Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Mgr. Lenka Hašková

Adiktologická péče o klienty s duální diagnózou v Centrech duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním

Addiction care for clients with dual disorders in Mental health centers for persons with severe chronic mental illness

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

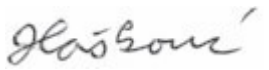
Praha, 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 26. 4. 2024



Mgr. Lenka Hašková

Identifikační záznam:

HAŠKOVÁ, Lenka. *Adiktologická péče o klienty s duální diagnózou v Centrech duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním. [Addiction care for clients with dual disorders in Mental health centers for persons with severe chronic mental illness].* Praha, 2024. 51 s., 0 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Vacek, Jaroslav.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu doktorovi Vackovi za vedení a velkou podporu při psaní bakalářské práce.

Dále děkuji všem respondentům, za jejich čas, zájem a upřímnost.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat také svým přátelům za trpělivost a oporu.

ABSTRAKT:

Východiska: Dle standardů služeb Center duševního zdraví (CDZ) je jejich funkcí integrovaná péče o osoby duální diagnózou (MZČR, 2021).

Cíle: Cílem práce je popsat a porozumět, jak a kým je ve vybraných CDZ poskytována klientům adiktologická péče.

Metody: V praktické části práce jsou metodou tematické analýzy zpracovány polostrukturované rozhovory s pracovníky z 15 (52 %) různých CDZ, kteří se podílejí na péči o klienty s duální diagnózou v adiktologické oblasti.

Hlavní výsledky: Respondenti z 87 % zkoumaných CDZ měli nějakou teoretickou či praktickou průpravu v adiktologické oblasti. Ve 40 % zkoumaných CDZ pracovali adiktologové, všichni na pozici sociálního pracovníka. Ti v CDZ plní roli specialistů na práci s lidmi s duální diagnózou. Většina CDZ kombinuje různé modely léčby. Model sukcesivní léčby aplikují, když je klient indikován na pobytovou adiktologickou léčbu. Hojně používají model paralelní léčby. Je-li to nutné, integrují do poskytované péče prvky adiktologické léčby. Pouze v jednom zkoumaném CDZ probíhají skupiny pro klienty s duální diagnózou.

Závěr a doporučení: Různorodá průprava členů týmů CDZ v adiktologické oblasti se jeví jako nesystematická a často nedostatečná. Existují CDZ, kde nemají žádného pracovníka se vzděláním či praxí v oblasti léčby závislostí. Adiktolog by byl vhodným odborníkem pro poskytování konzultační podpory pro tým a pro zapojení se do tvorby a naplňování individuálních plánů klientů. Navíc by mohl přispět k zaškolování členů týmů v adiktologické problematice.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Adiktolog, Centrum duševního zdraví (CDZ), duální diagnóza, závislost, integrovaná léčba

ABSTRACT:

Background: According to the standards of the Mental Health Center services, their function is integrated care for persons with a dual diagnosis (MZČR, 2021).

Objectives: The goal of the work is to describe and understand how and by whom care is provided to clients in the field of addiction in selected centers.

Methods: The practical part of the work consists of semi-structured interviews with workers from 15 (52%) different centers involved in the care of clients with a dual diagnosis in the field of addiction, processed using the method of thematic analysis.

Main results: Respondents from 87% of the examined centers had some theoretical or practical training in the field of addiction. Addictologists worked in 40% of the examined centers, all of them in the position of social worker. Those in the center fulfill the role of specialists in working with people with a dual diagnosis. Most centers combine different treatment models. If the client is indicated for residential addiction treatment, they apply the model of successive treatment. They widely use the parallel treatment model. If necessary, they integrate elements of addiction treatment into the care provided. Groups for clients with a dual diagnosis are held in only one investigated center.

Conclusion and recommendations: The diverse training of team members in the addiction field appears to be unsystematic and often insufficient. There are centers where they have no staff with education or experience in the field of addiction treatment. An addiction specialist would be a suitable expert to provide consultation support for the team and to be involved in the creation and implementation of individual client plans. In addition, he could contribute to the training of team members in addiction issues.

KEY WORDS:

Addictologist, Mental Health Center, dual disorders, addiction, integrated treatment (IDDT)

OBSAH

1. Úvod 9
2. Teoretická část 10
2.1. Centrum duševního zdraví pro osoby s vážným duševním onemocnění (CDZ) 10
2.1.2. Reforma psychiatrické péče v ČR 11
2.1.3. Síť nových služeb pro lidi s duševním onemocněním 12
2.2. Duální diagnóza 16
2.2.1. Definice duální diagnózy 16
2.2.2. Etiologie 17
2.2.3. Prevalence duálních diagnóz 17
2.2.4. Komorbidity 18
2.2.5. Intervence v léčbě osob s duálních diagnózou 19
2.2.6. Modely léčby osob s duální diagnózou 19
2.2.7. Současný stav v léčbě duálních diagnóz 21
3. Praktická část 23
3.1. Stanovení cíle 23
3.2. Formulace výzkumných otázek 23
3.3. Výzkumný soubor 23
3.4. Metody tvorby dat 24
3.5. Metody vyhodnocení a interpretace dat 25
3.7. Etika 26
4. Výsledky výzkumu 27
4.1. Charakteristiky klientů CDZ s duální diagnózou 27
4.1.1. Neadiktologiké duševní onemocnění klientů CDZ s duální diagnózou 27
4.1.2. Návykové látky užívané klienty CDZ s duální diagnózou 27
4.1.3. Důvod užívání návykových látek klienty CDZ s duální diagnózou 28
4.1.4. Vstup klientů s duální diagnózou do péče CDZ 28
4.1.5. První zakázky klientů s duální diagnózou v CDZ 29
4.2. Vzdělání a praxe v oblasti léčby závislostí vybraných pracovníků CDZ 30
4.2.1. Vzdělání v oblasti léčby závislostí vybraných pracovníků CDZ 30
4.2.2. Praxe v oblasti léčby závislostí vybraných pracovníků CDZ 31
4.2.3. Respondenti bez teoretické a praktické průpravy v oblasti léčby závislostí 31

4.3. Pracovní pozice a role v péči o klienty s duální diagnózou adiktologů v CDZ 32
4.3.1. Pracovní pozice zastávaná adiktology ve vybraných CDZ 32
4.3.2. Role adiktologů v péči o klienty s duální diagnózou ve vybraných CDZ 33
4.3.3. Zájem a obavy respondentů z přítomnosti adiktologa v týmu CDZ 33
4.4. Prvky sukcesivního, paralelního či integrovaného modelu léčby 34
4.4.1. Sukcesivní model léčby klientů CDZ s duální diagnózou 34
4.4.2. Paralelní model léčby klientů CDZ s duální diagnózou 35
4.4.3. Integrovaný model léčby klientů CDZ s duální diagnózou 35
4.5. Skupiny pro klienty s duální diagnózou v CDZ 37
4.5.1. Překážky v realizaci skupin pro klienty s duální diagnózou v CDZ 37
4.5.2. CDZ provozující skupiny pro klienty s duální diagnózou 38
4.5.3. Zájem CDZ o skupiny pro klienty s duální diagnózou 39
4.6. Shrnutí výsledků 39
6. Diskuse a závěr 43
7. Použitá literatura 47

ZKRATKY

CDZ	Centra duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním
ČR	Česká republika
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

1. ÚVOD

Podnětem pro tento výzkum byly změny ve standardech služeb Center duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (CDZ) z roku 2021, které přidaly mezi funkce center integrovanou péči o osoby s duální diagnózou. V personálních kritériích center není mezi kmenovými zaměstnanci požadován adiktolog (MZČR, 2021). Dle kritérií kvality CDZ se mají alespoň dva členové týmu orientovat v adiktologické problematice (specializovaný kurz, vzdělání či praxe v adiktologické oblasti). Pokud CDZ takového pracovníka nemá, může paralelně spolupracovat s vhodnou adiktologickou službou (MPSV ČR, 2021).

Tato práce navazuje na předvýzkum u roku 2022, který ukázal, že v 81 % CDZ se trpělo více než 10 % klientů duální diagnózou. Většina (cca 90 %) CDZ neměla ve svém týmu adiktologa ani lékaře specializovaného v oboru návykových nemocí a přibližně pětina CDZ neměla ve svém týmu ani žádného pracovníka zaškoleného nebo s praxí v adiktologické oblasti. Adiktologa zaměstnávala tři CDZ. Musela ho však vést jako sociálního pracovníka. Podle množství práce (bez zohlednění organizační a finanční stránky věci) by 85 % CDZ považovalo adiktologa za prospěšného pro svůj tým. Přibližně v polovině CDZ by adiktolog nalezl uplatnění na plný úvazek (Hašková & Mravčík, 2022).

Zjištěné údaje evokovaly otázku, jak je v CDZ poskytována adiktologická péče klientům s duální diagnózou a pracovníci s jakým vzděláním či praxí v adiktologické oblasti ji zajišťují.

Rozhodla jsem se pro kvalitativní metodu výzkumu. Cílem výzkumu bylo popsat a porozumět, jak je ve vybraných CDZ poskytována adiktologická péče klientům s duální diagnózou a pracovníci s jakým vzděláním či pracovní zkušeností v oblasti léčby závislostí ji zajišťují.

Výzkumným souborem byli pracovníci CDZ poskytující klientům s duální diagnózou péči v adiktologické oblasti. Výběr byl víceúrovňový. Pro spolupráci bylo osloveno všech 29 existujících CDZ, data byla získána z 15 CDZ. Pracovníky do výzkumu nominovali vedoucí týmu CDZ. K získávání dat bylo použito polostrukturované interview, při němž pracovníci dle předem dané struktury popisovali péči o typického klienta s duální diagnózou a zodpovídali doplňující otázky. Audio záznamy rozhovorů byly přepsány. Přepsané rozhovory byly analyzovány metodou tematické analýzy.

Očekávaným přínosem výzkumu je poskytnutí částečného vhledu do rozvíjející se péče o klienty s duální diagnózou v CDZ, jejího personálního zajištění a do způsobů spolupráce CDZ s adiktologickými službami. Zjištěné informace by zároveň mohly být inspirací pro týmy CDZ.

2. TEORETICKÁ ČÁST

Výzkumným problémem této práce je adiktologická péče (ve smyslu péče v oblasti poruch spojených s užíváním psychoaktivních látek) o klienty s duální diagnózou v CDZ. Představím proto nejprve služby CDZ. Druhý oddíl teoretické části se bude věnovat duálním diagnózám, a to se zaměřením na cílovou skupinu CDZ.

2.1. Centrum duševního zdraví pro osoby s vážným duševním onemocnění (CDZ)

Pro lepší pochopení filozofie služby CDZ považuji za důležité představit ji v kontextu reformy psychiatrické péče.

2.1.1. Reforma psychiatrické péče ve světě

Od poloviny 20. století se ve světě objevují snahy přenést péči o lidi s duševní onemocnění z psychiatrických nemocnic do přirozeného prostředí (Střelec, 2021). V USA sílí tzv. „deinstitucionální“ hnutí, které vyjadřuje odpor zejména k velkým psychiatrickým ústavům a nemocnicím. Objev antipsychotických léků umožnil pacientům vést život v méně restriktivních podmínkách. Výzkumy sociologa Erwina Goffmana přispěly k porozumění sociálním aspektům duševní nemoci a stigmatu z ní plynoucího. Politici se zabývali nákladností psychiatrické nemocniční péče a hledali levnější řešení (Libra, 2015). Představitelé antipsychiatrického hnutí upozorňovali, že některé duševní nemoci jsou důsledkem sociální patologie, varovali před nepřiměřeným užívání psychofarmak či elektroléčby, odmítali nedobrovolné hospitalizace a vyzdvihovali psychologické metody (Přikryl, 2010). V 80-tých letech začala tzv. éra psychiatrické rehabilitace, kdy byl kladen důraz na pomoc lidem s vážným duševním onemocněním zvýšit jejich fungování natolik, aby byli schopni úspěšně a spokojeně žít v prostředí, které si sami vyberou, a to s minimální potřebou další profesionální pomoci (Libra, 2015).

V současné době ve vyspělých zemí péče o duševně nemocné vychází z principu recovery neboli zotavení. Podle něho „nemocný nemusí být v plné sociální a klinické remisi a přesto, i díky fungující podpoře přirozených zdrojů či rehabilitačních služeb, může být zotavený, tedy žít relativně spokojený a naplněný život v prostředí podle své volby.“ (Hejzlar et al., 2010). Dominantním přístupem je case management, kdy je posuzováno fungování pacienta/klienta v celém spektru oblastí zdraví podle bio-psycho-sociálního modelu. Péče se zaměřuje i na osobní a rodinné vztahy, bydlení, finance, vzdělání, práci, volný čas aj. Nástrojem je intenzivní a proaktivní vztah s klientem (Libra, 2015). Péče má být komplexní, se zajištěnou následností a důrazem na individuální potřeby klienta (Stuchlík, 2001). Snahou je využívat podpory komunity tak, aby lidé s dušením onemocněním mohli co nejvíce žít v podmínkách odpovídajícím běžnému životu (Pfeiffer, 2004).

2.1.2. Reforma psychiatrické péče v ČR

Na našem území byl od roku 1948 systém psychiatrické péče ovlivněn Sovětským svazem, kdy byla preferována institucionální péče v psychiatrický nemocnicích a ústavech. V 90-tých letech nastává rozmach neziskových organizací a psychologických a psychoterapeutických služeb (Střelec, 2021). Snahy o zakládání multidisciplinárních týmů naráželi na rozdílné financování zdravotního a sociálního sektoru (Hejzlar et al., 2010). Systém psychiatrické péče byl ještě na počátku 21. století oproti zemím Evropské Unie pozadu (Stuchlík & Říčan, 2018). Pro potřeby vytvoření Strategie reformy psychiatrické péče (MZČR, 2013) byly identifikovány nedostatky ve financování a dostupnosti psychiatrické péče, malém počtu zařízení komunitní péče, nerovnoměrném rozmístění ambulancí, zastaralosti lůžkových zařízení, zatížení psychiatrie stigmatem a další.

