



Příloha č. 1 k Vyúčtování dotace pro Prahu 3

Závěrečná zpráva o projektu Poradna ALMA, realizovaném v roce 2023

1. Obsah a průběh projektu

Služba adiktologické ambulantní léčby Poradna Alma představuje **ucelený ambulantní program pro osoby, které se potýkají se závislostí** na návykových látkách a procesech, a směřují k **dosazení a udržení abstinence** jako zásadnímu prostředku pro zlepšení kvality života.

Základními metodami práce v programu ambulantní léčby jsou: adiktologické vyšetření klienta s možností externí psychiatrické konzultace, **individuální terapie a poradenství a skupinové poradenství a psychoterapie**.

Smyslem programu Ambulantní léčby je především **nastolení abstinence od návykových látek, a poté její udržení** v běžných životních podmínkách klienta. Kontrolované užívání vnímáme jako možný přechodný cíl klienta, než dosáhne připravenosti na změnu směrem k abstinenci, umožňující mentální a spirituální připravenost na hlubší změnu přístupu k životu.

Ambulantní léčba v programu Poradna Alma má **dvě fáze**.

První fázi programu představuje začlenění klienta do Motivační skupiny. Motivační skupina představuje ryze adiktologické orientovanou službu vyvažující prvek kontroly (testování, vzájemná kontrola uvnitř skupiny), podpory (členové, terapeuti), edukace (bažení, prevence recidivy), náhledu a práce s motivací. Tato fáze trvá cca půl roku.

Ve druhé fázi klient ukončuje svou účast v motivační skupině, dostává přiděleného klíčového pracovníka do individuální části léčby a může pokračovat ve skupinové práci v rámci ambulantní léčebné skupiny. Se svým klíčovým pracovníkem uzavírá kontrakt a podílí se výstavbě svého individuálního léčebného plánu. Individuál je v ideálním případě doplněn docházením do léčebné skupiny (je omezeno kapacitou skupiny). Tam již skupinová dynamika mezi členy míří do větších hlubin – k příčinným faktorům vzniku a udržování závislosti, jako je trauma, životní scénář a neproduktivní sociální role (oběť, obětující se, zachránce atd.) Skupina tedy již pracuje více psychoterapeuticky, přesto deklaruje jasné postoje k abstinenci a prevenci relapsu.

V individuálu je již prostor na opravdu individuální, integrovaný přístup, kdy každý klient dostává takovou podporu, kterou jeho příběh uzdravy potřebuje (od adiktologické práce s náhledem až po hlubinnou psychoterapii.)

V této fázi by již klient měl být **připraven na nastolení abstinence** a měl by mít zvnitřněny osobnostní kompetence nápomocné k jejímu udržení. Většina klientů ve druhé fázi léčby již **abstinuje**, u procesuálně závislých klientů umožňujeme kontrolované používání rizikových nástrojů (sociální sítě, pornografické filmy apod.) Klienti s duální diagnózou mohou postupovat pomaleji, bere se zřetel k jejím komorbiditám, a osobnostní skladbě, komplikujícím proces uzdravy.

Obsah **terapie se v této fázi rozšiřuje** o osobní, ryzí adiktologii přerůstající oblasti, které však měly a mají velký dopad na rozvoj návykového chování v minulosti. Jedná se zejména o



Centrum ALMA, z.ú.
Jankovcova 864/45, 170 00 Praha 7
IČ: 22665005
info@centrum-alma.cz
www.centrum-alma.cz

vztahy, intrapsychickou a osobnostní výbavu, přirozené sociální prostředí (zaměstnání, širší společenské vazby).

Po úspěšném absolvování programu ambulantní léčby je klientovi nabídnuto využívat služeb následné péče v našem zařízení. Je tak zajištěna kontinuita podpory a doprovázení klienta od období aktivní závislosti až po dosažení celkové stability na bio-psycho-sociálně spirituální úrovni. Úspěšní absolventi našeho programu Ambulantní léčby jsou kompetenčně vybaveni zcela na úrovni absolventů střednědobých pobytových léčeb.

