

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Navazující magisterské studium

Studijní obor: Adiktologie

ID studijního oboru: 587041



Bc. Tereza Nováková

Poskytování case managementu v adiktologických ambulantních službách

Case management in the addiction treatment outpatients facilities

Diplomová práce:

Vedoucí závěrečné práce:

Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha, 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27.4.2024

Tereza Nováková

Podpis.....

Identifikační záznam:

NOVÁKOVÁ, Tereza. *Poskytování case managementu v adiktologických ambulantních službách [Case management in the addiction treatment outpatients facilities]*. Praha, 2024., 72 stran, 3 přílohy, 1 tabulka. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2024. Vedoucí práce. Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Lence Šťastné, PhD. za laskavé vedení práce a za věcné připomínky. Dále bych ráda poděkovala respondentům, kteří se účastnili výzkumu a bez nich by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu po čas studia.

Abstrakt

VÝCHODISKA: Case management je přístup využívaný pro práci s klienty, který je poskytován i v rámci adiktologických ambulantních služeb. Podoby case managementu využívaných v adiktologických ambulantních službách se mohou odlišovat, a to v závislosti na typu konkrétního pracoviště, ale i na osobě konkrétního pracovníka, jenž case management nebo jeho prvky využívá pro přímou práci.

CÍLE: Cílem práce je popsat a blíže nahlédnout do práce s klientem pomocí case managementu v adiktologických ambulantních službách z pohledů pracovníků na pozici adiktologa.

METODY: Jako vhodný přístup pro účely diplomové práce byl zvolen přístup kvalitativní. Nástrojem výzkumu byly polostrukturované rozhovory, které byly realizovány s deseti respondenty – adiktology, pracujícími v adiktologických ambulantních službách a využívající case management nebo jeho prvky pro práci s klienty. Rozhovory byly následně analyzovány pomocí otevřeného kódování.

VÝSLEDKY: Podoby poskytování case managementu se liší zejména v závislosti na typu zařízení, ve kterém je poskytován. Respondenti z řad adiktologů, kteří tento přístup nebo jeho prvky využívají ve své praxi vidí case management jako komplexní, intenzivní a flexibilní přístup pro práci s klienty. Hlavní limity tohoto přístupu, se kterými se respondenti setkávají jsou limitace na prostory zařízení u zdravotnického typu služeb, nedostatečný počet služeb poskytujících case management, nároky na udržení si osobních hranic v rámci pracovního vztahu s klientem. Jako hlavní výhody case managementu respondenti uváděli neroztříštěnost a koordinaci péče u klientů s vícečetnou problematikou, možnost pracovat mimo prostory zařízení u služeb registrovaných současně jako zdravotnické zařízení i sociální služba, dobře navázaný vztah s klientem, efektivitu tohoto přístupu a zmenšení počtu hospitalizací u spolupracujících klientů. Z modelů case managementu se poskytovaná podoba tohoto přístupu nejvíce blíží modelům asertivní komunitní léčby a flexibilní asertivní komunitní léčby. Při srovnání nebyla nalezena úplná shoda s žádným z konkrétních modelů.

ZÁVĚR: Výsledky tohoto výzkumu mapují, jakým způsobem je poskytován case management v adiktologických ambulantních službách z pohledu adiktologů. Poskytování case managementu se liší v závislosti na typu zařízení, stejně tak se liší i s tím spojené limity a výhody tohoto přístupu. Subjektivní pohled jednotlivých respondentů na tento přístup byl konzistentní, shodnými body byla koordinace péče, multidisciplinarita a komplexní přístup k problematice klientů.

KLÍČOVÁ SLOVA: case management – adiktologické ambulantní služby– závislost – drogy – kvalitativní studie

Abstract

BACKGROUND: Case management is an approach used to work with clients, which is also used within addiction outpatient facilities. The forms of case management utilized in these facilities may vary depending on the specific workplace and the individual worker who implements case management or its elements for direct work with clients of the facilities.

AIM: The aim of the thesis is to describe and gain insight into the work with clients using case management in addiction outpatient services from the perspectives of professionals in the position of addictologist.

METHODS: A qualitative approach was chosen as a suitable approach for the purposes of this thesis. The research tool was semi-structured interviews, which were conducted with ten respondents - addictologists, working in addiction outpatient facilities and using case management or its elements for working with clients. These interviews were then analyzed with open coding.

MAIN RESULTS: The forms of case management differ mainly depending on the type of facility in which it is provided. Respondents among addictologists who use this approach or its elements in their practice see case management as a comprehensive, intensive and flexible approach for working with their clients. The main limitations of this approach, which the respondents encounter, are limitations on the facility space for medical-type services, an insufficient number of services providing case management, requirements to maintain personal boundaries within the working relationship with the client. As the main advantages of case management, the respondents cited non-fragmentation and coordination of care for clients with multiple problems, the possibility to work outside the facility with services registered at the same time as a medical facility and a social service, well-established relationship with the client, the effectiveness of this approach and a reduction in the number of hospitalizations for cooperating clients. Of the case management models, the provided form of this approach is closest to the models of assertive community treatment or flexible assertive community treatment. The comparison did not find a complete match with any of the specific models.

CONCLUSION: The results of this research map out how case management is provided in addiction outpatient services from the perspective of addictologists. The provision of case management differs depending on the type of facility, as do the associated limitations and benefits of this approach. The subjective perspectives of individual respondents on this approach were consistent, with key aspects including care coordination, multidisciplinary, and a comprehensive approach to addressing clients' issues.

KEY WORDS: case management – outpatient addiction treatment services – addiction – drugs – qualitative study

Obsah

1. ÚVOD	9
2. CASE MANAGEMENT	10
3. MODELY CASE MANAGEMENTU	10
3.1 BROKERSKÝ MODEL.....	11
3.2 KLINICKÝ MODEL	11
3.3 INTENZIVNÍ CASE MANAGEMENT.....	12
3.4 CASE MANAGEMENT ZALOŽENÝ NA SILNÝCH STRÁNKÁCH	12
3.5 ACT – ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA.....	12
3.6 FACT – FLEXIBLE ASSERTIVE COMMUNITY TREATMENT	13
4. FÁZE CASE MANAGEMENTU A ROLE CASE MANAGERA	14
4.1 FÁZE CASE MANAGEMENTU	14
4.2 ROLE CASE MANAGERA	15
5. SPOLUPRÁCE MEZI CASE MANAGEREM A KLIENTEM	17
6. CÍLOVÁ SKUPINA CASE MANAGEMENTU	18
7. DUÁLNÍ DIAGNÓZY A CASE MANAGEMENT	20
7.1. DUÁLNÍ DIAGNÓZA – DEFINICE	20
7.2 LÉČBA DUÁLNÍCH DIAGNÓZ.....	20
8. REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	23
9. ADIKTOLOGICKÉ AMBULANTNÍ SLUŽBY	24
9.1 AMBULANCE S ROZŠÍŘENOU PÉČÍ PRO ADIKTOLOGICKÉ PACIENTY.....	25
9.2 ADIKTOLOGICKÉ MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝMY	25
10. VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE	27
10.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	27
10.2 CÍL PRÁCE	27
10.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	27
10.4 ZÁKLADNÍ A VÝZKUMNÝ SOUBOR	28
10.5 METODY TVORBY DAT	29
10.6 OSNOVA OTÁZEK POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU:	29
10.7 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT	30
10.8 ETICKÉ ASPEKTY PRÁCE	31
11. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE	32
11.1 VÝBĚROVÝ SOUBOR	32
11.2 SUBJEKTIVNÍ POHLED PRACOVNÍKŮ NA PRÁCI S KLIENTEM POMOCÍ CASE MANAGEMENTU.....	33

11.3 VÝCHODISKA.....	36
11.4 CASE MANAGEMENT V PRAXI	38
11.5 LIMITY CASE MANAGEMENTU A PŘEKÁŽKY PŘI JEHO UPLATŇOVÁNÍ	50
11. 6 VÝHODY CASE MANAGEMENTU.....	53
11.7 SROVNÁNÍ	55
12. SOUHRN VÝSLEDKŮ.....	57
13. DISKUZE	59
14. ZÁVĚR.....	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	64
PŘÍLOHY	69

1. ÚVOD

Case management je přístup pro práci s klientem, který je zejména v poslední době hojně využíván v práci s adiktologickými klienty. Konsenzus ve významu case managementu (CM) však neexistuje ani v České republice, ani ve světě (Szoťáková, 2013).

Metodika moderní sociální práce a síťování v adiktologických službách (2019) vidí case management jako vhodný nástroj síťování v českých podmínkách na lokální úrovni. Case management zde znamená koordinaci péče. Má bohatou a dlouhou historii, v zahraničí více než stoletou, u nás zhruba dvacetiletou. Není to metoda nebo technika, která se dá jednoduše naučit a aplikovat jedním člověkem. Je to spíš způsob práce zahrnující minimálně tým sebraných pracovníků, který ke spolehlivému fungování navíc vyžaduje širokou podporu zastřešující organizace i partnerských institucí (Nepustil, Geregová, Frišaufová et al., 2019).

Jedním z důvodů pro zvolení tohoto výzkumného tématu je hojné využívání case managementu nebo jeho prvků zejména v poslední době v práci s adiktologickými klienty. Tato skutečnost může souviset i s aktuální přeměnou péče o duševní zdraví v podobě reformy péče o duševní zdraví, kdy je case management implementován do nejen do stávající sítě ambulantních služeb, ale i do celkové podoby práce s lidmi s duševním onemocněním.

Podoby case managementu využívaných v adiktologických službách se ale mohou lišit v závislosti na konkrétním pracovišti a na osobě konkrétního pracovníka, jenž case management nebo jeho prvky využívá. Různé formy case managementu jsou využívány jak ve zdravotnických zařízeních, tak v programech organizací cílících na adiktologické klienty. Cílem práce je popsat a blíže nahlédnout do práce s klientem pomocí case managementu v adiktologických ambulantních službách z pohledů pracovníků na pozici adiktologa.

Intenzivní forma práce s klientem, dotýkající se více oblastí klientova života, kterou case management a multidisciplinární přístup jistě je, má velký potenciál pro zlepšení kvality života adiktologických klientů, a to i těch, kteří opakovaně propadávají síti služeb a ze standardní léčby neprofitují.

2. CASE MANAGEMENT

Case management v současné době nemá jasnou a jednotnou definici. Napříč odbornou literaturou se můžeme setkat s rozličnými definicemi tohoto přístupu, zejména díky tomu, že case management byl od svého začátku realizován v různých prostředích lidmi s rozmanitými odbornostmi pro klienty s různorodými typy problémů (Lukersmith., Millington, Salvador-Carulla, 2016).

V poměrně nedávné studii proběhlo rozsáhlé mapování relevantní literatury z období let 1988-2013. Autoři studie se zaměřili na popsání/analyzované případy CM pro konkrétní složité dlouhodobě nepříznivé zdravotní stavy. Během této studie se autorům podařilo najít dokonce 22 definic case managementu (Lukersmith, Millington, Salvador-Carulla, 2016 in Hubílková, 2018).

Dle Haasové (2008) není pro case management aktuálně ani adekvátní český ekvivalent, můžeme se setkat s pojmem *případové vedení*, ten se však příliš nepoužívá. Déle se můžeme setkat s označením koordinace péče. Szotáková (2013) chápe case management jako přístup nebo způsob práce a popisuje jej jako *koordinovanou spolupráci v rámci případu*. Dle Libry (2015) je od osmdesátých let 20. století definován a určován jako postup práce s náročnými klienty, pro který je typický proaktivní vztah case managera ke klientovi. Case management můžeme chápat jako případové vedení klienta (individuální, osobní a specifická forma péče) v jeho přirozeném prostředí a v síti sociálních a zdravotních služeb (MZČR, nedat.)

3. MODELÝ CASE MANAGEMENTU

Jak již bylo uváděno výše, v současné době veřejnost nedisponuje jasnou a jednotnou definicí case managementu. Následující kapitola se tedy zaměřuje na popis a vymezení jednotlivých modelů, se kterými se můžeme v současné době setkat v odborné literatuře. Jak uvádí Hubílková (2018), tak různá pojetí CM akcentují různé prvky case managementu a podle toho se pak také do určité míry liší to, jaké všechny činnosti jsou považovány za součást CM, a také co je spatřováno jako hlavní silné stránky či limity CM, jaké podmínky jsou pro uplatňování CM vnímány jako nezbytné a jaká očekávání od uplatňování CM lze mít.

V adiktologicky zaměřené literatuře se nejčastěji můžeme setkat s rozdělením modelů case managementu podle Vanderplasschena (2010), ten rozlišuje case management na tyto modely: model zprostředkování (brokerage)/ univerzální (generalist),

asertivní komunitní léčba (assertive community treatment) /intenzivní case management, klinický (clinical)/resocializační (rehabilitation) model a case management založený na silných stránkách (strengths-based). V novější literatuře se můžeme setkat i s modelem FACT – flexibile assertive community treatment, který se vyvinul z modelu asertivní komunitní léčby. V některých případech se můžeme setkat i se zařazením integrované léčby duálních diagnóz mezi modely case managementu (IDDT – Integrated Dual Disorder Treatment), v této práci se touto léčbou podrobněji zabývá kapitola věnovaná přímo duálním diagnózám.

3.1 Brokerský model

Tento model se často označuje také jako minimální model case managementu. Brokerský nebo takzvaně minimální model identifikuje klientovi potřeby a pomáhá mu identifikovat odpovídající zdroje. Plánování je omezeno na krátké období kontaktu, nepředpokládá dlouhé vedení (Libra, 2015).

Úkolem case managera – brokera je v tomto modelu koordinace služeb v dané oblasti, tomu odpovídá i poměr pracovník: klient, který bývá poměrně vysoký. Může se jednat o poměr až 1 pracovník na 40 klientů, ale někdy i mnohem více. Úspěšnost je zde závislá na kvalitě a počtu dostupných služeb v regionu. Case manager pracuje v tomto modelu nejčastěji pouze v kanceláři, nemá možnost s klientem navázat bližší vztah (Haasová, 2008).

Podstatou tohoto modelu je zprostředkování služeb. Case manager pracuje s klientem individuálně na vytvoření plánu péče. Není zdůrazňována potřeba týmové práce, intenzivní vztah s klientem ani asertivní nabídka podpory a pomoci. Většina autorů nepovažuje tento model za dostatečně účinný (Stuchlík, 2009).

3.2 Klinický model

Tento model v sobě spojuje jak klinické potřeby klienta (terapii), tak praktické aspekty jako je získávání potřebných prostředků a podpory. Za oba tyto aspekty péče nese odpovědnost postava case managera. I když tyto dva aspekty péče nejsou nikdy oddělitelné, hodí se posílení role case managera pro situace, kdy některé (zejména psychoterapeutické) postupy jsou základním způsobem práce s klientem, ať už jde o učení klienta dovednostem, nebo o práci s rodinou (Libra, 2015).

Dle Stuchlíka (2009) v tomto modelu poskytují sami case manageři část služeb, zároveň je zde kladen větší důraz na jejich dovednosti a týmovou spolupráci a z tohoto důvodu je v tomto modelu počet klientů na jednoho case managera nižší.

3.3 Intenzivní case management

Dle Haasové (2008) v tomto modelu case manager poskytuje některé služby (např. nácvik dovedností, odborné poradenství atd.) a dále vyhledává, zprostředkovává a koordinuje vhodné služby. Zpravidla má každý klient svého case managera (klient není sdílen týmem). Poměr pracovník: klient je různý, od 1: 10 až k 1: 30. V tomto modelu se klade menší důraz na asertivní vyhledávání a kontaktování klientů, a naopak se zde zdůrazňuje práce se silnými stránkami klienta.

3.4 Case management založený na silných stránkách

Organizační uspořádání tohoto modelu case managementu je stejné jako u klinického modelu a intenzivního modelu (Stuchlík, 2009). To znamená menší počet klientů na osobu case managera a důraz na týmovou spolupráci. SAMSHA (2015) uvádí, že dva nejzásadnější principy, na kterých je tento model postaven, jsou (1) poskytování podpory klientům při prosazování přímé kontroly nad hledáním zdrojů, jako je bydlení a zaměstnání, a (2) zkoumání vlastních sil a předností klientů jako prostředek pro získání těchto zdrojů.

Pro pomoc klientům při převzetí kontroly a nalezení jejich silných stránek tento model case managementu využívá neformálních pomocných sítí (na rozdíl od institucionálních sítí), prosazuje přednost vztahu klient-case manager a poskytuje aktivní a agresivní formu terénní práce s klienty (SAMSHA, 2015). Pod neformálními pomocnými sítěmi si můžeme u tohoto modelu představit zejména práci s přirozenými zdroji podpory pro klienta v komunitě (rodina, přátelé, sportovní kluby, zájmové spolky, církevní společenství, služby pro veřejnost atd.) Pravidlem je, že specializovanou službu pro duševně nemocné využívá klient jen tehdy, pokud mu dostatečnou podporu nelze zajistit jinak (Stuchlík, 2009).

3.5 ACT – Asertivní Komunitní Léčba

SAMSHA (2015) uvádí několik aspektů, na které se model asertivní komunitní léčby zaměřuje. Tyto aspekty jsou popsány následovně:

- navázání kontaktu s klienty ve jejich domovech a přirozeném prostředí
- zaměření na praktické problémy každodenního života
- proaktivní zastupování
- správná velikost pracovního zatížení
- častý kontakt mezi case managerem a klientem

- týmový přístup a sdílení klientů
- dlouhodobý závazek vůči klientům

Tým poskytuje většinu služeb vlastními silami, usnadňuje při často chronickém průběhu o zmírnění utrpení a tragického vývoje, klienti jsou oslovováni asertivně a často se nepředpokládá abstinence jako konečný cíl, usiluje se o prodloužení období jejich přiměřeného fungování a o pomoc s využitím léčebných složek (Libra, 2015). Stuchlík (2009) uvádí, že model asertivní komunitní léčby je určen pro menší část (odhaduje se 10–20 %) dlouhodobě duševně nemocných s nejzávažnějšími problémy. Někdy bývá označován jako „nemocnice beze zdí“. Model ACT je indikován u přibližně 20 % osob s nejzávažnějšími formami duševního onemocnění v rámci dané komunity (Veldhuizen & Bähler, 2013).

Cílem služby je zabránit psychiatrické hospitalizaci a zajistit klientovi dostatečně kvalitní život v komunitě. Vzhledem k cílové skupině je nutná velmi intenzivní a komplexní podpora. Multidisciplinární tým pracující na bázi tohoto modelu je pro klienty zdrojem podpory a pomoci schopnosti se orientovat v dostupných službách a zároveň mu tyto komunitně orientované služby poskytuje. Takto orientovaný tým intervenuje především v terénu, zajišťuje dostupné služby a působí preventivně u klientů, kterým hrozí hospitalizace, zanedbání péče až bezdomovectví (Dudová, 2019). V modelu ACT zajišťuje péči o všechny pacienty celý tým (sdílení klientů celým týmem), který každý den koordinuje svou činnost na poradě u tabule, na níž je zapsáno všech 60–100 pacientů (Veldhuizen & Bähler, 2013). Model ACT patří k mezinárodně uznávaným lékařským přístupům založených na důkazech (evidence – based medicine) (Mueser et al, 2013).

