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 – 8 Nmet
Doporučené klinické postupy v adiktologii pro následnou péči

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),

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

Aplikační příručku vytvořil Petr Hrouzek ve spolupráci s Elizabeth Novákovou

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.

BOX VI

INTERVENCE NA PODPORU ZOTAVENÍ

Obsah BOXU VI

0 INTERVENCE NA PODPORU ZOTAVENÍ
1 PREVENCE RELAPSU
2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE V OBLASTI PRÁCE
3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE V OBLASTI BYDLENÍ

BOX VI

0 INTERVENCE NA PODPORU ZOTAVENÍ

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2020) přes četnost pojmů spojovaných s následnými intervencemi popisuje proces zotavení jako dlouhodobé zvyšování kvality života a zdraví klientů, jakož i podpory při zotavování z negativních dopadů spojených s poruchami způsobenými užíváním NL.

Tento proces by měl podporovat klienty v průběhu všech intervencí nebo procesu léčby v různých prostředích a modalitách. Jakmile se klienti stabilizují v dosažených změnách, měly by následovat intervence zaměřené na zotavení.

Intervence se zaměřují na prevenci relapsu, obtíží prostřednictvím komplexní podpory sociálního fungování, pohody, jakož i sociálního začlenění do komunity a společnosti (Drug misuse and dependence, UK guidelines on clinical management, 2017). V souladu s perspektivou životního cyklu tedy pomáhají intervence podporující zotavení zlepšit fyzické a duševní zdraví klientů, podporují jejich sociální stabilizaci, posilují silné stránky a odolnost a zároveň se soustředí na osobní odpovědnost při zvládání negativních dopadů způsobených užíváním návykových látek nebo závislostního chování.

Podpora zotavení zahrnuje intervence a aktivity, které podporují a posilují vnitřní a vnější zdroje tak, aby klientům pomohly dobrovolně a aktivně zvládat poruchy způsobené užíváním NL, pokud se opakují (WHO, 2020). Doporučené klinické postupy v adiktologii se zaměřují na tři kritické oblasti, které výrazně ovlivňují stabilizaci remise a posilují proces zotavení:

- **Prevence relapsu**
- **Sociální rehabilitace v oblasti vzdělání a práce**
- **Sociální rehabilitace v oblasti bydlení**

Pro zajištění účinné následné péče je ovšem nutné zapojit celý systém, integrovat všechny způsoby léčby a sociální péče. Do procesu zotavení by měli být zapojeny také rodiny a pečovatelé, přátelé, sousedé, svépomocné skupiny, duchovní a komunitní skupiny, organizace a instituce z oblasti vzdělávání, systému trestního soudnictví i sportovních a rekreačních zařízení.
Vzhledem k perspektivě "životního cyklu" je proces zotavení otevřený a může tak trvat celý život. Zahrnuje přístup managementu chronických onemocnění, jehož cílem je pomoci jednotlivcům účinně zvládat vlastní zdravotní problémy, a tím zlepšit jejich zdraví a pohodu. Při podpoře procesu zotavení je tedy doporučeno držet se následujících obecných zásad (WHO, 2020):

- **Zaměřte se spíše na zvyšování silných stránek než na snižování nedostatků**: Přístupy orientované na zotavení se snaží identifikovat, podporovat a rozvíjet dovednosti, talenty, zdroje a zájmy namísto zdůrazňování potřeb, deficitů a patologií.
- **Zřizujte flexibilní programy namísto pevně stanovených**: Programy cílené na zotavení musí reagovat na změny, kterými klient v průběhu času prochází, nabízet možnost volby a poskytovat flexibilní škálu podpory a služeb, které odpovídají měnícím se potřebám jednotlivce.
- **Zohledňujte autonomii klienta**: Proces zotavení povzbuzuje a podporuje klienta v informovaném rozhodování o svém životě a léčbě. Důležitost začlenění klientovy volby byla zdůrazněna i v jiných oblastech medicíny, zejména při léčbě chronických onemocnění, a ukázala se jako účinná při zvyšování odpovědnosti jednotlivce za jeho zotavení.
- **Podporujte účast širšího společenství**: Na rozdíl od překonávání poruch spojených s užíváním návykových látek v izolaci zahrnuje proces zotavení zapojení rodinných příslušníků, přátel a komunity tak, aby se posílily sociální aspekty zotavení. Ostatní lidé jsou povzbuzováni k tomu, aby se podíleli na klientově zotavení s využitím komunitních zdrojů, jako jsou profesní organizace, nevládní organizace, vzájemná pomoc nebo vrstevnická podpora, organizace podporující duchovní a spirituální život a školy a další vzdělávací instituce.
- **Vyhodnocujte úspěšnost intervencí a programů zaměřených na zotavení:** Zohledňujte schopnost snížit riziko relapsu a předávkování, omezit užívání návykových látek a související škody, jakož i zlepšit fyzické a psychické zdraví, pohodu, sociální fungování a reintegraci. Index závažnosti poruch způsobených užíváním návykových látek a podobné strukturované nástroje, které hodnotí celkové fungování klientů v souvislosti s poruchami způsobenými užíváním návykových látek, lze použít k posouzení pokroku v mnoha aspektech zdraví a integrace v běžném životě a současně k vyhodnocení potenciální míry prospěšnosti plynoucí buďto z pokračování poskytované následné péče, anebo jejího postupného ukončování.
- **Do procesu zotavení zahrňte pravidelný monitoring**: Kontrolní návštěvy mohou pomoci udržet proces zotavení a zabránit relapsu. Během kontrolního vyšetření může být klient požádán, aby poskytl aktuální informace o své pracovní výkonnosti, životních podmínkách a mechanismech zvládání stresu nebo udržování zdravých vztahů. Objevují se důkazy o tom, že kontroly zaměřené na zotavení jsou účinnou metodou k posílení procesu zotavení v průběhu času a že jsou nákladově efektivní a potenciálně úspornou strategií podpory abstinence a

snižování užívání návykových látek u osob s chronickými poruchami způsobenými užíváním návykových látek (White, 2007; McCollister et al., 2013; Miller, 2013; Dennis, Scott a Laudet, 2014; Garner et al., 2014).

Důkazy účinnosti

I				II				**III**				IV				V			
a	**b**	c	d	a	b	c	d	a	**b**	c	d	e	a	b	c	d	a	b	c
	1								**2**										

Zdroje:

1. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update. Independent Expert Working Group (2017) Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. London: Department of Health.
2. World Health Organization. (2020). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing.

