

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – kombinovaná forma



Mgr. Martina Benešová

**Zmapování poskytovaných adiktologických služeb následné
péče pro gerontoadiktologické klienty v Jihočeském, v Jihomoravském
a v Kraji Vysočina**

Mapping of provided addictological aftercare services for gerontoadictological clients
in Jihočeský, Jihomoravský and Vysočina Region

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Anna Volfová

Praha, 2022

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, 14.7.2022

Martina Benešová

Poděkování

Děkuji Mgr. Anně Volfové za poskytnuté rady a obdivuhodnou trpělivost při psaní mé bakalářské práce.

Mé poděkování patří též všem výzkumníkům a respondentům výzkumu za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

Identifikační záznam

BENEŠOVÁ, Martina. Zmapování poskytovaných adiktologických služeb následné péče pro gerontoadiktologické klienty v Jihočeském, v Jihomoravském a v Kraji Vysočina. [Mapping of provided addictological aftercare services for gerontoadictological clients in Jihočeský, Jihomoravský and Vysočina Region]. Praha, 2022. 44 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2022. Vedoucí závěrečné práce, Mgr. Anna Volfová.

Abstrakt

Východiska: Vzhledem k demografickému stárnutí obyvatelstva ve vyspělých zemích, roste zastoupení seniorů v populaci. Tento trend se odráží i v adiktologii, kdy se stále častěji setkáváme s cílovou skupinou seniorů závislých na návykových látkách (gerontoadiktologie). V ČR je poměrně dobře vybudovaná síť služeb pro adiktologické klienty, ve které má své opodstatněné místo pobytová služba následná péče. Zaměřuje se především na udržování pozitivních změn v chování, postupné začlenění klientů do normálního života a efektivně podporuje abstinenci. Avšak žádný dosavadní výzkum nereflexuje, jak je tato služba dostupná gerontoadiktologickým klientům v Jihomoravském, Jihočeském a v Kraji Vysočina, jaké má pro ně programy a přizpůsobení, popřípadě jaké jsou nedostatky v péči o tyto klienty.

Cíle: Jádrem výzkumu je zmapovat dostupnost služeb pobytové následné péče v Jihočeském, v Jihomoravském a v kraji Vysočina pro gerontoadiktologické klienty. Identifikovat možné limitující faktory pro tuto cílovou skupinu a poskytnout autentickou subjektivní zkušenost výzkumníků, v roli příbuzných adiktologických klientů, při komunikaci se službami.

Metody výzkumu: Praktická část práce byla realizována za pomoci kvalitativní výzkumné metody Mystery shopping, při které realizátoři studie, v roli potenciálních zájemců o služby následné péče, telefonicky zjišťovali potřebné informace. Respondenti výzkumu byli vybráni na základě předem zvolených kritérií. Jsou jimi všechna zařízení nabízející pobytovou následnou péči v Jihomoravské, Jihočeském a v kraji Vysočina s cílovou skupinou nad 18 let do minimálně 70 let věků. Těchto zařízení je dle přehledu sedm. Získaná data byla zpracována metodou textové analýzy realizovaných rozhovorů.

Výsledky: Díky výsledkům výzkumu bylo zjištěno, že ve třech zařízeních ze sedmi by bylo možné bez limitů a podmínek gerontoadiktologického klienta umístit. Důvody pro neumístění byly různé. Klient nesplňoval cílovou skupinu, ve službě docházelo k administrativním změnám, tudíž nepřijímala žádné klienty. Důvodem a limitem byla také nutnost zaměstnání a nevyhovující délka pobytu pro seniorské klienty. Z výzkumu vplynuly tyto limitující faktory, kapacita zařízení a nutnost dobrého zdraví a mobility, neboť všechny nabízené služby byly bariérové a neměly k dispozici vhodnou lékařskou

péči. Výzkum také ukázal, že pracovníci v zařízeních mají kvalitní informace o službě, jsou ochotni poradit a nahlíží na zájemce o službu bez předsudků.

Závěry: Gerontoadiktologické klienty lze do služeb pobytové následné péče umístit, ale ve většině případů jsou pro ně i určité limity. Je třeba poukázat na to, že žádná služba nemá přímo program, který se věnuje seniorským klientům a nemají s nimi příliš zkušeností. Efektivním by se mohlo jevit zvýšení počtu domovů se zvláštním režimem pro závislé seniory.

Klíčová slova: adiktologické služby, gerontoadiktologie, gerontologie, následná péče.

Abstract

Resources: Due to the demographic aging of the population in developed countries, the proportion of seniors in the population is increasing. This trend is also reflected in the addicology which we are increasingly meeting the target group addicted to addictive substances (gerontoadicology). The Czech republic has a relatively well-established network of services for addiction clients in which the residential care service has a justified place. It is focused on maintaining positive behavioral changes, gradual integration of clients into everyday life and promotes abstinence effectively. However, no existing research reflects how this service is available for gerontoadicology clients in the South Moravian, South Bohemian and Vysočina regions, which programmes and adaptations it has for them, or what are the gaps in the care of these clients.

Targets: The core of the research is the mapping of the availability of residential aftercare services in South Bohemian, South Moravian and Vysočina regions for gerontoadicology clients. The thesis identifies possible limiting factors for this target group and deserves authentic subjective experience of research in the role of relatives of addicted clients during communications with services.

Methodology: Practical part of the thesis was realized by the qualitative research method Mystery shopping during which implementers of the study were finding out by the phone, in the role of potential candidates for aftercare service, needed information. Research respondents were selected on the basis of preselected criteria. These are all facilities offered residential aftercare in South Moravian, South Bohemian and Vysočina regions with the target group over 18 years of age up to at least 70 years of age. According to the survey there are seven of these facilities. The obtained data were processed by the method of text analysis of conducted interviews.

Results: Throu the results of research were found out that in three of seven facilities would be possible to accomodate gerontoadicology client without limits and conditions. The reasons for non-location were various. The client did not meet the target group, there were administrative changes so they did not accept any new clients. The research showed these limited factors, facility capacities and need of good health and mobility, because all offered services were barriers and did not have suitable medical care available.

The research also showed that staff have high-quality information about service, they are willing to advise and they are looking at service seekers without prejudice.

Conclusions: Gerontoadictologic clients can be placed to residential aftercare services, but in most cases there are limits. It is necessary to point out that no service has a direct programme which is for senior clients dedicated and they do not have much experience with them. There could be an increase in the number of homes with special arrangements for addicted seniors.

Keywords: addiction services, aftercare services, gerontoadictology

Obsah

1	Východiska a úvod	10
2	Teoretická část.....	13
2.1	Gerontologie.....	13
2.2	Adiktologie.....	13
2.3	Syndrom závislosti	14
2.4	Návykové látky a stáří (Gerontoadiktologie).....	16
2.4.1	Alkohol a stáří.....	17
2.4.2	Škodlivé užívání léků ve stáří	18
2.5	Síť adiktologických služeb	19
2.5.1	Následná péče a její vymezení	21
3	Praktická část	26
3.1	Výzkumné cíle.....	26
3.2	Výzkumné otázky	26
3.3	Metoda sběru dat	26
3.4	Výzkumný soubor	28
3.5	Metody zpracování a analýzy dat.....	29
3.6	Etika a úskalí výzkumu	30
3.7	Výsledky.....	31
4	Závěr a diskuse.....	33
5	Použitá literatura a jiné zdroje	35
6	Přílohy	39

1 Východiska a úvod

V bakalářské práci se zabývám zmapováním možností pobytové následné péče pro gerontoadiktologické klienty v Jihočeském, Jihomoravském a v kraji Vysočina. Tyto kraje jsem vybrala z toho důvodu, že jsou mi blízké, zejména proto, že z jednoho z nich pocházím a je zde i místo mého povolání. Vzhledem k tomu, že dle Černíkové et al. (2021) současný systém adiktologické péče v ČR s cílovou skupinou starších dospělých a seniorů systematicky nepracuje a oblast gerontoadiktologie je spíše okrajovou a rozvojovou součástí oboru adiktologie, domnívám se, že problematiku umístění gerontologických klientů do služeb následné péče, zejména té pobytové, je třeba více zmapovat a zjistit jaké možnosti klienti ve službách mají.

Tomášková (2012) uvádí, že obecně situace seniorů v současné společnosti není právě příznivá. Zejména ageismus (negativní představy a předsudky o seniorech, diskriminování starých lidí kvůli věku), ale i zhoršení psychického a fyzického stavu, zhoršení ekonomického stavu a s věkem se zvyšující sociální izolace. Jsou faktory, které mohou způsobit bariéry pro začlenění seniorů do služeb.

Důvodem, proč jsem zvolila mapování právě pobytové následné péče z celé sítě adiktologických služeb je, že výzkumy ukazují, že úspěšnost léčby závislostí a udržení změn v chování uživatelů návykových látek dosažených v léčbě, zejména pak abstinence, zvyšují služby následné péče až o 80 % (Radimecký, 2012). Výroční zpráva (Mravčík et al., 2010) uvádí, že následnou péči s chráněným bydlením (13 zařízení s kapacitou 269 míst) využilo 493 klientů a klienti služeb následné péče jsou uživatelé návykových látek, v průměrném věku kolem pouhých 29 let. Ukazatelem, že tyto služby využívají čím dál starší klienti jsou údaje z Výroční zprávy (Mravčík, et al., 2015), kde je uveden průměrný věk uživatelů alkoholu v programech následné péče 41,1 let. Což je číslo stále vzdálené od seniorského věku.

Senioři užívající návykové látky jsou skupina adiktologických pacientů, o které se v souvislosti s následnou péčí příliš informací neuvádí. I přes to, že je to však skupina, která se stále rozrůstá a rozrůstat bude. Dle Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2020) má právě seniorská složka (osoby starší 65 let) obyvatel vzestupný charakter. A to již od poloviny 80. let 20. století. Celkem je seniorů v tomto věku k roku 2020 2,16 milionů a poprvé v historii její podíl v populaci přesáhl 20 %, konkrétně činí 20,2 %. K tomuto nárůstu počtu i podílů osob ve věku 65 a více let v české populaci přispíval jak přesun silných ročníků (generace narozených ve 2. polovině 40. let 20. století) z produktivní složky nad hranici 65 let, tak dlouhodobě prodlužující střední délka života (CZSO, 2020). Zajímavá jsou i čísla uvedena v přehledovém článku (Krombholz et al., 2010), u populace starší 60 let se při použití přísnějších kritérií odhaduje například závislost na alkoholu na 2-4 %. Méně přísnější kritéria a dle některých studií prováděných v nemocničních a ošetrovatelských zařízeních odhadují prevalenci škodlivého užívání a závislosti na alkoholu v širokém rozptýlu od 8 do 50 %. S přibývajícím čísly počtu

seniorů přibývá i počet seniorů se syndromem závislosti. Podle Skopalové (2014) v psychiatrických ambulancích bylo v ČR v roce 2012 evidováno 7,8 % seniorů s diagnózou závislosti na alkoholu, 4,8 % seniorů bylo v roce 2012 s touto diagnózou léčeno v některém psychiatrickém zařízení. Škodlivé užívání návykových látek u seniorů, především alkoholu není zdaleka jednoduchý problém, proto je motivace k abstinenci důležitá a doléčovací programy jako utvrzení se v ní nedílnou součástí léčby (Skopalová, 2014).

Otázkou je, zda u služeb následné péče, které mají cílovou skupinu závislé seniory nabídka pokrývá poptávku. Radimecký (2012) při své studii, kterou provedl v Libereckém kraji konstatoval, že současná nabídka služeb následné péče v obou formách (ambulantní i pobytové) se v tomto kraji jeví být relativně přiměřená poptávce a služby jsou pro potenciální zájemce o ně dostupné. Nemapoval však nabídku služeb pouze pro seniorské klienty, nýbrž pro závislé všech věkových kategorií. Tato studie mě inspirovala jak obsahově, tak především metodologicky. Byla zde použita kvalitativní metoda fiktivní zakázky. Respondenti byli v průběhu realizace analýzy telefonicky osloveni formou fiktivní zakázky o poskytnutí, zprostředkování nebo doporučení služby následné péče pro zájemce o službu (Radimecký, 2012). Metoda fiktivní zakázky je hlavní analytickou metodou i této práce.

