

# Síťování služeb & *drogy*

Sborník odborné konference

Praha 22.-23. dubna 2021









# Sítování služeb & *drogy*

Praha 22.-23. dubna 2021



Za podporu děkujeme Magistrátu hlavního města Prahy

**Autorský kolektiv:**

David Adameček  
Jan Audrlický  
Štěpánka Čtrnáctá  
Martin Fojtíček  
Patrik Foliř  
Aleš Herzog  
Ondřej Jedlička  
Markéta Kordová  
Jiří Libra  
Ilona Preslová  
Johana Růžková  
Martin Šimáček  
Martina Richterová Těmínová  
Drahuše Tkáčová  
Kateřina Vachková  
Tomáš Vejrych

© Veronika Maxová (ed.) a kol., 2021

© SANANIM, 2021

Foto na obálce © „Drunk Man“, Gratisography.com

Design a sazba © Jan Tippman, 2021

Vydal SANANIM z. ú., Ovčí hájek 2549/64 A, 158 00 Praha 13

[www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)

ISBN 978-80-907463-2-9

# Obsah

Úvodem . . . . .	7
Jak se adiktologie brání reformě psychiatrické péče. . . . .	9
Adiktologický multidisciplinární tým (AMT) . . . . .	15
Odlíšná míra odpovědnosti ke klientovi v case managementu a v terapeutickém přístupu . . . . .	21
Role psychiatra v multidisciplinárním týmu zaměřeném na zotavení . . . . .	25
Na jedné lodi – sestra v multidisciplinárním týmu . . . . .	31
Rodina v síti vztahů aneb kdo se chytí do sítě case managementu? . . . . .	37
Zotavení – nová móda, nebo nové paradigma? . . . . .	47
Rozšiřování ambulantního poradenství v Libereckém kraji . . . . .	49
Sítování při covidu a mrazu . . . . .	63
Klient v síti . . . . .	67
Spolupráce Terapeutické komunity Sejšek s Psychiatrickou léčebnou Červený Dvůr . . . . .	71
DBT pro adiktologii a komunitní psychiatrickou péči . . . . .	73





# Úvodem

Josef Šedivý

Když jsme pro naši tradiční každoroční konferenci stanovili téma Síťování služeb a drogy, netušili jsme, jak bude slovo síť pro nás symbolické. Přišel COVID-19 a s ním odklad konference o rok. Bláhově jsme si mysleli, že za tu dobu bude možné ji uspořádat. Nebylo. Rozhodli jsme se tedy pořádat konferenci na síti zvané internet a přinést její obsah on-line. Samotné téma se pak sítí zabývalo, ovšemže sítí sociálních služeb, zejména těch drogových.

Jak se dočtete dále ve sborníku, hovořilo se na konferenci o multidisciplinarity v adiktologii, o reformě psychiatrické péče i o nových pohledech na léčbu závislostí. Zajímavé byly příspěvky, které si byly podobné tématem, ale jejich autoři pocházeli z rozdílných konců sítě. Jako bychom na tato témata nahlíželi jako do pokoje s více okny a autoři nám umožnili nakuovat tu jedním, tu druhým nebo třetím oknem, a měnit tak úhel pohledu.

Je zřejmé, že všichni vnímáme síť služeb ve smyslu sítě záchranné, podpůrné. Tedy nikoliv sítě, která člověka ovine, spoutá a již ho nikam nepustí. Možná se ta naše síť podobá spíše trampolíně a dodává našim klientům energii, tolik potřebnou pro cestu vzhůru.

Přejeme vám příjemné čtení a doufáme, že se náš sborník ocitne ve vaší knihovně na místě, kde se pro něj lehce sáhne...

*Bc. Josef Šedivý  
vedoucí Drogového informačního centra SANANIM  
e-mail: [sedivy@sananim.cz](mailto:sedivy@sananim.cz)*



# *Jak se adiktologie brání reformě psychiatrické péče*

**Martina Richterová Těmínová**

Ve svém příspěvku se pokusím podívat na současný stav vztahu oboru adiktologie k reformě psychiatrické péče. Dovolte mi úvodem krátký exkurz do minulosti.

Před rokem 1989 byly adiktologické služby nedílnou součástí oboru psychiatrické péče. Odborná psychiatrická společnost měla jednotlivé sekce a jednou z nich byla sekce AT. Vedle psychiatrických ambulancí existovaly AT ambulance se specifickým léčebným programem – individuální práce, kluby. Některé psychiatrické nemocnice, léčebny, se specializovaly jen na léčbu závislostí – PL Červený dvůr, PL Predná hora apod. V psychiatrických léčebnách byla oddělení či pavilony přímo určené pro léčbu závislostí.

Většina léčebných programů v nemocnicích vycházela ze „Skálova léčebného modelu“ – režim (pravidla, pevné hranice, bodování), skupinová terapie, využití prvků terapeutických komunit, spoluodpovědnost, zaměření na abstinenci, pro muže léčba 3 měsíce, pro ženy 4 měsíce, léčba na výměr (národními výbory nařízená léčba), doléčování – docházka na KLUS.

Po roce 1990 se v oblasti duševního zdraví objevují první nevládní neziskové organizace – Fokus v oblasti psychiatrie, SANANIM, Drop in, Podané ruce v oblasti adiktologie. Co tyto služby zpočátku spojovalo, bylo téma humanizace služeb a kolegové Jan Pfeifer, Luboš Krbec, Jiří Libra, Pavel Novák začali usilovat o reformu psychiatrické péče a vytváření zcela nových služeb v oblasti duševního zdraví. Mezi adiktology to byli kolegové Pavel Bém, Kamil Kalina, Jiří Presl, Martina Těmínová. V této době také vznikají první plány na reformu psychiatrické péče.

Postupně se vytvářela samostatná paralelní struktura nových služeb, orientovaných především jako sociální služby, což byla reakce na čistě zdravotnické pojetí léčby duševních onemocnění. Hybateli tohoto procesu byli v první fázi lékaři, psychologové a sociální pracovníci.

Vzhledem k tomu, že počet uživatelů nealkoholových drog stoupal, byla postupem doby upřena v oblasti adiktologie větší pozornost k péči a léčbě těchto skupin, jelikož to byla klientela, která v běžných AT ordinacích a léčebnách zcela neprosperovala; rozvoj probíhal především v nestátních zařízeních.

V této fázi se cesty služeb zaměřených na péči o duševní zdraví a adiktologických služeb začaly rozdělovat. Vznikla SNN ČLS JEP jako samostatná odborná společnost s multidisciplinární členskou základnou, která pořádala své pravidelné konference. Na vládní úrovni byla vytvořena Meziresortní protidrogová komise (MPK, dnes RVKPP), jejímiž šéfy byli MUDr. Kamil Kalina a MUDr. Pavel Bém, byly zpracovány první protidrogové strategie, začala vznikat struktura okresních protidrogových koordinátorů, krajských protidrogových komisí a vznikl dotační titul, který umožnil vznik cca 100 kontaktních center a terénních programů, 15 terapeutických komunit, 12 doléčovacích center s chráněnými byty, programů primární prevence, substitučních programů atd. Ve zdravotnické části vznikly detoxy a substituční programy. Byly zpracovány a MPK přijaty první standardy léčebné péče pro adiktologickou oblast a zřízeny certifikace. Díky dotačnímu titulu na vládě, ale i v krajích, bylo možné vytvářet zdravotně sociální služby, multidisciplinární týmy. Svoji velkou úlohu též sehrála existence Národního monitorovacího střediska, které pravidelně vydává zprávy o vývoji služeb, složení cílových skupin, informuje o vývoji ve světě, nových metodách, přístupech. Na 1. LF UK vznikl samostatný obor adiktologie a nová zdravotnická profese adiktologa. Tento bouřlivý rozvoj se však netýkal služeb pro osoby závislé na alkoholu – tato problematika zůstala v gesci Ministerstva zdravotnictví.

Také v oboru duševního zdraví vznikalo široké spektrum služeb – ambulantní centra, chráněné dílny, sociální firmy, chráněné bydlení, denní centra. Nebyly však vytvářeny žádné koordinační orgány na vládní ani na krajské úrovni; jednotná strategie a reforma psychiatrické péče byly odsunuty na druhou kolej. Kolegové se však nevzdali a v roce 2013 vznikla na MZ Strategie reformy psychiatrické péče a od té doby dochází v oblasti duševního zdraví k výrazné proměně a rozvoji oboru a služeb. Vznikla Rada vlády pro duševní zdraví, krajští koordinátoři, Centra duševního zdraví, psychiatrické nemocnice mají své transformační plány, péče o duševně nemocné se přesouvá do přirozeného prostředí klienta, probíhá celá řada destigmatizačních aktivit apod.

Reforma psychiatrické péče se stala velkou výzvou i pro adiktologické služby, a to především pokud jde o přenesení péče do přirozeného prostředí klienta, spolupráci v multidisciplinárním týmu, koordinaci péče o klienta, individualizaci péče, deinstitucionalizaci, destigmatizaci, zapojení uživatelů služeb do rozhodovacích procesů, odpovědnost zařízení za péči o adiktologické klienty na určitém území, lidská práva osob s duševním onemocněním či vnitřní diferenciací léčebné péče.

Mohlo by se zdát, že v oboru adiktologie máme celou řadu výše uvedených témat již zajištěnu. Dokonce zaznívají hlasy, že reformu nepotřebujeme. Opak je pravdou. V našem oboru jsme odvedli velký kus práce, ale přesto zůstala některá témata zcela opominuta. Současné principy reformy jsou pro nás velkou výzvou a šancí. Sedmdesátiletá existence oboru adiktologie v sobě nese velká rizika, jako je rigidita oboru, setrvání na paradigmatech

z minulého století. Myslím si, že určitou brzdou je jistá míra „zbožštění“ Jaroslava Skály a jeho myšlenek. Jaroslav byl pro náš obor takovou autoritou, takovou otcovskou figurou, že jakékoli zpochybnění jeho odkazu je stále považováno za svatokrádež. Je nezbytné si přiznat, že část jeho odkazu se již přežila a nemá v moderní adiktologii své místo. Jsem si jistá, že by to dnes Jaroslav viděl stejně.

Při výzkumech pocitu bezpečí jsou osoby závislé vnímány jako osoby velmi nebezpečné. Není na ně pohlíženo jako na osoby trpící duševním onemocněním, ale jako na osoby nemorální. Obyvatelé a často i politici se na území, kterého jsou správci, snaží služby pro adiktologickou klientelu eliminovat. Stále existuje představa, že by měly být někde na okraji, mimo běžnou komunitu. Závislým jsou odepírána jejich základní lidská práva, těžko se dostávají např. k běžné zdravotní péči.

Na vládní ani komunální úrovni doposud neproběhly žádné destigmatizační aktivity, nejsou ani součástí strategických dokumentů. Existuje tichý společenský konsenzus, že vzhledem k problémovému chování nemají adiktologičtí klienti na garanci zajištění základních lidských práv ani nárok. Jsou občany druhé kategorie.

To je základní bariérou ke spolupráci s místní komunitou na reintegraci adiktologických klientů do běžné společnosti a života. Místní komunity potřebujeme zapojit do úzdravného procesu našich klientů, potřebujeme najít přirozené zdroje podpory.

Dodržování lidských práv a zajištění respektu ke klientům je často i tabuizovaným tématem pobytových služeb, a to jak v případě ústavní léčby, tak terapeutických komunit. Koncept pobytových léčeb vycházel a zpravidla stále vychází ze „skálovského modelu“. Ve službách jsou práva klienta často omezována. Některá omezení jsou proléčebná, ale je otázkou, zda jsou všechna funkční a smysluplnou součástí léčebného procesu, či jsou nástrojem moci instituce. Historicky se pacienti se závislostí museli „zlomit“, (říkalo se: „musejí spadnout na dno“). Je zajímavé, že celá řada psychoterapeutů z jiných oborů má dodnes pocit, že závislý se neléčí prostřednictvím osobnostního růstu a změn, ale prostřednictvím režimu – režim jako základní nástroj léčby. Je také otázkou, zda jsou všechna omezení s klienty dopředu kontrahována, zda klienti důvodům těchto omezení rozumí a zda je dobrovolně přijímají.

Dalším tématem je respekt. Měli bychom si klást otázku, zda svými léčebnými programy vyjadřujeme respekt ke klientovi, zda naše intervence, např. bodovací a hodnotící systémy, klienta neznehodnocují, zda jednáme s klienty v transakci dospělý – dospělý, či preferujeme transakci rodič – dítě, a to teď nemluvíme o reparačních a přenosových procesech v rámci terapeutického vztahu. Musíme si uvědomit, že to, co bylo eticky v devadesátých letech 20. století, je ve dvacátých letech 21. století eticky zcela nepřijatelné.

## **DEINSTITUCIONALIZACE A VNITŘNÍ DIFERENCIACE LÉČEBNÉ PÉČE**

Toto téma je pro odbornou adiktologickou veřejnost často „červeným hadrem“. Vždyť přece pobytové léčby se rušit nemohou. S tím zcela souhlasím, v nabídce léčebných služeb musí být nabídka pobytové léčby, jelikož ne pro každého klienta je ambulantní léčba indikovaná. Naším problémem je však rigidita v nabídce léčebných programů, a to jak z hlediska délky programu, tak jeho struktury a obsahu. Musíme klientům nabídnout pobytové léčby různé dlouhé, jak to například nabízí PL Červený Dvůr. Vychází to z individuálních potřeb a možností každého klienta, nesmíme setrvávat pouze na zaběhnutých schématech. Výzkumy ukazují, že 90denní léčebný program je úspěšný, ale není nikde řečeno, že tento program musí proběhnout v rámci pobytové léčby a jestli není lepší kombinace pobytové, stacionární a ambulantní léčby. Kdybychom nabízeli kratší pobytové služby, je pravděpodobné, že by klienti nastupovali do programu dříve, jejich závislostní porucha by nebyla tak závažná a léčba by byla úspěšnější.

Stejně je to s nabídkou strukturovaných programů, kdy barevnost obsahů by měla odpovídat různorodé klientele. Víme, že v léčbě závislosti funguje kombinace skupinové terapie, individuální terapie, rodinné terapie, socioterapeutických aktivit a režimových prvků akcentujících sociální učení a trénink odpovědnosti. Různá kombinace těchto prvků dle individuálních potřeb klienta může efektivitu léčby výrazně zvýšit. Klient by měl mít možnost vybírat si obsah léčebného programu a odborníci by mu měli zodpovědně doporučovat a nabízet a měli by klienta motivovat k takovým obsahům léčebného programu, který pro něj považují za nejefektivnější a nejsmysluplnější.

Účinnost ambulantní a stacionární péče v uzdravném procesu klienta je stále podceňována. Přitom naše zkušenosti ukazují, že klienti, kteří absolvují stacionární léčbu, jsou v procesu uzdravy velmi úspěšní a potřebují méně intenzivní doléčování než klienti pobytových léčeb. Přesto v ČR fungují pouze asi tři stacionáře, i když tyto programy jsou podstatně levnější.

## **PŘENESENÍ PÉČE DO PŘIROZENÉHO PROSTŘEDÍ KLIENTA**

S péčí v přirozeném prostředí klienta mají adiktologické služby dlouhou zkušenost. Terénní programy poskytují služby v drogových bytech, na squatech a na ulici, na otevřených i skrytých drogových scénách. Před deseti lety měla většina klientů našich terénních programů v Praze kde bydlet, v současné době většina klientů možnost bydlení ztratila a patří do skupiny obyvatel bez přístřeší. Pohybujeme se tedy často v jejich přirozeném prostředí. Umíme dobře navazovat kontakt s klientem na ulici, doma, máme klientovi co nabídnout. Harm reduction aktivity jsou dobrým prostředkem k navázání vztahu a důvěry. Určitě nás čeká výzva poskytovat kromě služeb harm reduction (výměnné programy, edukace apod.) více služeb případové práce a case managementu. Bylo by smysluplné navštěvovat klienty se závislostí na alkoholu a na lécích v jejich domácím prostředí a motivovat je

k léčbě a ke změně. Klienty s duálními dg. se v některých programech daří motivovat ke spolupráci s case managerem, ale stále to není standardní metoda našich služeb.

Určitě bychom měli rozvíjet poskytování domácích detoxů, což zvýší motivaci klientů k zapojení do léčebného procesu.

Co však již v domácím prostředí umíme poskytovat je on-line poradenství, a dokonce i strukturované léčebné programy pro uživatele konopí, hráče a kuřáky ([www.koncimshranim.cz](http://www.koncimshranim.cz), [www.koncimshulenim.cz](http://www.koncimshulenim.cz), aplikace Quit Smoking Assistant apod.) Jedná se o programy, které fungují již několik let a v době pandemie se velmi osvědčily.

## **ODPOVĚDNOST SLUŽEB ZA ZAJIŠTĚNÍ PÉČE NA DANÉM ÚZEMÍ**

Tato část reformy je v oboru adiktologie komplikovanější a je zapotřebí ji podrobit diskusi. Naši klienti tím, že jsou často osobami bez domova, nejsou vázáni na jedno místo, migrují po celé České republice, trvalý pobyt mají obvykle na úřadech. Velká část našich služeb je také poskytována anonymně. Měli bychom společně definovat, za jaké skupiny a typy našich klientů jsme schopni převzít územní odpovědnost. To znamená, že když u klienta vznikne potřeba péče, jsme schopni mu ji poskytnout v celé komplexnosti a šířce v rámci koordinace péče.

## **MULTIDISCIPLINARITA**

Multidisciplinární přístup k léčbě závislosti je základním kamenem a principem našeho oboru. Ve všech strategických dokumentech se k tomuto principu hlásíme. Jak je to však v realitě? Standardy adiktologických služeb říkají, že v zařízeních fungují multidisciplinární týmy. Nejvíce nám komplikuje situaci zdravotně sociální pomezí. Pouze služby, které mají zdravotní i sociální registraci, jsou schopny fungovat jako reálné multidisciplinární týmy. Týmy pouze se zdravotnickou registrací jsou složeny z lékařů, sester, klinických psychologů, adiktologů a možná je zastoupen i sociálně zdravotnický pracovník. Služby se sociální registrací jsou složeny ze sociálních pracovníků, pedagogů, psychologů a adiktologů. Takže by se dalo říci, že toto jsou multidisciplinární týmy, ale ta nejpodstatnější provázanost zdravotně sociální často pokulhává. Velkou výzvou je vnitřní fungování, komunikace a spolurozhodování multidisciplinárních týmů. V tom máme poměrně velké rezervy a máme se co učit.

Co však poměrně dobře umíme, je spolupráce mezi jednotlivými zařízeními zdravotními a sociálními. Všichni si uvědomujeme, že bez spolupráce s ostatními službami nejsme schopni poskytnout klientům dobré služby.

Na závěr musím konstatovat, že mám velkou radost, že reforma psychiatrické péče probíhá a že i adiktologické služby jsou její součástí. Reforma nám umožňuje podívat se na naše

služby jiným pohledem, máme možnost se podívat na programy prizmatem nových hodnot a principů. Pravidelná revize systému péče je určitě velmi potřebná a užitečná. Nejvíce můžeme uškodit našim klientům naší rigiditou, pýchou a pohledem upřeným nazpátek místo do budoucnosti.

