

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Tereza Houšková

**SROVNÁVACÍ ANALÝZA SYSTÉMU AMBULANTNÍ LÉČBY OSOB
S DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ V ČESKÉ REPUBLICE A KANADĚ
(SE ZAMĚŘENÍM NA PROVINCI ALBERTA)**

Olomouc 2013

Vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička Ph.D

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala sama a použila jen uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne:

.....
Tereza Houšková

Touto cestou bych chtěla opravdu velmi poděkovat vedoucímu své bakalářské práce Mgr. Michalovi Růžičkovi Ph.D. za cenné rady, připomínky, metodické vedení práce, za ochotu a podporu při vedení mé práce. Poděkování rovněž patří všem respondentům za jejich ochotu poskytnout mi rozhovory.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 ZÁVISLOST	8
1.1 Definice závislosti	8
1.2 Definice závislosti dle MKN-10.....	8
1.3 Definice závislosti dle DSM- IV	10
1.4 Biopsychosociospirituální model závislosti	10
1.5 Neurobiologie závislosti	11
2 SYSTÉM LÉČBY ZÁVISLOSTI.....	14
2.1 Detoxifikační jednotka	14
2.2 Střednědobá ústavní léčba	15
2.3 Terapeutické komunity	16
2.4 Doléčovací centra	17
3 AMBULATNÍ LÉČBA V ČESKÉ REBUBLICE	18
3.1 AT ordinace	18
3.2 Denní stacionáře	19
3.3 Ambulantní programy (odborné sociální poradenství).....	21
3.4 Nízkoprahová kontaktní centra.....	22
4 AMBULANTNÍ LÉČBA V KANADĚ.....	24
4.1 Ambulantní léčba hrazená státem.....	24
4.2 Soukromé terapeutické ordinace	26
PRAKTICKÁ ČÁST	28
5 VÝZKUM	28
5.1 Cíle kvalitativního šetření.....	28
5.2 Klíčová výzkumná aktivita.....	28
5.3 Dílčí výzkumné otázky	28
5.4 Metodologie šetření	29
5.5 Charakteristika zkoumaných subjektů.....	29
5.6 Výsledky výzkumu dílčích otázek.....	34
5.7 Ověření klíčové aktivity	38

5.8	Vzájemné obohacení systémů ambulantní léčby v ČR a Kanadě	38
5.9	Diskuze	39
	ZÁVĚR	41
	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	43
	SEZNAM PŘÍLOH.....	46

ÚVOD

V mém životě se mi naskytla jedinečná příležitost, při které jsem mohla porovnat dvě odlišné země s odlišným jazykem, kulturou, politikou a mentalitou. Neváhala jsem a příležitosti využila k mé bakalářské práci. Téma bylo předem určené, protože sama dělám jako dobrovolník v centru pro osoby se závislostí a zajímalo mě, jak léčba funguje i v jiné zemi, a tak začala vznikat má bakalářská práce s názvem: „Srovnávací analýza systému ambulantní léčby osob s drogovou závislostí v České Republice a Kanadě (se zaměřením na provincii Alberta).“

Jsem si vědoma, že v tomto ohledu je má bakalářská práce velmi úzce profilovaná pouze na jednu provincii Kanady, kterou je Alberta, ale z kapacitních a finančních důvodů nebylo možné pojmout celou Kanadu ani Českou republiku. Porovnávat tyto dvě země byl nelehký úkol i v případě teoretické části, a proto je možné si v mé práci povšimnout mnoha odkazů na internetové zdroje, kterých muselo být použito z důvodu dostupnosti materiálů pro kanadskou část bakalářské práce.

Všechna tato fakta mne však neodradila od mého šetření. Z předem provedeného předvýzkumu bylo patrné, že toto měřítko není rozhodující a má práce má smysl, protože jak jsem se sama přesvědčila, na téma porovnávání dvou zemí v oblasti léčby drogově závislých nebylo napsáno mnoho prací. A ani jedna z tohoto malého množství poté neporovnávala systémy přímými rozhovory s pracovníky v zařízeních a další důvod byl fakt, že systém ambulantní léčby osob s drogovou závislostí v Kanadě nebyl do této doby v českém jazyce nikde popsán.

Teoretická část se dělí na čtyři základní kapitoly. První kapitola se zabývá definicí závislosti, její klasifikací a dílčím dělením. Kapitola druhá je zaměřena na léčbu závislosti. Zde je stručně popsán systém zařízení, která v České republice poskytují léčbu pro drogově závislé. Rozdělení samotné ambulantní léčby je věnována kapitola třetí, která se zaměřuje na systém ambulantní léčby v České republice. K jejímu porovnání poté vede kapitola čtvrtá, ve které je rozepsán systém léčby v Kanadě.

Při zpracování podkladů pro praktickou část jsme si určili tři cíle. Prvním cílem tohoto kvalitativního výzkumu je analyzovat systémy ambulantní léčby pro drogově závislé v Kanadě a České republice. Druhým cílem je tyto systémy porovnat a třetím cílem je vzájemné obohacení těchto systémů.

Pro dosažení výše stanovených cílů jsou kladeny otázky z administrativně-správní roviny a roviny odborné, na kterých je postaveno šest výzkumných rozhovorů. Pro větší specifikaci byl vybrán systém užívaný ve větším městě, kterým je Edmonton. Zde se jedná o centra Youth Community Services Edmonton, Adult Counselling and Prevention Services Edmonton a Street works Boyle Street Co-op Edmonton. Stejně tak je pro českou stranu určeno město Olomouc. Konkrétně je to: P-centrum Olomouc, Středisko sekundární prevence a léčby závislostí, Vojenská nemocnice Olomouc a Kontaktní centrum Olomouc.

Tyto rozhovory jsou následně analyzovány a za pomoci metody trsu vyhodnoceny. Následně byl vytvořen přehled dílčích otázek, které vedly ke klíčové výzkumné aktivitě: Popsat rozdíl mezi poskytováním ambulantní léčby pro drogově závislé v České republice a v Kanadě. Rozdíl, který byl zaznamenán, je obsažen v části vzájemného obohacení. V části diskuze je pak tento rozdíl více rozebrán a je kriticky nahlédnuto na všechny aspekty ambulantní léčby.

Závěrem úvodu pevně věřím, že Vám bude čtení mé bakalářské práce příjemné a přínosné k rozšíření povědomí o této problematice, protože s tímto záměrem byla psána.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST

V první kapitole zabývající se závislostí se budeme věnovat odborným definicím podle evropské a americké klasifikace nemocí. Dále se podíváme na rozdíl mezi závislostí psychickou a fyzickou.

1.1 Definice závislosti

Definice závislosti z formálního hlediska je jasně dána mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10) (Nešpor 2000, s. 14). Tato klasifikace nemocí se využívá především pro Evropu. Závislost je zde zařazena do kategorie: **F10- F19 Duševní poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek**. Syndrom závislosti je zde popsán pod označením **F1x.2**.

Ve světě a to především v Americe se řídí dle definice Americké psychiatrické asociace (DSM- IV).

1.2 Definice závislosti dle MKN-10

Syndrom závislosti

„Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Zde může být důkaz, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.

Diagnostická vodítka

Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- (a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- (b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- (c) somatický odvykací stav (viz F1x.3 a F1x.4), jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky,

(d) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance),

(e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo k zotavení se z jejího účinku,

(f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depressivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení; je třeba snažit se určit, zda pacient byl nebo mohl být vyšetřen a zda mohly být zjištěny příčiny a rozsah poškození.

Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je užívání psychoaktivní látky nebo touha po užívání určité látky. Jedinec si uvědomuje, že má puzení užívat drogy, což se běžně projevuje během pokusů zastavit nebo kontrolovat užívání. Tento diagnostický požadavek by vyloučil např. chirurgické pacienty, kterým se podávají opioidní látky. U nich se může objevit odvykací syndrom, když látky nedostávají, ačkoli netouží v jejich užívání pokračovat.

Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou látku (např. tabák nebo diazepam), třídu látek (např. opioidy) nebo širší řadu různých látek (např. u těch jedinců, kteří cítí nutkání užívat pravidelně jakékoli dosažitelné drogy a u kterých se při abstinenci projevují tíseň, agitovanost a/nebo somatické známky odvykacího stavu).

Zahrnuje:

Chronický alkoholismus,

drogový návyk,

dipsomanií.

Diagnóza syndromu závislosti může být dále specifikována následujícími pětimístnými kódy:

F1x.20 V současnosti abstinuje

F1x.21 V současnosti abstinuje, ale v chráněném prostředí

(např. v nemocnici, terapeutické komunitě, ve vězení atd.)

F1x.22 V současnosti abstinuje při klinicky sledovaném udržovacím nebo substitučním režimu (např. s metadonem, nikotinovou náplastí)

F1x.23 V současnosti abstinuje, avšak při léčbě averzivními nebo blokujícími drogami (např. naltrexonem nebo disulfiramem)

F1x.24 V současnosti užívá látku (aktivní závislost)

F1x.25 Souvislé užívání

F1x.26 Epizodické užívání (dipsomaie)“ (MKN-10, 2006, s. 75-76)

1.3 Definice závislosti dle DSM- IV

„Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

- 1) Růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);
- 2) Odvykací příznaky po vysazení látky;
- 3) Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;
- 4) Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
- 5) Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků;
- 6) Zanechávání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky nebo jejich omezení;
- 7) Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.“ (DSM-IV, 2005, s. 743)

1.4 Biopsychosociospirituální model závislosti

Příčina drogové závislosti nebo alkoholizmu bývá velmi komplexní. Do dnešního dne nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozici pro vznik závislosti. U některých jedinců se rozvíjí závislost na základě excesivního pití z důvodů psychologických problémů, u jiných jedinců převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol. Mohou to být rituály spojené s návykovými látkami nebo alkoholem. Nejčastěji jde o kombinaci více faktorů. Mohou to být fyziologické faktory dědičné nebo získané, které se kombinují s faktory sociokulturními nebo psychologickými. Vznik závislosti má i svůj odraz ve specifických změnách a reakcích na úrovni neurobiologie člověka. (Kalina 2003, s.91)

Biologické faktory:

Studie naznačují možnou větší náchylnost některých jedinců k alkoholismu, přesto však celý komplexní biologický mechanismus ještě nebyl plně objasněn a prozkoumán. Toto tvrzení ale neznamená, že by se z geneticky náchylného jedince musel stát alkoholik. Je zde pouze větší pravděpodobnost, že pokud pije, má větší předpoklad stát se alkoholikem.

Pokud jde o jiné návykové látky (kokain, kodein, morfin), nebyly prokázány žádné genetické predispozice. (Bruno 1996, s. 25)

Psychologické faktory:

Nejčastějšími faktory, stojícími na počátku experimentace s návykovými látkami, jsou prožitek nudy, zvědavosti, absence vlastního programu, nízké sebevědomí nebo narušené hranice. Uživatelům často chybí pěstování vlastních zájmů a potřeb. (Kundrle in Kalina 2008, s. 19)

Sociální faktory:

Faktory sociální jsou spojeny především s prostředím jedince, vrstevnickou skupinou a s rodinou. Je prokázáno, že závislí lidé se často objevují v sociálně a ekonomicky znevýhodněném prostředí, kde jsou drogy dostupnější. Stejně tak by se dalo hovořit o silném tlaku vrstevnické skupiny na jednotlivce. Adolescent má potřebu přizpůsobit se chování skupiny, aby jí byl přijat.

Rodina je jeden z hlavních faktorů u závislostí. Podle amerického výzkumu bylo zjištěno, že přes 50% závislých na heroinu pochází z rozvrácených, neúplných rodin. V rodinách s oběma rodiči potom hraje velký faktor komunikace mezi jednotlivými členy rodiny. (Bruno 1996, s. 23)

Spirituální faktory:

„Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku tohoto úsilí, co dává smysl životu vůbec.“ (Kalina 2003, s. 93) Tuto úroveň nejvíce popularizovali Anonymní alkoholici ve svých 12. krocích k uzdravení. Hovoří se zde o Vyšší moci, která má pomoci obnovit mysl a navrátit smysl života. (Kundrle in Kalina 2003, s. 93)

1.5 Neurobiologie závislosti

Současně s rozvojem stavu závislosti na návykových látkách je pozorována na různých úrovních lidského organismu řada změn v reakcích na opakovanou aplikaci drogy. V centrální nervové soustavě dochází ke změnám na všech úrovních od systému neurálního až

k submolekulárním jednotkám. (Fišerová in Kalina 2003, s. 96) Předmětem zájmu neurobiologického modelu závislosti je působení drogy na mozek, při kterém dochází ke změnám v podobě závislostního chování. Na závislost je v tomto modelu nahlíženo, jako na chronické recidivující onemocnění mozku. Některými klíčovými behaviorálními projevy jsou, dle Kaliny (2008, s. 26), následující:

- Užívání drog získává kompulzivní charakter.
- Závislý uživatel jednoznačně a silně preferuje užívání drog před přirozenými zdroji odměny.
- Podněty spojené s užitím drogy (nebo s možností drogu užít) silně kontrolují chování.
- Existuje vysoká tendence k relapsu a toto riziko přetrvává i po letech abstinence od drog.

System odměny mozku se řadí do evolučně starších a vývojově stabilních autoregulačních mechanismů potřebných pro zajištění potřeb důležitých k přežití, reprodukci a pocitu tělesné pohody. Tyto potřeby jsou spojeny s libým pocitem a tím je mozku a paměti zajištěno, že dojde k jejich opakování, které je potřebné k přežití člověka, a proto je nazýváme přirozenými zdroji odměny. Tento systém odměny je pak dále propojen se stresovým systémem, který tak přispívá k tomu, aby organismus přežil tím, že bude umět rychle reagovat na situace s negativním biologickým významem. Když posléze dojde ke stresové situaci, nastupuje systém odměny, který nám zajistí pocit libosti a odstraní pocit nelibosti.

Návykové látky pro nás představují zvýšený výdej dopaminu do částí našeho těla, které jsou původně určeny právě pro pocity libosti, a jak již bylo výše zmiňováno, systém odměny je původně připraven pro přirozené zdroje odměny, přičemž droga se řadí mezi zdroje odměny umělé, a tím má i několik odlišností (Kalina, 2008, s. 29):

- Dosažení odměny je rychlejší a jednodušší
- Odměna po užití drogy je nepřiměřeně silná a z hlediska výdeje dopaminu účinnější.
- Organismus nemá vytvořeny dostatečné zpětnovazebné mechanismy k zastavení přijímání umělé odměny.

