

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví  
Studijní obor: Adiktologie kombinovaná



**UPLATNĚNÍ CASE MANAGEMENTU  
V ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH V ČR**

**THE CASE MANAGEMENT IMPLEMENTATION IN CZECH  
ADDICTION SERVICES**

**Bakalářská práce**

Autor: **Krejčí Jan**

Vedoucí práce: **PhDr. Libra Jiří**

Datum předložení:

Praha  
2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny řádně citoval a uvedl. 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

.....  
(Podpis předkladatele práce)

### Poděkování:

Touto cestou bych rád poděkoval pracovníkům jednotlivých programů za možnost vést s nimi rozhovory na téma case management. Děkuji za vřelé přijetí. Rád bych poděkoval vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Jiřímu Librovi za konzultace a dobré rady, které jsem se snažil reflektovat. Velice děkuji mé ženě a synovi, že mě podporovali v průběhu psaní této práce.

### **Identifikační záznam.**

KREJČÍ, Jan. *Uplatnění case managementu v adiktologických službách v ČR. [Case management implementation in Czech addiction services]*. Praha, 2016. 67 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Libra, Jiří.

Vysoká škola: **Univerzita Karlova v Praze**

Fakulta: **1. lékařská fakulta**

Klinika adiktologie

Školní rok:.....2015/2016

## **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

Jméno:.....Jan Krejčí.....

Obor: **Adiktologie**

Rok imatrikulace:.....2012...

Vedoucí práce: **PhDr. Jiří Libra**

Počet stran: 67

Název bakalářské práce: **UPLATNĚNÍ CASE MANAGEMENTU  
V ADIKTOLOGICKÝCH  
SLUŽBÁCH V ČR**

### **Abstrakt bakalářské práce:**

Tato práce se zabývá tématem case managementu v oblasti léčby návykových látek a jeho využitím v systému adiktologických služeb v ČR. Základním cílem této práce je lépe porozumět a zmapovat, jak je case management přístup chápán a vnímán pracovníky, kteří ho používají během poskytování služeb klientům v adiktologických službách. Teoretická část je zaměřena na základní poznatky o metodě case management-teoretická východiska, principy case managementu, modely case managementu, základní funkce tohoto přístupu a cílové skupiny. V praktické části je popsán metodologický postup a výsledky výzkumného šetření. Použitou metodou získávání dat jsou polostrukturované rozhovory. Rozhovory s účastníky výzkumu jsou zachovány a použity v této práci. Výsledky této práce nelze generalizovat na celou síť adiktologických služeb v ČR. Touto prací jsem si potvrdil, že case management při práci s adiktologickými klienty je ve shodě se světovým vývojem replikován do českých adiktologických služeb z oblasti péče o duševní zdraví a sociální práce. Case management není do adiktologických služeb pevně zakotven. V rámci tohoto výzkumu je potřeba case management chápat v kontextu jednotlivých programů. V rámci programů zapojených do výzkumné práce se nevyužívají komprehenzivní modely case managementu popisované odbornou literaturou. Týmy nejsou multidisciplinární, ale jsou spíše zaměřeny na sociální práci, při které je metodou práce case management s cílovou skupinou klientů, kteří mají nebo měli problém s návykovou látkou.

### **Klíčová slova:**

case management-terapeutické kontinuum-schopnost využít služeb-potřeby klientů-  
potřeby systému služeb

University: **Charles University in Prague**

Faculty: **First Faculty of Medicine**

Psychiatric clinic, Center for Addictology

School Year.....2015/2016

## **Bachelor Thesis Abstract**

Name:.....Jan Krejčí.....

Branch of study: **Addictology**

Matriculation Year:.....2012....

Thesis supervisor: **PhDr. Jiří Libra**

The number of pages: 67

Bachelor thesis title: **THE CASE MANAGEMENT IMPLEMENTATION IN CZECH ADDICTION SERVICES**

### **Bachelor Thesis Abstract:**

This Bachelor thesis deals with a topic case management in the field of substance abuse treatment and use of case management in the Czech addiction services. The basic goal of this Bachelor thesis is to better understanding and mapping use case management during work of addiction services and workers which use this approach. The theoretical part is focused on basic knowledge about case management-theoretical backgrounds, principles of case management, models of case management, core functions of this approach and target groups. The practical part of thesis describes the methodological proces and researching results. The research was conducted by semi-structured interviews with providers who use case management. Participant's answers are kept and distilled into this work. The results of this Bachelor thesis can't be generalized to all addiction services in the Czech Republic. In line with the development of case management abroad, the case management was replicated to Czech addiction services from mental health programs and social work. The case management is not grounded to Czech addiction services. Any definition and implementation of case management is inevitably contextual, based on the needs of a particular organizational structure. Comprehensive case management is not used. Teams are not multidisciplinary. Providers use case management during social work with substance abusers.

### **Key words:**

case management-therapeutical continuum-the ability to use services-needs of clients-  
needs of the services

## **OBSAH:**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Teoretická východiska pro využití case managementu v adiktologických službách.....</b>	<b>11</b>
2.1 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	11
2.2 Transdisciplinární pilíře a case management.....	11
2.3 Principy case managementu v sociálních a zdravotních službách.....	12
<b>3 Stručná historie case managementu ve zdravotních a sociálních službách a jeho replikace do oblasti léčby zneužívání návykových látek</b>	
<b>Case management v ČR.....</b>	<b>14</b>
3.1 Zdroje vzniku case managementu.....	14
3.2 Aspekty pro vývoj a zavádění case managementu do zdravotních a sociálních služeb.....	15
3.3 Case management v oblasti sociální práce v ČR.....	15
3.4 Case management v oblasti péče o duševní zdraví v ČR.....	16
3.5 Case management na poli adiktologických služeb v ČR.....	17
<b>4 Case management- důvody pro zavádění, definice, modely.....</b>	<b>18</b>
4.1 Důvody pro zavádění case managementu do oblasti léčby zneužívání návykových látek a jeho definice.....	18
4.2 Modely case managementu realizované v oblasti léčby zneužívání návykových látek.....	19
4.2.1 Brokerský model (brokerage, model zprostředkování).....	20
4.2.2 Asertivní komunitní léčba (Assertive Community Treatment, ACT).....	20
4.2.3 Intenzivní case management (Strengths-Based, založený na silných stránkách).....	22
4.2.4 Klinický/Rehabilitační model case management.....	23
<b>5 Základní funkce-oblasti činností case managementu a léčebné kontinuum.....</b>	<b>24</b>
5.1 Nalezení případu a navázání, zapojení do služby, programu (case finding and engagement).....	25
5.2 Posouzení situace (assessment).....	27
5.3 Plánování (planning)-plánování cílů (goal-setting), realizace plánu (implementation).....	28
5.4 Propojování ke zdrojům pomoci (linking)-zprostředkování (referral).....	28
5.5 Monitorování (monitoring).....	29
5.6 Obhajoba práv klienta (advocacy).....	29
5.7 Ukončování programu (disengagement).....	30
<b>6 Cílové skupiny vhodné pro využití case managementu a jejich potřeby.....</b>	<b>32</b>
6.1 Klient v konfliktu se zákonem.....	32
6.2 Ženy mající problém se zneužíváním návykových látek.....	33
6.3 Klienti s duální diagnózou.....	34
<b>7 Potřeby systému služeb při aplikaci case managementu.....</b>	<b>36</b>
7.1 Struktura a průběh služby podle Rappa.....	36
7.2 Účinnost a efektivita case managementu na poli zneužívání návykových látek.....	36

<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>38</b>
<b>8 Metodologický rámec.....</b>	<b>38</b>
8.1 Výzkumný problém.....	38
8.2 Výzkumný cíl, výzkumné otázky.....	38
8.3 Volba kvalitativního přístupu.....	38
8.3.1 Osobní reflexe výběru kvalitativního přístupu.....	39
8.4 Výběr organizací pro spolupráci na výzkumu.....	39
8.4.1 Osobní reflexe kritérií výběru.....	40
8.5 Popis služeb zúčastněných na výzkumu.....	41
8.5.1 Práce s klienty v konfliktu se zákonem Olomouc.....	41
8.5.2 Terapeutické centrum v Olomouckém kraji.....	41
8.5.3 Podané ruce Brno.....	41
8.6 Výběr účastníků výzkumu.....	42
8.6.1 Popis vzorku.....	42
8.7 Proces získávání dat.....	43
8.7.1 Polostrukturované interview.....	43
8.7.2 Průběh rozhovorů.....	43
8.7.3 Osobní reflexe volby otázek v rozhovorech a jejich redefinice.....	44
8.8 Způsob analýzy dat.....	45
<b>9 Interpretace získaných dat.....</b>	<b>46</b>
9.1 Zdroje inspirace pro využívání case managementu v oblasti závislostí	
Zavádění metody case management do programu.....	46
9.1.1 Inspirace na úrovni jednotlivých pracovníků.....	46
9.1.2 Zavádění case managementu na úrovni služeb.....	49
9.2 Vnímání, definování case managementu na úrovni programů.....	49
9.2.1 Terapeutické centrum v Olomouckém kraji.....	49
9.2.2 Práce s klienty v konfliktu se zákonem Olomouc.....	50
9.2.3 Podané ruce Brno.....	51
9.3 Role case manažera-klíčového pracovníka na úrovni programů.....	52
9.3.1 Terapeutické centrum v Olomouckém kraji.....	52
9.3.2 Práce s klienty v konfliktu se zákonem Olomouc.....	53
9.3.3 Podané ruce Brno.....	54
9.4 Možná úskalí realizace case managementu.....	55
9.4.1 Výkaznictví.....	55
9.4.2 Evidenční program.....	56
9.4.3 Stigma drogové služby.....	57
9.5 Výhody case managementu.....	57
<b>10 Diskuse a závěry.....</b>	<b>59</b>
<b>11 Seznam použité literatury.....</b>	<b>64</b>



# 1 Úvod

Case management přístup při práci s adiktologickými klienty<sup>1</sup> mne poprvé oslovil v průběhu studia adiktologie na 1.LF UK v Praze. Individuální přístup, služby šité na míru klientům, kontinuita péče, klíčová osoba nebo case manager provázející klienta při cestě k uzdravě, sjednocení sociální a zdravotní péče a další pojmy ve mně vyvolaly přesvědčení, že jsem objevil ten pravý přístup, jak pracovat s klienty, kteří nepřicházejí do služeb pouze s problémem zneužívání látek, ale mají další mnohačetné problémy.

Dnes jsem si již jistější, že část tohoto „oslovení“ plyne z mé osobní zkušenosti s návykovými látkami a léčbami, které jsem podstoupil. Má zkušenost je, dá se říci, spíše s institucionálním typem léčeb, kde byl jasně dán léčebný řád, pravidla, harmonogram dne, léčebné intervence.

Proto jsem oslovil PhDr. Jiřího Libru a domluvil se s ním na vypracování bakalářské práce na toto téma, které mne osobně zaujalo.

Četba literatury týkající se case managementu mou zvědavost ještě více prohloubila, neboť nalézt v současnosti jedinou, všeobecně platnou definici pro case management je velmi obtížné. Tato metoda či přístup při práci s klienty není něčím zcela novým. Case management přístup se rozvíjí téměř celé jedno století a více než na poli adiktologických služeb byl používán v oblastech sociální práce a péče o duševně nemocné. Do adiktologických služeb byl case management přístup přenesen v průběhu 80. let 20. století hlavně v Americe, odkud se jeho používání rozšířilo do Evropy, Kanady, Austrálie a dalších zemí světa. V současnosti je tento přístup realizován i v českých adiktologických službách a již adiktolog na bakalářské úrovni by měl být připraven pracovat postupy, které case management obsahují.

Výchozím bodem pro mou práci jsou organizace identifikující se při práci s adiktologickými klienty přístupem case management anebo alespoň jeho prvky (Podané ruce Olomouc, Brno).

Cílem této práce je lépe pochopit a zmapovat, jak je case management přístup chápán pracovníky, kteří ho používají během poskytování služeb klientům. Zajímá mne odkud a kdy se objevil case management při práci s adiktologickými klienty v ČR. Z jakých teoretických východisek je čerpáno při jeho realizaci. Jak je case management vnímán konkrétními pracovníky, a jak se blíží jeho aplikace v podmínkách českých adiktologických služeb teoretickým východiskům, které popisuje odborná literatura.

