2. Středočeský kraj disponuje jen jedním zařízením v Kosmonosech, které na svých stránkách nevyklučuje léčbu duálních diagnóz. Na webových stránkách pouze udává, že v případě duálních diagnóz je vhodné vyhledat vhodněji zaměřené oddělení, než oddělení S8 (koedukované resocializační oddělení). Více informací zde uvedeno není.
3. Na vysočině pak můžeme najít celkem čtyři psychiatrická zdravotnická zařízení, která nabízejí lůžkovou péči. Celkově dvě z nich léčbu duálních diagnóz zmiňují, jedná se konkrétně o Psychiatrickou nemocnici v Jihlavě, a v Havlíčkově Brodě. Další dvě zařízení duální diagnózy nikterak nezmiňují.
4. V Plzeňském kraji jsou tři lůžková psychiatrická zařízení. Ani jedno z nich na webových stránkách léčbu komorbidit nijak nezmiňuje.
5. Jihočeský kraj disponuje šesti psychiatrickými lůžkovými odděleními. Pouze dvě z nich na svých stránkách zmiňují léčbu duálních diagnóz.
6. V Libereckém kraji je psychiatrické zařízení s lůžkovým oddělením pouze jedno, na svých oficiálních webových stránkách léčbu komorbidit nezmiňuje.
7. V Ústeckém kraji pak můžeme najít zařízení pět. Jedním z nich je dětská psychiatrická léčebna v Lounech. Z těchto pěti zařízení dvě zmiňují léčbu duálních diagnóz.
8. Karlovarský kraj je dalším z krajů, který disponuje pouze jedním psychiatrickým lůžkovým zařízením. Oddělení psychiatrické komorbidity nikterak nezmiňuje.

9. V Královéhradeckém kraji najdeme tři psychiatrická lůžková oddělení. Jak psychiatrická klinika v Hradci Králové, tak léčebna návykových nemocí pak spadají pod místní fakultní nemocnici. Ani jedno ze tří lůžkových oddělení však léčbu duálních diagnóz na svých webových stránkách nezmiňuje.
10. V kraji Pardubickém se nachází taktéž tři zařízení. I zde žádné ze zařízení psychiatrické komorbidit nezmiňuje.
11. Také v Olomouckém kraji najdeme celkem tři psychiatrická lůžková zařízení. Z těchto zařízení léčbu duálních diagnóz zmiňuje pouze Psychiatrická nemocnice Šternberk.
12. V Moravskoslezském kraji najdeme lůžkových psychiatrických zařízení pět. Psychiatrické komorbidit na webových stránkách zmiňuje pouze jedno pracoviště.
13. Zlínský kraj nabízí jediné zařízení, které na svých stránkách léčbu duálních diagnóz nabízí.
14. V Jihomoravském kraji jsou v tuto chvíli čtyři lůžková psychiatrická zařízení. Léčba komorbidit není zmíněna ani na jednom z oficiálních webů pracovišť.

Celkově tedy na území České republiky můžeme najít 47 psychiatrických lůžkových oddělení. Deset z nich na svých stránkách buď přímo nabízí oddělení věnovaných duálním diagnózám, nebo přinejmenším léčbu těchto klientů provádí na jiných oddělení (nejčastěji se jedná o oddělení věnující se závislostem), popřípadě léčbu duálních diagnóz nevyklučuje. Zbylých 37 zařízení duální diagnózy na svých oficiálních webových stránkách nezmiňuje vůbec. Žádné z nich však neudává, že by vyloženě pacienty s duální diagnózou odmítali.

Jedním ze zařízení, které bych v této části práce chtěla zmínit je psychiatrická nemocnice v Bohnicích⁷⁹. Nemocnice pacienty s komorbiditou léčí na koedukovaném oddělení s číslem šestnáct. Jedná se o oddělení, které spadá pod ženský primariát a je zaměřeno specificky na klienty s duální diagnózou, což z něj tak dělá jedno z mála oddělení, která se na tento druh nemoci zaměřuje přímo. Kapacita tohoto oddělení je třicet lůžek. Jedná se o oddělení, které nemá statut příjmového oddělení, neb většina pacientů na toto místo je přeloženo z oddělení jiného, tudíž diagnostický proces ve chvíli, kdy pacient na lůžkové oddělení nastoupí je již ukončen. Základní léčba na tomto oddělení trvá osm týdnů, a je zcela dobrovolná a motivace k léčbě je tím pádem naprosto klíčová. Oddělení je režimové se striktním denním plánem pro každého pacienta. Dle výpovědi jedné z respondentek je toto oddělení také místem, kam se přijíždějí vzdělávat odborníci z jiných institucí v České republice, aby získali nové informace a zkušenosti ze světa duálních diagnóz.

⁷⁹ Psychiatrická nemocnice Bohnice. *Domácí řád oddělení 16 PN Bohnice*. [online] 2022. [cit. 2022-11-20]. Dostupný z: <https://bohnice.cz/wp-content/uploads/dokumenty/domaci-rad-odd-16.pdf>

4. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu

V následující kapitole bych ráda popsala působení sociálních pracovníků v multidisciplinárních týmech řešící duální diagnózy. Jak jsem již v úvodu tohoto textu zmiňovala, jedním z cílů této kvalifikační bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem mezioborová spolupráce v tomto prostředí vypadá. Tuto koncepci tedy zprvu popíši z teoretického hlediska, které podložím patřičnou literaturou. V navazující praktické části bych se pak věnovala tomu, jak sociální pracovníci, ale i jejich kolegové v multidisciplinárním týmu spolupráci vnímají. Věnovat se budu především tomu, zda jsou jasně vymezené kompetence sociálních, popřípadě zdravotně sociálních pracovníků, zda spolupráce a komunikace v mezioborovém týmu je dostatečná a jakým překážkám sociální pracovník ve své práci čelí. Tato praktická část bude realizována pomocí kvalitativních rozhovorů.

Zprvu bych ráda vymezila, co vůbec sociální práce je. Podle mezinárodní federace sociálních pracovníků se obor definuje následovně:

„Sociální práce je profese založená na praxi a akademická disciplína, která podporuje sociální změny a rozvoj, sociální soudržnost a posílení a osvobození lidí. Principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní odpovědnosti a respektu k rozmanitosti jsou pro sociální práci ústřední. Sociální práce, podložená teorií sociální práce, společenských věd, humanitních věd a domorodých znalostí, zapojuje lidi a struktury do řešení životních výzev a

zvyšování blahobytu. Výše uvedená definice může být rozšířena na národní a/nebo regionální úrovni.“⁸⁰

Mimo mezinárodní definici bych ale také ráda uvedla formulaci, o kterou se opírá většina české odborné literatury. Oldřich Matoušek a kolektiv ve své knize *Metody a řízení sociální práce* popisují sociální práci jako nejen obor společenskovědní, ale také jako disciplínu velmi praktickou. Sociální práce je dle autora naplňována pomocí sociální solidarity, kdy sociální pracovník pomáhá jak jednotlivcům, tak i celým skupinám, aby naplnili či znovunabyli svůj sociální potenciál a dosáhli důstojného způsobu života.⁸¹

Ačkoliv tyto definice můžeme použít jako teoretické ukotvení pro sociální práci, z hlediska praktického přinejmenším v České republice nemáme tak zcela legislativu, která by tuto teorii sociální práce podložila. V tuto chvíli se v praxi totiž můžeme opřít pouze o Zákon o sociálních službách, což může být svým způsobem jedním z úskalí této profese.⁸² I když v Zákonu o sociálních službách se můžeme dočíst o některých požadavcích, které tento zákon na sociální pracovníky má, jedná se jen o poměrně základní vymezení činnosti. Zákon tak například uvádí, že by sociální pracovník měl být trestně bezúhonný, svéprávný, zdravotně způsobilý, a měl mít i způsobilost odbornou. Odbornou způsobilost pak zájemce o povolání může získat následujícími možnostmi:

“(4) Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je

⁸⁰ Mezinárodní federace sociálních pracovníků. *Globální definice sociální práce*. [online] [cit. 2022-11-22]. Dostupný z: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

⁸¹ MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. [online.] Praha: Portál. 2003. 384s. ISBN: 80-7178-584-2

Dostupný z: <https://docplayer.cz/1461598-Doc-phdr-oldrich-matousek.html>. s. 11

⁸² DOHNALOVÁ, Lenka. NEČASOVÁ, Mirka. TRBOLA, Robert. *Vybrané bariéry inkluze sociálních pracovníků do multidisciplinárních týmů se zaměřením na vztah sociální pedagogiky a sociální práce*.

a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu).

(5) Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.

(6) Při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie se postupuje podle zvláštního právního předpisu⁸³

Jak jsem již v úvodu této práce naznačila, multidisciplinární tým je v dnešní zdravotně-sociální sféře běžnou a neodmyslitelnou součástí úspěšné práce s klientem. Tým totiž umožňuje na klienta pohlížet nejen jako na osobu s určitým problémem, který je potřeba řešit, nýbrž na osobu komplexní, jejíž důstojnost, životní úroveň a zdraví je ovlivňováno mnoha stejně důležitými faktory.

Dohnalová, Nečasová a Trbola ve svém článku v časopise *Sociální pedagogika/Social Education*⁸⁴ uvádí, že mnoho sociálních pracovníků však

⁸³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

bojuje se svou identitou v multidisciplinárních týmech, právě proto, že sociální práce je velmi komplexní disciplínou, která ale vlastně není zcela ukotvená jako profese. Tato nejistota samotného sociálního pracovníka v týmu však neovlivňuje jen práci a sebedůvěru v sebe sama, ale také celý tým. Kolegové v týmu tak mohou například mít nejasné představy o spolupráci se sociálním pracovníkem, a to i vzhledem k tomu, že sociální práce je v dnešní době profese s poměrně nízkou prestiží. Tento pocit nejistoty se pak dále stupňuje především, v případě, že kompetence sociálního pracovníka v týmu nejsou jasně vymezené dopředu, k čemu by mělo nejlépe dojít již před zahájením spolupráce.⁸⁵

⁸⁴ DOHNALOVÁ, Lenka. NEČASOVÁ, Mirka. TRBOLA, Robert. *Vybrané bariéry inkluze sociálních pracovníků do multidisciplinárních týmů se zaměřením na vztah sociální pedagogiky a sociální práce*

⁸⁵ Tamtéž

5. Praktická část

Sociologický výzkum je nástroj, který můžeme využít při sběru dat a údajů o společnosti, veřejného mínění, a lidském chování. Může nám na společenské otázky nejen odpovědět, ale také dané zkoumané jevy vysvětlit. Výzkum je realizovatelný pomocí celé škály technik, přičemž základní klasifikace sociologického výzkumu bývá rozdělení na kvantitativní a kvalitativní výzkum.⁸⁶

Tato praktická část se věnuje sociálnímu pracovníkovi, který svou činnost vykonává v prostředí multidisciplinárního týmu řešící duální diagnózy. Vzhledem k povaze a tématu této kvalifikační práce jsem se proto rozhodla praktickou část realizovat pomocí kvalitativního výzkumu. Dle Jana Hendla⁸⁷ je kvalitativní výzkum takový výzkum, který objasňuje chování a myšlení lidí, a to pomocí přímého kontaktu s vybranou výzkumnou skupinou či situací. I vzhledem k dosavadní nedostatečné prozkoumanosti tohoto tématu by mi kvalitativní analýza dat měla umožnit počáteční prozkoumání a pochopení této problematiky. Dle Hendla⁸⁸ je v průběhu kvalitativního výzkumu také možné, aby výzkumník své cíle, či výzkumné otázky v průběhu sběru dat přeformuloval, aby tak pružně reagoval na výpovědi respondentů a zjištěná fakta. Z tohoto také vyplývá, že kvalitativní výzkum je zpravidla proces dlouhodobějšího charakteru. Vzhledem k tomu, že však se jedná o bakalářskou práci, během které jsem měla možnost pracovat s šesti respondenty zůstal výzkumný cíl i výzkumné otázky v průběhu sběru dat nezměněné.

⁸⁶ URBAN, Lukáš. *Sociologie: Klíčová témata a pojmy*. Praha: Grada. 2013. 232s. ISBN: 978-80-247-5774-2. s.57-58

⁸⁷ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 2005. 408s. ISBN: 80-7367-040-2. s.51-52

⁸⁸ Tamtéž

5.1 Výzkumný cíl a otázky

Již na začátku této práce jsem popsala výzkumný cíl, na základě, jehož jsem nadále formulovala výzkumné otázky. Odpovědi na následující výzkumné otázky jsem zjišťovala pomocí polostrukturovaných rozhovorů s šesti respondenty.

Výzkumný cíl:

Výzkumný cíl jsem si zvolila následující: zjistit jakou roli sociální pracovník hraje v multidisciplinárním týmu, a to konkrétně v týmu takovém, který pečuje o klienty s duální diagnózou.

Výzkumné otázky:

Výzkumné otázky jsem pak na základě výzkumného cíle zformulovala následovně:

1. Jaký vliv má sociální pracovník na úzdravu a následnou sociální rehabilitaci klienta?
2. Jakým největším překážkám sociální pracovník ve své práci čelí?
3. Jak svou pozici v multidisciplinárním týmu vnímá sociální pracovník?
4. Jak roli sociálního pracovníka vnímají další členové multidisciplinárního týmu?

5.2 Metody analýzy a sběru dat

Teoretická část vznikla na podkladě rešerše primární a sekundární literatury. V kapitole pojednávající o psychiatrické péči o klienty s duální diagnózou jsem pak nadále využila obsahové analýzy, abych zjistila, která lůžková zařízení na našem území nabízejí léčbu pacientům s diagnostikovatelnou duální

diagnózou. Vzhledem k povaze této práce jsem se pak rozhodla sběr dat k praktické části uskutečnit pomocí kvalitativních rozhovorů. Respondentů bylo celkem šest, přičemž prvních pět polostrukturovaných rozhovorů proběhlo s respondenty po předchozí domluvě osobně, a to v kavárně, či v samotném profesním zázemí respondentů. Poslední rozhovor byl uskutečněn online, a to v reakci na přání oslovené respondentky pro její časové vytížení. Každému z respondentů byl předem zaslán informovaný souhlas (*viz příloha č. 2 Informovaný souhlas výzkumu*) společně s vypracovanými otázkami, podle kterých se rozhovor odehrával (*viz kapitola 5.6 a příloha č. 3: Otázky pro respondenty*). Otázky, na které respondenti odpovídali pak vycházeli ze samotného výzkumného cíle a výzkumných otázek. Seznam již zmíněných respondentů je uveden v následující tabulce pod textem, podrobnější popis jednotlivých informantů je nadále k nalezení v kapitole 5.5.

Respondent	Pracovní pozice	Délka praxe v zařízení	Datum konání rozhovoru	Délka rozhovoru
R1.	Zdravotně sociální pracovnice	2 roky	14. 11. 2022	29:42 min.
R2.	Adiktoložka	7 let	22. 11. 2022	15:00 min.
R3.	Zdravotně sociální pracovnice	21 let	24. 11. 2022	17:25 min.
R4.	Psychoterapeut	11 let	24. 11. 2022	21:01 min.
R5.	Adiktoložka	5,5 let	24. 11. 2022	18:20 min.
R6.	Psycholožka	26 let	24. 11. 2022	19:08 min

5.3 Limity výzkumu

Výběr tohoto tématu s sebou neslo určitá úskalí, a to především v případě realizace praktické části. Jak jsem již v předchozí kapitole o psychiatrické péči o pacienty s duální diagnózou zmínila, neexistují přesná a spolehlivá data o tom, která zařízení poskytují péči o vybranou cílovou skupinu a která ne. Většina webových stránek léčebných zařízení duální diagnózu vůbec nezmiňují, a proto nebylo úplně jasné, kolik odborníků se touto prací vůbec zabývá a tím pádem kolik bude možné získat respondentů. Abych proto rozšířila potenciální výzkumný vzorek rozhodla jsem se do šetření mimo lůžková zařízení zapojit také zařízení ambulantní. Navíc jsem se pro svoji výzkumnou otázku číslo 2 (*Jak roli sociálního pracovníka vnímají další členové multidisciplinárního týmu?*) rozhodla zaměřit nejen na sociální pracovníky jako takové, ale také na ostatní odborníky v těchto týmech. Z patnácti potenciálních oslovených respondentů a zařízení mi na žádost o provedení výzkumu přišlo přesně deset odpovědí. Zbylých pět mi na žádost o spolupráci neodpovědělo vůbec. Z těchto deseti odpovědí dva potenciální respondenti spolupráci zamítli. Další dva respondenti pak spolupráci přislíbili, avšak vzhledem k tomu, že se jednalo o psychiatrické léčebny bylo potřeba nejprve oslovit etické komise. V obou případech rozhovory nakonec neproběhly právě přes zdlouhavou komunikaci s komisí.

5.4 Etické aspekty výzkumu

Dánští autoři knihy *InterViews – Learning the Craft of Qualitative Research*⁸⁹ ve svém textu zdůrazňují, že etické aspekty výzkumu jsou problematikou, kterou je třeba brát v úvahu po celý průběh přípravy i realizace výzkumu, tedy nejen v průběhu rozhovoru samotného. Morální dilema, které zde může vyvstanout se pak týče nejen samotného výzkumu jako takového, ale také respondentů. Přirozeně totiž platí, že výzkumník, který se rozhodl data sbírat pomocí kvalitativních rozhovorů chce získat co největší množství relevantních údajů, aby dané problematice porozuměl, pokud možno co nejlépe. Na druhou stranu toto ale může být v rozporu s tím, co si respondent přeje, či dokonce s tím co vůbec může nabídnout bez toho, aby došlo k narušení respondentova soukromí.

Z důvodu zachování anonymity respondenta jsem se proto rozhodla publikovat v této práci jen relevantní data, která by výsledky výzkumu mohla nějak ovlivnit. Po individuální domluvě s každým respondentem jsem se rozhodla osobní údaje, místo bydliště či místo působení a názvy institucí i oddělení vymazat. Před výzkumem samotným jsem také navíc respondentům vždy zaslala informovaný souhlas. V informovaném souhlasu mimo jiné bylo také uvedeno, že rozhovory budou nahrané, a respondent má právo kdykoliv výzkum z jeho strany ukončit, či po domluvě vymazat určité pasáže, které by pro něj byly příliš kompromitující.

Některé instituce pak samozřejmě pro zachování anonymity své, či anonymity svých pacientů disponují etickými komisemi, které jsou za toto ve svém zařízení odpovědné. Tato komunikace s komisí pak bývá především dalším podnětem pro výzkumníka, aby se etickými aspekty zabýval ještě před

⁸⁹ BRINKMANN, Sven. KVALE, Steinar. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. United States of America: Sage publications. 2015. 405 s. ISBN: 978-1-4522-7572-7. s.83

zahájením výzkumu a zvažil tak případná etická dilemata, která by mohla během rozhovoru či zpracování dat vyvstanout. [36]

5.5 Představení respondentů

V této části své práce bych ráda představila respondenty, kteří se spoluprací souhlasili a umožnili tak realizaci tohoto výzkumu. Samozřejmě jak jsem popsala také výše, uvedu pouze nezbytné informace, které jsou pro kontext této práce a interpretaci výsledků fundamentální. Bez těchto základních údajů by mohly být informace od respondentů zkreslené, či nejasné, a to především proto, že výzkumný vzorek byl poměrně heterogenní. Jak jsem již totiž v předchozí kapitole zmínila, rozhodla jsem se výzkumný vzorek rozšířit i o respondenty, kteří na své pracovní pozici nepůsobí jako sociální pracovníci, a to z důvodu, aby bylo možné kvalitněji popsat fungování multidisciplinárního týmu.