**PaedDr. Martina Richterová Těmínová**

*ředitelka SANANIM z. ú.*

*e-mail: [teminova@sananim.cz](mailto:teminova@sananim.cz)*



# Adiktologický multidisciplinární tým (AMT)

Jiří Libra

## **NOVÉ SLUŽBY** **KLÍČOVÁ AKTIVITA 3**

### **PRACOVNÍ SKUPINA KA 3 – AUTOŘI STANDARDU**

**PaedDr. Martina Těmínová** – odborná ředitelka SANANIM, Praha  
správce témat: spolupráce v síti služeb, financování, management služeb a organizace, supervizorka

**Mgr. Aleš Kuda** – odborný ředitel NEO Centrum, Praha  
témata: klinická práce (prevence relapsu, detoxikace, krize, domácí detoxikace), supervizor

**Mgr. Petr Matoušek** – MAKAI atelier, s.r.o. (sociologická agentura) Praha  
témata: multidisciplinární tým, práce sociálního pracovníka v AMT, evaluace

**MUDr. Jan Beneš** – Fokus Mladá Boleslav, psychiatr  
témata: práce psychiatra v AMT, farmakoterapie, vedení dokumentace

**Kateřina Vachková, DiS** – psychiatrická sestra CDZ, Praha 8  
témata: práce zdravotní sestry v AMT, case management, vedení dokumentace

**PhDr. Jiří Libra** – metodik skupiny, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN Praha  
témata: koordinace pracovní skupiny, supervize multidisciplinárního týmu, case management, management víceúčelové služby, role psychologa v AMT

## **ZÁKLADNÍ PRINCIPY ADIKTOLOGICKÉHO MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU**

- Regionální vazba, výchozí model – ambulance s více programy, jedním z nich case management, bio-psycho-socio-spirituální model, multidisciplinární tým včetně psychiatra a klinického psychologa
- Veřejný závazek ve vztahu k regionu, definované cílové skupině
- Multidisciplinární posouzení – individualizace služby – sdílení pacientů/klientů celým týmem – klíčoví pracovníci/case management v modelu flexibilní asertivní komunitní léčby – prevence hospitalizace – pomoc v krizi
- Maximum služeb pacientům/klientům poskytuje sám AMT
- Více zdrojové financování – spojení zdravotnické služby (úhrada výkonů ze zdravotního pojištění) se sociální službou (dotace)

### **CÍLOVÁ SKUPINA**

- Klienti v různých fázích závislostního chování a v různých fázích motivace ke změně; uživatelé legálních i ilegálních n.l., patologičtí hráči, věk od 18 let
- Motivace ke změně = klient je schopen docházet či dodržovat kontrakt za podpory case managera
- Somatický ani psychický zdravotní stav klientů nevyžaduje hospitalizaci, hospitalizace není z nějakého důvodu možná
- Rodiče, partneři, další blízké osoby klienta

### **TÝM AMT VELKÝ (1) A MALÝ (2) – SLOŽENÍ**

Návrh složení týmu pro pilotní ověření velké/malé AMT (na území o lidnatosti cca 100 000 obyvatel = 12 úvazků/o lidnatosti cca 50 000 obyvatel = 7 úvazků):

- Psychiatr 1/0,5 úvazek (z toho 0,5/0,25 atestovaný psychiatr)
- Psycholog 1/0,5 úvazek (z toho 0,5/0,25 klinický psycholog)
- Adiktolog 3/2 úvazky
- Pracovník v sociálních službách - 2/1 úvazky
- Sociální pracovník 3/2 úvazky
- Zdravotní sestra 1/0,5 úvazek
- Administrativní pracovník 1/0,5 úvazek

Pozn.: Pro práci formou case managementu počítáme ve velkém týmu s osmi pracovníky v roli case managera, v malém s pěti.

## **REALIZÁTOŘI PILOTNÍHO PROJEKTU**

### **VELKÝ TÝM:**

Centrum psychosomatické medicíny, s.r.o., Praha – Řepy, <https://www.cepsymed.cz/>

### **MALÉ TÝMY:**

DRUG-OUT Klub, z.s., Ústí nad Labem,  
<https://www.facebook.com/Drug-Out-Klub-423888711088677/>

Spolek Ulice Plzeň, <https://www.facebook.com/agenturaulice>

## **ZÁKLADNÍ ČINNOSTI AMT**

### **1. SPOLUPRÁCE S POSKYTOVATELI PÉČE V KOMUNITĚ:**

- a. Spolupráce se zdravotnickými profesionály v místní komunitě
- b. Spolupráce s pedagogicko-psychologickými a sociálními službami a institucemi v této síti, tj. primárně pedagogicko-psychologické poradny, školy, OSPOD a sociální pracovníci místních organizací v komunitě, pracovníci sociálních služeb určených různým cílovým skupinám (nízkoprahové kluby, domovy pro seniory, práce s bezdomovci atd.)
- c. Spolupráce s úřady, městskou a státní policií

### **2. LÉČBA, REHABILITACE:**

- a. Základní předléčebné poradenství, motivační práce a podpora, podpůrné programy a tréninkové programy (včetně přístupu HR)
- b. Ambulantní léčba formou individuální, skupinové a/nebo rodinné práce obsahující všechny základní varianty od biologické léčby (včetně substitute) až po sociální práci a podporu, včetně tréninkových programů a rozvoje sociálních dovedností: programy dle individuální dohody, možnost programů stacionárních (skupinových)
- c. Následná péče a rehabilitace: programy individuální, skupinové. Možnost rodinné a stacionární práce pro klienty/pacienty přicházející z jiných léčebných programů zpět do komunity a vyžadujících jak léčebně-rehabilitační péči, tak sociální podporu a různé tréninkové aktivity a sociálně-právní poradenství

### **3. SOCIÁLNÍ PRÁCE A PODPORA:**

- a. Terénní sociální práce a intervence spojené s rizikovými lokalitami a práce s rizikovými skupinami, výjezdy do místních zařízení zdravotních či sociálních služeb atd.
- b. Domácí péče o klienty/pacienty vracející se z léčebných programů a/nebo v léčebných programech AMT, kde je nutné kombinovat samotnou léčebnou péči se sociální podporou v místě bydliště
- c. Case management – postup asertivní sociální práce spojující sociální a zdravotnické služby, doplňující služby terapeutického kontinua, návaznost na další služby v oblasti psychiatrické a somatické komorbidity, návaznost na služby a programy řešící sociální a rodinnou situaci klienta (právní poradenství, finanční poradenství, bydlení, práce atd.)

### **POŽADOVANÉ POČTY OŠETŘENÝCH PACIENTŮ NEBO VÝKONŮ**

- Počet pacientů/klientů v kontinuální péči AMT formou case managementu dosáhne maximálně 80/50 (velký/malý) za 1,5 roku realizace období projektu. Počet pacientů na jednoho case managera nepřesáhne 10 pacientů/klientů v aktuálním případovém nákladu. Minimální počet takto podpořených osob (více než 40 hodin práce) bude 35 ve velkém/21 v malém týmu. Celkový počet podpořených osob (včetně rodinných příslušníků a anonymní podpory) bude ve velkém týmu za toto období cca 240 osob, v malém týmu cca 140 osob (solidarita výkonu v rámci projektu).
- Podíl objemu přímé práce klinických pracovníků s pacienty/klienty dosáhne 50 % objemu jejich celkové vykonávané činnosti.
- Rozhodující pro hodnocení výkonnosti je údaj v příslušné informační databázi. Hodnocen bude jak počet ošetřených, tak rozsah podpory.

### **ROZPOČET – NA DOBU 18 MĚSÍCŮ**

#### **VÝZVA**

Max. možná výše dotace pro velký tým **11 300 000 Kč**

Max. možná výše dotace pro malý tým **6 700 000 Kč**

## **VÝZVA – ÚNOR 2020**

### **FINANCOVÁNÍ SLUŽBY**

- Služba uzavírá smlouvy se zdravotními pojišťovnami (klíčová je podpora VZP), po dobu pilotního projektu je placena z projektu a vykazuje výkony VZP (včetně platných výkonů jednotlivých nositelů – zdravotnické profese – včetně navržených nových signálních výkonů – zejména adiktolog jako jejich nositel).
- Pomocí signálních výkonů je monitorována i činnost sociálních pracovníků v týmu. Cílová skupina a dostupnost služby musí odpovídat designu projektu.
- Posledních 6 měsíců pilotního projektu – příprava na „ostrý“ režim přechodu k financování zdravotnických služeb AMT podle úhradových vyhlášek. V průběhu projektu předávány podněty pracovní skupině pro udržitelné financování reformy.

### **NOVÉ NAVRŽENÉ VÝKONY – NOSITEL ADIKTOLOG**

Adiktolog jako nositel výkonů psychiatrické sestry:

- Skupinové podpůrné terapeutické aktivity
- Psychoedukační a podpůrný rozhovor s rodinou
- Telefonická konzultace sestry v péči o pacienta
- Terénní krizová intervence prováděná sestrou pro péči v psychiatrii
- Metodické vedení členů multidisciplinárního týmu adiktologem

Nové výkony adiktologa:

- Návštěva adiktologa ve vlastním sociálním prostředí pacienta
- Adiktologická rehabilitace individuální

### **PRVNÍ ZKUŠENOSTI Z REALIZACE PILOTNÍ FÁZE**

- Učení se výkonové administrativě, procesům, ekonomice (administrativní svízele, pořízení programů pro vedení dokumentace a vykazování výkonů, hledání optimální strategie, vzájemné konzultace mezi týmy, s metodiky, s pracovními skupinami reformy, využívání zkušeností z CDZ)
- Činnosti jednotlivých profesí v postupných krocích péče o pacienta, spolupráce v hodnocení, stanovení postupu, jeho koordinace – hledání optimálního tvaru (vzhledem k výši úvazku)
- Ujasňování filozofie péče
- Objevování indikací, zdrojů a postupů pro vstup pacientů/klientů do case managementu

*Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze*

*e-mail: [jiri.libra@fl.cuni.cz](mailto:jiri.libra@fl.cuni.cz)*

# *Odlišná míra odpovědnosti ke klientovi v case managementu a v terapeutickém přístupu*

Ondřej Jedlička, Tomáš Vejrych

## **Úvod**

V tomto příspěvku předkládáme úvahu nad odlišnou mírou přebírání odpovědnosti ke klientovi v prostoru case managementu (dále jen CM) a v terapeutickém přístupu. Pokusíme se vysvětlit, proč v rámci CM vnímáme větší potřebu odpovědnosti na straně pracovníka. Chceme se zaměřit na důvody a okolnosti, které nás k tomu vedou, na strategie, které v takovém případě považujeme za užitečné, a upozornit na momenty a situace, kdy se toto větší přebírání odpovědnosti a angažovanosti směrem ke klientovi může stát kontraproduktivním až rizikovým. Říkáme, jak si těchto momentů všimnout, popřípadě jak s nimi zacházet. Na závěr naší úvahy máme potřebu zdůraznit, že tyto dva různé přístupy práce nelze chápat v tomto tématu jako polarizující se, ale že je potřeba za některých okolností i v adiktologické terapii být více angažovaný a asertivní.

## **DŮVODY, PROČ JE VYŠŠÍ MÍRA ANGAŽOVANOSTI A ODPOVĚDNOSTI U CM UŽITEČNÁ A POTŘEBNÁ**

Hlavním důvodem, proč pracovník přebírá více odpovědnosti, je závažnost, těžkost situace a stavu, ve kterém se klienti CM nacházejí. Mnohdy u nich není přítomný náhled na onemocnění, na dopady užívání NL a celkově na životní situaci. Zažívají pocit beznaděje, a tak mají i velmi nízkou motivaci ke spolupráci, kdy jsou často buď bez jakéhokoli kontaktu s podpůrnou službou, nebo naopak za sebou mají dlouholetý život v instituci s negativními dopady (institucionalizace). Rovněž mají i nízkou motivaci až odpor ke změně – něco chtít přináší opakované riziko, že toho nebude možné dosáhnout, a tudíž i frustraci. Když přijde krize, klienti se často nacházejí v prostředí bez zdrojů pro její zvládnutí. Důležitým faktorem je také, že krizové stavy jsou časté a s fatálními následky.

Z naší zkušenosti vnímáme, že tito klienti mnohdy ustrnuli na psychicky vývojově mladší úrovni, než odpovídá jejich biologickému věku – nezvládají vyrovnat se s úkoly jednotlivých

vývojových období. To sebou nese primitivnější a silnější obrany, nižší schopnost udržet si získané a taky velmi nevýhodnou kombinaci nízkého self-efficacy a reálně nízké kompetence zvládnání.

### **STRATEGIE, JAK VYŠŠÍ MÍRU ANGAŽOVANOSTI A ODPOVĚDNOSTI U CM VYUŽÍVAT**

Už na počátku spolupráce pracovník vystupuje asertivně a proaktivně se snaží zapojit klienta do služby – více mu jde naproti. Stejně tak i v průběhu spolupráce se snaží klienta v ní podržet, dbá na prevenci dropoutů a zmírňování jejich dopadů. Při kontraktování je důležité vyjednat, co bude pracovník dělat, když klient na domluvené setkání nepřijde, co bude dělat v případě jeho dekompenzace, i třeba proti jeho aktuálnímu přání (oslovení dalších podpůrných osob, nedobrovolná hospitalizace aj.).

Další strategií ze strany pracovníka je aktivní propojování klienta na zdroje naplnění jeho potřeb, oslovování blízkých osob a snaha o jejich zapojení do spolupráce, intervence směrem k sociální síti klienta za účelem získání podpory, asistence v rámci volnočasových a zájmových činností.

Pracovník nese také větší odpovědnost za koordinaci péče, kterou klient čerpá v různých službách. Aktivně a asertivně hájí jeho zájmy (advocacy) tam, kde je aktuálně třeba. Je odpovědný za získání relevantních informací a ověřuje si jejich platnost.

Case manager by však neměl tímto aktivním vztahováním se ke klientovi mu v důsledku bránit získávat nové kompetence, nebo ho dokonce zbavovat kompetencí již nabytých. Měl by nezapomínat apelovat na klienta, aby postupně začal přijímat odpovědnost za spolupráci a také za svůj život.

### **ODVRÁCENÁ STRANA VYŠŠÍ MÍRY ANGAŽOVANOSTI A ODPOVĚDNOSTI U CM**

Vycházíme ze zkušenosti, že empatické napojení může vést až k extrémní pozici v podobě pohlčení a naopak potřeba vymezení se může vést až k extrémní pozici v podobě izolace. Pracovník může být stále přitahován klientovou situací jako černou dírou (beznaděj, prázdnota, nechuť něco podnikat, traumata, skleslost aj.). Může být přitahován interpersonálními procesy: naciťováním těžkostí klientely, primitivními obranami, které nerespektují realitu (popření) a hranice (projektivní identifikace). Potud je to stejné jako v terapii až na to, že složitost klientů a jejich situace v CM je standardem – pracovník má těchto klientů plný pracovní úvazek. Navíc strategie CM umocňují extrémní pozici pohlčení (s možností vyhoření – sám se stává černou dírou) nebo potřeby až psychopatické izolace („nestudoval jsem, abych ti kupoval boty“).



Nevhodné intervence z pozice pohlcení mohou být například zachraňování klienta, vnučování se mu, včasné neukončování. Z pozice izolace jde například o nadměrnou kontrolu, nedůvěru v klienta a jeho schopnosti, vyhýbání se mu. Zásadnější nám pak připadá, z jaké pozice děláme intervence, než jaké intervence děláme. A také klademe důraz na bytí s klientem (doprovázení klienta) než na zařizování (dělání něčeho za klienta).

Dalším rizikem může být tendence k nevědomému opakování klientových navykých a nevhodných scénářů. K tomu může pracovníka vést fakt, že s klientem situace zažívá společně (např. při asistencích), umocněné i častou naléhavostí klientovy situace.

Pracovník by měl předcházet dogmatickému vnímání CM strategií. To může snadno vést k přehnaným nárokům na sebe nebo na klienta (např. pracovník klienta neustále kontaktuje – neumožní klientovi odmlčet se nebo projevit aktivitu – „pracovník má přeci odpovědnost za udržení kontaktu a klient by měl na sobě pracovat“).

Projevem nevhodné akcentace strategií CM může být také narušování zdravých hranic mezi pracovníkem a klientem a/nebo mezi členy pracovního týmu.

## **JAK ZACHÁZET S ODVRÁCENOU STRANOU VYŠŠÍ MÍRY ANGAŽOVANOSTI A ODPOVĚDNOSTI U CM**

Obecně lze říci, že především týmově než individualisticky. Monitorování rizik lze pomyslně rozdělit na vnější (v rámci týmu) a vnitřní (pracovník) a měla by se vzájemně doplňovat. Výhodou může být zapojit do spolupráce více pracovníků (ať už různých odborností a/nebo více case managerů). To dopomáhá k přehlednějšímu uvědomování si protipřenosových mikroprocesů a reakcí na ně.

Je důležité si předem nastavit a průběžně vyhodnocovat hranice spolupráce a služby samotné. Sledovat frekvenci kontaktu a objem čerpaných služeb a výdej pracovníkovy energie vložené do spolupráce. Předem si určit, jaká bude maximální doba, po kterou se pracovník snaží o navázání spolupráce a jaká bude maximální míra investice ze strany pracovníka a služby, než se jim od klienta dostane pozitivní odezvy a také klient začne projevovat iniciativu. Vydefinovat si soubor kritérií, za jakých okolností bude spolupráce ze strany služby ukončována. Z širšího pohledu nám v tom také pomáhá hlídání si výkonnosti služby jako celku (např. nemohu se „donekonečna“ snažit zapojit klienta do spolupráce, protože bych nevykazoval skoro žádnou spolupráci).

## **POLARIZACE PŘÍSTUPU CASE MANAGEMENTU A TERAPIE TAKÉ NENÍ VHODNÁ**

Case management a terapeutický přístup nelze brát v tématu přebírání odpovědnosti jako polarizující. V terapii si pracovník snadněji vytvoří „alibi“ vedoucí k nejednání, pokrčí

rameny a případně zdevaluje závažnost situace („Vím já, jak to vlastně je? Nejsou to jen moje fantazie, představy?“). V adiktologické terapii přesto považujeme za důležité, aby v některých chvílích převzal více odpovědnosti také pracovník. Je to především ve chvílích klientovy dekompenzace, relapsu nebo v krizové situaci (často spojené s nízkou motivací a náhledem). Převzetí odpovědnosti se může na straně pracovníka projevat vyšší mírou asertivity, vnější kontrolou, prací se sítí klienta a prvky poradenství.