Dle Výroční zprávy z roku 2015 (Mravčík et al., 2015) většina krajů popisuje síť služeb jako minimální, ale současně nedostačující. Práce se zabývá službami následné péče poskytované seniorské adiktologické populaci. Mezi služby následné péče řadíme služby ambulantní a pobytové. V práci se zabývám konkrétně pobytovými službami, protože ty mají strukturovaný program a řeší seniorům otázku bydlení. Tohoto typu jsou čtyři zařízení v kraji Jihomoravském, v Kraji Vysočina dvě a v kraji Jihočeském jedno (Mravčík et al., 2015). Zařízení, která mají však cílovou skupinu klientů nad 65 let je ještě méně, v Kraji Vysočina tři, v kraji Jihomoravském tři zařízení a v Jihočeském jedno zařízení (MPSV, 2022). Ze 44 programů následné péče mělo v r. 2015 certifikaci RVKPP 19 programů a 11 z nich bylo podpořeno v rámci dotačního řízení RVKPP. Z celkem 11 programů následné péče podporovaných v dotačním řízení RVKPP poskytovalo v r. 2015 chráněné bydlení 10 programů. Kapacita chráněného bydlení 10 programů byla 127 míst (Mravčík et al., 2015), což je například o jedno místo víc než v roce 2007 (Mravčík et al., 2015), ale v roce 2020 bylo počet míst zvýšeno na 211 (Mravčík et al., 2021). Nejčastěji se uvádí počty uživatelů legálních a nelegálních drog do věku maximálně 64 let, statistická čísla o starších uživatelích se na základě rešerší dostupných zdrojů nepodařilo zjistit.

Pomocí kvalitativního výzkumu zmapuji aktuální dostupnost služeb pro gerontoadiktologické klienty v již zmíněných třech krajích ČR. Současně zmapuji, jaké jsou případné důvody pro nepřijetí do služeb a jaké mají služby limity pro tuto klientelu. Je zřejmé, že limity a bariéry mají senioři nejen v oblastí adiktologických služeb. Oproti mladší populaci si senioři déle a obtížně zvykají na nové prostředí. Nápadně konzervativně

se mohou senioři chovat i přechodu z prostředí horšího do prostředí lepšího, hůře navazují nové známosti, jsou nedůvěřiví k novinkám a zároveň i mladším lidem, mohou se chovat podrážděně až agresivně. (Vančurová, 2014). Tyto bariéry mohou být pro pracovníky služeb nepříjemné.

Mimo jiné zakotvím služby následné péče do sítě adiktologických služeb a přiblížím charakteristiku gerontoadiktologického klienta, jakožto závislého seniora se svými výjimečnostmi a požadavky.

2 Teoretická část

2.1 Gerontologie

Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří (Kalvach et al., 2004). Pojem vznikl složením slov *Gerón*, což znamená řecky starý člověk a *logos*, v překladu nauka. Gerontologie je integrovaný vědní obor, a protože využívá poznatků z různých vědeckých disciplín, označujeme ho za interdisciplinární. Gerontologie shrnuje všechno, co se týká starého člověka ve zdraví i v nemoci (Pacovský et al., 1981).

Obor je zaměřen na specifické potřeby a na zkvalitňování života různých skupin starých lidí. Autor pojmu gerontologie je nositel Nobelovy ceny, mikrobiolog a imunolog I. I. Mečnik, který jej zřejmě poprvé použil v r. 1903 (Kalvach et al., 2004). Gerontologie se tradičně dělí do tří hlavních proudů. Gerontologie experimentální, zabývající se otázkou, proč a jak živé organismy stárnou. Gerontologie sociální, ta se zabývá vzájemným vztahem starého člověka a společnosti. A poslední proud, gerontologie klinická, ta se zabývá zdravotním a funkčním stavem starých lidí. V definici gerontologie nelze opomenout specifikaci stáří a orientační členění stáří. Podle Kalvacha et al. (2004) je stáří pozdní fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Stáří je těžké vymezit, proto se obvykle rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní věk je jednoznačně daný, ale nepostihuje zcela individuální rozdíly. Dnes je za počátek stáří vesměs považován věk 65 let (Kalvach et al., 2004). Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování. Poslední determinací stáří je stáří biologické. Jde o označení konkrétní míry stáří organismu a jeho změn daného jedince.

Vzhledem k tomu, že bakalářská práce pojednává o seniorech čili starších lidech (gerontech), je důležitý převážně kalendářní věk. Berme tedy jako fakt, že gerontologickým člověkem je považován člověk starší 65 let.

V současné době se udává, že populace České republiky stárne, tudíž je za potřebí se problematice gerontologie více věnovat nejen v oblasti adiktologie, nýbrž ve všech oblastech. Dle Českého statistického úřadu (2021) je k 31. 12. 2020 v České republice 2 158 322 lidí starších 65 let z celkového počtu 10 701 777 obyvatel obou pohlaví v České republice. Pro účely bakalářské práce stojí za zmínku i konkrétní počty gerontologických obyvatel v Jihočeském, Jihomoravském a v kraji Vysočina. Jedná se o cílovou skupinu v počtu celkem 481 664 občanů starších 65 let. (ČSÚ, 2021).

2.2 Adiktologie

V širším slova smyslu je to interdisciplinární obor, zaměřující se na základě bio-psycho-sociálního modelů závislosti na tzv. adiktologické poruchy, takové poruchy, související s užíváním psychoaktivních látek a poruchy příbuzné se závislostním chováním z hlediska jejich prevence, včasné intervence, poradenství, snižování rizik, léčby, sociální

rehabilitace a reintegrace osob s těmito poruchami a souvisejících výzkumných a metodologických aspektů (Miovský et al., 2013).

Za zakladatele české adiktologie je však považován český lékař psychiatr Jaroslav Skála, který v roce 1948 založil protialkoholní oddělení Všeobecné fakultní nemocnice u Apolináře v Praze. Před založením léčby u Apolináře existovala tři specializovaná institucionalizovaná ústavní zařízení, která byla zaměřena na léčbu závislosti na alkoholu (Velké Kunčice (1911–1915), Tuchlov (1923–1938) a Istebné nad Oravou (1937–1939)), všechna zařízení již zanikla a nebyla znovu obnovena (Šejvl, Miovský, 2018). V roce 1951 inicioval MUDr. Jaroslav Skála založení první záchytné stanice. Adiktologie byla také zásadně ovlivněna protidrogovou politikou po roce 1989 a sítí preventivních, léčebných a harm reduction programů, které vznikly v závislosti na rozvíjející se drogové scéně (Kalina et al., 2008).

Adiktologie je vystavěna na základech položených dalšími disciplínami, největší zastoupení má medicína, díky níž na adiktologii nahlížíme jako na zdravotnický obor. Dalšími spoluutvářejícími obory jsou psychologie, sociální práce, politika, pedagogika a speciální pedagogika, religionistika, právo, kriminologie, ekonomie (Miovský et al., 2007).

Název Adiktologie používáme v názvu studijního nelékařského programu na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze od zahájení akademického roku 2005/2006 (Pavlovská, 2018).

2.3 Syndrom závislosti

Dle Kaliny et al. (2001) je závislost (dependence) a syndrom závislosti definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky. Dle současné definice 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10,1994) se syndromem závislosti rozumí skupina fyziologických behaviorálních a kognitivních fenoménů v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více (Kalina et al., 2008). Základní popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha užívat psychoaktivní látky alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů.

- 1) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- 2) Potíže v kontrole užívání látky,
- 3) Somatický odvykací stav,
- 4) Průkaz tolerance, potřeba vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaných nižšími dávkami,

- 5) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky,
- 6) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (Kalina et al., 2008).

Dle Kaliny et al. (2015) je základním příznakem craving (bažení neboli velmi silná touha užívat psychoaktivní látku), tento příznak má subjektivní (psychickou) a fyzickou složku. Pojem psychická závislost je soubor symptomů s cravingem (bažením), k němuž se přiřazuje narušená kontrola užívání, zaujetí užíváním a jeho pokračování i přes následky. Fyzická závislost se vyznačuje růstem tolerance a průkazem zřejmého somatického odvykacího stavu, jehož součástí je i fyzický craving. Pro rozvoj psychického typu závislosti jsou typické amfetaminy, tetrahydrokanabinol nebo nikotin, pro fyzický typ opioidy nebo benzodiazepiny. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku, třídu látek nebo širší řadu různých dosažitelných látek.

Vzhledem k zaměření práce se budu nejvíce věnovat závislosti na alkoholu (alkoholismu), neboť je to vedle zneužívání léčiv nejčastější forma závislosti u seniorské populace (Skopalová, 2014).

Diagnostická kritéria DSM-5 pro poruchu užívání alkoholu (Kalina et al., 2015).

Problematický vzorec užívání alkoholu, který vede k významnému poškození nebo problému a který se manifestuje během dvanácti měsíců nejméně dvěma znaky.

- 1) Alkohol je často užíván ve větších dávkách nebo delší dobu, než osoba zamýšlela,
- 2) Přetrvávající přání nebo neúspěšné pokusy zastavit nebo kontrolovat pití,
- 3) Nepřiměřený čas trávený aktivitami nezbytnými k obstarávání alkoholu, pitím nebo zotavováním se s jeho účinku,
- 4) Craving nebo silná touha k pití,
- 5) Opakované pití vedoucí k problémům při plnění důležitých povinností v zaměstnání, škole nebo rodině,
- 6) Pokračování v pití navzdory vědomí přetrvávajících nebo opakovaných sociálních nebo interpersonálních problémů,
- 7) Redukce nebo eliminace důležitých sociálních pracovních nebo rekreačních aktivit,
- 8) Opakované užívání alkoholu v situacích, kdy je to somaticky rizikové,
- 9) Trvalé pití navzdory vědomí přetrvávajících somatických nebo psychických problémů,
- 10) Tolerance, která je definovaná jako potřeba zvyšovat dávku alkoholu k dosažení žádoucího účinku,
- 11) Typický alkoholový odvykací stav rozvíjející se během několika hodin nebo dnů po přerušení pití. Alkohol nebo látka s podobným účinkem je užitá za účelem oslabení nebo vyhnutí se odvykacím příznakům.

Dle množství výskytu těchto příznaků můžeme specifikovat:

- Výskyt dvou až tří příznaků – závažnost lehká,
- Výskyt čtyř až pěti symptomů – závažnost střední,
- Výskyt šesti a více symptomů – závažnost těžká (DSM-5).

2.4 Návykové látky a stáří (Gerontoadiktologie)

Závislost vždy patřila ke člověku, po staletí s ním existovala a vyvíjela se. Zneužívání a nadužívání psychotropních látek ve stáří patří do malé skupiny gigantů gerontopsychiatrie „nemocí čtyř D“ (dementia, deliria, deprese, drogy), (Kalvach et al., 2004). Závislost ve vyšším věku a jejich léčba budou ještě nabývat na významu úměrně tomu, jak ve vyspělých zemích stárne populace (Nešpor, 2011). Závislost ve stáří je jev, který má svá specifika. Škodlivé užívání se dělí na dvě skupiny. První skupinu tvoří senioři, kteří užívají mnoho let a pokračují ve své drogové kariéře od středního věku a dožili se s poškozeným zdravím důchodového věku. Do druhé skupiny patří ti, u kterých vzniklo škodlivé užívání až ve stáří. Je často zamlžen doprovodnými projevy fyziologickými i psychologickými (Kalvach et al., 2004). Dle Koechla (2012) častým problémem této populace je zejména polyfarmacie (nadužívání léků). Celkově považuje za klíčový rizikový faktor závislosti především sociální izolaci, která se stává častější s rostoucím věkem, kvůli nedostatku podpory a osamělosti (toto je i problém v domovech pro seniory a jiných ústavních léčbách). Mezi důvody osamělosti patří například bezdětnost, ovdovění, zhoršující se zdraví nebo osamělý život a další. Jedinci (64–86 let), kteří trpí závislostí, vykazují zvýšený výskyt průvodních zdravotních a psychiatrických symptomů. Z hlediska fyzického zdraví je patrné vyšší riziko zubních problémů, zrychlené procesy stárnutí mozku a zvýšená pravděpodobnost vzniku diabetu (druháho typu), (Koechl, 2012).