Tato práce by mohla být přínosem při hledání odpovědí na otázky, čím je a jak je vnímán case management v adiktologických službách pracovníky, kteří ho používají jako součást své práce s klienty. Pro zvědavého čtenáře, který se zajímá o drogovou oblast, to může být seznámení s přístupem, o kterém se až tak mnoho nemluví. Pro odborníky se tato práce může stát výzvou, zda-li neotevřít diskusi o přesném popisu case managementu v adiktologických službách v ČR.

V teoretické části této bakalářské práce se zabývám východisky pro realizaci case managementu v adiktologických službách, důvody pro zavádění case managementu, modely case managementu, základními funkcemi tohoto přístupu, vhodnými cílovými skupinami a potřebami systému služeb pro aplikaci tohoto přístupu.

---

<sup>1</sup> Pro přehlednost a zjednodušení používám během celého textu slovo klient bez ohledu na pohlaví, tedy rozumím jím klienta i klientku. Stejně tak i při užívání pojmů pacient, duševně nemocný atd. V celém textu myslím klientem též pacienta.

V praktické části práce popisuji, jakým způsobem jsem vybíral konkrétní organizace ke spolupráci, jak proběhl sběr dat a jejich vyhodnocení a jakou metodou jsem s těmito daty pracoval, vyhodnocoval je. Jelikož se jedná o kvalitativní typ výzkumu, věnuji se v praktické části i teoretickým východiskům tohoto přístupu a jejich aplikací na průběh této bakalářské práce. Součástí jednotlivých kapitol praktické části jsou též podkapitoly, v nichž se věnuji osobní reflexi mé práce.

# Teoretická část

## 2 Teoretická východiska pro využití case managementu v adiktologických službách

V této kapitole si představíme teoretická východiska pro implementaci case managementu v adiktologických službách. Stručně se seznámíme s bio-psycho-socio-spirituálním modelem závislosti, transdisciplinárními pilíři pro práci přístupem case management a základními principy case managementu podle SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, americký Úřad pro služby v oblasti užívání návykových látek a duševního zdraví, dále jen SAMHSA).

### 2.1 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

V současnosti je větší částí odborné veřejnosti pro rozvoj a léčbu drogové závislosti přijímán „*bio-psycho-socio-spirituální*“ model závislosti (Kalina, 2015; Kudrle, 2003; Millerová, 2011). Kudrle (2003, p.91) popisuje, že „*příčiny alkoholismu a drogové závislosti jsou velmi komplexní. Nejčastěji jde o kombinaci řady faktorů...*“. Nelze tedy zcela jednoznačně hledat jednu jedinou příčinu pro závislostní chování, a ani léčbu nelze cílit jedním směrem. Například léčit pouze biologickou komponentu závislosti, a při tom se nezaměřovat na sociální, psychologické či spirituální aspekty důležité pro uzdravu. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v ČR (Miovský, 2013) popisuje, že tento model „*závislosti proto při léčbě uživatelů psychoaktivních látek a patologických hráčů implikuje využití komplexně a diferencovaně poskytovaných a výzkumem podložených intervencí z oblasti farmakoterapie, psychoterapie, edukace, sociální práce a psychosociální rehabilitace*“. V tomto ohledu case management přístup splňuje rámec, ve kterém v současnosti probíhá léčba závislosti, neboť je ve své podstatě přístupem, který se zaměřuje na komplexní pomoc klientovi ve všech oblastech jeho života. Snaží se pokrýt všechny komponenty bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Z tohoto stručného popisu je zřejmé, že při práci s adiktologickými klienty se setkávají a spolupracují lidé různých odborností, kteří se musí naučit společně komunikovat nad všemi problémy spojenými se závislostí. Prizmatem všech odborníků podílejících se na léčbě drogových závislostí je práce s těmito lidmi multidisciplinární či transdisciplinární. Case management na poli adiktologických služeb je v tomto ohledu taktéž chápán jako *transdisciplinární* přístup (SAMHSA, 2011). *Termín transdisciplinární je v tomto pojetí chápán jako potřebné znalosti a dovednosti nutné pro všechny poskytovatele pomoci, z různých oborů a disciplín, kteří pracují s lidmi užívajícími návykové látky* (SAMHSA, 2011).

### 2.2 Transdisciplinární pilíře a case management

SAMHSA (2011) vyjmenovává čtyři základní pilíře, které platí pro všechny profesionály pracující v adiktologických službách, kterými jsou: (1)*chápaní závislosti*, (2)*znalost možností léčby*, (3)*profesionální připravenost*, (4)*aplikování do praxe*. V následujícím popisu vycházím z textu SAMHSA (2015).

Všichni profesionálové, kteří poskytují služby uživatelům návykových látek, ale též specialisté na case management by měli ovládat specifické znalosti, dovednosti a postoje,

kteřé je připravují k poskytování specifických služeb. Základním předpokladem pro dobrou praxi je rychlé navázání vztahu. Mít neustále na paměti, jak vhodně udržovat hranice během vzájemné spolupráce. Neodsuzovat klienta. Tyto základy obsahující témata jako chápání závislosti, znalosti možností léčby, aplikace pro praxi, profesionální připravenost jsou sepsány do 23 kompetencí a 82 specifických bodů znalostí a postojů.

Příklady kompetencí:

- *porozumění různým modelům a teoriím závislosti a souvisejícím problémům, které jsou spjaty s užíváním látek*
  - *schopnost popsat filozofie, praktické využití, politiky a výsledky nejvíce užívaných a vědecky podporovaných modelů léčby, zotavování, prevence relapsu a kontinuity péče v léčbě závislosti a v dalších problémech souvisejících s návykovými látkami*
  - *uvědomovat si důležitost rodiny, sociální sítě, komunitního systému v procesu údravy*
  - *chápání různorodých kultur a začleňování do práce relevantní potřeby těchto klientů*
  - *chápání užitečnosti transdisciplinárního přístupu k léčbě závislosti (CSAT, Center for Substance Abuse Treatment, Centrum pro léčbu zneužívání látek, 1996; in SAMHSA, 2015)*
- Case manageři musí mít nejen spoustu schopností jako ostatní profesionálové pracující se závislými, ale musí též ovládat dovednosti jako je *obhajoba práv klienta, spolupráce mezi organizacemi, vyjednávání* (SAMHSA, 2015).

## 2.3 Principy case managementu v sociálních a zdravotních službách

Následující popis principů case managementu na poli zneužívání návykových látek vychází z textu obsaženého v protokolu SAMHSA (SAMHSA, 2015).

Každý realizovaný program, identifikující se při své práci prvky case managementu, by měl alespoň v minimální míře obsahovat základní principy tohoto přístupu. Mezi základní principy patří následující: (1)*case management nabízí klientovi jedinečný prostor (pevný bod) pro kontakt mezi zdravotním a sociálním systémem služeb.* V tomto ohledu služba klientům nabízí kontinuitu a koordinaci při práci s různými typy služeb. Case manageři by měli být schopni mobilizovat potřebné zdroje pomoci pro klienty. Musí umět vyjednávat, „obchodovat“ s formálními zdroji pomoci. Jejich snahou je též propojování s neformálními zdroji pomoci, jako jsou svépomocné skupiny, sousedé, církevní instituce. Povinností case managerů je též vytvářet jedinečný bod kontaktu mezi pracovníky jiných úrovní služeb. Nevytvářet tento bod pouze pro klienty. Pracovníci, kteří přímo nepracují s uživateli návykových látek, by se měli seznámit s různými postupy, procedurami, které musí respektovat jak oni sami, tak profesionálové ze spolupracujících organizací. (2)*Case management je řízen klientem a veden jeho potřebami.* Pro všechny modely case managementu, v oblasti užívání návykových látek a kdekoli jinde, platí všeobecně rozšířená víra, že klient musí začít využívat identifikovaných služeb. Case manager nastavuje podmínky pro svého klienta, přesto má klient právo na sebeurčení. Nesouhlasí-li klient s nastavením služby, je na schopnostech case managera, aby našel cestu a způsob pomoci, která co nejlépe vyhovuje potřebám klienta. Case manager využívá své odborné znalosti k identifikaci alternativ pro klienta, ale je nutné zdůraznit, že klient má právo vyjádřit, co skutečně chce. Jakmile si vybere z nabízených alternativ, vejde do hry opět schopnost case managera tyto služby pro klienta zpřístupnit. Case management je zakotven v chápání klientových životních zkušeností a v chápání světa, ve kterém žije. Case manager musí chápat mnoho dalších souvisejících problémů, se kterými klienti bojují jako je HIV/AIDS, duševní porucha, uvěznění a mnoho dalších. Pro práci case managerů je

tento kontext chápání různých způsobů života klientů důležitým vodítkem pro identifikaci potřebných zdrojů a pomáhá tyto zdroje získat. Case management se zaměřuje na poskytování pomoci na co nejméně omezující úrovni. Na tak nezbytně nutné úrovni, aby byl klientův život narušen tak málo, jak jen to jde. (3)*Case management se angažuje v obhajobě práv klientů.* Prvořadým cílem při práci s klienty zneužívajícími návykové látky a dalšími službami, které mají často protichůdné požadavky, je potřeba obhajovat klientovy nejlepší zájmy. Case manageři musí spolupracovat s mnoha systémy (agentury, rodiny, zákonné systémy, legislativa). Svou práci mohou obhajovat edukací ve službách, které nejsou zaměřené na léčbu užívání návykových látek informováním o problémech spojených s touto tematikou a o potřebách klientů. Občas musí case manager vyjednávat s agenturou pravidla, aby klientovi zajistil přístup ke službě nebo její pokračování. (4)*Case management je komunitně založený.* Všechny přístupy pracující metodou case management by měly uvažovat o práci založené na komunitní bázi. Tyto přístupy pomáhají klientovi vyjednávat přístup ke komunitní službám a snaží se navázat spolupráci mezi formálními zdroji pomoci a zdroji neformální pomoci. Nicméně míra začlenění a angažování komunitních zdrojů do služby se může lišit u různých poskytovatelů. Některé agentury vyvíjejí značné úsilí při práci v přirozeném prostředí uživatelů návykových látek. V některých programech dělá case manager klientům doprovod a je jim podporou při jednání s různými institucemi. Tato osobní angažovanost podporuje tyto osoby a zvyšuje jejich zkušenosti, což je velkou výhodou oproti ostatním přístupům. V tomto ohledu je tato angažovanost přínosem i pro case managera, neboť mu umožňuje reálněji chápat skutečný svět lidí majících závislostní problém, lépe se orientuje v reálném prostředí těchto lidí (nebezpečné části měst, oblast výskytu cílové skupiny, místa prodeje drog). Tato velmi blízká pomoc pracovníků je klienty oceňována jako chápání jejich skutečných životních problémů a umožňuje plánovat vhodnější léčebné cíle a zároveň si pracovník buduje důvěru a respekt u klienta. (5)*Case management je pragmatický. Práce s klientem začíná tam, kde se právě nachází.* Case manager reaguje na aktuální stav, situaci klienta a jeho potřeby jako je jídlo, bydlení, oblečení, péče o dítě, doprovod. Vstup do léčby nemusí být pro klienta prioritou, získat bydlení ano. Rozlišení těchto cílů intervencí pomáhá navázat vztah a umožňuje lepší zapojení do služby. Na klienta zaměřená pomoc usnadňuje udržet ho v léčbě. Nicméně je důležité mít neustále na paměti, že je velmi obtížné dosáhnout harmonie mezi pomocí, která pomáhá a pomocí, která může bránit zapojení do léčby. Učení se dovednostem, které jsou potřebné v každodenní realitě umožňují úspěšné zapojení klienta do běžného života a jsou důležitou součástí při poskytování case managementu. Tyto dovednosti se klient učí užívat během interakce s case managerem. (6)*Case management umí předvídat.* Realizace case managementu vyžaduje schopnost porozumět přirozenému průběhu závislosti a úzdravy, umět předvídat problém, chápat možnosti dostupné pomoci a umět na ně adekvátně reagovat. V některých případech může case manager intervenovat přímo, v jiných případech podniká kroky, aby zajistil, že někdo z léčebného týmu zasáhne v případě potřeby. (7)*Case management musí být flexibilní.* Case management pracující s uživateli návykových látek musí být adaptabilní pro různé případy, zahrnující spolumisející problémy jako otázky duševního zdraví, strukturu organizace, dostupnost či nedostatek místních zdrojů pomoci, stupeň autonomie case managera a mnoho dalších. (8)*Case management je kulturně citlivý.* Přizpůsobuje se rozmanitosti, různým lidem, genderu, etnicitě, sexuální orientaci, vývojovým stádiím (např. adolescentům, seniorům). Tento přístup práce by měl být pro case management samozřejmostí (SAMHSA, 2015).