3.6 FACT – Flexible Assertive Community Treatment

Tento model case managementu byl vyvinut z modelu asertivní komunitní léčby za cílem zlepšení funkčnosti tohoto modelu. Základem modelu FACT je stejně jako u asertivní komunitní léčby multidisciplinární tým, který se zde skládá z 11 až 12 plných pracovních úvazků, který monitoruje na 200 klientů. Stejně jako u modelu asertivní komunitní léčby tým FACT denně sdílí všechny klienty, kteří vyžadují intenzivní péči. Pro přehled těchto klientů využívá tabuli, kde jsou klienti zaznamenáni. Cílová skupina odpovídá přibližně skupině všech dlouhodobě vážně duševně nemocných (SMI) v dané spádové oblasti: zahrnuje nejen oněch 20 % procent osob, u nichž je indikován model ACT, ale i zbývajících 80 % těch, kteří tak intenzivní péči a podporu aktuálně nepotřebují (Veldhuizen & Bähler, 2013). Těm, kteří tak intenzivní přístup aktuálně nepotřebují, poskytuje stejný tým individuální case management s využitím multidisciplinární péče a podpory. Po stabilizaci klient zůstává v péči stále stejného FACT týmu (Veldhuizen & Bähler, 2013).

4. FÁZE CASE MANAGEMENTU A ROLE CASE MANAGERA

4.1 Fáze case managementu

Vyhledání a zapojení klienta do služby

Dle Libry (2015) jsou vyhledávání a zapojení klienta do služby považovány za typické hlavní činnosti case manažera. Probíhají často netradičními způsoby, aktivním oslovením klienta s důrazem na určitost kontaktu, hmatatelnost pomoci, redukci bariér hned od počátku vztahu, posílení orientace klienta v situaci i v CM programu. V adiktologických službách se s tímto vyhledáváním a zapojováním klienta typicky můžeme setkat u nízkoprahových služeb, zejména v případě terénních programů. V praxi ambulantních služeb to může například znamenat docházení do léčebných zařízení (např. do psychiatrických nemocnic) v rámci spolupráce a aktivně zde nabízet služby case managementu. Stuchlík (2009) dodává, že v této počáteční fázi navazování spolupráce je extrémně důležitá práce na vytvoření partnerského vztahu. Ta by však měla pokračovat v celém jejím průběhu a je zásadní součástí práce s klientem.

Jak trefně uvádí Janoušková a Nědělníková (2008), jen málokterý klient vstupuje do vztahu s odbornými službami (př. psychiatrickými) s nadšením. Case manager obvykle nabízí službu člověku, který je nějakými okolnostmi donucen službu využít, přijmout pomoc. Někteří klienti mají mohou mít nerealistické představy a někdy vědí velmi málo i o závislosti a její léčbě. V této fázi je cílem case managementu odstraňovat nebo redukovat bariéry ve vztahu k léčbě a dalším službám (Vanderplasschen & De Maeyer, 2007).

Posuzování

V odborné literatuře se můžeme setkat i s označením této fáze jako mapování potřeb klienta. Tato fáze probíhá paralelně s budováním vztahu. Pro zdárný průběh fáze posouzení a pro upevňování vztahu mezi klientem a case managerem je třeba, aby k sobě přistupovali otevřeně, pozitivně a s respektem (Vanderplasschen & De Maeyer, 2007). Je charakteristická shromažďováním, tříděním a rozbořením informací (Janoušková & Nědělníková, 2008). Základními způsoby mapování v case managementu jsou rozhovory s klientem a lidmi pro klienta důležitými a přímé pozorování. Lze ovšem použít i formu strukturovaného interview dotazníky, případně specifické diagnostické nástroje (Stuchlík, 2009). V případě adiktologických ambulantních služeb se může jednat o vstupní pohovor klienta s adiktologem při současném zhodnocení jeho stavu.

Stanovení cílů

V této fázi by si klient s pracovníkem měli stanovit cíle, na kterých budou v rámci spolupráce pracovat. Stanovení cílů by mělo vždy vycházet z klientových přání a potřeb.

Plánování

Společně vytvořený plán spolupráce mezi klientem a case managerem by měl definovat kroky vedoucí ke stanovenému cíli. Takový plán je potřeba časově vymezit, určit odpovědnost jednotlivých účastníků za jejich realizaci. Pokud je to možné, měl by mít plán podobu písemné smlouvy mezi klientem a case managerem a měl by obsahovat termíny, kdy bude kontrolován, hodnocen a případně měněn (Stuchlík, 2009). Všechny dlouhodobé cíle v tomto plánu by měly být rozděleny na konkrétní krátkodobé cíle, případně ještě na menší kroky nebo postupy, které jsou pro klienta dosažitelné (Vanderplasschen & De Maeyer, 2007).

Realizace plánu

Podoba této fáze se může velmi lišit na základě rozdílnosti stanovených cílů jednotlivých klientů. Intervence a podoby práce mohou zahrnovat jak nácvik rozličných praktických dovedností, jako je například nácvik jízdy v MHD nebo sestavování individuálního rozpočtu klienta, až po řešení jeho somatického a psychického stavu.

Ukončení spolupráce

Ukončení služby je vždy plánováno dlouhodobě, formální ukončení ke postupným stažením se odstoupením case managera ze vztahu a kontraktu o službě (Libra, 1015). V praxi se můžeme často setkat s postupným prodlužováním časových úseků mezi jednotlivými schůzkami pracovníka a klienta až do fáze úplného ukončení kontaktu nebo propojení klienta do jiného typu navazujících služeb.

4.2 Role case managera

V rámci rozvíjející se spolupráce může case manager zastávat také několik rozličných rolí s tím, jak se práce s klientem posouvá v čase a mění se klientovi potřeby, zvyšuje se jeho kompetence v různých aspektech jeho života a zároveň přebírá

zodpovědnost za svůj život. Podle Gogera a Tardyho (2006, in Hubíková, 2019) mohou case manageri zaujímat o tyto role:

- implementátor: role, v níž se pracovník snaží především o uskutečnění naplánovaných kroků
- instruktor: v této roli se pracovník snaží zlepšit schopnosti klienta a jeho strategie zvládnání životní situace, pomáhá natrénovat vhodné jednání a postupy
- jako průvodce – snaží se ve spolupráci s klientem najít vhodné služby, které odpovídají potřebám klienta, a poskytovat poradenství
- procesor: důležitý ve chvíli, kdy klient využívá poskytovatele služeb – jsou reflektovány zkušenosti a klient je povzbuzován, aby formuloval své požadavky. Expertní znalosti case managera mohou být využity zejména pro posouzení kvality služeb a v případě potřeby pro hledání dalších zdrojů.
- jako informátor: specialista na podávání potřebných informací klientům
- jako podpora: case manager je zdrojem opory pro klienty, kteří vykazují vysokou vlastní zodpovědnost a soběstačnost.

5. SPOLUPRÁCE MEZI CASE MANAGEREM A KLIENTEM

Důležitým nástrojem pro práci s klientem je samotný vztah mezi pracovníkem a klientem. Dle Carbocha (2020) case manageři usilují o vztahy s klienty, založené na přátelském přístupu a důvěře. Tímto vztahem a jeho účinností se v minulosti zabývalo několik studií. Například ve studii (Brun a Rapp, 2001), cílené na model CM zaměřený na silné stránky, uváděli respondenti, kteří byli uživatelé služeb case managementu, že vztah s case managerem jim pomáhá uskutečňovat změny v jejich životech. Tato studie sledovala osoby bez domova s problémy v oblastech duševního zdraví po dobu 12 měsíců. Během těchto 12 měsíců respondenti využívali služeb case managerů. Ti, kteří uváděli silnější spojení nebo vztah se svými case managery, strávili v konečném důsledku méně dní bez domova a uváděli větší celkovou spokojenost se životem. Dokonce i jednotlivci v této studii, kteří neprosperovali, měli pozitivní pocity z pomoci, které se jim dostalo od jejich case managerů.

Podle Szotákové (2015) ve výzkumu, který probíhal v tuzemských podmínkách a sledoval výpovědi jak pracovníků, tak klientů, kteří hodnotili spolupráci v rámci case managementu, klienti nejvíce podporovali lidský přístup ze strany pracovníků, toleranci a ochotu vyjít vstříc. Spolupráce mezi case managerem a klientem může být velmi intenzivní a ovlivňuje oba subjekty, jak pracovníka, tak klienta. Vliv na vzájemnou spolupráci může mít jak aktivita na straně pracovníka, tak aktivita na straně klienta (Szotáková, 2015). Aktivita na straně pracovníka na klienty působí podpůrným způsobem, pokud pracovník jeví zájem o klienta, věří v možnost jeho změny, neodsuzuje jej a je otevřený k jeho aktuálním přáním. Na druhé straně pro pracovníky je určitý stupeň aktivity klienta předpokladem pro spolupráci. Toto aktivní zapojení klientů do spolupráce působí podpůrně, pokud má klient možnost se sám podílet na rozhodování a nachází se s pracovníkem v rovnocenné, partnerské pozici. Pokud se klient aktivně angažuje a projevuje snahu, spolupráce narůstá na intenzitě. Vztah působí podpůrně, pokud je založený na důvěře a posiluje chuť a odvahu klienta s pracovníkem sdílet i osobní záležitosti (Szotáková, 2015).

6. CÍLOVÁ SKUPINA CASE MANAGEMENTU

V adiktologických službách se často setkáváme s klienty, kteří nemají problém pouze se závislostním chováním, ale potýkají se s problémy v celé řadě dalších oblastí. V posledních letech sledujeme trend nárůstu klientů s širším komplexem psychických, zdravotních a sociálních problémů. Značná část z nich trpí duální diagnózou (kombinace závislosti a jiných duševních onemocnění, nejčastěji depresí, úzkostných stavů, psychotických onemocnění apod.) (MZČR, nedat.).

Řešení problémů z různých oblastí často vyžaduje využití různých služeb, nejenom adiktologických, ale také sociálních nebo zdravotnických. Tyto služby spolu často nemusí spolupracovat, přestože často poskytují své služby stejnému klientovi. Poskytované služby jsou však obvykle fragmentovány, nekomunikují a nespolečně pracují mezi sebou, čímž neposkytují klientům komplexní podporu pokrývající jejich životní – zdravotní a sociální potřeby (MZČR, nedat.). Tato fragmentace léčebného procesu klade ve svém důsledku velké nároky na klienta, potažmo na jeho schopnost koordinovat svou vlastní léčbu. Tyto nároky mohou v konečném důsledku sehrát úlohu při jeho vypadnutí z léčby nebo relapsu.

Táborská (2017) ve své diplomové práci uvádí, že aplikace metody case managementu na cílovou skupinu osob ohrožených závislostí na návykových látkách je vhodná právě k zachycení komplikované populace, která se k pomoci dostává obtížně, nebo vůbec. Stejně tak Koncepte sítě adiktologických služeb (Miovský, 2013), uvádí že case management je vhodné využívat zejména u klientů s vícečetnými problémy v určitém období jejich života, případně u náročných klientů, kteří potřebují dlouhodobě péči více služeb současně. Táborská (2017) dále uvádí, že cílem práce pomocí case managementu je zajištění dlouhodobého provázení těchto klientů službami, řízení a koordinace případové práce a zlepšování spolupráce zainteresovaných odborníků a institucí, zároveň klientům v rámci case managementu pomoci přijmout léčbu přidružených psychických i somatických zdravotních problémů a posílení motivace k vlastní úzdavě.

V případě neziskových organizací se programy case managementu často vyvinuly na základě potřeby intenzivnější práce s klienty v nízkoprahových službách. Jako konkrétní ukázkou situace vedoucí k zavedení metody case managementu a následného vytvoření samostatného programu může posloužit příklad organizace Sananim z. ú.

Zde bylo na základě průzkumů realizovaných mezi klienty Kontaktního centra a dlouholetých zkušeností s prací s cílovou skupinou v Kontaktním centru Sananim bylo zjištěno, že se u značné části klientů nedaří pomocí stávajících intervencí nastartovat a vhodně podpořit změnu, která by vedla k úzdavě. Jak popisuje Táborská (2017) pokusy se opakovaně nedařily; klienti vypadávali z kontaktu s pracovníky i ze systému péče, a

kontinuita započaté práce se ztrácela. Docházelo zde k bezradnosti jak ze strany pracovníků, tak ze strany klientů. Táborská (2017) uvádí, že tato bezradnost až hraničila s rezignací. Nápad na zavedení nové metody práce – case managementu – vznikl z potřeby zavedení pravidelného, doprovázejícího a koordinujícího prvku v léčebném systému.

7. DUÁLNÍ DIAGNÓZY A CASE MANAGEMENT

V souvislosti s metodou case managementu se často zmiňuje její použití a přínos při práci s klienty s duální diagnózou. Pro lepší orientaci v problematice léčby duálních diagnóz je následující kapitola je věnována samotnému vymezení pojmu duální diagnóza a následně identifikaci a rozlišení různých pojetí léčby.

7.1. Duální diagnóza – definice

Pojem „duální diagnóza“ je v adiktologické i psychiatrické literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. V podstatě jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, již se obecně rozumí výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta/klienta (Kalina & Minařík, 2015).

Vztah mezi užíváním návykových látek a poruchami duševního zdraví je složitý a je obtížné mezi nimi stanovit jasnou vazbu. Identifikace psychiatrické komorbidity je problematická, protože akutní nebo chronické účinky užívání návykových látek mohou napodobovat příznaky mnoha jiných poruch duševního zdraví. Porucha duševního zdraví může mít navíc negativní dopad na užívání návykových látek (např. usnadnit začátek užívání návykových látek, zvýšit míru užívání drog, usnadnit rizikové vzorce užívání drog atd.). Přestože přesvědčivé důkazy podporují silnou souvislost mezi několika poruchami duševního zdraví a poruchami spojenými s užíváním návykových látek, povaha tohoto vztahu se může lišit v závislosti na konkrétní poruše duševního zdraví jako je například deprese, psychóza, posttraumatická stresová porucha a dané látky (např. konopí, opioidy, stimulanty) (EMCDDA, 2015).

Osoby s duálními diagnózami tvoří značnou část adiktologických klientů. Obecně je přijímáno, že klienti s DD mají závažnější zdravotní i sociální důsledky, těžší komplikace v léčbě a horší léčebné výsledky než klienti pouze s jednou poruchou (Kalina, Vácha, 2013). Klienti s duální diagnózou také vykazují rizikovější chování, které generuje více zdravotních problémů (např. infekce způsobené HIV, HCV atd.) a sociálních problémů (např. vyšší míra nezaměstnanosti, bezdomovectví atd.) a násilnější nebo kriminální chování (Torrens et al., 2017). Významná je také vyšší prevalence sebevražedných pokusů a dokonaných sebevražd, oproti pacientům bez psychiatrické komorbidity (Linhartová, 2022).

7.2 Léčba duálních diagnóz

Kalina a Minařík (2015) uvádí, že terapie klienta se pochopitelně musí zaměřit na obě poruchy, jak na závislostní chování, tak na duševní onemocnění, z praktických důvodů je ale třeba rozlišit léčbu duálních diagnóz na tři modely. Těmito modely jsou:

1. Léčba sukcesivní

V tomto modelu léčby se předpokládá postupná léčba, tedy nejdříve jedna porucha a poté druhá. Často je nejdříve upřednostňována léčba závislosti, vzhledem k tomu, že značná část odborníků zastává názor, že kontrola užívání návykových látek nebo abstinence může přinést zlepšení nebo vymizení psychopatologických symptomů. Například Green et al. (2015, in Chetty et al., 2023) uvádí několik benefitů tohoto modelu léčby. Ve své studii zjistili, že pro účastníky: (1) edukace o účincích látek zvýšila jejich motivaci nadále abstinentovat, (2) dosažení abstinence účastníky dále motivovalo k tomu, aby smysluplně řešili své problémy s duševním zdravím, a (3) udržení abstinence zvýšilo jejich sebevědomí, smysl pro jednání a úroveň fungování.

2. Léčba paralelní

Tento model léčby léčí obě ohniska současně, je však rozštěpen na dvě paralelně běžící léčby, paralelní model tak řeší každou diagnózu klienta individuálně, a to v jiném zařízení. Jedno ohnisko je definováno v oblasti závislostních poruch, druhé v jiných diagnostických okruzích a každé z těchto dvou ohnisek je spojeno se specifickým obsahem (Kalina, 2015).

Tento paralelní přístup k léčbě zanedbává vzájemnou dynamiku obou poruch klientů s duální diagnózou a může vést k opakovaným přesunům klienta mezi systémy péče o duševní zdraví a závislostmi na látkách (Mangrum, Spence, & Lopez, 2006). Tento deficit může paralelního modelu léčby může být řešen pomocí case managementu a postavou klíčového pracovníka (Edwards, 2011 in Kalina, 2015), který služby poskytované klientovi bude koordinovat.

Uznání tohoto deficitu paralelní léčby vedlo k vytvoření integrovaných programů léčby, které rozpoznávají specifické potřeby populace s duálními diagnózami tím, že poskytují koordinované psychiatrické a závislostní intervence, stejně jako lepší case management pro získání doplňkových služeb řešících další sociální problémy běžné u jedinců s komorbidními poruchami (Mangrum, Spence, & Lopez, 2006).

3. Léčba integrovaná

Integrovaná léčba spočívá v léčbě obou poruch zároveň, a to jedním terapeutickým týmem v jednom zařízení. V odborné literatuře je často označována zkratkou IDDT – Integrative dual diagnosis treatment. Tento model má výhodu v neroztříštěnosti léčby, nedochází k její fragmentaci, tak jako u předchozích dvou modelů. Drake et al. (2001) uvádí, že efektivní programy léčby duálních diagnóz kombinují intervence v oblasti duševního zdraví a zneužívání návykových látek, které jsou přizpůsobeny komplexním potřebám klientů s komorbidními poruchami.

Některé modely case managementu (např. FACT, ACT nebo klinický model) tyto aspekty léčby splňují, zejména sdílení klienta jedním týmem a možnost řešit problémy z rozličných životních oblastí v rámci jednoho zařízení, a proto se jeví zvláště vhodné pro léčbu nebo práci s klienty s duální diagnózou.

Dle Šťastné et al. (2006) se profese adiktologa jeví jako zvláště vhodná pro pozici case managera, vzhledem k tomu, že adiktolog je vybaven potřebnými znalostmi a dokáže integrovat poznatky a informace z nejrůznějších zdrojů.

Z rozhovorů s respondenty v praktické části diplomové práce vyplývá, že duální diagnózy tvoří většinou část klientely oslovených adiktologických ambulantních služeb poskytujících case management.

8. REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

V poslední době je case management zmiňován zejména v souvislosti s probíhající reformou péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče (MZČR, 2013) uvádí, že současný systém institucionální psychiatrické péče je rigidní. Jeho těžiště leží v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální. V ČR je zřejmá absence služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízká míra koordinace jednotlivých složek péče.

Hlavním cílem této reformy je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním, týká se tedy i adiktologických klientů. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv lidí s duševním onemocněním, proto je hlavním motivem reformy důraz na uplatňování, prosazování a naplňování jejich práv obsažených především v úmluvě OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“. Hlavními nástroji, jak naplnit tyto cíle, jsou restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči, změny přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči. (Psychiatrická společnost ČSL JEP, 2017).