Diagnostika závislosti ve stáří je nelehká, neboť je obtížné odlišit důsledky způsobené závislostí od důsledků způsobujících vyšším věkem. Diagnózu znesnadňují i různorodé medikamenty, kdy různí odborníci předepisují sady léků bez následné konzultace o případných interakcích, mající vliv zvláště na játra a vylučovací systém. Psychopatologické poruchy se pak vysvětlí nevhodnou medikací, nevhodným terapeutickým přístupem nežli doprovodným abúzem návykových látek (Kalvach et al., 2004). Právě včasná diagnostika a identifikace problémů spojených s užíváním alkoholu (a jiných návykových látek) a následná léčba a poradenství je velice důležitá (Černíková et al., 2021).

I Baštecký et al. (1994) vidí jako hlavní problém při vzniku závislosti ve stáří sociální oblast. Nejdůležitější však je zvládnout doprovodné tělesné potíže při léčbě závislosti. Protože u starších lidí i menší množství návykových látek při kratší době užívání působí výraznější tělesné změny než u mladších uživatelů. Při léčbě závislosti u starších uživatelů se klade důraz spíše na behaviorální metody a aktivační terapii. Důležité tedy je možnost zpětného začlenění do rodiny, posílení sociálních vazeb a celkově sociální konstelace, protože závislost na drogách či alkoholu je často pro starého člověka

únikem ze samoty, bolesti a tělesných potíží. Často je neschopen situaci řešit a požádat o pomoc (Baštecký et al., 1994).

Vedle nejčastěji zneužívaných látek ve stáří, kterými jsou alkohol a léky (viz kapitola níže) se můžeme setkat i s jinou skupinou závislostí. Například Guillou Landreat et al. (2019) se ve svém článku zmiňuje o hazardním hráčství starších lidí. Uvádí, že účast na hazardních hrách mezi staršími lidmi výrazně roste a u této populace se stává obzvlášť rozšířeným a pravidelným rekreačním chováním v USA. Hazardní hry jsou považovány za neškodnou formu zábavy, zatímco v první polovině 20. století byly považovány za neřest. Prevalence problémového hráčství mezi staršími lidmi se ve studiích u osob starších 55 let pohybuje od 0,3 % do 10,4 % a mezi osobami staršími 60 let je prevalence celoživotního problémového hráčství mezi 0,01 % a 10,6 %.

2.4.1 Alkohol a stáří

Dle Černíkové (2021) není problematika seniorů užívajících návykové látky v ČR ještě příliš zmapovaná. Pro starší věkové skupiny přitom nadužívání alkoholu a dalších návykových látek představuje zvýšené riziko celé řady sociálních a zdravotních dopadů v oblastech somatického i duševního zdraví. Proces stárnutí je spojován s řadou problémů a mnohé z nich jsou na jedné straně rizikovými faktory vedoucími k užívání návykových látek, na straně druhé mohou být i užíváním návykových látek dále prohlubovány.

Pokud hovoříme o závislosti na návykových látkách u starší populace a pomineme závislost na nikotinu, můžeme říct, že jde především a nadužívání alkoholu a léčiv (Skopalová, 2014). Alkohol většina seniorů vyhledává pro jeho chuťové vlastnosti, pivo i jako zdroj tekutin. Menší procento lidí oceňuje na alkoholu jeho uklidňující nebo povzbuzující účinky. Takové osoby pijí především pro náladu, zapomnění nebo pro pocit osamění. Naštěstí výskyt tohoto rizikového pití s věkem klesá. U žen dochází ke zlomu po 55. roce a u mužů po 65. roce (Kalvach et al., 2004). Karim Dar (2018) tyto genderové rozdíly potvrzuje, udává, že muži ve věku 70–74 let nadměrně pijí častěji než ženy téhož věku. Popisuje i genetické faktory při rozvoji závislosti na alkoholu. Některé studie naznačují, že u mužů může genetika hrát větší roli na počátku než u pozdního nástupu zneužívání alkoholu. Mnoho seniorů si uvědomuje, že alkohol jejich zdraví poškozuje a že se nesnáší s léky, které užívají. Způsob pití se s věkem mění (Kalvach et al., 2004). Popsány jsou dva základní typy závislosti na alkoholu v obecné populaci. Časný typ vzniku závislosti na alkoholu (early onset alcoholism) vznikající závislost již před 25. rokem života). A pozdní typ vzniku závislosti na alkoholu (late onset alcoholism) vznikající až po 45. roce života (Skopalová, 2014). Starší lidé preferují mírné usrkávání malého množství. Možné příčiny poklesu škodlivého užívání alkoholu ve stáří mohou být (Kalvach et al., 2004):

- Těžci pijani z dob mládí a středního věku umírají dříve a nedožívají se gerontologického věku,
- Schopnost bezpečného pití ve stáří je narušena přítomností chronických nemocí a interakcí s předepisovanými léčivými,
- S věkem se snižuje citlivost CNS na působení alkoholu, a i nižší dávky vedou k závažným intoxikacím,
- Hraje zde roli i ekonomická stránka. Alkohol není levná záležitost a starší lidé preferují levnější nealkoholické nápoje,
- Podle některých názorů jde „bažení do pití do penze“.

Skopalová (2014) popisuje několik odlišností fyziologických i patofyziologickým působením na alkoholu u osob staršího věku oproti osobám dospělého věku. Závažnější jsou důsledky pádů, problémy s výživou, častěji zde hrozí malnutrice. V případě požití alkoholu u seniorů dochází k vyšší plazmatické hladině alkoholu (alkoholémie) na úkor zastoupení celkové tělesné vody. Užívání alkoholu u seniorů má vliv na kardiovaskulární systém, hrozí riziko kardiovaskulárních komplikací. Negativně ovlivňuje psychické funkce jako je spánek, psychomotorické tempo, kognitivní funkce, poruchy paměti a častěji se rozvíjí patické nálady (deprese atd.).

2.4.2 Škodlivé užívání léků ve stáří

Skupinou, která je u seniorů vedle alkoholu nejvíce zneužívanou, jsou léky (Skopalová, 2014). Dle Kalvacha et al. (2004) má mužská populace větší sklon řešit své životní problémy spíše pomocí alkoholu, ženy vyhledávají převážně analgetika s psychotropními účinky. Možná i proto, že konzumace vyšších dávek léků je před společností lépe skryta než užívání alkoholu. Pro jedince se látka nejprve stává lékem, později drogou. Konzumace je provázena neodolatelnou touhou po užívání s tendencí ke zvyšování látek a následným rozvojem psychické a někdy i fyzické závislosti. Rizikovou skupinou jsou ženy kolem 50 let, trpícími obtížemi doprovázenými bolestmi v nejrůznějších oblastech těla. Například dlouhodobá konzumace analgetik vede k poruchám osobnosti, selhávání v životních situacím k neurotizaci a k hypochondrii. Nejvíce jsou zneužívána hypnotika, benzodiazepinová anxiolytika a analgetika. Ostatní lékové závislosti jsou podstatně vzácnější (Krombholz, 2010). Ve valné většině jsou tato léčiva předepisována praktickými lékaři, internisty a geriatry. Často mohou být tyto léky předepisovány ve velmi míře. V prevenci vzniku závislosti se osvědčilo předepisování nižších dávek, po kratší dobu a jen při jasně definované diagnóze. Je třeba odmítat předpis alkoholikům a toxikomanům, a hlavně nevysazovat léky náhle. Nejčastěji je při škodlivém užívání léků poznamenána funkce paměti, pozornosti a jazyka, méně častá jsou deliria a pseudodemence. Závažnost rizika narůstá s vyššími dávkami a s délkou medikace (Kalvach et al., 2004).

2.5 Síť adiktologických služeb

System péče v adiktologii v podstatě znamená různé druhy zařízení, která poskytují v České republice pomoc lidem se závislostí (Kalina et al., 2008). Dle Adamečka et al. (2021) se v rámci jednotlivých služeb jedná o soubor intervencí a postupů péče o osoby užívající psychoaktivní látky, osoby se závislostí a ohrožené závislostním chováním, poskytované za účelem zlepšení zdravotního nebo sociálního stavu.

Služby se od sebe liší a každá se zaměřuje na jinou klientelu. Navzájem se však doplňují a tvoří ucelenou síť kvalitních adiktologických služeb. Ve zkratce by se dalo říct, že jsou služby dvojího typu ambulantní a pobytové, v některých případech se služby mohou i prolínat jako je to například u denních stacionářů, kdy je služba na pomezí ústavní a ambulantní léčby (Kalina et al., 2008).

V ČR je přibližně 250–300 programů (center) adiktologických služeb různých typů. Z nich je 55–60 nízkoprahových kontaktních center, 50 terénních programů, 90–100 ambulantních léčebných programů, 10–15 detoxifikačních jednotek, 25–30 oddělení lůžkové zdravotní péče, 15–20 terapeutických komunit, 35–45 ambulantních doléčovacích programů (z nich 20–25 s chráněným bydlením) a 5–7 domovů se zvláštním režimem pro osoby závislé na návykových látkách (Mravčík et al., 2021). Nicméně současný systém adiktologické péče v ČR s cílovou skupinou starších dospělých či seniorů systematicky nepracuje a oblast gerontoadiktologie je spíše okrajovou a rozvojovou součástí oboru adiktologie (Černíková, 2021).

Terénní programy jsou prvním článkem systému péče o adiktologické klienty. (Kalina et al., 2008). Jsou službou aktivního vyhledání, prvního kontaktu, kontaktní práce, poradenství, zdravotní péče a sociální práce v přirozeném a vlastním sociálním prostředí uživatelů drog. Služba je vedena především přístupem snižování rizik (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní) s cílem ovlivnit motivaci klienta ke změně životního stylu a rizikového chování (Vavrinčíková et al., 2013). Důležité je, aby byl klient na službu navázán nebo mu případně byla doporučena jiná služba, která by více odpovídala jeho současným potřebám. Zásadní podstata služby tkví v nízkoprahovém přístupu, v rámci, kterého je služba časově i místně dostupná a je poskytována klientům anonymně. Cílovou skupinou jsou klienti, kteří nejsou v kontaktu s žádnou sociální, zdravotní či výchovnou institucí. (Kalina et al., 2008).

Pomyslně druhou institucí jsou nízkoprahová kontaktní centra. Poskytují včasnou intervenci, poradenství a krizovou intervenci, zdravotní a sociální poradenství, služby harm reduction uživatelům návykových látek. Cílem služby je minimalizovat zdravotní a sociální rizika u uživatelů drog a ochrana běžné populace. Důležité je motivovat klienty ke změně životního stylu s abstinencí (Kalina et al., 2008).

Detoxifikační jednotky. Služba realizuje postupy zaměřené na detoxifikaci klienta v počáteční fázi abstinence, po relapsu, nebo na krizovou stabilizaci. Služba je poskytována nejčastěji do 7 dnů (Adameček et al., 2021). Detoxikace může být buď formou ambulantní, která je využívána nejčastěji pro klienty v substitučních programech

nebo pobytové, kde jsou buď součástí zařízení pro léčbu závislostí nebo jako samostatné jednotky v rámci nemocnic. Cílem u všechny typů detoxifikačních jednotek je zvládnout odvykací stav a intoxikaci. Je to třeba mít na paměti, že proces detoxifikace může být i život ohrožující stav, proto je třeba k němu i takto přistupovat (Kalina et al., 2008). Cílovou skupinou služby jsou osoby závislé a ohrožené závislostním chováním, v náročné životní situaci nebo s potřebou bezpečné stabilizace odvykacího stavu (Adameček et al., 2021).

Substituční léčba probíhá ve zdravotnickém zařízení ambulantní formou. Podávané preparáty jsou podávány či předepisovány lékařem, podávají se perorálně a mají dlouhodobější účinek než ilegálně získaná návyková látka. Nejčastěji se v České republice podává metadon, pro klienty se závislostí na opiátech. Nejvíce zaregistrovaných poskytovatelů substituce je v Praze, Brně a Českých Budějovicích (Vavrinčiková et al., 2013). Cílem léčby je snížit užívání nelegálních drog a minimalizovat zdravotní poškození klienta a sociálně ho stabilizovat. Za ideální proces substituční léčby je, že se klientu snižuje dávka podávané látky až do úplného vysazení, to se však reálně často neděje. Zda je množství substitučních center v ČR dostačující a zda jsou podmínky zařazení do léčby ideální je k diskusi, nicméně přínos nelze zpochybnit (Kalina et al., 2008).