Dne 7. 10. 2013 Ministerstvo zdravotnictví ČR schválilo Strategii reformy psychiatrické péče 2013-2023, ve které jsou popsány nedostatky stávajícího systému psychiatrické péče, vytyčeny cíle reformy a strategie k jejich dosažení. Realizace projektů začala v roce 2017 (MZČR, 2019b). Proces reformy výrazně podpořilo financování z evropských fondů (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Globálním cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním. Dále bylo vytyčeno 7 strategických cílů:

1. Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
2. Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
3. Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
4. Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti.
5. Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
6. Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
7. Humanizovat psychiatrickou péči (MZČR, 2013, s. 30).

Reforma usiluje o psychiatrickou péči, která bude systematická a koordinovaná. Poskytovatelé péče mají mít jasnou regionální odpovědnosti. Pacientům/klientů má být zároveň zachována možnost volby a zajištěn dostatečný výběr služeb. Síť služeb by měla být vzájemně propojená a zajišťovat kontinuitu péče. Má být uplatňován multidisciplinární přístup na třech úrovních, tzn. koordinace a spolupráce různých profesí v jednom týmu, napříč jednotlivými službami a v rámci komunity. Péče by se měla zaměřovat na zotavení (recovery) pacientů/klientů a usilovat o jejich maximální inkluzi do společnosti. Do rozhodování, léčby, pomoci a podpory by měli být plnohodnotně zapojování pacienti/klienti i jejich rodiny a blízcí. Důraz je kladen na plný respekt k právům pacientů/klientů. Pro

zajištění adekvátní péče lidem, kteří ji potřebují, ale sami nevyhledávají, mám být uplatňován asertivní přístup, tzn. proaktivní, avšak nemanipulativní a ohleduplný (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Je nutné zlepšit financování a mezirezortní spolupráci, především Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva tělovýchovy a Ministerstva vnitra (MZČR, 2013).

Transformace je dlouhodobý proces. Kancléř Světové zdravotnické organizace ocenil v roce 2022 Českou republiku, že se jí jako jedné z mála zemí ze střední a východní Evropy podařilo zavést reformu na vládní úrovni. Dle jeho slov je reforma psychiatrické péče v ČR na dobré cestě. Cíle reformy postupně naplňují projekty Destigmatizace, Nové služby, Multidisciplinarita a Deinstitucionalizace. Například v rámci projetu Nové služby vzniklo 30 CDZ a 16 multidisciplinárních týmů (MZČR, 2022b).

Strategie a cíle reformy pro následující období jsou zformulovány v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020-2030. Ten stanovuje 5 hlavních strategických cílů:

1. Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.
2. Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.
3. Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.
4. Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.
5. Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví (MZČR, 2020d, s. 21).

V rámci reformy mají vznikat další CDZ a ambulance s rozšířenou působností. Má se zvýšit počet akutních lůžek a snížit počet lůžek následné péče. Je třeba budovat návaznou síť služeb v komunitě a služby chráněného bydlení. Měla by se rozvinout péče o děti s duševním onemocnění. Plánuje se rozšíření služeb psychologů a psychoterapeutů. Je třeba zkvalitnit péči o osoby s duální diagnózou či s nařízenou ochrannou léčbou (MZČR, 2020a).

2.1.3. Síť nových služeb pro lidi s duševním onemocněním

Síť nových služeb pro lidi s duševním onemocněním zahrnuje centra duševního zdraví, multidisciplinární týmy a ambulance s rozšířenou péčí. V současné době v ČR působí 29 center duševního zdraví pro osoby s vážným duševním onemocnění, tři centra duševního zdraví pro děti a adolescenty, tři adiktologické multidisciplinární týmy, jeden multidisciplinární tým pro seniory, dva forenzní multidisciplinární týmy, 5 psychiatrických

ambulancí s rozšířenou péčí a tři ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (MZČR, 2023).

Všechny tyto zařízení poskytují zdravotní a sociální služby. Zajišťují péči pro definovanou cílovou skupinu na určitém spádovém území. Jejich hlavním cílem je prevence či zkracování hospitalizací a včasný záchyt duševních onemocnění. Poskytují preventivní, léčebnou a rehabilitační péči. Sledují maximální klinické a sociální zotavení dle principu recovery. Napomáhají reintegraci klientům do běžné komunity. Snaží se o stabilizaci klientů v oblasti bydlení a zaměstnání. Pokouší se snižovat zátěž rodiny a blízkých osob, např. formou konzultací, edukací a psychologickou podporou. Jejich služby jsou flexibilní, individualizované a z velké části probíhat v přirozeném prostředí klientů. Jejich týmy jsou multidisciplinární. Pracují metodou case managementu v modelu flexibilní asertivní komunitní léčby, který je kombinací individuálního case managementu u stabilizovaných klientů a týmové spolupráce u klientů v krizi (MZČR, 2020d).

2.1.3.1. Centrum duševního zdraví (CDZ)

Centra duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (CDZ) vznikají v rámci reformy psychiatrické péče. Prvních centra vznikla v červenci roku 2018 (Říčan et al., 2021). Do roku 2030 by jich mělo existovat celkem 100. (MZČR, 2020d).

Cílovou skupinou CDZ jsou lidé s vážným duševním onemocněním ze spektra psychotických, afektivních a obsedantně-nutkavých poruchy a poruchy osobnosti, osoby s potřebou včasné intervence a lidé v krizových situacích (akutní psychické obtíže nevyžadující hospitalizaci). Výjimku tvoří případy osob s akutní intoxikací (MZČR, 2022a).

Podle analytické zprávy o Dostupnosti péče v CDZ vypracované v rámci projektu „Datová a analytická základna moderního systému péče o duševní zdraví v ČR“, který realizuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, z analýzy dat CDZ z prvních cca dvou let jejich činnosti vyplývá, že v praxi nejčastěji pečují o pacienty s diagnózami okruhy F2 (Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy) a F3 (Afektivní poruchy) (Melicharová et al., 2021).

Podle Standardů služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví, vydaných Ministerstvem zdravotnictví ČR (2021) je doporučeno, aby zařízení CDZ bylo umístěno v běžné občanské zástavbě v tzv. "mimonemocničním" prostředí. Služby CDZ probíhají ambulantně i v terénu. Pracovníci CDZ navštěvují instituce, kde jsou osoby aktuálně umístěny, za účelem jejich přípravy na propuštění. Asertivně vyhledávají a opakovaně kontaktují nemocné, kteří vypadli ze systému zdravotních a sociálních služeb. Centra mají krizové telefonní linky s možností mobilního výjezdu dostupné 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Členy multidisciplinárních týmů jsou mimo jiných psychiatři, psychologové, všeobecné sestry, sestry pro péči v psychiatrii, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a peer konzultanti. Centra mají spolupracovat se zdravotními a sociálními službami, a subjekty zajišťujícími zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volný čas a další.

V roce 2021 do Standardů služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví mezi cíle přibyla integrovaná péče osoby s duální diagnózou. V personálních kritériích CDZ mezi kmenovými zaměstnanci není požadován adiktolog (MZČR, 2021). Dle kritérií kvality CDZ se mají alespoň dva členové týmu orientovat v adiktologické problematice (specializovaný kurz, vzdělání či praxe v adiktologické oblasti). Ti mají poskytovat konzultační podporu pro tým v rámci porad a intervizí a zapojovat se spolu s case managerem do tvorby a naplňování individuálních plánů konkrétních klientů. Pokud CDZ takového pracovníka nemá, může paralelně spolupracovat s vhodnou adiktologickou službou. „Ideálně by ale měl být součástí CDZ týmu a zároveň všichni členové týmu by měli mít v této oblasti alespoň základní znalosti a dovednosti“ (MPSV ČR, 2021, s. 19).

Odhlédneme-li od skutečnosti, že adiktolog není ve standardech CDZ uveden mezi pracovníky (MZČR, 2021) a zdravotní pojišťovny nehradí centrům adiktologické výkony, můžeme se zamyslet nad jeho možným přínosem pro tým CDZ. Dle seznamu a definic výkonů adiktologických odborný služeb (Šalomoun & Roubalová, 2020) může adiktolog týmu CDZ při péči o klienta s duální diagnózou přispět následujícími kompetencemi:

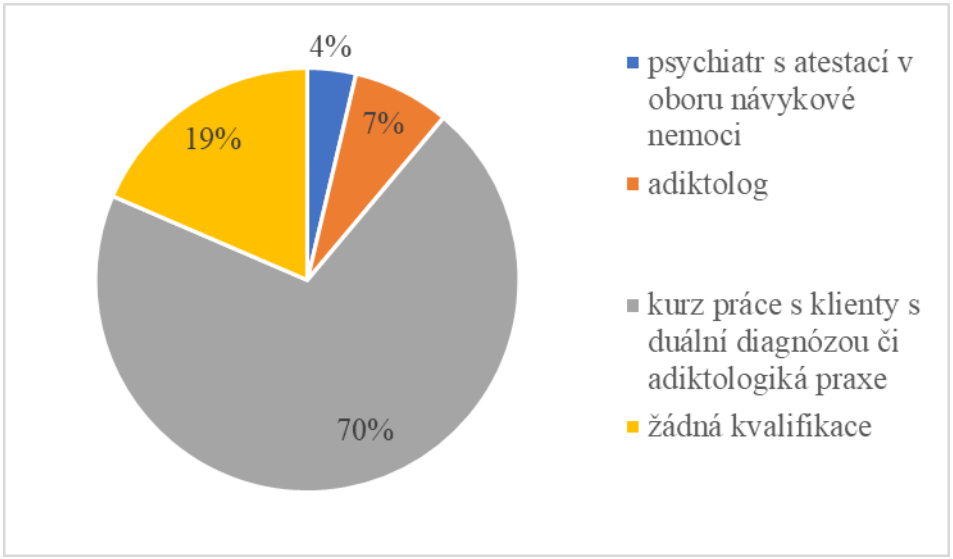
- Poskytuje preventivní, léčebnou a rehabilitační péči v oboru adiktologie.
- Provádí komplexní adiktologickou diagnostiku a na základě ní formuluje individuální léčebné plány.
- Koordinuje realizaci komplexního léčebného plánu pro závislosti.
- Zabývá se také výchovou a poradenstvím v oblastech zdravého životního stylu a snižování rizik spojených s užíváním návykových látek
- Instruuje zdravotnické pracovníky v oblasti péče o osoby ohrožené zdravotně škodlivými návyky a škodlivostí užívání návykových látek (školení a vzdělávání členů týmu v adiktologické oblasti, poskytování informací a osvěty o rizicích a managementu závislostí)

Adiktolog přináší specifické odborné kompetence a znalosti, které by mohly být unikátní a přínosné pro tým CDZ. Jeho specializace a odborné dovednosti v oblasti závislostí mohou vytvořit komplementární přínos k již existujícím profesím v týmu a posílit poskytování specializované péče lidem s duální diagnózou. Jeho role by spočívala v poskytování terapeutických intervencí specifických pro léčbu závislostí a v koordinaci péče s ostatními profesionály pracujícími v CDZ, aby se pacientům dostalo úplné a vhodné péče na základě jejich potřeb. Dále by poskytoval konzultační podporu pro tým v rámci porad a intervizí a zapojoval by se spolu s case managery do tvorby a naplňování individuálních plánů konkrétních klientů. V neposlední řadě by mohl školit a vzdělávat členy týmu v adiktologické oblasti. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

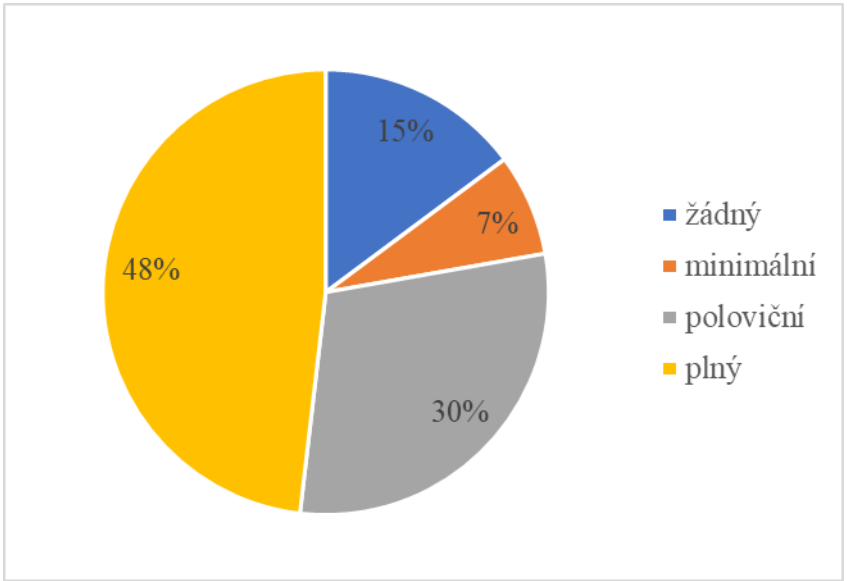
Z průzkumu, realizovaného začátkem roku 2022, vyplynulo, že většina (cca 90 %) CDZ neměla ve svém týmu adiktologa ani lékaře specializovaného v oboru návykových nemocí a přibližně pětina CDZ nemá ve svém týmu ani žádného pracovníka s výcvikem nebo se zkušeností s prací s osobami se syndromem závislosti. Adiktologa zaměstnávala tři CDZ. Musela ho však vést jako sociálního pracovníka. Vedoucí pracovníci z 85 % CDZ uvedli, že by adiktologa považovali za prospěšného pro svůj tým (bez zohlednění

organizační a finanční stránky věci). Přibližně v polovině CDZ by adiktolog nalezl uplatnění na plný úvazek. Výzkumným souborem byla všechna CDZ. Data se podařilo získat z 90 % CDZ. Sběr dat byl realizován metodou telefonických polostrukturovaných interview s vedoucími pracovníky center ve dnech od 28. 1. 2022 do 2. 2. 2022 (Hašková & Mravčík, 2022). Data byla zpracována pomocí deskriptivní statistických metod (viz Graf 1 a Graf 2).

Graf 1: *CDZ podle přítomnosti zaměstnance s nejvyšším vzděláním či předchozí praxí v oblasti návykových nemocí* (upraveno z Hašková & Mravčík, 2022).



Graf 2: *CDZ podle velikosti úvazku adiktologa, kterou by vedoucí týmů považovali za prospěšnou* (upraveno z Hašková & Mravčík, 2022)



2.1.3.2. Multidisciplinární týmy

Dalším typem služby, vznikající v rámci reformy, jsou multidisciplinární týmy. Momentálně existuje jeden pro seniory, dva pro pacienty s nařízenou ochrannou léčbou a tři pro adiktologické klienty (MZČR, 2023).