### **Mgr. Ondřej Jedlička**

*zástupce vedoucího Adiktologické ambulance SANANIM*

*e-mail: [ondrej.jedlicka@sananim.cz](mailto:ondrej.jedlicka@sananim.cz)*

### **Bc. Tomáš Vejrych**

*vedoucí Adiktologické ambulance SANANIM*

*e-mail: [vejrych@sananim.cz](mailto:vejrych@sananim.cz)*

# *Role psychiatra v multidisciplinárním týmu zaměřeném na zotavení*

Jan Audrlický

## **PILOTNÍ PROJEKT MZ ČR**

**1. 4. 2020 – 30. 9. 2021**

## **CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ PODSKALÍ – FOKUS PRAHA**

### **SPÁDOVÁ OBLAST**

Praha 1, Praha 2 a Praha 10 (Vršovice, Vinohrady)

### **CÍLOVÁ SKUPINA**

lidé s vážným duševním onemocněním (SMI), lidé ohrožení rozvojem SMI

### **TÝM**

- **psychiatr** – 3×, úvazek celkem 1,0
- **klinický psycholog** – 2× (0,4 klinický psycholog a 0,4 psycholog ve zdravotnictví)
- **zdravotní sestra** – 11× (z toho 6× psychiatrická)
- **sociální pracovník** – 6×
- **pracovník v soc. službách** – 1×

## **RECOVERY PŘÍSTUP**

- naděje
- zplnomocnění
- zodpovědnost
- najítí smysluplných životních rolí

- umožňuje okamžitý zásah
- vytváří sociální sítě a podpůrné systémy
- je flexibilní a mobilní
- spolupracuje týmově – zodpovědnost členů týmu
- zajišťuje psychologickou kontinuitu
- dialog je polyfonní (všechny hlasy jsou slyšené – ekvalizace moci)
- toleruje nejistotu (nediagnostikování klienta i rodiny)

## **SPECIFIKA ROLE PSYCHIATRA V CDZ**

**Tradiční role:** indikace do péče, diagnostika a zajištění psychiatrické ambulantní léčby, zdravotní péče, krizová komunikace s rychlou záchrannou službou a s psychiatry v lůžkové péči ohledně zajištění hospitalizace

**Specifická role:** spolurozhodování a dialog s týmem/klientem – též na principu polyfonie, s prostorem pro kreativitu (nikoli expertský patriarchální monolog)

Klientům nabízíme oslovování křestním jménem (s vykáním), klademe důraz na jejich posílení (sny, talenty, „zdravé jádro“, malé krůčky). Ambulance a centrum jsou spíše v domácím než sterilním zdravotnickém prostředí (za podmínky splnění standardů).

Na klienta máme více času (většinou jednu hodinu), při vyšetření je spolu s klientem jeho case manager.

Psychiater přináší naději a podporu v tom, že je možné žít kvalitní život i s psychiatrickým onemocněním. Jeho role je destigmatizační.

Uznává traumatizaci/stigmatizaci spojenou s nucenými hospitalizacemi a zneužitím moci ve zdravotnictví. Hledání řešení krize více orientovaná na potřeby klienta.

Pracuje v terénu, s rodinou klienta, pod supervizí. Během hospitalizace klienta je s ním i v osobním kontaktu.

„Nárok“ na terapeutický/recovery přístup – sebezkušenost psychiatrů.

Poskytuje prostor pro bio-psycho-socio-spirituální perspektivu vzniku onemocnění a zotavování.

Nabízí více prostoru pro diskusi i o medikaci, která bude sloužit potřebám klienta, a respekt k hledání jiných alternativ, včetně vysazování (zároveň nastavení krizových plánů).

Umožňuje osobní propojování a navazování spolupráce s jinými zařízeními k zajištění návaznosti péče.

## KAZUISTIKA

### M.Č., MUŽ, 38 LET

Spolupráce navázána na podzim 2019 – dlouhodobě hospitalizován v PN Bohnice, předtím asi 9 hospitalizací s dg. F19.7–F20.0, první hospitalizace v 17 letech. S **Bonou** rozjednáno chráněné bydlení – zařazen do pořadníku. Zpočátku každodenní kontakt, nástup k nám 5/2020 do **ambulantního programu**.

### Z ANAMNÉZY

**SA:** vyrůstal v kojeneckém ústavu, následně dětský domov, výchovný ústav, základní vzdělání, zaměstnání, kdysi uklízel, předtím žil na ulici, invalidní důchod 3. stupně, přidělen opatrovník v rozhodování kolem financí, aktuálně žije v azylovém domě Naděje – čekatel na chráněné bydlení

Kontakt s příbuznými – jednou se viděl s babičkou, romské etnikum.

Navázána spolupráce s Nadějí (klient nemá mobil, a tak si touto cestou předáváme mimo jiné také termíny setkání, která jsou alespoň jednou týdně, též jsou ochotni vydávat medikaci).

**OA:** prodělal syfilis, žaludeční vředy, sledování onemocnění neg.

**FA:** propuštění z PN Bohnice 2020 Leponex 350 mg, Amilia 800 mg, Hlp 6 mg, Betaloc 10 mg /1 tbl

**Abúzus:** uvádí abstinenci od pervitinu 1,5 roku, předtím sniff od 17 let, THC občasné 1 týdně, ob týden

**Kriminalita:** jednorázově trestán pro krádeže, znásilnění

~ ~ ~

Při vyšetření jsme společně s kolegyní, jeho case managerkou. Sděluje, že má v sobě čip a ovládají to zde ufoní. **Vše se rozvinulo před 4 lety** během doby, kdy byl ve výkonu trestu. Auta ho zraňují, celé se to v něm sevře, říká: „Vysílají na mě výboje, bolí to...“ (**hledáme kontext podobného vzorce dotazem „Odkud to ještě zná?“**)

Postupně otevírá paralely zraňování ve výkonu trestu, kde to bylo drsné. Tehdy mu to pomáhal zvládnout jeden kamarád (**zdroje vztahové opory**). Byl opakovaně trestán – mlácen,

nešlo se bránit nebo z toho uniknout a pak ... taky se to dělo v dětském domově... Je rád, že je ubytován, je to lepší nebýt sám.

**Snažíme se porozumět jeho příběhu a jak to psychotické souvisí s bez/mocí/vzorci v minulosti. Zaměřuji se na to, kde je/byl „zdravý“ a jak to podpořit.**

**Psychopatologicky:** chronické psychotické prožívání, paranoidně perzekuční bludná produkce, tělesné halucinace, tenze, linii hovoru udrží krátce, odpovědi často mimo relaci dotazu, neologismy.

Z anamnézy patrné, že je premorbidně výrazně deprivovaný a pravděpodobně i traumatizovaný (násilí v dětském domově). Halucinatorní syndrom zrcadlí i v minulosti zažité násilí, traumatizaci a nemožnost uniknout – bezmoc. **Zároveň později přítomná i hravost a kreativita – skryté slovní hříčky, kterými občas srší. Drží oční kontakt a neverbálně místy působí, že je v kontaktu a rozumí, ačkoliv odpovědi se zdají nesrozumitelné. Místy je radostný z našeho spolubytí.**

**Na domluvené schůzky dochází přesně na čas.**

**Později rozvíjení grip for life (vášeň pro život a jak ho vzít do svých rukou).**

Při vyšetření: sledují ho auta, všude... Včera ráno přišel z obchodu a najednou úplný pomelo, černo... V hlavě vymeteno... Jezdí přes něj pořád auta... sem tam... Je to hrozný...

**Uznáváme** a vracíme se **více ke snům**, na které se cíleně ptám, chtěl by mít ženu a bydlet s ní, mít děti, auto..., to, které neútočí, je to, co se mu líbí, modrá honda, za auty je i jeho **sen řídit auto**, uznáváme a podporujeme v krocích k tomu, objevují se obavy z vlastní neschopnosti... Hledání toho, co by mohlo pomáhat... být v kontaktu s ostatními lidmi, trénovat – a zkusit hledat autoškoly. Nabízíme kontakt s **Centrem denních aktivit (CDA) Libuš a osobně propojit s kolegy.**

V tu chvíli, **kdy jsme u jeho snů, ustává symptomatologie, oči mu září, jeho projev je koherentní, je s námi v kontaktu.**

Se mnou týdenní kontakt.

**5/2020 Nechce brát původní medikaci, vyjma depotu. Odmítá dát moč, abychom vyloučili abúzus návykových látek.** Víme, že jeho jediný kamarád v azyláku občas kouří THC. Říká, že sám nic nebere.

**Intervence, dialog o medikaci, drogách** (v čem jsou důležité, nebezpečné) – převeden na **depotní Hlp** – není ochotný brát Leponex.

**6/2020 Má nejasné sebevražedné myšlenky** – říká: „Dnes večer budu viset, jako Štěpán se oběsím“, působí nepřítomně – z hlediska nebezpečnosti sobě zvýšené riziko sebezabití.

**Dohadujeme se o možnostech řešení včetně hospitalizace a nakonec docházíme ke každodenním kontaktům** vzhledem k míře tenze, zmatenosti a ohrožení. Je ochoten k tomu, že **užije depot, který navyšujeme, a bude docházet přes víkend pro (p.o.) medikaci do psychiatrické ambulance** (Aripiprazol).

Osobně ho tam doprovázíme, seznamujeme se s týmem ambulance. Osobní síťování vede k úlevě na všech stranách.

V následujícím týdnu se rozhoduje k dobrovolné krátké hospitalizaci – nasazen Risperidon, (pouze) **mírné zlepšení stavu.**

## **PO PROPUŠTĚNÍ**

Z medikace navyšujeme postupně Risperidon, ale **jako důležité se mi jeví především socioterapeutické intervence – mít denní aktivity.**

### **Pravidelně dochází.**

Na otázku, jak se má, odpovídá: „Vzali mi Rakousko...“ „Rakousko?“ M: „To v Řecku. Event, Elvin. Nejsem doma.“ Chtěl by chrám, zničili ho roboti, nohy, zuby, živočicha. Opakuje: kapavka, tyfus, TBC, kapavka tyfus, TBC. Rakovina – Rakovník... Obrna – Brno...

**Nabízení, rámování v kontextu psychózy, že je možná něco děsivého na mně nebo kolem, nebo když se ho ptám, co by chtěl a neví** – my jsme tam na něho dva ... přitakává a najednou je více s námi v kontaktu.

Postupně podpora v motivaci k tomu, co by mu přišlo smysluplné dělat jako krůčky k tomu, aby jednoho dne mohl realizovat své sny – strach z práce, z neschopnosti, z diskriminace – vracení se do nemocné (bezmocné) a taky bezpečně známé role... nebo taky z tlaku ostatních, kteří ho do práce tlačili (ale chyběla podpora), a objevování vlastní chuti jít něco dělat – za svými sny.

**10/2020** Občas zvrací tak šedesátkrát, nic v tom není. Budapešť v žaludku. Cítí tlaky zvenku. Není to pro něho dobré na azyláku s ubytováním. **Chce ale zkusit práci. Oceňují ten velký posun.** Vyřizována gastrokopie pro susp. na krvácení z žaludečního vředu. Následně léčen konzervativně ATB terapií.

V medikaci navyšován Risperidon, zhoršení psychického stavu v souvislosti s tělesným stavem.

**2/2021** V CDA Libuš – lépe, sociální situace setkání, hraje Člověče a vtipkuje.

Postupně převáděn na nové antipsychotikum (Reagila), prozatím nezkoušeno – pouze částečný efekt.

**3/2021** Zhoršení psychózy v souvislosti se zneužíváním moci spolubydělci v azylovém domě, kde bydlí. Okradli ho o jídlo, které od nás dostal jako potravinovou pomoc. Během kontroly má strnulý, tvrdý pohled, kterým se na nás upíná, a nemluví. („Odehrává“, co se mu dělo... psychosomaticky to je i to, co leželo v žaludku, z čeho jsou vředy). Postupně je z kontextu zřejmé, že se na něho takto dívali v azyláku; když jsme to pojmenovali, jaké to je, a tíhu a náročnost tomu čelit, atmosféra se uvolnila. Přišel si pochopený a zároveň jsme mu dávali feedback a podporovali ho v tom, jak tomu může čelit a bránit se jim. To mu dodalo naději a kuráž, vědomí, že bude pokračovat do bezpečnějšího komunitního chráněného bydlení, které je už v dohlednu (původně mělo být v únoru, aktuálně v dubnu/květnu).

Na posledním setkání s CM Martin z ničeho nic prohlásil:

...tak já už neberu, teď se přestěhuju... :)

**MUDr. Jan Audrlický**

*psychiatr*

*CDZ Podskali – FOKUS Praha*

*e-mail: [jan.audrlicky@gmail.com](mailto:jan.audrlicky@gmail.com)*



# *Na jedné lodi – sestra v multidisciplinárním týmu*

Kateřina Vachková

Od roku 2015 pracuji jako psychiatrická sestra v Centru duševního zdraví pro Prahu 8 (dále CDZ8). Ve svém příspěvku popisuji roli sestry v multidisciplinárním týmu, její kompetence a pracovní činnosti, ale i osobní zkušenost s budováním a spoluprací ve zdravotně-sociálním týmu.

**Centrum duševního zdraví pro Prahu 8** je smluvní pracoviště Psychiatrické nemocnice Bohnice a FOKUSu Praha. Oficiálně zahájilo provoz 1. 1. 2016. Jádrem CDZ8 je multidisciplinární tým, který tvoří 21 pracovníků (1 lékař, 2 psychologové, 1 peer konzultantka, 1 IPS (Individual Placement and Support), 7 sociálních pracovníků a 9 psychiatrických sester. Spádovou oblastí je Praha 8 s cca 100 000 obyvateli. Jako jediné CDZ v České republice fungujeme 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu, máme k dispozici 2 krizová lůžka. Noční provoz zajišťují sestry pracující ve směnném provozu. Aktuálně máme 186 aktivních klientů.

Naší cílovou skupinou jsou dospělí lidé se závažným duševním onemocněním, nejčastěji s dg. F2, dále F3, OCD, F6, včetně duálních diagnóz, splňující kritéria SMI – dlouhodobě nemocní mající funkční deficity nebo jde o první záchyt duševních potíží, tzn. osoby ohrožené rozvojem závažného duševního onemocnění.

Se všemi klienty pracujeme formou case managementu – každý klient má svého klíčového pracovníka, který ho podporuje při naplňování plánu a koordinuje zapojení dalších osob uvnitř i vně týmu. Case managerem je vždy buď sociální pracovník, nebo psychiatrická sestra. Rozhodujeme se na základně prvotní zakázky klienta a po zmapování jeho potřeb. Nicméně stalo se u nás dobrou praxí vytvořit hned od počátku tandem sociální pracovník a sestra (jeden z nich je case managerem, druhý jeho zástupcem). Výhodou je rozdělení péče, dobrá zastupitelnost a společná tvorba individuálního plánu. Každý do plánu vnáší svůj úhel pohledu, což jej činí opravdu komplexním.

Práce v komunitní péči je pro sestru v mnohém jiná než u lůžka. V České republice je bohužel v současnosti profesní příprava psychiatrických sester na práci v komunitě naprosto nedostatečná. Jsou to pouhé 3 hodiny teorie a 40 hodin praxe, kterou si sestry většinou „odžijí“ v nějaké ambulanci. Psychiatrická sekce České asociace sester v novém kurikulu specializačního studia prosadila 40 hodin teorie a 40 hodin praxe v CDZ. Určitě jde o krok správným směrem. U lůžka sestra plní co nejlépe ordinace lékaře a její práce se řídí i podle řádu daného oddělení. V terénu je potřeba pracovat daleko víc s vlastním názorem a dokázat zhodnotit situaci přímo v přirozeném prostředí klienta, umět se rozhodnout na místě. Práce vyžaduje vyšší míru samostatnosti a určitě je tu i větší individuální zodpovědnost. Stejně tak je třeba umět si efektivně naplánovat čas. Je nutno přizpůsobovat se jak aktuálním potřebám klientů, tak i zbytku týmu (např. rezervace auta apod.). Zároveň je nutné ponechat si i čas na administrativu, abychom mohli dostatečně efektivně naši práci vykázat pojišťovně. To je další prvek, který v nemocnici sestra neřeší. V terénní péči je však efektivní vykazování nutné pro „přežití“. Zásadní rozdíl však vidím ve vztahu s klientem. U lůžka má vztah úplně jinou váhu než vztah s klienty v CDZ. Sestra u lůžka na akutním oddělení potká pacienta třeba jen jednou za život. Oproti tomu v CDZ může trvat i několik týdnů, než sestra s klientem vztah vůbec naváže a následná spolupráce může trvat několik let.

## **KOMPETENCE A ČINNOSTI PSYCHIATRICKÉ SESTRY**

Základní náplní práce psychiatrické sestry v komunitní péči je psychiatrická rehabilitace, která zahrnuje i níže popsané činnosti. V CDZ8 mají všechny sestry roli case managera. S klienty hned od počátku mapují jejich potřeby, společně s klienty a sociálními pracovníky vytvářejí individuální rehabilitační plán a protikrizový plán. Sestra v roli case managera podle potřeby zapojuje do práce s klientem další členy týmu.

Psychiatrická sestra pravidelně monitoruje psychický stav klientů. Sleduje varovné signály dekompenzace, snaží se předcházet relapsu a následné hospitalizaci.

Psychiatrická sestra podporuje klienta a jeho blízké v adaptaci na životní podmínky změněné nemocí. Patří sem řada technik, jako je trénink kognitivních funkcí, relaxace, aktivizace, zvládání úzkosti a hněvu, rozvíjení sociálních dovedností.

Sestra provádí psychoedukaci klienta i jeho blízkých. Hovoříme s nimi o jejich nemoci, časných varovných příznacích a prevenci relapsu, o možnostech léčby; o tom, jak k člověku s duševní nemocí přistupovat, aby nedocházelo k hyperprotektivní péči, či naopak, aby okolí nemělo na nemocného přehnané nároky. Velký podíl práce psychiatrické sestry spočívá v podpoře klientů v užívání medikace. Edukuje klienty a jejich blízké o významu pravidelného užívání medikace, o možných nežádoucích účincích a jejich minimalizaci. Řadě klientů sestra pomáhá přímo s přípravou léků. Někteří klienti do CDZ denně pro léky dochází, některým léky každý den psychiatrická sestra vozí až domů.

Psychiatrická sestra hodnotí signály zhoršování stavu a to, zda je klient nebezpečný sobě či okolí. Sestra poskytuje základní ošetrovatelskou péči v CDZ i ve vlastním prostředí klienta: měří fyziologické funkce, aplikuje injekce, provádí odběry biologického materiálu a drobná ošetření (např. má-li klient svrab či menší zranění).

Sestra podporuje klienty v řešení zdravotních problémů a koordinuje zdravotní péči. V případě tělesných potíží sestra doporučí klientovi vhodného specialistu, popřípadě klienta objedná a doprovodí. Podporuje klienta ve spolupráci se specialistou, eventuálně zajistí i přípravu před dalším vyšetřením.

Sestra dbá na zdravý životní styl u všech klientů. To zahrnuje podporu klientů v docházení na preventivní prohlídky a podporu zdravé životosprávy. V CDZ8 nabízíme klientům dlouhodobou nutriční péči spojenou s pohybovými aktivitami. Provedla jsem průzkum u našich klientů, ze kterého vyplynulo, že jen 26 % z nich má váhu v normě, 8 % klientů trpí podvýživou a většina se potýká s nadváhou či obezitou nejrůznějšího stupně. Valná většina klientů přisuzuje svou nadváhu psychofarmakům, protože je následně vysazují. Tomu se snažíme zabránit. Ve spolupráci s nutriční terapeutkou nabízíme klientům pravidelná skupinová či individuální setkání zaměřená na zdravý životní styl. Těší mě, že je to jeden z nejnavštěvovanějších programů v CDZ8 – možná i proto, že chodit k nutričnímu specialistovi je „normální a in“. Snažíme se klienty podpořit i po stránce pohybové. Existuje řada studií o pozitivním vlivu pohybu na duševní zdraví. Osobně upřednostňuji vyrazit s klientem na procházku do přírody než sedět v konzultační místnosti. Téma hovoru je stejné, jen si povídáme v uvolněnějším prostředí. A většina lidí to vítá. S někým chodím běhat nebo na nordic walking, s jiným vyrážíme na kolo, do bazénu či do posilovny. U mnoha našich klientů sport pomáhá výrazně zvyšovat jejich nemocí podlomene sebevědomí. Dokáží-li podat nějaký výkon, jdeme do komerční posilovny a cvičíme spolu se „zdravými“ lidmi, děláme prostě něco, co je „normální“. A někdo to vnímá i jako společenskou událost, vyrazíme-li za sportem ve skupině. Pro řadu lidí je to důvod, proč ráno vůbec vstát z postele, někdy je to i jejich jediná náplň dne. V neposlední řadě se sportem lidé přirozeně unaví a v noci pak lépe spí.