Zvýšený příjem dopaminu do těla je prvním krokem k vytvoření závislosti, nikoli ale krokem postačujícím. K tomu, aby se u člověka vyvinula závislost, musí docházet k opakovanému přísunu drog a tím i dopaminu, který vyvolá sérii komplikovaných adaptací,

jejichž vyvrcholením jsou změněné funkce a vlastnosti systému odměny s behaviorálními vlastnostmi známými jako závislost. Z mnoha studií je známo, že na rozvoji závislosti se podílí i mnoho dalších systémů, které dopaminergní cestu významně modulují.

Během rozvoje závislosti, lze vysledovat několik změn jednotlivých neurochemických systémů, na základě kterých rozdělujeme závislost do stádií (Kalina, 2008, s. 30):

- akutní drogový efekt,
- přechod z rekreačního užívání drog do vzorců užívání charakteristických pro závislost,
- vytvoření závislosti.

Při vzniku závislosti se nejdříve vyvíjí změny psychické, jako je nutkavost a náruživost po další dávce, následně také často dochází ke změnám somatickým, které jsou vyvolány celou řadou změn mimo CNS. Znakem navozených somatických změn jsou výrazné fyzické abstinční příznaky, které jsou často velmi nebezpečné.

Vysazení návykové látky pak bývá provázeno nepříjemnými často až nesnesitelnými abstinčními stavy, které se projevují jako opačný efekt než má účinek dané drogy. (Fišerová in Kalina 2003, s. 96)

Různé drogy mají různé odlišné abstinční příznaky. Z běžné klinické zkušenosti je známo, že nejsilnější odvykávací stavy jsou spojeny s drogami s tlumivým účinkem. Tím je tedy zřejmé, že minimálně fyzický stav souvisí více s tlumivým efektem na tělo, než se samotnými odměňujícími vlastnostmi drog a tím i změnami systému odměny. Tím, že se na procesu závislosti podílí i jiné systémy mozku, můžeme tedy tvrdit, že u některých látek není potřeba přítomnosti tělesného odvykávacího stavu, a naopak, že některé látky bez odměňujícího efektu vyvolávají odvykávací stav. (Kalina, 2008, s. 34)

Podle internetového zdroje č. (21), jsou neurobiologické mechanismy drogových závislostí intenzivně studovány, stejně tak jako jejich jednotlivé části neurotransmitery, hormony a mediátory. To, jak závislost vzniká a udržuje se, je u jednotlivých typů závislostí různé. Lze pouze nalézt určité společné nebo často se opakující rysy. Ve skutečnosti je situace mnohem komplikovanější, a na účinku jednotlivých drog se podílí více systémů.

2 SYSTÉM LÉČBY ZÁVISLOSTI

V následující kapitole vymežíme jednotlivé složky léčby v České republice tak, jak by měly jít v ideálním případě léčby za sebou. Jednotlivá zařízení stručně charakterizujeme a popíšeme.

Jako první krok v léčbě by měla být léčba ambulantní, kterou zde nebudeme popisovat, jelikož touto problematikou se budeme zabývat ve větším měřítku v kapitole třetí. V této kapitole se zaměříme na detoxifikační jednotky, střednědobou ústavní léčbu, terapeutické komunity a následnou péči v doléčovacích centrech.

Léčba závislosti má jasný cíl. Tímto cílem je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou úroveň. K tomuto účelu jsou definované tři hlavní oblasti změny: 1) snížit závislost, 2) snížit nemocnost a úmrtnost způsobenou nebo nějak spojenou s užíváním drog, 3) podpora při rozvoji tělesného, duševního a sociálního potenciálu klientů. (WHO in Kalina 2003, s. 103) V současné době je v ČR vytvořen relativně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek. Tento systém se vyvíjí z aktuálních potřeb klientů, kteří se nacházejí v různé fázi závislosti. (Kaina 2008, s. 369) Bém (in Kalina 2003, s. 154) uvádí: „*Efektivní systém péče by měl splňovat řadu kritérií jak v oblasti kvalitativní (struktura a provázanost sítě), tak i v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče).*“ Kvalitativní oblast si klade následující kritéria: komplexnost, provázanost a efektivitu. A v oblasti kvantitativní je to rozsah systému péče a dostupnost. (Kaina 2008, s. 369)

2.1 Detoxifikační jednotka

Detoxifikační jednotky jsou zařízení určena pro klientelu, která potřebuje pomoc se zvládnutím odvykacích stavů a intoxikací na návykové látky. Zároveň však nepotřebuje intenzivní péči jiného zařízení jako je např. jednotka intenzivní péče. (Nešpor in Kalina 2003, s. 190) Detoxifikační jednotky mohou být samostatné jednotky v rámci nemocnice, nebo jsou součástí zařízení pro léčbu závislosti. Jedna z dalších možností je domácí detoxifikace, která však v našich podmínkách není příliš častá. Většina zařízení rezidenčního typu požaduje před nástupem ústavní detoxifikaci. Při ambulantní detoxifikaci jsou nejčastěji detoxifikováni klienti, kteří jsou v substitučních programech.

Cílovou skupinou jsou následující typy klientů:

1. Klienti, připravující se na další odvykací léčbu.
2. Klienti, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo sociální situaci potřebují snížit toleranci vůči droze. Tito klienti ale nejsou motivováni k další léčbě.

3. Klienti, kteří jsou z intoxikačních nebo odvykacích důvodu nebezpeční sami sobě ani okolí.
4. Klienti, u kterých je zapotřebí rozhodnout, zda se jedná o intoxifikaci nebo duševní poruchu.

Detoxifikace si klade za cíl zvládnout odvykací stav a intoxifikaci. Z klientova pohledu jsou důvody k detoxifikaci různé. Některé detoxifikační jednotky nechtějí přijímat klienty, kteří chtějí jen snížit svoji toleranci na droze, ale jejich cílem není abstinence. Musíme však podotknout, že i tito klienti se chovají podle zásad harm reduction a proto je u nich možnost postupně pracovat na motivaci klienta ke změně názoru.

V těchto zařízeních se využívají prostředky a metody práce jako jsou: psychoterapie, sociální práce, strukturované programy, farmakoterapie a celkové zhodnocení stavu pacienta včetně laboratorních vyšetření.

Tým detoxifikační jednotky tvoří vždy lékař, zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci a terapeut. Tato práce je velmi náročná, proto je důležité, aby byli všichni členové týmu podporováni v dalším vzdělávání a supervizi. (Kalina 2008, s. 379)

2.2 Střednědobá ústavní léčba

Střednědobou ústavní léčbou rozumíme rezidenční léčbu ve zdravotnických zařízeních, jako jsou psychiatrické léčebny, oddělení pro léčbu závislostí, kde doba léčby trvá 3-6 měsíců. Zařízení tohoto typu využívají mnoho podobných terapeutických prvků jako terapeutické komunity. Mohli bychom mezi ně zařadit: přísný režim a pravidla, skupinová psychoterapie, trénink odpovědnosti, komunitní setkávání apod.

Cílovou skupinu zde tvoří osoby ve věku 15- ti let, mající problém s užíváním návykových látek včetně alkoholu.

Jako hlavní, základní cíl střednědobé ústavní léčby je změna životního stylu pacienta, jehož nedílnou součástí je i abstinence od návykových látek. (Kalina 2008, s. 381) Dle Dvořáčka (in Kalina 2003 s. 195) lze cíle definovat jednotlivě pro každého pacienta na následující: stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, vybudování náhledu, řešení důsledků drogové kariéry, změna sebepojetí a zlepšení prožívání, identifikace rizik relapsu a jejich minimalizace, zvnitřnění abstinence norem i norem běžného chování a přebudování motivace.

Skálův či apolinářský model léčby je základním pro střednědobou ústavní léčbu. Je v něm obsažen strukturovaný program, režim a pravidla, komunitní setkávání, průběh

skupinové a individuální psychoterapie, popis bezpečného prostředí pro klienta i terapeuta, popis rodinné, partnerské, pracovní terapie a náplň volnočasových aktivit.

Tým je utvořen lékařem, zdravotními sestrami, klinickými psychology, psychoterapeuty, laickými terapeuty, sociálními pracovníky a pracovními terapeuty. Terapeutický tým by měl procházet pravidelnými supervizemi. (Kalina 2008, s. 382)

2.3 Terapeutické komunity

Terapeutické komunity začaly vznikat na konci druhé světové války. Tyto komunity byly určeny pro pacienty s psychiatrickými problémy. Ale od roku 1964 se začaly tvořit komunity, které pracovaly na podobném principu jako komunita pro psychiatrické pacienty, s tím rozdílem, že se zde zaměřovala práce na bývalé toxikomany. Těmto komunitám se začalo říkat terapeutické komunity (dále jen TK). V roce 1975 vznikla organizace Terapeutické komunity Ameriky, která si dala za úkol ustanovit minimální standardy pro tým TK. Na tomto základě vznikl seznam 10 dovedností, které jsou uvedeny v manuálu TK. (Kooyman 2004, s. 11)

Společné znaky komunity pro bývalé toxikomany a psychiatrické pacienty jsou aktivní podíl pacientů na léčení, tvoření dobré komunikace na všech úrovních, podíl na rozhodování, kolektivnost a využívání sociálního učení, při kterém dostává klient bezprostřední zpětnou vazbu o tom, jak působí jeho chování na ostatní členy komunity. Rozdílnost v komunitě pro závislé je oproti komunitě pro psychiatrické pacienty ve vnitřní diferenciaci. (Ti, kteří jsou v TK déle a osvědčili se, získávají výhody, ale zároveň se na ně zvyšují nároky). V TK pro závislé jsou jasná a důrazně propracovaná pravidla, jejichž porušení by mohlo vést k ukončení léčby.

Terapeutická komunita pro závislé je určena pro ty jedince, kteří dosáhli určitého stupně závislosti, jejíž závažnost nelze léčit ambulantní ani jinou léčbou. Jedinec musí být schopný tělesně ale i duševně tuto léčbu zvládnout, ochotný ji přijmout a dostatečně dlouho v ní setrvat. (Nešpor 2000, s. 93)

Program v komunitě je rozdělen na jednotlivé aktivity: setkání komunity, skupinové terapie, individuální terapie, práce s rodinou, pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové, sportovní, zážitkové a jiné rehabilitační aktivity, sociální práce. Všechny tyto aktivity jsou nezbytně nutné k návyku správných vzorců chování. (Kalina 2008, s. 208)

2.4 Doléčovací centra

Doléčovací centra spadají do následné péče, zaměřující se na udržení změny v chování a životním způsobu klienta, které získal během léčebného procesu a abstinence. Doléčování pacientů se může nabízet buď formou ambulantních skupin jednou týdně, nebo se může jednat o intenzivní strukturovaný program, který je doplněný volnočasovými aktivitami. Tento program může být ambulantní nebo pobytový. (Kalina 2008, s. 382)

V tomto typu programu je velmi důležitá multidisciplinarita týmu. Je nezbytné, aby byl tým vybudován na základě potřeb klientů. Hlavním cílem následné péče je postupné rozvolňování vazeb klienta na daný program a jeho úplné osamostatnění se. Každý tým by měl být tvořen sítí kvalitních odborníků na problémové oblasti jeho klientů, mezi které patří: psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, terapeut s psychoterapeutickým výcvikem a mnoho dalších odborníků, kteří zde mohou být externě (psychiatr, lékař, ...).

K hlavním složkám programu následné péče patří: psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, práce, chráněná a pracovní místa a rekvalifikace, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky a nabídka volnočasových aktivit. (Kalina 2003, s. 2008)

3 AMBULATNÍ LÉČBA V ČESKÉ REPUBLICĚ

V této kapitole se budeme zabývat ambulancí léčbou v České republice, jejím rozdělením a podrobnějším popisem.

Ambulantní léčba, jakéhokoliv typu je léčba probíhající bez vyčlenění klienta z jeho původního prostředí. Klient tedy dochází do zařízení, kde se léčba uskutečňuje. Délka a intenzita léčby se liší podle typu zařízení, vždy by ale měla být zakotvena v dohodě klienta se zařízením či terapeutem. Ambulantní léčba je vhodná pouze pro klienty mající dobré sociální či rodinné zázemí, které pro ně není ohrožující a je podporou. Klient musí být dostatečně motivován a mít dostatečnou sebekontrolu, aby zvládl stálý kontakt s okolím a prostředím, kde drogy užíval. Za účinnou bychom mohli považovat léčbu, trvající až do tří měsíců, s frekvencí kontaktu mezi klientem a léčebným zařízením dvou až tří dnů v týdnu, uvádí internetový zdroj č. (24).

Podle Evropského monitorovacího centra se ambulancí léčba poskytuje především v ambulancích léčebných střediscích, které odpovídají našim ordinacím AT. Ty jsou určeny pro prevenci a léčbu závislostí, dále pak ve střediscích denní péče odpovídající našim denním stacionářům, střediscích zdravotně sociálních služeb. U nás bychom je mohli nazvat, jako ambulancí léčba, nebo také odborné sociální poradenství, také bychom sem mohli zařadit nízkoprahové agentury odpovídající našim kontaktním centrům. Kromě těchto zařízení se ale připouští i další možná specifická zařízení ambulancí péče. (Hampl in Kalina 2003, s. 172)

3.1 AT ordinace

Dle názorů odborníků model AT ordinace (nebo také AT ambulance) představuje pro prevenci a léčbu závislosti optimální a z domácí tradice vycházející naplnění pojmu ambulancí léčba a léčebného střediska.

Do roku 1992 tuto péči zajišťovala celostátní síť zdravotnických zařízení. Tato centra měla jednotný název (AT ambulance pro prevenci a léčbu závislosti) a jednotnou náplň práce. Těchto center bylo po České republice kolem 160. Později ale došlo k reorganizaci systému a to způsobilo nedostatečnou dostupnost specializované ambulancí péče pro klienty se závislostí.

Tým by měl být tvořen kvalifikovaným lékařem s praxí a atestací v oboru AT, který zastává roli vedoucího lékaře. Dále pak sekundárním lékařem, klinického psychologa, sociální pracovníce, pracovníka administrativně zaměřeného a nejméně dvou zdravotních sester. V tomto týmu by měla fungovat interní supervize, kterou provádí vedoucí lékař a supervize externí by byla určitě vítaným prvkem.

Provoz takovéto ordinace by měl být zajištěn během celé pracovní doby v týdnu, o svátcích a víkendech je provoz individuální.