Důležitými cíli multidisciplinárních týmů jsou, vedle výše uvedeného, záchyt a diagnostika duševních poruch, jejich odlišení od nepsychiatrické problematiky a pomoc pacientům a jejich blízkým v krizových situacích. (MZČR, 2019b).

Příkladem jsou forenzní multidisciplinární týmy, jejichž cílovou skupinou jsou dospělí s duševním onemocněním, kteří vykonávají ochranné léčení nebo představují významné riziko pro společnost. Jedním z jejich základních úkolů je hodnocení rizika násilného jednání, tzv. risk assessment. Přebíráním obtížně zvladatelných pacientů do péče mají odlehčit běžným psychiatrickým ambulancím. Poskytováním individualizované léčby podporují uzdravení a pomáhají pacientům k opětovnému začlenění do běžného života a zároveň zajišťují efektivnější ochranu společnosti. Úzce spolupracují se soudy, Probační a mediační službou a Policií ČR (MZČR, 2020c).

3.1.3.3. Ambulance s rozšířenou působností

V rámci reformy dále vzniklo 8 ambulancí s rozšířenou péčí (MZČR, 2023). Jedná se o ambulantní službu s rozšířeným spektrem péče (služby psychiatra, psychiatrické sestry, psychoterapeuta atd.) a úzkou spoluprací s primární péčí. Představují mezičlánkem mezi ambulantní a lůžkovou (akutní i specializovanou) péčí. Jejich funkcemi jsou prevence a zkracování hospitalizací a pomoc k reintegraci osob s duševním onemocněním do komunity, čehož mohou dosahovat díky zvýšenému podílu služeb prováděných nelékařskými profesemi a týmové práci. Důležitým aspektem je úzká spolupráce s praktickými lékaři (MZČR, 2020d).

Psychiatrických ambulancí s rozšířenou péčí, určených pro osoby s duševním onemocněním v celém diagnostickém spektru dle MKN 10, je v současné době pět. Zbylé tři ambulance s rozšířenou péčí jsou určeny adiktologickým pacientům (MZČR, 2019a).

2.2. Duální diagnóza

2.2.1. Definice duální diagnózy

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje komorbiditu nebo duální diagnózu jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince“ (WHO, 1994).

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) vymezuje „komorbiditu / duální diagnózu“ jako dočasný souběžný výskyt dvou nebo více psychiatrických poruch definovaných Mezinárodní klasifikací nemocí, z nichž jednou je

problematické užívání návykových látek“ (Fridell & Nilson, 2004). Tato definice připouští i výskyt více než jedné psychiatrické neadiktologické poruchy.

Pojem komorbidita může být chápán jako „označení případů, kdy pacient dostane jak psychiatrickou, tak obecnou lékařskou diagnózu“ (Maj, 2005). Jednoznačnější je termín duální diagnóza opsat jako „komorbiditu aditologických a duševních poruch“ (Torrens et al., 2017).

2.2.2. Etiologie

Existují důkazy o souvislosti mezi některými duševními a adiktologickými poruchami. (Kalina & Minařík, 2015). Může jít o důsledek týž predispozičních faktorů (např. genetické faktory, stres, trauma, …). Všechny zneužívané psychoaktivní látky korespondují s některým endogenním systémem (např. opioidovém, endokanabinoidním, …). Deficience (získaná či dědičná) v neurobiologických systémech a drahách může být základem adiktologické i jiné duševní poruchy (Torrens et al., 2017).

Jindy se může adiktologická porucha rozvinout v důsledku pacientových pokusů o řešení problémů souvisejících s psychiatrickou poruchou. V těchto případech může při adekvátní léčbě duševní nemoci užívání návykových látek ustat. (Torrens et al., 2017). Obecně lze říci, že většina duševních problémů zvyšuje riziko rozvoje aditologických obtíží. Jde o tzv. model samoléčení či sebemedikace (Kalina & Minařík, 2015).

Třetí možností je, že dlouhodobé a intenzivní užívání návykových látek může způsobit či vyprovokovat psychiatrickou poruchu, která bude mít dále nezávislý průběh. To může být způsobeno neurotoxicitou zneužívané látky či biologickými změnami na základě neuroadaptace (Torrens et al., 2017).

Čtvrtou možností jsou přechodné psychiatrické poruchy rozvinuté následkem intoxikace návykovými látkami či odvykacího stavu při jejich odnětí (Torrens et al., 2017).

2.2.3. Prevalence duálních diagnóz

Uživatelé drog vykazují vyšší prevalenční hodnoty komorbidních duševních poruch než běžná populace. Data z Evropských zemí jsou velice nesourodá (Torrens et al., 2017). EMCDDA v roce 2004 v přehledu řady studií u klientů v adiktologické léčbě uvádí prevalenci 30-50 % (Fridell & Nilson, 2004). Nejčastějšími psychiatrickými komorbiditami jsou poruchy osobnosti, úzkostné a depresivní poruchy, poruchy přijmu potravy a psychotické poruchy (Kalina & Minařík, 2015). Podle novější zprávy EMCDDA (2013) se prevalence napříč evropskými zeměmi pohybuje v rozmezí 5-84 %.

U psychiatrických pacientů bylo zjištěno škodlivé užívání či závislost v 50 % (Fox et al., 2011).

2.2.4. Komorbidity

Jak bylo uvedeno výše, CDZ nejčastěji poskytují péči klientům s psychotickými či afektivními poruchami. Následujících dvou kapitolách se jim budu blíže věnovat.

2.2.4.1. Psychotické poruchy

U osob s psychotickou poruchou je ve srovnání s obecnou populací častější výskyt poruch z užívání návykových látek. Často je příčinou snaha o zmírní symptomů psychotické poruchy automedikací různými látkami. Automedikací však nelze vysvětlit všechny případy těchto duálních diagnóz (Torrens et al., 2017). Carrà et al. (2012) zkoumali pacienty s diagnostikovanou schizofrenií ve třech zemích. Dle tohoto výzkumu alespoň jednou v životě užilo návykovou látku 35 % schizofreniků ve Spojeném království, 21 % v Německu a 19 % ve Francii.

Nejčastěji užívanými psychoaktivními látkami jsou u psychotiků tabák, alkohol, konopí a stimulancia. I umírněné užívání psychoaktivní látek může zhoršovat symptomy psychotického onemocnění. Užívání návykových látek se často pojí s nedodržování léčebného režimu (Torrens et al., 2017). Konopí psychotici obvykle neužívají k automedikaci, ale důvodem bývá „sociální izolace, nedostatku citovosti či empatie vůči ostatním, nedostatek energie, problémy se spánkem, sklíčenosti, úzkost, neklid, třesy nebo chvění a nuda. … Lidé trpící psychotickou poruchou by se měli vystříhat užívání konopí a měli by být v tomto směru poučeni“ (Torrens et al., 2017, s. 80-81). Stimulancia mohou vyvolat nebo urychlit psychotické stavy. Toxická psychóza může být nerozeznatelná od schizofrenie. I jednorázové užití těkavé látky může vyvolat psychotické symptomy přetrvávající až několik týdnů (Torrens et al., 2017).

U osob se současně se vyskytující psychotickou a adiktologickou poruchou se doporučuje léčba antipsychotiky. Při jejich předepisování je třeba zohlednit „míru a typ zneužívání návykových látek, neboť tyto skutečnosti mohou ovlivnit metabolismus předepsané medikace, snížit její účinek, anebo zvýšit riziko vedlejších účinků (včetně nárůstu míry užívání návykových látek)“ (Torrens et al., 2017, s. 85). Pacienti by měli být edukováni o možných interakcích a rizicích.

Integrovaná léčba obou poruch příznivě ovlivňuje pozitivní psychotické symptomy i užívání návykových látek (San et al., 2007)

2.2.4.2. Afektivní poruchy

Deprese je u osob s poruchou z užívání látek nejčastější komorbidita (Maj, 2005). Podle Kocha (2009) mají pacienti s depresivní a/nebo úzkostnou poruchou dvojnásobné riziko vzniku závislosti oproti běžné populaci a u lidí se syndromem závislosti je oproti běžné populaci dvakrát vyšší riziko rozvoje poruchy nálad a/nebo úzkostné poruchy. Obě onemocnění pak mají často závažnější průběh, horší odezva na léčbu a horší prognózu než,

když se vyskytují samostatně (Maj, 2005). U pacientů s touto duální diagnózou je vyšší prevalence pokusů i dokonaných sebevražd oproti pacientům pouze s jednou z poruch. Pacienti často trpí závažnými psychosociálními obtížemi a více využívají zdravotní služby včetně pohotovosti a hospitalizací v psychiatrických zařízeních (Torrens et al., 2017).

K zavedeným nástrojům v léčbě depresí i poruch způsobených užíváním návykových látek patří kognitivně-behaviorální terapie. Při léčbě adiktologické poruchy se depresivní symptomy zlepšují s tím, jak klient řeší své problémy (Kalina & Minařík, 2015).

Dle studií 40-60 % osob s bipolární afektivní poruchou trpí adiktologickou poruchou. Během manické i depresivní fáze dochází k užívání velkého množství alkoholu a jiných látek. Zejména stimulancia a konopí pravděpodobně urychlují nástup manické epizody a zhoršují manické symptomy. Alkohol zhoršuje depresi. Během období úzdravy je typický návrat k umírněnému užívání (Jaworski et al., 2011).

2.2.5. Intervence v léčbě osob s duálních diagnózou

Z přehledové studie Nesse et al. (2014) mapující mínění pacientů s duální diagnózou o faktorech ovlivňujících úzdravu vyplívá, že k úzdravě přispívá především náplň každodenního života (např. sport, zájmové činnosti), zaměření na silné stránky, orientace na budoucnost a obnovení společenských kontaktů a vztahů, jež jsou zdrojem opory. Jako nevýznamnější překážky studie identifikovala absenci adresné individuální pomoci (např. neakceptování relapsu) a nepřehledné a nekoordinované systémy léčby.

V adiktologických službách se v léčbě duálních poruch obvykle aplikují krátké behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie. Psychosociální intervence jsou používány zejména u afektivních, úzkostných, schizofrenních a posttraumatických stresových poruch a u poruch přijmu potravy (Kalina & Minařík, 2015).

U psychiatrických pacientů s adiktologickou poruchou se doporučují například motivační rozhovory, pobídková terapie a prevence relapsu (Kalina & Minařík, 2015).

Podle Fox et al. (2011) je klíčovým prvkem účinných programů pro duální diagnózy skupinová psychoterapie. Klienti při ní mohou pocítit, že nejsou ve svém boji sami. Skupiny mohou členům poskytnou silné a účinné příklady a podporu, nová přátelství s abstinenty a prostředí přijímající klienta.

2.2.6. Modely léčby osob s duální diagnózou

Klienti s duální diagnózou jsou specifickou cílovou skupinou jak z hlediska adiktologických služeb, tak z hlediska služeb péče o duševní zdraví. Lidé s duální diagnózou vykazují oproti lidem pouze s adiktologickým či pouze s duševním onemocněním závažnější patologie, častější případy urgentního příjmu, vyšší míru hospitalizací v psychiatrických zařízeních, vyšší prevalenci sebevražd, vyšší míru rizikového chování, jehož důsledkem

může být nákaza infekčními chorobami (HIV, HCV), psychosociální deficity (nezaměstnanost a bezdomovectví) a agresivní či kriminální chování (Torrens et al., 2017).

Duální diagnózy přinášejí do adiktologických programů nemalé komplikace. Snižují schopnost pacienta zapojit se do léčby, vytrvat v ní a mít z ní prospěch. Představují častý zdroj motivačních krizí, interpersonálních konfliktů a rizikových situací. Zatěžují dotyčné jednotlivce a rovněž ostatní pacienty. Zvyšují zátěž a nároky na personál, který musí být schopen pracovat se všemi typy poruch a onemocnění (Kalina, 2003).

V závažnějších případech není možné léčit klienta s duální diagnózou v běžných psychiatricko-psychoterapeutických službách, pokud nadále užívá alkohol či návykové látky. Spolupráce klienta se syndromem závislosti na systematické psychoterapii či farmakoterapii je velmi problematická a adiktologická problematika zastírá a zkresluje klinický obraz a dynamiku ostatních problémů s duševním zdravím (Kalina, 2008).

Z klinické praxe vyplývá, že komorbidní poruch jsou ve vzájemné interakci a mají cyklickou povahu. Pokud se proto léčba nezaměřuje jak na psychiatrické poruchy, tak na poruchy užívání návykových látek, prognóza bude v obou případech spíše nepříznivá (Kalina & Minařík, 2015).

V léčbě osob s duální diagnózou se používají tři modely léčby.

2.2.6.1. Sukcesivní léčba

V sekvenčním (neboli sériovém či následném) modelu léčby se řeší diagnózy jedna po druhé v různých službách, které spolu příliš nekomunikují (Torrens et al., 2017). Tento model neuznává vzájemnou provázanost poruch, kdy jedna neléčená nemoc snižuje účinnost léčby druhé (Fox et al., 2011). Interakcí mezi poruchami lze vysvětlit vysokou četnost relapsů obou onemocnění. To může způsobovat rozčarování u pacientů i u poskytovatelů péče. Panuje shoda, že tento model by se v léčbě duálních poruch neměl aplikovat (Torrens et al., 2017).

2.2.6.2. Paralelní léčba

V paralelním (neboli souběžném) modelu se obě poruchy léčí současně ve dvou samostatných službách. Efektivní spolupráci poskytovatelů péče o duševní zdraví a adiktologické péče brání různé filozofie zařízení a koncepční a organizační otázky (Torrens et al., 2017). Klienti se tak často musejí potýkat s odlišným jazykem, metodami a modely zotavení (Fox et al., 2011). Odpovědnost za volbu a dodržování uceleného plánu léčby tak spočívá převážně na pacientovi. Pacient může mít dále obtíže s koordinací schůzek a dopravou do zařízení (Torrens et al., 2017). Při nedostatečné komunikaci a spolupráci služeb může být pro pacienta tento model léčby rizikový (Kalina & Minařík, 2015).