Psychiatrická sestra v CDZ8 také vykonává „práci pro tým“. To znamená, že se podílí na péči o klienty ostatních case managerů, a to nejčastěji při řešení krizových situací či konzultaci zdravotních problémů. Sestra se účastní porad a supervize, zajišťuje kontaktní službu (konkrétní pracovník má po určitou část pracovní doby na starosti kontaktní telefon a kontaktní místnost, kam přicházejí klienti na kávu a za společenským vyžitím nebo čekají na schůzku). Práce sestry samozřejmě zahrnuje i společenské aktivity pro klienty (pobyty, výlety, vánoční večírky, setkání rodin atd.).

## **PSYCHIATRICKÁ SESTRA JAKO NOSITELKA VÝKONU**

Psychiatrické sestry v komunitě využívají pro vykazování péče výkony odbornosti 914. Jejich výčet a stručnou charakteristiku uvádím dále.

**35811 Zavedení/ukončení psychiatrické rehabilitace,** týmová konzultace případu, administrativní činnost: Sestra vyhodnocuje rehabilitační potřeby klienta, ve spolupráci s klientem písemně zpracovává rehabilitační a protikrizový plán, pravidelně ho reviduje a konzultuje zdravotní stav klienta s ošetřujícím psychiatrem, účastní se případové konference týkající se klienta a koordinuje další schůzky s klientem a všemi lidmi zapojenými do péče o něj (např. rodinní příslušníci, OSPOD, opatrovník, terapeut z chráněného bydlení). Sestra jedná v zájmu klienta s praktickým lékařem, ošetřujícím psychiatrem a dalšími, sestra referuje o klientovi v týmu.

**35815 Psychiatrická individuální rehabilitace:** Sestra provádí zhodnocení stavu klienta v jeho přirozeném prostředí, mapování potřeb, nácvik psychickou poruchou narušené sociální funkce, trénink komunikačních dovedností, KBT zaměřené na zvládání běžných situací, stress management, podporu v péči o vlastní somatický stav, podporu v užívání medikace, naplňování rehabilitačního plánu péče, psychoedukaci klienta a jeho blízkých. Cílem je zvýšení a udržení úrovně sebezpěče, prevence relapsu a hospitalizace.

**35816 Zhodnocení psychického stavu psychiatrickou sestrou:** Sestra vede strukturovaný rozhovor s klientem, popř. jeho blízkými, zjišťuje míru závažnosti aktuálního problému, provádí orientační hodnocení psychického, ev. i somatického stavu, a hodnotí potenciální rizika, v případě potřeby zajistí kontakt s psychiatrem – kontaktuje ho vždy při zjištění přítomnosti rizika sebepoškození či suicidálního jednání, při podezření na psychotické onemocnění, při přítomnosti impulzivity s rizikem zkratovitého jednání nebo v případě, že nedošlo k uspokojivému řešení krizové situace.

**35821 Terénní krizová intervence:** Sestra provádí aktivity zaměřené na zvládání krize dle krizového plánu, podporuje klienta v užívání medikace, provádí KBT zaměřené na zvládnutí krizové situace, stress management, pečuje o somatický stav klienta.

**35823 Edukace a 35825 Reedukace:** Sestra podporuje klienta v užívání medikace – vysvětluje mu význam dlouhodobého užívání léků, jejich vliv na psychiku, možné nežádoucí účinky a způsoby jejich zmírnění, omezení plynoucí z užívání léků, zvláštnosti při jejich podávání, postup při zhoršení stavu; sestra využívá motivační techniky, s klientem identifikuje a řeší konkrétní problémy vedoucí ke snížené adherenci.

**35819 Psychoedukační a podpůrný rozhovor s rodinou:** Sestra vede rozhovor s blízkými osobami klienta, zjišťuje psychický stav a chování klienta v poslední době, edukuje blízké o individuálním psychiatrickém plánu a jejich úloze při naplňování stanovených cílů, poskytuje potřebnou podporu, informuje rodinu o postupu v případě řešení krizových situací; to vše se souhlasem klienta.

**35817 Skupinové podpůrné aktivity:** Sestra provádí tyto aktivity na základě stanoveného rehabilitačního plánu a pod odborným vedením odborníka s úplným psychologickým vzděláním. Jedná se zejména o relaxační techniky a jejich nácvik, aktivizaci kognitivních funkcí, trénink komunikačních dovedností, nácvik zvládnání hněvu a jeho deeskalace, expoziční terapii, podpůrnou psychoterapii, činnost koterapeuta v rámci skupinových aktivit a další činnosti v návaznosti na specifickou odbornou přípravu (např. KBT strategie).

**35820 Telefonická konzultace sestry v péči o klienta:** Konzultace aktuálního zdravotního stavu v rozsahu kompetencí psychiatrické sestry a v souladu se schváleným plánem psychiatrické rehabilitace; monitoring užívání medikace, koordinace péče mezi klientem, jeho blízkými a ostatními profesionály.

### **OSOBNÍ ZKUŠENOST S MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMEM**

Byla jsem požádána, abych popsala i svou osobní zkušenost – jak se cítím v multidisciplinárním týmu a jaké to je spolupracovat se sociálními pracovníky. Upřímně musím říci, že hlavně na začátku to pro mě bylo hodně náročné. Do nového týmu jsem vstupovala s určitými předsudky. Například sociální pracovníce, tak jak jsem ji znala z nemocnice, byla paní, která vyřizovala neschopenky a nosila pacientům peníze. V našem týmu však má většina sociálních pracovníků psychologický výcvik a ve své práci velmi výrazně uplatňují psychologický přístup a intervence. Stejně tak předsudky měli i sociální pracovníci, pro které představa, že člověk skončí v nemocnici, byla tím nejhorším, co se může stát. Naše názory se značně rozcházel také v otázce nutnosti užívání psychofarmak.

Bylo nutné vyjednávat také pozice a fungování v týmu. Sestry byly z nemocnice zvyklé na práci ve skupině a hierarchii, ve které má rozhodující slovo lékař. Oproti tomu sociální pracovníci pracovali více individuálně a v jejich týmu si byli všichni rovni. Stálo nás to několik supervizí, než jsme došli ke shodě, že všichni členové týmu jsou si rovni a poslední slovo ve spolupráci s klientem má vždy case manager. Náš tým vnímám jako unikátní pro jeho stabilitu. Podle mého názoru je to díky třem základním protektivním faktorům. Především je to podpora vedení ve využívání specifických dovedností a zájmů členů týmu. Díky této podpoře mohu v práci s klienty intenzivněji uplatnit své nadšení a zkušenosti se sportovním; práce mě o to více baví, mám méně klientů v case managementu, ale na oplátku tyto aktivity nabízím všem klientům CDZ8 bez rozdílu. Ostatně kolegové jsou moc rádi, že oni sami se svými klienty běhat nemusí. Dalším podstatným faktorem je supervize jako společný bezpečný prostor pro sdílení dobrého i zlého. Místo, kde vím, že získám podporu a tým mě „opečuje“, budu-li to potřebovat. A jako velmi přínosné vidím naše teambuildingy. Denně pracujeme s příběhy klientů, abychom je lépe poznali a mohli porozumět jejich chování. Stejně tak mi přijde důležité znát příběhy mých kolegů. Budování společných pozitivních zážitků a zjištění, že člověk, se kterým si nerozumím po pracovní stránce, je ale po lidské stránce moc fajn, dělá úplně jinou atmosféru v týmu.

Vedoucí nám od počátku stále opakovali, že fakt, že na stejnou věc máme každý jiný názor, je vlastně jedním z největších přínosů multidisciplinárního týmu. Pro mě to zpočátku byla jen fráze. Nesourodost vedla k tomu, že jsem se občas cítila nepodpořená, nerespektovaná a měla jsem i svou „fázi odcházení“. Podobnou zkušenost popisovala také řada mých kolegů. Nakonec jsme ale téměř všichni zůstali. S postupem času a získáváním zkušeností při práci s tak náročnou klientelou jsem si ověřila, že by naše profesní „tunelové vidění“ určitě nebylo tak efektivní a pro klienty prospěšné jako vidění optikou multidisciplinárního týmu.

**Kateřina Vachková, DiS.**

*psychiatrická sestra*

*Centrum duševního zdraví pro Prahu 8*

*e-mail: [vachkova.katerina@cdz8.cz](mailto:vachkova.katerina@cdz8.cz)*

# *Rodina v síti vztahů aneb kdo se chytí do sítě case managementu?*

Štěpánka Čtrnáctá, Markéta Kordová

Abychom mohli mluvit o zavádění specifických služeb v Poradně pro rodiče SANANIM (dále jen PPR), je třeba se alespoň krátce zmínit o tom, o jakém programu vlastně hovoříme. PPR vznikla na sklonku roku 2004 jako původně převážně poradenské pracoviště určené blízkým osobám (nejčastěji matkám) uživatelů návykových látek. Postupně se však poradna vyprofilovala v ambulantní psychoterapeuticko-poradenské centrum nabízející širokou škálu služeb širokému spektru klientů. Poskytujeme individuální, rodinné, párové i skupinové terapie a poradenství a pracujeme nejen s rodiči, ale také partnery a dalšími rodinnými příslušníky uživatelů. K rozšíření okruhu možné klientely došlo také z hlediska toho, koho chápeme jako „uživatele“.

Zatímco v prvních letech existence PPR jsme se starali zejména o blízké osoby uživatelů nealkoholových návykových látek, postupně jsme okruh rozšířili o uživatele alkoholu, hazardní hráče i další osoby, které vykazují znaky návykového chování nebo závislosti (např. osoby nadužívající či zneužívající informační technologie – PC, telefon, internet, sociální sítě atd.). V průběhu let jsme také rozvinuli nové způsoby práce s klienty. Zatímco v počátcích PPR převažoval dyadický vztah poradce/terapeut a klient, postupně jsme stále více směřovali také k práci s celými rodinami nebo jejich částmi, jimž se zpravidla věnuje mužsko-ženský terapeutický pár. Skupinové aktivity pro rodiče jsme doplnili skupinou pro partnery. Relativně nejmladším způsobem práce s klienty je působení rodinných specialistů, case management a práce v přirozeném prostředí klientů. K původně pouze ambulantní formě poskytování služeb tak postupně přibyla i forma terénní.

Snažíme se o to, aby poskytované služby byly **individualizované**, tedy přizpůsobené každému jednotlivci, resp. rodině, s níž pracujeme, a v případě potřeby také **komplexní**, tedy pokrývající různé obtíže a potřeby rodiny, resp. jedince.

Příspěvek se zaměřuje na tzv. rodinné specialisty, kteří pracují s celými rodinami nebo rodinnými příslušníky uživatelů, kteří byli zařazeni do programu case managementu. Nejčastěji se jedná o klienty s duální diagnózou.

Rodinní specialisté jsou členy multidisciplinárního týmu a mohou být k dispozici klientům-uživatelům, jejich rodinným příslušníkům, celým těmto rodinám, případně ostatním členům multidisciplinárního týmu. Od jednotlivého způsobu práce se pak odvíjí role rodinného specialisty v daném případě, jak uvádíme dále.

### **RODINNÝ SPECIALISTA V PORADNĚ PRO RODIČE ANEB JAK SE NÁM TO STALO...**

Důvody pro zavádění metody práce rodinného specialisty nebo case managera do PPR a pro účast rodinných specialistů při řešení situace klienta v case managementu jiného zařízení vycházely z naší předchozí zkušenosti z práce s mnoha rodinami, jimž jsme v rámci standardních výše uvážených služeb nedokázali nabídnout adekvátní formu pomoci.

#### **ZJISTILI JSME, ŽE:**

- pracujeme s čím dál komplikovanější klientelou s mnohočetnými obtížemi, kde pouhá „klasická“ ambulantní péče není dostatečná
- pro část našich potenciálních klientů jsou naše služby obtížně dostupné nebo zcela nedostupné
- ostatní ambulantní služby SANANIMu (Adiktologická ambulance, CADAS, COKUZ, Gambling ambulance) s námi častěji konzultují rodinné aspekty svých případů nebo nám odkazují rodinné příslušníky svých klientů do péče
- intenzivní způsoby práce se ukazují jako velmi efektivní zejména v rodinách, které dlouhodobě v péči stagnovaly
- část našeho týmu má pozitivní zkušenost s tímto typem péče a má chuť se této práci věnovat
- postupně se chutí zkoušet nové postupy „nakazil“ téměř celý tým
- můžeme tímto způsobem dobře využít volné kapacity týmu
- nové činnosti jsou pro většinu týmu zpestřením běžné agendy

Svou roli sehrál i fakt, že jsme se zapojili do evropského projektu a musíme naplnit jeho indikátory.



## ***SPECIFIKA KLIENTELY ANEB KDE UVAŽOVAT O NĚJAKÉ FORMĚ PŮSOBNÍ RODINNÉHO SPECIALISTY V RODINĚ***

- rodiny s mnohočetnými nebo hlubokými problémy
- klienti, u nichž se vyskytují závislostní a psychiatrické obtíže současně
- rodiny nacházející se v tíživé sociální situaci
- rodiny trpící obtížemi nejen uživatele, ale ještě dalšího svého člena
- rodiny, pro něž jsou standardní služby obtížně dosažitelné nebo nedosažitelné z důvodu vzdálenosti, finanční náročnosti, fyzické nebo psychické zdatnosti, případně z jiných důvodů
- klienti nebo celé rodiny opakovaně selhávající při čerpání pomoci a podpory (někdy proto, že služby nezahrnují vše potřebné, jsou málo komplexní, což zapříčiní, že klient nebo rodina ze služby vypadne)
- rodiny, v nichž někteří členové vykazují velmi nízkou míru motivace ke spolupráci
- rodiny, v nichž vzájemné vztahy jednotlivých členů vykazují vysokou míru závislosti často neadekvátní věku uživatele
- a mnohé další rodiny, s nimiž jsme se ještě nepotkali...

## ***FORMY VYUŽITÍ ROLE RODINNÉHO SPECIALISTY A CASE MANAGERA V RODINĚ ANEB JAK SE V SÍTI NEZTRATIT... (NEBO NEZTRATIT KLIENTA)***

Case management uživatele NL a podpora rodinného příslušníka

Case management rodiče (rodičů) a podpora uživatele NL

Case management rodiče i uživatele NL

## **FREKVENTOVANÁ TÉMATA SPOLUPRÁCE**

- Vztahy mezi klientem a rodinou jsou dlouhodobě narušené, rodina už nechce nebo nemůže být klientovi oporou.
- Rodina nemá dostatek informací o závislosti, psychiatrických obtížích nebo o jejich vzájemné interakci. To způsobuje neporozumění tomu, co se s uživatelem děje, proč selhává v základních životních povinnostech, neví, jak situaci ovlivnit, jak se vůči uživateli chovat atd. atp. Může do léčby vstupovat nevhodným způsobem. Rodinu je třeba edukovat.
- Rodina svými hyperprotektivními přístupy podporuje závislé chování, a tím negativně ovlivňuje proces léčby klienta.
- Vysoká míra stresu, kterou uživatel rodině způsobuje, vede buď k přerušení kontaktů s uživatelem (snaha zátěž omezit), nebo naopak ke zvýšené míře tlaku na něj (přenesení zátěže na uživatele).
- Komunikace mezi uživatelem a rodinou je dlouhodobě buď velmi špatná, žádná, nebo značně konfliktní.
- Přerušení komunikace klienta směrem k rodině vyvolává v rodinných příslušnících zvýšenou míru obav o klientovo zdraví nebo život.
- Soužití vnímá jako problémové rodina, uživatel ne. Nespolupracuje nebo spolupráce selhává, rodina hledá pomoc a podporu zejména pro sebe.
- Uživatel touží po kontaktu se svými blízkými, ale opakovaně selhává.
- Uživatel potřebuje určitou míru podpory rodiny, ale nedaří se jí vyjednat ke spokojenosti obou stran.

## ***PODMÍNKY EFEKTIVNÍHO VYUŽITÍ ROLE RODINNÉHO SPECIALISTY A CASE MANAGERA PŘI PRÁCI S RODINOU ANEB S ČÍM JSME UDĚLALI DOBROU ZKUŠENOST***

- správná volba pracovníků a dohoda s nimi stran specifik této práce (ztráta opory kamenného zařízení i bezpečí strukturovaného kontaktu, více aktivity směrem ke klientovi, možný konflikt rolí, širší nabídka služeb; nutné určité nadšení pro tento druh práce)
- nutné vzájemné vymezení rolí, kompetencí, odpovědností: klient – terapeut – case manager – rodinný specialista – případně další odborníci (psychiatr apod.)

- nutné stanovení míry a struktury předávaných informací (ani moc, ale ani málo)
- nastavení otevřené komunikace a spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu
- zajištění dostatečné míry sdílení a reflexe prožitého (supervize, sdílení v rámci multidisciplinárního týmu)

### **UČÍME SE MY I KLIENTI. MOŽNÁ RIZIKA PRÁCE RODINNÉHO SPECIALISTY ANEB NA CO SI DÁT POZOR**

- odpor v týmu k tomuto typu práce
- znejistění části týmu (bude se také po mně tato práce chtít, budu muset vystoupit ze své komfortní zóny, ztratím bezpečí více strukturovaného kontaktu v rámci zařízení atd. atp.)
- vstup na „cizí území“ může být rizikový (upečou si mě, nebo ne?)
- na cizí půdě je obtížnější situaci řídit a strukturovat
- může být také obtížnější odmítat nevhodné (odvoz apod.), nevstupovat do koalic, neparakomunikovat apod.
- nejistota klientů vyplývající z větší aktivity pracovníka, může být vnímána až invazivně
- nejistota klientů stran rolí jednotlivých pracovníků (nutno vysvětlovat)
- náročný způsob práce, kdy se může dostavit frustrace z toho, když kontakt selhává (tolik jsme investovali, a nic...)
- jedná se částečně o „nízkoprahovou práci“, pro starší kolegy to může být obtížně přijatelné
- hodně subjektů – možné potíže s komunikací a sdílením informací

### **MOŽNÉ BENEFITY PRÁCE RODINNÉHO SPECIALISTY ANEB CO MŮŽE PRACOVNÍK, POTAŽMO KLIENT ZÍSKAT**

- může to být vítané zpestření „salonní“ práce v zařízení

- rozšíření vhladu do rodiny návštěvou v přirozeném prostředí klienta
- možnost získat při osobní návštěvě ke spolupráci i členy rodiny, kteří by jinak rozhodně nepřišli
- navázat spolupráci s uživatelem v jeho prostředí může být snazší než v zařízení
- čas strávený cestou může být pro rodinné specialisty efektivní (příprava, diskuse o návštěvě apod.)
- vhodné pro řešení akutních situací

## **ZÁVĚREM**

Členové týmu, kteří v této roli působí, musí mít k tomuto způsobu práce blízko a musí si ji sami vybrat. Měli bychom akceptovat vyšší potřebu sdílení nových způsobů práce a poskytnout pracovníkům oporu v multidisciplinárním týmu. Měli bychom akceptovat, že se učíme „za pochodu“, děláme chyby a snažíme se je reflektovat.

