

# Substance Use in Older Age Groups: a Questionnaire Survey in Residential Social Care Centres with a Special Regime for Persons with Substance use Disorders or at Risk of Substance Use Disorders

ČERNÍKOVÁ T.<sup>1,2</sup>, CHOMYNOVÁ, P.<sup>1,2,3</sup>, MRAVČÍK, V.<sup>1,2,3</sup>

1 | National Monitoring Centre for Drugs and Addictions, Office of the Government of the Czech Republic, Prague, Czech Republic

2 | Charles University, First Faculty of Medicine and General University Hospital in Prague, Department of Addictology, Prague, Czech Republic

3 | Centre for Epidemiological and Clinical Research in Addictions, National Institute of Mental Health, Klecany, Czech Republic

**Citation** | ČERNÍKOVÁ, T., CHOMYNOVÁ, P., MRAVČÍK, V. Užívání návykových látek ve starších věkových skupinách: dotazníkový průzkum v domovech se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2021; **4**(2), 70–77; doi: 10.35198/APLP/2021-002-0002.

**Background** | Substance use also occurs among the elderly, for whom the problem substance use poses an increased risk of health and social harms. This target group is rather at the periphery of attention in the current Czech system of addiction care. Nevertheless, residential centres for elderly with substance use disorders exist in Czechia and these are comparable to nursing homes for ageing drug users known from abroad. **Aims** | The study aims to map the characteristics of residential social care centres with a special regime for the persons with substance use disorders in Czechia. **Methods** | An online cross-sectional questionnaire study was conducted in May and June 2017; according to the Registry of Social Service Providers a total of 16 residential centres with a special regime for the target group were addressed.

**Results** | Out of 16 centres addressed, 14 facilities responded, of which six provided care to the target group. The clients were mainly alcohol users, often with comorbid psychiatric problems. Abstinence as a condition was reported by three facilities; on the other hand, two facilities set rules allowing alcohol consumption outside the facility and one facility stated possibility of an alcohol supply controlled by staff. **Conclusions** | Basic social care for elderly with substance use disorders is the main task within an multidisciplinary approach. The predominant requirement of abstinence represents a difference from similar facilities in some countries, which may allow substance use inside the facility, as well as the administration or control of alcohol consumption.

**Keywords** | Residential social care centres with a special regime – Ageing – Persons with substance use disorders – Persons at risk of substance use disorders – Substance use – Elderly addiction treatment

Submitted | 14 April 2021

Accepted | 24 May 2021

**Grant affiliation** | This article was supported by Specific University Research, Grant No.: 260500, the Progres Institutional Support Programme No. Q06/LF1, and Project No. LQ1611 with the financial support of the Ministry of Education, Youth, and Sports within the NPU I Programme.

**Correspondence address** | Tereza Černíková, Office of the Government of the Czech Republic, nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Prague 1, Czech Republic

cernikova.tereza@vlada.cz

# Užívání návykových látek ve starších věkových skupinách: dotazníkový průzkum v domovech se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí

ČERNÍKOVÁ T.<sup>1,2</sup>, CHOMYNOVÁ, P.<sup>1,2,3</sup>, MRAVČÍK, V.<sup>1,2,3</sup>

- 1 | Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Úřad vlády ČR, Praha
- 2 | Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika adiktologie, Praha
- 3 | Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí, Národní ústav duševního zdraví, Klecany, Česká republika

**Citace** | ČERNÍKOVÁ, T., CHOMYNOVÁ, P., MRAVČÍK, V. Užívání návykových látek ve starších věkových skupinách: dotazníkový průzkum v domovech se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* 2021; 4(2), 70–77; doi: 10.35198/APLP/2021-002-0002.

**Východiska** | Užívání návykových látek se vyskytuje rovněž ve starších věkových skupinách, pro které problémové užívání alkoholu a dalších drog představuje zvýšené riziko řady zdravotních a sociálních problémů. V současném českém systému adiktologické péče je tato cílová skupina spíše na okraji pozornosti. Přesto v České republice existují služby, domovy se zvláštním režimem, které s touto cílovou skupinou cíleně pracují a jsou obdobou tzv. nursing homes pro stárnoucí uživatele návykových látek známých ze zahraničí. **Cíle** | Cílem studie je základní zmapování charakteristik domovů se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých v ČR. **Metody** | V květnu až červnu 2017 bylo v rámci on-line průřezové dotazníkové studie osloveno celkem 16 domovů se zvláštním režimem, které podle Registru poskytovatelů sociálních služeb poskytují služby cílové skupině osoby

závislé nebo ohrožené závislostí. **Výsledky** | Z 16 oslovených zařízení 14 poskytlo informace, z nich celkem 6 poskytovalo péči cílové skupině. Klienti byli až na výjimky uživateli alkoholu, často s komorbidním psychiatrickým problémem, zejména organickou duševní poruchou. Úplnou abstinenci jako podmínku pro setrvání v domově uváděla 3 zařízení, naopak 2 měla nastavená pravidla umožňující konzumaci alkoholu vně zařízení a 1 zařízení uvedlo možnost personálu regulovat konzumaci alkoholu přímo v zařízení. **Závěry** | Stabílní bydlení a uspokojení základních životních potřeb v rámci multidisciplinárního přístupu je hlavní náplní péče o seniory s adiktologickým problémem. V zařízeních je většinou vyžadována abstinence, zatímco podobné programy v některých zemích často povolují užívání návykových látek uvnitř zařízení, může docházet i k podávání a kontrole konzumovaného množství alkoholu.

