

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Tereza Černíková

Domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí

Residential social care centres with special regime for substance abusers and
persons at risk of substance use

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Viktor Mravčík, PhD.

Praha, 2017

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, 04.12.2017

TEREZA ČERNÍKOVÁ

.....

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

ČERNÍKOVÁ, Tereza. *Domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí. [Residential social care centres with special regime for substance abusers and persons at risk of substance use]*. Praha, 2017. 85 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mravčík, Viktor.

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování za cenné rady, shovívavost a trpělivost patří vedoucímu diplomové práce, MUDr. Viktoru Mravčíkovi, PhD. Ráda bych poděkovala i respondentům za jejich ochotu při vyplňování dotazníku. V neposlední řadě bych na tomto místě chtěla poděkovat i svým rodičům za podporu v průběhu celého studia.

ABSTRAKT

Východiska: Užívání návykových látek je obvykle spojováno s mladými lidmi, ale vyskytuje se rovněž mezi seniory, pro které problémové užívání alkoholu a dalších drog představuje zvýšené riziko celé řady zdravotních a sociálních dopadů. Současný systém adiktologické péče v České republice není na cílovou skupinou starších osob systematicky zaměřen a tato cílová skupina je spíše na okraji pozornosti. Přesto v České republice existují služby, domovy se zvláštním režimem, které se staršími osobami se závislostním problémem cíleně pracují. Tyto programy jsou obdobou tzv. nursing homes pro stárnoucí uživatele návykových látek známých ze zahraničí.

Cíle: Cílem diplomové práce je zmapovat charakteristiky sociální služby domovy se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách v České republice v oblastech složení a charakteristik klientů, metod práce s cílovou skupinou, složení personálů a financování.

Metody: Byla provedena on-line průřezová dotazníková studie a následná deskriptivní analýza dat. Osloveno bylo 16 domovů se zvláštním režimem, které dle informací z Registru poskytovatelů sociálních služeb v České republice poskytují služby cílové skupině osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách.

Výsledky: Ze 16 oslovených domovů se zvláštním režimem informaci ohledně poskytování péče této cílové skupině poskytlo 14 zařízení, z toho 6 jí v r. 2016 reálně poskytovalo. Nejčastěji byla zastoupená věková skupina 60-69 let, klienti byli až na výjimky uživatelé alkoholu, často s komorbidním psychiatrickým problémem, zejména demencí či jiným organickým mozkovým poškozením. Úplnou abstinenci jako podmínku pro setrvání v domově uvedla 3 zařízení, 2 mají naopak nastavená pravidla umožňující konzumaci alkoholu vně zařízení, možnost personálu regulovat přísun alkoholu uvedlo 1 zařízení. Psychologické intervence ve většině nebyly poskytovány vůbec, psychiatr byl zajištěn ve všech zařízeních, nejčastěji externě. Financování je zajištěno dotacemi z ministerstva práce a sociálních věcí a poplatky klientů, dále z rozpočtů samospráv a zdravotních pojišťoven.

Závěr: Ve srovnání s podobnými zahraničními zařízeními je v domovech se zvláštním režimem rozdílný postoj k abstinenci. Zahraniční programy povolují užívání návykových látek uvnitř zařízení, může docházet i k podávání či kontrole nad konzumovaným množstvím alkoholu. Je nicméně jasné, že bezpečné a stabilní bydlení a uspokojení dalších základních životních potřeb je základním předpokladem pro řešení sociálních a zdravotních problémů starších osob s adiktologickým problémem a v péči o ně je potřeba uplatňovat integrovaný, multidisciplinární a inovativní přístup.

KLÍČOVÁ SLOVA: domov se zvláštním režimem, stárnutí, závislí nebo ohrožení závislostí, užívání návykových látek, starší lidé

ABSTRACT

Background: Substance abuse is usually associated with young people, but occurs also among elderly for whom the abuse of alcohol and other substances poses an increased risk of a whole range of health and social harms. The current system of addictological care in the Czech Republic is not systematically focused on the target group of elderly and this target group is rather at the edge of attention. Nevertheless, in the Czech Republic there are social services, residential social care centres with special regime for elderly people with a dependency problem. These programs are similar to the nursing homes for aging drug users known from abroad.

Aims: The aim of this work is to describe the characteristics of residential social care centres with special regime for substance abusers and persons at risk of substance use in the Czech Republic in the areas of clients of the facilities, methods of work with the target group, personnel and funding of the facilities.

Methods: An on-line cross-sectional questionnaire study and descriptive data analysis were conducted. According to the Registry of Social Service Providers in the Czech Republic there is 16 residential social care centres with special regime for substance abusers and persons at risk of substance use, all of them were chosen for the study.

Results: Out of 16 addressed residential social care centres with special regime, 14 facilities provided information on provision of care to this target group and in 2016 in real terms 6 facilities provided the care to this target group. The most frequent age group was 60-69 years of age; clients were alcohol users, often with a comorbid psychiatric problem, especially dementia or other organic brain syndrome. Abstinence as a condition was reported by 3 facilities, on the other hand 2 facilities set rules allowing alcohol consumption outside the facility and 1 facility stated a possibility of control the supply of alcohol by personnel. Psychological interventions were mostly not provided, the psychiatrist was in all facilities, most often externally. Funding is ensured by subsidies from the Ministry of Labour and Social Affairs and the client's charges, as well as from municipalities and health insurance.

Conclusion: Comparing to similar foreign residential facilities for aging substance abusers, there is different attitude to abstinence in residential social care centres with special regime. Foreign facilities allow substance use inside the facility, as well as administration or control of consumed alcohol. However, it is clear that safe and stable housing and satisfaction of other basic needs is a basic prerequisite for addressing the social and health problems of elderly people with dependency problems and integrated, multidisciplinary and innovative approach is required.

KEYWORDS: residential social care centres with special regime, aging, substance abusers and persons at risk of substance use, substance abuse, elderly

Obsah

Obsah.....	7
1 Úvod.....	9
2 Užívání návykových látek mezi staršími osobami.....	10
2.1 Užívání návykových látek v České republice se zaměřením na starší osoby	12
2.2 Užívání návykových látek mezi staršími osobami v zahraničí	16
3 Specifika starších uživatelů návykových látek	19
3.1 Somatická zdravotní rizika.....	19
3.2 Rizika v oblasti duševního zdraví	22
3.3 Sociální rizika.....	23
4 Diagnostika a léčba starších uživatelů návykových látek	24
4.1 Screening a diagnostika.....	24
4.2 Léčebné a jiné specializované programy	27
4.2.1 Abstinenčně orientované programy.....	27
4.2.2 Další specializované programy.....	29
5 Systém péče o osoby závislé nebo ohrožené závislostí v České republice	33
5.1 Specializovaná adiktologické péče v České republice.....	33
5.2 Systém sociálních služeb.....	34
5.3 Domovy se zvláštním režimem.....	35
6 Výzkumná část.....	38
6.1 Cíle a výzkumné otázky	38
6.2 Výběrový soubor	38
6.3 Metody	39
6.4 Etické aspekty	40
7 Výsledky	41
8 Diskuze.....	57
9 Závěr	63
10 Použitá literatura a právní předpisy.....	66
Přílohy	73
Dotazník	73
Seznam grafů.....	85
Seznam tabulek	85
Seznam map	85

SEZNAM ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (syndrom získaného selhání imunity)
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test (test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu)
BRITE	Brief Intervention and Treatment for Elders (krátká intervence a léčba starších osob, screeningový nástroj k rozhovoru na téma užívání a zneužívání návykových látek u starších osob)
CAGE	krátký dotazník (4 otázky) vyvinutý původně pro lékaře ke screeningovému zjištění problémů s alkoholem
ČR	Česká republika
DSZR	domov se zvláštním režimem
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
MAST-G	Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (screeningový dotazník ke zjištění problémů s alkoholem u starších osob)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti
RVKPP	Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VHB	virová hepatitida typu B
VHC	virová hepatitida typu C

1 Úvod

Problémoví uživatelé drog v České republice stárnou a tento trend se týká uživatelů všech drog v kontaktu s poradenskými a léčebnými programy. V r. 2015 byl průměrný věk žadatelů o léčbu téměř 35 let. V průměru nejstarší jsou uživatelé opiátů/opioidů (téměř 36 let). Průměrný věk žadatelů o léčbu se za posledních 10 let zvýšil téměř o 8 let (Mravčík et al., 2016). Rovněž nízkoprahové služby udávají, že jejich klientela stárne. V některých regionech je zaznamenán nárůst počtu uživatelů, kteří začínají drogy užívat kolem 50 let věku (Mravčík et al., 2015). S tímto trendem se objevují nová specifika, související se zhoršujícím se zdravotním stavem a sociální situací problémových uživatelů drog, se kterými se pomáhající programy setkávají.

V oblasti užívání legálních návykových látek se pozornost odborníků a médií upíná k dospělé populaci a čím dál více i na děti a mladistvé (např. O'Connell, Chin, Cunningham & Lawlor, 2003; Rosen et al., 2013). Poměrně opomíjenou skupinou však i nadále zůstávají senioři, u kterých je nadměrné užívání alkoholu často nerozpoznáno a nedignostikováno (Khan, Davis, Wilkinson, Sellman & Graham, 2002). I Evropské monitorovací středisko pro drogy drogové závislosti (EMCDDA, 2008) upozorňuje na často opomíjený problém nadužívání alkoholu u starších dospělých a seniorů, ale také na užívání nelegálních drog a na nadužívání léků, často benzodiazepinů a opioidních analgetik v této skupině. Pro cílovou skupinu starších osob představuje nadužívání alkoholu a dalších drog zvýšené riziko celé řady zdravotních a sociálních dopadů (O'Connell et al., 2003; Shahpesandy et al., 2006; Aira, Hartikainen & Sulkava, 2005; Gambert & Albrecht, 2005).

Současný systém adiktologické péče v ČR s cílovou skupinou starších dospělých či seniorů systematicky nepracuje. I v koncepci sítě specializovaných adiktologických služeb (Miovský et al., 2013) je tato cílová skupina spíše na okraji pozornosti a na specializované typy péče není kladen důraz. Stejně tak Inovované standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Libra et al., 2015) neoperují se specifickým typem péče pro tyto klienty. Může se tedy jevit, že současný systém adiktologických služeb nedefinuje žádnou specializovanou službu pro tuto cílovou skupinu a že v současném systému adiktologické péče pro ni není zvláštní místo. Přesto v České republice existují služby, které pracují cíleně právě se staršími osobami se závislostním problémem. Jde o domovy se zvláštním režimem. V rámci účelově určených výdajů na protidrogovou politiku z rozpočtů státní správy a samosprávy činily v r. 2015 výdaje na domovy se zvláštním režimem 38,1 mil. Kč (Mravčík et al., 2016), přesto o této sociální službě pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách dosud není dostatek dostupných ověřených informací.

Cílem diplomové práce je zmapovat charakteristiky sociální služby domov se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách v České republice v oblastech financování, metod práce, složení personálů a charakteristik klientů.

2 Užívání návykových látek mezi staršími osobami

Užívání návykových látek je obvykle spojováno s mladými lidmi, ale tyto problémy nejsou nijak omezené věkem. V současné době není dostupný dostatek informací o užívání návykových látek u starších dospělých a seniorů, proto je obtížné odhadovat přesný rozsah a důsledky tohoto problému (EMCDDA, 2008). Demografické stárnutí obyvatelstva ve vyspělých zemích vede k rostoucímu zastoupení seniorů v populaci. Dle Zdravotnické ročenky České republiky za r. 2015 tvořili senioři starší 65 let 18,1 % populace (oproti 15,4 % v r. 2010) (Ústav zdravotnických informací a statistiky [ÚZIS], 2016a, 2011). Vzhledem k aktuálním demografickým trendům lze očekávat stále častější zastoupení seniorů a starších dospělých mezi klientelou využívající adiktologické služby (Skopalová, 2014).

V diskuzi o zneužívání návykových látek mezi staršími osobami se objevují 2 základní vzorce užívání, resp. uživatelské skupiny. Starší uživatele návykových látek lze charakterizovat jako (1) stárnoucí uživatele s časným počátkem užívání (přežívající) nebo (2) starší uživatele s pozdním počátkem užívání (reagující) (EMCDDA, 2008). První skupinou jsou lidé s dlouhou historií užívání návykových látek, kteří nadále užívají i v pozdějším věku. Druhá skupina zahrnuje jednotlivce, u kterých se návyk vyvíjí v pozdějším věku. Dosud nebyly realizovány studie, které by specificky zkoumaly frekvenci jednoho nebo druhého vzorce užívání návykových látek v pozdějším věku, či jaký je vztah mezi těmito vzorci a typem užívané návykové látky (Tayler & Grossberg, 2012).

Rosin a Glatt (1971) rovněž popisují dva typy faktorů, které přispívají k rozvoji zneužívání alkoholu u starších osob – primární a reaktivní. Primární faktory jsou patrné u časného počátku užívání a jsou tak spojeny s chronickým, dlouhodobým alkoholismem. Rosin a Glatt (1971) ve své studii zjistili, že až dvě třetiny starších pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu byli uživatelé s časným počátkem užívání.

Tayler a Grossberg (2012) popisují užívání nelegálních návykových látek s časným počátkem. To je už z definice důsledkem užívání v raném životním období a je velmi komplexního charakteru. Kontext užívání drog u mladších nebo středních věkových skupin souvisí s mnoha faktory, jako jsou socioekonomické faktory, pohlaví, demografické a kulturní faktory, dostupnost návykových látek, duševní zdraví, vliv vrstevníku a blízkého okolí atd. Méně zřejmé, než počáteční důvody k užívání drog v mladém a středním dospělém věku, jsou faktory, které vedou k pokračování užívání do pozdní dospělosti, resp. ochranné či podpůrné faktory, které na druhé straně vedou ke konci užívání drog. K pozitivním faktorům jednoznačně patří účinná léčba a podpůrné rodinné prostředí, k negativním faktorům lze zařadit zapojení do kriminality, pokračující sociální tlak na užívání, pokračující vysokou dostupnost látek nebo komorbidní psychiatrické onemocnění. Stárnoucí dlouhodobí uživatelé drog se navíc potýkají se změnami drogové kultury, která je ovlivněna mladšími uživateli drog, což vede k jejich další marginalizaci a relativní neviditelnosti a znesnadňuje jim tak možnost dosáhnout na účinné intervence. Primární příčina dlouhodobého alkoholismu u starších osob se týká patologických osobnostních charakteristik, tj. neuroticismu (Price & Andrews, 1982)

a Zimberg popisuje stresové situace typické pro starší věk jako možný argument pro pokračování ve zneužívání alkoholu (Zimberg, 1974).

Uživatelé s reaktivním vzorcem užívání často začínají s užíváním návykových látek v pozdějším věku v reakci na stresové události v životě, jako je odchod do důchodu, rozpad manželství, sociální izolace nebo ovdovění. Nadužívání návykových látek tak vzniká často v souvislosti s psychologickými, sociálními a zdravotními rizikovými faktory a traumatickými událostmi ve stáří (EMCDDA, 2008). Tayler a Grossberg (2012) shrnují možné příčiny začátku užívání drog v pozdějším věku. Faktory související se zdravotním stavem zahrnují vyšší míru bolestivých stavů, které mohou být příčinou sebemedikace, a rozvoj psychiatrických onemocnění, včetně deprese, demence a dalších kognitivních poruch. Starší dospělí jsou, častokrát ve vyšší míře, vystaveni stejným sociálním rizikovým faktorům jako mladší uživatelé drog. Jde zejména o zanedbávání, sociální izolaci, finanční potíže nebo nefunkční či nedostatečný podpůrný systém v rodině a blízkém okolí. Naopak, některé faktory vedoucí k užívání drog jsou spojeny výhradně s mladistvými a mladými dospělými, např. výrazné zapojení do drogové kriminality, vystavení užívání drog v primární rodině, či rozvoj některých duševních onemocnění. Tyto faktory jsou pro pozdní počátek užívání drog u starších osob méně významné, což se může odrážet i v druhu užívané návykové látky. U uživatelů nelegálních návykových látek je pozdní počátek užívání výrazně méně běžný vzorec. Odhady hovoří o méně než 10 % uživatelů návykových látek v populaci starších osob (Wu & Blazer, 2011).

Některé příklady reaktivních faktorů, které způsobují pozdní počátek užívání u starších osob, zahrnují odchod do důchodu, vdovství a osamělost. Životní ztráty související se starším věkem a jejich nezvládnutí může vést k hledání úniku, i v podobě alkoholu. Vdovci tvoří největší podíl starších osob s problémem s užíváním alkoholu a s pozdním počátkem užívání (Price & Andrews, 1982).

Shahpesandy et al. (2006) porovnáním skupiny starších osob bez závislostního problému (průměrný věk 76 let) a skupin starších (průměrný věk 70,2 roku) a mladších osob (průměrný věk 43,9 roku) se závislostí na alkoholu zkoumal hypotézu, že závislost na alkoholu s časným začátkem užívání v porovnání s tou s pozdním začátkem užívání způsobuje závažnější problémy související s konzumací alkoholu a je doprovázena častějšími problémy v rodinné anamnéze, vyšší mírou úmrtnosti a antisociálním chováním. U skupiny mladších osob se závislostí na alkoholu se podstatně častěji objevovaly problémy v rodinné anamnéze, konzumovali podstatně vyšší množství alkoholu, měli častější konflikty se zákonem a výskyt poruch osobnosti. Na druhé straně, u skupiny starších osob se závislostí na alkoholu se častěji vyskytovaly somatické komplikace způsobené nadužíváním alkoholu. Zároveň však konzumovali menší množství alkoholu, měli delší období abstinence a vyskytovalo se u nich méně psychopatických rysů osobnosti. Většina starších osob se závislostí na alkoholu byla ženatá/vdaná, měla nízké vzdělání a nepatřila do vyšších společenských tříd. Rovněž se u nich vyskytovala výrazně vyšší úmrtnost než u ostatních skupin.

Řada autorů se shoduje v nejčastějších sociodemografických faktorech u starších osob s nadměrnou konzumací alkoholu: mužské pohlaví, společenská izolovanost a rodinný stav svobodný nebo vdovec nebo rozvedený (Saunders et al., 1991; Iliffe et al., 1991; Bristow et al., 1992; Ganry et al., 2000; Ekerdt et al., 1989 in O'Connell et al., 2003). Skopalová (2014) nabízí přehledné srovnání charakteristik osob s časným a pozdním typem závislostního problému – Tabulka 1.

Tabulka 1: Charakteristika časného a pozdního typu závislosti na alkoholu

Časný typ závislosti (-25)	Pozdní typ závislosti (45+)
Výraznější zastoupení mužů	Roste počet žen
Výraznější rodinná zátěž	Nebývá významná rodinná zátěž
Častá psychiatrická komorbidita (afektivní poruchy, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti starších 65 let)	Nebývá častá psychiatrická komorbidita
Nižší vzdělání	Vzdělání nehraje významnější roli
Nezaměstnanost v anamnéze	Nezaměstnanost nehraje významnou roli
Častější kolektivní pití	Častější pití o samotě
Převládají jednočlenné domácnosti	Převládají rozvedení, ovdovělí
Výraznější psychosociální komplikace	Problém s umístěním do zařízení sociální péče
Více předchozích detoxifikačních pokusů	Méně poranění v anamnéze
Ranní doušky časté	Méně předchozích detoxifikačních pokusů
Více poranění v anamnéze	Ranní doušky nejsou významně častější
Větší počet ebriet týdně	Menší počet ebriet týdně
Větší celková denní spotřeba alkoholu	Menší celková denní spotřeba alkoholu
Kratší období abstinence	Schopnost abstinovat delší období
Delší trvání anamnézy abúzu	Kratší trvání anamnézy abúzu
Silnější craving	Craving méně silný
Výraznější neschopnost kontroly pití	Parciální schopnost kontroly pití
Více odvykacích stavů v anamnéze	Méně odvykacích stavů v anamnéze
Vyšší tolerance alkoholu	Nižší tolerance alkoholu
Větší zaobírání se pitím	Menší zaobírání se pitím
Celkově výraznější závislost	Celkově méně výrazná závislost

Zdroj: (Skopalová, 2014)

Carruth (1973) ve své méně podporované teorii rozděluje starší uživatele alkoholu do tří skupin: osoby, které neměly až do stáří problém s užíváním alkoholu a tento problém se rozvinul až ve starším věku; nárazové pijáky, u kterých se ve stáří užívání rozvinulo do konstantního problému a konečně dlouhodobé chronické alkoholiky. Zimberg toto rozdělení považuje za zbytečné a poslední dvě kategorie spojuje (Zimberg, 1974). Tayler a Grossberg (2012) užívají dělení na častý a pozdní typ vznik závislosti jak u závislosti na alkoholu tak na lécích.

2.1 Užívání návykových látek v České republice se zaměřením na starší osoby

Aktuální demografické trendy představované stárnutím obyvatelstva postupně způsobují, že se senioři stávají významnou a specifickou klientelou sociálního i zdravotního systému. Přitom

ani problematika závislostí se nevyhýbá této části populace. Naopak, aktuální prevalenční odhady hovoří o nárůstu počtu seniorů s problematickým užíváním alkoholu či již rozvinutým syndromem závislosti (Lužný et al., 2013).

Téma užívání návykových látek mezi seniory nebo mezi staršími dospělými nebylo v prostředí České republiky (ČR) specificky mapováno. Z dostupných dat týkajících se prevalence a dalších indikátorů užívání návykových látek v české populaci je však možné se domnívat, že problematika užívání návykových látek se nevyhýbá právě ani populaci starších osob. A to jak užívání s časným počátkem pokračujícím do pozdnějšího věku, tak užívání s pozdním počátkem.

Poslední souhrnné údaje týkající se konzumace alkoholu, včetně rizikové, v dospělé populaci ČR jsou z r. 2014 (Sovinová & Csémy, 2015). Do kategorie škodlivého pití alkoholu spadá přibližně 6,0 % populace starší 15 let, dalších 7,2 % spadá do kategorie rizikového pití alkoholu. Vyjádřeno v absolutních číslech, v ČR je přibližně 1 mil. konzumentů alkoholu v riziku. V obecné populaci ČR ve věku 15 a více let je odhadem 4,3 % celoživotních abstinentů od alkoholu (2,9 % mužů a 5,5 % žen) a naopak 9,5 % denních konzumentů (16,4 % mužů a 3,2 % žen). Nejvyšší podíl denních konzumentů alkoholu byl však ve věkové skupině 65–74 let (u mužů i u žen) a ukazuje se, že s věkem roste podíl denních konzumentů – u mužů převažuje podíl denních konzumentů nad konzumenty nárazovými od věku 55 let, u žen od 65 let (Daňková, 2016, in Mravčík et al. 2015).

Údaje popisující problémovou konzumaci alkoholu u seniorů v ČR lze získat z databáze Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS), kde jsou dostupná data popisující poskytovanou ambulantní i lůžkovou psychiatrickou péči v r. 2015. V r. 2015 bylo v ČR 21 110 osob léčených pro problém s konzumací alkoholu v ambulantní psychiatrické péči, z toho 9,8 % bylo ve věku 65 let a více (2 063 osob) a 56,4 % ve věku 40–64 let (11 899 osob). U nealkoholových drog bez tabáku byly celkové počty nižší, v ambulantní péči bylo 13 299 osob. I zde se však objevovali pacienti ve věku 65 let a více (4,1 %, 498 osob), věková skupina 40–64 let tvořila více než pětinu pacientů (21,1 %, 2 645 osob) (ÚZIS, 2016b).

Bližší nahlédnutí do statistik psychiatrických hospitalizací pro poruchy způsobené alkoholem nebo ostatními psychoaktivními látkami v r. 2015 nabízí informace o věkové struktuře hospitalizovaných. Ze všech osob hospitalizovaných pro poruchy způsobené alkoholem tvořili pacienti ve věku 40–49 let 30 %, ve věku 50–59 let 23,6 % a ve věku 60 let a více 12,8 % hospitalizovaných. U poruch způsobených nealkoholovými drogami bez tabáku bylo zastoupení těchto věkových skupin výrazně nižší, 8,4 % tvořili pacienti ve věku 40–49 let, ve věku 50–59 let pak 3,8 % a ve věku 60 a více let 2,8 % (ÚZIS, 2016b).

Lužný et al. (2013) porovnal prevalenci syndromu závislosti na alkoholu jako hlavní příjmové diagnózy u seniorů přijatých k hospitalizaci na gerontopsychiatrickém lůžku Psychiatrické léčebny v Kroměříži v letech 2001 a 2011. Byl zjištěn více než dvojnásobný nárůst prevalence závislosti na alkoholu u seniorů odeslaných k hospitalizaci na gerontopsychiatrické lůžko, a to

žen i mužů. Jako příčiny tohoto trendu označil horšící se ekonomickou situaci seniorů v ČR, postupně se měnící sociální a kulturní klima společnosti, zahrnující diskriminaci seniorů, a obtíže se sociálním zajištěním seniorů, postupnou negativní proměnu vztahů v dyádě „stárnoucí rodič – dospělé dítě“ vedoucí k nárůstu pocitu osamění a izolaci stárnoucích lidí.

Přehledné údaje ohledně prevalence užívání nelegálních drog v populaci uvádí Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR (Mravčík et al., 2016). Někteří nelegální drogu užilo někdy v životě celkem 34,5 % dotázaných ve věkové kategorii 15–64 let. V horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je výskyt užívání nelegálních drog v obecné populaci velmi nízký s výjimkou konopných látek, jejichž užití uvedlo 9,4 %, resp. 3,3 % dotázaných. V r. 2015 bylo v ČR odhadnuto 46,9 tis. problémových uživatelů pervitinu a opioidů, z toho 34,2 tis. uživatelů pervitinu, 4,5 tis. uživatelů heroinu a 7,1 tis. uživatelů buprenorfinu (především Subutex®). Za r. 2015 byl poprvé k dispozici odhad problémových uživatelů jiných opioidů, který dosáhl 1 150 osob. V r. 2015 dosáhla prevalence problémového užívání drog v ČR 0,67 % obyvatel ve věku 15–64 let. Odhady prevalence problémového užívání drog ve věku 65 a více let nejsou v Evropě prováděny, neboť se obecně soudí, že míra užívání nelegálních drog mezi seniory je velmi nízká a že jde v této věkové skupině o marginální problém.

Přestože data v oblasti užívání nelegálních návykových látek v ČR pro věkovou kategorii starších 64 let nejsou dostupná, lze pozorovat stárnutí populace uživatelů drog. Uživatelé drog v ČR stárnou a tento trend se týká léčených uživatelů všech drog. V r. 2015 byl průměrný věk všech žadatelů o léčbu téměř 35 let (28,9 let v roce 2014), u prvožadatelů 32 let (27,1 let v roce 2014). Průměrný věk žadatelů o léčbu se u obou pohlaví dlouhodobě zvyšuje. Průměrný věk léčených uživatelů alkoholu byl 43,5 roku. Mezi uživateli nelegálních návykových látek byl průměrný věk 32 let, v průměru nejstarší byli uživatelé opiátů/opioidů (téměř 36 let). Průměrný věk žadatelů o léčbu se za posledních 10 let zvýšil téměř o 8 let. V programech následné péče byl v r. 2015 průměrný věk uživatelů alkoholu 41,1 roku, uživatelů ostatních drog 31,3 roku. Zatímco průměrný věk uživatelů alkoholu se oproti r. 2014 téměř nezměnil (41,3 roku v roce 2014), u uživatelů ostatních drog v programech následné péče je patrné stárnutí (29,7 roku v roce 2014) (Mravčík et al., 2016). V r. 2016 realizovalo Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti průzkum Multiplikátor 2016 (Mravčík et al., 2016), průřezovou dotazníkovou studii mezi klienty nízkoprahových programů v ČR. Studie se zúčastnilo 38 kontaktních center ze všech krajů ČR, soubor tvořilo celkem 1 079 klientů, z toho 71,7 % mužů a průměrný věk respondentů činil 33,6 roku (30,3 roku v r. 2013, 29,2 roku v r. 2010 a 27,7 roku v r. 2008). Mužům bylo v průměru 34 let a ženám 31 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 16 let a nejstaršímu 65 let. Uživatelů nelegálních drog ve věku 50 a více let bylo v souboru celkem 53, což tvoří 5 % ze všech respondentů.

Rovněž nízkoprahové služby udávají, že jejich klientela stárne. Průměrný věk klientů nízkoprahových programů se od r. 2006 zvýšil o 6 let na 31,3 roku (Mravčík et al., 2016). Tento trend je možné interpretovat tak, že ubývá nových a tedy mladších klientů a/nebo přicházejí do kontaktu s programy v pozdějším věku a/nebo se do kontaktu dostávají dosud nekontaktovaní uživatelé drog. V některých regionech je zaznamenán nárůst počtu uživatelů,

kteří začínají drogy užívat kolem 50 let věku. S trendem stárnutí populace uživatelů drog se objevují nová specifika, související s častějšími a závažnějšími zdravotními problémy (endokarditidy, abscesy, flegmony) a zhoršující se sociální situací problémových uživatelů drog. Rostoucí věk uživatelů může mít vliv na vyšší spotřebu injekčních stříkaček, potřebují aplikovat drogu častěji. Narůstá míra psychiatrické komorbidity, včetně paranoidních poruch a toxických psychóz. Řešení potíží je obtížné, psychiatři je často odmítají převzít do péče kvůli užívání návykových látek nebo sami uživatelé pomoc nevyhledávají (Mravčík et al., 2015, 2016).