Jedním z důležitých dílčích cílů je postupné přenesení těžiště léčby z nemocnic přímo do prostředí, ve kterém ti, kteří byli označeni za duševně nemocné, žijí. Vznikají Centra duševního zdraví, v nichž působí terénní týmy zajišťující komunitní podporu v oblasti duševního zdraví (Carboch, 2020).

Podpora nových služeb

V rámci reformy péče o duševní zdraví byl rovněž vytvořen projekt Podpora nových služeb. MZČR (2019) uvádí, že cílen tohoto projektu byl rozvoj alternativních služeb ke stávajícímu zaměření péče o duševně nemocné, které je aktuálně poskytované zejména v rámci psychiatrických nemocnic. Tyto alternativní služby byly vytvořeny s úmyslem podpořit proces deinstitucionalizace. Projekt se zaměřoval na vznik a pilotní testování provozu ambulancí s rozšířenou péčí, stejně jako na pilotáž multidisciplinárních týmů duševního zdraví pro děti a adolescenty, pro seniory, pro osoby v ochranném léčení a pro osoby závislé na návykových látkách. Primárním cílem projektu bylo zajištění včasnosti a komplexnosti poskytované péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta/klienta (MZČR, 2019). Projekt je v současné době ukončen a zároveň proběhla jeho evaluace. Tento projekt zahrnoval pilotní fungování Adiktologických multidisciplinárních týmů a Ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty, které jsou více rozepsány v kapitole 9.1 a 9.2.

9. ADIKTOLOGICKÉ AMBULANTNÍ SLUŽBY

Ambulantní zdravotnická péče o uživatele drog je poskytována především v psychiatrických ambulancích (odbornost 305), přičemž za specializované je možno považovat tzv. AT ambulance (odbornost 308). V posledních letech narůstá počet nelékařských adiktologických ambulanci, tj. zdravotnických zařízení poskytujících péči ve zdravotnické odbornosti adiktologie (odbornost 919) (Chomynová et al., 2023).

Adiktologickou ambulantní péči poskytují zároveň programy nejenom zdravotnické, ale je zde dostupná i široká škála programů na sociální bázi. Specializované adiktologické programy poskytují typicky multidisciplinární péči s přítomností zdravotní, sociální a výchovné složky (Chomynová et al., 2023).

V roce 2022 bylo v České republice 74 adiktologických (zdravotnických) ambulancí, kteří byli v kontaktu s 17237 klienty, z toho bylo 43,1 % žen. Ambulantních (nezdravotnických) programů bylo ve stejném roce 22 a byly v kontaktu celkem s 3 765 klienty, z toho bylo 35,5 % žen (Chomynová et al., 2023). Většina programů ambulantní léčby pracuje s širokou cílovou skupinou klientů, bez ohledu na primárně užívanou návykovou látku nebo typ závislostního chování (Chomynová et al. 2023)

Podle Standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (Sekretariát RVKPP, 2021) jde nejčastěji o strukturované formy péče založené na poradenských nebo psychoterapeutických postupech a sociální práci směřujících ke zlepšení somatického a psychického stavu, sociální situace a změnu životního stylu. Typicky jsou tyto služby organizovány jako ambulantní s obvyklou délkou trvání 3 až 24 měsíců a mohou disponovat stacionární kapacitou, krizovými lůžky, case managementovým terénním týmem, nebo být poskytovány v další instituci.

Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb (Sekretariát RVKPP, 2021) dále uvádí, že pokud služba realizuje case management, je zajišťován pracovníkem v pozici case manažera, který udržuje přehled o všech činnostech a krocích v klientově případě a zajišťuje koordinaci průběhu péče. Toto je ovšem pouze jeden z možných přístupů. Jinde může pracovník pracovat metodou case managementu, avšak nemusí se oficiálně nazývat case managerem, přestože určitou formou case managementu pracuje. Podle Sčítání adiktologických služeb 2020 pracovalo oficiálně na pozici case managera v adiktologických službách pouze 12 pracovníků v přímé péči (Janíková & Nechanská, 2021).

Počet klientů v péči programů ambulantní léčby dlouhodobě roste, roste také počet klientů užívajících nelegální drogy (Chomynová et al., 2023).

9.1 Ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty

V kontextu reformy péče o duševní zdraví byl vytvořen pilotní projekt celkem šesti ambulancí s rozšířenou působností (ARP). Dvě z těchto ambulancí byly v tomto pilotním projektu specializované na adiktologii (ARP-AD). Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (MZČR, 2020b) počítá se zajištěním rozvoje těchto služeb. V rámci plánovaných 200 ARP by mělo být zřízeno 20 adiktologických ambulancí pro dospělé pacienty/klienty jako formu specializovaných ARP. V souladu s hlavním cíli reformy by tak mělo docházet k postupnému přesunu těžiště péče o duševně nemocné, a to pomocí posílení ambulantního sektoru, které umožňuje klienty ponechat během léčby v jejich přirozeném prostředí.

Dle Návrhu základní sítě zdravotních adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty a klienty v kontextu reformy psychiatrické péče vytvořený Společností pro návykové nemoci ČLS JEP ve spolupráci s Českou asociací adiktologů a Klinikou adiktologie 1.LF UK (2019) model krajské ambulance počítá s tím, že se tato referenční pracoviště stanou pro mnoho pacientů vstupní branou do specializovaných adiktologických služeb a že tato zařízení ve svých krajích budou fungovat také jako kontaktní místa pro odbornosti odesílající své pacienty do adiktologické péče s duální diagnózou. Chod ARP-AP byl dle MZČR (2021) zajištěn multidisciplinárním týmem, a to v následujícím složení:

- lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie
- klinický psycholog
- adiktolog
- sestra pro péči v oblasti psychiatrie
- administrativní pracovník

9.2 Adiktologické multidisciplinární týmy

Reforma péče o duševní zdraví v České republice přinesla vznik několika pilotních projektů zaměřených na specifické cílové skupiny. Jednou z těchto cílových skupin byly osoby s adiktologickou poruchou. Jako součást projektu Podpora nových služeb byl spuštěn pilotní provoz Adiktologického multidisciplinárního týmu (AMT) s cílem poskytovat specifickou péči právě této cílové skupině.

Funkcí AMT je individuální léčba adiktologických poruch, podpora zotavení šitá na míru potřebám jednotlivých osob, prevence či zkrácení institucionalizace (např. pobytů v nemocnicích, domovech se zvláštním režimem) a nápomoc k reintegraci dlouhodobě institucionalizovaných do běžné komunity (MZČR, 2020a). K naplnění těchto funkcí by AMT měl sloužit především case management a služby šité na míru potřebám klienta.

Ministerstvo zdravotnictví v Metodice podpory nových služeb v oblasti péče poskytované adiktologickým multidisciplinárním týmem (2020a) definuje jako cílovou skupinu AMT rizikové uživatele alkoholu, tabáku i nelegálních návykových látek od 15 let, včetně patologických hráčů. Jedná se o tyto diagnostické skupiny dle MKN-10: F 1x.1, F 1x.2 (škodlivé užívání a závislost na psychoaktivních látkách) a F 63.0 (patologické hráčství).

AMT poskytuje služby všem osobám s adiktologickou poruchou, nehledě na to, v jaké fázi vývoje poruchy se aktuálně nacházejí. Mezi cílovou skupinu AMT tak může patřit jak uživatel experimentující s návykovými látkami, tak osoba užívající rizikovým způsobem. Dále do této cílové skupiny spadají i klienti s duální diagnózou či s nelátkovými závislostmi. Služby AMT mohou být poskytovány rodinným příslušníkům těchto klientů nebo jejich blízkým osobám.

Adiktolog může v AMT zastávat funkci case managera. Mezi základní pracovní výkony adiktologa v AMT bude patřit komplexní analýza a zhodnocení zdravotního stavu a sociální situace pacienta, vypracování jeho komplexního léčebného plánu, a to spolu se zvážením širších souvislostí a dopadů na osobní i rodinou situaci pacienta. Adiktolog bude mít dále na starosti koordinaci realizace jím vypracovaného léčebného plánu. (MZČR, 2020a). Tyto pracovní výkony jsou ve shodě s fázemi case managementu, tak jak jsou popsány v odborné literatuře a kterými se více zabývá kapitola 4. Fáze case managementu a role case managera.

Adiktolog také bude v rámci tohoto týmu spolupracovat a asistovat při psychiatrických a psychologických vyšetřeních a systematické psychoterapii, včetně stacionární péče (odpolední stacionář). V indikovaných případech bude mít na starosti provádění poradenské činnosti v oblasti sexuálně a krví přenosných chorob a epidemiologické ochrany (MZČR, 2020a).

Základním principem práce AMT je multidisciplinarita. V rámci týmu spolu spolupracují odborníci z několika oblastí, tak aby byly pokryty různé potřeby klientů. AMT poskytuje odbornou pomoc ve 4 základních oblastech, těmi jsou oblast psychiatrická (včetně práce psychiatrické sestry), adiktologická, psychologická a sociální (MZČR, 2022). Chod AMT zajišťují dle MZČR (2020a) odborníci z následujících profesí:

- Psychiatr
- Psycholog ve zdravotnictví
- Adiktolog
- Sestra pro péči v psychiatrii/Všeobecná sestra
- Sociální pracovník / zdravotně – sociální pracovník
- Pracovník v sociálních službách
- Administrativní pracovník

10. Výzkumné otázky a cíle

10.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem, kterým se bude zabývat tato diplomová práce je nedostatek studií zabývajících se způsobem, jakým je case management poskytován v prostředí různých ambulantních adiktologických služeb v České republice samotnými adiktology. Na podobné téma již vznikla v roce 2016 bakalářská práce s názvem *Uplatnění case managementu v adiktologických službách v ČR* od Jana Krejčího, ovšem výzkumný soubor sestával převážně ze sociálních pracovníků. Ani jeden z účastníků výzkumu nebyl svým vzděláním adiktolog (Krejčí, 2016). Otázky pro respondenty z této práce pak vytvořili oporu pro polostrukturovaný rozhovor realizovaný s respondenty v rámci výzkumu pro účely diplomové práce.

10.2 Cíl práce

Cílem diplomové práce je popsat a blíže nahlédnout do práce s klientem pomocí přístupu case managementu nebo jeho prvků v adiktologických ambulantních službách z pohledu pracovníků – adiktologů. Výzkum se zaměřoval na to, zda a jakým způsobem adiktologové pracující v adiktologických ambulantních službách používají tento přístup case managementu nebo jeho prvky ve své praxi. Dílčím cílem práce je srovnání forem case managementu využívaných v praxi adiktologických ambulantních služeb s modely case managementu popsaných v odborné literatuře.

10.3 Výzkumné otázky

Na základě vytyčených cílů výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem je case management poskytován adiktology v adiktologických ambulantních službách?
2. Jak se od sebe liší formy poskytování case managementu v jednotlivých ambulantních službách?
3. Jaké výhody přináší metoda case managementu adiktologům v adiktologických ambulantních službách při práci s klienty?
4. S jakými limity práce pomocí metody case managementu se adiktologové v adiktologických ambulantních službách setkávají?

10.4 Základní a výzkumný soubor

Základním souborem jsou adiktologové pracující v adiktologických ambulancích službách splňující předem stanovená kritéria. Do základního souboru jsou zahrnuti všichni splňující následující kritéria:

1. Respondent vystudoval obor Adiktologie v bakalářském stupni studia nebo mu byla uznána odborná způsobilost k výkonu povolání adiktologa.
2. Respondent pracuje v adiktologických ambulancích službách.
3. Respondent pracuje s klienty metodou case managementu.

Pro účely práce byly osloveny certifikované adiktologické ambulancní služby. K prosinci 2022 mělo platnou certifikaci odborné způsobilosti RVKPP 42 ambulancních programů (Sekretariát RVKPP, 2022). Ne všechny adiktologické ambulancní služby využívající metodu case managementu nebo její prvky na svých webových stránkách case management zmiňují, přestože touto metodou s klienty pracují. Z tohoto důvodu byly certifikované adiktologické ambulancní služby osloveny pomocí emailu s eliminující otázkou, zda metodu case managementu využívají pro práci s klienty. Do přílohy tohoto emailu byla současně přiložena příloha obsahující informace pro respondenty, které obsahovaly cíl výzkumu, jeho předpokládaný průběh a informace o zaznamenání rozhovoru pomocí audiotechniky. Zároveň bylo předpokládáno, že ne všechny oslovené ambulancní služby budou reagovat na email s eliminující otázkou a žádostí o účast na výzkumu.

Pro první kolo rozhovorů byla vybrána ta zařízení, která odpovídala kritériu na poskytování ambulancního léčebného přístupu pomocí case managementu nebo jeho prvků a zároveň reagovala kladně na emailovou výzvu k účasti na výzkumu. Ve většině případů na email odpovídal již pracovník služby, který pomocí přístupu case managementu pracoval s klienty a byl ochotný se účastnit výzkumu.

Zbývající část oslovených adiktologických ambulancních služeb, která na emailovou výzvu nereagovala, byla proto v další kole výzvy kontaktována telefonicky. Pro další fázi rozhovorů byla vybrána pouze ta zařízení, která odpovídala kritériu na poskytování ambulancního léčebného přístupu pomocí case managementu nebo jeho prvků a zároveň se chtěla výzkumu účastnit.

Metodou výběru jednotlivých respondentů, se kterými byl realizován polostrukturovaný rozhovor byl prostý záměrný (účelový) výběr. Prostý záměrný výběr představuje nejjednodušší variantu metody záměrného výběru. Spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňujícími určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ním také souhlasí (Miovský, 2006).

10.5 Metody tvorby dat

Pro potřeby práce byl využit kvalitativní přístup. Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajících principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod (Miovský, 2006). Jako prostředek k naplnění stanovených cílů tohoto výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl realizován s vybranými respondenty. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Obvykle je možné zaměřovat pořadí, v jakém se okruhu věnujeme, a dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme, abychom tím maximalizovali výtěžnost interview (Miovský, 2006). Na počátku rozhovoru byly respondentům poskytnuty informace o výzkumu a byl od nich získán informovaný souhlas, zároveň byl poskytnut respondentům prostor pro jakékoli dotazy týkající se výzkumu a zdůrazněna dobrovolnost účasti a možnost kdykoli z výzkumu odstoupit.

Úvodní část rozhovoru byla zaměřena na otázky vztahující se k základním osobním údajům respondenta jako je vzdělání a pracovní zkušenosti v rámci adiktologických služeb, následováno stručným představení služby ve které respondent aktuálně pracuje. Poté bylo přistoupeno k samotné osnově otázek polostrukturovaného rozhovoru popsané níže. Na konci rozhovoru měli respondenti prostor pro doplnění informací podle vlastního uvážení. Časová dotace rozhovoru pro tento výzkum byla 30-45 minut. Nejčastěji se rozhovory odehrávaly přímo v místě respondentova pracoviště osobně, několik rozhovorů se odehrálo pomocí videohovoru, a to na platformě Google Meet.

10.6 Osnova otázek polostrukturovaného rozhovoru:

- Co rozumíte pod pojmem case management?
- Jak vypadá case management v dané praxi?
- Jaké byly důvody pro zavádění metody case managementu do praxe daného zařízení?
- Z jakých teoretických základů vycházíte při uplatňování case managementu?
- Existují nějaká kritéria pro výběr klienta?
- Vnímáte nějaké limity při uplatňování case managementu v adiktologických ambulantních službách?
- Vnímáte nějaké výhody case managementu v adiktologických ambulantních službách?

10.7 Metody zpracování a analýzy dat

Polostrukturované rozhovory s respondenty nahrané na audiotechniku byly pomocí transkripce převedeny do textové podoby. K tomu byla v první fázi využita funkce diktování v aplikaci Microsoft Word, kdy dochází k přepisu nahraného rozhovoru slovo od slova. Tento přepis je nepřesný, proto následně proběhla kontrola transkripce opakovaným poslechem, při kterém došlo k přepisu a úpravě částí a slov, které byly přepsány nesprávně. Výsledná transkripce rozhovorů s respondenty byla dále upravována pomocí redukce prvního řádu. Jak uvádí Miovský (2006), cílem této operace je učinit přepis plynulejším a usnadnit analytickou práci s ním. Redukcí prvního řádu rozumíme proces transformace plné (doslovné) transkripce záznamu interview nebo ohniskových skupin do plynulejší podoby, vhodnější pro další analytickou práci. Nejjednodušší formou redukce prvního řádu je vynechávání všech částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci (Miovský, 2006).

Přepsané a zkontrolované rozhovory s respondenty byly následně zpracovány pomocí metody otevřeného kódování. Otevřené kódování definují autoři Strauss a Corbinová (1999) jako proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, konceptualizace a kategorizace pojmů. Otevřené kódování je vhodné pro zachycení široké škály rozmanitých odpovědí jednotlivých respondentů. V procesu otevřeného kódování byl každý rozhovor rozložen na jednotlivé pojmy. Při tomto postupu je výzkumník schopen identifikovat zajímavá témata a přiřazovat jim kódy nebo označení (Mišovič, 2019). Pojem v tomto výzkumu většinou označoval větu nebo odstavec přepsaného rozhovoru. Na začátku byla data podrobena počátečnímu kódování, které se využívá pro lepší orientaci v datech a pro předběžné pojmenování jednotlivých výpovědí (Mišovič, 2019). Pro následnou hlubší reflexi bylo využito zaměřené kódování. Identifikované pojmy byly na základě podobnosti následně uskupovány a organizovány do kategorií. Poté byly hledány vztahy, možné souvislosti a rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi, které byly následně uspořádány do jednotlivých témat podle výzkumných otázek.

Současně byla pro zpracování dat použita i metoda prostého výčtu. Jejím prostřednictvím je vyjadřována vlastnost určitého jevu, která se týká např. toho, jak často se daný jev vyskytl či v jakém poměru výskytu byl k jinému jevu (Miovský, 2006).

Takto analyzovaná a nově vzniklá data byla následně porovnávána s popsánými modely case managementu v teoretické části práci. Cílem bylo porovnání aktuálně používaných forem case managementu v adiktologických ambulantních službách s modely case managementu popsánými v odborné literatuře.

10.8 Etické aspekty práce

Pro participaci ve výzkumu bylo nutné schválení účasti ve výzkumu vedoucími pracovníky vybraných zařízení. Dále bylo k výzkumu nutné získat informovaný souhlas všech respondentů, stejně jako bylo nezbytné zajistit jejich anonymizaci. Ta byla zajištěna pomocí přidělení jednoduchého kódu (R1 – R10) ke každému respondentovi, pod kterým byl evidován nahraný rozhovor.

Podoba výzkumu byla nejdříve poskytnuta k posouzení Etické komise Kliniky adiktologie, teprve po jeho odsouhlasení Etické komise KAD byl výzkum realizován s vybranými respondenty. Respondenti byli obeznámeni s dobrovolnou účastí na výzkumu a s možností kdykoli z výzkumu odejít bez udání důvodu. Byl zajištěn informovaný souhlas pro respondenty o účasti na výzkumu a respondentům byly zároveň poskytnuty veškeré informace týkající se výzkumu jako je účel výzkumu, jeho cíle, forma zpracování dat atd. Respondentům byla nabídnuta možnost zodpovězení všech případných otázek týkajících se výzkumu.