Ambulantní léčba je poskytována v zařízeních zdravotnického nebo nezdravotnického charakteru (Kalina et al., 2008). Služba realizuje postupy zaměřené na zlepšení somatického a psychického stavu, sociální situace a změnu životního stylu klienta (Adameček et al., 2021). Klient do ní dochází v pravidelných intervalech bez toho, aniž by vypadl ze svého podpůrného sociálního prostředí. Může se jednat o AT ambulance, psychiatrické ambulance, psychologické poradny nebo specializovaná ambulantní zařízení pro léčbu závislostí na nealkoholových drogách (např. adiktologická ambulance). Hlavní cílem léčby je změna životního stylu klienta, jejíž součástí je abstinence od návykových látek (Kalina et al., 2008). Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající psychoaktivní látky, osoby závislé nebo ohrožené závislostním chováním (Adameček et al., 2021).

Ústavní (rezidenční) léčba, jak již název napovídá je služba pobytová, zde jsou klienti potažmo pacienti ubytovaní. Tím je možné změnu životního stylu, jehož součástí je i abstinence, budovat velmi intenzivně (Kalina et al., 2008). Jedná se střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu, obvykle probíhá v rozsahu 2-4 měsíců (zdravotnická lůžková zařízení) nebo 6-15 měsíců (terapeutické komunity). V komplexním systému léčebného kontinua služba obvykle navazuje na detoxifikaci, ambulantní léčbu nebo v případě terapeutických komunit na kratší pobytovou léčbu a předchází doléčovacím programům (Adameček et al., 2021). Cílovou skupinou služby jsou osoby se závislostmi a ohrožené závislostním chováním, které vzhledem k závažnosti obtíží nejsou indikovány do ambulantních adiktologických služeb (Adameček et al., 2021).

Doléčovací programy lze řadit mezi ambulantní služby, které se zaměřují na udržení změny v chování a životním způsobu klienta, který získal klient během léčebného procesu nebo abstinencí (Kalina et al., 2008). Služba podporuje klienta

v udržení změn v životním způsobu, s cílem dosáhnout jeho sociální rehabilitace a integrace do běžného života (Adameček et al., 2021). Vedle ambulantní formy, může být doléčovací služba formou intenzivního strukturovaného programu, doplněna volnočasovou aktivitou (Kalina et al., 2015).

Následná péče je nedílnou součástí procesu léčby a resocializace osob. Dalo by se říct, že je to poslední fáze procesu změny. Patří sem služby a intervence, které navazují na léčbu závislosti a snaží se o udržení dosažených změn chování (Kalina et al., 2008). Cílovou skupinou služby jsou osoby závislé a ohrožené závislostním chováním usilující o upevnění dosažených změn životního stylu nebo udržení abstinence (Adameček et al., 2021). Programy následné péče obvykle navazují na základní léčbu, střednědobou ústavních zařízení, dlouhodobou v TK nebo ambulantní (Kalina et al., 2015). Viz další kapitola.

Zařízení, jež nejsou doposud součástí sítě adiktologických služeb, ale mohly by představovat řešení pro gerontoadiktologické klienty jsou domovy se zvláštním režimem, v zahraničí jsou nazývány jako nursing homes. Cílová skupina jsou stárnoucí uživatelé drog se sníženou soběstačností. Zvláštností těchto domů je, že zde není požadována úplná abstinence. Pozornost je však věnována na práci s motivací uživatelů drog s apelováním na snižování frekvence užívání a zmenšování množství drogy. Zařízení nabízí klientům možnost chráněného bydlení, ambulantních programů pro uživatele drog a také ambulantní péči pro seniory (Černíková, 2021).

2.5.1 Následná péče a její vymezení

Na následnou péči se lze podívat z pohledu sociální služby, ale především jako na adiktologickou službu. Tato koncepce bude stěžejní pro práci.

V prvé řadě je třeba uvést rozdíl mezi následnou péčí a doléčovací službou, tyto pojmy jsou laickou veřejností často milně zaměňované či označované za totožné. Doléčování, jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole spočívá zejména v posilování a podpoře abstinence po léčbě a dalo by se říct, že je to část následné péče. Pokud se přidá aspekt sociální rehabilitace, který označuje zvládání aspektů práce a bydlení k doléčovací péči, dalo by se říct, že se jedná o služby následné péče (Kuda, 2001).

Nové vymezení následné péče dle Koncepce rozvoje adiktologických služeb (2021) je služba následné péče posledním typem služby, které koncepce odpovídají různým fázím rozvoje závislosti. Cílem služby je udržení abstinence, sociální stabilizace klienta v oblasti základních sociálních jistot a prevence relapsu. Forma poskytovaných služeb je doléčování, ambulantní nebo pobytové, typicky ve specializovaných programech následné péče s chráněným bydlením či bez něj. Intervencemi jsou např. skupinová, individuální a rodinná psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, poskytnutí chráněného bydlení, chráněného zaměstnávání, rekvalifikace a volnočasové aktivity.

Následnou péči řadíme dle zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách mezi služby sociální prevence, kde je definován jako „*ambulantní nebo pobytové služby*

poskytované osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní nebo ambulantní léčbu ve zdravotnickém zařízení nebo se ji podrobují, nebo osobám, které abstíní“. Pobytová služba obsahuje základní činnosti:

- Sociálně terapeutická činnost,
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- Poskytnutí ubytování,
- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (Sociální zabezpečení, 2021).

V původní koncepci RVKPP (2004) uvádí, že následnou péči tvoří strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, chráněné bydlení a programy pracovní rehabilitace. Cílová skupina služeb jsou abstínující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo s problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence tři měsíce (RVKPP, 2004). Doléčovací program je zásadní náplň pro všechny typy následné péče. Dle Kudy (2003) by měly být služby následné péče poskytovány alespoň rok od dokončení základní léčby, z toho důvodu, že období mezi šesti až devíti měsíci po léčbě je považováno za nejvíce kritické pro relaps.

Všechny služby následné péče mají stejný cíl a tím je, pomoci klientovi po ukončení léčby překlenout období přechodu zpět do normálního života a připravit ho na problémy s tím spojené. Cílem je ho stabilizovat v léčbě a snižovat kontakty s programy a posléze je úplně ukončit (Kuda, 2001). Je žádoucí udržení abstinence klienta a naučit techniky zvládnutí relapsu, podpora osobního růstu a stabilizace v oblasti bydlení a zaměstnání. Proto je třeba, aby tým, který pečuje o klienta byl multidisciplinární, složený z psychologa, sociálního pracovníka, lékaře a adiktologa (Kalina et al., 2015).

Konkrétní programy doléčování si každé zařízení individuálně volí dle svých zkušeností a přesvědčení.

Základní složky doléčovacího programu jsou dle Kudy (2003):

- 1) Psychoterapie,
- 2) Prevence relapsu,
- 3) Sociální práce,
- 4) Lékařská péče,
- 5) Práce s rodinnými příslušníky,
- 6) Nabídka volnočasových aktivit.

Ad 1) V následné péči jde především o stabilizaci abstinence a podporu navozených změn. Jedná se o podpůrnou terapii, nejde říct, že by se šlo o hlubší psychoterapii. Používá se především skupinová terapie a částečně i individuální terapie.

Ad 3) Sociálně – právní problémy u klientů služby a celkově u uživatelů návykových látek jsou na denním pořádku, proto má sociální práce nezastupitelnou roli ve stabilizaci životního stylu.

Ad 5) Práce s rodinou klienta může být důležitou součástí jeho doléčování a napomáhá tak k celkové úzdavě. I opačné případě je třeba brát v potaz, kdy je obnova rodinných vztahů pro klienta negativní a je třeba pracovat na jejím odpoutání.

Ad 6) Pro závislé klienty je obtížné si představit trávit čas bez drog. Proto i naučení trávit volný čas smysluplně, bez drog a hledat jiné alternativy je velmi důležitou složkou doléčovacího programu (Kuda, 2003).

Probíhající demografická změna a rostoucí potřeby služeb u stárnoucích osob užívajících návykové látky kladou vyšší nároky na adiktologické služby, následnou službu nevyjímaje. Při léčbě starších pacientů by měla být věnována větší pozornost souběžným zdravotním problémům, protože starší lidé mohou různé chronické onemocnění jako například HIV/AIDS, chronické infekce, onemocnění jater a podobně. Proto jsou vyžadovány specifické léčebné postupy. (EMCDDA, 2008). Satre, Mertens, Arian a Weisner (2004) porovnávali výsledky abstinencně orientované léčby mezi staršími uživateli drog a alkoholu ve věku 55–77 let a těmi mladšími. Polovina starších po 5 letech od ukončení léčby abstinovala, zatímco u mladších osob to bylo 40 %. Což jen potvrzuje, že doléčovací programy jako je následná péče i u starších uživatelů je velmi efektivní.

Pro práci je stěžejní nejnovější definice následné péče a tou je definice dle Koncepce rozvoje adiktologických služeb (2021).

Přehled typů služeb následné péče pro gerontoadiktologické klienty v ČR

Práce se zabývá problematikou gerontoadiktologických klientů a jejich umístěním do systému následné péče, konkrétně do pobytové služby. Dle Mravčíka et al. (2011), je třeba uvést, že při srovnání kapacity programů dlouhodobé a krátkodobé léčby závislých klientů s kapacitou doléčovacích programů a chráněného bydlení lze dojít k závěru, že v ČR převyšují kapacity léčebných programů nad kapacitami programů následné péče.

Zjednodušeně řečeno dle Černíkové (2021) je stabilní bydlení a uspokojení základních životních potřeb v rámci multidisciplinárního přístupu hlavní náplní péče o seniory s adiktologickým problémem.

Přehled ambulantních i pobytových zařízení následné péče v České republice, které se zaměřují na adiktologické klienty starší 65 let, dle jednotlivých krajů. Údaje pro vytvoření přehledu jsou čerpány z MPSV (2022).

Hlavní město Praha

- Ambulantní zařízení: Poradna ALMA, SANANIM z.ú. (adiktologická ambulance).

Jihočeský

- Ambulantní zařízení: Arkáda – sociálně psychologické centrum, z.ú., Charita Tábor (Následná péče Auritus), Doléčovací centrum Prevent.

- Pobytová zařízení: Doléčovací centrum Prevent.

Jihomoravská

- Ambulantní zařízení: Kolpingovo dílo České republiky z.s., Lotos – doléčovací centrum, o.p.s., Následná péče Renadi o.p.s.
- Pobytová zařízení: Kolpingovo dílo České republiky z.s., Lotos – doléčovací centrum, o.p.s., Následná péče Renadi o.p.s.

Karlovarský

- V tomto kraji nejsou žádné služby následné péče pro určenou cílovou skupinu.

Královéhradecký

- Ambulantní zařízení: Laxus z. ú. (ambulantní centrum Pardubice).

Liberecký

- Ambulantní zařízení: ADVAITA, z. ú. (doléčovací program Advaita).
- Pobytová zařízení: ADVAITA, z. ú. (doléčovací program Advaita).

Moravskoslezský

- Ambulantní zařízení: ARKA CZ, z.s., Modrý kříž v České republice (doléčovací centrum Orlová). Modrý kříž v České republice (Ostrava, Frýdek-Místek, Český Těšín, Karviná), Renarkon, o. p. s (doléčovací centrum).
- Pobytová zařízení: Armáda spásy v České republice, z.s., Renarkon, o. p. s (doléčovací centrum).

Olomoucký

- Ambulantní zařízení: Darmoděj z.ú. - Služba následné péče.
- Pobytová zařízení: Darmoděj z.ú. - Služba následné péče.

Pardubický

- Ambulantní zařízení: Laxus z. ú. (ambulantní centrum Pardubice).

Plzeňský

- V tomto kraji nejsou žádné služby následné péče pro určenou cílovou skupinu.

Středočeský

- Ambulantní zařízení: Centrum ALMA, z.ú.

Ústecký

- Ambulantní zařízení: Centrum sociálních služeb Děčín, příspěvková organizace, WHITE LIGHT I, z.ú.
- Pobytová zařízení: Centrum sociálních služeb Děčín, příspěvková organizace, WHITE LIGHT I, z.ú.