BOX VI
1 PREVENCE RELAPSU

1. Charakteristika metody

Prevence relapsu je souborem intervencí založených na podpoře změn kognitivních schémat a chování klienta. Kognitivní složka se zaměřuje na posilování sebedůvěry klientů, porozumění vlastním myšlenkám a motivům chování včetně znalosti rizik spojených s užíváním návykových látek a porozumění vzorcům závislostního chování. Behaviorální aspekt je zacílen na zvyšování klientovy kontroly vlastního chování a jednání, včetně zvyšování odolnosti ve smyslu schopnosti zvládat stres a craving. Cílem těchto intervencí je prevence relapsu a udržení nastoupených změn včetně podpory udržení abstinence (Wanigaratne, Wallace, Pullin et al., 2008, in Kalina, 2013, kap. 27).

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

Průběžný a systematický rozvoj prevence relapsu je využitelný ve všech úrovních práce s osobami s adiktologickými poruchami (Marlatt a Witkiewitz, 2005). Intervence zaměřená na prevenci relapsu je indikována vždy, když je proces adiktologické péče zacílen na změnu, jejíž udržení je součástí dalšího postupu plánu péče. Zejména pak, pokud je tato změna v plánu péče deklarována jako žádoucí cílový stav, nebo je nezbytná pro efektivitu dalších intervencí.

Prevence relapsu je doporučená u klientů, kteří zahájili práci na změně životního stylu v ambulantní péči nebo práci na hlubší změně životního stylu v rezidenční péči (Clinical practical guidline for the management of substance use disorders, 2015). Intervence zaměřené na prevenci relapsu je žádoucí zařadit do plánu péče bezprostředně poté, co je práce na změně deklarována klientem a její dosažení se stane součástí plánu péče.

Dle požadované změny je možném indikovat intervence zaměřené na prevenci relapsu dle následujícího kontinua:

- Intervence lze zacílit na podporu změny užívání, způsobů aplikace návykových látek, nebo závislostního chování ve smyslu bezpečnějšího způsobu užívání, méně rizikového chování, nebo zvýšení kontroly.
- Prevenci relapsu lze zaměřit na podporu prospěšných změn ve smyslu zvýšení kontroly nad užíváním návykových látek a závislostním chováním, upuštění od užívání některých návykových látek a závislostního chování nebo plnou abstinenci.
- Pro stabilizaci již dosažených změn životního stylu, které je žádoucí dlouhodobě udržet, zejména pak zahrnují-li plnou abstinenci od návykových látek nebo opuštění rizikového závislostního chování.

Nejsou známé kontraindikace pro intervence změřené na prevenci relapsu ve smyslu jejich nežádoucího efektu. Jejich nízkou účinnost lze předpokládat v klinických situacích, kdy je péče zaměřena na akutní klinické stavy, na podporu motivace ke změně nebo rozhodování o potřebě adiktologické péče.

3. Teoretická východiska

Základy prevence relapsu položil model Marlatta a Gordonové (dále jen Marlattův model). Ten vychází z bio-psycho-sociálního modelu poruch způsobených užíváním návykových látek a z předpokladu, že člověk s adiktologickou poruchou je schopen své chování měnit, a tedy že adiktologická porucha je výzva k růstu, a nikoliv neléčitelná nemoc. Cílem je klienty naučit předvídat skutečný i potencionální relaps tím, že posiluje jejich vědomí o vlastním chování a o volbě mezi různými vzorci chování, jejich schopnost zvládat zátěžové situace, posiluje sebeovládání, sebedůvěru i sebekontrolu nad situací, čímž zvyšuje sebe-účinnost (Marlatt, 2000, cit. in Millerová, 2011).

Běžně používané strategie prevence relapsu jsou založené na technikách, které vycházejí z Kognitivně behaviorálních terapií (KBT). Současný vývoj KBT je souhrnně znám jako „třetí vlna“ nebo „kontextuální“ KBT a nově zahrnuje také terapii přijetím a odhodláním (ACT) a prevenci relapsu založenou na všímavosti (MBRP) (Drug misuse and dependence, UK guidelines on clinical management, 2017).

4. Zásady (nezbytné součásti)

Wanigaratne et al. (2008) popisují strategie prevence relapsu, které dělí na strategie zaměřené na změnu chování (behaviorální) a strategie zaměřené na změny na úrovni myšlení, prožívání a vědomého rozhodování (kognitivní).

- Obě tyto strategie je možné využívat současně.
- Obě tyto strategie je možné realizovat individuální či skupinovou formou.
- Obě strategie jsou účinnější v kombinaci s nácvikem všímavosti (Hendershot, et. al, 2011).

V souladu s dostupnými důkazy je do postupů pro prevenci relapsu účinné zahrnout na všímavosti založenou prevenci relapsu (MBRP), která usiluje o změnu na behaviorální, tak i kognitivní úrovni (Witkiewitz et al., 2005). MBRP integruje praktiky meditace všímavosti s kognitivně-behaviorálními strategiemi na podporu zotavení klientů. Nezbytnými součástmi MBRP je rozvoj dovedností, které napomáhají zvyšovat citlivost a posilovat proces učení se rozpoznávat spouštěče a přijímat nepříjemné prožitky (fyzické, kognitivní a emocionální), na rozdíl od reaktivního dosahování „nápravy“. Kombinace všímavosti a prevence relapsu kultivuje vědomí o vnitřních i vnějších spouštěcích faktorech a zároveň podporuje životně důležité úpravy životního stylu pro život po zotavení.

Mezi typické součásti intervence pro prevenci relapsu patří:

- identifikace vysoce rizikových situací a spouštěčů cravingu
- rozvoj strategií k omezení vystavování se vysoce rizikovým situacím
- rozvoj dovedností zvládat craving a jiné zaplavující emoce vedoucí k užití NL
- naučit se vyrovnávat se s propady
- naučit se, jak rozpoznat a zvládnout nutkavé nebo dysfunkční myšlenky na NL, či škodlivé chování a jednání
- vypracování nouzového plánu pro zvládání vysoce rizikových/krizových situací, kdy ostatní dovednosti nefungují
- vytváření příjemných aktivit a budování vztahů, zlepšování kvality života a dosažení rovnováhy životního stylu.

5. Popis doporučené praxe

Během procesu změny je důležité vypracování plánu osvojení a upevnění dovedností a technik, jak identifikovat a vypořádat s rizikovými situacemi. Níže uvádíme techniky založené na všímavosti a dále strategie zaměřené na změnu chování a změny na úrovni myšlení, prožívání a vědomého rozhodování.