Cílovou skupinu tvoří osoby bez věkového a vzdělanostního omezení. Zde je nutno podotknout, že se jedná i o děti ze základních škol, stejně tak jako o osoby důchodového věku. Do ordinace mohou přijít uživatelé již závislí na návykové látce, kteří chtějí svůj problém řešit, ale i experimentátoři, konzumenti nebo víkendoví uživatelé. Není směrodatné, jestli se jedná o člověka, který přišel z vlastní vůle, nebo o člověka který přijde z donucení. Častými návštěvníky jsou i rodiče, partneři, kamarádi a příbuzní lidé, kteří jsou ve styku s člověkem závislým nebo experimentujícím. Všichni klienti mají možnost požádat o anonymní vyšetření a ošetření. V tomto případě jsou vedeni pod jménem nebo heslem, které si sami určí.

Každý nově přichodící pacient by měl projít komplexním lékařským a klinickým vyšetřením, které se týká somatického a psychického stavu. Nezbytnou součástí lékařského vyšetření tvoří anamnéza subjektivní a objektivní. Subjektivní anamnézu tvoří důležité okolnosti, které doprovází užívání braní drog. Tuto anamnézu sestavuje lékař spolu s pacientem. Objektivní anamnézu uvádí doprovázející osoba, která nám umožňuje pohled na problém z více stran. Vždy je důležité zjistit případnou genetickou zátěž pacienta na danou látku.

K prvnímu kontaktu s pacientem dochází již při tvoření subjektivní, osobní anamnézy, proto by měla být zaměřena nejdříve na obecnější problémy a až potom na problémy spojené s užíváním návykové látky. Pacient se tak rychleji aklimatizuje do prostředí, kam bude docházet a postupně se seznámí s členy terapeutického týmu. Samotnou léčbu pacienta nelze oddělit od poradenských a preventivních služeb, kterou tato centra poskytují.

AT ordinace je povinna vést zdravotnickou dokumentaci o pacientovi, kde jsou zaznamenány všechny důležité informace o diagnostice, samotné léčbě a všech dalších okolnostech v průběhu léčby. (Hampl in Kalina 2003, s. 172)

3.2 Denní stacionáře

Podle internetového zdroje č. (21), pokládáme za denní stacionáře (dále jen DS) nebo také „intenzivní ambulantní léčbu“ program v rozsahu kolem 40 hodin týdně, která trvá 3-4 měsíce a její kapacita je 10-15 klientů. Základem tohoto programu jsou různé formy skupinových a individuálních terapií. Terapeutické techniky jsou v rovnováze s rehabilitačními, edukačními a volnočasovými aktivitami. Nepostradatelným je zde také

léčebný režim, kontrola abstinence klientů za pomoci testů na návykové látky, práce s rodinou a sociální práce.

Můžeme říci, že DS jsou relativně novou formou léčby a péče o klienty s drogovou závislostí. Tato forma ještě není hojně využívána, z důvodu rozvojové slabiny systému péče o drogově závislé v naší zemi. V ČR bylo (v roce 2001) zaevidováno 6 programů s názvem „denní stacionář“. Zahraničím a domácím standardům však plně odpovídá jen jeden, kterým je „Denní stacionář- psychoterapeutické centrum SANANIM v Praze“, založený v r. 1996.

Cílem těchto programů je: dosažení a udržení abstinence od drog, změna v sebevnímání a vztahů s ostatními, podpora seberozvoje, zlepšení sociálního fungování a osvojení si každodenních dovedností. Jde zde o celistvý přístup k léčbě a sociální nápravě. Konečným cílem by měla být změna životního stylu.

Cílovou skupinou jsou především klienti se středním (nikoliv vysokým) stupněm závislosti na alkoholu, opioidech, stimulačních látkách a polymorfní uživatelé. Programy jsou uzpůsobeny pro klienty, kteří právě začali abstinovat nebo pro klienty, kteří jsou stále závislí, ale chtějí přestat, nebo pro obě skupiny. Věk klienta je ohraničen dolní věkovou hranicí (většinou přes 17 let). Horní věková hranice nebývá stanovená, ale dle zkušeností je věk klientů do 35 let.

Důležitou složkou režimu a pravidel je přesný časový harmonogram a soubor pravidel, protože se v něm klienti pohybují jen část dne. Časový rozvrh musí být jasně stanovený a všemi dodržovaný, stejně tak jako v terapeutické komunitě. Protože ale DS není izolované od okolního života, musí platit pravidla jako: „Dveře jsou během programu zavřené.“ To znamená, že klienti jsou v místnosti (budově) zamčeni a přerušit program mohou jen z velmi vážných důvodů. Pravidla docházky jsou jasně stanovená, nepřítomnost musí klient omluvit a zdůvodnit.

Prostory, ve kterých jsou programy uskutečňovány, by měly být co nejlépe umístěny tak, aby byly každodenně dostupné. Nejlépe ve městě. Vnitřní prostor by měl být uzpůsobený k diferenciované činnosti.

Tým DS je složen z psychiatrů, psychologů, terapeutů, sociálních pracovníků, speciálních pedagogů a dalších odborníků se zdravotnickým nebo humanitním zaměřením. Přesné složení vždy odpovídá charakteru programu a spektru služeb.

Velký význam zde hraje zpracování individuálního plánu péče a jeho hodnocení v pravidelných intervalech. K nejčastějším problémům pak patří relaps a svévolné vypnutí z programu. I když klient opustí, nebo je vyloučen z programu, má stále možnost být se

stacionářem v kontaktu a tím být motivován k novému nástupu, nebo k nástupu do jiné léčby. Při řádném ukončení léčby se s klientem tvoří plán následné péče. (Kalina 2003 s. 179)

3.3 Ambulantní programy (odborné sociální poradenství)

Ambulantní programy (dále jen AP) jsou služby, kdy klient dochází v pravidelných intervalech do zařízení na předem domluvené sezení. Za efektivní léčbu se pokládají tři sezení klienta v jednom týdnu po dobu šesti měsíců. V programu jsou zahrnuty individuální a skupinové kontakty, ve kterých je třeba uplatnit i zdravotní edukaci a prevenci relapsu klienta.

Také web č. (21) tvrdí, že AP jsou vhodné pro klienty s lehčím stupněm závislosti, kteří mají vysokou motivaci ke změně a jen minimum somatických a psychických komplikací. Velmi důležité je, aby měl klient dobré a podporující sociální zázemí. Dále jsou tyto služby určeny pro rodinu a blízké osoby uživatelů návykových látek, kteří se chtějí dozvědět více o dané problematice.

K obecným cílům AP může patřit: poskytování kvalitních a odborných informací, pomoc klientům v jejich tíživé situaci, pomoc při hledání jejich cílů, jejich formulace a naplňování. Rozvoj kompetence klienta, tak aby začal lépe zvládat své problémy, zprostředkování kontaktu s dalšími subjekty, jako je probační a mediační služba, úřady práce, sociální kurátoři, škola atd... Těchto cílů může být i více, jsou vždy odrazem dané organizace a potřeb klienta.

Podle internetové stránky č. (23), patří k základním nabídkám služeb individuální terapie, která probíhá z pravidla jednou do týdne, ale po domluvě může být zvolena i jiná frekvence setkávání. Dále se hojně využívá terapie párová. Ta je poskytována klientovi a jeho partnerovi. Zde se mapují cíle obou partnerů, zviditelňují jejich rozdíly a hledají se společné cíle a možnosti vzájemného soužití. Neméně důležitá je také rodinná terapie, které se účastní blízká rodina klienta a klient. Dvojice terapeutů se snaží rodině pomoci nalézt společné cíle, které povedou k možnosti vzájemného soužití rodiny. Další službou AP je systematická sociální práce, kterou poskytuje sociální pracovník. Jejím cílem je aktivizovat a podpořit klienta při řešení jeho problému spojených s hledáním práce, placením dluhů a dalších. Dále pak krizová intervence, která si klade za úkol stabilizovat stav klienta tak, aby se krize neprohlubovala.

Je důležité upozornit, že každé zařízení poskytuje své služby na základě vlastního operačního manuálu. Pracovník tedy musí dodržet tyto manuály a poté může využívat zkušenosti ze svého vlastního výcviku a dalších terapií. Mezi nejčastěji používané prameny

můžeme řadit Kognitivně-behaviorální terapii (KBT), výcvikový model SUR nebo Gestalt terapii.

V AP jsou týmy složeny ze sedmi různých kvalifikací: adiktolog, psychiatr, psycholog, sociální pracovník, terapeut a zdravotník. (Růžička 2012 s. 11)

3.4 Nízkoprahová kontaktní centra

Nízkoprahová kontaktní centra (dále jen NKC) poskytují klientům s nízkou motivací k léčbě závislosti včasnou intervenci, krizovou intervenci, harm reduction, poradenství a služby v sociální a zdravotní oblasti. Měla by být dostupná místně i časově v daném regionu.

Filosofie kontaktních center tvrdí že: „Člověk má v sobě pozitivní potenciál ke změně a vývoji.“ Toto vychází z public health, harm reduction a dalších humanistických přístupů orientovaných na člověka. (Nešpor 2008 s. 372)

NKC jako taková začala vznikat v roce 2001, kdy Národní strategie protidrogové politiky vyslovila požadavek na zabezpečení odpovídající primární péče závislým a problémovým uživatelům. V tuto dobu byl formulován princip nízkoprahovosti a dále definovány pojmy: terénní práce, výměnné programy, kontaktní centra a poradenství. (Libra in Kalina 2003 s. 165)

Hlavní cílovou skupinou NKC jsou uživatelé návykových látek, kteří mají různou motivaci ke změně, a nachází se v různém stádiu závislosti. Podmínkou poskytování služby není aktuální abstinence klienta. Tímto se vymyká ze systému klasických služeb ambulantní léčby, kde je nutná abstinence klienta. Další klientelou jsou příbuzní a jiní blízcí lidé uživatelů, kteří potřebují podporu a pomoc v dané situaci. Klientela se v jednotlivých centrech liší spektrem nabízených služeb.

Obecným cílem služby je minimalizace sociálních a zdravotních rizik u drogově závislých, čímž chrání i populaci drogami nezasaženou. Mezi specifické cíle řadíme navázání kontaktu s drogově závislými a vytvoření vzájemné důvěry, minimalizace rizikového chování, práce na změně rizikových vzorců chování klientů, pomoc při hledání motivace, její udržení a posílení k dalšímu postupu v léčbě, podpora klienta při utváření nového životního stylu, pomoc při navazování léčebného procesu, zajištění takových podmínek aby klient byl schopný přežít, jeho sociální stabilizace a pomoc v krizi. Dále bychom zařadili pomoc blízkým osobám uživatelů, vzdělávání a zvýšení informovanosti klientů, ale i odborné a laické veřejnosti.

Mezi nedůležitější metody práce patří: kontaktní práce, kde si pracovníci kladou za úkol navázat kladný a důvěryhodný vztah s uživateli. V rámci této činnosti zjišťujeme základní potřeby a problémy klienta. Dále zde řadíme výměnný program a další aktivity harm reduciton, vzdělávání a předávání informací, základní zdravotní servis, základní poradenství. Zde je důležité zmínit prohloubení kontaktu s klientem tak, abychom u klienta navodili nové nerizikové vzorce chování. Strukturované poradenství a motivační trénink, poradenství pro rodinné příslušníky a blízké, krizová intervence, sociální práce a další služby, jako je potravinový a vitamínový servis, hygienický servis a praní prádla už se ale příliš netýkají ambulantní léčby.

Tým NKC je tvořen sociálními pracovníky, pedagogy, zdravotnickými pracovníky a psychology. Vždy je však tvořen s ohledem na multidisciplinaritu. Důležitá je osobnost pracovníka, jeho flexibilita a tvořivost. Je nutné, aby tyto týmy procházely pravidelnou supervizí a dalším vzděláváním. (Nešpor 2008 s. 373)

4 AMBULANTNÍ LÉČBA V KANADĚ

Na začátku této kapitoly je nutné podotknout, že ambulantní léčba, která zde bude popsána, není odrazem celé ambulantní léčby v Kanadě, ale pouze jedné z kanadských provincií Alberta. Z dostupných zdrojů však víme, že léčba v ostatních provinciích je velmi podobná.

Nejdříve si velmi stručně rozdělíme celý systém léčby pro osoby drogově závislé v Kanadě. Jako první můžeme uvést zdravotnické programy, které si každá provincie tvoří sama. Je potřeba zmínit, že Alberta má pro občany své provincie veškeré zdravotnictví zdarma a lidé zde nemusí být držiteli úrazového ani zdravotního pojištění. Do zdravotnických programů můžeme zahrnout detoxifikační jednotky, terapie, metadonovou léčbu, poradenství a další. Systém léčby pro drogově závislé v Albertě dále zahrnuje ambulantní léčbu a léčby pobytové, které se dělí věkově pro dospělé a mladistvé. Pobytová léčba trvá 30 dnů, poté klienti mohou být zapojeni do doléčovacího programu, který trvá 6 měsíců. Kanada nabízí více typů podpůrných setkání, pro anonymní alkoholiky, pro rodinné příslušníky nebo blízké osoby jedince postiženého alkoholismem, podpůrné setkání pro jedince, postižené jinou než alkoholovou drogou, kteří mají touhu přestat užívat látku, a mnoho dalších podpůrných setkání, jak uvádí internetový zdroj č. (19).

Zde jsme si nastínili základní systém péče pro osoby s drogovou závislostí. Je ale nutné říci, že jednotlivé složky mají další své dělení podle mnoha různých klíčů, jako je způsob léčby nebo typy drog. Také musíme brát v úvahu, že všechny tyto složky se velmi úzce prolínají a v mnoha případech se jedná o stejná centra.

My se dále zaměříme pouze na dělení ambulantní léčby.

4.1 Ambulantní léčba hrazená státem

Ambulantní léčby, jinak také AADAC, jsou řazeny mezi veřejně financované služby v Albertě, které jsou pro všechny občany Alberty zdarma. Jsou rozděleny na služby pro dospělé, které jsou přístupné jedincům od 18 let bez jakéhokoliv jiného vymezení a služby pro mladistvé, ty jsou přístupné mládeži od 12 do 18 let věku.

Internetový zdroj č. (22) píše, že ambulantní léčba hrazená státem je v Albertě rozšířenějším typem léčby již pro svoji dostupnost všem občanům. Musíme si ale uvědomit fakt, že tato centra, na rozdíl od soukromých ordinací, neustále trpí nedostatkem financí a tím nedokážou plně využít všech ostatních prostředků, které mají k dispozici. A právě tyto omezené prostředky mají velký vliv na kvalitu pracovníků zaměstnaných v těchto centrech.