**JSME SI VŠAK KAŽDODENNÍ ZKUŠENOSTÍ STÁLE VÍCE JISTI TÍM, ŽE TO MÁ SMYSL.**

~~~

## **KAZUISTIKA**

### **Rodina XY v péči rodinných specialistů PPR**

(Část údajů i jména klientů jsou změněna; rodina poskytla písemný souhlas se zpracováním jejich příběhu.)

**Paní XY** – učitelka, 68 let

**Pan XY** – ekonom, 71 let

**Syn Daniel** – dg. hebefrenní schizofrenie, 27 let, vystudoval základní uměleckou školu (housle a violoncello), komponoval hudbu, psal texty, střední školu nedokončil, nikdy nepracoval, žije ve společném domácnosti spolu s rodiči v rodinné vile za Prahou.

Do rodiny patří dva starší sourozenci (narození o 10 a 12 let dřív, mají své rodiny a žijí jinde), Daniel vyrůstal prakticky jako jedináček.

Od 18. 1. 2019 Daniel v projektu case managementu v zařízení CADAS SANANIM. Na první návštěvu přichází s oběma rodiči po předchozím telefonickém objednání matkou. V té době měl za sebou 3× hospitalizaci v PN Bohnice. Naposledy propuštěn v srpnu 2018 cca po půlroční nucené hospitalizaci. Převezen do PN poté, co se obnažený pohyboval na veřejnosti a údajně někoho napadl. Byla mu nařízena ochranná léčba, nespolupracuje, není medikován. Při prvním kontaktu Daniel udává pouze užívání alkoholu a THC, zřídka LSD.

Rodičům na první návštěvě předána informace o možnosti spolupráce s PPR. Na základě toho se prakticky hned telefonicky ozývají a od února 2019 až dosud (únor 2021) trvá aktivní spolupráce.

Po dvou dnech od prvního kontaktu následuje Danielova dekompenzace a další hospitalizace v PNB (od 21. 1. 2019) – nedobrovolný pobyt (pavilon 21).

Manželé XY začínají v pravidelných intervalech docházet do PPR. Zprvu jsou velmi zaskočení poslední Danielovou atakou, odjezd do PNB byl velmi dramatický, předcházelo postupné horšení se jeho psychického stavu, který vyústil v jeho ozbrojení se mačetou, lukem, hořlavinou se zapalovačem, za pomoci Policie ČR byl dramaticky odvezen. Na rodiče je Daniel našťvaný, má pocit, že do „blázince“ nepatří, odmítá s nimi komunikovat.

V minulosti se řešila psychiatrická péče, nikdy adiktologická. Hospitalizován byl vždy nedobrovolně, halucinace, svlékání se na veřejnosti, ozbrojování se, byl účastníkem dopravní nehody. Vždy popíral, že by nějaké drogy trvale užíval, lékaři se proto zaměřovali na psychiatrické diagnózy, až posléze se vyjevuje, že je Daniel asi 8 let uživatelem psychotropních látek.

Rodiče popisují, jak synovi vše procházelo, nedokončil studia, ale nikdy od té doby řádně nepracoval, není ani registrovaný na ÚP, doma má veškerý servis, nemusí nic dělat. Zacházejí s ním jako s psychicky nemocným, nikoli také závislým. Rodiče si postupně uvědomují, že toto by chtěli změnit, nastavit pravidla, omezit svou podporu synovi a podmínit ji spoluprací z jeho strany. Paní XY má ve svém rozhodnutí jasno, nechce Daniela dál podporovat, pokud on nebude svou situaci aktivně řešit. Pan XY je více úzkostný z toho, jak zvládne syna limitovat, pokud se u něj opravdu potvrdí psychiatrická dg. Má dojem, že ho nemohou nechat být a je jejich povinností mu za všech okolností pomáhat. Vnímá situaci hodně vyhoceně – buď veškerý servis, nebo absolutně žádná podpora.

Rodiče průběžně docházeli na konzultace do PPR, kde jsme pracovali na zpracování faktu, že syn je nejen psychiatricky nemocný, ale také uživatel drog, a dále na nastavování hranic, průběžné doplňování informací jak o drogách, tak o nemoci. Souvisle s tímto kolegyně v programu CADAS pracovala s Danielem, jedenkrát týdně ho navštěvovala v PNB, což se jevilo jako přínosné. Po vzájemné domluvě všech zúčastněných následuje několik společných návštěv v PNB (rodinný specialista, case manager, rodiče, Daniel). Společně usilují o vzá-

jemnou domluvu mezi rodiči a synem, vyjasnění si důvodů hospitalizace, starých křivd, ale také plánů do budoucna, především stran dalšího soužití po Danielově propuštění z PNB. Daniel postupně přichází na to, že by měl své potíže řešit aktivněji, snaží se získat informace o možnostech léčby, po zvážení všech dostupných možností se rozhoduje pro TK Magdalena, kam podává žádost a posílá motivační dopis. Rozhodnutí mu vydrželo pouze do propuštění z PNB, které bylo ke dni 25. 6. 2019. Spolupráce s rodiči pokračuje opět na půdě PPR, řešíme převážně vzájemné soužití, nastavování hranic, pravidel, dále pak především postupné horšení se Danielova psychického stavu (bludy, paranoia, verbální agrese) a bezmoc rodičů mu pomoci.

Daniel s case managerem zprvu spolupracoval, cca po dvou měsících po propuštění z PNB však postupně z kontaktu vypadal až spolupráci přerušil úplně (červenec 2019). Také změnil ošetřujícího lékaře, pokračování v ochranné léčbě, 1x měsíčně depotní injekce, další doporučenou medikaci odmítá.

Rodiče jsou stále v aktivním kontaktu s PPR, docházejí na konzultace do našeho zařízení, využívají telefonické konzultace. Průběžně konzultují stále se horšící psychický stav syna, který začal např. hovořit o výbuchu jejich rodinného domu apod. Společně hledáme řešení, jak Daniela znovu motivovat ke kontaktu s case managerem. Následně nabízíme rodičům výjezd mobilního rodinného týmu k nim domů, v jehož rámci bychom se pokusili Daniela znovu oslovit.

Výjezd proběhl 10. 11. 2020 přímo do bydliště rodiny. Zapojit Daniela do společné práce se však nepodařilo. I přes naši domluvu nebyl v době návštěvy doma, a tak se uskutečnilo pouze sezení s rodiči v jejich společné domácnosti.

Další pokus o spolupráci s celou rodinou proběhl za tři týdny a tentokrát byl úspěšný. Daniel byl doma, působil vstřícně, ale na první pohled bylo zřejmé zhoršení jeho fyzického i psychického stavu (neklid, úbytek fyzické váhy, otevřené krvavé rány na obličeji, hlavě a pažích atd.). V přímém rozporu se vzhledem bylo jeho chování: sděloval, že se má výborně, nic mu nechybí, nic nepotřebuje, ani injekce, ani terapii, je úplně v pořádku. Na otázku, zda by se zase nechtěl začít potkávat se svou case managerkou Nikol nic nenamítal, projevoval se v podstatě stejně nadšeně, jako když hovořil o tom, jak mu je dobře, zmínil, že se s ní určitě rád sejde, ale až bude mít čas, teď ho vůbec nemá. Mapujeme tedy, co ho tak moc časově vytěžuje, pracují s kamarádem na zhotovení nějakého zázračného přístroje (něco ve smyslu perpetuum mobile), už finišují, potřebují to dodělat a dále zkoumají něco s vesmírem, s tím mají také dost práce. Při minulých společných setkáních vždy Daniel potřeboval cca v půlce sezení krátkou pauzu na cigaretu, tentokrát chodil na pauzy opakovaně každou chvíli, nebylo v jeho možnostech s námi sedět více než pár minut, odcházel z místnosti a zase se vracel nebo chodil po místnosti okolo nás. Manželé se shodují na tom, že se syn stále horší, a mají potřebu to začít řešit, nevědí jak, žádají o pomoc. Obávají se, aby se syn opět nedostal do akutního stavu, kdy běhal po zahradě se zbraněmi a posléze byl na dlouhou dobu nedobrovolně hospitalizován v PNB. Následují čtyři další výjezdy mobilního rodinného týmu, Daniel je vždy přítomen, do týmu přizván psychiatr. Celou situaci průběžně komunikujeme s Danielovým souhlasem také s jeho ošetřujícím lékařem.

Daniel se průběžně vyskytuje doma, průběžně mimo domov u kamarádů. V jednom období byl rodiči z domácnosti vyloučen, přebýval u kamaráda, ten ho ale okradl, a tak Daniela vzali rodiče opět domů. Jsou teď o něco pevnější ve svých rozhodnutích, nastavují mu hranice, snaží se být důslední v domluvených bodech na fungování domácnosti, s mírnou podporou pana XY si Daniel vyřídil dávky hmotné nouze.

Když rodiče syna vykážou z domova, protože je soužití neúnosné, nepocítují již tak silné pocity viny, ale dokážou partnersky fungovat a užít si čas spolu a pro sebe. To vnímáme jako značný úspěch.

Mobilní rodinný tým průběžně podává zprávy z výjezdů ošetřujícímu lékaři, shodujeme se s ním na podání návrhu k soudu o změně ochranné léčby z ambulantní na ústavní.

Rodičům také byla zprostředkována konzultace s právníkem, aby se poradili, jak vhodně postupovat stran omezení způsobilosti syna k právním úkonům.

Spolupráce s rodinou stále trvá.

#### **DŮLEŽITÉ MOMENTY SPOLUPRÁCE:**

- Navázání chápatelého a podpůrného vztahu s rodiči v první fázi kontaktu.
- Edukace rodiny v oblasti závislosti, jakmile je prokázáno, že klient dlouhodobě užívá návykové látky.
- Prohloubení vztahu s rodinou v situaci, kdy uživatel nespolupracuje ani s case managerem, ani s rodinným specialistou.
- Práce s rodičovským párem na tématu hledání hranic pomoci a tématu shody na míře a formě pomoci.
- Podpora rodičů v obtížném období nespolupráce uživatele.
- Opakované návštěvy mobilního rodinného týmu slouží také k přesnému zmapování skutečného zdravotního stavu klienta a k podpoře rodiny.
- Podpora rodičovského páru v nastavování hranic.
- Význam hranic nastavených rodiči pro motivaci klienta ke spolupráci s case managerem a mobilním rodinným týmem.

- Postupné získávání důvěry uživatele v rámci návštěv mobilního rodinného týmu a jeho motivace ke spolupráci v rámci rodinných sezení.
- Motivace uživatele ke spolupráci s psychiatrem.
- Spolupráce rodinného specialisty s case managerem a psychiatrem směřující k optimální formě podpory uživatele.
- Podpora rodičovského páru v jejich vlastních aktivitách a péči o vzájemný vztah.
- Právní pomoc rodičům stran omezení synovy způsobilosti k právním úkonům.

### **Mgr. Štěpánka Čtrnáctá**

*vedoucí Poradny pro rodiče SANANIM*

*e-mail: [ctrnacta@sananim.cz](mailto:ctrnacta@sananim.cz)*

### **Markéta Kordová**

*Poradna pro rodiče SANANIM*

*e-mail: [kordova@sananim.cz](mailto:kordova@sananim.cz)*



# Zotavení – nová móda, nebo nové paradigma?

Martin Fojtíček

V evropských principech péče o duševní zdraví se posledních několik desetiletí (v ČR posledních několik let) stále častěji objevuje termín zotavení (recovery). Na zotavení jako na „způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí“ (Anthony, 1993) se odvolává i probíhající reforma psychiatrie v ČR ([www.reformapsychiatrie.cz](http://www.reformapsychiatrie.cz)).

O tom, jak výrazně se má systém péče o duševní zdraví zaměřit na zotavení, se vede (často velmi vášnivá) diskuse. Někteří zastánci zotavení se dovolávají lidských práv lidí s duševním onemocněním, obviňují psychiatry ze zúžení na biologický model duševní nemoci a z paternalismu. Druhá strana naopak upozorňuje na vědeckou neprůkaznost přístupu zaměřeného na zotavení a naivní, „sluníčkářské“ a někdy snad i antipsychiatrické postoje zastánců zotavení.

Jakkoli koncept zotavení vzešel z prostředí zvládnání závislostí, v českém prostředí se rozvinul výrazněji v oblasti péče o duševní zdraví zejména v komunitě lidí s vlastní zkušeností s vážným duševním onemocněním a v komunitních službách pro tuto skupinu. Naším příspěvkem se snažíme zotavení vrátit na pole zvládnání závislosti.

Sugestivní dichotomie obsažená v názvu příspěvku podsouvá snad příliš zjednodušující řešení: komu zotavení „nevoní“, bude mluvit o módě, zotavením „nakažení“ se naopak zaštití výhodným konceptem „nového paradigmatu“ (Kuhn, 1997). To je však do velké míry hádka akademická. Lidé, pro které ve službách pracujeme, z ní nemají velký užitek.

Jádrom sdělení, u kterých vidíme zřetelný praktický užitek pro klienty a uživatele služeb, jsou tyto tři teze:

1. Velkou roli pro úspěšné zvládnání složitých situací na poli závislostí hraje naděje. Naději nelze předepsat, nejde ji vnutit. Naději je třeba se nakazit. Pokud je to tak, jaké důsledky to má pro náš způsob práce ve službách?

2. V definici zotavení profesora Anthonyho se objevuje prvek „přínosnosti“: „zotavení je způsob, jak vést spokojený, nadějeplný a PŘÍNOSNÝ život“. Role „být pro“ není totožná s rolí klienta, uživatele služby, pacienta. V roli „pro“ dávám, nejsem jen příjemce. Domníváme se, že potřeba „být pro“ je důležitou determinantou dospělého člověka.

Pokud je to tak, jak umožňují naše služby zažít tuto „přínosnost“ našim klientům?

3. Zotavení nejde ruku v ruce s „vědecky“ interpretovanou zdravotní nebo sociální službou. Vědecky, na důkazech založený a tím jediný legální způsob poskytování služeb se s důrazem na zotavení nepotkává zcela. V čem?

Vědecky vyhodnocená efektivita některých metod léčby závislosti může být např.

20 % (případně 50 % či 80 %). Co to znamená konkrétně pro moji léčbu? Není pro mě „vědecká“ informace, že mám šanci 4 ku 1, určitým odsouzením k neúspěchu? Zotavení s sebou nese paradoxní, opačný postoj: pokud je tu jakákoli šance na moji úzdravu, určitě chci uspět. Je pravděpodobnost neúspěchu větší než pravděpodobnost úspěchu? Chci to přesto! Pokud se kdy uzdravil i jen jeden pacient, proč já nemůžu být druhý?

Není to podle pravděpodobnosti, ale je to to, co sytí moje srdce.

Pokud je to tak, jak se změní věty, které našim klientům říkáme?

Výstižné shrnutí udělal už před lety Václav Havel: „Naděje není to přesvědčení, že něco dobře dopadne, ale jistota, že něco má smysl – bez ohledu na to, jak to dopadne.“ Takhle žijeme naději s našimi klienty a s takovou nadějí pracujeme i na postupné změně systému služeb.

## Literatura

Anthony W. (1993). *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16(4), 11–23.

Davidson L., Tondora J., Lawless M. S., O'Connell M. J., Rowe M. (2017) *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*. Praha: PN Bohnice.

Kuhn T. (1997). *Struktura vědeckých revolucí*. Praha: Oikomenh.

Ragins M. (2018), *Cesta k zotavení*, Fokus, Praha, dostupné na <https://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/448-cesta-k-zotaveni-sebrane-texty-marka-raginse> (dne 23.4.2021)

Ragins M. (2021). *Journeys Beyond the Frontier: A Rebelious Guide to Psychosis and Other Extraordinary Experiences*. Las Vegas.

Slade M. (2013) *100 cest, jak podporovat zotavení*, Rethink, Londýn, dostupné na <http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/>

*CZE-100\_ways\_to\_support\_recovery\_2nd\_edition\_word.docx* (dne 23. 4. 2021)

## Mgr. et Mgr. Martin Fojtíček

manažer pro hodnoty a rozvoj, sociální pracovník, zakladatel Ledovce, z. s., a jeho někdejší ředitel  
e-mail: [fojticek@seznam.cz](mailto:fojticek@seznam.cz)

# *Rozšiřování ambulantního poradenství v Libereckém kraji*

**David Adameček, Drahuše Tkáčová**

V příspěvku se zabýváme propojováním našich adiktologických služeb s dalšími pomáhajícími službami a rozšiřováním ambulantního adiktologického poradenství do různých měst v Libereckém kraji. Původní zadání příspěvku ze strany organizátorů bylo sdělit něco o poskytování ambulantní léčby v hůře dostupných lokalitách. Výsledná podoba příspěvku odpovídá spíše upravené formulaci „poskytování ambulantního léčby v lokalitách, kde je aktuální nabídka služeb hůře dostupná“. Lokalitou zde nemyslíme pouze geografické umístění, tedy zda se jedná o Liberec, či Frýdlantsko, ale i druh poskytovaných služeb, např. azylový dům.

Úvodem pokládáme za vhodné krátce představit naši organizaci. Občanské sdružení pro pracovní a sociální rehabilitaci drogově závislých při Terapeutické komunitě pro drogově závislé v Nové Vsi jsme založili v roce 1997. Hlavním důvodem byla potřeba vytvořit doléčovací program pro první klienty opouštějící terapeutickou komunitu. K doléčování jsme v roce 2003 přidali ambulantní léčbu. V roce 2009 se podařilo doléčování rozšířit o možnost ubytování s deseti lůžky v pěti bytech. V roce 2016 jsme zahájili poskytování služeb v poradnách mimo Liberec.

Postupně se vyvíjela cílová skupina, k lidem užívajícím nelegální drogy přibývali lidé užívající alkohol a lidé s problematikou tzv. nelátkových závislostí, k původně téměř výhradně dospělým přibývali mladiství a děti.

Od roku 2010 jsme se okrajově věnovali všeobecné primární prevenci rizikového chování, ale postupně se přidala selektivní a indikovaná prevence a v současné době se jedná o plnohodnotnou součást našich služeb.

Advaita, dnes již zapsaný ústav, poskytuje čtyři certifikované služby: primární prevenci, ambulantní léčbu, doléčovací program a terapeutickou komunitu. Poslední tři jmenované jsou registrovány jako sociální služby.

V souvislosti s tématem příspěvku je zajímavá naše zkušenost z let 2010-2012, kdy jsme díky podpoře projektu ESF provozovali podporu samostatného bydlení. Předpokládali jsme, že toto obohacení našich dosavadních služeb klienti uvítají včetně možnosti poskytování služby v jejich přirozeném prostředí (jedná se o terénní sociální službu). To se však nepotvrdilo a postupně jsme zjistili, že klienti dávají přednost docházení do ambulantního centra a že jen suplujeme ambulantní poradenství a následnou péči. S podporou samostatného bydlení jsme proto po třech letech přestali. Vzali jsme si z toho poučení, že někdy můžeme vstoupit do slepé uličky. Důležité je v takovém případě si to uvědomit a zvolit cestu jinou.

Pro charakteristiku našeho ústavu je podstatné i to, že se jedná o organizaci spíše menší. V ambulantním poradenství se počet úvazků pro přímou práci pohyboval od 3,75 v roce 2016 po současných 5,35. Z toho 1,4 je určeno pro poradny mimo Liberec. Klientů jsme evidovali 502 v roce 2016 a 659 v roce 2020. Pro doplnění uvádíme i počet klientů v předpandemickém roce 2019, kdy to bylo 788 osob.