## **3 Stručná historie case managementu ve zdravotních a sociálních službách a jeho replikace do oblasti zneužívání návykových látek**

### **Case management v ČR**

Cílem této kapitoly je stručně přiblížit historický kontext a zdroje vzniku case managementu v oblastech zdravotní a sociální péče, důvody pro vývoj a zavádění s následnou replikací tohoto přístupu do oblasti léčby zneužívání návykových látek. Pro hlubší pochopení tohoto historického vývoje doporučuji prostudovat další literaturu (např. Libra, 2015; SAMHSA, 2015; Stuchlík, 2001). Na závěr kapitoly se budeme zabývat realizací case managementu v rámci zdravotních a sociálních služeb v ČR.

#### **3.1 Zdroje vzniku case managementu**

Začátkem 20. století představila *Mary Ellen Richmondová* svůj program „přátelského sousedství“, jehož snahou bylo pomáhat druhým v jejich boji se skutečnými potřebami v běžném životě. Tímto programem nevytvořila pouze pole pro sociální případovou práci (social case-work), ale často se mezi autory a odborníky, kteří se tímto přístupem zabývají, považuje za zakladatelku case managementu jako takového. Když aplikovala termín sociální případová práce na aktivity, které ovlivňují nastavení mezi individuálním a sociálním prostředím, popsala tím klíčové funkce, které obsahuje case management. V současnosti se její metoda nejvíce blíží intenzivnímu case managementu v přirozeném prostředí klientů (Libra, 2015; SAMHSA, 2015).

V 30. letech 20. století založil holandský doktor *Aria Querida* v Amsterdamu první mobilní tým péče o duševní zdraví, který je dnes považován za průkopníky sociálně psychiatrického systému se silným důrazem na rehabilitaci. Tento doktor u klientů rozpoznal další mnohačetné sociální a ekonomické problémy, které ovlivňují průběh péče. Queridův přístup při práci s klienty je často považován za základ pro metodu klinického/rehabilitačního case managementu (Libra, 2015; Wilken, Hollander, 2005).

Během padesátých a šedesátých let sílil v USA hlas tzv. *deinstitucionálního hnutí*, které se stavělo proti tradičnímu přístupu léčby duševně nemocných. Cílem tohoto hnutí bylo podpořit klienty v jejich schopnosti žít samostatněji a mimo institucionalizované prostředí psychiatrických nemocnic. V roce 1963 vzniklo v USA Federální komunitní centrum duševního zdraví, jehož založení bylo reakcí na deinstitucionální hnutí a považuje se za jedno z prvních ztělesnění case managementu. Předpokladem pro fungování těchto center byla myšlenka, že dříve poskytované služby v rámci institucionalizovaného prostředí je třeba přesunout blíže skutečným potřebám klientů. Bohužel tato centra vznikala nezávisle na sobě a pro klienty, kteří dříve čerpali služby v institucionalizovaném prostředí, byly tyto služby zcela nevhodné (SAMHSA, 2015).

Zásadní vliv pro rozvoj case managementu přichází na začátku 70. let, kdy v USA probíhá projekt „*Trénink života v komunitě*“, který vedou Leonard Stein a Mary Testová. Přes sto klientů bylo vybráno a rozděleno do kontrolní a tréninkové skupiny. Kontrolní skupině byla nabízena běžně dostupná léčba a následná péče. Pro klienty tréninkové skupiny byl rozvinut specifický individuální program, který byl plánován na dvacet čtyři hodin po sedm dní v týdnu. Základní principy tohoto přístupu, kterými jsou kontinuita péče, koordinace služby, vyhledávání a práce v přirozeném prostředí klienta (outreach

work), podpora a rozvíjení silných stránek klienta, pomoc při hledání práce se staly základními stavebními prvky při budoucím rozvíjení a implementaci jednoho z přístupů case managementu - *asertivní komunitní léčby* (Libra, 2015; Stuchlík, 2001).

V 80. letech 20. století dochází v USA ke kulminaci problémů s lidmi, kteří trpí současně mnohačetnými problémy. Tito lidé jsou bez domova, často trpí nějakou formou duševního onemocnění a zároveň se u nich vyskytuje problém zneužívání návykových látek. Právě v této době dochází k využívání case managementu také v oblasti léčby zneužívání návykových látek (Libra, 2015). Kanadští zákonodárci byli mezi prvními, kteří zavedli základní funkce case managementu také na poli zneužívání návykových látek. V USA získal case management v oblasti zneužívání návykových látek pozornost hlavně díky programu TASC (Treatment Alternatives to Street Crime, Alternativa léčby pouliční kriminality), jehož snahou bylo propojovat systém trestního práva s léčbou drogově závislých (SAMHSA, 2015).

### **3.2 Aspekty pro vývoj a zavádění case managementu do zdravotních a sociálních služeb**

Stuchlík (2001) udává pět důvodů pro zavádění case managementu do služeb péče o duševní zdraví, kterými jsou *„nerovnováha mezi poskytovanými službami a potřebami klientů, fragmentované a nenavazující služby, zanedbávání nejpodstatnějších potřeb, nedostatečná práce s neprofesionály, problémy odpovědností“* (viz. blíže Stuchlík, 2001, pp.9-10). SAMHSA (2015) uvádí, že zavádění case managementu do sociálních a zdravotních služeb bylo reakcí na jeho nepřilíživé zavádění za podpory Federálních komunitních center duševního zdraví v USA během hnutí za deinstitutionalizaci, kdy se služby pro klienty staly nekoordinované a defragmentované a scházela jim kontinuita. Podle některých autorů (Intagliata, 1982; Stein, Testová, 1980; in SAMHSA, 2015) byl za pomoci NIMH (National Institute of Mental Health, Národní institut duševního zdraví) vytvořen nový model case management přístupu, který se měl stát mechanismem pomoci, jak klienty navigovat ve fragmentovaném sociálním systému za podpory pracovníků, kteří je tímto systémem provázejí a usnadňují jim získat potřebné zdroje pomoci dle jejich přání.

### **3.3 Case management v oblasti sociální práce v ČR**

Matoušek (2008, p.14) seznamuje čtenáře s termínem case management v sociální práci jako s vedením případu, ve kterém je cílem *„individuální podporování klientovy schopnosti vyrovnat se s problémy.“* Dále pokračuje, že tento termín *„akcentuje koordinační a mediační činnost sociálního pracovníka“* a uvádí příklad probačního pracovníka, *„který poskytuje soudu informace o klientovi, domlouvá se s klientem o možných opatřeních, včetně tzv. alternativních trestů, vyjednává i se subjekty, které klient poškodil, a s organizacemi, které se účastní výkonu alternativního trestu, a také monitoruje, jak klient vykonává to, k čemu se zavázal“.* V oblasti sociální práce je termín case management často spojován s tzv. *„případovými konferencemi“.* Případová konference (Bechyňová, 2012) je *setkání pracovníků, kteří jsou zapojeni do spolupráce na případu rodiny a snaží se hledat pro tuto rodinu konstruktivní řešení jejich současné situace.* Novelizace zákona o sociálně-právní ochraně dětí (platná od 1.1.2013) určuje případovou konferenci jako jednu z metod case managementu povinnou při práci s ohroženými rodinami. Jako příklad organizace, která se při své práci identifikuje přístupem case management, jsem si vybral

chrudimskou Šanci pro tebe, která spolupracuje na vedení a koordinaci případu s rodinou a dalšími šesti subjekty, jak z řad formálních institucí (Oddělení péče o rodinu Chrudim, Oddělení prevence Městského úřadu Chrudim, Probační a mediační služba), tak z řad organizací neziskových (Občanské sdružení Amalthea, Středisko výchovné péče Archa, Centrum J. J. Pestalozziho). *Cílovou skupinou tohoto projektu jsou ohrožené rodiny s dětmi, jejichž vývoj je ohrožen v důsledku dopadů obtížné životní situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci řešit, rizikové děti a mládež ve věku 0-26 let, děti s rizikovým chováním, znevýhodněné děti, týrané děti, děti v náhradní a ústavní péči, děti s výchovnými a vzdělávacími problémy. Zásady této práce jsou (1)zájem dítěte a individuální přístup, (2)aktuálnost a objektivnost, (3)přirozené podpůrné prostředí, (4)podpora samostatnosti a zaměření na silné stránky klienta, (5) důvěrnost, diskrétnost a bezpečí, (6)respekt a partnerství, (7)spolupráce, týmový přístup a koordinace péče, (8)kontinuita péče (Šťastná, o.s. Šance pro tebe, nedatováno). Z tohoto popisu je zřejmé, že v rámci sociální případové práce se v ČR tento přístup užívá. „Základem případové práce je pochopení jedince, ale také porozumění rodině, komunitě, společnosti, kultuře a znalost těch sociálně-zdravotnických služeb, které nabízejí možnost zbavit se nedůstojných životních podmínek“ (Havránková, 2008, p.67).*

### **3.4 Case management v oblasti péče o duševní zdraví v ČR**

Stuchlík (2001) udává, že mezi prvními odborníky, kteří v rámci péče o duševně nemocné zmiňují case management, byl MUDr. Baudiš. Tento přístup práce vyhodnotil jako obzvláště vhodný pro cílovou skupinu dlouhodobě duševně nemocných. V českém prostředí se můžeme s realizací case managementu setkat v rámci projektu Matra III (mezinárodní spolupráce organizací Fokus, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví a holandských Rino Institut, GGZ Netherlands, Netherlands School of Public and Occupational Health), který byl primárně zaměřen na klienty trpící duševní poruchou. V tomto projektu šlo o aplikaci postupů case managementu v rámci snahy integrovat klienty zpět do jejich přirozeného prostředí, a tím umožnit jejich přechod z centralizované péče do péče komunitní. Cílem bylo vytvářet síť služeb, které vycházejí z představy komunitní péče. V rámci Reformy péče o duševní zdraví (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013) jsou case management jako asertivní komunitní léčba a role case managera jako osobního asistenta, zahrnuty ve struktuře pilíře této změny. Mezi služby, které jsou v této reformě podporovány, patří i denní adiktologické stacionáře. V následujícím popisu projektu občanského sdružení Fokus (v současnosti Fokus z.ú., pozn. autora), který v péči o duševně nemocné realizoval přístup case management, vycházím z textu Stuchlíka (2001). Cílem projektu bylo vytvořit konkrétní službu-terénní tým, který by byl schopen poskytovat klientům pomoc při zvládnání běžných denních aktivit v jejich přirozeném prostředí a pracoval by přístupem case management. Tento terénní tým se skládal z psychiatrických sester (case manageri) a psychiatra, jehož rolí bylo koordinovat celý proces pomoci. Snahou tohoto týmu bylo též smysluplně propojovat jednotlivé poskytovatele do spolupracující sítě služeb. Case manager zajišťoval vstupní vyšetření, propojování k další potřebné péči, poskytoval domácí péči, obhajoval zájmy klientů, doprovázel klienty při jednáních s institucemi.