Ve velké míře jsou zde zaměstnaní lidé, kteří jsou čerstvými absolventy školy, a často nemají předešlé praktické zkušenosti s danou klientelou.

AADAC jsou zaštiťovány Komisí zabývající se zneužíváním drog a alkoholu v Albertě a od roku 1994 se také staly zodpovědnými za řízení problémů s hazardními hráči v Albertě.

K hlavním cílům těchto center patří podpora a motivace ke změně životního stylu. Centra jsou rozdělena podle míry motivace na centra pro drogově závislé jedince, kteří jsou již motivováni ke změně, a centra pro drogově závislé jedince u kterých se musí na motivaci ke změně životního stylu bez drog pracovat. Tato centra si zakládají na tom, aby poskytovala co největší možnou míru bezpečného prostředí pro klienty, a proto ve většině z nich mohou být klienti pouze pod přezdívkou.

Samotná ambulantní léčba v těchto centrech je rozdělena do tří fází: „Finding my way“ tedy nalezení vlastní cesty, kde dochází ke stanovení si určitých cílů, kterých se později klient za podpory terapeuta snaží dosáhnout. Tato etapa obvykle trvá tři týdny. Další šesti-týdenní fází je: „Dealing with it“ v překladu- Vyrovnání se s tím. Zde si klient spolu s terapeutem určuje jednoduché cíle, kterými postupně dojde na cestu, kterou si vybral, řeší se zde sociální, finanční a vzdělávací problémy klienta. A poslední neméně důležitou fází je: „Moving Ahead“, která trvá tři týdny. Tuto fázi bychom mohli přeložit, jako posouvání se v před a představuje intenzivní práci na novém profilu klienta bez drog.

Tato léčba zahrnuje individuální terapie, ta probíhá jedenkrát týdně, skupinové terapie, probíhající minimálně dvakrát týdně a rodinné terapie, které probíhají podle individuálních potřeb klienta. Dále sem řadíme práci na plánování volného času klienta, umění plánování budoucnosti a samozřejmě nezbytná prevence relapsu. U jedinců mladších 18-ti let se zařazuje do programu ještě spolupráce se školou. Píše webový zdroj č. (19).

Vládou financované programy ambulantní léčby mohou pro jednu osobu trvat nejdéle 90 dní a nelze je prodlužovat.

Z velké většiny se AADAC drží tradiční léčby, jako je dvanáct kroků metody odvykání závislosti, SAGAA, ADS a další.

Jedna z neméně účinných metod pro určování míry zneužívání drogy se nazývá Drug Abuse Screening Test (DAST) a popisuje ji podrobně internetový zdroj č. (25). Test byl vyvinut roku 1982 a je stále vynikajícím skreenigovým nástrojem. Složen je z dvacetiosmi otázek, na které si klient musí umět pravdivě odpovědět ANO/NE. DAST je velmi dobrým testem pro měření psychometrických vlastností člověka. Bylo zjištěno, že je to velmi citlivá metoda pro šetření závislosti na drogách jiného než alkoholového typu. Dále bychom zde měli

zmínit test South Oaks gambling, který pracuje na principu doplňování čísel a odpovědí do vyznačených polí. Tento test je navržen pro testování jedinců vykazujících příznaky chování spojeného s hazardem, které narušující péči o vlastní osobu a rodinu, pracovní povinnosti a další. Test byl vytvořen podle kritérií DSM - III patologického hráčství a na jeho rozvoji se podílelo 1616 osob. Byl testován na 867 pacientech, kteří měli problémy s patologickým hráčstvím a návykovými látkami. Test byl navržen Lesieurem a Blumem roku 1987 a jeho revize proběhla roku 1993. Původní verze byla navržena k testování dospělých osob, starších 18-ti let, dnes se však vyskytuje mnoho dalších propracovanějších verzí i pro mladistvé.

Tým pracovníků v AADAC musí být složený z pracovníků spadajících do tabulek vydaných ministerstvem zdravotnictví v Kanadě. Všichni pracovníci musí mít minimální vzdělání v podobě vyšší odborné školy s dvou až pětiletou zkušeností. Doté doby mohou v zařízení pracovat pouze jako dobrovolníci na dohodu o provedení práce. Nebo musí mít vysokoškolský titul magistra v daném oboru, poté může nastoupit i bez předešlé praxe v oboru.

4.2 Soukromé terapeutické ordinace

Dle internetových zdrojů č. (22 a 16) jsou soukromé terapeutické ordinace nejčastěji ziskové organizace, ve kterých si klient musí platit. Tyto ordinace poskytují výbornou péči. Jediným problémem je, že musí neustále zápasit o klienty s programy financovanými vládou, které jsou hrazeny v celé výši a z tohoto důvodu jsou i vyhledávanější.

Velký rozdíl mezi soukromými ordinacemi a sátem financovanými programy je délka programu. V soukromém programu se léčba může prodloužit (z devadesáti dnů) na jak dlouho je potřeba a většinou zahrnuje větší nabídku služeb.

Mezi klasickou nabídku služeb patří: poradenství a psychiatrické konzultace po celý čas léčby, 8 sezení individuální terapie, 24 skupinových terapií, rodinná terapie, 6-ti měsíční následná péče, která probíhá jednou týdně, 3x test na přítomnost návykových látek v těle. Test je dělán v náhodně vybraných dnech. Dále pak lékařský dohled v průběhu celé léčby a prevence relapsu.

Běžné je účastnit se skupinové terapie vždy třikrát týdně po třech hodinách. Individuální terapie probíhá většinou jednou týdně. Po dovršení 24 sezení následuje šesti měsíční následná péče, která probíhá jedenkrát týdně formou individuální terapie. Cena takovéto léčby se pohybuje kolem 5000- 6000 kanadských dolarů.

Dalším rozdílem jsou zkušení poradci s vysokým vzděláním, kdy většina z nich byla dříve zaměstnána v státem financovaných centrech. Poradci v těchto centrech jsou v převážné většině terapeuti, kteří mají za sebou terapeutický výcvik.

Nejčastěji se zde využívá metody dvanácti kroků, Kognitivně-behaviorální terapie KBT, bio-fyzikální metody léčby, nábožensky založené léčby holistického přístupu, behaviorální modifikace a terapie kreativního tvoření.

Ve velké většině jsou soukromě financovanými programy malá centra, což znamená, že si mohou dovolit pracovat s každým klientem zvlášť. Tím se klientovi dostává větší pozornosti a klient si snadněji vybuduje důvěru ke svému poradci. Velký důraz se zde klade na individuální potřeby. Tímto způsobem se pak i zvyšuje šance na úspěšnější a rychlejší léčbu.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM

Ve výzkumné části budeme analyzovat systémy ambulantní léčby pro drogově závislé v České republice a Kanadě. Následně tyto dva systémy porovnáme a popíšeme si jednotlivé prvky, kterými by se země mohly vzájemně inspirovat a obohacovat.

5.1 Cíle kvalitativního šetření

Při kvalitativním šetření budeme odpovídat na tři výzkumné cíle. Prvním z našich cílů je analyzovat systémy ambulantní léčby pro drogově závislé v Kanadě a České republice. Jako druhý cíl si tyto systémy porovnáme a třetím cílem výzkumu je vzájemné obohacení těchto systémů.

5.2 Klíčová výzkumná aktivita

Popsat rozdíl mezi poskytováním ambulantní léčby pro drogově závislé v České republice a v Kanadě.

5.3 Dílčí výzkumné otázky

1. Jaký je rozdíl ve způsobu financování, a kdo je zřizovatelem ambulantní léčby pro drogově závislé v ČR a Kanadě?
2. Jaký je rozdíl mezi nastavením standardů pro ambulantní léčbu v ČR a Kanadě?
3. Jaký je rozdíl mezi četností zařízení pro ambulantní léčbu a jejich komunitním plánováním v ČR a Kanadě?
4. Jaká je snaha o spolupráci s dalšími zařízeními v ČR a jaká v Kanadě?
5. Jakou mají odbornost pracovníci v těchto institucích v ČR a jakou v Kanadě?
6. K jakému pokroku a změnám došlo v posledních letech v systému ambulantní léčby u nás a v Kanadě?
7. Je zřetelný rozdíl mezi službami jednotlivých center a klientelou, pro kterou jsou směřovány v ČR a službami a klientelou pro kterou jsou směřovány v Kanadě?
8. Jaký je rozdíl mezi délkou fungování ambulantní léčby v ČR a v Kanadě?
9. Jakým způsobem probíhá dohled supervize a jaká je její intenzita v ČR v porovnání s Kanadou?

10. Je rozdíl v používání metodických materiálů v ČR a v Kanadě?
11. Jaká je celková délka programu ambulantní léčby a intenzita setkávání se s klienty v ČR a jaká je v Kanadě?
12. Má ČR jiný počet klientů na jeden pracovní úvazek a je velikost pracovního úvazku jiná, než je v Kanadě?
13. Je rozdíl v podpoře vzdělávání pracovníků center v ČR a v Kanadě?
14. Jaké je finanční ohodnocení pracovníků center v ČR a jaké v Kanadě?

5.4 Metodologie šetření

Metoda našeho šetření se při sběru dat opírá o moderovaný rozhovor. Tento rozhovor byl polostrukurovaný a při jednotlivých okruzích byly používány upřesňující otázky. Odpovědi byly zaznamenány pomocí poznámek a audio záznamu. (Audio záznam je dostupný na CD v příloze bakalářské práce.)

Tento typ interview je jednou z nejpoužívanějších metod. Při jeho užívání si vytváříme určité schéma, které je pro tazatele závazné a ve kterém jsou obsaženy okruhy otázek, na které se ptáme účastníků. Obvykle je možné volně měnit pořadí těchto okruhů a pro upřesnění odpovědí je vhodné použít inquiry (doplňující otázky), při kterých si sami ověříme, jestli danou odpověď správně chápeme a interpretujeme. (Mioviský 2006 s. 162)

Jako vyhodnocovací metoda byla zvolena metoda vytváření trsu, která běžně slouží k tomu, abychom seskupily dané výroky do skupin dle různých klíčů, jako např. místa, případu, určitého jevu. Tyto skupiny (trsy) pak vznikají na základě vzájemné podobnosti jednotlivých jevů. Základním principem této metody tedy je srovnávání a agregace dat. (Mioviský 2006 s. 221)

5.5 Charakteristika zkoumaných subjektů

Pro náš výzkum bylo zkoumáno šest odlišných zařízení poskytujících ambulantní léčbu pro drogově závislé. Tři z těchto zařízení jsou v ČR a tři se nachází v Kanadě.

Z finanční náročnosti tohoto výzkumu jsme se museli zaměřit pouze na jednu z provincií v Kanadě, kterou je Alberta. Ale na základě analýzy internetových zdrojů a předvýzkumu (rozhovorů s pracovníky center) víme, že ambulantní systém v ostatních provinciích je obdobný.

Všechny kanadské výzkumné vzorky se nacházejí ve městě Edmonton, stejně, jako české vzorky ve městě Olomouc. Nyní si jednotlivá zařízení stručně popíšeme.

Kanada:

1. Youth Community Services Edmonton

Toto zařízení je určené pro děti a mládež od 12 do 17 let, kteří jsou závislí nebo mají problém s návykovými látkami. Zařízení je zřizováno a financováno zdravotnickým servisem v Albertě, a proto musí podléhat specifickým standardům provincie. Není určeno jen pro děti a mládež, ale i pro jejich rodinné příslušníky a přátele, kteří si tam mohou přijít pro radu nebo pomoc. Centrum se nezabývá pouze ukončením užívání návykových látek, ale také jejich omezením. Mezi služby centra patří: rodinné sezení, skupinové a individuální terapie, ambulantní léčba, rodičovská sezení, informativní schůzky a uzavřené rodičovské skupiny. V době výzkumu bylo v centru 16 pracovníků zabývajících se ambulantní léčbou a bylo to jediné centrum pro závislé mladistvé ve městě. Pracovníci centra musí mít vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání v oboru a všichni jsou povinně pod supervizí, která probíhá individuální i skupinovou formou jedenkrát za týden. Nelze říci, kolik klientů připadá na jeden pracovní úvazek, protože toto číslo se odvíjí od denního počtu klientů. Pracovníci mají tři dny v roce vyhrazeny na školení, která zprostředkovává zaměstnavatel. Každé další vzdělávání si pracovník hradí sám, musí na něj využít buď svoji zdravotní dovolenou anebo neplacené volno. Plat pracovníků odpovídá tabulkám střední platové třídy (cca 60 000 kanadských dolarů ročně) a postupně, s odpracovanými roky se zvyšuje.

Ambulantní léčba zde probíhá za pomoci metodických materiálů, které vydává zdravotnický servis Alberta. Ty jsou dále využívány dle odbornosti pracovníka. Klienti chodí do ambulantní léčby v různých časových rozmezích. Běžné je jedno sezení týdně, ale není výjimkou ani sezení jedenkrát měsíčně. Při těchto sezeních se nemusí uzavírat žádná smlouva. Klient za pomoci pracovníka sestavuje plán své léčby, který se může následně různě doplňovat nebo upravovat dle potřeby obou stran. Veškeré služby, které jsou poskytované centrem, jsou bezplatné a jsou hrazeny státem.

2. Edmonton Adult Counselling and Prevention Services

Centrum je určené klientům od 18-ti let věku a jejich příbuzným, či přátelům. K základním službám poskytovaných centrem patří: příjem klientů, vyhodnocování situace, poradenství, skupinová sezení, psycho-vzdělávací skupiny, individuální a skupinová terapie, preventivní programy, detoxifikační léčba, doléčovací program s pracovními místy, školou a pomoc agenturami pro mládež. Zařízení má dlouholetou tradici, funguje přes 50 let a ročně má cca 6000 nových klientů.

Toto centrum, stejně jako předešlé, spadá pod zdravotnický servis Alerty a tudíž je dotované státem, kterým jsou nastavovány i veškeré standardy. V centru proto pracují zaměstnanci s dostatečným vzděláním, které je podmíněno certifikátem z vyšší odborné školy a nebo diplomem z univerzity. Výše jejich platu se pak odvíjí právě od těchto faktorů. V centru mohou pracovat i bývalí klienti, ale stejně tak, jako všichni ostatní, musí absolvovat odborné vzdělání. Každý pracovník má vlastního supervizora, který je mu k dispozici na telefonu 24 hodin denně, přičemž zaměstnanci se supervizují navzájem. Jedenkrát týdně se pak koná supervize týmová. Na jeden pracovní úvazek připadá cca 5 klientů denně.