Se zdravotním stavem souvisí i dlouhodobě rostoucí průměrný věk nakažených injekčních uživatelů drog u nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB), který v r. 2015 dosáhl 35,2 roku. Průměrný věk u nakažených virovou hepatitidou typu C (VHC) se v posledních 3 letech pohybuje v rozmezí 30–31 lety (Mravčík et al., 2016).

V r. 2015 bylo v ČR dle speciálního registru mortality zjištěno 104 přímých drogových úmrtí, tj. smrtelných předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychoaktivními léky, a to jak předávkování sebevražděná, tak náhodná či bez zjištěného úmyslu. Z toho bylo 44 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami. Ve věkové skupině 65 let a více bylo zjištěno 5 smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, ve věku 45-64 let pak celkem 10 takových předávkování. Psychoaktivní léky byly příčinou předávkování v 60 případech, z toho v 18 případech u osob ve věku 65 let a více a ve 23 případech u osob ve věku 45-64 let (ÚZIS, 2016 in Mravčík et al., 2016). V r. 2014 byly psychoaktivní léky příčinou předávkování ve 161 případech, mírně převažovaly ženy a většina byla ve věku 45 a více let. Dlouhodobě je patrné, že právě starší dospělí a senioři tvoří významný podíl smrtelných předávkování psychoaktivními léky (Mravčík et al., 2015).

Starší uživatelé návykových látek se v ČR v léčbě vyskytují, v případě některých návykových látek tvoří nezanedbatelnou skupinu ze všech léčených osob. Ze všech žadatelů o léčbu – uživatelů alkoholu bylo v r. 2015 3,9 % starších 65 let, 14,5 % pak ve věku 55-64 let. Největší podíl osob starších 65 let byl mezi uživateli sedativ a hypnotik, dosahoval 8,7 %, věku 55-64 let dosahoval 18,1 %. Mezi uživateli nelegálních návykových látek byl podíl žadatelů o léčbu v těchto věkových kategoriích méně než 1 % ze všech žadatelů o léčbu – uživatelů nelegálních drog (ÚZIS, 2016b).

Na problematiku užívání návykových látek přímo mezi seniory se zaměřil kvalitativní výzkum v rámci diplomové práce prostřednictvím rozhovorů s pracovníky (sociální pracovníci, ergoterapeut, zdravotní sestra, speciální pedagog) 3 domovů pro seniory. Dle zkušeností pracovníků se mezi klienty běžně vyskytuje zneužívání léků, a to jak léků na předpis, tak volně prodejných a často se vyskytuje také kombinace léků s alkoholem. Zneužívání se nejčastěji projevuje jako užívání vyšších dávek, než indikovaných lékařem, na druhé straně někteří senioři záměrně léky odmítají. Ze skupiny nelegálních návykových látek bylo zmíněno výjimečné užívání marihuany. Konzumace alkoholu není klientům sociální služby zakázána, ve všech třech zařízeních je běžná. Vzorce užívání alkoholu se však různí – senioři pijí sami

nebo ve skupině, přímo v domově, nebo mimo zařízení. Pracovníci užívání alkoholu řeší v případech, kdy v rozporu s domácím řádem senior porušuje zásady společenského chování. Vnášení alkoholu do zařízení však bývá zakázáno. V případech, kdy klienti užívají alkohol nebo kouří pravidelně a ve větší míře, pracovníci aplikují metody ve smyslu dohodnutého přidělování dávek, kdy např. pečovatelé mají alkohol a cigarety konkrétních klientů u sebe a vydávají jim je podle sestaveného plánu (Pasecká, 2016).

2.2 Užívání návykových látek mezi staršími osobami v zahraničí

Zatímco v ČR nebylo téma užívání návykových látek mezi seniory nebo mezi staršími dospělými specificky mapováno, v zahraničí byly realizovány a publikovány studie zaměřující se právě na tuto věkovou skupinu v kontextu užívání návykových látek. Odhaduje se, že mezi r. 2001 a 2020 se počet starších lidí s problémy v souvislosti s užíváním návykových látek nebo vyžadujících léčbu poruch způsobených užíváním těchto látek více než zdvojnásobí. Částečně je to způsobeno vyšší mírou užívání návykových látek v této skupině a počtem dětí narozených v období baby-boomu, tedy v l. 1946–1964 (EMCDDA, 2008).

Taylor a Grossberg (2012) označují zneužívání návykových látek mezi seniory jako témata rostoucího zájmu, důležitosti a výzkumu. Přesto lze jen nepřesně odhadnout prevalenci užívání alkoholu mezi seniory. Na jedné straně senioři méně verbalizují své psychické potíže, včetně užívání či zneužívání alkoholu a přiznání problémového užívání alkoholu je v této věkové skupině oproti mladší populaci stále tabuizováno a nevěnuje se mu dostatečná pozornost. Na straně druhé chybí metodologicky dostatečně robustní studie věnující se právě problematice nadměrné konzumace alkoholu mezi seniory (Tylor & Grossberg, 2012). Wetterling, Veltrup, John a Driessen (2003) ve své přehledové práci uvádí, že zahraniční autoři odhadují prevalenci seniorů s jakýmkoliv typem škodlivého užívání alkoholu v širokém rozmezí od 1,4 % do 6,0 %. Statistiky ukazují, že až 10 % starších obyvatel USA tvoří těžcí nebo problémoví konzumenti alkoholu a 2-4 % splňují diagnostická kritéria pro škodlivé užívání alkoholu nebo závislost. V Evropě uvádí každodenní konzumaci alkoholu 27 % osob ve věku nad 55 let (EMCDDA, 2008).

Většina studií zkoumajících prevalenci problémů s alkoholem mezi seniory byla provedena na území Severní Ameriky a výsledky tak nemohou být považovány za zobecnitelné na jiné populace (Johnson, 2000 in O'Connell et al., 2003). Dle výsledků americké studie National Health and Nutrition Examination Survey (Wilson, Knowles, Huang & Fink, 2013) užívá pravidelně 14,5 % seniorů vyšší než doporučené množství alkoholu a 37,4 % z nich vykazuje známky závislosti na alkoholu. Výsledky novozélandské studie, která se zaměřovala na vzorce užívání alkoholu u osob ve věku 65 let a více a na posouzení toho, jak často se téma užívání alkoholu setkává s pozorností lékařů, ukazuje, že významná část starších lidí informovala o způsobech konzumace alkoholu, které je vystavují riziku budoucího poškození somatického nebo duševního zdraví. Prevalence škodlivého užívání v posledních 12 měsících byla téměř 10 % a celoživotní prevalence závislosti na alkoholu byla téměř 25 %, splnění diagnostických kritérií závislosti i škodlivého užívání se mnohem častěji vyskytovalo u mužů než u žen.

U osob, které konzumovaly alkohol rizikověji, se ukázala menší pravděpodobnost návštěvy svého praktického lékaře, a jenom v několika případech si byli praktičtí lékaři vědomi potenciálního problému s konzumací alkoholu u svých pacientů (Khan et al., 2002).

V prevalenčních studiích mezi seniory se často liší používaná terminologie a metodologie zkoumání rizikové konzumace alkoholu. Liší se tak i výsledky prevalenčních studií, kdy např. komunitní studie zaměřená na odhad prevalence závislosti na alkoholu uvádí prevalenci 2-4 %, zatímco jiná studie ukazuje prevalenci nadužívání alkoholu u 17 % mužů a u 7 % žen (O'Connell et al. 2013). Obecně je nadměrné užívání alkoholu u seniorů častějším jevem než vlastní závislost na alkoholu. Přitom jak závislost na alkoholu, tak i nadužívání alkoholu je u seniorů spojováno s výraznými celkovými zdravotními riziky. Zároveň je patrné, že ať už závislost či jiná forma škodlivé konzumace alkoholu se v populaci seniorů a starších dospělých vyskytují často (Saitz a Samet, 2012 in Skopalová, 2014).

Obecně se ukazuje, že prevalence problémů s konzumací alkoholu je mnohem vyšší u starších osob v lůžkové péči než u seniorů v komunitě. Odhady hovoří až o 14 % problémových konzumentů alkoholu na odděleních akutní péče, 18 % mezi hospitalizovanými z důvodů somatických poškození a 23-44 % mezi hospitalizovanými na psychiatrických odděleních (Goldstein et al., 1996 in O'Connell et al., 2003). Novozélandská národní studie se zaměřila i na vzorce užívání alkoholu, starší v porovnání s mladšími lidmi konzumují alkohol častěji a pravidelně, avšak vypijí méně sklenic při jedné příležitosti (Ministry of Health, 1999 in Khan et al., 2002).

Zatímco většina stávající literatury se ve vztahu ke starším dospělým a seniorům soustředí na problematiku alkoholu, Taylor a Grossberg (2012) uvádí, že u nelegálních návykových látek se nesprávně předpokládalo, že jejich užívání skončí s narůstajícím věkem uživatelů drog. Ve skutečnosti se ale starší uživatelé drog objevují čím dále častěji a mají jedinečný profil užívání a potřeb, zcela odlišný od mladších uživatelů drog. Historicky je zneužívání nelegálních látek považováno za problém mladších dospělých a statisticky je tomu tak stále. Podle vládní studie provedené v USA, která zkoumala data z téměř 1 milionu příjmů na odděleních pohotovostní služby z důvodů užívání nelegálních návykových látek v roce 2008, pouze přibližně 6 000 (méně než 1%) příjmů bylo u osob starších 65 let. Dále se také dlouho předpokládalo, že s narůstajícím věkem postupně mizí problémy spojené s užíváním drog a i výzkumy jeden čas potvrzovaly tento předpoklad. V jedné studii z roku 1962 skončilo do věku 32 let s aktivním užíváním 50 % uživatelů drog a do věku 67 let to bylo více než 99 % uživatelů drog. Nicméně, v posledních desetiletích se vzorce užívání návykových látek výrazně změnily jak u mladších, tak u starších dospělých a zdá se, že tento předpoklad již není platný. S věkem však klesá frekvence jejich užívání (Taylor & Grossberg, 2012).

Odhady z USA uvádějí, že počet osob ve věku nad 50 let, které hledají léčbu v souvislosti s užíváním nelegálních drog pravděpodobně mezi r. 2001 a 2020 vzroste až o 300 % a i v Evropě se mezi r. 2002 a 2005 více než zdvojnásobil podíl pacientů ve věku nad 40 let léčených pro problémy v souvislosti s užíváním opiátů z 8,6 % na 17,6 % (EMCDDA, 2008).

Se zvyšující se účinností metadonových a jiných substitučních programů, které dokáží udržet pacienty v léčbě a vedou ke snižování počtu úmrtí z předávkování, roste postupně i počet starších pacientů. EMCDDA (2008, 2010) tak upozorňuje na narůstající prevalenci užívání nelegálních drog mezi staršími osobami. Projevuje se to zejména zvyšujícím se věkem žadatelů o léčbu a uživatelů, kteří zemřeli na předávkování opioidy. Mezi r. 2006 a 2015 se počet uživatelů opioidů, prvožadatelů o léčbu, navýšil o 45 %, zatímco počet prvožadatelů celkem poklesl o 9 %. Průměrný věk žadatelů o léčbu pro závislost na opioidech se zvýšil o 5 let na současných 38 let. V r. 2006 byl 1 žadatel o léčbu z 5 starší 40 let, v r. 2015 to už byli 2 z 5. Průměrný věk uživatelů drog, kteří zemřeli na předávkování, se mezi r. 2006 a 2015 zvýšil o 5,5 roku. Zatímco v r. 2006 bylo každé třetí úmrtí v důsledku předávkování spojeno s osobou starší 40 let, v r. 2015 už to bylo každé druhé (EMCDDA, 2017). Arndt, Clayton a Schultz (2011) na základě prozkoumání příjmové dokumentace do léčebných programů pro poruchy duševního zdraví, včetně závislosti, z l. 1998-2008 uvádí, že se v USA podíl prvožadatelů o léčbu starších 55 let se ve srovnání s věkovou skupinou 30-54 let zvyšuje, na což upozorňují také autoři Kuerbis a Sacco (2013). Počet prvožadatelů o léčbu závislostí starších 55 let se mezi l. 1998 a 2008 navýšil o 65 % a v této věkové skupině vzrostlo zastoupení uživatelů nelegálních drog, zejména kokainu a heroinu (Arndt, Clayton & Schultz, 2011).

Také další studie prokazují přítomnost sice malé (méně než 1 %), ale přesto existující subpopulace uživatelů nelegálních návykových látek mezi seniory (Shah & Fountain, 2008). Tato prevalence se ukazuje být výrazně vyšší mezi jednotlivci, kteří se nachází v odděleních akutní péče, dle výsledků studie autorů Rockett, Putnam, Jia & Smith (2006) marihuanu užívalo 2,4 %, kokain 1,9 % a opiáty 11,6 % starších mužů hospitalizovaných na odděleních akutní péče. Ještě vyšší prevalence je mezi staršími vězni, mezi nimi dle prevalence studie v USA 31% osob starších 55 let uvedlo aktuální užívání drog (Arndt, Turvey & Flaum, 2002).

Kromě alkoholu a nelegálních drog je u skupiny seniorů a starších dospělých důležité zmínit problematiku užívání psychoaktivních léků, jelikož právě starší lidé jsou častými a pravidelnými konzumenty léků na předpis i volně prodejných léků. Osoby starší 65 let užívají přibližně jednu třetinu všech předepsaných léků, mezi něž patří i benzodiazepiny a opioidní analgetika. Získání předpisu na psychoaktivní léky a jejich následné zneužívání je pravděpodobnější u starších žen než u mužů, i než u jiných věkových skupin. Zároveň je u této skupiny velmi pravděpodobné, že problémy se zneužíváním léků nebudou rozpoznány. Starší osoby, které mají problémy s užíváním psychoaktivních léků, se často liší od svých vrstevníků užívajících nelegální drogy. Je to dáno i tím, že zneužívání léků nemusí být záměrné. Takové případy se mohou pohybovat v rozpětí od jednorázového případu zneužití či nesprávného užívání (např. vypůjčení si léku od příbuzného) přes pravidelné rekreační užívání až po dlouhodobé zneužívání. U záměrného zneužívání léků na předpis nebo volně prodejných léků pak může jít o úmyslné užívání dávky vyšší než předepsané, pokračování v užívání léků po delší než doporučenou dobu, hromadění zásob léků či užívání léků společně s alkoholem. Zejména u skupiny seniorů je důležité mít na paměti, že tolerance a fyzická závislost může vzniknout i v případě, kdy se léky na předpis užívají delší dobu ve správných dávkách (EMCDDA, 2008).

Blank (2009) souhrnně interpretuje údaje SAMHSA's National Survey on Drug Use and Health a uvádí, že v posledním měsíci v USA 41 milionů osob starších 50 let konzumovalo alkohol a 19 milionů osob v této věkové skupině užívalo tabák. Užívání nelegálních drog v posledním měsíci udává 2,2 milionu osob starších 50 let, z toho 54 % osob užilo marihuanu, u 28 % starších osob šlo o léky na předpis (nepředepsané lékařem nebo v rozporu s doporučením lékaře na jejich užívání) a nějakou jinou nelegální drogu užilo 17 % osob. V r. 2006 trpělo v USA 3,2 milionu starších dospělých nějakou poruchou v souvislosti s užíváním návykových látek, z toho 83 % poruch se týkalo alkoholu, 12 % poruch souviselo s užíváním nelegálních drog (včetně léků) a zbývajících 5 % poruch bylo způsobeno kombinací alkoholu a nelegálních látek (včetně léků). Blank (2009) předpokládá, že do roku 2020 se zvýší celkový počet osob s touto poruchou na 5,7 milionu. Také studie zaměřující se na zjištění prevalence škodlivého užívání a závislosti v geriatrické psychiatrické ambulanci v USA ukázala na existující problém s užíváním návykových látek staršími osobami. Celková prevalence škodlivého užívání a závislosti na jakékoli návykové látce byla ve výzkumném souboru 20 % (Holroyd & Duryee, 1997). V r. 2012 ve věkové kategorii starších 65 let denně průměrně o léčbu závislosti na alkoholu žádalo 29 osob, léčbu závislosti na heroinu či jiných opiátech 6 osob a závislosti na kokainu 2 osoby (Mattson, Lipar, Hays & Van Horn, 2017).

Přestože, na rozdíl od ČR, byly v zahraničí realizovány a publikovány studie zabývající se specificky užíváním návykových látek u starších osob, i nadále zůstávají výzvou data o prevalenci užívání nelegálních drog v této věkové skupině. Omezeními ve stávajících studiích jsou malá velikost výzkumného souboru, heterogenní populace, různé definice "starších osob" (definováno spodní věkovou hranicí v rozmezí od 50 do 65 let) a jiné vzorce užívání v porovnání s mladší populací, např. starší osoby užívající nelegální drogy jsou méně pravděpodobně zapojené do drogové trestné činnosti a nejsou téměř zastoupeny v pouliční drogové scéně. Užívání drog pravděpodobně vede ke zkrácení předpokládaného věku dožití a tím i k nedostatečnému zastoupení v populaci starších dospělých (Tylor & Grossberg, 2012).

3 Specifika starších uživatelů návykových látek

Proces stárnutí je často spojován s řadou sociálních, psychických a zdravotních problémů. Mnohé z nich jsou na jedné straně rizikovými faktory vedoucí k užívání návykových látek u starších osob, na straně druhé mohou být i užíváním těchto látek dále prohlubovány (EMCDDA, 2008). Zneužívání alkoholu u seniorů má jistá specifika oproti běžné dospělé populaci. Tato specifika vyplývají z fyziologických odlišností stárnoucího organismu, z časté polymorbidity seniorů, ze současného užívání léků, ale i z poněkud odlišného klinického obrazu vybraných diagnostických jednotek vztahujících se k alkoholu (Skopalová, 2014).

3.1 Somatická zdravotní rizika

Fyzické problémy seniorů mohou zahrnovat nedostatečnou mobilitu, pády, zanedbávání osobní hygieny a špatný zdravotní stav obecně. Stárnutí je spojeno se zvýšeným rizikem bolestivých stavů, většina starších osob uvádí, že v poslední době zaznamenala nějaký typ bolesti. To může

vést k počátku nesprávného užívání návykových látek (včetně alkoholu) pro potlačení bolesti nebo k pokračování v jejich užívání, protože tyto látky mají krátkodobý analgetický účinek. Bolest se někdy uvádí jako důvod např. pro léčebné užívání konopí. Se stárnutím se u značné části dlouhodobých uživatelů drog rozvine závažné a nevyléčitelné onemocnění a mnozí se mohou uchýlit k psychoaktivním látkám, aby se s tímto stavem vyrovnali. Dostupné informace ukazují, že tato věková skupina je relativně vysoce ohrožena problémy spojenými s konzumací alkoholu. Metabolické a fyziologické změny spojené se stárnutím mohou vést ke vzniku škodlivých účinků už při nižších dávkách alkoholu než u mladších konzumentů alkoholu. Studie pacientů nadužívajících alkohol v šesti evropských zemích zjistila, že starší problémoví konzumenti alkoholu mají více problémů fyzické povahy než mladší osoby, i když pijí méně a jsou méně často závislí na alkoholu. Nadměrná konzumace alkoholu může u starších lidí prohlubovat i se stárnutím spojené zdravotní problémy (EMCDDA, 2008).

Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů je mnohý: alkohol ovlivňuje metabolismus stárnoucího organismu, působí negativně na funkci kardiovaskulárního systému, negativně ovlivňuje psychické funkce, ovlivňuje a zhoršuje průběh již přítomných somatických chorob a vstupuje do farmakologicky významných lékových interakcí (Skopalová, 2014).

Wetterling et al. (2013) a Lužný (2012) popisují výraznější komplikace způsobené problémem s konzumací alkoholu u seniorů oproti mladší populaci. Důsledky pádů jsou závažnější, protože kostní systém už bývá postižen osteoporózou, senioři mají horší mobilitu, častější závratě a celkově je u nich vyšší riziko pádů. Alkohol u seniorů umocňuje potenciální problémy s výživou, častěji hrozí malnutrice. Více jsou akcentovány rodinné problémy, děti odmítají péči o stárnoucí rodiče se závislostním problémem a také roste škodlivý vliv alkoholu na mozek, který již tak prochází atroficko-degenerativními procesy.

Skopalová (2014) podrobněji popisuje vliv alkoholu na stárnoucí organismus. U starších lidí lze oproti dospělému věku pozorovat několik fyziologických i patofyziologických odlišností. Alkohol má vliv na metabolismus seniorů, mění se absorpce z gastrointestinálního traktu, klesá objem celkové tělesné vody a svaloviny a mění se tak distribuční objemy pro řadu cizorodých látek, včetně léků a alkoholu. Na úrovni jater klesá aktivita enzymů, které odbourávají cizorodé látky včetně alkoholu. Také kardiovaskulární systém je alkoholem ovlivňován a zvyšuje se riziko kardiovaskulárních komplikací. Neuroregulační a smyslový systém seniorů citlivěji reaguje na vliv alkoholu, snáze se objevují závratě a pády se závažnými důsledky. Alkohol snižuje obranyschopnost seniorů a tento stav může přispívat k rozvoji infekčních či nádorových onemocnění. V neposlední řadě pak alkohol sám o sobě urychluje stárnutí organismu.

Studie autorů Finkelstein, Prabhu a Chen (2007) kvantifikovala nárůst pravděpodobnosti poranění při pádu na základě více než 600 tis. náhodně vybraných zdravotních dokumentací. Pravděpodobnost úrazu vlivem pádu je 1,5-4,5krát vyšší u starších osob s duševním onemocněním či závislostním problémem.

U seniorů léčených pro některé choroby dochází vlivem škodlivého účinku alkoholu ke zhoršení již přítomného onemocnění, např. žaludečních a duodenálních vředů, chronické pankreatitidy, k snazšímu rozvoji krvácivých stavů ze zažívacího traktu, k zhoršení jaterních onemocnění, u diabetiků ke změnám citlivosti k inzulínu, negativně může ovlivňovat hladiny hormonů štítné žlázy, zhoršit přítomný metabolický syndrom, vyprovokovat akutní záchvat dny, u epileptiků pak snižuje epileptický práh. Alkohol vede ke zvýšení krevního tlaku, k tachykardiím a tachyarytmiím nebo zhoršení obrazu srdečního selhání (Skopalová, 2014).

Nezanedbatelný je u seniorů konzumujících alkohol i vliv současně užívaných léků. S přibývajícím věkem roste počet onemocnění, vlivem kterých je předepisováno více druhů léků současně a interakce užívaných léků s alkoholem tak nabývají na významu. Jako naprosto nevhodné je označováno užívání alkoholu s léky tlumícími centrální nervový systém nebo dechové centrum, za nevhodné je považováno i užívání antibiotik. Alkohol ovlivňuje i účinky dalších léků: snižuje účinek antidiabetik a inzulínu, antihypertenziv, antiepileptik, antiulcerózních léčiv, hepatoprotektiv, kardiotonik a antiarytmik. Rizikem je na druhé straně i naprosté vysazení předepsaných léků a preference užívání alkoholu (Skopalová, 2014).

I EMCDDA (2008) upozorňuje na riziko kombinace léků s alkoholem, zdánlivě neškodné lékařsky předepisované nebo volně prodejné léky mohou v interakci s alkoholem vést k nadměrnému sedativnímu účinku a ke zvýšenému riziku nehod a zranění. Podobně může u starších osob způsobovat problémy kombinované užívání alkoholu a jiných drog, a to i při nízké nebo umírněné konzumaci alkoholu. Starší dospělí běžně užívají sedativa s účinkem na centrální nervový systém (např. benzodiazepiny a opioidní analgetika) a negativní účinky těchto látek se zvyšují i s malými dávkami alkoholu, navíc kombinace alkoholu a sedativ výrazně zvyšuje riziko předávkování. Zejména u skupiny seniorů je důležité mít na paměti, že tolerance a fyzická závislost může vzniknout i v případě, kdy se léky na předpis užívají delší dobu ve správných dávkách a po vysazení léku se mohou projevit abstinenční symptomy.

I když o rizikových faktorech užívání nelegálních drog staršími osobami je známo jen málo, lze konstatovat, že většina starších uživatelů nelegálních drog jsou uživatelé s časným počátkem užívání. Užívání nelegálních drog je problémem i u osob se souběžným výskytem psychických poruch, nejčastěji užívanou nelegální drogou pacienty v psychiatrické léčbě, jsou konopné látky. Dalším faktorem je stárnutí pravidelných uživatelů rekreačních drog a se stárnutím se u nich může vyskytovat více komplikací. Starší lidé metabolizují drogy pomaleji a s rostoucím věkem může být mozek na účinky drog citlivější. Mnohá stimulantia vedou ke změnám ve funkci mozkových receptorů, což vede k obavám z jejich dlouhodobých účinků. Tyto problémy mohou ovlivňovat i jiné procesy, a urychlovat tak postup neurokognitivních poškození spojených se stárnutím nebo zvyšovat jejich závažnost (EMCDDA, 2008).

Velká část starších problémových uživatelů drog v Evropě začala s užíváním heroinu v 80. a 90. letech, kdy bylo sdílením nesterilního injekčního náčiní vysoké riziko nákazy HIV a VHC. EMCDDA (2017) upozorňuje, že kumulativní účinky polymorfního užívání drog, předávkování a infekčních onemocnění v průběhu let zrychlují proces stárnutí. Starší uživatelé

drog tak vykazují vyšší výskyt degenerativních poruch, oběhových a respiračních problémů, pneumonie, dušnosti, diabetu, hepatitid a jaterní cirhózy než jejich vrstevníci bez drogové anamnézy či mladší uživatelé drog. Jsou také náchylnější k infekcím a je u nich zvýšené riziko předávkování. Ve skupině starších uživatelů opioidů se vyskytuje vysoká míra krví přenosných infekčních onemocnění. EMCDDA (2017) uvádí jako příklad francouzskou studii v nízkoprahových programech pro uživatele drog, která ukázala prevalenci HIV 12x vyšší a prevalenci VHC 4x vyšší mezi uživateli drog ve věku 40 let a více v porovnání s mladšími uživateli drog. Mnoho starších uživatelů opioidů, kteří se na počátku svého života nakazili VHC, trpí v současnosti vážným onemocněním jater včetně karcinomu.

Problémem u starších uživatelů opioidů je i nedostatečná léčba bolestivých stavů kvůli zvýšené toleranci k opioidním analgetikům. Při absenci pokynů pro účinnou léčbu bolesti těchto pacientů hrozí zvýšené riziko nedostatečné medicíny, nebo naopak riziko předávkování, a to i v případě podávání benzodiazepinových léků (EMCDDA, 2017).

3.2 Rizika v oblasti duševního zdraví

Psychické problémy seniorů mohou zahrnovat deprese, pocity osamělosti, úzkost, problémy s pamětí, snížení kognitivních schopností, demenci a zmatenost (EMCDDA, 2008). Dow a Gaffy (2015) mezi zásadní faktory z oblasti duševního zdraví snižující kvalitu života seniorů ve svém přehledovém článku uvádí deprese, úzkostné stavy, zranitelnost ke zneužívání, ať už psychickému, finančnímu, fyzickému či sexuálnímu, a v neposlední řadě pocity osamělosti, kde byla prokázána souvislost i se zdravotním stavem seniorů. Tayler a Grossberg (2012) uvádí problém s užíváním návykových látek jako jeden z faktorů, které negativně ovlivňují tzv. well-being u starších lidí. Dalšími faktory jsou např. úzkost, deprese či samota.

Na psychické funkce seniorů má užívání alkoholu výrazný vliv, alkohol patří mezi látky s výrazným psychotropním účinkem. Tolerance vůči alkoholu je dána individuálně, zejména u seniorů hrají výraznou roli přítomné choroby a užívané léky. S rostoucí dávkou požitého alkoholu rostou centrálně tlumivé účinky alkoholu, dochází ke zpomalení psychomotoriky, snížení vigility, objevuje se zvýšená spavost a sedace, výraznější zmatenost, poruchy paměti, rovněž je u seniorů výraznější fenomén, kdy se namísto tlumivých účinků alkoholu objevuje agitovanost, nespavost a agresivita, častěji se vlivem alkoholu rozvíjí deprese a úzkostné stavy, roste i riziko sebevraždy a celkově klesá kvalita života. U škodlivého užívání alkoholu jsou časté rovněž poruchy spánku a pravidelným užíváním alkoholu se u seniorů může snáze oproti mladšímu a střednímu věku rozvinout závislost na alkoholu spolu s problémovými diagnostickými jednotkami, mezi které patří akutní opilost, odvykací stav, odvykací stav s delíriem, psychotická porucha, amnestický syndrom a psychotická reziduální porucha (Skopalová, 2014). Zvýšené riziko sebevraždy se vyskytuje i u starších uživatelů nelegálních drog, stejně jako vyšší pravděpodobnost výskytu dalších psychických problémů v porovnání s jejich vrstevníky, kteří drogy neužívají (EMCDDA, 2017).