### 3.5 Case management na poli adiktologických služeb v ČR

V adiktologických službách v ČR je přístup case management znám především z realizace v organizacích SANANIM nebo Podané ruce. Case management (Libra, 2015, p.645) „bývá spojován s péčí o klienty v konfliktu se zákonem (zejména v následné péči), s prací s klienty z tzv. sociálních a pracovních agentur (pomoc ve stabilitě bydlení a zaměstnání), s klienty nízkoprahových služeb, kteří nejsou opakovaně schopni využít efektivně léčebných služeb. Některé prvky case managementu bychom mohli nalézt v programech péče o klienty se zvláštními potřebami (např. matky s dětmi). Komprehenzivní modely case managementu (zejména ACT, Asertivní komunitní léčba, pozn. autora) uplatňovány nejsou“. Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb case management navrhuje jako možné řešení fragmentované péče pro klienty/ pacienty na pomezí různých úrovní systému. „Case management je mezioborový postup koordinované péče, užívaný u klientů, kteří potřebují dlouhodobě péči více služeb současně. Odbornost adiktologa již v bakalářském stupni VŠ vzdělání přípravu k práci těmito postupy obsahuje. Pozice case-managera je pozice pracovníka, který pacienta/klienta provází různě dlouhým obdobím a citlivě v práci s individuálním plánem podporuje a ověřuje stabilizaci či zlepšování stavu pacienta/klienta. Výhodou této péče šité na míru klientovým potřebám a možnostem, stejně jako na míru dostupným místním podmínkám léčby a péče, je i fakt, že case-manager může sledovat položku nákladovosti péče. Může tak ovlivňovat některé aspekty její efektivity (například namísto opakovaných pobytů v různých nemocničních zařízeních či léčebných komunitách pracovat individuálně na přípravě klienta k léčbě, nebo respektovat jeho rozhodnutí, že o léčbu nemá zájem, a ve spolupráci s ním minimalizovat nárůst zdravotního, psychického a sociálního poškození pacienta/klienta a jeho okolí. Prakticky může case-manager koordinovat práci s pacientem/klientem, který je v kontaktu s více službami současně (vyjednáváním o koordinovaném postupu v zájmu klienta i efektivity práce pracovníků těchto služeb). Case-manager může být také „rozcestníkem“ při prvním kontaktu klienta se systémem a rozhraním mezi sítí adiktologických služeb a sítí jiných služeb (sociálních, krizových, jiných zdravotních odborností apod.) při vstupu indikovaného klienta do systému adiktologických služeb. Case-manager také doplňuje ty zásadní položky na straně pacienta/klienta, ve kterých je projeven deficit (zejména motivaci, schopnost učení, samostatnosti v dopravě atd.) Prakticky koordinuje součinnost služeb zdravotních a sociálních, ambulantních a lůžkových. Legitimita koordinace v přístupu k případu je mj. dána kontraktem s pacientem/klientem. Tento postup je pro mnohé pacienty/klienty jedinou alternativou k dlouhodobé hospitalizaci“ (Miovský, 2013, pp. 40-41).

## 4 Case management-důvody pro zavádění, definice, modely

Case management byl do služeb, které se zabývají prací s osobami zneužívajícími návykové látky, zaveden v 80. letech 20. století v USA z oblasti sociální práce a péče o duševní zdraví. V současnosti je tento přístup používán jako doplněk běžně dostupných adiktologických služeb pro náročné klienty, kteří mají během procesu úzdravy další problémy, jež se netýkají pouze samotného návykového problému, ale zasahují i další oblasti klientova života. Mnoho zařízení, zejména v USA, Austrálii, Kanadě, Nizozemsku, Belgii, Německu poskytuje služby dle principů a hlavních funkcí case managementu jako svůj prioritní cíl při práci s osobami zneužívající návykové látky. Case management není pouze jeden. Na poli adiktologických služeb bylo replikováno několik modelů, které se dle zjištění odborníků nejlépe hodí pro práci s touto klientelou. Každý z těchto přístupů, které popíši v této kapitole, má svá specifika při práci s klienty a též svá specifika pro práci týmu či jednotlivců, kteří poskytují case management.

### 4.1 Důvody pro zavádění case managementu v oblasti léčby zneužívání návykových látek a jeho definice

Důvodem pro implementaci case management programů do oblasti léčby zneužívání návykových látek v USA byla (SAMHSA, 2015) velmi špatná dostupnost, fragmentace a neexistence potřebných služeb, kterým také v mnoha případech chyběla kvalita představovaná například koordinací, efektivitou či účinností. Jak vysvětlují uvedení autoři (Brindisi, Theidon, 1997; McLellan et al., 1993; in Vanderplasschen, De Maeyer, 2007, p.431), zneužívání návykových látek je potřeba chápat komplexně a přistupovat k léčbě holisticky, tedy je důležité zaměřit se nejen na „samotné užívání drog u dané osoby“, ale je nutné věnovat se „širším otázkám a problémům, např. duševnímu zdraví, vztahovým a právním problémům, bydlení, zaměstnání“, a proto je zaváděn case management jako doplněk již existujících služeb, protože většina těchto programů není schopna poskytovat tolik různých služeb a splnit tím potřeby všech klientů. Existují dva důvody podporované výzkumem (SAMHSA, 2015), které dokazují, že je case management vhodný jako doplněk léčby zneužívání návykových látek. Prvním je, že setrvání v léčbě je nositelkou lepších léčebných výsledků a hlavním cílem case managementu (case managera) je udržet klienta zapojeného ve službě a celým procesem léčby ho provázet. Druhým důvodem je zjištění, že je efektivnější léčit klientovo zneužívání návykových látek a zároveň pracovat i na dalších problematických oblastech klientova života, což case management splňuje svým zaměřením na všechny aspekty klientova života, komplexním posouzením jeho situace, naplánováním průběhu služby a její koordinací (SAMHSA, 2015). V Nizozemsku (Vanderplasschen et al. 2007) byl důvodem pro zavádění case managementu velmi špatný stav chronicky užívajících osob a jejich koncentrace v centrech měst. Belgie a Německo zaváděním case managementu řešili „nedostatky v koordinaci a kontinuitě péče“ (Vanderplasschen, 2004; in Vanderplasschen et al., 2007, p 433).

Autoři zabývající se case managementem se velmi často shodují v názoru (McDonald, 2005; SAMHSA, 2015; Vanderplasschen, DeMaeyer, 2007), že je case management oblíbenou, populární a velmi rozšířenou intervencí, které však chybí jediná všeobecně přijímaná definice. Tuto metodu práce (SAMHSA, 2015; Vanderplasschen, DeMaeyer, 2007) lze mnohem lépe popisovat podle jejích základních funkcí, kterými jsou

navázání, zapojení klienta do služby (engagement), posouzení aktuálního stavu klienta (assessment), plánování cílů (planning), monitorování průběhu spolupráce (monitoring), obhajoba práv klientů (advocacy) a ukončení spolupráce (disengagement). I přes rozpory, které často panují nad definováním case managementu, nabídnu několik popisů tohoto přístupu, které jsou zmiňovány v odborné literatuře na toto téma. Case management je intervence realizovaná pro klienty s mnoha závažnými problémy, kteří potřebují zpřístupnit vhodné zdroje pomoci (Rapp et al., 2014). SAMHSA (2015) popisuje case management jako koordinovaný přístup propojující klienty s vhodnými službami, které vyhovují jejich specifickým potřebám a stanoveným cílům během poskytování různorodých služeb jako jsou zdravotní péče, léčba závislosti, péče o duševní zdraví, sociální služby. NCMN (National Case Management Network of Canada, Národní síť case managementu Kanada, 2012) vidí v case managementu přístup, který vychází ze vzájemné spolupráce poskytovatelů služeb, kteří pomáhají klientům podle jejich vlastního rozhodnutí, poskytovat komplexní zdravotní a sociální péči a podporují je k efektivnímu a účinnému využívání dalších podpůrných služeb. Case management je proces plánování, vyhledávání vhodných služeb, obhajoby práv klienta a monitorování vhodnosti a kvality různých poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb ve jménu klienta (NASW, National Association of Social Workers, Národní asociace sociálních pracovníků v USA, 2012). Jak se vyjadřuje Nepustil (Nepustil, Szotáková a kol., 2013), case management můžeme chápat jako práci jednoho člověka (case managera) či týmu odborníků, kteří se při práci s klientem snaží spolupracovat a umí hledat společné cíle.

Z výše uvedených definic je zřejmé, že hledat jednu všeobecně přijímanou není jednoduché. Case management vychází ze svých hlavních funkcí a definice je závislá na kontextu služby, ve kterém je při práci s klienty využívána. Při práci s adiktologickými klienty je často používána definice, kdy se case management popisuje jako intervence vhodná pro klienty, kteří zneužívají návykové látky a mají další mnohačetné a komplexní problémy, jež postihují všechny oblasti jejich života (SAMHSA, 2015; Vanderplasschen, 2010; Vanderplasschen et al., 2007).

## **4.2 Modely case managementu realizované v oblasti adiktologických služeb.**

Jak jsem již zmínil výše, case management jako přístup při práci s klienty se původně rozvíjel v oblastech péče o duševní zdraví a sociální práci. Mezi modely, které jsou nejlépe aplikovatelné a nejčastěji používané pro oblast užívání návykových látek, patří (McDonald, 2005; Nepustil, Szotáková a kol., 2013; SAMHSA, 2015) *brokerský model, asertivní komunitní léčba, intenzivní case management (Strengths-Based), rehabilitační/klinický model*. Jak se dále uvádí v publikaci SAMHSA (2015), *je důležité neustále přemýšlet nad kontextem, ve kterém je služba pracující přístupem case management poskytována. Zda přímo poskytuje sociální služby, koordinuje dostupnost služeb, které jsou realizovány jinými poskytovateli nebo se věnuje obojímu*. Taktéž se nad kontextem, ve kterém se užívá case management, zamýšlí Nepustil (Nepustil, Szotáková a kol., 2013, p.11), když ze své praktické zkušenosti s tímto přístupem uvádí, že *„popisovaná praxe je vždy určena pohledem autorů a vychází z praxe ve specifických podmínkách, v konkrétní lokalitě, v určitém čase.“*

### 4.2.1 Brokerský model (brokerage, model zprostředkování)

Podle protokolu SAMHSA (2015) je hlavní snahou tohoto přístupu identifikovat klientovy potřeby a pomoci mu zpřístupnit potřebné zdroje pomoci. Dále se v tomto protokolu uvádí, že plánování intervence je omezeno na několik málo setkání, není podporován intenzivní dlouhodobý vztah mezi klientem a case managerem, průběžné monitorování práce je relativně krátké a neobsahuje obhajobu práv klienta. Tento model práce je nejvhodnější pro klienty, kteří nemají ekonomické potíže, mají jasné odhodlání a dostačující zdroje a nejsou v rozvinutém stádiu závislosti.

Stuchlík (2001, p.27) tento přístup popisuje v britském prostředí, kde je case manager „*přímo zodpovědný za finanční prostředky....., case manager může pro klienta nakoupit nějaké služby.*“ Dále vysvětluje, že takovýto postup práce a přístup ke klientům se často označuje slovem brokerage (zprostředkování) a je velmi důležitou součástí tvorby vazeb a propojování klienta k potřebným zdrojům.

Někteří autoři (Nepustil, Szotáková a kol., 2013; SAMHSA, 2015) upozorňují na podceňování tohoto přístupu, neboť v něm není dostatečně podporován vztah mezi klientem a case managerem, což na druhou stranu může umožnit práci s větším počtem klientů. Někdy se uvádí, že case manager využívající tento postup práce, může pracovat s více než *čtyřiceti klienty* (Haasová, 2008; in Nepustil, Szotáková a kol., 2013).

McDonald (2005) stručně vystihuje tento model jako tradiční přístup, který je běžně používán v oblasti zneužívání látek a je odvozen ze sociální případové práce. Je to přístup zaměřený na práci „*v kanceláři*“ s důrazem na posouzení potřeb klienta, doporučení k dalším službám, koordinaci služeb a monitorování léčby.

Příkladem užití brokerského modelu může být popis agentury uváděný v protokolu SAMHSA (2015) z amerického prostředí, Rhode Island's Project Connect (viz. blíže [www.cebc4cw.org/program/project-connect/detailed](http://www.cebc4cw.org/program/project-connect/detailed)). Tyto programy jsou orientované na rodinu. Intervence jsou cílené na komunitní programy, plánované se zaměřením na problémy zneužívání látek mezi vysoce rizikovými rodinami v systému péče o dítě. Členové těchto týmů se zaměřují na práci v přirozeném prostředí rodiny, kde probíhá intenzivní poradenství a snaží se pro tyto rodiny získat potřebné zdroje pomoci zahrnující bezpečné a dostupné bydlení či základní zdravotní péči.

### 4.2.2 Asertivní komunitní léčba (Assertive Community Treatment, ACT)

Tento model práce (SAMHSA, 2015; Stuchlík, 2001) vznikl v 60. letech jako náhrada nemocniční péče (institucionalizace) pro klienty, kteří trpěli dlouhodobě trvajících a závažnými duševními potížemi. Byl reakcí na tzv. „*deinstitucionalizaci*“, jejímž hlavním cílem byla snaha vrátit dlouhodobě duševně nemocné zpět do běžného života. Stuchlík (2001, p.12) upozorňuje, že v USA byla šedesátá léta „*spíše obdobím trans-institucionalizace než de-institucionalizace....., mnoho lidí bylo prostě přeloženo z nemocnic do domů s pečovatelskou službou, kde byly podmínky spíše horší.*“ V tomto ohledu je nutné přemýšlet nad právě probíhající Reformou péče o duševní zdraví v ČR, která taktéž pracuje s pojmy deinstitucionalizace, case management, case manager (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Výsledkem byl velký počet služeb, které neuměly a v mnoha případech nechtěly vzájemně spolupracovat a komunikovat. Docházelo k fragmentaci služeb a jejich neefektivnímu poskytování potřebné pomoci. Následující popis tohoto přístupu vychází z textů SAMHSA (2015) a Stuchlíka (2001).