**Klíčová slova** | Domov se zvláštním režimem – Stárnutí – Závislí nebo ohrožení závislostí – Užívání návykových látek – Gerontoadiktologie

Došlo do redakce | 14. dubna 2021

Přijato k tisku | 24. května 2021

**Grantová podpora** | Tento článek byl podpořen v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu, č. grantu: 260500 a programem institucionální podpory Progres č. Q06/LF1 a projektem číslo LO1611 za finanční podpory MŠMT v rámci programu NPU I.

**Korespondenční adresa** | Mgr. Tereza Černíková, Úřad vlády ČR, nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

cernikova.tereza@vlada.cz

## 1 ÚVOD

V oblasti užívání návykových látek se pozornost odborníků a médií obvykle upíná k dětem a dospívajícím (O'Connell et al., 2003; Rosen et al., 2013). Poměrně opomíjenou skupinou však zůstávají senioři, u kterých je nadměrné užívání alkoholu často nerozpoznáno a nediodagnostikováno (Khan et al., 2002). Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA, 2008) upozorňuje také na užívání nelegálních drog a nadužívání psychoaktivních léků ve starších věkových skupinách.

Téma užívání návykových látek mezi staršími dospělými a seniory nebylo v ČR dosud systematicky mapováno. Také v zahraničí není tato oblast systematicky sledována, a je proto obtížné odhadovat přesný rozsah a důsledky tohoto fenoménu (Taylor and Grossberg, 2012; EMCDDA, 2008). Zatímco populační studie zaměřené na míry a vzorce užívání alkoholu, tabáku a psychoaktivních léků sledují obvykle celou populaci osob starších 15 let, a umožňují tak i odhady výskytu užívání těchto látek ve starší populaci, monitoring užívání nelegálních drog bývá v souladu s mezinárodními doporučeními pro sběr dat omezen na populaci ve věku 15–64 let (EMCDDA, 2002), což odhady užívání nelegálních látek mezi seniory dlouhodobě komplikuje.

Výsledky posledních reprezentativních celopopulačních průzkumů ukazují, že míra pravidelné konzumace alkoholu v populaci roste s věkem respondentů a míra denní konzumace alkoholu je v populaci starší 55 let vyšší ve srovnání s ostatními věkovými kategoriemi. Při extrapolaci na počet obyvatel lze odhadnout, že v ČR je cca 460 tis. denních konzumentů alkoholu starších 45 let (v tom 200 tis. osob starších 65 let). V riziku v souvislosti s pitím alkoholu je v ČR odhadem 220 tis. osob starších 65 let a do kategorie škodlivého pití spadá přibližně 100–130 tis. osob starších 65 let. Jedinou psychoaktivní látkou, kterou častěji užívají respondenti ve starších věkových kategoriích, jsou psychoaktivní léky, tj. sedativa nebo hypnotika a opioidní analgetika získaná bez lékařského předpisu, příp. užívaná v rozporu s doporučením lékaře nebo lékárníka. Při extrapolaci na počet obyvatel lze odhadnout, že v ČR užilo v posledních 12 měsících psychoaktivní léky bez doporučení lékaře 1,2 mil. osob starších 45 let (v tom 630 tis. osob starších 65 let) (Černíková et al., 2021).

Data o věku uživatelů návykových látek v léčbě jsou k dispozici z *Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD)*, který spravuje ÚZIS ČR. Průměrný věk uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s adiktologickými službami, vzrostl v posledních 20 letech přibližně o 10 let. Při extrapolaci údajů o věkové struktuře osob vstupujících do léčby v souvislosti s užíváním drog na všechny uživatele pervitinu a opioidů v ČR lze odhadnout, že v ČR je cca 1000 osob starších 50 let užívajících dlouhodobě/pravidelně/injekčně pervitin a cca 500 osob starších 50 let takto užívajících opioidy (Černíková et al., 2021).

Pro starší věkové skupiny přítom nadužívání alkoholu a dalších návykových látek představuje zvýšené riziko celé řady sociálních a zdravotních dopadů v oblastech somatického i duševního zdraví. Proces stárnutí je spojován s řadou problémů a mnohé z nich jsou na jedné straně rizikovými faktory vedoucími k užívání návykových látek, na straně druhé mohou být i užíváním návykových látek dále prohlubovány (O'Connell et al., 2003; EMCDDA, 2008; Aira et al., 2005; Shahpesandy et al., 2006). Nová specifika, související se zdravotním stavem v oblastech duševního i somatického zdraví a sociální situací starších uživatelů návykových látek, otevírají otázku potřeby nových programů s využitím stávajících zdravotnických a sociálních služeb. Je zřejmé, že rozsah specifických potřeb vyžaduje multidisciplinární a inovativní přístupy. Se zhoršujícím se zdravotním stavem, omezenou pohyblivostí a omezenou sociální podporou čelí řada starších uživatelů návykových látek problémům s bydlením a potřebě ošetrovatelské péče.

V zahraničí jsou známy rezidenční programy reagující na specifické potřeby této cílové skupiny, např. v Nizozemsku, Německu nebo Dánsku jsou zřízeny ošetrovatelské domy pro stárnoucí uživatele drog se sníženou soběstačností, tzv. *nursing homes*. Abstinence není v zařízeních vyžadována a užívání drog je povoleno i uvnitř těchto zařízení. Pozornost je však věnována také práci s motivací uživatelů drog směrem ke snižování frekvence a množství užívaných drog a k přechodu k méně rizikovým způsobům užívání. Zařízení klientům nabízejí možnost chráněného bydlení, ambulantní program pro uživatele drog a také ambulantní péči pro seniory. V Nizozemsku zařízení vznikla jako součást již existujícího domova pro seniory. Programy v Německu nabízejí dlouhodobou rezidenční službu nebo ambulantní péči v kombinaci s chráněným bydlením (EMCDDA, 2010; EMCDDA, 2017).

