

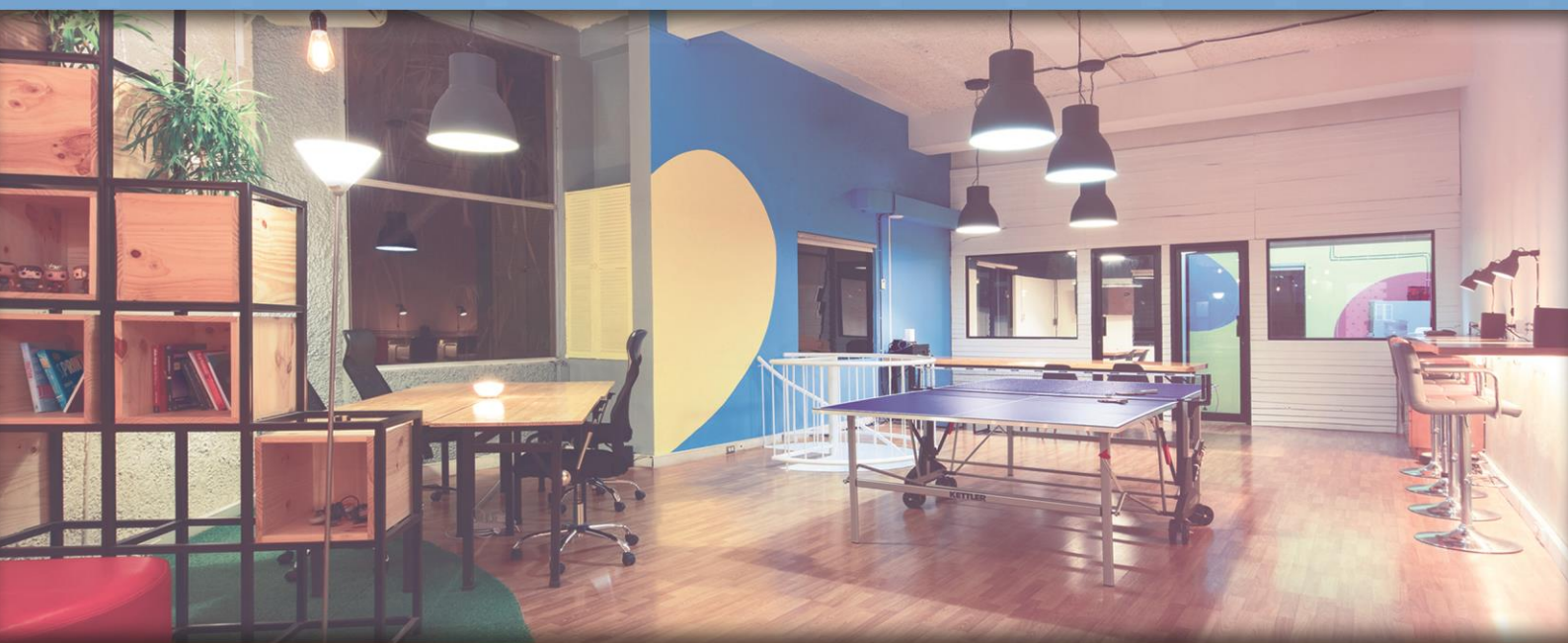
ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA PROJEKTU

Ambulantní denní centrum

RENADI, o. p. s.

Hana Czajkowska a Kateřina Hájková Klíčová

2021



ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA PROJEKTU

Ambulantní denní centrum

RENADI, o. p. s.

Hana Czajkowska a Kateřina Hájková Klíčová

2021

Realizováno díky podpoře Magistrátu města Brna z dotačního programu
PROTIDROGOVÁ PREVENCE / POLITIKA V OBLASTI DROG A ZÁVISLOSTÍ

REN
ADI

B | R | N | O

OBSAH

ÚVODNÍ SLOVO: Cesta k nové službě podporující zotavení ...	4
1. DENNÍ STACIONÁŘ – KONTEXT A PRÁVNÍ FORMA	7
1.1 Možnosti léčby problematické konzumace alkoholu	7
1.2 Co je denní stacionář a jaká jsou jeho specifika	7
1.3 Co není denní stacionář	7
1.4 Návaznost na koncepci adiktologických služeb	8
1.5 Možnosti v České republice	9
1.6 Náklady na provoz denního stacionáře	9
2. SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE	11
3. PROVOZNÍ A ORGANIZAČNÍ ASPEKTY STACIONÁRNÍ SLUŽBY	14
3.1 Cíl služby denní stacionář a jeho zasazení do mozaiky dalších služeb	14
3.2 Co může nabídnout stacionář oproti jiným službám pobytovým, ústavním nebo ambulantním	14
3.3 Varianty stacionární služby	15
3.4 Cílová skupina	15
3.5 Průchod službou – srovnání denních center a stacionářů v České republice	18
3.6 Personální zajištění denního stacionáře	23
3.7 Zapojení peerů	24
3.8 Způsob vyhodnocení služby	24
3.9 Spolupráce s dalšími službami	25
3.10 Složení týmu očima klientů	25
3.11 Prostory centra a nastavení provozu	26
4. INSPIRACE ZE ZAHRANIČÍ	28
5. ZÁVĚR	30

Cesta k nové službě podporující zotavení ...

Podle studie Světové zdravotnické organizace (WHO) a Světové banky patří alkohol mezi všemi návykovými látkami na první místo v počtu ztracených let v důsledku nemoci nebo smrti způsobené jejich užíváním. Užívání alkoholu podle odhadů celosvětově působí v důsledku nemoci a smrti 3,5 % ztracených let produktivního věku. Jenom vyspělé země takto přicházejí přibližně o 9 % produktivních let. Vzhledem k vysoké spotřebě alkoholu v České republice, která je, podle dostupných statistik, jedna z nejvyšších na světě, se tato ztráta odhaduje na více než 10 %.

Historicky se v České republice etablovala ústavní režimová léčba a postupně se rozšiřovala o péči ambulantní, komunitní nebo o neregimové pobytové služby. V posledních letech se do popředí dostávají i trendy ze zahraničí, jako je harm reduction přístup, zapojování peerů, terapeutické směry, jako je Otevřený dialog, a úvahy o kontrolovaném pití nebo mokrých domech.

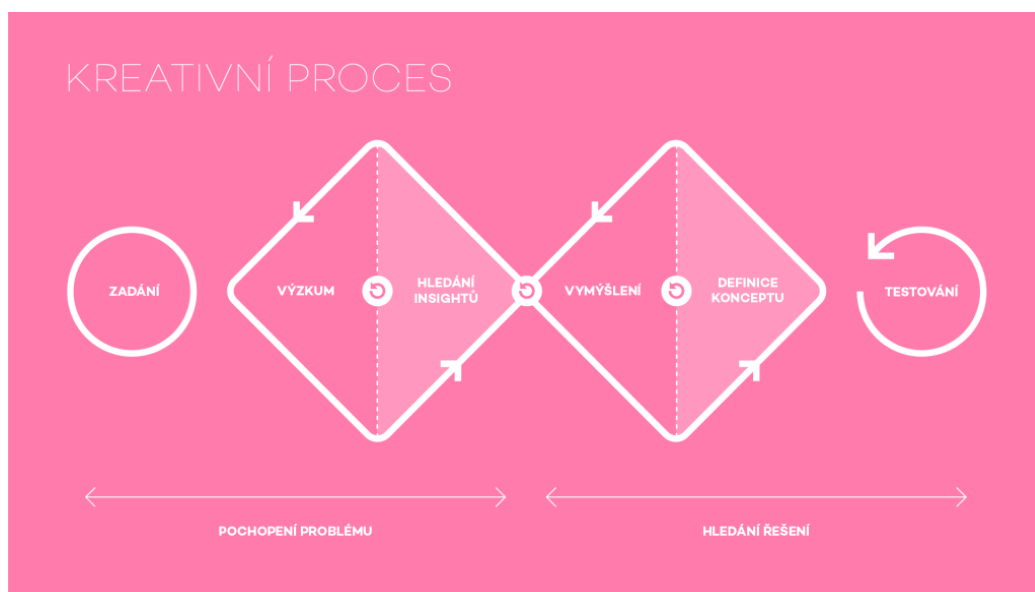
Poněkud překvapivě se v českém prostředí příliš nerozšířily služby stacionární nebo denní centra, která nabízejí ambulantní každodenní péči, aniž by člověka vytrhly na několik týdnů nebo měsíců z jeho přirozeného prostředí, a která zároveň poskytují dostatečně intenzivní podporu lidem, pro něž je stávající nabídka ambulantních služeb nedostatečná.

Renadi jako organizace, která se zabývá podporou nových možností rozvoje existujících služeb, v posledních letech vybudovala postupně několik služeb, jež reagují na různorodé potřeby klientů. Nízkoprahově zaměřenou službu Kontaktního centra, terapeutické služby ambulantní a následné péče a v rámci projektu zformovanou nízkoprahově orientovanou Terénní službu. Jako poslední vznikla neregimová pobytová služba Byty následné péče, která byla pilotně testovaná v rámci projektu EU a MPSV a která nabízí podporu sociálních pracovníků a peerů v rámci bezpečného bydlení pro lidi s problematickým vztahem k alkoholu a bez přístupu k bezpečnému bydlení.

Z rozhovorů s klienty, ale i pracovníky služeb Renadi vyplývá, že právě stacionární podpora zotavení by byla vhodnou pomocí pro jejich konkrétní situaci. Zároveň je zjevné, že je nejdříve nutné pevně usadit a metodicky ošetřit stávající služby, než se organizace pustí do rozvoje služby nové.