U seniorů léčených pro některé choroby dochází vlivem škodlivého účinku alkoholu ke zhoršení již přítomného psychiatrického onemocnění, např. dochází ke zhoršení přítomných halucinací či bludů a k prohloubení nebo zhoršení přítomné deprese (Skopalová, 2014).

Studie zaměřující se na osoby závislé na heroinu ve věku 50 let a více byly realizovány převážně mezi klienty metadonových programů v USA. Mezi jedinci, kteří vyhledávali léčbu závislosti na návykových látkách, byla zaznamenána vysoká míra přítomných duševních chorob, především depresí. Studie mezi 140 klienty metadonového programu ve věku 50 let a více ukázala, že u 57,1 % osob byla zjištěna koexistující diagnóza, přičemž nejčastěji se vyskytovala závažná depresivní porucha a 47,1 % užívalo psychotropní léky k léčbě nějakého psychiatrického problému (Tylor & Grossberg, 2012).

3.3 Sociální rizika

Starší osoby jsou obecně náchylné ke vzniku problémů v sociální oblasti. Tyto problémy mohou vznikat jako následek ovdovění, sociální izolace, nedostatku sociální podpory a finančních problémů (EMCDDA, 2008).

Kumulativní účinky polymorfního užívání drog, předávkování a infekčních onemocnění v průběhu let nejen že urychlují proces stárnutí, ale také vedou ke zmenšení sociálního okruhu starších uživatelů drog. Jejich sociální sítě, které se skládají ze starších uživatelů drog, se vlivem předčasných úmrtí zmenšují. Vytváření nových vztahů je obtížné a stigma a ageismus přispívají k sociálnímu vyloučení a izolaci od rodin a přátel. Jejich zdravotní podmínky snižují kvalitu života a omezují je v každodenních aktivitách. Všechny tyto faktory přispívají k depresi a osamělosti. Stigma a pocity studu, které zažívají kvůli tomu, že ve starším věku užívají drogy, mohou bránit vyhledání jakékoli pomoci a zdravotní péče.

Významný podíl starších uživatelů drog nemá stabilní ubytování, je nezaměstnaných a ekonomicky neaktivních. Ze studie o starších problémových uživatelích opiátů v 8 zemích EU vyplývá, že 86 % osob, které vstoupily do léčby závislosti na heroinu, bylo nezaměstnaných nebo ekonomicky neaktivních. Nezaměstnaní ještě více omezuje sociální kontakty, jejich dovednosti a znalosti a přispívá k marginalizaci a izolaci (EMCDDA, 2017).

Studie zaměřující se na osoby závislé na heroinu ve věku 50 let a více, zejména klienty metadonových programů v USA, naznačují, že starší uživatelé drog zaznamenali významné společenské stigma související s drogovou závislostí, stárnutím, infekcí HIV, duševním zdravím a jejich účastí v metadonovém programu. Všechny tyto faktory vytváří bariéru pro vstup do programů léčby závislosti, ale také pro udržení se v programu (Tylor & Grossberg, 2012).

4 Diagnostika a léčba starších uživatelů návykových látek

Ačkoli se poruchy související s užíváním návykových látek mezi seniory vyskytují ve výrazně nižší míře než v obecné populaci, roste počet starších dospělých ohrožených nadměrnou konzumací alkoholu, zneužíváním léků na předpis a užíváním nelegálních návykových látek. Identifikace problémů s užíváním návykových látek mezi staršími osobami může být obtížná z důvodu překrývajících se projevů problému s návykovými látkami s příznaky jiných onemocnění častých ve vyšším věku. Posouzení stavu by mělo zahrnovat opatrný a nestigmatizující přístup v kombinaci s přímými otázkami zaměřenými na konzumaci alkoholu, užívání léků na předpis a nelegálních drog. Jako účinné se pro tuto skupinu osob ukázalo využití krátkých intervencí zaměřených na rizikovost užívání návykových látek (Kuerbis & Sacco, 2013).

O míře provádění krátkých intervencí v ČR existuje málo informací, nicméně se zdá, že je poměrně nízká. Bez ohledu na věk, pouze každý třetí kuřák, který v ČR navštíví lékaře, dostane doporučení, aby kouření zanechal, přičemž tento podíl stoupá s věkem. Pokud jde o krátkou intervenci u alkoholu, pouze třetina osob, které v ČR navštíví lékaře, je dotázána na konzumaci alkoholu a pouze 8 % dostane doporučení s pitím přestat nebo jej omezit, podíl opět stoupá s věkem a je vyšší u mužů (Sovinová, Csémy & Kernová, 2014).

Rosen, Morse a Reynolds (2011) považují za zásadní spolupráci psychiatrů/substitučních center s pacienty substitučního programu, jejich praktickými lékaři a lékárníky. U této skupiny osoby je vysoký počet neléčených depresí, proto autoři navrhují využití spolupráce mezi všemi stranami jako efektivní nástroj pro poskytování krátkých intervencí vedoucích k dlouhodobějšímu terapeutickému vztahu.

U starších dospělých se závislostním problémem se sice běžná intenzivní léčba závislosti ukázala jako účinná, nicméně léčba specificky uzpůsobená této populaci přináší ještě slibnější vyhlídky do budoucna (Kuerbis, Sacco, Blazer & Moore, 2014). Stigma a pocit studu, že i ve stáří užívají drogy, mohou však zabránit vyhledání odborné pomoci (EMCDDA, 2017).

Starší osoby se zdravotními problémy, které jsou těžkými konzumenty alkoholu, by měly být cílovou skupinou pro intervence zaměřené na pomoc při řešení tohoto problému (EMCDDA, 2008).

4.1 Screening a diagnostika

U starších dospělých užívajících návykové látky se velmi často vyskytují zdravotní problémy, z tohoto důvodu jsou mnozí z nich v pravidelném kontaktu se zdravotnickými službami. Primární péče a další zdravotnické služby proto nabízejí jedinečnou příležitost ke sledování této skupiny osob. Navzdory pravidelnému kontaktu však u těchto osob často nejsou poruchy v souvislosti s užíváním návykových látek zjištěny nebo jsou špatně diagnostikovány (EMCDDA, 2008). I u nadměrné konzumace alkoholu mezi seniory je z mnoha důvodů častý problém s diagnostikou – nedochází k ní vůbec, nebo je špatně prováděna. Obecně se

předpokládá, že míra konzumace alkoholu mezi seniory je v porovnání s mladší populací na mnohem nižší úrovni. Tento předpoklad však může být založen na podhodnocení prováděných odhadů, což může být způsobeno právě častými problémy s rozpoznáním a diagnostikou problémů s užíváním návykových látek (Johnson, 2000 in O'Connell et al., 2003). Studie autorů McInnes a Powell (1994) ve 3 nemocnicích v Austrálii ukázala, že 41 % hospitalizovaných osob starších 65 let užívalo benzodiazepiny, tabák či alkohol škodlivě. Zdravotnický personál nemocnic pak diagnostikoval 3 % ze všech problémových uživatelů benzodiazepinů a 30 % ze všech problémových uživatelů alkoholu, vyhledání odborné služby doporučil 10 % z nich.

Lékaři často selhávají v rozpoznání a diagnostice problémů s užíváním alkoholu a jiných návykových látek u seniorů (Khan et al., 2002). Mnozí lékaři nejsou v této oblasti dostatečně vyškoleni a současná diagnostická kritéria pro hodnocení závislosti u starších osob nemusí být uspokojivá. Diagnostiku mohou znesnadňovat i souběžné patologické stavy běžně se vyskytující u starších dospělých (např. kognitivní porucha) a některé z těchto stavů (např. rozrušení, zmatení) mohou být zároveň předzvěstí nebo následkem užívání návykových látek. Starší dospělí také nemusí své problémy přiznat ve strachu ze stigmatizace (EMCDDA, 2008).

Problémy s diagnostikou nepřináší pouze samotná závislost či nadměrné užívání alkoholu, ale i jiné diagnózy související s užíváním alkoholu. Odvykávací stav s delíriem je u seniorů provázen výraznějšími somatickými problémy, je tak třeba odlišit delirium jiné etiologie, např. delirium nasedající na demenci. Psychotická porucha při závislosti na alkoholu u seniorů může být obtížně odlišitelná od organické halucinózy, organické poruchy s bludy nebo tzv. pozdní schizofrenie. Od demence je obtížné odlišení amnestického syndromu při mnohaletém užívání alkoholu. Psychotická reziduální porucha nebo psychotická porucha s pozdním začátkem je charakterizována trvalejšími změnami chování, osobnosti, emotivity, myšlení a vnímání, u seniorů je třeba toto odlišit od projevů poruch myšlení a vnímání v rámci demence, delirií i tzv. pozdních schizofrenií (Lužný, 2012).

Novozélandská studie se zaměřila na vzorce užívání alkoholu u osob ve věku 65 let a více a na posouzení toho, jak často se téma jejich konzumace alkoholu setkává s pozorností praktických lékařů. U významné části těchto osob se ukázala konzumace alkoholu jako riziková z hlediska budoucího poškození somatického nebo duševního zdraví. U osob, které konzumovaly alkohol rizikověji, se ukázala menší pravděpodobnost návštěvy svého praktického lékaře a zároveň vyšší pravděpodobnost hospitalizace. Jenom v několika případech si byli jejich praktičtí lékaři vědomi potenciálního problému s alkoholem. Žádný z praktických lékařů neidentifikoval a nedagnostikoval problémy s konzumací alkoholu během posledních 12 měsíců a pouze u 4 % pacientů lékaři zaznamenali problémy s užíváním alkoholu někdy v minulosti (Khan et al., 2002).

I diagnostika užívání nelegálních drog u seniorů představuje jedinečnou výzvu pro lékaře primární péče. V mnoha případech má starší pacient různé jiné zdravotní problémy a lékař tak může v důsledku toho zanedbat možnost zneužívání návykových látek. Kromě toho se

geriatrictí pacienti často cítí nuceni skrývat své závislostní problémy před lékařem. Nejdůležitějším krokem k rozpoznání závislostního problému u starších osob je tedy samotné připuštění této možnosti. Byly pojmenovány faktory, které zvyšují pravděpodobnost, že starší osoba užívající návykové látky vyhledá léčbu či jinou formu pomoci: vyšší vzdělání, vyšší kognitivní status a závažnější problémy s užíváním návykových látek či s komorbidním psychiatrickým onemocněním (Tayler & Grossberg, 2012).

Problematika vývoje screeningových nástrojů je do budoucna považována za důležitou oblast, a to zejména v kontextu užívání nelegálních drog. Na jedné straně existuje několik validovaných screeningových nástrojů pro klinické rozpoznání nadužívání alkoholu, včetně speciálně upravených pro starší osoby, např. Michigan Alcoholism Screening Instrument – Geriatric Version a jeho zkrácená verze (Blow et al., 1992). Na straně druhé, jiné dotazníky, např. populární dotazník CAGE se zdají být méně citlivé pro screening u starších dospělých. Screeningových nástrojů pro starší uživatele nelegálních drog existuje stále poměrně málo (Tayler & Grossberg, 2012). O'Connel et al. (2003) upozorňují, že stávající screeningové nástroje (dotazníky CAGE, MAST-G a AUDIT či biofyzikální screeningové metody) a diagnostické klasifikační systémy nejsou pro populaci starších osob vhodné.

Projekt Florida Brief Intervention and Treatment for Elders (BRITE) ukázal účinnost standardizovaného screeningového rozhovoru na užívání a zneužívání návykových látek. Pomocí rozhovorů se podařilo identifikovat velký počet uživatelů alkoholu a psychoaktivních léků, a ačkoli se podařilo identifikovat jen několik uživatelů nelegálních drog, výsledky projektu svědčí o možnosti využití screeningového testu jako účinného nástroje zaměřeného i na užívání nelegálních drog staršími osobami (Schonfeld et al., 2010). Van Beurden et al. (2012) se pokusili vzdělávat praktické lékaře v Nizozemsku v problematice škodlivé konzumace alkoholu u seniorů. Ukázal se velký nezáměr ze strany praktických lékařů o tuto problematiku a celý navržený program vzdělávání se ukázal jako obtížně realizovatelný. Ve Velké Británii byl spuštěn národní vzdělávací program s názvem Drink Wise Age Well, který poskytuje školení v oblastech rozpoznávání a včasné intervence k nadužívání alkoholu u osob starších 50 let. Podobné programy jsou potřebné i pro starší uživatele nelegálních drog (EMCDDA, 2017).

Blow a Barry (2009) sestavili tabulku možných příznaků nadužívání alkoholu u starších lidí s podtitulem "Čas na otázky". Vytvořená kritéria jsou potenciálně relevantní také pro zneužívání nelegálních drog a zahrnují kognitivní změny, změny v náladě, paměti, hygieně, výživě a spánku. Všechny tyto oblasti bývají častým důvodem, proč starší osoby vyhledávají lékařskou péči. Tayler a Grossberg (2012) našli společné faktory, které mohou být nápomocné lékařům primární péče k včasné diagnostice problémů se zneužíváním návykových látek u seniorů: vzhled jako "mladý" starý, stav svobodný, muž, nízký příjem, užívání nelegálních drog v anamnéze, komorbidní duševní onemocnění (zejména depresivní a/nebo úzkostné poruchy), užívání drog v anamnéze členů blízkého okolí, zapojení do trestné činnosti (zejména drogové trestné činnosti), sociální izolace nebo nízká sociální podpora a uvěznění.

Lepší diagnostika poruch v souvislosti s užíváním návykových látek u starších osob může tedy vyžadovat věkově specifická měřítka užívání těchto látek a závislosti. Bylo by vhodné přesněji rozlišovat mezi různými způsoby užívání návykových látek s ohledem na různé behaviorální a klinické projevy. Pozdější počátek užívání návykových látek může vést k méně četným nebo odlišným charakteristikám závislosti. Sledováním opakovaných předpisů a/ nebo předpisů na více léků současně by bylo možné dosáhnout jednoduchého pokroku ve screeningu zneužívání psychoaktivních léků. Vytvoření screeningových a hodnotících dotazníků konkrétně zaměřených na zjištění potřeb a problémů starších osob by bylo nápomocným řešením (EMCDDA, 2008).

4.2 Léčebné a jiné specializované programy

Probíhající demografická změna a rostoucí potřeby služeb u stárnoucích osob užívajících návykové látky kladou vyšší nároky na existující zdroje systému péče. Náklady na léčbu starších uživatelů drog lze snížit tím, že poskytneme včasné, účinné intervence ve vhodném prostředí. Při léčbě starších pacientů by měla být věnována větší pozornost souběžným zdravotním problémům. Starší osoby užívající návykové látky mohou trpět chronickými onemocněními, včetně onemocnění jater v důsledku chronické infekce VHC případně HIV/AIDS, a mohou proto vyžadovat speciální léčebné postupy. Služby zaměřené na uživatele drog obvykle poskytují pouze omezenou zdravotní péči v oblasti somatické komorbidity. Programy pro starší uživatele drog by měly být schopny poskytovat základní zdravotní péči a v případech, kdy jsou zjištěny závažné zdravotní problémy nebo současný výskyt více problémů, měly by být schopné odkázat klienta ke specialistovi (EMCDDA, 2008).

Zvláštní otázky pak vyvolává potřeba poskytování paliativní péče nevléčitelně nemocným uživatelům drog. To je velká výzva pro zdravotníky a zdravotnické služby. Málo se ví o tom, jak nejlépe uspokojovat potřeby této populace na konci života (EMCDDA, 2008, 2010).

4.2.1 Abstinenčně orientované programy

Rostoucí počet starších dospělých s problémy spojenými s užíváním návykových látek bude klást nové, větší požadavky na existující léčebné programy. Programy, které jsou zvyklé pracovat hlavně s mladou populací, se budou muset přizpůsobit potřebám starší věkové skupiny. Mnohé terapeutické otázky týkající se stárnoucích uživatelů drog nejsou stále dostatečně popsány, přesto se zdá, že starší klienti dosahují v léčbě srovnatelných či lepších výsledků než mladší osoby (EMCDDA, 2008). Starší osoby v léčbě se vyznačují specifickými potřebami a měly by mít přístup k efektivním službám, kde se jim dostane důstojné a citlivé péče. To však může vyžadovat vytvoření širší škály alternativ k současným způsobům léčby (Rosen et al., 2013; EMCDDA, 2008).

Jak uvádí EMCDDA (2008, 2010), detoxifikace starších osob by měla být prováděna ve zdravotnickém prostředí. Důvodem je jak snaha vyhnout se potenciálním interakcím s užívanými léky, tak i současný výskyt dalších onemocnění. V důsledku metabolických změn způsobených stárnutím mohou být nutné odlišné režimy dávkování podpůrných a substitučních

přípravků než u mladších osob. O'Connell et al. (2003) nabádá ke zvýšené opatrnosti při detoxifikaci starších uživatelů alkoholu pomocí benzodiazepinů kvůli zvýšené citlivosti na nežádoucí účinky a změněnou farmakokinetiku. Např. disulfam by měl být používán jen krátkodobě kvůli zvýšenému riziku vzniku sraženin. Ukázalo se, že naltrexon u osob ve věku 50-74 let pomáhá předcházet relapsu.

Kuerbis a Sacco (2013) na základě výsledků přehledové studie uvádí, že starší uživatelé návykových látek v léčbě závislosti, ať už ve věkově specifických či smíšených programech, dosahují cílů abstinence v míře srovnatelné s mladšími věkovými skupinami. Také O'Connell et al. (2003) potvrzuje, že starší uživatelé alkoholu z léčby profitují alespoň stejně tak dobře jako mladší pacienti. Zdá se také, že při intenzivnější léčbě, bez ohledu na typ léčby, starší osoby léčbu lépe zvládají a prospívají v ní. Některé faktory významné pro léčbu mladších osob se ukazují jako důležité i u starších osob, např. účast rodinného příslušníka v terapii. Zároveň se však ukazuje, že věkově specifická léčba zvyšuje účinnost léčby.

Satre, Mertens, Arean 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 %. Starší ženy dosahovaly lepších výsledků než starší muži i mladší ženy. V zařízení strukturované léčby drogové závislosti v Anglii se ukázalo, že s narůstajícím věkem klientů se snižuje riziko předčasného vypadnutí z léčby (Beynon, McMinn & Marr, 2008). Podobné výsledky byly pozorovány i v Austrálii, mezi l. 1985 a 2006 byla u osob starších 40 let méně než poloviční pravděpodobnost předčasného ukončení léčby v porovnání s klienty mladšími než 20 let (Burns et al., 2009).

Nastavením podmínek léčby pro starší uživatele návykových látek se zabývali Tayler a Grossberg (2012). V léčebných programech věkově integrovaných (tj. starší a mladší uživatelé jsou léčeni společně) jsou dobré výsledky léčby starších uživatelů alkoholu, avšak méně jasné je, zda se totéž týká i uživatelů drog. Existuje stále více podpůrných skupin specificky zaměřených na starší uživatele alkoholu (např. Seniors In Sobriety jako odnož Anonymních alkoholiků), stejný vývoj však nebyl zaznamenán v případech stárnoucích uživatelů drog. Je zřejmé, že starší uživatelé návykových látek lépe prospívají v léčebných programech přizpůsobených jejich konkrétním potřebám, pokud jsou tyto programy k dispozici. Rovněž Crome, Sidhu a Crome (2009) uvádí, že starší osoby dosahují ještě lepších výsledků v léčbě, pokud je služba pro tuto cílovou skupinu dostupná a poskytované intervence jsou uzpůsobené jejich potřebám, ale i omezením spojených s věkem a zdravotním stavem.

Z důvodů zvýšené náchylnosti starších osob k nežádoucím účinkům léčivých přípravků a jejich zdravotnímu stavu jsou při léčbě starších uživatelů návykových látek vhodnější spíše méně intenzivní a dlouhodobé léčebné režimy než kratší náročné režimy s vysokou intenzitou uplatňované v léčbě mladších osob (Tayler & Grossberg, 2012).

Otázkou také zůstává léčba duálních diagnóz současně s léčbou závislosti u starších jedinců. Stejně jako u mladších uživatelů návykových látek se i u starších často vyskytují komorbidní

psychiatrická onemocnění. Tayler a Grossberg (2012) považují integrovanou léčbu za nejvhodnější způsob léčby duální diagnózy, stejně jako u mladších uživatelů návykových látek. Za problematické však považují předpoklad, že jen málo poskytovatelů péče bude mít dostatečné znalosti a zkušenosti s léčbou užívání drog a geriatrických poruch, jako např. s depresí v pozdním věku nebo demencí, současně.

4.2.2 Další specializované programy

Péče o starší problémové uživatele drog je v Evropě omezená, stávající služby se přizpůsobují potřebám mladších uživatelů drog. Starší uživatelé drog jsou obecně považováni za méně motivované, i když často dosahují v kontaktu se službami lepších výsledků než mladší uživatelé drog. Většina starších uživatelů opiátů v Evropě byla, nebo stále je pacienty programů substituční léčby, ať metadonem či buprenorfinem. Jen málo je ale známo o interakci a účinnosti léčby opiodními léky a léčby somatických onemocnění, včetně častých poškození jater. Úspěšné zavádění harm reduction služeb v mnoha evropských zemích napomohlo tomu, že se problémoví uživatelé drog dožili vyššího věku. Jejich komplexní zdravotní a sociální potřeby však vyžadují nové, specifické přístupy (EMCDDA, 2017).

Celá řada studií se zaměřovala na starší problémové uživatele opiátů v substituční léčbě. Ve Viktorii v Austrálii se od r. 2006 do r. 2012 počet klientů starších 50 let v substituční léčbě zdvojnásobil, zatímco počet klientů mladších 30 let se snížil na polovinu (Australian Institute of Health and Welfare, 2012). Starší uživatelé drog v substituční léčbě sice i nadále pokračují v užívání drog, ale vzorce jejich užívání se přizpůsobují zvyšujícímu se věku (Levy & Anderson, 2005). Jak ukazují výsledky studie z USA, starší klienti ve věku průměrně 57 let užívající metadon výrazně snížili užívání nelegálních návykových látek. Tuto skutečnost naznačuje méně pozitivních kontrolních testů na přítomnost drog a nižší skóre indexu závažnosti závislosti (Addiction Severity Index). Starší lidé v metadonovém programu také zaznamenali lepší výsledky než ti, kteří metadon vysadili (Fareed, Casarella, Amar, Vayalapalli & Drexler, 2009). Podobné pozitivní výsledky byly pozorovány v jiné studii srovnávající starší (průměrný věk 53,9 let) a mladší (průměrný věk 27,7 let) klienty metadonového programu. Výsledky screeningových testů na přítomnost drog v moči ukázaly, že ve starší skupině byl nižší podíl pozitivních vzorků moči na jiné opiáty, kokain, konopné drogy a benzodiazepiny, statisticky významný byl rozdíl u opiátů (Lofwall, Brooner, Bigelow, Kindbom & Strain, 2005). U stárnoucích klientů opiátové substituční léčby je také nutné zvážit výběr vhodného typu substitučního preparátu, jeho dávkování, způsob podání a způsob dohledu. Vzhledem k rostoucímu počtu starších klientů v programech substituční léčby je zapotřebí vytvořit specifické klinické pokyny týkající se předepisování substitučních přípravků této cílové skupině (EMCDDA, 2010). Opiátová substituční léčba do budoucna musí čelit řadě výzev v souvislosti s cílovou skupinou stárnoucích uživatelů drog. To se týká především zvládnutí komorbidních duševních chorob a neuropsychologických důsledků dlouhodobého užívání opiátů (Australian Institute of Health and Welfare, 2012; Wu & Blazer, 2011).

Přestože se ukazuje, že substituční léčba je pro problémové uživatele opiátů ve starším věku dobrým nástrojem, byly vyjádřeny obavy, že stávající služby mohou být nedostatečně či špatně vybaveny pro uspokojování potřeb starších uživatelů drog, a že může být vyžadován vznik některých nových specifických služeb (EMCDDA, 2010).

Vzhledem ke specifickým ve zdravotní i sociální oblasti je nastolena otázka nových služeb pro tuto cílovou skupinu, a to i s využitím stávajících zdravotnických a sociálních služeb. Je zřejmé, že rozsah lékařských, psychologických a sociálních potřeb vyžaduje vyspělé, multidisciplinární a inovativní přístupy. Se zhoršujícím se zdravotním stavem, omezenou sociální podporou a omezenou pohyblivostí čelí řada starších uživatelů návykových látek problémům s ubytováním a potřebě ošetřovatelské péče. Z důvodů aktivního užívání drog je pak problémem využívání stávajících sociálních služeb, jako např. domovů pro seniory. Několik zemí Evropy proto začalo provozovat specializované ošetřovatelské domy a ubytovací služby pro stárnoucí uživatele nelegálních drog, tzv. nursing homes. První dvě zařízení tohoto typu vznikla jako pilotní projekt ke konci 90. let minulého století v Nizozemsku a Německu. Nizozemské zařízení vzniklo jako součást již existujícího domova pro seniory a jeho hlavní cílem je poskytnout péči uživatelům drog, kteří již nejsou schopní postarat se sami o sebe. V ubytovacím zařízení je jim poskytována 24 hodin denně ošetřovatelská péče, hlavním cílem zařízení je poskytnout uživatelům drog životní podmínky k udržení důstojného života, za využití tréninku životních dovedností, finančního poradenství, dohledu nad užíváním léků a zapojení se do aktivit denního programu. Programy v Německu kombinují dlouhodobou pobytovou službu pro stárnoucí uživatele drog a ambulantní péči s chráněným bydlením. Od r. 2004 existují tzv. nursing homes i v Dánsku. Předcházela tomu studie realizovaná městem Kodaň, která ukázala, že polovina uživatelů drog starších 39 let v programu substituční léčby bude do 5 let potřebovat ošetřovatelskou pomoc se zvládnutím běžných úkonů. Bylo také odhadnuto, že 76 % z nich se bude potýkat se závažnými somatickými problémy, 31 % se závažnými psychiatrickými komplikacemi a až 40 % se sociálními problémy. V reakci na tuto studii byly otevřeny první tzv. nursing homes, které se v současné době nachází napříč celým Dánskem (EMCDDA, 2010, 2017).

Důležitou součástí tzv. nursing homes je akceptace uživatelů drog, tedy nevyžadování abstinence. Naopak, užívání drog je povoleno i uvnitř těchto zařízení. Zároveň jsou však uživatelé drog motivováni ke snížení užívání drog a k přechodu k méně rizikovým způsobům aplikace. Klienti tak mohou využívat chráněného bydlení a využívat ambulantní programy pro uživatele drog a ambulantní péči o seniory (EMCDDA, 2010).

V r. 2005 byla v Dánsku realizována evaluace tzv. nursing homes. Do této doby se registrovalo 22 klientů, z toho bylo 15 mužů, a průměrný věk všech klientů byl 45 let. Všichni byli dlouhodobí uživatelé opiátů, toho času v substitučním programu, ale zároveň užívali další opiáty, konopné látky, alkohol a benzodiazepiny. Dvě třetiny klientů byly HIV pozitivní, téměř všichni trpěli onemocněním VHC, někteří z nich i cirhózou či karcinomem jater. Většina z nich trpěla dalšími somatickými obtížemi, např. onemocněním oběhové soustavy či

podstoupili amputaci končetin. U všech byly pozorovány poruchy kognitivních funkcí a u některých i demence, úmrtnost byla 30 % (EMCDDA, 2010).

Podobné programy existují i pro stárnoucí uživatele alkoholu. Příkladem může být ubytovna ve Španělsku, která poskytuje ubytování a základní zdravotní a sociální péči i uživatelům alkoholu či drog. Přestože užívání alkoholu a nelegálních drog není přímo v zařízení povoleno, intoxikace žádnou návykovou látkou není důvodem pro vyloučení ze služby, naopak je důvodem ke zvýšenému dohledu ze strany zdravotníků (San Isidro, 2017). Některé programy poskytující ubytování uživatelům alkohol mají ještě nižší práh. Např. Kanadské nízkoprahové noclehárny a ubytovny poskytují i službu dávkování alkoholu. Každých 90 minut má klient nárok na omezené množství vína. Tato zařízení, označovaná jako tzv. managed alcohol programmes, fungují na principech harm reduction, snahou je poskytnout cílové skupině ubytování a zároveň zabránit nekontrolovanému užívání vysokých dávek alkoholu, často i ve formě alkoholu neurčeného ke konzumaci. Studie realizovaná Centrem pro výzkum závislostí (Centre for Addictions Research) uvádí, že dostupnost tzv. managed alcohol programmes snížila počet hospitalizací a zatčení mezi klienty služeb o 40-80 %. Změny v souvislosti s lepšími životními podmínkami způsobené stabilnějším ubytováním byly pozorovány i ve vztahu k rodinám a v péči o sebe. Alkohol dávkovaný personálem zařízení v pevných intervalech zabraňuje rozvoji abstinenčních symptomů a zároveň nevede k intoxikaci (Snoek, 2014). Ve Velké Británii, v Kanadě a v dalších zemích jsou na podobném principu provozovány služby, které nabízí ubytování a pečovatelskou péči i pro osoby s problémem závislosti na alkoholu, které již nejsou schopné postarat se o sebe v důsledku věku a zdravotních komplikací. Společným principem těchto zařízení je harm reduction, není tedy vyžadována abstinence, ale cílem zařízení je naopak kontrola nad množstvím konzumovaného alkoholu (např. Gilligan, Norris & Yates, 1983; Pauly et al., 2016; Podymow, Turnbull, Coyle, Yetisir & Wells, 2006).