Vysočina

- Ambulantní služby: Diecézní charita Brno (Třebíč, Jihlava).
- Pobytové služby: Diecézní charita Brno (Třebíč, Jihlava), ALKAT z.s.

Zlínský

- Ambulantní zařízení: Darmoděj z.ú. - Služba následné péče, MOSTY služby následné péče.
- Pobytová zařízení: Darmoděj z.ú. - Služba následné péče (MPSV).

Závěrem tohoto výčtu můžeme říct že ve 14 krajích je 24 ambulantních zařízení následné péče a 13 pobytových zařízení následné péče. Ve dvou krajích nejsou žádné služby následné péče pro naši cílovou skupinu, a v to v kraji Plzeňském a Karlovarském (MPSV, 2022).

3 Praktická část

Praktická část je postavena na metodě kvalitativního výzkumu, která byla realizována se sedmi zařízeními z Jihočeského, Jihomoravské a kraje Vysočina. Stěžejní část práce z velké části replikuje část výzkumu Radimeckého (2012), který podobnými metodami zjišťoval dostupnost služeb následné péče v Libereckém kraji. Konkrétně využil metodu fiktivního výzkumu s pracovníky služeb s cílem získání autentických závěrů ohledně umístění klienta do služby a provázanosti adiktologických služeb.

3.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat možnosti umístění gerontoadiktologických klientů do služeb pobytové následné péče (chráněného bydlení) a identifikovat limity služeb pro tyto klienty. Dílčím cílem je přiblížit subjektivní zkušenost výzkumníků při komunikaci s pracovníkem služby.

3.2 Výzkumné otázky

Výzkum kombinuje kvalitativní a kvantitativní metody. Cíle popsané výše byly rozvedeny ve formě následujících výzkumných otázek.

- Kolik zařízení pobytové následné péče v Jihočeském, v Jihomoravském a v kraji Vysočina umístí gerontoadiktologického klienta?
- Jaká je subjektivní zkušenost výzkumníka volajícího do služby následné péče se zájmem o umístění gerontoadiktologického klienta?
- Jaké jsou důvody nepřijetí do služby a možné limitující faktory ve službách pro gerontoadiktologické klienty?

3.3 Metoda sběru dat

Jako výzkumný nástroj jsem zvolila poměrně novou výzkumnou metodu Mystery shopping (Šindelář, 2020) neboli „fiktivní nákup“. Metoda není v oboru adiktologie příliš běžná, má svoje uplatnění především v hotelnictví, gastronomii a bankovníctví. Nicméně byla již v tomto oboru použita například Radimeckým (2012). Hlavním důvodem pro použití této metody, byla snaha zjistit skutečnou a nikoli deklarovanou dostupnost služeb následné péče pro námi zvolenou cílovou skupinu. Jinými slovy, při tomto zvoleném postupu se výzkumníci dozvěděli, zda služba fiktivního klienta do služby následné péče přijme a popřípadě zjistí jaké jsou limity či důvody pro nepřijetí. Tuto okolnost by výzkumníci nemuseli spolehlivě zjistit v případě, že by pracovníky služeb oslovovali z pozice tazatelů, kteří se na službu chtějí informovat z výzkumných důvodů (Radimecký, 2012). Existuje totiž riziko, že by někteří z oslovených respondentů mohli uvádět, že službu následné péče gerontologickým klientům poskytují, i když tomu tak ve skutečnosti nemusí zcela být. Tato metoda výzkumníkům poskytla jedinečnou

subjektivní zkušenost v roli fiktivního zájemce o službu, kterou by klasickým dotazováním zajisté nedostali. Mohli proto subjektivně popsat pocity a prožitky při realizaci výzkumu. Metoda výzkumu byla s odhalením, tudíž respondenti o výzkumu byli obeznámeni. V další telefonickém rozhovoru bylo respondentům sděleno, že v měsíci prosince 2021 byl v jejich zařízení realizován výzkum s předmětem umístění gerontoadiktologického klienta, byl jim stručně popsán výzkum, sděleny výsledky jejich zařízení a vznesen dotaz, zda je možné tyto výsledky v rámci bakalářské práce zveřejnit. Všechna zařízení dala se zveřejněním souhlas.

Celý výzkum je koncipován převážně kvalitativně, nicméně ale zjišťujeme, zda jsou konkrétní zařízení ochotna klienty umístit či nikoli (kvantitativní prvek). Jedná o kombinovanou formu výzkumu (Ferjenčík, 2000).

Před realizací výzkumu byl jasně strukturován postup, jak bude výzkum probíhat a vytvořen jakýsi manuál pro výzkumníky. Byl zvolen polostrukturovaný rozhovor (Ferjenčík, 2000), aby tazatel mohl reagovat dle vyvíjející se situace, mohl improvizovat a měnit pořadí otázek. Nevýhoda metody je však v časové a psychické náročnosti pro výzkumníky. Vzhledem k tomu, že výzkumníků bylo několik, přesná charakteristika zjišťované proměnné byla zásadní, abychom mohli kvalitně posbírat data. Na základě výzkumných otázek a teoretické výbavy byl vytvořen profil fiktivního zájemce o službu. Charakteristika je pouze smyšlená, není zde žádná shoda s konkrétním člověkem. Výzkumník vystupoval v telefonátu jako vnuk/vnučka klienta. Tato role byla zvolena vzhledem k věku výzkumníků a fiktivního klienta.

Profil fiktivního gerontoadiktologického klienta

Nazvala jsem ho jménem František Svoboda. Františkovi je nyní 68 let, je v důchodce a pobírá starobní důchod. Celý život se živil jako zedník. Je rozvedený, z manželství má jednoho syna. Doposud bydlel v podnájmu, ale má dluhy za bydlení, nevíme kolik. Jeho diagnóza je F 10.2, syndrom závislosti na alkoholu. Od mládí užíval alkohol příležitostně, posledních 20 let pil denně, pivo i destiláty. Kouří krabičku cigaret denně, nemá žádné alergie. Špatně se pohybuje kvůli artróze v kyčelních kloubech. V současné době (době výzkumu) absolvuje svoji první odvykací léčbu v psychiatrické léčebně. Název léčebny byl opět vybrán náhodně vzhledem k umístění služby následné péče. Pro kraj Vysočina byl fiktivní klient v PN Jihlava, pro kraj Jihočeský v PL Červený dvůr a pro Jihomoravský kraj PL Černovice.

Struktura rozhovoru

- 1) Pozdrav, představení se (fiktivní jméno výzkumníka).
- 2) Důvod telefonátu: „na internetech stránkách jsem se dozvěděl/a, že vaše zařízení přijímá starší klienty. Měl/a bych zájem o umístění mého dědečka, lékař v PL nám doporučil doléčování. V současné době nemá kam jít. Chceme mu najít trvalé ubytování“. Stručné představení fiktivního gerontoadiktologického klienta.

- 3) Nyní jsou dvě možnosti směřování rozhovoru.
 - a) Zařízení klienta je ochotné přijmout a sdělují požadavky přijetí a další formální náležitosti. Výzkumník zjišťuje možné limity pro fiktivního klienta, jako například, zda je v zařízení bezbariérový přístup, zda je k dispozici zdravotník, kde se nachází prostor určený ke kouření atd.
 - b) Klienta do zařízení z nějakého důvodu nemohou přijmout. Výzkumník se snaží vhodně zvolenými otázkami zjistit, jaký je důvod pro neumístění.
- 4) Po zjištění odpovědí na otázky se výzkumník s přáním pěkného dne rozloučí a telefonát je řádně ukončen.

3.4 Výzkumný soubor

Základním souborem jsou služby následné péče v ČR. Pouze pobytová zařízení, která se zaměřují na cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislé na návykových látkách nad 18 let bez určené horní hranice věku nebo s horní hranicí minimálně 70 let. Dle prostudovaných informací je v ČR třináct zařízení, které (dle MPSV) splňují daný požadavek.

Výzkumný soubor pak tvoří služby v kraji Vysočina, kraji Jihomoravském a kraji Jihočeském. Důvodem omezení byla časová a kapacitní náročnost realizace výzkumu. Zvolené kraje jsou v blízkosti pracoviště autora práce. Výzkumný soubor pro účely práce nebyl zvolen náhodně, ale byl zvolen dle mého uvážení. Vzhledem k tomu, že působím v kraji Vysočina a umístěním cílových klientů se zabývám, zvolila jsem z profesních důvodů neblížší kraje, teda kraj Vysočina, kraj Jihomoravský a kraj Jihočeský.

Ve zmíněných krajích je sedm zařízení, která odpovídá požadavkům pro výzkum. Těchto sedm zařízení slouží jako výzkumný soubor. V příloze se nachází stručná charakteristika jednotlivých zařízení dle dostupných informací na jejich webových stránkách. Přehled slouží jako doprovodný materiál a může být využit pro praktické účely.

Obecná charakteristika vybraných zařízení

Informace o jednotlivých zařízení slouží nejen pro výzkum a kvalitní splnění vymezených cílů, ale i pro výzkumníky, kteří se službou mohou předem seznámit. Zdrojem informací jsou webové stránky jednotlivých služeb.

Vybrané služby následné péče mají z větší části shodné cíle, požadavky pro přijetí i poskytované služby.

Cílová skupina: služby jsou určeny pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách.

Podmínky přijetí: všechny mají základní podmínku pro přijetí abstinenci. Některá zařízení trvají na abstinenci v pobytovém zařízení alespoň tři měsíce, některým stačí prokázání abstinence čestným prohlášením a jedno zařízení požaduje abstinenci pouze dva měsíce.

Doba pobytu: doba pobytu se liší, většina však přesahuje půl roku pobytu a nepřesahuje rok a půl.

Cena: cena za službu je také poměrně totožná, pohybuje se v rozmezí 3600 Kč za měsíc bez stravy až do výše 5040 Kč. Dvě zařízení požadují vratnou kauci při přijetí ve výši 1000 Kč a 2000 Kč.

Cíle služeb: je především upevňování pozitivních změn a pozitivních přístupů k abstinenci, které nastaly během předchozí léčby. Klient by se měl naučit být samostatný a zodpovědný a aktivně řešit své problémy. Rozšíří si kompetence v oblasti bydlení, sebeobsluhy a samostatnosti. Zlepší se v pracovní a studijní oblasti. Pokud je to možné zapracuje na zlepšení vztahů s rodinou a blízkými. Klient se naučí nakládat s volným časem, umí se bavit a odpočívat. Klient by měl abstinovat a v případě relapsu spolupracuje a požádá o pomoc. Zmapuje si své finanční možnosti a řeší aktuální finanční situaci.

Kritéria pro přijetí: každé zařízení vyžaduje zaslat vyplněnou žádost o přijetí. Některá zařízení požadují po zájemci životopis a motivační dopis, některá dokonce chtěla ručně psaný, kde zájemce napíše, proč chce začít využívat konkrétní službu a zahrne zde i motivaci k abstinenci. Vyjádření od terapeuta z předchozí léčby, popřípadě ošetřujícího psychiatra požaduje méně než polovina služeb. Jedno zařízení požaduje i potvrzení praktického lékaře klienta. Po zaslání písemných náležitosti jednotlivých služeb jsou žadatelé ve všech případech pozváni na ústní pohovor, kde s nimi zaměstnanci proberou konkrétní termíny nástupu, představy a požadavky. Některé služby nově nabízí i pohovor online, což je pro zájemce velkou výhodou. Vzhledem k tomu, že většina z nich je v době žádosti o službu v pobytovém zařízení a mohou být i z větší vzdálenosti, je tato možnost velkou úsporou času i financí. Žadatelé jsou na základě toho zařazeni do pořadníku a vyčkávají až se pro ně v zařízení uvolní vhodné místo. Vždy musí klient v zařízení respektovat pravidla a řád zařízení.

Služby a programy poskytované v zařízeních:

- Podpora při udržování a hledání zaměstnání,
- Sociální práce,
- Individuální poradenství a plánování formou schůzek s garantem,
- Skupinové terapie a poradenství,
- Rodinné či partnerské poradenství,
- Pracovní terapie, arteterapie,
- Zprostředkování psychiatrické, psychologické a další odborné péče,
- Podpora v aktivním trávení volného času (informace byly čerpané z webových stránek jednotlivých zařízení, viz literatura a zdroje).