I v tomto případě se však zdá užitečné zmapovat podmínky vzniku možné stacionární služby, potřeby klientů, současnou nabídku v České republice nebo příklady dobré praxe ze zahraničí. Proto jsme se v roce 2021 pustili do ročního výzkumu, který by na tato témata přinášel odpovědi a nastiňoval varianty cest, jimiž by se organizace Renadi mohla pustit v případě, že se rozhodne denní stacionář otevřít.

Náš výzkum vycházel z metodiky Human Centered Design, konkrétně z jeho prvních metodologických kroků zaměřených na mapování potřeb klientů, existujících služeb a možností systému i organizace Renadi.



Během výzkumu jsme uskutečnily patnáct rozhovorů, z toho osm s klienty a sedm s experty na danou problematiku. Ve výzkumných rozhovorech s klienty jsme se zaměřovaly na zkušenosti klientů s předchozí léčbou, ať už v jakékoli formě. Zajímalo nás zejména, co jim na ní vyhovovalo a co by naopak potřebovali jinak. Pak jsme stručně nastínily fungování již existujících denních center a dotazovaly se, zda by klienti existenci takové služby v Brně uvítali a zda by pro ně byla vhodnější než léčba, kterou podstoupili, případně kdo by patřil do vhodné cílové skupiny a proč. V druhé části rozhovoru jsme se věnovaly ideálnímu nastavení takovéto služby – programu, prostoru, časovému uspořádání, personálnímu zajištění, nejvhodnějšímu umístění atd.

Respondenti a respondentky, s nimiž jsme mluvily, byli jak klienty či klientkami v péči Renadi, tak lidmi se zkušeností, kteří pomáhají v roli peerů nebo jsou momentálně v neformálním brněnském sdružení Zotavení. Velkým zdrojem inspirace a vlastně prvotním impulzem k sepsání tohoto projektu byl příběh Michaely Duffkové, která svou cestu ze závislosti velmi otevřeně sdílela formou blogu Zápisků alkoholičky, následně vydaného i v knižní podobě. Paní Duffková se pustila do odtabuizování tohoto tématu a jakési mediální osvěty a zároveň se rozhodla sama vybudovat denní stacionář Alkos. Programy tam nastavila podle svých zkušeností a představ tak, aby pomáhaly dalším lidem vrátit se zpět do normálního života. Tímto chceme velmi poděkovat paní Duffkové za její ochotu podílet se na našem výzkumu a sdílet své zkušenosti jak s provozem nově otevřeného stacionáře, tak

i vlastní léčbou v ondřejovském stacionáři. Dále bychom rády poděkovaly organizaci Sananim, konkrétně Marku Šmejkalovi, vedoucímu stacionáře, za jeho vstřícnost a otevřenost a v neposlední řadě patří naše poděkování ondřejovskému stacionáři, expertům a expertkám i klientům a klientkám, kteří s námi sdíleli své často složité životní příběhy a pomohli nám tak k empatictějšímu vhledu do jejich situace. Za vhlad do zahraničních zkušeností děkujeme spolupracovníkovi Renadi, terapeutovi Pavlu Nepustilovi.

Výstupem tohoto textu je popis oblastí, které musí organizace Renadi zvážit, pokud se rozhodne novou službu registrovat. Zastavujeme se však na prahu návrhu prototypu takové služby, protože takový model musí vycházet z aktuální situace v organizaci a z aktuálních potřeb klientů a donorů a Renadi bude muset tuto okolnost zvážit, až bude o vzniku služby reálně uvažovat.

Text obsahuje tři části. Nejprve se věnujeme kontextu a právním otázkám vzniku stacionáře. Poté podrobněji referujeme o situaci v České republice a představujeme tři konkrétní české stacionáře. A nakonec se pouštíme podrobněji do jednotlivých aspektů provozu sociální služby stacionárního typu. V textu navrhujeme varianty a tipy na témata, o kterých je třeba uvažovat, než vznikne prototyp služby určený k testování.

Inspirativní čtení přeji

Hana Czajkowska

Kateřina Hájková Klíčová

1. DENNÍ STACIONÁŘ – KONTEXT A PRÁVNÍ FORMA

1.1 [Možnosti léčby problematické konzumace alkoholu](#)

Když se člověk rozhodne řešit svou rizikovou konzumaci alkoholu, nabízejí se mu dvě nejčastější cesty – ambulantní a ústavní léčba. Obě dvě mohou začít detoxikačním pobytem, po němž je možné zůstat v psychiatrické léčebně na tříměsíčním pobytu, jehož program a kvalita se liší. Další variantou, ať už samostatné či navazující léčby, je denní stacionář, komunita, ambulantní doléčování prostřednictvím docházení na skupinovou či individuální terapii, případně účast na setkáních anonymních alkoholiků.

Ústavní léčba a pobyt v komunitě jsou vhodné zejména pro ty, kdo nemají bezpečné bydlení, popřípadě jsou zcela bez domova, nebo pro ty, pro které je užitečné, aby byli na delší čas vytrženi z běžného života – ze životního stylu, pracovního prostředí, od přátel a rodiny.

1.2 [Co je denní stacionář a jaká jsou jeho specifika](#)

Denní stacionář je ambulantní psychoterapeutické centrum poskytující poradenství a léčbu lidem ohroženým důsledky různých druhů obtíží a závislostí (alkohol, nealkoholové drogy, poruchy příjmu potravy, psychické a psychosomatické obtíže atd.). Výhodou denního stacionáře je, že člověka nevytrhne z jeho přirozeného prostředí. Do stacionáře se chodí jako do práce a odpoledne se vrací domů, k dětem, partnerovi či partnerce, rodičům atd. Večer a o víkendech člověk čelí nejrůznějším krizovým či ohrožujícím situacím, které si pak další den může přinést na skupinu či do terapie a hledat strategie, jak nové zkušenosti a poznatky z léčby zapracovávat do každodenní reality.

1.3 [Co není denní stacionář](#)

V České republice existují i další místa, která poskytují útočiště lidem s problematickou konzumací alkoholu, ale nelze je považovat za denní stacionář. V Brně je to tzv. **Mokré centrum** v ulici Vlhká, respektive kontaktní centrum společnosti Podané ruce. *Služba je v současné době určena lidem ohroženým závislostí nebo závislým na alkoholu. Konkrétně pak lidem ve věku 18–80 let užívajícím primárně alkohol, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Převážně se jedná o lidi bez přístřeší, kteří výrazně rizikově konzumují alkohol, ocitli se v obtížné životní situaci a jsou ohroženi sociálním vyloučením nebo jsou přímo stíženi sociálním vyloučením.* Tato služba je nízkoprahově zaměřená na harm reduction podporu.

Její uživatelé mají k dispozici kromě podpory sociálních pracovníků také nízkoprocentní alkohol, respektive pivo nebo víno, který má v rámci harm reduction přístupu zajistit kontrolovanější způsob užívání alkoholu. Hlavním záměrem je poskytnout pomoc lidem, kteří kvůli své závislosti nemají možnost čerpat sociální služby jinde, a dalším cílem je dostat tyto problematické případy z frekventovaných míst v centru Brna.

Jiným důležitým místem pomoci jsou [setkání anonymních alkoholiků](#). Ještě před pandemií covidu-19 byla v Brně možnost zajít každé odpoledne na dvouhodinové setkání anonymních alkoholiků, kde si mohl každý sám vybrat míru svého zapojení, respektive zda bude jen naslouchat vyprávění druhých, nebo se sám svěří se svým příběhem. Setkání jsou bezplatná a otevřená každému. Pandemie aktivitu brněnské skupiny Fénix utlumila, stále je ale možnost zúčastnit se jejich setkání pětkrát do týdne. Přesto, že se ani v tomto případě nejedná o denní stacionář (tedy místo s daným časově omezeným programem založeným na terapii), je to místo poskytující významnou pomoc, které je pro mnoho lidí cestou k abstinenci a jejímu udržení.

1.4 [Návaznost na koncepci adiktologických služeb](#)

V České republice v současné době existují pouze dva certifikované denní stacionáře, jeden z nich je Ondřejov a druhý je denní stacionář organizace Sananim. Dokument *Koncepce rozvoje adiktologických služeb* uvádí, že jednou ze slabin adiktologických služeb v ČR je mimo jiné právě nedostatek denních stacionářů. Jednou ze základních tezí této nově vydané *Koncepce* je totiž deinstitucionalizace, tedy to, že „je pacientovi/klientovi nabídnuta taková služba, která jej pokud možno co nejméně vytrhne z fungujících životních rolí a běžných povinností a současně odpovídá jeho možnostem a potřebám“.

To koresponduje s principem zotavení Strategie politiky města Brna v oblasti drog a závislostí. Jak se uvádí v dokumentu Strategie protidrogové politiky města Brna „Cesta k zotavení je [...] jedinečná pro každého jednotlivce, přičemž každý také potřebuje jinou formu podpory, ať už jde o podporu zdravotní, psychosociální, terapeutickou, spirituální nebo jinou. Ve Strategii je princip zotavení uplatňován v podpoře a rozvoji služeb, které se ve svém přístupu ke klientům spíše než na snižování projevů příznaků orientují na jejich silné stránky a podporují zejména jejich sociální fungování.“

1.5 [Možnosti v České republice](#)

Kdo si může založit stacionář a co k tomu potřebuje?

