Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Výsledek 3 - Nmet

Doporučené klinické postupy v adiktologii pro diagnostiku

Konečný uživatel výsledků:

Úřad vlády ČR
nábřeží Edvarda Beneše 4,
118 01 Praha 1

Název projektu: Doporučené klinické postupy v adiktologii

Číslo projektu: TITSUVCR936

Řešitel projektu: Český adiktologický institut

Doba řešení: 1. 1. 2022 – 31. 12. 2024

Důvěrnost a dostupnost: veřejně přístupný, URL původu: https://kdp-adiktologie.cz

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

Informace o autorském týmu:

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

Tým projektu Doporučené klinické postupy v adiktologii (DP) byl sestaven s ohledem na multidisciplinaritu projektového záměru. Odborníci byli rozděleni do tří skupin: rešeršisté, metodologové, metodici, experti a respondenti, přičemž někteří členové týmu zastupovali více rolí.

Tým projektu dle rolí (vždy v abecedním pořadí):

Vedoucí projektového týmu:
PhDr. Petr Hrouzek, Ph.D.

Hlavní metodolog projektu:
Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina*, CSc.*, EMPH, KCLJ (po celou dobu projektu)

Metodologové projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková – od 1.7.2023 (metodická část tvorba DP)
Mgr. Lenka Šťastná, PhD. – od 1.7.2023 (metodická část projektu tvorba DP)
MUDr. Jakub Minařík – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)
MUDr. Petr Popov MHA – do 30.6.2023 (rešeršní část tvorby DP)

Hlavní metodik projektu:
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková

Metodici projektu:
Mgr. Renáta Habiňáková
Mgr. Tomáš Jandáč, PhD.
Mgr. Jan Kozák

Rešeršní tým projektu:
PhDr. Miroslav Barták, PhD
Mgr. Jan Kozák
Mgr.et Mgr. Elizabeth Nováková

Mgr. Benjamin Petruželka, PhD.
Respondenti projektu:
Mgr. Nikola Gažová
Mgr. Luděk Kalousek
Mgr. Gabriela Rolová, PhD.
David Valouch

Expertní panel projektu:
MUDr. David Adameček
MUDr. Pavel Bém (do 31.12.2022)
Bc. Tomáš Brejcha
MUDr. Jiří Dolák
MUDr. Jiří Dvořáček
Ing. Mgr. Aleš Herzog
PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová
PhDr. Jiří Libra (do 31.12.2022)
MUDr. Jakub Minařík (od 1.1.2024)
Mgr.PharmDr. Zbyněk Oktábec, Ph.D.
MUDr. Olga Pecinovská
MUDr. Petr Popov MHA (od. 1.1.2024)
PaedDr. Martina Richterová – Těmínová
Mgr. et Mgr. Nora Staňková, Ph.D.
Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D. (do 31.12.2023)

Celkovou editorskou činnost celého souboru DP jeho úvodní a závěrečnou vnitřní revizi provedl vedoucí týmu Petr Hrouzek.

Rešerše v úvodní fázi projektu zpracovali Elizabeth Nováková, Miroslav Barták, Jan Kozák a Benjamin Petruželka.

Autory návrhových znění jednotlivých DP, zapracování připomínek a finálního znění jsou (řazeno dle struktury DP).

Úvod do DP a procesní schémata: Petr Hrouzek, Elizabeth Nováková

DP pro diagnostiku: Lenka Šťastná ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro metody harm reduction a risk reduction: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková. Metody pro harm reduction v prostředí zábavy zpracovala Nikola Gažová.

DP pro psychoterapii: Elizabeth Nováková ve spolupráci s Kamilem Kalinou a Petrem Hrouzkem.
DP pro psychosociální metody: Renáta Habiňáková ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro farmakoterapii: Jiří Dvořáček ve spolupráci se Zbyňkem Oktábcem a Jakubem Minaříkem, Zuzana Postránecká (Psychedeliky asistovaná terapie), Tomáš Páleníček (Psychedeliky asistovaná terapie), Viktor Mravčík (Psychedeliky asistovaná terapie).
DP pro následné intervence a rehabilitaci: Jan Kozák (prevence relapsu), Luděk Kalousek, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti práce a vzdělávání), David Valouch, Jan Kozák (Rehabilitace v oblasti bydlení) ve spolupráci Petrem Hrouzkem.
DP pro děti a dospívající vytvořil: Tomáš Jandáč ve spolupráci s Petrem Hrouzkem.
DP pro starší dospělé: Renáta Habiňáková a Elizabeth Nováková.
DP pro těhotné ženy: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby omezené na svobodě: Elizabeth Nováková a Renáta Habiňáková.
DP pro osoby s duálními poruchami: Jan Kozák.
DP pro včasnou diagnostiku v souvisejících oborech: Lenka Šťastná.
DP pro zapojování lidí se zkušeností do systému péče: Unie lidí se zkušeností se závislostí, Jan Šulc (editor), Zuzana Nott (editorka),

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou

Souhrnnou výzkumnou zprávu projektu vytvořili Elizabeth Nováková, Petr Hrouzek, Renáta Habiňáková a Lenka Šťastná.

Kontrolu třídění zdrojů dle síly důkazu provedla Gabriela Rolová.

Další informace o projektu:

Zpracování finální sady Doporučených postupů předcházela řada kroků. V souladu s projektovým zadáním, které jako první výsledek stanovilo přehled existujících zahraničních doporučených postupů v adiktologii, byla v počáteční fázi zpracovaná rešerše existujících mezinárodních i tuzemských doporučených postupů, které byly následně hodnoceny pomocí nástroje AGREE II a kategorizovány dle ICD-10 opět v souladu s projektovým zadáním (V1), které jako druhý požadovaný výsledek stanovilo přehled účinností dílčích intervencí v oblasti adiktologie (V2).
Tento soubor zdrojů byl doplněn o materiály doporučené experty. Výsledek této fáze byl představen během kontrolního dne, kde byly také diskutovány rizika a limity a došlo ke konsensu dalšího směřování práce. V následujícím období byla navržena struktura doporučeného postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání (podkapitoly).

Navrhovaná struktura postupu a obsah jednotlivých oblastí projektového zadání byly diskutovány během kontrolních dnů se zástupci konečného uživatele a experty konečného uživatele a průběžně s panelem expertů projektu. Pro vytvoření samotných postupů v souladu s projektovým zadáním (V3-V11) byla využita baterie zdrojů identifikovaných v první fázi projektu v kombinaci s dalšími zdroji. Všechny návrhové verze byly diskutovány v rámci týmu, který se pravidelně setkával během porad, s expertním panelem projektu a během kontrolních dnů se zástupci TAČR a Úřadu vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. Návrhové verze byly rovněž zaslány k připomínkovacímu řízení klíčovým organizacím v oboru.

V závěrečné fázi projektu bylo v souladu s projektovým zadáním vytvořeno modelové využití definovaných doporučených klinických postupů v adiktologii (V12) v podobě Aplikační příručky k Doporučeným klinickým postupům v adiktologii a tato souhrnná závěrečná zpráva.

Program veřejných zakázek v aplikovaném výzkumu a inovacích pro potřeby státní správy BETA2 byl schválen usnesením vlády České republiky č. 278 ze dne 30. 3. 2016 a je zaměřen na podporu aplikovaného výzkumu a inovací pro potřeby orgánů státní správy. Poskytovatelem finančních prostředků je Technologická agentura ČR.

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

BOX I – DIAGNOSTIKA

Obsah

0 DIAGNOSTIKA

1 INDIKAČNÍ ROZHOVOR

2 VSTUPNÍ POSOUZENÍ

3 KOMPLEXNÍ POSOUZENÍ

4 KONTROLNÍ POSOUZENÍ

5 ZÁVĚREČNÉ POSOUZENÍ

6 CÍLENÉ POSOUZENÍ

BOX I

0 DIAGNOSTIKA

Diagnostika v adiktologii je komplexní proces, který zahrnuje několik klíčových fází a metod s cílem efektivně identifikovat a hodnotit závažnost a povahu závislostního chování u jednotlivce. Tento proces je zásadní pro stanovení správné diagnózy a následného plánu péče, který je přizpůsobený specifickým potřebám a okolnostem jedince. V tomto dokumentu se zaměřujeme na jednotlivé etapy diagnostického procesu, počínaje indikačním rozhovorem, vstupním posouzením, komplexním a cíleným posouzením, kontrolním posouzením až po závěrečné posouzení.

Indikační rozhovor představuje úvodní fázi diagnostického procesu, jehož cílem je rychlé a efektivní posouzení závažnosti situace, identifikace vhodné úrovně intervence a motivace jedince ke změně. Tato fáze je klíčová pro určení, zda je klient připraven na specifickou intervenci, která by měla být snadno dostupná v daný okamžik.

Vstupní posouzení je podrobnějším posouzením, jehož účelem je shromáždění detailních informací o klientovi z bio-psycho-socio-spirituálního hlediska a vytvoření adekvátního plánu péče. Na rozdíl od indikačního rozhovoru, který identifikuje možné přítomné problémy, se vstupní posouzení zaměřuje na detailní definování těchto problémů, silných a slabých stránek klienta a vypracování konkrétních doporučení pro jejich řešení.

Komplexní posouzení dále rozvíjí získané informace a zaměřuje se na detailní hodnocení všech relevantních aspektů života klienta, včetně jeho kognitivních schopností, psychických stavů, fyzického zdraví a sociálních podmínek.

Cílené posouzení se zaměřuje na podrobné a specifické zhodnocení určitého problému, jevu nebo aspektu identifikovaného během předchozích posouzení nebo procesu péče. Tento typ posouzení je klíčový pro detailní diagnostiku specifických potíží, které mohou ovlivnit péči a plnění stanovených cílů péče a vyžadují zvláštní pozornost.

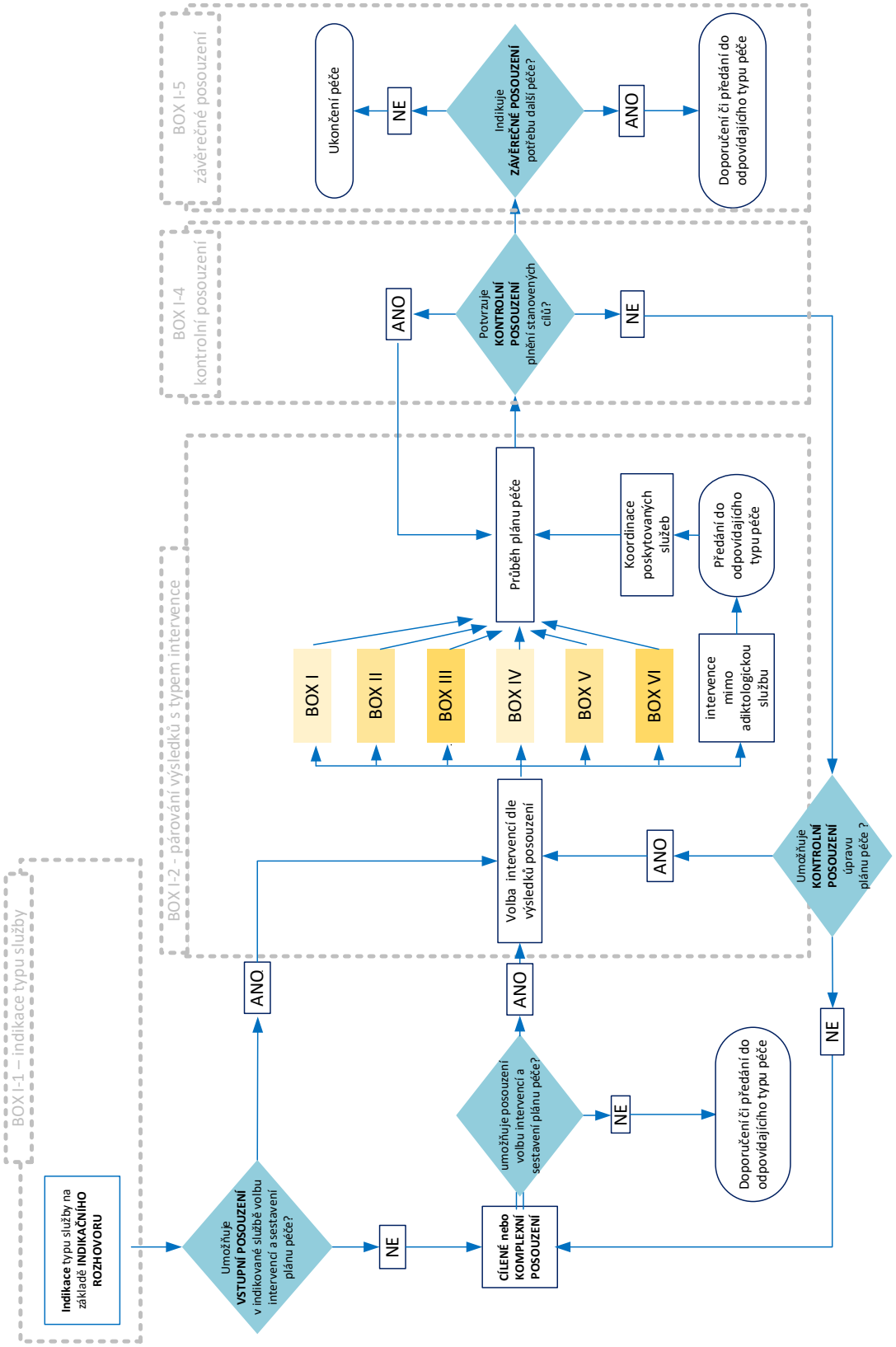
Kontrolní posouzení je průběžnou evaluací, která monitoruje pokrok klienta v průběhu poskytování péče a plnění cílů a umožňuje případné úpravy plánu péče na základě aktuálních potřeb a dosažených výsledků.

Závěrečné posouzení uzavírá diagnostický cyklus a soustředí se na vyhodnocení celkového pokroku klienta, dosažení stanovených cílů a plánování navazující péče.

Každá z těchto fází je nezbytná pro vytvoření efektivního, individualizovaného a komplexního plánu péče, který klientovi pomůže dosáhnout udržení dlouhodobých změn a zlepšení kvality života. Diagnostický proces je veden multidisciplinárním týmem odborníků, kteří spolupracují na zajištění co nejkvalitnější péče pro každého klienta.

BOX I

0 DIAGNOSTIKA – CELKOVÉ PROCESNÍ SCHÉMA



BOX I

1 INDIKAČNÍ ROZHOVOR

1. Charakteristika metody

Cílem indikačního rozhovoru je rychle a efektivně posoudit závažnost dané situace, závislostního chování, určit vhodnou úroveň intervence a motivovat jedince ke změně. V rámci tohoto rozhovoru bereme do úvahu fakt, že žádná intervence není vhodná pro všechny. Vhodně zvolená a nastavená péče, intervence, léčebné postupy a služby, které odpovídají konkrétním problémům každého jedince a jeho potřebám, je rozhodující pro jeho úspěch v návratu k produktivnímu fungování v rodině, v práci a ve společnosti a k příznivějšímu prožívání sebe sama.

Indikační rozhovor lze využít jako příležitost, kdy je klient připraven na danou intervenci, která by měla být v danou chvíli snadno dostupná. Hlavním kritériem při jakémkoli posouzení je shoda mezi úrovní a typem intervence a potřebami daného jedince. Toho lze dosáhnout identifikací relevantních charakteristik jedince. Intervence, která je založená na kvalitním posouzení a přiřazení jedince ke konkrétní intervenci dle jeho potřeb, je potom efektivnější a účinnější.

Posuzujeme 4 hlavní oblasti (Eliany & Rush 1992):

- Závažnost současného problému.
- Životní okolnosti – specifické problémy v různých aspektech života jedince (psychické, somatické, sociální).
- Kognitivní faktory – míra kognitivních funkcí, životní dovednosti jako např. dovednost zacházet s financemi, schopnost zajistit si adekvátní bydlení a zvládání běžných povinností jako třeba v domácnosti.
- Individuální volba – intervence je účinnější, když si ji klient sám zvolí.

V průběhu indikačního rozhovoru potřebujeme shromáždit dostatek informací, abychom mohli řádně a bezpečně posoudit závažnost problémů daného jedince, identifikovat silné stránky a potenciální rizika a rozhodnout o adekvátní intervenci. Vzhledem k tomu, že osoby se závislostním chováním se obvykle do služeb dostavují v době životní krize, nemusí dobře reagovat na vyčerpávající rozhovor v počáteční fázi péče. Uvažujeme také to, že dosud neznámý jedinec s prokázanými komplexními potřebami a vysokým rizikem bude potřebovat rozsáhlejší počáteční posouzení než dobře známý jedinec s pokračujícími důkazy o míře rizika. Je tedy důležité najít rovnováhu, která umožní efektivní získání potřebných informací pro rozhodnutí. Později může proběhnout komplexnější posouzení (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Možnosti pomoci sahají od nízkoprahových programů, včasné intervence, ambulantní péče až po rezidenční a následnou péči. Jedincům, kteří hledají pomoc musí být přiřazena nejvhodnější úroveň intervence. Intervence by měla být zvolena na základě aktuálních potřeb, zkušeností z předchozí péče a kritérií pro přijetí do jednotlivých programů).

2. Indikace a kontraindikace (cílová skupina / klinická situace)

Jedinci s problémy v oblasti užívání návykových látek, případně s problémy spojenými s patologickým hráčstvím nebo závislostí na procesech nebo dalšími nelátkovými závislostmi.

3. Teoretická východiska

Při posuzování vhodného typu intervence vycházíme z komplexního pojetí závislosti a závislostního chování. Komplexnost závislosti, mimo jiné se projevující individuálně rozdílnými průběhy, klinickými projevy, různě vyjádřenými důsledky bio-psycho-socio-spirituálními i případnými individuálními specifiky stojícími na začátku rozvoje závislosti, vedla k vytvoření mnoha odlišných a mnohdy nekompatibilních teorií závislosti. Ambicí těchto Doporučených postupů je postihnout co nejširší míru této komplexnosti a tedy stavět uvažování na syntetické (integrované) definici závislosti, např. Westa (2013): závislost je “chronický stav zahrnující opakovanou silnou motivaci k zapojení se do odměňujícího chování získanou v důsledku zapojení se do tohoto chování, které má značný potenciál k nechtěnému poškození”, přičemž tato jaderná definice je postavena na komplexně chápaném motivačním systému člověka a na širším pojetí chování jako dynamického systému (West & Brown, 2013). Pojmem "odměňující" je v tomto kontextu myšleno to chování, které zprostředkovává mozkový systém odměny ("reward system"), jako klíčový mozkový systém, jehož změna od počátku nebo získaná postupně v průběhu času je v současnosti vnímána jako neurobiologická podstata problému (např. Koob &Le Moal, 2001; Everitt et al., 2008; Volkow et al., 2016).

Užívání návykových látek je velmi často spojeno s deficity v oblasti kognitivních funkcí, jedinci tak mají sníženou schopnost udržet se v léčbě, sníženou pravděpodobnost dosažení abstinence a větší riziko relapsu. Proto je důležité screeningové posouzení kognitivních funkcí s možností případného dalšího, komplexního posouzení (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Vysoká úroveň komorbidity u jedinců s problémy v oblasti závislostí činí proces posuzování a diagnostiky náročný. Současně je pro efektivitu péče klíčové dobře posoudit další problémy jedince (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Posouzení a nasměrování na vhodnou péči a podporu znamená, že problémy spojené s užíváním návykových látek, nelátkové závislosti, duševní poruchy, kognitivní poruchy a poruchy učení a další problémy jedince lze účinně řešit. To vede ke zlepšení zdravotního a psychického stavu jedince, ke snížení počtu relapsů, léčeb, opakovaných trestných činů apod.

Včasné posouzení a identifikace potřeb umožňuje poskytnout informace o dostupných intervencích a o možnostech podpory a o tom, co může daná intervence nabídnout. Kvalitní posouzení je pro další péči o klienta zásadní. Nejenže může umožnit klienta zapojit do vhodné intervence, ale může zahájit proces změny ještě předtím, než se klient do konkrétní intervence zapojí a než projde komplexním posouzením. Posuzovací dovednosti jsou zásadní pro každého odborníka poskytující péči (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Zásady:

- Prozkoumání a záznam klientem deklarovaných potíží a záznam vlastního pozorování.
- Rozhovor v délce cca 10-60 minut, pokud je potřeba více času, naplánování do dvou setkání.
- Udržování empatického, nehodnotícího a podporujícího postoje a vedení rozhovoru.
- Naslouchání a diskuse s cílem doporučení klienta do vhodného typu služby.
- Motivační charakter rozhovoru.
- Pragmatičnost a reálnost plnění cílů.
- Pozitivní přístup spočívající v hledání a navazování na to, co je silné, co je neporušeno, hledání vlastního autosanačního (samoúzdravného) potenciálu jedince.
- Dodržování etických zásad.