2.2.6.3. Integrovaná léčba

Obecně panuje shoda, že integrovaná léčba klientů s duální diagnózou v jednom zařízení je oproti sukcesivní či paralelní terapii ve více zařízeních ekonomičtější, přináší klientům větší prospěch a snižuje rizika plynoucí z opomíjení těsných patogenetických, psychodynamických a farmakologických vztahů obou komorbidit a z nedostatečné komunikace mezi službami. Samotní pacienti prožívají duševní nemoc a závislost jako propojenou, vzájemně se ovlivňující zkušenost. Expertní oddělování na dvě poruchy je pro ně umělé a matoucí (Kalina & Minařík, 2015). Integrovaná léčba minimalizuje roztříštěnost a duplicitu péče a rizika plynoucí z mezer v systému. Léčbu zajišťuje multidisciplinární tým. Výhodou je přesná diagnostika adiktologických i psychiatrických poruch a adresná léčba (Torrens et al., 2017). Integrovaná léčba zvyšuje udržení v léčbě a klienti jsou v ní spokojenější (Kalina & Minařík, 2015)

Dle Fox et al. (2011) jsou hlavními znaky integrované léčby sdílené rozhodování, integrace služeb, komplexnost a asertivní komunitní služba. Sdílené rozhodování je systematický přístup, který do léčebného procesu výslovně zahrnuje postoje klienta. „Klient je zde odborníkem na svoji vlastní historii, hodnoty a preference. Pracovník je odborníkem na intervence.“ Klient rozhoduje o cílech a postupu. Díky integraci služeb do jednoho týmu má klient „jeden léčebný plán, jeden soubor cílů a jeden plán prevence relapsu.“ Komplexnost bere v úvahu množství potřeb klientů při narušené psychosociální podpoře. „Programy musejí mít přístup k řadě služeb: bydlení, case management, podporované zaměstnání, rodinná psychoedukace, nácvik sociálních dovedností, zvládání nemoci a farmakologické léčbě.“ Asertivní komunitní služba využívá specifické strategie k zapojení lidí s duální diagnózou, kteří do center nepřijdou z vlastní vůle (např. pomoc se stravováním, ošacením, přístřeším, …).

Fox et al. (2011) také považuje za nutné, aby všichni klienti programu prošli vyšetřením na duální poruchu. Vzhledem k tomu, že je užívání návykových látek ve společnosti stigmatizováno a klienti mají tendence problém zkreslovat a minimalizovat, má screening a vyšetření pomoci vytvoření otevřeného vztahu založeného na důvěře. Autorka dále požaduje, aby léčebné intervence odpovídaly motivačnímu stavu klienta. Mezi rutinní klinické úkoly řadí pravidelné vyšetřování, aktualizování hodnocení klienta a plánování další léčby, edukaci o duálních diagnózách (výskyt, genetické příčiny, vliv na úspěch léčby a interakci obou poruch aj.), motivační rozhovory, podporu a skupiny pro lidi s duální diagnózou.

2.2.7. Současný stav v léčbě duálních diagnóz

Ve většině evropských zemí vedle všeobecné zdravotní péče existují samostatně sítě služeb v oblasti o duševní zdraví a adiktologických služeb, což je překážkou v zajištění vhodných léčebných služeb pro pacienty s duální diagnózou (Ness et al., 2014). Tyto sítě služeb fungují odděleně a léčebné služby nedisponují dostatečnou mezioborovou odborností, aby byly schopny léčit oba typy poruch. Překážkami v efektivní léčbě duálních diagnóz jsou

také pojetí léčby a předpisy, jimiž se zařízení řídí, a v neposlední řadě nedotatek finančních prostředků. (Torrens et al., 2017).

Ve Finsku, Itálie, Nizozemsku, Norsku, Španělsku, Česku a některých dalších zemích existují specializovaná zařízení pro osoby s duální diagnózou, např. jednotky akutní lůžkové péče, rezidenční terapeutické komunity nebo programy jako součásti psychiatrických a adiktologických ambulantních středisek (Torrens et al., 2017).

V ČR poskytují střednědobou integrovanou léčbu duálních diagnóz některá zdravotnická zařízení (např. oddělení 16 Psychiatrické nemocnice Bohnice či specializované oddělením komunitního typu v prostředí Psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské Terapeutická komunita Tao (cesta)) (Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2023, Psychiatrická nemocnice Marianny oranžské, 2023). Na dlouhodobou integrovanou léčbu duálních diagnóz je zaměřená například Terapeutická komunita Sejřek (Kolpingovo dílo České republiky, 2023b). Program pro lidi s duální diagnózou nabízí například Terapeutická komunita Magdaléna (Magdaléna o.p.s., 2023). Na doléčování klientů s duální diagnózou se specializuje například Následná péče Kolping (Kolpingovo dílo České republiky, 2023a). Odborníci či zařízení, která s lidmi s duální diagnózou přímo pracují, se mohou stát členy pracovní skupiny Duální stoly. Jejím cílem je zefektivnit systém péče o osoby s duální diagnózou v ČR (Duální stoly, 2020).

Integrovaná péče o osoby s duální diagnózou je od roku 2021 jedním z cílů Center duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým onemocněním (MZČR, 2021). V praxi CDZ nejčastěji pečují o klienty se schizofrenní či afektivní poruchou (Melicharová et al., 2021). Této klientele většina adiktologických programů není schopna poskytovat péči (Kalina & Minařík, 2015). Navíc je většina adiktologické služeb časově omezena. Klienti se schizofrenií či bipolární poruchou však často potřebují celoživotní psychiatrickou péči. Pokud mají duální diagnózu, potřebují zpravidla celoživotně i adiktologickou péči. Často se u nich objevují symptomy duševní nemoci a závislosti ve stejnou dobu nebo krátce po sobě a recidiva se týká obou problémů. Pokud netrpí poruchou užívání alkoholu či návykových látek, je u nich zvýšené riziko jejího rozvoje. Novější studie zjišťují u této klientely škodlivé užívání či závislost v 50 % (Fox et al., 2011).

Dle Fox et al. (2011) u této klientely má začlenění adiktologické léčby do stávajících programů péče o duševní zdraví oproti vytváření nového týmu nebo včlenění služby péče o duševní zdraví do adiktologických programů mnoho výhod. Je efektivnější, co do času, zdrojů a výstupů. Pacienti se schizofrenní či afektivní poruchou jsou obvykle dobře podchyceni a služby středisek péče o duševní zdraví již přijímají. Tato populace vyžaduje komplexní péči (např. vedení případu, psychiatrické služby, ošetřovatelské služby, pomoc s bydlení a asistované zaměstnání). Systém péče o duševní zdraví takovou komplexnost již obvykle obsahuje.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

Byla použita forma kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na zkoumání konkrétního prvku, procesu nebo fenoménu v přirozených podmínkách s cílem dosáhnout hlubšího porozumění dané skutečnosti. Obvykle pracuje s menším počtem účastníků, což umožňuje podrobnější analýzu. (Hendl, 2005)

3.1. Stanovení cíle

Cílem výzkumu je popsat a porozumět, jak je ve vybraných CDZ poskytována adiktologická péče klientům s duální diagnózou a pracovníci s jakým vzděláním či pracovní zkušeností v oblasti léčby závislostí ji zajišťují.

3.2. Formulace výzkumných otázek

Pro dosažení cíle bylo stanoveno pět výzkumných otázek:

O1: Kdo je, dle pracovníků vybraných CDZ, typický klient CDZ trpící duální diagnózou?

O2: Jaké vzdělání a praxi v oblasti léčby závislostí mají vybraní pracovníci CDZ poskytující péči o adiktologickou stránku problému klientům s duální diagnózou?

O3: Jakou ve vybraných CDZ zastávají pracovní pozici a roli v péči o klienty s duální diagnózou adiktologové?

O4: Popisují vybraní pracovníci CDZ v péči o typického klienta s duální diagnózou prvky sukcesivního, paralelního či integrovaného modelu léčby?

O5: Realizují vybraná CDZ skupiny pro klienty s duální diagnózou a proč?

3.3. Výzkumný soubor

Základním výzkumným souborem byli pracovníci CDZ poskytující klientům s duální diagnózou péči v adiktologické oblasti.

Výběr byl víceúrovňový. Pro spolupráci bylo osloveno všech 29 v ČR existujících CDZ, což je metoda totálního výběru. Tato metoda je indikována v případech extrémně malého počtu prvků základního souboru (Miovský, 2006).

Pracovníci byli do výzkumu nominováni příležitostním výběrem. Nejprve jsem prostudovala webové stránky CDZ. Zde jsem zvlášť vytipovala dvě adiktoložky, psychiatričku s atestací na návykové nemoci a psychoterapeutku, která v CDZ realizuje skupiny pro klienty s duální diagnózou. Ty jsem požádala o účast ve výzkumu. Všichni

souhlasili. S psychiatričkou se však interview nepodařilo realizovat z důvodu její časové zaneprázdněnosti. Jedna z adiktoložek působí současně ve třech centrech. Další pracovníci těchto center již nebyli kontaktováni.

Ve 14 CDZ, kde byly na webových stránkách uvedeny příslušné kontakty, byly e-mailem osloveny staniční sestry a vedoucí sociální pracovníci s prosbou o zprostředkování rozhovoru se členem jejich týmu, který poskytuje péči v adiktologické oblasti klientům s duální diagnózou. V žádosti bylo upřesněno, že pokud mají v týmu někdo se vzděláním či zkušeností v oblasti práce se závislostmi, upřednostnila bych rozhovor s ním. Na webových stránkách 9 CDZ nebyly příslušné kontakty k dispozici, žádost byla tedy zaslána na společný email centra.

Rozeslané e-maily obsahovaly informace o účelu a průběhu výzkumu a tematické okruhy rozhovoru. V přílohách e-mailů byly podrobné informace o výzkumu a znění informovaného souhlasu.

Na e-mail neodpovědělo 8 CDZ. Dalších 5 center účast odmítlo z důvodu zaneprázdněnosti. Tedy 14 CDZ (včetně oslovené psychiatričky) se z výzkumu vyloučilo negativním samovýběrem. V 10 CDZ vedoucí pracovník pověřil účastí ve výzkumu některého člena týmu či sami sebe. Celkem bylo realizováno 13 rozhovorů. Vzhledem k tomu, že jedna z adiktoložek působí současně ve třech centrech, byla data získána z 15 CDZ, tzn. zhruba z poloviny CDZ.

Dva participanti působili v CDZ jako psychologové/psychoterapeuti. Zbylých 11 účastníků výzkumu zastávalo v CDZ pozici sociálního pracovníka či vedoucího sociálního pracovníka. Do výzkumu se nezapojily žádné zdravotní sestry.

3.4. Metody tvorby dat

K získávání dat bylo použito polostrukturované interview. Polostrukturované interview je charakteristické pružností celého průběhu získávání dat, osnovou a definovaným účelem (Hendl, 2005). Při přípravě polostrukturovaného interview je důležité specifikovat tematické okruhy, které odpovídají cílům a výzkumným otázkám. Je možné měnit pořadí těchto témat a klást doplňující otázky s cílem lépe odpovědět na výzkumné otázky (Miovský, 2006).

Tematické okruhy rozhovorů byly sestaveny na základě studia odborné literatury (Fox et al., 2011; Kalina & Minařík, 2015; Torrens et al., 2017) následovně:

Informace o pracovníkovi (pozice a doba působení v CDZ, vzdělání (včetně kurzů aj.) a předchozí praxe z adiktologické oblasti)

Charakteristiky typického klienta s duální diagnózou v CDZ, psychiatrická a adiktologické péče před příchodem do CDZ, příchod do CDZ (kdy, za jakých okolností, s jakým očekáváním, zakázka, …), odhalení adiktologického problému (kým a za jakých okolností, kým byla určena diagnóza závislosti, …), kontakt s

adiktologickými službami (před vstupem do CDZ, paralelně s CDZ), jak a kým je klientovi v CDZ (či paralelně v jiném zařízení) poskytována adiktologické péče (okruhy: screening a vyšetření užívání/závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách, motivační strategie, edukace, KBT, prevence a zvládání relapsu, práce s rodinou a skupinová terapie pro klienty s duální diagnózou, …)

Specifika péče o klienty s duální diagnózou v CDZ (zájem klientů o adiktologickou péči, možnost považovat vyšetření užívání alkoholu či návykových látek a motivační adiktologické intervence za součást péče v rámci klientovi zakázky na zlepšení symptomů primárního onemocnění, možnosti realizace skupinových terapií pro klienty s duální diagnózou, …)

Problematika zaměstnávání adiktologa v CDZ (překážky v zaměstnávání adiktologů v CDZ, strategie jejich překonávání, …)

Participanti dostali na výběr, jestli interview proběhne osobně, telefonicky či online. Osobní schůzku si zvolili 4 respondenti. Zbylé rozhovory proběhly telefonicky, což snížilo nároky na čas výzkumníka i respondenta a umožnilo pružnější změny termínů rozhovorů (například v případě akutní neplánované návštěvy klienta). Rozhovory proběhly v období únor až duben 2023.

Se všemi respondenty bylo předem domluveno nahrávání rozhovoru na mobilní telefon. Všem bylo předem e-mailem zasláno znění informovaného souhlasu a informace o účelu a průběhu výzkumu. Souhlas účastníci potvrdili ústně na začátku rozhovoru.

Tematické okruhy rozhovorů byly zaslány participantům s předstihem emailem. V úvodu rozhovorů byly sebrány údaje o pracovníkovi. Následně byl respondent vyzván k popisu typického klienta CDZ, trpícího duální diagnózou, a průběhu péče o adiktologickou stránku jeho obtíží. Výzkumník si zaznamenával, které okruhy byly popsány a doptával se na chybějící témata.

Rozhovory trvaly 40-60 (výjimečně 90) min.

3.5. Metody vyhodnocení a interpretace dat

Audio záznamy rozhovorů byly přepsány. Transkripce byla upravená redukcí prvního řádu zbavením irelevantní pojmů. (Miovský, 2006).

Participantům byly přiděleny kódy. Písmeno označuje jejich profesi (P = psycholog, A = adiktolog, S = sociální pracovník). Číslo je přiděleno náhodně.