V USA byl vytvořen komunitní program s názvem Geriatric Addiction Program, který je specificky zaměřen na starší uživatele návykových látek. Většina klientů programu jsou uživatelé alkoholu, ale 15 % z nich současně užívá nelegálních drogy. Program je provozován na bázi case managementu a poskytuje tak intervence v přirozeném prostředí klientů, tedy i v jejich domovech a zprostředkovává návaznost péče a spolupráci s dalšími službami, ať již zaměřenými na uživatele návykových látek, pomoc seniorům či na řešení somatických obtíží (EMCDDA, 2017).

Služby péče o duševní zdraví ve Victorii, v Austrálii, poskytující léčbu a služby case managementu osobám starším 65 let v posledních letech zaznamenaly měnící se demografický profil klientů služby (Searby, Maude & McGrath, 2015). Dřívě typičtí klienti s duální diagnózou, kteří převážně užívali alkohol, jsou postupně nahrazováni polymorfními a injekčními uživateli drog, včetně těch, kteří podstupují substituční léčbu metadonem, se širokým spektrem psychiatrické a somatické komorbidity. Zejména u uživatelů metadonu autoři předpokládají obtíže se zvládnutím všech komplikací související se zvyšujícím se věkem a jejich stále častější odkazování do služeb péče o duševní zdraví ve stáří. Autoři tuto

demografickou změnu do budoucna služby odhadují ještě výraznější (Duncan, Nicholson, White, Bradley & Bonaguro, 2010; Dursteler-MacFarland, Vogel, Wiesbeck & Petitjean, 2011).

Projekt Bristol Drugs Project zaznamenal přítomnost starších uživatelů drog pouze v centrech opiátové substituční léčby, ne však v jiných službách pro uživatele drog. Na základě tohoto zjištění bylo uskutečněno dotazníkové šetření právě mezi uživateli drog staršími 55 let. Tematická analýza odhalila bariéry jako neochotu být spojován s mladšími uživateli drog a pocity hanby za užívání drog i ve vyšším věku. Starší uživatelé drog také odmítali vyhledat lékařskou pomoc kvůli obavám z nařčení z hledání způsobu, jak se dostat k lékům na předpis. To častokrát zabránilo vyhledání adekvátní pomoci v podobě úlevy od bolesti. Byla patrná rovněž obava z detoxifikace. Na základě této analýzy Bristol Drug Project pilotně spustil věkově specifickou podpůrnou skupinu pro stárnoucí uživatele drog (Ayres, Eveson, Ingram & Telfer, 2012).

Konečně je zde také otázka vybavení geriatrických a dalších relevantních zdravotnických a sociálních služeb potřebnými dovednostmi tak, aby tato zařízení byla schopna řešit potřeby starších osob s chronickými problémy s užíváním návykových látek, včetně související komorbidity. Je zřejmé, že rozsah somatických, psychických a sociálních potřeb vyžaduje multidisciplinární a inovativní přístupy. Základním předpokladem pro řešení celého spektra těchto problémů je však stálé a bezpečné bydlení (EMCDDA, 2010).

5 Systém péče o osoby závislé nebo ohrožené závislostí v České republice

5.1 Specializovaná adiktologická péče v České republice

V současné době je v ČR možno rozlišit péči o uživatele návykových látek zdravotní, členící se dále na péči lékařskou a nelékařskou, a adiktologickou péči prováděnou v programech sociálních služeb, v zařízeních speciálního školství nebo např. ve věznicích (Miovský et al., 2013).

Na základě aktuálních informací z různých zdrojů je možné odhadnout, že v ČR je v současné době 250–270 adiktologických zařízení různých typů, z nich je 55–60 kontaktních center, 90–100 programů ambulantní léčby, 25–30 programů lůžkové zdravotní péče, 15–20 terapeutických komunit, 5 domovů se zvláštním režimem, 6 zařízení speciálního školství a 35–45 programů ambulantní následné péče (z nich cca 20 s chráněným bydlením, jehož celková kapacita je odhadem 200 míst). K nim je nutno připočítat přibližně 50 terénních programů a přes 80 certifikovaných preventivních programů. Léčbu závislostí ve vězení je možno absolvovat v 11 věznicích z celkem 35, z toho substituční léčbu poskytuje 7 věznic (Mravčík et al., 2016).

Jednotlivé typy služeb jsou jasně definovány certifikačními standardy a navazují na ně doporučené postupy v oboru adiktologie. Certifikační standardy od r. 2015 definují 10 typů služeb pro uživatele návykových látek a patologické hráče: detoxifikaci, terénní programy, kontaktní a poradenské služby, ambulantní léčbu, ambulantní stacionární péči, krátkodobou a střednědobou lůžkovou péči, residenční péči v terapeutických komunitách, doléčovací programy, substituční léčbu a adiktologické programy ve vězení a následnou po-výstupní péči (Libra et al., 2015). Tyto programy poskytují obvykle své služby osobám starším 18 let. V posledních letech je pozornost věnována rozvoji a vzniku specifických programů pro děti a mladistvé s adiktologickým problémem, o čemž svědčí také priority dotačního programu Ministerstva zdravotnictví ČR, který podporoval zejména vznik a provoz specializovaných adiktologických ambulancí pro děti a dorost a provoz adiktologických ambulancí pro osoby se závislostním chováním ve věku 15–18 let (Ministerstvo zdravotnictví, 2017), avšak skupina starších dospělých a seniorů je stále upozaděna.

Adiktologická problematika spojuje ve službách zdravotní a sociální služby. Vytváří to potřebu společného financování těchto služeb prostředky obou resortů. Léčebné a poradenské služby uživatelům návykových látek a patologickým hráčům jsou dnes poskytovány v zásadě třemi oddělenými systémy a sítěmi služeb (Miovský et al., 2013).

Specificky pro oblast léčby uživatelů návykových látek je z celého zdravotnického legislativního rámce nejvýznamnějším zákon č. 65/2017 Sb., o opatřeních zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Pro účely zákona se pojem „protidrogová politika“ vztahuje nejen na nelegální drogy, ale i na tabákové výrobky, alkohol a patologické hráčství.

Předchozí právní úprava, zákonem č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, přímo definovala typy služeb určené uživatelům návykových látek. Nový zákon č. 65/2017 Sb. definuje odbornou péči pro osoby s adiktologickou poruchou jako péči, která zahrnuje prevenci poruch zdravotního stavu spojených s touto poruchou, včetně snižování zdravotních a sociálních rizik, jejich včasnou diagnostiku a léčbu, poradenství, sociální rehabilitaci a reintegraci osob postižených těmito poruchami. Odbornou péči poskytují poskytovatelé zdravotních služeb, jde-li o zdravotní služby, a poskytovatelé sociálních služeb, jde-li o sociální služby, podle jiných právních předpisů.

Stávající síť služeb pokrývá celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek, avšak některé oblasti jsou nastaveny disproporčně, někdy není dostatečně zajištěna návaznost a některé segmenty péče neexistují vůbec, postupně zanikají nebo se nerozvíjí žádoucím směrem (Miovský et al., 2013).

5.2 Systém sociálních služeb

V r. 2006 byl přijat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který stanovuje zejména typy sociálních služeb, systém jejich financování a zajištění jejich dostupnosti a kvality. Dosavadní legislativa v oblasti sociálních služeb byla nedostatečná – ze sociálních služeb upravovala jen ústavní péči a pečovatelskou službu, další typy služeb nebyly právně vymezeny. Sociální služby jsou tedy od r. 2006 definovány jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Zákon definuje 31 typů sociálních služeb, které rozděluje na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství, které je základní činností při poskytování všech typů sociálních služeb.

Obecně je povinností při poskytování jakéhokoliv typu sociální služby zajistit individuální přístup k potřebám klientů, tedy že poskytovaná podpora a péče musí vždy vycházet z potřeb daného člověka, včetně těch vyplývajících ze zdravotních problémů, a musí být individuálně nastaveny.

Uživatelé návykových látek jsou v zákoně uvedeni jako cílová skupina některých služeb sociální prevence a pro oblast léčby a péče o uživatele návykových látek jsou relevantní zejména následující typy sociálních služeb: terénní programy, kontaktní centra, terapeutické komunity, služby následné péče a chráněné bydlení, domovy se zvláštním režimem a sociální rehabilitace (Miovský et al., 2013).

V době vzniku této diplomové práce byla připravována novela zákona o sociálních službách, která se měla zásadně dotýkat i domovů se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob závislých nebo závislostí ohrožených. Podle aktuálního znění návrhu zákona by mělo dojít k transformaci domovů se zvláštním režimem na domovy sociální péče a k vyčlenění lůžek pro osoby v nepříznivé sociální situaci závislosti na návykových látkách a nelátkových závislostí (Vrbický, 2017).

5.3 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem jsou zřizovány dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Před zavedením zákona o sociálních službách se zařízení pro osoby s těžkým zdravotním postižením nazývaly ústavy, po zavedení zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou definovány pouze dvě kategorie ústavních zařízení. Jsou to domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Dříve ústavní prostředí svádělo spíše k medicínskému přístupu, mnohem větší důraz byl kladen na skupinu než na osobní potřeby jednotlivců a toto prostředí výrazně posilovalo závislost klienta na ústavním zařízení. Dnes má každý klient vypracován individuální plán péče, podle kterého se klientovi nabízejí aktivizační programy, podle jeho přání a schopností. Uživatelé těchto služeb jsou především osoby, které díky svému zdravotnímu stavu nejsou schopny zajišťovat své životní potřeby vlastními silami, ani za pomoci rodiny či využitím terénních sociálních služeb (Novosad, 2009). Tyto domovy poskytují komplexní péči, jež vedle ubytování a stravy zahrnuje služby spojené s péčí o uživatele jako je pomoc při sebeobsluze (tj. pomoc při podávání jídla a pití, při oblékání, při samostatném pohybu, při přesunu na lůžko nebo vozík apod.) a osobní hygieně, základní sociálně právní poradenství, a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zprostředkování navazujících služeb, doprovázení do různých veřejných nebo jiných institucí, podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do běžného společenského prostředí, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou, aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí a zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity, atd.).

Kromě zajištění základních sociálních potřeb klientů služby je posláním zařízení také zvyšování úrovně rozumových, pohybových, komunikačních a praktických schopností a dovedností prostřednictvím sociálně terapeutických činností a aktivizačních činností. Nabídka služeb neopomíná ani výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (Matoušek, Koláčková & Kodymová, 2005). V Koncepci sítě specializovaných adiktologických služeb jsou domovy se zvláštním režimem definovány jako služby zahrnující zejména pobytovou péči pro starší klienty závislé na alkoholu (Mioviský et al., 2013).

Sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti jsou popisovány jako hlavní metody práce s klienty domovů se zvláštním režimem. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních, definuje sociálně terapeutické činnosti jako následující: poskytnutí poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie a v oblasti vzdělávání; socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo

udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začlenění osob; aktivity zaměřené na budování a rozvoj pracovních návyků a dovedností nezbytných pro integraci osob na trh práce; výchovné, vzdělávací a volnočasové aktivity; pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny; psychosociální podpora; podpora výměny zkušeností; krizová intervence a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k překonání krizového stavu; poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod a pracovní terapie a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu. Vyhláška zároveň udává, u některých druhů sociálních služeb připadají v úvahu pouze některé z uvedených činností.

Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti jsou definovány jako nácvik a upevňování, nebo pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností; pomoc a podpora rodině v péči o dítě, podpora při zvládnutí výchovy dětí; pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou; podpora v oblasti partnerských vztahů; podpora při zajištění chodu domácnosti; podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do běžného společenského prostředí včetně využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů; podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do pracovního procesu; pracovní výchovná činnost; vytvoření a zajištění podmínek pro přiměřené vzdělávání nebo pracovního uplatnění, poskytnutí podpory pro přiměřené vzdělávání; volnočasové a zájmové aktivity a zajištění podmínek pro společensky přijatelné volnočasové aktivity. I v tomto případě vyhláška udává, že u většiny sociálních služeb připadají v úvahu pouze některé z uvedených činností.

V ČR je k 22.5.2017 podle Registru poskytovatelů sociálních služeb 326 domovů se zvláštním režimem. Převážná většina z nich se zaměřuje na poskytování služeb cílové skupině osob s chronickým duševním onemocněním, kam se nejčastěji řadí organické duševní poruchy, včetně symptomatických (stařecká demence, Alzheimerova demence, ostatní typy demencí a deprese), dále cílové skupině osob s kombinovaným postižením, osob s jiným zdravotním postižením, osob s chronickým onemocněním, osob se zdravotním postižením, seniorů, či kombinaci vícero cílových skupin klientů. Společným rysem domovů se zvláštním režimem je věkový limit pro přijetí klienta do sociální služby. Tento věkový limit by se dal zobecnit na 40–45 let a výše. Nejsou však výjimkou domovy se zvláštním režimem, které mají věkový limit nastavený ještě do vyšší věkové kategorie (např. 55 a více, 65 a více či dokonce 80 a více). Cílové skupině osob závislých a ohrožených závislostí v ČR poskytovalo podle Registru poskytovatelů sociálních služeb ke dni 22.5.2017 své služby celkem 16 domovů se zvláštním režimem.

Domovy se zvláštním režimem nejsou financovány ze strany Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP), tedy jednoho z hlavních poskytovatelů dotací v oblasti protidrogové politiky v ČR. Jakožto sociální služba mají přístup do dotačního řízení Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV) a jsou financovány rovněž z rozpočtů samospráv (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2014, 2015). V rámci

úcelově určených výdajů na protidrogovou politiku z rozpočtů státní správy a samosprávy činily v r. 2015 výdaje na domovy se zvláštním režimem 38,1 mil. Kč, z toho z místních rozpočtů, tj. z rozpočtů krajů a obcí šlo o 7,7 mil. Kč a z dotací MPSV o 30,4 mil. Kč (Mravčík et al., 2015). Služba je poskytována za úhradu, maximální výše úhrad za vykonávání některých činností při poskytování služby je regulována vyhláškou k zákonu o sociálních službách (vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách). Úhradu hradí klient ve výši sjednané ve smlouvě s poskytovatelem služby, přičemž musí osobě zůstat po zaplacení základních činností alespoň 15 % z jejího příjmu.

Výzkum veřejného ochránce práv ukázal, že 48 % krajských domovů pro seniory je spojeno s další sociální službou, nejčastěji s domovem se zvláštním režimem. Pokud jde o činnosti zajišťované ve vztahu ke klientům v domově pro seniory a domově se zvláštním režimem, zákon o sociálních službách nečiní mezi službami rozdíl. Rovněž maximální výše úhrady za ubytování a stravování je u těchto dvou typů sociálních služeb totožná. Hlavní rozdíl je v tom, že podle zákona o sociálních službách je režim v domovech se zvláštním režimem přizpůsoben specifickým potřebám některých osob. Pro domovy se zvláštním režimem však neplatí jinak všem ostatním poskytovatelům služeb zákonem daná možnost nepřijmout zájemce o službu, jehož chování „by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití“ (Veřejný ochránce práv, 2013).

6 Výzkumná část

6.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je zmapovat charakteristiky sociální služby domovy se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách v České republice v oblastech složení a charakteristik klientů, metod práce s cílovou skupinou, složení personálů, financování.

Za účelem splnění cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jaký je počet a charakteristika klientů sociální služby domovy se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách v ČR z hlediska věku, pohlaví, primární návykové látky a dalších duševních problémů?
- Jaké intervence poskytují domovy se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách klientům služby?
- Jaký je hlavní cíl poskytovaných intervencí v domovech se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách?
- Je v domovech se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách nutná abstinence?
- Jaké je personální zajištění domovů se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách?
- Z jakých zdrojů jsou financovány domovy se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách?

6.2 Výběrový soubor

Na základě informací z Registru poskytovatelů sociálních služeb v ČR k 22.5.2017 existovalo 16 domovů se zvláštním režimem, které poskytují svou službu cílové skupině „osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách“, z čehož 3 domovy poskytují své služby výhradně této cílové skupině. Dalších 8 domovů se zvláštním režimem pracuje rovněž s cílovou skupinou „osoby s chronickým duševním onemocněním“. Ostatní domovy se zvláštním režimem poskytují své služby více než dvěma cílovým skupinám. Základní výběr je tedy následujících 16 domovů se zvláštním režimem: Ústav sociální péče Nové Syrovice, příspěvková organizace; Armáda spásy, Domov Přístav Frýdek – Místek; Armáda spásy, Domov Přístav Ostrava – Zukalova; Armáda spásy, Domov Přístav Ostrava – Kunčičky; Domov Dolní zámek; Domov důchodců Sloup v Čechách, příspěvková organizace; Domov na Jarošce, příspěvková organizace; Domov se zvláštním režimem Terežín; Domov sv. Jana Křtitele, s.r.o. (Sviadnov); Domov sv. Jana Křtitele, s.r.o. (Frýdek-Místek); Domov ve Věži, příspěvková organizace; Dům sociálních služeb Návojná, příspěvková organizace; Emin

zámek, příspěvková organizace; Medela - péče o seniory, o.p.s.; Domov se zvláštním režimem Oblastní charita Česká Kamenice; Domov se zvláštním režimem Pržno.

V tomto případě šlo o totální výběr (census), kdy výběrový soubor se shoduje se základním souborem. Výběrový soubor tedy tvořilo 16 výše zmíněných domovů se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách, resp. kontaktní osoby jednotlivých institucí uvedené rovněž v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

6.3 Metody

Byla provedena průřezová dotazníková studie. Sběr dat proběhl prostřednictvím on-line dotazníkového šetření. Elektronickou poštou byly osloveny kontaktní osoby z vedení všech výše zmíněných 16 domovů se zvláštním režimem, v průvodním dopise bylo zdůvodněno konání této studie a argumentace pro zapojení služeb do studie. Součástí průvodního dopisu byl rovněž odkaz na webovou stránku domény LimeSurvey, na které bylo možné on-line dotazník vyplnit. Strukturovaný dotazník (viz Příloh) byl vytvořen pro účely této studie, přičemž se inspiroval dotazníkem průzkumu Sčítání adiktologických služeb prováděného Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015). Obsahoval sérii otázek k 6 okruhům:

- základní identifikační údaje služby – místo poskytování služby, provozovatel a zřizovatel,
- charakteristika klientů služby – počet klientů celkem a z cílové skupiny osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách, jejich pohlaví, věk, primární návyková látka, kolik z těchto klientů trpí duální diagnózou (a jakou),
- metody práce s klienty – denní program a jaké intervence služba poskytuje,
- cíl a filosofie služby – denní režim, zda je vyžadována abstinence, práce s rodinou klientů, indikace k přijetí klienta,
- zaměstnanci služby – odbornost zaměstnanců služby, jejich počet a úvazek,
- financování služby – z jakých zdrojů je služba financována.

Otázky v dotazníku byly formulovány tak, aby jejich zodpovězení bylo pro respondenty jednoduché a pochopitelné, tzn. obsahoval co nejvíce uzavřených otázek s nabízenými možnostmi (např. různé zdroje financování; možnosti poskytovaných intervencí; různé odbornosti zaměstnanců služby, apod.). První e-mail s žádostí o vyplnění dotazníku byl zaslán dne 23.5.2017, 1. výzva k vyplnění byla zaslána dne 1.6.2017 a 2.výzva, která obsahovala žádost o odpověď v případě, že služba s touto cílovou skupinou nepracovala v r. 2016 dne 8.6.2017.

Ke zpracování kvantitativních dat byl využit program MS Excel, data byla přepsána do souhrnné tabulky. Informace o konkrétních službách, jejich klientech a zaměstnancích jsou uvedené pod kódem služby, který byl náhodně přidělen. Pod tímto kódem byly služby uvedeny

po celou dobu při zpracování a analýze dat. Při kvantitativní analýze dat byl využit deskriptivní přístup, který umožňuje interpretaci dat v souladu s cílem práce.

Analýza byla v případě této studie zaměřená na analýzu cílové skupiny z hlediska počtu klientů, věku, pohlaví a primární užívané návykové látky (zejména zda je skutečně služba využívána cílovou skupinou osob závislých či závislostí ohrožených, a to hlavně v zařízeních pro více cílových skupin), analýzu obsahu reálně poskytovaných intervencí, analýzu personálního zajištění (včetně složení týmu na základě odbornosti) a jejich relevancí a adekvátností vzhledem k cílové skupině. Tématem zájmu byla rovněž analýza hlavního cíle, či filosofie služby, a jakým způsobem tomu odpovídají využívané metody a způsoby práce s klienty v rámci služby. V neposlední řadě se analýza zaměřuje na finanční zajištění služby, a to s důrazem na zdroje finančních prostředků a jejich stabilitu.

6.4 Etické aspekty

Respondenti byli předem informováni o účelu dotazníkového šetření a způsobu využití dat. Rovněž byli předem informováni o tom, že účast je zcela dobrovolná, data budou anonymizována a že odesláním dotazníku potvrzují svůj souhlas s účastí ve výzkumu (informovaný souhlas). Konkrétní domovy se zvláštním režimem byly za účelem anonymizování po celou dobu zpracování, analýzy a interpretace dat uvedeny pod kódem služby, který byl náhodně přidělen.

7 Výsledky

Z celkového počtu 16 oslovených domovů se zvláštním režimem (DSZR) pro cílovou skupinu osob závislých nebo ohrožených závislostí 9 vyplnilo dotazník alespoň částečně. Další 4 DSZR uvedly, že vyplnění dotazníku pro jejich službu není relevantní vzhledem ke skutečnosti, že osoby závislé nebo ohrožené závislostí nejsou cílovou skupinou služby. V těchto případech byly cílovými skupinami služby nejčastěji osoby s chronickým duševním onemocněním. Dotazník nevyplnil ani 1 DSZR, který však uvedl, že osoby závislé nebo ohrožené závislostí jsou cílovou skupinou sociální služby. Celkem 2 DSZR na opakovanou výzvu k účasti ve studii vůbec nereagovaly a neuvedly tak ani, zda osoby závislé nebo ohrožené závislostí jsou ve skutečnosti cílovou skupinou služby, resp. zda s těmito klienty v r. 2016 pracovaly. Přehled všech oslovených DSZR poskytuje Tabulka 2.

Tabulka 2: Domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí

Kód služby	Vyplnil dotazník	Počet cílových skupin	Závislí a ohrožení závislostí – dle Registru	Závislí a ohrožení závislostí – dle odpovědi
DSZR 1	Ano	1	Ano	Ano
DSZR 2	Ano	1	Ano	Ano
DSZR 3	Ano	1	Ano	Ano
DSZR 4	Ano	2	Ano	Ano
DSZR 5	Ano	2	Ano	Ne
DSZR 6	Ano	3*	Ano	Ne
DSZR 7	Ano	3	Ano	Ano
DSZR 8	Ano	5*	Ano	Ne
DSZR 9	Ano	4*	Ano	Ne
DSZR 10	Ne	2*	Ano	Ne
DSZR 11	Ne	2*	Ano	Ne
DSZR 12	Ne	2	Ano	Ano
DSZR 13	Ne	2*	Ano	Ne
DSZR 14	Ne	2*	Ano	Ne
DSZR 15	Ne	2*	Ano	Bez odpovědi
DSZR 16	Ne	4*	Ano	Bez odpovědi
Celkem	9	–	16	6**

Pozn.. * cílovou skupinou zařízení dle Registru sociálních služeb jsou i osoby závislé nebo závislostí ohrožené, přestože zařízení jim v r. 2016 služby reálně neposkytovalo, ** celkem 2 DSZR neuvedly informaci, zda byly osoby závislé nebo ohrožené závislostí skutečně cílovou skupinou služby v r. 2016

Na základě údajů uvedených v Registru poskytovatelů sociálních služeb jsou DSZR pro cílovou skupinu osob závislých nebo ohrožených závislostí v 7 krajích ČR, a to v kraji Ústeckém, Libereckém, Královéhradeckém, Jihomoravském, Zlínském, Moravskoslezském a v Kraji Vysočina. Ve skutečnosti však služby této cílové skupině poskytuje pouze 6 DSZR,

kteřé jsou na území ČR rozmístěny v 6 různých krajích (Ústecký, Královéhradecký, Jihomoravský, Zlínský, Moravskoslezský kraj a Kraj Vysočina). Srovnání geografické dostupnosti sociální služby pro tuto cílovou skupinu v ČR dle Registru a dle odpovědí služeb nabízí Mapa 1 a Mapa 2.

Mapa 1: Geografická dostupnost domovů se zvláštním režimem pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé podle Registrů poskytovatelů sociálních služeb



Podle informací z Registru poskytovatelů sociálních služeb je nejvíce DSZR pro cílovou skupinu osob závislých nebo ohrožených závislostí v Moravskoslezském kraji (6). Ve skutečnosti ale pouze 1 DSZR v tomto kraji v r. 2016 poskytoval své služby i této cílové skupině. V Ústeckém, Jihomoravském, Zlínském kraji a v Kraji Vysočina jsou registrovány shodně 2 DSZR pro adiktologické klienty, avšak v každém kraji pouze 1 DSZR pracoval v r. 2016 s touto cílovou skupinou. V Královéhradeckém kraji je registrován 1 DSZR pro tuto cílovou skupinu, stejně jako v Libereckém kraji, ve kterém ale se závislými či závislostí ohroženými klienty v r. 2016 nepracovali.

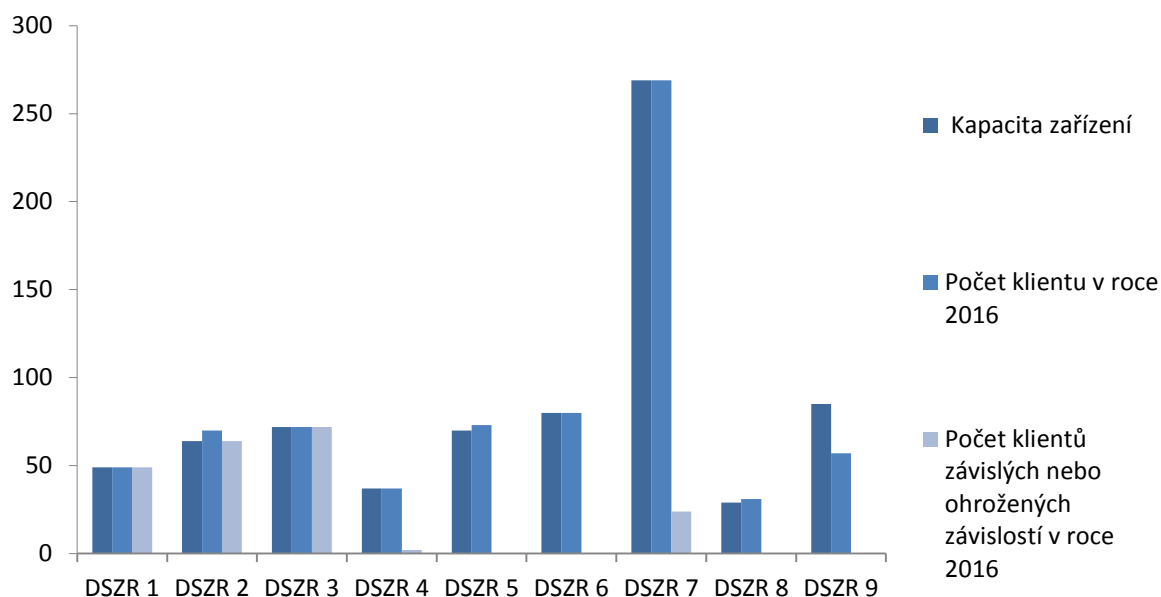
Mapa 2: Geografická dostupnost domovů se zvláštním režimem pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé, které v r. 2016 pracovaly s touto cílovou skupinou



Kapacita DSZR, které dotazník vyplnily, se pohybuje od 29 do 269 lůžek. Medián kapacity činí 65 lůžek. Pouze v jednom DSZR (DSZR 9) nebyla v r. 2016 naplněna kapacita zařízení: přestože kapacita zařízení je 85 lůžek, v r. 2016 sociální službu využilo 57 klientů. V 5 DSZR kapacita zařízení odpovídá počtu klientů v r. 2016 a ve zbylých 2 DSZR je počet klientů v r. 2016 vyšší než kapacita zařízení v řádu jednotek (DSZR 8 o 2 klienty, DSZR 5 o 3 klienty a DSZR 2 o 6 klientů) – Graf 1. Tyto údaje odpovídají poskytování dlouhodobé péče a nízké fluktuaci klientů v zařízení.