Odborné služby pro osoby užívající návykové látky nebo pro osoby s problémy spojenými s užíváním návykových látek a hazardním hraním (v návaznosti na typ registrace dané služby) nebo jejich blízkým jsou poskytovány zejména na základě těchto zákonů:

- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
- zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách);
- zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

Síť adiktologických služeb disponuje systémem externího ověření kvality služeb na základě minimálních standardů, resp. Standardů odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby podle usnesení vlády č. 300/2005 (certifikační systém RVKPP).

V zákoně č. 372/2011 Sb. je stacionární péče definována jako jeden z typů ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

Provoz stacionáře stojí před výzvou zkombinovat zdravotní a sociální služby pod jednou střechou. Pro provozování stacionáře jako zdravotnického zařízení je třeba být registrován jako poskytovatel zdravotních služeb a na jednotlivé úkony mít uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Pro uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou je nezbytné mít v týmu adiktologa/adiktoložku a navíc musí klienty indikovat k adiktologické péči psychiatr. Pokud tato organizace nesplňuje, je možné registrovat stacionář jako sociální službu, ale nikoli jinak denní stacionář, protože ten je v zákoně o sociálních službách vymezen jako místo pro osoby se *sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby*, což neodpovídá charakteru naší cílové skupiny. Nabízí se tedy varianta registrovat takovou sociální službu například jako kontaktní centrum nebo jako službu následné péče. Další možností je provozovat stacionář jako soukromé zařízení, kde si budou klienti hradit veškeré náklady z vlastních zdrojů.

1.6 [Náklady na provoz denního stacionáře](#)

Soukromé denní stacionáře si účtují cca 1 900 Kč za osobu a den. To při velikosti skupiny kolem 15 osob přibližně odpovídá nákladům stacionáře organizace Sananim, což je

něco mezi sedmi a sedmi a půl miliony korun. Stacionář Sananim je registrovaný jako poskytovatel zdravotních služeb, a tak si může některé indikované úkony nechat proplatit zdravotní pojišťovnou. Zároveň má registrovanou sociální službu, a tak formou dotací z kraje čerpá podporu pro registrovanou sociální službu. Hlavním zdrojem financí u této organizace jsou zmiňované dotace RVKPP, případně další dotační tituly MPSV či MZ. Zásadní pomocí je pro Sananim podpora městské části Prahy 7 v podobě výhodného nájmu v jedné z pražských nemovitostí. I zde si ale klienti přispívají a i zde to má mít motivační efekt.

V Ondřejovském stacionáři jsou všechny služby plně hrazeny zdravotními pojišťovnami v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

Co se soukromých stacionářů týče, v Branickém sanatoriu Moniky Plocové stojí 28denní stacionární program 2 910 Kč/den včetně stravy. Léčba tedy klienta vyjde celkem na 81 480 Kč. V centru Alkos zaplatíte za léčbu podle délky programu buď 53 200 Kč u čtyřtýdenního programu (1 900 Kč/den), 75 600 Kč u šestitýdenního programu (1 800 Kč/den), nebo 95 000 Kč u osmitýdenního programu (1 700 Kč/den).

Ptaly jsme se potenciálních klientů na to, zda by měla být takováto služba zpoplatněna, nebo by měla být k dispozici zdarma (respektive hrazena z dotací, veřejného pojištění nebo darů). Ačkoli první reakcí bylo, že zpoplatnění takové služby by vytvořilo vysoký vstupní práh, nakonec byly odpovědi různorodé. Například názor teď už majitelky denního centra Alkos je dlouhodobě konzistentní – podle ní by si lidé měli léčbu hradit (minimálně druhou a další), nebo na ni alespoň přispívat, protože je to důležitý prvek při motivaci k dokončení léčby. Z její zkušenosti vyplývá, že tam, kde se za léčbu neplatí, lidé hodně vypadávají.

Naopak pro ženy na mateřské nebo studenty či studentky by vysoká cena léčení mohla být nepřekonatelnou bariérou pro vstup do léčby. Zároveň klienti a klientky vnímají, že je důležité nějakým způsobem (např. minimální platbou) oddělit sociálně nejslabší a ty, kteří jsou ještě schopni za léčbu něco zaplatit, a díky tomu budou skupiny ve stacionáři homogennější. „Rozhodně bych takový stacionář nedělal pro sociálně slabé, to by pak odrazovalo třeba ty ženy, co nemůžou do léčby; tu tam nedostanete, když zjistí, že je tam ona a třeba devět sociálně na dně. To by pak skončilo tak, že ti sociálně slabí by vytlačili ty ostatní.“ V jednom z rozhovorů se svobodnou matkou zaznělo, že její rodina ze zoufalství nad selháním oficiálních, pojišťovnou placených léčení samostatně hledala nejrůznější drahé alternativní cesty. Rovněž ze zkušeností soukromých adiktologických zařízení vyplývá, že lidé neváhají za takové služby platit.

2. SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE

V České republice je stacionární léčba obtížně dostupnou možností léčby. Co se alkoholových závislostí týče, existuje tu jen jedno zařízení, kde je péče plně hrazena ze zdravotního pojištění, a tím je denní psychoterapeutické sanatorium [Ondřejov](#). Stacionář nabízí šestitýdenní stacionární program, který je určen klientům, pro něž je ústavní léčba předčasná, či který probíhá v návaznosti na ústavní léčbu a usnadňuje přechod do běžného života a do doléčování. Týden před nástupem do stacionáře probíhají dechové zkoušky v rámci přípravného programu, na které musí všichni přijatí adepti stacionárního programu denně docházet. Tým tvoří psychoterapeuti, psychologové a adiktologové. Intenzivní terapeutický program probíhá v uzavřených psychoterapeutických skupinách.

ONDŘEJOV

V rámci našeho 6týdenního stacionárního programu nabízíme pomoc, poradenství a léčbu lidem ohroženým závislostí především na alkoholu, hazardní hře a sázení. Náš tým tvoří psychoterapeuti, psychologové a adiktologové. Intenzivní terapeutický program probíhá v uzavřených psychoterapeutických skupinách.

Denní stacionář je určen klientům, pro které je ústavní léčba předčasná, či v návaznosti na ústavní léčbu, kdy usnadňuje přechod do běžného života a do doléčování.

Zdroj: <https://www.google.com/url?q=https://www.ondrejov.cz/lecba-zavislosti/denni-stacionar&sa=D&source=docs&ust=1641638085426602&usg=AOvVaw34zxMxoscB44hP9t0QyH7b>

Privátních zařízení je v České republice víc, jedním z nich je například centrum [Alkos](#), které v květnu 2021 otevřela Michaela Duffková. Sama absolvovala léčbu v ondřejovském sanatoriu a s využitím svých zkušeností sestavila tým a program pro vlastní centrum pro léčbu závislostí. V centru Alkos nabízí tři různě dlouhé programy a návaznou péči. „V rámci léčebného programu si s našimi terapeuty vytvoříte plán na rok dopředu, plán, který bude mít nejen variantu A, B, ale také C, protože mít plán a pravidla je v počátcích abstinence nejdůležitější.“ Majitelka Alkosu vnímá finanční aspekt, tedy platbu klientů, jako důležitý motivační prvek. Říká, že z její zkušenosti vyplývá, že „v zařízeních, kde se za léčbu neplatí, lidí hodně odpadají. Začne třeba 16 lidí a dokončí 4. Krizové bývají víkendy.“ V Alkosu je jednou za dva týdny připravený i sobotní program, kdy klienti vyrážejí na nějakou exkurzi nebo výlet,

kde jsou zároveň vystaveni rizikové situaci (jdou si pak např. sednout do restaurace), ale bezpečně, pod dohledem terapeutů.

ALKOS

Denní intenzivní stacionář je vhodný pro klienty, u kterých je ústavní léčba předčasná nebo jako přechod mezi ústavní léčbou a doléčováním. Tato forma léčby je ideální pro každého, kdo má motivaci a vůli svou situaci opravdu změnit a vrátit se k plnohodnotnému životu.

Zdroj:

<https://www.google.com/url?q=https://www.centrumalkos.cz/&sa=D&source=docs&ust=1641638085363179&usg=AOvVaw0TN40vmnMTfgJcwzto7ODL>

Soukromé Branické sanatorium Moniky Plocové je personálně založeno na lidech se zkušeností. Jak je uvedeno na webových stránkách sanatoria: „*Nejllepšími terapeutky jsou ti, kdo do své terapeutické role došli životem. Překonali svou závislost se všemi bolestmi, doplnili si odborné vzdělání, změnili přístup k životu a pochopili krásu střízlivosti.*“ Nabízí jak pobytovou, tak intenzivní ambulantní léčbu.

Velkou inspirací byl pro nás při výzkumu denní stacionář [Sananim](#). Přestože se zde zaměřují na nelegální psychoaktivní látky, jejich zkušenosti a metody práce a přístup ke klientům je velmi dobře využitelný i u klientů s alkoholovou závislostí. Sananim je zdravotnickým zařízením a sociální službou, díky čemuž může kombinovat služby hrazené pojišťovnou, dotací a příspěvků od klientů. V Sananimu fungují ve dvou režimech – uzavřená skupina s programem a nízkoprahová motivační skupina, která je zcela otevřená a funguje i jako vstupní brána do programu denního stacionáře. A naopak, kdo neuspěje v programu denního stacionáře, má možnost docházet do motivační skupiny a znovu po splnění vstupních podmínek nastoupit do služby.

Všechny navštívené služby o komplexní péči uvažují (Alkos uvažuje i o nabídce detoxu v budoucnosti), nebo ji již nabízejí formou motivační nebo následné péče (Sananim, Ondřejov). A jaký je cíl služby podle stacionářů, ve kterých probíhaly výzkumné rozhovory?