Tento program hledající konstruktivní náhradu za opakované a často dlouhotrvající hospitalizace, kdy se klienti vyskytují v tzv. „otáčivých dveřích“ hospitalizace-propuštění-hospitalizace a stávají se závislími na institucích, jež se o ně starají, byl vyvinut ve Wisconsinu v USA týmem Steina a Testové v 80. letech 20. století. Trénink života v komunitě (Training in Community Living, TCL, dále jen TCL), jak se tento program jmenoval, ve své podstatě formoval základní rámec budoucího programu, který byl integrován na pole adiktologických služeb. Termín case management při realizaci tohoto přístupu nenajdeme, ale prvky tohoto přístupu se staly v budoucnu základními stavebními kameny case managementu jako asertivní komunitní léčby. Při realizaci TCL byly zdůrazňovány následující prvky:

- *setkávání se s klientem v jeho přirozeném prostředí (doma, v zaměstnání..)*
- *zaměření se na praktické problémy každodenního života (trénink sociálních dovedností, využití volného času...)*
- *asertivní obhajoba práv klientů (hledání práce, komunikace se zaměstnavateli..)*
- *dlouhodobý závazek ke klientům*
- *častý kontakt mezi case managerem a klienty (case manager aktivně klienta vyhledává, nečeká, až přijde)*
- *týmový přístup sdílení všech případů (na práci s klientem se podílí „multidisciplinární“ tým)*
- *zvládnutelnost počtu případů*
- *koordinace veškeré péče v oblasti do konstruktivního celku*
- *každý klient měl individuální program 24 hodin 7 dní v týdnu*
- *snaha o zapojování významných druhých (rodina, přátelé, komunita) do procesu léčby*

V rámci tohoto projektu je nutné brát na vědomí, že byl implementován v nemocničním prostředí. Roli case managera ve většině případů obstarávaly zdravotní sestry. Zajistovaly služby, které v dnešním pojetí obstarává širší multidisciplinární tým, který má ve svých řadách další odbornosti jako terapeuti, sociální pracovníci, pracovní terapeuti, psychologové, adiktologové a další.

McDonald (2005) hovoří v souvislosti s tímto přístupem o pravděpodobně nejlépe zdokumentovaném a prozkoumaném modelu, který je hlavně zaměřen na léčbu respektující komunitní formu pomoci u lidí s těžkou duševní poruchou. Pro práci je sestaven multidisciplinární tým (psychiatri, zdravotní sestra, sociální pracovník, case manager). Počet klientů na jednoho zaměstnance je 10:1, 15:1. Služby jsou poskytovány nejčastěji u klienta doma nebo na jeho pracovišti nepřetržitě 24 hodin. Není stanoven žádný časový limit poskytování služby. Důležitým aspektem této práce je, že celý tým poskytuje služby a přebírá za tuto léčbu zodpovědnost. V závěru popisu si klade autor otázku, zda je tento přístup skutečně case managementem, neboť vysvětluje, že *v tomto modelu je case management a léčba jedinou entitou, tvoří komplementární bázi*. Nakonec dochází k závěru, že case management *není synonymem pro dobrou léčbu, ani není její náhradou*. (McDonald, 2005).

Martin a Scarpitti (1993; in SAMHSA, 2015) popsali užití tohoto modelu case managementu pro cílovou skupinu vězňů propuštěných na podmínku, kteří měli v minulosti zkušenost s intravenózním užíváním návykových látek. Během realizace tohoto projektu case manager

přímo poskytoval poradenské služby klientům a pracoval s klientem na rozvoji dovedností nutných k úspěšnému zapojení do komunity. Tým case managerů také poskytoval rodinné konzultace, pořádal skupiny zaměřené na trénink pracovních dovedností, prevence relapsu, edukaci ohledně HIV/AIDS. Příklad práce v rámci tohoto přístupu jsem nevybral náhodně, neboť v českém prostředí toto téma velmi pěkně rozpracovává Gabrhelíková (2015, viz blíže pp. 569-584), když píše o „*trestné činnosti související s drogami*.“ Dále upozorňuje na specifika práce s touto klientelou, která „*se děje na pozadí dvou rozdílných oborů, adiktologie a trestní justice*“ a v závěru své práce upozorňuje, že „*problematika práce s uživateli návykových látek páhajícími trestnou činností v ČR není zatím systémově řešena*.“

Vezmeme-li na vědomí, že klienti v konfliktu se zákonem mající též problémy s návykovými látkami, trpí dalšími mnohačetnými obtížemi jako jsou dostupnost zdravotní péče, problémy s bydlením, hledáním zaměstnání, intrapersonálními či interpersonálními obtížemi a mnohými dalšími, lze s nadsázkou říci, že by v tomto ohledu stálo za to pracovat přístupem case management ve smyslu koordinace a úzké spolupráce mezi různými typy služeb, kde by se case management tým mohl stát výchozím bodem koordinované práce, jak pro klienta, tak pro systém poskytovatelů služeb.

### **4.2.3 Intenzivní case management (Strengths-Based, založený na silných stránkách)**

Tento přístup práce vyvinuli Rapp a Chamberlain v roce 1985 *pro populaci osob s mentálním postižením, aby jim byla usnadněna cesta z institucionalizovaného prostředí do nezávislého života* (Rapp et al., 1992). SAMHSA (2015) řadí mezi nejdůležitější faktory tohoto přístupu kladení důrazu na pomoc při hledání *silných stránek* klienta, jeho předností a schopností oproti podpurným léčebným modelům, které se spíše zaměřují na *nemoc a patologii*. Jak velmi trefně glosuje Stuchlík (2001, p.17) „*diagnóza vnáší zmatek do chaosu, umožňuje efektivní komunikaci mezi odborníky. Často říká málo nebo nic o individuální zkušenosti klienta, jeho potížích a nadějích do budoucna. Mimoto může nevhodně stigmatizovat a bránit klientovi a jeho blízkým, aby se plně zapojili do terapeutického procesu*.“ Tím nechci říci, že není diagnóza či matching důležitou součástí posuzování klienta. V tomto modelu je podporován úzký vztah klienta a case managera.

McDonald (2005) popisuje ve své práci intenzivní case management a case management založený na silných stránkách nezávisle na sobě. Intenzivní case management řadí (McDonald, 2005) mezi těžko definovatelný, určený pro práci s malou specifickou cílovou skupinou. Case manageri pracují s touto cílovou skupinou nejčastěji v jejich přirozeném prostředí. Hlavním rozdílem oproti ACT je, že není podporován týmový přístup k práci, klienti nejsou sdíleni týmem. Model založený na silných stránkách (McDonald, 2005) je velmi dobře rozvíjen v oblasti duševního zdraví. Na rozdíl od jiných přístupů k léčbě se tento nezaměřuje na klientovy nedostatky a patologie, ale na jeho silné stránky, které se snaží posílit a zvýšit tím klientovo sebeurčení. Služby se poskytují na individuální bázi, především v přirozeném prostředí klienta, než *v kanceláři*. Jednou z důležitých funkcí tohoto přístupu je doporučování k dalším zdrojům pomoci.

Například Vanderplasschen et al. (2007) seznamují čtenáře, podobně jako McDonald, s intenzivním case managementem a case managementem založeným na silných stránkách, jako s dvěma odlišnými entitami. Z těchto informací je zřetelné, že o tom, co je case management, jak se používá, pro koho je účinný, může panovat v odborné veřejnosti nejednotný názor, což může způsobit, že budeme mít od tohoto přístupu nereálná očekávání.

V roce 1992 provedli Rapp et al. (1992; in SAMHSA, 2015) výzkum, ve kterém metodu case managementu, „Strengths-Based/Advocacy“ využili pro cílovou skupinu veteránů, kteří užívali buď kokain nebo kokain a crack zároveň a měli další mnohačetné potíže. Páchali závažnou trestnou činnost, měli akutní zdravotní potíže, psychiatrické potíže.

#### 4.2.4 Klinický/Rehabilitační model case managementu

V následujícím textu vycházím z protokolu SAMHSA (2015), který popisuje, že case manager v tomto modelu zastává funkci *terapeutickou*, ale i funkci osoby, která *získává zdroje pomoci pro klienta*. To napovídá tomu, že tyto dvě funkce jsou z dlouhodobého hlediska (kontinuální péče) neoddělitelné, pracovníci se zaměřují na klienta i vlivy prostředí. Na klienta zaměřené služby by měly zahrnovat (1)*provádění psychoterapie*, (2)*učení se specifickým dovednostem*, (3)*rodinnou terapii*. Při poskytování tolika různých služeb si musí být case manager vědom spousty otázek týkajících se přenosu, protipřenosu, teorií funkce ega, internalizací vnímaných jevů. Mnoho programů léčby užívání návykových látek vychází z klinického modelu, ve kterém *jeden profesionál poskytuje či přinejmenším koordinuje obě aktivity, jak terapii, tak case management aktivity*. Takto chápaný přístup může být ekonomičtější (cost-effective), protože jeden pracovník poskytuje všechny služby, kdežto v jiných přístupech klinické a case management služby poskytují různí pracovníci.

McDonald (2005) shrnuje, že na rozdíl od jiných přístupů k léčbě se tento zaměřuje na silné stránky klienta s důrazem na dosažení klientových *vlastních přání a cílů*, což je považováno za lepší alternativu, než *poskytování jasně daných bloků intervencí*. Přístup je zaměřen na rozvíjení dovedností klienta, které jsou důležité pro běžné fungování v komunitě. Snahou je též vytvářet změny v prostředí, kde klient žije, aby byl schopen dosáhnout nutných potřeb pro běžný život.

V tomto ohledu se vyjadřuje Stuchlík (2001, p.11) o přizpůsobivosti služeb, když píše, že *„služby mají být zaměřeny na klienta, což znamená, že musí opustit tradiční institucionální model, ve kterém jsou poskytovány standardní bloky péče bez ohledu na individuální potřeby klienta. Case management nabízí klientovi individuální přístup, který citlivě reaguje na jeho dlouhodobé i okamžité potřeby.“*

Markoff a Cawley (1996; in SAMHSA, 2015) využili kombinaci aktivit case managementu a klinického modelu pro ženy, které měly problém se zneužíváním návykových látek. V projektu nazvaném „Second Beginning“ byl kladen důraz na zajištění potřebných zdrojů pomoci a terapeutické aktivity. Tento projekt též kladl důraz na specifickou potřebu klientek v léčebném prostředí- terapeutický vztah s klíčovou osobou. Mnoho autorů (Anthony, Farkas, 1982; Drake et al., 1993; Lehman et al., 1993; Shilony et al., 1993; in SAMHSA, 2015) poukazuje na to, že tento přístup práce je vhodný pro klienty s duální diagnózou.