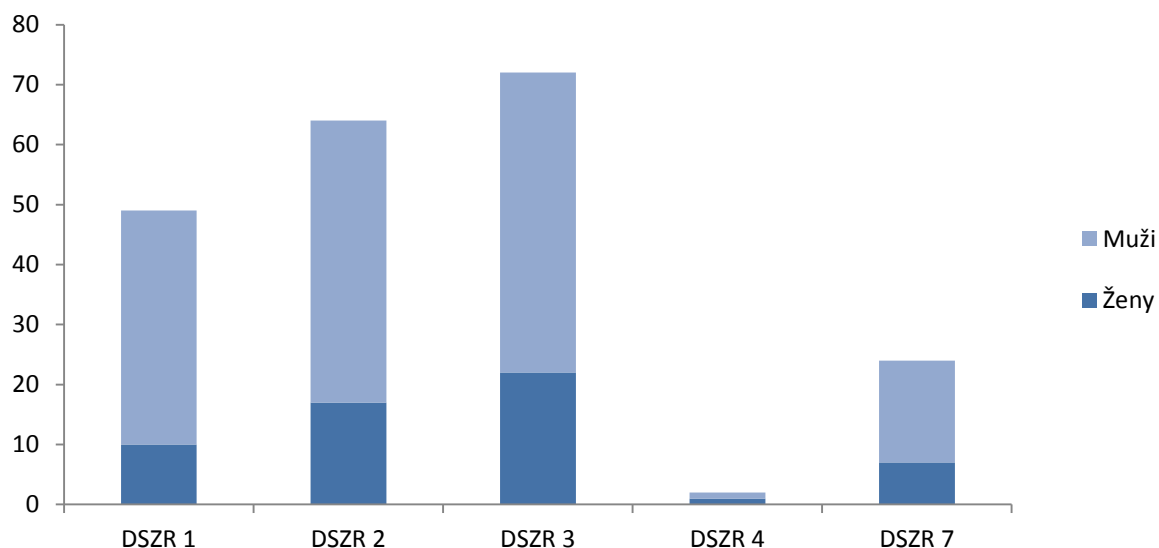
Počet DSZR, které v r. 2016 evidovaly klienty z cílové skupiny osob závislých nebo ohrožených závislostí, nedosahuje počtu všech DSZR, které dotazník vyplnily. Z 9 DSZR jich péči této cílové skupině reálně poskytovalo 5 (DSZR 1, DSZR 2, DSZR 3, DSZR 4 a DSZR 7). U 2 z nich je patrné, že osoby závislé nebo závislostí ohrožené nejsou hlavní cílovou skupinou zařízení: DSZR 4 v r. 2016 evidoval 2 adiktologické klienty z celkového počtu 37 a DSZR 7 evidoval 24 těchto klientů z celkového počtu 269 v r. 2016. Naopak, všichni klienti zbylých 3 zařízení v r. 2016 byli klienti z cílové skupiny osob závislých nebo ohrožených závislostí – Graf 1.

Graf 1: Kapacita domovů se zvláštním režimem a počet klientů v r. 2016



Zastoupení žen mezi adiktologickými klienty zařízení dosahuje průměrně 31 %. Nejvyšší podíl žen byl v DSZR 4, kde dosahoval 50 %, avšak v tomto zařízení byli v r. 2016 pouze 2 adiktologičtí klienti. Naopak, nejnižší podíl žen byl v DSZR 1, kde ženy tvořily pětinu adiktologických klientů – Graf 2.

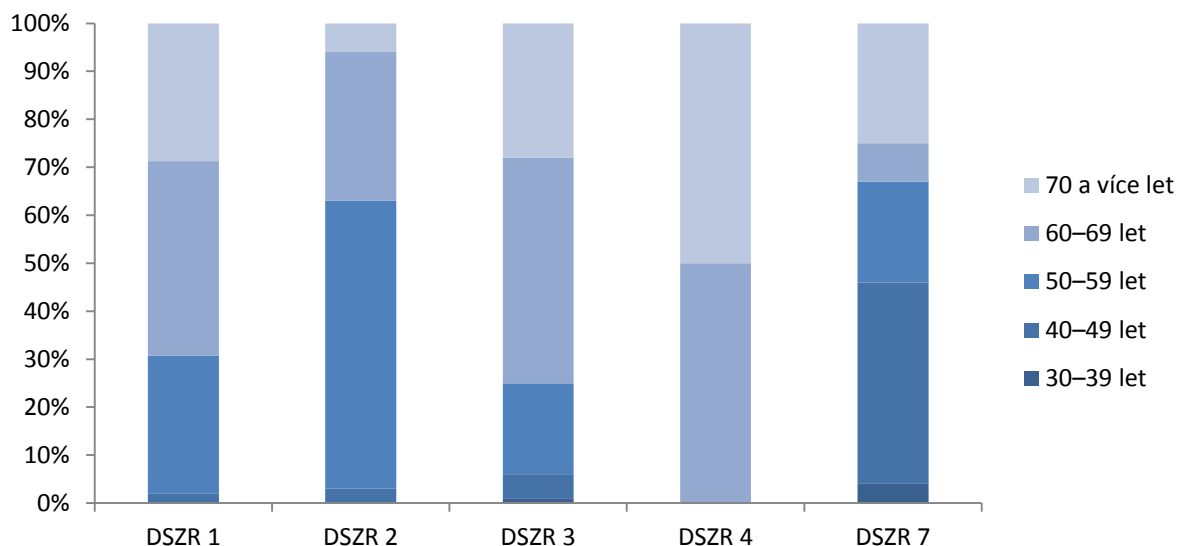
Graf 2: Zastoupení žen z cílové skupiny závislých nebo ohrožených závislostí v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s touto cílovou skupinou v r. 2016



Společným rysem DSZR je věkový limit pro přijetí klienta do sociální služby. Tento věkový limit by se dal u všech DSZR zobecnit na 40-45 let a výše, DSZR pro osoby závislé nebo závislostí ohrožené nejsou v tomto ohledu výjimkou, což ukazuje i věkové zastoupení klientů patřících do této cílové skupiny v r. 2016 – Graf 3. Jenom výjimečně byli zastoupeni klienti ve věku 30-39 let (v DSZR 3 a v DSZR 7), v obou zařízeních však osoby závislé nebo ohrožené

závislostí nejsou hlavní cílovou skupinou. Poměrně nízké bylo také zastoupení věkové skupiny 40-49 let, které bylo v řádech jednotek procent, s výjimkou DSZR 7, kde tato věková skupina tvořila 42 % všech klientů. Naprostá většina klientů tedy byla starší 50 let a průměrně 28 % tvořili klienti starší 70 let. Nejčastěji byla však zastoupená věková skupina 60-69 let.

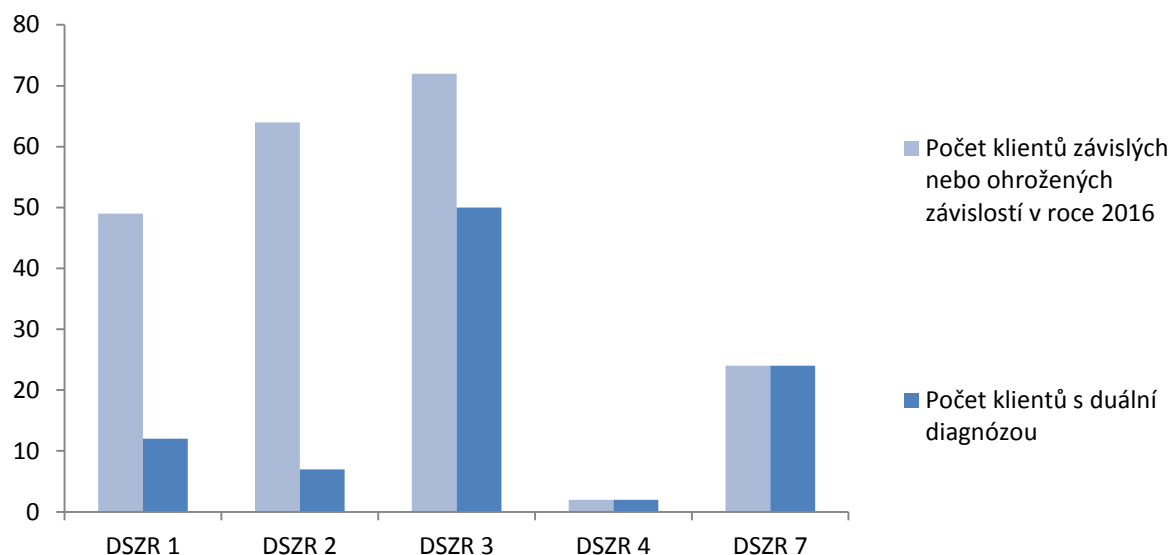
Graf 3: Věkové zastoupení klientů v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016



Adiktologičtí klienti v DSZR byli v naprosté většině případů uživatelé alkoholu. Pouze jeden DSZR (DSZR 7) za r. 2016 uvedl 8 % klientů užívajících pervitin nebo amfetaminy jako primární drogu. Z celkového počtu 24 klientů závislých nebo ohrožených závislostí v tomto zařízení tedy bylo 22 klientů uživatelů alkoholu a pouze 2 klienti byli uživatelé pervitinu nebo amfetaminů. V ostatních zařízeních, která vykázala adiktologické klienty, byli všichni uživatelé alkoholu.

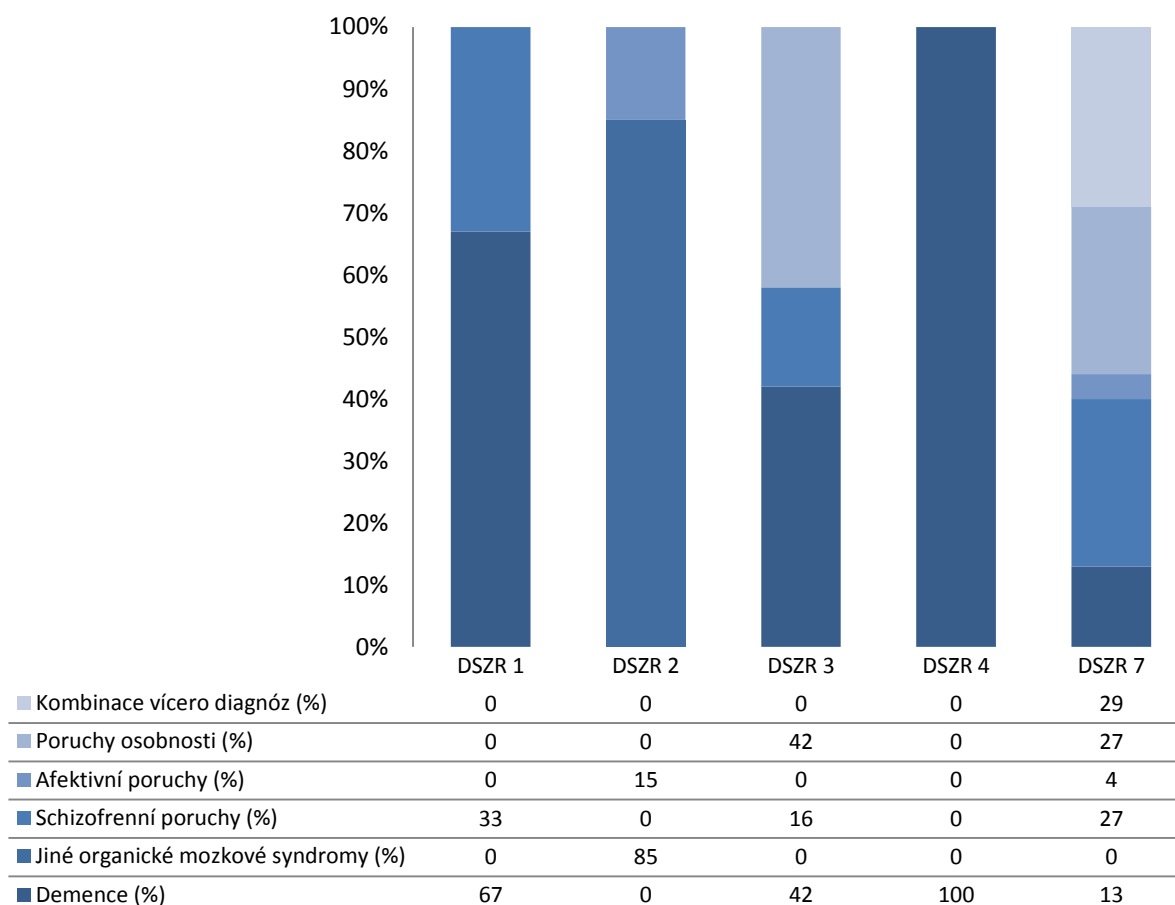
Ve všech DSZR, které za r. 2016 uvedli adiktologické klienty, byli zastoupeni klienti s komorbidním psychiatrickým problémem – Graf 4. Ve 2 DSZR (DSZR 4 a DSZR 7) všichni adiktologičtí klienti trpěli dalším duševním onemocněním. Naopak v DSZR 2 byla duální diagnóza vykázána u 11 % adiktologických klientů.

Graf 4: Zastoupení klientů s duální diagnózou v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016



Duální diagnóza klientů služeb, kteří vedle závislostního problému trpí dalším duševním onemocněním, se v jednotlivých zařízeních lišila, jak ukazuje Graf 5. Ve většině DSZR však byly nejčastěji zastoupeny demence (DSZR1, DSZR3 a DSZR 4) nebo jiné organické mozkové syndromy (DSZR 2). V DSZR 7 byla demence komorbidním duševním onemocněním u 13 % klientů, časté byly kombinace vícero diagnóz (29 %), poruchy osobnosti (27 %) a schizofrenní poruchy (27 %). V DSZR 3 byly významně zastoupeny i poruchy osobnosti (42 % klientů), v DSZR 1 pak schizofrenní poruchy (33 % klientů). Ojediněle se mezi klienty 2 zařízení vyskytovaly i afektivní poruchy. Obsedantně-kompulzivní poruchy, poruchy příjmu potravy, psychosexuální dysfunkce, fobie ani úzkostné poruchy nebyly komorbidní diagnózou klientů v žádném DSZR a nejsou proto v Graf 5 znázorněny.

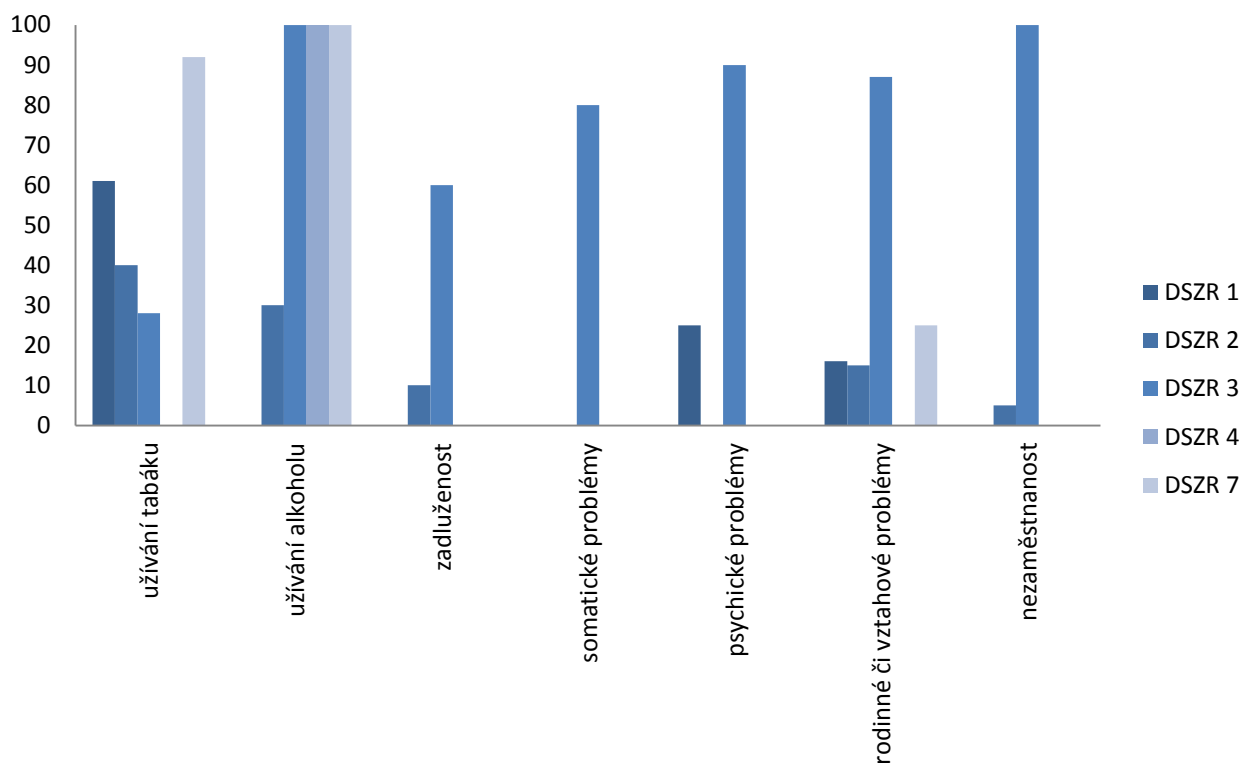
Graf 5: Typy duální diagnózy mezi klienty s duální diagnózou domovů se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016



Graf 6 poskytuje přehled hlavních problémů, kterými trpí klienti DSZR primárně patřící do cílové skupiny závislých nebo ohrožených závislostí z pohledu zaměstnanců. Problémem, kterým nejčastěji adiktologičtí klienti DSZR trpí, je užívání alkoholu. Až na DSZR 4 označila všechna zařízení jako problém u svých klientů užívání tabáku (28–92 % klientů) a rodinné či vztahové problémy (15–87 % klientů). Somatické problémy uvedl pouze DSZR 3, zato tak učinil u 80 % klientů. Zadluženost, psychické problémy a nezaměstnanost byly shodně uvedeny jako problém u klientů 2 zařízení, avšak procento klientů s těmito problémy se v zařízeních výrazně lišilo. Naopak trávení volného času, hazardní hráčství, užívání konopných látek, pervitinu či jiných návykových látek nebylo identifikováno jako problém klientů v žádném z DSZR.

Klienti patřící do cílové skupiny osob závislých nebo závislostí ohrožených do této sociální služby přichází nejčastěji na základě reference jiné sociální nebo adiktologické služby, rodiny nebo jiné blízké osoby či klienty referují sociální pracovníci městských úřadů a zdravotní zařízení: LDN, sanatoria, psychiatrické léčebny či nemocnice.

Graf 6: Problémy klientů závislých nebo ohrožených závislostí v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 (v %)



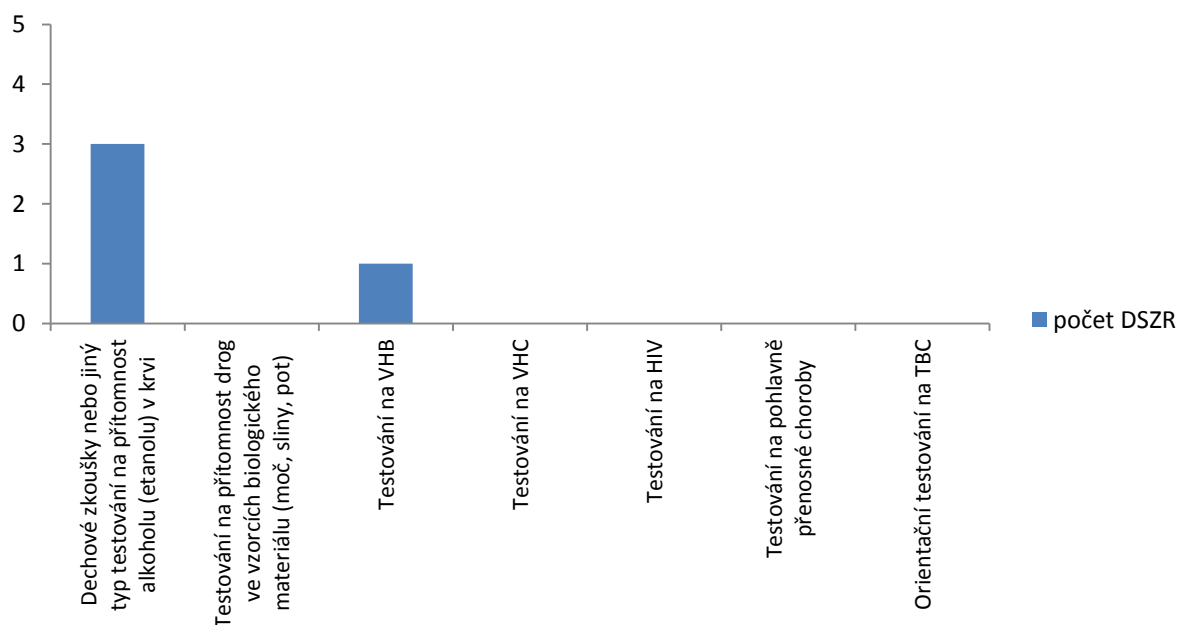
Při definici hlavního cíle sociální služby všechny DSZR uvedly podporu při zvládnání každodenních úkonů, zachování nebo znovuobjevení soběstačnosti v základních a běžných oblastech života, které již klienti nezvládají ani za pomoci terénních sociálních služeb a zároveň jsou bez fungujícího sociálního zázemí či bez přístřeší. Zvládnání běžných úkolů mimo jiné často zahrnovalo i trávení volného času a rozvoj sociálních kontaktů s rodinou či jinými blízkými osobami. Celkem 2 DSZR zdůraznily i individuální přístup ke klientům a 3 DSZR explicitně zmínily pomoc osobám závislým na alkoholu, které se z důvodů závislosti ocitly v nepříznivé životní situaci. Z toho 1 DSZR jako hlavní cíl služby uvedl i abstinenci a pomoc při zvládnání abstinence.

Všechny DSZR, které dotazník vyplnily, měly problém s vyplněním denního programu. Častým zdůvodněním byl důraz na individuální přístup a přizpůsobování a každodenní obměňování pevně stanoveného programu. Zejména aktivizační činnosti, které směřují k zachování co největší samostatnosti klientů služby, probíhají i o víkendech nebo v časech mimo stanovený denní program. Denní program obsahuje základní strukturu dne, která stanovuje noční klid a večerku, podávání jídel, apod. Velká část denního programu je obvykle vyhrazena aktivizačním a jiným činnostem, mezi kterými DSZR zmiňovaly: trénink paměti, cvičení, výlety, nákupy, canisterapii, arteterapii (hudební klub, keramická dílna, apod.) či trénink hospodaření s financemi. Aktivity v rámci DSZR jsou skupinové i individuální. Část denního programu je vyhrazena také pro tzv. pečovatelské úkony související např. s osobní

hygienou, a pro chod samotného zařízení, což zahrnuje přípravu pokrmů a úklid. Ani jeden z DSZR nezmínil jako pevnou součást programu terapií či jiné psychologické intervence.

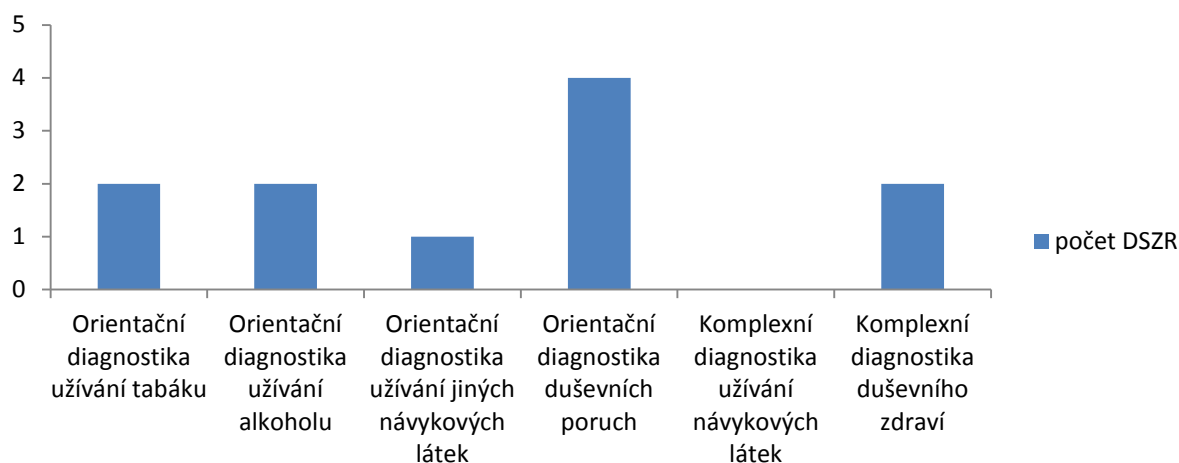
Přehled poskytovaných intervencí nabízí Graf 7: – Graf 12. Při zjišťování poskytovaných intervencí byl důraz kladen na intervence poskytované v adiktologických službách, ať už sociálních nebo zdravotních. DSZR, které v r. 2016 poskytovaly své služby adiktologickým klientům, vybíraly ze seznamu nabídnutých intervencí ty, které poskytují.

Graf 7: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – testování biologického materiálu



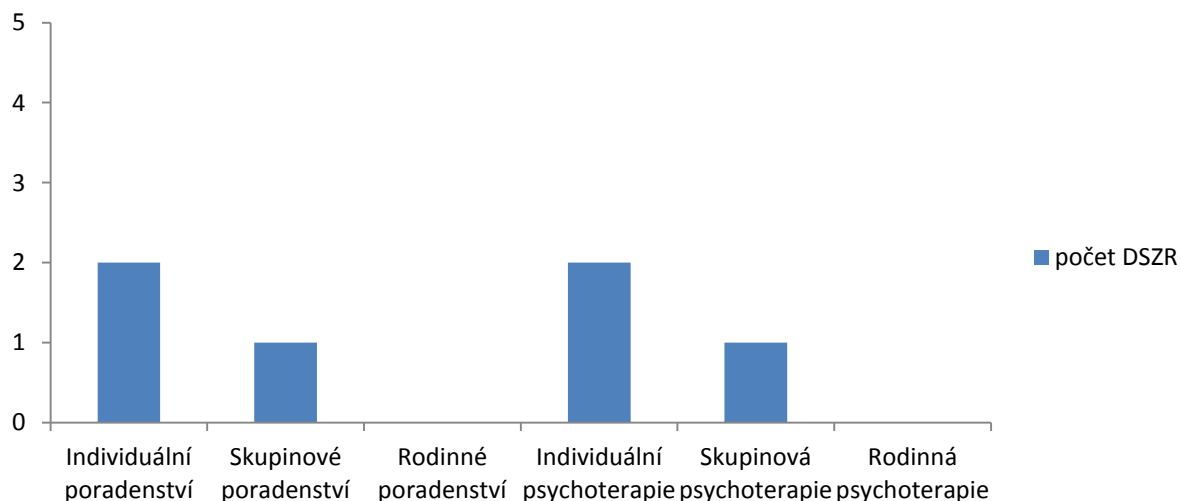
Intervence, které lze řadit spíše mezi zdravotní, tedy testování biologického materiálu, jsou v DSZR poskytovány výjimečně – Graf 7: Z testování na infekční onemocnění pouze jeden DSZR odpověděl, že poskytuje testování na přítomnost virové VHB. Ostatní infekční onemocnění (HIV, VHC, tuberkulóza a pohlavně přenosné choroby) nejsou v DSZR testovány vůbec. Žádný z DSZR také neprovádí testování na přítomnost drog ze vzorků biologického materiálu, tedy z moči, slin či potu. Naopak, 3 DSZR provádí dechové zkoušky nebo jiný typ testování na přítomnost alkoholu (etanolu) v krvi.

Graf 8: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – vstupní zhodnocení stavu klienta



Intervence poskytované při nástupu klienta do služby, tedy vstupní zhodnocení stavu klienta zobrazuje Graf 8. Nejčastěji poskytovanou intervencí z této skupiny je orientační diagnostika duševních poruch. Tuto intervenci poskytují 4 DSZR, kompletní diagnostiku duševního zdraví pak 50 % z nich. Naopak, komplexní diagnostiku užívání návykových látek neposkytuje žádný DSZR, který v r. 2016 poskytoval své služby osobám závislým nebo osobám závislostí ohroženým. Orientační diagnostiku užívání tabáku a alkoholu poskytovaly shodně 2 DSZR, zatímco orientační diagnostiku užívání ostatních návykových látek pouze 1 DSZR.