SANANIM

Cíle Denního stacionáře vycházejí ze systému komplexní a kontinuální nabídky péče o drogově závislé o. s. SANANIM a potřeb klientely v síti služeb hl. m. Prahy.

Obecné cíle:

- Zajistit v ambulantních podmínkách včasnou a přiměřenou, a tudíž komplexní a dostatečně intenzivní léčbu vedoucí k trvalé změně životního stylu klienta (abstinence a sociální integrace).
- Zajistit léčbu kontinuální, tj. navazující na terénní programy a kontaktní centra, kombinující se v nezbytných případech s ústavní či rezidenční léčbou a pokračující v doléčovacím programu, a tedy využít k zajištění dlouhodobých léčebných výsledků účinné faktory nikoliv jen jednoho pracoviště, ale celého léčebného kontinua.
- Konečným cílem je životní stabilizace a vyšší kvalita života klienta s důrazem na abstinenci od omamně psychotropních látek (OPL), která je potřebnou, ne však jedinou podmínkou.

Zdroj: https://www.google.com/url?q=http://www.sananim.cz/o-nas-1/denni-stacionar-dst.html&sa=D&source=docs&ust=1641638085425322&usg=AOvVaw1pM0HPFEJ5FS_G_P4lpDKN

3. PROVOZNÍ A ORGANIZAČNÍ ASPEKTY STACIONÁRNÍ SLUŽBY

3.1 [Cíl služby denní stacionář a jeho zasazení do mozaiky dalších služeb](#)

Stacionární služby a centra se snaží doplnit již existující služby pro lidi zotavující se ze závislosti na psychoaktivních látkách. Zároveň současní poskytovatelé podtrhují důležitost komplexní a návazné péče ideálně pod střechem jedné instituce a v propojování služeb, které na sebe navazují. Terapeut Pavel Nepustil uvažuje na základě zahraniční zkušenosti takto: „*Nejefektivnější mi přijde integrovaná péče, když to není rozkouskované – terapeuta mám odsud, sociálního pracovníka odtamtud [...] ze zkušeností tohle nejsou funkční modely, podpora je účinnější integrovaná, na jednom místě. K tomu by ten stacionář mohl pěkně vést, to je to místo, kde dostávám podporu. Tým je k tomu musí vést pomocí společných setkání, aby koordinovaná podpora fungovala, záleží na přístupu týmu. Výhodou pro klienta je, že když se v jeho životě něco stane, tak to nemusí donekonečna opakovat různým pracovníkům.*“

3.2 [Co může nabídnout stacionář oproti jiným službám pobytovým, ústavním nebo ambulantním](#)

Denní stacionář může vyplnit chybějící článek mezi ústavní a ambulantní léčbou. Více se tomuto tématu budeme věnovat v kapitole o cílové skupině.

Mezi hlavní výhody stacionární léčby [oproti ústavní](#) patří její menší finanční nákladnost pro systém, je i menším stigmatem pro klienta. Jeden z klientů uvádí: „*Není to tak velká bariéra, nikdo si toho vlastně ani nemusí všimnout, vracíš se jak z práce.*“ V neposlední řadě tato forma služby umožňuje zůstat v kontaktu se sociálními vazbami a klienti mohou rovnou získané poznatky aplikovat večer po návratu z programu. Příklad takové výhody uvádí klientka: „*Výhoda stacionáře je v tom, že ty proměny, které se lidi ve stacionáři učí, můžou hned promítnout do své životní reality, upravit prostor, zvyky, denní rutinu, vztahy... Zatímco když je člověk v léčebně, jeho realita ‚tam venku‘ zůstává neměnná a po návratu je pro něj ohrožující.*“

Ve [srovnání s ambulantní léčbou](#) nejčastěji ve službách následné péče může denní stacionář přinést intenzivní a pravidelnou každodenní podporu. Terapeutka z Renadi popisuje tento přínos takto: „*Nestačí jako záchytný bod jedna individuální terapie a jedna skupina. Potýkají se s takovou krizí, že každodenní podpora pro postavení na vlastní nohy by byla žádoucí. A kontaktní centrum na to nemá kapacitu a klienti nejdou do pobytové léčby,*

protože to z nějakého důvodu nelze. Skupinová práce a příslušnost ke skupině může přinést nějakou formu sebezpřijetí. Skupinová práce může být velkým motivátorem.“

Stacionář po první léčbě může být místo, kde si člověk poprvé za podpory skupiny a odborníků prožije pocity bažení a strachu ze selhání. Ve stacionáři je rovnou možné klienta [podpořit v situacích v běžném životě](#), reflektovat pocity bažení, které mohou vést k návratu ke kultuře pití. Klientka popisuje svoji zkušenost takto: „Naši měli vinohrad, nevěděla jsem... nerozuměli jsme tomu, že se to může vrátit, a šla jsem lahvovat víno a bylo to, vrátila jsem se do léčebny po devíti měsících. Na doléčování jsem nešla, neměla jsem hlídání. Podpůrné skupiny abstynujících, to mi nepomohlo, všichni si říkali, jak jsou úžasní, že nepijou.“

3.3 [Varianty stacionární služby](#)

Při zvažování, jak službu navrhnout, se otevírají následující dilemata, která je třeba posoudit dle aktuálních možností organizace a potřeb klientů:

- uzavřená skupina, nebo otevřený průchozí program
- strukturovaný, nebo volný program každý den skládaný na míru
- celodenní, celotýdenní nebo jen odpolední či víkendový program

3.4 [Cílová skupina](#)

Vymezení cílové skupiny je jedním z nejzásadnějších kritérií, které bude určovat charakter stacionární služby. Při procesu definování cílové skupiny jde o to, zvážit následující kritéria:

- 1) pro koho by tato služba mohla být vhodná
- 2) jaké jsou možnosti organizace: finanční, kapacitní, odborné, prostorové
- 3) jaká je ochota zaměstnanců stávajících služeb se do služby zapojit, nebo zda je příznivá situace na trhu práce pro získání nových zaměstnanců (např. psychiatři, adiktologové...)
- 4) jaká je možnost propojit službu s dalšími službami organizace a získat podporu pro specifické cílové skupiny (rodiče s dětmi, lidé s duální diagnózou)
- 5) jaký je lokální kontext a konkurence v sociálních službách

Pojďme se postupně podívat na to, jak definují cílovou skupinu existující stacionární služby, oslovení experti a expertky a jak o tomto tématu uvažují klientky a klienti.

Pracovníci zavedených stacionářů popisují obecné cílení na určité [životní situace klientů](#), na [kontext](#), z jakého klienti přicházejí nebo i na [specifické cílové skupiny](#).

- I. Cílová skupina definovaná životní situací je charakterizovaná relativně stabilní vztahovou sítí, bezpečným bydlením, schopností abstinovat ve svém přirozeném prostředí, možností trávit čas docházením do stacionáře a relativně vysokou motivací.
- II. Cílová skupina definovaná průchodem různými typy léčby zahrnuje nejčastěji klienty, kteří odcházejí z institucionální ústavní služby, ale potřebují intenzivní následnou každodenní podporu. Služba by mohla být vhodná i pro klienty nerezimových pobytových služeb (např. následné byty Renadi, chráněné byty Podané ruce).
- III. Specifické cílové skupiny jsou zejména lidé, kteří z nějakého určitého důvodu, (nejčastěji kvůli závazkům) nemohou nastoupit ústavní léčbu (rodiče malých dětí, studenti, lidé opouštějící nápravné zařízení, majitelé firem...). Zkušenost ze zahraničí reflektuje Pavel Nepustil: „U zahraničního modelu to bylo vhodné pro klienty v ‚přechodu‘; nemuseli být tak ekonomicky stabilní, např. tam šel muž po výkonu trestu, který měl zajištěné bydlení a bál se, aby si udržel to, co si naplánoval v tom vězení.“

Můžeme říci, že na straně jedné je pro tyto klienty institucionální léčba nepotřebná (nepotřebují tolik podpory a pobytovou službu), na straně druhé nabízené ambulantní služby zajišťují podpory příliš málo (např. jedno skupinové nebo individuální sezení týdně). Pro tyto klienty je stacionární ambulantní péče vhodným řešením, které zároveň nezatěžuje společnost zbytečnými náklady na ústavní léčbu, v níž z důvodu nedostatečných kapacit klienti často končí. Psychoterapeut Pavel Nepustil zmiňuje širokou cílovou skupinu, která se ocitá z hlediska potřeby péče mimo nabízené sociální nebo zdravotní služby: „Mezi aktuálními ambulantními a pobytovými službami je obrovská mezera. Je řada lidí, kteří potřebují intenzivnější podporu. Aktuálně nemají jinou možnost než využít pobytové služby (léčebny, doléčovák, podpůrné byty). A to je vytrhuje z jejich přirozeného prostředí. Potřebují intenzivní podporu, ale bydlení jsou schopni si zajistit sami. Zřízení stacionárních služeb má tedy i nesporný ekonomický přínos.“

Zároveň působí preventivně v případě klientů, kteří by v nedostatečné následné péči měli vyšší riziko relapsu a znovu propadnutí do kultury závislosti. Zkušenost z Ondřejova tento postřeh podporuje a stacionář svoji službu nabízí lidem, pro něž je léčba předčasná nebo kteří z léčby přicházejí. Terapeutka z Renadi popisuje svoji zkušenost z Kontaktního centra: „Míváme tu klienty, kteří nemohou nastoupit do léčby, třeba kvůli dlouhému odloučení od rodiny, pro které pak už zbývá jen ambulantní léčba, a ta zase není dostatečná. Pro takové klienty by byl stacionář dobrá možnost.“