Programy pro stárnoucí uživatele alkoholu, známé např. ze Španělska, Velké Británie nebo Kanady, využívají různé modely péče, od nízkoprahových nocleháren po dlouhodobé rezidenční programy pro osoby se sníženou soběstačností. Jejich společným znakem je poskytování ubytování, minimálně základní zdravotní péče a nevyžadování abstinence. Některé programy nepovolují užívání návykových látek přímo v zařízení, případná intoxikace je však důvodem ke zvýšenému dohledu ze strany personálu. Jiné programy jsou založeny na principu harm reduction s cílem zabránit nekontrolovanému užívání vysokých dávek alkoholu nebo alkoholu, který není určen ke konzumaci. V některých případech dochází k podávání dávek alkoholu personálem, jde o tzv. *managed alcohol programmes*. Alkohol dávkovaný personálem v pevných intervalech zabraňuje rozvoji abstinence symptomů a zároveň nevede k intoxikaci (Pauly et al., 2016; Podymow et al., 2006; Pauly et al., 2019; Stockwell et al., 2018; Vallance et al., 2016).

Programy pro starší uživatele návykových látek založené na bázi *case managementu* jsou známy např. v USA a Austrálii. Tyto programy poskytují intervence v při-

rozeném prostředí klientů a zprostředkovávají péči v dalších službách zaměřených na uživatele návykových látek, pomoc seniorům či na řešení somatických obtíží (EMCDDA, 2017; Searby et al., 2015). Ve Velké Británii jsou zřízeny věkově specifické podpůrné skupiny pro stárnoucí uživatele drog při substitučních programech (Ayres et al., 2012). Samostatným tématem zůstává paliativní péče nevléčitelně nemocným uživatelům drog, a to i vzhledem k složité farmakoterapii (EMCDDA, 2008; EMCDDA, 2010).

Současný systém adiktologické péče v ČR s cílovou skupinou starších dospělých či seniorů systematicky nepracuje a oblast gerontoadiktologie je spíše okrajovou a rozvojovou součástí oboru adiktologie (Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2013). V ČR však historicky existují služby, domovy se zvláštním režimem (DZR), které pracují cíleně právě se staršími osobami se závislostním problémem. DZR jsou zřizovány podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osobám trpícím některým z typů demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

V ČR bylo ke květnu 2017 podle *Registru poskytovatelů sociálních služeb* 326 DZR, převážně pro osoby s chronickým onemocněním, zejména s chronickým duševním onemocněním. Cílové skupině osob závislých a ohrožených závislostí v ČR poskytovalo podle *Registru poskytovatelů sociálních služeb* své služby celkem 16 DZR. O této sociální službě pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách dosud není dostatek převážně systematických informací.

## 2 CÍL VÝZKUMU

Zmapovat základní charakteristiky sociální služby domovy se zvláštním režimem pro cílovou skupinu osob ohrožených závislostí nebo závislých na návykových látkách v ČR v oblastech složení a charakteristiky klientů, metod práce s cílovou skupinou, poskytovaných adiktologických intervencí, postoje zařízení k abstinenci klientů a složení personálu.

## 3 METODY

Výzkumný soubor tvořilo 16 DZR, které podle *Registru poskytovatelů sociálních služeb* v ČR poskytovaly ke květnu 2017 služby cílové skupině osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách, z toho 3 domovy poskytovaly své služby výhradně této cílové skupině.

Byla provedena průřezová dotazníková on-line studie prostřednictvím domény *LimeSurvey* v květnu – červnu 2017. Strukturovaný dotazník byl vytvořen pro účely

studie, přičemž vycházel z dotazníku průzkumu *Sčítání adiktologických služeb* prováděného Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and ppm factum research, 2015). Předmětem zájmu byla situace v DZR za r. 2016. Analýza se zaměřila na charakteristiky DZR z hlediska cílové skupiny, obsahu poskytovaných intervencí, personálního zajištění a jejich adekvátností vzhledem k cílové skupině. Tématem zájmu byla rovněž analýza hlavního cíle DZR, a jakým způsobem tomu odpovídají využívané metody a způsoby práce s klienty.

Informace o konkrétních službách, jejich klientech a zaměstnancích byly vedeny pod anonymním kódem. Respondenti byli předem informováni o účelu dotazníkového šetření a způsobu využití dat, jejich účast byla zcela dobrovolná a odesláním dotazníku vyjádřili souhlas s účastí ve výzkumu.

## 4 VÝSLEDKY

Z celkového počtu 16 oslovených domovů se zvláštním režimem (DZR) pro cílovou skupinu osob závislých nebo ohrožených závislostí jich 9 dotazník vyplnilo alespoň částečně. Další 1 zařízení, které dotazník nevyplnilo, poskytlo informaci, že osoby závislé nebo ohrožené závislostí v r. 2016 byly cílovou skupinou zařízení. Další 4 DZR uvedly, že vyplnění dotazníku pro jejich službu není relevantní vzhledem ke skutečnosti, že osoby závislé nebo ohrožené závislostí nejsou cílovou skupinou služby. V r. 2016 tedy práci s lidmi ohroženými závislostním chováním vykázalo celkem 6 DZR, z nich 5 vyplnilo dotazník (*tabulka 1*).