Graf 9: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – psychologické poradenství a terapie

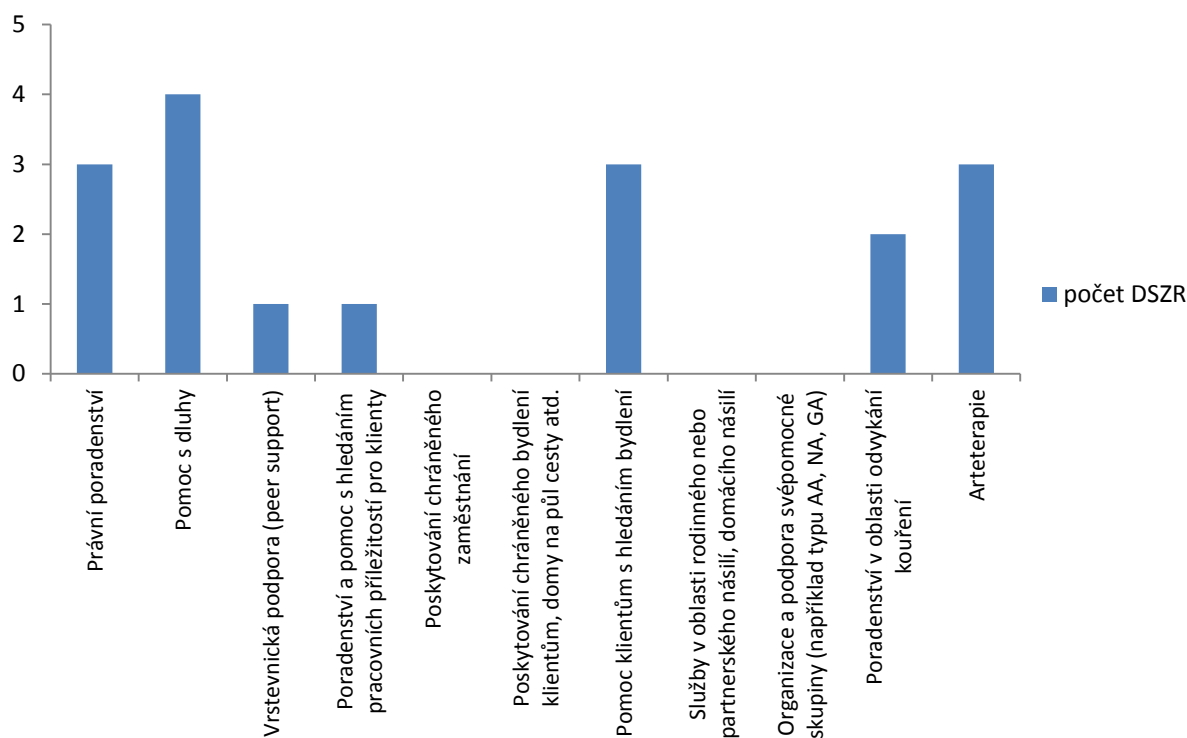


Psychologické intervence ve většině DSZR nebyly vůbec poskytovány – Graf 9. Rodinné poradenství a rodinnou terapii neposkytoval ani jeden z DSZR. Skupinové poradenství a skupinovou terapii poskytoval 1 DSZR a 2 DSZR shodně uvedly, že poskytují intervence individuálního poradenství a individuální psychoterapie.

Zatímco psychologické intervence většina DSZR neposkytovala vůbec, intervence v oblasti sociální práce, edukace či jiné podpůrné intervence jsou intervencemi, která je DSZR

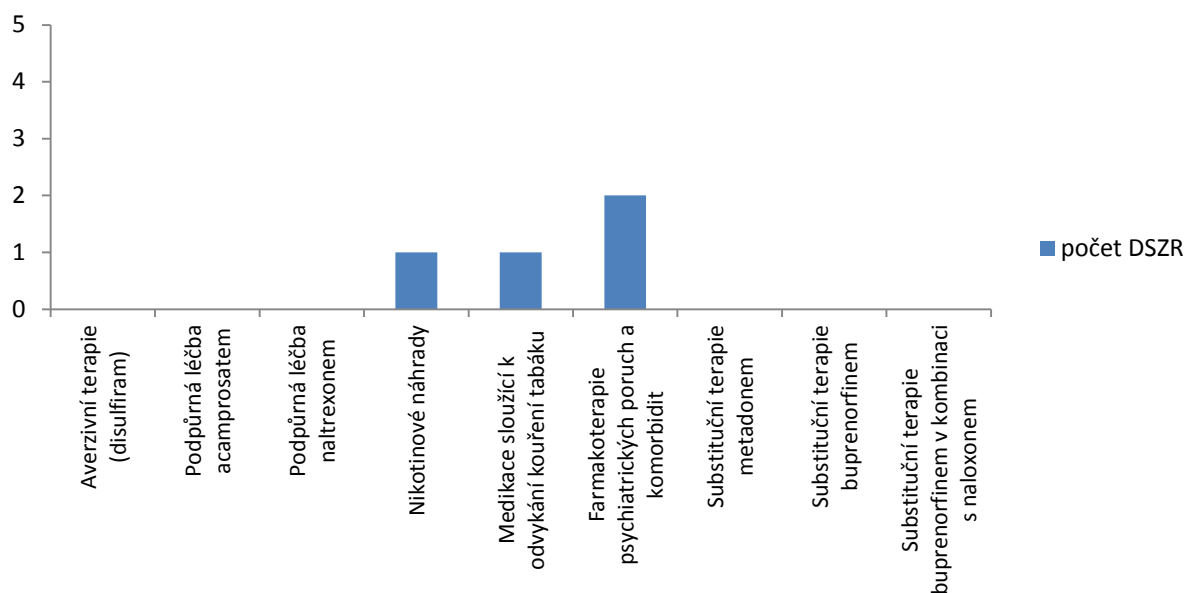
poskytována nejvíce – Graf 10. Celkem 4 DSZR uvedly, že klientům zařízení pomáhají s řešením dluhů a 3 DSZR shodně uvedly, že poskytují právní poradenství, pomoc s hledáním bydlení a arteterapeutické aktivity. Poradenství v oblasti odvykání kouření nabízí 2 DSZR, 1 DSZR pak i podpůrné aktivity vrstevníky a poradenství s hledáním pracovních příležitostí pro klienty. Chráněné zaměstnání pak neumožňuje ani jeden DSZR, stejně jako chráněné bydlení či poradenství v oblasti rodinného či domácího násilí. Ani jedno zařízení se nevěnuje organizaci či zajištění svépomocných skupin v oblasti závislostí, typu Anonymních alkoholiků.

Graf 10: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – intervence v oblasti sociální práce, edukace a jiné podpůrné intervence



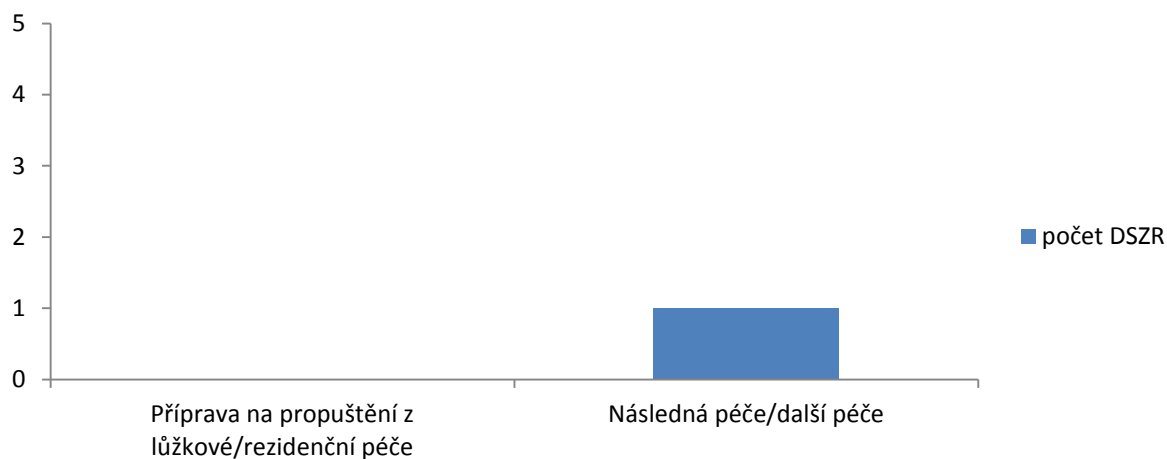
Obdobně jako intervence testování biologického materiálu lze i farmakoterapeutické intervence řadit mezi zdravotní. I tyto intervence tak jsou poskytovány spíše výjimečně, jak ukazuje Graf 11. Averzivní terapie disulfamem, podpůrná léčba acamprosátem či naltrexonem, substituční terapie metadonem či buprenorfinem nebyly poskytovány v žádném ze zařízení. Celkem 2 DSZR uvedly, že poskytují farmakoterapii psychiatrických poruch a komorbidit. Jedno zařízení se také věnuje podpoře v odvykání kouření, a to i poskytováním nikotinových náhrad a medikace sloužící k odvykání kouření.

Graf 11: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – farmakoterapie



Následnou péči poskytovalo jedno zařízení ve formě další péče, která však nebyla blíže specifikována. Ani jedno zařízení však neuvedlo mezi poskytovanými intervencemi přípravu na propuštění z lůžkové/rezidenční péče – Graf 12.

Graf 12: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – návazná péče

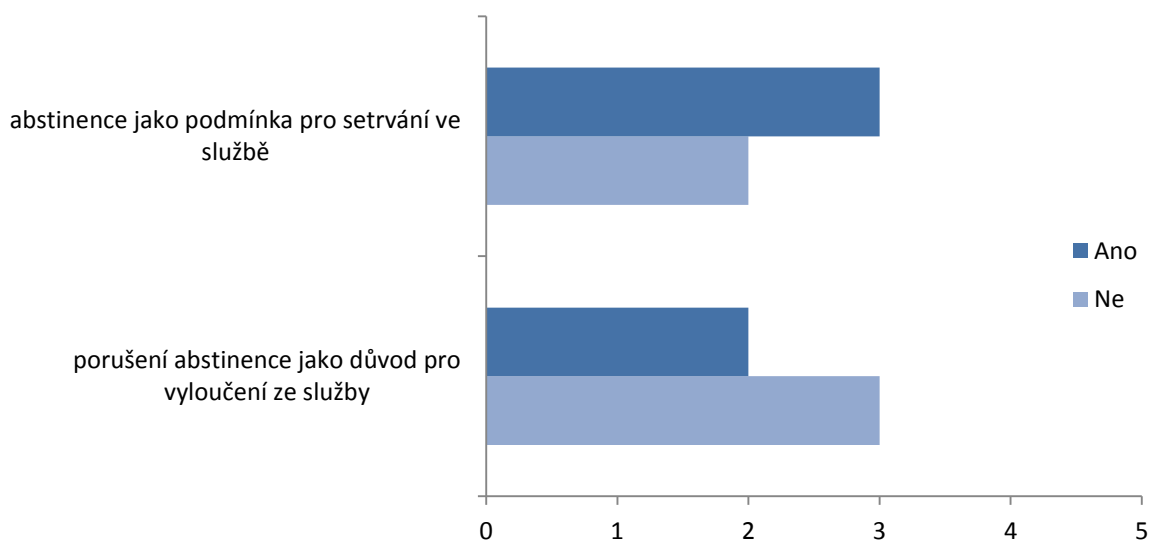


Při vybírání nejčastěji poskytovaných intervencí klientům, kteří primárně patří do cílové skupiny osob závislých nebo ohrožených závislostí, DSZR převážně uváděly sociálně-právní intervence, konkrétně byly uváděny: pomoc s dluhy, komunikace s úřady a pomoc při hospodaření s finančními prostředky. Jedno zařízení uvedlo jako nejčastěji poskytovanou intervenci poradenství v oblasti odvykání kouření a komplexní diagnostiku duševního zdraví. Stabilizaci duševního stavu či zdravotního stavu obecně uvedly 3 DSZR, 1 zařízení pak uvedlo i farmakoterapii jako 1 ze 3 nejčastěji poskytovaných intervencí.

Hlavní metody práce s klienty uvedlo celkem 7 DSZR. Nejčastěji DSZR zmiňovaly jako hlavní metodu práce rozhovory s pracovníky včetně psychiatra, ať individuální či skupinové (4 DSZR), nácvik samostatnosti a zplnomocňování (3 DSZR), aktivizační činnosti (3 DSZR) a individuální plánování (3 DSZR). Po 1 zařízení pak mezi hlavní metody práce s klientem řadí i kognitivně-behaviorální přístup, zajištění ubytování a režimová opatření pobytové sociální služby.

V souvislosti s režimovými opatřeními byl dotazník zaměřen i na problematiku abstinence v DSZR – Graf 13. Úplnou abstinenci jako podmínku pro setrvání v zařízení sociální služby uvedly 3 DSZR, které v r. 2016 přijímaly adiktologické klienty a 2 z těchto zařízení porušení abstinence považovaly za důvod pro vyloučení klienta ze zařízení. Pro 1 DSZR porušení abstinence nebylo důvodem pro vyloučení služby. Ve 2 DSZR není abstinence podmínkou pro setrvání v zařízení a mají nastavená pravidla, při jejichž dodržení je klientům služby dovoleno alkohol konzumovat. V jednom zařízení pravidla spočívala ve vytvoření individuálního plánu týkajícího se požívání alkoholu, avšak mimo zařízení. Ve druhém zařízení je klientům doporučeno alkohol konzumovat mimo prostory DSZR a zároveň by měl klient o konzumaci alkoholu informovat zaměstnance, vzhledem k užívání léků.

Graf 13: Abstinence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016



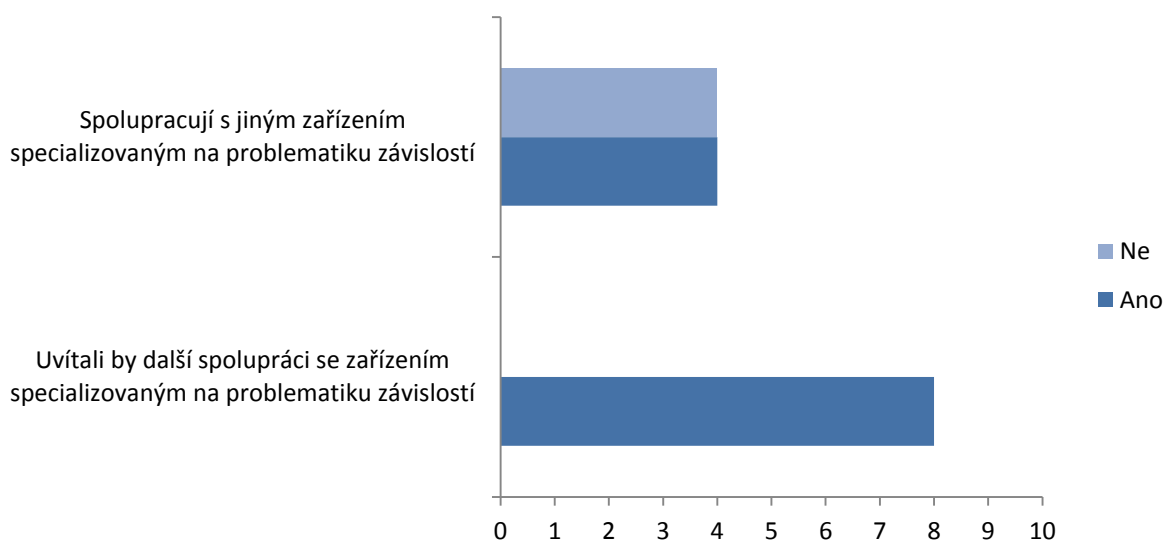
Možnost personálu regulovat přísun alkoholu klientům služby uvedl 1 z DSZR, pro které není abstinence podmínkou pro setrvání v zařízení. Tato možnost je založená na dohodě mezi klientem a jeho klíčovým pracovníkem o hospodaření s finančními prostředky a užívání alkoholu. Všechny 3 DSZR, které uvedly úplnou abstinenci jako podmínku pro setrvání v zařízení sociální služby, provádí kontrolu abstinence klientů prostřednictvím namátkových dechových zkoušek na přítomnost alkoholu. Jeden z DSZR, které v r. 2016 nepřijímaly adiktologické klienty, uvedl pravidlo domovního řádu o možnosti konzumace alkoholu. Stropem je 0,8 promile, pokud je klientovi naměřena vyšší hodnota, musí opustit budovu do

doby než alkoholémie klesne pod úroveň limitu. Zároveň však uvádí, že každý klient služby reaguje na alkohol jinak a je proto potřeba k nim přistupovat individuálně.

Jeden z DSZR, ve kterých je pravidlo abstinence podmínkou pro setrvání v programu, v poznámce uvedl, že nejdůležitějším pravidlem sociální služby je abstinovat a být duševně v pohodě. Dále bylo uvedeno, že v případě problému je situace řešena v kolektivu, kde je situace rozebírána a následně jsou vyhodnocována možná řešení.

Celkem 8 DSZR odpovědělo na sérii otázek týkajících se spolupráce s dalšími institucemi specializovanými na problematiku závislostí – Graf 14. Z toho 4 DSZR již v současné době spolupracují s dalším programem či zařízením, institucí nebo odborníkem specializovaným na problematiku závislostí. Všechny DSZR, které uvedly spolupráci v současné době, v r. 2016 pracovaly s adiktologickými klienty. Tato zařízení spolupracovala s externím klinickým psychologem, psychiatrem nebo psychoterapeutem. Jedno zařízení uvedlo spolupráci ve formě stáží v psychiatrické léčebně.

Graf 14: Spolupráce domovů se zvláštním režimem s dalšími institucemi/zařízeními/ odborníky specializovanými na problematiku závislostí

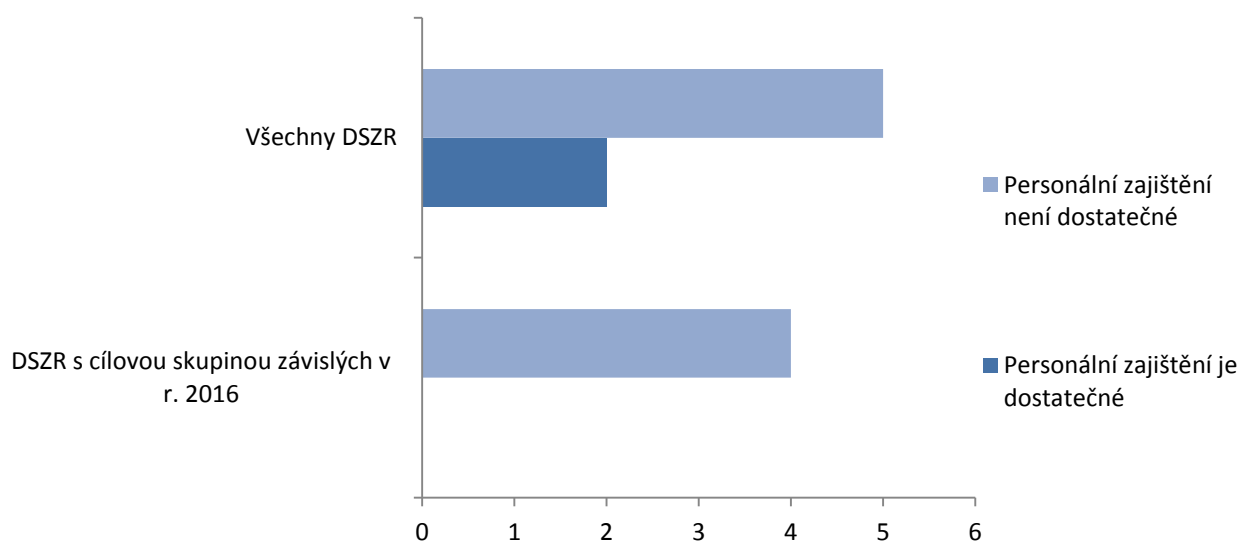


Naopak většina DSZR, které uvedly, že nespolupracují s dalším zařízením specializovaným na problematiku závislostí, v r. 2016 neposkytovaly péči osobám závislým nebo závislostí ohroženým. Pouze 1 DSZR, který za r. 2016 vykázal adiktologické klienty nespolupracoval s žádným dalším zařízením specializovaným na problematiku závislostí.

Všechny DSZR, které odpověděly na sérii těchto otázek, uvedly, že by uvítaly spolupráci s dalším programem či zařízením, institucí nebo odborníkem specializovaným na problematiku závislostí. Z toho 3 DSZR uvedly, že by uvítaly spolupráci přímo s adiktologem. Zbylá zařízení by uvítala spolupráci s psychoterapeutem nebo obecně odborníkem na cílovou skupinu závislých osob, 2 zařízení by uvítala spolupráci s odborníkem na závislosti na alkoholu a jedno zařízení v oblasti závislosti na nikotinu.

Všechny DSZR, které v r. 2016 poskytovaly péči adiktologickým klientům také uvedly, co by potřebovaly pro zkvalitnění práce s klienty, kteří primárně patří do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí. Opakovaly se požadavky na více kvalifikovaných zaměstnanců a celkově na vůli personálu pracovat s touto cílovou skupinou a zájem společnosti o ní, po 1 DSZR uvedly požadavek na transformaci zařízení, zvýšenou vůli klientů, navázání spolupráce s odborníky v oboru adiktologie a využívání nových metod, jako např. case management. Z DSZR, které v r. 2016 neposkytovaly péči adiktologickým klientům, také 1 zařízení odpovědělo na tuto otázku. Za účelem zlepšení péče by uvítali lepší spolupráci s psychiatrickou léčebnou, zejména pro případy zvládnutí akutních stavů.

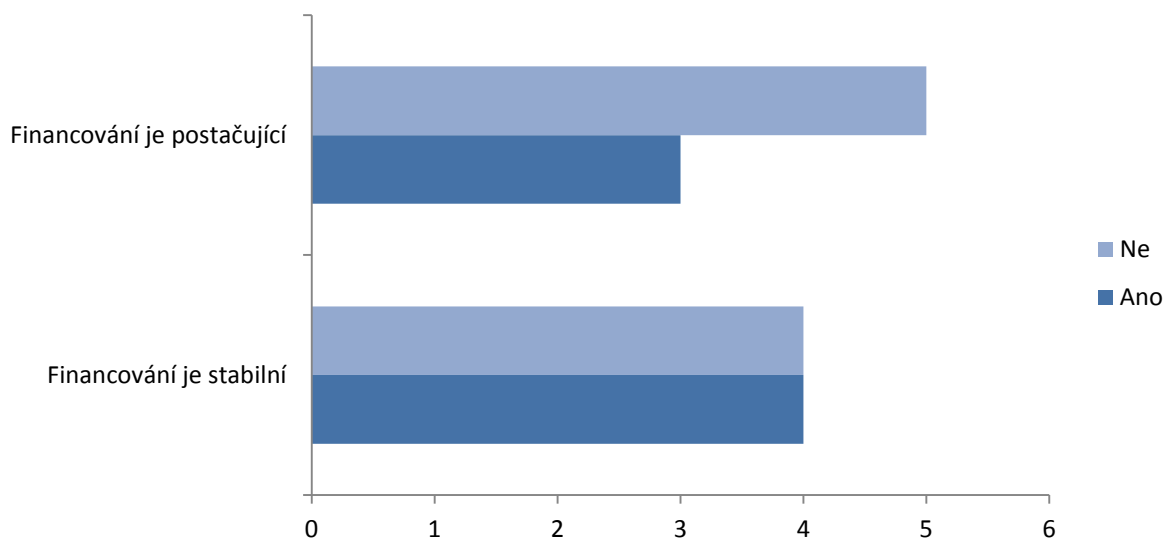
Graf 15: Hodnocení personálního zajištění domovů se zvláštním režimem



Personální zajištění ohodnotilo celkem 7 DSZR, z toho 4 DSZR (57 %), které v r. 2016 pracovaly s adiktologickými klienty. Jediné 2 DSZR, které označily stávající personální zabezpečení jako dostatečné (29 %), v r. 2016 nepracovaly s cílovou skupinou osob závislých nebo závislostí ohrožených. Ostatní DSZR považují personální zajištění sociální služby za nedostatečné – Graf 15. Pouze 2 DSZR uvedly, jaké profese vnímají jako nedostatečně zajištěné. V obou případech šlo o pracovníky sociální péče, tedy o pracovníky zabezpečující přímou obslužnou péči o klienty v zařízeních sociální péče. V personálním zajištění služeb v r. 2016 byli nejčastěji zastoupeni sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pracovníci sociální péče a zdravotní sestry/bratři. Ve 3 DSZR v r. 2016 působil psycholog a shodně ve 3 DSZR byla zastoupena profese ergoterapeuta a/nebo arteterapeuta a/nebo fyzioterapeuta. Psychiatr na plný úvazek působil pouze ve 2 DSZR, ve zbylých zařízeních byl zajištěn externí psychiatr, který do zařízení dojížděl minimálně 1x měsíčně. Pouze v jednom zařízení působil i lékař s atestací v oboru AT¹. Lékaři s jinou atestací byli zajištěni celkem v 7 DSZR, z toho ve 2 na plný úvazek působil praktický lékař. Kromě atestace praktického lékaře byly dále zastoupeny i odbornosti rehabilitačního lékaře, internisty a kožního lékaře.

¹ Atestace v oboru AT je nástavbová specializace léčení alkoholizmu a jiných toxikomanií pro lékaře se zvláštní odbornou způsobilostí v návykových nemocech.

Graf 16: Hodnocení financování domovů se zvláštním režimem



Na sérii otázek k financování DSZR odpovědělo celkem 8 zařízení. Z toho polovina jich vnímá financování sociální služby jako stabilní a 3 (38 %) DSZR považují financování za postačující – Graf 16. Z 5 DSZR, které poskytovaly v r. 2016 péči adiktologickým klientům a vyplnily dotazník, celkem 3 považují financování sociální služby za stabilní (60 %) a 2 DSZR považují financování za postačující (40 %). Financování jednotlivých DSZR je podobné, významnou pozici ve financování služby mají dotace z ministerstva práce a sociálních věcí a poplatky klientů služby. V menší míře jsou služby financovány i z rozpočtů samospráv, a to obcí i krajů, a z prostředků zdravotních pojišťoven. Celkem 2 DSZR uvedly i dary jako součást financování služby. Ani jeden z DSZR neuvedl mezi zdroji finančních prostředků ministerstvo zdravotnictví a evropský sociální fond.

8 Diskuze

Studie ukazují, že užívání návykových látek u starších osob je časté, ale často není diagnostikované. Ačkoli nejčastější je zneužívání alkoholu, dochází také k zneužívání sedativ a hypnotik (Fingerhood, 2000). Stárne také populace uživatelů drog a stále častěji se v kontaktu se specializovanými službami objevují uživatelé starší 40 let (EMCDDA, 2017).

Starší dospělí jsou obzvláště náchylní k nepříznivým zdravotním a sociálním důsledkům zneužívání návykových látek a nedávné studie ukazují, že krátké intervence poskytovatelů primární zdravotní péče mohou mít zásadní vliv na prevenci, včasné rozpoznání a následné řešení problémů spojených s užíváním návykových látek a zlepšení kvality života (Fingerhood, 2000). Probíhající demografická změna a specifické potřeby stárnoucích osob užívajících návykové látky kladou vyšší nároky na již existující zdroje. Při vytváření systému péče pro starší uživatele návykových látek by měla být pozornost věnována i souběžným zdravotním problémům, mezi ty časté patří chronická onemocnění, včetně onemocnění jater, a starší uživatelé návykových látek proto mohou vyžadovat speciální léčebné postupy. Služby zaměřené na uživatele návykových látek obvykle poskytují pouze omezenou zdravotní péči. Programy pro starší uživatele drog by měly být schopny poskytovat základní zdravotní péči a v případech, kdy jsou zjištěny závažné zdravotní problémy nebo současný výskyt vícero problémů, měly by být schopné doporučit klienta ke specialistovi (EMCDDA, 2010).

Mnohé terapeutické otázky týkající se stárnoucích uživatelů návykových látek nejsou dostatečně popsány, přesto starší klienti dosahují v léčbě srovnatelných nebo lepších výsledků než mladší osoby a stejně jako u mladších dospělých se zdá, že starší dospělí mají na léčbu závislosti heterogenní odpověď (EMCDDA, 2017; Kuerbis & Sacco, 2013). Do dalších let se očekává dramatický nárůst žadatelů o léčbu závislosti z řad starších uživatelů, odhady hovoří až jejich zdvojnásobení do r. 2020 (Tayler & Grossberg, 2012). I v ČR lze vzhledem k aktuálním demografickým trendům očekávat stále častější zastoupení seniorů mezi klientelou využívající adiktologické služby (Skopalová, 2014). Starší uživatelé návykových látek by měli mít přístup k efektivním zdravotnickým službám, kde se jim dostane důstojné a citlivé péče. To však může vyžadovat i vytvoření širší škály alternativ k současnému systému péče (EMCDDA, 2017).