Denní stacionář Sananim na základě mnoholeté zkušenosti zpracoval seznam toho, jak mohou klienti vnímat stacionární službu z hlediska přínosu pro cílovou skupinu:

„Uživatelé našich služeb budou vnímat naši službu jako:

- *Pomoc při získání náhledu na svou závislost a na okolnosti s tím spojené*
- *Motivaci k přiměřenému zvládnutí jejich individuálního vývoje a výzev z něj aktuálně plynoucích, podporu osobního zrání*
- *Propracování změny jejich sebepojetí*
- *Práci na pozitivní změně a prohloubení vztahů s jejich blízkým i širším okolím, posilování jejich přirozené vztahové a sociální sítě*
- *Podporu jejich sociální integrace*
- *Podporu prevence relapsu a udržení abstinence*
- *Podporu při nastolování změny jejich životního stylu*
- *Podporu veřejnosti i paraprofesionálů v nahlédnutí na otázku závislosti jako na problematiku onemocnění (MKN) a příspěvek k odbourání předsudků a zmírňování negativních postojů k lidem užívajícím OPL“*

Zakladatelka a ředitelka centra AdiCare Marie Funke upozorňuje v článku pro webový portál Flowee na to, že na rozdíl od našich západních sousedů nemáme propracované systémy pomoci pro lidi, které sice nelze označit za chronické alkoholiky, ale kteří se již ocitli „za hranou“ nebo na ní velmi nebezpečně balancují. Chybí nabídka tzv. sekundární prevence. Sekundární prevenci lze chápat jako léčebnou intervenci, která zabraňuje rozvoji a přetrvávání závislosti u lidí, kteří alkohol užívají rizikově nebo kteří již jsou v počátečních fázích závislosti. Řada lidí se domnívá, že léčba alkoholismu je určena pouze těm, kteří pijí hned po ránu, mají rudý nos a alkohol z nich je pravidelně cítit. Svůj závislostní problém bagatelizují a k léčbě mají odpor. Pro drogově závislé existuje paradoxně velké množství center, kde je péče na mnohem vyšší úrovni, než je ta pro lidi, kteří jsou závislí na alkoholu. Přitom je u nás právě tato závislost nejrozšířenější.

Pokud bychom se naopak podívali na to, pro koho podle slov provozovatelů stacionářů **není služba vhodná**, tak jsou to lidé, kteří jsou v akutním stavu závislosti bez schopnosti a motivace tuto situaci zvládnout ve svém přirozeném prostředí. Pro tyto klienty jsou vhodnější jiné typy služeb založené více na principech harm reduction. Potenciální klientka popisuje svoji obavu z nízkoprahovosti stacionární služby takto: *„Musím se přiznat, že tohle by pro mě byl trochu takový strašák, být v kontaktu s lidmi, co jsou na tom až takhle špatně. Ale možná by to bylo zase motivující vidět, kam až člověk může spadnout. Ale zase pro toho člověka by to mohla být dobrá zkušenost, že ho skupina přijme.“*

Služby stacionáře nejsou také vhodné pro lidi bez stabilního a bezpečného bydlení, které by jim umožnilo zvládnání náročného denního programu. Podle pracovníků ze stacionáře Sananim jsou to „lidé, kteří už o své sociální síti přišli, kterým se kvůli dlouhodobému užívání alkoholu zhroutil jejich podpůrná síť a kteří nemají bezpečné bydlení a bydlí buď na ubytovně, nebo na ulici“.

Využití stacionáře je tedy problematické například pro tyto skupiny klientů:

- Lidé s duálními diagnózami, pro které je náročné zvládat pravidelný denní režim nebo pro které není vhodná skupinová práce.
- Lidé s poruchou osobnosti (individuálně vyhodnocovat vhodnost).
- Lidé v akutní fázi: člověk, který se musí už ráno napít (který nezvládne týdenní vstupní test nebo detox).
- Lidé v péči OSPODU, pokud nebude mít stacionář zajištěnou péči pro děti klientek/matek.

3.5 [Průchod službou – srovnání denních center a stacionářů v České republice](#)

Denní stacionář nebo centrum mohou mít svůj program a jasnou délku trvání. Známe ale zejména v zahraničí propustné programy, které nefungují na bázi uzavřené skupiny. V České republice vycházíme z modelu fungování tří služeb (Sananim, Ondřejov a Alkos).

Vstup do služby

Podívejme se nejprve na vstup do služby a to, jak služba podporuje klienty ještě před vstupem do samotného programu. Pracovníci srovnávaných služeb se shodují na tom, že vzhledem k tomu, že se nejedná o pobytovou službu, je zásadní, aby klienti měli zajištěné **stabilní a bezpečné bydlení**, kde není součástí kultury užívání psychoaktivních látek. Podmínkou pro vstup do služby je také alespoň několikadenní abstinence (absolvování detoxu nebo prokázaná abstinence testováním několik dnů po sobě). Podle pracovníků Ondřejova „*musí být klient schopný abstinovat, což u závažnějších forem závislosti není možné a klient potřebuje ústavní léčbu*“. Klienti přicházejí nejčastěji z detoxu, psychiatrické léčebny, doléčovacího centra, komunity nebo také volí stacionář jako první službu, kterou chtějí využít. Pracovníci služby také zjišťují zdravotní (testy na HIV, žloutenku) a psychický stav klienta, nejčastěji při vstupním rozhovoru s psychiatrem nebo terapeutem.

Při skládání skupiny pracovníci zohledňují také vhodnost konkrétního klienta pro skupinu (některé psychiatrické diagnózy) a Sananim nabízí i místa pro matky s dětmi ve spolupráci s Thomayerovou nemocnicí.

V Ondřejově procházejí klienti vstupním pohovorem, který slouží k diskuzi o případných kontraindikacích a vhodnosti stacionární služby pro klienta. Poté následuje týdenní motivační program, jehož součástí jsou každodenní dechové zkoušky. Pokud klient tento motivační týden nezvládne abstinovat, doporučují mu pracovníci ústavní léčbu.

Psychoterapeut Pavel Nepustil popisuje zkušenost ze stáže v Anglii, kde je nabízen i tzv. ambulantní/komunitní detox (Detox in the box), kdy je klient podporován ambulantně dle jeho individuálních potřeb a je podporován i terénním týmem a peery.

Podpora klientů před vstupem do služby

Sananim provozuje tzv. motivační skupinu, kam může klient jednou týdně docházet a dostává podporu při plnění vstupních podmínek. Do této skupiny také přicházejí klienti, kterým se z nějakého důvodu nedaří udržet se ve službě. Klient také může využívat např. individuální poradenství, které slouží převážně k mapování toho, zda je stacionář vhodnou službou vzhledem k situaci a potřebám klienta. Není výjimečné, že vstupní rozhovor ukáže, že je pro klienta vhodné využít jiný typ služby, např. pobytový nebo institucionální, a do stacionáře je možné nastoupit až při větší stabilizaci klienta. Pracovníci navazují spolupráci s klienty už v období, kdy klient absolvuje např. režimovou službu nebo pobývá v komunitě. Právě průchodnost služeb a jejich vzájemné propojení považují expertky a experti za jednu z podmínek úspěšného zotavení. V Sananimu, kde se spolu s přihláškou přikládá i životopis, je možné životopis zpracovávat právě díky individuálnímu poradenství nebo účasti na motivační skupině. Terapeutka z Renadi možnost takové podpory považuje za smysluplnou: *„Motivační skupina mi dává smysl, umím si představit, že spousta lidí, kteří nedokončí léčbu, není dostatečně motivovaná. Sananim je zavedená služba a aktivně to lidi využívají, já mám obavu, aby se u nás tahle nová služba naplnila.“*

Vznik skupin

Denní stacionáře, které jsme navštívily, se liší kromě jiného i délkou programu. Alkos nabízí tři varianty podle toho, z jakého prostředí klient přichází, a také toho, jak intenzivní podporu potřebuje (4 týdny např. po institucionální léčbě, 6 týdnů např. po detoxu a 8 týdnů v situaci, která vyžaduje delší podporu). Délku programu stanovuje klient ve vstupním pohovoru s terapeutem. Takto vzniká uzavřená skupina, která je ukončena, až poslední klienti vyčerpají 8týdenní běh.

Denní stacionář Sananim nabízí polopropustnou skupinu, která funguje po dobu 4 měsíců. V případě, že se uvolní místo, jsou osloveni klienti podle pořadníků a jejich připravenosti na vstup do skupiny. Aktuálně organizace zvažuje dvourychlostní model. Ten bude započat 4týdenní intenzivní podporou a bude doplněn intenzivní ambulantní

následnou péčí (každý pracovní den 2 hodiny odpoledne). To umožní klientům jednak volit intenzitu podpory a také snadnější návrat do svého osobního a pracovního prostředí, aniž by ztratili každodenní podporu.