V souvislosti s tématem příspěvku považujeme za důležité i to, že Liberecký kraj je druhým nejmenším krajem v ČR, a to jak v počtu obyvatel (po Karlovarském), tak rozlohou (po hlavním městě Praha). Pro srovnání uvádíme, že naopak druhý největší Jihočeský kraj je rozlohou více než třikrát větší.

V širším kontextu souvisí rozšiřování poraden po kraji s naší snahou o propojování adiktologických služeb s dalšími pomáhajícími službami, čemuž říkáme síťování.

V reakci na potřeby spolupracujících organizací a naši zkušenost z přímé práce s klienty, jsme v květnu roku 2014 začali rozvíjet spolupráci s organizacemi, které pracují s cílovou skupinou klientů, u nichž se návykové chování a závislost v různé formě vyskytuje jako sekundární problém. Po úvodních setkáních se zástupci spolupracujících organizací jsme vytvořili nabídku služeb, které směřují nejen k cílové skupině, ale také k pracovníkům těchto organizací.

Zaměřili jsme se na klienty a organizace z cílové skupiny:

- Lidé bez domova
- Osoby s duševním onemocněním
- Osoby v sexbyznysu
- Osoby spolupracující s probační a mediační službou
- Mladiství s poruchami chování

Poskytované služby:

- Přímá práce s klienty
- Vzdělávání pracovníků sociálních služeb v oboru adiktologie:
  - podle požadavků konkrétní organizace
  - setkávání nad případy klientů

Od roku 2009 jsme v rámci služeb Centra ambulantních služeb v Liberci (program ambulantního poradenství) poskytovali specifické aktivity pro gamblery. Tyto aktivity nebyly podpořeny z žádných finančních zdrojů. Vzhledem k zájmu klientů a jejich narůstajícímu počtu jsme v roce 2013 podali žádost RVKPP na samostatný projekt „Centrum ambulantních služeb – poradenství pro patologické hráče“. Na základě tohoto projektu jsme však zajišťovali služby pouze v Liberci, ostatní žadatelé z Libereckého kraje museli do služby dojíždět, což bylo často problematické, především pro klienty ze vzdálených míst kraje.

V roce 2016 jsme tedy využili možnost požádat o finanční podporu v rámci druhé výzvy RVKPP, která byla směřována na vznik a rozvoj dalších preventivních, poradenských a léčebných služeb pro patologické hráče v síti adiktologických služeb. Tímto vznikla nová služba: Síť služeb pro gamblery v Libereckém kraji.

Pro podporu našeho záměru jsme využili kromě posouzení potřebnosti vlastním pozorováním a odhadem poptávky potenciálních zájemců o službu také Analýzu stavu patologického hráčství v Libereckém kraji z roku 2012 (<https://bit.ly/32FmVYp>).

Její výstupy byly mimo jiné následující: V Libereckém kraji jsou pouze dvě organizace poskytující sociální služby cíleně pro populaci problémových hráčů a osob ohrožených hazardem. Obě tyto organizace jsou místně velmi těžko dostupné pro většinu území kraje. Síť služeb v Libereckém kraji je úzce zaměřena na Liberec a Jablonec n. N. Doporučení: Rozvíjet krajskou síť služeb zaměřených na poradenství pro osoby ohrožené hazardem. Podporovat spolupráci a sdílení zkušeností mezi institucemi pracujícími s problémovými hráči.

## **HISTORIE PORADEN, VÝBĚR LOKALIT**

Prvotním záměrem projektu bylo k již existujícím poradenským pracovištím v Liberci a Frýdlantu přidat další v Jablonci nad Nisou, Frýdlantu, Hrádku nad Nisou, Novém Boru, České Lípě, Turnově a Jilemnici.

Při volbě vhodných lokalit jsme se zaměřili nejen na místa, z nichž je špatná dostupnost do Liberce, ale v potaz jsme brali také míru zátěže dané lokality. Dále jsme vycházeli ze statistických dat Centra adiktologických služeb v Liberci, kde jsme hodnotili počet klientů z jiných obcí Libereckého kraje, kteří do služby v Liberci dojíždí. Podstatným kritériem pro nás bylo také stanovisko dané obce a její hodnocení potřebnosti služby, v neposlední řadě přítomnost jiné adiktologické služby v regionu.

Ve fázi rozhodování o vhodných lokalitách jsme upustili od záměru otevřít poradnu v Jilemnici, ale zvolili jsme jiné místo, Semily, které spádově kromě Jilemnicka pokrývá i region Železnobrodská. Dále jsme se rozhodli pro otevření poradenského pracoviště také v Novém Městě pod Smrkem.

S žádostí o pronájem prostor jsme oslovovali příslušné obce. V případě, že obec neměla vhodné prostory k dispozici, požádali jsme o doporučení na již existující a v obci působící sociální služby, které prostory nevyužívaly celý týden, popřípadě jsme se začali obracet na spolupracující organizace sami.

V každé z obcí jsme se v rámci budování krajské sítě služeb pro osoby ohrožené patologickým hráčstvím zaměřili na dva základní okruhy činnosti: 1) aktivity související s přímou prací s klienty a 2) podporu propojování adiktologických služeb s dalšími pomáhajícími službami.

Služby byly prioritně určeny pro klienty s nelátkovým typem závislosti. Vzhledem k tomu, že v místech poskytování služeb nebyly zastoupeny žádné poradenské adiktologické služby, nabízeli jsme služby i klientům s problematikou závislosti na návykových látkách, zejména s užíváním alkoholu. V případě volné kapacity jsme byli připraveni věnovat se i klientům s problematikou užívání nelegálních návykových látek. Aktuálně jsou služby krajských poraden přístupny klientům s jakýmkoli typem návykového chování a závislosti.

Do programu byli přijati stávající pracovníci organizace s dlouhodobou praxí a zkušeností v přímé práci s klienty. Působení ve vzdálených lokalitách vyžaduje samostatnost, není tedy vhodné, aby tuto práci vykonávali noví pracovníci, kteří potřebují zaškolení a úvodní podporu. Na pracovní místa nastoupili na částečné pracovní úvazky zaměstnanci Centra adiktologických služeb Advaita v Liberci, popřípadě kolegyně, které se v dané době vracely z mateřské a rodičovské dovolené.

## **NAVAZOVÁNÍ SPOLUPRÁCE S ÚŘADY, INSTITUCEMI, SOCIÁLNÍMI SLUŽBAMI A VEŘEJNOSTÍ**

Jedním ze základních cílů projektu bylo navázání a udržení spolupráce s úřady, institucemi a dalšími sociálními službami. Dále jsme se snažili služby poradenských pracovišť přiblížit veřejnosti.

Od počátku působení v poradnách oslovovali pracovníci s žádostí o spolupráci místní obecní a městské úřady, především sociální odbory těchto obcí. Dále jsme se zaměřili na navázání spolupráce s pobočkami Probační a mediační služby ČR, praktickými a odbornými lékaři v regionu. Prostřednictvím osobního kontaktu jsme představovali služby ostatním sociálním službám, hledali možnosti spolupráce a cesty v předávání klientů.

Zapojili jsme se do procesu komunitního plánování obcí a regionů. Informační materiály poraden byly umístěny do informačních center obcí, lékáren a do veřejně přístupných míst.

Fáze navazování spolupráce trvala přibližně rok. V současné době máme pevnou a fungující spolupráci se všemi výše zmíněnými složkami v obcích.

## NAŠE MILNÍKY

### Rok 2017

V průběhu roku jsme prošli procesem docertifikace programu ambulantního poradenství v poradenských pracovištích. Vzhledem k tomu, že poskytované služby odpovídají službám již certifikovaného libereckého programu, byla předmětem dodatečné certifikace především kontrola materiálně technického vybavení jednotlivých poraden.

### Rok 2018

Od počátku roku 2018 došlo ke spojení již fungujících projektů pod původními názvy „Centrum ambulantních služeb – poradenství pro patologické hráče“ a „Sít služeb pro gamblery v Libereckém kraji“ do jednoho projektu s názvem "Poradenství pro patologické hráče v Libereckém kraji".

Poradenská pracoviště v Jablonci nad Nisou, České Lípě a Frýdlantu byla zařazena do základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje.

### Rok 2020

V tomto roce jsme rozšířili naše služby o program adiktologických služeb pro děti a mládež. Jako specializovaná pracoviště pro práci s dětskými klienty jsou určena pracoviště Liberec, Jablonec nad Nisou, Semily a Česká Lípa.

Provoz jednotlivých pracovišť poznamenala koronavirová krize, kdy jsme byli z personálních důvodů opakovaně nuceni uzavřít některá poradenská pracoviště. I přes tato opatření nedošlo ke snížení počtu klientů ve službách.

## VÝCHODISKA

- Od počátku jsme projekt vnímali jako pilotní, se záměrem přizpůsobovat ho aktuálním potřebám klientů a obcí. Nelpěli jsme rigidně na zavedeném, ale flexibilně jsme pracovali s provozní dobou a pracovními úvazky zaměstnanců.
- Uzavření některých pracovišť jsme vnímali jako zvyšování efektivity poskytovaných služeb, ne jako prohru.
- Hledali jsme možnosti, jak jednotlivá pracoviště přiblížit a zpřístupnit nejen klientům, ale také pracovníkům dalších sociálních a zdravotních služeb a úřadům (scházeli jsme se, domlouvali, vyjednávali, předávali informace, zapojovali se do pracovních skupin).

### UZAVŘENÉ PORADNY

#### HRÁDEK NAD NISOU

Poradna v Hrádku nad Nisou byla otevřena 8. 7. 2016. Od počátku byla umístěna v centru města, využívala prostor veřejné knihovny, která byla v majetku města Hrádek nad Nisou. Tyto prostory také provozovala pro poradenské a terénní služby organizace Člověk v tísni, o.p.s.

Toto poradenské pracoviště bylo v provozu pouze do poloviny roku 2017. Vzhledem k nezájmu klientů o službu jsme po roce provozu poradnu uzavřeli. Opakovaně jsme se sešli s ostatními službami, které v lokalitě působí, shodli jsme se na tom, že jde o lokalitu uzavřenou všem intervencím, obyvatelé nechtějí vstupovat do služeb. Dlouhodobý a patrný je zde problém se závislostí na alkoholu a s patologickým hráčstvím u starší generace. Lokalita je také známá velkým množstvím uživatelů marihuany a pervitinu u mladší generace. Dobrá dostupnost do Liberce však umožňuje klientům obracet se na služby v Liberci, což jim také zaručuje větší anonymitu.

Na tomto příkladu je patrné, že provoz poradenského pracoviště v malé obci může být velmi komplikovaný. I přes to, že v lokalitě byl dostatek potencionálních klientů, obec byla provozu služby nakloněna a podporovala ji, ostatní služby byly o službě informovány, nepodařilo se nám za rok existence do služby klienty přivést. Za rok provozu přišli do služby pouze dva klienti.

---

| <b>Hrádek nad Nisou</b> |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| Rok                     | pracovní úvazek <sup>1</sup> |
| 2016–2017               | 0,1                          |

---

---

<sup>1</sup> Pracovní úvazek v přímé péči o klienty, odpovídá provozní době služby (0,1–1 pracovní den 1× za 14 dní).



## Nový Bor

Poradna v Novém Boru je našim druhým uzavřeným pracovištěm. Byla v provozu čtyři roky. Od počátku jsme se potýkali s problémem vhodných prostor. Před otevřením poradny s námi odmítl podepsat smlouvu pronajímatel z důvodu práce s cílovou skupinou uživatelů návykových látek, která pro něj byla nepřijatelná. Následně se nám podařilo získat prostory, které pro službu vytvořilo město Nový Bor. Tyto prostory byly umístěny v bývalé sociální ubytovně, kde v tu dobu sídlily služby veřejně prospěšných prací města, zároveň byl v areálu umístěn sběrný dvůr. Konzultační místnost byla od těchto služeb oddělená, měli jsme ale společný vchod. Klienti naší služby byli obvykle nuceni procházet přes pracovníky VPP, což vedlo k tomu, že se do služby již nevraceli.

Tuto nepříznivou situaci jsme opakovaně řešili se zástupci obce a žádali o součinnost při nalezení vhodných prostor. Bohužel nám byly nabídnuty pouze prostory s komerčním nájmem, což pro nás bylo finančně neúnosné.

Tato poradna vykazovala uspokojivý počet klientů, bohužel ale malé množství výkonů. Jak již bylo řečeno, klienti se do služby nechtěli vracet. Často využili možnosti dojíždět do služby ve spádové České Lípě. To bylo také důvodem k uzavření poradny a přesunutí kapacity do České Lípy.

Do tohoto poradenského pracoviště dojížděli také klienti ze sousedního Ústeckého kraje – ze Šluknovského výběžku, tvořili podstatnou část z celkového počtu klientů poradny. I tito klienti aktuálně využívají služby poradny v České Lípě.

---

### Nový Bor

| Rok       | pracovní úvazek |
|-----------|-----------------|
| 2016–2019 | 0,1             |

---

## NOVÉ MĚSTO POD SMRKEM

Zřízení poradenského pracoviště v Novém Městě pod Smrkem bylo od počátku obcí velmi dobře přijato a podporováno. Obec nám dala k dispozici konzultační prostory, které byly sice umístěny ve stejné budově jako Policie ČR, ale vchod do poradny zajišťoval dostatečnou anonymitu potencionálních klientů. Pracovník, který zajišťoval provoz poradny, působil v této lokalitě v minulosti jako terénní pracovník, v místě se tedy orientoval a dokázal opět navázat kontakty s klienty, s kterými pracoval již v minulosti. Tito klienti tvořili polovinu celkového počtu klientů poradny. Za dobu existence poradny se nám nepodařilo naplnit kapacitu poradenského dne. Klienti, kteří docházeli do poradny, často využívali možnosti docházet také do poradny ve Frýdlantu, kde zajišťoval provoz stejný poradenský pracovník.

Ochota a někdy i potřeba klientů dojíždět do ne příliš vzdáleného Frýdlantu nás vedla k závěru pracoviště uzavřít a naopak posílit kapacitu poradny ve Frýdlantu.

---

**Nové Město pod Smrkem**

---

| Rok       | pracovní úvazek |
|-----------|-----------------|
| 2016–2020 | 0,1             |

---

**ZÁVĚR**

Všechny výše zmíněné poradny byly v provozu v malých městech v okrajových částech kraje. Tyto lokality dlouhodobě vykazují velkou adiktologickou zátěž. Drogová scéna je však uzavřená, s místními specifiky. Klienti nejsou ochotni vstupovat do služeb v místě bydliště. V případě, že se na službu potřebují obrátit, volí raději spádově větší město, které jim poskytne dostatečnou anonymitu. I přes naše snahy o cílenou propagaci, navázání spolupráce se všemi službami v regionu a podporu obce se nám nepodařilo v těchto poradnách dosáhnout naplnění kapacity pracoviště. Pro tyto lokality je vhodnější zajištění terénních služeb.

**PORADNY S POSTUPNÝM NAPLŇOVÁNÍM KAPACITY****FRÝDLANT**

Poradenské pracoviště ve Frýdlantu v Čechách bylo jako jediné v provozu již od roku 2012. Poradna byla otevřena po vzájemné dohodě se zástupci města, kdy naše služby doplnily sociální služby Poradního a setkávacího centra ve Frýdlantu (POSEC), které byly umístěny v samostatném objektu určeném pro tyto účely. Od počátku byla poradna otevřena jedenkrát za čtrnáct dní. Po celou dobu provozu věnuje obec poradně značnou podporu, a to i finanční. V roce 2018 se poradna přestěhovala do nových prostor (Centrum 1407), které pro své sociální služby zrekonstruovala obec v centru města.

V polovině roku 2020 jsme uzavřeli poradnu v Novém Městě pod Smrkem a zároveň rozšířili provozní dobu této poradny. Klienti ze spádového Nového Města začali využívat služeb této poradny.

V současné době je poradna otevřena každý týden v úterý, což pozitivně hodnotí nejen klienti, ale i pracovník, který zajišťuje chod pracoviště. Každotýdenním provozem je možné zajistit kontinuitu v práci s klienty.

---

**Frýdlant**

---

| Rok       | pracovní úvazek |
|-----------|-----------------|
| 2016–2019 | 0,1             |
| 2020–2021 | 0,2             |

---

## SEMILY

Poradna v Semilech byla otevřena v létě 2016. Od počátku sídlí poradna v budově ZŠ speciální Semily, působí zde také Pedagogicko-psychologická poradna, konzultační místnost sdílíme s Poradnou pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy. I přes to, že objekt zaručuje dostatečnou anonymitu pro vstup klientů do služby, potýkali jsme se s nedostatkem klientů. Do služby přicházeli spíše klienti s pobytem ve spádových obcích, např. Jilemnice, Železný Brod, Lomnice nad Popelkou, dále také ze sousedního Královohradeckého kraje. I zástupci obce vyjadřovali obavy z toho, že místní lidé raději vyhledají pomoc v jiném městě. Od roku 2017 jsme začali spolupracovat s Ambulancí pro léčbu návykových nemocí a alkoholismu MUDr. Šlechty, který do služby začal doporučovat klienty. Postupně jsme se začali aktivně účastnit komunitního plánování jednotlivých obcí (Semily, Železný Brod).

V roce 2019 výrazně stoupl počet klientů ve službě. Začali také přicházet klienti ze Semil. Od roku 2020 je součástí služeb této poradny také adiktologická péče o děti a mládež, podstatnou část klientů tedy tvoří děti a mladiství.

Aktuálně je kapacita služby naplněna, rozšíření provozní doby brzdí pouze nedostatek personálních kapacit.

---

### Semily

---

| Rok       | pracovní úvazek |
|-----------|-----------------|
| 2016–2021 | 0,1             |

---

## TURNOV

Poradna in Turnově je v provozu od 19. 7. 2016. Od počátku se kapacita poradny pomalu, ale plynule naplňovala, již na konci roku jsme uvažovali o možnosti rozšíření provozu.

Z důvodu chystané rekonstrukce budovy byla poradna od června 2017 přestěhována do zázemí Domu s pečovatelskou službou vzdáleného od dosavadní poradny cca 1 kilometr. Nové prostory byly vhodnější, lépe vybavené, ocenili jsme bezbariérový přístup do prostor poradny. V počátku panovaly mezi klienty domova obavy z naší služby, po společném setkání pracovnice poradny a klientů se situace uklidnila.

V průběhu roku 2017 došlo ke změně v personálním obsazení poradny.

Shodně s ostatními poradnami jsme se snažili navázat spolupráci se zástupci obce a sociálních služeb v regionu. Od počátku roku 2020 jsme rozšířili provozní dobu na jeden pracovní den v týdnu. Kapacita je v současné době plně obsazena. Toto poradenské pracoviště je specifické tím, že v průběhu roku neviduje velké množství klientů, ale výkonů. Klienti vstupující do služby jsou často v dlouhodobém kontaktu.

| <b>Turnov</b> |                 |
|---------------|-----------------|
| Rok           | pracovní úvazek |