V současném systému adiktologické péče je cílová skupina starších osob na okraji pozornosti a není kladen důraz na specializované typy péče pro tuto cílovou skupinu, může se tedy jevit, že současný systém adiktologických služeb specializovanou službu nenabízí. Přesto v České republice existují sociální služby, domovy se zvláštním režimem (DSZR), které jsou určeny i cílové skupině starších osob se závislostním problémem.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat charakteristiky sociální služby domovy se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách v České republice v oblastech financování, metod práce, složení personálů a charakteristik klientů.

Výzkumný soubor tvořilo 16 domovů se zvláštním režimem, které dle Registru poskytovatelů sociálních služeb v ČR poskytují svou službu cílové skupině „osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách“. Z toho 3 domovy na základě informací z Registru poskytují své služby výhradně této cílové skupině. Po opakovaných výzvách k vyplnění dotazníku jej alespoň částečně vyplnilo 9 DSZR. Další 4 DSZR uvedly, že vyplnění dotazníku pro jejich službu není relevantní vzhledem ke skutečnosti, že osoby závislé nebo ohrožené závislostí nejsou cílovou skupinou služby. Dotazník nevyplnil i 1 DSZR který však uvedl, že osoby závislé nebo ohrožené závislostí jsou cílovou skupinou sociální služby. Celkem 2 DSZR se vůbec nezúčastnily studie a neuvedly tak ani, zda osoby závislé nebo ohrožené závislostí jsou ve skutečnosti cílovou skupinou služby, resp. zda byli klienty služby v r. 2016.

Počet DSZR, které v r. 2016 evidovaly klienty z cílové skupiny osob závislých nebo ohrožených závislostí, nedosahuje počtu všech DSZR, které dotazník vyplnily, z 9 DSZR jich péči této cílové skupině reálně poskytovalo 5. Ukazuje se tedy, že Registr poskytovatelů sociálních služeb v ČR může v tomto směru poskytovat zavádějící informace. Z celkového počtu 16 oslovených DSZR informaci ohledně poskytování péče osobám z cílové skupiny osob závislých nebo ohrožených závislostí uvedlo 14 DSZR, a péči této cílové skupině v r. 2016 reálně poskytovalo pouze 6 DSZR.

Regionální zastoupení těchto služeb na území ČR není rovnoměrné. Služby, které v r. 2016 skutečně poskytovaly péči adiktologickým klientům, byly zastoupeny celkem v 6 krajích (Ústecký, Královéhradecký, Jihomoravský, Zlínský, Moravskoslezský kraj a Kraj Vysočina), což svědčí o nízké dostupnosti této sociální služby pro adiktologické klienty. Podmínkou zachování lidské důstojnosti seniora, který v důsledku své sociální situace potřebuje pobytovou sociální službu, je právě dostupnost této služby (Veřejný ochránce práv, 2013). Opak způsobuje starým lidem i jejich blízkým stres a důsledkem této situace bývá i přežívání v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných, kde však nelze zůstat po pominutí indikace k hospitalizaci. Pro seniory nejdostupnější sociální službou jsou domovy pro seniory, ale s vyšším věkem stoupá pravděpodobnost onemocnění degenerativním onemocněním. Jak dále uvádí ombudsman, ačkoli jsou domovy se zvláštním režimem specializovanými zařízeními na zajišťování péče osobám trpícím degenerativním onemocněním, nelze považovat domovy pro seniory za typ služby, která není pro seniory s degenerativními chorobami určena. Podobně je tomu u závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách, obzvláště s přihlédnutím k nízké dostupnosti tohoto typu sociálních služeb. Starší uživatelé návykových látek, zejména nelegálních drog, se však běžným domovům pro seniory vyhýbají (Ebert & Sturm, 2006 in EMCDDA, 2010). Považují své zvyky a denní rutiny za neslučitelné s každodenním provozem domovů pro seniory a obávají se problémů, které by mohly nastat v souvislosti s užíváním drog a souvisejícím životním stylem, zahrnujícím i trestnou činnost. Zároveň starší uživatelé drog čelí předsudkům a stigmatizaci ze strany samotných domovů pro seniory i jejich klienty (Vogt, 2009 in EMCDDA 2010).

Údaje o kapacitě DSZR v ČR nasvědčují poskytování dlouhodobé péče a nízké fluktuaci klientů zařízení, pouze v 1 zařízení nebyla v r. 2016 kapacita naplněna. Kapacita DSZR se

pohybuje od 29 do 269 lůžek, medián kapacity činí 65 lůžek. Ve 3 DSZR byli v r. 2016 všichni klienti z cílové skupiny osob závislých nebo ohrožených závislostí, u dalších 2 DSZR je patrné, že osoby závislé nebo závislostí ohrožené nejsou hlavní cílovou skupinou zařízení.

Zastoupení žen mezi adiktologickými klienty v DSZR dosahuje průměrně 31 %, což odpovídá zastoupení žen v adiktologických službách v ČR: ženy tvoří třetinu klientů nízkoprahových programů i klientů ambulantních adiktologických programů. Podíl žen v populaci všech žadatelů o léčbu byl v r. 2015 přibližně 33 %, u prvožadatelů byl téměř stejný (34 %). Podíl žen je v adiktologických službách vyšší v mladších věkových skupinách a mezi uživateli sedativ a hypnotik. Mezi uživateli alkoholu tvořily ženy více než třetinu léčených osob, u nelegálních drog byla situace velice podobná jako u všech evidovaných klientů (Mravčík et al., 2016).

Společným rysem DSZR je věkový limit pro přijetí klienta do sociální služby. Tento věkový limit by se dal u všech DSZR zobecnit na 40-45 let a výše, DSZR pro osoby závislé nebo závislostí ohrožené nejsou v tomto ohledu výjimkou. Až na výjimky bylo nízké zastoupení věkové skupiny 40-49 let, většina klientů byla starší 50 let a nejčastěji byla zastoupená věková skupina 60-69 let. Průměrně 28 % klientů tvořily osoby starší 70 let.

Adiktologičtí klienti DSZR byli v naprosté většině případů uživatelé alkoholu. Pouze jeden DSZR za r. 2016 uvedl 2 klienty (8 % všech svých klientů) užívající metamfetamin nebo amfetaminy jako primární drogu. To odpovídá zjištěním jiných prací mezi seniory v sociálních službách, kdy se ukazuje, že užívání alkoholu a případně zneužívání sedativ a hypnotik představují hlavní adiktologické problémy seniorů, velmi výjimečně se objevuje užívání konopných drog nebo pervitinu (Pasecká, 2016). Ve všech DSZR, které za r. 2016 uvedly adiktologické klienty, byli zastoupení klienti s komorbidním psychiatrickým problémem, nejčastěji šlo o demence nebo jiné organické mozkové syndromy. Snížení kognitivních schopností a demence jsou ve skupině starších osob a seniorů obecně běžné problémy, s vyšším věkem pravděpodobnost onemocnění degenerativním onemocněním typu demence stoupá (EMCDDA, 2008). Zároveň však faktory související se zdravotním stavem, zahrnující i rozvoj psychiatrických onemocnění, včetně deprese, demence a dalších kognitivních poruch mohou být jednou z příčin užívání návykových látek v pozdějším věku (Tayler & Grossberg, 2012). Jak uvádí zprávy ombudsmana (Veřejný ochránce práv, 2013, 2015), místo v DSZR nemohou nalézt především ti senioři, u kterých už je diagnostikován některý typ demence, kteří někdy v životě měli problém s alkoholem, nebo byli nedávno léčeni pro nějakou duševní poruchu. Všechny tyto faktory se mohou výrazně týkat starších osob s adiktologickým problémem.

Při definici hlavního cíle poskytování sociální služby uvedly všechny DSZR shodně podporu při zvládání každodenních úkonů, zachování nebo znovuobjevení soběstačnosti v základních a běžných oblastech života, které již klienti nezvládají ani za pomoci terénních sociálních služeb a jsou bez fungujícího sociálního zázemí či bez přístřeší. Zvládání běžných úkolů mimo jiné často zahrnovalo i trávení volného času a rozvoj sociálních kontaktů s rodinou či jinými

blízkými osobami, celkem 3 DSZR jako hlavní cíl služby explicitně zmínily pomoc osobám závislým na alkoholu, které se z důvodů závislosti ocitly v nepříznivé životní situaci, z toho 1 DSZR jako hlavní cíl služby uvedl i abstinenci a pomoc při zvládnání abstinence.

Abstinence se v DSZR, nebo obecně v podobném typu zařízení, může stát významnou bariérou pro vstup a setrvání v programu. Úplnou abstinenci jako podmínku pro setrvání v zařízení uvedly 3 DSZR, které v r. 2016 přijímaly adiktologické klienty a 2 z těchto zařízení porušení abstinence považovaly za důvod pro vyloučení klienta ze zařízení. Je tedy patrné, že většina DSZR má nastavený vysoký práh pro adiktologické klienty. Oba DSZR, pro které není abstinence podmínkou pro setrvání v zařízení, mají nastavená pravidla, při jejichž dodržení je klientům služby dovoleno konzumovat alkohol, avšak mimo zařízení. Možnost personálu regulovat přísun alkoholu klientům služby uvedl pouze jeden DSZR. Zároveň však tento DSZR uvedl, že v pravidlech organizace je uveden zákaz donášení alkoholu do prostor organizace. V mnoha ohledech by bylo možné přirovnat DSZR k zahraničním typu služeb, tzv. nursing homes pro stárnoucí uživatele drog nebo obdobným rezidenčním zařízením pro starší uživatele alkoholu. Zásadním rozdílem je však právě postoj zařízení k abstinenci. Zatímco zahraniční programy nejen že abstinenci nevyžadují, ale dovolují i konzumaci návykových látek uvnitř zařízení a v případě uživatelů alkoholu dochází přímo k podávání či kontrole nad konzumovaným množstvím, v DSZR v ČR je většinou pravidlo abstinence vyžadováno a pouze v jednom případě má možnost personál regulovat přísun alkoholu klientům. Otázkou zůstává, nakolik je tato možnost regulace reálně uplatňována a jakým způsobem je v rámci zařízení ošetřena, jelikož i tento DSZR uvedl, že v pravidlech organizace je uveden zákaz donášení alkoholu do prostor organizace. Je patrné, že v zahraničních zařízeních využívaný princip harm reduction a realizace v tzv. managed alcohol programmes nejsou v českých zařízeních plně využívány. A to i přesto, že právě cílová skupina starších uživatelů návykových látek je výrazně zasažena somatickými, duševními i sociálními problémy a do budoucna je v riziku jejich dalšího rozvoje.

DSZR, které v r. 2016 poskytovaly své služby adiktologickým klientům, poskytují celou řadu intervencí. V porovnání s běžnými intervencemi poskytovanými v adiktologických službách, ať už sociálních nebo zdravotních, jsou zde ale patrné rozdíly. Testování na infekční onemocnění, s výjimkou jednoho DSZR, který poskytoval testování na přítomnost virové hepatitidy typu B, nebylo v r. 2016 nabízeno v žádném DSZR; HIV, virová hepatitida typu C, tuberkulóza a pohlavně přenosné choroby nebyly testovány v žádném ze zařízení. Žádný z DSZR také neprovádí testování na přítomnost drog ze vzorků biologického materiálu, což může společně s netestováním na infekční onemocnění souviset s primární drogou klientů sociální služby – téměř všichni klienti DSZR jsou uživatelé alkoholu. S tím souvisí i skutečnost, že 3 DSZR provádí dechové zkoušky nebo jiný typ testování na přítomnost alkoholu (etanolu) v krvi.

Další rozdíl v poskytovaných intervencích jsou psychologické intervence, které ve většině DSZR nebyly poskytovány vůbec. V kontextu vyžadování podmínky abstinence se tak pro uživatele návykových látek může stát setrvání v programu náročnějším. Rodinné poradenství

a rodinnou terapii neposkytoval v r. 2016 ani jeden z DSZR, což nekoreluje s cílem, který byl často zmiňován, tedy s rozvojem sociálních kontaktů s rodinou či jinými blízkými osobami. Zatímco ani jeden DSZR se nevěnuje organizaci či zajištění svépomocných skupin v oblasti závislostí, problematice závislosti na tabáku se věnují 2 DSZR, které nabízí poradenství v této oblasti a 1 z nich i formou poskytování nikotinových náhrad a medikace sloužící k odvykání kouření. Ostatní intervence v oblasti farmakoterapie závislostních problémů nejsou poskytovány žádným DSZR. U některých druhů farmakoterapie, např. substituční terapie metadonem či buprenorfinem, je to způsobeno primární drogou klientů sociální služby – téměř všichni klienti DSZR jsou uživatelé alkoholu a žádný z klientů nebyl uživatel opiátů. Žádné ze zařízení také neposkytovalo averzivní terapie disulframem, podpůrnou léčbu acamprosátem či naltrexonem. Právě naltrexon se však u osob ve věku 50-74 let ukázal jako nápomocný pro předcházení relapsu (O'Connell et al., 2003). Je vhodné poznamenat, že přestože DSZR uvádí kouření u významné části svých klientů, odvykací nikotinovou terapii nabízí pouze 1 zařízení – to souvisí pravděpodobně s opomíjením diagnostiky a intervencí směrem k redukci kouření mezi klienty ve zdravotních a sociálních službách obecně.

Všechny DSZR, které v r. 2016 pracovaly s adiktologickými klienty a odpověděly na otázky ohledně personálního zajištění služby, jej označily jako nedostatečné. V personálním zajištění služeb v r. 2016 byli nejčastěji zastoupeni sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pracovníci sociální péče a zdravotní sestry/bratři. Psychiatr byl zajištěn ve všech DSZR, nejčastěji externě, pouze v jednom zařízení působil i lékař s atestací v oboru AT. Všechny DSZR, které v r. 2016 pracovaly s adiktologickou klientelou a odpověděly na sérii otázek týkajících se spolupráce s dalšími institucemi, v současné době spolupracují s dalším programem či zařízením, institucí nebo odborníkem specializovaným na problematiku závislostí, a to s externím klinickým psychologem, psychiatrem nebo psychoterapeutem. DSZR, které v r. 2016 poskytovaly péči adiktologickým klientům také uvedly, že by pro zkvalitnění práce s klienty, kteří primárně patří do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí uvítaly více kvalifikovaných zaměstnanců a celkově vůli personálu pracovat s touto cílovou skupinou. Zároveň 3 DSZR by uvítaly další spolupráci přímo s adiktologem. I EMCDDA (2010) zdůrazňuje potřebnost rozšiřování dovedností a schopností personálu stávajících zdravotních a sociálních služeb pro starší osoby o téma chronických problémů s užíváním návykových látek a s tím souvisejících komorbidit. Tyto osoby budou stále častěji přicházet do kontaktu se stávajícími zařízeními pro seniory a starší dospělá. Zároveň bude důležité zvýšit povědomí u stávajících adiktologických služeb o problematice užívání návykových látek staršími osobami a o možnostech péče o tuto cílovou skupinu (EMCDDA, 2010).

Významnou pozici ve financování DSZR mají dotace od ministerstva práce a sociálních věcí a poplatky klientů služby. V menší míře jsou služby financovány i z rozpočtů samospráv krajů a obcí, a z prostředků zdravotních pojišťoven. I z financování těchto zařízení je patrné, že jsou na okraji spektra adiktologických služeb. Ani jeden z DSZR neuvedl mezi zdroji finančních prostředků ministerstvo zdravotnictví, evropský sociální fond či RVKPP, což jsou běžné zdroje

finančních prostředků adiktologických služeb v ČR. Celkem 60 % DSZR, které poskytovaly v r. 2016 péči adiktologickým klientům považují financování za stabilní a 40 % vnímá financování jako postačující.

Převážná většina z DSZR v ČR se zaměřuje na poskytování služeb cílové skupině osob s chronickým duševním onemocněním, kam se však neřadí osoby závislé nebo ohrožené závislostí. Bevan (2009) uvádí, že důsledkem chronické, relabující povahy závislostí, se životy mnoha starších uživatelů návykových látek pohybovaly mezi abstinencí a opakovanými relapsy, spojenými se sociálními a zdravotními riziky. I z tohoto důvodu by závislost, podobně jako diabetes, roztroušená skleróza nebo Parkinsonova choroba, měla být považována za jeden z chronických stavů, pro který sice nemusí být léčba efektivní, ale jiná opatření mohou být účinná pro zvládnutí těchto stavů či zmírnění jejich dopadů (Bevan, 2009). Zařízení, která mohou být v tomto směru srovnatelná s DSZR, jsou tzv. nursing homes, které jsou aktuálně zřízeny v Dánsku, Německu a v Nizozemsku, nebo rezidenční pečovatelská zařízení pro uživatele alkoholu. Společný je cíl těchto zařízení, tedy péče o osoby, které již z důvodů chronických stavů a onemocnění nejsou schopné postarat se samy o sebe, zatímco zásadním rozdílem v porovnání s DSZR je postoj k abstinenci.

Přestože tyto typy zařízení jsou provozovány pouze v několika málo zemích světa, mohou sloužit jako užitečný model péče o stárnoucí uživatele drog a alkoholu, kteří potřebují vedle odborné péče i pomoc s každodenními úkony a stabilní ubytování. Koncept specializovaných residenčních zařízení pro cílovou skupinu starších uživatelů návykových látek ale přináší i pochybnosti a obavy, zejména z negativního působení na reintegraci a snahu o abstinenci, ale také ze stigmatizace a prohloubení sociální exkluze v místní komunitě. Na druhou stranu se ukazuje, že běžná pobytová zařízení pro starší osoby nejsou pro uživatele návykových látek dostatečně vybavená a připravená, a to ani po stránce personálního zajištění. Personál stávajících zařízení by pro práci s touto cílovou skupinou musel být proškolen a projít přípravou k poskytování adekvátní péče, včetně poradenství a psychosociální podpory (Ebert & Sturm, 2006 in EMCDDA, 2010).

Koncepce adiktologických služeb (Miovský et al., 2013) zahrnuje vize systémových změn, které by se dotýkaly i péče o cílovou skupinu starších uživatelů návykových látek: vyžadovat systémovou specializaci vybraných ambulantních a lůžkových psychiatrických zařízení na léčbu závislostí a vyčlenit kapacitu a lůžka pro poskytování specializované adiktologické péče z hlediska věku klientů, včetně geronto adiktologie; vytvořit podmínky pro poskytování zdravotní adiktologické péče v zařízeních sociálních služeb, jako např. domovy se zvláštním režimem; vytvořit podmínky pro poskytování paliativní adiktologické péče ve smyslu rezidenční léčby terminálních adiktologických stavů. Na základě výsledků je patrné, že posílení zdravotní adiktologické péče v domovech se zvláštním režimem by bylo vítaným řešením i ze strany DSZR a mohlo by pomoci přiblížit péči v těchto zařízeních v ČR obdobným zahraničním programům.

9 Závěr

Užívání návykových látek staršími osobami, jak legálních tak nelegálních, je vzrůstajícím problémem a bude vyžadovat adekvátní odpověď na straně zdravotních a sociálních systémů, a to jak v oblasti screeningu a diagnostiky, tak léčby a další pomoci, s přihlédnutím ke specifickým potřebám stárnoucích uživatelů návykových látek (Tayler & Grossberg, 2012; O'Connell et al., 2003; Kuerbis & Sacco, 2013; EMCDDA 2010, 2017). Léčba i další péče o starší osoby s problémem s užíváním návykových látek je omezená, protože většina služeb byla vytvořena tak, aby vyhovovala potřebám mladších věkových skupin. Starší uživatelé jsou považováni za méně motivované, přestože často v léčbě dosahují lepších výsledků než mladší uživatelé návykových látek (EMCDDA, 2017; Kuerbis & Sacco, 2013; Fingerhood, 2000). Je nicméně jasné, že bezpečné a stabilní bydlení je základním předpokladem pro řešení sociálních a zdravotních problémů seniorů s adiktologickým problémem a je potřeba integrovaný, multidisciplinární a inovativní přístup (EMCDDA, 2010, 2017).

Cílem diplomové práce bylo zmapovat charakteristiky sociální služby domovy se zvláštním režimem (DSZR) pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách v České republice v oblastech složení a charakteristik klientů, metod práce s cílovou skupinou, složení personálů, financování. Z celkového počtu 16 DSZR oslovených k vyplnění on-line dotazníku informaci ohledně poskytování péče klientům z cílové skupiny osob závislých nebo ohrožených závislostí odpovědělo 14 DSZR a péči této cílové skupině v r. 2016 reálně poskytovalo pouze 6 DSZR. Dotazník alespoň částečně vyplnilo 9 DSZR.

První výzkumná otázka se zaměřovala na počet a charakteristiky klientů DSZR pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách v ČR z hlediska věku, pohlaví, primární návykové látky a dalších duševních problémů. Medián kapacity DSZR činí 65 lůžek, ve 3 DSZR byli v r. 2016 všichni klienti z cílové skupiny osob závislých nebo ohrožených závislostí. Zastoupení žen mezi adiktologickými klienty v DSZR dosahuje průměrně 31 %. Většina klientů DSZR byla starší 50 let a nejčastěji byla zastoupená věková skupina 60-69 let. Adiktologičtí klienti DSZR byli v naprosté většině případů uživatelé alkoholu, pouze jeden DSZR za r. 2016 uvedl 2 klienty užívající metamfetamin nebo jiné amfetaminy jako primární drogu. Ve všech DSZR, které za r. 2016 uvedli adiktologické klienty, byli zastoupení klienti s komorbidním psychiatrickým problémem, nejčastěji šlo o demence nebo jiné organické mozkové syndromy.

Druhá výzkumná otázka zkoumala hlavní cíl poskytovaných intervencí v DSZR pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách. Všechny DSZR shodně uvedly podporu při zvládnání každodenních úkonů, zachování nebo znovuoobjevení soběstačnosti v základních a běžných oblastech života, které již klienti nezvládají ani za pomoci terénních sociálních služeb a zároveň jsou bez fungujícího sociálního zázemí či bez přístřeší. Celkem 3 DSZR jako hlavní cíl služby explicitně zmínily pomoc osobám závislým na alkoholu, z toho 1 DSZR jako hlavní cíl služby uvedl i abstinenci a pomoc při zvládnání abstinence.

Právě na abstinenci jako podmínku pro pobyt v DSZR pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách byla zaměřena další výzkumná otázka. Úplnou abstinenci jako podmínku pro setrvání v zařízení uvedly 3 DSZR z celkem 6 pracujících s touto cílovou skupinou a 2 z těchto zařízení porušení abstinence považovaly za důvod pro vyloučení klienta ze zařízení. Pro 2 DSZR naopak abstinence není podmínkou pro setrvání v zařízení a mají nastavená pravidla, při jejichž dodržení je klientům služby dovoleno konzumovat alkohol mimo zařízení. Možnost personálu regulovat přísun alkoholu klientům služby uvedl pouze 1 DSZR.

Intervence poskytované DSZR pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách byly předmětem další výzkumné otázky. Testování na infekční onemocnění, s výjimkou jednoho DSZR, který poskytoval testování na přítomnost VHB, nebylo v r. 2016 nabízeno v žádném DSZR, 3 DSZR provádí dechové zkoušky nebo jiný typ testování na přítomnost alkoholu (etanolu) v krvi. Psychologické intervence ve většině DSZR nebyly poskytovány vůbec. Problematice závislosti na tabáku se věnují 2 DSZR, které nabízí poradenství a 1 z nich i nikotinové náhrady a medikace sloužící k odvykání kouření. Ostatní intervence v oblasti farmakoterapie závislostních problémů nejsou poskytovány žádným DSZR.

Personálním zajištěním DSZR pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách se zabývala další výzkumná otázka. Všechny DSZR jej označily jako nedostatečné, personálně byli v r. 2016 nejčastěji zastoupeni sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, pracovníci sociální péče a zdravotní sestry/bratři. Psychiatr byl zajištěn ve všech DSZR, nejčastěji externě, pouze v jednom zařízení působil i lékař s atestací v oboru AT a 3 DSZR by pro zkvalitnění práce s klienty uvítaly další spolupráci přímo s adiktologem.

Poslední výzkumná otázka se zabývala zdroji financování DSZR. Významnou pozici ve financování DSZR mají dotace od ministerstva práce a sociálních věcí a poplatky klientů služby, dále rozpočty samospráv a zdravotní pojišťovny. Ani jeden z DSZR neuvedl mezi zdroji finančních prostředků ministerstvo zdravotnictví, evropský sociální fond či Radu vlády pro koordinaci protidrogové politiky, což jsou běžné zdroje finančních prostředků adiktologických služeb v ČR.

V mnoha ohledech by bylo možné přirovnat DSZR k zahraničnímu typu služeb, tzv. nursing homes pro stárnoucí uživatele drog nebo obdobným rezidenčním zařízením pro starší uživatele alkoholu. Zásadním rozdílem je postoj zařízení k abstinenci – zahraniční programy abstinence nevyžadují, ale povolují užívání návykových látek i uvnitř zařízení a v případě uživatelů alkoholu dochází přímo k jeho podávání či kontrole nad konzumovaným množstvím.

Také v českých sociálních službách typu domova se zvláštním režimem pro osoby s adiktologickým problémem by bylo vhodné uvažovat o systémovém uplatnění harm reduction přístupů typu managed alcohol programmes pro osoby, které nechtějí nebo nemohou od návykových látek abstinovat. Bylo by rovněž vhodné v sociálních službách pro seniory

posílit intervence zaměřené na včasnou identifikaci problémů spojených s užíváním návykových látek (tabáku, alkoholu, psychoaktivních léků a případně dalších drog) a návazné adiktologické poradenství a léčbu.

10 Použitá literatura a právní předpisy

Aira, M., Hartikainen, S., & Sulkava, R. (2005). Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication - a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 680-685.

Arndt, S., Clayton, R. & Schultz, S. K. (2011). Trends in substance abuse treatment 1998–2008: Increasing older adult first-time admissions for illicit drugs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 19(8),704-11.

Arndt, S., Turvey, C. L. & Flaum, M. (2002). Older offenders, substance abuse, and treatment. *Geriatric Psychiatry*, 10(6), 733–739.

Australian Institute of Health and Welfare. (2012). Drug treatment for opioid dependence 2012. Canberra, Australia: Australian Government.

Ayres, R. M., Eveson, L., Ingram, J. & Telfer, M. (2012). Treatment experience and needs of older drug users in Bristol, UK. *Journal of Substance Use*, 17(1).

Bevan, G. (2009). Problem drug use the public health imperative: what some of the literature says. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4, 21.

Beynon, C., McMinn, A. & Marr, A. (2008). Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: a case control study in the North West of England. *BMC Public Health*, 8, 149.

Blank, K. (2009). Older adults & substance use: New data highlight concerns. *SAMHSA news*, 17(1).

Blow, F. C. & Barry, K. L. (2009) Treatment of older adults. *Principles of Addiction Medicine*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 479–492.

Blow, F. C., Brower, K. J., Schulenberg, J. E., Demo-Dananberg, L. M., Young, J. P., & Beresford, T. P. (1992). The Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 372.

Burns, L., Randall, D., Hall, W. D., Law, M., Butler, T., Bell, J., Degenhardt, L. (2009). Opioid agonist pharmacotherapy in New South Wales from 1985 to 2006: Patient characteristics and patterns and predictors of treatment retention. *Addiction*, 104, 1363–1372.

Carruth, B. (1973). Life styles, drinking practices and drinking problems of older Americans.. Final report to the Administration of Aging. Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC.

- Crome, I., Sidhu, H. & Crome, P. (2009), No longer only a young man's disease: illicit drugs and older people, *Journal of Nutrition, Health and Aging* 13, pp. 141–143.
- Dow, B. & Gaffy, E. (2015). Mental health and well-being in older people. *Australasian Journal on Ageing*, 34(4), 220–223.
- Duncan, D. F., Nicholson, T., White, J. B., Bradley, D. B. & Bonaguro, J. (2010). The baby boomer effect: Changing patterns of substance abuse among adults ages 55 and older. *Journal of Aging and Social Policy*, 22(3), 237-248.
- Durstelet-MacFarland, K. M., Vogel, M., Wiesbeck, G. A. & Petitjean, S. A. (2011). There is no age limit for methadone: A retrospective cohort study. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1).
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2008). Substance use among older adults: a neglected problem. *Drugs in Focus*, 1.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2010). Treatment and care for older drug users. Selected issues.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). Health and social responses to drug problems: a European guide.
- Fareed, A., Casarella, J., Amar, R., Vayalapalli, S. & Drexler, K. (2009). Benefits of retention in methadone maintenance and chronic medical conditions as risk factors for premature death among older heroin addicts. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 227–234
- Fingerhood, M. (2000). Substance abuse in older people. *Journal of the American Geriatric Society*, 48(8), 985-995.
- Finkelstein, E., Prabhu, M. & Chen, H. (2007). Increased prevalence of falls among elderly individuals with mental health and substance sbuse conditions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 15(7), 611-9.
- Gambert, S. R., & Albrecht, C. R. (2005). The Elderly. In: J. H. Lowinson, P. Ruiz., R. B. Millman, J. G. Langrod (Eds.). *Substance abuse – a comprehensive textbook* (pp. 1038 - 1048). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Gilligan, T., Norris, H & Yates, F. E. (1983). Management Problems in a Small Hostel with a Controlled Drinking Programme. *British Journal of Addiction*, 78(3), 277-290.
- Holroyd, S. & Duryee, J. J. (1997). Substance Use Disorders in a Geriatric Psychiatry Outpatient Clinic: Prevalence and Epidemiologic Characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(10), 627-32.