Součástí programu AL je takzvaný „**minimální testovací program**“, zaměřený na kontrolu abstinence, bez vstupu klienta do strukturovaného programu léčby. Jde převážně o klienty, kteří jsou k nám odkázáni třetí stranou (většinou OSPOD, dále soudy, PMS apod.), kteří nejsou dostatečně připravení a motivovaní ke změně a odmítají vstup do strukturovaného programu ambulantní léčby. Tito klienti mají možnost **prokazovat svou abstinenci pro třetí stranu** tím, že pravidelně a řádně docházejí 2 s týdně na testování na alkohol a nealkoholové drogy, případně užívají v chráněném a kontrolovaném prostředí antabus. **Tento minimální program trvá 3 měsíce** a v jeho průběhu se snažíme jeho klienty motivovat ke vstupu do regulérní a plnohodnotné ambulantní léčby. **O průběhu programu podáváme třetím stranám zprávy.**

Testování na přítomnost alkoholu, resp. nealkoholových látek, je nad rámec výše zmíněného minimálního programu součástí skupinových programů. Klienty v AL můžeme testovat i tehdy, pokud je to podmínkou třetích stran, nebo na základě dohody pracovníka s klientem. Klientům programu je možné z depozitu vydávat jejich antabus, čemuž předchází vždy dechová zkouška na alkohol.

2. Vývoj a případné změny cílové populace

V programu ambulantní léčby stále **převažují uživatelé alkoholu nad ostatními závislostmi v přibližném poměru 70:30**, což přibližně kopíruje výsledky z roku 2022. Stabilní podíl cca 25% představují uživatelé nealkoholových drog, mezi nimiž jsou nejpočetnější skupinou uživatelé pervitinu, následováni uživateli konopí včetně nových, legálně prodávaných konopných produktů. Pokles podílu vnímáme u nelátkových závislostí, zejména u patologických hráčů.

Z hlediska genderu se již druhým rokem jeví podíl mužů a žen v programu ambulantní léčby přibližně vyrovnaný.

3. Hodnocení a výsledky

3.1. Kritické zhodnocení úspěšnosti projektu

Hodnocení programů a jejich úspěšnost probíhá formou **kvalitativní** (pravidelné porady, intervize a supervize) i **kvantitativní** (pravidelné zpracování statistických ukazatelů). Hodnotí se zejména délka docházení do programu, setrvání v abstinenci, účast na skupinových terapiích, nástup do pobytové léčby. Dále je hodnocena i spolupráce s dalšími léčebnými zařízeními a orgány sociálně právní ochrany dětí.

V letošním roce **program těžil z koncepční změny nastavené v roce 2022** v podobě zařazení skupinové práce v motivační skupině jako regulérní první fáze programu a nabídky



přestupu do ambulantního doléčovacího programu po úspěšném absolvování. Ukázalo se, že tento **system je plně funkční** a umožňuje klientům dostatek času i nástrojů k vytyčené změně.

Každá z fází programu a každá forma spolupráce (individuální, skupinová, testovací) vytváří struktury, které vedou klienta k nastavení reálných a dosažitelných cílů a čitelné cesty k jejich naplnění. Klient se postupně setkává s potřebou nastolení abstinence a zvýšení svých kompetencí v oblasti prevence selhání. V závěrečné fázi programu se objevuje jak na skupinách, tak v individuálu významný prostor k propracování souvisejících a příčinných oblastí, které v minulosti vedly k rozvoji návykového a závislostního užívání.