Respondentů bylo celkem šest, pět z nich bylo žen, jeden muž. Z těchto šesti pak pět z dotazovaných bylo zaměstnáno v lůžkovém psychiatrickém zařízení, poslední respondentka byla ze zařízení ambulantního. Čtyři z těchto dotazovaných (respondenti s číslem 3-6) pak působili ve stejném lůžkovém psychiatrickém zařízení, což jsem považovala za přínosné především v získávání údajů o fungování multidisciplinárního týmu. Celkem jsem pak hovořila se dvěma sociálními pracovníci, dvěma adiktoložkami, jedním terapeutem a jednou klinickou psycholožkou.

1. První respondentkou byla zdravotně-sociální pracovníce. Je absolventkou vyšší odborné školy v oboru sociální práce, přičemž nyní

při práci navíc ještě studuje bakalářské studium ve stejném oboru. V psychiatrickém lůžkovém zařízení působí necelé dva roky. Za důležité určitě považují za to zmínit, že tato respondentka jako jediná působí v zařízení, které má zvláště vyčleněné oddělení pro osoby s duální diagnózou.

2. Druhá dotazovaná respondentka je vzděláním sociální pracovníce, která po vzdělání v tomto oboru navíc vystudovala i speciální pedagogiku. Nyní v ambulantním zařízení působí jako adiktoložka.
3. Další dotazovaná působí v lůžkovém zařízení jako zdravotně sociální pracovníce. Získala bakalářský titul v oboru sociální práce a na své pracovní pozici působí již od roku 2001.
4. Čtvrtým respondentem byl muž, který vystudoval vyšší odbornou školu v oboru sociální práce. Nyní v léčebně působí jako psychoterapeut.
5. Předposlední dotazovaná je vzděláním opět sociální pracovníce, která absolvovala navíc také psychoterapeutický výcvik, nyní pracuje na pozici adiktoložky.
6. Poslední respondentkou je klinická psycholožka. Vystudovala jednooborovou psychologii a v léčebně působí již od roku 1996.

5.6 Výpovědi respondentů a analýza dat

V kapitole, která byla věnována metodologii tohoto výzkumu jsem již popsala, že výzkumným cílem této práce je zjistit, jakou roli sociální pracovník hraje v multidisciplinárním týmu, a to konkrétně v týmu takovém, který pečuje o klienty s duální diagnózou. Na základě tohoto cíle pak tedy byly formulovány čtyři výzkumné otázky, na které jsem se snažila odpovědět pomocí podotázek, které byly respondentům předloženy v rámci polostrukturovaného rozhovoru (*viz. příloha č. 3: Otázky pro respondenty*). Dílčí výzkumné otázky, kterým se nyní budu věnovat v této části práce byly následující:

1. Jaký vliv má sociální pracovník na úzdravu a následnou sociální rehabilitaci klienta?
2. Jakým největším překážkám sociální pracovník ve své práci čelí?
3. Jak svou pozici v multidisciplinárním týmu vnímá sociální pracovník?
4. Jak roli sociálního pracovníka vnímají další členové multidisciplinárního týmu?

5.6.1 Vliv sociálního pracovníka na úzdravu a sociální rehabilitaci

Abych na první výzkumnou otázku mohla odpovědět, tak jsem se respondentů během rozhovoru dotazovala následovně: *Podle vás (nezáleží na pracovní pozici respondenta), jakou roli v celém procesu léčby a sociální rehabilitace hraje sociální pracovník?*

Najít na tuto otázku odpověď nebylo zcela jednoduché, a to především proto, že náplň práce sociálního pracovníka v tomto prostředí velmi záleží na instituci a její struktuře. Respondenti z lůžkových zařízení tak například odpovídali jinak, než respondentka č. 2, kterou byla adiktoložka, působící v zařízení ambulantním. Se sociálními pracovníky tedy spolupracuje pouze externě: *„Tak když je to nějaký externí sociální pracovník tak vlastně nevím, jakou tam má roli, co se týče té úzdravy...”*.⁹⁰

Dotazovaní, kteří však působili v prostředí psychiatrických léčeben představu o tom, jakou sociální pracovník hraje v úzdravě měli poněkud jasnější. Ve většině se jejich výroky shodovali v tom, že práce sociálního pracovníka je především klíčová v zajištění sociálně – právních aspektů klientova života. Nejčastěji tak respondenti zmiňovali peněžité dávky, korespondenci s policií a

⁹⁰ R2

soudy, navíc také dluhovou problematiku, jako hlavní úkoly sociálního pracovníka.

Co se týče následné péče a sociální rehabilitace, i zde opět velmi záleželo na struktuře psychiatrické léčebny jako takové. Klíčovou roli hrálo především to, kolik oddělení a klientů má daný zdravotně-sociální pracovník právě na starosti. Respondentka č.1 tak v sociální rehabilitaci například hraje roli dosti jinou, nežli respondentka č. 4. V případě první dotazované se totiž bavíme o zařízení, kde na každém oddělení můžeme najít právě jednu zdravotně – sociální pracovníci či pracovníka. V případě respondentky č. 2 však jedna sociální pracovníce má na starosti běžně 2-3 oddělení a tím pádem také mnohem více klientů. Tedy v případě první respondentky její role v sociální rehabilitaci je mnohem výraznější. Klientům se může věnovat na individuální bázi, a řeší tak s nimi mimo sociálně-právní záležitosti také umístění do následné péče.

„Když to tak vlastně řeknu, tak řeší (zdravotně-sociální pracovník) veškeré praktické zajištění. Řešení sociální situace, všechno. V podstatě ta sociální anamnéza, jak jsem říkala ze začátku. Řeším kam se bude vracet, jaký má plány, jak je finančně zajištěn což je kolikrát hodně důležitý. Já teda u nás na duálních diagnózách taky zajišťuju pacienty v rámci ambulantních služeb, tedy center duševního zdraví a podobně. Aby se venku mohli na někoho navázat. Takže řeším všechny ty praktický věci a fungování mimo hospitalizaci a zajištění bezpečného prostředí i po hospitalizaci.”⁹¹

Druhá dotazovaná pak kvůli své vytiženosti a množství klientů tuto problematiku neřeší vůbec, neboť ta již spadá do resortu terapeutů:

„ Já teda nedělám třeba nahoře doléčováky nebo komunity, to si vyřizujou terapeuti. Ale spíš informace, co se řeší u těch lidí, třeba nějaký soudy nebo

⁹¹ R1

*dluhy, když jsme schopni zjistit, nebo nějak pořešit žádost třeba do azyláku. Spíš takový to moje, no”.*⁹²

Shrnutí: Ne každý sociální pracovník má v tomto prostředí psychiatrické léčebny stejné pracovní podmínky. Někteří sociální pracovníci mají na starosti méně klientů a mohou tak každému z nich věnovat větší péči a individualizovaný přístup, a to jak ve své aktuální sociálně-právní situaci, tak v horizontu dlouhodobějším, kdy je především řešena následná péče. Jiní sociální pracovníci však mají na starosti klientů více, z různých oddělení a jsou proto jen zapojeni do řešení aktuálních problémů, na které flexibilně odpovídají svou prací s úřady a soudy.

5.6.2 Největší překážky v práci

Předmětem zkoumání v rámci další výzkumné otázky pak bylo to, jakým největším překážkám sociální pracovník ve své práci čelí. Odpovědi jsem zjišťovala pomocí následujících otázek:

- a. *V čem je práce s klientem, který má duální diagnózu specifická?*
- b. *Jakým největším překážkám ve své práci čelíte?*
- c. *Je něco, co vám při práci s nemocnými chybí a co by mohlo kvalitu vaší práce nějak ovlivnit (například vymezení zákonu o sociální práci, lepší plat, jinak strukturované vzdělání, kurzy...atp)?*

V této otázce obě sociální pracovnice, se kterými jsem hovořila situaci vidí podobně. Problém bývá především v návazných službách. Již v teoretické části jsem podotkla, že i v dnešní době je zpravidla těžké pro pacienta najít místo následné péče, neboť se na psychiatrickou komorbiditu nahlíží často jako na dvě oddělené nemoci, které se odděleně také léčí. Toto se pak odráží jak v samotné léčbě, tak také v léčbě následné, kde je těžké najít takový integrovaný

⁹² R3

způsob, aby klient získal bezpečné zázemí, ve kterém se bude brát ohled na obě strany komorbidity.

„...musíte pořád tak nějak myslet na to, že tam opravdu stále je ta duální diagnóza. Takže vlastně i když pacient je zamedikovaný, je mu do břez a je nějak v stabilizovaném stavu, tak vy pořád ale musíte myslet na to, že pořád třeba má pacient bažení po droze nebo s problematikou závislosti pořád potřebuje nějak pracovat. A to si člověk častokrát prostě musí připomínat, že pořád i když vypadá stabilizovaně (pacient), nemůžete ho propustit třeba do azylového domu nebo do ubytovny, protože to není nejbezpečnější prostředí, ve kterém se může pohybovat.“⁹³

Respondentka č. 1 tuto problematiku vyzdvihla vícekrát. Hovořila o ni jak v otázce, kde byla dotázána na specifika práce s klientem, který má duální diagnózu, tak v otázce, která byla věnována největším překážkám, kterým ve své práci čelí. Respondentka č. 3 také hovořila o skutečnosti, že je potřeba klientovi s duální diagnózou navíc prokazovat také větší trpělivost než klientům, kteří se právě s touto diagnózou nepotýkají.

Na otázku, co pak respondentkám při práci chybí, v obou případech padlo vzdělání. Při rozhovoru s respondentkou č. 1 zaznělo, že určitě by bylo užitečné, kdyby se studenti sociální práce mohli více během praxe zaměřit na oblast, ve které by chtěli jednou působit. Ve studiu ji chyběli rozhovory s odborníky, a zkušenosti navíc. Respondentka č. 3 pak klade především důraz na celoživotní vzdělávání:

„...brala bych třeba nějaký vzdělávací kurzy, jo, moc nejezdíme, spíš se tak jako...(odmlka) protože jsou novinky, že jo i třeba v tý dluhový oblasti, což tady nejsem schopna moc řešit, takže spíš to vzdělávání, no.“⁹⁴

⁹³ R1

⁹⁴ R3

Další překážka, o které respondentka č. 1 hovořila jsou prostory a ne dostatečné časové možnosti

„Kolikrát je na něj (na klienta) nátlak, nebo člověk nemá tolik času a on vycítí, že to na něj sypete a potřebujete ty věci rychle probrat. On to vycítí samozřejmě a není mu to příjemný a třeba se i zvedá už sám ze židle, což samozřejmě není dobře. Člověk by měl mít nějaký prostor a klid na to s ním komunikovat. Tohle je i celkově pak vidět na tom výsledku tý práce, že je tam nějaká nedůvěra a že mu třeba nedáváte ty papíry někde na chodbě a podobně.”⁹⁵

Shrnutí: Práce s klientem, který má duální diagnózu je specifická především v tom, že je těžké pro něj najít návazné doléčovací služby, což je problematiku, které obě sociální pracovnice zmiňují. Další nevýhodou je struktura vzdělávání, kdy studenti sociální práce nemají dostatečné zkušenosti s podobným typem zařízení, ve kterém by si práci mohli „vyzkoušet“. I celoživotní vzdělávání respondentky považují za pokulhávající, chybí jim výměna zkušeností s dalšími odborníky a nové náhledy na problematiku. Negativně jsou hodnoceny také prostory a velmi omezené časové možnosti, které zabraňují sociálním pracovníkům navázat kvalitní vztah s klientem.

5.6.3 Pozice sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

Všem šesti respondentům jsem bez ohledu na jejich pracovní pozici položila následující dvě otázky:

- a. *Jak vypadá spolupráce týmu se sociálním pracovníkem?*
- b. *Myslíte si, že role sociálního pracovníka tak jak jste ji teď popsal/a je adekvátní a dostatečná? Proč?*

⁹⁵ R1

V první části se budu věnovat pouze analýze výpovědí podanými sociálními pracovníci, výpovědím ostatních respondentů se budu věnovat v části následující.

a) Z pohledu sociálního pracovníka:

Skutečnost, že působení sociálního pracovníka velmi záleží na dané struktuře léčebny je velmi prevalentní napříč celým výzkumem. I zde se s tímto jevem můžeme setkat. V léčebně, ve které působí respondentka č. 1 je sociální pracovnice členem užšího týmu, kdy je přítomna na poradách, je odpovědná za následnou léčbu klienta a všechny další jeho sociálně-právní témata. Vzhledem k absenci adiktologa na oddělení navíc přebrala i část práce, která sice běžně sociálním pracovníkem vyřizována není.

„Já si myslím, že jsem hodně ovlivněná tím, že jsem trošku přebrala práci toho adiktologa. Protože jsem již několikrát slyšela, že dělám vlastně víc, než bych měla v rámci toho svého oddělení.“⁹⁶

V případě respondentky č. 3 je sociální pracovník členem týmu širšího, který se porad a dalšího programu aktivně neúčastní, ale o klientech má přehled. Je možné s ním případná aktuální témata konzultovat a v případě potřeby je umožněno, aby klient měl se sociálním pracovníkem individuální pohovor.

„...já si dělám svoje a vlastně ostatní to tak berou. Třeba když je něco potřeba z té sociální, tak třeba volaj. Takže já jsem spokojená. Já do toho zdravo tního taky moc nezasahuju, takže vyloženě si řeším to moje...“⁹⁷

Ačkoliv je tedy postavení sociálního pracovníka velmi různorodé, obě respondentky spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu hodnotily pozitivně. V týmu se cítí dobře. Domnívám se, že i právě ono postavení sociálních pracovníků v týmu a jejich spokojenost se z velké části odvíjí od toho,

⁹⁶ R1

⁹⁷ R3

kolik klientů každá z nich má na starosti. I přes celkovou spokojenost se svým působením totiž respondentka č. 3 zmiňovala, že by byla radši za menší počet klientů, kterým by se mohla více věnovat. Respondentka č.1 pak hovořila o skutečnosti, že i přes celkovou spokojenost by za adiktologa v týmu byla vděčná.

„...Takže to asi tak jediný. Mít méně klientů, to by se víc dalo řešit.“⁹⁸

Shrnutí: Obě sociální pracovnice své působení v multidisciplinárním týmu hodnotí vesměs pozitivně, a to i přes to, že každá z nich má postavení týmu jiné. Celková spokojenost souvisí také s počtem klientů, se kterými jsou dotazované v každodenním kontaktu. Dotazovaná č. 1 by ocenila v týmu adiktologa, který by ji mohl podpořit v práci se závislostní stránkou klienta, zatímco respondentka č. 3 by ocenila menší množství klientů.

b) Z pohledu dalších členů multidisciplinárního týmu:

Poslední výzkumná otázka zjišťovala, jak pozici onoho sociálního pracovníka vnímají jeho kolegové. Považují za důležité opět zmínit skutečnost, že ze tří dotazovaných jedna respondentka pochází z ambulantního zařízení. Ostatní tři respondenti působí ve stejném lůžkovém zařízení, což mi pomůže pohlédnout na situaci z prostředí reálného a fungujícího multidisciplinárního týmu.

Dle respondentky č. 2, která působí v onom zmiňovaném ambulantním zařízení je spolupráce se sociálními pracovníky poměrně složitá. Sociální pracovník zde v týmu není přítomen vůbec, zařízení čerpá především z předchozího vzdělání terapeutů, kteří vystudovali mimo jiné také sociální práci, či sociální pedagogiku na vysokoškolské úrovni. V případě potřeby pak telefonicky spolupracují s externími sociálními pracovníky, kteří působí na úřadech.

⁹⁸ R1

Respondentka tuto skutečnost hodnotila tak, že mít v týmu sociálního pracovníka by bylo zcela jistě velkým přínosem, bohužel však by byl problém s financováním.

„ Úplně nevím, jestli nám to vyhovuje. Myslím si, že by stálo za to tady někoho mít, i třeba jen na zkrácený úvazek, ale vůbec netuším, jakým způsobem by pak jako probíhalo to financování, protože my bychom si ho nemohli účtovat na zdravotní pojišťovnu, takový kód jakoby neexistuje. Musel by to teda být někdo na dotace, a s tím by zase vyplynula spousta jiné administrativy, proto abychom psali ty dotace, aby se to administrativně nějak podchytilo. Takže neříkám, že by to nebyl člověk, který by tady neměl svoje opodstatnění, protože by fakt mohl dělat třeba nějaký ty terénní služby, jako doprovody k soudům nebo na úřady, ale v současné době by to byla velká komplikace. ”⁹⁹

Dotazovaná je toho názoru, že menší potřeba sociálního pracovníka v této službě by mohla souviset i s tím, že se nejedná o lůžkové zařízení, nýbrž ambulantní.

Další tři dotazovaní byli kolegové, kteří pocházeli z jedné psychiatrické léčebny. Zastoupená zde byla adiktoložka, terapeut a klinická psychologka. Opakovaně zde respondenti zmiňovali, že sociální pracovnice v tomto zařízení (respondentka č. 3) je součástí spíše širšího týmu, který nedochází na porady a je spíše oporou terapeutů.

„ Vlastně je to spíš tak, že když my potřebujeme vyloženě něco konzultovat nebo ona – sociální sestra, tak si to dáme vědět telefonicky a pak to jako vyřešíme rychle. Není to úplně v tom rozhodovacím jádru toho týmu u nás konkrétně na oddělení. ”¹⁰⁰

⁹⁹ R2

¹⁰⁰ R4

Při rozhovorech s respondenty jsme narazili také na to, že jedna z dotazovaných si vlastně ani nebyla tak docela jistá tím, co sociální pracovnice vlastně vůbec na oddělení přesně dělá. Tato skutečnost pramení především z podstaty, že většinu sociálních záležitostí spadá do kompetence terapeutů.

„...já mám na každém oddělení vlastně dva psychoterapeuty, který jako fakt jsou schopni zastat tu práci, která se běžně považuje za sociální, to znamená fakt s těma lidma jako dělat ty plány, jo, nějaký psycho-sociální rehabilitace, jako třeba obvolávat všechny ty zařízení následné péče a tak jo, tak tím sociální sestra vlastně je fakt sociální sestra jen pro tu práci jakoby...já nevím, vyřizování hmotný nouze a vlastně já úplně nevím přesně co, to vám asi říkala ona, jo, ale vlastně s nima dělá takovouhle práci.”¹⁰¹

I přes toto zjištění však se všichni respondenti shodují na tom, že práce sociální pracovnice je důležitá. Jistá neshoda však panuje v názorech, zda postavení sociální pracovnice je v týmu nastavené správně. Respondentka č. 5 tak například udává, že by ji vyhovovalo více, kdyby sociální pracovnice měla méně klientů a tím pádem také kapacitu na to docházet na porady užšího týmu.

„...už jsem zažila, i když jsem pracovala na jiném oddělení – taky léčba závislostí, ale ženské – že tam sociální pracovnice byla přítomna. A přišlo mi to zajímavý, přišlo mi to takový jako obohacující pohled, protože mnohdy jsme situaci fakt jako neznali celou, toho pacienta ze sociální stránky. Takže ona v tu chvíli jako výborně doplňovala takovej celistvej pohled na pacienta.”¹⁰²

Podobně celou situaci také viděla respondentka č.6. Jako důvod uváděly skutečnost, že mnohdy není možné na pacienta nahlížet jako na celek, neboť terapeuti mnohdy netuší přesně jaké věci klient řeší v rámci svých pohovorů se sociální pracovnicí a naopak.