Přístup založený na všímavosti (Witkiewitz et al., 2005; Bowen et. al., 2014):

- Za pomoci rozvoje všímavosti trénujte s klienty rozpoznávání rizikových okolností vzniku relapsu, zvyšujte povědomí o vnitřních (tj. emocionálních a kognitivních) a vnějších (tj. situačních) spouštěčích dříve spojených s užíváním návykových látek.
- Pomocí technik MBRP zvědomujte vnitřní reakce a rozvíjejte účinné copingové mechanismy. Budujte a posilujte koncentraci. Rozvíjejte schopnosti efektivního zvládání rizikových situací a posilujte s klienty vlastní účinnost.
- Dále se zaměřujte na zvýšení akceptace a tolerance pozitivních a negativních fyzických, emocionálních a kognitivních stavů, mezi které patří také craving, čímž můžete postupně snižovat potřebu zmírňovat vnitřní napětí a nepohodlí skrze užívání látek.
- Všímavost lze praktikovat formálním i neformálním způsobem. Formální praxe zahrnuje systematickou aplikaci všímavosti prostřednictvím specifických cvičení, jako je všímavost k dechu, meditace skenování těla, meditace v chůzi atp. Neformální praxe zahrnuje aplikaci dovedností všímavosti v každodenních situacích, přivedení otevřené, akceptující a rozlišující pozornosti k činnostem každodenního života, jako je např. hygiena nebo jídlo atp.

Strategie zaměřené na změnu chování (Behaviorální strategie):

- **Sebemonitorování**. Veďte s klientem podrobné záznamy o určité aktivitě s cílem naučit se vědomě se soustředit na chování, které má být předmětem změny. Součástí monitoringu by měly být všechny pro klienta důležité aspekty, které se k monitorovanému ději vztahují. Tedy nejen chování a jednání, ale i související fantazie, sny a podobně, v nichž je klientovo závislostní chování přítomno.
- **Identifikace spouštěčů**; v monitorovaném obsahu identifikujte s klientem spouštěče závislostního chování a vysoce rizikové situace a události, které vedou k opětovnému užití návykové látky nebo závislostnímu chování. Formulujte s klientem důsledky, které pro něj dané chování má. V této fázi práce je možné využít rozhodovací matice a deníky užívání návykových látek a závislostního chování.
- **Osvojení nových vzorců chování**; Modelujte s klientem nové bezpečné vzorce a strategie pro odchod z rizikových situací, odstranění předmětů a podnětů souvisejících se závislostním chováním a budujte prostředky pro relaxaci a uvolnění. Vhodné je dále využití možnosti zavolání podpůrné osobě ve vysoce exponovaných životních situacích.

Strategie zaměřené na změny na úrovni myšlení, prožívání a vědomého rozhodování (Kognitivní strategie):

- **Kognitivní restrukturalizace**: Identifikujte s klientem myšlenkové koncepty a přesvědčení, které vedly k relapsu závislostního chování. Upravujte s klientem tyto myšlenkové koncepty v souladu s jeho záměrem udržet nastoupenou změnu a opírejte se při této restrukturalizaci i o klientova zdůvodnění (pro a proti), která ho ke změně vedou. Například, proč chce klient abstinovat. Pokud to shledáte užitečným, sestavte s klientem z těchto upravených konceptů kartu, kde jsou stručně sepsány (kartu lze nosit s sebou pro případ cravingu).
- Stejným způsobem je možné modelovat myšlenkový koncept nácviku zvládnutého relapsu, nebo **imaginace** zvládání rizikových situací (Gordon, 2003).

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Intervence zaměřené na prevenci relapsu vychází z předpokladu, že je možné tyto postupy použít pro jakékoli formy závislostního chování, jejichž součástí jsou vzorce kompulzivního návyku, kdy se jedinec snaží dosáhnout okamžitého uspokojení (Millerová, 2011).

Hlavním očekávaným výsledkem intervencí zaměřených na prevenci relapsu je zejména:

- Identifikace rizikových situací ohrožujících nastoupenou změnu, jejich předvídání a vyhnutí se jim, nebo jejich plné zvládnutí.
- Učinit z překonaného relapsu učící zkušenost a navrátit se k nastoupené změně.

Propracovaný plán prevence relapsu snižuje riziko suicidálních tendencí spojených s prožitkem selhání vlastního úsilí o změnu nebo úmrtí v důsledku neúmyslného předávkování

(NICE Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, 2016).

7. Doplňující komentář

V případě, že jsou součástí plánu péče intervence na úrovni psychoterapie, nebo je psychoterapie převažující intervencí, mohou být strategie prevence relapsu součástí psychoterapeutického procesu, nebo obráceně, psychoterapeutický proces bude ve smyslu prevence relapsu účinný, pokud zahrnuje strategie zde uváděné v oddílu 5 a na prevenci relapsu se zaměřuje.

8. Vysvětlivky vybraných pojmů

Relaps: definice relapsu se v identifikovaných zdrojích liší a dosavadní výzkum nepřinesl žádnou konsensuální definici termínu. Pro účely Klinických doporučených postupů v adiktologii je relaps definován jako návrat k původnímu vzorci závislostního chování, ke kterému dochází během procesu změny. V Klinických doporučených postupech je zastávána perspektiva, že relaps je dynamický, probíhající proces spíše než náhodná nebo konečná událost. Z tohoto důvodu se v procesu úzdravy termíny jako laps a recidiva jeví jako nadbytečné. Současně zaměnitelnost pojmů laps, relaps a recidiva v procesu překladu textů zdrojových dokumentů vyžaduje sjednocení, vzhledem k tomu, že jsou často obsahově zaměnitelné.

Mindfulness: pro potřeby Doporučených klinických postupů je pojem překládán jako všímavost. V psychologické literatuře existuje celá řada definic, které se více či méně liší nejen formulací, ale také výčtem atributů, které jsou všímavosti přisuzovány či akcentovány. Mezi nejcitovanější definice patří následující: J. Kabat-Zinn (1996) uvádí, že všímavost je určitý způsob udržování pozornosti: záměrně, v přítomném okamžiku a bez hodnocení; podle Baera (2003) je všímavost nehodnotící pozorování probíhajícího proudu vnitřních a vnějších podnětů tak, jak vyvstávají; Brown & Ryan (2003) definují všímavost jako stav, ve kterém si člověk uvědomuje a je pozorný k tomu, co se děje v přítomném okamžiku; a Linehanová (1993) definuje všímavost jako záměrný proces pozorování, popisování a podílení se na skutečnosti, a to způsobem bez hodnocení, se zaměřením na přítomnost a efektivně s ohledem na cíle.