Zjišťuje se (možné otázky rozhovoru):

- Jedná se o akutní intoxikaci nebo odvykací syndrom?
  - Je klient pod vlivem sedativ?
  - Je klient příliš stimulovaný, úzkostný nebo rozrušený?
  - Působí zmateně?

- Jedná se o (akutní) krizovou situaci?
  - Klient je v akutní intoxikaci + sebevražedný?
  - Klient je uživatel + akutní psychická krize / ataka psychiatrického onemocnění?
  - Klient je uživatel + sebevražedný?
  - Klient je uživatel + sexuálně zneužívaný?
  - Klient je uživatel + obětí domácího násilí?

- Jedná se o škodlivé užívání?
  - Frekvence, množství a způsob užívání: Kolik dní v týdnu tuto látku užíváte? Kolik látky denně užíváte? Jakou formou/způsobem užíváte?
  - Škodlivéužívání dle MKN-10[1](Užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické (hepatitida při injekčním podání) nebo psychické (epizody sekundární deprese až těžký alkoholismus)?

[1] Podle MKN-11 se za epizodu škodlivého užívání považuje epizoda užívání, která způsobila poškození fyzického nebo duševního zdraví člověka nebo vedla k chování vedoucímu k poškození zdraví ostatních. K poškození zdraví jedince dochází v důsledku jednoho nebo více z následujících případů: (1) chování související s intoxikací; 2) přímé nebo sekundární toxické účinky na tělesné orgány a systémy; nebo (3) škodlivá cesta podání. Poškození zdraví ostatních zahrnuje jakoukoli formu fyzické újmy, včetně traumat, nebo duševních poruch,

- Způsobuje vám užívání návykových látek nějaké další problémy?
  - zranění a nehody,
  - řízení pod vlivem alkoholu,
  - injekční aplikace návykových látek, sdílení jehel, opakované použití jehel,
  - vztahové problémy v důsledku užívání,
  - sexuální aktivity pod vlivem, které byly riskantní nebo kterých bylo později litováno,
  - právní nebo finanční problémy,
  - neschopnost zodpovědně pečovat o děti,
  - násilí vůči ostatním,
  - špatné výsledky ve studiu, v zaměstnání,
  - špatný výkon v očekávaných sociálních rolích (např. rodičovství),
  - užívání o samotě,
  - užívání pro zlepšení nálady, zapomenutí na strasti.

- Jedná se o závislost dle MKN 10[2] (ÚZIS ČR, 2011)?
  - U každé užívané látky je doporučeno ptát se na následující znaky závislostního chování:

    - silné přání užít drogu (craving),
    - porušené ovládání při jejím užívání,
    - přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky,
    - priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky,
    - zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.

    Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií během posledního roku. Poruchy způsobené užíváním návykových látek mohou být: pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

které lze přímo přisoudit chování v důsledku intoxikace alkoholem u osoby, na kterou se vztahuje diagnóza jedné epizody škodlivého užívání.

[2] MKN-11 definuje závislost jako poruchu regulace užívání drogy vznikající v důsledku jejího opakovaného nebo nepřetržitého užívání. Charakteristickým rysem je silné vnitřní puzení k užívání, které se projevuje zhoršenou schopností kontrolovat užívání, zvyšující se prioritou užívání před jinými činnostmi a pokračováním v užívání navzdory újmám nebo negativním důsledkům. Tyto prožitky jsou často doprovázeny subjektivním pocitem nutkání nebo touhy po droze. Mohou být také přítomny fyziologické znaky závislosti, včetně tolerance k účinkům drogy, abstinenčních příznaků po ukončení nebo omezení užívání drogy nebo opakovaného užívání nebo farmakologicky podobných látek k prevenci nebo zmírnění příznaků z vysazení (abstinenčních příznaků). Projevy závislosti jsou obvykle patrné po dobu nejméně 12 měsíců, ale diagnóza může být stanovena, pokud je užívání alkoholu nepřetržité (denně nebo téměř denně) po dobu alespoň 1 měsíce.

- V případě problému v oblasti hazardního hraní lze přiměřeně použít i kritéria „látkové“ závislosti podle MKN-10, dále je doporučeno se zeptat na následující znaky závislostního chování:
  - zaměstnává se hazardní hrou,
  - zvyšuje množství peněz vkládaných do hazardní hry,
  - opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hraní ovládat, redukovat nebo s ní přestat,
  - když se pokouší snížit hazardní hraní nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost,
  - používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu,
  - po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět,
  - lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou,
  - dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.

  Při splnění 4 a více znaků za posledních 12 měsíců se jedná o problematické hazardní hráčství různých stupňů.
- V případě problému v oblasti závislosti na procesech nebo dalších nelátkových závislostí je doporučeno se zeptat na následující znaky závislostního chování:
  - porucha kontroly nad hraním her (např. frekvence, intenzita, trvání),
  - zvýšená prioritou hraní před ostatními životními zájmy a každodenními činnostmi, pokračování nebo eskalace hraní i v případě vzniku negativních následků,
  - vzorec herního chování může být kontinuální nebo epizodický a opakující se; vede k výraznému stresu nebo významnému zhoršení v osobní, rodinné, sociální, vzdělávací, profesní nebo jiné důležité oblasti fungování.

  Herní chování a další rysy jsou obvykle zjevné po dobu nejméně 12 měsíců.

- Jaké jsou životní okolnosti?
  - Jedná se specifické cílové skupiny, matky s dětmi, samoživitelky apod.? Je přítomna jazyková bariéra, kognitivní poškození, zdravotní znevýhodnění? Má jedinec specifické potřeby? Nachází se ve specifické rodinné, sociální situaci? Lze považovat věk nebo pohlaví za specifický stav?
  - Zjišťujeme osobní, rodinná, sociální specifika.

- Jaká je motivace ke změně?
  - Identifikace stádia změny klienta a jeho připravenosti zapojit se do služeb.
  - Identifikace osobních preferencí, potřeb.

5. Popis doporučené praxe

0 Přípravná fáze

Stanovte cíl/cíle posouzení.

Vyberte vhodné metody pro proces posuzování (rozhovor, pozorování, studium dokumentace klienta, screeningové škály, dotazníky a další).
Prostudujte dosavadní dokumentaci klienta.

1 Navázání kontaktu

- Vytvořte příjemné prostředí, optimální atmosféru.
- Postarejte se o klienta ve smyslu odstranění, nebo alespoň zmírnění tenze z nové situace, navození důvěrného prostředí.
- Nalaďte se na klientovu úroveň vyjadřovacích schopností a přizpůsobte mu svůj slovník.

2 Prezentace současného problému

- Ptejte se na hlavní symptom nebo důvod, pro který jedinec hledá pomoc.
- Zeptejte se kdy, proč a jak to začalo.
- Získejte co možná nejvíce informací o symptomech jedince a o jeho současné situaci.
- Zjistěte, zda se jedinec již pokusil abstinovat, pokusil se o změnu, kdy a kolikrát.

Následující oblasti (3-5) doplňte na základě informací, které byly klientem prezentovány v rámci popisu současného problému (bod 2). Struktura rozhovoru jsou orientačním návodem, na základě zvážení širších souvislostí, případně jedinečnosti konkrétního klienta lze navrhnout jiný krok, než který vyplývá ze stanoveného postupu. Není nutné přesné dodržování jednotlivých položek. Klient by neměl být zahrnutý velkým množství otázek, proto pouze rozvíjíte a doplňujete potřebné informace, které jste nezískali v rámci prezentace současného problému klientem. Rozhovorem se mj. snažíte navázat vzájemnou spolupráci a počátek terapeutického vztahu.

Zjišťujete informace relevantní pro přiřazení klienta ke vhodnému typu péče:

3 Anamnéza užívání a psychických problémů

- Zeptejte se na historii užívání, vzorce užívání, na problémy v oblasti duševního zdraví, na podobné problémy v minulosti, na psychiatrické hospitalizace, ne předepisovanou medikaci, na sebevražedné pokusy, na rizikové chování v souvislosti s užíváním.
- Zjistěte, zda jedinec netrpí poškozením kognitivních funkcí včetně poruch učení.
- Zeptejte se, zda měl někdo v rodině podobné problémy, zda se kvůli nim léčil (případně na výrazné projevy v oblasti duševního zdraví a pohody blízkých).

4 Zdravotní anamnéza

- Zeptejte se na současné zdravotní problémy a medikaci (předepsanou i užívanou mimo lékařský předpis).
- Získejte seznam současné medikace včetně alergií na medikaci.

- Zeptejte se na sexuální zdraví a sexuálně přenosné infekce v anamnéze (včetně všech partnerů s HIV, hepatitidou typu C nebo jiných infekcí).
- U žen se zeptejte na relevantní anamnézu, gynekologické potíže a posouzení.
- Zeptejte se na aktuální zdravotní problémy v ústní dutině a na nedávnou návštěvu zubního lékaře.
- Zeptejte se na problémy s dýcháním, na srdeční potíže (zejména u kuřáků tabáku a dalších návykových látek).
- U injekčních uživatelů návykových látek posuďte místa vpichu na všech končetinách a v tříselných oblastech.
- Zeptejte se na případné alergie nebo intolerance na potraviny.
- Zeptejte se na jakékoli současné obavy nebo příznaky týkající se fyzického nebo duševního zdraví.

Lze využít screeningové nástroje:

- *těhotenský test,*
- *orientační testování na infekční onemocnění (žloutenka B, C, HIV, syfilis) z kapilární krve.*

5 Potenciál pro zotavení v kontextu životních podmínek

- Získejte informace o tom, jak jedinec žije, o jeho vzdělání, zaměstnání, zda je ve vztahu, ženatý/vdaná, na děti, na socioekonomický status a životní podmínky, případné sociální problémy.
- Zeptejte se, jak jedinec funguje doma, v práci, ve vztazích, v komunitě.
- Zeptejte se na současné rizikové faktory a stresové situace, na strategie jejich zvládání a na sociální podporu.
- Zeptejte se na postoj rodiny k současným potížím jedince a na případnou podporu rodiny, druhých.

6 Individuální potřeby a preference klienta, jeho silné stránky a přednosti, slabé stránky a hrozby

- Zeptejte se na představu jedince o dalším postupu, jaký typ intervence preferuje, jaké má cíle a očekávání.
- Získejte informace o silných stránkách jedince: vlastní osobní zdroje (např. dovednosti, úroveň osobní odpovědnosti, mentální a duševní schopnosti, fyzické zdraví, pracovní postavení a smysluplné zaměstnání), zdroje v sociální síti (např. podpora ze strany rodiny, partnerů a závazky vůči nim, děti, přátelé, vrstevníci, místní komunita), faktory sociálního prostředí (např. finance, bezpečné a stabilní bydlení, stabilita zaměstnání), kulturní zdroje (které jsou rozšířením jejich individuálních zdrojů, např. hodnoty, přesvědčení a postoje).
- Získejte informace o případných slabých stránkách klienta, případně možných hrozbách.
- Identifikujte, v jakém stádiu změny se jedinec nachází a jaká je jeho připravenost zapojit se do služeb.

7 Orientační testování na přítomnost návykových látek (v indikovaných případech)

- Vyberte vhodné metody testování.
- Výsledky testování interpretujte vždy v souvislosti s dalšími informacemi o jedinci.
- Výsledky nehodnoťte jako definitivní samy o sobě.

8 Informace od rodiny a blízkých osob (v indikovaných případech)

- Kontaktujte rodinu, pokud je to možné a vhodné a získejte doplňující informace.
- Identifikujte členy sociální sítě, kteří by se mohli zapojit.
- Zeptejte se, zda má jedinec pravidelný kontakt s osobami, které se zotavují (např. AA, NA).
- Identifikujte rodinné příslušníky, kteří mohou sami potřebovat podporu.

9 Párování klienta s intervencí

- Po dokončení posouzení by měly být výsledky interpretovány ve vztahu k současné situaci, osobní historii a potřebám klienta v souladu s tabulkou 1 a procesním diagramem indikačního rozhovoru.
- Na základě indikačního rozhovoru navrhněte druh a frekvenci intervence tak, aby dosažení požadované změny bylo realistické.
- Výsledky rozhovoru by měly být diskutovány s klientem.

Tabulka 1: Párování jedince s typem intervence

Stav a možnosti klienta	**Druh intervence**
Akutní stav (komplikace včetně odvykacího stavu)	Léčba komplikací psychických a somatických včetně služeb krátkodobé stabilizace
Syndrom závislosti, škodlivé užívání, nezdařené 1-2 pokusy o abstinenci bez podpory služeb, abstinence je možná, akční motivace ke změně	Služby ambulantní péče a poradenství
Poruchy způsobené užíváním návykových látek, nezdařené pokus/y o abstinenci s pomocí ambulantní služby, nebo škodlivé užívání u specifických cílových skupin, abstinence je možná, akční motivace ke změně	Rezidenční služby
Syndrom závislosti v remisi, střízlivost/abstinence, motivace k udržení změny	Služby následné péče
…není to možné (závažné poškození, motivace ve smyslu změny vzorců chování)	Služby snižování rizik (mírnění škod), nebo symptomatická či paliativní adiktologické péče

10 Závěr indikačního posouzení

- Poveďte shrnutí a závěr posouzení.

11 Vysvětlení výsledků posouzení klientovi, případně jeho blízkým osobám

- Výsledky rozhovoru by měly být diskutovány s klientem nejen za účelem poskytnutí informací, ale také jako podklad k diskuzi o dalším plánu péče (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).
- Zjistěte, jak klient rozumí výsledkům posouzení, získejte zpětnou vazbu.
- V případě potřeby poskytněte klientovi a jeho blízkým osobám vysvětlení a další informace.
- Komunikujte s klientem způsobem, který je přiměřený jeho věku, vývojové úrovni apod.
- Výsledky sdělujte zainteresovaným stranám v mezích platných etických pravidel o poskytování informací a podle standardů současné klinické praxe.
- Pokud se potřeby klienta nepotkávají s nabídkou dané služby, vysvětlete tuto skutečnost klientovi a odkažte do relevantní služby, klientovi předejte písemný záznam z posouzení obsahující navrhovaný plán péče.

10 Dokumentace výsledků indikačního rozhovoru

- Proveďte zápis z indikačního rozhovoru.
- Zapište získané informace a závěr včetně indikovaného typu intervence.
- Uvádějte jasné, stručné a srozumitelné informace.
- Připravte srozumitelnou prezentaci výsledků posouzení v písemné formě, kterou poskytnete klientovi a dalším odborníkům podle platných etických pravidel.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Identifikace závažnosti problému s užíváním.

Identifikace rizik spojených se závislostním chováním.

Identifikace souvisejících fyzických, psychických a sociálních problémů.

Doporučení vhodné intervence.

Vytvoření základů pracovního spojenectví a podpoření motivace ke změně.

Zajištění kontinuity péče.

7. Doplňující komentář

Struktura a rozhodovací diagram indikačního rozhovoru jsou orientačním návodem, na základě zvážení širších souvislostí, případně jedinečnosti konkrétního klienta lze navrhnout jiný krok, než který vyplývá ze stanoveného postupu. Struktura rozhovoru jsou orientačním návodem, na základě zvážení širších souvislostí, případně jedinečnosti konkrétního klienta lze navrhnout jiný krok, než který vyplývá ze stanoveného postupu. Není nutné přesné dodržování jednotlivých položek. Klient by neměl být zahrnutý velkým množství otázek, proto pouze rozvíjíte a doplňujete potřebné informace, které jste nezískali v rámci prezentace současného problému klientem. Rozhovorem se mj. snažíte navázat vzájemnou spolupráci a počátek terapeutického vztahu.

Zdroje

Eliany, M., Rush, B. (1992). How effective are alcohol and other drug prevention and treatment programs? A review of evaluation studies. Ottawa - Ontario: Health and Welfare Canada.

Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 363(1507), 3125-3135. https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0089

Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.

Kalina, K. (Ed.) (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada.

Koob, G. F. & Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Science 363, 3113-3123. doi: 10.1098/rstb.2008.0094

Říčan, P. (1979). Klinický psychologický nález v práci s adolescenty a s dospělými. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p.

ÚZIS ČR (2011). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize (MKN 10). Praha: ÚZIS ČR.

Volkow, N. D., Koob, G. F., McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine 374, 363-71. doi: 10.1056/NEJMra1511480

West, R. (2016). Modely závislosti. Praha: Úřad vlády ČR.

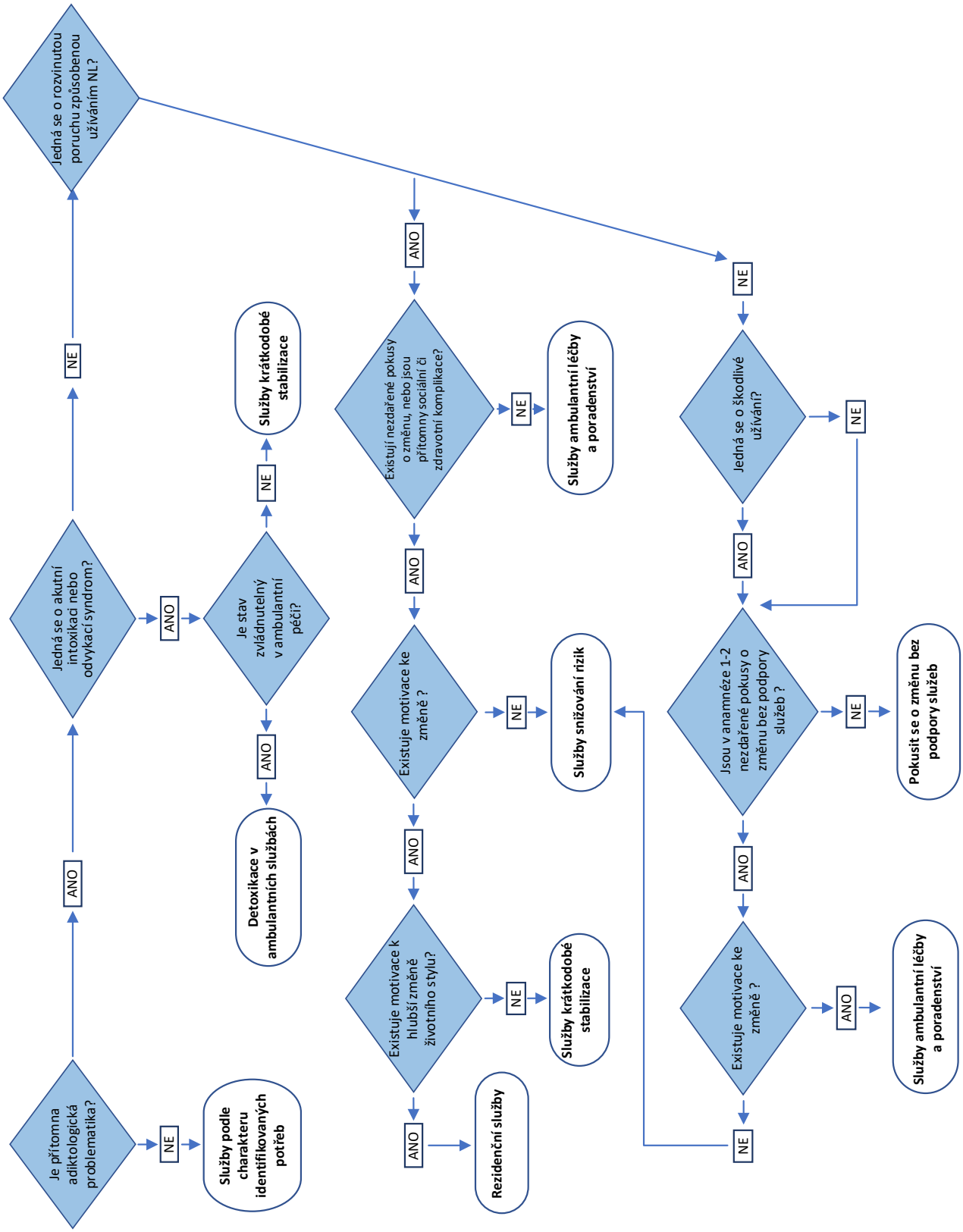
West, R. & Brown, J. (2013). Theory of Addiction. Second Edition. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Tento projekt je financován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu BETA2
www.tacr.cz
Výzkum užitečný pro společnost

Úřad vlády České republiky

BOX I

1 INDIKAČNÍ ROZHOVOR ROZHODOVACÍ SCHÉMA



BOX I

2 VSTUPNÍ POSOUZENÍ

1. Charakteristika metody

Vstupní posouzení je proces posouzení toho, zda klient vstupující do péče k ní byl dobře referován a může z dané služby profitovat. Jedná se o proces posouzení a způsob shromažďování informací o klientovi z bio-psycho-socio-spirituálního pohledu za účelem vytvoření adekvátního plánu péče. Na rozdíl od indikačního rozhovoru, který umožňuje vyhodnocení možné přítomnosti určitého problému, je vstupní posouzení obsáhlejším posouzením, které slouží k definování problému a vypracování konkrétních doporučení pro jeho řešení. Jedná se tedy o důkladnější a komplexnější proces než v případě indikačního rozhovoru (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Proces posouzení podporuje budování účinného pracovního spojenectví pomocí společného, na osobu zaměřeného plánování péče. Cíle dohodnuté s klientem a opatření k jejich dosažení by měly být zohledněny v plánu péče, který by měl být průběžně vyhodnocovaný a podle potřeby upravovaný tak, aby bylo zajištěno, že plán odráží měnící se potřeby klienta.