¹⁰¹ R6

¹⁰² R5

„...mnohdy pacient přijde s nějakým fakt jako úsekem nebo střípkem za tou sociální pracovníci, ale už to není nijak jako komplexně podchycený a nám se to pak jako objevuje v těch terapiích, to znamená, že tam toho pacienta znovu posíláme s těma jednotlivýma střípkama.“¹⁰³

Respondent č. 4 naopak však nastavení spolupráce hodnotí pozitivně

„ Ty lidi jsou tady primárně na léčbě, nejsme primárně sociální služba. Tudiž tady je asi i dobře, že mnohá sociální témata řešíme my terapeuti především v rámci těch skupinových terapií a podobně.“¹⁰⁴

Shrnutí: To, jakým způsobem je na sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu nahlíženo velmi souvisí s již zmíněnou strukturou zařízení. V ambulantních službách často sociální pracovníci přítomni nebývají. V navštíveném lůžkovém zařízení se pak respondenti shodovali na tom, že postavení sociálního pracovníka velmi souvisí s jeho zatížeností. Většina dotazovaných by ocenilo, kdyby sociální pracovník mohl docházet na porady a věnovat se klientům na osobnější úrovni. Spolupráce se sociálním pracovníkem je však vesměs hodnocena kladně.

¹⁰³ R5

¹⁰⁴ R4

6. Diskuse a závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jakou roli sociální pracovník hraje v multidisciplinárním týmu takovém, který pečuje o klienty s duální diagnózou. První část této práce slouží jako teoretický základ pro praktickou část, která byla zrealizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů s šesti respondenty. Jednou z překážek pro realizaci výzkumu byl nedostatečný počet potenciálních respondentů. Domnívám se, že výsledky výzkumu by mohly být více vypovídající a vykazovat větší validitu, kdyby respondentů bylo více. Jednou z největších překážek v tomto ohledu určitě vnímám skutečnost, že v tuto chvíli neexistuje žádný dohledatelný seznam, který by se věnoval dostupnosti služeb pro pacienty s duální diagnózou. Vezmeme-li tedy v potaz nedostatek statistik věnujícím se tomuto tématu společně s nedostatkem služeb, bylo poměrně složité najít takový počet respondentů, který by dostatečně generalizoval výsledky výzkumu. I přes to však považuji cíle práce jako naplněné s tím, že určitě zde vnímám potřebu tuto problematiku do budoucna prozkoumat více.

Ve výzkumu jsem zjistila, že postavení a role sociálního pracovníka je velmi ovlivněna tím, zda se jedná o službu ambulantní, či lůžkovou. Větší potřebu sociálních pracovníků tak vidím v lůžkových zařízeních. I zde pak působení sociálního pracovníka je na každém oddělení jiné. Největší proměnou je zcela jistě struktura lůžkového zařízení, což dokazuje také fakt, že ve sledovaných léčebnách je náplň a postavení sociálního pracovníka odlišné. V prvním zařízení je jeden sociální pracovník vždy příslušný pro jedno oddělení. Navíc zde je celé jedno oddělení věnováno pacientům, kteří mají duální diagnózu. Sociální pracovnice se tak může klientům věnovat na individuální bázi, je plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu a na pacienta a jeho sociálně-právní stránku včetně následné péče má podstatný vliv.

V druhém zkoumaném zařízení má sociální pracovnice klientů a oddělení na starosti více, také zde není oddělení, které by bylo vyloženě zaměřené na

psychiatrické komorbidity, klienti s duální diagnózou jsou pouze přijímáni na oddělení podle svých potřeb a možností. Zde tedy sociální pracovníce má spíše roli podpůrnou, neboť většinu sociálních aspektů řeší psychoterapeuti.

V obou případech však byly tyto rozdílnosti respondenty vnímány jako nedostatky. V prvním zařízení působení sociální pracovníce přesahovalo původní náplň práce, v druhém zařízení byl problém opačný, kdy často nebylo možné nahlížet na klienta z celostního pohledu. Vnímám zde tedy určitou potřebu tyto faktory (počet klientů a pracovní náplň pracovníka) vyvážit.

Zkušenosti oslovených respondentů pak také potvrzují zkoumanou literaturu, která tvořila podklad teoretické části, a to především v ohledu již zmíněné problematiky návazných služeb. Psychiatrických služeb je nejen nedostatek, ale klienti s duální diagnózou i nadále sítem veřejného zdravotnictví značně propadají. Více specializovaných služeb, lepší vzdělanost odborníků a v neposlední řadě větší množství výzkumů a odborné literatury jsou zcela jistě zapotřebí, abychom do budoucna problematice duálních diagnóz mohli lépe porozumět.

8. Bibliografie:

DOHNALOVÁ, Lenka. NEČASOVÁ, Mirka. TRBOLA, Robert. *Vybrané bariéry inkluze sociálních pracovníků do multidisciplinárních týmů se zaměřením na vztah sociální pedagogiky a sociální práce*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. [online] 2019. [cit 2022-11-12]

Dostupný z: <https://soced.cz/wp-content/uploads/2019/11/STUDY-SocEd-T-5-7-2-2019-Zdenka-Dohnalova-Mirka-Necasov.pdf>

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. 388 s. ISBN 970-80-247-1411-0

Medline plus: Trusted health Information for you [online]. 2019 [cit. 2022-11-7]. Dostupný z: <https://medlineplus.gov/dualdiagnosis.html>

EMCDDA.EUROPA.EU. *Co-morbidity, EMCDDA 2004 selected issue. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. [online]. 2004 [cit.2022-11-8].

Dostupný z:

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/306/sel2004_3-cs_69862.pdf

KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti, mezioborový přístup, 1. díl*. [online]. Praha: Úřad vlády ČR. 2003. [cit 2022-11.9] ISBN 80-86734-05-6.

Dostupný z: [https://www.drogy-](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/742/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf)

[info.cz/data/obj_files/1648/742/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/742/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf)

MOORE, Sherylin. *American addiction centers* [online]. 2022. [cit. 2022-11-8]. Dostupný z: <https://americanaddictioncenters.org/rehab-guide/asi-addiction-severity-index-assessment>

Drogy. info: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [online]. [cit. 2022-11-8].

Dostupný z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=32>

Klinika adiktologie. Evropský index závažnosti návykového chování (European addiction severity index, EuroASI). [online]. 2019. [cit. 2022-11-8]. Dostupný z: <https://www.adiktologie.cz/evropsky-index-zavaznosti-navykoveho-chovani-european-addiction-severity-index-europasi>

Klinika adiktologie. *Severity of dependence scales (SDS)*. [online]. [cit. 2022-11-8]. Dostupný z: <https://www.adiktologie.cz/file/144/sds-english.pdf>

CHENG, Socheat. SIDDIQUI, Tahreem Ghazal. GOSSOP, Michael et al. *BMC: research in progress. The Severity of Dependence Scale detects medication misuse and dependence among hospitalized older patients*. [online]. 2019 [cit. 2022-11-9].

Dostupný z: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1182-3>

ORLÍKOVÁ, Barbora. CSÉMY, Ladislav. *Psychiatrická komorbidita u osob závislých na alkoholu*. [online]. Praha: NUDZ. [cit. 2022-11-10]. Dostupný z: <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2017/07/orlikova-b.-csemy-l.-psychiatricke-dualni-diagnozy-u-osob-zavislych-na-alkoholu.pdf>

Mayo Clinic. *Drug addiction (substance use disorder)* [online]. 2022. [cit. 2022-11-10].

Dostupný z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112>

American psychological association. *Breaking free from addiction* [online]. 2013. [cit. 2022-11-12].

Dostupný z: <https://www.apa.org/monitor/2013/06/addiction>

BROWN, Suzanne. KYONG JUN, Min. OH MIN, Meeyoung. TRACY, Elizabeth M. *Impact of Dual Disorders, Trauma, and Social Support on Quality of Life Among Women in Treatment for Substance Dependence.* [online]. 2013. [cit 2022-11-13].

Dostupný z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3608525/>

WOODY, George. *The Challenges of Dual Diagnosis.* [online]. 1996. [cit. 2022-11-13]. Dostupný z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876494/>

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti , mezioborový přístup 2. díl.* [online]. Praha: Úřad Vlády 2003. ISBN: 80 - 86734 - 05 - 6

Dostupný z: <https://www.drogy->

[info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1648/743/drogy_a_drog_zavislosti_dil2.pdf)

ŠURÁŇOVÁ, Veronika a kol. *Klienti s duální diagnózou v programu doléčování drogové závislosti*. [online]. 2016. [cit. 2022-12-13].

Dostupný z: https://podaneruce.cz/wp-content/uploads/2018/07/metodika_prace-s-pacienty-s-dualnimi-diagnozami.pdf

ERIKSON, Erik. *Dětství a společnost: Osm věků člověka*. [online]. Praha: Propsy 1995.

Dostupný z:

https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/1107359/mod_resource/content/1/Erikson_Osm%20věků.pdf

POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, Iva. DUBOVSKÁ, Eva. CHRZ, Vladimír.

Integrita a zoufalství ega v Eriksonově koncepci stáří. [online] 2019 [cit. 2022-11-17].

Dostupný z:

https://www.researchgate.net/publication/335543284_Integrita_a_zoufalstvi_e_ga_v_Eriksonove_koncepci_stari_Ego_integrity_and_despair_in_Erikson%27s_conception_of_old_age

BELCHER, Harolyn M.E. SCHINITZKY, Harold E. *Substance Abuse in Children: Prediction, Protection and Prevention*. [online]. 1998. [cit. 2022-11-17]. Dostupný z:

<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/189961>

iForum: Online magazín Univerzity Karlovy. *Nelátkové závislosti u dětí se stávají větším problémem, adiktologové hledají řešení*. [online]. 2015. [cit. 2022-11-17]. Dostupný z: <https://iforum.cuni.cz/IFORUM-15749.html>

Asociace dětské a dorostové psychiatrie. *Lůžková péče v dětské a dorostové psychiatrii*. [online]. [cit 2022-11-17].

Dostupný z: <https://www.addp.cz/informujeme/luzkova-pece-v-detske-a-dorostove-psihiatrii.html>

Asociace dětské a dorostové psychiatrie. *Sít pedopsychiatrických lůžek v ČR*. [online]. [cit 2022-17-11].

Dostupný z: <https://www.addp.cz/informujeme/sit-pedopsychiatrickych-luzek-v-cr.html>

Česká televize. „*Nezlobte se, máme plno.*“ *Dětské psychiatrii zoufale chybí lůžka i lékaři, stav pacientů se mezitím zhoršuje*. [online]. 2021. [cit 2022-11-17].

Dostupný z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/3329210-nezlobte-se-mame-plno-detske-psihiatrii-zoufale-chybi-luzka-i-lekari-stav-pacientu>

Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. [online]. 2017. [cit. 2022-11-18].

Dostupný z: <https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Malý%20průvodce%20reformou%20psychiatrické%20péče.pdf>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Psychiatrická ročenka 2021* [online]. 2022. [cit. 2022-11-18].

Dostupný z: <https://www.uzis.cz/res/f/008415/psych2021.pdf>

Národní linka pro odvykání. *Systém péče v adiktologii*. [online]. 2021. [cit. 2022-11-18] Dostupný z: <https://chciodvykat.cz/clanky/system-pece-v-adiktologii/>

Psychoportal: brána k odborné pomoci. *Lůžková psychiatrická péče*. [online] [cit. 2022-11-20].
Dostupný z: <https://psychoportal.cz/luzkova-psychiatricka-pece/>

Psychiatrická společnost ČLS JEP: Česká psychiatrická společnost. *Lůžková psychiatrická zařízení*. [online] [cit. 2022-11-20].
Dostupný z: <https://www.psychiatrie.cz/uzivatele-nemocnice-lecebny>

Psychiatrická nemocnice Bohnice. *Domácí řád oddělení 16 PN Bohnice*. [online] 2022. [cit. 2022-11-20].
Dostupný z: <https://bohnice.cz/wp-content/uploads/dokumenty/domaci-rad-odd-16.pdf>

Mezinárodní federace sociálních pracovníků. *Globální definice sociální práce*. [online] [cit. 2022-11-22].
Dostupný z: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. [online.] Praha: Portál. 2003. 384 s. ISBN: 80-7178-584-2
Dostupný z: <https://docplayer.cz/1461598-Doc-phdr-oldrich-matousek.html>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

URBAN, Lukáš. *Sociologie: Klíčová témata a pojmy*. Praha: Grada. 2013.
232s. ISBN: 978-80-247-5774-2

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
2005. 408s. ISBN: 80-7367-040-2

BRINKMANN, Sven. KVALE, Steinar. *InterViews: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. United States of America: Sage publications. 2015. 405s. ISBN: 978-1-4522-7572-7

Přílohy:

Příloha č. 1: Výčet psychiatrických lůžkových oddělení, která léčí duální diagnózu

1. Hlavní město Praha

Psychiatrická nemocnice Bohnice	Ano
Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN	Nezmiňuje
Psychiatrické centrum Praha	Nezmiňuje
Psychiatrické oddělení, Vojenská fakultní nemocnice	Nezmiňuje
Dětské a dorostové detoxikační centrum, Nemocnice milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze	Nezmiňuje
Dětská psychiatrická klinika 2.LF UK a FN Motol	Nezmiňuje
Dětská psychiatrie, Thomayerova nemocnice, psychiatrické oddělení	Nezmiňuje

2. Středočeský kraj

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy	Není vyloučeno, však mimo koedukované a resocializační oddělení
-----------------------------------	---

3. Vysočina

Psychiatrická nemocnice Jihlava	Ano
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod	Ano
Dětská psychiatrie nemocnice Velká Bíteš	Nezmiňují
Psychiatrická nemocnice v Jilemnici, PATEB s.r.o.	Nezmiňují

4. Plzeňský kraj

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech	Nezmiňuje
Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Plzeň	Nezmiňuje
Psychiatrické oddělení, Klatovská nemocnice. a.s.	Nezmiňuje

5. Jihočeský kraj

Psychiatrická léčebna Lnáře	Nezmiňuje
Psychiatrická nemocnice Písek	Ano
Psychiatrické oddělení, Nemocnic České Budějovice	Nezmiňuje
Dětská psychiatrická léčebna Opařany	Nezmiňuje
Psychiatrická léčebna Červený Dvůr	Ano
Psychiatrické oddělení, nemocnice Tábor a.s.	Nezmiňuje

6. Liberecký kraj

Oddělení Psychiatrie, Krajská nemocnice Liberec	Nezmiňuje
---	-----------

7. Ústecký kraj

Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice	Ano
Psychiatrická léčebna Petrohrad	Ano
Psychiatrické oddělení, Masarykova nemocnice Ústí nad Labem	Nezmiňuje
Psychiatrické oddělení, Nemocnice Most	Nezmiňuje
Dětská psychiatrická nemocnice Louny	Nezmiňuje

8. Karlovarský kraj

Psychiatrické a psychoterapeutické oddělení Nemocnice Ostrov	Nezmiňuje
--	-----------

9. Královéhradecký kraj

Psychiatrická klinika FN Hradec Králové	Nezmiňuje
Léčebna návykových nemocí v Nechanicích	Nezmiňuje
Psychiatrické oddělení, Nemocnice Nové Město nad Metují	Nezmiňuje

10. Pardubický kraj

Oddělení psychiatrie a psychoterapie, Svitavská nemocnice	Nezmiňuje
Psychiatrické oddělení, Nemocnice Pardubického kraje, a.s.	Nezmiňuje
Psychiatrické oddělení, Albertinum, odborný léčebný ústav Žamberk	Nezmiňuje

11. Olomoucký kraj

Klinika psychiatrie FN, Olomouc	Nezmiňuje
Psychiatrická léčebna Šternberk	Ano
Psychiatrické oddělení Vojenské nemocnice Olomouc	Nezmiňuje

12. Moravskoslezský kraj

Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava	Nezmiňuje
Psychiatrická nemocnice v Opavě	Nezmiňuje
Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské	Ano
Psychiatrické oddělení, Nemocnice s poliklinikou Havířov	Nezmiňuje
Privátní psychiatrická a psychosomatická klinika v Trnči	Nezmiňuje

13. Zlínský kraj

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži	Ano
-------------------------------------	-----

14. Jihomoravský kraj

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno	Nezmiňuje
Psychiatrická nemocnice Brno	Nezmiňuje
Psychiatrické oddělení, Nemocnice Znojmo	Nezmiňuje
Psychiatrické oddělení Vojenské nemocnice Brno	Nezmiňuje

Příloha č. 2: Informovaný souhlas výzkumu



Výzkum o duálních diagnózách v sociální práci: Informovaný souhlas

Rozhovor je anonymní, což znamená, že nikde nebude uvedeno mé jméno.

Moje účast na rozhovoru je zcela dobrovolná a kdykoli během rozhovoru můžu odmítnout odpovědět na otázky, na které nechci odpovědět.

Mám také právo rozhovor kdykoli ukončit.

Jsem si vědoma toho, že rozhovor bude zaznamenáván na diktafon a přepsán do písemné formy. Přepis rozhovoru bude důvěrný a v bakalářské práci s názvem *duální diagnóza z pohledu sociální práce*, ani v případných dalších výstupech z tohoto výzkumu, nebudou uvedeny údaje, podle kterých by bylo možné mě identifikovat.

Souhlasím s účastí ve výzkumu a provedením rozhovoru: ano ne

Přeji si být informována o výsledcích výzkumu: ano ne

Podpis:

Dne

Po skončení rozhovoru jsem se rozhodla, že si nepřeji, aby byly pro účely výzkumu použity následující pasáže:

Zároveň jsem si vědoma toho, že pokud v budoucnu změním svůj názor a nebudu si přát využití některých pasáží formou přímé citace, mohu se obrátit na tazatelku Juditu Čermákovou, která se zavazuje mé přání respektovat. ano ne

Podpis:

Příloha č. 3: Otázky pro respondenty

Představení atd.

1. Na jaké pozici v (název instituce) pracujete? Jak dlouho na této pozici působíte?
2. Jaké máte vzdělání?
3. Jaká je náplň vaší práce a jakým způsobem se ve své práci setkáváte s pacienty s duální diagnózou?
4. Jak často jste s pacienty v přímém kontaktu?
5. V čem je práce s klientem, který má duální diagnózu, specifická?
6. Jakým největším překážkám ve své práci čelíte?
7. Je něco, co vám při práci s nemocnými chybí a co by mohlo kvalitu vaší práce nějak ovlivnit (například vymezení zákona o sociální práci, lepší plat, jinak strukturované vzdělání, kurzy...atp.)?
8. Co přesně by se tím zlepšilo?
9. Podle vás (nezáleží na pracovní pozici respondenta), jakou roli v celém procesu léčby a sociální rehabilitace hraje sociální pracovník?
10. Jak vypadá spolupráce týmu se sociálním pracovníkem?
11. Myslíte si, že role sociálního pracovníka tak, jak jste ji teď popsal/a, je adekvátní a dostatečná? Proč?
12. Je něco, co byste rád/a vyzdvihla? Napadá Vás v souvislosti s XXXX ještě něco důležitého, co jsme v rozhovoru nezmínili?

Příloha č. 4: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 1

**Délka rozhovoru: 29:42
2022**

Datum: 14. 11.

Tazatelka: Tak začínám tedy nahrávat. Nejdříve bych se vás chtěla zeptat, na jaké pozici v léčebně pracujete a jak dlouho?

Respondentka: Tak já tam pracuji jako zdravotně-sociální pracovnice, a to na oddělení (číslo oddělení). Pracuji zde téměř dva roky.

Tazatelka: A jaké máte vzdělání? Koukala jsem, že jste DiS.

Respondetka: Ano, mám odbornou školu a teď si vlastně při práci ještě dodělávám bakaláře. Tak se dá říct, že vlastně budu mít bakalářský studium taky v oboru, vše dělám v oboru sociální práce.

Tazatelka: A jaká je vlastně náplň vaší práce? Jakým způsobem se například setkáváte s klienty?