S klienty vedeme ohledně reálnosti jejich cílů **partnerský dialog, nepřesvědčujeme je a neindoktrinujeme**. Zároveň klienti vnímají jasné a srozumitelné **hranice programu** – například v oblasti kontrolovaného pití/užívání. Jako přechodný cíl kontrolované užívání akceptujeme. Kontrolované užívání alkoholu/drog ve skupinových tvarech podléhá velké kritičnosti ostatních členů skupiny a není přijímáno jako cílový stav. Získání kontroly nad užíváním může představovat dočasný mezistupeň pro ty klienty, kteří do programu vcházejí, aniž by byli plně připraveni na abstinenci – kontrolované pití/braní jim umožní získat čas a nevyjít z programu do recidivy.

Kontrola nad užíváním je tolerována u nelátkových závislostí typu sledování pornografie či abúzu sociálních sítí, kde je úplná abstinence často nereálným přáním, nikoli udržitelným cílem.

Se změnou tak pracujeme jako procesem, která závisí především na klientových rostoucích kompetencích a fázích jeho připravenosti.

Program tedy **zohledňuje reálné možnosti uživatelů** vzhledem k průběhu jejich změny. To umožňuje dosažení pevnějších základů jejich abstinence, resp. změnu v celkovém zdravotně-psychicky-sociálním stavu našich klientů, a tudíž naději na trvalou změnu, stabilnější prognózu a připravenost na budoucí život s nižší mírou podpory (např. v podobě následné péče) při zachování takové kvality života, která klienty nehandicapuje v běžném životě.

Výhody naší koncepce ambulantní léčby:

- a) **ekonomická:** Takto strukturovaný a ucelený program ambulantní léčby považujeme za kvalitativně udržitelnou a důstojnou alternativu pobytovým formám léčby závislostí. Komplexní a celostně nastavený program ambulantní léčby je pro společnost podstatně levnější než střednědobá pobytová léčba.
- b) **demografická:** Z dat našich klientů pozorujeme, že se do programu ambulantní léčby dostávají především uživatelé alkoholu, kteří v programu AL dominují, o celých 10 let dříve, než do následné péče, bezprostředně navazující na léčby pobytové. Pro klienty v první fázi produktivního věku je ambulantní léčba přijatelnější alternativou. Úzdraví tak mohou dosáhnout ve věku, kdy je před nimi ještě velká řada let produktivního života, který mohou prožít ve střízlivém stavu a na mnohem vyšší kvalitativní úrovni života.
- c) **systemová:** Přechod z ambulantní léčby do doléčování je plynulý, klient si nemusí zvykat na nový režim, prostředí, nemusí navazovat nové terapeutické vztahy. Pro klienty je ambulantní léčba důstojnější, sociálně stabilnější – nevytrhuje klienty z běžného pracovního a osobního života, jak bohužel činí hospitalizace v psychiatrických nemocnicích, a v neposlední řadě je mnohem méně sociálně

Ze zkušeností v programu následné péče pozorujeme, že **úspěšnost absolventů našeho programu ambulantní léčby v doléčování je analogická k prosperitě osob, které do**



následné péče přicházejí z pobytových zařízení. Tento fakt považujeme za největší úspěch našeho ambulantního programu, ověřený v následné praxi.

K průběhu uzdravy u většiny klientů patří **relaps**. Vnímáme jej jako přirozenou součást procesu, tudíž s ním pracujeme jako s nástrojem, který při vhodném ošetření působí jako posilující a motivující prvek v cestě k uzdravení. Klienti našeho programu jsou ve velké většině **připraveni s relapsem pracovat** maximálně otevřeně a konstruktivně.

Nejvíce **předčasných vypadnutí z programu** se děje v jeho první fázi, v **motivační skupině**. Někteří klienti nejsou v takové fázi připravenosti na změnu, nejsou dostatečně motivováni a často bývají do služby tlačeni třetími stranami. Takoví klienti mají vždy možnost se do služby vrátit ve chvíli, kdy objeví vlastní motivaci ke změně. Často mohou alespoň plnit minimální formu programu testování v podobě kontroly abstinence, kdy náš program poskytuje součinnost se třetími stranami.