Extenzivnější přístup k posouzení by neměl vést ke zbytečným prodlevám v zahájení péče. Prvotní, vstupní posouzení by mělo být provedeno v rané fázi zahájení péče, což může zlepšit zapojení se klienta do péče. Po úvodním posouzení, při kterém jsou identifikována případná rizika, může být užitečné vypracovat s klientem stručné úvodní plány péče, které řeší jejich bezprostřední potřeby a rizika. Může se jednat např. o zlepšení přístupu k čistému injekčnímu náčiní, snížení rizika předávkování, snížení rizika přenosu infekčních onemocnění, podporu bezpečného užívání léků, zařazení do substituční léčby opioidy apod. Následně může být vypracovaný komplexní plán zotavení. Může nastat také situace, kdy je nutné rychle stanovit cíle, které odráží krátkodobé a dlouhodobé aspirace klienta. Někteří klienti se mohou chtít zaměřit na dosažení cíle prostřednictvím farmakoterapie, jiní na rychlé řešení a ukončení péče. Je nezbytné tuto ranou fázi poskytování péče pečlivě řídit, tak, aby klient dostal všechny relevantní informace o možnostech řešení svých cílů.

Se souhlasem klienta může být užitečné k posouzení přizvat příbuzné klienta, blízké osoby klienta, pečovatele nebo jiné odborníky, kteří s klientem již spolupracují.

Pokud má klient problémy a obtíže v řadě různých oblastí života, je potřeba shromáždit dostatek informací, aby bylo možné tyto potřeby identifikovat a usnadnit jejich řešení např. se zapojením dalších odborníků a služeb, nebo s odkazem na jiné služby. Na řešení cílů klienta se tedy může podílet několik odborníků spolu s klíčovým pracovníkem, který je zodpovědný za vypracování, monitorování a podporu plánu péče. Plán péče by měl být dokumentem, který je s klientem sdílen a používán jako základ pro průběžnou diskusi, monitorování a vyhodnocování. Klíčový pracovník do plánu péče integruje všechny plány vytvořené ostatními do péče zainteresovanými odborníky. Důležité je, aby v poskytované péči nedošlo k zásadnímu rozporu v cílech a opatřeních dohodnutých s klientem, aby klíčový pracovník podporoval

komunikaci s kolegy s cílem předcházení nedorozuměním a rozporům. Klíčový pracovník se s klientem pravidelně schází za účelem rozvoje péče a revidování plánu péče podle aktuálních potřeb. V některých případech nebo v určitých obdobích může být primární terapeutická práce s klientem poskytovaná jedním nebo více jinými lékaři a odborníky, ale plán péče bude stále monitorován a podporován jedním klíčovým pracovníkem (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

V rámci posouzení by měli být identifikování klienti se specifickými kulturními a komplexními sociálními potřebami a klienti s dalším duševním onemocněním včetně jakýchkoli kognitivních poruch. Tito klienti jsou vystaveni riziku předčasného vypadnutí z péče v případě, že nejsou tyto potřeby identifikovány a řešeny. Klienti, kteří službu využívají opakovaně, jsou dané službě známi, což poskytuje příležitost nabídnout cílené intervence.

Důležitou součástí posouzení je mj. posouzení rizik. Závislostní chování může být spojeno se specifickými riziky jako např. předávkování, užívání více návykových látek a alkoholu, rizikové užívání, rizikové sexuální chování, rizika v oblasti duševního zdraví. Rizika mohou zahrnovat sebepoškozování nebo poškozování druhých. Posouzení potřeby jakýchkoli ochranných nebo jiných opatření na ochranu ohrožených klientů je důležitou součástí posouzení. V případě nezletilých by měla být rizika posuzována co nejdříve po kontaktu se službou. Při vstupním posouzení by všichni klienti měli být dotázáni na své vlastní děti a další děti v domácnosti a jinak v blízkém kontaktu s nimi, dále na věk dětí a počet dětí, s nimiž jsou v kontaktu a na charakter kontaktu. Veškerá důležitá aktuální rizika by měla být objasněna a zohledněna v plánu řízení rizik.

2. Indikace a kontraindikace (cílová skupina / klinická situace)

Jedinci s problémy v oblasti užívání návykových látek, případně s problémy spojenými s patologickým hráčstvím nebo závislostí na procesech nebo dalšími nelátkovými závislostmi vstupující do konkrétního typu služby (služby snižování rizik, služby ambulantní péče a poradenství, služby krátkodobé stabilizace, služby rezidenční a následné péče).

3. Teoretická východiska

Klinické doporučené postupy v adiktologii vychází z komplexního pojetí závislosti a závislostního chování. Komplexnost závislosti, mimo jiné se projevující individuálně rozdílnými průběhy, klinickými projevy, různě vyjádřenými důsledky bio-psycho-socio-spirituálními i případnými individuálními abnormalitami stojícími na začátku rozvoje závislosti, vedla k vytvoření mnoha odlišných a mnohdy nekompatibilních teorií závislosti. Ambicí těchto doporučených postupů bylo postihnout co nejširší míru této komplexnosti a tedy stavět uvažování na syntetické (integrované) definici závislosti, např. Westa (2016): závislost je “chronický stav zahrnující opakovanou silnou motivaci k zapojení se do odměňujícího chování získanou v důsledku zapojení se do tohoto chování, které má značný potenciál k nechtěnému poškození”, přičemž tato jaderná definice je postavena na komplexně chápaném motivačním systému člověka a na širším pojetí chování jako dynamického systému (West & Brown, 2013). Pojmem "odměňující" je v tomto kontextu myšleno to chování, které zprostředkovává

mozkový systém odměny ("reward system"), jako klíčový mozkový systém, jehož změna od počátku nebo získaná postupně v průběhu času je v současnosti vnímána jako neurobiologická podstata problému (např. Koob &Le Moal, 2001; Everitt et al., 2008; Volkow et al., 2016).

Mezi cíle a oblasti zaměření péče lze řadit:

- snížení různých zdravotních, sociálních, kriminálních a dalších problémů přímo souvisejících se závislostním chováním;
- snížení různých zdravotních, sociálních a jiných problémů, které nejsou přímo spojeny se závislostním chováním;
- dosažení abstinence od hlavních problémových návykových látek, v případě nelátkových závislostí od hlavního procesu/média;
- snížení škodlivého nebo rizikového chování spojeného se závislostním chováním (např. sdílení injekčního náčiní);
- dosažení kontrolovaného, nezávislého nebo neproblematického užívání;
- optimalizace osobní fyzické a duševní pohody; budování sociálních sítí, včetně rodinné a komunitní sítě; budování silných stránek a rozvíjení odolnosti při zotavování;
- dosažení konkrétních osobních cílů;
- vyhýbání se všem nepředepsaným psychoaktivním látkám včetně alkoholu;
- vysazení veškeré farmakoterapie poruch spojených se závislostním chováním.

Plán péče a zotavení je neustále se vyvíjející záznam, který má čtyři základní části:

- dohodnuté cíle klienta,
- konkrétní a jasné kroky, které je třeba podniknout, aby se těchto cílů dosáhlo,
- jasná informace o tom, kdo tato opatření provádí,
- sledování pokroku při dosahování konkrétních opatření a cílů.

Cíle dobrého plánu péče a zotavení jsou obvykle SMART (specifické, měřitelné, dohodnuté, realistické a časově omezené) a měly by odrážet preference klienta. Na začátku je vhodné zaměřit se při plánování péče na vysoce relevantní cíle nebo na více bezprostřední opatření, která pokud možno zahrnují takové cíle, jichž lze dosáhnout v přiměřeném časovém horizontu. To umožňuje brzký úspěch ze strany klienta a pozitivní posílení ze strany pracovníka, čímž se buduje terapeutické spojenectví i důvěra klienta ve služby.

Různí klienti budou mít různou frekvenci přezkoumání svého plánu s klíčovým pracovníkem. Zaměření těchto kontrolních sezení s uživatelem služby se bude lišit, např. sezení může být po určitou dobu věnováno pouze poskytování jedné konkrétní intervenci nebo podpůrné činnosti.

Plánování péče je průběžný a dynamický proces přezkoumávání dosahování cílů a jejich případné nové stanovení, propojení uživatele služby s dalšími odborníky a institucemi, kteří se

podílejí na realizaci jeho cílů. Pokud je to vhodné a klient souhlasí, obsahuje plán péče také začlenění cílů týkajících se řízení identifikovaných rizik.

4. Zásady (nezbytné součásti)

Zásady:

- Prozkoumání a záznam klientem deklarovaných potíží a záznam vlastního pozorování.
- Rozhovor v délce 60-90 minut, pokud je potřeba více času, naplánování více setkání.
- Udržování empatického, nehodnotícího a podporujícího postoje a vedení rozhovoru.
- Rozhovor je vedený přiměřeně věku, pohlaví, povaze klienta, etnickému původu a kultuře.
- Naslouchání s cílem vytvořit individuální plán péče.
- Stanovené cíle jsou pragmatické, realistické, specifické, měřitelné, časově omezené a dohodnuté s klientem.
- Pozitivní přístup spočívající v hledání a navazování na to, co je silné, co je neporušeno, hledání vlastního autosanačního/samoúzdravného potenciálu jedince.
- Dodržování etických zásad.

V rámci posouzení:

- posouzení aspirace, cílů a silných stránek klienta,
- identifikování problémů (fyzických, psychických nebo sociálních), které mohou představovat riziko pro zapojení do péče,
- poskytování základních informací v oblasti snižování rizik,
- vyhodnocování připravenosti ke změně nebo motivaci a jednejte tak, aby se zvýšila,
- zvažování funkcí (funkce), které může závislostní chování sloužit.

Posuzuje se, zda klient spadá do cílové skupiny dané služby (dle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (Adameček et al., 2021), zjišťují se potřeby a očekávání klienta za účelem posouzení toho, zda je zvolená služba dokáže naplnit a zda klient z dané služby dokáže profitovat. Identifikují se silné stránky klienta a případná rizika pro klienta.

Je možné odpovědět na otázky:

- Je daná služba pro klienta vhodná?
- Je daná služba schopná naplnit potřeby a očekávání klienta?
- Může klient profitovat z účasti na dané péči?
- Jaké jsou silné stránky klienta?
- Jaká jsou rizika pro klienta?
- Je klient připravený ke změně?

V průběhu posouzení se volí a používá přístup, který je citlivý na věk, pohlaví, rasovou a etnickou příslušnost, kulturu, na případné zdravotní postižení, a který zahrnuje, ale neomezuje se pouze na:

- prezentaci současného problému,
- anamnézu užívání / závislostního chování a rizika spojená s užíváním,
- anamnéza psychických problémů,
- zdravotní anamnézu,
- potenciál pro zotavení v kontextu životních podmínek
- individuální potřeby a preference klienta, jeho silné stránky a přednosti,
- připravenost a motivaci ke změně a zhodnocení rizik,
- orientační testování na přítomnost návykových látek,
- informace od rodiny a blízkých osob.

5. Popis doporučené praxe

Přípravná fáze

- Stanovte cíl/cíle posouzení.
- Vyberte vhodné metody pro proces posuzování (rozhovor, pozorování, studium dokumentace klienta, screeningové škály, dotazníky a další).
- Prostudujte dosavadní dokumentaci klienta.

Navázání kontaktu

- Vytvořte prostředí umožňující zklidnění a udržujte vstřícnou atmosféru.
- Vytvářejte pro klienta základní bezpečí ve smyslu mírnění tlaku a tenze z nové situace a zachování důstojnosti. Vysvětlujte postup a důvod dotazování s cílem udržovat důvěryhodnost procesu.
- Respektujte úroveň vyjadřovacích schopností klienta a přizpůsobte jim používaný slovník a tempo.

5.1 Prezentace současného problému

- Zjistěte hlavní projevy obtíží a důvody, pro které klient hledá pomoc.
- Ptejte se na klientovo vnímání toho kdy, proč a jak obtíže začaly.
- Získejte co možná nejvíce informací o projevech popisovaných obtíží a o celkové situaci klienta.
- Zjistěte, zda se klient již pokoušel o změnu, kdy a kolikrát.
- Zjistěte, zda klient přichází na doporučení, zda případně přináší z jiného pracoviště apod.

5.2 Dimenze anamnestických údajů

5.2.1 Anamnéza závislostního chování a související rizika

Ptejte se na historii závislostního chování a jeho vzorce (frekvenci, množství a způsob užívání, preferované procesy). Zjistěte a posuďte závažnost závislostního chování (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015).

U každé užívané látky se ptejte na následující znaky závislosti (dle MKN 10[3] (ÚZIS ČR, 2011)):

- silné přání užít drogu (craving),
- porušené ovládání při jejím užívání,
- přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky ,
- priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky ,
- zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií během posledního roku. Poruchy způsobené užíváním návykových látek mohou být: pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

V případě problému v oblasti hazardního hraní lze přiměřeně použít i kritéria „látkové“ závislosti podle MKN-10, dále se zeptejte na následující znaky závislostního chování (dle MKN 10 (ÚZIS ČR, 2011)):

- zaměstnává se hazardní hrou,
- zvyšuje množství peněz vkládaných do hazardní hry,
- opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hraní ovládat, redukovat nebo s ním přestat,
- když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost,
- používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu,

[3] MKN-11 definuje závislost jako poruchu regulace užívání drogy vznikající v důsledku jejího opakovaného nebo nepřetržitého užívání. Charakteristickým rysem je silné vnitřní puzení k užívání, které se projevuje zhoršenou schopností kontrolovat užívání, zvyšující se prioritou užívání před jinými činnostmi a pokračováním v užívání navzdory újmám nebo negativním důsledkům. Tyto prožitky jsou často doprovázeny subjektivním pocitem nutkání nebo touhy po droze. Mohou být také přítomny fyziologické znaky závislosti, včetně tolerance k účinkům drogy, abstinenčních příznaků po ukončení nebo omezení užívání drogy nebo opakovaného užívání nebo farmakologicky podobných látek k prevenci nebo zmírnění příznaků z vysazení (abstinenčních příznaků). Projevy závislosti jsou obvykle patrné po dobu nejméně 12 měsíců, ale diagnóza může být stanovena, pokud je užívání alkoholu nepřetržité (denně nebo téměř denně) po dobu alespoň 1 měsíce.

- po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět,
- lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou,
- dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.

Při splnění 4 a více znaků za posledních 12 měsíců se jedná o problematické hazardní hráčství různých stupňů.

V případě problému v oblasti závislosti na procesech nebo dalších nelátkových závislostí se zeptejte na následující znaky závislosti:

- porucha kontroly nad hraním her (např. frekvence, intenzita, trvání),
- zvýšená prioritou hraní před ostatními životními zájmy a každodenními činnostmi,
- pokračování nebo eskalace hraní i v případě vzniku negativních následků.

Vzorec herního chování může být kontinuální nebo epizodický a opakující se; vede k výraznému stresu nebo významnému zhoršení v osobní, rodinné, sociální, vzdělávací, profesní nebo jiné důležité oblasti fungování.

Herní chování a další rysy jsou obvykle zjevné po dobu nejméně 12 měsíců.

Ptejte se na související rizikové chování:

- zranění a nehody,
- řízení pod vlivem návykových látek,
- injekční aplikaci návykových látek, sdílení jehel, opakované použití jehel,
- vztahové problémy v důsledku užívání,
- sexuální aktivity pod vlivem, které byly riskantní nebo kterých bylo později litováno,
- právní nebo finanční problémy,
- neschopnost zodpovědně pečovat o děti,
- násilí vůči ostatním,
- špatné výsledky ve vzdělávání, v zaměstnání,
- špatný výkon v očekávaných sociálních rolích (např. rodičovství),
- užívání o samotě,
- užívání pro zlepšení nálady, zapomenutí na strasti.

Ptejte se na předchozí zkušenost se službami.

Posuďte celkovou závažnost obtíží spojených se závislostním chováním a zvažte, zda je potřeba provést další specializovaná lékařská a psychiatrická posouzení zejména s ohledem na případnou farmakologickou léčbu.

Poznámka:

Lze využít screeningové nástroje:

- *Fagerströmův test nikotinové závislosti (FTND) (Haetherton et al., 1991, Králíková, 2004),*
- *Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT) (Babor et al., 2001),*
- *Screeningový test zneužívání drog (DAST) (Skinner, 1982),*
- *Dotazník na patologické hráčství (SOGS) (Lesieur & Blume, 1987),*
- *Dotazník CRAFFT – rizikové chování u dětí a dospívajících (Csémy et al., 2008).*

5.2.2 Anamnéza psychických obtíží

Zjišťujte rozsah případných psychických obtíží v současnosti a minulosti. Při dotazování se zaměřte na přítomnost psychických a psychiatrických obtíží v rodině (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015).

Zjišťujte se zejména:

- přítomnost poruch nálady, zejména prožívání úzkosti a deprese,
- přítomnost nutkavých myšlenek mimo myšlenky spojené se zdrojem závislostního chování,
- přítomnost bludných myšlenek a halucinací mimo účinky návykových látek,
- poruchy pozornosti a učení,
- dotazujte se na životní zkušenosti a události, o kterých klient usuzuje tak, že negativně ovlivnili jeho prožívání, nebo souvisejí s jeho současnými obtížemi,
- psychiatrické hospitalizace,
- probíhající léčbu psychických obtíží včetně farmakoterapie,
- sebevražedné pokusy a sebepoškozování.

Na základě průběhu rozhovoru a získaných informací posuďte:

- zda jedinec netrpí narušením kognitivních funkcí,
- zda lze usuzovat na přítomnost faktorů ve smyslu vývojové traumatizace,
- zda jsou přítomny faktory ve smyslu akutní traumatizace nebo posttraumatického stresu,
- zda jsou přítomny faktory ve smyslu poruch nálady, poruch osobnosti, nebo psychotických poruch.

Posuďte celkovou závažnost psychických obtíží a zvažte, zda je potřeba provést další specializovaná klinicky psychologická a psychiatrická posouzení.

Poznámka:

Lze využít screeningové nástroje, např.:

- *Metoda Patient Health Questionnaire – 9: česká verze (PHQ-9) (Daňsová et al., 2016),*
- *Zungova sebeposuzovací stupnice deprese (SDS) (Zung, 1965),*

- *Zungova škála úzkosti (SAS) (Zung, 1971),*
- *Dotazník jídelních zvyklostí,*
- *SCL-90 (Pulkrabková, 2020),*
- Kognice: Montrealský kognitivní test (MoCA) (Nasreddine et al., 2005), Addenbrookský kognitivní test (ACE-III) (Mathuranath et al., 2000), Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975).

5.2.3 Zdravotní anamnéza

Zeptejte se na fyzické zdraví, na současné zdravotní problémy a medikaci jak předepsanou, tak užívanou mimo lékařský předpis (Kampman & Jarvis, 2015).