Respondentka: Vlastně, tím že to je nemocnice, tak to má danou určitou strukturu. Každý pacient má rozhovory s lékařem, psychologem a na každém oddělení je také vlastně sociální pracovník. A my musíme vlastně s každým pacientem odebrat nějakou sociální anamnézu, to se skládá vlastně jakoby úplně od základů, tedy například jestli má (pacient) manželku, jestli má děti, jestli je v kontaktu s rodinou, abysme měli kdyžtak možnost zkontaktovat tu rodinu. Pokud jsou nezletilé děti tak u koho je momentálně dítě v péči, kdo se o něj stará, aby tohle bylo všechno zajištěný. Ptáme se vlastně pacienta na to, kde byl před hospitalizací, abychom věděli, jestli tam není potřeba něco dořešit, nebo jestli třeba byl na azylovém domě, kde má ještě věci a tak podobně. Tím, že jsme terapeuticko-režimové oddělení, tak já se zároveň i už dopředu ptám, kam (pacient) bude pokračovat, jestli už má nějakou představu, abych věděla, kam směřovat. Jestli bude směřovat do terapeutický komunity? Protože tím, že to jsou duální diagnózy tak tam je ta závislost, tak je potřeba aby na sobě dál pracoval. Jestli se mají vůbec kam vrátit? Tohle je hodně důležitý, abychom to

mohli začít nějak plánovat. No a jinak taky jestli pracovali před hospitalizací a jestli mají zajištěnou pracovní neschopnost? Jestli byli na úřadu práce? Jestli pobírají invalidní důchod? Ptáme se i na to, jestli jsou třeba řešit nějaký akutní věci, třeba soudy, policie, cokoliv. Protože se může stát, že ho třeba někde sháněj a nemůže se k němu například dostat pošta. Ta sociální anamnéza je vlastně hodně obsáhlá, abychom se mohli nějak zorientovat.

Tazatelka: A tedy tu sociální anamnézu vyloženě odebíráte také vy.

Respondentka: Jo. Vyloženě, když je přijatý pacient tak bychom měli odevzdat anamnézu do tří dnů, je tam nějaký pravidlo. Ale většinou už třeba druhý den s pacientem musíte mluvit, protože ho máte na oddělení a ráno už ho vidíte. Takže podle toho, jak je to ve vašich časových možnostech musíte to (sociální anamnézu) hned začít zjišťovat. Hodně těch pacientů si i říká samo o to, že s vámi potřebují mluvit, protože mají pocit, že s vámi jsou věci k řešení. A závěrem vlastně každý tý sociální anamnézy je nějaký plán. Kdy vy s tím pacientem projdete různé možnosti, co pro něj můžete zařídit, nebo musíte zařídit protože jsou nutný vyřešit, a nastavuje se tak už nějaký plán, který se může potom měnit v rámci té hospitalizace, to záleží. S tím, teda že hospitalizace na duálních diagnózách v (název instituce) je dobrovolná a pacient teda souhlasí, že bude plnit plán toho oddělení s nějakým výsledkem. Samozřejmě má právo kdykoliv dát reverz a odejít, což je důležitý, protože pacienti by měli být motivovaný s váma spolupracovat. Je to opravdu jiný, než kdybychom si třeba vzaly akutní oddělení.

Tazatelka: Takže není možnost přijmout klienta bez jeho souhlasu? Co kdyby byl třeba v nějakém akutním stavu?

Respondentka: Ne, na moje oddělení ne. Může se stát, pokud je pacient například omezen ve svéprávnosti v rozhodování o zdravotním stavu, že by se to bralo jako nedobrovolná hospitalizace. Například kdyby opatrovník souhlasil, aby tam pacient ještě byl, ale pacient se třeba bránil, že už nechce

....(odmlka) tak je to ale na dohodě s opatrovníkem. Ale musí tam nastat shoda mezi pacientem a opatrovníkem. Naše oddělení teda nemá nedobrovolný hospitalizace.

S tím, že pacienti jsou vždycky seznamování dopředu se smyslem toho oddělení.

Tazatelka: A rozumím teda správně, že jste s klienty v kontaktu každý den?

Respondentka: Ano, každý den. Každý ráno máme společný ranní komunity kde se scházíme jako celej tým s pacientama, což je takový základní kolečko, kde říkají jak se maj, hlásí se vlastně na individuální pohovory, buď k lékařům, psychologům nebo ke mně jakožto k sociální pracovníci. (Odmlka) Jsem vlastně součástí i vizit, který jsou jednou týdně, takže mě vlastně viděj. Mimo to se mnou můžou vidět na těch individuálních pohovorech, který teda, tím, že jsme režimové oddělení mají oni (pacienti) nastavený nějaký program. Od sedmi od rána přibližně do čtyř do odpoledne oni mají časové okno, kdy mohou přijít na pohovory, aby jim to nezasahovalo do programu.

Tazatelka: A v čem je ta práce s klientem, který má duální diagnózu specifická? Třeba oproti jiným oddělením.

Respondentka: No, ono to trošku je v tý otázce, tím, že je to duální diagnóza. K nám jsou přijímáni pacienti, kteří mají psychiatrické onemocnění, nebo duševní onemocnění a mají vlastně diagnózu a k tomu mají nějaký typ závislosti. Vyloženě se naše oddělení zaměřuje na ty látkový závislosti, tudíž alkohol, drogy, léky. Samozřejmě máme ale i pacienty, kteří mají kombinaci, například alkohol a nelátkovou (závislost), teda gambling a podobně. Ale vždycky tam je duševní onemocnění a závislost.

Tazatelka: Tedy v případě těch nelátkových závislostí – ty jsou brány jako ta komorbidita?

Respondentka: (odmlka). Většinou jo, nebo za ty dva roky co tam (na oddělení) jsem tak se nestalo, že bychom na oddělení měli třeba pacienta, který

měl duševní onemocnění a k tomu například workoholismus. Většinou pak třeba příznávaj (pacienti): „no, já jsem hodně pracoval a k tomu jsem pil“. Teda většinou bývá ta souvislost daná. Ale já si i myslím, že ten terapeutický program je celkově prostě zaměřen na ty látkový (závislosti). Takže i nějaký ten postup v práci je zaměřen většinou si myslím na ty látkový závislosti

Tazatelka: A co považujete za takovou největší překážku ve své práci?

Respondentka: No, já si myslím, že je tady problematika toho, že ještě není moc velké povědomí o duálních diagnózách. I to, jak jste se ptala na ty specifika. Většinu služeb máte zaměřených pro klienty s duševním onemocněním, nebo pro klienty který se potýkaj se závislostí. Ale vy u jednoho klienta máte oboje a potřebujete, aby když jde do nějaké služby, která je pro klienty s duševním onemocněním, aby tam ale byl někdo, kdo dokáže pracovat s tou stránkou tý závislosti. Aby tam třeba byl aspoň nějaký adiktolog, kdo tomu rozumí. A zároveň když máte službu, která se věnuje závislostem, tak je potřeba, aby tam byl někdo, kdo ví třeba co je schizofrenie, a dokázal toho člověka ošetřit a ty jeho stavy. Myslím si, že teď už, se to začíná hodně rozšiřovat (povědomí), že už jenom za ty dva roky kdy jsem začínala, tak se nám hodně terapeutických komunit nebo doléčovacích center ozývalo, že nejsou pro duální diagnózy (pro klienty s nimi). Že pomáhají třeba v léčbě závislosti, ale nedokážou například řešit stavy, kdyby zase propuklo to duševní onemocnění, protože s ním neumí pracovat. Dnes už se to opravdu tolik nestává, dokonce se nám i hodně z těch služeb ozývají, že se snaží a učí se pracovat s lidmi s duální diagnózou. Dokonce stalo, že u nás na šestnáctce byli na stáži z nějakých služeb a zajímali se o to, aby si to dokázali lépe představit.

Tazatelka: A co pro vás osobně je největší překážkou? Myslím, když jste například ve styku s klientem.

Respondentka: (přemýšlí). No, já si nemyslím, že by to bylo tak úplně překážka, ale musíte pořád tak nějak myslet na to, že tam opravdu stále je ta

duální diagnóza. Takže vlastně i když pacient je zamedikovaný, je mu dobře a je nějak v stabilizovaném stavu, tak vy pořád ale musíte myslet na to, že pořád třeba má pacient bažení po droze nebo s problematikou závislosti pořád potřebuje nějak pracovat. A to si člověk častokrát prostě musí připomínat, že pořád i když vypadá stabilizovaně (pacient), nemůžete ho ještě propustit třeba do azylového domu nebo ubytovny protože to není nejnebezpečnější prostředí, ve kterém se může pohybovat.

Tazatelka: A toto propuštění řešíte přímo vy?

Respondentka: Většinou se to řeší týmově a samozřejmě také záleží, jak je nastavený ten plán s tím pacientem. Jo, protože zase jsou pacienti, kteří řeknou, že nechtěj trávit další rok někde v terapeutické komunitě a jsou vůči tomu v odporu, takže je rozhodně nenutíme. Ale říkáme jim jaké jsou možnosti, protože si spousta pacientů třeba myslí, že přijdou, záléčí se, budou v nějakém stabilizovaném stavu a pak budou pokračovat dál na chráněné bydlení tady v (název města), kam je čekací lhůta přibližně rok. U nás je ale léčba osm týdnů, tudíž jim vždy říkám, že ale nejsem schopná jim najít chráněné bydlení v (název města). Takže záleží na nastavení plánu s klientem a ptám se ho na to už v té sociální anamnéze. Ptám se ho jak to vidí, co by chtěl a říkám mu jeho možnosti, protože nějaký věci možný jsou a některý ne. Zároveň tam pracuje (pacient) s psychologama, psychiatrami... Psychologové mu pak dávají náhled na tu situaci a říkají mu, co je zvladatelné a co není a podle toho se pak nějak plánuje. Ale samozřejmě to konečný propuštění tak já pak musím vědět kam je pacient propuštěný. Popřípadě, pokud je tam opatrovník, nebo pokud se vrací k rodině, tak jestli je to pro něj vůbec bezpečné prostředí a podobně. To už ale skládáme týmově.

Tazatelka: A při té vaší práci je zde něco, co by vám chybělo? Co by vám například zlepšilo kvalitu té práce? Například chybějící zákon o sociální práci, nebo finanční ohodnocení? Jaký z toho máte pocit?

Respondentka: Já si myslím, že tím, že vlastně pracuji v nemocnici hodně věcí se řídí tím, že jsme zdravotnické zařízení. Například máme omezenou dobu, na kterou tam pacient je a může být. Jsou zde i omezené prostory a zvláště tím, že jsou (název instituce) starej areál tak to není tolik možností pro rekonstrukci, třeba by pomohlo, kdyby bylo víc místností, kde by člověk mohl s pacientem konzultovat. Nebo mít více času. V rámci nemocnice je hodně pacientů, a navíc se často musíme i jako sociální pracovníci zastupovat. Takže bych si představovala, že třeba člověk má víc prostoru pro toho pacienta, že bych se mu mohla více věnovat, ale to si myslím, že tak bude vždycky.

Tazatelka: A co se platu třeba týče nebo vzdělání jaký z toho máte pocit? Například často se v dnešní době řeší to, že některé vysoké školy nepřipraví studenta dostatečně na obor, ve kterém bude pracovat, a to zvláště pak, pokud se bavíme o tak širokém oboru jako například sociální práce. Jak vám toto přijde?

Respondentka: Já musím za sebe říct, že tím, že jsem studovala vyšší odbornou školu, tak jsem měla opravdu nespočet praxí – až půlku studia jsme trávili na praxích. Jednotlivé praxe jsme si mohli vybírat podle oblasti našeho zájmu. Já jsem tedy nastupovala do práce s tím, že již vím, do čeho jdu. Samozřejmě jsem nevěděla všechno, ale trošičku jsem tušila. Teď už v dnešní době se také víc řeší sociální práce v oblasti psychiatrie. Určitě by mi ale přišlo dobrý, kdyby člověk poslední rok, nebo semestr studia mohl víc zaměřit na oblast ve které chce pracovat, a to i spolu s lidmi z praxe. Myslím, že to hodně chybí. Aby člověk měl možnost si tu práci vyzkoušet doopravdy v praxi, než někam vlastně nastoupí.

Tazatelka: A co by se těmito věcmi přesně zlepšilo? Již jste to nakousla, ale mohla byste to ještě trochu rozvést? Myslím tím jak problematiku vámi zmíněných prostor tak problematiku vzdělání.

Respondentka: Těma prostorama by se myslím hlavně zlepšilo to, že by člověk měl víc prostoru i času na klienty. Taky nějaký přehled nad situací, důvěra pacienta.... Kolikrát je na něj nátlak nebo člověk nemá tolik času a on vycítí, že to na něj sypete a potřebujete ty věci rychle probrat. On to vycítí samozřejmě a není mu to příjemný a třeba se i zvedá už sám ze židle, což samozřejmě není dobře. Člověk by měl mít nějaký prostor a klid na to s ním komunikovat. Tohle je i celkově pak vidět na tom výsledku tý práce, že je tam nějaká důvěra a že mu třeba nedáváte papíry někde na chodbě a podobně.

Tazatelka: K tomu mě napadá, vy jste na oddělení sociální pracovnice sama? A kolik klientů tím pádem máte?

Respondentka: Ano, jsem sama. Každé oddělení má jednu zdravotně sociální pracovníci. A klientů na našem oddělení máme 30. S tím, že když si vezmeme, že mám osmihodinovou pracovní dobu, ráno mám nějakou poradu, pak hodinku trávím ve společné komunitě. Pak samozřejmě máme další povinnosti jako je vizita, takže se vám ten čas, kdy můžete s pacientama mluvit hodně zúží. Takže se to nezdá ale je to opravdu krátká doba na to, abyste s pacientama mluvila.

Tazatelka: Takže to není tak, že byste každého klienta viděla opravdu každý den?

Respondentka: No, takhle. Já vidím každého klienta každý den díky tomu, že máme každé ráno společný ty komunity. Díky tomu přibližně vím, jak se maj (pacienti) a v jakém jsou rozpoložení. Ale individuální pohovor – pokud ho každý má jednou týdně tak je to fajn. Navíc někdo to nepotřebuje, protože má třeba práci, je na neschopence, má se kam vrátit a tady si potřebuje vyřešit jen tu svoji duševní stránku, takže pro mě toho jako pro sociální pracovníci toho tolik k řešení není. Maximálně se třeba zeptám, jestli je navázán na někoho ambulantně, například na nějaký centrum duševního zdraví a podobně. Kdyžtak mu předám kontakt, ale to je na jednu schůzku a pak s ním už

intenzivně konzultovat nepotřebuji. Ale pak jsou zase pacienti, kde jdeme od úplného základu. Každý den s nima člověk potřebuje mluvit, protože se ty věci pořád nějak vyvíjejí a posouvají, takže tam pořád je něco k řešení. Takže v tom dni opravdu tolik prostoru není.

Tazatelka: A u vás teda trvá léčba osm týdnů.

Respondentka: Jo. U nás je osm týdnů základní léčba, která je pro klienty kteří jsou u nás poprvé nebo dříve nedokončili léčbu. Pokud u nás ale pacienti měli řádně dokončenou léčbu, tak nastupují na takzvanou recidivu, to teda ještě je pro pacienti, kteří třeba opakovaně spadli do užívání návykové látky, něco se pokazilo a potřebují se vrátit. Tato léčba je pak pět týdnů, nebo u nás nastupují na takzvanou stabilizaci. To je, když venku třeba abstinují, ale zavolají nám, že se necítí dobře, nastala nějaká krizová situace, bojí se, že by se mohlo něco stát... tak mají možnost na dva týdny nastoupit, aby se trochu zastabilizovali, popovídali si, pořešili si nějaký věci a pak jsou propuštěni. Navíc nabízíme pacientům absolventský léčby, který jsou pro pacienty, kteří řádně dokončili tu osmítýdenní léčbu, abstinují a fungují venku mimo hospitalizaci. Ti k nám můžou přijít na týden, aby si znovu program zkusili a připomenuli si, jaký to bylo, když oni byli na samém začátku. Což samozřejmě funguje taky jako pozitivní motivace pro ty pacienty, kteří právě na tom začátku jsou, aby viděli, že to jde.

Tazatelka: Jakou podle vás hraje sociální, či teda zdravotně sociální pracovník roli v multidisciplinárním týmu? Jaký z toho máte pocit?

Respondentka: Já vždycky říkám, že je to krásně vidět, když odjedu na dva týdny na dovolenou (směje se). Protože, ono se to nezdá, ale multidisciplinární tým je opravdu důležitý v tom, že každé tu má svoji oblast. Psychiatři například řeší zdravotní stav svých klientů, řeší s nima léky. Psychologové řeší jejich duševní stavy, rozpoložení, popřípadě dělají psychologický vyšetření a podobně. Psychologové tvoří i ten program pro ty pacienty. Zdravotně sociální

pracovnice pak řeší ale zbytek. Když to tak vlastně řeknu, tak řeší veškeré praktické zajištění. Řešení sociální situace, všechno. V podstatě ta sociální anamnéza, jak jsem říkala na začátku. Řeším kam se bude vracet, jaký má plány, jak je finančně zajištěn, což je kolikrát hodně důležitý. Já teda u nás na duálních diagnózách taky zajišťuju pacienty v rámci ambulantních služeb, tedy center duševního zdraví a podobně. Aby se venku mohli na někoho navázat. Takže řeším všechny praktický věci a fungování mimo hospitalizaci a zajištění bezpečného prostředí i po hospitalizaci.

Tazatelka: A jak funguje spolupráce s těmi ostatními členy týmu? Jsou jasně vymezené kompetence? Jak spolupráce probíhá?

Respondentka: Já si myslím, že je to i hodně tím, jak si to člověk utvoří na samém začátku a jak si pak ten tým sedne. Každý to má jinak na jiných odděleních. I každý sociální pracovník na každém oddělení děláme úplně jinou práci. Podle toho, co máme za klientelu. Proto třeba nemůžu porovnat svoje fungování na duálních diagnózách s kolegyní, která dělá na gerontopsychiatrii. To je vlastně úplně rozdílný. Základy jsou sice stejné ale záleží i opravdu na tom, jak tam funguje ten tým. Já říkám, že mám od začátku trošku štěstí na to, jak nám tam spolupráce funguje. Ale je pravda, že když jsem nastupovala byl u nás na oddělení adiktolog, který zařizoval nástupy do terapeutických komunit, do doléčovacích center, zajišťoval ambulantní služby a podobně. Já jsme tedy toho byla trochu ušetřena. Měla jsem o tom sice přehled, ale nemusela jsem to řešit. Jen jsem věděla, že tam pacient bude třeba směřovat ale nemusela jsem s tím nic dál dělat, když to tak řeknu. Adiktolog ale potom odešel a jeho práce nešla na nikoho přesunout, přece jen je to ale sociální oblast. V ten moment jsem tedy hodně věci převzala. Musela jsem se tedy trochu přetransformovat abych přebrala trochu práce toho adiktologa.

Tazatelka: Ale jinak spolupráce funguje dobře?

Respondentka: Ano, jo, v týmu se jinak cítím dobře. Už jsme si taky nějak vymezili, že třeba kolikrát je potřeba, aby například psychologové nejdřív oni našli, co má pacient v plánu. Protože někteří pacienti nejsou tak komunikativní v rámci krátkého pohovoru se mnou, třeba protože neví, co chtějí, nebo mají v sobě třeba překážku z minulosti. Přes to já ale nemůžu jít, nemůžu na ně tlačit. Proto, když cítím, že už to není úplně moje oblast tak jdu za psychologem a požádám ho, jestli by to s ním nemohli probrat. Odvíjí se to fakt individuálně od každého pacienta.