Stacionární program v Ondřejově je uzavřený, v prvním týdnu mohou ještě přibýt klienti z léčebny, kteří dokončovali ústavní pobyt. Kapacita služby je 10–12 klientů, hlásí se často více lidí, ale nenastoupí, protože vypadnou v rámci přípravného motivačního týdne, například z důvodu nedodržení sedmidenní abstinence. Terapeut Pavel Nepustil říká: „Zotavení je individuální a vztahový proces, vždycky jedinečný, takže pro mě je přínosnější model, kde si může člověk míru a typ podpory vybírat, je to zplnomocňující, klient si to může řídit. Klasické stacionáře budou jednodušší na vyhodnocení a někomu to může vyhovovat – tomu, kdo je ve fázi, že i volá po struktuře, a zplnomocnění přijde průběžně.“

Skupina uzavřená/otevřená

Ačkoli všechny tři navštívené instituce preferují uzavřené skupiny, přičemž Sananim umožňuje obměnu klientů při uvolnění místa, respondenti neměli problém najít mnoho výhod i u skupin otevřených – „pro člověka na začátku by to byla perspektiva, kam se můžu dostat, pokud vydržím, a naopak pro člověka po několika týdnech stacionáře by byl kontakt s nováčky takovou připomínkou na jeho první dny léčby a jak dalekou cestu ušel a že by se na začátek nechtěl znovu vrátit“. Z provozního hlediska jsou ale uzavřené skupiny daleko praktičtější. Programový model zkrátka vyžaduje koherentní skupinu s jasně nastavenými pravidly, a tedy vyšší práh.

Podpora při startu skupiny

Většina programů začíná intenzivnější podporou založenou na mapování anamnézy, individuálním plánování a sestavení krizových plánů. V Sananimu získá klient svého garanta, který ho provází po celou dobu jeho pobytu ve stacionáři. Nový klient v prvních týdnech se na skupině představí a promluví o tom, jak se dostal k závislosti. Do šesti týdnů by měl představit tzv. mapu svých vztahů, a to zejména s ohledem na to, které vztahy jsou podpůrné, a které naopak méně. Klient se také zúčastní jednou měsíčně edukačního programu Prevence relapsu, v případě potřeby to může být i častěji.

Program služby

Stacionární služby se liší svou délkou, podmínkami pro vstup, ale i nabídkou denního a týdenního programu. V Sananimu je program založen na skupinové práci a individuální terapii, konzultace jsou doplňkem skupinové dynamiky. Jednou měsíčně probíhá revize

individuálního plánu s garantem. Dvakrát týdně probíhá testování. Jednou denně si klienti nakupují, sestavují jídelníček a společně vaří. Organizace má týdenní plán programu/skupin a jednou týdně jde skupina na základě vlastní volby a organizace na sportovní nebo kulturní program. Někdy je denní program doplněn víkendovou outdoorovou akcí. Program každého klienta je tak dán společnou kolektivní skupinovou prací a naplňováním plánu individuálních cílů, které si klient stanovuje ve spolupráci s garantem. Velký rozdíl přitom je, zda už má klient zkušenost s terapeutickým programem nebo ústavní léčbou, nebo zda je to jeho první zkušenost se stanovováním cílů, mapováním vztahů a reflexí vlastní závislosti.

Alkos nabízí kombinaci skupinové a individuální terapie. Velký důraz klade na dechová a jógová cvičení. Každý týden v programu má své téma. Důležité je také střídání terapeutů, kteří vnášejí každý jinou inspiraci. V programu jsou zapojeni i peři a majitelka se zapojuje do zpětnovazebních rozhovorů s klienty. V sobotu je pravidelný kulturní program (zoo, turistika), který je kombinován s vystavováním klientů krizovým situacím pod vedením terapeuta (např. návštěva restaurace).

Ondřejov jako nestátní zdravotnické zařízení nabízí stacionární program psychoterapie, individuální i skupinové, který je veden psychology a adiktology. Klienti mají možnost konzultovat své sociální problémy na sociálním oddělení a mají možnost využít služeb psychiatra.

Mezi hlavní přínosy stacionární péče patří to, že klient může při návratu do svého prostředí zkusit nové postřehy a získané informace aplikovat bez zbytečného prodlení, je vystaven rizikovým situacím a kontaktům a následně má možnost každý den tyto náročné situace zpracovávat buď v rámci skupiny, nebo na individuálním setkání. Klient upozorňuje na riziko udržitelnosti abstinence po návratu z ústavní léčby: „*Bylo by dobré, aby měl stacionář i program pro pracující, například odpolední setkání, aby ti lidé nebyli tak vytrženi z reality, jako je to například u léčby, kdy jsou na 3 měsíce zavřeni v psychiatrické nemocnici, ale ty problémy venku nemizí.*“

Program služby pohledem klientů

Z rozhovorů s klientkami a klienty, kteří absolvovali ústavní léčbu, bylo zjevné, že jim během ní chyběla právě tato intenzivní náplň dne a program, který je založen na [sebepoznávání a vzdělávání](#).

Každý sedmý člověk, který projde ústavní léčbou, se do ní vrací. Osvětlením této neveselé statistiky může být i zkušenost, o kterou se s námi podělila jedna z respondentek. V rozhovoru popsala svou zkušenost s pobytem v léčebně v Kroměříži a Černovicích, kde byl personál tak moc zahlcený, že nedokázal nabídnout potřebnou pomoc. Popisovala, jak se jednou necítila psychicky dobře, a tak prosila kolemjdoucí lékařku o konzultaci, ta se

podívala na hodinky a řekla: „*Buď mám teď půl hodiny, nebo vám dám antidepresiva.*“ Tato klientka mi popsala, jak zásadní je pro závislého sebepoznání, tedy hluboké pochopení příčin závislosti, a jak důležitá je také edukace a prevence relapsu. Absenci edukace a prevence relapsu označuje za jednu z příčin svých častých návratů do ústavní léčby. Podle svých slov netušila, co je to bažení, proč je nervózní, když je poblíž alkoholu, nerozuměla příčinám své vlastní závislosti, neuměla se o sebe postarat v krizových situacích. Stacionáře mohou podle ní klienty [podpořit v prvních situacích v běžném životě](#), reflektovat pocity bažení, které mohou vést k návratu ke kultuře pití. Jako maminka malého dítěte odcházela na léčbu vždy jen díky ochotě rodičů postarat se o její dítě.

Z jejího pohledu je tedy ve stacionárním programu důležitá [terapeutická práce, jak skupinová, tak individuální](#). Dál je důležitá [role peerů](#), kteří rozumí nepřenosné zkušenosti, již závislí mají. A v neposlední řadě považuje za přínosné čas naplnit nějakou [fyzickou či arteterapeutickou činností](#). Zapojení jógy, tance, posilování, arteterapie či ergoterapie, relaxačních technik či dalších volnočasových aktivit může znít až příliš nepodstatně, máme proto potřebu obhájit význam zapojení „volnočasových“ aktivit do programu denního centra. Užívání alkoholu totiž často vytlačí jakoukoli další náplň života, a je tedy na místě, aby cesta ze závislosti souvisela s návratem k předzávislostnímu způsobu života. Jak zmínila Michaela Duffková: „*Ve stacionáři se už pomalu vracejí k tomu, co dělali (volnočasové aktivity) a co upozaďovali kvůli alkoholu.*“ Tyto aktivity proto mají v programu stacionáře své místo a významný terapeutický efekt. Zároveň je sport a pohyb obecně zdrojem endorfinů, a tedy do jisté míry nahrazuje příjemné pocity, které byly spojené s užíváním alkoholu.

[Výstup ze služby \(po ukončení nebo v průběhu programu\)](#)

Poslední týdny programu jsou věnovány přípravě na opuštění služby. Jako témata vystávají práce a hledání návazných služeb. Podrobněji se také dostává do popředí vyhodnocování cílů a individuálních plánů. Klienti potom mohou zůstat se službou v dalším kontaktu. Centrum Alkos doporučuje roční pravidelné docházení do následné péče a Sananim nabízí návaznou skupinu a setkávání absolventů. Klienti také mohou pokračovat do komunity, kterou provozuje společnost Sananim nebo další organizace. V Ondřejově je možné v případě nepřipravenosti na přechod do následné péče prodloužit pobyt ve stacionáři o 6 týdnů. Většina klientů ale přechází do doléčovací skupiny nebo individuální terapie, kterou Ondřejov nabízí. Pokud je někdo zdaleka, následnou péči si najde v místě svého bydliště nebo se vrací do programu, ze kterého přišel (jde o asi 20 % klientů).

Vypadávání klientů ze služby je ve všech centrech způsobeno podobnými důvody. Nejčastěji jsou to relapsy, o kterých klient pracovníky neinformuje, narušování skupiny nebo

opakované relapsy. V tomto případě může klient využít motivační ambulantní skupinu a do programu se vrátit po splnění vstupních podmínek (detox, sedmidenní testování). V Sananimu dochází také k odchodům kvůli nedodržování režimu, který je pro některé klienty s fobiemi nebo jinými přidruženými problémy náročný. V Ondřejově probíhá takové vyloučení ze služby individuálně. „Není tam jediný aspekt, jestli se napil, nebo ne, ale v pravidlech máme, že pokud to přizná, je to jednorázově a pokud vidíme, že je klient motivovaný, pracuje, tak ho ve službě necháme a snažíme se situaci rozebrat a využít k podpoře. Záleží, jak se k tomu klient postaví.“

3.6 [Personální zajištění denního stacionáře](#)

Složení týmu závisí jak na výchozím nastavení služby – zda se jedná o službu na poli zdravotnictví, nebo sociální práce –, tak na filozofickém nastavení organizace (např. podíl a role peerů a profesionálů ve službě). Jednotlivé služby, které jsme navštívily, mají v týmu

- psychoterapeuty
- sociální pracovníky
- adiktology
- klinické psychology
- arteterapeuty
- fyzioterapeuty nebo lektory jógy nebo mindfulness

Pro představu o zapojení do přímé práce Sananim uvádí, že při plném úvazku pro 6 osob tráví pracovníci přímou prací cca 4,5 hodiny. Zbytek času vyplňují porady, supervize, administrace, vyjednávání nebo evaluace služby. Tým je složen převážně z terapeutů, kteří mají i jiné specializace – adiktolog, sociální pracovník, psycholog. Další pracovníci podpůrného týmu jsou společní pro celou organizaci (účetní, fundraiser, právník, psychiatr...).

Podobný počet pracovníků má i tým stacionáře Ondřejov, který funguje jako poskytovatel zdravotních služeb. V týmu jsou adiktologové a psychologové s komplexním psychoterapeutickým výcvikem, kteří poskytují terapeutické služby. Dále spolupracují s adiktologem, psychiatrem a sociálním oddělením, které je společné pro celou kliniku.

Složení týmu tak nezohledňuje jen představu o zapojení a užitečnosti jednotlivých profesí, ale i formální požadavky registrátora služby nebo donora. Tyto požadavky jsou zaměřené na posílení zdravotnického personálu zejména tehdy, pokud je stacionář i částečně registrován jako poskytovatel zdravotních služeb. V tom případě je nutná přítomnost psychiatra, adiktologa nebo klinického psychologa ve službě.

Tyto profese jsou přínosem i v případě, že se jedná o registrovanou sociální službu, pak se však může jednat o externí spolupráci. Koordinátor z Ondřejova popisuje jejich spolupráci takto: „Je důležité mít navázanou spolupráci s psychiatrem nebo lékařem adiktologem, který je schopný řešit různé situace, třeba komorbiditu, úzkostné stavy, aby podpořil to, že klient zůstane v programu. A sociální otázky je dobré řešit mírně mimo individuální terapeutický proces.“

Vzhledem k vytíženosti těchto profesí je třeba dobře zvážit složení týmu z hlediska odbornosti. Terapeutka z Renadi vyjadřuje svoji obavu: „Já jsem zvyklá z Kontaktního centra na multidisciplinární tým. Jen mám obavu, zda se nám podaří nalákat lidi ze zdravotnictví do sociálních služeb, jestli je seženeme. Ale ta myšlenka mi připadá skvělá. Mít tým různých profesí, který na sebe může odkazovat, to je super.“

3.7 [Zapojení peerů](#)

Zásadní otázkou je kombinace expertních a peerských pozic. Terapeut Pavel Nepustil upozorňuje na zahraniční tradici čistě peerských organizací nebo organizací, kde například kontaktní centrum a recepci spravují peeri a přizývají si experty, pokud je to třeba.

Zároveň je důležité, jak peerskou roli uchopit, prezentovat a pojmenovat. V některých programech nejsou peeri představováni jako peeri, ale prostřednictvím pracovních pozic, které vykonávají: vedoucí dílny, recovery kouč, správce bytu. U zapojení peerů je nutné, aby buď byli financováni mimo registrované služby, nebo zapadali do popisu požadavků na profesní vzdělání.

3.8 [Způsob vyhodnocení služby](#)

Při nastavování fungování týmu a rozdělení práce mezi přímou a nepřímou je nutné mít na paměti potřebnost vyhodnocování dopadů služby a čas, který je nezbytné si na tuto aktivitu vyčlenit. Při návrhu hodnotících mechanismů služby je potřeba mít promyšlené, k čemu má evaluace sloužit, respektive co je jejím cílem a pro koho evaluaci děláme? Má sloužit donorům jako doklad prospěšnosti služby, nebo má sloužit týmu jako zdroj kontroly, zda to, co děláme, děláme dobře? My vycházíme z toho, že služba bude dělat evaluaci pro svoje vnitřní potřeby. Takovouto evaluaci dělá tým za účelem zlepšení služby, aby opravdu odpovídala potřebám klientů.

Abyste pracovníci služby mohli věnovat svůj čas evaluačním schůzkám, je na to potřeba pamatovat hned od začátku při psaní projektu nebo vytváření rozpočtu služby, aby měli pracovníci v přímé práci zaplacený čas i na takováto případová setkání, díky nimž budou minimálně první rok či dva hodnotit fungování služby, analyzovat klientská data, zda služba dělá, co má, a na základě toho psát, případně upravovat metodiku.

Jednou z možných cest sběru dat o klientech je inspirace britským modelem Outcome Star, kde se jedná o grafické značení pocitů klienta v různých oblastech života (rodina a vztahy, práce, bydlení, smysluplné využívání času, peníze, psychické zdraví, fyzické zdraví...). Díky přehledným škálám může pracovník sledovat, které oblasti se daří podpořit, a které naopak naši pozornost potřebují. Je to systém komplexní podpory, který se dívá na člověka jako na celek, nesnaží se akcentovat některou část života na úkor jiných. Pomáhá promyslet, co může udělat pro zlepšení klient a s čím může pomoci služba.

3.9 [Spolupráce s dalšími službami](#)

Dobrá spolupráce s dalšími službami nebo organizacemi je důležitým prvkem udržení při vstupu do služby nebo udržení klientů při jejich výpadku. Motivační skupiny mohou klienta pomoci připravit na vstup do stacionáře, a naopak terénní programy mohou pomoci v návratu do skupiny, pokud klient dočasně vypadne.

Terapeutka z Renadi také uvádí, že je důležité, zejména při vzniku nové služby věnovat velkou pozornost budování týmů a také to, aby lidé v týmu byli ve službě zapojeni na celý úvazek a podíleli se na rozvoji služby: *„Považuju za důležité, aby lidi neměli malé úvazky a aby to nebyli lidi z řad externích expertů. To je pak náročné na vzájemnou komunikaci mezi službami. Je k nezaplacení mít kolegy na celý úvazek, v Kontaktním centru vidím, jak to podporuje dobrou práci v týmu. A zvláště pro rozjezd nové služby. Je důležité fungovat spolu i v lidských věcech, nejen profesních.“*

Pavel Nepustil k efektivitě a nákladnosti pobytových služeb dodává: *„Lidi se do pobytových služeb dostanou v okamžiku, kdy už je na stacionář pozdě, ale kdyby tady stacionáře byly a psychiatři o nich věděli a posílali tam klienty, tak by do pobytové služby vůbec nemuseli.“*

3.10 [Složení týmu očima klientů](#)

Pro naše respondenty hrají ve složení týmu zásadní roli **terapeuti/terapeutky** kvůli výše zmíněnému sebepoznání, **sociální pracovníci/pracovnice** kvůli podpoře při případném hledání práce či pomoci s mapováním dluhů nebo vyřizováním sociálních dávek. A v neposlední řadě je velmi zaujala možnost mít v týmu **peer pracovníka** neboli pracovníka s vlastní zkušeností s užíváním alkoholu. To, že bude v týmu někdo, kdo prošel stejnými zážitky a pocity a kdo tuto nepřenosnou zkušenost zná na vlastní kůži, umožňuje zažívat úplně jiný typ důvěry a zároveň vidět, že zotavení a návrat do normálního života jsou možné.

3.11 Prostory centra a nastavení provozu

Denní centrum klade nároky na prostor jak z hlediska umístění v zástavbě, tak na počet místností a jejich rozložení či vybavení.

Podívejme se nejdříve na nároky na **rozlohu a příslušenství**. Služba potřebuje jak prostory pro skupinovou práci, tak pro individuální terapie nebo týmové schůzky. Zároveň potřebuje rozsáhlé zázemí pro tým – pracovní stoly a společnou místnost na porady. Výhodou jsou dva vchody pro tu část nabídky služeb, která předchází zařazení do stacionáře, tzv. motivační skupinu, kam mohou přicházet klienti bez kontroly abstinence. Podle pracovníků Sananimu přináší toto oddělení bezpečí pro abstinující členy stacionární skupiny.

Terapeut Pavel Nepustil naopak popisuje svoji zkušenost z Anglie s nízkoprahovým nerezimním programem, kde skrze jednu recepci přicházejí všichni klienti a domlouvají si, nejčastěji za doprovodu peerů, další denní program v centru.

Mezi **další místnosti centra** patří sklad (např. pro skladování hudebních pomůcek, vybavení terapeutické místnosti po dobu cvičení, vybavení na výlety, trvanlivé potraviny). Dále kuchyňka – ideálně jedna pro skupinu a druhá pro tým (např. spojená se společnou místností na porady), velikost a vybavení kuchyně je vhodné zvolit podle toho, zda klienti v zařízení sami jídlo připravují (Sananim), nebo konzumují jídlo objednané např. z menzy (Alkos) či si ohřívají jídlo přinesené z domu. Dle kapacity skupiny a týmů také toalety oddělené pro tým a skupinu a místnost na úklidové potřeby, eventuálně pračku. Konkrétní nároky na velikost místností a sanitární zázemí je potřeba zohlednit v hygienickém řádu, který se schvaluje při registraci sociální nebo zdravotní služby. Výhodou je i počítačová místnost, případně dílna v návaznosti na volnočasový program skupiny. Terapeut Pavel Nepustil navrhuje i místnost, ve které by klienti mohli realizovat své aktivity, např. doučovat nebo vést kurzy nebo kroužky.

Otevírací doba záleží na rozsahu poskytovaných služeb. Nejčastěji je služba k dispozici mezi 9. a 16. hodinou v pracovní dny. Někteří klienti by ocenili pouze odpolední provoz po práci (např. každý den 17–19) nebo odpolední provoz (14–16) kvůli možnosti zachovat si poloviční úvazek či možnost studia. Terapeut Pavel Nepustil zmiňuje i zahraniční zkušenost, kde víkendový provoz nebo víkendovou krizovou linku zajišťují peeri.

Kapacita navštívených stacionářů se pohybovala mezi 4 až 12 klienty. Téma uzavřenosti nebo otevřenosti skupiny jsme diskutovaly výše, nicméně kapacita skupiny zůstává stejná. Velikost skupiny je dána jak potřebami klientů, tak finanční udržitelností programu (např. při jak malé skupině je ještě možné skupinu otevřít).

Zajištění stravy může být různé v návaznosti na praktické možnosti nebo hygienický řád. V některých stacionářích si klienti připravují jídlo sami v rámci programu (Sananim), jinde si nechávají dovážet jídlo z menzy nebo klienti navštěvují společnou jídelnu v rámci kliniky.

Ubytování není v denním stacionáři běžné. Dokonce stabilní bydlení je u většiny stacionářů podmínkou pro přijetí do programu. Soukromý stacionář Alkos tuto možnost ve výjimečných případech nabízí.

Velkým tématem je nákladnost a smluvní vztah k majiteli objektu. Některé městské části a města podporují podobné služby a nabízejí výhodný nájem vhodných prostor (Sananim), jiné stacionáře mají prostory pronajaté od soukromého majitele (Alkos).

Co se týče **umístění v lokalitě**, je dobré zvážit jak vhodnost pro klienty nebo situaci v komunitě/sousedství, tak vhodnou dostupnost k občanské vybavenosti. Oslovení expertky a experti a klientky a klienti mluví o parametrech, které by mohly být klientům ku prospěchu:

- přístupná zahrada (prostor pro skupinové terapie, pěstování, cvičení)
- dobrá dostupnost MHD, nádraží
- centrum – dobrá dostupnost občanské vybavenosti
- venkov (dům se zahradou, ozdravný kontakt s přírodou)
- dobrá docházková vzdálenost do lesa (podporuje pohyb)
- prostor pro kreativitu a vlastní dotváření prostor klienty
- klidné, nehlukné prostředí slibující soukromí
- přechod mezi centrem a klidnější lokalitou
- vzdáleno od lokalit, které jsou známé přítomností psychoaktivních látek (herny, bary...)

4. INSPIRACE ZE ZAHRANIČÍ

Zahraniční stáže jsme si musely z důvodu nepříznivé pandemické situace odpustit, tudíž jsme byly během výzkumu odkázány jen na tipy expertů a pročítání webových stránek. Uvádíme tu různé inspirativní přístupy a cesty, které jednotlivé země či města volí v přístupu k řešení závislosti.

Vídeň – v roce 2014 zahájili ve Vídni projekt Alkohol 2020, který nyní funguje pod názvem „Alkohol. Leben können“. Díky projektu byla společně vypracována celková koncepce integrované péče a spolupráce mezi všemi zúčastněnými stranami: nemocnicemi Vídeňské nemocniční asociace, specializovanými zařízeními pro podporu závislosti v ambulantní a lůžkové oblasti a dalšími zařízeními vídeňského zdravotního a sociálního systému. Základními kameny při realizaci projektu jsou individuální, celostní péče zaměřená na ambulantní služby. Důraz je kladen na co nejmenší byrokratickou zátěž pro pacienty, průběžnou evaluaci a společné financování zdravotními pojišťovnami a městem Vídní. Po podobném propojení v oblasti adiktologie volá i město Brno, kde se odborníci vytvářející dokument Strategie politiky města Brna v oblasti drog a závislosti shodují na tom, že péče by se zefektivnila vytvořením koordinačního bodu, který by zájemce nasměroval k nejvhodnější pomoci. Toto opatření by vyžadovalo soustředit pracovníky do adiktologického multidisciplinárního týmu, který by mohl koordinovat činnost dalších služeb a zároveň by spolupracoval i s dalšími centry a poskytovateli protidrogových služeb na území Brna. Tyto týmy by měly být propojeny s informační a krizovou linkou.

Velká Británie – ve Velké Británii jsou nejrozšířenější tzv. *day centers* nebo *day care services*, kam může člověk přijít kdykoliv v průběhu dne (s jistými omezeními) a zapojit se do různých programů, které se tam v tu dobu odehrávají – terapeutické skupiny, výuka, jóga atd., nebo tam mohou prostě jen tak být a trávit čas nestrukturovaně. Např. v Manchesteru je denní centrum, kam lidé mohou přijít bez domluvených schůzek, ujme se jich peer pracovník, domluví se, co člověk potřebuje a co je ten den v nabídce. Takovýto model, kdy si klient může aktivně řídit, jaký typ péče dostane, je podle odborníka na adiktologii Pavla Nepustila více zplnomocňující, a navíc umožní přizpůsobit program dle potřeb klienta.

USA – nejznámějším modelem první pomoci pro lidi s problematickou konzumací alkoholu v USA (a vlastně i na celém světě) jsou setkání anonymních alkoholiků. Jsou to otevřená setkání, na kterých mohou lidé aktivně sdílet své příběhy spojené s alkoholem, nebo jen naslouchat ostatním. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít. Dále mají v USA dlouholetou tradici tzv. *sober houses*, tedy domovy, jež jsou zpravidla

zakládány a řízeny lidmi, kteří sami prošli závislostí a abstinují. Vstupní podmínkou je většinou absolvování minimálně detoxifikačního programu a současná účast v některém z dvanáctikrokových programů. Účelem těchto domovů je zajištění bezpečného prostředí pro střízlivý život, platí tedy poměrně striktní pravidla ohledně užívání alkoholu či jiných psychoaktivních látek. Délka pobytu bývá zpravidla neomezená. Dalším rozšířeným modelem je komunitní bydlení pro lidi se závislostí. Podle výzkumných studií existují významné rozdíly ve všech sledovaných kritériích obyvatel Oxford houses a lidmi v běžné péči. Obyvatelé Oxford houses mají nižší míru užívání psychoaktivních látek, kriminality a více vydělávají než lidé v běžné péči. Na podobných principech je založena řada nabízených služeb, jako např. Clean and Sober Transitional Living (CSTL) nebo Sober Living Environments.

5. ZÁVĚR

Naši respondenti a respondentky z řad klientů mají pestrou zkušenost s léčbou závislosti – někteří prošli ústavní léčbou, jiným pomohla komunita, dalším zas klub Anonymních alkoholiků nebo jim stačila podpora terapeutů, peerů či recovery koučů. Stacionář hodnotí jako cenné rozšíření nabídky. Každému pomůže jiná cesta, podle toho, co jedince k rizikovému užívání alkoholu přivedlo. Všichni se ale shodli na tom, že denní stacionář je služba, která jim přijde užitečná a buď by ji (byli bývali) využili přímo oni, nebo jim přijde využitelná pro jiné.

Jako jednoznačný přínos denního centra, z něhož se člověk každý večer vrací domů, hodnotí možnost zapracovat nové poznatky z léčby do své každodenní praxe, možnost upravovat a proměňovat průběžně svou životní realitu a také to, že pokud večer nebo o víkendu zažijí nějakou krizovou situaci, mohou ji hned následující den sdílet v rámci terapie nebo komunity a hledat cesty pro její řešení. Jak řekla jedna z respondentek: „Je *hrozně důležité, aby lidi byli v kontaktu s realitou, reálným prostředím, protože tam (v ústavní léčbě) jsou od těch problémů odříznutí, pak vylezou a... děj se vůle boží.*“

V podobném duchu se neslo hodnocení další respondentky, mladé maminky: „*Kdybych jezdila na noc domů, všechno bych rovnou řešila a druhý den bych ty těžkosti sdílela, hned, abych se nerozpila.*“

Další výhodou stacionáře je to, že není tak společensky stigmatizujícím – do stacionáře jdete jako do práce, ráno tam, večer zpět. Nikdo nemusí vědět, že intenzivně řešíte problém s pitím. Maminky nemusí přemýšlet, kam umístí svoje dítě, studenti/studentky mohou v omezeném režimu pokračovat ve studiu. Při vyjmenovávání všech těchto výhod je vlastně s podivem, že v České republice existuje pouze jeden plně registrovaný stacionář specializovaný na léčbu alkoholové závislosti.

V našem mapování jsme si kladly za cíl podpořit tezi potřebnosti denního centra a popsat aktuální potřeby dané cílové skupiny, opřené o zkušenosti odborníků z adiktologické praxe. Naše zpráva má čtenáři nabídnout intenzivnější vhled do problematiky a díky mapování již existujících služeb a inspiraci ze zahraničí usnadnit cestu k případné realizaci podobné služby v rámci města Brna.

V textu jsme chtěly upozornit na to, jaké výzvy má před sebou a jaké otázky si musí zodpovědět organizace, která se do budování takové služby pustí. Mezi hlavní výzvy patří potřeba zvážit:

- výšku prahu pro vstup do služby
- uzavřenost či otevřenost skupin a programu
- možnost odpolední či večerní skupiny

- nastavení právní formy a financování – kombinace sociální a zdravotní služby
- složení týmu

Při psaní tohoto textu jsme zůstaly u detailního popisu již existujících služeb a osvětlení otázek, které bude třeba posoudit a promyslet a jejichž zodpovězení se bude vázat k aktuální situaci v organizaci a k aktuálním potřebám donorů a klientů. Studie prokazuje potřebnost takovéto služby a její velký význam pro klienty, a tedy i pro komunitu jako takovou. Proto doufáme, že se tuto službu v našem městě podaří vybudovat a město Brno nebo Jihomoravský kraj její vznik podpoří.