Zjišťujte zejména (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015):

- Sexuální zdraví a sexuálně přenosné infekce v anamnéze (včetně všech partnerů s HIV, hepatitidou typu C nebo jiných infekcí).
- U žen se zeptejte na relevantní anamnézu, gynekologické potíže a posouzení, těhotenství.
- Aktuální zdravotní problémy v ústní dutině a nedávnou návštěvu zubního lékaře.
- Problémy s dýcháním, srdeční potíže (zejména u uživatelů návykových látek).
- U injekčních uživatelů návykových látek posuďte místa vpichu na všech končetinách a v tříselných oblastech.
- Případné alergie nebo intolerance na potraviny.
- Kvalitu spánku, případně poruchy spánku.
- Stravovací návyky.
- Jakékoli současné obavy nebo příznaky týkající se fyzického nebo duševního zdraví.
- Získejte seznam současné medikace včetně alergií na medikaci.

Posuďte celkovou závažnost tělesných obtíží a zvažte, zda je potřeba provést další specializovaná lékařská psychiatrická posouzení.

Poznámka:

Lze využít screeningové nástroje:

- *těhotenský test,*
- *orientační testování na infekční onemocnění (žloutenka B, C, HIV, syfilis) z kapilární krve.*

5.2.4 Posouzení vztahového a širších životních podmínek a jejich potenciálu pro zotavení

Získejte informace o tom, jak jedinec žije, o jeho vzdělání, zaměstnání, socioekonomickém a právním statutu, životních podmínkách, životním stylu a významných vztazích. Zaměřte se na případná specifika. Zjišťujte zejména:

- Současné významné vztahové vazby, partnerský vztah, případnou rodičovskou roli. Zjišťujte, jak klient hodnotí své fungování v těchto vztazích a rolích.
- Postoj rodiny či blízkých osob k současným obtížím a na případnou podporu rodiny a dalších blízkých osob.
- Současné rizikové faktory a stresové situace, na strategie jejich zvládání a na sociální podporu.
- Začlenění klienta na trhu práce, socioekonomický status, situaci ohledně bydlení, a jeho úsudek, jak funguje v pracovních rolích.
- Začlenění klienta do širších společenských vazeb a jeho úsudek, jak funguje v širších společenských vztazích.
- Využívání širších neformálních společenských struktur a zdrojů.
- Ptejte se na ochranné léčení, na podmínečné odsouzení, probíhající trestní řízení, omezení svéprávnosti, dluhy a exekuce.
- Světonázorové postoje.
- Získejte představu o duchovním zaměření a případných souvisejících zdrojích a obtížích.

Posuďte celkovou dostupnost zdrojů a závažnost obtíží ve vztahových vazbách a životních podmínkách obecně.

Posuďte, zda klient nepatří do specifické cílové skupiny (rodič samoživitel apod.), zda je přítomna jazyková bariéra, zda má klient specifické potřeby, nebo se nachází se ve specifické rodinné, sociální situaci. Posuďte klientovu potřebu pomoci v trestně právních záležitostech. Posuďte kulturní a společenské vnímání užívání. Zvažte, zda je potřeba zahájit intervence v sociálně právní oblasti, nebo zahájit podporu na úrovni základních potřeb, aby bylo možné zahájit práci na změně. Zvažte, zda je vhodné klientovi doporučit další služby zaměřené na řešení nepříznivé sociální situace.

5.3 Individuální potřeby a preference klienta, zdrojové kompetence

Zjišťujte představu klienta o dalším postupu, jaký typ intervence preferuje, jaké má cíle a očekávání.

Získejte informace o zdrojích a kompetencích klienta. Zaměřte se zejména na:

- osobní zdroje; dovednosti, úroveň osobní odpovědnosti, mentální a duševní schopnosti, fyzické zdraví, pracovní postavení a smysluplné zaměstnání,
- zdroje v sociálních vazbách; podpora ze strany rodiny, partnerů a závazky vůči nim, děti, přátelé, vrstevníci, místní společenství),
- faktory sociálního prostředí a zázemí; finanční situaci a její výhled, bezpečné a stabilní bydlení, stabilita zaměstnání,
- kulturní a postojové zdroje; hodnoty, přesvědčení, postoje a zapojení do neformálních společenských struktur).

Identifikujte možné překážky v péči.

5.4 Připravenost ke změně a zhodnocení rizik

Identifikujte, v jakém stádiu připravenosti na změnu se klient nachází na kontinuu prekontemplace, kontemplace, příprava na změnu, probíhající změna, podpora výsledků změny, aktivní využívání změny bez další podpory.

Na základě získaných informací posuďte připravenost ke změně a rizika pro klienta, jeho blízké, případně další osoby, která plynou z chování klienta. Posuzujte připravenost na změnu v jednotlivých anamnestických dimenzích 5.2.1-5.2.4 pro každou dimenzi samostatně.

Nedostatečná nebo nepřítomná motivace indikuje k práci na motivaci samotné, případně odkazujeme klienta do odpovídajícího typu služby či neformálních struktur (např. AA, NA apod.). Pokud tedy klient není ochotný se zapojit do jakékoli péče zaměřené na závislosti, poskytněte mu motivační intervenci a zjistěte, zda je vhodná léčba zdravotních a psychiatrických potíží, kterou lze účinně a bezpečně poskytnout. Pokračujte ve snaze zapojit klienta do systému adiktologické péče (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015).

5.5 Orientační testování na přítomnost návykových látek

Pokud je orientační testování na přítomnost metabolitů v těle požadováno klientem, nebo existují jiné relevantní důvody pro jeho provedení, vyberte vhodnou metodu orientačního testování.

Pokud nejsou důvodu pro testování na straně klienta, seznamte klienta s důvody a orientační povahou testování a souvisejícími důsledky výsledků testování.

Výsledky testování interpretujte vždy v souvislosti s dalšími informacemi o jedinci a nehodnoťte jako definitivní samy o sobě.

5.6 Informace od rodiny a blízkých osob

Kontaktujte rodinu, pokud je to možné a vhodné a získejte doplňující informace.

Identifikujte členy sociální sítě, kteří by se mohli zapojit.

Zeptejte se, zda má jedinec pravidelný kontakt s osobami, které se zotavují (např. AA, NA).

Identifikujte rodinné příslušníky, kteří mohou sami potřebovat podporu.

5.7 Závěr vstupního posouzení

Použijte formulář záznamu vstupního posouzení pro zachycení všech relevantních informací. V tomto formuláři zaznamenejte přítomnost/nepřítomnost problému, případně to, že problém nebyl hodnocený, dále motivaci ke změně a hodnocení závažnosti dle pracovníka a dle klienta.

Závěry vstupního posouzení by měly identifikovat současnou situaci, funkční stav klienta, problémové oblasti, komorbidity, rizika, dostupné kompetence a zdroje, potřeby, možnosti podpory a prostředí pro zotavení, fázi změny pro každou dimenzi, v níž jsou identifikovány obtíže.

Po dokončení posouzení by měly být výsledky interpretovány ve vztahu k současné situaci, osobní historii, potřebám a motivaci klienta.

Na základě vstupního posouzení, zjištěných cílů, navrhněte plán péče. Plán péče má čtyři základní části, a to (1) dohodnuté cíle klienta, (2) konkrétní a jasné kroky, které je třeba podniknout, aby se těchto cílů dosáhlo, (3) jasná informace o tom, kdo tato opatření provádí, (4) sledování pokroku při dosahování konkrétních opatření a cílů.

Pokud to zajištění vyžadují, naplánujte další specializovaná, případně komplexní posouzení.

5.8 Vysvětlení výsledků posouzení klientovi, případně jeho blízkým osobám

Výsledky rozhovoru by měly být diskutovány s klientem nejen za účelem poskytnutí informací, ale také jako podklad k diskuzi o dalším plánu péče.

Zjistěte, jak klient rozumí výsledkům posouzení, získejte zpětnou vazbu.

V případě potřeby poskytněte klientovi a jeho blízkým osobám vysvětlení a další informace.

Komunikujte s klientem způsobem, který je přiměřený jeho věku, vývojové úrovni apod.

Výsledky sdělujte zainteresovaným stranám v mezích platných etických pravidel o poskytování informací a podle standardů současné klinické praxe.

Pokud se potřeby klienta nepotkávají s nabídkou dané služby, vysvětlete tuto skutečnost klientovi a odkažte do relevantní služby, klientovi předejte písemný záznam z posouzení obsahující navrhovaný plán péče.

5.9 Dokumentace výsledků posouzení a doporučení pro léčbu

Proveďte zápis ze vstupního posouzení.

Zapište získané informace a závěr včetně plánu péče.

Plán péče a zotavení je neustále se vyvíjející záznam, který má čtyři základní části:

- dohodnuté cíle klienta,
- konkrétní a jasné kroky, které je třeba podniknout, aby se těchto cílů dosáhlo,
- jasná informace o tom, kdo tato opatření provádí,
- sledování pokroku při dosahování konkrétních opatření a cílů,
- Začlenění cílů týkajících se řízení identifikovaných rizik.

Cíle dobrého plánu péče a zotavení jsou obvykle SMART (specifické, měřitelné, dohodnuté, realistické a časově omezené) a měly by odrážet preference klienta.

Pokud to zajištění vyžadují, naplánujte další specializovaná, cílená posouzení.

Uvádějte jasné, stručné a srozumitelné informace.

Připravte srozumitelnou prezentaci výsledků posouzení v písemné formě, kterou poskytnete klientovi a dalším odborníkům podle platných etických pravidel.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Výsledkem vstupního posouzení by měl být počáteční plán péče, na který lze odkázat a který by měl být základem pro diskuzi s klientem o jeho a záměrech a o plánech na jejich dosažení. Tento plán by měl být podkladem pro komplexnější plán péče, který bude postupně vypracován na základě komplexního posouzení. Výsledek tohoto posouzení je také podkladem pro počáteční zhodnocení rizik a pro počáteční plán řízení rizik, který může představovat realizaci rychlých opatření. Proces posouzení a počátečního plánování je tedy vynikající příležitostí pro poskytnutí krátké intervence ke snížení bezprostředních škod způsobených závislostním chováním.

Zdroje

Adameček, D., Černý, M., Dolák, J., Dvořáček, J., Hrouzek, P., Krutilová, D., Mašková, L., Karpíšková, K., Radimecký, J., Skácelová, L. (2021). Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Praha: Úřad vlády ČR.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M.G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. Geneva: World Health Organization.

Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.

Csémy, L, Knight, J., Starostová, O, Sherritt, L, Kabíček, P., & Van Hook, S. (2008). Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT. VOX PEDIATRIAE, 6/2008.

Daňsová, P., Masopustová, Z., Hanáčková, V., Kicková, K., Korábová, I. (2016. Metoda Patient Health Questionnaire-9: česká verze. Československá psychologie, 60(5), 468-481.

Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 363(1507), 3125-3135. https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0089

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 12, 189–198.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of addiction, 86, 1119-1127.

Kalina, K. (Ed.) (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada.

Kampman, K., & Jarvis, M. (2015). American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med, 9*(5), 358-367. doi:10.1097/ADM.0000000000000166

Koob, G. F. & Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Science 363, 3113-3123. doi: 10.1098/rstb.2008.0094

Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. Čes. a slov. psychiatrie, 100, 1, 13-18.

Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 144(9), 1184-1188.

Mann, K., Batra, A., Fauth-Buhler, M., Hoch, E., & and the Guideline, G. (2017). German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders. *Eur Addict Res, 23*(1), 45-60. doi:10.1159/000455841

Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowicz, W., Hodges, J. R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementi. Neurology, 55, 1613–1620.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., et al. (2005). The montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc, 53, 695–699.

Pulkrabková, A. (2020). SCL-90-S. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. Addictive Behavior, 7(4),363–371.

Říčan, P. (1979). Klinický psychologický nález v práci s adolescenty a s dospělými. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p.

The Management of Substance Use Disorders Work Group (2015). VA/DoD Clinical pracitce guideline for the management of substance use disorders. Washingotn, DC: Department of Veterans Affairs, Department of Defense.

ÚZIS ČR (2011). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize (MKN 10). Praha: ÚZIS ČR.

Volkow, N. D., Koob, G. F., McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine 374, 363-71. doi: 10.1056/NEJMra1511480

West, R. (2016). Modely závislosti. Praha: Úřad vlády ČR.

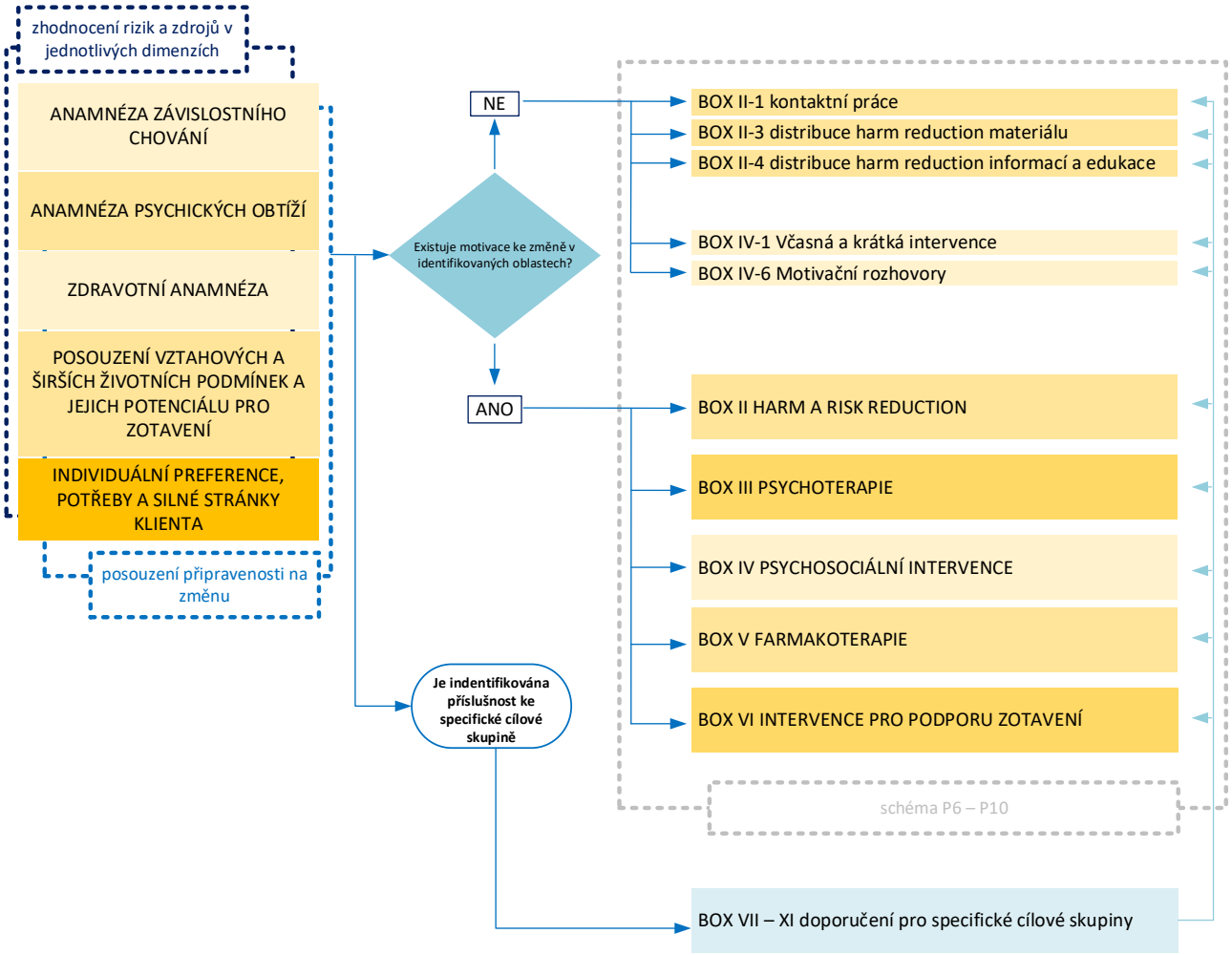
West, R. & Brown, J. (2013). Theory of Addiction. Second Edition. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Zung, W. W. (1971). *A Rating Instrument for Anxiety Disorders*. Psychosomatics, 12(6), 371-379.

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry, 12, 63-70.

BOX I

2 VSTUPNÍ POSOUZENÍ – PROCESNÍ SCHÉMA



Pro posouzení jednotlivých dimenzí, míry rizik a úrovně motivace v jednotlivých dimenzích využívejte Kontrolní list v souboru příloh.

BOX I

3 KOMPLEXNÍ POSOUZENÍ

1. Charakteristika metody

Komplexní posouzení je zásadní proces, který zásadním způsobem zapojuje klienta do plánování léčby a který zahrnuje důkladné zhodnocení potřeb klienta napříč biopsychosociálními oblastmi života klienta. Toto posouzení by mělo být provedeno v počáteční fázi péče, je prováděno v několika sezeních a průběžně se aktualizuje, informace jsou v průběhu péče neustále doplňovány. Komplexní posouzení je součástí celého procesu posuzování od indikačního, případně vstupního rozhovoru až po zhodnocení při ukončení péče. S klientovým souhlasem mohou být k posouzení přizváni i jejich přátelé, pečovatelé, příbuzní nebo další odborníci již zapojení do péče o klienta (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017; The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015; Kampman & Jarvis, 2015).

Účelem komplexního posouzení je identifikovat potřeby klienta a stanovit cíle péče a zotavení. Toto posouzení by nemělo zbytečně zdržovat zahájení péče/léčby, která může být zahájena již při první návštěvě. Taková časná intervence může zahrnovat poskytování čistého injekčního vybavení, screening krevně přenosných nemocí, poradenství ohledně bezpečnější injekční aplikace a substituční léčbu opioidů. Po vstupním posouzení, kde jsou identifikována rizika, je užitečné s klienty vypracovat krátkodobé plány péče zaměřené na okamžité obavy, jako je zlepšení přístupu k čistému injekčnímu vybavení, snížení rizika předávkování a podpora bezpečného užívání předepsaných léků (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

U klientů s vážnými problémy může vyšetřovací proces zahrnovat vstupy od několika odborníků. Tito klienti mohou mít potřeby péče a podpory ve všech oblastech užívání návykových látek, zdraví (fyzického i psychického) a sociálního fungování (včetně bydlení, zaměstnání a zapojení do trestního systému). Důležitou součástí posouzení je také posouzení rizik, která mohou zahrnovat rizika spojená s předávkováním, užíváním kombinace návykových látek, duševním zdravím, rizikovým injekčním užíváním a rizikovým sexuálním chováním. Kromě toho je nezbytné posoudit potřebu jakýchkoli ochranných opatření pro ohrožené dospělé nebo děti (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Komplexní posouzení zahrnuje také zhodnocení celkového zdravotního stavu klienta, identifikaci fyzických a psychických zdravotních problémů, posouzení sociálních problémů a analýzu rodinné historie užívání návykových látek a závislostí. Cílem je také pochopit klientovy představy o možnostech péče a jeho motivaci ke změně, stejně jako identifikovat jeho osobní, rodinné a sociální síly a pozitivní sítě, které mohou být využity k dosažení stanovených cílů (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

2. Indikace a kontraindikace (cílová skupina / klinická situace)

Jedinci s problémy v oblasti užívání návykových látek, případně s problémy spojenými s patologickým hráčstvím nebo závislostí na procesech nebo dalšími nelátkovými závislostmi vstupující nebo již využívající konkrétního typu služby (služby snižování rizik, služby ambulantní léčby a poradenství, služby krátkodobé stabilizace, služby rezidenční léčba a služby následné péče).

3. Teoretická východiska

Doporučené postupy v adiktologii vychází z komplexního pojetí závislosti a závislostního chování. Komplexnost závislosti, mimo jiné se projevující individuálně rozdílnými průběhy, klinickými projevy, různě vyjádřenými důsledky bio-psycho-socio-spirituálními i případnými individuálními abnormalitami stojícími na začátku rozvoje závislosti, vedla k vytvoření mnoha odlišných a mnohdy nekompatibilních teorií závislosti. Ambicí těchto doporučených postupů bylo postihnout co nejširší míru této komplexnosti a tedy stavět uvažování na syntetické (integrované) definici závislosti, např. Westa (2016): závislost je “chronický stav zahrnující opakovanou silnou motivaci k zapojení se do odměňujícího chování získanou v důsledku zapojení se do tohoto chování, které má značný potenciál k nechtěnému poškození”, přičemž tato jaderná definice je postavena na komplexně chápaném motivačním systému člověka a na širším pojetí chování jako dynamického systému (West & Brown, 2013). Pojmem "odměňující" je v tomto kontextu myšleno to chování, které zprostředkovává mozkový systém odměny ("reward system"), jako klíčový mozkový systém, jehož změna od počátku nebo získaná postupně v průběhu času je v současnosti vnímána jako neurobiologická podstata problému (např. Koob &Le Moal, 2001; Everitt et al., 2008; Volkow et al., 2016).