Tazatelka: Myslíte si, že role zdravotně sociální pracovníce tak jak jste ji teď popsala je adekvátní a dostatečná? A proč si to myslíte?

Respondentka: Já si myslím, že jsem hodně ovlivněná tím, že jsem trošku přebrala práci toho adiktologa. Protože jsem již několikrát slyšela, že dělám vlastně víc, než bych měla v rámci toho svého oddělení. Že jsem již opravdu hodně zaměřená na tu adiktologickou stránku. Každý den tohle totiž řešíme. Trochu se mi to proto přetřansformává. Protože pokud vy nemáte závislýho klienta, tak vy sním toho tolik řešit nemusíte. Tím, že je tady opravdu duální diagnóza tak jsou tady vždy dvě stránky všeho, co je potřeba řešit. Tím si myslím, že jsem opravdu dost ovlivněná, je to trošku rozdílný.

Tazatelka: Takže by vám třeba přítomnost adiktologa mohla pomoci?

Respondentka: Určitě. Přece jen je na tohle adiktolog zaměřen a má o tom větší přehled. Zejména by mi to pomohlo v řešení těch následných péčí. Protože vlastně, i když psycholog nebo kdokoliv navrhne třeba doléčovací centrum nebo něco kam ten pacient může pokračovat, tak ale první věci, co z toho vyvstanou je: má na to pacient finance, má ho tam kdo odvézt, je třeba v evidenci úřadu práce, aby mu neskákaly dluhy, protože spousta pacientů třeba má dluhy nebo exekuce. Proto se doléčování třeba brání, protože musí do práce. V ten moment se ten tým už ale obrací na vás jako na sociální

pracovníci. Protože oni už neví, jak to všechno propojit, tak, aby mohl (pacient) venku fungovat.

Tazatelka: Je něco, co byste ráda vyzdvihla v souvislosti s tím, co jsme tady zmiňovaly? Nebo něco, na co jsme zapomněly a vy považujete za důležité?

Respondentka: Já si myslím, že je vždycky opravdu důležitý se podívat na to, že je to opravdu nemocnice. Jsou totiž věci, přes který prostě nemůžeme jít. Je tam omezená doba, do kdy tu pacienti mohou být, máme určité povinnosti a podobně. Tím, že jsme režimové oddělení, tak jsou tu určitá pravidla, ve kterých pacienti musí fungovat. Je zde hodně vlivů a hodně rozdílů, než i třeba když někdo pracuje s duálními diagnózama ambulantně. A že je opravdu důležité pracovat s oběma stránkami té diagnózy. Často tu jsou úskalí, kdy se snažíme navázat pacienta na nějaké ambulantní služby pro duševní onemocnění, tak často bouráme na to, že má závislost. Člověk se v tom teda musí pohybovat, že tu jsou ty dvě stránky.

Tazatelka: Bývá to tedy problém, že vám někdo odmítne klienty právě s tou duální diagnózou?

Respondentku: Bývá to problém, ano. Ale jak jsem již říkala na začátku, tak si myslím, že se to povědomí hodně zvýšilo a dává se na to už zřetel. Ale bývá to problém. Častěji se stává, že ve službách pro duševní onemocnění nechtějí závislosti. Spíš teda závislostní služby jsou ještě schopni nějak pracovat s tím, když má závislý duševní problémy. Ale opravdu málokterá služba, která se zaměřuje na duševní onemocnění dokáže s lidmi se závislostmi pracovat.

Tazatelka: Tak já vám moc děkuji, myslím, že je to za mě takhle všechno.

Konec rozhovoru.

Příloha č. 5: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 2

Délka rozhovoru: 15:00

Datum: 22.11.2022

Tazatelka: Tak já tedy nahrávám. Moje první otázka by byla, na jaké pozici ve své instituci pracujete a také jak dlouho tam působíte?

Respondentka: Tak tady ta adiktologická ambulance funguje od roku 2015 a jsem tady jako adiktolog. Jo, ale kromě toho, že jsem adiktolog, tak tím, že jsem i sociální pracovník a speciální pedagog, tak můžu jakoby vlastně dělat i sociální práci s některýma našima klientama, ale to už je vlastně úplně mizivé procento klientů, se kterýma takhle pracuju. Především jsem adiktolog.

Tazatelka: A vzděláním jste teda sociální pracovnice?

Respondentka: Původně jsem sociální pracovník, pak jsem si vystudovala speciální pedagogiku, a nakonec jsem si dodělala adiktologii.

Tazatelka: Super, moc vám děkuju. A jaká je ta vaše náplň práce? Jakým způsobem s klienty, kteří mají duální diagnózu ve svém každodenním životě setkáváte?

Respondentka: Jo, tak nám chodí klienti nad osmnáct let věku, kteří mají potíže nějakýho závislostního charakteru, buď tam teda je přímo závislost, nebo ohrožení závislostí, anebo pracujeme i s rodinnými příslušníky těch jakoby závislých nebo ohrožených závislostí. A já teda s nima pracuju, tak buď jim poskytuju individuální konzultace, nebo chodí na skupinové terapie, anebo umožňujeme rodinné i párové konzultace.

Tazatelka: A jak často jste s klienty v kontaktu, vídáte je každý den?

Respondentka: Jo, když jsem v práci. Já tady na ambulanci jsem na zkrácený úvazek, jsem tady jen tři dny v týdnu, pondělí, úterý a středa. Takže když jsem tady, tak jsem s nimi každý den. Jinak ještě pracuju ve vězení, tak tam mám klienty taky s duální diagnózou, protože jsem přímo na tom specializovaném oddíle pro výkon ochranné léčby proti alkoholní a léčbě patologického

hráčství. Jinak ještě teď kon pracuju v nemocnici v (název města) taky jako adiktolog. Taky tam mám v podstatě to stejné, jako tady v ambulanci.

Tazatelka: A v čem je vlastně tahle práce s klientem, který má duální diagnózu specifická?

Respondentka: No, specifická (úsměv). Řekla bych, že ta práce bývá jako těžší, ve smyslu, že tu bývá víc ukazatelů, na který si dát pozor. Tím pádem i předpokládáme, že ta spolupráce bude dlouhodobější než s klienty, kteří tu diagnózu nemají, tedy ta práce je přece jenom specifická.

Tazatelka: No a jakým největším překážkám v té své práci čelíte?

Respondentka: (přemýšlí)...Hmm, no obecně u závislostí platí to, že klienti se závislostí bývají možná víc nezodpovědní než jakýkoliv jiní klienti, takže se stává, že když máme domluvenou konzultaci tak nepřijdou, mnohdy se mi ani neomluví, nebo se omluví až dodatečně, takže tohleto bývá velký problém. Další problém bývá jakoby psychická nestabilita, to znamená, že daleko častěji se věnujeme spíš takovým krizovým, nebo stabilizačním tématům, takže práce jde pomaleji než u jiných klientů.

Tazatelka: A ještě rychle se doptám, pochopila jsem správně, že jste ambulanti zařízení?

Respondentka: Ano, ano, ambulanti léčba.

Tazatelka: Býváte proto spíš v kontaktu s pacienty, kteří třeba už se někde léčili a tohleto mají spíše jako následnou léčbu?

Respondentka: Ano, ano...My máme celé široké spektrum. Buď nám tady přijde někdo, kdo si dospěl k tomu, že začíná mít potíže třeba s alkoholem, drogama, nebo kouřením, a chce to řešit sám od sebe a nikdy předtím žádnou dosavadní léčbu neabsolvoval a my jsme jakoby ta první instituce, nebo jsme právě ta instituce pro klienty, kteří si prošli léčbou a potřebují nějaké doléčování. Takže to je možné, my pracujeme vlastně se všema.

Tazatelka: Takže máte pacienty s duální diagnózou, ale nejste na ně vyloženě specializováni?

Respondentka: Jo, jo, jo, přesně tak to je. Jo, já bych řekla, že máme jako hodně klientů s duální diagnózou. I když teda některé ty duální diagnózy, nejsou o tom, že by to byla třeba vyloženě schizofrenie, ale bývají to velmi často úzkosti nebo deprese. Takové ty třeba mírnější, nebo málo závažné – z určitého pohledu – diagnózy.

Tazatelka: Je něco, co vám v té práci s nemocnými chybí? Něco, co by kvalitu vaší práce mohlo zlepšit nebo zpříjemnit?

Respondentka: (Odmlka – přemýšlí). No, určitě ta nestabilita toho příjmu a vůbec toho, jestli budeme příští a každý další rok je něco, na co dlouhodobě narážíme. Když jsem předtím pracovala v sociálních službách a byly jsme jakoby vyloženě vázány na dotace, tak tady tím, že jsme zdravotnické zařízení tak máme sice nějaké peníze ze strany zdravotních pojišťoven, ale kdybysme byli odkázáni jenom na platby pojišťoven tak nejsme schopni se uživit. Takže i my, když jsme zdravotnické zařízení, tak žádáme o dotace a máme dotaci z rady vlády, takže určitě, kdyby tady byla nějaká větší finanční jistota, co se týče tady tohoto, tak by to bylo lepší. A když se dívám na tu práci s klienty, tak si říkám, že každý další vzdělání je fajn. Určitě jsem pro. Ráda se vzdělávám a ráda získávám nové informace, takže kdyby byly nějaké kurzy – cenově i místně dostupné, pro práci s klienty s duální diagnózou, tak by to bylo super. S čím se třeba teď kon setkávám, na co narážíme je třeba to, že někteří psychiatři nechcous pracovat se závislými, nebo některá centra duševního zdraví, nejsou primárně zaměřené na problematiku závislostí, když se jedná o duální diagnózy, takže tam kdyby jako by byla ještě větší provázanost – třeba kdyby centra duševního zdraví měly v týmu i adiktologa, tak si myslím, že by to usnadnilo práci všem. Já bych si tady dělala v ambulanci svoji práci a mohla bych se spolehnout na to, že ten klient může využívat ještě opravdu jakoby to

napojení na to centrum duševního zdraví, kde by mohla ještě třeba existovat nějaká terénní návštěvní služba, větší dohled na to, jestli teda užívají tu medikaci, kterou mají, větší dohled na nějaké třeba volnočasové aktivity, to by mi jakože přišlo vyloženě prima.

Tazatelka: V ohledu na to, co jste říkala mě napadá, že jak literatura, tak i respondentka se kterou jsem hovořila před vámi zmiňovali, že vlastně jak někteří psychiatři, tak ale i služby obecně občas odmítají klienty s duální diagnózou, protože mají pocit, že to zcela nespadá do jejich rezortu, nebo protože neumí s duální diagnózou pracovat. Stává se vám často, že jsou vaši klienti některými službami takhle odmítáni?

Respondentka: Jo, stávalo se nám to často hlavně na začátku spolupráce, když jsme tady v tom roce 2015 otevíraly s kolegyněmi ambulanci, tak jsme na to narážely. Ale teď konc už je ta ambulance natolik zafixovaná, jakože dobře funguje a my už víme přesně, které psychiatry my těm našim klientům můžeme doporučit, aby ta spolupráce byla možná. Tím pádem my jsme to vyřešili tímhle tím našim způsobem. Aktivně jsme si samy našly psychiatry, kteří nám ty klienty berou, i když je blbě že tam jsou jakoby dlouhé čekací lhůty, psychiatr na ně nemá tolik času, jak by potřebovali, ale aspoň máme zajištěnou péči jako takovou o ně.

Tazatelka: Ano. A ještě bych se vrátila zpátky v té návaznosti na to, co jste říkala před chvílí, myslím o tom platovém ohodnocení a vzdělávání, co by se tím zlepšilo?

Respondentka: No, minimálně bych věděla, že mi odpadne stres, jestli ta naše ambulance bude fungovat v dalším roce a pak v tom dalším. Já jsem třeba předtím, když jsem pracovala v sociálních službách adiktologických, tak my jsme měli i když jsem tam pracovala 11 let, tak já jsem každý rok měla smlouvu vždycky jenom na rok, i když vím, že je to v rozporu se zákoníkem práce. Ale právě proto, že jsme nikdy nevěděli, jestli nám vyjdou dotace z

kraje, z ministerstva na ten další rok, tak jsme všichni zaměstnanci vždycky souhlasili s tím, že budeme mít smlouvu vždycky jenom na rok. Tím pádem to byla nejistota v tom, že jsem měla i problémy se získáním hypotéky a s dalšími věcmi. Takže samozřejmě nemá to přímý vliv na tu přímou práci s klientem, ale je to spíš takové ujištění a větší jistota pro nás jakoby pracovníky.

Tazatelka: Nyní bych se chtěla zeptat – jestli tedy dobře chápu tak fungujete jako adiktoložka v tomto zařízení. Ale spolupracujete i se sociálními pracovníky?

Respondentka: Jo. Některé věci si s klientama můžu udělat i sama. Když shání například práci, tak s nima dělám nějaký profesní životopis, dávám jim základní informace o dávkách státní sociální podpory, k bydlení, mám adresář například nějakých azylových domů tady v blízkosti Olomouce a tak dále. Takže některé věci můžu dělat i sama, ale když nemůžu nebo narážím na nějaký svoje kompetence a limity tak určitě vím, kde volat na který úřad. Určitě spolupracujeme s ústavem sociálně právní ochrany dětí, protože část našich klientů má nezletilé děti tak aby tam ta spolupráce fungovala. Spolupracujeme taky s azylovými domy, protože někteří naši klienti bydlí v azylových, nebo v domovech pro matky s dětmi, takže tam jakoby návazná spolupráce je a existuje.

Tazatelka: Ale jakoby v tom vašem týmu, v té vaší instituci nemáte sociálního pracovníka?

Respondentka: Ne, ne, ne. My jsme takové jako zařízení, které vzniklo podle doporučené koncepce adiktologických služeb, takže nás je tady v tuhleto chvíli pět adiktologů, a jedna psycholožka ve zdravotnictví. Tím, že ale každá z nás má většinou jakoby ještě další vysokou školu, tak tohle vlastně zužitkováváme. Takže u mě se částečně, i když teďka minimálně zužitkovává sociálně právní vzdělání. Ale že by tady byla osoba v týmu, která vyloženě by byla sociální pracovník, to tady nemáme.

Tazatelka: No a tím pádem, když s těmi sociálními pracovníky pracujete řekněme externě, jakou roli v tom procesu té sociální úzdravy hraje právě sociální pracovník? Jak ta spolupráce vypadá?

Respondentka: Jo, hmm... Tak když je to nějaký externí sociální pracovník tak vlastně nevím, jakou tam má roli, co se týče té úzdravy, spíš si беру konkrétně tu situaci, těch nezletilých dětí, tam funguje jako někdo, kdo hájí ty zájmy těch nezletilých dětí. Jakoby nepodílí se na úzdravě, spíše my jsme teda ti, co píšeme nějaký ty zprávy k soudu, nebo zprávy pro ně, aby měli přehled o tom, jestli se ten člověk léčí, a jak ta spolupráce vypadá.

Tazatelka: Myslíte si, že je to takto nastavené správně? Vyhovuje vám, že ten sociální pracovník je externí pracovník?

Respondentka: Jo.. (přemýšlí). Úplně nevím, jestli nám to vyhovuje. Myslím si, že by stálo za to tady někoho mít, i třeba jen na zkrácený úvazek, ale vůbec netuším, jakým způsobem by pak jako probíhalo to financování, protože my bychom si no nemohli účtovat na zdravotní pojišťovnu, takový kód jakoby neexistuje. Musel by to teda být někdo na dotace a s tím by nám jako by zase vyplynula spousta jiné administrativy proto, abychom psali ty dotace a abychom se to administrativně nějak podchytilo. Takže neříkám, že by to nebyl člověk, který by tady měl svoje opodstatnění, protože by fakt mohl dělat třeba nějaký ty terénní služby, jako doprovody k soudům nebo na úřady, ale v současné době by to byla velká komplikace.

Tazatelka: Myslíte si, že to, jak jste tu situaci teďka popsala, že vlastně nemáte takovou potřebu mít sociálního pracovníka v týmu souvisí i s tím, že jste třeba ambulantní služba?

Respondentka: Jo.. (zamýšlí se), je to možné že to souvisí s tím, ano. Já přemýšlím nad tím, že jsem jako i zdravotně sociální pracovník, protože mám ten kvalifikační kurz, ale tam je tak složitý proces, ačkoliv to tak nevypadá, jako získání smluv se zdravotníma pojišťovnami, že tohle je první věc, na

které bychom tvrdě narazili. Vůbec nevím, jestli by se podařilo – byla bych ráda, kdybych se dozvěděla že existuje nějaká ambulantní léčba, která si s tím poradila, že by i získala fakt smlouvy se zdravotníma pojišťovnama na vykazování těhletých sociálních výkonů.

Tazatelka: Je něco, co byste ještě ráda podtrhla nebo zmínila? V souvislosti s tím, co jsme tu dneska říkaly?

Respondentka: No nenapadá mě nic teďkon (směje se).

Tazatelka: Tak to je taky v pořádku (směje se). Tak já vám moc děkuji za rozhovor

konec rozhovoru

Příloha č. 6: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 3

Délka rozhovoru: 17:25

Datum: 24.11.2022

Tazatelka: Tak jestli je to za vás v pořádku, tak já tedy začínám nahrávat. Mojí první otázkou je, na jaké pracovní pozici tady v této instituci pracujete a jak dlouho?

Respondentka: Tak, takže já jsem tady na pozici zdravotně-sociální pracovník, vlastně na třech odděleních závislostí a jsem tady od 2001, takže 21 let. Ale s mateřskou, teda 6 let na mateřský mezi tím.

Tazatelka: A jaké máte vzdělání?

Respondentka: Mám bakaláře. Takže vysokoškolský bakalář jsem.

Tazatelka: Vyloženě v oboru sociální práce.

Respondentka: Sociální práce... A dodělávala jsem si potom vlastně zdravotní kurz, protože jak se změnil zákon (odmlka), takže lidi, co jsou ve zdravotnictví tak musej mít zdravotní vzdělání, takže abychom mohli dělat samostatně tak jsem si pak dodělávala zdravotní kurz.

Tazatelka: Aha, to jsem nevěděla:

Respondentka: No, no, no, protože já nemám zdrávku vlastně já mám gympl. Kolegyňe když má zdrávku vlastně tak to bylo v pohodě.

Tazatelka: No a jaká je tedy náplň vaší práce? A jakým způsobem se setkáváte s klienty, který vlastně tu duální diagnózu mají?

Respondentka: Náplň mojí práce...(směje se). No tak to je hodně široký. Takže vlastně je to o zajištění takových věcí, co se týká vstupu – dobrovolný a nedobrovolný vstupy. Svěprávnosti, ochranný léčby, takže tam dokumentace a jednání s opatrovníkama, pak samozřejmě řešení financí, takže uzavírání příkazní smlouvy u nás je takový stěžejní. Na to navazujou důchody, že jo, žádosti pěníz i žádosti o samostatný důchody třeba děláme, neschopenky, že jo, takže administrativa s neschopenkama. Zasilání lístku na peníze, další

administrativa to jsou úřady práce, takže vystavuju třeba neschopenky pro úřady práce, hmotnou nouzi řeším, jo, takže žádosti s klientama o dávky, příspěvek na živobytí hodně řešíme, no... Žádosti do domovů, ústavů taky... No a pak je to různý, no, prostě co se namane. Splácím dluhy, jo, když jsou ty lidi schopný, takže splácení dluhů. Třeba i sepisování nějakýho splátkovýho kalendáře, když potřebujou sepsat tady tyhle věci, plus vlastně se zúčastním i vizit, jo, komunit. Občas i práce v terénu, že jdu s nima (s klienty) na nákup, takže to už je vlastně individuální, co ty klienti potřebujou, nebo pacienti.

Tazatelka: Vy jste říkala, že vlastně máte na starosti oddělení. Kolik to tak je třeba klientů?