Domovy se zvláštním režimem	Počet
Celkem DZR podle <i>Registru poskytovatelů sociálních služeb</i>	326
Pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí podle <i>Registru poskytovatelů sociálních služeb</i> (oslovené)	16
Poskytly informaci o poskytování služeb osobám závislým nebo ohroženým závislostí	14
– z toho poskytovaly služby osobám závislým nebo ohroženým závislostí	6
Vyplnily dotazník	9
– z toho poskytovaly služby osobám závislým nebo ohroženým závislostí	5

**Tabulka 1** | Přehled domovů se zvláštním režimem (DZR) pro cílovou skupinu osob závislých nebo závislostí ohrožených v r. 2016

DZR, které v r. 2016 poskytovaly služby osobám ohroženým závislostí, jsou na území ČR rozmístěny v 6 různých krajích (Ústecký, Královéhradecký, Jihomoravský, Zlínský, Moravskoslezský kraj a Kraj Vysočina).

Kapacita DZR se v r. 2016 pohybovala od 29 do 269 lůžek, medián kapacity činil 65 lůžek. Pouze v jednom zařízení nebyla v r. 2016 naplněna kapacita zařízení.

## 4.1 Charakteristiky klientů

Celkem 5 DZR v r. 2016 evidovalo klienty z cílové skupiny osob závislých nebo ohrožených závislostí, z toho ve 2 zařízeních nešlo o převažující cílovou skupinu (celkem v obou zařízeních 26 klientů se závislostní poruchou z celkového počtu 306 evidovaných klientů). Naopak v dalších 3 zařízeních byli všichni klienti z cílové skupiny osob závislých nebo ohrožených závislostí. Zastoupení žen mezi klienty zařízení dosahovalo průměrně 31 %.

Společným rysem DZR je věkový limit pro přijetí klienta do sociální služby, který lze zobecnit na 40–45 let a výše. DZR pro osoby závislé nebo závislostí ohrožené nejsou v tomto ohledu výjimkou. Většina klientů byla starší 50 let, z toho nejčastěji byla zastoupena věková skupina 60–69 let a přibližně čtvrtina klientů byla starší 70 let. Jenom výjimečně byli zastoupeni klienti ve věku 30–39 let, a to v zařízeních, ve kterých klienti se závislostní poruchou nebyli převažující cílovou skupinou.

Klienti se závislostní poruchou v DZR byli ve většině případů uživateli alkoholu. Pouze 1 zařízení vykázalo 2 klienty užívající jako primární drogu pervitin nebo amfetaminy z celkového počtu 24 klientů se závislostním problémem. Ve všech DZR, které vykázaly klienty se závislostní poruchou, byli zastoupeni **klienti s komorbidním duševním onemocněním**, z toho ve 2 DZR šlo o všechny klienty zařízení. Duální diagnóza klientů služeb se v jednotlivých zařízeních lišila. Ve většině DZR však byly nejčastěji zastoupeny demence nebo jiné organické duševní poruchy (nejčastější komorbidity u klientů celkem ve 4 zařízeních). Dále byly v jednotlivých zařízeních vykazány kombinace více diagnóz, poruchy osobnosti a schizofrenní poruchy. Ojedinele se mezi klienty ve 2 DZR vyskytovaly i afektivní poruchy.

Z pohledu zaměstnanců se klienti se závislostní poruchou nejčastěji potýkali s problémem s užíváním alkoholu (30–100 % klientů v jednotlivých DZR), s užíváním tabáku (s výjimkou jednoho zařízení 28–92 % klientů) a s rodinnými či vztahovými problémy (15–87 % klientů). Somatické problémy uvedlo jedno zařízení u 80 % svých klientů. Zadluženost, psychické problémy a nezaměstnanost byly shodně uvedeny jako problém u klientů ve dvou zařízeních.

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

## 4.2 Poskytované intervence a metody práce

Při definici hlavního cíle všechny DZR uvedly podporu při zvládnání každodenních úkonů, zachování nebo znovuob-

jevení soběstačnosti v běžných oblastech života, které již klienti nezvládají ani za pomoci terénních sociálních služeb, a zároveň jsou bez fungujícího sociálního zázemí či bez přístřeší. Zvládání běžných úkolů mimo jiné často zahrnovalo trávení volného času a rozvoj sociálních kontaktů s rodinou či jinými blízkými osobami. Celkem 3 zařízení označila jako hlavní cíl pomoc osobám závislým na alkoholu, které se z důvodů závislosti ocitly v nepříznivé životní situaci, z toho 1 DZR jako hlavní cíl služby uvedl abstinenci a pomoc při zvládnání abstinence.

Zařízení uvedla, že kladou důraz na individuální přístup a přizpůsobování pevně stanoveného programu. Velká část denního programu je obvykle vyhrazena aktivizačním a jiným činnostem, jako je např. trénink paměti, cvičení, výlety, nákupy, canisterapie, arteterapie či trénink hospodaření s financemi. Část denního programu je vyhrazena také pro pečovatelské úkony a úkony pro chod samotného zařízení. Žádný z DZR neuvedl psychologické intervence jako pevnou součást programu.