Přepsané rozhovory byly analyzovány metodou tematické analýzy. Ta napomáhá získat detailní vhled do témat obsažených v rozhovoru (Clarke & Braun, 2017). Umožňuje identifikaci, analýzu a vytvoření zprávy o tématech v datech. Je popsán jako deskriptivní metoda, flexibilním způsobem redukující data (Castleberry & Nolen, 2018). V první fázi jsem se s přepsanými rozhovory podrobně seznámila opětovným čtení. Následně jsem je

rozčlenil do kategorií odpovídajícím výzkumným otázkám a dále podle kódů vycházejících z tematických okruhů rozhovorů a často se opakujících témat. Z příslušných pasáží rozhovorů jsem na základě kódů vytvořila excelovskou tabulku. Následovaly fáze interpretace a závěr, kdy byly učiněny analytické závěry a zodpovězeny výzkumné otázky.

3.7. Etika

Participanti dali informovaný souhlas zahrnující souhlas s pořízením zvukového záznamu. Záznamy byly pořízeny na zaheslovaný mobilní telefon, ze kterého byly následně převedeny do osobního zaheslovaného počítače. Po přepsání byly záznamy smazány. V přepsaných rozhovorech byli anonymizováni pracovníci i CDZ. Z důvodu anonymizace CDZ byly nahrazeny názvy organizací, o nichž participanti hovořili, jejich obecným popisem.

Vzdělání a předchozí praxe by mohla vést k identifikaci respondentů, přestože instituce a místa byla pozměněna. Respondenti byli na tuto skutečnost upozorněni.

Informovaný souhlas participantů dále zahrnoval použití výše uvedených matriálů v bakalářské práci, popř. odborné publikaci či prezentaci.

Participanti se účastnili výzkumu dobrovolně a byli informováni, že mohou do 7 dnů od poskytnutí rozhovoru zrušit souhlas bez udání důvodů. Dále obdrželi kontakty na vedoucího práce a na Etickou komisi pro posuzování studentských prací Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze pro případ, že by chtěli získat bližší informace o výzkumu či podat stížnost.

Na zaměstnávání adiktologů na pozicích sociálních pracovníků je možné nahlížet jako na obcházení standardů CDZ (neobsahujících pozici adiktologa), o čemž jsem věděla z předvýzkumu. CDZ jsou ve výzkumu anonymizována.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Pro lepší přehlednost budou v následujícím textu použity různé formáty písma. *Kurzívou* budou vyznačeny úryvky z rozhovorů s respondenty. **Tučně** budou označeny základní kategorie sledované v tematické analýze a potržením kategoriím podřazená témata.

V úvodu považuji za důležité zdůraznit, že všichni respondenti potvrdili, že **mají v CDZ klienty s duální poruchou.**

P1: „Duálních klientů je teď poměrně hodně… těch čistých psychóz je strašně málo."

S2: „Těch s duální diagnózou je tu hodně a myslím si, že to bude stále častější jev.“

4.1. Charakteristiky klientů CDZ s duální diagnózou

Pro pochopení problematiky péče o klienty s duální diagnózou považuji je stěžejní zmapovat jejich relevantní charakteristiky. Proto se v této kapitole zabývám jejich nejčastějšími neadiktologickými závažnými duševními onemocněními, svéprávností, invaliditou a nárokem na invalidní důchod. Dále mapuji nejčastěji užívané látky a důvody jejich užívání. Za důležité také považuji, odkud, jakým způsobem a s jakým očekáváním do CDZ přicházejí.

4.1.1. Neadiktologiké závažné duševní onemocnění klientů CDZ s duální diagnózou

Jako typického klienta zvolilo 12 (92 %) pracovníků klienta trpícího **poruchou z okruhu psychóz**. Z toho u 9 klientů pracovníci upřesnili, že jde o schizofrenii a u jednoho o psychotickou poruchu reziduální a s pozdním nástupem způsobená užíváním více drog. Jeden pracovník popisoval klienta s **bipolární poruchou**.

U 3 klientů pracovníci mluvili navíc o **suicidálních pokusech**.

Ve 12 (92 %) případech popisovali respondenti typického klienta s **uznanou invaliditou**. Z čehož u dvou uvedli, že nemají nárok na výplatu invalidního důchodu.

V 5 (38 %) případech uvedli participanti u typického klienta **omezenou svéprávnost** v oblasti zdraví a/nebo nakládání s financemi.

4.1.2. Návykové látky užívané klienty CDZ s duální diagnózou

Pouze jedna pracovnice popisovala typického klienta se závislostí **pouze na alkoholu**. V ostatních 12 (92 %) případech šlo o **uživatele více návykových látek**, mezi nimiž byl vždy pervitin, THC a alkohol a ve dvou případech navíc opioidy. Tři participanti

mluvili navíc o zkušenosti s LSD, extází a lysohlávkami. Jednou zazněl kraton a jednou intenzivní užívání kofeinu. Jeden pracovník popisoval klienta trpícího navíc **patologickým hráčstvím**.

4.1.3. Důvod užívání návykových látek klienty CDZ s duální diagnózou

V 10 případech pracovníci uváděli jako důvod užívání **selfmedikaci** (úzkost, tenze, zklidnění, útlum, halucinace, anhedonie). Ta někdy předcházela vstupu do psychiatrické péče v rámci **desimulace onemocnění**. Mimo příznaků onemocnění klienti používají psychoaktivní látky ke **zmírnění vedlejších účinků medikace**. Ve dvou případech je mezi motivy k užívání návykových látek **nuda**.

K **selfmedikaci** používají klienti alkohol, marihuanu a stimulanty.

P2: „Prožívala stálou tenzi… alkohol jí pomáhá, tak získala závislost."

S8: „Alkoholem přebíjel halucinace."

A1: „Stimulanty mu umožňují radovat se a hledat motivaci dělat věci."

S4: „Marihuana mu na úzkost funguje."

S5: „Hulení mu pomáhá zklidnit. Vnímal ho jako další lék."

Jeden respondent popisoval, že užívání alkoholu **předcházelo vyhledání odborné pomoci** ve snaze vyřešit své psychické obtíže sám.

S8: „Několik roků nebyl zamedikovaný. Desimuloval onemocnění a selfmedikoval se psychoaktivními látkami."

Jeden participant zdůraznil také snahu o zmírnění **vedlejších účinků medikace** pomocí stimulačních látek.

P1: „Medikace klienty tlumí, tak mají potřebu se něčím zase nastimulovat. Mají blízko k energetickým nápojům a ke kávě. Když tohle je málo a už je tam nějaká zkušenost s drogami, tak často je to právě pervitin."

4.1.4. Vstup klientů s duální diagnózou do péče CDZ

Dle vyjádření respondentů, přichází klienti s duální diagnózou do péče CDZ nejčastěji z **psychiatrických nemocnic**, z **ambulancí psychiatrů**, na **popud rodiny** či **sami**.

P1: „Klienti přichází většinou z psychiatrických nemocnic nebo z ambulance psychiatrů. Někdy z venku. Může je přivést třeba rodina, příbuzní, zaměstnavatel. Ale to se

stává minimálně. Z 90 % chodí z psychiatrické nemocnice. 10 % z ambulancí psychiatrů."

Třetina respondentů popisovala jako způsob vstupu typického klienta do CDZ asertivní navázání v **psychiatrické léčebně**, kam pracovníci CDZ a komunitních týmů chodí na pravidelné společné schůzky, především na **oddělení následné péče**. V jednom případě se jednalo o navázání klienta na **oddělení duálních diagnóz.** Tam však nedochází pravidelně. Z oddělení je kontaktují v případě potřeby.

S5: „Do psychiatrické nemocnice jsme navázaný všechny služby, jako komunitní týmy a CDZ. Probíhají společný schůzky, kde se bavíme o klientech spádově a spolupracujeme."

S7: „Na duální diagnózy nechodíme pravidelně. Když mají člověka, který k nám diagnosticky spadá a ta naše diagnóza je v popředí, tak nás kontaktují."

V jednom CDZ uvedli, že klienty pravidelně asertivně navazují v **adiktologické terapeutické komunitě**.

S2: „Kolegyně s vedoucím služby navštěvují pravidelně komunitu pro klienty s duální diagnózou. Tam CDZ představují a představují služby, které nabízíme, a možnosti, které těm lidem dáváme. V čem jim můžeme být nápomocní."

Třetina respondentů mluvila o předání klienta do péče CDZ jeho **ošetřujícím ambulantním psychiatrem**. Jako důvod uváděli, že tým CDZ má oproti ambulantním lékařům možnost terénní práce v případech, kdy klient přestane docházet, jeho stav se zhorší či nedodržuje léčebný režim.

S1: „Paní doktorka kontaktovala nás, jestli bychom s ním nechtěli navázat nějakou spolupráci, protože my kdykoliv můžeme vyjít do terénu, když by se něco dělo. Kdyby nepřišel na depot a ten zdravotní stav se zhoršoval, může naše zdravotní setra volat i jít do terénu. I paní naše psychiatrička může do terénu."

A1: „Jeho ambulantním psychiatrem mu bylo řečeno, že když je podruhé hospitalizován kvůli intoxikaci, tak ať se obrátí někam jinam."

Ve dvou případech CDZ kontaktovala **rodina** klienta, protože potřebovala pomoc a odlehčení při péčí. Ve dvou přišel klienta **sám** z vlastního rozhodnutí.

S6: „Kontaktovala nás matka… Máma si potřebuje vydechnout. Potřebuje pomoc."

P2: „Přišla sama, protože jí CDZ doporučila kamarádka.“

4.1.5. První zakázky klientů s duální diagnózou v CDZ

V 8 případech se první zakázka typického klienta týkala **sociální oblasti** (invalidní důchod, práce, bydlení, finance, dluhy), v 5 případech **zdravotního stavu** (stabilizace, léky, zvládání symptomů nemoci, doprovod k lékařům). V 6 případech první zakázka zahrnovala

řešení **adiktologických problémů**. Klienti mívají zakázku zároveň ve více z uvedených oblastí.

A2: „… invalidní důchod a práce.“

S3: „… zvládat onemocnění, vztahy, závislost.“

S5: „… adiktologické problémy, bydlení a finance."

S8: „… nají si znovu práci, pomoci s alkoholem, stabilizovat stav, léky."

A3: „… řešit zaměstnání a vztahy s rodinou. A už zmiňoval alkohol a dluhy."

4.2. Vzdělání a praxe v oblasti léčby závislostí vybraných pracovníků CDZ

Způsob, jakým je v CDZ klientům s duální diagnózou poskytována péče v adiktologické oblasti, významně určuje vzdělání a praxe, kterou pracovníci CDZ v této oblasti mají. Souhrn informací o respondentech, kteří byli do výzkumu nominování na základě kritéria, že ve své CDZ poskytují péči klientům s duální diagnózou o adiktologickou stránku obtíží, předkládám v následujícím textu.

4.2.1. Vzdělání v oblasti léčby závislostí vybraných pracovníků CDZ

Do výzkumu si zapojili tři **adiktologové**. Jednomu byla přiznána odborná způsobilost k výkonu povolání adiktologa na základě praxe. Zbylé dvě získali kvalifikaci studiem bakalářského oboru adiktologie na 1.LF UK. Jedna z nich absolvovala i magisterské studium oboru adiktologie na 1.LF UK.

Tři sociální pracovníci uvedli, že se na adiktologickou problematiku **zaměřovali během vysokoškolských studií**.

S1: „Mám vystudované bakalářské vzdělání sociální patologie a prevence a na této vysoký škole je i předmět Drogová problematika.“

S2: „Jsem psala magisterskou práci na téma návykových látek, protože mě to osobně hodně zajímá.“

S8: „… sociální pedagogiku se zaměřením na prevenci sociálního patologických jevů. Když jsem dělal tu školu, tak jsem si říkal, že jednou chci pracovat s lidmi, který budou mít drogovou závislost, tak jsem se na to specializoval. A teďka si doděláv̌ám magisterský titul učitelství, ale zároveň je to výchova ke zdraví, takže ta témata jsou hodně do prevence. Hodně i ta drogová problematika se dělá.“

Tři pracovníci absolvovali **kurz práce s lidmi s duální diagnózou** a dva **kurz adiktologie**. Pracovníci s praxí **v adiktologické službě absolvovali řadu kurzů a výcviků** zde. Další vzdělávání formou účasti na **konferencích a seminářích** či **samostudiem** literatury s adiktolologickou či jí blízkou tématikou uvedlo 7 pracovníků. Jeden pracovník je členem skupiny **Duální stoly**.

S8: „Mám kurz duálních diagnóz… vzdělávám se na duální diagnózy… a jezdím pravidelně na adiktologické konference... A dělám si kurzy a školení.“

S6: „Prošel jsem různými výcviky v terénu."

S5: „Poslední tři roky jsem se účastnil Duálních stolů.“

Pouze tři pracovníci uvedli, že nemají **žádné vzdělání** v adiktologické oblasti.

4.2.2. Praxe v oblasti léčby závislostí vybraných pracovníků CDZ

V adiktologické službě má předchozí praxi 6 pracovníků, z čehož dva v adiktologické **ambulanci**, tři v **kontaktním centru s terénním programem** a jeden v **ambulanci, terénním programu a v primární prevenci**. Ve dvou případech respondenti pracují na částečný úvazek adiktologické ambulanci i v současnosti.

P1: „Dřív jsem pracovala čistě se závislými mnoho let… i stále teď jsem v adiktologické ambulanci…“

A1: „Působil jsem tři roky v rámci primární prevence a 19 let v kontaktním centru s terénním programem. A poslední rok … ambulantní centrum.“

S6: „Já jsem pracoval s drogově závislými 3 roky… v nezisková organizace v terénním programu … na ulici.“

4.2.3. Respondenti bez teoretické a praktické průpravy v oblasti léčby závislostí

Z Tabulky 1 vyplývá, že pouze dva (15 % z respondentů, 13 % ze zkoumaných CDZ) respondenti nemají **žádné vzdělání ani praxi** v oblasti léčby závislostí.

Tabulka 1: *Vzdělání a praxe respondentů v oblasti léčby závislostí*

Pracovník	Adiktolog	Adiktologické kurzy	Samostudium / AT konference / Duální stoly	Žádné vzdělání	Praxe v adiktologické službě	Žádné vzdělání či praxe
A1	✓		✓		✓	
A2	✓	✓	✓			
A3	✓				✓	
P1				✓	✓	
P2		✓	✓		✓	
S1		✓				
S2		✓	✓		✓	
S3		✓	✓			
S4				✓		✓
S5			✓			
S6		✓			✓	
S7				✓		✓
S8		✓	✓			
Celkem	3	7	7	3	6	2

4.3. Pracovní pozice a role v péči o klienty s duální diagnózou adiktologů v CDZ

Předvýzkum identifikoval většinový názor vedoucích pracovníků CDZ, že by jejich týmy měly prospěch z přítomnosti adiktologů, a zároveň upozornil na organizační problémy s jejich zaměstnáváním. V této kapitole mapuji četnost adiktologů ve zkoumaných CDZ, jejich oficiální pracovní zařazení a roli péči o klienty. Dále se zde zabývám postoji respondentů k zaměstnávání adiktologů v CDZ.