Respondentka: Kolem stovky no...(přemýšlí). Protože my máme dole 35...36 je dole, 34 nahoře.. a nahoře máme 25. No, kolem stovky

Tazatelka: A jak často zvládáte být s těmi pacienty v kontaktu?

Respondentka: Tak já vlastně chodím na oddělení každý den. Takže já každý den jdu na oddělení, když potřebují, nahlásí si samozřejmě pohovor, mluvím s nima při příjmu, jo, takže takový ty základní věci si ujasníme při příjmu, jako co se týká zaměstnání, tohle..

Tazatelka: Nějaká sociální anamnéza?

Respondentka: Ano, jo, kde vlastně zjišťuju kde pracujou, co je potřeba, jestli úřad práce, nebo že jsou tady spousta lidí i bez domova, jo, takže se řeší co dál. No a takový ty základní věci si zjistím při tom příjmu a potom řešíme v průběhu hospitalizace co potřebují. Takže mají kdykoliv možnost zažádat o pohovor, jo, třeba na oddělení dole dělám i sociální skupinu jednou týdně, takže probíráme takový témata sociální, jo. Dávky a úřady práce, takže tam maj možnost, řešíme i spousta věcí co ty pacienti potřebujou. A kdekoliv ... jako sestřičky, přes sestřičky. Ale jinak na to oddělení jdu každý den, takže kolikrát mě odchytnou, že jo. No a u toho chronickýho tam se věci řeší

dlouhodobě, takže hodně při vizitách, kde i plánujeme dál podle toho zdravotního stavu. Jestli umístění a kam, důchody a tohle všechno. Tak nějak

Tazatelka: Vy těch klientů máte opravdu spousta, tak v čem je ta práce s klientem, který má duální diagnózu specifická?

Respondentka: No, takhle (směje se). Tak ti klienti s tou duální diagnózou nastoupí na tu režimovou léčbu, tak to defacto fungují jako ti ostatní, takže musej být nějak schopní tu léčbu absolvovat, a to není jednoduchý. Myslím si, že je to taková větší trpělivost, někdy se víc vysvětluje, víc se tomu klientovi třeba musím věnovat. Já teda třeba mám i klienty s duální diagnózou na tom chronickém oddělení, kde už jsou třeba tak daleko, že maj opatrovníky, jo, takže tam už je spolupráce s těma opatrovníkama, i při tom dalším umístování třeba, jo. Že se zkusí třeba, já nevim, místo na ubytovně najdou, pak se řeší chráněný bydlení, jo, takže opakovaný selhávání, až se dospěje třeba k tomu, že opravdu musíme hledat nějakou službu co se týká toho ústavu nebo domova. Takže jak říkám, někdy je to taková větší trpělivost, no.

Tazatelka: A vy teda máte klienty s duální diagnózou jak na chronickém, tak na režimovém oddělení?

Respondentka: I v režimovém.

Tazatelka: A to je vyloženě oddělení pro klienty s touhleto diagnózou?

Respondentka: Nenene, to je v rámci léčby. To je oddělení, kde jsou režimové léčby, a i tam se berou klienti s duální diagnózou. Samozřejmě se přihlíží k tomu, že tam i ta základní diagnóza je jiná, že jo, než když přijde normální člověk jenom se závislostí, takže jako více s nima věci řeším, no.

Tazatelka: A jakým největším překážkám ve své práci čelíte?

Respondentka: No, co se týče závislejších, tak největší překážky ...myslím, že nedostatek návazných služeb, co se týče pro alkoholiky. Hlavně třeba – doléčkováky ještě fungujou, ale pro ty lidi, co maj třeba těžký poruchy kognice, tak kraj (název kraje) má jedinej specializovanej domov. Takže to je

takový – bylo by lepší, kdyby těch zařízení bylo víc. Tak to je jedna věc a další je, že si myslím, že přibývá takových lidí, kteří opravdu zůstanou bez domova, jsou na tom špatně zdravotně a nemají příjem. To je další problém opravdu i s umístěním až někam dál do služby.

Tazatelka: A když se umísťují vyloženě klienti s duální diagnózou bývá problém ty klienty umístit, protože jsou třeba odmítání?

Respondentka: Taky. Musí být specializovaná služba pro ty klienty, neberou je všechny domovy. Něco jiného je jako chráněný bydlení, třeba je... teď hodně dlouho tady nebyl domov, teď je tady nově (název instituce) který nově budou brát s duálníma diagnózama. Tak za to jsme hodně rádi. Pak občas se podaří do nějakýho specializovanýho (zařízení), ale jakmile je tam k tomu ta závislost tak je to problém.

Tazatelka: No a je něco co vám v práci chybí? Něco co by vám mohlo zpříjemnit nebo zkvalitnit vaši práci? Ať už se jedná o nějaké zákony například sociální práce, či jinak strukturované vzdělání, může to být cokoliv.

Respondentka: Takhle, mě to jako baví ta práce, je to s lidma, někdy je to náročný, kor na tý psychiatrii, ale brala bych třeba víc nějaký vzdělávací kurzy, jo, moc nejezdíme, spíš se tak jako... (odmlka) protože jsou novinky, že jo i třeba v té dluhové oblasti což tady nejsem schopna moc řešit, takže spíš to vzdělávání, no. Ale jinak, nevím no.

Tazatelka: A co by se tím třeba zlepšilo, tím vzděláváním?

Respondentka: No, tak takový jako... Rozšířil by se mi určitě obzor, protože říkám, je spousta nových věcí nebo i institucí, třeba neziskovky jsou, takže člověk by měl větší přehled kam lidi podle svých potřeb směřovat a takhle no.

Tazatelka: A když si vezmeme jen klienty s tou duální diagnózou, se kterými jste v kontaktu, jakou si myslíte že u nich hrajete roli v nějaké třeba úzdravě především teda sociální?

Respondentka: Takhle tak...nevím, jak je to myšelný jako takhle... Řeším ty potřeby těch klientů. Takže pokud je nějaká potřeba třeba vyřízení.... Ať už je to finanční zabezpečení, nebo takhle, jo. Spíš jim jakoby pomáhat, nebo říkám, tady u těch dlouhodobých tam je třeba ta vize toho umístění, kam do další služby kde by ti lidi fungovali. A to právě bejvá problém, protože ty lidi nejsou schopni fungovat venku.

Tazatelka: Takže si myslíte, že především to vhodné umístění klienta do další služby má nějaký vliv na sociální rehabilitaci?

Respondentka: No jakoby je to vlastně ten vývoj u toho člověka, že jo. Když ten člověk má zázemí, že jo, má rodinu tak ještě funguje takhle. Ale říkám, mám tady teď dva pány, kteří opravdu to zázemí nemaj, byli na azyláku, pak se zkoušelo chráněný bydlení, že jo, kde prostě neobstáli. Takže hledá se prostě další služba, která by byla návazná. Ale jako co nastoupilo do těch režimovejších léčeb tak tam ty lidi většinou maj ještě to rodinný zázemí za sebou, ta rodina funguje.

Tazatelka: Jak vlastně vypadá vaše spolupráce s členy ostatního multidisciplinárního týmu?

Respondentka: Tak vlastně je to v rámci setkávání, že jo, takže hlavně informuju takový z té moji oblasti, co se řeší, nebo co je potřeba řešit. Já teda nedělám třeba nahoře doléčovány nebo komunity, to si vyřizují terapeuti. Ale spíš informace, co se řeší u těch lidí, třeba nějaký soudy, nebo dluhy, když jsme schopni zjistit, nebo nějak pořešit žádosti třeba do azyláku. Spíš takový to moje, no.

Tazatelka: A bere se na to ohled, když se třeba řeší další osud toho pacienta, kam nastoupí, nebo kde se bude léčit? Hraje tam nějaká ta sociální stránka roli?

Respondentka: Tak určitě, že jo. Když nemaj třeba peníze, jo, nebo občanku, tak musíme vyřešit, že začneme takhle od základů. Že vyřídíme občanku na základě toho, když chtěj třeba do nějaký služby, nemaj, tak se snažíme vyřídít

třeba dávku, aby měli na úhradu (pacienti) a tohle. Takže takhle asi v týchle oblasti, no.

Tazatelka: A vyhovuje vám to tak, jak to teď máte nastavené v týmu? Přejde vám to adekvátní?

Respondentka: Určitě. Protože já si dělám svoje, a vlastně ostatní to tak berou. Třeba když je něco potřeba z té sociální tak třeba volaj. Takže já jsem spokojená. Ja do toho zdravotního taky moc nezasahuju, takže vyloženě si řeším to moje. I sestřičky třeba volaj, když potřebujou něco z toho sociálního, protože to jako... mě to takhle vyhovuje

Tazatelka: Tak my jsme to zvládli hrozně rychle. Je něco, co byste k tomu svému působení ráda vyzdvihla, nebo so jsme nezmínily a přijde vám jako důležité?

Respondentka: (odmlka). Já přemejšlím. Důležitý, spíš takhle... jako baví mě, že je to takhle různorodý, občas je to takový náročný s těma lidma, jo, i v rámci tý nemoci, nebo opravdu jakoby toho jednání i s těma rodinama kolikrát je vlastně spolupráce docela těžká. Ale myslím si, že je to všechno o komunikaci, no, že se to dá. Pak má člověk radost, když se podaří někoho umístit, někde jo, třeba má rodinu a umístíte ho. Tak je to takový uspokojivý. Myslím si, mohla bych mít třeba míň lidí, jo, to mi teda připadá, aby člověk třeba ty problémy mohl řešit víc do hloubky. Jo, takhle spoustu – když jsou schopný (klienti), tak jen naťuknu nebo pomůžu a řeší si sami. Takže to asi tak jediný. Mít míň klientů to bys se víc dalo řešit....

Tazatelka: A je to v tomhle zařízení norma, že opravdu sociální pracovník má tady vlastně tolik klientů?

Respondentka: No... stále žádáme o navýšení (směje se), no, není... co vedoucí řeší...A teď ještě kolegyně, vlastně jsme půl roku bez jedny, je na mateřské a bude nastupovat od ledna, takže vlastně máme i práci navíc. Vedoucí sociální se snaží sehnat aspoň ještě jednu, ale zatím to teda

neprochází. Na akutní péči je to taky pro sociálku masakr. Ale jako máme nějaký normy, který máme asi naplněný no.

Tazatelka: Tak za mě je to takhle všechno, moc děkuju. Přestávám nahrávat.

Konec rozhovoru

Příloha č. 7: Příloha rozhovoru s respondentem č. 4

Délka rozhovoru: 21:01

Datum: 24.11.2022

Tazatelka: Tak já jsem tedy zapla nahrávání, dám vám to trošku blíž, ať toTak. Já jsem se nejdříve chtěla zeptat, na jaké pozici v instituci pracujete? A jak dlouho?

Respondent: Jako terapeut, na oddělení závislostí, a pracuji tady 11 let.

Tazatelka: A jaké máte vzdělání?

Respondent: Já mám vystudovanou sociální práci na vyšší odborné škole, a ještě před tím než jsem tady pracoval, tak jsem pracoval 13 let jako sociální pracovník, většinou s bezdomovci a podobně a potom, když jsem nastoupil sem tak jsem si ještě dodělal psychoterapeutický výcvik abych mohl pracovat přímo s klienty. Takže mám ještě psychoterapeutický výcvik.

Tazatelka: A jaká je vlastně náplň vaší práce?

Respondent: No, ta je rozmanitá, v podstatě jako terapeut mám na starosti muže na oddělení, na tom našem oddělení, především teda vedu některé skupiny, některé typy skupin, já konkrétně vedu pacienty v detoxu, potom částečně v průběhu léčby mám na starosti třeba skupinu pacientů v ochranných léčbách, to jsou soudní léčby. Potom chystáme programy pacientů, to znamená i rozepisujeme jim třeba celý ten rozvrh dne, ne jenom terapie, ale i pracovní terapie a další věci, pak máme na starosti například s pacienty vyřizujeme nějakou následnou péči, doléčovací centra, komunity a podobně, píšeme třeba vyjádření pro tyhlety následný instituce, podílíme se na provozu oddělení, tak jak je to možný, některý věci zajišťujeme a tak.

Tazatelka: A jakým způsobem se v té své práci, nebo kde se setkáváte s klienty, kteří mají duální diagnózu?

Respondent: Emm, no, vlastně v podstatě moc ne. Při té naší práci moc ne. Pouze teda s těma, který se ocitnou u nás na oddělení na léčbě, a to je minimum, jen tu a tam někdo. A ještě to musí bejt člověk, který je zalečený, který prostě nemá nějaký akutnější projevy, je opravdu stabilizovaný, to znamená je schopný dodržovat ten režim toho našeho oddělení, takže leda takhle. Pouze vlastně v rámci toho, když je někdo hospitalizovaný přímo s léčbou teda u nás na tom režimovym, uzavřenym oddělení.

Tazatelka: A tedy jen přibližně, jak často jste s těmi pacienty jste v kontaktu?

Respondent: No, to je záludná otázka, protože my nikde nevedeme statistiku. Takže to úplně nedokážu říct. S pacienty s duální diagnózou pracujeme vlastně úplně stejně jako s ostatními, což v praxi znamená, že mezi nimi a ostatními nevidím většinou rozdíl a ani si neuvědomuju, že ten a tan tuto diagnózu zrovna má. A v drtivé většině oni u nás fungují stejně jako kdokoliv jiný, takže z toho terapeutického hlediska i z toho přístupu většinou žádný rozdíl jako není.

Tazatelka: Myslíte si, že tam není žádné specifikum v té práci s tím klientem?

Respondent: To ano, ale maximálně teda v tom jakoby jemnějším přístupu, to znamená, že zohledňujeme třeba, že některé věci v terapii ten člověk nezvládne tak, jako ostatní pacienti, ale třeba nárok na dodržování režimu je tam většinou úplně stejný. To znamená my máme i nějaký systém že jo bodování, a tam určitě nemají úlevy v drtivé většině, pokud ten člověk nemá zrovna nějaký akutní stav. To znamená třeba když ten člověk chce odejít třeba do ještě nějaké další adiktologické služby, jako je třeba doléčovací centrum, nebo podobně, tak samozřejmě s tímto pracujeme s ohledem právě na tu jeho diagnózu a vybíráme právě spíše ta centra, kde jsou zvyklí s těmato lidma pracovat specificky například (název instituce) a podobně. To znamená, to je jedna věc, že se snažíme zohlednit ty následný služby tak, aby byly vhodnější pro ty pacienty, druhá věc, co mě ještě napadá, tak potřebují víc pomoci s těma papírama, s

vyřizováním věcí, ale někdy taky ne. Na tom našem oddělení může stejně být jenom tehdy, když to zvládá tu zátěž jednak toho programu, těch různých úkolů, postupů, a tak ten režim. Někdy je také třeba tyto pacienty trochu více motivovat k tomu, aby nastoupili někam do služby, která by jim mohla být nápomocná, aby více zohlednili třeba i ty svoje diagnózy, v tom, že budou potřebovat třeba vůbec nějakou následnou péči, protože mnohdy pacienti k nám jdou ne úplně motivovaný jak k léčbě, tak potom nemaj ani motivaci po léčbě někam ambulantně třeba docházet a samozřejmě u lidí s duální diagnózou je to o to důležitější. Takže další specifikum u nich je možná v tom, že máme pocit, že je musíme víc motivovat k nějakým těm následným službám, aby o sebe víc pečovali. Takže taková ta terapeutická podpora větší tam asi bude taky v tomto smyslu. U lidí, co jsou dobrovolně a nemaj další potíže tak dejme tomu to víc necháváme na nich, u lidí s duální diagnózou se trošičku víc snažíme o tu větší motivaci, o jejich aktivizaci, jo. Pokud jsou teda ochotní, pokud ne, tak i pak to je stejně na nich.

Tazatelka: Napadá mě k tomu, co jste říkal o tom umístování do té následné péče, bývá to problém? Jak se na to vlastně tváří zařízení, když máte pacienta s duální diagnózou? Jste někdy odmítáni?

Respondent: Úplně nemáme tu zkušenost. Jde o to, že my většinou směřujeme ty pacienty do komunit nebo do zařízení, který jsou na to specializovaný. To znamená, tam se předpokládá, že jo. A pokud ne, tak je to opravdu člověk, který ty projevy nemá, který prostě má nějakou tu diagnózu, ale víceméně je prostě schopný zvládnout i normální doléčovák nebo komunitu. Ale pokud je tam prostě ta indikace, tak právě protože volíme spíše ty instituce, který už jsou zaměřený na tuhle klientelu tak vlastně odmítání nejsme.

Tazatelka: Takže už to máte nějak nastavené, ty domluvy s...

Respondent: Jo, nepamatuji si, že bychom někdy někoho v dohledných letech – který má opravdu duální diagnózu – a směřovali ho do nějakýho doléčováku,

který by pro něj byl nevhodný a že by ho odmítli z toho důvodu, že si řekli: „to by u nás nezvládl“, nevybavuju si takovej případ teďka. Možná se to někdy stalo, ale jako...protože jsou zařízení, který jsou zvyklý pracovat s touhle klientelou tak tam se obracíme primárně. A většinou tam ty lidi vezmou, většinou tam to místo je. To máme docela zkušenost dobrou.

Tazatelka: A jakým vlastně největším překážkám ve své práci čelíte?

Respondent: V jaké práci, jak to myslíte? Jako obecně nebo?

Tazatelka: Určitě to můžete zmínit jak obecně, tak potom třeba kdyby vás napadlo něco vyloženě k těm duálním diagnózám.

Respondent: No, to mě právě nenapadá nic, protože my pracujeme týmově, což je hrozně dobrý. Takže já začnu jako ne překážkou, ale vlastně jako spíš tou velkou výhodou. Že vlastně pracujeme v týmu a každý týden se scházíme na poradě, máme každý týden vizitu s pacienty, a ještě se můžeme vlastně scházet jako ráno před komunitou jak s lékařkou oddělení, staniční sestrou, tak s paní psycholožkou jo, když je potřeba tak i s tou sociální sestrou. Takže to je dobrý, že prostě není na mě, když narazím na něco, s čím si nevím rady, nedokážu rozhodnout, vlastně ani nemůžu třeba, protože nejsem lékař. Takže je dobrý, že to vždycky všechno můžeme probrat týmově. Čili to je ta velká výhoda. Jako nevýhody...nevýhody. Nevím. Někdy je to v tom, že prostě je to to jedno oddělení, který prostě musí pojmout víc těch druhů léčeb jo, to znamená máme tam třeba fakt jako nemotivovaný pacienty z donucení na té ochranné léčbě, že jo soud je poslal z vězení často, jsou nemotivovaný. Pak tam máme lidi, kteří prostě jsou velmi motivovaní jsou na plné léčbě, jsou jako dobří, nějak připravení, fungují, pak tam máme lidi, které do léčby dotlačil třeba zaměstnavatel nebo partnerka, že se s nimi jinak rozvede, a mezi nimi všemi občas někdo s tou duální diagnózou a s různou motivací taky často...jo, takže jakoby ta překážka je v tom, jednotně pracovat v jedné skupině kde jsou všechny typy těch pacientů v jedné skupině. Takže je to někdy obtíž se nějak

naladit na všechny. Ale to je, jak to vyplývá z toho, že je to velkej mix u nás na tom oddělení. To ani jinak nejde.

Tazatelka: A je něco, co vám při té práci s nemocnými chybí? Něco, co by vám tu kvalitu té práce mohlo zlepšit? Ať už se jedná například...zmiňovaly se platové podmínky, vzdělání, chybějící zákony o sociální práci nebo tak?