Důkazy účinnosti

I				II				III					IV				V		
a	**b**	**c**	d	a	b	c	d	a	b	c	d	e	a	b	c	**d**	a	b	c
	2	1														4			
	3															5			
	6															7			

1. Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, *30*(4), 295–305. https://doi.org/10.1080/08897070903250084
2. Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders. (2015). *Veterans Affairs/Department of Defense Clinical Practice Guidelines*.
3. Independent Expert Working Group. (2017). *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management.* London: Department of Health.
4. Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *6*(17). https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17
5. Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. In G. A. Marlatt & D. M. Donovan (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed., pp. 1–45). New York: The Guilford Press.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2016). *Coexisting severe mental illness and substance misuse: Community health and social care services.* Retrieved from https://www.nice.org.uk/guidance/ng58
7. Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *19*(3), 211–228.

Další zdroje

1. Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2014). Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. In Mindfulness-based treatment approaches (pp. 141–157). Academic Press.
2. Gordon, S.M. (2003). Relapse & recovery: Behavioral strategies for change. Pennsylvania: Caron Foundation.
3. Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada Publishing.
4. Kalina, K., et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing.
5. Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: The Guilford Press.
6. Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Praha: Galén.

BOX VI
2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE V OBLASTI PRÁCE

1. Charakteristika metody

Sociální rehabilitace v oblasti vzdělání a práce a je významnou složkou v procesu zotavení, které WHO definuje jako dlouhodobé zvyšování kvality života a zdraví klientů, jakož i podpory při zotavování z negativních dopadů spojených s užíváním návykových látek či závislostního chování (WHO, 2020). Pro klienta, který prochází procesem změny, je důležité, aby rehabilitoval nebo si osvojil základní pracovní kompetence, případně sociální dovednosti potřebné k získání zaměstnání. Pracovní uplatnění pozitivně ovlivňuje stabilitu procesu zotavení ve více úrovních: zlepšení ekonomické situace, posílení sebevědomí a zvýšení sociální prestiže a posílení procesu integrace do společnosti. Všechny tyto faktory přispívají k prevenci relapsu či vzniků jiných typů poruch způsobených užíváním návykových látek a pro subjektivní prožívání životní pohody.

Intervence v oblasti vzdělání a práce tak zahrnují podporu klientů v motivaci k získání zaměstnání, podporu při hledání, výběru a získání zaměstnání, případně takové intervence, které klientům pomáhají stávající či získané zaměstnání udržet.

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

Intervence související se sociální rehabilitací v oblasti vzdělání a práce jsou indikovány klientům, kteří se potýkají s potížemi při uplatnění na pracovním trhu a o intervence v této oblasti mají zájem. Potřeby klientů v oblasti pracovního uplatnění je důležité mapovat v širším kontextu aktuální životní situace, zdravotního stavu a komplikací spojených s historií poruch způsobených užíváním návykových látek a sociální situací. Intervence cílí na následující skupiny:

- Stabilizační programy: intervence lze cílit na klienty nízkoprahových adiktologických služeb. Podpora v podobě nízko-úvazkové případně nepravidelné práce si klade za cíl korektivní životní zkušenost, která může posilovat motivaci klientů k zahájení procesu změny životního stylu.
- Pracovní rehabilitace a tréninkové zaměstnání: intervence cílí na stabilizované klienty ambulantních terapeutických programů, zejména na klienty, kteří nemají žádnou pracovní zkušenost nebo jejichž pracovní kompetence byly v důsledku adiktologické historie významně narušeny. Intervence se soustředí na osvojování a posilování pracovních návyků a kompetencí.
- IPS (Individual Placement and Support): intervence lze cílit na stabilizované klienty adiktologických ambulantních programů, kteří mají dalším psychiatrické nebo jiné zdravotní omezení, typicky klienty v programu case managementu. Intervence směřují k vyjednání a zprostředkování pracovního místa na volném pracovním trhu nebo chráněného pracovního místa.

- Profesní poradenství: intervence cílí na klienty po dokončení léčby poruch způsobených užíváním návykových látek nebo abstinující a dále na stabilizované klienty ambulantních terapeutických programů s nedávnou profesní zkušeností nebo profesní historií. Intervence cílí na zefektivnění procesu získání nového zaměstnání nebo změny či udržení současného pracovního uplatnění.

Intervence zaměřené na sociální rehabilitaci v oblasti vzdělání a práce dle hloubky probíhající změny je možném indikovat dle následujícího kontinua:

- Intervence lze cílit na podporu rozvoje základních kompetencí a korektivní zkušenost pro klienty, kteří ještě nezahájili proces změny životního stylu nebo je motivace k zahájení procesu změny aktuálním stavem životních podmínek ztížena či znemožněna.
- Sociální rehabilitace v oblasti práce je možné zacílit na podporu probíhajících změn životního stylu klientů, u nichž jsou současně identifikovány nízké nebo chybějící pracovní zkušenosti a kompetence.
- Intervence je možné zacílit na podporu začlenění na běžný trh práce nebo prevenci ztráty zaměstnání u klientů v procesu změny životního stylu, u nichž je současně identifikována profesní historie a zkušenosti.
- Intervence lze zacílit na prevenci ztráty zaměstnání.

3. Teoretická východiska

V kontextu bio-psycho-socio-spirituálního modelu je práce jednou ze základních funkcí a důležitý životní kontext dospělého člověka. Schopnost ekonomické nezávislosti je navázána na vnímání sebeúcty.

Sociální rehabilitace v oblasti práce je nedílnou součástí uceleného konceptu koordinovaného procesu zotavení, kde dále převažuje problematika bydlení, finanční gramotnosti a sociálních dovedností. Tyto oblasti se navzájem ovlivňují a pracovní prostředí je mimo jiné významným zdrojem nových sociálních kontaktů.

Pracovní rehabilitace je již dlouhou dobu jednou ze služeb nabízených klientů, kteří se zotavují z duševních poruch včetně poruch způsobených užíváním návykových látek. Nelze očekávat, že zaměstnavatelé budou tolerovat zaměstnance, kteří aktivně užívají alkohol v práci nebo kteří porušují jejich zásady práce bez návykových látek (SAMHSA, 2020).

Profesní podpora je zásadní, protože stálá i nestálá práce u klientů je spojena se zlepšením symptomů, dosažením samostatného bydlení a zlepšením kvality života (McHugo, Drake, Xie, & Bond, 2012). Profesní programy a podporované zaměstnávání mohou klientům pomoci získat konkurenceschopné zaměstnání, více pracovních hodin a vyšší výdělek. Pokud se tedy má práce stát pro klienty dosažitelným cílem, měla by být pracovní rehabilitace a podporované zaměstnávání integrováno do procesu zotavení.

4. Zásady (nezbytné součásti)

Základem pro efektivní sociální rehabilitaci v oblasti vzdělání a práce je mapování potřeb klienta v kontextu širší sociální situace a tvorba individuálního plánu podpory.