## 5 Základní funkce-oblasti činností case managementu a léčebné kontinuum

Tak jako všechny přístupy či metody práce s adiktologickými klienty musí obsahovat v minimální míře základní postupy, tak i case management obsahuje základní oblasti činností, kterými se při práci case manager (case management tým) zabývá. Za obvyklé oblasti činností (funkce case managementu) se považuje (1)posouzení situace (*assessment*), (2)plánování (*planning*), (3)propojování (*linking*), (4)obhajoba práv klientů (*advocacy*), (5)monitorování (*monitoring*)(SAMHSA, 2015; Vanderplasschen, De Maeyer, 2007). Vanderplasschen, De Maeyer (2007, p.460) upřesňují, že tyto základní funkce case managementu „*můžeme zařadit do cyklického procesu, kterému předchází fáze nalezení případu (case finding) a zapojení do programu (engagement), následovaná fází ukončení programu (disengagement)*“. SAMHSA (2015) tyto základní funkce case managementu vztahuje k léčebnému kontinuu, které chápe jako *chronologické od zjištění případu přes primární léčbu (pobytovou, ambulantní) až k následné péči. Zahrnutím zjištění případu a doby před samotnou léčbou do kontinua bereme na vědomí, že existuje široký výběr aktivit case managementu, které probíhají před klientovým samotným vstupem do procesu léčby.* Bachrach (1981; in Vanderplasschen, 2010, p.53) do kontinuity léčebného procesu řadí sedm hledisek: „*dlouhodobý přístup, flexibilitu, individualizaci, blízkost, dostupnost, komunikaci a komplexnost*“. V Konceptci sítě specializovaných adiktologických služeb (Miovský, 2013) je kontinuita péče zahrnuta do jednoho z principů rozvoje služeb, kterým je komplexní přístup. „*Zařízení zajišťuje kontinuitu odborné péče. Při ukončení daného programu je vypracován plán navazující nebo následné péče a resocializace (včetně zapojení rodiny tam, kde je to možné). Poskytované služby mají mít jasně definovaný cíl, poslání a úlohu v komplexním systému péče...., zařízení dbá o součinnost v systému služeb a vnější koordinaci, spolupracuje s veřejnou správou a místním společenstvím*“ (Miovský, 2013, p.38). S léčebným kontinuem čtenáře seznamuje také Jeřábek (2015, p.252), když popisuje, že „*objednávka a potřeby klienta vyžadují terapeutickou práci již od začátku užívání, resp. od začátku kontaktu s odbornými službami, a současně bývá nezbytné propojení intervencí napříč různými odbornými službami (poradenství, edukace, detox, léčba komplikací, somatická léčba, farmakoterapie, terapeutická komunita, komplexní doléčovací centrum, následná krizová a opakovací léčba). Koncentrace většiny léčebných modalit na jednom místě je výhodou (komplexní péče v adiktologickém centru) a vytváří větší manévrovací prostor pro diagnostiku a léčbu (včetně zapojení pokročilejších vrstevníků do některých léčebných intervencí)*“. V následujícím popisu chápání léčebného kontinua ve vztahu k funkcím case managementu vycházím z textu SAMHSA (2015).

Nalezení případu bývá obvykle prvořadým zájmem léčebných programů, protože zajišťuje příchod klientů do samotné léčby. Tomu předchází různě dlouhý časový úsek, kdy je klient na čekací listině pro přijetí do programu nebo se naopak zdráhá do programu zapojit. Tento úsek klientova života může být též dobou, kdy ztratí zájem o léčbu. Pokud jsou služby poskytovány vhodným způsobem, zvyšuje to v budoucnu naději, že se klient do procesu údravy zapojí. *Léčba* je široký termín užívaný pro definování období, během kterého klient získává pomalu náhled na důsledky, které jsou způsobené užíváním návykových látek. Bez ohledu na prostředí poskytované péče je nezbytné důkladné bio-psycho-sociální posouzení klienta. Toto posouzení je důležité jak pro klienta, tak pro samotný léčebný tým, neboť je z něj možné určit závažnost problému, klientovy priority, současně probíhající další poruchy, výsledky předchozích léčeb a další důležité faktory,



kteřé tŕm mohou navŕst na správnŕ nastavenŕ lŕečbnŕho programu a pomohou určŕt ŕroveň pŕče pro danŕho klienta. Není-li toto dŕkladnŕ posouzení stanoveno již bŕhem období pŕed lŕčbou nebo bŕhem zjištŕnŕ pŕŕpadu, je case management dobrou cestou pro moŕnŕ zajištŕnŕ tŕchto informací a skutečnŕch potŕeb klienta a tŕm i rŕznŕch zdrojŕ pomoci, kteřé je case management schopen nabŕdnout. Dolŕčování nebo pokračujŕcí pŕče je obdobŕm, kteřé následuje po propuštŕnŕ, kdy již klient nevyŕžaduje tak intenzivnŕ pŕči, jako bŕhem lŕčby samotnŕ. Klient je schopen dodrŕžovat nastavenŕ plán a je v minimálnŕ interakci s case managerem. Ten plnŕ bŕhem setkání monitorovací funkci. Dolŕčování mŕže probŕhat v mnoha rŕznŕch podobách, jako periodickŕ ambulantnŕ dolŕčování, skupiny zamŕřené na prevenci relapsu, svŕpomocnŕ skupiny. Oblasti, kteřé jsou spojeny s otázkami prostŕedŕ, spadají do kompetence case managementu. Jsou to napŕříklad pracovní rehabilitace, získání zamŕstnání, nalezení bezpečnŕho a dostupnŕho bydlení (SAMHSA, 2015).

Je tedy dŕležitŕ mŕt neustále na vŕdomŕ, ŕe case management pŕi pŕáci s adiktologickŕmi klienty je vyuŕíván v kontextu již existujŕcích programŕ, a proto musí bŕt aplikován do této, již fungujŕcí, sŕtŕ sluŕeb a nemŕl by ignorovat postupy a standardy, kteřé jsou v této sŕti rozvíjeny. Jak již jednou v této pŕáci zaznŕlo, case management není náhradou za dobrou lŕčbu, a není ani jejŕm synonymem (McDonald, 2005). Velmi podrobnŕ se se standardy, v rámci adiktologickŕch sluŕeb v ČR, mŕžeme seznámit v pŕáci Libry (Libra, 2015a). V dalšŕm textu si podrobnŕji pŕiblíŕíme jednotlivŕ funkce case managementu a vhodnŕ metody a pŕstupy, kteřé se bŕhem tŕchto procesŕ mohou pouŕívat.

## **5.1 Nalezení pŕŕpadu a navázání, zapojení do sluŕby, programu (case finding and engagement)**

Nalezení pŕŕpadu a navázání do sluŕby mŕžeme chápat jako období, kteřé pŕedchází samotnŕmu zapojení do konkrŕtnŕho programu. Tyto programy se mohou nacházet na vŕech ŕrovnŕch lŕečbnŕho kontinua. Od primárnŕ prevence pŕes sekundárnŕ až k terciárnŕ prevenci a nemusejí to bŕt nutnŕ pouze specializovanŕ adiktologickŕ sluŕby. SAMHSA (2015) zapojení klienta do case management programu vztahuje k logice lŕečbnŕho kontinua (nalezení pŕŕpadu, období pŕed lŕčbou-lŕčba-dolŕčování) a ke kaŕždŕ z tŕchto modalit pŕiřazuje vhodnŕ metody a postupy pŕáce. Následujŕcí popis vychází z textu SAMHSA (2015).

Zapojování do programu bŕhem nalezení pŕŕpadu a období pŕed samotnou lŕčbou by mělo bŕt ze strany case managera mimořádnŕ iniciativnŕ. Case manager svŕ sluŕby poskytuje netradičnŕmi zpŕosoby. Klienty vyhledává a čeká na nŕ, aby jim mohl nabŕdnout pomoc. Navazování klienta není pouze setkání a oznámenŕ, ŕe existuje nŕjaká case management sluŕba. Őkolem case managera je sluŕbu pŕedstavit a seznámit s moŕnostmi, kteřé mohou bŕt pro oslovenŕho pŕitaŕlivŕ. Cŕlem je identifikovat a splnit klientovi okamŕitŕ potŕeby, což mŕže znamenat nŕco hmatatelnŕho, jako je „*koupit pár ponoŕek či doprovodit k lŕkaři*“. Klientova neochota vstoupit do programu mŕže bŕt ze strany case managera oslabována (1)*motivačnŕmi rozhovory*, (2)*základnŕ edukací o závislosti a procesu ŕzdravy*, (3)*pŕipomináním minulŕch a budoucŕch dŕsledkŕ pokračujŕcího ŕžívání návykovŕch látek*, (4)*asistencŕ pŕi poskytování základnŕch ŕivotnŕch potŕeb*, (5)*rozvíjenŕm vztahu mezi case managerem a klientem*. Obdobŕ navazování klienta do sluŕby je velmi obtŕŕnŕ proces, neboť motivace mŕže bŕt velmi malá a pŕstup ke sluŕbám limitovánŕ. Na

léčbu by měl být klient připraven a proléčebně nastaven. Měl by být seznámen s pravidly programu a omezeními, která z toho plynou. Case manager se v tomto ohledu stává spojnicí klienta mezi podstupovaným programem a světem venku. Asistuje mu během jeho bezprostředních obav, které mohou bránit splnění cílů samotné léčby - vypořádání se s problémem zneužívání látek. Case manager může též orientovat léčebné programy na specifické potřeby klientů ještě dříve, než jsou přijati. Snaží se pro ně vyjednat vhodné podmínky. V doléčovacím procesu je case management zaměřen na koordinaci všech aspektů klientovy léčby. Tato koordinace probíhá jak v rámci poskytovaného programu, tak mezi programem a dalšími zdroji pomoci. Case managerova velmi dobrá znalost klienta a jeho reálných potřeb pro běžný život umožňuje zpřístupnit důležité zdroje pomoci (SAMHSA, 2015).

Podle Soukupa lze motivační rozhovory využívat jako „*samostatnou metodu*“ práce nebo jako „*doplňk dalších přístupů*“. Je využitelná během „*úvodních setkání s klienty*“, kdy tento rozhovor směřuje k „*navázání spolupráce a vytvoření dobrého pracovního vztahu, pojmenování potíží a potřeb klienta, poskytnutí nutných či relevantních informací a motivace k dalším krokům v léčbě či k udržení kontaktu*“. „*Úvodní setkání může zásadně ovlivnit celkový průběh léčby*“ (Soukup, 2014, p.16). Miller, Rollnick (2003) vznik a rozvoj motivačních rozhovorů spojují s modelem změny, který byl vyvinut Prochaskou a DiClementem, a který se zabývá motivací ke změně chování. „*Domníváme se, že problémy, které u klientů nazýváme „nemotivovaností“ nebo „odporem“ se objevují, když terapeut používá postupy nevhodné pro danou fázi klientova pohybu na kole změny*“ (Miller, Rollnick, 2003, p.15). Do cyklického modelu změny se řadí fáze (1)*prekontemplace*, (2)*kontemplace*, (3)*rozhodování*, (4)*aktivní změna*, (5)*relaps*, (6)*udržení změny* (Prochaska, DiClemente; in Kalina, 2015a). Někteří autoři (Kalina, 2015a; Miller, Rollnick, 2003) upozorňují, že tímto cyklickým procesem změny projdou někteří klienti několikrát, než dojdou trvalé změny. Pro navazování klienta do programu, ale i pro práci na všech úrovních léčebného kontinua, je dobré myslet na tzv. *rogersovské proměnné*, kterými jsou *bezvýhradná akceptace* klienta, *empatické porozumění* a *opravdovost, autenticita* (Nykl, 2012). Velmi zajímavě se o motivaci klientů pro vstup do programu vyjadřuje Prachařová (2014, p.123), když píše, že „*klienti k nám přicházejí s různou motivací. Pro některé představuje doléčovací centrum „pouze“ střechu nad hlavou. Jenže to, co my zhodnotíme slovem „pouze“, pro klienty vůbec nemusí být málo, obzvláště pokud před léčbou žili na ulici. A ani v tomto případě nemusí jít o motivaci jedinou a konečnou. Pro jiné klienty je doléčování podmínkou příbuzných, pro jiné rozumné doporučení terapeuta z léčby, kterému ovšem tak úplně nerozumějí. Někteří se vracejí do doléčovacího centra, kterým již prošli, tzn. vracejí se tak trochu domů, a další část klientů má náhled na rizikovost návratu do místa spjatého s užíváním návykových látek a berou doléčovací centrum sami za svůj možný nový start v pro ně neznámém městě*“.

Navazování klienta do programu je velmi důležitou částí celého procesu možné uzdravy. Case manager, který v týmu a kontextu poskytované služby může zastávat tuto funkci, má z tohoto pohledu velmi nelehkou pozici, neboť může klienta svým přístupem odradit nebo na druhou stranu zajistit jeho zapojení do programu. Je důležité si uvědomit, že dobrá znalost a praktické zkušenosti s metodami motivačních rozhovorů jsou dobrou cestou, jak klienta získat na svou stranu. Předsudky, nepochopení a nepodpora klientů mohou vést k jejich nenavázání či vypadnutí z léčby.