Khan, N., Davis, P., Wilkinson, T. J., Sellman, J. D. & Graham, P. (2002). Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? *New Zealand Medical Journal*, 115, 72 – 75.

Kuerbis, A. & Sacco, P. (2013). A review of existing treatments for substance abuse among the elderly and recommendations for future directions. *Substance Abuse*, 7, 13-37.

Kuerbis, A., Sacco, P., Blazer, D. G. & Moore, A. A. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), 629–654.

Levy, J. A. & Anderson, T. (2005). The drug career of the older injector. *Addiction Research & Theory*, 13(3), 245-258.

Libra, J. (Ed.) (2015). Inovované standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné dne 7.8.2016 z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf

Lofwall, M.R., Brooner, R.K., Bigelow, G.E., Kindbom, K. & Strain, E.C. (2005). Characteristics of older opioid maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 265–272.

Lužný, J. (2012). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton.

Lužný, J., Bičan, V., Honzák, F., Výrostková, O., Blažková, M., Pospíšilová, I., Indráková, A. & Dedek, M. (2013). Prevalence syndromu závislosti na alkoholu u seniorů hospitalizovaných na gerontopsychiatrickém lůžku Psychiatrické léčebny Kroměříž – srovnání let 2001 a 2011. *Adiktologie*, 13(1), 8–13.

Matoušek, O., Koláčková, J. & Kodymová, P. (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.

Mattson, M., Lipar, R. N., Hays, C. & Van Horn, S. L., (2017). A day in the life of older adults: Substance use facts. The CBHSQ Report, 5 (11). Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

McInnes, E. & Powell, J. (1994). Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed? *BMJ*, 308, 444–446.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2017). Metodika pro poskytování finančních prostředků na realizaci neinvestičních projektů v oblasti protidrogové politiky Ministerstva zdravotnictví pro rok 2017. Dostupné dne 27.09.2017 z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodika-pro-poskytovani-financnich-prostredku-na-realizaci-neinvesticnich-proje_13727_3601_1.html

Miovský, M. (Ed.) (2013). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Vlach, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J. & Malinová, H. (2015). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014. Praha: Úřad vlády České republiky.

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. Praha: Úřad vlády České republiky.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti & ppm factum reserch. (2015). Sčítání adiktologických služeb 2014. Praha.

Novosad, L. (2009). Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Praha: Portál.

O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C. & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people - redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal*, 327, 664-667.

Pasecká, L. (2016). Užívání návykových látek v domovech pro seniory z pohledu pracovníků – zkušenosti a vliv na sociální interakce. Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií.

Pauly, B., Gray, E., Perkin, K., Chow, C., Vallance, K., Krysowaty, B. & Stockwell, T. (2016). Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduction Journal*, 13(15).

Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E. & Wells, G. (2006) Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol, *Canadian Medical Association Journal*, 174, 45-49.

Price, J. H. & Andrews, P. (1982) Alcohol Abuse in the Elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 8(1), 16-19.

Rockett, I. R. H., Putnam, S. L., Jia H., Smith, G. S. (2006). Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study. *Addiction*, 101(5), 706–712.

Rosen, D., Engel, R. J., Hunsaker, A. E., Engel, Y., Detlefsen, E. G. & Reynolds, Ch. F. (2013). Just Say Know: An Examination of Substance Use Disorders among Older Adults in *Gerontological and Substance Abuse Journals*. *Soc Work Public Health*, 28(0), 377-387.

Rosen, D., Morse, J. Q. & Reynolds, C., F. (2011). Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(2), 132-141.

Rosin, A. & Glatt, M. (1971). Alcohol excess in the elderly. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 32, 53-59.

San Isidro. (2017). Centro de Acogida Municipal Para Personas Sin Hogar San Isidro. Dostupné dne 02.10.2017 z: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Servicios-sociales/Samur-Social-Personas-sin-hogar/Personas-sin-hogar/Red-de-Centros/Centro-de-Acogida-Municipal-Para-Personas-Sin-Hogar-San-Isidro?vnextfmt=default&vnextoid=2bec66051361c010VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vnextchannel=920f9b6bf78b8310VgnVCM2000000c205a0aRCRD>

Satre, D. D., Mertens, J. R., Arian, 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.

Searby, A., Maude, P. & McGrath, I. (2015). An ageing methadone population: a challenge to aged persons' mental health services? *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 927-931.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2015). Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích ČR za r. 2014. Praha: Úřad vlády ČR.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2014). Souhrnná zpráva o realizaci protidrogové politiky v krajích ČR za r. 2013. Praha: Úřad vlády ČR.

Schonfeld, L., King-Kallimanis, B. L., Duchene, D. M., Etheridge, R. L., Herrera, J. R., Barry, K. L. & Lynn, N. (2010). Screening and brief intervention for substance misuse among older adults: the Florida BRITE project. *Public Health*, 100(1), 108–114.

Shah, A. & Fountain, J. (2008). Illicit drug use and problematic use in the elderly: is there a case for concern? *International Psychogeriatrics*, 20(6), 1081–1089.

Shahpesandy, H., Pristášová, J., Janíková, Z., Mojžišová, R., Kasanická, V. & Šupalová, O. (2006). Alcoholism in the elderly: A study of elderly alcoholics compared with healthy elderly and young alcoholics. *Neuroendocrinology Letters*, 27 (5), 651-657.

Skopalová, B. (2014). Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů. *Adiktologie*, 14(4), 420–427.

Snoek, A. (2014). Giving alcohol to alcoholics: not as controversial as it seems. Macquarie University. Dostupné dne 12.09.2017 z: <http://blog.practicaethics.ox.ac.uk/2014/03/giving-alcohol-to-alcoholics-not-as-controversial-as-it-seems/>

- Sovinová, H. & Csémy, L. (2015). Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Sovinová, H., Csémy, L. & Kernová, V. (2014). Užívání tabáku a alkoholu v České republice: Zpráva o situaci za období posledních deseti let. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Taylor, M. H. & Grossberg, G. T. (2012). The Growing Problem of Illicit Substance Abuse in the Elderly: A Review. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 14(4).
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2011). Zdravotnická ročenka České republiky 2010. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné dne 23.07.2017 z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2016a). Zdravotnická ročenka České republiky 2015. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné dne 23.07.2017 z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2015>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2016b). Psychiatrická péče 2015. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné dne 23.07.2017 z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>
- Van Beurden, I., Anderson, P., Akkermans, R., P., Grol, R. P. T. M., Wensing, M. & Laurant, M. G. H. (2012). Involvement of general practitioners in managing alcohol problems: a randomized controlled trial of a tailored improvement programme. *Addiction*, 107(9), 1601-1611.
- Veřejný ochránce práv. (2013). Přístup k sociální službě domov pro seniory. Obsahová analýza. Praha.
- Veřejný ochránce práv. (2015). Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv. Praha.
- Vrbický, J. (2017). Novela zákona o sociálních službách. [PowerPoint slides]. Národní konference protidrogové politiky na místní úrovni. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí a Úřad vlády ČR. Nepublikováno.
- Wetterling, T., Veltrup, C., John, U. & Driessen, M. (2003). Late onset alcoholism. *European Psychiatry*, 18, 112-118.
- Wilson, S. R., Knowles, S. B., Huang, Q. & Fink, A. (2013). The Prevalence of harmful and hazardous alcohol consumption in older U.S. adults: Data from the 2005–2008 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Journal of General Internal Medicine*.
- Wu L. T. & Blazer, D. G. (2011). Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. *J Aging Health*, 23(3), 481-504.

Zimberg, S. (1974). Two types of problem drinkers: Both can be managed. *Geriatrics*, 29, 135-139.

Právní předpisy

zákon č. 65/2017 Sb., zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek

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

zákon č. 379/2005 Sb., zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů

vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Přílohy

Dotazník

Vážená paní/ Vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o vyplnění dotazníku o Vašem zařízení sociálních služeb a Vašich klientech, jejichž primárním problémem je závislost nebo jiný problém závislostní povahy.

Jmenuji se Tereza Černíková a jsem studentkou Adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. V rámci své diplomové práce se zabývám problematikou závislostí u cílové skupiny starších dospělých a seniorů. Ukazuje se totiž, že právě této cílové skupině nebyla dosud v ČR věnována dostatečná pozornost. Rozhodla jsem se tedy ve své práci zmapovat charakteristiky sociální služby typu domova se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách, a to prostřednictvím tohoto dotazníku.

Vedoucím mé diplomové práce je MUDr. Viktor Mravčík, PhD., který je vedoucím Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti při Úřadu vlády České republiky. Dotazník a následná analýza dat v rámci diplomové práce se bude zaměřovat na charakteristiku klientů Vaší služby, metody práce s Vašimi klienty, personální zajištění služby a v neposlední řadě na financování. Dotazník je elektronický (vyplnění zakliknutím či vypsáním) a časově nenáročný (cca 15-20 min.).

Prosím o vyplnění jednoho dotazníku za jeden domov se zvláštním režimem, tedy zařízení sociálních služeb, které má registrovanou sociální službu typu domov se zvláštním režimem (jedna registrace = jeden dotazník). Zároveň prosím o zvolení co nejvíce kompetentní osoby (nebo skupiny osob) v rámci Vaší instituce pro vyplnění dotazníku, aby tak sesbíraná data byla co nejpřesnější pro následné zpracování a vznik samotné analýzy.

Odesláním dotazníku potvrdíte souhlas se zpracováním dat pro účely mé diplomové práce. Ráda bych Vás ujistila, že Vaše účast je zcela dobrovolná a všechny odpovědi budou při zpracování dat a prezentování výsledků anonymizovány. Bude tak zajištěna Vaše naprostá anonymita.

V případě jakýchkoliv dotazů mě, prosím, neváhejte kontaktovat tel.: 728683933, e-mail: tereza.cernik@gmail.com.

Děkuji Vám za spolupráci.

Bc. Tereza Černíková

1. **Název zařízení/služby:**

2. **Vaše jméno a příjmení:**

3. **E-mail:**

4. **Telefon:**

5. **Prosíme, vyberte pro jaký typ sociální služby má Vaše zařízení registraci.**

Možnost zadat více odpovědí.

	Ano
1. Azylový dům	
2. Centrum denních služeb	
3. Denní stacionář	
4. Domov pro osoby se zdravotním postižením	
5. Domov pro seniory	
6. Domov se zvláštním režimem	
7. Dům na půl cesty	
8. Chráněné bydlení	
9. Intervenční centrum	
10. Kontaktní centrum	
11. Krizová pomoc	
12. Nízkoprahové denní centrum	
13. Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	
14. Noclehárna	
15. Odborné sociální poradenství	
16. Odlehčovací služby	
17. Osobní asistence	
18. Pečovatelská služba	
19. Podpora samostatného bydlení	
20. Průvodcovská a předčitatelská služby	
21. Raná péče	
22. Služba následné péče	
23. Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi	
24. Sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením	
25. Sociálně terapeutická dílna	
26. Sociální rehabilitace	
27. Telefonická krizová pomoc	
28. Terapeutická komunita	
29. Terénní program	
30. Tísňová péče	
31. Tlumočnická služba	
32. Týdenní stacionář	
33. Jinou, prosím, uveďte jakou:	

6. **Jaké jsou cílové skupiny Vaší služby? Uveďte všechny cílové skupiny, pro které je Vaše služba určena.**

Možnost zadat více odpovědí.

	Ano
1. Děti a mládež od 6 do 26 let věku ohrožené společensky nežádoucími jevy	
2. Etnické menšiny	
3. Imigranti a azylanti	
4. Oběti domácího násilí	
5. Oběti obchodu s lidmi	
6. Oběti trestné činnosti	
7. Osoby bez přístřeší	
8. Osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče	
9. Osoby komerčně zneužívané	
10. Osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách	
11. Osoby s chronickým duševním onemocněním	
12. Osoby s chronickým onemocněním	
13. Osoby s jiným zdravotním postižením	
14. Osoby s kombinovaným postižením	
15. Osoby s mentálním postižením	
16. Osoby s tělesným postižením	
17. Osoby se sluchovým postižením	
18. Osoby se zdravotním postižením	
19. Osoby se zrakovým postižením	
20. Osoby v krizi	
21. Osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách	
22. Osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženi	
23. Pachatelé trestné činnosti	
24. Rodiny s dítětem/děťmi	
25. Senioři	
26. Jiná, prosím, vypište jaká:	

7. V jakém kraji Vaše zařízení poskytuje službu domova se zvláštním režimem?

Kraj	Ano
Hl. m. Praha	
Středočeský kraj	
Jihočeský kraj	
Karlovarský kraj	
Ústecký kraj	
Plzeňský kraj	
Královéhradecký kraj	
Pardubický kraj	
Kraj Vysočina	
Moravskoslezský kraj	
Olomoucký kraj	
Zlínský kraj	
Jihomoravský kraj	
Liberecký kraj	

8. Jak byste charakterizovali hlavní cíl Vaší služby (domov se zvláštním režimem)?

9. Jaká je kapacita Vašeho zařízení (domova se zvláštním režimem)?

10. Prosím, uveďte (přibližný) počet všech klientů v roce 2016.

11. Měli jste se v roce 2016 klienty, kteří primárně patřili do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí?

ANO

NE

Pokud je Vaše odpověď NE, pokračujte prosím na otázku č. 19.

12. Kolik klientů, které primárně patřili do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí, jste měli v roce 2016?

Pokud nemáte k dispozici přesnou evidenci, prosím, odhadněte.

_____ našich klientů.

13. Jaký byl podíl žen mezi těmito Vašimi klienty, kteří primárně patřili do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí?

Pokud nemáte k dispozici přesnou evidenci, prosím, odhadněte.

Ženy tvoří _____ % těchto klientů.

14. Prosím, rozdělte Vaše klienty (za rok 2016), kteří primárně patřili do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí, do níže uvedených věkových skupin, tj. kolik % z této skupiny klientů bylo ve věku do 19 let, ve věku 20–29 let atd.

Prosím, pokuste se odhadnout procento, součet musí být 100 %.

- do 19 let včetně _____ % klientů
- 20–29 let _____ % klientů
- 30–39 let _____ % klientů
- 40–49 let _____ % klientů
- 50–59 let _____ % klientů
- 60–69 let _____ % klientů
- 70 a více let _____ % klientů

15. Rozdělte Vaše klienty (za rok 2016), kteří primárně patřili do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí, podle jejich primární návykové látky/problému.

Pokud nemáte přesnou evidenci, nevadí. Pokuste se podíl klientů odhadnout. Součet musí být 100 %. Uvědomujeme si, že klient může mít více problémů současně. V tom případě zkuste vybrat ten hlavní.

Návyková látka/závislostní problém		% klientů
A.	Alkohol	
B.	Tabák	
C.	Konopné látky	
D.	Pervitin nebo amfetaminy	
E.	Kokain	
F.	Heroin nebo jiné opiáty	
G.	Halucinogeny	
H.	Těkavé látky	
I.	Sedativa, hypnotika	
J.	Patologické hráčství	
K.	Jiné, prosíme, uveďte jaké:	
	CELKEM	

16. Kolik klientů (za rok 2016), kteří primárně patřili do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí, trpělo dalším duševním onemocněním (tzv. duální diagnóza)?

17. Rozdělte Vaše klienty (za rok 2016), kteří primárně patřili do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí a trpěli zároveň dalším duševním onemocněním (tzv. duální diagnóza), podle duální diagnózy.

Prosíme, pokuste se odhadnout podíl klientů s danou duální diagnózou. Protože jeden klient může trpět více potížemi, součet nemusí být 100 %.

Diagnostické skupiny duševních onemocnění		% klientů
1.	Demence	
2.	Jiné organické mozkové syndromy	
3.	Schizofrenní poruchy	
4.	Obsedantně-kompulzivní poruchy	
5.	Poruchy příjmu potravy	
6.	Fobie	
7.	Afektivní poruchy	
8.	Úzkostné poruchy	
9.	Psychosexuální dysfunkce	
10.	Poruchy osobnosti (plus posttraumatické stresové poruchy)	
11.	Kombinace vícero diagnóz	

12.	Jiné, prosíme, uveďte jaké:	
-----	-----------------------------	--

18. Jakými problémy trpí Vaši klienti, kteří primárně patří do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí?

Prosím, pokuste se odhadnout podíl klientů s daným problémem (procenta). Pokud daný problém nemá žádný klient, zapište hodnotu 0. Protože jeden klient může trpět více potížemi, součet nemusí být 100 %.

	Problém	% klientů
1.	Užívání tabáku	
2.	Užívání alkoholu	
3.	Užívání konopných látek	
4.	Užívání pervitinu	
5.	Užívání jiných návykových látek	
6.	Hazardní hráčství	
7.	Trávení volného času	
8.	Zadluženost	
9.	Somatické problémy	
10.	Psychické problémy	
11.	Rodinné či vztahové problémy	
12.	Nezaměstnanost	
13.	Jiné problémy, prosíme, uveďte jaké:	

19. Jakým způsobem se k Vám dostávají klienti, kteří primárně patří do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí?

Prosíme, pokuste se odhadnout podíl klientů u každého způsobu, součet musí být 100 %.

		% klientů
1.	Klienty referuje rodina / blízká osoba	
2.	Klienty referují soudy, Probační a mediační služba	
3.	Klienty referují jiné adiktologické nebo sociální služby	
4.	Přicházejí sami	
5.	Kontaktujeme je cíleně Prosím, popište jak:	
6.	Jiný způsob, prosím, uveďte jaký:	
Celkem		100 %

20. Je podmínkou pro setrvání ve Vašem zařízení úplná abstinence (u cílové skupiny osob závislých nebo závislostí ohrožených)?

ANO

NE

Pokud jste odpověděli NE, prosím pokračujte na otázku č. 23.

21. Je porušení abstinence důvodem pro vyloučení klienta/ky ze služby?

ANO

NE

22. Provádíte kontrolu abstinence Vašich klientů/ek?

ANO

NE

Pokud jste odpověděli NE, pokračujte prosím na otázku č. 24.

23. Pokud ANO, jakým způsobem?

24. Může personál regulovat přísun alkoholu klientům/kám Vaší služby?

ANO

NE

Pokud jste odpověděli NE, pokračujte prosím na otázku č. 26.

25. Pokud ANO, prosím, uveďte jak:

26. Existují pravidla, při jejichž dodržení je klientům/kám Vaší služby dovoleno konzumovat alkohol?

ANO

NE

Pokud jste odpověděli NE, pokračujte prosím na otázku č. 28.

27. Pokud ANO, prosím, uveďte, jak tato pravidla zní:

28. Jaké hlavní metody práce využíváte s klienty cílové skupiny osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách?

Pokud pracujete pouze s osobami závislými nebo závislostí ohroženými jako s jedinou cílovou skupinou, pokračujte prosím na otázku č. 31.

Pokud pracujete i s jinou cílovou skupinou než s osobami závislými nebo závislostí ohroženými, prosím odpovězte na následující dvě otázky:

29. Poskytujete klientům, kteří primárně patří do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí, služby a intervence, které se liší organizačně od služeb a intervencí poskytovaných ostatním cílovým skupinám? (Pozn.: zde se ptám pouze na organizační rozdíl, na odlišnosti v metodice se ptá následující otázka.)

Možnost více odpovědí.

- a. Ano, máme specificky vyhrazený čas v programu.
- b. Ano, máme specificky vyhrazené místo v zařízení.
- c. Ano, máme pracovníka specificky vyhrazeného pro práci s osobami závislými nebo ohroženými závislostí.
- d. Ano, máme jinou specifickou organizaci služeb pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí.
- e. Ano, jinak, jak:

f. Ne, služby pro tyto klienty se organizačně neliší.

Pokud byla odpověď ANO jakékoliv části otázky č. 28, prosím, popište odlišnosti této služby:

30. Poskytujete klientům, kteří primárně patří do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí, služby a intervence, které se liší metodicky/obsahově od služeb a intervencí poskytovaných ostatním cílovým skupinám?

Možnost více odpovědí.

- Ano, používáme specifické poradenské/terapeutické metody/přístupy.
- Ano, využíváme pracovníka vyškoleného speciálně v poskytování služeb osobám závislým nebo ohroženým závislostí.
- Ano, spolupracujeme s dalším zařízením/institucí/odborníkem v poskytování služeb osobám závislým nebo ohroženým závislostí.
- Ano, poskytujeme jiné specifické služby, které se liší obsahově/metodicky, např. speciální materiály apod.
- Ano, jinak, jak:
- Ne, neposkytujeme.

Pokud byla odpověď ANO jakékoliv části otázky č. 29, prosím, popište tyto metodické/obsahové odlišnosti:

31. Které z následujících intervencí poskytuje Vaše zařízení? Prosím, vyberte všechny intervence, které poskytujete:

Vstupní zhodnocení stavu klienta

- orientační diagnostika užívání tabáku
- orientační diagnostika užívání alkoholu
- orientační diagnostika užívání jiných návykových látek
- orientační diagnostika duševních poruch
- komplexní diagnostika užívání návykových látek
- komplexní diagnostika duševního zdraví
- jiné (*upřesněte: _____*)

Testování biologického materiálu (včetně testů prováděných na daném pracovišti, i pokud se vzorky zasílají k chemickému rozboru na jiné externí pracoviště.)

- dechové zkoušky nebo jiný typ testování na přítomnost alkoholu (etanolu) v krvi
- testování na přítomnost drog ve vzorcích biologického materiálu (moč, sliny, pot)
- testování na virovou hepatitidu typu B
- testování na virovou hepatitidu typu C
- testování na HIV
- testování na pohlavně přenosné choroby
- orientační testování na TBC
- jiné (*upřesněte: _____*)

Psychologické intervence

- individuální poradenství
- skupinové poradenství
- rodinné poradenství
- individuální psychoterapie
- skupinová psychoterapie
- rodinná psychoterapie

Intervence v oblasti sociální práce, edukace a jiné podpůrné intervence

- právní poradenství
- pomoc s dluhy
- vrstevnická podpora (peer support)
- poradenství a pomoc s hledáním pracovních příležitostí pro klienty
- poskytování chráněného zaměstnání
- poskytování chráněného bydlení klientům, domy na půl cesty atd.
- pomoc klientům s hledáním bydlení
- služby v oblasti rodinného nebo partnerského násilí, domácího násilí (fyzického, sexuálního a psychického týrání)
- organizace a podpora svépomocné skupiny (například typu AA, NA, GA)
- poradenství v oblasti odvykání kouření
- arteterapie
- jiné (upřesněte: _____)

Farmakoterapie

- averzivní terapie (disulfiram)
- podpůrná léčba acamprosatem
- podpůrná léčba naltrexonem
- nikotinové náhrady
- medikace sloužící k odvykání kouření tabáku (například bupropion, vareniklin)
- farmakoterapie psychiatrické symptomatologie, psychiatrických poruch a komorbidit
- substituční terapie metadonem
- substituční terapie buprenorfinem (např. Subutex[®], Ravata[®], ...)
- substituční terapie buprenorfinem v kombinaci s naloxonem (Suboxone[®])
- jiná (upřesněte: _____)

Návazná péče

- příprava na propuštění z lůžkové/rezidenční péče
- následná péče/další péče
- jiná (upřesněte: _____)

32. Jaké intervence nejčastěji poskytujete klientům, kteří primárně patří do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí? Zapište tři nejčastější.

1. intervence: _____
2. intervence: _____
3. intervence: _____

33. Spolupracuje Vaše zařízení s jiným/dalším programem či zařízením /institucí / odborníkem specializovaným na problematiku závislostí?

ANO

NE

Pokud je Vaše odpověď NE, pokračuje prosím na otázku č. 35.

34. Pokud ANO, s kým (popř. v jaké oblasti) spolupracujete?

35. Uvítalo by Vaše zařízení spolupráci s jiným/dalším programem či zařízením / institucí / odborníkem specializovaným na problematiku závislostí?

ANO

NE

Pokud je Vaše odpověď NE, pokračujte prosím na otázku č. 37.

36. Pokud ANO, s kým (popř. v jaké oblasti) by Vaše zařízení uvítalo spolupráci?

37. Co byste potřebovali pro zkvalitnění práce s klienty, kteří primárně patří do cílové skupiny osoby závislé nebo ohrožené závislostí?

38. Prosím, popište denní (týdenní) program ve Vašem zařízení.

Čas	Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek	Sobota	Neděle
Od:							
Do:							
Od:							
Do:							
Od:							
Do:							
Od:							
Do:							
Od:							
Do:							

39. V následující tabulce prosím uveďte jaká je profese Vašich zaměstnanců (i externích) a na kolik úvazků ve Vašem zařízení pracují. Uveďte také, zda se jedná o externího zaměstnance (např. psychiatr do zařízení dojíždí 1x týdně na celý den, je tedy externí zaměstnanec na 0,2 úvazku):

Profese	Zaměstnanci – počet úvazků	Pracovníci na DPP nebo DPČ – počet úvazků	Externí (ano/ne)
Lékař/ka s atestací v oboru psychiatrie			
Lékař/ka s atestací v oboru AT			
Lékař/ka s atestací v jiném oboru (prosím, uved'te jakém)			
Zdravotní sestra/bratr			
Sociální pracovník/ice			
Psycholog/žka			
Adiktolog/žka			
Pedagog, speciální pedagog/žka			
Psychoterapeut/ka			
Ergoterapeut, arteterapeut, fyzioterapeut/ka			
Jiný zdravotnický pracovník/ice (prosím, uved'te jaký)			
Jiné, prosím, uved'te jaké:			
CELKEM			

40. Vnímáte personální zajištění Vaší služby jako dostatečné?

ANO

NE

Pokud jste odpověděli ANO, pokračujte prosím na otázku č. 42.

41. Jaké profese vnímáte jako nedostatečně zajištěné a uvítali byste navýšení jejich úvazku?

42. Prosím, uved'te, z jakých zdrojů čerpáte finanční prostředky pro zajištění Vašeho zařízení a do jaké míry se na financování jednotlivé zdroje podílí (prosím, pokuste se odhadnout v %, např. z kolika procent se dotace Ministerstva práce a sociálních věcí podílí na celkovém rozpočtu Vašeho zařízení):

Zdroj financí	%
Ministerstvo práce a sociálních věcí	
Ministerstvo zdravotnictví	
Poplatky klientů služby	
Evropské sociální fondy	
Zdravotní pojišťovny	
Samospráva – kraj	
Samospráva – obce	
Dary	
Jiné, prosím, uveďte jaké:	
CELKEM	

43. Vnímáte financování jako stabilní?

ANO

NE

44. Vnímáte financování jako postačující?

ANO

NE

45. Pokud Vás v průběhu vyplňování napadaly nějaké poznámky/postřehy, na které jsem se nezeptala a vnímáte je jako důležité, budu ráda, když je napíšete.

Seznam grafů

Graf 1: Kapacita domovů se zvláštním režimem a počet klientů v r. 2016.....	44
Graf 2: Zastoupení žen z cílové skupiny závislých nebo ohrožených závislostí v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s touto cílovou skupinou v r. 2016	44
Graf 3: Věkové zastoupení klientů v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016	45
Graf 4: Zastoupení klientů s duální diagnózou v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016	46
Graf 5: Typy duální diagnózy mezi klienty s duální diagnózou domovů se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016	47
Graf 6: Problémy klientů závislých nebo ohrožených závislostí v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 (v %)	48
Graf 7: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – testování biologického materiálu	49
Graf 8: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – vstupní zhodnocení stavu klienta	50
Graf 9: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – psychologické poradenství a terapie	50
Graf 10: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – intervence v oblasti sociální práce, edukace a jiné podpůrné intervence	51
Graf 11: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – farmakoterapie	52
Graf 12: Poskytované intervence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016 – návazná péče	52
Graf 13: Abstinence v domovech se zvláštním režimem, které pracovaly s cílovou skupinou závislých nebo ohrožených závislostí v r. 2016	53
Graf 14: Spolupráce domovů se zvláštním režimem s dalšími institucemi/zařízeními/ odborníky specializovanými na problematiku závislostí.....	54
Graf 15: Hodnocení personálního zajištění domovů se zvláštním režimem	55
Graf 16: Hodnocení financování domovů se zvláštním režimem	56

Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristika časného a pozdního typu závislosti na alkoholu.....	12
Tabulka 2: Domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí.....	41

Seznam map

Mapa 1: Geografická dostupnost domovů se zvláštním režimem pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé podle Registrů poskytovatelů sociálních služeb	42
Mapa 2: Geografická dostupnost domovů se zvláštním režimem pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé, které v r. 2016 pracovaly s touto cílovou skupinou.....	43