Respondent: No, vzhledem k tomu, že už dlouho nejsem v sociálních službách tak teď úplně se v té oblasti sociální nevyznám, takže vlastně ani nevím, jaký jsou teď zákony v téhle oblasti, už přes deset let tam nejsem. Ale, řeknu vám přesně co určitě mi chybí, to vám možná řeknou i kolegové, doufám. Souvisí to právě s prací specifickou – s duálními diagnózami, případně s některými jinými typy prostě specifík klientských, a to je vzdělávání. Prostě fakt málo se dostaneme docela na odborný vzdělávání. Občas na nějakou konferenci, občas třeba jednou za dva za tři roky jedeme na nějakou pár hodinovou stáž, ale takový to jakoby specifický vzdělávání, jak pracovat s tímhle...nějaká metodika...Nemáme to tady úplně tak systematický, jak to bývá třeba v těch sociálních službách, kde třeba mají přesně ten plán toho vzdělávání na ten rok, který ty lidi opravdu vysílají. Tady tohle to moc nemáme, no.

Tazatelka: Co by se tím zlepšilo, podle vás?

Respondent: No, určitě bych třeba tak jako věděl, jak lépe ještě pracovat s tou klientelou, nebo nějaké nové způsoby, trendy a tak podobně, cokoliv. V podstatě já jako pracuju s tím, s čím jsem tady nastoupil před těma 10-11 lety, a to co je navíc je ta zkušenost moje, ale samozřejmě i se učím od kolegů, ale vlastně to je to hlavní moje vzdělávání. Prostě když chodíme třeba na skupiny s paní psycholožkou nebo nějakých jiných jsme účastni, tak to je to hlavní, kde já jako chytám ty další způsoby práce, další metody, další pohledy těch jiných výcvikových psychoterapeutických přístupů, to každý máme jiný, takže to je pro mě taky třeba zajímavý. Ale to je tak jako to hlavní, z čeho já se učím, plus občas jako nějakou knížku, že jo, nebo něco si přečtu, ale jako taky nemám

úplně čas chrlit do sebe, vybírat aktuální články, a tak jo. Určitě i ta problematika jako vůbec adiktologická by mě zajímala taky víc, že jo, více se dostat na nějaká ta fóra, konference a tak podobně. Ono je to o tom, že prostě máme co do počtu omezený tým, není nás moc a musíme se nějak prostřídávat, to znamená, že program musí běžet, takže opravdu nemůžeme se sbalit třeba jednou za čtvrt roku a všichni odjedeme na nějaký vzdělávání. Je to tak, že ty nabídky nám choděj, to jo i nám je posílá paní primářka, nebo nám jako chodí z jinech institucí, ale úplně v tom reálu zase tak jako často se tam nedostaneme, no.

Tazatelka: A vy jste teda terapeut, i když jste teda vzděláním sociální pracovník, takže asi budete vědět, ale...Jakou roli podle vás v té úzdravě hraje právě sociální pracovník, tady vlastně v tom prostředí té léčebny.

Respondent: No, to je taková záludná otázka. Jako sociální pracovník – sociální sestra konkrétně pro naše oddělení je jeden z členů týmu, ale protože má na starosti víc těch oddělení, tak zas není tak často úplně jako na oddělení jako třeba zbytek týmu, protože jich skutečně má na starosti více těch pacientů než my jenom na tom našem oddělení, takže hraje roli určitě, těžko říct jakou roli hraje jako přímo v úzdravě (směje se), to bych si neodvážil tvrdit ani jako u sebe nebo u nás.

Tazatelka: A spíš teda tu sociální rehabilitaci myslím...

Respondent: Důležitý je, že jako tady jsou prostě ty sociální témata, ta sociální problematika a témata těch pacientů rozděleny zase jako mezi tým. To znamená, že vyloženě sociální záležitosti jako třeba ta následná péče, zařizování prostě těchle věcí máme na starosti my jako terapeuti. Určitě se sociální sestrou spolupracujeme v případě, kdy je třeba řešit nějaký témata typu, já nevím...důchody, sociální dávky, nebo nějaký další specifický věci, ve kterých se nevyznáme, nebo ke kterým nemáme ani jako přístup jakoby. Takže je to tak že někdy i ta práce s klientem je vedle té terapeutické hodně sociálně

podpůrná a tu děláme taky my vlastně jako terapeuti. Ta sociální sestra je vlastně ten člověk, který prostě přijde na to oddělení a vyřizuje vyloženě takové ty sociální úřední záležitosti. Kontakty s úřady, vyřizování nějakých těch dávek, žádostí, důchodů...I korespondence třeba i od soudů a podobně, to taky vyřizuje sociální sestra. A občas nám třeba vyřizuje nějakou sociální skupinu, jo, na to téma nějaký konkrétní jako třeba protidluhová problematika kdysi dělávala...nebo já nevím ten systém těch sociálních dávek, jo, třeba jednou za půl roku ji požádáme.

Tazatelka: Vy jste tím pádem docela i odpověděl na tu další otázku, a to je teda jak ta spolupráce se sociálním pracovníkem vypadá? Předpokládám teda, že se vídáte na nějakých poradách?

Respondent: No, to právě úplně ne. Právě, že ta sociální sestra je trochu mimo ten tým. Ten hlavní – to jádro toho týmu, tam ona vlastně není. Nechodí ani na vizity, ani na porady, vlastně chodí vždycky jenom na oddělení vyřizovat žádosti pacientů. Pacienti si musí požádat, že s ní chtějí mluvit, že jo, a potom na základě toho přijde a s tím kdo má ten požadavek vyřizuje věci anebo zase když jí přijde nějaká korespondence nebo něco, tak to předává pacientům. Právě já nevím...rozhodnutí soudu, rozhodnutí o těch sociálních dávkách, důchodech a tak. Vlastně je to spíš tak, že když my potřebujeme vyloženě něco konzultovat nebo ona – sociální sestra, tak si jako dáme vědět telefonicky a pak to jako vyřešíme rychle. Není to úplně v tom rozhodovacím jádru toho týmu u nás konkrétně na oddělení.

Tazatelka: A myslíte, že teda ta spolupráce tak, jak jí máte nastavenou je vlastně vyhovující, že je adekvátní? A popřípadě proč?

Respondent: No asi jo, v podstatě asi jo. Ty lidi jsou tady primárně na léčbě, nejsme primárně sociální služba. Tudíž tady je asi i dobře, že mnohá sociální témata řešíme my terapeuti především v rámci těch skupinových terapií a podobně, protože by na to ta sociální sestra už skutečně neměla kapacitu. A

naopak je dobrý, že se nemusíme starat o další záležitosti, který se týkají třeba už vyloženě ty sociálních věcí jako vyřizování dávek a tak, protože to už je specifikum takové té opravdu úřední, kancelářské práce, jo? A na druhou stranu že jo ty témata sociální jako bydlení, hledání práce a taková ta sociální podpora to taky děláme my vlastně. Protože to je třeba fakt dělat hlavně v rámci těch terapií. To by ta sociální sestra taky tak úplně neměla kapacitu si dělat tyhle věci, přestože v sociálních službách to tak často bejvá že jo. Že se individuálně s každým řeší práce, bydlení a tyhle věci co tam má v té sociální oblasti – dluhy a tak podobně. Já jsem to dělával takhle dřív v té sociální sféře jednotlivě s každým klientem prostě tak tohle děláme v rámci práce terapeuti, to nedělá sociální sestra vůbec a děláme to v rámci skupinových terapiích, ne individuálních. Ale ono to tak je dobře nastavený, protože to by fakt ta sociální sestra musela mít nějaký prostor na to v rámci své pracovní kapacity a stejně ale my chceme, aby tyhle věci byly spíš součástí léčby a terapie ty sociální témata spíš než specifickýho pohovoru s někým, kdo je zde spíš jako úředník, jo. Teď to jako nemyslím ve zlým jako na tu sociálku. Ona by pak skutečně musela mít jenom jedna na jedno oddělení, ale tolik sociálních sester zde není.

Tazatelka: Poslední otázka je, jestli byste něco vyzdvihl? Nebo řekl, co jsme nezmínili a přijde vám to důležité?

Respondent: Nenapadá mě nic. Asi ne.

Tazatelka: To je taky v pořádku. Jestli vás nic nenapadá, tak já zastavím nahrávání.

Konec rozhovoru.

Příloha č. 8: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 5

Délka rozhovoru: 18:20

Datum: 24. 11.

2022

Tazatelka: Tak já tedy začínám nahrávat. Moje první otázka by byla, na jaké pozici tady pracujete a jak dlouho?

Respondentka: Tak já jsem tady na pozici adiktologa a jsem tady asi 5 a půl roku.

Tazatelka: A jaké vlastně máte vzdělání?

Respondentka: Původem jsem sociální pracovník jakoby bakalář, plus mám dodělaný ještě jakoby psychoterapeutický výcvik.

Tazatelka: A ten psychoterapeutický výcvik vám pak dal způsobilost k tomu, abyste dělala adiktologa?

Respondentka: Terapeuta... no u a ministerstva zdravotnictví jsem pak uznaná jako adiktolog.

Tazatelka: A jaká je vlastně náplň té vaší práce? A pokud jste v kontaktu s klienty, kteří mají duální diagnózu, jak to vlastně vypadá?

Respondentka: No, náplň práce. Připravuju denní program pro pacienty, pak hlídám jeho naplňování, účastním se nebo realizuju psychoterapeutické programy, to znamená edukační skupiny, individuální nebo skupinový pohovory, relaxace, potom hlídám nějak dodržování režimu na oddělení a vedu si příslušnou administrativu. To tak jako zkráceně. A ta druhá otázka zněla?

Tazatelka: Jakým způsobem jste v kontaktu s klienty, kteří mají duální diagnózu?

Respondentka: No... ah, oni ti klienti jsou běžně jakoby zařazeni do režimu tohoto oddělení. To znamená, že to samý, co dělám s ostatníma pacientama, tak to samý dělám i s pacientama co maj duální diagnózu.

Tazatelka: Ale je ta práce s těmito pacienty nějak specifická?

Respondentka: Já si myslím, že pracujeme úplně stejným způsobem, ať už má duální diagnózu pacient, nebo ať už má standardní diagnózu, to znamená tu závislost. Takže se pracuje úplně stejným způsobem, možná se to někdy nějakým způsobem trošičku zohledňuje ve smyslu, že jsme jakoby tolerantnější. Ale na druhou stranu ti pacienti mají jakoby povinnost dodržovat režim stejným způsobem, jako pacienty s diagnózou závislosti. Takže..hmm.. (přemýšlí) myslím si, že se pracuje jako velmi obdobně jako kdyby tu diagnózu duální neměl, no.

Tazatelka: A ten pacient (s duální diagnózou) jako takový není nijak specifický? Ve smyslu že by se muselo tedy dávat na něco pozor?

Respondentka: S duální diagnózou, jestli dávat na něco pozor? (přemýšlí)...

Tazatelka: Například jestli mám uvést příklad, tak jiná respondentka zmiňovala, že i když to tak nevypadá, tak je občas potřeba brát zřetel na to, že je tam u těch lidí přidružená nějaká psychická porucha i když to třeba na první pohled není vidět. Jak to vnímáte vy?

Respondentka: Ti pacienti musí jakoby zvládat režim na tom oddělení, pakliže ho nezvládají i s ohledem na duální diagnózu tak jsou většinou přerazováni na jiné oddělení, kde ten režim je jakoby nějakým způsobem mírnější. Tady se to nějakým způsobem...Nebo se to zohledňuje i třeba když potom je posíláme do nějakého jiného typu zařízení. Když je potom posíláme třeba do terapeutické komunity, tak jsou terapeutické komunity, které jsou třeba více specifikované na práci s duální diagnózou, zatímco některý jsou míň. Takže tam to asi jakoby zohledňujeme, zohledňujeme to teda i z toho ohledu toho režimu, že kdyžtak můžou přejít na jiný oddělení. Ale jinak v tý naší práci standardně můžeme být trošičku ohleduplnější, ale co se režimu týče oni ho musí dodržovat. Musí fungovat,no.

Tazatelka: A jak často býváte s klientem, který tuhle duální diagnózu má v přímém kontaktu?

Respondentka: No, hmm... míváme tak kolem 25 pacientů, kteří jsou tady buď na 6 týdnů nebo na 3 měsíce, z toho s duální diagnózou tady bývá tak 1, možná 2 z těch 25. A jsem s nimi jakoby v každodenním kontaktu potom už.

Tazatelka: A jakým největším překážkám v té své práci čelíte?

Respondentka: Hmm... (Odmlka). Při práci s duálními diagnózami?

Tazatelka: Můžete určitě popsat obojí. Ve své práci obecně, s tím, že když vás napadne něco navíc k té duální diagnóze budu ráda.

Respondentka: Já myslím, že v té duální diagnóze, že tam překážkou pro mě je nějaká jako ... nedostatečný vzdělání. Vnímám tady jakoby nedostatky, že vlastně jakoby kolikrát neznám specifika, která si sebou nesou ty konkrétní duální diagnózy. Jinak překážky...(přemýšlí). Možná prostorový překážky tady vnímám, že jakoby terapeuti jsme odloučeni od toho oddělení, ty prostory pro administrativu jsou vlastně úplně někde mimo oddělení, takže ten kontakt s tím klientem nebo pacientem je tím pádem jenom v tu chvíli, kdy tam je ta skupina, což mi přijde docela málo, že s nimi nejsme v kontaktu v takovém tom běžným, lidským, vztahovým.

Tazatelka: A děláte i individuální pohovory, nebo jenom skupinový.

Respondentka: I individuální, ale je to naprostý minimum, jo. Naprostá většina probíhá fakt skupinově.

Tazatelka: A to záleží na klientovi, jestli se vám ozve, nebo těm klientům individuální hovory nabízíte?

Respondentka: Tak i tak. Pověšinou je to tak, že se ten pacient musí ozvat sám, ale když vnímáme tu potřebu, tak mu to můžeme nabídnout i z naší pozice. Takže asi tak i tak, je to oboje, no. Jestli 50 na 50, to tak asi je. Ale fakt v naprostý většině je to skupinová práce.

Tazatelka: Hmm.. A vnímáte nějakou vyšší potřebu těch individuálních konzultací u pacientů s duální diagnózou? Nebo to vyjde na stejno?

Respondentka: Hmm (přemýšlí)... No, co mám tu zkušenost tak to vyjde zhruba na stejno.

Tazatelka: A je něco, co vám při práci vyloženě chybí? Něco, co by vám pomohlo zlepšit kvalitu práce? Už jste třeba zmínila prostory a vzdělání, kurzy navíc, nebo platové podmínky?

Respondentka: Určitě kurzy navíc. Já si myslím – co my tady máme jako trochu nevýhodu tak je to, že vlastně musíme zajistit, aby kontinuálně ten program fungoval každý den, kromě teda víkendů. Zajišťují to teda ty dva terapeuti, nebo adiktolog – terapeut, a to znamená, že my potom máme poměrně malý pole působení, co se týče nějakýho dovzdělávání. Vlastně jakoby nikam moc nejezdíme. To je jedna věc – ať už to jsou nějaký kurzy, semináře, nebo tak. Takže toho je poměrně málo. Druhá věc, co mi tu ještě chybí, to je stejnej ranek, stejnej problém, tak jsou nějaké stáže, že by člověk třeba vyjel někam na stáž, kouknul se, jak to funguje někde jinde, to mi taky určitě chybí, jo. (odmlka)...Ještě jednou jak zněla otázka?

Tazatelka: Jenom mě zajímalo jestli je něco, co vám při práci s nemocnými chybí a co by mohlo kvalitu vaší práce nějak ovlivnit?

Respondentka: Hm...Ještě co mě napadá, tak ono hodně často mám pocit, že je to takový... jak to říct...takový jako molo. Že vlastně pacient do něj nastoupí, pak jako projede, projede a najednou končí a vystupuje. Mnohdy mi tam chybí navázání nějakýho osobního vztahu. V některých skupinách, který jsou jakoby hodně vedený psychoterapeuticky, tak tam se ten vztah naváže, ale to je jenom pro některý pacienty. Pro lidi, kteří jsou schopni zvládnout psychoterapii a současně jsou tady 3 měsíce. Když jsou tady někteří 6 týdnů nebo 3 měsíce taky ale nejsou schopni zvládnout jakoby ten psychoterapeutický proces, tak do něj nejsou zařazováni a tam já mám pocit, že trošičku tam uniká jakoby taková ta vztahovost. Že si říkám to, co je tam nejpodstatnější s nima, nebo to co já vnímám jako nejpodstatnější s nimi je

nějakej zdravěj lidskej vztah a na základě toho můžou se o něj do budoucna odrazit. Můžou s tím tak nějak pracovat. Takže někdy mám pocit, že to je prostě tak jako hrozně.. hrozně tak jako ten pacient rychle projde tím režimem nebo tím oddělení, že vlastně nestihne udělat tenhle vztah, no. To mi přijde jako nedostatek občas.

Tazatelka: A co by se tím přesně zlepšilo, tím, co jste říkala. Jaký by to mělo přímý dopad na tu práci?

Respondentka: Dokážu si představit, že by – ať už je to v přímé práci s klienty nebo pacienty, že můžete volit – když je tam nějaké vzdělávání - tak můžete volit nějaký jako jiný metody práce s nima, který budou vždycky zacílený podle potřeby té cílové skupiny, podle potřeby toho konkrétního pacienta. Takže tam to vnímám takhle co se týče stáží, dokážu si představit, že by nám to nějakým způsobem pomohlo líp jakoby nastavovat ten program tady na oddělení, jo. Aby ten program pro ty pacienty byl co nejefektivnější v tu chvíli. No a co se týče té vztahové roviny, já si myslím, že je to něco, co ti pacienti často ani nepoznají. Dokážu si představit, že je to něco, co můžou zažívat možná kolikrát i nově. Ve smyslu, že to může bejt nějakej zdravěj vztah, nemusí to jakoby bejt nějakej závislostní vztah, který mívaj, nebo kterým si procházej. Nebo není to jakoby nějakej násilnej vztah, nebo forma násilí. Že to může bejt jako zajímavá rovina, anebo zajímavá možnost poznat normální vztah kdy jsou jako respektovány ty jejich potřeby, jejich přání.

Tazatelka: Máte pocit, že s tím má víc pacientů problém? Že vlastně takhle mají problém třeba navazovat vztahy? Přimo u těch závislých teda?

Respondentka: (přemýšlí)... Já jako myslím, že umí navazovat vztahy jo, já jenom přemejšlim o kvalitě. Protože jsou to kolikrát vztahy intoxikovaný nějakým způsobem, třeba i vztahy s uživateli, ať už alkoholu, nebo drog, nebo samotnými dealery, jo, že vlastně ty takový ty zdravý vztahy, ty normální to tam většinou není. Hodně často tam i ty rodiny jsou nějakým způsobem jako

deformovaný, nebo ty vztahy v rodinách jsou nějak deformovaný, že třeba v tom dětství prošli jakoby komplikovanějšími vztahy s rodiči, takže jako pro ně ten zdravý vztah může být nějak zajímavější, hodnotnější, no.

Tazatelka: Já bych teď přesunula k té sociální práci. Jste adiktoložka, tak by mě zajímalo, jestli podle vás z pozice adiktoložky, jakou roli v procesu nějaké úzdravy nebo sociální rehabilitace hraje sociální pracovník?

Respondentka: Já to vnímám jako velice důležitou roli, eh... Nebo minimálně u nás na oddělení. Je tam spousta pacientů, kteří mají problémy s bydlením, mají potíže s prací, mají potíže s dávkami, mají potíže s doklady, taková ta standardní jejich sociální situace není úplně jako dobře řešená a spousta z nich není schopná si tuhle situaci jakoby vyřešit sama. Nebo potřebují nějakou formu pomoci, nějakou formu podpory, tak tam potřebují. Takže v tu chvíli vnímám jako důležitou roli právě sociálního pracovníka.