## 5.2 Posouzení situace (assessment)

Posouzení situace klienta je jedním ze základních úkolů case managementu po navázání kontaktu. Posouzení klienta (Ridgely, Willenbring, 1992) je obecně zaměřeno na klientův aktuální stav, potencionální silné stránky, slabiny a potřeby. Má-li se stát léčba účinnou, předpokládá se (Kalina, 2003, p.254) *„zevrubné zhodnocení klienta a vhodná indikace určitého léčebného programu..., pro přiměřenou indikaci k odborné péči potřebujeme získat o klientovi širší spektrum informací a zabývat se i jinými hledisky než pouze závislostí“*. Nešpor (2003, p.213) upozorňuje, že *„stanovení správné diagnózy usnadňuje rozhodnutí o další léčbě“*, avšak jedním dechem dodává, *„je ovšem třeba zdůraznit, že diagnóza není jediným kritériem pro plánování vhodné léčebné intervence... Pro komplexní pohled na klienta, který při volbě nejvhodnější formy pomoci bere v úvahu nejen diagnostickou kategorii, ale i řadu dalších okolností, se v zahraniční literatuře vžil pojem-matching“*. Pohledem Nepustila (Nepustil, Szotáková a kol., 2013, p.39) nejde při posouzení klientovy situace pouze o průzkum *„individuálních charakteristik“* klienta, ale jde o *„zkoumání celého případu, tedy komplexní situace, ve které se ocitá a která jej ovlivňuje. Kromě perspektivy klienta nás přirozeně zajímá i perspektiva dalších důležitých osob“*. Fáze case managementu zaměřující se na posouzení stavu klienta (SAMHSA, 2015) začíná již během procesu nalezení případu, jakmile dojde k prvnímu kontaktu mezi case managerem a vytipovanou osobou. Úkolem case managementu je zjišťovat klientovy potřeby, přání, dovednosti, silné a slabé stránky. Z těchto informací by měl být case manager schopen určit, zda je potencionální klient vhodný pro case management program. Není-li vhodný, je zodpovědností case managera klienta doporučit k vhodným zdrojům pomoci. Je-li klient vhodný, cílem case managera je navázání a zapojení klienta do programu. Během léčby je primární funkcí case managementu získání potřebných zdrojů pomoci a je důležité komplexní bio-psycho-sociální posouzení, které by mělo být v minimální míře zaměřeno na klientovu aktuální životní situaci, finance, bydlení, zdravotní stav, duševní zdraví, pracovní a sociální dovednosti, vztahy v rodině, existenciální potřeby, užívání drog, drogovou historii, výskyt užívání návykových látek v rodině. Existuje-li při práci týmový přístup, do komplexního posouzení klienta se zapojují všichni členové týmu včetně case managera. Case management je zaměřen na přípravu klienta reintegrovat se zpět do běžné společnosti a tomuto je též přizpůsobeno průběžné hodnocení během celého léčebného kontinua, kterým je klient provázen case managerem. V *následné péči* je case manager ve výborné pozici, neboť s klientem pracuje v jeho přirozeném prostředí a snadněji může rozpoznat opakující se, nevyřešené problémy nebo může odhalit nové problémy klienta, které musí řešit. Úkolem case managera je též rozpoznávat spolu s klientem spouštěče možného re/lapsu a učit se, jak si s nimi poradit. Příkladem může být rozpoznání vysoce rizikové situace, kdy klient touží po návratu do dobře známého prostředí rodného města. Výsledkem je doporučení case managera, že v tom případě hrozí setkání s drogovými přáteli a je ohroženo udržení abstinence, proto by bylo dobré začít na jiném místě (SAMHSA, 2015).

Přístup zabývající se prevencí re/lapsu je rozvíjen *„především jako program pro udržení navozených změn...předpokládá rozhodnutí závislého změnit své chování“*, zároveň však připomíná, že *„cílem nemusí být vždy úplná abstinence“*. (Kuda, 2008, p.233). *„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. Závěrem platí, že nejdůležitější roli v tomto procesu hrají samotní klienti a právě oni budou, ve*

spolupráci s case managerem, rozhodovat o tom, jaké další kroky budou podniknuty“ (Vanderplasschen, De Maeyer, 2007, p.463).

### **5.3 Plánování (planning)-plánování cílů (goal-setting), realizace plánu (implementation)**

Výsledkem komplexního posouzení (Stuchlík, 2001, p.26) „by měl být individuální plán péče. Plán je dynamický záznam měnící se dle výsledků stálého sledování klientových potřeb“. Nepustil (Nepustil, Szotáková a kol., 2013) upozorňuje, že v běžných sociálních službách bývá obvykle stanoven jeden cíl, kdežto pro case management přístup je typické, že cílů může být mnohem více a nemusejí být pouze přáním klienta samotného. Rapp (2006; in Vanderplasschen, De Maeyer, 2007, p.464) seznamuje čtenáře s výsledky výzkumů, které dokazují, že „to, že se klient zásadně podílí na sestavování seznamu a plánování toho, čeho chce dosáhnout, a to, že case manager klientovi pomáhá naučit se stanovovat si cíle, jsou...základní prvky úspěšnosti intervence s využitím case managementu“. SAMHSA (2015) pokládá plánování, nastavení cílů a realizaci plánu za jádro samotného case management přístupu. V následujícím popisu plánování, nastavení cílů a realizace plánu čerpám z textu SAMHSA (2015).

Během fáze nalezení případu je funkce plánování case managementu zaměřena na podporu klienta při dosahování okamžitých potřeb a pomáhá klientovi zapojit se do léčebného procesu. Během léčby se klient a case manager zaměřují na krátkodobé a střednědobé cíle, které se střetávají s klientovými aktuálními potřebami. Během léčby musí case manager (1)pokračovat v motivaci klienta zůstat v léčbě a ukazovat mu jeho pokrok, (2)organizovat správné načasování a provádění služeb, které vede u klienta k úspěchům, (3)podporovat klienta při přechodu mezi různými úrovněmi léčebného kontinua, (4)pomáhá klientovi reagovat na vzniklé krize, (5)podporuje klientovu nezávislost, (6)rozvívá spolupráci s komunitními zdroji pomoci pro zdárné zapojení klienta do komunity. Během doléčování case manager klienta podporuje v jeho nezávislosti a předává mu větší díl zodpovědnosti při rozhodování. Case management a s tím spojené intervence mohou mít zvyšující se nebo snižující se intenzitu v závislosti na klientově pokroku a míře nezávislosti při zapojování do reálného života (SAMHSA, 2015).

### **5.4 Propojování ke zdrojům pomoci (linking)-zprostředkování (referral)**

Stuchlík chápe propojování ke zdrojům pomoci jako práci s klientem, která umožňuje posílit síť, která ho podporuje. „Obecněji vytváření vazeb znamená podpořit klienta a pomoci mu navázat fyzický kontakt s nějakou agenturou poskytující podporu, například materiální, jako třeba finanční dávky nebo ubytování“ (Stuchlík, 2001, p.27). Ashery (1995; in SAMHSA, 2015) upozorňuje, že mnoho studií potvrdilo, že klienti nejsou schopni efektivně využívat potřebné služby, i když je dokáží kontaktovat vlastními silami, a proto je výhodné během case managementu používat propojování ke zdrojům, průběžné hodnocení a v mnoha případech též obhajobu práv klienta. Propojování (Vanderplasschen, De Maeyer, 2007, p.464) klienta a služby „jde nad rámec pouhého poskytnutí seznamu adres a prostředků, jež jsou k dispozici. Jde o klíčovou aktivitu case managerů a lze jej definovat jako seznamování klientů s možnostmi nabízenými komunitou a s institucemi, které odpovídají jejich potřebám“. Case manager musí pracovat na rozvíjení sítě,

propojování formální i neformální pomoci a vytvářet pro své klienty vhodné zdroje pomoci (SAMHSA, 2015). Před samotným propojováním klienta k potřebným zdrojům pomoci musí case manageri společně s klienty pracovat na (1)zlepšení klientovy schopnosti kontaktovat zdroj pomoci, (2)plánovat realizaci kontaktu, (3)zhodnotit možné překážky, (4)nacvičovat modelové situace kontaktu, (5)zhodnotit všechny předešlé kroky a jejich úspěšnost (Ballew, Mink, 1996; in SAMHSA, 2015).

Když se zamyslíme nad textem Janíkové (2008), která shrnuje hlavní úkoly nízkoprahových programů v systému služeb, nalezneme prvky case managementu, které tak nikdo nenazývá, a chybí zde též popis osoby, která by klienta provázela celým léčebným kontinuem v rámci daného programu a vytvářela síť spolupracujících organizací. Přesto, když Janíková (2008, p.107) píše, že *„nízkoprahové služby jsou také důležitou „branou“ do dalších služeb, a to zejména substitučních programů, ambulantních a rezidenčních léčebných programů, ale také zprostředkování odborné lékařské pomoci (chirurgické, hepatologické, gynekologické atd.) či sociální služby (možnosti ubytování, vyřizování dokladů totožnosti atd.)“* obsahuje tento popis prvek, kterému v case managementu říkáme propojování ke zdrojům pomoci.

## **5.5 Monitorování (monitoring)**

Monitorování pokroku klienta a přizpůsobování plánu jeho aktuálním potřebám patří mezi základní funkce case managementu (Vanderplasschen, De Maeyer, 2007). Stuchlík (2001, p.37) považuje monitorování za důležitý aspekt práce case managera a popisuje, že monitorováním case manager *„udržuje kontinuitu informací a podpory pro klienta, umožňuje průběžné vyhodnocení měnících se potřeb a zdrojů klienta, výsledky služeb poskytovaných různými agenturami mohou být zaznamenány a hodnoceny, umožňuje vyrovnat nerovnováhu mezi zjišťovanými potřebami klienta a poskytovanými službami v co nejkratším časovém období, neschopnost služby pokrýt klientovu potřebu může být zaznamenána a rychle projednána se zodpovědnou agenturou“*. Jakmile je klient propojen k potřebnému zdroji pomoci (SAMHSA, 2015), case manager přesune svou pozornost k hodnocení vhodnosti vybraného programu a tvorbě vztahu mezi klientem a programem. Hodnocení klientových pokroků a nastavení plánů služby dle potřeb klienta patří k základním funkcím case managementu. Spolu s tímto monitorováním je též nutné sdílet informace o klientovi s příslušnými institucemi. Klient v konfliktu se zákonem může například dokazovat svou abstinencí testováním na přítomnost či nepřítomnost látek v organismu a snahou case managera je tyto informace předat jak poradci klienta, tak probačnímu úředníkovi. Monitorování klienta může odhalit case managerovu potřebu učinit jménem klienta další potřebné kroky, které mu pomohou setrvat ve vybraném programu (SAMHSA, 2015).

## **5.6 Obhajoba práv klientů (advocacy)**

Jak poznamenává Stuchlík (2001, p.17): *„case management je založen na velmi vysoké odpovědnosti. Možnosti, jak case manager může ovlivnit život klienta, jsou značné a potencionálně jich lze zneužít. Case manager si musí být vědom práv svého klienta a uznávat je. Může také pracovat pouze v systému, který je schopen jeho práci kontrolovat“*. Obhajování práv klientů můžeme definovat jako jednání ve prospěch klientů v případech, kdy jsou porušovány dohody a závazky nebo jsou porušována jejich práva (Schu et al.,

2002; Ontwikkelcentrum, 2003; in Vanderplasschen, De Maeyer, 2007). Při následujícím popisu obhajoby práv klienta čerpám z textu SAMHSA (2015).

Obhajoba práv klientů může být využita v mnoha situacích jako jsou: (1) klient byl odmítnut službou z důvodů diskriminace (gender, etnicita, závislost), (2) klient byl službou odmítnut, ač splňoval podmínky pro přijetí do programu, (3) klient byl propuštěn z programu, ač neporušil žádná pravidla a pokyny, které určuje program, (4) klient byl službou odmítnut, neboť byl již jednou přijat, ale služby nakonec nevyužil, (5) case manager je přesvědčen, že vybraná služba by měla daného klienta přijmout do programu. Obhajoba práv klienta by měla být vždy přímá a profesionální. Má mnoho podob. Od přímé komunikace se zaměstnavateli a ubytovateli, přes korespondenci se soudy a probačními úředníky, až k ubezpečování veřejnosti, že klientův stav je dostatečně stabilní pro zapojení do běžného života. Cílem obhajoby je také rozptýlovat mýty o lidech, kteří zneužívají návykové látky a mírnit negativní názory, které mohou vznikat mezi poskytovateli pomoci a těmito lidmi. Tato obhajoba je velmi důležitá u skupin klientů, se kterými panuje, ze strany některých programů, neochota ke spolupráci. Často jsou touto skupinou lidé trpící virem HIV či nemocí AIDS a klienti v konfliktu se zákonem. Ovšem ve svém důsledku to neznamená, že klienti dostanou vše, co chtějí. Obhajoba práv klienta má klientovi pomáhat, ale i case manager během tohoto obhajování musí znát hranice, za které již nelze jít. Ze strany case managera je dobré si uvědomovat, že obhajoba práv klienta ho může postavit do situace, kdy stojí proti principům své vlastní organizace a musí se i on sám obhajovat a přesvědčovat své kolegy, že dělá správně (SAMHSA, 2015).