U klientů, kteří projdou do **2. fáze programu** již **počet předčasných vypadnutí podstatně klesá a úspěšnost léčby již dosahuje cca dvoutřetinového podílu**, což je velmi slušný výsledek. Necelá polovina absolventů ambulantní léčby pokračuje dál v našem doléčovacím programu Následné péče.

3.2. Popis spolupráce s jinými institucemi

V rámci projektu Ambulantní léčby přetrvává **spolupráce s léčebnými zařízeními**, kam odkazujeme klienty v případě, že se **ambulantní forma podpory ukazuje jako nedostatečná**. Jedná se především o spádovou léčebnu Bohnice, nejvíce osobních kontaktů a zkušeností máme s PL Červený Dvůr, kde ovšem přetrvává problém s dlouhými čekacími lhůtami na přijetí. Odkazujeme tedy klienty i do jiných léčebných zařízení v rámci republiky. Vzhledem k vytíženosti externího psychiatra naší služby udržujeme konstruktivní **spolupráci s několika pražskými ambulantními psychiatry**, kteří poskytují psychiatrickou a farmakologickou péči především našim klientům s duálními diagnózami. Přetíženost v ambulantní psychiatrii vnímáme aktuálně jako největší problém ve spolupracující síti. Nejčastější institucí, se kterou jsme v rámci podpory našich klientů v kontaktu, jsou **orgány sociálně právní ochrany dětí a mládeže**. Až na výjimky hodnotíme tuto spolupráci jako dobrou a efektivní, účastníme se i případových konferencí a s těmito institucemi krom pravidelného poskytování zpráv o našich klientech i vyjednáváme individuální plán koordinace péče o naše klienty, resp. jejich děti. Bezproblémová spolupráce přetrvává s justičními institucemi, jako je Probační a mediační služba a soudy.

3.3. Zhodnocení vývoje klientely, počtu klientů a výkonů

Oproti roku 2022 došlo k **nárůstu počtu klientů asi o deset procent**. Nejedná se o žádný dramatický nárůst, i s přihlédnutím k tomu, že cca pětinu klientů programu tvoří ty osoby, které využívají jen testování na alkohol/nealkoholové drogy, jsou tedy odkazováni především třetími stranami (zejména OSPODy), jejich motivace k léčbě je nízká a nejsou klienty v pravém smyslu programu – neléčí se, jen je kontrolována jejich abstinence. Vzhledem k systému programu AL, kdy první fázi představuje docházení do motivační skupiny, nemůže se počet klientů vymykat dosaženému výsledku – a to z obou stran. Méně uživatelů



Centrum ALMA, z.ú.
Jankovcova 864/45, 170 00 Praha 7
IČ: 22665005
info@centrum-alma.cz
www.centrum-alma.cz

by nenaplnilo skupinovou formu, resp. při častém vypadávání klientů v této fázi by nastávala období, kdy skupina nebude naplněna. Vyšší počet by zase znemožňoval udržovat terapeutickou kapacitu skupiny, docházelo by k městnání klientů v pořadníku, ti by byli oslovováni až v momentě, kdy jejich momentum motivace ke změně je již za zenitem – do skupiny pak nenastoupí a dojde k přirozenému vyrovnání trendu.

System léčby tak vnímáme jako vyvážený, nastavený správně vůči reálné poptávce a možnostem služby.

V programu ambulantní léčby zastává stále zřetelně **dominantní podíl problematika užívání alkoholu**. Podobně jako loni tvoří podíl uživatelů alkoholu cca 70 %. V segmentu uživatelů nealkoholových drog se podíl mezi zájemci o službu kontinuálně mírně zvyšuje. Dominují uživatelé pervitinu, stále stoupá počet uživatelů konopných produktů, včetně HHC a jiných legálních forem konopných drog. Neprojevily se obavy z nárůstu počtů uživatelů kratomu a syntetických drog. Uživatelé benzodiazepinů byli letos spíše vzácností.