Ambulantní léčba většinou probíhá jedenkrát týdně podle toho, jakou formu (individuální či skupinovou) si klient zvolí, přičemž se vždy vytváří pouze plán léčby, ale neuzavírá se smlouva, a tak zde klient může být zcela anonymně.

3. Centrum a Street works – Boyle Street Co-op Edmonton

Centrum Boyle Street co-op je primárně určeno lidem, kteří jsou uživateli návykových látek a to jakýmkoliv způsobem. Tito klienti většinou ještě nejsou s naprostou jistotou rozhodnutí přestat s užíváním návykových látek. Centrum vzniklo v roce 1989 a je ze dvou třetin financováno Alberta Community HIF Fund a z jedné třetiny Zdravotnickým servisem v Albertě. I toto centrum má nastavené standardy, které jsou mnohem volnější než u center předešlých, protože jsou založeny na základním pravidle: „Kdo přijde, tomu pomůžeme, ať má zájem o léčbu trvalou či jen o pomoc v tíživé situaci.“ Pro toto centrum není poskytováno příliš metodických materiálů, většinou vychází z toho, co jim poskytují zřizovatelé a ze svých osobních zkušeností.

Většina pracovníků zaměstnaných v tomto centru jsou, kromě zdravotních sester, dříve vylčení drogově závislí, kteří žili dlouhou dobu na ulici. Tito zaměstnanci totiž vzbuzují u klientů mnohem větší pochopení a důvěru. Všichni pracovníci jsou pod odbornou supervizi, každý z nich má osobního supervizora, kterým je jejich kolega a jedenkrát týdně se koná supervize týmová. Pracovníci zde mají možnost navštěvovat různé konference a menší kurzy. Ty jsou jim hrazeny zaměstnavatelem. Platové ohodnocení těchto pracovníků není tak vysoké, jako v předchozích centrech. Vychází se z toho, na jakém pracovním postu se nachází. Buď na postu zdravotní sestry, nebo sociálního pracovníka.

Toto centrum funguje pouze ambulantní formou a street work. S klienty není potřeba uzavírat žádnou smlouvu, výjimkou jsou lidé HIV pozitivní, nebo mající nějaké zdravotní problémy. U těchto osob jsou známy základní údaje, které jsou důležité pro jejich léčbu. V tomto centru se nedá určit počet klientů na pracovníka z toho důvodu, že klienti sem

nechodí po předešlé domluvě, ani v určitém časovém rozpětí. Každý den přijde jiný počet klientů. Úvazky jsou osmi hodinové, od pondělí do pátku a ke každému úvazku jsou 4 směny měsíčně na street work, který probíhá ve večerních hodinách.

Česká republika:

1. P-centrum Olomouc

P-centrum Olomouc je nezisková organizace, která poskytuje službu z oblasti prevence, péče o rodinu s dětmi, poradenství, léčby a doléčování závislostí. Centrum poskytuje ambulantní léčbu a poradenství lidem s problémem drog, alkoholu, hazardního hraní a jejich blízkým. Poradenské služby jsou anonymní a bezplatné.

Zřizovatelem je Olomoucký kraj, který zřizuje službu odborného sociálního poradenství, a proto také podléhá jejich kontrole stanovených standardů. Kromě kraje je centrum financováno a kontrolováno Úřadem vlády ČR a Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP). Další finanční podporou je Statutární město Olomouc, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví a nemalá část peněz je získávána také z projektů, které financuje Evropský sociální fond.

Všichni pracovníci centra, kteří jsou na pozici terapeuta pro ambulantní léčbu, mají vysokoškolské vzdělání s humanitním zaměřením a psychoterapeutické výcvik. Je možné, aby zde byli zaměstnáni i bývalí uživatelé návykových látek, ale i pro ně platí kritéria vzdělání. Všichni pracovníci jsou pod odbornou supervizi, která probíhá jedenkrát v měsíci s externím pracovníkem a čtyřikrát do roka s druhým externím pracovníkem. Každý týden probíhá týmová porada o klientech a každé dva měsíce týmová supervize.

Ambulantní léčba zde funguje od roku 2006 a je založená na práci s metodickými materiály od Rollinga, Nešpora, metody krátkého intervenčního programu a dalších postupů dle jednotlivých psychoterapeutických výcviků pracovníků. Ambulantní setkání s klienty probíhá po domluvě, dle uzavřené smlouvy, většinou jedenkrát týdně.

Pracovní úvazek je 40 hodin týdně, který zahrnuje přímou i nepřímou práci s klientem. Platové ohodnocení pak vyplývá z tabulek o pracovnících v sociálních službách.

2. Kontaktní centrum Olomouc

Centrum je určeno uživatelům nealkoholových drog nebo jejich kombinací, kterou se v důsledku jejich užívání dostali do obtížné životní situace. Dále je určeno rodičům a blízkým osobám ohrožených návykovým chováním. Mezi základní služby patří poradenství, zprostředkování detoxifikace a doporučení do léčby, odborná podpora při zahájení abstinence či po absolvované léčbě, sociální a informační servis a další služby spojené s dodržováním základní hygieny při užívání návykových látek.

Zaštitujícím a zřizujícím orgánem je sdružení Podané ruce, o.s. O finanční podporu se pak ještě zasluhuje Úřad vlády a Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Olomoucký kraj, Statutární město Olomouc a finanční podpora získaná z Evropského sociálního fondu.

Pro práci v K-centru je nutné splňovat podmínky vzdělání, které jsou dané Zákonem o sociálních službách 108/2006 a RVKPP. Jde o: vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání s humanitním zaměřením nebo je potřeba mít status pracovníka v sociálních službách. Na jeden kalendářní rok vychází 20 hodin supervize, která je povinná pro všechny pracovníky centra a každý den na konci pracovní doby probíhá intervize.

Ambulantní léčba zde funguje již 20 let a vychází z vypracovaných manuálů a směrnic sdružením a RVKPP. Program ambulantní léčby zde není přesně strukturovaný, spíše se opírá o potřeby klienta. Jediným strukturovaným je program „Dokážu to“, který má vždy 12 setkání.

Plný pracovní úvazek v centru je běžných 40 hodin týdně a na jednoho zaměstnance připadá cca 10 klientů denně s tím, že každý den je počet klientů v K-centru jiný. Každý klient má svého klíčového pracovníka. Platové ohodnocení se pak pohybuje v rozmezí 12 000 Kč až 15 000 Kč měsíčně.

3. Středisko sekundární prevence a léčby závislostí, Vojenská nemocnice Olomouc

Tato instituce je koncipována jako zařízení pro osoby závislé na návykových látkách, které mají zájem o léčbu. Zařízení je určeno pro péči o osoby závislé na alkoholu, na ilegálních drogách, lécích či automatech nebo i pro pacienty s kombinovanou závislostí. Běžně toto zařízení funguje jako pobytová služba, ale nabízí i služby ambulantní, i když pouze v omezeném čase.

Celá instituce spadá pod Vojenskou nemocnici, která je jejím zřizovatelem a financována je Ministerstvem vnitra. Toto pracoviště je řazeno pod zdravotnický sektor, a proto u něj nemůžeme mluvit o standardech, jako u center předešlých.

Pracovníkem zde může být na pozici zdravotní sestry člověk se střední odbornou školou zdravotní, ke které musí mít psychiatrickou specializaci. Pokud je to pozice lékaře, je zapotřebí vysokoškolské medicínské vzdělání. Na pozici terapeuta je nutné vzdělání z příslušného psychoterapeutického výcviku.

Ambulantní léčba zde funguje přes 20 let a její základní funkce je poradna, zaměřená spíše na poskytování kontaktu na centra s dlouhodobější léčbou, až po dlouhodobější léčbě sem klienti dochází za účelem prevence před relapsem. Tato ambulance nemá žádné přímé metodické materiály, kterými by se měla řídit. Ani její pracovníci nejsou pod dohledem supervize. Pod dohledem supervize jsou pouze na oddělení detoxu, které je s touto ambulancí úzce spjaté a práci zde vykonávají ti samí zaměstnanci. Ambulance zde funguje dvakrát týdně, což je 16 hodin pracovního úvazku a pro celou ambulantní léčbu je zde jeden lékař, který má na starost všechny klienty. Ti dochází většinou jednou měsíčně, ale někteří i jednou týdně. Doba jednoho sezení obvykle nepřesahuje 10 minut. Průměrné platové ohodnocení pracovníka ambulantní léčby v rámci detoxifikačního oddělení je u lékařů 26 000 Kč měsíčně čisté mzdy a u zdravotní sestry 20 000 Kč.

5.6 Výsledky výzkumu dílčích otázek

1. Jaký je rozdíl ve způsobu financování, a kdo je zřizovatelem ambulantní léčby pro drogově závislé v ČR a Kanadě?

Při kladení první otázky, jsme došli k poznatku, že je rozdíl ve způsobu financování. Ale je podmíněn právě tím, kdo je zřizovatelem daného centra. V ČR bylo z našeho vzorku každé centrum zřizováno jiným orgánem a tudíž i jiným způsobem financováno. Dalo by se ale říci, že velká část ambulantní léčby v ČR je na bedrech neziskových organizací, které jsou financovány z krajů a RVKPP. Zatímco v Kanadě je většina center tohoto druhu pod jedním zřizovatelem, kterým je stát (konkrétně ministerstvo zdravotnictví) a pouze minimum center je financováno z neziskového sektoru.

2. Jaký je rozdíl mezi nastavením standardů pro ambulantní léčbu v ČR a Kanadě?

Z našeho výzkumu je patrné, že jediným rozdílem v nastavení standardů je to, kdo tyto standardy nastavuje. Přičemž standardy v obou zemích jsou nastaveny dle zřizovatele každého centra. Z dalších dílčích otázek se pak dozvíme, že jejich obsah se příliš neliší.

3. Jaký je rozdíl mezi četností zařízení pro ambulantní léčbu a jejich komunitním plánováním v ČR a Kanadě?

U naší třetí výzkumné otázky se dostáváme do konfrontace s tím, co je a není komunitní plánování. Kanadě komunitní plánování probíhá v rámci neziskového sektoru odděleně od sektoru zdravotnického, kdežto v ČR jsou větší tendence ke společnému plánování v rámci celku, jako je město či kraj. Co se četnosti zařízení týče, tak zde není patrný rozdíl v porovnání na počet zájemců o tyto služby.

4. Jaká je snaha o spolupráci s dalšími zařízeními v ČR a jaká v Kanadě?

V obou zemích mají ve všech centrech vytvořenou síť kontaktů na další zařízení, která v případě potřeby kontaktují, či si vzájemně doporučují klienty. Lze tedy konstatovat, že snaha o spolupráci mezi jednotlivými centry v ČR a Kanadě se příliš neliší.

5. Jakou mají odbornost pracovníci v těchto institucích v ČR a jakou v Kanadě?

V obou zemích jsou v těchto zařízeních ve velké většině zaměstnáváni pracovníci s odborným vzděláním, jedinou výjimkou bylo centrum Street work v Kanadě, kde mohli pracovat bývalí uživatelé návykových látek i bez odborného vzdělání, s tím, že tyto pracovníci měli jen omezenou činnost s klienty a nemohli zastupovat zdravotnické práce, na které byla odbornost nutná.

6. K jakému pokroku a změnám došlo v posledních letech v systému ambulantní léčby v ČR a v Kanadě?

Ve většině námi dotazovaných center došlo v posledních letech pouze k menším organizačním změnám, či změnám ve způsobu financování. Konkrétně bychom mohli na kanadské straně mluvit o nárůstu neziskových center, jejich způsobu financování a růstu preventivně výchovných programů pro děti a mládež. Na straně české to jsou menší změny především v metodách práce a v příjmu financí na doplňkové služby pro klienty, které z toho důvodu musely být zpoplatněny.

7. Je zřetelný rozdíl mezi službami jednotlivých center a klientelou, pro kterou jsou směřovány v ČR a službami a klientelou pro kterou jsou směřovány v Kanadě?

Odpověď na tuto otázku je poněkud komplikovaná, protože každé z těchto center, jak v Kanadě, tak v ČR má v určitých bodech trochu jiné zaměření klientely. Centra se v obou zemích dělí dle mnoha klíčů, jako je například: věk, zřizující orgán, stádium rozhodnutí se

léčit se závislostí, a další. Proto i služby v těchto centrech jsou těmto klientům uzpůsobeny. Pokud bychom však porovnávali centra s podobným zaměřením, můžeme tvrdit, že zařízení v obou zemích nabízejí obdobné služby a rozdíl zde není zřetelný.

8. Jaký je rozdíl mezi délkou fungování ambulantní léčby v ČR a v Kanadě?

Centra v obou zemích vznikala postupně, ne však v jedné zemi dříve než ve druhé. Většina center v obou zemích jsou stará dvacet a více let a stejně tak dlouho zde funguje ambulantní léčba, proto se nedá definovat rozdíl mezi délkou jejich trvání. Jedinou výjimku tvoří P-centrum Olomouc, ve kterém začala ambulantní léčba fungovat později než samotné P-centrum.

9. Jakým způsobem probíhá dohled supervize a jaká je její intenzita v ČR v porovnání s Kanadou?

Z našeho porovnávání vyšlo najevo, že supervize probíhají ve všech centrech obou zemí většinou jedenkrát týdně v týmové formě jako porada o klientech. V individuální formě se pracovníci Kanady supervizují vzájemně, pouze výjimečně se jedná o externího pracovníka, na rozdíl od ČR, kde jsou supervize směřovány k externímu pracovníkovi. Výjimku tvoří ambulantní léčba detoxifikační jednotky v ČR, které přiznává nedostatek této služby ve všech směrech.

10. Je rozdíl v používání metodických materiálů v ČR a v Kanadě?

Rozdíl mezi metodickými materiály v těchto zemích je znatelný. Každá země vychází z jiných vlastních metodických materiálů, přičemž tyto metodiky jsou zařízením poskytovány jejich zřizovateli. Avšak po prostudování získaných materiálů bychom zjistili, že mnoho prvků je podobných či dokonce stejných pro obě země.