3.5 Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data z telefonických rozhovorů byla výzkumníky přepisována a sdílána prostřednictvím GOOGLE platformy. Vzhledem k tomu, že každý výzkumník měl jiný styl

zaznamenávání, byly informace dle výzkumných cílů sjednoceny a kategorizovány. Následně poté systematicky analyzovány obsahovou analýzou (Ferjenčík, 2000).

3.6 Etika a úskalí výzkumu

Dle Ferjenčíka (2000) musejí být během výzkumu dodržována základní etická pravidla, mezi která patří dobrovolnost, respekt k účastníkům, právo na informace, právo na soukromí, zajištění anonymity a právo na odstoupení z výzkumu. Práce všechny tyto pravidla respektuje.

Všichni účastníci výzkumu se podíleli na výzkumu dobrovolně a bez nároků na finanční ohodnocení. Vzhledem k tomu, že byla použita metoda výzkumu Mystery shopping s odhalením (dle Radimeckého (2012) kvalitativní metoda textové analýzy realizovaných rozhovorů, pro zjištění aktuální dostupnosti služeb následné péče). Byl nejdříve proveden výzkum formou telefonického rozhovoru a poté opět formou telefonátu došlo k odhalení výzkumníka, respondent byl seznámen s výzkumem, jeho cíli a výsledky a měl možnost s jeho zveřejněním souhlasit či nesouhlasit. Všechna zúčastněná zařízení se zveřejněním výsledků výzkumu souhlasila.

Jako všechny používané výzkumné metody má i metoda Mystery Shoppingu své nevýhody, z nichž plynou jejich limity. Tykající se především úplnosti zodpovězených otázek, které si výzkumník stanovil a výpovědní hodnoty, její platnosti a spolehlivosti

Výzkumníci při sběru dat oslovovali respondenty z pozice zájemce o službu pobytové následné péče, což se mohlo projevit i co do úplnosti dat. Pracovníci oslovených služeb nemuseli být ochotni nebo schopni odpovědět na všechny otázky nebo sdělit všechny informace potřebné pro zpracování analýzy.

Praktický průběh realizace

Přípravná fáze celé bakalářské práce započala v období říjnu 2021, rešerší a studiem dostupné literatury. V listopadu 2021 byly položeny výzkumné otázky a vytvořeny definice pro výzkumný design a metody analýzy dat. Na konci listopadu 2021 proběhl výběr a školení výzkumníků. Celkem bylo ve výzkumu devět tazatelů. Ti byli z řad dobrovolníků studentů adiktologie. Detailně se seznámili s fiktivním gerontoadiktologickým klientem, který měl být umístěn do služby. Pro výzkumníky to byla velká zkušenost nejen co se výběru metody týče, ale i v komunikaci se zařízením a načerpáním informací o službách.

Realizační fáze se odehrála v prosinci 2021. Výzkumníci telefonovali do vybraných zařízeních a dle vytvořeného scénáře plnili zadaný cíl. Rozhovory byly prepisovány k dalšímu vyhodnocení (po analýze smazány).

Vyhodnocení získaných dat proběhlo v únoru a březnu 2022. Následoval telefonický rozhovor, kde proběhlo odhalení celého výzkumu a souhlas od respondentů se zveřejněním informací pro účely práce.

3.7 Výsledky

Výsledky budou popsány tak, aby odpovídaly na jednotlivé výzkumné otázky. Ke každé výzkumné otázce budou napsány odpovědi tak, jak na ně jednotliví respondenti reagovali.

1) Která zařízení pobytové následné péče v Jihočeském, v Jihomoravském a v kraji Vysočina umístí gerontoadiktologického klienta?

Tato výzkumná otázka, jak již bylo zmíněno má spíše kvantitativní charakter. Dle MPSV (2022) bylo zjištěno, že v těchto třech krajích je celkem sedm zařízení, které mají cílovou skupinu zahrnující gerontoadiktologické klienty. Tento počet je ve srovnání s jinými kraji nadprůměrný (MPSV, 2022). Z polostrukturovaného rozhovoru bylo zjištěno, že bez výhrad, limitů a podmínek umístí klienta ve třech zařízeních. Tyto zařízení mají již s touto klientelou zkušenost, nicméně průměrný věk klientů je nižší než věk klienta.

2) Jaká je subjektivní zkušenost výzkumníka volajícího do služby následné péče se zájmem o umístění gerontoadiktologického klienta?

Tato otázka má pro výzkumníky velmi důležitý význam. Na základě provedené studie si mohli na vlastní kůži vyzkoušet roli fiktivního zájemce o službu a obohatit se o cenou zkušenost. Z výzkumu vyplynulo, že pracovníci v sociálních službách jsou informovaní o jimi poskytovaných službách, orientují se v problematice a mají vřelé a ochotné vystupování. I za předpokladu, že zařízení nemohlo nabídnout své služby. Ve všech službách zaměstnanci nabídli možnost znovu kontaktování při nejasnostech a projevíli upřímný zájem o fiktivního zájemce, na něž hleděli bez předsudků, což je pro zájemce o službu hodnoceno velmi kladně. Je důležité zmínit, že ve třech službách se výzkumníkům na první pokus nepodařilo dovolat a zástupci všechno služeb do 24 hodin volali zpět na volané číslo. Což je pro zájemce o služby důležité a někdy pro umístění klíčové. Ve třech zařízeních ze čtyř (neumístěných) byla nabídnuta výzkumníkům alternativní možnost umístění klienta, z čehož vyplývá, že síť služeb v jednotlivých krajích jsou propojené, mají povědomí o dalších službách stejného typu a do určité míry spolupracují.

3) Jaké jsou důvody nepřijetí do služby a možné limitující faktory ve službách pro gerontoadiktologické klienty?

Umístit gerontoadiktologického klienta do služby byla potíž ve čtyřech zařízeních. V jednom zařízení, kde to nebylo možné byla důvodem nepřijetí nevyhovující cílová skupina. Při vyhledávání zařízení dle stanovených požadavků na MPSV (2022) nebylo v přehledu uvedeno, že zařízení se specializuje pouze na klienty s duálními diagnózami. Tudíž výzkumník při pokusu o umístěním nebyl úspěšný. V dalším zařízení bylo důvodem nepřijetí, že služba končila k lednu 2022 inovační projekt a přecházela na registrovanou

službu. Tudíž v době výzkumu nepřijímala žádné klienty bez rozdílů věku. Ve třetím zařízení, kde tazatel neuspěl byl výsledek rozporuplný. Klient si může podat žádost do zařízení s veškerými náležitostmi, ale pokud by byl přijat, bude se potýkat s podmínkou, kterou má zařízení stanovenou a tím je zaměstnání. Služba požaduje po všech svých klientech, aby chodili do zaměstnání, alespoň na částečný úvazek. Toto by mohl být problém u klienta v seniorském věku pobírajícím starobní důchod. Fyzické a psychické předpoklady se s navštěvováním zaměstnání příliš neshodují. Dle sdělení je průměrný věk ve službě přibližně 40 let a se staršími klienty nemají pracovníci příliš zkušeností. V poslední službě, kde by k umístění pravděpodobně nedošlo byl důvod ten, že služba je koncipována pouze na půl roku a po této době by nastal problém s umístěním klienta do další služby. Se seniorskými klienty služba nemá příliš zkušeností. Z výzkumu vyplynulo několik limitujících faktorů pro gerontoadiktologické klienty.

Největším limitujícím faktorem je, že služby nemají program uzpůsobený pro tyto klienty. Jejich cílem je pomoci klientům najít ubytování a zaměstnání (většina z nich již během léčby zaměstnání navštěvují) a začlenění se do normálního života. Tudíž služby nemají náhradní program pro osoby, kteří jsou stále v zařízení (především v dopoledních hodinách). Dalším zásadním limitujícím faktorem byla dle zjištění bariérovost zařízení. Většina zařízení mají byty ve vyšších patrech nebo někde, kde jsou schody, vyžadují tedy mobilitu klientů. Zdravotní stav je dalším limitujícím faktorem. Skoro většina zařízení nemají k dispozici nepřetržitě lékařský personál, který by mohl reagovat na tělesné komplikace spojené s vyšším věkem. Posledním zjištěným limitujícím faktorem je kapacita služeb. Některé služby nabízely volná místa pro umístění klienta v krátkém čase (například 14 dnů), některá zařízení však mají plnou kapacitu a pořadník zájemců plný na půl roku dopředu. Sice je to velmi proměnlivý faktor, ale zásadní pro umístění.

4 Závěr a diskuse

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že není jednoduché umístit gerontoadiktologické klienta do služby následné péče s doléčujícím programem. Tyto výsledky nelze přesně porovnat s jiným výzkumem, protože podobný výzkum zaměřený na gerontoadiktologické klienty a umístění do služeb následné péče nebyl doposud realizován. Lze však porovnat vhodnost výzkumné metody, která byla úspěšná a dokázala získat odpovědi na výzkumné otázky stejně, jak naznačoval výzkum Radimeckého (2012). Bohužel i tento výzkum měl své limity. Za hlavní limit považuji to, že výzkum nebyl realizován pouze jedním výzkumníkem. Subjektivní zkušenost tazatele by byla jednotnější a výzkumník by mohl směřovat všechny rozhovory stejným směrem. Dalším limitem výzkumu byl i výzkumný soubor. Pro lepší zobecnění výsledků by bylo výhodnější se zaměřit na celou Českou republiku, ne pouze na tři kraje. Tímto postupem by jako vedlejší produkt mohla vzniknout velmi praktická podrobná mapa služeb následné péče pro gerontoadiktologické klienty. Posledním návrhem pro zkvalitnění výzkumu a inspirací by mohla být větší snaha o přijetí klienta. Například podání žádosti a dalších náležitostí a pokračování v přijetí, jako při přijetí skutečného klienta, až do osobního pohovoru, kde by bylo vhodné učinit odhalení výzkumu pracovníkům služby. Tento postup by byl velice časově náročný, ale přesněji by poukázal na další konkrétní limity pro zájemce.

Na základě získaných informací se nabízí diskutovat nad tím, zda je síť adiktologických služeb vhodně nastavená pro potřeby gerontoadiktologických klientů. Dle informací od respondentů můžeme reflektovat, že žádné z analyzovaných zařízení nemá program přizpůsobený pro seniorské klienty. Jedno zařízení dokonce toto téma pojmenovalo jako problém, že nemají vhodné zkušenosti a možnosti. Z výzkumu Mravčíka et al. (2011) vyplývá, že co se týká služeb následné péče, poptávka převyšuje nabídku. Výsledky této práce pro naši cílovou skupinou závěr spíše potvrzují, než vyvrací. Na druhou stranu z výsledků šetření Radimeckého (2012) se ukázalo, že v současné době je nabídka služby následné péče s doprovodným ubytováním v Libereckém kraji přiměřená poptávce. V analýze šetření však byli zastoupeni klienti všech věkových skupin. Co je třeba zdůraznit, že nelze nabídku péče pro seniory striktně omezit na jednotlivé kraje ČR, ale je třeba zohlednit možnosti služeb ve všech krajích, neboť uživatelé návykových látek si často záměrně vybírají služby následné péče s ubytováním v jiných krajích, než odkud pocházejí. Chtějí mít jistotu, že nebudou konfrontováni se sociálním prostředím známých uživatelů návykových látek, do něhož před svým nástupem do léčby patřili, a které do budoucna vnímají jako ohrožující pro udržení změny závislého chování, jehož se jim v průběhu léčby podařilo dosáhnout (Radimecký, 2012). Výsledky šetření se shodují s výsledky výzkumu Radimeckého (2012) v otázce vstřícnosti, informovanosti a přehledu pracovníků v sociálních službách. Pracovníci služeb pro uživatele návykových látek, respektive dalších sociálních služeb jsou o problematice dobře informováni a mají o problematice dostatečný přehled. V otázce ochoty a vstřícnosti jsou pracovníci služeb

také velmi kvalitně vybaveni. Důvodem je pravděpodobně fakt, že jsou o cílové skupině závislých klientů dobře informováni a shlíží na ně bez předsudků.