4. Zásady (nezbytné součásti)

- Postupné a průběžné vyšetřování: Komplexní posouzení může být nutné provádět během několika sezení a průběžně aktualizovat. Započítává se postupné shromažďování informací a pravidelné revize na základě změn v klientově stavu.
- Zapojení rodiny a dalších odborníků: S klientovým souhlasem je vhodné zahrnout do posouzení přátele, pečovatele, příbuzné nebo jiné odborníky, kteří jsou již do péče o klienta zapojeni.
- Rychlý přístup k péči: Rozsáhlý přístup k posouzení by neměl zbytečně zdržovat zahájení léčby, která může být zahájena již při první návštěvě.
- Zjištění rizik: Hodnocení rizik je důležitou součástí posouzení. Rizika mohou zahrnovat předávkování, užívání více návykových látek současně, problémy v oblasti duševního zdraví, rizikové injekční užívání a rizikové sexuální chování. Identifikace a řízení těchto rizik je klíčové pro bezpečnost klienta.

- Identifikace potřeb klienta a cílů zotavení: Komplexní posouzení je základem pro identifikaci potřeb klienta a stanovení cílů zotavení. To zahrnuje hodnocení fyzických a psychických zdravotních problémů, sociálních problémů a analýzu rodinné historie užívání návykových látek a závislostí.
- Použití standardizovaných nástrojů a škál: Použití screeningových a hodnotících nástrojů může podpořit proces posouzení a jeho revizi.
- Vytváření plánu péče: Posouzení by mělo vést k vytvoření plánu péče, který stanoví cíle léčby a zotavení, popisuje kroky k jejich dosažení a role všech zapojených v podpoře klienta. Tento plán by měl být pravidelně revidován a aktualizován podle změn v potřebách klienta.
- Holistický přístup: Posouzení by mělo být komplexní, pokrývající všechny domény užívání, fyzického a psychického zdraví a sociálního fungování. To zahrnuje problémy s bydlením, zaměstnáním, zapojením do trestního systému a další sociální, případně spirituální aspekty.

Tyto zásady zajišťují, že komplexní posouzení je systematické, důkladné a zaměřené na individuální potřeby klienta, což umožňuje efektivní léčbu a podporu při zotavení.

Komplexní posouzení by mělo zahrnovat (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017):

- identifikaci jakéhokoli naléhavého nebo akutního problému a reakci na něj,
- potvrzení toho, že klient užívá návykové látky (na základě anamnézy, posouzení a testování na přítomnost drog a na základě přístupu k jakýmkoli dalším relevantním informacím z klinických záznamů),
- zjištění závažnosti závislostního chování včetně typu užívaných psychoaktivních léků (včetně předepsaných a volně prodejných), množství a četnost užívání, způsob užívání, zdroje získaných návykových látek a důkazy pro škodlivé užívání nebo závislostního chování (včetně zkušeností s abstinenčními syndromy). Zjištění užívání alkoholu, množství a četnost užívání, způsob užívání a zda existují důkazy o rizikovém nebo škodlivém pití alkoholu či závislosti,
- identifikaci tělesných a duševních zdravotních problémů včetně současných nebo minulých zdravotních komplikací spojených s užíváním návykových látek např. infekce krví přenosnými viry nebo pokračování v souvisejícím rizikovém chování, onemocnění jater, abscesy, předávkování, trvalé vážné fyzické postižení a sexuální poruchy, rizika spojená s těhotenstvím, současné nebo dřívější problémy v oblasti duševního zdraví, jako jsou osobnostní problémy, sebepoškozování, anamnéza zneužívání nebo traumatu, deprese, úzkostné stavy a další závažné poruchy v oblasti duševního zdraví, psychiatrická komorbidita,
- identifikaci sociálních problémů včetně problémů v osobních vztazích (včetně partnerských) a v sociální integraci, včetně domácího násilí a zneužívání, rodiny, bydlení, vzdělání, zaměstnání, sociálních dávek a finanční problémy, problémy s péčí o děti, včetně rodičovství, těhotenství a ochrany dětí, zapojení do trestné činnosti a další právní problémy včetně

zatčení, pokut, nevyřízených obvinění, podmíněné tresty, odnětí svobody, násilné trestné činy a trestné činy, které byly spáchány v minulosti,
- posouzení rodinné anamnézy z hlediska užívání návykových látek a závislosti na nich, psychiatrických a psychosociálních faktorů,
- zjištění porozumění možnostem péče a motivace ke změně,
- zkoumání a identifikaci silných stránek včetně osobní, rodinné, sociální a jiné silné stránky a pozitivní sítě, které klient služby má a může využít k dosažení cílů péče a zotavení, dosavadní úspěchy a obtíže při dosahování stability nebo při dosahování zlepšení (např. co v minulosti pomohlo a co nepomohlo nebo co způsobilo případný relaps),
- stanovení potřeby substituční léčby nebo jiné medikace,
- u rodičů užívajících návykové látky nebo jiných dospělých uživatelů v kontaktu s dětmi získání informací o dětech a o všech rizicích spojených s užíváním, kterým mohou být děti vystaveny, pokud se zjistí, že hrozí závažná újma, zapojení dalších odborníků do péče.

Komplexní posouzení rodičů užívajících návykové látky nebo jiných osob, kteří pečují o nezletilé děti a dospívající by mělo zohlednit (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017):

- vliv užívání návykových látek na fungování, například vliv intoxikace a s tím související agitovanost,
- vliv chování, kdy se rodič uživatel snaží získat návykovou látku, např. ponechání dětí bez dozoru, kontakt s nevhodnými osobami,
- skladování nelegálních návykových látek, předepsaných léků a pomůcek k jejich užívání,
- dopad fyzického a duševního zdraví rodičů na výchovu dětí,
- způsob financování užívání návykových látek,
- emocionální dostupnost pro děti,
- vliv na rodinné zvyklosti, například včasné odvedení dětí do školy,
- další osoby, které děti podporují, například rodina, a jejich způsobilost tuto podporu poskytovat,
- možnost přístupu k odborné péči.

5. Popis doporučené praxe

<u>Přípravná fáze</u>

Stanovte cíl/cíle posouzení.

Vyberte vhodné metody pro proces posuzování (rozhovor, pozorování, studium dokumentace klienta, screeningové škály, dotazníky a další).

Prostudujte dosavadní dokumentaci klienta.

Navázání kontaktu

Vytvořte prostředí umožňující zklidnění a udržujte vstřícnou atmosféru.

Vytvářejte pro klienta základní bezpečí ve smyslu mírnění tlaku a tenze z nové situace a zachování důstojnosti. Vysvětlujte postup a důvod dotazování s cílem udržovat důvěryhodnost procesu.

Respektujte úroveň vyjadřovacích schopností klienta a přizpůsobte jim používaný slovník a tempo.

5.1 Prezentace současného problému

Zjistěte hlavní projevy obtíží a důvody, pro které klient hledá pomoc.

Ptejte se na klientovo vnímání toho kdy, proč a jak obtíže začaly.

Získejte co možná nejvíce informací o projevech popisovaných obtíží a o celkové situaci klienta.

Zjistěte, zda se klient již pokoušel o změnu, kdy a kolikrát.

Zjistěte, zda klient přichází na doporučení, zda případně přináší z jiného pracoviště apod.

5.2 Dimenze anamnestických údajů

5.2.1 Anamnéza závislostního chování a související rizika

Ptejte se na začátek a progresi závislostního chování a vzorce užívání návykových látek: frekvenci, množství a způsob užívání, preferované způsoby užívání. Zahrňte všechny užívané látky, např. alkohol, tabák, nelegální látky, případně také léky na předpis, inhalanty apod. (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015).

U každé látky zjistěte:

- typ a množství látky užívané v poslední době,
- způsob užívání,
- okolnosti posledního užití,
- problémy a rizika vyplývající z užívání nyní a v minulosti (Kampman & Jarvis, 2015; The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015).

Zjistěte a posuďte závažnost závislostního chování.

U každé užívané látky se ptejte na následující znaky závislosti (dle MKN 10[4] (ÚZIS ČR, 2011)):

[4] MKN-11 definuje závislost jako poruchu regulace užívání drogy vznikající v důsledku jejího opakovaného nebo nepřetržitého užívání. Charakteristickým rysem je silné vnitřní puzení k užívání, které se projevuje zhoršenou schopností kontrolovat užívání, zvyšující se prioritou užívání před jinými činnostmi a pokračováním v užívání navzdory újmám nebo negativním důsledkům. Tyto prožitky jsou často doprovázeny subjektivním pocitem nutkání nebo touhy po droze. Mohou být také přítomny fyziologické znaky závislosti, včetně tolerance k účinkům drogy, abstinenčních příznaků po ukončení nebo omezení užívání drogy nebo opakovaného užívání nebo farmakologicky podobných látek k prevenci nebo zmírnění příznaků z vysazení (abstinenčních příznaků). Projevy závislosti jsou obvykle patrné po dobu nejméně 12 měsíců, ale diagnóza může být stanovena, pokud je užívání alkoholu nepřetržité (denně nebo téměř denně) po dobu alespoň 1 měsíce.

- silné přání užít drogu (craving),
- porušené ovládání při jejím užívání,
- přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky ,
- priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky ,
- zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií během posledního roku.) mohou být: pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.

V případě problému v oblasti hazardního hraní lze přiměřeně použít i kritéria „látkové“ závislosti podle MKN-10, dále se zeptejte na následující znaky závislosti (dle MKN 10 (ÚZIS ČR, 2011)):

- zaměstnává se hazardní hrou,
- zvyšuje množství peněz vkládaných do hazardní hry,
- opakovaně a neúspěšně se pokoušel hazardní hraní ovládat, redukovat nebo s ním přestat,
- když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost,
- používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu,
- po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál nazpět,
- lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého zaujetí hazardní hrou,
- dopustil se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře.

Při splnění 4 a více znaků za posledních 12 měsíců se jedná o problematické hazardní hráčství různých stupňů.

V případě problému v oblasti závislosti na procesech nebo dalších nelátkových závislostí se zeptejte na následující znaky závislosti:

- porucha kontroly nad hraním her (např. frekvence, intenzita, trvání),
- zvýšená prioritou hraní před ostatními životními zájmy a každodenními činnostmi,
- pokračování nebo eskalace hraní i v případě vzniku negativních následků.

Vzorec herního chování může být kontinuální nebo epizodický a opakující se; vede k výraznému stresu nebo významnému zhoršení v osobní, rodinné, sociální, vzdělávací, profesní nebo jiné důležité oblasti fungování.

Herní chování a další rysy jsou obvykle zjevné po dobu nejméně 12 měsíců.

Ptejte se na související rizikové chování:

- zranění a nehody,
- řízení pod vlivem návykových látek,
- injekční aplikaci návykových látek, sdílení jehel, opakované použití jehel,
- vztahové problémy v důsledku užívání,
- sexuální aktivity pod vlivem, které byly riskantní nebo kterých bylo později litováno,
- právní nebo finanční problémy,
- neschopnost zodpovědně pečovat o děti,
- násilí vůči ostatním,
- špatné výsledky ve vzdělávání, v zaměstnání,
- špatný výkon v očekávaných sociálních rolích (např. rodičovství),
- užívání o samotě,
- užívání pro zlepšení nálady, zapomenutí na strasti.

Ptejte se na rodinnou anamnézu užívání alkoholu a dalších drog včetně léčby rodinných příslušníků.

Samostatně by měly být položeny otázky na množství vypitého alkoholu a četnost konzumace alkoholu, stejně jako na četnost a množství zvýšené konzumace alkoholu. Zvýšená konzumace alkoholu se může týkat nárazového pití alkoholu (binge drinking), za které je považována konzumace pěti nebo více standardních drinků za jednu příležitost u mužů a čtyř nebo více drinků za jednu příležitost u žen během krátkého časového období (např. během dvou hodin). Dále lze za zvýšenou konzumaci alkoholu považovat tzv. těžké pití (heavy drinking), kdy pro muže se jedná o konzumaci více než 14 drinků týdně nebo více než 4 drinky za den a pro ženy konzumace více než 7 drinků týdně nebo více než 3 drinky za den (Eliany, Rush, 1992). Alternativně lze pro monitoring užívání alkoholu použít metody hodnocení, které umožňují získat odhady denního množství vypitého alkoholu pomocí retrospektivních odhadů, známých jako "timeline-follow-back". Tyto metody se zaměřují na retrospektivní odhad denního pití alkoholu za určité časové období, což poskytuje podrobnější a přesnější údaje o spotřebě alkoholu (Mann, Batra, Fauth-Buhler, Hoch, and the Guideline, 2017).

V případě užívání nikotinu je důležitá identifikace závažnosti závislostního chování a užívání nikotinu. Léčba komorbidní závislosti na nikotinu může výrazně zlepšit míru zotavení z jiných poruch užívání návykových látek. Proto je důležité zjistit míru problému a na základě toho nabídnout a doporučit léčbu odvykání užívání tabáku. Tento přístup může nejen zlepšit celkový zdravotní stav klienta, ale také zvýšit úspěšnost léčby jiných závislostí (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015).

Ptejte se na předchozí zkušenost se službami.

Posuďte celkovou závažnost obtíží spojených se závislostním chováním a zvažte, zda je potřeba provést další specializovaná lékařská a psychiatrická posouzení zejména s ohledem na případnou farmakologickou léčbu.

Poznámka:

Lze využít screeningové nástroje:

- *Fagerströmův test nikotinové závislosti (FTND) (Haetherton et al., 1991, Králíková, 2004),*
- *Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT) (Babor et al., 2001),*
- *Screeningový test zneužívání drog (DAST) (Skinner, 1982),*
- *Dotazník na patologické hráčství (SOGS) (Lesieur & Blume, 1987),*
- *Dotazník CRAFFT – rizikové chování u dětí a dospívajících (Csémy et al., 2008).*

5.2.2 Anamnéza psychických obtíží

Zjišťujte rozsah případných psychických obtíží v současnosti a minulosti. Při dotazování se zaměřte na přítomnost psychických a psychiatrických obtíží v rodině včetně profilu rodičů (nebo opatrovníků či jiných osob, které se o rodinu starají) a jejich rodinných příslušníků (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015).

Zjišťujte zejména:

- přítomnost poruch nálady, zejména prožívání úzkosti a deprese,
- přítomnost nutkavých myšlenek mimo myšlenky spojené se zdrojem závislostního chování,
- přítomnost bludných myšlenek a halucinací mimo účinky návykových látek,
- poruchy pozornosti a učení,
- dotazujte se na životní zkušenosti a události, o kterých klient usuzuje tak, že negativně ovlivnili jeho prožívání, nebo souvisejí s jeho současnými obtížemi,
- psychiatrické hospitalizace,
- probíhající léčbu psychických obtíží včetně farmakoterapie,
- sebevražedné pokusy a sebepoškozování.

Na základě průběhu rozhovoru a získaných informací posuďte:

- zda jedinec netrpí narušením kognitivních funkcí,
- zda lze usuzovat na přítomnost faktorů ve smyslu vývojové traumatizace,
- zda jsou přítomny faktory ve smyslu akutní traumatizace nebo posttraumatického stresu,
- zda jsou přítomny faktory ve smyslu poruch nálady, poruch osobnosti, nebo psychotických poruch.

Posuďte celkovou závažnost psychických obtíží a zvažte, zda je potřeba provést další specializovaná klinicky psychologická a psychiatrická posouzení.

Poznámka:

Lze využít screeningové nástroje, např.:

- *Metoda Patient Health Questionnaire – 9: česká verze (PHQ-9) (Daňsová et al., 2016),*
- *Zungova sebeposuzovací stupnice deprese (SDS) (Zung, 1965),*
- *Zungova škála úzkosti (SAS) (Zung, 1971),*
- *Dotazník jídelních zvyklostí,*
- *SCL-90 (Pulkrabková, 2020),*

- Kognice: Montrealský kognitivní test (MoCA) (Nasreddine et al., 2005), Addenbrookský kognitivní test (ACE-III) (Mathuranath et al., 2000), Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975).

5.2.3 Zdravotní anamnéza

Zjišťujte vývojovou anamnézu, včetně těhotenství matky a porodu, zjišťujte vývojové milníky.

Zeptejte se na fyzické zdraví, na současné zdravotní problémy a medikaci jak předepsanou, tak užívanou mimo lékařský předpis. Zdravotní anamnéza klienta by měla zahrnovat zjišťování souběžných onemocnění a rutinní zjištění užívaných léků, alergií, těhotenství, rodinné zdravotní anamnézy apod. Zvláštní pozornost by měla být věnována následujícím údajům: anamnéza infekčních onemocnění jako je hepatitida, HIV a tuberkulóza, jakákoli současná a předchozí farmakoterapie (Kampman & Jarvis, 2015).

Zjišťujte zejména (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015):

- Sexuální zdraví a sexuálně přenosné infekce v anamnéze (včetně všech partnerů s HIV, hepatitidou typu C nebo jiných infekcí), související rizikové chování.
- U žen se zeptejte na relevantní anamnézu, gynekologické potíže a posouzení, těhotenství, užívání antikoncepce.
- Aktuální zdravotní problémy v ústní dutině a nedávnou návštěvu zubního lékaře.
- Problémy s dýcháním (např. dušnost, astma, kašel), srdeční potíže jako jsou šelesty, arytmie (zejména u uživatelů návykových látek).
- U injekčních uživatelů návykových látek posuďte místa vpichu v tříselných oblastech, na všech končetinách, na horních končetinách na vnitřní straně lokte (kubitální jamka) a předloktí, ale i na jiných místech na předloktí.
- Posuďte dermatologické potíže, vyrážky, jizvy, abscesy a další poškození kůže.
- Úrazy, zranění hlavy, operace.
- Případné alergie nebo intolerance na potraviny.
- Kvalitu spánku, případně poruchy spánku.
- Stravovací návyky, gastrointestinální potíže.
- Jakékoli současné obavy nebo příznaky týkající se fyzického nebo duševního zdraví.
- Získejte seznam současné medikace včetně alergií na medikaci.

Na počátku abstinence je doporučeno používat standardizované nástroje k posouzení abstinenčních příznaků (např. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar) pro alkohol nebo Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) pro opioidy). Standardizované škály pro kvantifikaci závažnosti abstinenčních příznaků z odnětí alkoholu a opioidů byly vyvinuty pro diagnostiku abstinenčních příznaků, indikovaly potřebu medikace a předpovídaly závažnost abstinenčních příznaků a potřebu intenzivní péče. V klinickém prostředí mohou zvýšit bezpečnost klientů zajištěním systematického hodnocení a symptomaticky řízeného podávání medikace (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015).

Posuďte celkovou závažnost tělesných obtíží a zvažte, zda je potřeba provést další specializovaná lékařská psychiatrická posouzení.

Poznámka:

Lze využít screeningové nástroje:

- *těhotenský test,*
- *orientační testování na infekční onemocnění (žloutenka B, C, HIV, syfilis) z kapilární krve.*

5.2.4 Posouzení vztahového a širších životních podmínek a jejich potenciálu pro zotavení

Získejte informace o tom, jak jedinec žije, o jeho vzdělání, zaměstnání, socioekonomickém a právním statutu, životních podmínkách životním stylu a významných vztazích. Zaměřte se na případná specifika.

Ptejte se zejména na:

- Současné významné vztahové vazby, partnerský vztah, sexuální aktivity, anamnézu. Případnou rodičovskou roli. Zjišťujte, jak klient hodnotí své fungování v těchto vztazích a rolích.
- Postoj rodiny či blízkých osob k současným obtížím a na případnou podporu rodiny a dalších blízkých osob.
- Současné rizikové faktory a stresové situace, na strategie jejich zvládání a na sociální podporu.
- Školní historii, problémy ve škole, vztahy se spolužáky, na případnou šikanu.
- Začlenění klienta na trhu práce, socioekonomický status, a jeho úsudek, jak funguje v pracovních rolích a vztazích.
- Situaci ohledně bydlení, důležité milníky v životě, např. stěhování.
- Volnočasové aktivity.
- Začlenění klienta do širších společenských vazeb a jeho úsudek, jak funguje v širších společenských vztazích, na vztahy s vrstevníky, přátelství.
- Využívání širších neformálních společenských struktur a zdrojů.
- Ochranné léčení, na podmínečné odsouzení, probíhající trestní řízení, omezení svéprávnosti, dluhy a exekuce v současnosti, v minulosti a na jejich vztah k užívání.
- Světonázorové postoje.
- Kulturní zvyklosti.
- Získejte představu o duchovním zaměření a případných souvisejících zdrojích a obtížích.