Při zjišťování poskytovaných intervencí byl kladen důraz na **intervence standardně prováděné v jiných adiktologických službách**. Výjimečně je v DZR prováděno testování infekčních onemocnění; 1 DZR uvedl poskytování testování na přítomnost virové hepatitidy typu B, jiná infekční onemocnění (HIV, VHC, tuberkulóza a pohlavně přenosné choroby) nejsou v DZR testovány vůbec. Žádný z DZR neprovádí testování na přítomnost drog ze vzorků biologického materiálu (z moči, slin či potu). Naopak, 3 zařízení provádějí dechové zkoušky nebo jiný typ testování na přítomnost alkoholu (etanolu) v krvi.

Ani **psychofarmakoterapie** není běžnou součástí péče v DZR. Celkem 2 DZR uvedly farmakoterapii psychiatrických poruch a komorbidit. Poradenství v oblasti odvykání kouření nabízí 2 DZR, 1 DZR se věnuje podpoře v odvykání kouření, a to i prostřednictvím nikotinových náhrad a medikace sloužící k odvykání kouření. Averzivní terapie disulfamem, podpůrná léčba acamprosátem či naltrexonem, substituční terapie metadonem či buprenorfinem nebyly poskytovány v žádném ze zařízení.

Nejčastěji poskytovanou intervencí v rámci **vstupního zhodnocení stavu klienta** je orientační diagnostika duševních poruch, kterou provádí 4 DZR. Komplexní diagnostika duševního zdraví je realizována ve 2 z nich. Naopak komplexní diagnostiku užívání návykových látek nerealizuje žádný DZR, který vykázal klienty se závislostní poruchou. Orientační diagnostiku užívání tabáku a alkoholu prováděly shodně 2 DZR, zatímco orientační diagnostiku užívání ostatních návykových látek uvedlo 1 zařízení.

**Psychologické nebo psychotherapeutické intervence** ve většině DZR nebyly poskytovány. Žádné zařízení neuvedlo poskytování rodinného poradenství/psychoterapie, skupinové poradenství/psychoterapie poskytovalo 1 zařízení a 2 zařízení uvedla poskytování individuálního poradenství/psychoterapie.

Naopak nejvíce jsou poskytovány intervence v oblasti sociální práce, edukace či jiné podpůrné intervence. Celkem 4 DZR uvedly, že klientům pomáhají s řešením dluhů, a 3 DZR shodně uvedly, že poskytují právní poradenství, pomoc s hledáním bydlení a arteterapeutické aktivity. Organizaci či zajištění svépomocných skupin v oblasti závislostí se nevěnuje žádný z DZR. Ani jedno zařízení neuvedlo mezi poskytovanými intervencemi přípravu na propuštění z rezidenční péče.

**Hlavní metodou práce** v DZR byly individuální či skupinové rozhovory s klienty (4 DZR), nácvik samostatnosti a zplnomocňování (3 DZR), aktivizační činnosti (3 DZR) a individuální plánování (3 DZR). Po 1 zařízení pak mezi hlavní metody práce s klientem řadí i kognitivně-behaviorální přístup, zajištění ubytování a režimová opatření pobytové sociální služby.

Celkem 5 DZR, které pracovaly s klienty se závislostní poruchou, odpovědělo na sérii otázek týkajících se **spolupráce s dalšími subjekty specializovanými na problematiku závislostí**. Probíhající spolupráci s dalším zařízením, institucí nebo odborníkem specializovaným na problematiku závislostí uvedla 4 zařízení. Zároveň všechny DZR uvedly, že by uvítaly spolupráci s dalším subjektem specializovaným na problematiku závislostí, z toho 3 DZR by uvítaly spolupráci přímo s adiktologem.

Všechny DZR, které poskytovaly péči klientům se závislostním problémem, také uvedly **požadavky pro zkvalitnění práce** se svými klienty. Opakovala se potřeba vyššího počtu kvalifikovaných zaměstnanců, celkové vůle personálu pracovat s touto cílovou skupinou a zájmu společnosti o ni. Jednotlivá zařízení dále uvedla požadavek na transformaci zařízení, vůli klientů ke změně, navázaní spolupráce s odborníky v oboru adiktologie, využívání nových metod, jako např. case managementu, a lepší spolupráci s psychiatrickou nemocnicí, zejména pro zvládání akutních stavů.

### 4.3 Pravidla pro abstinenci

V DZR pro klienty se závislostním problémem jsou významným režimovým opatřením pravidla pro užívání návykových látek. Úplná abstinence jako podmínka pro setrvání v zařízení sociální služby byla ve 3 DZR, které přijímaly klienty se závislostní poruchou, z toho 2 DZR považovaly porušení abstinence za důvod pro vyloučení klienta ze služby. V těchto zařízeních byla současně prováděna kontrola abstinence klientů prostřednictvím namátkových dechových zkoušek na přítomnost alkoholu.

Ve 2 DZR není abstinence podmínkou pro setrvání v zařízení. Tato zařízení měla nastavená pravidla, při jejichž dodržení je klientům služby dovoleno alkohol konzumovat: vytvoření individuálního plánu ohledně konzumace alkoholu mimo zařízení, doporučení alkohol konzumovat mimo prostory DZR a zároveň o konzumaci alkoholu informovat zaměstnance vzhledem k možné interakci

s farmakoterapií. V 1 DZR má personál možnost regulovat přísun alkoholu klientům, a to na základě dohody o hospodaření s finančními prostředky a užívání alkoholu mezi klientem a jeho klíčovým pracovníkem.