11. Jaká je celková délka programu ambulantní léčby a intenzita setkávání se s klienty v ČR a jaká je v Kanadě?

V ČR i v Kanadě je běžné se s klientem setkávat jedenkrát týdně, ale někdy to může být pouze jedenkrát měsíčně nebo může jít o nepravidelné setkávání, jako v případě u klientely K-centra v ČR či Street works centra v Kanadě. Centra v obou zemích se snaží vyjít vstříc klientovi, a proto se intenzita setkávání odvíjí od potřeb klienta. Délka těchto programů je velmi individuální, většina námi dotazovaných center nechává délku programu na potřebě klienta.

12. Má ČR jiný počet klientů na jeden pracovní úvazek a je velikost pracovního úvazku jiná, než je v Kanadě?

Musíme uznat, že na tuto otázku je velmi obtížná odpověď, protože každé z nás dotazovaných center má velmi rozdílně nastavená kritéria. Například v ČR: u P-centra Olomouc je hranice stanovena na 25 klientů na jeden pracovní úvazek, ale u dalšího českého centra Detoxifikační jednotka klášterní Hradisko máme pouze jednoho lékaře na všechny pacienty, tudíž se zde nedá diskutovat o tom, kolik klientů připadá na jeden pracovní úvazek. Stejně tak je to i v centrech kanadských, kdy počet klientů na jeden pracovní úvazek stanovuje vytiženost a návštěvnost daného centra v daný den. Lze si však povšimnout, že je rozdíl v procentuální míře administrativní práce a samotné práce s klienty, kdy v tomto případě, má Kanada pouze kolem 10 - 20% administrativní práce, a na samotnou práci s klienty zbývá mnohem více času na rozdíl od center českých, zde jsou pracovníci mnohem více, někdy až z 50%, vytiženi prací administrativní. Další část této otázky byla zaměřena na velikost pracovního úvazku, který je v těchto zemích stejný. Plný úvazek vychází na 40 hodin týdně.

13. Je rozdíl v podpoře vzdělávání pracovníků center v ČR a v Kanadě?

V této otázce můžeme jednoznačně konstatovat, že pracovníci center v ČR mají více možností k dalšímu vzdělávání, než centra kanadská, která mají možnosti rozvoje vzdělání pouze v jednorázových školeních, pořádaných přímo organizací a velmi zřídka se setkávají v podpoře při dalším studiu například na vysoké škole či v psychologických výcvicích. Oproti tomu některá česká centra své pracovníky v dalším vzdělávání podporuje jak finančně, tak i poskytnutím volného času k přípravě na studium.

14. Jaké finanční ohodnocení pracovníků center je v ČR a jaké v Kanadě?

Finanční ohodnocení pracovníků v ČR je dáno platovými tabulkami, ve kterých se nachází na pozici pracovníka v sociálních službách. Toto platové ohodnocení je ve výši měsíčního příjmu 12 - 15 000 Kč hrubé mzdy. Pracovníci Detoxifikační jednotky se pak nachází ve třídě zdravotních sester či lékařů, kde se plat pohybuje o něco výše. U zdravotních sester je to cca 20 000 Kč měsíční čisté mzdy a u lékařů 26 000 Kč měsíčně čisté mzdy. V Kanadě je tomu velmi obdobně. Platy jsou rozděleny do platových tříd. Pracovníci těchto center se nachází ve střední platové třídě na pozici pracovníka v sociálních službách či pozici zdravotní sestry a jejich platové ohodnocení je cca 30 000 Kč měsíčně hrubé mzdy. Plat pak

narůstá u všech tabulkových platů v ČR i v Kanadě s tím rozdílem, že v Kanadě roste rychleji. Zároveň ale musíme brát v úvahu, že zde mají vyšší daně a vyšší náklady na život.

5.7 Ověření klíčové aktivity

Z námi zodpovězených dílčích otázek vyplývá, že mezi ambulantní léčbou pro drogově závislé v České republice a Kanadě není velký rozdíl.

5.8 Vzájemné obohacení systémů ambulantní léčby v ČR a Kanadě

Při zabývání se obohacením systémů ambulantní léčby u nás a v Kanadě se nám odhalí mnoho příležitostí pro velká témata. Tyto systémy jsou si dle našich poznatků velmi podobné. Naskytne se nám však příležitost, alespoň při vzájemném obohacování v rámci menších rozdílů. Jedním z takových rozdílů je vysoké procento administrativní práce v ČR, která by se zde mohla nechat inspirovat kanadskou stranou a toto procento snížit nejméně o polovinu proto, aby pracovníkům v ČR zbývalo více času na samotnou práci s klientelou.

Naopak kanadská centra se mohou od českých center nechat inspirovat podporou rozvoje svých pracovníků, kdy v této oblasti má ČR značnou převahu a své pracovníky někdy podporuje jak finančně, tak i časově.

Dále se nám zde vyskytují témata velmi diskutabilní, a těmi jsou supervize a platové ohodnocení. V tématu supervizi bychom se mohli zmínit o vhodnosti či nevhodnosti osobních supervizí v rámci pracovního týmu, kdy v kanadských centrech je běžné mít jako svého osobního supervizora svého kolegu. Na rozdíl od českých center, kde se osobní supervize uskutečňuje za pomoci externího pracovníka. Na toto téma jsme však chtěli pouze upozornit a necháme jej na posouzení odborníků. Stejně tak, jako je to v případě tématu platového ohodnocení, které, jak náš výzkum naznačuje, je v kanadských centrech o značnou míru větší než v centrech českých. Musíme se však zamyslet a brát v úvahu životní nároky na žití v obou zemích, které nejsme schopni posoudit. A pro dostačující posouzení na tuto problematiku bychom museli uskutečnit další výzkum.

Určitě bychom zde našli i mnoho dalších menších inspirativních rozdílů, ale pro náš účel byli zvoleny pouze tyto tři, které autor práce považuje za ty nejdůležitější.

5.9 Diskuze

V diskusní části této bakalářské práce se budeme zabývat kritickým náhledem na výzkumem zjištěná fakta. Je však velmi těžké tato fakta kritizovat, protože většina takto napadnutelných jednotek má své logické opodstatnění, či není z finančních důvodů měnitelná. Proto se na tyto kritiku musíme dívat s náhledem a spíše hypoteticky.

Nejdříve se zaměříme na administrativně správní rovinu, ve které jsme se dozvěděli o rozdílu ve způsobu financování. Je určitě potřebné zde zmínit důležitost právě způsobu financování. Bylo by určitě mnohem snadnější, kdyby centra pro ambulantní léčbu osob s drogovou závislostí byla podporována pouze jednou jednotkou, která by byla i zřizovatelem, poskytovatelem společných standardů a metodických materiálů. Tento zdroj by měl být na tolik dostačující, aby uspokojoval potřeby centra pro jeho běžný chod se všemi jeho službami. Pracovníci by vykonávali svou práci v klidné a příjemné atmosféře s plnou soustředěností se na klienty na rozdíl od dnešní praxe, kdy musí vypracovávat různé projekty sloužící k získání financí, které jsou nezbytné pro chod zařízení.

Dalším tématem by měla být čestnost zařízení, která je dle výzkumu dostačující, a proto se u tohoto tématu nebudeme dlouho zdržovat. Stejně tak, jako u tématu meziinstitucionální spolupráce, u které jsou stále patrné mezery ve stoprocentní spolupráci, ale z výzkumu se nám potvrzuje, že se na tomto úkonu pracuje.

Více bychom se měli pozastavit nad odborností pracovníků v centrech. Z šetření vyplývá, že u 5 z 6 center je nutná vysokoškolská odbornost a jen v jednom z center (Street works Edmonton) mohou pracovat bývalí uživatelé bez náležitého vzdělání. Když bychom se nad tím zamýšleli do detailu, tak se nám naskýtá příležitost uvažovat o tom, jestli je opravdu vysoká škola to nejdůležitější pro to, abychom dokázali porozumět a pomoci člověku v tak tíživé situaci, jako je závislost. Tím se nám otvírá i další téma, zda nám vůbec studium je schopné tyto schopnosti poskytnout. Samozřejmě z praktických důvodů, je důležité, aby měl člověk pomáhající profesi vystudovanou, ale k zamyšlení stojí i myšlenka individuálního posouzení.

Z výzkumu vyplývá fakt, že se průběhu posledních 5-ti let ambulantní léčba příliš nezměnila. Tento fakt může být brán pozitivně, v tom slova smyslu, že je léčba dobře nastavena a tudíž není nutné zlepšení, ale také bychom se mohli pozastavit nad tím, že se ani nehýbá kupředu. Jediné změny, které se udály, byly menšího rozsahu a to v oblasti nedostatku financí na české straně, které příliš ku prospěchu léčby nejsou.

Ve druhé odborné rovině výzkumu se otvírá příležitost pro analyzování služeb, které jsou ve všech centrech bohaté a přiměřené klientele. Pro naši kritiku je však zajímavější téma supervizí. Jak už jsme se v předešlé části vzájemného obohacení dočetli, v kanadských centrech se pracovníci supervizují vzájemně, a tudíž zde může nastat nepříjemná situace, kdy pracovník má problém právě v oblasti kolegiálních vztahů a může mu být nepříjemné tuto situaci se svým kolegou - supervizorem řešit. A naopak na druhé straně kolegy - supervizora, může dojít k nedostatečnému náhledu na problém. Proto není nesmyslná myšlenka českých center, kde probíhá supervize s externím pracovníkem. Zde ale zase může nastat situace nezasvěcenosti supervizora do problému centra a tudíž i těžší vcítění se do problému.

Jedním z dalších velkých témat v odborné rovině je bezesporu administrativní práce, ke které jsme se již zmiňovali v předešlé části, a proto je potřeba stručně podotknout, že primárním cílem ambulantní léčby není za rok vykázat nesmyslné množství záznamů a dokumentace o klientech, ale pomoci jim v jejich závislosti.

Milým zjištěním byla skutečnost, že v ČR existuje podpora dalšího vzdělávání, které bohužel v Kanadě nefunguje a pracovníci si v Albertě musí platit veškeré výdaje na vzdělání sami bez jakékoliv časové či finanční pomoci zaměstnavatele. Je zřejmé, že jakákoliv podpora zaměstnavatele, ať už třeba jen ústní, je pro pracovníka motivující a pro zaměstnavatele výhodou.

Na to se váže i poslední fakt, že i když jsou pracovníci z velké části vysokoškolsky vzdělání, mnoho z nich má i psychoterapeutický výcvik, platové ohodnocení tomu v porovnání s dalšími běžnými profesemi s vysokoškolskou kvalifikací zdaleka nekoresponduje. Z tohoto zjištění by nám mohl vyplynout i další úsudek, kterým je brzká frustrace pracovníků a větší riziko syndromu vyhoření.

Tuto diskuzi by bylo záhodno ukončit slovy od Marka Hedдона: „*Svět je plný samozřejmostí, kterých si jakživ nikdo nevšimne.*“ V tomto případě o těchto samozřejmostech všichni vědí, ale nikdo s nimi nic nedělá.

ZÁVĚR

Závěrem této práce si shrneme veškeré zjištěné poznatky o ambulantní léčbě osob s drogovou závislostí jak v ČR, tak na území kanadské Alerty.

V administrativně-správní rovině jsme se o ambulantní léčbě osob s drogovou závislostí dozvěděli informace o tom, kdo na území České republiky a Kanady tyto služby zřizuje, jakým způsobem jsou financovány, jestli zde fungují nějaké společné standardy, jaká je četnost těchto zařízení, a zda se centra účastní komunitního plánování. Dále jsme se dozvěděli do jaké míry a s kým centra spolupracují, jaká je nutná odbornost zaměstnanců těchto center a zda v posledních letech došlo ke změnám v systému ambulantní léčby.

Ve druhé, námi zvolené odborné rovině, jsme dostali odpovědi na otázky z oblasti nabízených služeb a pro jakou klientelu jsou služby určeny. Jak dlouho ambulantní služba v centrech funguje, zda jsou pracovníci pod dohledem supervize, jakým způsobem supervize probíhá a jaké metodické materiály centra používají.

K tomuto výzkumu bylo dotazováno šest center. Tři centra česká: P-centrum Olomouc, Kontaktní centrum Olomouc a Středisko sekundární prevence a léčby závislostí Vojenská nemocnice Olomouc. Pro kanadskou stranu výzkumu to byli: Youth Community Services Edmonton, Adult Conselling and Prevention Services Edmontn a Street works-Boyle street Co- op Edmonton.

Na tuto bakalářskou práci byly kladeny tři cíle, kterými bylo analyzovat systémy ambulantní léčby osob s drogovou závislostí v Kanadě a České republice, dále pak tyto systémy porovnat a následně z nich vyvodit vzájemné obohacení pro obě země. Při čtení práce zjistíme, že se nám všechny tři cíle podařilo naplnit.

Bylo zjištěno, že ač v obou těchto zemích vládne jiný sociálně politický systém, jsou zde vidět stejné prvky v ambulantní léčbě pro osoby s drogovou závislostí. Mezi hlavní podobné body patří například nabídka služeb, způsob poskytování ambulantní léčby, snaha o meziinstitucionální spolupráci a mnoho dalších, o kterých se můžeme dočíst výše v této bakalářské práci. Zároveň je nutné podotknout, že jsou zde také prvky, které stejné nejsou. Systémy by se v těchto případech mohly vzájemně obohatit, jako třeba v případech zprostředkování vzdělávání, dohledy supervizí nebo množství administrativní práce požadované po pracovníkovi.

Tímto si jako autorka dovoluji tvrdit, že má práce by mohla být užitečná právě zmiňovaným centrům k získání informací, jak o centrech ze stejné země ba dokonce stejného města, tak především pro nahlédnutí do systému jiné země. Zvláště pak v tomto případě, kdy operují se zastoupením dvou různých kontinentů.