4.3.1. Pracovní pozice zastávaná adiktology ve vybraných CDZ

V CDZ jsem identifikovala tři adiktology, z nichž dva mají formální vzdělání a jeden má přiznanou odbornou způsobilost. Jedna z adiktoložek působí současně ve třech CDZ. Sociální pracovník z dalšího CDZ uvedl, že jejich centrum adiktoložku zaměstnává, ale v současné době je na mateřské dovolené. Celkem se tedy podařilo **identifikovat 6 CDZ** (40 % ze zkoumaných CDZ), ve které zaměstnávají adiktologa.

> *S1: „V CDZ adiktoložku máme. Teďka právě odešla na mateřskou dovolenou, ale i tak zůstáváme nadále v kontaktu, protože předpokládáme, že by se brzo vrátila."*

> *A2: „Působím ve třech CDZ … Já jezdím po celém kraji… takže jsem zapsaná všude."*

Všichni adiktologové, účastnící se výzkumu, pracují v CDZ na **pozici sociálního pracovníka**. Pozice adiktologa v CDZ není ukotvena ve standardech služby. Jeden

pracovník hovořil o vyjednávání se zdravotní pojišťovnou o proplácení adiktologických úkonů, které však nebylo úspěšné. Adiktologové zastávají v CDZ roli specialistů pro práci s lidmi s duální diagnózou.

A1: „Já jsem zaměstnaný jako sociální pracovník. To je oficiální název mé pozice… Ale můžeme to nazvat třeba člověk se zaměřením na duální diagnózy. Oficiální pozici adiktologa v tuto chvíli nemáme… Už někdy před půl rokem jsme se tomu věnovali. Komunikovali jsme s pojišťovnou. Ale pak se objevili nějaké komplikace, které nás vedly k tomu, že jsme se do toho zatím nehrnuli."

A2: „Jsem vedená tabulkově a platově jako sociální pracovník… Adiktologické úkony centrum nemá nasmlouvané se zdravotní pojišťovnou."

4.3.2. Role adiktologů v péči o klienty s duální diagnózou ve vybraných CDZ

Dva z adiktologů jsou u některých klientů **klíčovými pracovníky** a u jiných jsou pouze **zapojeni do péče**. Adiktoložka, působící zároveň ve třech centrech, **není case managerkou** pouze **se podílí na péči** o klienty s duální diagnózou. Kromě přímé práce s klienty poskytují adiktologové konzultační podporu týmu, spolupracují s case managerem na vytváření a realizaci individuálních plánů a poskytují poradenství klientům a jejich blízkým, přičemž využívají své speciální dovednosti a znalosti.

A1: „… buď ho vedu nebo jsem zapojen do práce."

A2: „V rámci našeho multidisciplinárního týmu se podílím na péči u jednotlivých klientů, kteří mají duální diagnózu… Nejsem klíčový pracovník… jsem spolupracovník nebo účastník. Třeba jsem zapojená v rehabilitačních plánech a krizových plánech a tak… Případně i nějaké jednorázové poradenství buď pro klienty a/nebo pro rodinné příslušníky v rámci naší klientely."

4.3.3. Zájem a obavy respondentů z přítomnosti adiktologa v týmu CDZ

Někteří respondenti uvedli, že by adiktologa v týmu považovali za **prospěšného**, protože pro některé klienty je obtížné čerpat péči dvou služeb najednou.

S4: „My v adiktologické oblasti nemáme žádné zkušenosti. Adiktolog by se nám hodil… Pro klienty je problém chodit do další služby k někomu cizímu. Kdyby byl součástí týmu adiktolog, tak by to bylo mnohem snazší."

Jeden respondent vyslovil **obavy**, že by přítomnost adiktologa v CDZ mohla některé klienty odradit od spolupráce s CDZ, čímž by se zvedl práh dostupnosti psychiatrické péče

pro tyto klienty. Za vhodnější by považoval proškolení stávajících pracovníků CDZ v adiktologické problematice.

S6: „Jestli by to nezvedalo práh dojít si pro psychiatrickou pomoc, když by tady musel řešit užívání, který prostě řešit nechce… Úskalí vnímám v tom, že by to pro něho znamenalo nějaký nátlak na změnu životního stylu… Zaškolení stávajících pracovníků by nebyla tak pěst na oko a zároveň by to řešilo víc.“

4.4. Prvky sukcesivního, paralelního či integrovaného modelu léčby

Většina CDZ **kombinuje** prvky sukcesivního, paralelního a integrovaného model léčby. V této kapitole blíže zkoumám, jakým způsobem a za jakých okolností aplikují prvky jednotlivých modelů.

4.4.1. Sukcesivní model léčby klientů CDZ s duální diagnózou

Sukcesivní model léčby CDZ používají především, pokud je klient indikován na **pobytovou adiktologickou léčbu.** Jedna respondentka hovořila o krátké hospitalizaci na psychiatrii kvůli nasazení **Antabusu**.

A1: „Často je jediné řešení je klasická léčba na oddělení a potom teda jsou u nás."

A3: „Řekl si o Antabus. Ošetřujícím lékařem navrhl krátkou hospitalizaci na psychiatrii na nastavení, aby mu udělali vyšetření, aby tam nebyla nějaká kontraindikace."

Některá CDZ klienty s duální diagnózou, u kterých adiktologické problém převažuje či překáží v procesu úzdravy, **odmítají** a odkazují je do adiktologických služeb.

P2: „Když vidíme, že to užívání vážně překáží v procesu úzdravy, tak trváme na tom, že na začátku musí být abstinence."

S4: „Úplně na začátku řešíme, co převažuje. Když převažuje adiktologické problém, odkazujeme ho rovnou na adiktologii… Až on si třeba vyřeší závislost nebo alespoň částečně to dá nějak do kupy, tak pak my se mu můžeme věnovat po psychiatrický stránce.“

Některá CDZ **asertivně navazují** klienty na odděleních psychiatrických nemocnic pro léčbu duálních poruch či v komunitách pro klienty s duální diagnózou v rámci jejich regionu (viz kapitola 4.1.3.).

4.4.2. Paralelní model léčby klientů CDZ s duální diagnózou

Mnohá CDZ motivuje klienty s duální poruchou k paralelní léčbě v adiktologické službě (**ambulance, kontaktní centra, terénní služby, denní stacionář**). Někdy spolupracují s konkrétní službou v regionu.

S1: „Nabízíme terénní adiktologickou službu… zkoušíme kontaktní centrum.“

S5: „Dochází ambulantně k adiktoložce, která spolupracuje s CDZ.“

S7: „… chodila do denního stacionáře pro závislé.“

Jako důvod k paralelní adiktologické léčby respondenti uváděli absenci specifického programu pro lidi se závislostí v CDZ a možnosti skupinové terapii, práce s toxickými sny a bažením, poskytování injekčního materiálu.

S5: „My nemáme specifický program pro lidi se závislostí.“

S1: „… kde by mohli docházet na skupiny."

S2: „… protože toxické sny a chutě, bažení po návykových látkách je stále aktivní.“

S6: „… navázat na zprostředkující služby, které poskytnou injekční materiál.“

Někteří pracovníci popisovali komunikaci s paralelní adiktologickou službou a koordinaci péči. Někdy klienty do adiktologické služby i doprovází.

S5: „Třeba ho doprovodíme… A snažíme se s adiktoložkou domlouvat… předáváme si informace. A bavíme se i s klientem, jak to probíhalo. Snažíme se na tom stavět."

S7: „Já jsem s nimi komunikovala, abychom nedělali tu samou práci."

4.4.3. Integrovaný model léčby klientů CDZ s duální diagnózou

Často klienti **nechtějí užívat zároveň dvě služby,** adiktologickou službu **odmítají, nevidí v ní přínos** či v ní **hůře zvládají**.

S4: „Pro klienty je problém chodit do další služby k někomu cizímu.“

S1: „Někdy zhodnotí, že tyhle lidi mu nemají co dát.“

A1: „V terapeutických komunitách a doléčovacích centrech nezvládají“

P1: „Vzniká víc komunit specializujících se na duální diagnózy. Ale stejně to ti psychotici hůř zvládají.“

Dle respondentů mohou mít v CDZ klienti prospěch ze **vstřícnějšího** přístupu, koordinované péče **multidiplinárního** týmu a možností **terénní** práce.

A1: „My se snažíme trošku o vstřícnější přístup, kdy mají fakt i sociálního pracovníka, klíčového pracovníka, sestru, doktora, vlastně všechno. Že se řeší vlastně obě diagnózy."

P1: „Mnohem víc těží z toho multidisciplinárního týmu. Když mají kolem sebe stabilní tým lidí, kteří se o ně starají... Potkává se s nimi i v přirozeném prostředí.... Ta práce je systematická... Dohromady se domlouváme, jestli to jde správným směrem."

Pokud klient zůstane pouze v péči CDZ, **integrují** pracovníci, dle svých možností, do péče **prvky adiktologické léčby**. Respondenti popisovali například motivační rozhovory, kruh změny, budování náhledu na provázanost poruch, bilance výhod a nevýhod, práci s relapsem, bažením, spouštěči, rizikovými situace a přáteli, přijetím závislosti, smysluplným naplněním volného času, harmonogramem času a s deníkem, režim, výdej Antabusu, nácvik sociálních a pracovních dovedností, podporu, hledání zdravých sociálních kontaktů, zdrojů a silných stránek klienta, hospodaření s financemi a získávání samostatnosti.

P1: „Mapuji, jestli rozumí souvislosti s psychickým onemocněním, jestli má náhled… aby porozuměli, co je nemoc, co jsou drogy… Co mu to přináší a co mu to bere …. Nakreslí třeba čáru od 20 do 30 let, kdy na tom byl psychicky dobře a kdy tam byl relaps a hospitalizace, kdy bral a kolik bral. A vlastně zjistí, jak to spolu souvisí… najít zdravé sociální kontakty... Velké téma je volný čas. Při invalidním důchodu je ho teda plno.... Děláme harmonogram času, dne, týdne… podpora... pracovali jsme s deníkem... jestli jsou chutě a myšlenky na drogy, jestli se nepotkal s nějakým spouštěčem... socializaci a nácviky sociálních a pracovních dovedností."

S8: „My jsme hodně pracovali s relapsy, s přijetím závislosti... kruh změny... Bažení... Antabus mu předepisuje náš lékař."

P2: „Když neabstinuje, snažíme se s ním držet vztah a důvěru. Že s nimi zůstáváme, tím se jim snažíme pomoct... Snažíme se ho motivovat k abstinenci."

A1: „Snažíme se hledat nějaké zdroje, které by mu přinesli radost nebo užitek."

S2: „Děláme… finanční plán, trénink, jak vycházet s financemi… aby opravdu dospěl do fáze samostatnosti v rámci možností... Trénujeme, jak na to reagovat při setkáním s někým z dob, kdy užíval. Mluvíme o tom."

S7: „… aby měla nějaký režim a vídala se s jinými lidmi… že ty známí ji do toho vždycky stáhnou. Trénujeme odmítání… Zaměřujeme se na silné stránky klienta."

V některých CDZ se na užívání klientů **aktivně ptají** (při vstupu i průběžně). Může to být součástí mapování či vstupního pohovoru u psychiatra. Jedna respondenta zmínila dotazník na užívání drog.

S7: „Všichni klienti musí absolvovat vstupní pohovor s naším psychiatrem a tam se tohle téma otevírá."

S8: „My se ptáme na užívání v rámci mapování."

S4: „Pokud je zakázka zlepšení psychického stavu a ten člověk je zároveň závislý, tak doptávání na užívání k tomu patří. Když budu mluvit za náš tým, my to děláme všichni."

Některá centra nabízejí adiktologickou péči klientům na základě předchozí **anamnézy**.

P1: „V případě, že je tam anamnesticky duální problematika, tak si domluví sestra kontakt se mnou."

Mnohá CDZ nabízejí možnost testování na přítomnost návykové látky. Může být povinné v rámci ochranných léčeb či dobrovolné na přání klienta.

S2: „Máme klienty, které testujeme. Většinou v rámci ochranek."

S1: „Někdy dáme do individuálního plánu, že bude pravidelně chodit na testy, že jsme schopni odebrat moč. Když s tím klient souhlasí, že je to pro něj motivační."

4.5. Skupiny pro klienty s duální diagnózou v CDZ

Skupinová terapie je považována za významný prvek léčby duálních poruch. V této kapitole mapuji důvody, proč většina zkoumaných CDZ skupiny nerealizuje a často je ani nepovažuje za realizovatelné. Mezi zkoumanými CDZ se podařilo identifikovat jedno, ve kterém skupiny probíhají. Blíže se zde zabývám strategiemi, jak jejich realizátorka řeší obtíže pojící se s cílovou skupinou.

4.5.1. Překážky v realizaci skupin pro klienty s duální diagnózou v CDZ

Ve většině CDZ skupiny pro klienty s duální diagnózou **nerealizují** a **nepovažují jejich realizaci za možnou**. Respondenti vidí překážky v symptomech schizofrenie (omezené sociální dovednosti, nepravidelná docházka, obtíže s dodržováním času a neochota stýkat se s duševně nemocnými z důvodu anosognósie (tj. neschopnost přijetí onemocnění a získání náhledu)), v náročné dopravě do CDZ a v nízkém počtu a různorodosti klientů s duální diagnózou v CDZ.

S1: „Nemáme tolik klientů s duální diagnózou, takže bychom tu skupinu nenaplnili… Jsme hodně velký okres, takže oni by k nám museli dojíždět, což některé klienty odradí… A u těchto klientů víme, jak je to s nějakým dodržováním času."

A1: „U nás by ta skupina byla dost nesourodá… úplně nemuseli být kompatibilní a že by to pro mnohé bylo třeba nepříjemný."