Posuďte celkovou dostupnost zdrojů a závažnost obtíží ve vztahových vazbách a životních podmínkách obecně.

Posuďte, zda klient nepatří do specifické cílové skupiny (rodič samoživitel apod.), zda je přítomna jazyková bariéra, zda má klient specifické potřeby, nebo se nachází se ve specifické rodinné, sociální situaci. Posuďte klientovu potřebu pomoci v trestně právních záležitostech. Posuďte kulturní a společenské vnímání užívání. Zvažte, zda je potřeba zahájit intervence v sociálně právní oblasti, nebo zahájit podporu na úrovni základních potřeb, aby bylo možné zahájit práci na změně. Zvažte, zda je vhodné klientovi doporučit další služby zaměřené na řešení nepříznivé sociální situace.

5.3 Individuální potřeby a preference klienta, zdrojové kompetence

Zjišťujte představu klienta o dalším postupu, jaký typ intervence preferuje, jaké má cíle a očekávání.

Získejte informace o zdrojích a kompetencích klienta. Zaměřte se zejména na:

- osobní zdroje; dovednosti, úroveň osobní odpovědnosti, mentální a duševní schopnosti, temperamentové vlastnosti, fyzické zdraví, pracovní postavení a smysluplné zaměstnání,
- zdroje v sociálních vazbách; podpora ze strany rodiny, partnerů a závazky vůči nim, děti, přátelé, vrstevníci, místní společenství),
- faktory sociálního prostředí a zázemí; finanční situaci a její výhled, bezpečné a stabilní bydlení, stabilita zaměstnání,
- kulturní a postojové zdroje; hodnoty, přesvědčení, postoje a zapojení do neformálních společenských struktur).

Identifikujte možné překážky v péči.

5.4 Připravenost ke změně a zhodnocení rizik

Identifikujte, v jakém stádiu připravenosti na změnu se klient nachází na kontinuu prekontemplace, kontemplace, příprava na změnu, probíhající změna, podpora výsledků změny, aktivní využívání změny bez další podpory.

Na základě získaných informací posuďte připravenost ke změně a rizika pro klienta, jeho blízké, případně další osoby, která plynou z chování klienta. Posuzujte připravenost na změnu v jednotlivých anamnestických dimenzích 5.2.1-5.2.4 pro každou dimenzi samostatně.

Nedostatečná nebo nepřítomná motivace indikuje k práci na motivaci samotné, případně odkazujeme klienta do odpovídajícího typu služby či neformálních struktur (např. AA, NA apod.).

5.5 Orientační testování a laboratorní testy

Počáteční laboratorní posouzení by mělo zahrnovat testování na hepatitidu C a HIV. Doporučuje se sérologické posouzení na hepatitidu a očkování. Pokud je to vhodné, mělo by být nabídnuto testování a očkování proti hepatitidě A a B. Testování na tuberkulózu a testování na pohlavně přenosné infekce, včetně syfilis, lze zvážit (Kampman & Jarvis, 2015).

Ženy v reprodukčním věku by měly být testovány na těhotenství.

Pokud je orientační testování na přítomnost metabolitů v těle požadováno klientem, nebo existují jiné relevantní důvody pro jeho provedení, vyberte vhodnou metodu orientačního testování.

Pokud nejsou důvodu pro testování na straně klienta, seznamte klienta s důvody a orientační povahou testování a souvisejícími důsledky výsledků testování.

Výsledky testování interpretujte vždy v souvislosti s dalšími informacemi o jedinci a nehodnoťte jako definitivní samy o sobě.

5.6 Informace od rodiny a blízkých osob

Kontaktujte rodinu, pokud je to možné a vhodné a získejte doplňující informace.

Identifikujte členy sociální sítě, kteří by se mohli zapojit.

Zeptejte se, zda má jedinec pravidelný kontakt s osobami, které se zotavují (např. AA, NA).

Identifikujte rodinné příslušníky, kteří mohou sami potřebovat podporu.

5.7 Vysvětlení výsledků posouzení klientovi, případně jeho blízkým osobám

Výsledky rozhovoru by měly být diskutovány s klientem nejen za účelem poskytnutí informací, ale také jako podklad k diskuzi o dalším plánu péče.

Zjistěte, jak klient rozumí výsledkům posouzení, získejte zpětnou vazbu.

V případě potřeby poskytněte klientovi a jeho blízkým osobám vysvětlení a další informace.

Komunikujte s klientem způsobem, který je přiměřený jeho věku, vývojové úrovni apod.

Výsledky sdělujte zainteresovaným stranám v mezích platných etických pravidel o poskytování informací a podle standardů současné klinické praxe.

Pokud se potřeby klienta nepotkávají s nabídkou dané služby, vysvětlete tuto skutečnost klientovi a odkažte do relevantní služby, klientovi předejte písemný záznam z posouzení obsahující navrhovaný plán péče.

5.8 Dokumentace výsledků posouzení a doporučení pro péči

Proveďte zápis z komplexního posouzení.

Zapište získané informace a závěr včetně plánu péče.

Uvádějte jasné, stručné a srozumitelné informace.

Připravte srozumitelnou prezentaci výsledků posouzení v písemné formě, kterou poskytnete klientovi a dalším odborníkům podle platných etických pravidel.

6. Očekávaný výsledek (přínos klienta)

Komplexní posouzení má za cíl poskytnout strukturovaný a detailní pohled na celkový zdravotní, psychický a sociální stav klienta. Mezi očekávané výsledky a přínosy patří:

- Detailní posouzení situace klienta umožňuje přesný popis současné situace a souvisejících zdravotních, psychických a sociálních problémů včetně silných a slabých stránek. Poskytuje základ pro vytvoření individualizovaného plánu péče, který je přizpůsobený specifickým potřebám klienta.
- Identifikace a řešení zjištěných potíží vede ke zlepšení současného stavu klienta, k vyšší kvalitě života a celkové pohodě.

- Identifikace a zhodnocení rizik spojených s užíváním vede k implementaci strategií harm reduction a prevenci komplikací a rizikových situací.
- Identifikace sociálních problémů, jako jsou problémy s bydlením, zaměstnáním a vztahy umožňuje poskytování podpory a přístup k sociálním službám, což napomáhá klientovi zlepšit jeho sociální integraci a stabilitu.
- Aktivní zapojení klienta do procesu posouzení a plánu péče může posílit pracovní spojenectví a zvýšit motivaci klienta k dodržování plánu péče.
- Stanovení dlouhodobých cílů péče a zotavení podporují udržitelnost zotavení a prevenci relapsů prostřednictvím komplexního a holistického přístupu k péči.

Zdroje

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M.G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. Geneva: World Health Organization.

Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. (2017). Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.

Csémy, L, Knight, J., Starostová, O, Sherritt, L, Kabíček, P., & Van Hook, S. (2008). Screening rizikového užívání návykových látek u dospívajících: zkušenosti s českou adaptací dotazníku CRAFFT. VOX PEDIATRIAE, 6/2008.

Daňsová, P., Masopustová, Z., Hanáčková, V., Kicková, K., Korábová, I. (2016. Metoda Patient Health Questionnaire-9: česká verze. Československá psychologie, 60(5), 468-481.

Eliany, M., Rush, B. (1992). How effective are alcohol and other drug prevention and treatment programs? A review of evaluation studies. Ottawa - Ontario : Health and Welfare Canada.

Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 363(1507), 3125-3135. https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0089

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 12, 189–198.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test of Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. British Journal of addiction, 86, 1119-1127.

Kampman, K., & Jarvis, M. (2015). American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med, 9*(5), 358-367. doi:10.1097/ADM.0000000000000166

Koob, G. F. & Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Science 363, 3113-3123. doi: 10.1098/rstb.2008.0094

Králíková, E. (2004). Závislost na tabáku a možnosti léčby. Čes. a slov. psychiatrie, 100, 1, 13-18.

Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 144(9), 1184-1188.

Mann, K., Batra, A., Fauth-Buhler, M., Hoch, E., & and the Guideline, G. (2017). German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders. *Eur Addict Res, 23*(1), 45-60. doi:10.1159/000455841

Mathuranath, P. S., Nestor, P. J., Berrios, G. E., Rakowicz, W., Hodges, J. R. (2000). A brief cognitive test battery to differentiate Alzheimer's disease and frontotemporal dementi. Neurology, 55, 1613–1620.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., et al. (2005). The montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc, 53, 695–699.

Pulkrabková, A. (2020). SCL-90-S. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. Addictive Behavior, 7(4),363–371.

ÚZIS ČR (2011). Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize (MKN 10). Praha: ÚZIS ČR.

The Management of Substance Use Disorders Work Group (2015). VA/DoD Clinical pracitce guideline for the management of substance use disorders. Washingotn, DC: Department of Veterans Affairs, Department of Defense.

Volkow, N. D., Koob, G. F., McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine 374, 363-71. doi: 10.1056/NEJMra1511480

West, R. (2016). Modely závislosti. Praha: Úřad vlády ČR.

West, R. & Brown, J. (2013). Theory of Addiction. Second Edition. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Zung, W. W. (1971). *A Rating Instrument for Anxiety Disorders*. Psychosomatics, 12(6), 371-379.

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry, 12, 63-70.

BOX I

4 KONTROLNÍ POSOUZENÍ

1. Charakteristika metody

Kontrolní posouzení je proces systematického sledování a hodnocení stavu klienta. Tento proces navazuje na vstupní posouzení, případně komplexní posouzení, které zahrnuje bio-psycho-socio-spirituální posouzení klienta s cílem vytvořit adekvátní plán péče. Kontrolní posouzení zajišťuje průběžné sledování pokroku klienta, identifikaci případných rizik a úpravu plánu péče dle aktuálních potřeb klienta.

Průběžné sledování péče a pokroku klienta je součástí každé individuální strukturované péče. Rozhovory s klientem zahrnují reflexi a sledování jeho měnících se cílů nebo činností, úspěchů a výzev, kterým čelí. Tento proces může vyžadovat okamžitou nebo brzkou aktualizaci plánu péče. Klíčoví pracovníci by měli naplánovat pravidelné revize plánu péče, aby zhodnotili dosažený pokrok a v případě potřeby plán aktualizovali. Tyto revize se mohou konat každých 3-6 měsíců, ale mohou být také častější u klientů, kteří podstupují krátkodobou péči a očekává se u nich rychlý pokrok, u klientů, kteří vykazují složité, komorbidní nebo problematické stavy, z péče zjevně nemají prospěch nebo prochází významnou změnou životních okolností a je třeba provádět revizi plánu péče a zotavení častěji (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Kontrolní posouzení poskytuje příležitost zhodnotit, zda je současná kombinace farmakologických, psychologických, sociálních a dalších intervencí vhodná, a případně ji upravit. Tento proces je pro klienta a klíčového pracovníka významnou příležitostí k zamyšlení se nad celkovým pokrokem v procesu zotavení a umožňuje širší zvážení možných alternativních cílů nebo směru péče (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Organizace kontrolních posouzení se může lišit v závislosti na různých typech služeb (Adameček et al., 2021) a personálu (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017). Pro komplexnost přístupu a efektivní podporu zotavení je významné zapojení multidisciplinárního týmu a kontinuální sledování (Shmuts et al., 2021). Frekvence kontrolních posouzení je odvozena od toho, jak klient profituje z poskytovaných intervencí. Kromě pravidelných kontrolních posouzení lze posouzení realizovat mimo s klientem dohodnutý rámec, a to např. v případě naléhavého problému klienta, důležité změny v klinických okolnostech, nebo např. když je u klienta identifikováno vysoce rizikové chování a je třeba vypracovat komplexní plán intervence, na němž se podílí více odborníků. Klíčový pracovník by měl sledovat stanovené cíle klienta a měl by se snažit spolu s ním plán péče včas aktualizovat tak, aby byla zachována jeho aktuálnost a aby případně změnil dohodnuté cíle nebo opatření (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

2. Indikace a kontraindikace (cílová skupina / klinická situace)

Jedinci s problémy v oblasti užívání návykových látek, případně s problémy spojenými patologickým hráčstvím nebo závislostí na procesech nebo další nelátkové závislosti v průběhu individuálního plánu péče v konkrétním typu služby (služby snižování rizik, služby ambulantní péče a poradenství, služby krátkodobé stabilizace, služby rezidenční a následné péče).

3. Teoretická východiska

Doporučené postupy vychází z komplexního pojetí závislosti a závislostního chování. Komplexnost závislosti, mimo jiné se projevující individuálně rozdílnými průběhy, klinickými projevy, různě vyjádřenými důsledky bio-psycho-socio-spirituálními i případnými individuálními abnormalitami stojícími na začátku rozvoje závislosti, vedla k vytvoření mnoha odlišných a mnohdy nekompatibilních teorií závislosti. Ambicí těchto doporučených postupů bylo postihnout co nejširší míru této komplexnosti a tedy stavět uvažování na syntetické (integrované) definici závislosti, např. Westa (2016): závislost je “chronický stav zahrnující opakovanou silnou motivaci k zapojení se do odměňujícího chování získanou v důsledku zapojení se do tohoto chování, které má značný potenciál k nechtěnému poškození”, přičemž tato jaderná definice je postavena na komplexně chápaném motivačním systému člověka a na širším pojetí chování jako dynamického systému (West & Brown, 2013). Pojmem "odměňující" je v tomto kontextu myšleno to chování, které zprostředkovává mozkový systém odměny ("reward system"), jako klíčový mozkový systém, jehož změna od počátku nebo získaná postupně v průběhu času je v současnosti vnímána jako neurobiologická podstata problému (např. Koob &Le Moal, 2001; Everitt et al., 2008; Volkow et al., 2016).

Mezi cíle a oblasti zaměření péče lze řadit:

- snížení různých zdravotních, sociálních, kriminálních a dalších problémů přímo souvisejících se závislostním chováním;
- snížení různých zdravotních, sociálních a jiných problémů, které nejsou přímo spojeny se závislostním chováním;
- dosažení abstinence od hlavních problémových návykových látek, v případě nelátkových závislostí od hlavního procesu/média;
- snížení škodlivého nebo rizikového chování spojeného se závislostním chováním (např. sdílení injekčního náčiní);
- dosažení kontrolovaného, nezávislého nebo neproblematického užívání;
- optimalizace osobní fyzické a duševní pohody; budování sociálních sítí, včetně rodinné a komunitní sítě; budování silných stránek a rozvíjení odolnosti při zotavování;
- dosažení konkrétních osobních cílů;
- vyhýbání se všem nepředepsaným psychoaktivním látkám včetně alkoholu;
- vysazení veškeré farmakoterapie poruch spojených se závislostním chováním.

Plán péče a zotavení je neustále se vyvíjející záznam, který má čtyři základní části:

- dohodnuté cíle klienta,
- konkrétní a jasné kroky, které je třeba podniknout, aby se těchto cílů dosáhlo,
- jasná informace o tom, kdo tato opatření provádí,
- sledování pokroku při dosahování konkrétních opatření a cílů.

Cíle dobrého plánu péče a zotavení jsou obvykle SMART (specifické, měřitelné, dohodnuté, realistické a časově omezené) a měly by odrážet preference klienta. Různí klienti budou mít různou frekvenci přezkoumání svého plánu s klíčovým pracovníkem. Zaměření těchto kontrolních posouzení s uživatelem služby se bude lišit, např. sezení může být po určitou dobu věnováno pouze poskytování jedné konkrétní intervence nebo podpůrné činnosti.

Plánování péče je průběžný a dynamický proces přezkoumávání dosahování cílů a jejich případné nové stanovení, propojení uživatele služby s dalšími odborníky a institucemi, kteří se podílejí na realizaci jeho cílů. Pokud je to vhodné a klient souhlasí, obsahuje plán péče také začlenění cílů týkajících se řízení identifikovaných rizik.

4. Zásady (nezbytné součásti)

Zásady (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015):

- Prozkoumání a záznam klientem deklarovaných potíží a záznam vlastního pozorování.
- Rozhovor v délce 30-60 minut, pokud je potřeba více času, naplánování do více setkání.
- Udržování empatického, nehodnotícího a podporujícího postoje a vedení rozhovoru.
- Rozhovor je vedený přiměřeně věku, pohlaví, povaze klienta, etnickému původu a kultuře.
- Posouzení je vedeno s ohledem k individuálním potřebám a současné situaci klienta.
- Naslouchání s cílem revidovat individuální plán péče.
- Stanovené cíle jsou pragmatické, realistické, specifické, měřitelné, časově omezené a dohodnuté s klientem.
- Pozitivní přístup spočívající v hledání a navazování na to, co je silné, co je neporušeno, hledání vlastního autosanačního/samoúzdravného potenciálu jedince.
- Pomocí standardizovaných metod hodnocení pravidelné a systematické vyhodnocování odpovědí klienta na danou intervenci.
- Využívání multidisciplinárního přístupu, zapojení různých odborníků.
- Posouzení v pravidelných intervalech dohodnutých s klientem.
- Dodržování etických zásad.

Zjišťují se nové skutečnosti v situaci klienta, aktualizují see potřeby a očekávání klienta za účelem posouzení toho, zda je zvolená služba dokáže naplnit a zda klient z dané služby dokáže nadále profitovat. Identifikují se silné stránky klienta a případná rizika pro klienta.

Je možné odpovědět na otázky:

- Dokáže daná služba plnit potřeby a očekávání klienta?
- Může klient profitovat z účasti na dané péči?
- Změnila se motivace klienta?
- Realizuje klient konkrétní a jasné kroky, které je třeba podniknout, aby se dosáhlo dohodnutých cílů?
- Dosáhl klient pokroku při dosahování konkrétních opatření a cílů?
- Jsou stanovené cíle SMART (specifické, měřitelné, dohodnuté, realistické a časově omezené?
- Odráží stanovené cíle preference klienta?
- Je třeba změnit individuální plán péče? Pokud ano, jak?
- Jaká jsou rizika při realizaci stanovených cílů?
- Je vypracovaný individuální plán na řízení rizik?

5. Popis doporučené praxe

Přípravná fáze

Stanovte cíl/cíle posouzení.

Vyberte vhodné metody pro proces posuzování (rozhovor, pozorování, studium dokumentace klienta, screeningové škály, dotazníky a další).

Prostudujte dosavadní dokumentaci klienta.

Navázání kontaktu

Vytvořte prostředí umožňující zklidnění a udržujte vstřícnou atmosféru.

Vytvářejte pro klienta základní bezpečí ve smyslu mírnění tlaku a tenze z nové situace a zachování důstojnosti. Vysvětlujte postup a důvod dotazování s cílem udržovat důvěryhodnost procesu.

Respektujte úroveň vyjadřovacích schopností klienta a přizpůsobte jim používaný slovník a tempo.

5.1 Hodnocení současné situace klienta

Ptejte se na současnou situaci klienta.

Zjistěte hlavní projevy současných obtíží.

Získejte co možná nejvíc informací o změnách v situaci klienta, o nových skutečnostech v životě klienta včetně jeho schopnosti zvládat stresové a rizikové situace.

Aktualizujte anamnestické údaje z jednotlivých oblastí vstupního posouzení:

- anamnéza závislostního chování a související rizika,
- anamnéza psychických obtíží,
- zdravotní anamnéza,
- posouzení vztahového a širších životních podmínek a jejich potenciálu pro zotavení.

Aktualizujte individuální potřeby a preference klienta, zdrojové kompetence.

Posuďte připravenost ke změně a zhodnoťte rizika.

Proveďte orientační testování na přítomnost metabolitů látek v těle klienta.

Pokud je to relevantní, získejte informace od rodiny a blízkých osob.

5.2. Posouzení za použití škál a screeningových nástrojů

Použijte validované škály a screeningové nástroje. Ty umožňují systematicky a objektivně hodnotit různé aspekty současného stavu klienta, úrovně závislosti a pokroku v péči napříč různými typy služeb a časovými obdobími. Pomáhají rychle a efektivně identifikovat fyzické, psychologické, sociální a jiné problémy. Umožňují sledovat pokrok klienta a přizpůsobovat plán péče na základě aktuálních potřeb a dosažených výsledků. Poskytují pracovníkům důležité informace pro informované rozhodování o dalším postupu péče.

Před použitím těchto nástrojů se seznamte s instrukcemi pro správnou administraci, vyhodnocení a interpretaci výsledků.

Použití škál a screeningových nástrojů by mělo být součástí pravidelných kontrolních posouzení, aby bylo možné monitorovat pokrok klienta a včas identifikovat potřebu změny plánu péče.