Závěrem bych chtěla dodat, že jsem ráda za výběr svého tématu, protože díky mé práci se mi naskytla příležitost více proniknout do systému ambulantní léčby u nás a dostat se do center pro léčbu drogově závislých v Kanadě. Byl to pro mne velký přínos a zkušenost.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. BRUNO, F. et al. ANDREOTTI MARIA ELENA. *Drogy: Drogová závislost*. 1. vyd. Olomouc: Sananim, 1996, 120 s.
2. COLE, M. S. *Street drugs: New research on*. 1. vyd. New York: Nova Science Publishers, 2009, 292 s. ISBN 1- 59454-961-3
3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4. vyd. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2005, 995 s. ISBN: 0-89042-025-4
4. HOFMAN, J. a FROEMKE, S. *Addiction: Why can't they just stop?* 1. vyd. New York: Rodale, 2007, 251s. ISBN 1- 59486-715-1
5. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 318 s. ISBN 80-86734-05-6.
6. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 343 s. ISBN 80-86734-05-6.
7. KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
8. KHATELEN, S. *12. Kroků- metoda odvykání závislosti*, 1. vyd. Praha: Pragma, 2006, 160 s. ISBN: 80-7349-011-0
9. *Mezinárodní klasifikace nemocí- 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování*. 3. vyd. Praha: World Health Organization- Psychiatrické centrum Praha: 2006, 251 s. ISBN 80-7178-432-X.
10. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006 332 s. ISBN: 80-247-1362-4

11. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 152 s. ISBN 80-7178-432-X. MIOVSKÝ, L. *Seznam a definice výkonových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006, 88 s. ISBN 80-86734-81-1

12. RADIMECKÝ, J. a kol. *Návrh koncepce ambulantní adiktologické péče v České republice*. Praha: Centrum adiktologie, 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova, 2008, 29 s.

13. RŮŽIČKA, M. a kol. „Dokážu to?“ *Pervitin- koncepce školení pro terapeutiky*. 1. vyd. Olomouc: P-centrum, 2012, 75 s. ISBN 978-80-905377-0-5

14. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.: Vznik a vývoj*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj/ Magdaléna O.P. S., 2004, 239 s. ISBN 80- 7106-876-4.

15. *WHO Expert Committee on Drug Dependence: 30th Report*. WHO Technical Report No. 873. WHO, Geneva, 1998

16. ZÁBRANKSÝ, T. *Drogová epidemiologie*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 96 s. ISBN 80-244-0709-4

Internetové zdroje:

17. About street works [online], [cit. 2013- 02-15]. Dostupné z <http://www.streetworks.ca/pro/index.html>

18. A kluby [online]. [cit. 2012-11-04], Dostupné z http://www.akluby.cz/?page_id=260

19. *Ays Edmonton*. AADAC [online], [cit. 2012-11-04], Dostupné z http://www.christie.ab.ca/aadac/about/ays_edmonton.htm

20. Canada and drug rehab programs [online], [cit. 2013- 02-15]. Dostupné z

- <http://canadadrugrehab.ca/AB/Alberta-Outpatient-Alcohol-Drug-Rehab-Programs.html>
21. *Drug abuse screening test (DAST)*. Conselling resource [online], [cit. 2012-11-04], Dostupné z <http://counsellingresource.com/lib/quizzes/drug-testing/drug-abuse/>
 22. FIŠEROVÁ, M. (2000). *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*. Stránky ústavu farmakologie 3. LF UK [online]. [cit. 2012-11-04], Dostupné z <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>
 23. *Kontaktní centrum v Olomouci* [online], [cit. 2012-05-03], Dostupné z <http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/kontaktni-centra/kontaktni-centrum-olomouc/>
 24. MARCEL GEMME C.C.D.C, (2012). *Outpatient drug rehab in Alberta*. Drug rehab services [online], [cit. 2013- 02-15]. Dostupné z <http://www.drugrehab.ca/alberta-outpatient-drug-rehab-centers.html>
 25. P-centrum [online], [cit. 2012-11-04], Dostupné z http://www.p-centrum.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=36&Itemid=39
 26. SANANIM, (2012). *Léčebné programy*. Drogová poradna [online], [cit. 2012-11-04], Dostupné z <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/lecebne-programy.html>
 27. *Sout oaks gamblikg screen(SOGS)*. Know mo [online], [cit. 2012-11-04], Dostupné z http://www.knowmo.ca/capacity/addictionmeasures/addictionmeasureslist/10-12-31/South_Oaks_Gambling_Screen_SOGS.aspx
 28. ŠUCHA, M. *Koncepce ambulantních služeb adiktologie*. Vědci k věci [online]. 27.06.2008, [cit. 2012- 11.08]. Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/60/1346/>
 29. *The Drug Abuse Screening Test (DAST)* [online], [cit. 2012-11-04], Dostupné z http://www.drtepp.com/pdf/substance_abuse.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Schéma okruhů otázek pro pracovníky ambulantní léčby pro alkoholové a jiné závislosti

Příloha č. 2. Rozhovory s respondenty

1. Youth Community Services Edmonton
2. Centrum Edmonton Adult Counselling and Prevention Services Edmonton
3. Street works – Boyle Street Co-op Edmonton
4. P-centrum Olomouc
5. Středisko sekundární prevence a léčby závislostí, Vojenská nemocnice Olomouc
6. Kontaktní centrum Olomouc

PŘÍLOHY

1. Schéma okruhů otázek pro pracovníky ambulantní léčby pro alkoholové a jiné závislosti

Administrativně - správní rovina:

1. Kdo je zřizovatelem ambulantní léčby ve vašem zařízení? Jak je financováno?
2. Máte nastavené nějaké společné standardy pro ambulantní léčbu? Musíte se něčím řídit?
3. Jaká je četnost zařízení? Na kolik obyvatel? Máte komunitní plán?
4. Do jaké míry a s kým spolupracujete? Příklad: Jiné instituce, detoxifikační jednotky, ...
5. Jaká je odbornost pracovníku ve vaší instituci? (příklad: Mohou zde pracovat bývalí uživatelé?)
6. Došlo v poslední době k nějakým změnám v systému ambulantní léčby?
7. Jak se ambulantní léčba liší v provinciích?

Odborná rovina:

1. Co vaše ambulance nabízí za služby a pro jakou klientelu jsou směřovány?
2. Jak dlouho u vás ambulantní léčba funguje?
3. Jste pod dohledem supervize? Jak probíhá? Jak se radíte o klientech? Máte týmovou supervizi?
4. Jaké metodické materiály používáte? Máte nějaké? (příklad: V ČR Nešpor, nebo 12 kroků jak přestat pít)
5. Jak dlouho váš program ambulantní léčby trvá celkově? Jak často se s klientem stýkáte a jak dlouhé je jedno sezení (jedna schůzka)? Musíte s klientem uzavírat smlouvu?
6. Kolik klientů připadá na jeden pracovní úvazek? Jak velký je jeden pracovní úvazek? Jaké procento z toho je administrativa a jaké je přímá práce s klientem?
7. Máte placené nebo nějak zprostředkované vzdělávání? (kurzy, školení)
8. Jaké je průměrné platové ohodnocení v této sféře?

2. Rozhovory s respondenty

1. Youth Community Services Edmonton

Administrativně - správní rovina:

1. Naše ambulantní zařízení je financováno státem, přesněji tedy ministerstvem zdravotnictví, které dává peníze zdravotnickému servisu v Albertě a ten je dále poskytuje nám.
2. Jsou zde specifické standardy pro centra, kde se pracuje s mladistvými (12 – 18 let). Musíme být klinickým centrem, rodinným centrem, musíme vyplňovat jak formální, tak neformální formuláře o našich klientech. To znamená, že klient se může rozhodnout, že nepřestane brát drogy, ale jen omezí, a my mu tedy pomáháme jen pouze omezit a dostat se do co nejlepšího zdravotního stavu.
3. Kolik center je v Edmontonu, to nevím, ale v našem centru je 16 pracovníků, kteří se mohou zabývat ambulantní léčbou. Komunitní plán bohužel nemáme, protože všechna centra jsou financována stejně a center i klientů je tolik, že není možné je řídit. My klientům můžeme poradit, kam by měli jít, kde je to pro ně nejlepší, ale to je vše.
4. Spolupracujeme se všemi centry, protože jsme stejně řízeni. Mezi tyto centra patří: Detoxifikační oddělení, denní programy, metadonová centra a další. Jsme jeden tým, protože máme všichni stejného zřizovatele.
5. Pracovníci v našem centru musí mít diplom z collage (něco jako VŠO), může to být psychologie, může to být práce s dětmi, sociální pracovník a další, v tabulkách zapsaní. Pokud to nespadá do státem daných tabulek, není možné vykonávat tuto profesi. Každý pracovník musí mít 2 – 5 let zkušeností, pokud mají magisterský diplom, mohou nastoupit bez předešlých zkušeností.
6. Nejsem si vědomá žádných změn v posledních letech.
7. Každá provincie má nastavenou ambulantní léčbu jinak, stejně jako celý zdravotnický systém. Některé jsou nám velmi podobné, ale které jak fungují, to přesně nevím.

Odborná rovina:

1. Jsme zaměřeni specificky na věk 12 – 18 let. Nabízíme: rodinná sezení, ambulantní léčbu skupinové terapie, rodičovské sezení (scházejí se rodiče, které mají závislé děti), informativní schůzky a uzavřené rodičovské skupiny. Všechny tyto služby poskytujeme zdarma.

2. Toto centrum celé i s ambulantí léčbou funguje 30 let. Dříve jsme se jmenovali AA – alkoholové a jiné závislosti, ale fungovali jsme se stejnými službami.
3. Ano, všichni jsme pod supervizí. Máme jak individuální tak i týmové supervize. Jedenkrát týdně je týmová i individuální supervize. O klientech se můžeme radit otevřeně bez jakékoliv anonymity.
4. Ano, máme metodické materiály, každý je využívá jinak, podle své odbornosti a svého zaměření. Používáme materiály, jako jsou: SAGAA, ADS, aj.
5. S klienty se většinou vidáme jednou týdně, trvá to individuálně dlouho, záleží na klientovi. Nemusíme dělat žádnou smlouvu s klientem, jen sestavíme léčebný plán, někdy se ale stane, že klient přijde jednou a už nikdy nepřijde. Nebo přijde znovu, ale nevyhovuje mu plán, a tak ho musíme předělat.
6. Je těžké říct, kolik klientů připadá na jeden pracovní úvazek, záleží to na situaci. Někdy máme klienta, který přijde jen jednou, někteří chodí jedenkrát týdně, jiní jednou měsíčně, takže zde není žádné specifické číslo, kolik klientů každý zaměstnanec má. Za sebe můžu říct, že mám cca 30 klientů. Vidám okolo 10 někdy až 20 klientů denně.
7. Žádné placené vzdělání nemáme, pouze různá školení a krátké kurzy. Ale máme tři dny v roce, které jsou vyhrazeny na naše zdravotní volno. Jsou to takové tři dny relaxace.
8. Jsme placeni ve střední platové třídě, která je tabulkově hodnocena, takže záleží na tom, jak dlouho zde pracujete. Plat se každý rok navyšuje. Někdo může vydělávat kolem 60 000 dolarů ročně (1.170 000 Kč), jiní kolem 45 000 dolarů ročně.

2. Centrum Edmonton Adult Counselling and Prevention Services Edmonton

Administrativně - správní rovina:

1. Naše zařízení je financováno státem, přesněji tedy ministerstvem zdravotnictví, které dává peníze zdravotnickému servisu v Albertě a ten je dále poskytuje nám.
2. Naše standardy nastavuje vláda.
3. Město má kolem jednoho milionu obyvatel a nespočetně mnoho center.
4. Všechny instituce spolupracují dohromady, protože jsou pod jedním zřizovatelem.
5. Pracovník v našem centru musí mít certifikát z vyšší školy nebo diplom z vysoké školy. Podle jejich odbornosti se také odvíjí výše jejich platu. Mohou zde pracovat i bývalí klienti, ale musí mít dodělané vzdělání jako ostatní. V našem centru se to ale příliš často neděje.
6. V poslední době nedošlo k žádným výrazným změnám.
7. Každá provincie to má jinak nastavené podle vlády. Víím, že jsou nám některé podobné, ale nevím to přesně.

Odborná rovina:

1. Naše ambulance je zaměřena na klientelu 18 let a starší tzn. uživatele, příbuzní a přátelé. Naše služby jsou: příjem klientů, vyhodnocování situace, poradenství, skupinová sezení, psychovzdělávací skupiny, individuální sezení, preventivní programy/skupiny, detoxifikační oddělení, doléčovací centra s pracovními místy, školou a agenturami pro mládež.
2. Centrum funguje 50 let, v současné době máme 6 000 nových klientů ročně.
3. Každý pracovník má svého supervizora, kterého má vždy i na telefonu (24 hodin denně) a jedenkrát je supervize týmová. Mí supervizoři jsou zároveň mí kolegové. Supervidujeme se navzájem.
4. Naše metodické materiály jsou DAST, ADS, South oaks gambling, SAGAA.
5. Doba trvání ambulantní léčby je individuální, podle toho jak to vyhovuje klientovi. Může to být jeden a půl hodiny, nebo když jde o skupiny dvě hodiny. Je to velmi individuální. Někdy klienti dochází jednou nebo dvakrát týdně, jindy každý den nebo jen jednou měsíčně. Smlouvu s klientem neuzavíráme, pouze se vytvoří léčebný plán, který se odvíjí od potřeb klienta.

6. Počet klientů na pracovníka není pevně daný, je to kolem pěti klientů denně. Administrativní práce jsou tak dvě hodiny denně, což je 20 % ze 100 %.
7. Tréninkových možností máme mnoho, jsou to různé konference, malé kurzy v rámci centra. Ale co je mimo naše centrum, není sponzorováno, stejně tak jako žádné další vzdělávání.
8. Jsme ve střední platové třídě.

3. Street works – Boyle Street Co-op Edmonton

Administrativně - správní rovina:

1. Naše centrum je z jedné třetiny financováno zdravotnickým servisem v Albertě, ale tyto peníze jsou použity pouze na zdravotnické zařízení centra a musíme z nich vykazovat mnoho informací o naložení s těmito prostředky. Druhé dvě třetiny peněz nám poskytuje Alberta Community HIV Found. To je náš stěžejní sponzor.
2. Standardy máme, ale v jejich používání máme mnohem volnější ruku, než ostatní centra. Naše centrum je založeno více na práci s klienty, kteří svoji závislost nechtějí léčit, ale mají nějaký problém, který potřebují řešit. Např. potřebují pomoc s užíváním svých léků proti HIV nebo byly sexuálně zneužity aj.
3. Komunitní plán máme vypracovaný jen pro naše zařízení, protože je zde v okolí jediný. Tento plán platí 3 roky, ale každých 6 měsíců se kontroluje a doplňuje.
4. Spolupracujeme se všemi centry s podobnou problematikou, které jsou v okolí.
5. Co se týče mé odbornosti zdravotní sestry, tak je to bakalářský diplom, ale většina našeho personálu jsou vyléčení drogově závislí, kteří žili na ulicích a díky tomu mají mnohem větší důvěru u našich klientů. Mohou ale říci, že v Kanadě není příliš populární zaměstnávat bývalé uživatele.
6. V poslední době došlo k menším změnám. Dříve jsme byli jediným centrem tohoto typu v Kanadě. Dnes je další i v Ontariu. Také jsme začali poskytovat i preventivní programy. Také jsme více financováni zdravotnickým servisem Albery díky projektu pomoci těhotným ženám na ulici, které jsou drogově závislé. Tento projekt začal roku 2005.
7. Každá provincie má svůj vlastní systém, jak přesně se liší to nevím.