Pravidlo týkající se možnosti konzumace alkoholu dále uvedlo 1 zařízení, které v r. 2016 nepřijímalo klienty se závislostní poruchou. V tomto zařízení byl stanoven limit alkoholémie na 0,8 promile. V případě naměření vyšší hodnoty byl klient povinen opustit zařízení do doby, než alkoholémie klesne pod úroveň limitu.

## 5 DISKUZE

Starší osoby jsou obzvláště ohrožené nepříznivými zdravotními a sociálními důsledky užívání návykových látek. Studie zároveň ukazují, že užívání návykových látek je u nich časté, ale často není diagnostikované a vzhledem ke stárnutí populace lze v dalších letech očekávat nárůst žadatelů o léčbu závislosti z řad starších věkových skupin (Fingerhood, 2000; Taylor and Grossberg, 2012). Vzhledem k aktuálním demografickým trendům lze i v ČR očekávat stále častější zastoupení seniorů mezi klienty adiktologických služeb (Skopalová, 2014).

Stávající systém adiktologické péče v ČR nenabízí pro stárnoucí uživatele návykových látek žádnou specializovanou službu, cílová skupina gerontoadiktologie je spíše na okraji pozornosti. Součástí systému sociálních služeb v ČR jsou však DZR, které jsou určené i pro cílovou skupinu starších osob se závislostním problémem. Cílený průzkum mezi vybranými poskytovateli služeb však ukázal, že z 16 DZR, které měly podle *Registru sociálních služeb* poskytovat péči této cílové skupině, ji v r. 2016 reálně poskytovalo pouze 6 zařízení. Ukazuje se tedy, že *Registr poskytovatelů sociálních služeb* v ČR může v tomto směru poskytovat nepřesné informace.

Převážná většina z DZR v ČR se zaměřuje na poskytování služeb cílové skupině osob s chronickým duševním onemocněním, kam však nejsou řazeny osoby závislé nebo ohrožené závislostí, i přestože závislost je onemocnění s chronickou a relabující povahou. Závislost by tak měla být považována za jeden z chronických stavů, u kterého mohou být jiná než léčebná opatření účinná pro zmírnění negativních dopadů onemocnění, podobně jako diabetes, roztroušená skleróza nebo Parkinsonova choroba (Bevan, 2009). Programy známé ze zahraničí, tzv. *nursing homes* a rezidenční pečovatelská zařízení pro uživatele alkoholu, jsou srovnatelná s DZR. Přestože tyto programy jsou známy pouze z několika zemí světa, mohou sloužit jako užitečný příklad modelu péče o stárnoucí uživatele drog a alkoholu, kteří potřebují vedle odborné adiktologické péče i pomoc s každodenními úkony a zajištěné stabilní ubytování.

Společným znakem zahraničních programů s DZR je cíl, tedy péče o osoby, které mají z důvodů chronického onemocnění sníženou soběstačnost, avšak zásadní roz-

díl spočívá v postoji k abstinenci. Zatímco zahraniční programy umožňují konzumaci návykových látek uvnitř zařízení a v případě uživatelů alkoholu dochází přímo k podávání alkoholu či kontrole nad konzumovaným množstvím, ve většině DZR v ČR je abstinence vyžadována a její porušení může vést až k vyloučení klienta ze služby. Vyžadovaná abstinence se v DZR nebo v podobném typu zařízení může stát významnou bariérou pro vstup a setrvání v programu a ukazuje na vysoký práh zařízení pro klienty se závislostní poruchou. Ve 2 DZR, ve kterých není úplná abstinence podmínkou pro setrvání ve službě, jsou nastavena pravidla umožňující konzumaci alkoholu vně zařízení. Možnost personálu regulovat přísun alkoholu klientům služby uvedl pouze 1 DZR, zároveň však v tomto zařízení platí zákaz donášení alkoholu do prostor DZR. Není proto jasné, jak je tato možnost regulace reálně uplatňována a jakým způsobem je v rámci zařízení ošetřena. Principy harm reduction, uplatňované v zahraničních programech, nejsou v českých podmínkách plně využívány.

Regionální zastoupení DZR na území ČR není rovnoměrné. Služby, které v r. 2016 skutečně poskytovaly péči klientům se závislostním problémem, byly zastoupeny celkem v 6 krajích, což svědčí o nízké dostupnosti této sociální služby. Současně údaje o kapacitě DZR nasvědčují poskytování dlouhodobé péče a nízké fluktuaci klientů v zařízení, pouze v 1 DZR nebyla v r. 2016 kapacita naplněna. Nízkou dostupnost DZR potvrdila i zpráva ombudsmana (Veřejný ochránce práv, 2013; Veřejný ochránce práv, 2015), a to zejména pro seniory, u kterých již byl diagnostikován některý typ demence, kteří někdy v životě měli problém s užíváním alkoholu nebo kteří byli nedávno léčeni pro duševní poruchu. Všechny tyto charakteristiky mohou být naplněny klienty se závislostní poruchou. Dostupnost služeb je však nezbytnou podmínkou pro zachování lidské důstojnosti seniorů, kteří v důsledku své sociální situace potřebují pobytovou sociální službu.