Výsledky hodnocení by měly být sdíleny mezi členy multidisciplinárního týmu, aby bylo možné zajistit komplexní a koordinovanou péči o klienta.

5.3 Sledování změn v jednání a chování klienta

Zaznamenávejte a vyhodnocujte změny v jednání a chování klienta a jeho schopnosti fungovat ve vztazích a ve společnosti.

Zaznamenávejte to, jak klient zvládá každodenní činnosti, jako je osobní hygiena, úklid, příprava jídla a účast na běžných aktivitách.

Sledujte, zda klient pravidelně užívá předepsané léky, dochází na terapeutická sezení a dodržuje další stanovené postupy.

Zhodnoťte kvalitu a frekvenci sociálních kontaktů, zda klient obnovuje nebo udržuje vztahy a jak se zapojuje do sociálních aktivit.

Sledujte, jak klient zvládá pracovní nebo studijní povinnosti, zda se zlepšuje jeho pracovní výkon a schopnost zvládat pracovní stres.

Zhodnoťte, jak klient reaguje na stresové situace, zda používá naučené copingové strategie nebo se vrací k užívání návykových látek.

Sledujte, jak klient zvládá své emoce, zda se objevují změny v náladě, úzkosti nebo depresi.

Zaznamenejte situace nebo emoce, které mohou vést k relapsu, a jak klient tyto spouštěče zvládá.

Zhodnoťte, jak klient využívá preventivní strategie, jako je vyhýbání se rizikovým situacím, hledání podpory u přátel a rodiny nebo účast na podpůrných skupinách (NICE, 2017, Shmuts et al., 2021).

5.4. Úprava individuálního plánu péče

Na základě výsledků kontrolního posouzení a aktuálního stavu klienta je třeba pravidelně přehodnocovat a upravovat plán péče.

- Reflektujte měnící se cíle klienta, úspěchy a výzvy, kterým čelí.
- Zhodnoťte dosažený pokrok a v případě potřeby aktualizujte plán.
- Zhodnoťte kombinace poskytovaných intervencí a jejich vhodnost.
- Navrhněte úpravu intervencí na základě aktuálních potřeb klienta.

Úprava plánu péče zajišťuje, že plán zůstává aktuální a přizpůsobený individuálním potřebám klienta, což zvyšuje šance na úspěšné zotavení a dlouhodobé udržení změny.

Pokud to zjištění vyžadují, naplánujte další specializovaná, cílená posouzení (NICE, 2017; Kampman, & Jarvis, 2015).

5.7 Závěr kontrolního posouzení

Použijte formulář záznamu vstupního posouzení pro zachycení všech relevantních změn zjištěných v rámci kontrolního posouzení. V tomto formuláři zaznamenejte přítomnost/nepřítomnost problému, případně to, že problém nebyl hodnocený, dále motivaci ke změně a hodnocení závažnosti dle terapeuta a dle klienta.

Reflektujte změny a promítněte je do plánu péče.

Plán péče a zotavení je neustále se vyvíjející záznam, který má čtyři základní části:

- dohodnuté cíle klienta,
- konkrétní a jasné kroky, které je třeba podniknout, aby se těchto cílů dosáhlo,
- jasná informace o tom, kdo tato opatření provádí,
- sledování pokroku při dosahování konkrétních opatření a cílů,
- Začlenění cílů týkajících se řízení identifikovaných rizik.

Cíle dobrého plánu péče a zotavení jsou obvykle SMART (specifické, měřitelné, dohodnuté, realistické a časově omezené) a měly by odrážet preference klienta.

Pokud to zajištění vyžadují, naplánujte další specializovaná, cílená posouzení.

5.8 Vysvětlení výsledků posouzení klientovi, případně jeho blízkým osobám

Výsledky rozhovoru by měly být diskutovány s klientem nejen za účelem poskytnutí informací, ale také jako podklad k diskuzi o dalším plánu péče (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Zjistěte, jak klient rozumí výsledkům posouzení, získejte zpětnou vazbu.

V případě potřeby poskytněte klientovi a jeho blízkým osobám vysvětlení a další informace.

Komunikujte s klientem způsobem, který je přiměřený jeho věku, vývojové úrovni apod.

Výsledky sdělujte zainteresovaným stranám v mezích platných etických pravidel o poskytování informací a podle standardů současné klinické praxe.

Pokud se potřeby klienta nepotkávají s nabídkou dané služby, vysvětlete tuto skutečnost klientovi a odkažte do relevantní služby, klientovi předejte písemný záznam z posouzení obsahující navrhovaný plán péče.

5.9 Dokumentace výsledků posouzení a doporučení pro další péči

Proveďte zápis z kontrolního posouzení.

Zapište získané informace a závěr včetně plánu péče.

Uvádějte jasné, stručné a srozumitelné informace.

Připravte srozumitelnou prezentaci výsledků posouzení v písemné formě, kterou poskytnete klientovi a dalším odborníkům podle platných etických pravidel.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Pravidelné a systematické hodnocení pomáhá včas identifikovat a řešit rizikové situace a potenciál pro relaps.

Kontinuální sledování a přizpůsobení péče může vést ke zlepšení celkového zdravotního stavu klienta.

Systematické hodnocení a podpora mohou klientovi pomoci udržet dosažené změny a zlepšit kvalitu života.

Kontrolní posouzení umožňuje poskytnout péči přizpůsobenou individuálním potřebám a situaci klienta, což zvyšuje šanci na úspěšně zotavení.

Pravidelné sledování nabízí klientům a poskytovatelům možnost identifikovat překážky, které brání přiměřenému pokroku na cestě k úspěchu.

Flexibilní a dynamický přístup k péči umožňuje rychle reagovat na změny v potřebách klienta a zajišťuje, že péče zůstává efektivní a relevantní.

Zdroje

Adameček, D., Černý, M., Dolák, J., Dvořáček, J., Hrouzek, P., Krutilová, D., Mašková, L., Karpíšková, K., Radimecký, J., Skácelová, L. (2021). Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb. Praha: Úřad vlády ČR.

Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.

Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 363(1507), 3125-3135. https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0089

Kampman, K., & Jarvis, M. (2015). American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med, 9*(5), 358-367. doi:10.1097/ADM.0000000000000166

Koob, G. F. & Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Science 363, 3113-3123. doi: 10.1098/rstb.2008.0094

NICE. (2017). Drug misuse prevention: targeted interventions. www.nice.org.uk/guidance/ng64

Shmuts, R., Kay, A., & Beck, M. (2021). Guidelines for the assessment and management of addiction in the hospitalized patient with opioid use disorder: a twenty-first century update. Internal and Emergency Medicine, 16, 1253–1260, https://doi.org/10.1007/s11739-021-02636-9

The Management of Substance Use Disorders Work Group (2015). VA/DoD Clinical pracitce guideline for the management of substance use disorders. Washingotn, DC: Department of Veterans Affairs, Department of Defense.

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine 374, 363-71. doi: 10.1056/NEJMra1511480

West, R. (2016). Modely závislosti. Praha: Úřad vlády ČR.

West, R., & Brown, J. (2013). Theory of Addiction. Second Edition. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

BOX I

5 ZÁVĚREČNÉ POSOUZENÍ

1. Charakteristika metody

Posouzení při ukončení péče je proces systematického hodnocení stavu klienta na konci plánu péče nebo na konci intervence a je klíčovým krokem pro zajištění úspěšného zotavení klienta. Tento proces zahrnuje posouzení pokroku, dosažení stanovených cílů, identifikaci přetrvávajících problémů a plánování další péče či následných kroků. Cílem je zajistit to, že klient opouští péči s jasným plánem pro udržení změny a snižování rizika relapsu. Po posouzení a ukončení péče by měly následovat předem naplánované kontroly zotavení za účelem sledování pokroku a zotavení, úpravy podpory při zotavení a podporoval se rychlý přístup zpět do péče při prvních známkách rizika relapsu či nežádoucí změny stavu klienta.

2. Indikace a kontraindikace (cílová skupina / klinická situace)

Jedinci s problémy v oblasti užívání návykových látek, případně s problémy spojenými s patologickým hráčstvím, závislostí na procesech nebo dalšími nelátkovými závislostmi, kteří dokončili daný program péče zaměřený na snížení nebo ukončení užívání návykových látek, nebo procesů a také klienti, kteří potřebují plán následné péče.

3. Teoretická východiska

Doporučené klinické postupy v adiktologii vychází z komplexního pojetí závislosti a závislostního chování. Komplexnost závislosti, mimo jiné se projevující individuálně rozdílnými průběhy, klinickými projevy, různě vyjádřenými důsledky bio-psycho-socio-spirituálními i případnými individuálními specifiky stojícími na začátku rozvoje závislosti, vedla k vytvoření mnoha odlišných a mnohdy nekompatibilních teorií závislosti. Ambicí těchto doporučených postupů bylo postihnout co nejširší míru této komplexnosti a tedy stavět uvažování na syntetické (integrované) definici závislosti, např. Westa (2016): závislost je “chronický stav zahrnující opakovanou silnou motivaci k zapojení se do odměňujícího chování získanou v důsledku zapojení se do tohoto chování, které má značný potenciál k nechtěnému poškození”, přičemž tato jaderná definice je postavena na komplexně chápaném motivačním systému člověka a na širším pojetí chování jako dynamického systému (West & Brown, 2013). Pojmem "odměňující" je v tomto kontextu myšleno to chování, které zprostředkovává mozkový systém odměny ("reward system"), jako klíčový mozkový systém, jehož změna od počátku nebo získaná postupně v průběhu času je v současnosti vnímána jako neurobiologická podstata problému (např. Koob &Le Moal, 2001; Everitt et al., 2008; Volkow et al., 2016).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Zásady (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015):

- Aktivní zapojení klienta do plánování následné péče.
- Rozhovor v délce 30-60 minut, pokud je potřeba více času, naplánování více setkání.
- Udržování empatického, nehodnotícího a podporujícího postoje a vedení rozhovoru.
- Rozhovor je vedený přiměřeně věku, pohlaví, povaze klienta, etnickému původu a kultuře.
- Posouzení je vedeno s ohledem k individuálním potřebám a současné situaci klienta.
- Stanovení cílů, které jsou pragmatické, realistické, specifické, měřitelné, časově omezené a dohodnuté s klientem.
- Pozitivní přístup spočívající v hledání a navazování na to, co je silné, co je neporušeno, hledání autosanačního (samoúzdravného) potenciálu jedince.
- Pomocí standardizovaných metod hodnocení pravidelné a systematické vyhodnocování odpovědí klienta na danou intervenci.
- Využití multidisciplinárního přístupu, zapojení různých odborníků.
- Dodržování etických zásad.

Zjišťuje se:

Posouzení při ukončení péče se zaměřuje na několik klíčových oblastí, které poskytují komplexní obraz o stavu klienta a efektivitě léčby. Zjišťují se nové skutečnosti v situaci klienta, aktualizují se potřeby a očekávání klienta za účelem naplánování dalšího postupu a plánu navazující péče. Identifikují se silné stránky klienta a případná rizika pro klienta.

Je možné odpovědět na otázky:

- Bylo prováděno pravidelné hodnocení a aktualizace plánu péče na základě aktuálních potřeb klienta?
- Dosáhl klient pokroku při dosahování konkrétních opatření a cílů?
- Zapojil se do procesu hodnocení a plánování multidisciplinární tým?
- Byl klient aktivně zapojen do procesu hodnocení a plánování navazující péče?
- Existují rizika pro realizaci dalších cílů a jaká?
- Je vypracovaný individuální plán na řízení rizik?
- Byly klientovi poskytnuty jasné a srozumitelné informace o plánu navazující péče a bylo zajištěno, že klient rozumí a souhlasí s navrhovanými kroky?
- Jsou všechny změny v plánu další péče zdokumentovány a sdíleny s relevantními odborníky?

5. Popis doporučené praxe

Přípravná fáze

Stanovte cíl/cíle posouzení.

Vyberte vhodné metody pro proces posuzování (rozhovor, pozorování, studium dokumentace klienta, screeningové škály, dotazníky a další).

Prostudujte dosavadní dokumentaci klienta.

Navázání kontaktu

Vytvořte prostředí umožňující zklidnění a udržujte vstřícnou atmosféru.

Vytvářejte pro klienta základní bezpečí ve smyslu mírnění tlaku a tenze a zachování důstojnosti. Vysvětlujte postup a důvod dotazování s cílem udržovat důvěryhodnost procesu.

Respektujte úroveň vyjadřovacích schopností klienta a přizpůsobte jim používaný slovník a tempo.

5.1 Hodnocení současné situace klienta

Ptejte se na současnou situaci klienta.

Zjistěte hlavní projevy současných obtíží.

Získejte co možná nejvíc informací o změnách v situaci klienta, o nových skutečnostech v životě klienta včetně jeho schopnosti zvládat stresové a rizikové situace.

Aktualizujte anamnestické údaje z jednotlivých oblastí vstupního posouzení:

- anamnéza závislostního chování a související rizika,
- anamnéza psychických obtíží,
- zdravotní anamnéza,
- posouzení vztahového a širších životních podmínek a jejich potenciálu pro zotavení.

Aktualizujte individuální potřeby a preference klienta, zdrojové kompetence.

Zhodnoťte rizika.

Pokud je to relevantní, získejte informace od rodiny a blízkých osob.

5.2 Hodnocení dosažení cílů (Mann et al., 2017)

Zhodnoťte, zda byly dosaženy cíle stanovené na začátku péče a během ní.

Pro měření pokroku použijte validované škály a screeningové nástroje.

Aktualizujte individuální potřeby a preference klienta, zdrojové kompetence.

5.3. Identifikace přetrvávajících problémů (Kampman, & Jarvis, 2015)

Identifikujte přetrvávající zdravotní, psychické, sociální a další problémy, které nebyly doposud vyřešeny.

Posuďte připravenost ke změně a zhodnoťte rizika.

Naplánujte řešení těchto problémů a preventivní opatření v případě identifikovaných rizik v rámci další péče.

Výsledky by měly být sdíleny mezi členy multidisciplinárního týmu, aby bylo možné zajistit komplexní a koordinovanou péči o klienta (The Management of Substance Use Disorders Work Group,2015; Shmuts et al., 2021).

5.4 Plánování navazující péče (Kampman, & Jarvis, 2015)

Na základě výsledků posouzení vytvořte plán navazující péče včetně dalšího sledování a podpory klienta.

Posuďte schopnost klienta využívat podpůrné služby a komunitní, sociální sítě.

Zajistěte přístup k dalším službám, které jsou potřebné pro navazující péči o klienta.

Zajistěte, že klient má jasný plán pro zvládání krizových a rizikových situací, případně relapsu.

5.5 Závěr z hodnocení při ukončení péče

Reflektujte změny a promítněte je do plánu navazující péče.

Plán péče a zotavení je neustále se vyvíjející záznam, který má čtyři základní části:

- dohodnuté cíle klienta,
- konkrétní a jasné kroky, které je třeba podniknout, aby se těchto cílů dosáhlo,
- jasná informace o tom, kdo tato opatření provádí,
- sledování pokroku při dosahování konkrétních opatření a cílů,
- začlenění cílů týkajících se řízení identifikovaných rizik.

Cíle dobrého plánu péče a zotavení jsou obvykle SMART (specifické, měřitelné, dohodnuté, realistické a časově omezené) a měly by odrážet preference klienta.

Pokud to zajištění vyžadují, naplánujte další specializovaná, cílená posouzení.

5.6 Aktivní zapojení klienta (The Management of Substance Use Disorders Work Group,2015; SAMSHA, 2020)

Zapojte klienta do procesu hodnocení a plánování dalšího postupu.

Zajistěte, že klient rozumí plánu navazující péče a je motivovaný ho dodržovat.

V případě potřeby poskytněte klientovi a jeho blízkým osobám vysvětlení a další informace.

Komunikujte s klientem způsobem, který je přiměřený jeho věku, vývojové úrovni apod.

Výsledky sdělujte zainteresovaným stranám v mezích platných etických pravidel o poskytování informací a podle standardů současné klinické praxe.

5.7 Dokumentace výsledků posouzení a doporučení pro další péči (Mann et al., 2017)

Proveďte zápis z hodnocení při ukončení péče a plánu navazující péče.

Zapište získané informace a závěr včetně plánu další péče.

Uvádějte jasné, stručné a srozumitelné informace.

Připravte srozumitelnou prezentaci výsledků posouzení v písemné formě, kterou poskytnete klientovi a dalším odborníkům podle platných etických pravidel.

6. Očekávaný výsledek (přínos klienta)

Pravidelné a systematické hodnocení zajišťuje, že klienti mají podporu k udržení změny, pomáhá včas identifikovat a řešit rizikové situace a potenciál pro relaps (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015).

Identifikace a řešení přetrvávajících problémů může vést ke zlepšení celkového zdravotního stavu klienta (Mann et al., 2017).

Aktivní zapojení klienta do plánování další péče zvyšuje motivaci a schopnost dodržovat plán péče (Shmuts et al., 2021).

Multidisciplinární přístup a pravidelné aktualizace plánu zajišťují, že všechny aspekty péče o klienta jsou koordinované a efektivní (Kampman, & Jarvis, 2015).

Zdroje

Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 363(1507), 3125-3135. https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0089

Kampman, K., & Jarvis, M. (2015). American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med, 9*(5), 358-367. doi:10.1097/ADM.0000000000000166

Koob, G. F. & Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Science 363, 3113-3123. doi: 10.1098/rstb.2008.0094

Mann, K., Batra, A., Fauth-Buhler, M., Hoch, E., & and the Guideline, G. (2017). German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders. *Eur Addict Res, 23*(1), 45-60. doi:10.1159/000455841

SAMSHA (2020). Substance Use Disorder Treatment for People with Co-Occurring Disorders. Treatment improvement protocol, TIP 42. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Shmuts, R., Kay, A., & Beck, M. (2021). Guidelines for the assessment and management of addiction in the hospitalized patient with opioid use disorder: a twenty-first century update. Internal and Emergency Medicine, 16, 1253–1260, https://doi.org/10.1007/s11739-021-02636-9

The Management of Substance Use Disorders Work Group (2015). VA/DoD Clinical pracitce guideline for the management of substance use disorders. Washingotn, DC: Department of Veterans Affairs, Department of Defense.

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine 374, 363-71. doi: 10.1056/NEJMra1511480

West, R. (2016). Modely závislosti. Praha: Úřad vlády ČR.

West, R., & Brown, J. (2013). Theory of Addiction. Second Edition. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

BOX I

6 CÍLENÉ POSOUZENÍ

1. Charakteristika metody

Cílené posouzení se provádí za konkrétním, specifickým účelem, a to s ohledem na kontext a potřeby klienta. Cílené posouzení navazuje na vstupní a kontrolní posouzení a jeho cílem je získat detailní informace o specifických oblastech, které byly identifikovány jako problémové během předchozích hodnocení.

Cílené posouzení je nezbytné pro získání hloubkových informací o specifických problémech, které byly identifikovány během předchozích hodnocení. Tento typ posouzení umožňuje přesnější diagnostiku, identifikaci rizikových faktorů a vytvoření cílených a efektivních léčebných plánů. Použití validovaných nástrojů a interdisciplinárního přístupu zajišťuje, že péče o klienta je komplexní a přizpůsobená jeho individuálním potřebám. Toto posouzení je realizováno mimo s klientem dohodnutý rámec pravidelných kontrolních hodnocení, a to např. v případě naléhavého problému klienta, důležité změny v klinických okolnostech, nebo např. když je u klienta identifikováno vysoce rizikové chování a je třeba vypracovat komplexní plán intervence, na němž se podílí více odborníků. Klíčový pracovník by měl sledovat stanovené cíle klienta a měl by se snažit spolu s ním plán péče včas aktualizovat tak, aby byla zachována jeho aktuálnost a aby případně změnil dohodnuté cíle nebo opatření (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015; Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Cíl, zakázka cíleného posouzení může být formulována různými odborníky v péči o klienta. Definice cíle zahrnuje několik klíčových aspektů:

- identifikace a pochopení zdravotních, psychických, sociálních a jiných problémů, poruch nebo symptomů,
- stanovení přesné diagnózy komorbidních duševních poruch či jiných problémů,
- identifikace a pochopení specifických rizikových faktorů nebo spouštěčů relapsu,
- určení nejvhodnější intervence, přístupu, strategie péče na základě identifikace a pochopení specifických potřeb a problémů klienta,
- identifikace a pochopení důvodů stagnace nebo relapsu v případě, že standardní péče nevede k očekávanému pokroku,
- detailní posouzení účinků specifických intervencí,
- posouzení pro právní účely (forenzní hodnocení).