Sociální rehabilitace v oblasti vzdělání a práce by měla efektivně využívat činností sociální práce s jednotlivcem ve smyslu profesního poradenství a koučinku, IPS, individuální pracovní rehabilitace, vedení tréninkového pracovního místa.

Důležitá je též případová práce ve smyslu poradenství a asistence v sociální oblasti, základní sociální stabilizace v oblasti bydlení a dluhů, skupinová sociální práce ve smyslu vedení tematických adaptačních skupin, skupinové pracovní rehabilitace a socioterapie. Intervence by měla vycházet z následujících principů:

- **Komplexnost;** naplňování jednotlivých složek konceptu ucelené rehabilitace probíhá koordinovaně v sekvenci zohledňující individuální možnosti klienta a možná rizika v dalších oblastech procesu zotavení.
- **Multidisciplinarita**; spolupráce mezi odborníky napříč službami se stejnou cílovou skupinou a navazující předávání klienta mezi odborníky a specializovanými týmy dané instituce.

5. Popis doporučené praxe

Profesní poradenství:

Konzultační a poradenské služby v oblasti zaměstnání jsou zaměřeny na profesní integraci. Ústředním tématem je technologie získání vhodného pracovního uplatnění. Úspěšnost při získání a udržení pracovního místa do značené míry ovlivňuje i širší kontext sociální situace klienta, zejména v oblasti nevyhovujícího bydlení, nedostupnosti telefonní a emailové komunikace, neřešené dluhy a probíhající exekuce. Úspěšnost klienta na trhu práce se odvíjí rovněž od jeho duševního a zdravotního stavu (např. množství a způsob užívání návykových látek, substituční léčba, další zdravotní komplikace související s poruchami způsobenými užíváním návykových látek).
Doporučeným metodickým postupem je úkolově orientovaný přístup.

Konzultační a poradenské služby v oblasti zaměstnávání, zprostředkování zaměstnání a profesní integrace se skládají z následující kroků:

- **Mapování profesní způsobilosti a profesní diagnostika:**
  a) Mapují se zejména uplatnitelné schopnosti a dovednosti klienta, profesní historie, získané zkušenosti, latentní či živé pracovní návyky, fyzická kondice a případné zdravotní handicapy. Dále se zkoumá autentická motivace a představy o novém profesním uplatnění, význam a funkci profesní integrace pro další život.
  b) Definují se vhodné profese, obory a zaměstnavatelé podle reálné situace na pracovním trhu. Mezi možné zaměstnavatele jsou počítány i další služby působící v oblasti

zaměstnávání osob se zdravotním či sociálním znevýhodněním. Definuje se reálná mapa možností pro zvolená profesní uplatnění.

- **Tvorba strategie a příprava dokumentů pro účast v přijímacím řízení**
  a) Je vybírána vhodná strategie pro oslovení potenciálních zaměstnavatelů:
  b) Dle zásady přiměřené podpory jsou konzultovány požadavky, zvyklosti a způsoby komunikace zaměstnavatelů s uchazeči a pozornost je věnována jednotlivým procesním krokům přijímacích řízení. Definují se možná rizika a hledají se způsoby k zefektivnění tohoto procesu. Tvoří se plán úkonů a vyžadovaných dokumentů a případně komunikačních nástrojů.
  c) V indikovaných případech, zejména u osob s přidruženou psychiatrickou diagnózou nebo vážným zdravotním omezením se využívá modelu Individual Placement and support (IPS) a pracovní místo je vyjednáno u konkrétního zaměstnavatele na míru. (součástí vyjednaných podmínek mohou být požadavky zaměstnavatele na přípravu před uzavřením kontraktu, například účast klienta na pracovní rehabilitaci či tréninkovém pracovním místě se specifickou pracovní náplní nebo získání potřebné kvalifikace formou rekvalifikačního kurzu nebo podporu mzdových nákladů).
- **Trénink sebeprezentace v přijímacím řízení**
  Trénuje se autentické a reprezentativní vystupování. Nácviky se provádějí v simulovaném prostředí a soustředí se na zvládnutí prezentace složitých období v profesní historii nebo případných handicapech. Opakováním tréninku lze posílit motivaci k účasti v přijímacím řízení a zvýšení sebedůvěry, sebeúcty a zlepšení prezentačních schopností.
- **Konzultace před uzavřením kontraktu při adaptaci na pracovní místo**
  Konzultace se soustředí na obsah nabízené pracovní smlouvy a pracovní náplně. V prvních týdnech po nástupu do zaměstnání jsou konzultována témata adaptace v nové životní situaci a řešení případných obtíží v zaměstnání. Součástí služby může být rovněž nabídka podpory v rámci právního a dluhového poradenství.
- **Zprostředkování dočasného pracovního místa**
  Zprostředkování dočasného pracovního místa/brigády lze využít jako intervenční nástroj, jehož smyslem je zejména okamžitý výdělek a prevence sociálního znevýhodnění. Dále slouží k udržení motivace a posílení důvěry ve zvolenou strategii po dobu její realizace.

Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace se zaměřuje na osvojení nebo utužení profesních návyků, znovunalezení pracovních kompetencí i profesní sebedůvěry (včasný příchod na pracoviště, dodržování hygienických a bezpečnostních pravidel, plnění zadaných úkolů, zodpovědnost za svěřené pracovní pomůcky, komunikace o pracovních postupech a další). Dílčím cílem je posílení vnímání osobní hodnoty a užitečnosti a posílení motivace k soběstačnosti.
Pracovní rehabilitace je koncipována jako strukturovaný rozvojový program:

- V počáteční fázi programu je vhodný individuální setting pro zmapování úrovně pracovních návyků a kompetencí, silných a slabých stánek profesní struktury klienta a definování střednědobých a krátkodobých cílů rehabilitace.
- Pro zvýšení zátěže nebo posílení motivace, sběr inspirace nebo snížení sociální izolace je možné uvažovat o zařazení skupinové práce. Skupinová setkání probíhají pod vedením adekvátně vzdělaného profesionála, účastní se jich ideálně 2-3 klienti.
- Zvýšení zátěže je dále možno navýšením frekvence aktivity a dále náplní práce (samostatné plnění zadaných úkolů, náročnější nebo komplexnější pracovní úkoly, práce ve skupině a kooperace)

Pracovní rehabilitace se zaměřuje zejména na oblast rozvoje pracovních návyků a kompetencí, do korektivní vztahové zkušenosti přináší aspekty pracovních vztahů (autority, vedení, delegace odpovědnosti). Individuálně se zaměřuje na reflexi plnění cílů, revizi a případné úpravy plánu a zohledňuje následný plán transferu klienta (tomu přizpůsobuje pracovní náplň i zátěž).