Doporučení k tématu by mohlo být několik. Jako nejefektivnější považují zřízení více služeb pro gerontoadiktologické klienty. V zahraničí jsou dle Černíkové (2021) známy rezidenční programy reagující na specifické potřeby této cílové skupiny. Např. v Nizozemsku, Německu nebo Dánsku jsou zřízeny ošetrovatelské domy pro stárnoucí uživatele drog se sníženou soběstačností, tzv. nursing homes. V současné době jsou tyto domovy se zvláštním režimem (DZR) i v ČR. Ke květnu 2017 podle Registru poskytovatelů sociálních služeb je 326 DZR, převážně pro osoby s chronickým onemocněním, zejména s chronickým duševním onemocněním. Cílové skupině osob závislých a ohrožených závislostí v ČR poskytovalo podle Registru poskytovatelů sociálních služeb své služby celkem 16 DZR. O této sociální službě pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách dosud není dostatek převážně systematických informací (Černíková, 2021). Mohly by však znamenat řešení kvalitní péče pro gerontoadiktologické klienty. Dalším možným řešením by mohlo být zvýšení povědomí o potřebách starších klientů u pracovníků služeb a na základě toho zvýšení počtu proškolených zaměstnanců, kteří se budou této skupině věnovat například v dopoledních hodinách. Budou s nimi například aktivizovat kognitivní funkce, cvičit krátkodobou a dlouhodobou paměť a trénovat především jemnou motoriku.

5 Použitá literatura a jiné zdroje

- ADAMEČEK, D. et al. (2021). *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Retrieved July 6, 2022, from https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_adi-sluzeb_2021.pdf.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. (2021, 30. dubna). *Věkové složení obyvatelstva – 2020*. https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2020_
- ČERNÍKOVÁ, T., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ROUS, Z., CIBULKA, J., MRAVČÍK, V. (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021* [Summary Report on Addictions in the Czech Republic in 2021] CHOMYNOVÁ, P. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- ČERNÍKOVÁ, T., CHOMYNOVÁ, P., MRAVČÍK, V. (2021). *Užívání návykových látek ve starších věkových skupinách: dotazníkový průzkum v domovech se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí*. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2021; 4 (2), 70–77; doi: 10.35198/APLP/2021-002-0002. Dostupné (6. 7. 2022) z <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2021/08/02cernikova.pdf>.
- ČSÚ. (2020). *Aktuální populační vývoj v kostce*. Dostupné (6. 7. 2022) z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>.
- DAR, K. (2006). *Alcohol use disorders in elderly people: fact or fiction?* Retrieved July 6, 2022, from <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/7C5DB942B0B9DCFF29B7CA1E829E130B/S1355514600002996a.pdf/alcohol-use-disorders-in-elderly-people-fact-or-fiction.pdf>.
- FERJENČÍK, Ján. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- GUILLOU LANDREAT M, CHOLET J, GRALL BRONNEC M, LALANDE S AND LE RESTE JY (2019). *Determinants of Gambling Disorders in Elderly People—A Systematic Review*. *Front. Psychiatry* 10:837. doi: 10.3389/fpsy.2019.00837. Dostupné (6. 7. 2022) z <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00837/full>.
- KALINA, Kamil. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada).
- KALINA, Kamil. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, Psyché (Grada).
- KALINA, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. drogy. Retrieved July 6, 2022, from <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=345>.
- KOECHL, B. (2012). *Age-Related Aspects of Addiction*. <https://www.karger.com/Article/Pdf/339095>. Retrieved July 6, 2022, from <https://www.karger.com/Article/Pdf/339095>.

- KUDA, Aleš. (2001). *Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislosti*. Adiktologie.
- KUDA, Aleš. (2003). *Následná péče, doléčovací programy*. In Kalina, K a kol., *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. 2. díl*. Praha: Úřad vlády ČR.
- KALVACH, Zdeněk. et al. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- KROMBHOLZ, R., DRÁSTOVÁ, H. (2010). *Závislosti a stáří. Psychiatrie pro Praxi* [online]. 11(3) [cit. 27. 6. 2022]. Dostupné z WWW: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/02.pdf>.
- MIOVSKÝ, M. et al. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Retrieved July 6, 2022, from <https://www.adiktologie.cz/file/444/koncepce-siti-blok-online.pdf>.
- MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., HORÁKOVÁ, M., NEČAS, V., CHOMYNOVÁ, P., ŠŤASTNÁ, L. et al. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v české republice v roce 2010*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády ČR.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KIŠŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H., JURYSTOVÁ, L., VOPRAVIL, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015* [Annual Report on Drug Situation 2015 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FRANKOVÁ, E., NECHANSKÁ, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. (2021). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021* [Report on Illicit Drugs in the Czech Republic 2021] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- NEUGARTEN, B. L. (1966). *Adult personality* [Electronic version]. Human Development, 9.
- PACOVSKÝ, Vladimír, HEŘMANOVÁ, Hana. (1981). Brno: TISK.
- PAVLOVSKÁ, A. (2018). *Analýza studijního programu adiktologie a charakteristik jeho absolventů v kontextu vývoje oboru adiktologie*. Retrieved July 6, 2022, from <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/102383/140069124.pdf>.
- RADIMECKÝ, J. (2012) *Analýza kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek v Libereckém kraji: Souhrnná zpráva*, Liberecký kraj. Dostupné (6. 7. 2022) z <https://odbor-socialni.kraj-lbc.cz/getFile/case:show/id:910953>.
- REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB – hledání Poskytovatele Sociální Služby. (2022). Retrieved July 6, 2022, from http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1657106471304_1.

- RVKPP (2004). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*. Speciální část. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) – Úřad vlády ČR.
- SATRE, D. D., MERTENS, J. R., AREAN, P. A. & WEISNER, C. (2004). *Five-year alcohol and drug treatment outcomes of older adults versus middle-aged and younger adults in a managed care program*.
- Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. (2021). *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- SKOPALOVÁ, B. (2014). *Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů*. Retrieved July 6, 2022, from http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2014_4_Skopalova_The-influence-of-alcohol-1.pdf.
- STUART-HAMILTON, Ian. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- ŠINDELÁŘ, M. (2020). *Mystery shopping – výhody a nevýhody*. Informační systém Vysoké školy hotelové v Praze. Retrieved July 6, 2022, from <https://is.vsh.cz/>.
- ŠEJVL, J., MIOVSKÝ, M. (2018). *První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938)*. Retrieved July 6, 2022, from <https://www.researchgate.net/profile/Jaroslav-Sejvl-2>.
- TOMÁŠKOVÁ, H. (2012). *Proces přijímání seniorů do zařízení sociálních služeb ve vybrané lokalitě*. https://is.muni.cz/th/ly8j8/Diplomova_prace-Hana_Tomaskova.pdf. Retrieved July 10, 2022, from https://is.muni.cz/th/ly8j8/Diplomova_prace-Hana_Tomaskova.pdf?info.
- VANČUROVÁ, Alena. *Problematika umístování seniorů do domovů pro seniory*. Č. Bud., (2014). diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUĎEJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
- VAVRINČÍKOVÁ, L. et al. (2013). *Koncepce Sítě specializovaných ... - Klinika Adiktologie*. Retrieved July 6, 2022, from <https://www.adiktologie.cz/file/309/koncepce-sluzeb-verze-4-7-2013.pdf>.

Zdroje pro tvorbu přílohy

- ALKAT Z.S. | Alkat.cz. *Alkat z.s.* | *Alkat.cz* [online], [cit. 04.06.2022].. Dostupné z: <http://www.alkat.cz>.
- OBLASTNÍ CHARITA TŘEBÍČ. *Oblastní charita Třebíč* [online]. Copyright © 2022 Charita Česká republika [cit. 04.06.2022]. Dostupné z: <https://trebic.charita.cz>.
- OBLASTNÍ CHARITA JIHLAVA [online]. Copyright © 2022 Charita Česká republika [cit. 04.06.2022]. Dostupné z: <https://jihlava.charita.cz>.
- POSKYTOVANÉ SLUŽBY - NÁSLEDNÁ PÉČE KOLPING. *Následná péče Kolping - Doléčovací služba* [online]. Copyright © Kolpingovo dílo ČR 2022 [cit. 04.06.2022] Dostupné z: <https://www.naslednapece.kolping.cz/poskytovane-sluzby/>.

LOTOS. *Lotos - doléčovací centrum, o. p. s.* | Lotos [online]. Dostupné

z: <https://www.lotos-brno.cz/pobytovy-dolecovaci-program>.

RENADI. *Renadi – pomoc při potížích s alkoholem, léky, hazardním hraním a online sázením* [online]. Copyright © 2022, Renadi, o.p.s. [cit. 04.06.2022]. Dostupné

z: <https://www.renadi.cz/cs/kontakt>.

6 Přílohy

Charakteristika vybraných zařízení

ALKAT, z. s.

Zařízení ALKAT, z.s. poskytuje sociální služby již od roku 2007, zprvu jako chráněné bydlení, nyní od 1. 1. 2014 je ALKAT, z.s. registrováno jako poskytovatel služeb následné péče ve smyslu §64 zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách.

Následná služba je určena pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na alkoholu, poskytuje své služby mužům od 19 do 70 let. Před umístěním musí absolvovat léčbu pro závislost na alkoholu a nastoupí bezprostředně po léčbě či pobytu ve zdravotním nebo sociálním zařízení. Musí být zajištěna minimálně šestitýdenní abstinence. Umístění mohou být i muži s tzv. duální diagnózou. V zařízení je 13 lůžek v jedno-, dvou-, a třílůžkových pokojích. Cena je fixní 4.100 Kč za měsíc bez stravy. Délka trvání služby je čtyři nebo šest měsíců, ale lze ji na základě žádosti prodloužit. Maximální délka pobytu je rok a půl.

Cílem služby je upevnění pozitivních změn a pozitivních přístup k abstinenci, které nastaly během předešlé léčby závislosti na alkoholu. Klienti si zde řeší aktuální finanční situaci, hledají si zaměstnání a snaží se v něm stabilizovat. Podporují je a pomáhají při hledání a zajištění vhodného bydlení a komunikaci se státními subjekty, zařízeními a institucemi. Klienti si upevňují běžné sociální návyky, rituály a rozvoj manuálních dovedností při každodenních činnostech. Podporují se a vedou ke zlepšení využívání přirozené vztahové sítě a sociálních dovedností při řešení náročných životních situací a snaží se situace zvládat sami.

Kritéria pro přijetí

První kontakt se zájemcem je buď osobní, písemný či telefonický. Zájemce je vyzván k vyplnění žádosti o přijetí. V případě volné kapacity a splnění podmínek pro přijetí je zájemce pozván na osobní schůzku, kde si prohlédne zařízení a vedoucí pracovník s ním projedná chod zařízení, cíle pobytu a termínem nástupu. Ten je zájemci ještě telefonicky potvrzen.

Zájemce musí absolvovat a řádně dokončit minimálně šestitýdenní léčbu pro závislost to znamená, že musí být zajištěna šestitýdenní abstinence.

Zájemce musí nastoupit do zařízení ihned po opuštění zdravotnického či sociálního zařízení.

Zájemce musí být seznámen s Pravidly pro chod zařízení a metodami práce, respektuje předpisy zařízení.

Zájemce není agresivní.

Zájemce je fyzicky schopen zvládnout stavební bariéry v zařízení.

Zájemce má zájem o rozvoj své osoby, je motivován k abstinenci a integraci do společnosti.

Zájemce nemá z dřívějších dob vůči zařízení dluhy či jiné závazky.

Přijetí je možné pouze, pokud není naplněna kapacita zařízení, v opačném případě je zájemce zařazen do pořadníku.

Služby a programy poskytované v zařízení:

- Ranní komunita,
- Edukační skupiny,
- Pracovní terapie,
- Psychoterapie individuální,
- Psychoterapie skupinová/prevence relapsu,
- Zážiteková odpoledne,
- Individuální plánování,
- Sociální práce a sociální poradenství,
- Sociálně terapeutická činnost,
- Úklid společných prostor (www.alkat.cz).