Počet osob s procesuálními závislostmi poklesl. Téměř nemáme „klasické“ patologické hráče, spíše se v programech objevují lidé se závislostí na pornografii a sociálních sítích.

Ve skladbě výkonů se projevuje náš **důraz na skupinové formy práce**. V rovině interpretací si všímáme rovněž významně zvýšeného počtu výkonů v individuální práci. Ta je nabízena pouze klientům ve druhé fázi programu. V této fázi podstatná část klientů již abstínuje a je ve fázi své změny připravena spolupracovat na hlubších, extra-adiktologických tématech a oblastech. Klienti ve druhé fázi jsou velice efektivní. Kombinují docházení do skupiny s intenzivním individuálem. Ti, kteří se z kapacitních a osobních důvodů do skupiny nedostanou, mají o to silnější vazbu na individuální část programu. Docházka je v této fázi velmi stabilní a počet těch, kteří vypadávají z programu předčasně se již blíží podílům v následné péči, což poukazuje na velkou efektivitu první fáze, která plní i úlohu filtru, oddělujícího osoby, které připraveny na změnu nejsou a jinak by zatěžovali kapacitu od klientů, kteří na své úzdravě spolupracují nečekaně poctivě.

Navýšení výkonů se rovněž projevilo v počtu provedených testů, což souvisí s vytížeností minimálního programu kontroly abstinence.

V celkovém souhrnu lze konstatovat, že program ambulantní léčby představuje aktuálně ideální strukturu a maximální efektivitu vzhledem k možnostem zařízení. První fáze programu slouží jako filtr v oblasti motivace, náhledu a ochoty ke spolupráci. V dalších fázích již výrazně klesá podíl předčasně vypadnuvších z programu a procento úspěšných dokončení atakuje dvě třetiny. Téměř polovina klientů poté přestupuje do navazujícího programu adiktologických služeb Centra ALMA, z.ú., programu Následné péče, kde jsou kompetenčně vybaveni podobně, jako absolventi pobytových léčeb.



Tabulka 1: Klienti

KRITÉRIUM	SOUHRN CELKEM AL	MČ P3 CELKEM AL
Počet uživatelů drog krom alkoholu a tabáku	49	5
- z toho pervitin	24	4
- z toho kannabinoidy	13	0
- z toho jiné (léky, kratom)	7	0
-z toho kokain	5	1
- z toho heroin	0	
- z toho mužů	23	
Počet klientů se základní drogou alkohol	119	9
- z toho mužů	50	4
Počet klientů s procesuální závislostí	4	1
počet klientů s diagnózou patologické hráčkství	1	0
počet klientů s jinou nelátkovou závislostí	3	1
- z toho mužů	4	1
Celkem všech klientů, uživatelů	172	15
- z toho prvních kontaktů	104	12
- z toho v minimálním testovacím programu	37	4
Počet neuživatelů – blízké osoby	6	1
Celkem všech klientů, uživatelů + neuživatelů	178	16



Tabulka 2: Výkony

Výkon (v tabulce níže vybrané klíčové výkony)	Počet osob, kterým byl poskytnut	Z toho MČ Praha 3	Počet výkonů	Z toho MČ Praha 3
	CELKEM	CELKEM	CELKEM	CELKEM
Celkový počet přímých kontaktů s klienty	178	16	1768	204
Vstupní zhodnocení stavu klienta	104	12	113	13
Individuální poradenství/psychoterapie	108	10	1100	118
Skupinová terapie (motivační + léčebná skupina)	79+54	12	75 skupin	-
Krizová intervence	5	1	16	1
Sociální práce	31	4	59	9
Práce s rodinou	10	2	16	2
Minimální kontakt s klientem (tel., internet apod.)	91	11	199	20
Orientační testy z moči	14	1	78	12
Použití alkoesteru	92	14	729	99
Celkový počet výkonů / celkový čas výkonů	4107 všech výkonů (včetně zde neuváděných)	511	1245,58 hod	148,75 hod