| 2016–2019     | 0,1             |
| 2020–2021     | 0,2             |

## **ZÁVĚR**

Poradny, u nichž dochází k postupnému naplňování kapacity, jsou otevřeny v menších městech. Zde je třeba klást větší důraz na navázání a následné udržení spolupráce se zástupci obce a dalších spolupracujících organizací, výhodou je zapojení do komunitního plánování obce. Jako velmi přínosné se jeví navázání spolupráce se zdravotnickými službami. Je žádoucí, aby organizace v místě působila dlouhodobě, získala si důvěru a stabilní místo v nabídce služeb regionu. Za nevhodné považujeme otevírací dobu pouze jedenkrát za čtrnáct dní. Jak jsme si ověřili, méně motivovaní klienti se v takovémto odstupu doby do služby již nevracejí. K výpadkům ve spolupráci s klienty dochází také v případech, že klient je zaměstnaný ve směnném provozu a v následujícím termínu možného objednání nemůže do poradny přijít. U těchto klientů také dochází ke ztrátě motivace v docházení do služby. Za významné považujeme také to, že tyto obce jsou obcemi spádovými a poradenské služby jsou určeny pro dostatečně velké regiony.

## **PORADNY S NEJVĚTŠÍ OBSAZENOSTÍ A ROZVOJOVÝM POTENCIÁLEM**

### **JABLONEC NAD NISOU**

Poradna v Jablonci nad Nisou byla otevřena dne 12. 7. 2016. Byla umístěna v prostorách organizace Naděje, kde jsme měli bezplatně k dispozici konferenční místnost, která zároveň sloužila jako šatník. Tyto prostory nebyly zcela vyhovující, v počátku nám však poskytly prostor zavedené organizace, kam byli klienti zvyklí chodit. V době otevření jsme provozní dobu pracoviště stanovili na jedenkrát za čtrnáct dní, vždy v úterý. Brzy však došlo k naplnění kapacity služby a bylo patrné, že je třeba provozní dobu rozšířit. Od počátku roku 2017 byla tedy poradna v provozu každé úterý. V tomto poradenském pracovišti se velmi rychle podařilo navázat spolupráci s magistrátem, který nás přizval do procesu komunitního plánování. Dále jsme se začali účastnit setkání odborníků pracujících s mládeží v systému časné intervence, kam nás pozvala další aktivně spolupracující instituce, Probační a mediální služba ČR. Zaměřili jsme se také na navázání spolupráce s dalšími sociálními službami v regionu, lékaři a lékárníky, informační materiály programu byly umístěny ve veřejně při-

stupných místech. V letech 2018 a 2019 nadále vzrůstal zájem o naše služby, postupně se zvyšoval počet klientů ve službě, na což jsme reagovali opakovaným rozšířením provozní doby. V roce 2020 jsme přestěhovali poradnu do nových prostor, které více odpovídaly našim potřebám a opět jsme rozšířili provozní dobu. Nedlouho po rozšíření provozní doby byla kapacita opět naplněna. Provozní doba služby v roce 2021 je dva pracovní dny v týdnu, i přesto je opět nedostatečná.

#### **Jablonec nad Nisou**

| Rok       | pracovní úvazek |
|-----------|-----------------|
| 2016      | 0,1             |
| 2017–2019 | 0,2             |
| 2020      | 0,3             |
| 2021      | 0,4             |

### **ČESKÁ LÍPA**

Tato poradna byla shodně otevřena dne 12. 7. 2016, pro provoz jsme do března 2017 využívali společenskou místnost azylového domu – Domu humanity v Dubické ulici, který provozuje příspěvková organizace Sociální služby města Česká Lípa. Prostory se však v průběhu prvních měsíců ukázaly jako nevyhovující: nedostatek soukromí pro klienty – do poradny přes okno nahlíželi kolemjdoucí klienti azylového domu, nevhodná lokalita – azylový dům je společností vnímán mnohdy jako místo, kde „příběhy končí“. Relativně fungující potenciální klienti se proto mohli zdráhat toto místo navštívit, byť za účelem poradenství. Tuto hypotézu nám potvrdila i většina kolegů ze sociálních služeb v České Lípě, s nimiž jsme naši situaci konzultovali, a proto jsme začali od počátku roku hledat nové, vhodnější prostory. Poradna se od dubna 2017 přestěhovala do Ronovské ulice, kde využívá jednu z poradenských místností místního psychiatrického pracoviště. V budově ordinují čtyři psychiatři pro dospělé a jedna psychiatrická pro děti a dorost, pracoviště má také k dispozici psychologku a terapeuta zajišťujícího AT skupinovou terapii pro klienty. Naše služba vhodně doplnila nabídku služeb soukromého subjektu.

Vzhledem k výše zmíněnému umístění poradny je pracoviště specifické druhem klientů, kteří do služby přicházejí. Jedná se většinou o klienty s duální diagnózou z okruhu úzkostných a depresivních poruch. V průběhu doby se nám podařilo navázat spolupráci s Fokusem Česká Lípa, do služby jsou tedy přijímáni také klienti s diagnózou schizofrenie. Dále máme velmi úzkou spolupráci s Probační a mediační službou ČR, kdy jsou do služby doporučováni klienti se soudně nařízenou ambulantní léčbou, dále ti, kteří spáchali trestný čin pod vlivem NL.

V průběhu let jsme opakovaně reagovali na naplnění kapacity služby a rozšířili provozní dobu. Od počátku roku je poradna v provozu dva pracovní dny v týdnu. V současné době je kapacita opět zcela obsazena.

| <b>Česká Lípa</b> |                 |
|-------------------|-----------------|
| Rok               | pracovní úvazek |
| 2016              | 0,1             |
| 2017–2019         | 0,2             |
| 2020              | 0,3             |
| 2021              | 0,4             |

## **ZÁVĚR**

Obě poradny jsou umístěny ve větších městech, která počtem obyvatel dokážou zajistit provoz samostatného poradenského pracoviště. Vzhledem k našim předchozím zkušenostem je zřejmé, že by se v případě rozšíření provozní doby těchto poraden do celého týdne podařilo plně obsadit jejich kapacitu. Za důležitý aspekt u obou poraden považujeme fungující a vstřícnou spolupráci se zástupci měst a dalších institucí. Obě služby byly dobře přijaty a jsou partnery také pro zdravotnická zařízení v regionech.

## **NAŠE ZJIŠTĚNÍ, DISKUSE**

### **POČET OBYVATEL**

Pro doplnění přikládáme přehled počtu obyvatel v jednotlivých obcích mimo Liberec, kde jsme provozovali poradny (údaje ke konci roku 2020):

#### **UZAVŘENÉ PORADNY:**

- Hrádek nad Nisou – 7 735 obyvatel
- Nový Bor – 11 616 obyvatel
- Nové Město pod Smrkem – 3 716 obyvatel

#### **PROVOZOVANÉ PORADNY:**

- Frýdlant – 7 476 obyvatel
- Turnov – 14 420 obyvatel
- Semily – 8 353 obyvatel

#### **PORADNY S NEDOSTATEČNOU KAPACITOU:**

- Česká Lípa – 37 525 obyvatel
- Jablonec nad Nisou – 45 773 obyvatel

## ZJIŠTĚNÍ

- Města s větším počtem obyvatel mají lepší perspektivu v naplnění kapacity poradenského pracoviště.
- V případě, že jde o menší město, je důležitá spádovost (z kolika dalších obcí je město dobře dostupné).
- Obyvatelé menších měst raději dojíždějí do služby do spádového většího města, které jim zajistí dostatečnou anonymitu.
- V některých menších městech je mnohem vhodnější zajistit terénní služby.
- Je důležité navázání a udržení spolupráce s úřady a sociálními službami v regionu.
- Klientům není lhostejné, jak vypadá poradenské pracoviště a kde je umístěno.
- Dvě poradenská pracoviště v blízkých městech mohou prosperovat (Liberec, Jablonec).
- Je vhodné, aby provozní doba pracoviště byla minimálně jeden pracovní den v týdnu, jinak není možné zajistit dostatečnou kontinuitu v práci s klienty.
- Za výhodné považujeme umístění poradenského pracoviště v blízkosti zdravotní nebo jiné sociální služby, např. v rámci jedné budovy.
- Je komplikované doplňovat pracovní úvazky do základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje.
- Je složitá změna pracovníka na pracovišti či jeho zastupování.

## CO JSME PŘEDPOKLÁDALI A JAK SE TO NAPLNILO

- Klienti se naváží v krajské poradně a v případě potřeby intenzivnějšího kontaktu budou pokračovat v libereckém centru adiktologických služeb.  
To se nepotvrdilo, došlo k tomu málokdy. Naopak klienti, kteří měli první kontakt v Liberci, kde je naše pracoviště nejznámější, se pak přesunuli do krajské poradny, která byla blíž k jejich bydlišti.
- Je možné využívat individuální péči v krajské poradně a skupinové poradenství v Liberci. To proběhlo v několika případech.
- Klienti mohou využívat služby více poradenských pracovišť v případě, že provoz zajišťuje jeden poradenský pracovník (např. Jablonec a Semily, Nový Bor a Česká Lípa). Potvrdilo se, klienti toho využívají poměrně často.

## **MUDr. David Adameček**

*odborný ředitel Advaita, z. ú.*

*e-mail: [adamecek@advaitaliberec.cz](mailto:adamecek@advaitaliberec.cz)*

## **Mgr. Drahůše Tkáčová**

*vedoucí krajských poraden pro závislosti Advaita, z. ú.*

*e-mail: [tkacova@advaitaliberec.cz](mailto:tkacova@advaitaliberec.cz)*



# Sítování při covidu a mrazu

Martin Šimáček, Aleš Herzog

**Pražská zimní humanitární opatření** jsou **jednou z největších síťovacích akcí v ČR**. S cílem zabránit škodám na zdraví lidí bez přístřeší, umožnit jim důstojně přežít zimu a zajistit ochranu veřejného zdraví se spojuje každý rok velká řada organizací.

Akci každoročně iniciuje **Magistrát hlavního města** a koordinuje ji **Centrum sociálních služeb Praha**. V zimě 2020/2021, která byla navíc mimořádná kombinací s covidovou krizí, se do ní zapojila řada nestátních neziskových organizací – **Naděje, Armáda spásy, Charita, Jako doma, R-mosty** a také adiktologické služby **Drop In, Progressive a SANANIM**. Opět se rozšířila spolupráce s **městskou policií** a s nástupem epidemie C-19 byla klíčovým partnerem rovněž **Krajská hygienická stanice** a také **Medici na ulici**.

Zimní humanitární opatření obvykle probíhají od 1. prosince do 31. března. Tentokrát byly o měsíc delší, neboť epidemie C-19 kulminovala na přelomu ledna a února a v březnu a dubnu byla nadále značným rizikem pro zdraví a životy lidí na ulici, což v kombinaci s relativně chladným počasím znamenalo, že je nutné opatření prodloužit. Určitá část jich byla účinná i po 30. 4., zejména pro lidi, kteří mají velmi chatrné zdraví, trpí chronickými onemocněními či jsou ve vysokém věku a ukončení poskytování podpory a prevence nákazy C-19 by pro ně mohlo mít fatální následky.

## ZIMNÍ NOCLEHÁRNÝ

Hlavní aktivitou v rámci zimních opatření je provoz zařízení, kde lze přespat, zejména tzv. zimních nocleháren. Nejen v souvislosti s covidem, ale také s potřebou vytvářet v mrazivém počasí pro lidi bez domova důstojné podmínky se stále více míst v noclehárnách převádí do režimu 24/7, zejména pro ty, jimž pobyt v chladném či mrazivém počasí výrazně škodí i přes den. Kapacita lůžek pro noclehy celkově stoupla na 529; dalších více než 200 lidí nadále přespávalo v tzv. humanitárních hotelech, jež byly otevřeny při první jarní covidové vlně jako prevence šíření nákazy C-19 mezi lidmi bez domova a jejichž činnost se podařilo zabezpečit

i během dalších vln. Navíc v únoru, kdy denní počty nakažených stále neklesaly a dostavilo se velmi mrazivé počasí, při kterém teploty klesaly pod  $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$  i přes den, bylo nutné otevřít další ubytovací kapacitu v režimu 24/7 pro lidi, které terénní programy zajišťovaly v ulicích a u kterých bylo zřejmé, že bez pomoci jsou ohroženi na životě. Takto přibýlo další 78 lůžek.

V součtu se kapacity noclehů pro lidi bez domova vyšplhaly v průběhu února, ve kterém byla zátěž mrazy a nemocí C-19 nejvyšší, až k 950 lůžkům.

## **KOVIDÁRIA**

Současně bylo zapotřebí provozovat **zařízení pro vystonání lidí bez domova**, kteří byli akutně nemocní s covidem nebo byli v karanténě. V nejvyšší špičce v průběhu února a března byla provozována celkem tři tato zařízení v celkové kapacitě přes 150 lůžek.

## **DENNÍ A NOČNÍ TERÉNNÍ HLÍDKY S DISPEČINKEM**

Zimní humanitární opatření jsou dále postavena na kapacitně navýšeném terénním programu, kdy v ulicích města operují dvě denní a dvě noční hlídky pracovníků s vozidly. Jsou napojeni na **dispečink**, který koordinuje distribuci pomoci, tedy i převoz konkrétních potřebných osob do jednotlivých zařízení. Funguje též noční centrum pro příjem osob bez domova, které potřebují ošetřit. Je provozováno Nadějí jako součást humanitárního zařízení a má kapacitu 47 osob s potřebou kombinované sociální a zdravotní pomoci.

## **TESTOVÁNÍ C-19 A PŘEVOZ**

Zásadní novinkou bylo zavedení služby testování lidí bez domova na C-19 ATG i PCR testy s možností převozu vozidlem s úpravou pro nemocné s covidem nebo v karanténě. Koordinace tohoto opatření se ujaly **R-Mosty**, které ve spolupráci s **Vodní záchrannou službou a FN Bulovka** zajišťovaly nejen náběr vzorků v terénu, ale také jejich vyhodnocení. Bylo nutné zajistit jak preventivní testování, především v zařízeních sociálních služeb a v humanitárních zařízeních, tak testování v situacích, kdy se v některém z nich objevilo ohnisko nákazy a bylo nezbytné systematicky trasovat nakažené osoby a izolovat potenciální ohniska dalšího rozšiřování onemocnění. Postupně se zavedly i preventivní testy přímo na ulici, např. u humanitárního výdeje stravy apod.

## ÚČAST SANANIMU

SANANIM spolupracoval ve dvou oblastech zimních opatření.

Pracovníci Terénních programů SANANIM a Kontaktního centra SANANIM distribuovali více než **60 stanů, 120 spacáků a 80 karimatek**, pořízených jak z dotace CSSP, tak z darů. Při předání vybavení byli klienti poučeni, aby se zdržovali co nejvíce mimo veřejná místa. V zimě jsme několikrát ve spolupráci s KC vyjžděli do příbytků klientů, abychom je otestovali na C-19. Usilovali jsme o to, aby v případě onemocnění měli dost jídla, vody a ochranných pomůcek, mohli se izolovat a být v karanténě. Ukázalo se, že pokud jde o ohrožení zimou, je do budoucna třeba se zaměřit na skupinu osob užívajících alkohol či drogy, které nechtějí či nejsou schopny dojet do kamenných zařízení a přespávají například ve vestibulech metra. Dále je třeba předcházet omrzlinám a zajistit, aby měli boty a rukavice.

**V kovidáriích** poskytoval **SANANIM adiktologickou péči a substituci**. Klienty jsme přijímali od prosince, nejnáročnější byl zatím konec února a března, kdy jsme měli nejvíce pacientů, celkem 11, ve třech kovidáriích (Bohnice, Albertov, Vršovice). Celkem jsme se starali o 30 klientů, z toho 17× byl hlavní medikovanou látkou buprenorfin (Suboxone), 2× šlo o výdej metadonu. Přímou v kovidáriích jsme zajistili 240× výdej léků a 50× psychiatrické vyšetření (typicky on-line). Realizace byla možná jen díky spolupráci a propojení sananimských týmů **Specializovaných ambulantních služeb CADAS, Terénních programů, Kontaktního centra a Adiktologické ambulance** s výrazným zapojením **doc. MUDr. Kamila Kaliny, CSC**. U pacientů na metadonu jsme spolupracovali s **Metadonovým centrem Drop In I**, u některých jsme kontaktovali jejich psychiatry a po domluvě s nimi je na čas převzali do péče. Vedle toho jsme na squatech zajišťovali testování a podporu v karanténě pro klienty, kteří zde žijí.

V případě zahájení medikace musel být velký důraz kladen na rychlost, koordinaci a sdílení informací; klíčová byla také spolupráce s pracovníky kovidárií a využití telemedicíny. Právě téma „**telemedicíny**“ či **on-line medicíny je rozvojovou příležitostí**. Prakticky ihned po kontaktu od koordinátora vyrazili adiktologové do kovidária, a to typicky v řádu hodin, rychlost byla důležitá. Zde se převlékli do kompletního obleku na ochranu před C-19 a provedli vstupní adiktologické vyšetření a toxitesty. Následně prokonzultovali svá zjištění s psychiatrem a případně zajistili on-line rozhovor (se zvukem i obrazem) mezi psychiatrem a pacientem. Pokud psychiatr stanovil medikaci, adiktolog měl již s sebou **příruční (guerillovou) lékárnu** a medikaci vydal. Následující den adiktolog zjistil účinnost medikace a opět se propojil s psychiatrem. Následoval denní výdej léků a v případě potřeby kontakt s psychiatrem. U některých pacientů došlo například k detoxifikaci. Doba pobytu v kovidáriu byla nejdříve 10 dní a pak prodloužena na 14 dní. Na závěr opět adiktolog ve spolupráci s on-line psychiatrem provedl ukončení spolupráce s poučením pacienta a s doporučením na následnou péči. Protože jsme u některých pacientů nevěděli, kdy budou propuštěni, realizovali jsme poslední výdej substitute v našich prostorách.

Možnou inspirací z kovidárií pro práci **v nízkoprahových službách je kontraktování praktických lékařů, dermatologů a psychiatrů**, kteří budou svoji činnost realizovat ve spolupráci se zdravotníky či adiktology on-line. Psychiatr by měl on-line hodiny a on-line

čekárnu, kterou by flexibilně naplňovala různá zařízení (i z celé ČR), a tak by došlo k efektivnímu využití kapacity lékaře. Stejně je možné propojit klienta terénního programu či kontaktního centra se specialistou (v kovidáriu jsme například realizovali on-line hovor pro těhotnou klientku s PhDr. Ilonou Preslovou). Další možnosti, která se následně ukázala, je on-line kontrola či video kontrola pro výdej léků, například cucání Suboxonu. Klient nemusí nikam chodit, stačí se propojit a přes videohovor proběhne kontrolovaný výdej léků. Klient, který má větší důvěru, by v takovém modelu mohl pouze nahrát své „víkendové cucání“ a až po víkendu je zaslat na kontrolu nebo předložit při schůzce naživo.