Klienti v DZR se závislostním problémem byli v r. 2016 v naprosté většině případů uživatelé alkoholu. To odpovídá zjištěním jiných studií mezi seniory v sociálních službách; užívání alkoholu a případně zneužívání sedativ a hypnotik představují hlavní adiktologické problémy seniorů, velmi výjimečně se objevuje užívání konopných drog nebo pervitinu (Pasecká, 2016). Ve všech DZR, které vykazaly klienty se závislostní poruchou, byli zastoupeni klienti s komorbidním psychiatrickým problémem, nejčastěji šlo o demence nebo jiné duševní poruchy spojené s organickým mozkovým poškozením. Snížení kognitivních schopností a demence jsou ve skupině starších osob a seniorů běžnými problémy. Zároveň však faktory související se zdravotním stavem, zahrnující i rozvoj psychiatrických onemocnění, včetně demence a dalších kognitivních poruch, mohou být jednou z příčin užívání návykových látek v pozdějším věku (EMCDDA, 2008; Taylor and Grossberg, 2012).

Nejdostupnějším typem sociální služby pro seniory jsou běžné domovy pro seniory. Starší uživatelé návykových látek, zejména nelegálních drog, se však běžným domo-

vům pro seniory vyhýbají. Považují své zvyky a denní rutiny za neslučitelné s jejich provozem a obávají se problémů, které by mohly nastat kvůli užívání drog a souvisejícímu životnímu stylu. Starší uživatelé návykových látek také čelí předsudkům a stigmatizaci ze strany samotných domovů pro seniory i jejich klientů (EMCDDA, 2010).

Zároveň se ukazuje, že běžná pobytová zařízení pro starší osoby nejsou pro uživatele návykových látek dostatečně připravená, a to ani po stránce personálního zajištění. Personál stávajících zařízení by pro práci s touto cílovou skupinou musel projít přípravou k poskytování adekvátní péče, včetně poradenství a psychosociální podpory (EMCDDA, 2010). Všechny DZR, které za r. 2016 vykazaly klienty se závislostní poruchou a zároveň odpověděly na otázky ohledně personálního zajištění služby, jej označily za nedostatečné. Psychiatr byl zajištěn ve všech DZR, nejčastěji externě, pouze v jednom zařízení působil i lékař s atestací v oboru AT. Většina DZR v současné době spolupracuje s dalším odborníkem specializovaným na problematiku závislostí (klinickým psychologem, psychiatrem nebo psychoterapeutem), 3 zařízení by však uvítala další spolupráci přímo s adiktologem.

Je zřejmé, že rozsah zdravotních a sociálních potřeb vyžaduje multidisciplinární a inovativní přístupy, základním předpokladem pro řešení celého spektra těchto problémů je však stabilní a bezpečně bydlení (EMCDDA, 2010). Při porovnání intervencí poskytovaných v DZR pro klienty se závislostním chováním s intervencemi běžně poskytovanými v adiktologických službách, ať už sociálních nebo zdravotních, jsou patrné rozdíly. Intervence v rámci testování biologického materiálu souvisí s primární drogou klientů sociální služby, téměř všichni klienti DZR jsou uživatelé alkoholu. V DZR není prováděno testování na přítomnost drog ze vzorků biologického materiálu ani testování na infekční onemocnění, naopak 3 DZR provádějí dechové zkoušky nebo jiný typ testování na přítomnost alkoholu (etanolu) v krvi. Psychologické intervence ve většině DZR nebyly poskytovány vůbec, setrvání v programu se tak pro uživatele návykových látek může stát obtížnějším. Přestože DZR uvádějí kouření tabákových výrobků u významné části svých klientů, poradenství v oblasti závislosti na tabáku nabízela 2 zařízení a odvykací nikotinovou terapii 1 zařízení. To pravděpodobně souvisí s opomíjením diagnostiky a intervencí směrem k redukci kouření mezi klienty ve zdravotních a sociálních službách obecně. Ostatní intervence v oblasti farmakoterapie závislostních problémů nejsou poskytovány vůbec, žádné ze zařízení neposkytovalo averzivní terapie disulfamem, podpůrnou léčbu acamprosátem či naltrexonem. Právě naltrexon se však u osob ve věku 50–74 let ukázal jako účinná farmakoterapie nápomocná předcházet relapsům (O'Connell et al., 2003).

Na základě výsledků je patrné, že posílení zdravotní adiktologické péče v domovech se zvláštním režimem by bylo vítaným řešením i ze strany samotných zařízení a mohlo by pomoci přiblížit péči v těchto zařízeních obdobným zahraničním programům.

## 6 ZÁVĚRY

Užívání návykových látek staršími osobami a stárnutí uživatelů drog představuje vzrůstající problém a bude vyžadovat adekvátní odpověď na straně zdravotních a sociálních systémů s přihlédnutím ke specifickým potřebám stárnoucích uživatelů návykových látek. V mnoha ohledech by bylo možné přirovnat DZR k zahraničním programům tzv. *nursing homes* pro stárnoucí uživatele drog nebo obdobným rezidenčním zařízením pro starší uživatele alkoholu. Zásadním rozdílem je postoj zařízení k abstinenci – zahraniční programy abstinenci nevyžadují, ale umožňují užívání návykových látek i uvnitř zařízení a v případě uživatelů alkoholu dochází přímo k jeho podávání či kontrole nad konzumovaným množstvím. Také v českých sociálních službách typu DZR pro osoby se závislostní poruchou by bylo vhodné uvažovat o systémovém uplatnění harm reduction přístupů typu *managed alcohol programmes* pro osoby, které nechťejí nebo nemohou od návykových

látek abstinovat. Bylo by rovněž vhodné v sociálních službách pro seniory posílit intervence zaměřené na včasnou identifikaci problémů spojených s užíváním návykových látek (tabáku, alkoholu, psychoaktivních léků a případně dalších drog) a návazné adiktologické poradenství a léčbu.