Oblastní charita Třebíč

Pobytové zařízení, které poskytuje sociální služby následné péče prostřednictvím doléčovacího centra. Posláním je podpora a udržení abstinence u klientů po léčbě závislosti a pomoci jim začlenit se do běžné komunity. Cena ubytování je 4000 Kč za měsíc bez stravy. Ubytování je klientům poskytováno na dobu šesti měsíců a následně tři měsíce ambulantního programu bez bydlení (ambulantní program je zdarma). Kapacita pobytové léčby je šest a ambulantní je deset klientů.

Cílovou skupinu tvoří zájemci, kteří nejméně tři měsíce abstinují od ilegálních drog, alkoholu a patologičtí hráči starší 18 let. Zájemce musí absolvovat středně dlouhou léčbu v psychiatrické nemocnici nebo dlouhodobou léčbu v TK. Pokud zájemci neprodělají léčbu, ale minimálně tři měsíce abstinují, mohou být přijati na základě čestného prohlášení. Mohou být přijati i zájemci, kteří se vrací z výkonu trestu OS vykonaném ve specializovaném oddělení.

Cílem je podpora klienta v udržení abstinence (pravidelný režim, životospráva, péče o zdraví, smysluplné trávení volného času, znalost rizikového prostředí, zvládání relaxačních technik). Podpora klienta v samostatnosti při obstarávání běžných záležitostí

po dokončení léčby v prostředí abstinujících osob (jednání s úřady, finanční hospodaření, legální zdroj příjmů, vlastní bydlení, navázání kontaktů s rodinou a přáteli).

Kritéria pro přijetí

Po telefonické nebo e-mailovém kontaktu si zájemce podá Žádost o přijetí do Doléčovacího centra Třebíč a spolu s životopisem a zhodnocením léčby odešle buď mailem nebo ČP. Do 14 dnů zašle služba vyjádření k žádosti. Pokud má služba volnou kapacitu a zájemce splnil podmínky pro přijetí, je pozván na osobní pohovor, kde je seznámen se zařízením a je mu sdělen přibližný termín nástupu do služby.

Služby a programy poskytované v zařízení:

- Individuální terapie (povinná 1x týdně),
- Skupinová terapie (povinná 1x týdně),
- Sociální práce,
- Domovní skupina,
- Pracovní terapie (www.trebic.charita.cz).

Oblastní charita Jihlava

Následná péče Jihlava s pobytovým doléčovacím programem pomáhá lidem, kteří prošli léčbou závislosti, vytvářet podmínky k tomu, aby mohli i nadále úspěšně abstinovat a začlenit se zpět do běžného života.

Služba následné péče je určena pro klienty starší 18 let s anamnézou závislosti, které absolvovali léčebný program a abstinují minimálně tři měsíce. Jsou motivováni k životu bez návykové látky (s výjimkou nikotinu a kávy). Základní délka ubytování je šest měsíců. Služba má kapacitu 14 osob a cena je 120 Kč za 1 den, zájemce musí při podpisu smlouvy složit vratnou kauci v hodnotě 2000 Kč.

Cílem programu následné péče je udržení a rozvoj pozitivních změn, pro které se klient rozhodl a osvojil si je v předešlé léčbě. Podpořit klienta v rozvíjení potřebných kompetencí pro další samostatný a soběstačný život tak, aby mohl obstát v běžných podmínkách života a začlenit se do společnosti. Klient abstinuje od všech nelegálních návykových látek, alkoholu a nelátkových závislostí, zná své limity a včas na ně reaguje. Umí si říct o pomoc. Cílem je, aby klient získal a udržel si zaměstnání a našel si uspokojené bydlení. Naučil se mít přehled o svých financích, výši dluhů a samostatně a s rozvahou nakládá se svými penězi. Aktivně tráví volný čas, navazuje zdravé sociální vztahy a pečuje o své zdraví.

Kritéria pro přijetí

Zájemce musí podat vyplněnou Žádost o poskytnutí služeb Následné péče Jihlava společně se strukturovaných životopisem v rozsahu 4x A4 a motivačním dopisem psaným vlastní

rukou v rozsahu 1x A4. K předchozím dokumentům musí přidat vyjádření terapeutického týmu z předchozí léčby. Po obdržení pracovník služby zájemce kontaktuje a dohodne termín osobního pohovoru. Do služby musí klient nastoupit maximálně do 24 hodin pro propuštění z léčebného zařízení a musí mít negativní toxikologický test a kopii propouštěcí zprávy. Při nástupu žadatel předloží posudek praktického lékaře o zdravotní stavu ne starší než jeden týden.

Služby a programy poskytované v zařízení:

- Skupinová terapie,
- Skupiny prevence relapsu,
- Individuální terapie/poradenství,
- Sociální poradenství,
- Rodinné a párové poradenství,
- Arteterapie,
- Zážitekové programy,
- Volnočasové aktivity (www.jihlava.charita.cz).

Doléčovací centrum PREVENT

Vzniklo v polovině roku 2006 na základě absence zařízení podobného typu v regionu. Zařízení bylo certifikováno RVKPP v letech 2007, 2011, 2015 a 2019, a v souladu se zákonem 108/2006 Sb. §64 poskytuje služby následné péče.

Doléčovací centrum je zaměřeno na cílovou skupinu nad 18 let a rodiče s dětmi. Doba doléčování je rok a pro rodiče s dětmi rok a půl. Z toho lze být šest měsíců v pobytové formě, pro rodiče s dětmi jeden rok a poté docházet do ambulantního doléčovacího programu. V pobytové formě má kapacita 16 lůžek. Cena ubytování je 4000 Kč měsíčně a při vstupu do programu je třeba uhradit vratnou kauci ve výši 1000 Kč.

Cílem programu, aby byl úspěšný absolvent programu. Aby měl klient legální zaměstnání nebo studoval denní studium, měl uspokojivé bydlení na smlouvu, které si hradí z vlastních příjmů. Aby klient uměl nakládat s volným časem, uměl se bavit a odpočívat. Byl samostatný a zodpovědný a aktivně řešil své problémy a nepotřeboval další adiktologické služby. Abstinovat a v případě relapsu spolupracoval. Klient po ukončení služby bude další rok dvakrát ročně kontaktován.

Kritéria pro přijetí.

Zájemce plní předpoklady cílové skupiny. Musí vyplnit písemnou žádost a spolu s životopisem a doporučení terapeutického týmu z léčby doručit e-mailem nebo ČP. Na základě žádosti bude zájemce pozván k ústnímu pohovoru. Pro přijetí není nutné

absolvovat celou léčbu, ale je nutná abstinence od návykových látek nejméně tři měsíce. Program není určen pro uživatele služby přicházející bezprostředně po ukončení substituční léčby (pokud prokazatelně neabstínují tři měsíce od návykových látek).

Služby a programy poskytované v zařízení:

- Terapeutická skupina,
- Skupina prevence relapsu,
- Samořídící skupina,
- Velká komunita,
- Motivační trénink,
- Individuální a skupinová psychoterapie,
- Služby zaměstnanosti.

Následná péče KOLPING

Sociální služba následné péče Kolping poskytuje doprovázení a podporu v doléčování klientům se závažným duševním onemocněním, kteří se potýkají se závislostí. Zařízení je určeno klientům při přechodu z léčby do běžného a samostatného života formou pobytového bydlení v tréninkových bytech. Posláním služby je podpora klientů s duální diagnózou v začleňování do běžného života a společnosti tak, aby byli spokojeni sami klienti, jejich blízcí i společnost jako taková. Délka pobytu je 6 až 12 měsíců a služba poskytuje 10 lůžek v jedno – a dvoulůžkových pokojích. Cena za bydlení je v jednolůžkovém pokoji 130 Kč na den a ve dvoulůžkovém pokoji 110 Kč na den (bez stravy).

Cílem služby je znovunalezení vlastní hodnoty klienta a hledání smysluplné role ve společnosti a životě. Zvýšení kompetencí v oblasti bydlení, sebeobsluhy a samostatnosti. Zlepšení v pracovní a studijní oblasti a vztahů s rodinou a blízkými. Služba dbá na podporu v udržení abstinence a snížení recidivy návykového jednání a zlepšení zvládání života s duševním onemocněním a předcházení opakovaným, hospitalizacím. Snaží se u klientů omezit rizikové a kriminální jednání a snížit bezdomovectví u osob s duální diagnózou.

Kritéria pro přijetí

Zájemce o službu musí vyplnit žádost, ve které v pár větách nastíní motivaci k využití služby. Spolu s žádostí pošle stručný životopis v rozsahu 1-2 strany a vlastní zhodnocení dosavadní léčby. Další podmínkou pro přijetí je aktuální lékařská zpráva od ošetřujícího psychiatra s aktuální medikací a doporučení do doléčování od terapeutického týmu.

Na základě žádosti a dalších náležitostí potřebných pro přijetí je zájemce pozván k osobnímu pohovoru, kde mu případně terapeutický tým sdělí datum možného nástupu do služby.

Služby a programy poskytované v zařízení:

- Podpora při udržování a hledání zaměstnání,
- Sociální práce,
- Individuální poradenství a plánování formou schůzek s garantem,
- Skupinové terapie a poradenství,
- Rodinné či partnerské poradenství,
- Zprostředkování psychiatrické, psychologické a další odborné péče,
- Podpora v aktivním trávení volného času (www.naslednapece.kolping.cz).

RENADI

Služba je určena pro muže a ženy se závislostí na alkoholu, nelegálních návykových látkách a nelátkových návykových látkách po ukončené léčbě ve zdravotnickém zařízení. Kapacita je 8 lůžek. Cen pobytu je 5040 Kč za jeden měsíc.

Cílem služby pomoc klientovi zorientovat se ve vlastní situaci. Podpořit ho při udržení abstinence a prevence relapsu. Zlepšit rodinné vztahy a vztahy s okolím. Najít si bydlení a práci a udržet si je. Vyřešit sociální a finanční situace, nastavit si vhodný rozpočet. Hledat možnosti trávení volného času a řešit otázky týkající se vzdělání.

Kritéria pro přijetí

Klient musí vyplnit žádost a tu zaslat e-mailem nebo ČP. Pracovník služby se většinou obratem ozve a domluví si s klientem osobní pohovor.

Zájemce musí absolvovat ústavní protialkoholní léčbu v psychiatrické nemocnici nebo v TK nebo musí absolvovat ambulantní léčbu s terapeutickým zaměřením. Podmínkou je dvouměsíční abstinence.

Služby a programy poskytované v zařízení:

- Sociální poradenství,
- Individuální psychologické poradenství,
- Psychoterapii směřující k udržení abstinence,
- Terapeutická doléčovací skupina,
- Úschovna a užívání Antabusu ve spolupráci s psychiatrem (www.renadi.cz).

LOTOS – doléčovací centrum, o. p. s.

Pobytový doléčovací program je službou následné péče (dle § 64 Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.), funguje od roku 2003 a je určen lidem se závislostí na alkoholu,

kteří jsou motivováni k abstinenci. Program je realizován formou terapeutické komunity a jeho trvání je až dva roky.

Pobytový doléčovací program je zaměřen pro lidi starší 18 let. Podmínkou pro přijetí je minimálně tříměsíční protialkoholní léčba a nástup do zařízení ve stejný den ukončení léčby. V programu jsou k dispozici tři byty, dva byty pro muže o kapacitě 7 lůžek a jeden byt pro ženy o kapacitě 6 lůžek. Celkově je k dispozici 20 lůžek. Délka pobytu je na osm měsíců, ale lze prodloužit až na maximálně dva roky.

Cena léčby je 125 Kč na den.

Celý program je nastavený tak, aby klient na počátku dostával větší podporu a pomoc a postupně se naučil převzít zodpovědnost za svůj život. Cílem je stabilizovat klienty v chráněném prostředí a začít řešit svou životní situaci za podpory pracovníků i spolu klientů s obdobnými tématy. Připravit klienta na samostatný plnohodnotný život bez alkoholu a dalších návykových látek či návykového chování.

Kritéria pro přijetí:

Zájemce o službu musí vyplnit Žádost o přijetí a napsat životopis. Oboje zaslat e-mailem nebo ČP. Následně pracovník služby zájemce zkontaktuje.

Služby a programy poskytované v zařízení:

- Individuální terapie,
- Skupinová terapie,
- Komunitní setkání,
- Tematické skupiny prevence relapsu,
- Řešení sociálních záležitostí,
- Účast na setkání AA,
- Volnočasové aktivity (www.lotos-brno.cz).