Rizika pro výzkumníka nebyly předpokládány, stejně tak nebyly předpokládány ani pro potenciaální respondenty, kteří se výzkumu pro diplomovou práci účastnily. V průběhu výzkumu se ani autorka, ani respondenti s žádnými riziky nesetkali.

Informovaný souhlas byl od respondentů před zahájením rozhovoru získán ústní formou a nahrán pomocí audiotechniky. K účelům diplomové práce bylo připojeno písemné prohlášení tazatele v písemné podobě.

Rozhovory byly nahrávány na audiotechniku, zaznamenané rozhovory byly po analýze pro účely výzkumu vymazány.

Souhlasné stanovisko Etické komise KAD (Příloha 3.), Informace pro účastníky výzkumu (Příloha 1.) a Prohlášení tazatele v písemné (Příloha 2.) podobě jsou součástí přílohy diplomové práce.“

11. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

11.1 Výběrový soubor

Výzkumu se účastnilo 10 respondentů, z toho bylo 8 žen (R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9) a 2 muži (R6, R10). 9 respondentů mělo vystudovaný bakalářský stupeň oboru adiktologie. 8 respondentů mělo k bakalářskému stupni oboru adiktologie vystudovaný i stupeň magisterský ve stejném oboru (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R9, R10), 1 respondent měl uznanou odbornost adiktologa (R7). Celková délka praxe se pohybovala od 3 let (R8) do 30 let (R7). 4 respondenti byly zaměstnanci adiktologického zdravotnického typu zařízení (R1, R6, R7, R10), zbývající část respondentů pracovala ve službě, která byla registrovaná jako sociální a zároveň byla ambulantním zdravotnickým zařízením (dále označováno jako zdravotně-sociální služba). Část respondentů měla předchozí zkušenosti z nízkoprahových služeb, a to buď z terénního programu (R6), kontaktního centra (R2) nebo z obou typů služeb (R5, R10). 2 z respondentů byli předtím zaměstnáni v jiném než adiktologickém typu sociálních služeb (R3, R7). Dva respondenti byli zaměstnáni ve službě, která se účastnila pilotního projektu Podpora nových služeb v péči pro duševně nemocné (R6, R9).

Pro lepší přehlednost je zde uváděna tabulka č.1, kde jsou zaznamenány informace o respondentech, jako je pohlaví, dosažené vzdělání v oboru adiktologie, celková délka praxe v oboru, dosažené vzdělání v oboru adiktologie, případné jiné vzdělání a předchozí zkušenosti. Zároveň je v tabulce zaznamenáno, v jakém typu zařízení respondent pracoval v době účasti na výzkumu a jak dlouho působil na své pozici.

Tabulka č.1 – Výběrový soubor

Kód respondenta	Pohlaví	Vzdělání v adiktologii	Jiné vzdělání	Celková délka praxe	Typ zařízení/služby	Aktuálně na pozici	Předchozí zkušenosti v oboru
R1	žena	Mgr.	/	6 let	zdravotnické	3 roky	/
R2	žena	Mgr.	/	7 let	zdravotně – sociální	3 roky	Kontaktní centrum
R3	žena	Mgr.	/	8 let	zdravotně – sociální	4 roky	Sociální služba
R4	žena	Mgr.	/	18 let	zdravotně – sociální	8 let	Kontaktní centrum
R5	žena	Mgr.	Zdravotní sestra	12 let	zdravotně – sociální	7 let	Terénní program, Kontaktní centrum
R6	muž	Mgr.	/	4 roky	zdravotnické	2 roky	Terénní program
R7	žena	uznaná odbornost	Speciální pedagog	30 let	zdravotnické	4 roky	Sociální služba
R8	žena	Bc	/	3 roky	zdravotně – sociální	3 roky	/
R9	žena	Mgr.	/	8 let	zdravotně – sociální	8 let	/
R10	muž	Mgr.	Sociálně právní činnost	15 let	zdravotnické	8 let	Terénní program, Kontaktní centrum

Zdroj: vlastní

11.2 Subjektivní pohled pracovníků na práci s klientem pomocí case managementu

Do této kategorie byly zařazeny všechny podkategorie, které se týkaly osobních náhledů a přesvědčení týkajících se case managementu. Byly jsem zaraženy následující podkategorie:

- Subjektivní smýšlení o přístupu case managementu
- Osobní předpoklady
- Osobní prožívání
- Vztah case managera s klientem a jeho hranice

Po úvodním představení se respondentů v rozhovoru následovala otázka na subjektivní vnímání přístupu case managementu, na to, co si respondenti představí pod tímto pojmem. Část respondentů má tento přístup spojený s multidisciplinaritou (R1, R3, R10) která byla zmiňována zejména ve spojení s nabídkou možného naplnění potřeb klientů, kteří neřeší pouze závislostní chování, ale přichází do služby s rozličnými problémy.

S tím se pojí i koordinace služeb, a to nejen těch, které jsou nabízeny v rámci týmu, ale i těch, které čerpá klient v rámci spolupráce s jiným zařízením. Koordinaci služeb všichni respondenti vidí jako jednu ze zásadních činností, kterou vykonávají v rámci uplatňování tohoto přístupu nehledě na to, zda se jedná o koordinaci služeb v rámci týmu nebo vně.

R7: „Case management spočívá v tom, že se jedná o dlouhodobou spolupráci s člověkem, který má více potřeb, má třeba více zakázek a potřebuje, aby tu péči nebo nějakou podporu někdo trochu koordinoval.“

Respondenti (R3, R5, R8) uváděli jako typické atributy tohoto přístupu celkovou komplexnost práce s klientem a její intenzitu, která může být odlišná od intenzity s jakou respondenti mohou pracovat v přímé práci mimo tento přístup (R3).

R3: „Já case management vnímám tak, že ta práce s klientem je hodně intenzivní oproti běžné ambulanci třeba a že je hodně komplexní. Nejde o to jenom stabilizovat toho klienta po stránce užívání drog, ale v nejrůznějších oblastech, takže vlastně i v sociální, případně mu pomoci se stabilizací rodinných vztahů a tak podobně.“

R5: „Já mám taky s case management spojenej hodně se vztahem s klientem. S nějakým intenzivním kontaktem, intenzivním doprovázením, mám to spojený taky s koordinací péče, s propojováním vlastně dalších služeb. Hledání různých možností, jak klientovi pomoci zkvalitnit život. A no tak to je asi takový nejvíc, co mě k tomu jako v té první chvíli napadá. Ten vztah je pro mě asi v tom takový nejvýznamnější.“

Respondenti (R2, R3, R4, R5, R7, R8, R10) hovořili také o vhodných osobních předpokladech, kterými by pracovník měl podle nich disponovat a které se dle jejich názoru jeví jako vhodné pro práci s klientem pomocí case managementu nebo jeho prvků, zejména vzhledem k intenzitě a rozmanitosti přímé práce s klientem. Mezi předpoklady, které jsou důležité pro práci tímto přístupem respondenti zařazovali schopnost udržení a uvědomování si vlastních hranic (R8, R9), asertivitu a vysokou míru nasazení zejména při advokacii práv klienta (R3), trpělivost a flexibilitu při práci s klienty (R5), schopnost realisticky plánovat (R8).

R3: „Myslím si, že ten člověk nemůže být líný, ve smyslu že fakt jako hodně věcí musí obvolávat, občas se i jako někam trošku vtírat, nenechat se odbýt. Být trošku víc asertivní, je důležitý být připravený, že když tě odněkud vyhodí, tak holt jít tam znova. Myslím, že tam musí být jako vysoká míra nasazení a pak se dá zařít fakt spousta věcí.“

Dalším atributem, kterým by podle respondentů (R3, R4, R5, R10) měl pracovník pracující pomocí case managementu disponovat je schopnost navazovat vztahy s klienty. Vhodným nástrojem pro rozvoj této schopnosti je dle respondentů (R4, R10) psychoterapeutický výcvik, zejména při práci s klienty, kteří kromě závislostního chování trpí i dalším duševním onemocněním.

R4: „Myslím, že mít výcvik, pomáhá prostě v té vztahovosti s klientem, protože často to jsou komplikované duální diagnózy, schizofrenního okruh velmi často, takže tam potom jako vědět, co se děje, je docela dobré.“

Respondentky (R2, R4, R5, R7, R9) během rozhovoru zmiňovaly důležitost pozitivně navázaného pracovního vztahu mezi klientem a pracovníkem pracujícím pomocí case managementu nebo využívající jeho prvky, který může být základem pro budoucí práci s klientem, zároveň může mít pozitivní vliv na podobu této práce a na její výsledky.

R4: „(...) tím těžištěm, to je prostě jak v terapii, tak i v casu, funguje prostě jako nějaký dobře navázaný vztah. A na tom se pak dá stavět spousta věcí. A zas to má tu výhodu oproti tomu individuálu, že se dají ty lidi opravdu poznat v jiném prostředí.“

R7: „(...) s nima máme ten vztah hodně takovej lidskej i profesionální, ale hodně jako na té bázi té lidskosti a snažíme se o nějakou rovnocennou spolupráci, takový dialogický přístup. Takže se snažíme, abychom nepůsobili nějak hierarchicky, tak to to určitě. Spíš takový partnerštější jsme a myslím si, že čím ten člověk k nám chodí dýl, takže ten vztah je i takovej osobnější.“

Respondentky (R2, R4, R8, R9), které mají možnost s klienty pracovat i v přirozeném prostředí, tedy mimo prostory ambulantních služeb, současně zdůrazňovali nároky, které tento vztah klade na pracovníka. Zejména se jedná o nutnost nastavování hranic takového vztahu při pracovním procesu. Tento vztah podle respondentek (R2, R4, R8, R9) může být méně formální než klasický vztah mezi klientem a pracovníkem v adiktologických ambulantních službách, a to právě z důvodů setkávání se i mimo prostory ambulantní služby.

R2: „(...) ten vztah s klientem je vlastně jiný než kdekoliv jinde. Je mnohem intenzivnější, mnohem víc to může připomínat nějaký přátelský vztah a tam pak je hrozně důležitý ty hranice klientovi připomínat, nastavovat, a i my si musíme být vědomi abychom neubližovali.“

R9: „(...) je to zase jiný typ vztahu, je intenzivní a dává nám to prostě nějaké zase jiné možnosti, jak přemýšlet o věcech. (...) v tom casu se jde ještě víc než v běžném poradenství, do takového hodně osobního kontaktu. Myslím si, že je to zkouška hranic jako blázen, že tam jsou hranice zkoušené mnohem víc než ambulantní kontakt. A že by člověk měl mít ještě o něco víc než v terapii vyjasněnej svůj osobní život a potřeby a tak, aby se to nesuplovalo

těma klientama, aby si z nich nedělal kamarády, nebo aby si klienti nedělali kamaráda z něho.“

Dle respondentky R2 není nevyjasněnost hranic mezi pracovníkem a klientem náročná pouze pro pracovníka, ale může být velmi matoucí i pro klienta, který se nachází ve zranitelné pozici vůči pracovníkovi.

R2: „Na začátku mé práce mi to přišlo jako velká výhoda, ale párkrát jsem s klientem narazila právě v té vztahové rovině. Že už to moc šlo za hranice toho pracovníně přátelského vztahu a tam jsem si začala přicházet na to, že to může být velká nevýhoda, že můžu ublížit tím, když to nebudu mít jako popsany a nebudeme se o tom bavit.“

11.3 VÝCHODISKA

Do této kategorie byly zařazeny všechny podkategorie obsahující pojmy, které se nějakým způsobem týkaly důvodů pro zavádění přístupu case managementu do praxe adiktologických ambulantních služeb. Déle zde jsou zaznamenány zdroje, ze kterých pracovníci služby vycházejí při uplatňování tohoto přístupu. Jedná se o tyto podkategorie:

- Zavádění case managementu do praxe
- Teoretické základy
- Osobní východiska

Ve dvou službách, jejichž pracovníci se zapojili do výzkumu pro účely diplomové práce jako respondenti, byl case management zaveden jako přístup práce s klienty v rámci projektu Vytváření nových služeb v rámci Reformy péče o duševní zdraví (R6, R9). Respondentka R9 hovořila v rámci rozhovoru o tom, že toto zavádění case managementu bylo spojeno s edukativními akcemi zřizované Ministerstvem zdravotnictví, které ale v rámci zavádění nového přístupu nepokládala za dostatečné. Ambulantní služba, ve které respondentka pracovala v konečném důsledku spíše zaváděla tento přístup podle vlastního uvážení a možností samotných pracovníků. Reakce pracovníků služby na nový přístup k práci s klienty byla rozdílná.

R9: „Byly tam nějaké edukativní akce ze strany ministerstva jednou nebo třeba dvakrát. Někdo přijel, kde jsme se o tom spíš tak jako bavili nebo jsme to ladili. Ale spíš jsme tak jako zkoušeli, jaké jsou možnosti, kde nás to ještě baví a kde to nechceme dělat. Někde poněti jsme měli, ale bylo to hození do vody a každý jsme zkoušeli i své osobní hranice. Někdo si řekl, že tohle dělat nechce, to není pro nás, ale někdo naopak se pro to nadchnul. Rozhodně nám to rozšířilo obzory toho, co je vlastně možné.“

Část respondentů ve službách registrovaných jako zdravotně-sociální uváděli, že case management vyplynul jako přístup práce s klienty z potřeb již navázaných klientů, kteří opakovaně propadali sítí dostupných služeb (R2, R3, R5, R8). Spolupráce s těmito klienty

R5: „(...) a vlastně i u těch substitučních klientů se začalo ukazovat, že to je potřeba. Že kromě opiátů jako užívají i další látky, jsou na tom fakt sociálně špatně, jsou dlouho na ulici, do toho zdravotní komplikace a ukázalo se nám, že v rámci ambulance ty klienti často vypadávali z péče. V podstatě je potřeba na to nějak jako reagovat. Takže se prostě ukázalo, že ty klienti to nejsou schopný utáhnout s náma jenom v ambulanci. Že bylo vidět, že je potřeba víc pracovat i směrem ven a intenzivně a dlouhodobě.“

Dvě respondentky (R2, R4) popisují vznik case samostatného programu case managementu v rámci ambulantních adiktologických služeb z již existujících nízkoprahových služeb. V obou případech šlo o kontaktní centra. Zde se pracovníci opakovaně setkávali s klienty, kteří přicházeli s potřebami, které vyžadovaly intenzivnější spolupráci, než jakou měla možnost tato kontaktní centra nabídnout v rámci běžného postupu. Respondentka R2 zároveň dodává, že pro tyto klienty mohl být v tu dobu práh adiktologických ambulantních služeb nebo sociálních služeb příliš vysoký, a proto preferovali docházení do kontaktního centra. Intenzivní forma spolupráce s některými klienty v rámci kontaktního centra zároveň kladla překážky v chodu služby, zejména co se týká personální zajištění chodu centra.

R4: „(...) na tom začátku tak vlastně s case managementem začínali v kontaktním centru a a tam vlastně zkoušeli pracovat metodou casu s klienty, kteří opakovaně propadávali, který nefungovali. Nefungoval běžný postup, předléčebný poradenství, nástup do léčby. Byly to prostě ty chronici, kteří se tam neustále vraceli a celý roky nic se s nimi vlastně nedělo. Často právě duální diagnózy těžší. Tak se prostě to zkoušelo nějak začít s nimi pracovat 370uovi způsobem. No a pak se to podařilo vlastně oddělit, když se zakládala ambulance tak se to vlastně oddělilo od toho káčka.“

R2: „(...) neměli jsme na ty klienty vůbec čas na i když jsme se snažili třeba klientům nabízet asistence, tak vlastně jsme věděli že to nějak může ohrozit třeba chod kontaktního centra, že tam těch kolegů bude míň. Ale taky jsme naráželi na klienty, u kterých jsme věděli, že by potřebovali nějakou intenzivnější formu spolupráce. Byť nebyly vlastně nebyly schopni splnit nějaké podmínky třeba ambulantních služeb nebo nějakých sociálních. Ale to káčko pro mě bylo nějak přístupný, takže tam jsme vlastně i díky vedoucímu začali s některými klienty pracovat a mnohem intenzivnější formou (...)“

Při práci s klienty pomocí case managementu nebo jeho prvků část respondentů (R1, R2, R3, R4) vycházela z operačního manuálu, kterým disponovala služba, ve které

pracují. Jinou literaturu jako teoretické východisko pro přímou práci uvedla pouze respondentka 2.

R1: „(...) vycházíme z těch našich předpisů i předpisů toho zařízení a z našich stanov operačního manuálu a tak dále. A zároveň to za mě vždy musí být nějak jako posvěcené tím vedoucím. No já také převážně vycházím z té profese adiktologa, takže i z toho, co jsem se učila v rámci 1. lékařské fakulty.“

R2: „(...) Máme operační manuál, ve kterém je vlastně spousta těch věcí popsaných. (...) taky jsme vycházeli z jedné odborné publikace o case managementu, určitě je někde na stránkách, tak z toho my jsme vycházeli. A hodně jsme vycházeli z našich zkušeností.“

R3: „Máme operační manuál, kde vlastně máme kapitulu o case managementu.“

R4: „Operační manuál máme, určitě jo. A pohybujeme se v jako v mezích nějakých standardů, jsme certifikovaná služba.“

Část respondentů také vycházela ze svých vlastních zkušeností z předchozích zaměstnání, kde byli v přímé práci s klienty. U respondentů R2, R4, R5, R6, R9, R10 se jednalo o zkušenosti z nízkoprahových adiktologických služeb jako je terénní program nebo kontaktní centrum.

R5: „(...) v té praxi je to vždycky asi jiný. Já to tak vnímám, že fakt je potřeba ty zkušenosti nějak sbírat, sdílet ty konkrétní případy klientů. (...) nejvíc mi stejně asi vždycky dala jako praxe, ty zkušenosti.“

Respondentky R3 a R7 již před nástupem na aktuální pracovní pozici pracovali na pozici case managera v jiném typu služby. Respondenti zmiňovali jako jeden ze zdrojů informací o case managementu také studium adiktologie, které absolvovali všichni respondenti kromě jedné (R7).

R3: „(..) samozřejmě nějak vycházím z toho co jsme se naučili ve škole. Já jsem před nástupem sem pracovala v jiné organizaci jako case manager, takže i vlastně vycházím i z nějakých svých zkušeností. (...), tam jsem se o case managementu teoreticky naučila rozhodně nejvíc a pak z toho čerpám i v rámci té praxe.“

R5: „(...) jakože je určitě důležitá nějaká teorie, jak by to bylo dobrý, na co si dávat pozor, tak to mi určitě při studiu dalo hodně.“

11.4 Case management v praxi

Do této kategorie autorka přiřadila všechny výroky respondentů popisující průchod klienta službou, ve které pracovník pracuje s klientem pomocí case managementu. Tato kategorie se snaží zprostředkovat čtenáři představu toho, jak je case management v praxi

poskytován klientům. Podkategorie byly zařazeny po sobě tak, jak klient prochází léčebným procesem v rámci služby. Do této kategorie jsou přiřazeny následující podkategorie:

- Charakteristika klientů
- Kritéria pro vstup klienta
- Abstinence u klientů
- Vstup klienta do služby
- Spolupráce pracovníka s ostatními subjekty v rámci case managementu
- Sdílení klientů v rámci týmu
- Práce v přirozeném prostředí klienta
- Vyhledávání klienta v přirozeném prostředí
- Práce s rodinou a blízkým okolím klienta
- Terapeutická práce s klienty v rámci case managementu
- Ukončení spolupráce s klientem

Charakteristika klientů

Část respondentů (R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10) se vyjádřila k tomu, jaké jsou nejčastější charakteristiky klienta, se kterým pracují pomocí case managementu nebo pomocí jeho prvků. V této části rozhovoru se respondenti vyjadřovali k tomu, s jakou problematikou klienti nejčastěji přicházejí, případně v jakém případě pracovníci indikují case management, pokud tento přístup neuplatňují u všech klientů.

V případě respondentů R2, R3, R4, R5, R7, R8 je case management samostatný program, který je klientům nabízen v rámci ambulantní služby. Ostatní respondenti využívají různé prvky case managementu s klienty, kteří do ambulantní služby přicházejí.

R3: „(...) case management nabízíme hlavně klientům, kteří jsou nějak už v závislosti dlouhodobě, mají k tomu nějaký právě přidružené zdravotní komplikace. Často to jsou různé somatický poškození. Jsou k tomu nějaké závažnější psychiatrický diagnózy, hodně to jsou klienti, kterých k tomu mají třeba schizofrenii nebo nějaký poruchy osobnosti, jako hraniční poruchy osobnosti a tak. (...) A taky to jsou často klienti, kteří jsou třeba jako na ulice a nemají moc vlastně stabilní tu sociální oblast. Takže to jsou takový asi nejčastější klienti, který my máme vlastně v case managementu a který potřebují nějakou zvýšenou péči.“

R6: (...) v zásadě jako k nám choděj lidi, který jsou sociálně stabilní.

R7: „Většinou se jedná o lidi s nějakou složitější problematikou, většinou duální. Právě tam, kde je zapojená, nebo je potřeba zapojit postupně více těch služeb a nějak je nadomlovat a podporovat toho klienta, aby v tom nějak procházel tak, aby se to nedublovalo a nějak netříštilo.“

R8: „(...) většinou jsou to teda klientky ženy, které to mají možná v něčem trošku složitější. (...) Často mívají nějaký právě somatické komplikace, mají třeba víc dětí, některé mají v péči, některý ne. Mají nějaký problémy se zákonem, často mívají dluhy. Taky ne vždycky mají úplně stabilní bydlení. „

R10: „Typický přístup vlastně jako by v této práci pro duální diagnózu, to znamená tam, kde se potkávají, psychotické poruchy nebo poruchy osobnosti spolu s tou závislostí, tak tam často bývá těch problémů víc a je potřeba zapojit samozřejmě větší množství oborů nebo větší množství nějaké kapacity.“

Respondenti se typicky setkávají u klientů se širokou paletou komplikací. Kromě závislostního chování uváděli respondenti také obtíže v oblastech sociální, finanční, somatické a v neposlední řadě v oblasti duševního zdraví. Všichni respondenti se ve své praxi setkávají s klienty s duálními diagnózami.

Kritéria pro vstup klienta

Dále byli respondenti dotazováni, zda existují nějaká kritéria, podle kterých respondenti nebo jejich spolupracovníci určují, jaký klient je do služby vhodný a jaký nikoli. Respondenti R1, R3, R6 uvedli několik překážek pro práci s klientem. Respondenti R1, R6 jako překážky vidí somatické komplikace, které by mohly negativně ovlivnit schopnost klienta fyzicky do služby docházet, i vzhledem k tomu, že své služby poskytují klientům v prostorách ambulance.

R1: „Určitě při tom prvním vstupu tam dochází k nějakému výběru, kdy pacient musí splňovat nějaká kritéria. Myslím si, že u nás je to typicky ta ambulantní složka, která klade nároky na to, že ten člověk má mít nějaký stabilní bydlení nebo pevnější sociální background, pevnější půdu pod nohama, aby byl schopný třeba 1x týdně docházet“.

R6: „Ne každý člověk je nebo klient, který trpí závislostí, je vhodný do tý léčby, ale to se řeší tím indikačním vyšetřením, kdy v případě, že to vhodný není a je to člověk, který například trpí výraznými somatickými komplikacemi, tak tam ta ambulantní léčba vhodná není.“

Respondentka R3 uvedla kritéria, která souvisí se specifickou cílovou skupinou, se kterou v rámci case managementu pracuje, tedy s klienty před a těsně po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody.

R3: „V rámci toho projektu, na základě, kterého děláme ten case management, tak tam jsou kritéria taková, že bysme měli spolupracovat s klientem 6 měsíců před propuštěním ve věznici a pak minimálně alespoň 6 měsíců tu propuštění, což samozřejmě neovlivníme, ale aspoň 6 měsíců před propuštěním.“

Abstinence u klientů

Všichni respondenti během rozhovoru uvedli, že abstinence klienta není během poskytování case managementu vyžadována a není podmínkou pro vstup klienta do služby. Zároveň se všichni respondenti snaží edukovat klienty o minimalizaci rizik spojených s užíváním a pracovat s klienty na zmírnění samotného užívání. V konečném důsledku záleží na zakázce klienta. Pokračující užívání v nezměněné podobě však může mít vliv na udržení klienta v programu a může dojít následně i k přerušení kontaktu, jak uvádí respondentka R7. Ta hovořila o tom, že pokud klient během spolupráce nadále užívá návykové látky a neprojevuje zájem o abstinenci, je to často důvodem pro vypnutí ze služby a ukončení spolupráce z klientovi strany. Respondent R10 je s klientem schopen spolupracovat i na jiných cílech než abstinenci, jako je například minimalizace užívání a jeho rizik, klienti často přichází sami se zakázkou abstinence, a to i u nelátkových závislostí.

R7: „Jsme rádi, když ten člověk má nějaký cíle, nemusí ten cíl být zrovna abstinence. Ale musí to být nějaký cíl, na kterým je potřeba spolupracovat, abychom tam byli nějak platní. A může být, že k té abstinenci dojdeme v průběhu té cesty anebo taky ne. Dost často se stává, že pokud ani po nějaký době té spolupráce se nedojde k té abstinenci, tak potom ten člověk často sám vypadává z té služby.“

R10: „(...) jsem schopný s lidmi pracovat na tom, na čem se prostě dohodneme. To znamená i na snižování, na změně těch vzorců, na nějakém bezpečném užívání a tak dále (...) primárně většina těch lidí přichází stejně s tím, že ví, že nemůžou fungovat s tou drogou nebo s tou substancí, nebo s gamblingem, že nemůžou fungovat. Takže sami jdou potom tou cestou použití nástroje střízlivosti.“

Vstup klienta do služby

Klienti se do služeb poskytující case management nebo jeho prvky dostávají z různých dalších institucí, často přicházejí přímo z psychiatrických nemocnic. Část respondentů (R2, R7, R9) aktivně dochází do těchto nemocnic, kde prezentují možnost spolupráce pomocí case managementu, mohou tak navázat spolupráci s klienty ještě před výstupem z léčby.

R9: „V úzkém kontaktu jsme s jednou nedalekou krajskou psychiatrickou nemocnicí, kde je někdo od nás prakticky každý týden a navazujeme klienty přímo v té službě.“

Respondentka R2 popisuje třetí plochy, které vyvstaly během procesu navazování spolupráce s psychiatrickou nemocnicí, kde léčba je abstinenci orientovaná, zatímco ambulantní služba, ve které pracuje s klienty pomocí case managementu nikoli. Způsob, jakým se s klienty pracuje se tak v obou zařízeních diametrálně liší.

R2: „(...) tam jsme se dlouho snažili dostat a myslím si, že to byla cesta a složitá, protože my jsme tam přišli a najednou jsme nabízeli co šlo proti nim. My jsme i tu společnou řeč jsme nacházeli dlouho, protože pro nás není důležité, jestli ten klient abstinuje. Takže když do instituce, která jako čistě abstinenční a režimová přijde nějaký adiktolog a řekne, že pro něj vlastně není důležité, jestli klient abstinuje, tak to pro ně bylo hrozný.“

Podle respondenta R6 může charakter toho, odkud a jak do služby klienti přichází, ovlivnit konečnou cílovou skupinu, se kterou ambulantní služba pracuje jako je tomu v případě zařízení, kde respondent pracuje, navzdory tomu, že služba je otevřena všem zájemcům nehledě na míru závažnosti užívání návykových látek.

R6: „Nejčastěji si klienti volají sami. Že si zavolají, napíšu, co potřebují a objednájí se. To je nejčastější, a to si myslím, že vlastně zvyšuje práh nejmíc a tím se odvíjí ta cílovka vlastně od toho.“

Do části služeb se klienti dostávají zejména z jiných institucí. V některých případech respondentky (R2, R4, R5) hovořily i o možnosti klienta vstoupit do case managementu z ambulantního programu současně poskytovanému spolu s odděleným programem case managementu v rámci jednoho zařízení, kde jsou klienti vhodní na case management identifikováni pracovníky na základě jejich potřeb a tento způsob spolupráce je jim posléze nabídnut.

R4: „(...) fakt nejčastější je, že volá nějaká instituce. Málokdy se stane, že si volá sám ten klient. Pak je méně častá cesta, že někoho, koho máme třeba v ambulanci, tak se ukáže, že ten člověk není až tak úplně funkční a že by se mu hodil i ten case.“

R5: „(...) spíš ty klienti jako primárně přijdou za tím, že potřebují substituční léčbu a my jim vlastně v rámci toho potom nějaký case nabídneme. (...) Ale moc se nestává, že by sami volali, že chtějí vyloženě case management. Vždycky to vychází primárně z té substituce.“

Respondenti R7, R8, R10 se ve své praxi setkávají také často s tím, že klienti a zejména klientky přicházejí do ambulantních služeb na popud Orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Case management pak v jejich případech vykazuje určitá specifika.

R8: „Často taky řešíme vlastně i to, z jakého důvodu přišli, protože tím, že jsou ty klientky často sledovaný OSPODEM tak vlastně za sebou mají ten OSPOD, kterej je tak trošku někam dohnal. A někdy to může být kámen úrazu, ale někdy zase to může bejt vlastně i posun pro ně, takže řešíme i třeba nějakou koordinaci v tomhle směru. Protože někdy třeba jsme byli i na případových konferencích, snažíme se prostě nějak hájit toho klienta.“

Výroky respondentů o příchodu klientů do služby R6 a R10 ilustrují, jak může být cesta klienta do zařízení rozmanitá. Zároveň oba respondenti zmiňují část klientely, která

přicházejí z výkonu trestu odnětí svobody, se kterou se setkávají i další respondenti (R3, R8).

R6: „ (...) děje se, že nás kontaktuje služba, kde pracují s klienty po výkonu trestu nebo ve výkonu trestu. Potom samotný ne věznic, ale vlastně klienti ve výkonu trestu nás kontaktují z věznic přímo dopisem. A pak se stane, že nás kontaktují často třeba praktičtí lékaři, který vysílají nebo doporučují jejich pacienty. Anebo taky jiný psychiatrické nemocnice nebo jiný léčebné zařízení. To se taky děje“

R10: „Přichází lidi z ulice, normálně z přirozeného prostředí. Oni samotní, nebo po konzultaci třeba s rodinou, se rozhodli s tím něco dělat. To je jedna část lidí. Tím, že už jsme tam nějaký pátek, tak už je poměrně dobrá spolupráce s psychiatry. To znamená, že část psychiatrů v okolí, když zjistí, že je problém ze závislosti nebo se škodlivým užíváním, tak už ty lidi k nám posílají. Dost podobné je to i s některými praktikami. (...) část těch pacientů se rekrutuje na základě spolupráce s Orgánem sociálně právní ochrany dětí. (...) Určitě je dobré zmínit část lidí, kteří už z věznic píšou, že si žádají o podmíněným propuštění a že páchaly trestnou činnost v 43ouvisající s užíváním návykových látek. Takže potom se rekrutují z těch věznic nebo z Probační a mediační služby. (...) Pak je tam reference klientská, to znamená, že pacienti už předávají tu informaci si mezi sebou, že se to nabaluje jako sněhová koule. Případně ještě přes spolupráci s dalšími organizacemi. (...) Část lidí se rekrutuje v rámci prevence relapsu a doléčování z léčeben a z komunit.“

Spolupráce pracovníka s ostatními subjekty v rámci case managementu

Širokou paletu potřeb klientů adiktologických ambulantních služeb všichni respondenti řeší buď pomocí vlastních schopností a znalostí, spoluprací s kolegy v rámci ambulantního týmu nebo navázáním klienta na další odborné služby, v závislosti na povaze zakázky, na které s klientem spolupracují. Respondenti mezi odborné služby, se kterými v rámci case managementu spolupracují zařazovali dluhové poradny, Odbor sociálně-právní ochrany dětí, právní poradny, specializované zdravotnické služby, rodinné poradny, ergoterapeuty. V případě respondentů R6 a R7 pracujících ve zdravotnickém zařízení byly využívány i služby odborného sociálního poradenství, kvůli absenci sociálního pracovníka v zařízení. Nicméně pokud klient přišel s méně komplikovanou sociální problematikou, často jako adiktologové využívali své vlastní znalosti v sociální oblasti.

R6: „V rámci nějaké úzké skupiny klientů, který nějakou takovouhle službu potřebují, tak jsme schopní jí nějak jako poskytovat jako adiktologové, jako v rámci toho, čeho jsme schopni a kam sahají naše znalosti v nějakých zakázkách typu odkazování na sociální služby a nějakou základní orientaci. Tak to děláme my jako adiktologové, ale sociálního pracovníka tady nemáme.“

R7: „řekla bych, že jako jsme celkem schopni pokrýt ty sociální zakázky i my, protože vlastně máme zkušenosti, většina z nás pracovníků i z nějakých sociálních služeb. Takže my si dovedeme s některými věcmi z té sociální oblasti poradit, a když ne, tak zase víme, kam se obrátit a kde nám s tím někdo jako poradí.“

Všichni respondenti v rámci case managementu navazovali spolupráci s psychiatrem. Spolupracující psychiatr byl buď členem týmu ambulantní služby, nebo klient přicházel do služby s již navázanou spoluprací se svým vlastním psychiatrem. Spolupráce s psychiatrem byla pro všechny respondenty zásadní. Respondentka R7 hovořila o tom, že v rámci spolupráce s klientem je často jedním z jejích úkolů i zprostředkování a napomáhání při nastavování komunikace mezi klientem a psychiatrem, zejména u klientů s duálními diagnózami, kteří často nemají v lékaře důvěru nebo nechtějí užívat dodržovat předepsanou farmakoterapii. Stabilizovaný psychický stav je podle respondentky důležitý i pro možné pokračování pracovního vztahu mezi ní a klientem.

R7: „No taky se řeší komunikace s psychiatrem, protože dost často ty lidi nemají důvěru ani k těm lékařům, takže tam třeba se snažíme nějak podpořit. Buď abys změnil toho psychiatra, když k němu fakt jako má nedůvěru. A zvláště z těch psychotických okruhů, když mají ty potíže, tak zjistíme, že třeba neberou tu medikaci, kterou jim lékař předepíše a že s ním o tom vlastně nedokážou komunikovat. Tak tam se je třeba snažíme podpořit i v tom, aby buď mohli s tím svým doktorem mluvit otevřeně, jak to s těmi léky mají a jaký mají výhody a třeba se hledala jiná medikace. Anebo aby se třeba změnil ten lékař, aby chodili k někomu, komu můžou více věřit a s kým se nebojí mluvit otevřeněji.“

Vzhledem k značnému množství služeb, které klienti mohou využívat, hovořili respondenti také o koordinaci těchto služeb. Jako důležitou součást přístupu case managementu koordinaci služeb uvedli všichni respondenti. Dle respondentky R5 je vhodné tuto koordinaci služeb nastavovat na koordinačních schůzkách, kterých se účastní pracovníci další služby, kterou klient využívá, nedílnou součástí je také komunikace s klientem. Respondent R10 uvedl konkrétní příklady služeb, se kterými se v rámci koordinace nejčastěji setkává, zejména se jedná o OSPOD a Probační a mediační službu.

R5: „Komunikujeme o tom, kdo co dělá, domlouváme se konkrétně. I s tím klientem se vlastně domlouváme, děláme často koordinační schůzky, i když vlastně má třeba péči někde jinde, třeba někdy i hodně spolupracujeme třeba s azylovými domy, nebo takhle, tak často děláme i nějaký koordinační setkání. I když zajišťujeme nějak s klientama bydlení, tak kolem toho jsou i nějaký jako společný schůzky.“

R7: „Když je vlastně ve hře zapojení třeba více služeb, tak tam je vlastně jako výhodný, když někdo z těch lidí, kteří se s tím klientem setkávají, myslí na tu koordinaci vzájemnou a občas udělá třeba nějakou koordinační schůzku v rámci těch několika různých služeb.“

R10: „(...) spolupráce s orgány sociálně právní ochrany dětí, kdy vlastně já se účastním někdy těch případových konferencí, což je vlastně ta typická forma nějakého case managementu. Tak tam taky často je to o tom, že se toho účastním, nebo často i z mé strany byl návrh na to, abychom se viděli aspoň v rámci trojstranné schůzky, to znamená klient, OSPOD a já. (...) Pak mám určitou skupinu lidí, kteří mají přiměřený povinnosti ke svým podmíněným trestům, mají probační dohledy, tak tam se často taky dostáváme k tomu, že potřebujeme koordinovat dvě instituce navzájem a trošku si rozumět a táhnout za jeden provaz. Takže i tam můžeme vidět nějakou formu spolupráce více organizací.“

Část respondentů (R2, R4, R5) také při uplatňování case managementu preferovala využívání a spolupráci se službami v rámci organizace, ve které pracují. Koordinace navázaných služeb je tak pro respondenty jednodušší a rychlejší, stejně tak pro klienty, kteří tyto služby využívají.

Sdílení klientů v rámci týmu

Nedílnou součástí práce s klienty pomocí case je sdílení případů v rámci týmu. V rámci jednoho týmu se setkají odborníci z různých oblastí, kromě adiktologů jsou to odborníci z řad sociálních pracovníků. Výjimku tvoří týmy respondentů R6 a R7 a R10, kde sociální pracovník nefiguruje. Ve všech týmech byl členem týmu i psychiatr, byť na malý pracovní úvazek, kromě týmu respondentky R2, kde byla psychiatra na mateřské dovolené. V zařízeních respondentů R1, R6, R9 je členem týmu i klinický psycholog. U všech respondentů je adiktolog prvním členem týmu, se kterým přichází klient do kontaktu, ten s ním absolvuje prvotní vyšetření nebo pohovor a následně může indikovat klienta k dalším členům týmu. Finálním pracovníkem, který s klienty pracuje formou case managementu, ale může být kdokoli z týmu.

Pravidelné porady týmu slouží v mnoha ambulantních službách jako platforma pro sdílení toho, co se s klientem právě děje. Tyto porady mohou sloužit také jako kontrolní mechanismus toho, zda pracovník pokračuje v případě správným směrem. Jak udává respondentka R4 vysoké nároky na pracovníka mohou způsobit částečnou ztrátu náhledu a zacyklení se v často komplikované situaci. Toto tvrzení podporuje j výrok respondentky R2, podle které podpora týmu může být velkou výhodou, zejména při stagnaci v případě.

R4: *Mluvíme o klientech, tak, jak je potřeba, stejně tak na supervizi. Plus ještě máme jednu za tři měsíce radu jenom na ty casový klienty, kde si jako procházíme, jestli nám nikdo nevypadává, jak to jako funguje. Protože ten kontakt, jak je hrozně vlastně náročný na čas a energii, tak často se v něčem začneme jako cyklit, protože pak třeba u psychotiků ty lidi na začátku jdou vlastně hrozně nahoru, pak se třeba zastaví a pak už se to nikam moc nehýbe, nebo jde zpátky a pak se to točí dokola.*

R2: „v nějaké fázi kdy už jsem v tom po uši, tak ten tým je hrozně důležitý. I když se nám to občas nelíbí a máme pocit, že kolegové jsou na ně moc přísný a že těm klientům nepřejí, tak zpětně vidím, že to má velký význam, když vidím nebo slyším ten pohled ostatních.“

Pokud jsou pracovníci navzájem obeznámeni s případy klientů, umožňuje to podle respondentky R4 také větší časovou flexibilitu samotných pracovníků a zároveň je to odpověď na otázku, jak funguje předávání klienta v case managementu, pokud je klient navázán na jednoho konkrétního pracovníka.

R4: „(...) my bychom měli být zastupitelný. V momentě, kdy tady nebudu, pojedou na dovolenou nebo něco, tak aby ten klient měl, na koho se obrátit taky jiný ho. Proto vlastně je lepší ty lidi sdílet víc v týmu, protože je tady máme roky a hodně z nich je prostě opravdu hodně jako závažně poškozených.“

R7: „je výhodou, když aspoň zná někoho jiného z toho týmu, že má důvěru k tomu pracovišti, a ne jenom k tomu jedinému pracovníkovi.“

Práce v přirozeném prostředí

Respondenti, kteří pracují ve zdravotně-sociální službě (R2, R3, R4, R5, R8, R9) a mají tedy větší možnost setkávat se s klienty i mimo pracovní prostor vidí v možnosti pracovat i v přirozeném prostředí klienta nespornou výhodu (viz kapitola č. 6.6. Výhody case managementu). Práce v přirozeném prostředí umožňuje s klientem navazovat jiný typ vztahu, který na ně ale zároveň klade nároky, týkající udržení si vlastních hranic (viz kapitola 6.2.- Subjektivní pohled pracovníků na práci s klientem pomocí case managementu). V práci mimo ambulantní zařízení vidí respondentka R1 také možná rizika, naopak v stabilitě setkávání se na určitém místě vidí možné přínosy, zejména posilování zodpovědnosti klienta a osvojení si určitých návyků.

R1: *To je za mě něco, co si myslím, že nutně nemusí být vždy benefitem, a naopak mi přijde pro pacienty důležité učit se v rámci toho docházení k nám jako do ambulance nějakému režimu nebo překonávání těch běžných každodenních překážek, typu dojet někam autem nebo dojet k nám MHD nebo interakce s lidmi, přijít na objednaný a stanovený čas atd. Mám pocit, že to nutně nemusí být vždycky cíl to přirozené prostředí toho pacienta a zůstávání v něm, ale vlastně může být i velmi přínosné někam třeba dojíždět.“*

Respondentka R7 dodává, že v omezené míře se s klienty, kteří jsou v dlouhodobějším kontaktu se službou, setkávají i vně prostor zařízení, zejména v rámci volnočasových aktivit nebo v případě hospitalizace klienta, během které neukončují spolupráci s klienty, ale nadále zůstávají v kontaktu, jak je u case managementu běžné.

R7: „Občas děláme nějaké akce, že jdeme na procházku, na výlet, nebo někam na kulturní akci. Nebo když třeba máme klienta ve spolupráci už delší dobu a je třeba duální a je hospitalizovaný, tak ho navštívíme.“

Vyhledávání klienta v přirozeném prostředí

Respondenti R2, R4, R5, R7, R10 se také setkávají s tím, že v indikovaných případech je potřeba klienta vyhledat v přirozeném prostředí, nejčastěji v místě, kde klient přebývá. Toto vyhledávání zpravidla neprobíhá se všemi klienty v rámci case managementu, ale je předem domluveno s konkrétním klientem. Nejčastěji probíhá s klienty, kteří trpí zdravotními komplikacemi nebo mají současně duševní onemocnění, k vyhledání klienta tedy dochází, pokud má pracovník podezření na zhoršení stavu klienta.

R4: „Vyhledáváme ho, pokud máme pocit, že to má smysl. Má to smysl, pokud někdo psychotický, dekompenzovaný potřebuje, abychom šli my blíž k němu, tak samozřejmě jo.“

Respondentka R5 uvádí konkrétní příklad klienta, na kterém ilustruje, jak takové vyhledávání může v praxi probíhat.

R5: „(...) mě napadá konkrétní příklad klienta, který je v substituci. Jemu už kolem 70, má schizofrenii další zdravotní komplikace a někdy se stane, že se jako neobjeví a tam prostě víme, že když se neobjeví, že je to takový rizikový faktor. Buď se mu jako rozjíždí nějaká psychóza, nebo se mu mohlo něco jako zdravotního stát. Takže máme dohodu, že třeba mu voláme, když se neozve. Tak zkontaktujeme ještě kolegy z jiného zařízení, kam ještě chodí a využívá nějaký aktivity, že se tak jako jenom informujeme, byl tam, nebyl tam, a když ani tam vlastně se neobjevil, tak vyjedeme k němu domů a jdeme zjistit, jak to s ním jako vypadá. No, a to máme i s jinýma klientama.“

U ostatních respondentů (R1, R3, R6, R8) vyhledávání neprobíhá osobně návštěvou v místě přebývání klienta, ale pracovník se pokouší s klientem spojit pomocí SMS nebo telefonickým hovorem.

R3: „Když klient vypadne, tak mu voláme po nějakou delší dobu, tady jsme si nějak jako interně nastavili že měsíc intenzivního snažení o navázání se zpátky. Pokud se to nepovede, tak většinou klientům píšu SMS, že teď teda s tím přestávám, že je nechám být.“

Vyhledávání klienta v přirozeném prostředí může také znamenat vyhledávání potencionálních klientů vhodných do péče zařízení, to podle respondentů funguje zejména díky spolupráci s psychiatrickými nemocnicemi (viz. 11.4. Case management v praxi – Vstup klienta do služby).

Práce s rodinou a blízkým okolím klienta

Součástí práce case managera nebo adiktologa, který využívá prvky case managementu je i práce s okolím klienta, nejčastěji se jedná o práci s rodinou klienta. Všichni respondenti se setkávají během poskytování péče klientům se zakázkami na práci s okolím klienta, rodinnými příslušníky nebo partnerem či partnerkou klienta. Respondenti R3, R4, R5, R6 kromě vlastních schopností využívají i poradny pro rodiny, pokud klientova zakázka vyžaduje odbornější a komplexnější práci s rodinou.

R6: „*Pracujeme s rodinou buď přímo, to je součást toho kontraktu, jakým způsobem ta rodina bude součástí té léčby nebo ne. To se kontaktuje na začátku a pak podle toho pracujeme. Je tady i víc možností těch služeb, které jsou pro rodinu a další příbuzný a blízký určený. Je tady skupina, kterou dělá ambulance vedle a máme tady centrum, kde poskytují rodinné terapie, kam jsme schopný ty klienty odkázat a kde s nima pracují komplexně.*“

Respondentka R5 také poukazuje na to, že v případě klientů v rámci programu case managementu, ve kterém působí, může být i problém opačný, tedy nepřítomnost rodiny a zpřetrhané rodinné vazby.

R5: „*(...) ty naši klienti těch blízkých moc nemají jako rodinných příslušníků. V tomto se spíš ukazuje, že to bývá problém. Spíš ze strany toho, že buď ty blízký už třeba zemřeli, nebo už hodně nestojí o nějaký kontakt, tím že prostě jsou ty klienti dlouho v nějakých závislostních potížích, tak už ta rodina moc nechce. Ale když je to jako možný, tak se snažíme spolupracovat i s celou rodinou. Máme ještě nějaké spolupráce s poradnou pro rodinu, takže se to snažíme i nějak propojovat.*“

Respondentka R9 hovořila o tom, jakým způsobem pracuje v rámci case managementu s rodinou klienta v přirozeném prostředí, kde jde spíše o mapování klientovi situace.

R9: „*(...) tandem sociální pracovník a adiktolog, když nějak fungoval u klienta v přirozeném prostředí doma, a je tam ta maminka a babička někdo, tak ano, tak s nima pomluví, nebo mapuje situaci, ale není to vyloženě jako systematická práce, že by se nějak zaměřovala na ty příbuzný, spíš je ve středu té pozornosti ten klient.*“

Pokud je klientova zakázka zaměřena více na práci s rodinou nebo partnerem či partnerkou, v rámci multidisciplinárního týmu respondentky R9 funguje rodinný a párový terapeut. U ostatních respondentů nebyl párový a rodinný terapeut přímým členem týmu.

R9: „*(...) v indikovaných případech, kde bychom to my považovali za vhodné, a zároveň ten klient i ten příbuzní byli ochotný, nebo dokonce přímo chtěl, což není samozřejmost. Pokud se tady ty faktory sejdou, tak to nabízíme, máme vlastně dva rodinné terapeuty, nebo párové, takže motivujeme klienty, aby tohle využili.*“

Terapeutická práce s klienty v rámci case managementu

Všichni respondenti poskytují ve své praxi klientům možnost využít psychoterapii. Ne vždy je vykonávána přímo pracovníkem, který s klientem pracuje pomocí case managementu. Respondentky (R4, R7, R9), které s klienty pracují i v rámci jejich přirozeného prostředí hovořily o náročnosti skloubení terapeutické role a role case managera. Toto skloubení někdy není možné nebo žádoucí, vzhledem k tomu, že v nestandardním prostředí nezažívá pouze pracovník klienta, ale i klient pracovníka, jak ilustruje příklad respondentky R4. Jejich vztah je taky často jiné povahy, než by bylo podle respondentů v terapii vhodné (R9).

R4: „(...) ale samozřejmě to není tak, že si pak sedneme u bazénu a budeme tam rozjíždět terapii, to jako možný není. A taky protože mě taky vidí třeba v plavkách nebo prostě v nějaký situaci, kdy prostě odháním vosu a jsem našťvaná, nebo mě někdo našťve po cestě nebo tak. Takže to je prostě jiný setting. (...) tam by se křížilo prostě hodně. Vlastně i o nás víc věcí vědí, takže to nějak nejde.“

R7: „(..) třeba když tam my děláme víc těch praktických kroků, tak třeba na tu psychoterapii se může jevit jako výhodnější, aby chodil ten člověk někam jinam. Takže záleží hodně podle toho, jakou ten člověk má tu zakázku, jaký k vám má vztah, kde je ta důvěra.“

R9: „Já se identifikuji primárně jako terapeut a nějak se mi to jako nedaří skloubit. Mně přijde, že když se příliš přiblížím s tím klientem, tak už nemůžu pracovat tak terapeuticky, jako bych pracovala normálně, že mě to bere nějaký terapeutický nástroj.“

Ukončení spolupráce s klientem

V rámci rozhovoru se respondenti také dotkly toho, jakým způsobem je spolupráce s klientem ukončována. Jedním způsobem, jak je spolupráce ukončena je ze strany klienta. Všichni respondenti se v rámci spolupráce setkávají s vypadáváním klientů ze služby, většinou dojde k přerušení kontaktu ze strany klienta.

R6: „Ten drop out je prostě častý. A to většinou ze začátku té spolupráce, jo třeba ty první dvě sezení nebo tři sezení. Tak se to prostě může stát, že ten člověk se už neozve, už třeba nereaguje. A vlastně nevíme proč, to se stává.“

Respondentka R3 uvádí, že plánované rozvázání spolupráce s klientem, na kterém by se shodli obě strany není tak časté, většinou jde o opravdu o náhlé přerušení kontaktu ze strany klienta. Další skupinou jsou klienti, se kterými nedochází k rozvázání spolupráce a v omezené frekvenci stále do služby docházejí, i když se již nacházejí ve stabilizovanější situaci než při začátku spolupráce. Zároveň je pro pracovníky komplikované spolupráci

rozvázat, zejména kvůli nevázanosti klienta na službu nebo konkrétního pracovníka. V adiktologické službě respondentky R7 od zavedení case managementu do praxe zařízení zatím nedošlo k rozvázání takové spolupráce, i přes abstinenci klienta a existenci jiných vhodných služeb, kterých by klient mohl využívat.

R3: „Většinou ten klient fakt zmizí, že nedá o sobě vůbec vědět anebo mám naopak spoustu dlouhodobých klientů, už třeba pár let, s kterými se to ukončení té spolupráce nedaří. Né ve smyslu, že oni by že by toho nebyli schopni, ale že se nechtějí té služby úplně vzdát. Nechtějí odejít, ale samozřejmě ten kontakt pak není intenzivní tolik. Třeba mám klienty, s kterými máme udržovací kontakty 1x za měsíc, už to není úplně case management, ale nějak jim pomáhá to vědomí, že tady jsem. že si vždycky jednou za čas zrekapitulujeme co se u něj děje.“

R7: „To se taky děje, že klienti hodně vypadávají, to se jako děje anebo pak jsou zas klienti, u kterých to zatím neukončujeme, i když třeba z nějakého pohledu už jsou stabilizovanější a třeba už dlouho i abstínují. Ale právě proto, že je tam třeba ta psychiatrická diagnóza vážná a třeba některý příznaky přetrvávají i když jsou ty lidi zamedikovaný. Tak oni nějakou jakoby dlouhodobější podporu potřebují, a tak se nám nechce, i když bychom je možná mohli třeba v týhle fázi předat někam do CZ nebo do nějaké jiné služby, třeba do nějakého jiného týmu i třeba nezdravotnického. Tak oni často nechtějí. Ten člověk už si jako zvykne na toho svého pracovníka, je navázanější, a nechce přejít do té služby jenom protože teď abstínuje. Takže zatím některý ty lidi, který se jsou navázanější jsme ještě jako neukončovali, protože právě jsou to lidi, který možná budou vyžadovat doživotní podporu.“

11.5 Limity case managementu a překážky při jeho uplatňování

Respondenti pracující ve službě, která je registrovaná jako čistě zdravotní, cítí největší limit při uplatňování case managementu v tom, že pojišťovna, se kterou mají služby smlouvu, neproplácí výkony adiktologa provedené v terénu (R1, R6, R7). Pracovník je tak omezen na práci s klientem v místě samotného zařízení.

R1: „(..) právě třeba to, že není vlastně žádný výkon, který by byl možný vykázat na tu pojišťovnu v terénu nebo teda u nás jako adiktologů konkrétně. Nebo i to, že jsme si jako zařízení vybrali spíš to, že ty klienti a pacienti dochází k nám, a ne my k nim do jejich prostředí. (...) My, když třeba jdeme do jiného zařízení v rámci té hospitalizace pacienta, může to být v rámci naší pracovní doby, ale samozřejmě to nemůžeme nijak vykázat přes pojišťovnu. Takže v tomhle tom duchu mám pocit, že je ta metoda case managementu úplně není integrovaná.“

R7: *V předchozí práci to bylo víc zaměřeno do toho terénu, tady úplně ne, protože pojišťovny samozřejmě nám neplatí práci v terénu. Takže když chceme něco vykazovat, tak jako musíme víc zaměřovat na práci tady v ambulanci.“*

Respondentka R7 v návaznosti na omezení výkonů pouze na prostory zařízení dodává, že pokud by služba čelila zvýšenému zájmu o case management ze strany klientů v rámci ambulantního zařízení, kde pracuje, byla by nucena více selektovat klienty, se kterými bude pracovat pomocí tohoto přístupu, i přes to, že by tito potencionální klienti mohli z case managementu benefitovat.

R7: *„Tak co se týče jako nějakých našich limitů, tak jsou tam ty limity v tom, že ta pojišťovna to neproplácí, a tudíž nemůžete to nějak nabízet úplně šmahem, když to tak řeknu. Nemohli bychom prostě všechny klienty mít vlastně formou toho case managementu.“*

Dle respondenta R6 může mít limitace kontaktu s klientem pouze na prostory ambulantního zařízení vliv na vztah mezi pracovníkem a klientem. Samotné prostředí zařízení se může jevit jako formální a může mít vliv na to, jak se klient v zařízení cítí.

R6: *„(...) další limit může vytvářet ten setting tohoto prostředí. Že si dokážu představit, že kdybych s tím klientem pracoval v jiném prostředí, třeba tam, kde je mu to bližší, tak bychom mohli vytvořit trošku jiné ten vztah pracovní. Než když s ním v zásadě tady takhle sedím. Nebo při nějakých jiných aktivitách, nebo v nějakém jiném než v tom, že prostě tady sedíme naproti sobě.“*

Finanční aspekt jako limit při uplatňování case managementu zmiňuje pouze respondentka R3, která se domnívá, že při omezených finančních prostředcích nebude služba, ve které pracuje, schopna klientům poskytnout finanční podporu například při hledání ubytování, což bude mít negativní vliv na práci s klienty.

R3: *„Myslím že po skončení tohoto projektu, kdy mi v case management sice budeme pokračovat, ale už to bude v rámci evropského projektu, tak tam nebudou takové finance. Což jako obvykle když můžeme klientovi na měsíc zaplatit ubytovnu, tak je to velký benefit, takže si myslím, že to pak bude velký omezení.“*

Respondentky R2, R4, R5 shledávají limit v celkovém nedostatečném počtu adiktologických ambulantních služeb a jejich kapacit, nabízejících case management nebo pracujících pomocí tohoto přístupu a s tím spojené dlouhé čekací lhůty pro potencionální klienty, kteří mají o službu zájem. Limitem mohou být i naplněné kapacity lékařů, ke kterým jsou klienti odesíláni na vyšetření (R10, R8).

R4: *„Obecně těch služeb je málo, to si myslím, že je základní limit. Když máme poradník a ty lidi tam čekají jako týdny, měsíce, takže je to prostě blbý.“*

R10: rozhodně mohou být limitace množství těch služeb nebo v kapacitách lékařů, kam odesílám a tak dál.

R8: „(...) někdy mi to přijde složitější vzhledem k tomu, jak jsou na tom kapacitně doktoři.“

Podle respondentů (R1, R6, R8) může být pro pracovníky někdy komplikované vytyčit hranice navázaného vztahu a nesnažit se přebírat kompetence za klienta nebo nenechat nabít klienta dojmu, že pracovník nese za případ klienta celou zodpovědnost.

R6: *Snažím se těm klientům nebrat ty jejich kompetence. (...) spíš jim jdu naproti a vlastně tu zodpovědnost se u nich snažím spíš budovat tím, že oni jsou zodpovědní za tu za tu jejich přítomnost vlastně tady. Takže ty věci domlouvají vlastně sami, já jsem ten, který to zprostředkovává. Tak to může být nějakým limitem, na který si dávám pozor“*

Respondentka R2 má za to, že v rámci case managementu klientům nejsou klientům kompetence odebírány, naopak při tomto přístupu jde primárně o jejich navrácení.

R2: *„My klientovi nebereme kompetence, my necháváme tu největší část na něm a postupně mu ještě víc těch kompetencí vracíme. Tu samostatnost tam vidím, na začátku spolupráce si klienti nezavolají pro termín k lékaři a na konci spolupráce už k lékaři sami choděj. Pokrok tam je velký.“*

Respondentka R7 vidí v přílišné navázanosti klienta na pracovníka potencionální limit, zejména při odchodu pracovníka ze služby, kdy změna case managera může být pro klienty komplikovaná.

R7: *„Jako jedinou asi nevýhodou toho celého procesu takového je, že právě se ten člověk hodně naváže. A že třeba když potom ten pracovník odchází, tak se to může těžce nést jo se jako potom jako hůř předává někomu dalšímu.“*

Respondenti se také setkávají s překážkami při uplatňování case managementu u specifických cílových skupin, jak ilustruje příklad respondentky R5, kdy klient dochází jak do substitučního programu a je zároveň klientem programu case managementu. Limity při poskytování se mohou projevit i u klientů s určitými duševními onemocněními, jak udává respondentka R4, zejména některá duševní onemocnění z řad poruch osobnosti kladou na pracovníky vysoké nároky.

R5: *„Myslím, že u nás to někde naráží s tím, že máme nějaká pravidla v rámci substitučního programu, že někde je to jako těžký být s tím klientem úplně napřímo. Tak aby byl ten k úplně stoprocentně otevřenější. Myslím, že ty klienti vnímají, že když jako dlouhodobě něco porušují, že pak by možná mohli přijít o tu léčbu tady. Že to někdy jako naráží v té otevřenosti. Někdy mají potřebu víc jako třeba jako lhát nebo něco zamlčovat. Tohle myslím, že vnímám jako u nás takový limit, že ač pracujeme hodně terapeuticky, tak furt máme i nějaká pravidla kolem té substituce. Tak to to myslím, že je takový limit náš v tomhle.“*

R4: „Protože jsou nějaké limity, kdy case management s klientem moc dělat nejde. Když tam jsou nějaký opravdu hodně velký vztahové patologie a že už to prostě překračuje do nějakých oblastí. A prostě fakt jako těžce nevztahoví, sociopatičtí klienti podobně, tak tam, se nedá úplně jít zas až takhle nablízko k tomu klientovi. Případně samozřejmě pokud tady o to klient nestojí, nebo j se nějak výrazně vyhýbá tomu a nechce si jako nás pustit nějak do života, tak tam potom se nedá ten case management ani zahájit.“

Nabídka spolupráce mimo zařízení a setkávání se mimo pracovní prostor může některým klientům evokovat zásah do jejich soukromí a určitou formu kontroly ze strany pracovníků. Respondenti R6 a R7 se k tomu vyjádřili takto:

R6: „(...) tomu rozuměli možná jako zásahu do jejich soukromí nebo jejich jako kompetencí, protože v zásadě to nepotřebují prostě. A to se bavíme o nějakých asistenčních službách nebo o setkávání se v nějaké kavárně.“

R7: „(...) sme se snažili to trošku nabízet matkám s dětma. Ale tam to jako moc často jako nevyužili. A tam se domnívám, protože to byly třeba často mámy, který poslal OSPOD, že to vlastně vnímali jako nějakou formu kontroly. Třeba jsme nabízeli, když se omlouvala ta maminka, že nemůže přijít z důvodu nějakého, že půjdeme třeba navštívit my jí úplně výjimečně, ne že bychom to dělali pokaždý. A to většina těch matek fakt odmítla a nechtěli to.“

Dalším limitem, se kterým se respondenti setkávají, může být komplikované ukončování navázané spolupráce s klientem (viz kapitola 6.4. – Case management v praxi).

11. 6 Výhody case managementu

Všichni respondenti shledávají case management jako přístup, který má při práci s klienty rozličné výhody. Zejména mezi respondenty, kteří mají možnost s klienty pracovat v přirozeném prostředí, tedy i vně prostor ambulantních služeb, zaznívala tato nevázanost na konkrétní prostor jako jedna z hlavních výhod (R2, R3, R4, R8, R9). S tím dle respondenty R3 pojí možnost vídat se s klientem tak, jak aktuálně potřebuje a flexibilně tak reagovat na jeho momentální situaci a potřeby. Odpadá zde nutnost se vidět pouze s určitou frekvencí, jak tomu může být v adiktologických zdravotních zařízeních. S touto možností také dochází k navázání méně formálního vztahu mezi klientem a pracovníkem založeném na důvěře a otevřenosti, který může mít pozitivní vliv na celkovou podobu navázané spolupráce a její výsledky.

R3: „Jako velkou výhodou vnímám to, že nejsme omezení se vídat v tomhle prostoru. Je spousta klientů, kteří si myslím, že by s námi nespoupracovali, tak když jim nabídnou, že se můžeme vidět u nich doma nebo kdekoli venku takže to opravdu kvitují. (...) A i vlastně ta

možnost setkávat se podle potřeby toho klienta, že nejsme omezení se vidat jednou týdně na hodinu, ale že se můžem vědět třeba dvakrát týdně, telefonovat si každý den.“

Na opačnou stranu respondenti (R1, R6) pracující ve zdravotních službách, kteří jsou vázání na prostory ambulancí, shledávali jako zásadní přínos case managementu možnost sdílet klienta v rámci multidisciplinárního týmu a intenzivně spolupracovat na jeho případu. Respondent R6 vidí jako výhodu intenzivní sdílení klientů v rámci týmu, které v konečném důsledku může přispívat ke zlepšení klientovi situace.

R1: *„Za mě je to ta multidisciplinarita, to propojování a spolupráce. To je vlastně pro mě základ té naší služby. Často bych řekla, že se to bez toho neobejde. Za mě je ta závislost třeba jenom symptom osobnosti toho jedince a často na to nasedají další aspekty, který když se neřeší komplexně, tak často nedojde k té úzdavě. Ta spolupráce s tím týmem nebo napříč tím systémem je základem pro tu úzdravu toho jedince.“*

R6: *„Rozhodně v té struktuře jasný. Když s tím klientem pracujeme takhle od začátku tak v tom vnímám ty benefity, že se nám takhle daří tu péči nějak nastavovat, tak aby ten člověk z ní mohl benefitovat. Že máme tu možnost té multidisciplinarity a máme možnost se od těch klientech bavit velmi intenzivně. Prostě máme na to čas. A myslím si, že oni z toho pak benefitují.“*

Respondent R6 také dodává, že pokud se on sám v dané problematice neorientuje, případně si není jistý dalším postupem, právě intenzivní týmová spolupráce v rámci case managementu může být tím, co ho v případě klienta nasměruje dalším směrem v čemž spatřuje výhodu.

R6: *„V čem já to třeba já spatřuju, že někdy mi jako chybí některé věci a v tom mi pak pomáhá ten tým. Pokud já si nejsem třeba v něčem jistej, tak to, co mi jakoby schází, tak mi může saturovat ten tým, což je vlastně skvělý.“*

Respondentky R5 a R8 vidí jako benefit tohoto přístupu minimalizaci hospitalizací klientů v psychiatrických nemocnicích. Respondentka R5 považuje za důležité také snížení rizikového užívání u klientů, kteří aktuálně neabstínují.

R5: *„Myslím, že se fakt ukazuje, že to má smysl, že se u hodně klientů ukázalo, že zvládli minimalizovat rizikové užívání. Máme klienta, kterej byl pravidelně jako hospitalizovanej na psychiatrii. Teď vlastně díky tomu, že je v programu, tak teď vlastně 2 roky nebyl hospitalizovanej, takže v tomhle určitě.“*

R8: *„(...) myslím si, že je to prostě podle mě, teda taky efektivnější a levnější, než když by muselo dojít k nějaké hospitalizaci nebo nějaký intenzivní jenom zdravotní péči nebo jenom sociální.“*

11.7 Srovnání

Pokud srovnáme výsledky výzkumy s modely case managementu popsanými v teoretické části diplomové práce, nejvíce se přístup case managementu praktikovaný v adiktologických ambulantních službách blíží modelu asertivní komunitní léčby (ACT), nebo také modelu flexibilní asertivní komunitní léčby (FACT). V modelu FACT také na rozdíl od ACT poskytují péči i všem pacientům s dlouhodobým vážným duševním onemocněním, v modelu ACT poskytují péči pouze 20 % nejzávažnějších případů (Veldhuizen & Bähler, 2013). V tomto aspektu se tak poskytované formy case managementu v adiktologických ambulantních službách blíží spíše modelu FACT, vzhledem k tomu, že závažnost závislostního chování není kritériem pro vstup klienta a služby jsou otevřeny všem od klientů ve fázi experimentování po klienty s dlouhodobou závislostí.

V adiktologických ambulantních službách jsou týmy pracující pomocí case managementu často menší a poskytují péči menšímu počtu klientů, než je v typické v tomto modelu. Klienti zároveň nejsou tak asertivně vyhledáváni v jejich přirozeném prostředí. K terénní práci, která je pro model ACT i FACT typická, s klienty v rámci case managementu dochází u primárně u služeb registrovaných jako zdravotně-sociální, služby zdravotnického typu nedisponují výkony pro to, aby mohly pracovat formou terénní práce, a proto poskytují péči primárně v prostorách zařízení.

Stejně jako v modelu ACT je i v adiktologických ambulantních službách typické různě intenzivní zapojení klienta v závislosti na jeho aktuální potřebě a úrovni jeho stabilizace. I po stabilizování klienti dále zůstávají v kontaktu se službou a s pracovníkem, se kterým spolupracovali, ale v ne v tak intenzivní podobě. Zároveň stejně jako v modelu ACT není u části klientů předpokládána abstinence jako konečný cíl (Libra, 2015). Je na klientovi, jaké jsou jeho cíle spojené s užíváním.

V části adiktologických ambulantních službách se poskytovaná podoba case managementu blíží nejvíce k modelu intenzivního case managementu, zejména kvůli malému personálnímu zajištění týmu. Na rozdíl od intenzivního case managementu je klient sdílen týmem, avšak primárně na poradách, které slouží jako kontrolní mechanismus a podpora jednotlivých pracovníků. Stejně jako v tomto modelu také case manager poskytuje část služeb.

V jednom z adiktologických zdravotnických zařízeních se spolupráce blížila také klinickému modelu case managementu, vzhledem k tomu, že zde byla osoba case managera zároveň zodpovědná jak za psychoterapii, tak za vedení případu po praktické stránce, tak jak je typické právě u klinického modelu. Nicméně i v této službě záleželo na pracovníkovi, zda chce a je schopen zajistit obojí na odpovídající úrovni a je schopen skloubit roli case managera a terapeuta.

Pokud srovnáme jednotlivé modely s poskytováním case managementu v adiktologických ambulantních službách, které se účastnily výzkumu, zjistíme, že naprostou shodu s určitým typem modelu nenacházíme. Z výsledků je také patrné, že modelem, který není v praxi využíván je Brokerský model, tedy minimální model case managementu.

Pokud srovnáme jednotlivé fáze case managementu, tak jak jsou popsány v teoretické části práce, můžeme konstatovat, že na lokální úrovni v praxi adiktologických ambulantních služeb poskytujících case management zpravidla k docházení naplnění všech fází case managementu uvedených v kapitole. V menší míře dochází k aktivnímu vyhledávání a zapojování potencionálních klientů do služby. Děje se tak zejména pomocí prezentací a nabídky péče adiktologických ambulantních služeb v rámci docházení do psychiatrických nemocnic a navázání spolupráce již před propuštěním z léčby. Vstup klienta do péče adiktologických ambulantních služeb je tak zajišťován spíše odkázáním klienta z jiného typu zařízení nebo programu. Toto zjištění se shodě s Táborskou (2017), která uvádí, že ve většině případů neosloví case managera potenciální klient, ale zaměstnanec spolupracující instituce (lékař, sociální pracovník, veřejný opatrovník a další).

12. Souhrn výsledků

Jakým způsobem je case management poskytován adiktology v adiktologických ambulantních službách?

Case management je adiktology poskytován různými způsoby v závislosti na tom, v jakém typu zařízení pracují. Společnými body je snaha o intenzivní, flexibilní a komplexní spolupráci s klientem, vzhledem k tomu, že sami adiktologové chápou závislost jako komplexní problematiku a nahlíží na ní dle bio-psycho-sociálně-spirituálního paradigmatu. Zároveň byla u všech adiktologů snaha o co největší odbornost poskytované péče, s čímž souvisí spolupráce adiktologů s dalšími odborníky ať už v rámci týmu nebo vně. Spolupráci adiktologové navazují s odborníky zejména z řad psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků a lékařů. S tím se pojí nezbytná koordinace služeb, kterou pracovníci pracující pomocí case managementu považují za nezbytnou součást tohoto přístupu.

Adiktologové vycházejí při uplatňování tohoto přístupu zejména ze svých vlastních zkušeností a z interních předpisů služby, ve které pracují. Většina respondentů se také částečně opírá o teoretické základy, které si osvojili při studiu adiktologie.

Jak se od sebe liší formy poskytování case managementu v jednotlivých ambulantních službách?

Nejvýraznější rozdíly v poskytování case managementu se projevují v závislosti na tom, zda je adiktologická ambulantní služba registrována jako zdravotnická nebo zdravotně-sociální. Ve většině zdravotnických služeb chybí výkony pro poskytování péče v přirozeném prostředí, a proto je case management poskytován pouze v prostorách zařízení. Ve zdravotně-sociálních službách je možnost pracovat s klienty i v jejich přirozeném prostředí, mohou tak klienta vídat i v jiném prostoru než pouze v prostorách adiktologické ambulantní služby a mohou také více nabízet socioterapeutické aktivity. V konečném důsledku mají tyto rozdílné možnosti v poskytování služeb největší vliv na vzájemný vztah pracovníka s klientem, kdy při práci s klientem mimo prostory služby se vztahy jeví více neformální a mohou tak připomínat více přátelský vztah, což může klást vyšší nároky na pracovníka i klienta. Ve zdravotních službách je práce s klientem omezena na prostory zařízení, důraz je tak dáván na sdílení klienta v rámci týmu a na pravidelné setkávání se v rámci ambulantních prostor.

Rozdíly existují mezi formami case managementu v závislosti na tom, s jakou primární cílovou skupinou jednotlivé adiktologické ambulantní služby pracují. V péči zdravotně-sociálních služeb se častěji objevují nízkoprahoví klienti, kteří jsou méně stabilní v sociální oblasti a u kterých je docházení pracovníka do přirozeného prostředí klienta

výhodné v rámci upevnění spolupráce, zejména pokud tito klienti nejsou schopni pravidelně docházet do prostor adiktologického zařízení.

Jaké výhody přináší case management adiktologům v adiktologických ambulantních službách při práci s klienty?

Adiktologové pracující ve zdravotně-sociálních službách uváděli jako největší výhody přinášené tímto přístupem možnost volně pracovat s klientem v přirozeném prostředí, neomezenost jak prostorem, tak frekvencí setkávání. Další výhodou tohoto přístupu je dobře navázaný pracovní vztah s klientem, který může pozitivně ovlivnit celkovou podobu vzájemné spolupráce a její výsledky. Naproti tomu adiktologové, kteří pracují pomocí case managementu nebo jeho prvků pouze v prostorách ambulantních služeb, uváděli jako největší výhodu možnost intenzivní spolupráce v rámci týmu, který jim zároveň poskytoval stabilitu při poskytování tohoto přístupu.

Adiktologové pracující pomocí tohoto přístupu, nehledě na typu služby, ve které pracují, zároveň uváděli jako značnou výhodu neroztříštěnost léčby klienta, který by jinak mohl být v péči několika služeb zároveň. Péče o klienta tak může být často efektivnější a organizačně jednodušší jak pro klienty, tak pro samotné pracovníky. Jako zvláště vhodný považují adiktologové tento přístup pro práci s klienty s duálními diagnózami a vícečetnými komplikacemi v různých oblastech života.

S jakými limity práce pomocí case managementu se adiktologové v adiktologických ambulantních službách setkávají?

Limity práce pomocí case managementu jsou stejně jako výhody tohoto přístupu rozdílné v návaznosti na typu služby, ve které adiktologové pracují. Adiktologové pracující ve zdravotnickém zařízení, vnímali jako největší omezení předem určené prostory zařízení pro setkávání se s klienty. Klienty tak mohou zažívat pouze v omezeném prostoru, to může mít vliv na vztah s klientem, případně i vliv na to, jak vypadá cílová skupina, se kterou zařízení pracuje. Na druhou stranu adiktologové pracující s klienty vně zařízení, kteří s klienty udržují více neformální vztahy, uváděli jako hlavní limit při poskytování case managementu náročnost ve stanovení a udržení osobních a pracovních hranic v rámci tohoto vztahu, který považují za intenzivní. U některých adiktologů pak role case managera znemožňovala větší terapeutickou práci s klientem, právě kvůli neformálnosti navázaného vztahu.

Dalším limitem, se kterým se mohou adiktologové při uplatňování case managementu setkávají je celkový nedostatek zařízení pracujících pomocí case managementu, a tedy velká naplněnost kapacit služeb. V některých případech musí být potencionální klienti služby zařazeni na pořadník služby nebo jsou odkázány na jinou adiktologickou ambulantní službu.

13. Diskuze

Možným limit této práce může být zahrnutí menšího počtu respondentů, a to i přes velký počet adiktologických ambulantních služeb. Case management byl v některých oslovených adiktologických službách poskytován, avšak pracovník, který tímto přístupem pracoval s klienty nebyl profesí adiktolog. Case management byl v některých adiktologických ambulantních službách poskytován například sociálním pracovníkem nebo pracovníkem v sociálních službách namísto adiktologem, z toho důvodu služba odmítla účast na výzkumu. Jako překážkou pro účast na výzkumu se během oslovování respondentů ukázala i velká časová vytiženost pracovníků pracujících na požadované pozici. Vzhledem ke komplexnosti a šíři tématiky case managementu by jistě bylo vhodné tento výzkum realizovat s větším počtem respondentů a detailněji zmapovat situaci.

Ačkoli v několika oslovených adiktologických službách pro práci s klienty využívali pracovníci prvky case managementu, podle oslovených osob toto využívání bylo tak minoritní nebo „zanedbatelné“, že ho shledali pro účely diplomové práce nedostatečné, proto se rozhodli výzkumu neúčastnit. Častým fenoménem, se kterým se autorka v průběhu shánění respondentů setkala, byla představa pracovníků ambulantních služeb o určité formě case managementu, kterou považovali za správnou a pokud se této představě v jejich pracovním procesu neblížili, měli pocit, že nepracují pomocí case managementu. Touto zakořeněnou představou, se kterým se pracovníci oslovených služeb srovnávali, byly zejména modely, kdy case manager pracuje s klienty i v jejich přirozeném prostředí. V momentě, kdy služba tuto terénní formu práce nenabízela, měli pracovníci pocit, že nemohou označit svůj pracovní proces s klienty jako case management, ani jako využívání prvků case managementu. To může ukazovat na nedostatečnou informovanost o různých dalších typech pojetí tohoto přístupu.

Rozhovor obsahoval otázku pro respondenty, které se dotazovala na důvody pro zavádění case managementu do praxe zařízení, kde respondent pracoval. Všichni dotazovaní respondenti na otázku byli schopní odpovědět, vzhledem k tomu, že na pozici pracovali již delší dobu a byli obeznámeni s historií zařízení. Pokud by se však autorka dotazovala respondentů, kteří by byli zaměstnáni v zařízení kratší dobu, na tuto otázku by pravděpodobně nemuseli znát jasnou odpověď a otázka by jim mohla připadat matoucí, mohli by tak poskytnout nepřesné odpovědi. To by mohlo ovlivnit validitu výzkumu. U několika respondentů byla patrná jistá nervozita a ostych z poskytování rozhovoru na audiozáznam cizí osobě. To mohlo ovlivnit reliabilitu jejich odpovědí, které mohli být například méně popisné nebo tato nervozita mohla způsobit zapomenutí některých informací, které by jinak uvedli. Autorka se však snažila v maximální možné míře přizpůsobit respondentům tak, aby pro ně poskytnutí rozhovoru bylo co nejméně zatěžující.

Všichni respondenti uváděly jako jednu z významných výhod case managementu jeho využití u klientů, kteří se potýkají s duálními diagnózami nebo řeší více problémů v rozličných oblastech. Stejně tak Koncepce sítě specializovaných ambulantních služeb v České republice (Miovský et al., 2013) vidí case management jako vhodný nástroj řešení problému roztržité péče o pacienty/ klienty na hranicích jednotlivých systémů, v nichž je poskytována.

Významnou součástí case managementu je vztah mezi pracovníkem pracujícím pomocí case managementu a klienty, kteří s pracovníkem spolupracují. Podle respondentů může tento vztah hrát důležitou roli při procesu uzdravy, zároveň klade přináší na osobu pracovníka a jeho hranice. Ve shodě s tímto postojem respondentů je i několik studií (Brun & Rapp, 2001; van Hereen et al., 2021; Szotáková, 2015), které uvádějí, že kvalitní a pozitivní pracovní vztah mezi pracovníkem poskytujícím case management a klientem může efekt na kladné výsledky léčby a může tak přispět ke zlepšení celkové kvality života klienta.

Dalším bodem, který by dle autorky zasloužil podrobnější probádání a nemohl být zde detailněji zmapován, je poskytování case managementu specifickým cílovým skupinám jako jsou klienti zařazení zároveň v substitučním programu nebo matky s dětmi. Ve službách, kde pracovníci poskytují case management ve stejném ambulantním zařízení, kam klienti docházejí na substituci, se může klient i pracovník ocitnout ve dvou rolích, které si mohou vzájemně v některých bodech odporovat. V tom smyslu, že se zde mohou tlouci pravidla například substitučního programu a programu case managementu, zároveň se tato cílová skupina jeví jako vhodná pro práci pomocí case managementu.

Využívání přístupu case managementu je v adiktologických ambulantních službách stále rozšířenější, avšak stále není dostačující. Zejména ve zdravotně-sociálních službách jsou týmy poskytující case management malé a obsáhnou jen zlomek klientů, kteří by pro spolupráci pomocí tohoto přístupu byli indikováni. Stejně tak celkový počet ambulantních služeb je nedostačující. Jak uvádí Zpráva o nelegálních drogách v roce 2023 (Chomynová et al., 2023) významné nedostatky hlásí kraje zejména v dostupnosti ambulantní léčby a následné péče. Vytíženost těchto služeb a dlouhé čekací lhůty mohou představovat potencionální prostor pro ztrátu motivace klienta k řešení své situace, zhoršení stavu či pro relaps, pokud klienti přichází z abstinenčně orientované léčby.

Pokud se tak znovu podíváme na cíle Reformy péče o duševní zdraví uvedené v teoretické části práce, jako jeden hlavních cílů je uvedena deinstitucionalizaci péče, musíme konstatovat, že aktuálně zůstávají těžištěm péče zejména pro adiktologické klienty nadále instituce zejména ve zdravotnickém sektoru. Přenesení tohoto těžiště na ambulantní služby je úkolem, který bude vyžadovat velkou míru práce zapojení všech subjektů. Jako vhodný krok k naplnění těchto cílů vidí autorka další rozšíření možností zejména zdravotnických adiktologických ambulantních služeb, kde jsou pracovníci z řad

adiktologů vázáni zejména na prostory zařízení. To může mít v konečném důsledku vliv na výslednou cílovou skupinu, která do zařízení dochází i přesto, že ambulantní služba je otevřená všem, nehledě na stupeň závislostního chování. Vzhledem k nedostatkům dostupnosti ambulantních služeb by dalším vhodným krokem bylo další rozšiřování této sítě a navýšení jejích kapacit. Navýšení kapacit ambulantních služeb pro adiktologické klienty by však mělo být podle Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030 (MZČR, 2020b) realizováno průběžně do roku 2030.

Dalším důvodem, proč se v adiktologických zdravotnických zařízeních objevují více sociálně stabilizovaní klienti, přestože jak uváděli respondenti účastníci se výzkumu, může být stigma zdravotnického zařízení u klientů, kteří mají špatné zkušenosti s personálem z řad lékařů, a proto preferují využití jiného typu služeb. Špatnou zkušenost s personálem uvedlo ve studii realizované mezi osobami užívajícími rizikově 34 % dotázaných (Mravčík & Nečas, 2014). Dalším možným důvodem je větší navázanosti adiktologických ambulantních zdravotně-sociálních služeb na nízkoprahové programy, které zastřešuje stejná organizace.

14. ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala poskytovanými podobami case managementu nebo jeho prvků v adiktologických ambulantních. V teoretické části práce byly vymezeny pojmy související s tématem case managementu, jako jsou modely tohoto přístupu, cílová skupina a jednotlivé fáze case managementu, které později poskytly oporu pro část praktickou.

Cílem této práce bylo zmapování aktuální situace v poskytování case managementu nebo jeho prvků napříč adiktologickými ambulantními službami, postihnout limity a výhody tohoto přístupu a subjektivní pohled na tento přístup adiktologů, kteří tímto přístupem pracují nebo využívají jeho prvky. Toho bylo dosaženo pomocí polostrukturovaných rozhovorů s deseti respondenty.

Pomocí rozhovorů bylo zjištěno, že podoba poskytovaného case managementu nebo jeho prvků se často liší v návaznosti na typ služby. Nejvýraznější rozdíly v poskytování tohoto přístupu jsou mezi zdravotnickými a zdravotně-sociálními službami. Ve zdravotnických adiktologických službách je nejčastěji vnímaným limitem omezení setkávání se s klientem na prostory zařízení. Tato limitace může mít vliv na vztah mezi pracovníkem a klientem, na klientovu otevřenost a důvěru ve službu. Naopak ve zdravotně-sociálních službách mají adiktologové možnost pracovat i mimo prostory služby, to vnímají jako primární výhodu, kterou jim práce s klienty pomocí case managementu přináší. Tato možnost pracovníkům pomáhá navazovat více neformální a důvěrné vztahy s klienty, tyto vztahy pak mohou sloužit jako základní kameny spolupráce. Dobře navázané vztahy s klienty patří mezi další uváděné výhody tohoto přístupu. Udržení si vlastních hranic v rámci toho vztahu pak může pro adiktology být současně náročným úkolem nebo limitem při poskytování case managementu nebo jeho prvků.

Mezi další limity, se kterými se respondenti z řad adiktologů při poskytování case managementu setkávali byly uváděny nedostatečná kapacita ambulantních služeb využívajících přístup case managementu, vysoké nároky na pracovníky při práci s klienty se specifickým duševním onemocněním. Mezi další uváděné výhody case managementu, které tento přístup adiktologům v adiktologických ambulantních službách přináší, byly uváděny neroztříštěnost a koordinace péče u klientů, kteří současně užívají péči další služeb, efektivitu péče, snížení počtu hospitalizací klientů. V rámci srovnání bylo zjištěno, že žádný z modelů case managementu není v adiktologických ambulantních službách aktuálně přesně reprodukován, neblíže se podoba poskytovaného case managementu blíží modelu asertivní komunitní péče (ACT) nebo modelu flexibilní asertivní komunitní péče, který z modelu ACT vychází.

Tato diplomová práce může sloužit jako aktuální nahlédnutí do poskytování case managementu nebo jeho prvků v adiktologických ambulantních službách. Může sloužit jak pracovníkům v oblasti adiktologie, kteří by se chtěli věnovat case managementu, tak všem, které zajímá individuální práce s klientem pohledem pracovníků, kteří poskytují case management nebo jeho prvky v praxi. Vzhledem k tomu, že tato práce zkoumá limity a výhody tohoto přístupu, se kterými se adiktologové setkávají při poskytování case managementu, může sloužit také jako podklad pro optimalizaci podmínek pro poskytování tohoto přístupu.

Seznam použité literatury

- Brun, C., & Rapp, R. C. (2001). Strengths-Based Case Management: Individuals' Perspectives on Strengths and the Case Manager Relationship. *Social Work*, 46(3), 278–288. Získáno z: <https://doi.org/10.1093/sw/46.3.278>
- Carboch, R. (2020). Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu. *Sociální práce*, 20(3), 24-41. Získáno z: https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2022/06/SP_vol20_issue3-1.pdf
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F. C., Clark, R. E., & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(4), 469–476. Získáno z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.469>
- Dudová, M. (2019). Cíle, metody a techniky multidisciplinárního týmu v Centru duševního zdraví. *Psychiatrie*, 23(1), 32-37.
- EMCDDA. (2016). Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe, *EMCDDA Perspectives On Drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Získáno z: https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe_en
- Haasová, K. (2008) Úvod do case managementu. In Janoušková, K., & Nedělníková, D. (Eds.). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků: sborník studijních textů pro sociální terénní pracovníky*. Ostravská univerzita v Ostravě.
- Hubíková, O. (2018). *Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech*. VÚPSV, v. v. i. Praha výzkumné centrum Brno.
- Chetty, A., Guse, T., Malema, M., & Tharina. (2023). Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. *Health SA Gesondheid (Online)*, 28, 1-10. Získáno z: <http://www.scielo.org.za/pdf/hsa/v28/21.pdf>
- Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Orliková, B., Černíková, T., Galandák, D., Franková, E., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2023). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2023* [Report on Illicit Drugs in the Czech Republic 2023]. In P. Chomynová (Ed.), Praha: Úřad vlády České republiky.
- Janíková, B., Nechanská, B. (2021). *Sčítání adiktologických služeb 2020*. Zaostřeno 7 (3), 1–20.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing

- Kalina, K., Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In K. Kalina (Ed.), *Klinická Adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- Kalina, K., Vácha, P. (2013). Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limits of Integrated Treatment. *Adiktologie*, 13 (2), 144-164.
- Krejčí, J. (2016). *Uplatnění case managementu v adiktologických službách v ČR*. Praha: 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova
- Libra, J. (2015). Case management – prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In K. Kalina (Ed.), *Klinická Adiktologie*. Praha: Grada Publishing
- Linhartová, H. (2022). Psychiatrická komorbidita u pacientů Adiktologické ambulance [Psychiatric comorbidity of patients Addictology clinic]. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Štaěstná, L.
- Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). What Is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *International journal of integrated care*, 16(4), 2. Získáno z: <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.2477>
- Mangrum, L. F., Spence, R. T., & Lopez, M. (2006). Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Journal of substance abuse treatment*, 30(1), 79–84. Získáno z: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.10.010>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2021). *Metodika programu podpory psychiatrických ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty* (Příloha č.1) Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (nedat.). *Case management v adiktologických službách pro osoby s duální diagnózou: Manuál, evaluační hodnocení a evaluované metody práce*. Praha: Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2013) *Strategie reformy psychiatrické péče*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Získáno z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrické%20péče.pdf>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2019) *Průvodce reformou psychiatrické péče*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Získáno z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/PrůvodceReformou_komplet.pdf
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020a). *Metodika podpory nových služeb v oblasti péče poskytované adiktologickým multidisciplinárním týmem*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020b). *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030*. Úřad vlády České republiky. Získáno z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Národn%C3%AD-akčn%C3%AD-plán-pro-duševn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). *Standard péče poskytované Multidisciplinárním týmem pro adiktologické pacienty*. (Příloha č. 5). Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (Ed.). (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Získáno z: <https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf>

Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ (SLON).

Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, 9, 465–497. Získáno z: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620>

Mravčík, V., & Nečas, V. (2014). Somatická komorbidita uživatelů drog: Výsledky výzkumu mezi klienty pražských nízkoprahových programů. *Zaostřeno na drogy*, 12(4), 1-20. Získáno z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4553/540/Zaostreno%2014_web.pdf

Nepustil, P., Geregová, M., Frišaufová, M. et al. (2019). *Metody sociální práce a síťování v adiktologických službách*. Praha: Úřad vlády ČR.

Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Psychiatrická společnost ČLS JEP. Získáno z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Malý%20průvodce%20reformou%20psychiatrické%20péče.pdf>

SAMSHA Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2000). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 27*. HHS Publication No. (SMA) 15-4215. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí. (2022). *Seznam držitelů certifikátů odborné způsobilosti adiktologických služeb [PDF]*. Získáno z:

https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Seznam_drzitelu-certifikatu-odborne-zpusobilosti_prosinec-2022_v122022.pdf

Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2021) *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky. Získáno z:

https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocnizpravy/Standardy_odborne_zpusobilosti_adi-sluzeb_2021.pdf

Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP ve spolupráci s Českou asociací adiktologů (ČAA) a Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze (2019). Návrh základní sítě zdravotních adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty a klienty v kontextu reformy psychiatrické péče. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 2(3), 200-210. Získáno z:

<https://www.aplp.cz/navrh-zakladni-site-zdravotnich-adiktologickych-krajskych-ambulanci-pro-dospеле-pacienty-a-klienty-v-kontextu-reformy-psychiatricke-pece/>

Strauss, A., L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky, metody, zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.

Stuchlík, J. (2009). Case management. In O. Peč & V. Probstová (Eds.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton

Szotáková, M. (2013). Case management a jeho různorodé chápání. In P. Nepustil, & M. Geregová, & L. Grolmusová (Eds.), *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka* Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

Szotáková, M. (2015). Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce. *Czech & Slovak Social Work / Sociální Práce / Sociálna Práca*, 14(3), 61–80.

Šťastná, L., Miovský, M., & Mravčík, V. (2006). Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog. *Psychiatrie*, 10(3).

Táborská, V. (2017). Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu [Psychiatric comorbidity of methamphetamine dependence]. Praha. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Diplomová práce. Vedoucí práce: PaedDr. Martina Richterová Těmínová

Torrens, M., Mestre-Pintó, J., Montanari, L., Vicente, J., & Domingo-Salvany, A. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5. Získáno z:

<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/933>

Vanderplasschen, W. (2010). *Provádění a hodnocení case managementu pro uživatele návykových látek s komplexními a mnohočetnými problémy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK a Sdružení SCAN.

Vanderplasschen, W., & De Maeyer, J. (2007). Případová práce (case management) s uživateli drog v praxi – co se za tím skrývá? *Adiktologie*, 7(4), 459-469.

Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Hesse, M. (2007). *Case management pro uživatele drog: Všelék, náhražka nebo nástroj propojování?* *Adiktologie* (7)4, 429-443.

van Haaren, M., de Jong, S., & Roeg, D. P. K. (2021). The foundations of the working alliance in assertive community treatment teams. *BMC Psychiatry*, 21, 559. Získáno z: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03563-x>

Veldhuizen, J. R. van, Bähler, M. (Ed.). ([2017]). *Manuál Flexible Assertive Community Treatment (FACT): vize, model, praxe a organizace* (online vydání). Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Získáno z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FACT_manual_CZ_final_s_obalkou.pdf

Přílohy

Příloha 1: Informace pro účastníky výzkumu

Informace pro účastníky výzkumu

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste vybrán/a k účasti ve výzkumu k účelům diplomové práce Poskytování case managementu v adiktologických ambulantních službách vedené pod 1. Lékařskou fakultou Univerzity Karlovy. Přečtěte si prosím následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu.

Cílem výzkumu je podrobnější zmapování forem a způsobů poskytování case managementu v adiktologických ambulantních službách. Práce bude mapovat jakým způsobem case management poskytují a chápou adiktologové v jednotlivých ambulantních službách.

Výzkum bude probíhat pomocí rozhovorů s adiktology, kteří pracují v adiktologických ambulantních službách a pro svojí práci využívají metodu case managementu nebo její prvky. S respondenty budou probíhat rozhovory, které budou nahrávány na audio techniku a následně přepsány. Zaznamenané rozhovory budou po analýze pro účely diplomové práce smazány.

Otázky pro respondenty se budou týkat jejich zkušeností s poskytováním a uplatněním metod case managementu v adiktologických ambulantních službách. Časová dotace na jeden rozhovor je 45 minut.

Pokud se rozhodnete výzkumu účastnit, budete v něm vystupovat pouze pod anonymním číselným označením. Informovaný souhlas bude od účastníků získáván slovně a zaznamenán spolu s rozhovorem pomocí audiotekniky. V případě, že nedopatřením sdělíte údaje, které by mohli vést k Vaší identifikaci, výzkumník je v průběhu zpracování dat anonymizuje.

Dobrovolná účast ve výzkumu a podmínky k odstoupení

Vaše účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Účast ve výzkumu můžete odmítnout nebo můžete účast kdykoliv přerušit bez udání důvodu a všechna data Vámi poskytnuta budou z výzkumu vyřazena.

Další informace o studii můžete získat od Terezy Novákové e-mailem na novate@email.cz nebo telefonicky na čísle 737 366 485.

Děkuji předem za účast.

Příloha 2: Písemné prohlášení tazatele

Písemné prohlášení tazatele

Já, Tereza Nováková, jsem popsala výzkumný projekt a povahu a důsledky postupů, které zahrnuje. Mám za to, že účastník /účastnice tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Datum:

Podpis tazatele:

Příloha 3: Souhlasné stanovisko etické komise



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE V PRAZE



1. LÉKAŘSKÁ
FAKULTA
Univerzita Karlova

ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-037/2023

Název práce: **Poskytování case managementu v adiktologických ambulancích**
Druh práce: diplomová
Student: **Bc. Tereza Nováková**
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Předložená dokumentace:
- formulář žádosti EKS KAD
- informace o výzkumu pro participanta
- informovaný souhlas
- osnova rozhovoru

Rozhodnutí etické komise: **SOUHLASNÉ STANOVISKO**

Odůvodnění: Komise při posuzování předložené žádosti neshledala rozpor s etickými principy při realizaci adiktologického výzkumu pro účely výše specifikované závěrečné práce v oboru adiktologie.

Datum jednání EKS KAD: 11. dubna 2023

Členové EKS KAD přítomní při jednání: Hana Fidesová, Lenka Šťastná (nehlasovala), Jaroslav Vacek

EKS KAD byla zřízena přednostou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze se souhlasem kolegia děkana 1. LF UK jako pilotní projekt za účelem zvýšení kvality závěrečných bakalářských a magisterských prací studentů adiktologie z hlediska výzkumné etiky.

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 11. dubna 2023

Podpis vedoucího nebo pověřeného člena komise: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Klinika adiktologie
1. LF UK a VFN v Praze
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2
E-mail: info.adiktologie@1fl.cuni.cz
Tel.: 224 968 270
www.adiktologie.cz / www.1fl.cuni.cz / www.vfn.cz



Klinika adiktologie