**Poděkování** | Autoři děkují všem domovům se zvláštním režimem, které byly ochotny se studie zúčastnit vyplněním dotazníku a poskytnutím informací o práci s cílovou skupinou.

**Role autorů** | Autorka TČ navrhla studii, provedla rešerši a samotný výzkum a navrhla počáteční podobu rukopisu. Autor VM dohlížel na design studie a průběh výzkumu a podílel se na přípravě rukopisu. Autorka PCH se podílela na přípravě rukopisu. Všichni autoři přispěli ke vzniku článku a schválili jeho konečnou podobu.

**Konflikt zájmů** | Bez konfliktu zájmů.

## LITERATURA / REFERENCES

- AIRA, M., HARTIKAINEN, S. & SULKAVA, R. 2005. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication – a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **20**, 680–685.
- AYRES, R., EVESON, L., INGRAM, J. & TELFER, M. 2012. Treatment experience and needs of older drug users in Bristol, UK. *Journal of Substance Use*, **7**, 19–31.
- BEVAN, G. 2009. Problem drug use the public health imperative: What some of the literature says. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, **4**, 21.
- ČERNÍKOVÁ, T., CHOMYNOVÁ, P. & MRAVČÍK, V. 2021. Užívání návykových látek ve starších věkových skupinách v České republice. *Profese Online (v recenzním řízení)*.
- EMCDDA. 2002. *Handbook for Surveys on Drug Use Among the General Population*, Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA. 2008. Užívání návykových látek u starších dospělých a seniorů: opomíjený problém. *Úkol drogy*.
- EMCDDA. 2010. *Selected Issue 2010. Treatment and care for older drug users*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA. 2017. *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- FINGERHOOD, M. 2000. Substance abuse in older people. *Journal of American Geriatric Society*, **48**, 985–995.
- KHAN, N., DAVIS, P., WILKINSON, T. J., SELLMAN, J. D. & GRAHAM, P. 2002. Drinking patterns among older people in the community: hidden from medical attention? *New Zealand Medical Journal*, **115**, 72–75.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH. 2015. *Sčítání adiktologických služeb 2014*. Nepublikováno.
- O'CONNELL, H., CHIN, A.-V., CUNNINGHAM, C. & LAWLOR, B. 2003. Alcohol use disorders in elderly people—redefining an age old problem in old age. *B.M.J.*, **327**, 664–667.
- PASECKÁ, L. 2016. *Užívání návykových látek v domovech pro seniory z pohledu pracovníků - zkušenosti a vliv na sociální interakce*. Masarykova univerzita.
- PAULY, B., BROWN, M., EVANS, J., GRAY, E., SCHIFF, R., IVSINS, A., KRYSOWATY, B., VALLANCE, K. & STOCKWELL, T. 2019. "There is a Place": impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness. *Harm Reduct. J.*, **16**, 70.
- PAULY, B., GRAY, E., PERKIN, K., CHOW, C., VALLANCE, K., KRYSOWATY, B. & STOCKWELL, T. 2016. Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduct. J.*, **13**, 15.
- PODYMOW, T., TURNBULL, J., COYLE, D., YETISIR, E. & WELLS, G. 2006. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *C.M.A.J.*, **174**, 45–49.
- ROSEN, D., ENGEL, R. J., HUNSAKER, A. E., ENGEL, Y., DETLEFSEN, E. G. & REYNOLDS, C. F. 2013. Just say know: An examination of substance Use disorders among older adults in Gerontological and Substance Abuse Journals. *Soc. Work Public Health*, **28**, 377–387.
- SEARBY, A., MAUDE, P. & MCGRATH, I. 2015. An ageing methadone population: A challenge to aged persons' mental health services? *Issues Ment. Health Nurs.*, **36**, 927–931.
- SHAHPE SANDY, H., PRISTÁŠOVÁ, J., JANÍKOVÁ, Z., MOUŽIŠOVÁ, R., KASANICKÁ, V. & ŠUPALOVÁ, O. 2006. Alcoholism in the elderly: a study of elderly alcoholics compared with healthy elderly and young alcoholics. *Neuro. Endocrinol. Lett.*, **27**, 651–657.
- SKOPALOVÁ, B. 2014. Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů. *Adiktologie*, **14** (4), 420–427.
- SPOLEČNOST PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI ČLS JEP. 2013. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Verze 4.7 z 5. listopadu 2013. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Česká asociace adiktologů.
- STOCKWELL, T., PAULY, B., CHOW, C., ERICKSON, R. A., KRYSOWATY, B., ROEMER, A., VALLANCE, K., WETTLAUFRER, A. & ZHAO, J. 2018. Does managing the consumption of people with severe alcohol dependence reduce harm? A comparison of participants in six Canadian managed alcohol programs with locally recruited controls. *Drug Alcohol Rev.*, **37** Suppl 1, S159–S166.
- TAYLOR, M. H. & GROSSBERG, G. T. 2012. The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: A review. *The primary care companion for CNS disorders*, **14**, PCC.11r01320.
- VALLANCE, K., STOCKWELL, T., PAULY, B., CHOW, C., GRAY, E., KRYSOWATY, B., PERKIN, K. & ZHAO, J. 2016. Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. *Harm Reduct. J.*, **13**, 13.
- VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. 2013. Přístup k sociální službě domov pro seniory: Obsahová analýza.
- VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. 2015. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem: Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv.