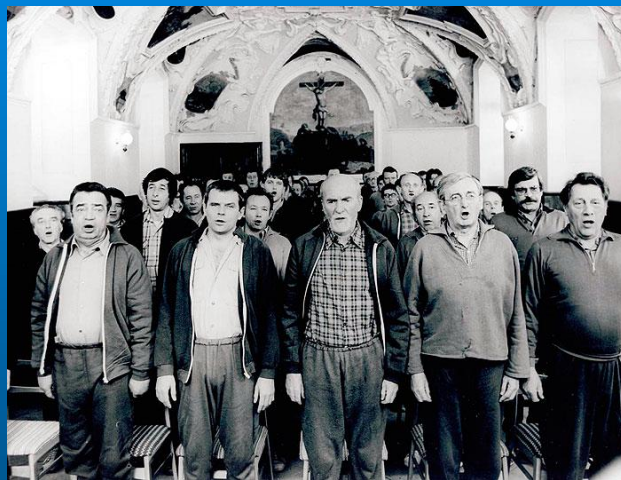


# Projekt podpory nových služeb v péči o duševně nemocné ADIKTOLOGIE

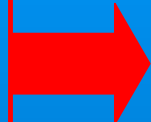
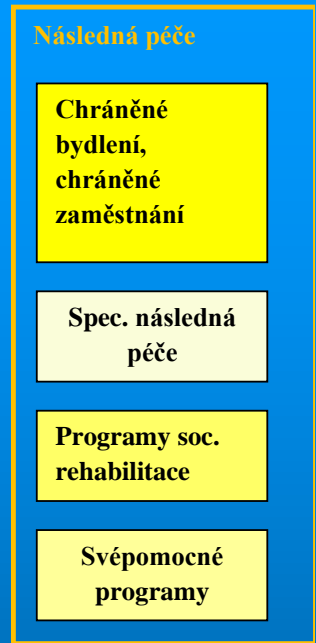
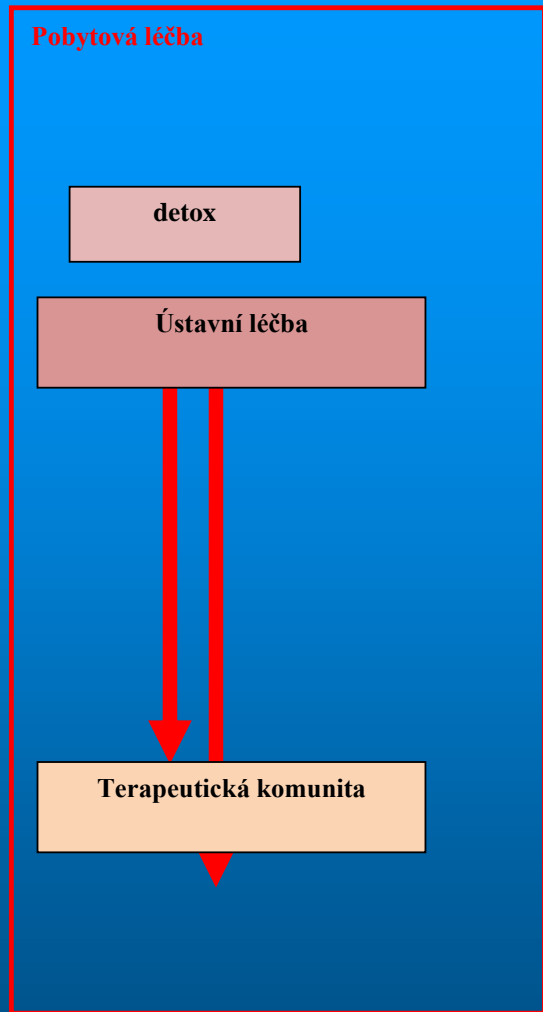
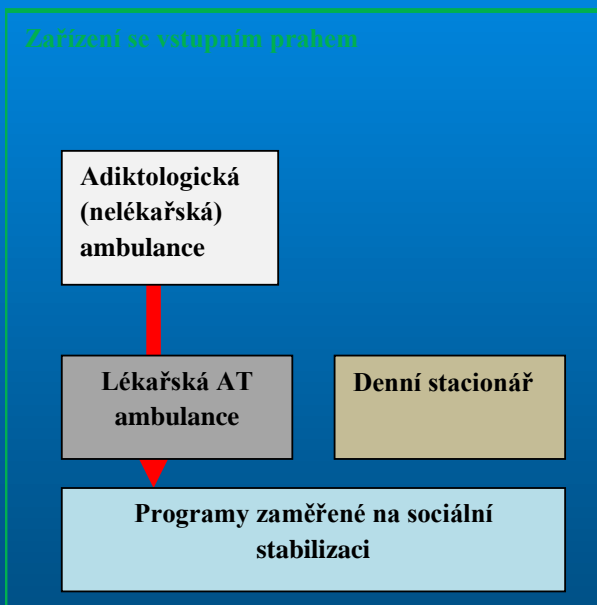
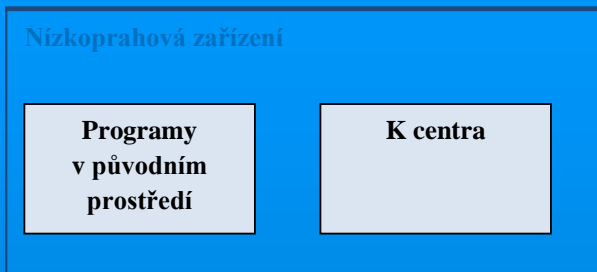


**MUDr. Jiří Dvořáček**  
**PL Červený Dvůr**

# Realita péče o závislé v ČR

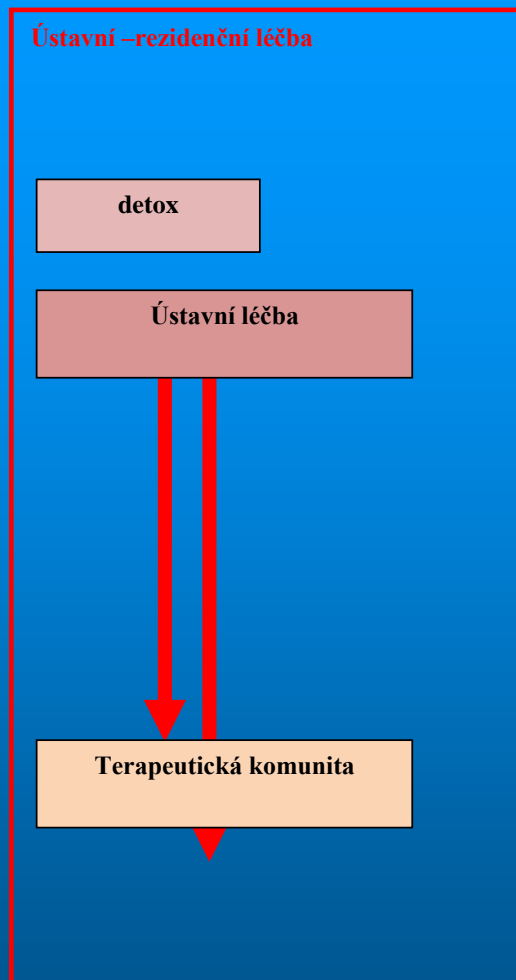
- Systém péče o závislé v ČR je na světové špičce.
- Transformace probíhala od 90. let.
- Síť služeb je relativně dobře vyvinutá, ale má svá slabá/prázdná místa.
- Potřeby lidí se mění = služba, která vyhovovala dříve, nemusí být vhodná dnes.

# Realita



Pokračování péče v ambulanci

## Realita mimo několik velkých měst



# Základní negativní momenty 1

Problém oboru adiktologie je ve způsobu průchodu klienta systémem - péče o pacienta/klienta je nekoordinovaná.

Pacient/klient často zahajuje terapii v lůžkovém zařízení a většinou mu je k dispozici právě tato forma terapie a je tak mnohdy zbytečně vytrháván z původního prostředí a z původních životních rolí. Vstup a průchod pacienta/klienta systémem služeb je nekoordinovaný, většina pacientů/klientů vstupuje do služeb bez přesné indikace, chybí případové vedení.

# Základní negativní momenty 2

## System ambulancí nefunguje.

System ambulancí AT se po roce 1990 rozpadl. Dřívější systém může být nahrazen sítí adiktologických (nelékařských) ambulancí, rozšířených adiktologických ambulancí či ambulantními/komunitními zařízeními integrujícími více typů služeb.

Tyto ambulance a služby by mohly být koordinačním článkem pro průchod klienta systémem služeb..

# Základní negativní momenty 3

## Lůžková péče je nediferencovaná a nepřehledná.

Statisticky je uváděn velký počet lůžek, na kterých se léčí lidé se závislostí. V těchto číslech jsou nerozlišeny programy detoxikační, odvykací programy kontemplativně zaměřené, programy stabilizační i lůžka obsazená pacientem s diagnózou závislosti bez zvláštního programu. Tato nediferencovanost programů pak působí, že se opakují hospitalizace u pacientů, kteří daný typ programu nepotřebují nebo jsou terapeutické cíle příliš velké/nízké nebo potřebují jiný, neústavní program, který zatím nenachází.

# Základní negativní momenty 4

V oboru je stále zčásti zastoupen paternalistický, paušalizující přístup k pacientovi/klientovi.

Podobně jako v psychiatrii je i v oboru návykových nemocí u části služeb a u části profesionálu (bez ohledu na to, zda jde o službu zdravotní či sociální, státní či nestátní) zastoupen paternalistický, paušalizující přístup k pacientovi/klientovi a individuálně nastavená práce a case management se prosazují jen pomalu.



# Základní doporučení k dokončení transformace

1 - na změnu způsobu průchodu klienta systémem do tohoto ideálního modelu:

- člověk zahájí spolupráci s takovou odbornou službou, která ho nejméně vytrhne z původního prostředí (pokud cílem naopak není ho z tohoto prostředí vytrhnout),
- ústavní/rezidenční služba přichází až tehdy, když odborná služba v původním prostředí se ukáže být jakkoli nevyhovující,
- po případné ústavní/rezidenční službě se vrací do původního prostředí a spolupracuje dále v odborné službě v místě, kde žije.

# Základní doporučení k dokončení transformace

**2 - Vytvoření sítě ambulantních zařízení a komunitních týmů - adiktologických ambulancí a komplexnějších "center" nabízejících více typů služeb včetně mobilních týmů. Oba typy zařízení by měly být klíčovým prvkem koordinace průchodu pacienta/klienta systémem služeb.**

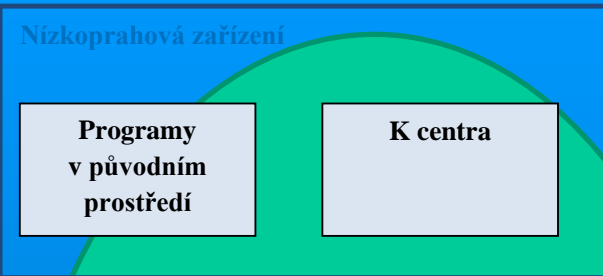
# Základní doporučení k dokončení transformace

- 3- na změnu způsobu přemýšlení o pacientovi/klientovi a na změnu způsobu terapeutické práce ve stávajících zařízeních poskytující zdravotní či sociální péči ("pacient/klient jako člověk s plnými právy a kompetencemi bez ohledu na průšvihy, které má, a jako člověk s individuálními potřebami a možnostmi").

# Základní doporučení k dokončení transformace

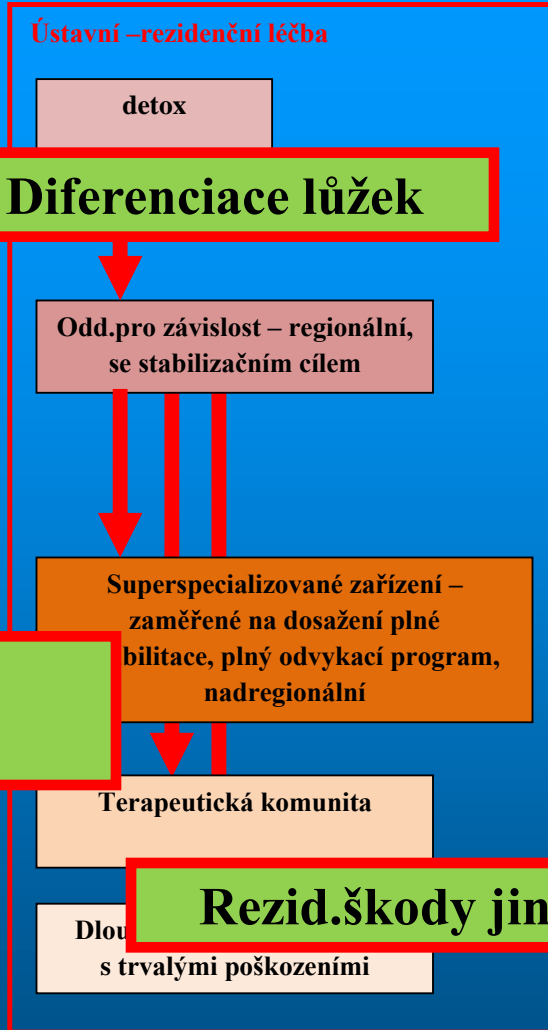
4 - na diferenciaci péče poskytované v lůžkových zařízeních - v současnosti jsou nerozlišeny programy detoxikační, odvykací programy kontemplativně zaměřené, programy stabilizační i lůžka obsazená pacientem s diagnózou závislosti bez zvláštního programu. Tato nediferencovanost programů pak působí, že se opakují hospitalizace u pacientů, kteří daný typ programu nepotřebují nebo jsou terapeutické cíle příliš velké/nízké nebo potřebují jiný, neústavní program. Následnou péči je vhodné více diferencovat na programy stabilizační (s předpokladem větší vazby na konkrétní region) a na programy superspecializované (kompletní odvykací, s předpokladem nadregionálního charakteru). Lůžková zařízení mírně zaspala dobu a zčásti ustrnula na režimové léčbě s paušálním programem.

# Představa o systému adiktologické péče



**„Nové služby“**

**Jiný průchod systémem**



**Rezid.škody jinam**



Pokračování péče v ambulanci

**„Změna softwaru“**

# Kam chceme v oboru směřovat?

1. Koordinace péče a změna způsobu průchodu klienta systémem služeb. **Nové služby**
2. Vytvoření sítě ambulantních služeb a komunitních týmů.
3. Změna způsobu přemýšlení o pacientovi/klientovi a změnu způsobu terapeutické práce – case management, matching, stop „despotismu“. **Nové služby**
4. Diferenciace lůžek
5. Vyřešit dostupnost služeb v periférii **Nové služby**

# Podstatný parametr všech úvah:

- 1) Je třeba uchovat si komplexnost služeb, protože potřeby závislých lidí jsou různé.
- 2) Je třeba uchovat si pružnost v myšlení – schémata a struktury musí být flexibilní

# Co jsou „nové služby“ v adiktologii?

- Adiktologický multidisciplinární tým **AMT**

- Ambulance s rozšířenou působností  
**adi ARP** nebo **ADIKA**

Program podpory nových  
služeb v oblasti péče  
poskytované  
multidisciplinárním týmem  
duševního zdraví pro  
adiktologické pacienty

Program podpory ambulancí  
s rozšířenou péčí



# Jak může vypadat neústavní péče v adiktologii?

**Organizovaně  
žijící**

**„Klasické“  
ambulance**

**ARP  
(ADIKA)**

**KC +  
terén**

**Lidi na ulici  
pre-kontemplativně**

**AMT**

**Neorganizovaně  
žijící + periferie + CM**

**Intenzivní denní  
program**

**Stacionáře**

**Doléčovací  
centra**

**Special.doléčování**

# AMT – adiktologický multidisciplinární tým

- Standard vytvořila skupina pod vedením PhDr. Libry
- Aktuálně se finalizuje metodika výzvy.
- Zveřejnění výzvy zřejmě v lednu 2020.

-Multidisciplinární tým  
-Komplexní přístup  
-Důraz na case management

# Personál AMT

Velké AMT (na území o lidnatosti cca 100 000 obyvatel)

Malé AMT (na území o lidnatosti cca 50 000 obyvatel)

	Velké AMT	Malé AMT
Psychiatr	1	0,5
Psycholog	1	0,5
Adiktolog	3	2
Prac.v soc.služb.	2	1
Soc. prac.	3	2
Zdrav. sestra	1	0,5
Admin. Prac.	1	0,5
<b>celkem</b>	<b>12</b>	<b>7</b>

# Adi ARP = ADIKA

- 2 ARP se budou pilotovat se zaměřením na rozšířenou péči pro adiktologické pacienty.
- Připravuje se Metodika dotačního řízení a vymezení výstupů pilotáže.
- Odborně za přípravu odpovídá Bc. František Trantina.
- Výzva pro 3 adi ARP – únor 2020?

# Adi ARP = ADIKA

- **Představa krajského komplexního ambulantního pracoviště**
- **Páteř ambulantního systému**
- **Doplnění stávajících služeb**
- **Uplatnění case managementu zasazeného do podoby integrovaného ambulantního provozu**
- **Zdravotnický provoz**

## Adi ARP = ADIKA

# Základní typy intervencí

Základní informační a edukační úroveň a poradenství

Nízkoprahový servis

Komplexní diagnostika (psychiatrie, psychologie, adiktologie)

Case management

Psychoterapie (individuální, skupinová, párová, rodinná)

Farmakoterapie (včetně opiátové a nikotinové substituce)

Socioterapie

Nácvikové a tréninkové programy

Sociální práce

## Adi ARP = ADIKA

# Personální složení

Zdravotnické profese	Minimální úvazek	Doporučený úvazek
Lékař (psychiatr)	0,5	1,0
Adiktolog	1,5	2,0
Klinický psycholog	n.a.	1,0
Zdravotní sestra	0,5	1,0
Zdravotně-sociální pracovník	0,5	2,0
<b>CELKEM</b>	<b>3,0</b>	<b>7,0</b>

Doporučené nezdravotnické profese	Doporučený úvazek
Pedagog / etoped / arteterapeut	1,0
Sociální pracovník	2,0
<b>CELKEM</b>	<b>3,0</b>

# Pilotní provozy ověří jejich roli

## ADIKa (adi ARP)

- zdravotnická
- méně mobilní

## AMT

- multidisciplinární
- více mobilní



# Kam dále v adiktologii?

- Dětská a dorostová adiktologie
- Transformace lůžkové péče
- Redefinice sítě (projekt RAS + SNN)
- Doporučené postupy
- Změna přemýšlení o volbě intervence/služby
- Změna přemýšlení o závislém klientovi a o terapeutovi.

# Cíle transformace lůžek?

- 1) Diferencovat – stabilizační a kontemplativní
- 2) Změnit vstupní práh – někde snížit, někde zvýšit
- 3) Přizpůsobit potřebám a možnostem klienta
- 4) Odstranit anachronická omezování klienta
- 5) Vyřešit programy pro dlouhodobé klienty (s komplikovanými možnostmi recovery)

# Ad 1 - Postupný filtr možností

Nejprve by měl klient zkusit abstinovat sám.

Když se to nepovede, měl by to zkusit znovu..

Při opakovaném neúspěchu by mohl zkusit poradenství nebo svépomocné aktivity.

Když to nepomůže, mohl by zkusit léčbu systematickou ambulantní či stacionární

Když to opakovaně nejde nebo když je důvod ke změně prostředí, mohl by absolvovat ústavní krátkodobou intenzivní stabilizaci.

Když to opakovaně nejde nebo když jsou jin důvody, mohl by absolvovat ústavní střednědobou léčbu.

**Měla by to  
být měkká  
kritéria,  
dostatečně  
pružná.**

**Konec**