Odborná rovina:

1. Primárně bychom měli pomáhat lidem, kteří jsou injekční uživatelé drog, ale máme i jinou klientelu, ať berou jakoukoliv drogu jakýmkoliv způsobem. Máme velké množství uživatelů závislých na Crag.
2. Naše centrum funguje od roku 1989 se všemi svými službami.
3. Supervizora máme každý svého osobního. Týmová supervize je jednou týdně. Můj supervizor je zároveň i můj kolega, takže o klientech ví vše stejně jako já. Funguje to spíše jako porada. Ale pokud supervizor klienta nezná, vždy se ptám, jestli bude v pořádku, když si o jeho problému promluví s někým dalším.

4. Metodických materiálů není přímo na naši specializaci příliš, ale používáme to, co dostaneme od našich zřizovatelů.
5. Je to velmi individuální, někdy si klienti jen pro něco přijdou, jindy jsou rozhodnutí požádat o pomoc v léčení, a tak sezení trvá déle. Někteří chodí každý den, jiní přijdou jednou a už se nikdy nevrátí. Žádnou smlouvu neuzavíráme. To by bylo příliš obtížné. U některých, kteří jsou HIV pozitivní nebo mají nějaké zdravotní potíže, potřebujeme vědět jejich jméno, příjmení a jiné osobní údaje, protože je to nutné pro léčbu, ale jinak víme o klientech jen to, co sami řeknou.
6. Nedá se říci, kolik klientů máme, protože každý den je jiný počet klientů. Já jsem zde osm hodin denně, od pondělí do pátku a k tomu mám ještě 4 směny měsíčně na street work, což je od 20:30 do 0:30. V našem centru je jeden člověk, který se stará jen o administrativu. Já dělám asi 10% administrativy a 90% čisté práce s klienty.
7. Ano máme možnost navštěvovat různé konference (např. Minulý rok jsem byla v Texasu) a také menší kurzy na zaškolení. Toto nám zaměstnavatel platí. Ale na větší vzdělávání nepřispívá.
8. Mé platové ohodnocení spadá do tabulek zdravotní sestry, kde jsem o něco níže. Můj plat činí 32 dolarů na hodinu a každý rok se to o něco zvedá.

4. P- centrum Olomouc

Administrativně - správní rovina:

1. Zřizovatelem je kraj, který poskytuje službu odborné sociální poradenství. Ti nás také kontrolují na standardy kvality sociálních služeb. Dále Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, která nás certifikuje jako ambulantní léčbu. Také nás financuje město Olomouc, kterému patří dům, ve kterém sídlíme. Také přispívá Ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo zdravotnictví a další finanční prostředky máme z projektů, které financuje Evropský sociální fond a další. Všechny tyto zdroje financí jsou navzájem provázány a každý z nich financuje něco jiného.
2. Máme dvojí standardy: 1. Standardy kvalit sociálních služeb. 2. Operační manuály podle RVKPP.
3. Jsme v komunitním plánování, kde se pravidelně setkáváme v rámci kraje a také v rámci města. V Olomouci jsou dvě nezdravotnická zařízení, která poskytují ambulantní léčbu, to jsme my a K-centrum a dvě zařízení zdravotnická. To je Detoxifikační jednotka a Fakultní nemocnice.
4. Nejvíce spolupracujeme s detoxifikačním oddělením, terapeutickými komunitami, zahraničními institucemi, praktickými lékaři, psychiatrickým oddělením, probační a mediační službou s OSPOD a mnoho dalšími institucemi.
5. Odbornost našich pracovníků je vysokoškolské vzdělání s humanitním zaměřením, ke kterému se váže ještě terapeutický výcvik. V našem zařízení mohou a také pracují bývalí uživatelé, ale musí mít to samé vzdělání.
6. V poslední době nedošlo k žádné velké změně v systému práce. Pouze došlo ke změnám v metodách práce.
7. –

Odborná rovina:

1. Naše ambulance nabízí poradenství pro klienty s alkoholovou a jinou závislostí a jejich blízké, terapeutické služby.
2. Ambulantní léčba u nás funguje od roku 2006.
3. Ano, jsme pod dohledem supervize. Každý týden máme poradu o klientech, ta trvá dvě hodiny, každé dva měsíce supervizi týmovou, čtyřikrát do roka máme supervizi s jedním externím pracovníkem a jedenkrát do měsíce s druhým externím pracovníkem.

4. Jako metodické materiály používáme motivační rozhovory od Rollinga, věci od Nešpora, metodu krátkého intervenčního programu převzatou z Velké Británie, a poté metody a postupy práce ze svého terapeutického výcviku.
5. S klienty se z pravidla stýkáme jednou týdně na hodinu, s tím, že uzavřeme kontrakt na určitou dobu. Dejme tomu, na 10 setkání, ale záleží na domluvě. Poté to společně vyhodnotíme, navrhneme další setkání, nebo klient odchází třeba do jiné léčby. Průměrná doba se pohybuje mezi deseti hodinami až dvěma lety. Smlouvu musíme uzavírat ústní, nebo písemnou.
6. Jeden pracovní úvazek je 40hodin týdně, kdy z toho je 20hodin přímé práce s klienty (25klientů), 3hodiny jsou na dokumentaci, 7 hodin je na supervize a porady a 10 hodin nám zbývá na psaní závěrečných zpráv a projektů.
7. Vzdělání mám částečné placené. Vždy záleží na finanční situaci. Nyní si vzdělání musíme platit z větší poloviny sami. Co se týče školení, tak ta máme bezplatné, většinou si je naše organizace dělá sama.
8. Naše platové ohodnocení se řídí podle tabulek platového ohodnocení v sociálních službách. Nástupní plat bez praxe je kolem 13 000 Kč měsíčně hrubé mzdy.

5. Středisko sekundární prevence a léčby závislostí, Vojenská nemocnice Olomouc

Administrativně - správní rovina:

1. Zřizovatelem je vojenská nemocnice a financování jsme z Ministerstva vnitra.
2. O žádných společných standardech nevím. Nejsme ještě akreditované pracoviště, takže to tady ještě nefunguje.
3. Jaká je četnost ambulantní léčby v rámci kraje ani okresu nevím. Vím, že v Olomouci jsou ve zdravotnickém sektoru dvě. My, a druhou poskytuje Fakultní nemocnice.
4. Spolupracujeme se sociálními pracovníky, sociálními službami jako takovými hlavně v rámci péče o děti u závislých matek, se soudy, to je při ochranné ambulantní léčbě, s P-centrem, někdy s K-centrem, a s mnoha dalšími. Je těžké mluvit jen o ambulantní léčbě, protože jsme asi nejvíce provázány s naším detoxem, který spolupracuje s mnoha dalšími institucemi.
5. Vzdělání je Střední zdravotnická škola nebo Vyšší odborná škola zdravotnická. Sestřičky mají ještě psychiatrickou specializaci. U lékařů je samozřejmě vysokoškolské vzdělání. Máme zde jednoho terapeuta, ale ten zde pracuje jen za čtvrtinový úvazek.
6. Nejsem si vědoma, žádných zásadních změn v systému ambulantní léčby.
7. –

Odborná rovina:

1. Naše ambulance nabízí poradenství pro závislé na alkoholu, automatech, lécích a omamných látkách. U nás funguje ambulance spíše na principu toho, že klient přijde s nějakým problémem a je poslán do dalších zařízení na dlouhodobější léčbu s širší škálou služeb. Až potom dochází dlouhodobě na naši ambulanci jako prevenci před relapsem. Samozřejmě je zde několik jedinců, kteří mají ambulanci jako samotnou léčbu.
2. Ambulantní léčba u nás funguje přes 20 let.
3. Supervizi žádnou nemáme. Supervize je pouze na samotném oddělení detoxu, ale ne na ambulanci.
4. Metodické materiály žádné nemáme.

5. Program ambulantní léčby je různě dlouhý. Většinou je to několik let, ale jiný klient přijde jednou a už ho pak nikdy nevidíme. Jedno sezení je dlouhé kolem 10 minut, víc ne. Klienti většinou dochází jednou za měsíc, ale je to velmi individuální, někteří dochází každý týden, třeba na odběr krve, jestli nemají v těle žádné návykové látky, někdy i dvakrát týdně. To jsou většinou lidé závislí na alkoholu, kteří jsou na antabusu, a ten se podává dvakrát týdně.
6. My zde máme jednoho lékaře, který má všechny pacienty, takže se to nedá specifikovat na úvazek. Ambulance zde probíhá dvakrát týdně, což je 16 hodin.
7. Vzdělávání je zde velmi omezené. My bychom se sice měli vzdělávat, ale zaměstnavatel na to nemá finance. Jen to co se získá z grantů. Jinak školení míváme každý měsíc.
8. Průměrné platové ohodnocení je pro lékaře kolem 26 000 Kč měsíčně a zdravotní sestra má kolem 20 000 Kč měsíčně.

6. Kontaktní centrum Olomouc

Administrativně - správní rovina:

1. Naším zřizovatelem je sdružení Podané ruce, o.s. a další finance získáváme z psaní různých projektů.
2. Máme standardy vycházející ze zákona o sociálních službách a dále pak standardy Rady vlády pro koordinaci protidrogové problematiky (dále jen RVKPP).
3. Jsme jediné K-centrum ve městě Olomouc, která má 100 000 obyvatel. Ano, komunitní plánování máme v rámci města a poté v rámci kraje.
4. Spolupracujeme s mnoha zařízeními, vždy záleží na tom, co daný klient zrovna potřebuje. Nejčastěji jsou to P-centrum Olomouc, psychiatrii, pracovní a sociální úřad, probační a mediační služba, terapeutické komunity a různé léčebny. Opravdu je to velká škála zařízení.
5. Není vyloučené, že by zde nemohli pracovat bývalí uživatelé, ale musely by splňovat, stejně jako všichni ostatní, požadavky na vzdělání, které jsou dané v zákoně o sociálních službách a RVKPP. To je VOŠ nebo VŠ nebo mít status pracovníka v sociálních službách, což je 200 hodinový kurz od úřadu práce.
6. Nejsem si vědoma žádných radikálních změn, jen není takový dostatek financí, jako býval, proto je už více služeb zpoplatněných.
7. –

Odborná rovina:

1. My jsme zařízení, které poskytuje služby aktivním uživatelům návykových látek nealkoholového typu. Takže se naše klienty snažíme motivovat do léčby a ke změně k lepšímu životnímu stylu. Mezi základní služby patří: poradenství individuální/ párové/ rodinné, zprostředkování detoxifikace a doporučení do léčby, odborná podpora při zahájení abstinence či po absolvované léčbě, sociální servis - poradenství, zprostředkování kontaktů, pomoc při jednání s úřady, asistence, informační servis - oblast sociální, zdravotní, bezpečné braní a jiné, výměnný program včetně per os kapslí a dalšího zdravotního materiálu, testování infekčních onemocnění - HIV, Hepatitida B, C, Syfilis, těhotenské testy, základní zdravotní ošetření, pomoc v krizi, základní poradenství pro rodiče a osoby blízké klientů, vstupní zhodnocení stavu a potřeb klienta, hygienický servis, potravinový servis a kontaktní práce.
2. Celé naše zařízení funguje 20 let.

3. Ano, máme supervize, ty vychází na 20 hodin ročně. A intervize, které probíhají každý den po směně. Každý klient má svého klíčového pracovníka, takže se pracuje na jakémsi principu rozdělování funkcí.
4. My máme vypracované vlastní manuály, máme vlastní směrnice sdružení a vše se ještě propojuje právě se směrnicemi RVKPP.
5. V našem centru není nijak přesně strukturovaný ambulantní program, kromě programu „Dokážu to“, ten trvá 12 setkání. Program je vždy přizpůsoben tomu, co klient zrovna potřebuje a jak je to pro něj nejvhodnější časově.
6. K dnešnímu dni máme 4 pracovní úvazky. Od začátku června to budou jen 3 úvazky. Ročně je kolem 400 klientů, takže to je přes 100 klientů na jednoho zaměstnance. Denně do našeho centra přijde kolem 30 klientů.
7. Myslím si, že máme nadstandardní možnosti v placeném vzdělávání. Cokoliv, co by chtěli zaměstnanci absolvovat, je hrazené z dotací. Ať je to vysoká škola nebo kurzy.
8. V platovém ohodnocení záleží na vzdělání zaměstnance, ale zhruba je to od 12000 Kč do 15000 Kč čistého měsíčního platu.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Tereza Houšková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Srovnávací analýza systému ambulantní léčby osob s drogovou závislostí v České republice a Kanadě (se zaměřením na provincii Alberta)
Název v angličtině:	Comparative analysis of outpatient treatment of drug addicted persons in the Czech republic and Canada (focused on the Province of Alberta)
Anotace práce:	Práce se zabývá porovnávací analýzou systému ambulantní léčby osob s drogovou závislostí v České republice a Kanadě. Teoretický vhléd popisuje závislost jako nemoc, její definice a projevy. Dále pak systém léčby závislosti, způsob fungování ambulantní léčby v České republice a Kanadě. V praktické části je popsána analýza obou systémů, jejich porovnání s cílem vzájemného obohacení.
Klíčová slova:	ambulantní léčba drogově závislých, systém léčby závislosti v Kanadě, systém léčby závislosti v ČR, závislost
Anotace v angličtině:	This thesis deals with comparative analysis of outpatient treatment of drug addicted persons in the Czech republic and Canada (focused on the Province of Alberta). Theoretical insight describes addiction as an illness, defines the illness and its manifestation. The thesis further describes the system of the drug addiction treatment and the way how the outpatient treatment works in the Czech republic and Canada. Practical part of this thesis describes analysis of both systems, their comparison, with the aim to enrich both systems.
Klíčová slova v angličtině:	outpatient treatment of drug addicted persons, treatment of drug addiction in Canada, treatment of drug addiction in Czech Republic, addiction
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1. Schéma okruhů otázek pro pracovníky ambulantní léčby pro alkoholové a jiné závislosti Příloha č. 2. Rozhovory s respondenty
Rozsah práce:	46 str.
Jazyk práce:	Český jazyk