S7: „Víc klientů se nechce vídat s nemocnými lidmi, že nechce být v komunitě nemocných lidí."

Někteří respondenti vyslovili **pochybnosti** o přínosu a účinnosti skupinové terapie pro klienty s duální diagnózou v CDZ.

A2: „Nevím, jestli by to bylo účinné, jestli by to klienti ocenili.“

A1: „By to ani nebylo o sdílení zkušeností, protože ty zkušenosti, které zažívají, jsou diametrálně odlišné. A ty drogy by asi nebyly úplně nějakým průnikem."

Jeden respondent **odkazuje** zájemce o skupinovou terapii **do adiktologické služby**.

S1: „Pokud chtějí skupinová setkání, tak je odkazujeme na adiktologickou službu."

4.5.2. CDZ provozující skupiny pro klienty s duální diagnózou

V jednom ze zkoumaných CDZ **probíhají** skupiny pro klienty s duální diagnózou.

P1: „Skupiny pro klienty s duální diagnózou teď máme. Je vždy jednou za čas.“

Aby skupina byla pro klienty se závažným duševním onemocněním dostatečně bezpečná, provozují ji v tomto CDZ uzavřenou, malou, časově ohraničená a klienty důsledně informují o jejím průběhu (délce, začátku a konci). Za důležité považují, aby se členové znali.

P1: „Je strašně důležité, aby skupina byla uzavřená a malá. Aby to bylo třeba do 6-7 lidí. Ne víc. Aby se znali. Aby začali stejně a skončili stejně... Probíhá většinou 8 týdnů… Oni přesně vědí, kdy to začne, kdy to skončí, jak dlouho to bude trvat. A znají ty lidi celou dobu. A tím je to úplně bezpečné.“

Na skupinové terapii klientů s duální diagnózou je obtížnější navodit atmosféru důvěry a bezpečí, a proto v tomto CDZ dělají první dvě setkání seznamovací, při nichž nekladou velké nároky na komunikaci s ostatními. Využívají například arteterapeutické techniky.

P1: „Mají takový pozvolnější start. Vždy první dvě setkání jsou povrchnější, oťukávací, hodně seznamovací. Nemusí tolik komunikovat. Třeba mám nějaké arteterapeutické techniky. Pak dál se rozjíždí nějaká systematičtější práce, fakt ta adiktologická.“

Do skupin v tomto CDZ **nezařazují všechny klienty** s duální diagnózou. Mezi klienty centra, které terapeutka již zná z individuální práce, vybírá pouze ty, kteří zvládnou interakci s ostatními a pravidelnou docházku. Překážkou může být i vzdálenější bydliště a s ním spojené problémy s dopravou do centra. S ostatními klienty respondentka pracuje pouze individuálně.

P1: „Vždycky tam dávám jenom ty klienty, které předtím už trošku znám z individuálů, abych věděla, jestli to zvládnou. Jsou to už tady zavedení klienti, že mají klíčového pracovníka. Většinou se se všemi potkávám ještě individuálně a mají lékaře tady u nás a sociální… Mám spoustu klientů, kteří jsou takový laxnější v té docházce... třeba i problémy s dopravou… toho si můžu nechat individuálně.“

Jako hlavní **přínos** skupin participantka uvedla, že klienti díky sdílení podobných zkušeností získají náhled na závažnost negativního vlivu rizikových známých na jejich snahu o udržení abstinence. Toto téma považuj u vážně duševně nemocných za obzvláště významné kvůli jejich snazší ovlivnitelnosti a zneužitelnosti a horšímu odhadu na lidi.

P1: „Pomohlo mu to, že viděl, že to téma známých bylo velmi časté, že řada těch lidí měli jenom rizikové kontakty. Že to je problém, co je vrací zpátky k drogám. Došlo k prozření po této stránce... Oni mají díky té psychóze odhad na lidi naivnější. Jsou víc ovlivnitelní, zneužitelnější."

4.5.3. Zájem CDZ o skupiny pro klienty s duální diagnózou

V dalších dvou zkoumaných CDZ by **v budoucnu** rádi skupinovou terapii klientů s duální diagnózou zavedli, alespoň podpůrná, motivační nebo edukační.

A2: „Bylo by fajn, kdybychom nějaký skupiny do budoucna zase zkusili… By to nemusela být úplně terapeutická skupina. Spíš podpůrná nebo motivační nebo edukační."

A1: „Myslím si, že na to možná časem dojde. Ale bude potřeba, abychom měli nějakou jasnou vizi, jak to bude s adiktologií v rámci služeb.“

4.6. Shrnutí výsledků

Tomto oddíle shrnuji odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky, které výzkum přinesl. Opět zde používám rozlišení formátem písma jako v celé kapitole 4. Navíc kategorie odpovídající podkapitolám třetí úrovně této kapitoly jsou zvýrazněny ***tučnou kurzívou***.

Všichni respondenti potvrdili, že **mají v CDZ klienty s duální poruchou.**

O1: Kdo je, dle pracovníků vybraných CDZ, typický klient CDZ trpící duální diagnózou?

Převažujícím ***neadiktologickým vážným dušením onemocněním*** klientů CDZ s duální diagnózou je porucha z oblasti **psychóz**, nejčastěji schizofrenie. Vyskytují se i klienti s **bipolární poruchou**. Časté jsou **suicidální pokusy** v anamnéze.

Většinou participanti popisovali klienty s **uznanou invaliditou**, z části však bez nárok na výplatu invalidního důchodu. Významná část klientů s duální diagnózou má **omezenou svéprávnost** v oblasti zdraví a/nebo nakládání s financemi.

Většina pracovníků popsala typického klienta CDZ s duální diagnózou jako **uživatele více *návykových látek*** včetně pervitinu, THC, alkoholu a v některých případech i

opioidů. Mezi klienty jsou však i osoby se **závislostí pouze na alkoholu** a osoby se **syndromem patologického hráčství**.

Jako nejčastější ***důvod užívání*** psychoaktivních látek klienty uváděli respondenti **selfmedikaci** pro zmírnění psychických potíží, ta obvykle zahrnovala alkohol, marihuanu a stimulanty. Dalším důvodem může být **zmírnění tlumivých vedlejších účinků léků** pomocí stimulantů. Mezi příčinami zaznívala také **nuda**.

Klienti s duální diagnózou typicky ***vstupují do péče CDZ*** asertivním navázáním v **psychiatrických nemocnicích** (pravidelně na **odděleních následné péče,** příležitostně na **oddělení duálních diagnóz**) či v **adiktologické terapeutické komunitě,** předáním **ambulantními psychiatry** při zhoršení stavu klienta a/nebo compliance s léčbou (pro výhodu CDZ v multidisciplinárního týmu a možnosti terénní práce.)**,** na popud **rodiny (**pro podporu v péči o klienta) nebo **sami** z vlastního rozhodnutí.

Typické ***první zakázky*** klientů s duální diagnózou se týkají **sociálních** (bydlení, práce, invalidní důchod, vztah s rodinou)**, zdravotních** (stabilizace, medikace, zvládání symptomů) nebo **adiktologických problémů**, často v kombinaci.

O2: Jaké vzdělání a praxi v oblasti léčby závislostí mají vybraní pracovníci CDZ poskytující péči o adiktologickou stránku problému klientům s duální diagnózou?

Pouze tři pracovníci uvedli, že nemají **žádné *adiktologické vzdělání***. Do výzkumu se zapojili tři **adiktologové**. Tři pracovníci se **zaměřovali na adiktologickou problematiku během svých vysokoškolských studií**, tři absolvovali **kurz práce s lidmi s duální diagnózou** a dva **kurz adiktologie**. Respondenti s praxí **v adiktologické službě zde prošli řadou kurzů a výcviků**. Další vzdělávání účastí na **konferencích**, **seminářích** nebo **samostudiem** uvedlo 7 pracovníků. Jeden z participantů je členem skupiny **Duální stoly**.

V adiktologické službě má ***předchozí praxi*** 6 pracovníků (v **adiktologické ambulanci**, **kontaktním centru s terénním programem** či **primární prevenci)**. V současnosti pracují dva respondenti v adiktologické ambulanci.

Pouze dva respondenti (15 % z respondentů, 13 % ze zkoumaných CDZ) nemají ***žádné vzdělání ani praxi*** v oblasti léčby závislostí.

O3: Jakou ve vybraných CDZ zastávají pracovní pozici a roli v péči o klienty s duální diagnózou adiktologové?

Do výzkumu se zapojili tři adiktologové pracující v CDZ, z nichž jeden působí ve třech různých CDZ. Další zkoumané CDZ má adiktoložka je momentálně na mateřské dovolené. Celkem byli adiktologové **identifikováni** v 6 z 15 prozkoumaných CDZ (40 %).

Všichni zkoumaní adiktologové pracují v CDZ na ***pozici* sociálního pracovníka**, neboť CDZ nemají pozici adiktologa ani nasmlouvané úhradu adiktologických výkonů pojišťovnou.

V CDZ adiktologové plní ***roli*** specialistů na práci s lidmi s duální diagnózou. U některých klientů jsou **klíčovými pracovníky**, u jiných jsou **zapojeni do péče**. Kromě přímé práce s klienty také poskytují konzultační podporu týmu, spolupracují na tvorbě a realizaci individuálních plánů a poskytují poradenství klientům a jejich blízkým.

O4: Popisují vybraní pracovníci CDZ v péči o typického klienta s duální diagnózou prvky sukcesivního, paralelního či integrovaného modelu léčby?

Většina CDZ **kombinuje** prvky sukcesivního, paralelního a integrovaného modelu léčby. V některých CDZ se klientů aktivně **dotazují na užívání návykových látek** (při vstupu a průběžně) a vycházejí z adiktologických problémů v **anamnéze** klienta.

Model ***sukcesivní*** léčby se v CDZ typicky aplikuje, když je klient indikován na **pobytovou adiktologickou léčbu**. Některá CDZ **nepřijímají** klienty s převažujími adiktologickými problémy. Některá CDZ **navazují** klienty v na duální diagnózy specializovaných odděleních psychiatrických nemocnic nebo terapeutických komunitách.

Většina respondentů podporuje klienty v ***paralelním*** využívání adiktologických služeb, jako jsou **ambulance, kontaktní centra, terénní služby a denní stacionáře.** Důvodem bývá absence specializovaných programů pro závislé v CDZ, možnost skupinové terapie, práci s toxickými sny a bažením a poskytování injekčního materiálu. Často využívají jednu konkrétní službu a koordinují péči.

Klienti často **odmítají** nebo **nezvládají** léčbu v adiktologické službě, a proto ***integrují*** pracovníci CDZ, dle svých možností, do péče prvky adiktologické léčby, jako jsou motivační rozhovory, kruh změny, budování náhledu na provázanost poruch, bilance výhod a nevýhod, práce s relapsem, bažením, spouštěči, rizikovými situace a přáteli a přijetím závislosti, plánování času a jeho smysluplné naplnění, vedení deníku, režim, výdej Antabusu, nácvik sociálních a pracovních dovedností, podpora, hledání zdravých sociálních kontaktů, zdrojů a silných stránek klienta, hospodaření s financemi, podporu samostatnosti, testování na přítomnost návykových látek (povinné v rámci ochranné léčby nebo dobrovolné na přání klienta) aj.

O5: Realizují vybraná CDZ skupiny pro klienty s duální diagnózou a proč?

Naprostá většina (93 %) zkoumaných CDZ ***nerealizuje*** skupinovou terapii pro klienty s duální diagnózou a často ji ani **nepovažují za realizovatelnou**. Důvody vidí v

symptomech schizofrenie (omezené sociální dovednosti a nepravidelná docházka), komplikacích s dopravou a v malém počtu a různorodosti klientů.

Jen v jednom zkoumaném CDZ ***probíhají*** skupiny pro klienty s duální diagnózou. Jsou uzavřené, malé a časově ohraničené. Jsou založeny na důvěrnosti mezi členy. První dvě setkání jsou seznamovací. **Ne všichni klienti** jsou do skupin zařazeni na základě neschopni pravidelně docházet a interagovat s ostatními či kvůli náročnému dojíždění. Další dvě CDZ by ***v budoucnu chtěly*** zavést skupinovou terapii, alespoň v podpůrné, motivační nebo edukační formě.

6. DISKUSE A ZÁVĚR

Výzkumu se zúčastnili zaměstnanci z více než poloviny CDZ. Výsledky však není možné zobecňovat na všechna CDZ. Na úrovni center byla sice použita metoda totálního výběru, tzn. bylo osloveno všech 29 v ČR existujících center. Ve 14 případech však centra na žádost nereagovala či účast ve výzkumu odmítla z důvodu zaneprázdněnosti. Tento negativní samovýběr může mít různé důvody. Může jít o zmíněnou zaneprázdněnost. V předvýzkumu vedoucí některých center vypověděli, že klienty s duální diagnózou nemají či jich mají minimum, což může být dalším důvodem nezájmu o účast ve výzkumu. Také je možné, že se výzkumu neúčastnila centra, v nichž nemají pracovníky s teoretickou či praktickou průpravou v oblasti léčby závislostí či si jsou vědomi, že se jim práce klienty s duálním diagnózou nedaří. Důvodem může být také prostý nezájem o účast ve studentských výzkumech. V každém případě je zřejmé, že výsledky výzkumu se vztahují se pouze ke zkoumaným CDZ.

Do výzkumu se nezapojili žádné zdravotní sestry. To může mít opět mnoho vysvětlení. Mnohé nasvědčuje tomu, že kritériu, aby respondent poskytoval péči v adiktologické oblasti klientům s duální diagnózou, vyhovovali častěji sociální pracovníci či psychoterapeuti. Roli mohla opět sehrát zaneprázdněnost. Možné je i to, že v profesi zdravotních sester jsou na účast ve výzkumech kladeny jiné požadavky a omezení.

Domnívám se, že se ve výzkumu podařilo zodpovědět všechny výzkumné otázky.

O1: Kdo je, dle pracovníků vybraných CDZ, typický klient CDZ trpící duální diagnózou?

Zastoupení neaditkologických vážných duševních onemocnění mezi klienty s duální diagnózou koresponduje s jejich zastoupením v celé cílové skupině CDZ uvedené ve standardech služby (MZČR, 2021) a s výsledky analýzy dat ze zprávy o Dostupnosti péče v CDZ (Melicharová et al., 2021).