## **KOORDINACE A VÝSLEDKY**

Všechna tato opatření bylo nezbytné neustále velmi aktivně koordinovat, vyhodnocovat a také predikovat další vývoj šíření nákazy a jejích dopadů na lidi bez domova. Standardem se proto staly pravidelné porady všech organizací zapojených do zimních humanitárních opatření, a to na týdenní bázi. V době vrcholící epidemie se porady konaly 2× týdně. Při nich se vyhodnocovala aktuální situace a přijímaly návrhy opatření, které pak byly pod vedením CSSP a s odsouhlasením MHMP zaváděny. Predikoval se vývoj pro následující dny a týdny, a to na základě situace v terénu, ale také dat ÚZIS či vědeckých studií. Je zřejmé, že díky této praxi se podařilo udržet šíření nákazy C-19 mezi lidmi bez přístřeší v přiměřené míře odpovídající populačnímu průměru. **Podařilo se tím také chránit Pražany před rizikem šíření nákazy lidmi bez domova na veřejných prostranstvích a v hromadné dopravě. A především – podařilo se chránit zdraví a životy samotných lidí bez domova, kteří neměli možnost se z onemocnění vystonat.**

Náročná situace prokázala potřebu komplexního zabezpečení potřeb lidí bez domova při ochraně před mrazy a nákazou, a to především na tzv. zdravotně sociálním pomezí. Významná část lidí bez domova, v podstatě většina, potřebuje podporu v sociální oblasti současně s ošetrovatelskou péčí, často též psychologickou či psychiatrickou nebo i v případě závislosti adiktologickou. Tyto potřeby se dařilo sanovat především ve specializovaných zařízeních pro vystonání lidí z onemocnění C-19. **Ukázalo se přitom, že je nezbytné zapojovat do humanitárních zařízení stále více zdravotní sektor, především nemocnice, se kterými je nutné péči o lidi bez domova dobře koordinovat.**

**Mgr. Martin Šimáček**

ředitel Centra sociálních služeb Praha  
e-mail: [martin.simacek@csspraha.cz](mailto:martin.simacek@csspraha.cz)

**Ing. Mgr. Aleš Herzog**

vedoucí Terénních programů SANANIM  
e-mail: [herzog@sananim.cz](mailto:herzog@sananim.cz)

# Klient v síti

Ilona Preslová

Smyslem následujícího příspěvku je snaha o (sebe)reflexi nad mírou, kvantitou a kvalitou péče, kterou v rámci multioborové péče poskytujeme klientům pečujícím o své děti, v tomto případě celé rodině klientky. Specifika cílové skupiny klientů–rodičů je v právě v tom, že klientem bývá někdy celá širší rodina, ale i další osoby podílející se na péči o nezletilé děti.

## **JAK SE K NÁM KLIENT DOSTANE?**

*„Dobrý den, mám se k vám prý objednat, že mi můžete pomoci...“*

*„Ještě musím dnes obvolat tři služby, tam musím docházet...“*

*„Léčím se, ale tohle téma tam neřešíme, tak mám jít k vám, no...“*

## **A CO NA TO ADIKTOLOGICKÁ SLUŽBA?**

*„Jsem naučená, že musíme vždycky klientovi pomoci“*

*„Na to přizvu specialistu“*

*„Přece ho nemůžu odmítnout, to se nesmí...“*

Jsmo pomáhající profese, tak pomáháme, ale podpora rodinnému systému včetně péče o nezletilé děti bývá nad rámec adiktologických služeb. Je to jedna z oblastí, kde je nezbytná spolupráce řady profesí i institucí.

Považuji za velmi užitečné zvážit dobře naše osobní i profesní motivace, schopnosti, obavy aj. Následující úvahy mohou být cenné náměty ve vlastní sebereflexi i v supervizních hledáních. Pokuste se sami sobě odpovědět na následující:

- Klienti v síti služeb – posíláme je všude, kde jim mohou pomoci, je to vždy nezbytné?
- Jaká je naše motivace k pomáhání?
- Proč se zrovna věnuji této cílové skupině?
- Umíme říct klientovi NE?
- Známe naše hranice?

- Kde končí naše loajalita?
- Známe hranice našich klientů?
- Kdo je naším klientem při práci s rodinou?

Tato, do určité míry paradoxní situace, kdy zvažujeme, zda nepomáháme „příliš“, je důsledkem mnoha pozitivních kroků ve vývoji a v rozvoji našeho oboru. Co tomu pomohlo?

- Multioborová spolupráce
- Duální diagnózy
- Komplexní pohled (něco neopomenout)
- Vzdělání – specializace
- Nadšení
- Pomáháme vždy
- Citlivá místa (děti, mateřství, duševní nemoci...)

### **PŘÍBĚH JEDNÉ KLIENTKY**

- 40 let, hodná, introvertní, nekonfliktní, ovlivnitelná, silně věřící, s minimem sociálních vazeb
- duální dg. – psychiatrická porucha od 18 let + dlouhodobá léková závislost, netypická UD, unavitelnost, pomalost tempa
- společná domácnost se starými rodiči, zátěž v rodině, t. č. onemocnění matky
- pozdní neplánované mateřství, manželství, následně další těhotenství
- 2 děti – 1 + 2,5 roku, po porodu NAS, vazba, opožděný vývoj – intervence OSPODu
- bez větších příbuzenských či sociálních vazeb
- manžel bez pozitivní zkušenosti z původní rodiny

### **TÉTO RODINĚ POSKYTLA POMOC A PODPORA ŘADA INSTITUCÍ:**

- Psychiatrická péče včetně substituce
- Psychologická a psychotherapeutická péče
- Adiktologická péče
- Case management
- OSPOD a soud
- Pediatrická péče
- Pediatrická péče speciální
- Psychologická péče o dítě
- Fyzioterapeutická péče o 2. dítě
- Nutriční péče o 1. dítě
- Zdravotní sestra terénní
- Chůva 1. dítě
- Organizace pro sociálně ohrožené rodiny
- Duchovní péče



## A JAK TO DOPADLO?

Přišla covidová opatření a omezení služeb, která se výrazně promítla do výše uvedených péčí. Klientka i rodina situaci zvládly v mezích svých možností. Tato obtížná a náročná doba rodinu i nás mnohé naučila.

### NABÍZÍM:

- někdy může být dobré přenést více odpovědnosti na klienta
- umět ustoupit
- nebýt motivovanější než klient
- pozor na naše mateřské/otcovské emoce

**PhDr. Ilona Preslová**

*vedoucí Centra komplexní péče o dítě a rodinu SANANIM*

*e-mail: [preslova@sananim.cz](mailto:preslova@sananim.cz)*



# *Spolupráce Terapeutické komunity Sejřek s Psychiatrickou léčebnou Červený Dvůr*

**Patrik Folíř**

Komunita Sejřek vznikla v roce 1999 a od začátku se standardně zabývala pomocí klientům, kteří se potýkají se závislostí. Po čase k tomu zahrнула do skupiny i klienty s duální diagnózou v poměru 10:3. Byli jsme jedna z prvních komunit, která byla ochotna přijímat do komunitní péče lidi se závislostí, kteří k tomu mají další psychiatrickou diagnózu, většinou z okruhu psychotických onemocnění.

V roce 2012 došlo ke změně koncepce a komunita se začala zaměřovat výhradně na klienty s duální diagnózou. Koncepci jsme upravili tak, aby byla víc šitá na míru klientům zejména s psychotickým onemocněním.

Klienti k nám přicházeli z různých zařízení, většinou z psychiatrických nemocnic. V obecném povědomí těchto zařízení byla naše komunita často vnímána jako ta, která přijímá do péče lidi, kteří v jiných zařízeních neprosperují. Až do období změny koncepce neprobíhal žádný specifický výběr – práh příjmu byl velmi nízký. Byli jsme dobří... Dokázali jsme klienta přijmou hned.

Po změně koncepce se však okruh klientely velmi zúžil a práh příjmu se zvýšil. Dělají se přijímací pohovory, protože takto úzce zaměřená skupina má svá specifika a není vhodná pro každého. Léčebny však dál posílaly klienty, kteří sice spadali pod pojem duální diagnózy, nicméně nebyli naši cílovou skupinou. Tím jsme se často dostávali do situace, kdy jsme je museli odmítnat. To sebou přinášelo vlnu nepochopení jak ze strany odmítnutých klientů, tak ze strany zařízení, ze kterých byli doporučení.

V roce 2014 jsme odmítli přijmout pacienta z Červeného Dvora a na základě toho se začala rozvíjet spolupráce mezi komunitou a Červeným Dvorem. Krátce po tom totiž zavolal do komunity ředitel a zajímal se o důvody odmítnutí. Situace se vysvětlila, nicméně na základě tohoto telefonátu projevila primář Dvořáček zájem naši komunitu blíže poznat a více s námi spolupracovat. K tomu dodám, že Červený Dvůr, podobně jako Sejřek, procházel v té době

postupnou transformací směrem k většímu respektu individuálních potřeb klientů. Proto jsme už od začátku o sobě uvažovali jako o možných partnerech pro spolupráci.

První domluva spočívala v tom, že během přesunu klientů z Červeného Dvora do komunity budou spolu obě zařízení daleko víc komunikovat. Dále pak spolupráce směřovala k „diagnostickému filtru“ pacientů/klientů. Cílem bylo, aby byl klíčový personál Červeného Dvora dobře seznámen s naší cílovou skupinou, aby měl celkové povědomí o práci v naší komunitě, znal prostředí, práci i tým a tyto informace pak mohl předávat potenciálním zájemcům v Červeném Dvoře. V praxi to vypadalo tak, že pracovníci Červeného Dvora několikrát navštívili naši komunitu, kde strávili celý den s kolegy z komunity a kde jim naše komunita byla celkově představena – způsob naší práce, filozofie, cílová skupiny i prostory komunity.

Shodou okolností se v Červeném Dvoře právě rozbíhal provoz nového oddělení 3D, který byl koncepčně velmi blízký naší komunitě. To rozšířilo možnosti spolupráce o oboustrannou výměnu zkušeností. Takže i my jsme s týmem navštívili Červený Dvůr a seznámili se s jejich prací. Je třeba uvést, že vzájemné návštěvy probíhaly ve velice neformální a partnerské atmosféře. Bylo to hlavně tím, že oba týmy byly vedeny společným zájmem o kvalitní a efektivní pomoc klientům, ale také zájmem se poznávat, učit se jeden od druhého a navazovat přátelské a kolegiální vztahy.

Druhým směrem probíhá spolupráce tak, že příjmový pracovník TK Sejřek dojíždí do Červeného Dvora za pacienty, kteří projeví zájem o léčbu u nás, a tam s nimi uskuteční výše zmínovaný předvstupní pohovor. Běžná praxe přitom je, že pohovory probíhají standardně přímo v komunitě, aby si případný zájemce o službu udělal lepší představu o tom, co komunita je a co ho v ní čeká. U klientů z Červeného Dvora na tomto požadavku netrváme, protože důvěřujeme pracovníkům léčebny, že klientům informace o naší komunitě zprostředkují v plné míře. Není tedy důvod zatěžovat je cestou na Sejřek a zpět.

Spolupráce s léčebnou probíhá tedy nad rámec ustanovených pravidel a zvyklostí, a to v obou směrech. Důkazem dobré praxe je pak to, že celoročně jsou v komunitě dva až tři klienti z Červeného Dvora.

**Patrik Folíř**

*terapeut*

*Terapeutická komunita Sejřek*

*e-mail: [folir@kolping.cz](mailto:folir@kolping.cz)*

# DBT pro adiktologii a komunitní psychiatrickou péči

Johana Růžková

Dialekticko-behaviorální terapie (DBT) je terapeutická metoda vyvinutá původně pro potřeby klientů s hraničním profilem osobnosti. Staví na čtyřech pilířích: všímavosti, regulaci emocí, efektivitě v mezilidských vztazích a zvyšování stresové tolerance. V České republice ji rovněž kolegové z Magdalény a Kaleidoskopu s úspěchem využívají jako jádro integrované léčby klientů s duální diagnózou. Tento příspěvek ale nepojednává o DBT – pojednává o tom, že právě tyto čtyři pilíře jsou zapotřebí, aby byly adiktologické i komunitně psychiatrické služby – a pracovníci – schopny součinnosti, která povede ke skutečnému prospěchu polymorbidních klientů.

## NA ZAČÁTEK TROCHU FILOSOFOVÁNÍ

Komunitně psychiatrické služby, zastoupené v ČR posledních třicet let především asertivními komunitními týmy a také centry duševního zdraví, existují jako prostředek deinstitutionalizace psychiatrické péče a jejich posláním je podpora klientů s diagnózou z okruhu SMI v přirozeném prostředí. Vycházejí z principů recovery, které jeden z autorů konceptu, William Anthony, shrnul takto: *„Hluboce osobní, jedinečný proces proměny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a roli jednotlivce. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes omezení způsobené nemocí. Recovery obsahuje uchopení nového významu a smyslu života člověka tak, jak tento člověk překonává katastrofické důsledky svého duševního onemocnění.“*

Při důkladném promýšlení a skutečně otevřeném přístupu k této definici (zapojme všímavost!) si uvědomíme, že neříká nic nového, co bychom v adiktologii neznali – osobní odpovědnost, otázku smyslu, proměnu postojů a cílů, posuv v životní roli a překonání traumatizující duševní zátěže. V definici harm reduction uvedené v *Klinické adiktologii* se dočteme, že se jedná o alternativu k tradičním přístupům orientovaným na abstinenci a že staví na respektu k rozhodování klienta. Definice léčby (aka sekundární prevence) zase tvrdí, že využívá multidisciplinárních přístupů a pomocí včasné intervence a léčebných přístupů

vede k abstinenci nebo ke kontrolované konzumaci – že by k změně životního postoje a společenské role při zapojení odpovědnosti klienta?

Přesto se zdá, jako by si uvedené pojmy nerozuměly – a to zejména proto, že jsme zpravidla zvyklí vnímat duální diagnózu jako pouhý součet diagnostických kritérií, nikoli jako jejich souhru vedoucí k multiplikaci. Neboli – nesčítáme skaláry, ale vektory. Klient zatížený závažným duševním onemocněním a syndromem závislosti bývá ze strany komunitních týmů vnímán v zásadě dvěma různými způsoby závislými zpravidla na povaze a složení týmu – buďto jako obtížný až nepřijatelný, protože je „příliš závislý“, nebo naopak jako „pouze duševně nemocný“, což ale logicky vzhledem k uvedené definici recovery a dalším principům (např. stigmatizace a sebestigmatizace nebo prahovosti návazných služeb) logicky ke skutečnému zotavení nikdy vést nemůže. Naopak adiktologické služby tápou do značné míry ve sjednocení definice samotné duální diagnózy a také v implementaci evidence-based výzkumů ze zahraničí, které doporučují zřizovat specializované týmy a zařízení např. pro klienty s onemocněním schizofrenního okruhu a nemítat je s lidmi trpícími závislostí a např. poruchou osobnosti, ADHD nebo poruchami nálad. Dozvíme se tak, že většina českých terapeutických komunit bere do léčby klienty s duální diagnózou – což ovšem definují velmi vágně, a nutně se tak dostávají do pasti – buď té, že klienty s psychotickým onemocněním odmítají, nebo té, že jim poskytují léčbu, jež jim velmi pravděpodobně v lepším případě příliš nepomáhá (v tomto bodě je třeba vydatné emoční regulace, a pokud se snažíme zprostředkovat například našemu klientovi trpícímu schizofrenií kvalitní integrovanou léčbu, tak také nezbytného tréninku stresové odolnosti).

Pokud chceme zavádět skutečně efektivní služby pro klienty s duální diagnózou, je tedy nezbytné především efektivitu v mezilidských vztazích – kolegům z komunitně psychiatrické péče musíme srozumitelně, akceptovatelně a odborně zprostředkovat skutečnost, že závislost není jen „svobodnou volbou jedince“ a je třeba ji zohlednit při procesu recovery, naopak my v adiktologii musíme akceptovat nutnost osvojit si mnohem hlubší znalosti a dovednosti v práci s klienty zejména se schizofrenním onemocněním než je jeden dvoudenní kurz psychiatrického minima. Oběma stranám pak prospěje prohloubení vnímání zotavení jako procesu, kontinua a také jako velice pružné, takřka tekuté substance, která formuje duši každého našeho klienta a rozpíná se zcela mimo naše zavedné tabulky a definice.

Nabízíme všem zájemcům o tuto problematiku členství v pracovní skupině pro duální diagnózy při Asociaci nestátních organizací, která vznikla koncem roku 2020 z iniciativy několika organizací napříč spektrem podpory klientů s duální diagnózou a zabývá se právě tímto sbližováním světů, a to jak na teoretické, tak na praktické rovině. Každé dva měsíce usedají zástupci služeb z obou skupin k jednomu stolu (zda je kulatý, to záleží na aktuálním hostiteli, neboť putujeme po jednotlivých zařízeních), aby probrali jedno nebo dvě odborná témata z oblasti integrované péče, sdíleli novinky ve službách a prodiskutovali náročné nebo inspirativní kazuistiky. Složení služeb reprezentuje kontinuální vnímání duální diagnózy, zastupuje proto jak služby terénní, tak léčebné, pobytové i ambulantní a předpokládá tak, že mnoho našich klientů potřebuje spíše než jasnou linku od nemoci ke zdraví a od závislosti k abstinenci pružnou síť, která se rozpíná mezi všemi těmito pojmy.

*koordinátorka Pracovní skupiny pro podporu lidí s duální diagnózou při A.N.O.*

*e-mail: [johana.ruzkova@suhejunor.cz](mailto:johana.ruzkova@suhejunor.cz)*

Veronika Maxová (ed.) a kol.  
Sítování služeb a drogy  
V roce 2021 vydal SANANIM z. ú., Ovčí hájek 2549/64 A, 158 00 Praha 13  
Grafický design a sazba Jan Tippman, [www.tippman.cz](http://www.tippman.cz)  
Tisk Janova dílna, Třebestovice

ISBN 978-80-907463-2-9



**Možná nosím talíře nakřivo,  
ale konečně stojím na vlastních nohách**  
*Váš číšník*

*Café Therapy* je prvním sociálním podnikem typu WISE (*Work Integration Social Enterprise*) v České republice. Klientům *SANANIMu*, který pomáhá lidem ohroženým závislostmi, poskytuje komplexní program, který jim umožní přechod do normálního života. Pomáhá klientům se stabilizací životního stylu, poskytuje řádné zaměstnání s podporou, učí konkurenceschopnosti na trhu práce, posiluje potenciál a kompetence.



*Café Therapy funguje bez dotací*  
Školská 30, Praha 1, [www.cafe-therapy.cz](http://www.cafe-therapy.cz)

Reforma psychiatrické péče se stala velkou výzvou i pro adiktologické služby, a to především pokud jde o přenesení péče do přirozeného prostředí klienta, spolupráci v multidisciplinárním týmu, koordinaci péče o klienta, individualizaci péče, deinstitucionalizaci, destigmatizaci, zapojení uživatelů služeb do rozhodovacích procesů, odpovědnost zařízení za péči o adiktologické klienty na určitém území, lidská práva osob s duševním onemocněním či vnitřní diferenciaci léčebné péče.

Mohlo by se zdát, že v oboru adiktologie máme celou řadu výše uvedených témat již zajištěnu. Dokonce zaznívají hlasy, že reformu nepotřebujeme. Opak je pravdou. V našem oboru jsme odvedli velký kus práce, ale přesto zůstala některá témata zcela opominuta. Současné principy reformy jsou pro nás velkou výzvou a šancí.

Martina Richterová Těmínová: *Jak se adiktologie brání reformě psychiatrické péče*

Neprodejně

ISBN 978-80-907463-2-9



  
SANANIM

  
FOND NADACE  
ČESKÉ SPORITELNY

Generální partner SANANIM z. s.