Tréninkové pracovní místo

Tréninkové zaměstnání nabízí specifické podmínky uzpůsobené pro individuální potřeby klienta a zároveň usiluje o vytvoření téměř reálného prostředí, v němž se klient zapojuje do pracovního procesu. Cílem tréninkového zaměstnání je samostatné zvládnutí pracovní činnosti a příprava na transfer na otevřený pracovní trh. Tréninkové zaměstnání se soustředí zejména na tyto oblasti:

- Schopnost převzít a samostatně vykonat svěřené úkoly
- Schopnost učit se, neopakovat chyby a zefektivňovat výkon práce
- Získání/obnovení/zlepšení dovedností ve vybraném oboru
- Adaptace na pracovní tempo a rytmus

Nezbytnou součástí je pravidelná reflexe plněných cílů, revize plánu a případná úprava kontraktu.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Ve stabilizačních programech je očekávaným výsledkem stabilizace a zastavení sestupné zdravotní a sociální kondice, posílení role a funkce nízkoprahového zařízení v životě klienta.

Očekávaným výsledkem programů pracovní rehabilitace a tréninkového zaměstnání je osvojení a utužení pracovních kompetencí a návyků potřebných pro možný transfer do částečného úvazku na pracovním trhu. S rozvojem kompetencí, lze očekávat zvýšení motivace k práci a soběstačnosti, zároveň posílení stability v adiktologické oblasti.

Výsledkem sociální rehabilitace v oblasti vzdělání a práce v programech profesního poradenství je získání a udržení zaměstnání, které odpovídá vzdělání, schopnostem a aktuální zdravotní situaci klienta. Se získáním placeného legálního zaměstnání lze očekávat zvýšení motivace a angažovanosti při řešení aktuálních problémů, posílení sebevědomí a sebeúcty, prohloubení

sebepoznání a náhledu aktuální životní situace a dále zvýšení životního komfortu a rozvoj nových sociálních kontaktů.

7. Doplňující komentář

Úspěšnost intervencí sociální rehabilitace v oblasti vzdělání a praxe je závislá na aktuální situaci na pracovním trhu. Míra podpory a skladba využitých nástrojů a intervencí se s nároky zaměstnavatelů na pracovním trhu mění. V případě nízké nezaměstnanosti roste zájem zaměstnavatelů i o uchazeče z okrajových (rizikových skupin zájemců o práci) a snižuje se význam formálních handicapů těchto uchazečů (adiktologická historie, zápis v trestním rejstříku, exekuce). Snižují se také nároky na potřebu dodatečného vzdělání nebo rekvalifikace. V době vysoké míry nezaměstnanosti naopak nároky na kvalifikační předpoklady uchazečů rostou. V reakci na tento trend je možné měnit skladbu intervencí sociální rehabilitace k asistovanému vyjednávání se zaměstnavateli, zprostředkování rekvalifikací apod.

Důkazy účinnosti

I				II				III				IV				V			
a	**b**	c	d	a	b	c	d	a	**b**	c	d	e	a	b	c	d	a	b	**c**
	3								2										1

1. Kalousek, L. (2024). Metodický manuál Centra profesní a sociální adaptace, SANANIM
2. World Health Organization (2020). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing.
3. SAMSHA (2020). Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders. Updated 2020. Treatment Improvement Protocol 42.

BOX VI

3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE V OBLASTI BYDLENÍ

1. Charakteristika metody

Sociální rehabilitace v oblasti bydlení je zásadní složkou v procesu zotavení, které WHO definuje jako dlouhodobé zvyšování kvality života a zdraví klientů, jakož i podpory při zotavování z negativních dopadů spojených s užíváním návykových látek či závislostního chování (WHO, 2020). Bezpečný prostor pro emancipaci, stabilizaci a rozvoj kompetencí je klíčový pro prevenci relapsu či vznik jiných typů závislostního chování a pro subjektivní prožívání životní pohody. Intervence v oblasti bydlení tak zahrnují podporu klientů v hledání nového důstojného bydlení případně takové intervence, které klientům pomáhají stávající či získané bydlení udržet.

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

Intervence zaměřené na sociální rehabilitaci v oblasti bydlení jsou indikovány klientům, kteří se potýkají s potížemi s neuspokojivým bydlením a o podporu v této oblasti mají zájem. Potřeby klientů v oblasti bydlení je důležité mapovat na všech úrovních požadované změny životního stylu a úrovně motivace na straně klienta. Intervence zaměřené na sociální rehabilitaci dle hloubky probíhající změny je možném indikovat dle následujícího kontinua (SAMHSA, 2020):

- Intervence lze cílit na vytvoření základních důstojných životních podmínek pro klienty, kteří ještě nezahájili proces změny nebo je zahájení procesu změny aktuálním stavem životních podmínek ztíženo či znemožněno.
- Sociální rehabilitace v oblasti bydlení je možné zacílit na podporu probíhajících změn životního stylu klientů, u nichž je absence či nevyhovující bydlení rizikovým faktorem v udržení této změny.
- Intervence je možné zacílit na podporu začlenění do běžného bydlení.
- Intervence lze zacílit na prevenci ztráty bydlení.

Zvýšená potřeba intervence zaměřené na rehabilitaci v oblasti bydlení je indikována u klientů, u nichž:

- Je v minulosti při pokusech o změnu opakovaně přítomen relaps (SAMHSA, 2020).
- Je přítomna duální diagnóza (NICE, 2016).
- Navazuje adiktologická péče na propuštění z výkonu trestu odnětí svobody (Pospíšilová, 2021).

3. Teoretická východiska

Absence či neuspokojivé bydlení je rizikovým faktorem v procesu zotavení a při prevenci relapsu (NICE, 2016). Rozvinuté poruchy způsobené užíváním návykových látek mohou být průvodním jevem života bez domova, a naopak mezi lidmi bez domova je velké množství lidí s rozvinutými poruchami způsobenými užíváním návykových látek. Současně ovšem nejsou

k dispozici data o kauzálním vztahu mezi poruchami způsobenými užíváním návykových látek a bezdomovectvím (Martínková, V., 2009).

S prohlubujícími se poruchami způsobenými užíváním návykových látek lidé častěji ztrácejí schopnost platit pravidelně nájem, resp. energie či další poplatky, důsledkem čehož je ztráta bydlení. Rizikovým faktorem mohou být dluhy a následné exekuce, které jim později mohou bránit v přístupu na trh s bydlením nebo do bydlení obecného (Kalina, 2003).

Jako vhodný rámec práce s klienty, kteří usilují o zahájení procesu změny, se jeví v oblasti bydlení přístup Housing First nebo dodržování klíčových principů tohoto přístupu. Jedná se o tyto principy (Tsenberis, 2011):

- Bydlení je základní lidská potřeba
- Každý klient si zaslouží úctu, vřelost a respekt
- S klienty pracují služby tak dlouho, jak to potřebují
- Byty nejsou kumulovány na jedné adrese
- Bydlení a podpůrné služby jsou oddělené
- Klient má svobodnou volbu
- Služby jsou zaměřené na zotavení
- Jsou uplatňovány principy harm reduction

Úřad pro zneužívání návykových látek a péči o duševní zdraví (SAMHSA) udělil Pathways Housing First v roce 2007 status metody založené na důkazech neboli Evidence Based Policy. Výzkum ukazuje, že Pathways Housing First dosahuje míry úspěšnosti 85 – 90 % za pětileté období. Jiné metody dosáhly podstatně horších výsledků.

Intervence zaměřené na sociální rehabilitaci v oblasti bydlení lze dále realizovat dle následujících modelů (SAMHSA, 2020):

- **Model podpůrného bydlení** je možností pro klienty, kteří žili delší dobu na ulici nebo jejichž potřeby lze nejlépe uspokojit prostřednictvím služeb dostupných v jejich regionu. Současně je nejčastěji zmiňovaným typem podpůrného bydlení s největší evidencí tzv. Housing first.
- **Integrovaný model** klientům nabízí bydlení současně se službami péče o poruchy způsobenými užíváním návykových látek a psychického zdraví. Typicky jako součást adiktologických služeb následné péče.
- **Lineární bydlení** je model, ve kterém je bydlení podmíněno dokončením léčby poruch způsobených užíváním návykových látek nebo abstinencí.

4. Zásady (nezbytné součásti)

Důležité zásady sociální rehabilitace v oblasti bydlení lze opřít o principy, z nichž vychází přístup Housing first (Tsenberis, 2011), jakkoli tento přístup tvoří pouze jednu z možných variant intervencí:

- **Bydlení je základní lidská potřeba.** Pokud nejsou základní potřeby přiměřeně uspokojeny nelze dosahovat dalšího rozvoje a změn.
- **Klient má možnost svobodné volby.** Klientovy potřeby určují zakázku a tempo spolupráce. Zejména pak s ohledem na jeho osobní potenciál rozhodovat, jak chce žít a jak z dlouhodobého hlediska vnímá kvalitu svého života.
- **Bydlení pro klienty není kumulováno na jednom místě**. Pokud má bát dosahováno změny životního stylu je významné umožnit klientům zapojení do běžného společenského života a minimalizovat potenciál pro vznik izolovaných či vyloučených lokalit.
- **Podpora bydlení a další podpůrné služby jsou oddělené**. Pro úspěšnost podpory a udržení změn je nutné minimalizovat konflikt rolí mezi podporou adiktologické služby a rolí pronajímatele bytu, jehož zájmy mohou být v protikladu se zájmy klienta.
- **Podpora služby cílí na zotavení**. Cílem je maximální zplnomocnění klienta, přijetí zodpovědnosti za svůj vlastní život, podporu nalezení smysluplnosti své životní role a nadějný pohled na vlastní budoucnost.
- **Podpora služby cílí na snižování souvisejících rizik**. Bez ohledu na úroveň probíhající změny podpora vždy zahrnuje aktivity, které působí preventivně ve vztahu ke zhoršení zdravotního stavu, ztrátě zaměstnání, vzorcům závislostního chování a podobně.

5. Popis doporučené praxe

Intervence ve smyslu sociální rehabilitace v oblasti bydlení je doporučena na všech úrovních práce s klientem, který reflektuje svou situaci a uplatňuje strategie, které mu pomáhají dosahovat vyšší kvality života.

Intervence by vždy měla zahrnovat posouzení nutnosti procesů podpory a kontroly v průběhu práce s klientem ve vztahu ke klientovým kompetencím tak, aby nebyly omezovány dostupné kompetence a silné stránky klienta a byly dostupné nástroje pro rozvoj kompetencí, které je potřeba rozvíjet.

Doporučenou praxi intervencí sociální rehabilitace v oblasti bydlení lze rozdělit dle uváděných indikačních skupin.

- Intervence, které cílí na klienty, kterým nedostupné bydlení a nedůstojné životní podmínky brání v nastoupení potřebných změn. Bez ohledu na rozsah požadované změny.
- Intervence, které cílí na podporu již probíhajících změn a absence či nevyhovující bydlení je rizikovým faktorem v udržení této změny.
- Intervence zaměřené na prevenci ztráty bydlení

5.a

Pokud je v průběhu probíhající péče identifikována na straně klienta potřeba dosáhnout důstojnějších životních podmínek a vyjádřen zájem o tuto změnu, je žádoucí podpořit klienta v hledání dostupných služeb ve smyslu Housing First, nebo adekvátního typu služby ve smyslu kontaktního místa bydlení (KMB) a odborů bydlení jednotlivých obcí.

Po zajištění bydlení v těchto službách je žádoucí dále péči koordinovat a poskytovat adiktologickou péči souběžně a koordinovaně s příslušnou službou.

5.b

Pokud jsou v průběhu procesu změny klienta identifikovány rizikové faktory pro udržení této změny v podobě absence bydlení nebo nevyhovujícího bydlení je žádoucí zahájit intervence směřující k jeho zajištění. Shodně je žádoucí postupovat v případě identifikování potřeby prevence ztráty bydlení.

Tyto intervence je žádoucí zahájit bezprostředně po identifikaci této potřeby nebo jakmile o tuto problematiku klient projeví zájem, v následujících oblastech:

- **Posouzení potřeby podpory a kontroly**; proveďte společně s klientem posouzení kompetencí potřebných pro získání a udržení adekvátního bydlení, tak aby bylo možné je klientovi adekvátně poskytnout.
- **Oblasti posouzení**; zaměřte se s klientem při společném posouzení na následující oblasti:
  - **Výhled vývoje ekonomické situace klienta**; možnost dlouhodobého finančního zajištění bydlení na straně klienta nebo s podporou sociálního systému.
  - **Pravidelné platby a související rutina** spojená s bydlením a jednání s úřady.
  - **Sousedské vztahy** a život v širším občanském společenství a komunitě.
  - **Budování a udržování bezpečného zázemí** prostého spouštěčů závislostního chování.
- **Poskytování podpory**; v těch oblastech, v nichž má klient dostatečně dostupné kompetence jej podporuje v jejich využívání, případně asistujte při jejich využívání.
- **Poskytování kontroly**; v těch oblastech, ve kterých s klientem identifikujete potřebu rozvoje kompetencí, poskytněte klientovi odpovídající edukaci a vedení. Dohodněte s klientem míru a rozsah kontroly, kterou mu budete poskytovat, včetně plánu jejího postupného opouštění a převzetí kompetencí.

Je žádoucí společně s klientem směřovat k maximální možné míře nezávislosti na institucionální podpoře. Současně je vhodné zvážit rozsah zátěže na straně klienta a poskytovat podporu nebo kontrolu tak dlouho, jak je potřeba. Případně v dlouhodobém horizontu předat jejich poskytování specializované službě nebo neformálním a svépomocným strukturám. Další intervence v celkovém plánu adiktologické péče je žádoucí poskytovat souběžně.

Pokud jsou intervence v oblasti sociální rehabilitace zaměřené na oblast bydlení poskytované s další péčí v jednom týmu nebo službě je žádoucí oddělit osoby realizující jednotlivé intervence.

6. Očekávaný výsledek (přínos pro klienta)

Výsledkem sociální rehabilitace v oblasti bydlení je dosažení subjektivně důstojného bydlení, které nabízí bezpečné útočiště pro řešení adiktologických obtíží, duševního onemocnění i každodenních problémů, a to ať už v případě intervencí určených klientům, kteří usilují o zahájení

změny nebo již práci na změně zahájili a současně bydlením nedisponují, či klientů, kteří usilují o udržení změny včetně stávajícího bydlení.

7. Doplňující komentář

Nastoupené změny bez adekvátní následné intervence zaměřené na dosažení důstojného bydlení se jeví jako neefektivní a účinné jen po omezenou dobu. Bez důstojného bydlení je udržování nastoupených změn velmi složité a demotivující.

8. Vysvětlivky vybraných pojmů

Housing First: „Nejdřív bydlet", přístup zabydlování klientů, který na rozdíl od prostupného nebo zásluhového bydlení zabydluje klienty do standardních bytů hned po přijetí do programu.
Kontaktní místa bydlení: Kontaktní místo pro bydlení (KMB) je poradenské pracoviště se zaměřením na oblast bydlení. Je určeno všem obyvatelům obce, kteří potřebují pomoci či poradit při řešení své bytové situace s cílem udržet si stávající standardní bydlení či hledat nejúčinnějších řešení bytové nouze (tedy vyloučení ze standardního bydlení).

Důkazy účinnosti

Pathways to Housing (SAMSHA, 2020) uvádí 91% úspěšnost zabydlení. Ze zabydlených klientů 100 % osob udrželo bydlení během prvního roku a 65 % osob bylo v léčbě s problematikou užívání návykových látek po 6 měsících. Během asi 3 let dosáhla Pathways to Housing 85% míry udržení.

Z klientů Pathways Housing First vykazovalo 79% zlepšení duševního zdraví (ve srovnávací skupině to bylo jen 20%), 57% omezení užívání psychoaktivních látek (ve srovnávací skupině 15%) a 84% zlepšení celkové životní situace (ve srovnávací skupině 50%). Randomizovaná kontrolní studie v Chicagu došla k závěru, že úspory na zdravotní péči silně převyšují náklady na intervenci Housing First.

Přehled literatury o péči o osoby s poruchami způsobeným užíváním návykových látek, které zažívají bezdomovectví, doporučoval spíše využití podpůrného bydlení než pouze léčby nebo lineárních modelů (Sun, 2012). Jiný přehled (Rog et al., 2014) zjistil, že mezi lidmi s duální diagnózou bylo podpůrné bydlení spojeno se snížením bezdomovectví a zlepšením schopnosti bydlení udržet, menším počtem hospitalizací a lepší spokojeností klientů (ve srovnání s lineárními modely bydlení).

V některých studiích je model Housing First spojován s lepšími výsledky léčby poruch způsobených užíváním NL než samotná léčba bez Housing First (Padgett, Stanhope, Henwood a Stefancic, 2011). Ve srovnání s lineárními modely bydlení Kertesz, Crouch, Milby, Tusimano a Schumacher (2009) zjistili, že Housing First vykazuje vyšší míru stability a v některých případech snížení závažnosti negativních dopadů užívání návykových látek, nicméně oba modely přinášely prospěch lidem, kteří zažívali bezdomovectví.

Výzkum ukázal, že model lineárního bydlení vede k méně příznivým výsledkům spojených s udržením bydlení než podpůrné bydlení (Kertesz et al., 2009; Polcin, 2016). Lineární modely často vyžadují absolvování léčby (typicky rezidenční léčby) a abstinenci před poskytnutím ubytování, ačkoli míra dokončení léčby poruch způsobených užíváním návykových láte je často nízká. Lineární programy často nemají přístup ke stabilnímu a trvalému bydlení a jeho kontrole, což přispívá k nízké míře stability bydlení ve srovnání s programy podpůrného bydlení, jako je HF (Kertesz et al., 2009; Polcin, 2016).

I				II				III					IV				V		
a	**b**	c	d	a	b	c	d	a	**b**	**c**	d	e	a	b	c	**d**	a	b	c
	1								2							3 4			

1. SAMSHA (2020). Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders. Updated 2020. Treatment Improvement Protocol 42.
2. World Health Organization. (2020). International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing.
3. Tsemberis, Sam. (2011). Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction Manual.
4. Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing), Bartošová, Černá, Ripka, Ostravská Univerzita FSS, 2018.

Další zdroje

1. Median, s.r.o., & kolektiv. (2016). Stav české rodiny, co ji chrání a ohrožuje: Závěrečná zpráva z výzkumu. Praha: Nadace Sirius. ISBN 978-80-906468-0-3.
2. Martínková, V. L. (2009). Bezdomovectví a závislost na alkoholu. Diplomová práce, Univerzita Karlova, Praha.
3. Kalina, K. (2003). Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
4. Pospíšilová, E. (2021). Důsledky užívání drog a systém péče o drogově závislé jedince v ČR. Bakalářská práce, Brno.
5. Woody, G. (1996). The challenges of dual diagnosis. Alcohol Health & Research World.
6. Bierhanzl, J. (2017). Bydlení je základní lidská potřeba – Filosofický argument pro přístup housing first. Protestant.
7. Ragins, M. (n.d.). Jak praktikovat zotavení s lidmi s vážným duševním onemocněním. Centrum integrovaných služeb MHALA – Village Mental Health America, Los Angeles.
8. Dunbeck, D. (2006). Housing chronically homeless people: Housing first programs in Philadelphia. Washington, D.C.
9. National AIDS Housing Coalition. (2008). HIV/AIDS housing: A sound investment of public resources.

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

ČESKÝ ADIKTOLOGICKÝ INSTITUT

[poslední strana]