Tazatelka: A jak ta vaše spolupráce se sociálním pracovníkem vypadá? Komunikujete nějak v rámci multidisciplinárního týmu, nebo je to spíše okrajový pracovník?

Respondentka: No, tady je jakoby jedna velká nevýhoda, která je, tak my máme jednoho sociálního pracovníka nebo sociální pracovníci pro tři oddělení. Takže to si myslím, že je takové jako základní nedostatek, kterej tady v tuhle chvíli máme. Té práce, kterou ta sociální pracovníce má je poměrně hodně. A ona se neúčastní těch našich porad týmových, na druhou stranu nemám pocit, že bychom to nějak nevykomunikovali, jo. Že ta sociální pracovníce se vlastně každý den objevuje na oddělení, každý den tak jako neformálně ... nebo neformálně... je to asi jako neformálně, není pro to nějaký formální prostor jo. Ale tak jako neformálně prohodíme nějakou jakoby zpětnou vazbu, kterou nám poskytuje o těch pacientech. Kde se pohybují, v jakém prostoru jsou nebo co se tam podařilo nebo nepodařilo. A pacienti mají možnost se k ní každý den jakoby nahlásit – každý všední den. Takže už je to necháváno

jakoby na nich, jsou k tomu motivováni, jo, ať už v těch individuálních, tak už v těch skupinových pohovorech. Když už na něco narazíme, tak máme možnost tu naši sociální pracovníci buď přímo telefonicky zkontaktovat, přímo to s ní nějak zkonzultovat, anebo ty pacienty nějakým způsobem motivujeme k tomu, aby za tou sociální pracovnící si došli. Aby si vyžádali tu konzultaci s ní. A ta už potom možná je. Takže povětšinou to opravdu probíhá tak, že pacient si na ranní komunitě každodenní vyžádá, že s tou sociální pracovnící chce hovořit. Ona když přijde na to oddělení, kam teda každý den chodí, tak ona si ho už vyhledá a proběhne ta konzultace.

Tazatelka: A myslíte si, že ta role sociálního pracovníka, jak jste ji teď popsala je dostatečná nebo adekvátní? Nebo je z vašeho úhlu pohledu něco, co by mělo být jinak?

Respondentka: Já si myslím, že tady trošičku bojujeme právě s tím, co jsem říkala. To je to, že ta sociální pracovnice je pro 3 oddělení, no, což si myslím, že toho času má opravdu poměrně málo a je poměrně hodně vytížená. Někdy co mi jako třeba jakoby schází tak je to takový jako komplexní řešení té sociální situace u toho pacienta. A mnohdy pacient přijde s nějakým fakt jako úsekem, nebo střípkem za tou sociální pracovnící, ale už to není nijak jako komplexně podchycený a nám se to pak znovu objevuje v těch terapiích, to znamená že tam toho pacienta znovu posíláme s těma jednotlivýma střípkama. Ale rozumím tomu, že ona vlastně nemá kapacitu na to, v tuhle chvíli, aby komplexně řešila celou tu problematiku. Že skutečně fakt řeší jenom to, s čím ten pacient v tu chvíli – s tím střípkem se kterým tam dojde a už jakoby nemá kapacitu to řešit nějak komplexně, no.

Tazatelka: Mě vlastně přišlo zajímavý to, že váš kolega říkal, že třeba i věci co se týče nějaké následné péče a tak, že to řešíte vy jako spíše z terapeutického hlediska, že do toho vlastně sociální pracovnice vůbec nezasahuje.

Respondentka: Přesně tak, no.

Tazatelka: Myslíte si, že... Nebo já chápu, že to teď je nad možnosti asi z personálního.... z personálního hlediska, ale myslíte si, že by bylo vhodné, kdyby sociální pracovnice docházela na porady? Nebo byla součástí komunit?

Respondentka: Já si myslím, že komunity ne, ale už jsem zažila i když jsem pracovala na jiném oddělení – taky léčba závislostí ale ženské – že tam sociální pracovnice byla přítomna. A přišlo mi to zajímavý, přišlo mi to takový jako obohacující pohled, protože mnohdy jsme tu situaci fakt jako neznali celo , toho pacienta ze sociální stránky. Takže ona v tu chvíli jako výborně doplňovala takovej celistvej pohled na pacienta.

Tazatelka: A je něco, co byste k čemukoliv, co tady padlo, co byste ráda doplnila nebo vyzdvihla? Nebo něco, co by tady mělo padnout?

Respondentka: Asi ne (směje se).

Tazatelka: Tak to je taky v pořádku (smích). Tak jestli vás nic nenapadá tak já vypnu nahrávání, jestli je to za vás takhle v pořádku.

Konec rozhovoru.

Příloha č. 9: Přepis rozhovoru s respondentkou č. 6

Délka rozhovoru: 19:08

Datum: 24.11.2022

Tazatelka: Mojí první otázkou by bylo, jak dlouho tady v léčebně pracujete, a jak dlouho.

Respondentka: Tak já jsem klinický psycholog a pracuju tady od roku 96.

Tazatelka: Tak teda jste klinická psycholožka a jaké tím pádem máte vzdělání?

Respondentka: Jednooborová psychologie na filozofické fakultě Univerzity Karlovy a potom následně, co se teda týče týhle jenom profese, tak atestaci klinickou.

Tazatelka: A jaká je náplň vaší práce?

Respondentka: Hmm, no, klinický psycholog obecně dělá jednak diagnostiku, a jednak terapii. Takže co se týče diagnostiky, to si dělám vyšetření psychologická, ať už nějaká parciální, co se týče třeba kognice, nebo...to asi nejspíš, anebo pak komplexní vyšetření. Takže klasickou diagnostiku a potom psychoterapii s tím, že v léčebně má ten psycholog – já pracuju na oddělení závislostí, což je režimové oddělení, takže tím je to jakoby hodně daný, že tam je spousta - kromě třeba skupin psychoterapeutických, tak je tam spousta programu ještě mimo a to jsou třeba komunitní setkání, nebo porady týmu, supervizní porady a tak. To je asi gró té práce.

Tazatelka: A jak se ve svém působení tady setkáváte s klienty, kteří mají duální diagnózu?

Respondentka: Tak já pracuju na dvou odděleních, to je oddělení (číslo oddělení) z kterého jsou vlastně kolegové, co jste s nima dneska mluvila, a pak ještě pracuju na ženském oddělení, který je napůl složený z klientek, který jsou psychiatricky nemocný - jenom psychiatricky nemocný a z poloviny je to vlastně jako problematika různých závislostí a většina z nich mají duální

diagnózy. Takže na tom ženském oddělení je to převážně o těch duálních diagnózách, na tom mužském jsou součástí té komunity, těch asi 30 mužů, takže duální diagnózy. No, s tím, že u těch žen je to vlastně asi daleko častější problematika, no. To, jak jsou vlastně rozřazovaný – protože ten primariát se vlastně skládá z oddělení který je psychotherapeutický, otevřený, koedukovaný, a to kde dělám já jsou vlastně uzavřená oddělení, buď mužský nebo ženský a pracujeme tam s těma duálníma diagnózama daleko častěji.

Tazatelka: A jak často jste vlastně s těmi klienty v kontaktu? Předpokládám, že teda asi každý den?

Respondentka: V denním.

Tazatelka: V čem je ta práce s klientem, který právě tu duální diagnózu má specifická?

Respondentka: Duální diagnóza to je takovej pojem, kterej je hodně obsáhlej, to vlastně znamená, že duální diagnóza může znamenat závislost plus třeba kognitivní defekt pacienta, takový tam máme, takže vlastně s takovým klientem se mi vlastně bude pracovat úplně jinak nežli s třeba klientem, který má poruchu osobnosti, těžkou nějakou hraniční, takže to oddělení my to máme právě hodně profilovaný pro práci s duálníma diagnózama, takže ten systém je tomu hodně přizpůsobenej, jo. Takže máme systém takovýho jako...hmm... síta, možná síta asi, kde vlastně ten klient prochází nějakou detoxovou skupinou a pak vlastně podle toho, jestli má nějakou... nějakou... jaký má schopnosti, jaká je zakázka a tak, tak pak s nima pracujeme poměrně individualizovaně byť v rámci skupin...hmm... Snažíme se právě jakoby přišít tu práci tomu klientovi na tělo. Takže s těmi duálními diagnózami se pracuje vlastně v rámci běžnejch programů ale individualizujem, jsou tam vlastně pak ještě další věci, který s nimi děláme, třeba edukace kolem těch duálních diagnóz a tak.

Tazatelka: A je teda něco na co máte pocit, že si musíte dávat větší pozor třeba u tohohle klienta než u někoho, kdo je třeba jen závislý nebo má nějakou psychickou poruchu či nemoc?

Respondentka: Zcela určitě. Bavím se teďka asi hodně o těch poruchách osobnosti, kde to je tak jako specifická problematika. My třeba máme i ochranný léčby, takže když se budeme bavit s klientem který má disociální poruchu osobnosti tak s ním budeme pracovat jinak než s hraničářem, čili, pro nás ta diagnostika je vlastně docela důležitá i když ji neděláme úplně šmahem u všech, že bych jako vyšetřovala, ale takovou jako funkční diagnostiku si děláme a podle toho s tím klientem taky zacházíme, že to je... Když budu vědět, že ten klient je prostě disociál budu s ním zacházet jiným způsobem, když je to hraničář, tak je prostě, že jo křehkej ze svý podstaty a budu u něj asi opatrnější než u člověka, kterej tu duální diagnózu nemá.

Tazatelka: Ještě mě napadá, a tu diagnostiku tý duální diagnózy teda děláte vy, nebo se stává, že sem klient už jde s tím, že ví, že tu duální diagnózu má?

Respondentka: Je to tak. Někdy přijdou už s diagnózou, někdy tady tu diagnózu stanovujeme a někdy si ji stanovujeme pracovní, protože prostě je to i ochrana toho klienta i ochrana nás, abychom věděli jak s tím klientem pracovat, protože byť to jsou ty diagnózy takový škatule kam nacpat toho klientna do něčeho, ale je to ... pro mě je ta diagnóza vždycky nějaký způsob jak chápat tu dynamiku osobnosti toho klienta, takže když vím, že je hraniční, tak vím, že je křehkej a že s ním musím zacházet prostě v některých ohledech jinak, no. Jo, takže někdy přijdou s diagnózou, někdy stanovujem.

Tazatelka: A jakým největším překážkám ve své práci s klienty čelíte?

Respondentka: Hmm...(přemýšlí)

Tazatelka: A možná specificky u klientů, kteří tu duální diagnózu mají.

Respondentka: Hmm... No tak, to vychází z toho, co je to za duální diagnózu. Hmm... třeba u, já nevím narcistního pacienta si budu dávat pozor, prostě

proto... Musím bejt ostražitá, fakt jako musím nějak k tý diagnóze přihlížet, protože vím, že narcistní pacient bude prostě extrémně citlivej na nějaký zranění, přehlížení, urážku, a tak... tak prostě budu muset s ním jednat opatrně v tomhle smyslu, jo...S hraničníma klientama se často dostáváme prostě že jo do konfliktu jakoby, takže je tam potřeba pracovat... no.. takže o tázka zněla?

Tazatelka: Jakým největším překážkám ve své práci čelíte?

Respondentka: Jo...únava, asi ...hmm, no. Určitě nějaký vyhoření, to je něco s čím se potýkáme v týhle profesi asi všichni, hmm....Pak i možná nějakěj stereotyp jako... No, asi tak.

Tazatelka: A je něco, co vám při práci chybí, co by mohlo tu kvalitu vaší práce ovlivnit? Ať už se tedy jedná například o nějakou psychohygienu odborníků tady, lepší plat, nebo někdo zmiňoval i opravdu jako zázemí té léčebny...

Respondentka: Já musím říct, že si opravdu nemůžu stěžovat, že jsem opravdu spokojená v tomhle ohledu, já mám takovou hodně vstřícnou přimárku, ona je náročná, co se týče péče o ty klienty, ale zároveň prostě umí ocenit, když jakoby ta práce funguje. Takže já v podstatě mám, co potřebuju a když mám někde nějakěj problém v tomhle smyslu, tak jsem schopná si to nějak vykomunikovat. Takže když jsem měla nějaký fáze, kdy jsem byla téměř na pokraji nějakýho vyhoření, tak jsme se vždycky nějakým způsobem sešly, pobavily jsme se o tom, jak to teda změnit a zatím se mi to vždycky podařilo. I změnama třeba v pracovní době, že mám jako různý dny, jinak tu pracovní dobu, jo. Takže dá se v tomhle smyslu za mě docela hodně věci vykomunikovat. Peněz není nikdy dost, to je jasný (směje se), takže tahle motivace je určitě dobrá. Teďka s novou paní ředitelkou i se nějak rozběhnul ten systém toho vzdělávání daleko líp, což dřív úplně nebylo, takže prostě pokud chceme, tak ty možnosti tady máme, no, takže tak...Já jsem tady spokojená. Druhá věc je nějaký profesní růst, protože ta práce má prostě svoje

limity, jo, že i tím, že jsou tady – byť já pracuji skupinově s pacientama, ale je to tak, že s nima dělám prostě třeba...v tý skupině je mám 6 týdnů, což je pokud chce člověk udělat nějaký výcvik a chce potom pracovat dynamicky s těma lidma, tak to má limity prostě časový. Takže možná prostě nějak – není to chyba tý organizace, je to prostě v systému a takže... nějaký profesní růst v tomhle smyslu má prostě svý hranice, no.

Tazatelka: No, a kdyby to bylo jinak, kdybyste třeba měla víc času s těmi klienty pracovat, a i kdyby třeba to vzdělání bylo trošičku jinak strukturované a vy měla třeba více možností toho dozdělávání, co přesně by se tím zlepšilo myslíte v té přímé práci s klientem?

Respondentka: To asi nejde jo, tím, že fakt je to jakoby limitovaný časově, tak tady prostě ta léčba je na 3 měsíce z toho 6 týdnů z toho je ten pacient v terapeutický skupině, takže si neumím jako vůbec představit co by se mělo změnit. Z podstaty tý práce je to prostě tak jak to je, no. Jediný možná co, je trošku problém je vyčíženost. Já jsem prostě do nedávna měla 3 oddělení což prostě představuje nějakých 120 lidí a při tomhle množství lidí se fakt jako moc individuálně pracovat nedá, teď je to tak, že mám teda jako 2 oddělení, což je furt jako 60 nebo 70 lidí. Takže možná tak jako, jo. Že ta představa fakt jakoby kdyby na každým oddělení byl psycholog, a měl možnost teda pracovat s těma lidma daleko intenzivněji individuálně, tak možná se tam některý věci daj dělat jinak. To je fakt jako v nedostatku toho personálu, a to si myslím, že tady nějak jako všichni pociťujem. Ale to tak jako bohužel je i v řadách lékařů nebo tak, že fakt jako jsou přetížený.

Tazatelka: A podle vás z pozice paní psycholožky, jakou roli vlastně v celém procesu léčby a především sociální rehabilitace potom má sociální pracovník?

Respondentka: Tak sociální pracovník je členem týmu. Tak jako všichni ostatní, takže ideálně by bylo, aby kdyby když máme porady tam ten sociální pracovník měl čas sedět a prostě s náma ty věci probíral, tak jak jako o každým

klientovi se bavíme. Bohužel ale jak prostě ta naše sociální sestra má 3 oddělení, a fakt jako běhá, tak to úplně možný není. Za nás to tady je tak, že tím, že máme ty terapeuty což na jiných primariátech úplně není, u nás na závislostech je to vyjímka, že fakt jako já mám na každém oddělení vlastně 2 psychoterapeuty, který jako fakt jsou schopni zastat tu práci, která se běžně považuje za sociální, to znamená fakt s těma lidma jako dělat ty plány, jo, nějaký psycho-sociální rehabilitace, jako třeba obvolávat všechny ty zařízení následné péče a tak jo, tak tím ta sociální sestra vlastně je fakt sociální sestra jen pro tu práci jakoby... já nevím, vyřizování hmotný nouze a vlastně já úplně nevím přesně co, to vám asi říkala ona, jo, ale vlastně s nima dělá takovouhle práci. Nebo je nasměruje, jo, ale není to vo tom, že by jako by měla potom čas s nima nějak ty věci dojednávat, čili tím pádem jako ani nemůže bejt součástí toho nejužšího terapeutickýho týmu, jo, což je vždycky lékař - že jo primář, lékař, já a ty dva terapeuti a potom staniční sestra jo. To je takovej užší tým, kterej prostě se s těma lidma zabejvá a zná je, je s nima v dennodenním kontaktu a tak. Ta sestra (sociální) je vlastně součástí toho širšího týmu a ta sociální sestra ale prostě to ani jinak nemůže bejt v tuhle chvíli, jo. Pokud by samozřejmě – a to zase se bavíme o těch počtech těch lidí - pokud by byla prostě jednoho oddělení sestra (sociální) příslušná, tak by asi jako měla čas pak na ty porady chodit a mohla bejt součástí toho týmu, ale tak. Takže sociální sestra je velmi důležitou součástí toho týmu, pro ty pacienty je to takovej jako důležitěj emm... pracovník, možná pro ty naše pacienty jeden z těch nejdůležitějších v tom smyslu, že jako příjdou z ulice a jsou jakoby těžce rozbitý sociálně, tak ona jim pomáhá jakoby s nějakajma hmotnejma nouzema a těmahle věcma. Takže jakoby hodně důležitá pro klienty, pro nás taky, ale říkám jako jo, spíš je součástí toho širšího týmu.

Tazatelka: Hmm...takže spíš, než obecně aby řešila sociální věci, tak spíš řeší takový, jako finanční zajištění?

Respondentka: Hmm...ano.

Tazatelka: A myslíte si, že vlastně ta spolupráce s tím sociálním pracovníkem, jak jste ji teď popsala i ta jeho role v tom týmu je vlastně jako adekvátní? Víím, že už jste narážela na ty personální nedostatky...

Respondentka: Tak jak my to máme, s tím, že tady opravdu na tu sociální práci máme jakoby ty terapeuty, tak si myslím, že je to jakoby takhle rozdělený asi adekvátně, jo. Pokud by nebyli ti terapeuti tak jsme potom v naprosto jiný situaci a sociální pracovník by byl jako enormně přetížený protože by musel řešit spoustu dalších věcí, na který prostě nemá čas ani klinické psycholog ani lékař, takže tím i se tady vlastně doplňuje ta sociální práce pomocí těch terapeutů, jo. Kteří vlastně jsou takový ti lidi, který přesahují jo. Jsou schopni udělat kus tý sociální práce a zároveň prostě kus tý terapeutický práce, takže oni tak jako přemostují ty dva světy.

Tazatelka: hmm... já teď přemýšlím. (odmlka). No a je něco co byste ráda v ohledu na to co jsme tady říkaly doplnit? Nebo něco, co tady ještě nepadlo vůbec?

Respondentka: Noo, že naše sociální sestra je moc šikovná (smích). Je fajn, i jako dobře se s ní spolupracuje, to zas musím říct, že jak má tý práce spoustu, nebo máme tak je schopná jo...rychle řešit. Tím, jak jsem jako na 2 odděleních, tak zase vidím rozdíly i v těch lidech jako jo, že třeba prostě jako jsou lidi, který jsou víc jako aktivní (smích) a lidi který to úplně neprožívají tu práci. Takže jako tak. Díky Bohu za sestru, která fakt je schopná i s těma pacientama vejít do nějakýho lidskýho kontaktu. To je fajn no.

Tazatelka: Tak já vám moc děkuju. Jestli je to za vás všechno tak já pozastavím nahrávání.

Konec rozhovoru.