Každý cíl by měl být jasně definován před zahájením posouzení, aby byl výběr nástrojů a metod přizpůsoben specifickým potřebám a očekáváním klienta nebo zadavatele.

2. Indikace a kontraindikace (cílová skupina / klinická situace)

Jedinci s problémy v oblasti užívání návykových látek, případně s problémy spojenými s patologickým hráčstvím, závislostí na procesech nebo dalšími nelátkovými závislostmi, u kterých jsou identifikovány specifické problémy nebo aspekty závislosti a které vyžadují podrobnější posouzení. Dále klienti, kteří neprojevují očekávaný pokrok při stanovené péči a u kterých je třeba zjistit přesnou příčinu stagnace nebo relapsu. Také klienti se složitými nebo komorbidními stavy, které mohou ovlivnit průběh a účinnost péče.

Kontraindikací pro provádění cíleného posouzení jsou akutní zdravotní stavy vyžadující urgentní lékařskou péči, kde není možné provést podrobné hodnocení. Cílené posouzení také neprovádíme u klientů v krizovém stavu, kteří nejsou schopni spolupracovat při posouzení.

3. Teoretická východiska

Doporučené klinické postupy v adiktologii vychází z komplexního pojetí závislosti a závislostního chování. Komplexnost závislosti, mimo jiné se projevující individuálně rozdílnými průběhy, klinickými projevy, různě vyjádřenými důsledky bio-psycho-socio-spirituálními i případnými individuálními abnormalitami stojícími na začátku rozvoje závislosti, vedla k vytvoření mnoha odlišných a mnohdy nekompatibilních teorií závislosti. Ambicí těchto doporučených postupů bylo postihnout co nejširší míru této komplexnosti a tedy stavět uvažování na syntetické (integrované) definici závislosti, např. Westa (2016): závislost je “chronický stav zahrnující opakovanou silnou motivaci k zapojení se do odměňujícího chování získanou v důsledku zapojení se do tohoto chování, které má značný potenciál k nechtěnému poškození”, přičemž tato jaderná definice je postavena na komplexně chápaném motivačním systému člověka a na širším pojetí chování jako dynamického systému (West & Brown, 2013). Pojmem "odměňující" je v tomto kontextu myšleno to chování, které zprostředkovává mozkový systém odměny ("reward system"), jako klíčový mozkový systém, jehož změna od počátku nebo získaná postupně v průběhu času je v současnosti vnímána jako neurobiologická podstata problému (např. Koob &Le Moal, 2001; Everitt et al., 2008; Volkow et al., 2016).

Mezi cíle a oblasti zaměření péče lze řadit:

- snížení různých zdravotních, sociálních, kriminálních a dalších problémů přímo souvisejících se závislostním chováním;
- snížení různých zdravotních, sociálních a jiných problémů, které nejsou přímo spojeny se závislostním chováním;
- dosažení abstinence od hlavních problémových návykových látek, v případě nelátkových závislostí od hlavního procesu/média;
- snížení škodlivého nebo rizikového chování spojeného se závislostním chováním (např. sdílení injekčního náčiní);
- dosažení kontrolovaného, nezávislého nebo neproblematického užívání;
- optimalizace osobní fyzické a duševní pohody; budování sociálních sítí, včetně rodinné a komunitní sítě; budování silných stránek a rozvíjení odolnosti při zotavování;

- dosažení konkrétních osobních cílů;
- vyhýbání se všem nepředepsaným psychoaktivním látkám včetně alkoholu;
- vysazení veškeré farmakoterapie poruch spojených se závislostním chováním.

Plán péče a zotavení je neustále se vyvíjející záznam, který má čtyři základní části:

- dohodnuté cíle klienta,
- konkrétní a jasné kroky, které je třeba podniknout, aby se těchto cílů dosáhlo,
- jasná informace o tom, kdo tato opatření provádí,
- sledování pokroku při dosahování konkrétních opatření a cílů.

Cíle dobrého plánu péče a zotavení jsou obvykle SMART (specifické, měřitelné, dohodnuté, realistické a časově omezené) a měly by odrážet preference klienta. Různí klienti budou mít různou frekvenci přezkoumání svého plánu s klíčovým pracovníkem. Pravidelně je prováděno kontrolní posouzení, je-li potřeba je realizováno cílené posouzení, které může být věnováno např. pouze poskytování jedné konkrétní intervence nebo podpůrné činnosti.

Plánování péče je průběžný a dynamický proces přezkoumávání dosahování cílů a jejich případné nové stanovení, propojení uživatele služby s dalšími odborníky a institucemi, kteří se podílejí na realizaci jeho cílů. Pokud je to vhodné a klient souhlasí, obsahuje plán péče také začlenění cílů týkajících se řízení identifikovaných rizik.

4. Zásady (nezbytné součásti)

Zásady (The Management of Substance Use Disorders Work Group, 2015):

- Prozkoumání klientem deklarovaných potíží a registrujeme zjevné informace.
- Rozhovor v délce 30-60 minut, pokud je potřeba více času, naplánování více setkání.
- Udržování empatického, nehodnotícího a podporujícího postoje a vedení rozhovoru.
- Rozhovor je vedený přiměřeně věku, pohlaví, povaze klienta, etnickému původu a kultuře.
- Posouzení je vedeno s ohledem k individuálním potřebám a současné situaci klienta.
- Naslouchání s cílem revidovat individuální plán péče.
- Stanovení cílů, které jsou pragmatické, realistické, specifické, měřitelné, časově omezené a dohodnuté s klientem.
- Pozitivní přístup spočívající v hledání a navazování na to, co je silné, co je neporušeno, hledání autosanačního (samoúzdravného) potenciálu jedince.
- Pomocí standardizovaných metod hodnocení se posuzuje daná situace, problém.
- Využívá se multidisciplinárního přístupu, zapojení různých odborníků.
- Dodržování etických zásad.

Nezbytné součásti cíleného posouzení:

- stanovení cíle/cílů posouzení,
- výběr vhodných metod pro posouzení (rozhovor, pozorování, studium dokumentace klienta, screeningové škály, dotazníky a další),
- studium dosavadní dokumentace klienta,
- rozhovor s klientem,
- administrace screeningových škál, dotazníků a dalších diagnostických metod vybraných dle stanovených cílů posouzení,
- rozhovor s odborníky zainteresovanými do péče o klienta,
- rozhovor s blízkými klienta,
- vyhodnocování získaných informací a diagnostických metod, interpretace dat,
- úprava plánu péče, stanovení diagnostického plánu,
- zápis dokumentace.

5. Popis doporučené praxe

Přípravná fáze

Stanovte cíl/cíle posouzení.

Vyberte vhodné metody pro proces posuzování (rozhovor, pozorování, studium dokumentace klienta, screeningové škály, dotazníky a další).

Prostudujte dosavadní dokumentaci klienta.

Navázání kontaktu

Vytvořte prostředí umožňující zklidnění a udržujte vstřícnou atmosféru.

Vytvářejte pro klienta základní bezpečí ve smyslu mírnění tlaku a tenze z nové situace a zachování důstojnosti. Vysvětlujte postup a důvod dotazování s cílem udržovat důvěryhodnost procesu.

Respektujte úroveň vyjadřovacích schopností klienta a přizpůsobte jim používaný slovník a tempo.

5.1 Hodnocení současné situace klienta

Zjistěte klientův postoj k posouzení.

Posuďte náhled klienta na daný problém.

Ptejte se na současnou situaci klienta týkající se hodnocené oblasti.

Zjistěte hlavní projevy současných obtíží.

Cíleně se ptejte a aktualizujte dosavadní známé informace.

Aktualizujte individuální potřeby a preference klienta, zdrojové kompetence.

Posuďte připravenost ke změně a zhodnoťte rizika.

Pokud je to relevantní, získejte informace od rodiny a blízkých osob.

Pokud je to relevantní, získejte informace od dalších odborníků zainteresovanými do péče o klienta.

5.2. Posouzení za použití škál a screeningových nástrojů

Použijte validované škály a screeningové nástroje.

Před použitím těchto nástrojů se seznamte s instrukcemi pro správnou administraci, vyhodnocení a interpretaci výsledků.

Použití škál a screeningových nástrojů by mělo být součástí posouzení, aby bylo možné monitorovat pokrok klienta a včas identifikovat potřebu změny plánu péče.

5.3. Úprava plánu péče

Na základě výsledků cíleného hodnocení a aktuálního stavu klienta přehodnoťte a upravte plán péče.

Navrhněte úpravu intervencí na základě aktuálních potřeb klienta.

Úprava plánu péče zajišťuje, že plán zůstává aktuální a přizpůsobený individuálním potřebám klienta, což zvyšuje šance na úspěšné zotavení a dlouhodobé udržení změny.

Pokud to zjištění vyžadují, naplánujte další specializovaná, cílená posouzení (NICE, 2017; Kampman, & Jarvis, 2015).

5.4 Závěr cíleného posouzení

Reflektujte změny a promítněte je do plánu péče.

Plán péče a zotavení je neustále se vyvíjející záznam, který má čtyři základní části:

- dohodnuté cíle klienta,
- konkrétní a jasné kroky, které je třeba podniknout, aby se těchto cílů dosáhlo,
- jasná informace o tom, kdo tato opatření provádí,
- sledování pokroku při dosahování konkrétních opatření a cílů.
- začlenění cílů týkajících se řízení identifikovaných rizik

Cíle dobrého plánu péče a zotavení jsou obvykle SMART (specifické, měřitelné, dohodnuté, realistické a časově omezené) a měly by odrážet preference klienta.

Pokud to zajištění vyžadují, naplánujte další specializovaná, cílená posouzení.

Výsledky hodnocení by měly být sdíleny mezi členy multidisciplinárního týmu, aby bylo možné zajistit komplexní a koordinovanou péči o klienta.

5.5 Vysvětlení výsledků posouzení klientovi, případně jeho blízkým osobám

Výsledky hodnocení by měly být diskutovány s klientem nejen za účelem poskytnutí informací, ale také jako podklad k diskuzi o dalším plánu péče (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Zjistěte, jak klient rozumí výsledkům hodnocení, získejte zpětnou vazbu.

V případě potřeby poskytněte klientovi a jeho blízkým osobám vysvětlení a další informace.

Komunikujte s klientem způsobem, který je přiměřený jeho věku, vývojové úrovni apod.

Výsledky sdělujte zainteresovaným stranám v mezích platných etických pravidel o poskytování informací a podle standardů současné klinické praxe.

Pokud se potřeby klienta nepotkávají s nabídkou dané služby, vysvětlete tuto skutečnost klientovi a odkažte do relevantní služby, klientovi předejte písemný záznam z posouzení obsahující navrhovaný plán péče.

5.9 Dokumentace výsledků posouzení a doporučení pro další péči

Proveďte zápis z cíleného hodnocení.

Zapište získané informace a závěr včetně plánu péče.

Uvádějte jasné, stručné a srozumitelné informace.

Připravte srozumitelnou prezentaci výsledků posouzení v písemné formě, kterou poskytnete klientovi a dalším odborníkům podle platných etických pravidel.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Pravidelné a systematické hodnocení pomáhá včas identifikovat a řešit rizikové situace a potenciál pro relaps.

Kontinuální sledování a přizpůsobení péče může vést ke zlepšení celkového zdravotního stavu klienta.

Systematické hodnocení a podpora mohou klientovi pomoci udržet dosažené změny a zlepšit kvalitu života.

Cílené detailní hodnocení umožňuje přesnější diagnózu a identifikaci specifických problémů, což vede k cílenějším a efektivnějším intervencím.

Cílené hodnocení umožňuje poskytnout péči přizpůsobenou individuálním potřebám a situaci klienta, což zvyšuje šanci na úspěšně zotavení.

Pravidelné sledování nabízí klientům a poskytovatelům možnost identifikovat překážky, které brání přiměřenému pokroku na cestě k plnění cílů.

Pravidelné a podrobné hodnocení rizikových faktorů a spouštěčů relapsu umožňuje včasnou intervenci a snižuje riziko relapsu.

Flexibilní a dynamický přístup k péči umožňuje rychle reagovat na změny v potřebách klienta a zajišťuje, že péče zůstává efektivní a relevantní.

Zdroje

Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group. (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.

Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 363(1507), 3125-3135. https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0089

Kampman, K., & Jarvis, M. (2015). American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use. *J Addict Med, 9*(5), 358-367. doi:10.1097/ADM.0000000000000166

Koob, G. F. & Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Science 363, 3113-3123. doi: 10.1098/rstb.2008.0094

NICE. (2017). Drug misuse prevention: targeted interventions. www.nice.org.uk/guidance/ng64

The Management of Substance Use Disorders Work Group (2015). VA/DoD Clinical pracitce guideline for the management of substance use disorders. Washingotn, DC: Department of Veterans Affairs, Department of Defense.

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine 374, 363-71. doi: 10.1056/NEJMra1511480

West, R. (2016). Modely závislosti. Praha: Úřad vlády ČR.

West, R., & Brown, J. (2013). Theory of Addiction. Second Edition. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

BOX I PŘÍLOHA

DIAGNOSTIKA – VSTUPNÍ POSOUZENÍ – FORMULÁŘ ZÁZNAMU

INSTRUKCE

Tento formulář se zaměřuje na zachycení a zhodnocení informací z osmi oblastí vstupního zhodnocení v posledním měsíci, případně někdy v minulosti podle relevance k současné situaci. Zhodnocení provádí jak terapeut, tak klient. Není nutné na všechny položky odpovědět, ne vždy je informace relevantní, případně dostupná.

Formulář souží výhradně terapeutovi jako záznam rozhovoru vedeného dle doporučení uvedených v BOXU I-2 a Aplikační příručce, nikoli jako dotazník vyplňovaný klientem.

Instrukce pro klienta:

Zamyslete se nad situací v posledním měsíci. Odpovídejte prosím na otázky co nejpřesněji a nejupřímněji. Vaše odpovědi pomohou lépe porozumět vašim potřebám a vytvořit tak efektivní plán péče. Pokud si nejste jistí, nebo pokud si danou informaci nepamatujete, zůstane pole prázdné. Později se k tomu můžeme vrátit. Informace, které poskytnete jsou důvěrné, budou použity pouze pro účely poskytování služeb.

TEAPEUTOVA HODNOTÍCÍ STUPNICE

Hodnocením závažnosti terapeut vyjadřuje, do jaké míry klient v dané oblasti potřebuje intervenci. Hodnocení se zakládá na historii problémů, na současném stavu klienta.

0-1 žádný skutečný problém, není zapotřebí žádná intervence
2-3 mírný problém, intervence patrně není nutná
4-5 středně závažný problém, nějaká intervence je na místě
6-7 značně závažný problém, intervence je nutná
8-9 extrémně závažný problém, intervence je absolutně nutná

KLIENTOVA POSUZOVACÍ STUPNICE

Použitím této stupnice klient vyjadřuje, do jaké míry mu vadily problémy v příslušné oblasti a jak naléhavá je pro něho v příslušné oblasti potřeba intervence. Předložte klientovi tuto posuzovací stupnici na samostatném listu, aby ji měl před sebou pro snadnější posouzení.

0 vůbec ne
1 trochu
2 dosti
3 značně
4 mimořádně silně

	Přítomnost			Motivace +/-	Závažnost na škále	
	Ano	Ne	Nezjištěno		T	K
5.2.1 Anamnéza závislostního chování a související rizika						
Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving)						
Potíže v kontrole užívání látky						
Somatický odvykací stav						
Průkaz tolerance						
Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů						
Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků						
Syndrom závislosti při splnění 3 a více z výše zmíněných kritérií						
Zaměstnává se hazardní hrou						
Zvyšuje množství peněz vkládaných do hazardní hry						
Opakovaně a neúspěšně se pokoušel/a hazardní hru ovládat						
Když se pokouší snížit hazardní hru nebo s ní přestává, cítí neklid a podrážděnost						
Používá hazardní hru jako prostředek, jak uniknout problémům nebo mírnit dysforickou náladu						
Po ztrátě peněz při hazardní hře se následujícího dne k hazardní hře vrací, aby je vyhrál/a nazpět						
Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl/a rozsah svého zaujetí hazardní hrou						
Dopustil/a se ilegálních činů jako padělání, podvodů, krádeží nebo zpronevěry kvůli hazardní hře						
Problematické hazardní hráčství při splnění 4 a více kritérií v posledních 12 měsících						
Řízení pod vlivem návykových látek						
Injekční aplikace návykových látek, sdílení jehel, opakované použití jehel						
Vztahové problémy v důsledku užívání						
Sexuální aktivity pod vlivem, které byly riskantní nebo kterých bylo později litováno						
Právní nebo finanční problémy						
Neschopnost zodpovědně pečovat o děti						
Násilí vůči ostatním						
Špatné výsledky ve vzdělávání, v zaměstnání						
Špatný výkon v očekávaných sociálních rolích						
Užívání pro zlepšení nálady, zapomenutí na strasti						

	Přítomnost			Motivace +/-	Závažnost na škále	
	Ano	Ne	Nezjištěno		T	K
5.2.2 Anamnéza psychických obtíží						
Přítomnost poruch nálady, zejména prožívání úzkosti a deprese						
Přítomnost nutkavých myšlenek						

Přítomnost bludů a halucinací						
Narušení kognitivních funkcí						
Přítomnost faktorů ve smyslu vývojové traumatizace						
Přítomnost faktorů ve smyslu akutní traumatizace nebo posttraumatické stresové poruchy						
Sebepoškozování						
Sebevražedné úmysly						
Sebevražedné pokusy				xxx	xxx	xxx
Dřívější psychiatrické hospitalizace				xxx	xxx	xxx
Probíhající léčba psychických obtíží včetně farmakoterapie				xxx	xxx	xxx
	Přítomnost			**Motivace +/-**	**Závažnost na škále**	
	Ano	**Ne**	**Nezjištěno**		**T**	**K**
5.2.3 Zdravotní anamnéza						
Sexuálně přenosné infekce						
U žen gynekologické potíže						
Aktuální zdravotní problémy v ústní dutině						
Problémy s dýcháním						
Srdeční potíže						
U injekčních uživatelů místa vpichu na všech končetinách a v tříselných oblastech						
Alergie nebo intolerance na potraviny						
Poruchy spánku						
Nepravidelná, nedostatečná strava a návyky						
Obavy o současné psychické nebo fyzické zdraví						
Farmakoterapie				xxx	xxx	xxx
Testování – infekční nemoci (pozitivita)	ANO	NE	Nezjištěno	orientační	LAB	
HIV						XXX
VHA						XXX
VHB						XXX
	Přítomnost			**Motivace +/-**	**Závažnost na škále**	
	Ano	**Ne**	**Nezjištěno**		**T**	**K**
5.2.4 Posouzení vztahových a širších životních podmínek a jejich potenciálu pro zotavení						
Vztahy s blízkými						
Situace v oblasti společenských vazeb						
Podpora rodiny a dalších blízkých osob						
Přítomnost rizikových faktorů						
Přítomnost stresových situací						
Začlenění klienta na trhu práce						
Situace v oblasti bydlení						
Duchovní, spirituální zaměření						
Jazyková bariéra						
Specifické potřeby, specifická situace						
Ochranné léčení				XXX	XXX	XXX
Podmínečné odsouzení				XXX	XXX	XXX
Probíhající trestní řízení				XXX	XXX	XXX

	Přítomnost			Motivace +/-	Závažnost na škále	
	Ano	Ne	Nezjištěno		T	K
5.3 Individuální potřeby a preference klienta, zdrojové kompetence						
Osobní zdroje						
Zdroje v sociálních vazbách						
Postojové, duchovní zdroje						
Kulturní zdroje						
5.4. Připravenost ke změně a zhodnocení rizik						
Prekontemplace						
Kontemplace						
Příprava na změnu						
Akce/probíhající změna						
Udržování výsledků změny						
Aktivní využívání změny bez další podpory						
5.5 Informace od rodiny a blízkých osob						
Informace od rodiny				**xxx**	**xxx**	**xxx**
Podpora rodinou						
Člen rodiny potřebuje péči						
Další, doplňující informace						
5.6 Testování – metabolity NL (pozitivita)	ANO	NE	Nezjištěno	orientační	LAB	
Látka 1:						XXX
Látka 2:						XXX
Látka 3:						XXX

[poslední strana]

ČESKÝ
ADIKTOLOGICKÝ
INSTITUT