Velká část klientů s duální diagnózou v CDZ má uznanou invaliditu a omezenou svéprávnost, což může omezovat možnosti adiktologické léčby, při níž jsou práce, režim, osamostatnění a přebírání zodpovědnosti za vlastní život významnými prvky.

Jako převažující motiv k užívání psychoaktivních látek se objeve snaha o selfmedikaci, čemuž odpovídají i nevíce užívané látky. Dle některých autorů může při adekvátní léčbě duševního onemocnění užívání návykových látek ustat (Torrens et al., 2017). Zároveň však je nutné počítat se vzájemnou interakcí a cyklickou povahou komorbidních poruch (Kalina & Minařík, 2015). Dalším uváděný motivem byla nuda. Ta může souviset s invalidním důchodem mnoha klientů.

Způsoby příchodů klientů do CDZ a jejich první zakázky naznačují, že v začátku spolupráce s CDZ se většina klientů z hlediska motivace k řešení adiktologických problémů pravděpodobně nachází ve fázi prekontemplace či kontemplace. Mohli by tedy mít prospěch ze systematické práce s motivací. Ta jistě spadá do kompetencí všech profesí, působících

v CDZ. Otázkou však je, na kolik jsou ji schopni účinně modifikovat na adiktologickou oblast.

O2: Jaké vzdělání a praxi v oblasti léčby závislostí mají vybraní pracovníci CDZ poskytující péči o adiktologickou stránku problému klientům s duální diagnózou?

Respondenti z 87 % zkoumaných CDZ měli nějakou teoretickou či praktickou průpravu v adiktologické oblasti. Z toho je patrný zájem center o možnost účinně pomáhat klientům s duální diagnózou. Vzdělání a praxe pracovníků v oblasti léčby závislostí je velice různorodá. Vzhledem k zakotvení cíle poskytování integrované léčby klientům s duální diagnózou ve standardech služby (MZČR, 2022a) se to jeví jako nesystematické a často nedostatečné. Například je podstatný rozdíl v tom, zda má pracovník praxi adiktologické ambulanci či působil jako terénní pracovník v harm reduction apod. Navíc stále existují CDZ, kde nemají žádné pracovníky s průpravou v adiktologické oblasti.

Z předvýzkumu a z výpovědí respondentů výzkumu je patrné, že mnohé týmy CDZ vnímají nedostatek odborníků na léčbu závislostí jako problém.

O3: Jakou ve vybraných CDZ zastávají pracovní pozici a roli v péči o klienty s duální diagnózou adiktologové?

Přestože pracovní pozice adiktologa v CDZ neexistuje (MZČR, 2021), ve 40 % zkoumaných CDZ adiktolog působí. Všichni identifikovaní adiktologové zastávají pozici sociálního pracovníka. Na to by se dalo nahlížet, jako na obcházení standardů služby. Kritéria kvality CDZ však požadují přítomnost členů týmu orientujících se v adiktologické oblasti, pro což se adiktolog jeví jako ideální řešení. Z výpovědí adiktologů, účastnících se výzkumu, vyplynulo, že jejich práce vesměs neodpovídá definici adiktologických výkonů. Například se často odehrává v terénu. To je z části dáno rozlohou spádových oblastí jednotlivých CDZ, kdy kvůli náročné dopravě navštěvují pracovníci klienty v jejich bydlištích. Dalším důležitým faktorem je častá neschopnost klientů dodržovat domluvené termíny schůzek a nutnost kratších setkání (vzhledem ke specifikám cílové skupiny), než odpovídá adiktologickým výkonům.

Ve více než polovině CDZ by pro adiktologa nebylo uplatnění na celý úvazek (Hašková & Mravčík, 2022). Za velmi inspirativní považuji řešení, kdy jeden adiktolog pracuje pro celou skupinu center, jako adiktoložka A2.

Domnívám se, že v souladu s Kritérii kvality CDZ by byl adiktolog vhodným odborníkem pro poskytování konzultační podpory pro tým v rámci porad a intervizí a zapojení spolu s case managerem do tvorby a naplňování individuálních plánů konkrétních klientů (MPSV ČR, 2021; Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Navíc by mohl přispět k zaškolování členů týmů v adiktologické problematice (Šalomoun & Roubalová, 2020). Tím by mohl být naplněn

požadavek Kritérií kvality, aby „všichni členové týmu by měli mít v této oblasti alespoň základní znalosti a dovednosti“ (MPSV ČR, 2021, s. 19).

Nelze však brát na lehkou váhu ani obavy jednoho z respondentů, že by přítomnost adiktologa v CDZ mohla některé klienty odradit od spolupráce s CDZ, čímž by se zvedl práh dostupnosti psychiatrické péče pro tyto klienty. Proto je nutné při adiktologických intervencích postupovat citlivě, respektovat fázi motivace klienta a případně i přání klienta v pokračování užívání.

O4: Popisují vybraní pracovníci CDZ v péči o typického klienta s duální diagnózou prvky sukcesivního, paralelního či integrovaného modelu léčby?

Většina CDZ kombinuje prvky sukcesivního, paralelního a integrovaného modelu léčby.

Sukcesivní model léčby používají centra v opodstatněných situacích, především je-li klient indikován pro pobytovou aditologickou léčbu.

Centra hojně aplikují model paralelní léčby duálních diagnóz, což je v souladu s Kritérii kvality CDZ, která dovolují centrům paralelně spolupracovat s vhodnou adiktologickou službou (MPSV ČR, 2021). Paralelnímu modelu léčby bývá v odborné literatuře vytýkáno, že odpovědnost za volbu a dodržování uceleného plánu léčby spočívá převážně na pacientovi (Torrens et al., 2017) a že při nedostatečné komunikaci a spolupráci služeb může být pro pacienta tento model léčby rizikový (Kalina & Minařík, 2015). Těmto rizikám centra často předcházejí tím, že spolupracují s jedním konkrétní adiktologem, komunikují s ním a koordinují péči o klienta. Zůstává však, nikoliv bezvýznamný, problém s obtížemi s koordinací schůzek a dopravou do zařízení (Torrens et al., 2017). Z výzkumu dále vyplynula neochota a obavy klientů z navazování vztahu s dalšími cizími lidmi.

Pokud klienti odmítají nebo nezvládají léčbu v adiktologické službě, integrují pracovníci CDZ, dle svých možností, do péče prvky adiktologické léčby. I zde by mohla být prospěšná přítomnost adiktologa alespoň v širším týmu, kdy by mohl provádět komplexní adiktologickou diagnostiku, na základě ní formulovat individuální léčebné plány, koordinovat jejich realizaci a instruovat a školit členy týmu v adiktologické oblasti (Šalomoun & Roubalová, 2020).

O5: Realizují vybraná CDZ skupiny pro klienty s duální diagnózou a proč?

Výsledky v této otázce by, dle mého názoru, mohly být velkou inspirací pro týmy CDZ.

Například dle Fox et al. (2011) je klíčovým prvkem účinných programů pro duální diagnózy skupinová psychoterapie. Klienti při ní mohou pocítit, že nejsou ve svém boji sami. Skupiny mohou členům poskytnou silné a účinné příklady a podporu, nová přátelství s abstinenty a prostředí přijímající klienta.

Během přípravné fáze výzkumu jsem zkoumala webové stránky jednotlivých CDZ. Pouze na jedněch jsem objevila, že nabízejí skupiny pro klienty s duální diagnózou. Ani během výzkumu se nepodařilo identifikovat žádné další centrum poskytující tyto skupiny. Naopak výzkum odhalil mnohé obavy pracovníků center z nerealizovatelnosti těchto skupin. Myslím, že bližší prozkoumání fungování skupin v identifikovaném CDZ, které je realizuje, a případné předvedení jako příkladu dobré praxe na adiktologických konferencí a v časopisech by mohlo pomoci zefektivnit léčbu klientů s duální diagnózou v CDZ.

7. POUŽITÁ LITERATURA

Clarke, V., & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The journal of positive psychology*, 12(3), 297-298. https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613

Castleberry, A., & Nolen, A. (2018). Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Currents in pharmacy teaching and learning*, 10(6), 807-815. https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.03.019

Carrà, G., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M. C., Heider, D., Brugha, T., Azorin, J. -michel, & Toumi, M. (2012). The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *262*(7), 607-616. https://doi.org/10.1007/s00406-012-0305-z

Duální stoly. (2020). *Duální stoly: Pracovní skupina pro podporu lidí s duální diagnózou.* https://www.dualni-stoly.cz/

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013). Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: A review of the data. *EMCDDA Papers.*

Fox, L., Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M., Becker, D. R., McGovern, M., Cimpean, D., Bartels, S. J., Torrey, W. C., Foster, F. P., Strickler, D. A., Merrens, M. R., & Acquilano, S. C. (2011). *Integrovaná léčba duálních poruch: aktualizovaná a rozšířená příručka: nejlepší postupy, dovednosti a zdroje pro úspěšnou péči o klienty*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Fridell, M. & Nilson, M. (2004). Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. *Drugs in Focus*, 14. EMCDDA.

Hašková, L., & Mravčík, V. (2022). Uplatnění adiktologů v Centrech duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním v ČR. *Psychiatrie*, 26(4), 142-145.

Hejzlar, P., Halíř, M., & Fiala, M. (2010). Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie*, *14*(3), 146-151.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.

Jaworski, F., Dubertret, C., Adès, J., & Gorwood, P. (2011). Presence of co-morbid substance use disorder in bipolar patients worsens their social functioning to the level observed in patients with schizophrenia. *Psychiatry research*, *185*(1-2), 129-134.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Rada Evropy - Skupina Pompidou.

Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Grada.

Kalina, K. & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (s. 211-231). Praha: Grada Publishing.

Koch, J. (2009). Comorbidity: Addiction and other mental illnesses. In *Mental illnesses*. Nova Science Publishers, Incorporated.

Kolpingovo dílo České republiky. (2023a). *Následná péče Kolping: doléčovací služba pro lidi s duální diagnózou*. https://www.naslednapece.kolping.cz/

Kolpingovo dílo České republiky. (2023b). *Terapeutická komunita Sejřek*. https://www.tksejrek.kolping.cz/poskytovane-sluzby/

Libra, J. (2015). Case management-prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In K. Kalina (Ed.), *Klinická adiktologie* (s. 634-647). Grada Publishing.

Magdaléna o.p.s. (2023). *Léčba závislostí a jejich prevence*. https://www.magdalena-ops.cz/cs/

Maj, M. (2005). 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *British Journal of Psychiatry*. 186(3), 182-184. https://doi.org/10.1192/bjp.186.3.182

Melicharová, H., Šanca, O., Jann, J., Jarkovský, J., & Soukupová J. (2021). *Analytická zpráva - Dostupnost péče v CDZ.* UZIS ČR.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. (2021). *Kritéria kvality Center duševního zdraví.* https://rpq.mpsv.cz/wp-content/uploads/2021/11/Krit%C3%A9ria-kvality-Center-du%C5%A1evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2013). *Strategie reformy psychiatrické*. https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatricke%20peče.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2019a). *Ministerstvo zdravotnictví vybere čtyři psychiatrické ambulance s rozšířenou péčí*. https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-vybere-ctyri-psychiatricke-ambulance-s-rozsirenou-peci/

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2019b). *Průvodce reformou psychiatrické péče.* https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020a). *Malý průvodce Centry duševního zdraví.* https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/15623/38543/Maly_pruvodce_CDZ.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020b). *Metodika programu podpory Center duševního zdraví 3.* https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/02/Metodika-Programu-podpory-Center-du%C5%A1evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD-III_v.3-1.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020c). *Ministerstvo vybere dva forenzní multidisciplinární týmy duševního zdraví, které budou poskytovat péči pacientům s nařízeným ochranným léčením.* https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-

vybere-dva-forenzni-multidisciplinarni-tymy-dusevniho-zdravi-ktere-budou-poskytovat-peci-pacientum-s-narizenym-ochrannym-lecenim/

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020d). *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030.* https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/Narodn%C3%AD-akčn%C3%AD-plan-pro-duševn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2021). *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI)*. *Věstník Ministerstva zdravotnictví, 8*(2), 2-16. https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022a). *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče.* https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022b). *Zpráva z konference „Výzvy a příležitosti v reformě péče o duševní zdraví"*. https://reformapsychiatrie.cz/clanek/zprava-z-konference-vyzvy-prilezitosti-v-reforme-pece-o-dusevni-zdravi

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2023). *Centra duševního zdraví / multidisciplinární týmy.* https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz/mapa-cdz-vcetne-kontaktu

Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in dual diagnosis*, *7*(3), 107-117.

Pfeiffer, J. (2004). Komunitní péče. In C. Hôschl, J. Libiger, J. Švestka (Eds.), *Psychiatrie: Druhé, doplněné a opravené vydání.* Tigis.

Přikryl, R. (2010). Antipsychiatrické hnutí. *Psychiatrie pro Praxi 2010*, 11(1), 40–41. Solen s. r. o.

Psychiatrická nemocnice Bohnice. (2023). *Oddělení 16 – Duální diagnózy*. https://bohnice.cz/zakladni-informace/oddeleni-16-dualni-diagnozy/

Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské. (2023). *Terapeutická komunita Tao (cesta)*. https://www.pnmo.cz/19366/oddeleni-vi-(tk-tao)/

Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče.* https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Maly%20průvodce%20reformou%20psychiatricke%20peče.pdf

Říčan, P., Krupčík, O., Melicharová, H., Benýšková, A., Rektor, J., Pěč, O., & Plecháček, O. (2021). První vlna center duševního zdraví z pohledu kvantitativní evaluace u zkušenosti. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 117(5), 230-243.

San, L., Álvarez, E., Bobes, J., & Gilaberte, I. (2007). Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *European psychiatry*, *22*(8), 490-498.

Střelec, J. (2021). Historické souvislosti současné reformy péče o duševní zdraví v České republice. *Fórum sociální práce*, (Special), 37-47.

Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Fokus Praha.

Stuchlík, J., & Říčan, P. (2018). *FACT v České republice: Blízkost holandskému modelu v praxi komunitních služeb*. Centrum pro rozvoj duševního zdraví, z.s.

Šalomoun, J., & Roubalová, A. (Eds.). (2020). *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb*. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I. & Domingo-Salvany, A. (2017). *Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě.* Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (2011). http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55

World Health Organization. (1994), *Lexicon of alcohol and drug terms.*