## 5.7 Ukončování programu (disengagement)

Jak ve své práci poznamenává Stuchlík (2001, p.38): „*case management není rozsudek na doživotí*“. Dále uvádí, že ze strany klienta musí existovat možnost „*zrušit formálně své zapojení do case managementového systému služeb*“ a zároveň je dobré „*nechat klientovi otevřené dveře pro využití této péče v budoucnosti*“. Ze strany case managera je nutné vypracovat „*jednoduchý plán o tom, jak v budoucnu (při jakých problémech) obnovit práci..., s klientem zpracovat závěrečné shrnutí společné práce... Součástí ukončení péče by také měla být diskuse se zúčastněnými poskytovateli služeb o případných nedostacích těchto služeb*“. SAMHSA (2015) nepovažuje ukončování programu v prostředí case managementu za pouhou událost, ale za proces, který v určitém smyslu začíná již během navazování klienta do služby. Pro klienta i case managera je proces ukončování pozvolným vzdalováním se, jak na psychické, tak emocionální úrovni, který se stupňuje, jakmile je klient připraven samostatně rozvíjet svou sebeúčinnost a nezávislý život. Ukončení programu by mělo být založeno na dosaženém pokroku a plánu, který si klient a case manager společně vytvořili. Byl-li tento plán dobře zpracován a klient se do jeho tvorby aktivně zapojoval, může to pro oba znamenat, že vhodně načasují rozhodnutí ukončit vzájemnou spolupráci. Je lepší ukončování programu plánovat a diskutovat o něm, než pracovní vztah ukončit náhle, a tím ztratit možnost provést hodnocení dosažených pokroků během spolupráce. Formální ukončování programu dává klientovi příležitost prozkoumat, co se naučil během spolupráce s různými poskytovateli pomoci, a jak se mu dařilo nastavovat a plnit cíle. Case manager má od klienta jedinečnou šanci zjistit, co bylo v jejich vztahu přínosem, a co naopak přínosem nebylo. Zhodnocení a ohlédnutí se za tím, v čem klient udělal pokrok, mu může pomoci v budoucí schopnosti kontaktovat samostatně potřebné zdroje pomoci

(SAMHSA, 2015). Vanderplasschen, De Maeyer (2007, p.467) popisují ukončování programu jako společné rozhodnutí klienta a case managera. *„Je nutné zvážit, co bude následovat, podívat se na to z různých perspektiv, a pokud je to třeba zjistit, který typ kontinuální péče by nejlépe vyhovoval potřebám klienta. Přerušení péče totiž vede často k vypadnutí ze služeb a z léčby, případně i k relapsu“* (Vanderplasschen, De Maeyer, 2007,).

## 6 Cílové skupiny vhodné pro využití case managementu a jejich potřeby

Case management je vhodný pro osoby zneužívající návykové látky a mající zároveň další mnohačetné problémy a specifické potřeby (SAMHSA, 2015). Vanderplasschen et al. (2007) spatřují v case managementu dlouhodobý a komplexní přístup zaměřující se na chronické uživatele drog, kteří mají mnoho složitých problémů, jež ovlivňují všechny oblasti jejich individuálního i společenského života. Case management byl úspěšně adaptován (Rapp et al., 2014) pro osoby, které mají problém se zneužíváním návykových látek a trpí dalšími problémy, které souvisí s drogami, jako jsou špatný zdravotní stav, nevyhovující bydlení, právní problémy a mnoho dalších. Z tohoto popisu je zřejmé, že case management můžeme chápat jako nedílnou součást léčby závislosti nebo jako doplněk již existujících služeb pro osoby zneužívající návykové látky. Snahou case managementu je doplnit v léčebném kontinuu chybějící či neexistující služby a řešit problémy, které nesouvisí přímo se samotnou léčbou závislosti. SAMHSA (2015) řadí mezi cílové skupiny, pro které je vhodný přístup case management, osoby: s retrovirovým onemocněním HIV či nemocí AIDS, duální diagnózou, akutním či chronickým zdravotním problémem, stížené chudobou, trpící bezdomovectvím, mající sociální a vývojové problémy spojené s adolescencí a dospíváním, mající konflikt se zákonem, s duševní poruchou, zodpovědné za výchovu dítěte, s jinou sexuální orientací. Mezi další cílové skupiny můžeme zařadit ženy mající problém se zneužíváním návykových látek (Morgersten et al., 2006; in Rapp et al. 2014) nebo klienty v substituční léčbě na metadonu (Zanis et al., 1996; in Rapp et al., 2014). V následujícím textu stručně popíši charakteristiky některých cílových skupin, které mohou být vhodné pro práci přístupem case management a zaměřím se na možné specifické potřeby, které jsou nutné pro zlepšení jejich životní situace a zapojení do běžného života v komunitě.

### 6.1 Klienti v konfliktu se zákonem

Při práci s klienty v konfliktu se zákonem (Gabrhelíková, 2015; SAMHSA, 2015) se střetávají dva různé systémy. Jak dále popisuje SAMHSA (2015), oba tyto systémy jsou zaměřeny na veřejné blaho, avšak systém trestní justice tohoto blaha dosahuje pomocí trestu a právního postihu, kdežto systém léčby zneužívání látek je zaměřen na individuální změnu chování jednotlivce. Tyto cíle se vzájemně nevylučují, ve skutečnosti bylo dokázáno, že integrace těchto systémů při práci s cílovými skupinami má silný dopad na snižování užívání návykových látek a trestnou činnost pachatelů užívajících návykové látky (SAMHSA, 2015). „*Trestná činnost v souvislosti s drogami zahrnuje čtyři druhy trestné činnosti. Prvním jsou trestné činy spočívající v porušování drogové legislativy označované také jako primární drogová kriminalita. Pro ostatní se používá termín sekundární drogová kriminalita – ta zahrnuje trestné činy pod vlivem drog, ekonomicky motivovanou trestnou činnost problémových uživatelů drog a závislých a systémovou trestnou činnost související s výrobou a distribucí drog*“ (Mravčík et al., 2015, p.163). Z tohoto popisu je velmi obtížné určit cílovou skupinu vhodnou pro využití přístupu case management v oblasti adiktologických služeb. Jak uvádí Gabrhelíková (2015, p.572), „*přímý příčinný vztah*“ mezi užíváním návykových látek a páčáním trestné činnosti lze prokázat u trestných činů pod vlivem drog a ekonomicky motivované trestné činnosti. Z čehož plyne, že toto mohou být potenciální klienti pro adiktologické služby a



přístup case management. U systémové trestné činnosti a trestné činnosti porušující drogovou legislativu se pachatelé mohou stát jak samotní uživatelé, tak osoby neužívající. (Gabrhelíková, 2015). Z této skupiny osob nejsou všichni vhodní pro adiktologické služby a přístup case management. Z tohoto velmi zjednodušeného popisu je zřejmé, že je důležité velmi přesně určovat cílovou skupinu, která je vhodná pro adiktologické služby a možnou práci přístupem case management. SAMHSA (2015) zahrnuje do cílové skupiny vhodné pro provádění case managementu klienty, kteří ještě nestanuli před soudem, kteří se při splnění daných cílů a úkolů mohou vyhnout uvěznění, jsou odsouzeni v různých druzích věznic, jsou podmíněně propuštěni, je jim po propuštění nařízena probace nebo léčba. Standardy odborné způsobilosti (Libra, 2015) zmiňují provádění case managementu jako kontinuum péče u klientů, kteří jsou propuštěni z vězení a vyžadují pro stabilizaci dlouhodobou péči nebo během sociální práce s klientem, který je ve výkonu trestu.

Mezi vhodné způsoby práce s touto cílovou skupinou řadí Gabrhelíková (2015) metody motivačních rozhovorů, prevenci relapsu, včasnou diagnostiku. V rámci českých adiktologických služeb seznamuje s case managementem při práci s klienty v konfliktu se zákonem Pilat (Nepustil, Szotáková a kol., 2013), když do cílové skupiny řadí klienty ve vazební věznici, klienty ve výkonu trestu a klienty, kteří již opustili vězení. V závěru podrobného popisu case management přístupů v jednotlivých úrovních trestního systému Pilat (Nepustil, Szotáková a kol., 2013, p.65) předpokládá, „že utváření podmínek pro aplikaci case managementu ve vězeňství bude dlouhodobý proces. Důležitým faktorem, který posiluje důvěru v naši práci a tudíž i otevřenost ke „společným experimentům“, je naše dlouhodobé působení v jednotlivých věznicích. Komunikační kanály jsou už mnohem uvolněnější, je utvořen vhodný prostor pro vyjednávání a spolupráci. Tím, že jsou pracovníci věznic zapojeni do koordinované péče u jednotlivých klientů, i když zatím okrajově, mohou svou vlastní práci vnímat jako smysluplnější a mají navíc možnost prostřednictvím nás získat informace o výsledcích svého snažení v případech jednotlivých klientů po propuštění“.

Mravčík et al. (2015, p.163) z dostupných statistických údajů předpokládají, že „za problémové uživatele drog lze označit 30% vězňů, což je v přepočtu na celkový počet odsouzených přibližně 4800 osob“. Tato čísla naznačují, že cílová skupina ve vězení, u které by byl vhodný přístup case management, je dosti početná. Podle EMCDDA (1998; in Zábranský, Mravčík, 2015, p.656) lze za problémové užívání drog považovat „injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu“.

## 6.2 Ženy mající problém se zneužíváním návykových látek

Ženy, které mají problém se zneužíváním návykových látek, je často velmi obtížné navázat a zapojit do procesu léčby, neboť společnost tyto ženy soudí mnohem přísněji než muže, kteří mají stejný problém (SAMHSA, 2015). Kalina (2008) v tomto ohledu popisuje termín „dvojí deviace“, kdy je žena společností chápána jako deviantní, protože zneužívá návykové látky a zároveň zklamala jako žena. „Zvláště těhotné ženy a mladé matky, které užívají drogy, čelí sociálnímu vyloučení“ (Kalina, 2008a, p.265). Preslová (2015, p.559) upozorňuje na zkušenosti z praxe, ale i statistické údaje, které jasně dokazují, že „rozdíly mezi problematikou drogové závislosti u žen a u mužů jsou významné a mnohdy vyžadují odlišný přístup“. Mezi specifika žen-uživatelek řadí (Preslová, 2015; SAMHSA, 2015) jejich časté sexuální zneužívání, poskytování prostitute, velmi často se stávají obětí domácího násilí, mají velkou řadu traumat a psychických potíží, které jsou spojeny s fyzickým nebo psychickým zneužíváním v dětském věku a během dospívání, mají v péči dítě, častěji trpí

iatrogenní závislostí. Jak píše Vobořil (2003; in Preslová, 2015) léky na bázi benzodiazepinů lékaři předepisují až čtyřikrát častěji ženám než mužům, pro což je hlavním důvodem například manželská krize nebo snaha ženy udržovat teplo rodinného krbu.

SAMHSA (2015) považuje nalezení případu a zapojení žen zneužívajících návykové látky do programů za velice důležitou aktivitu během provádění case managementu, neboť se tyto ženy mohou nacházet v různých službách, které se zabývají například péčí o dítě, domácím násilím, duševními poruchami. Ženy, které zneužívají návykové látky a mají dítě, tento aspekt řeší při zvažování, zda nastoupit do léčby. Zásadním úkolem case managera je nalézt program, který umožňuje, aby žena mohla být s dítětem. Není-li to možné, musí case manager ženě pomoci nalézt vhodnou péči pro její dítě. V této fázi si musí být case manager vědom, že se bude chtít matka dítěte pravděpodobně vyhnout léčbě, protože ji mohou zastihnout pocity viny a studu za situaci, kterou braním drog způsobila svému dítěti. Základní funkcí a zásadou case managementu při této práci je udržet ženu v léčbě a zlepšovat podmínky pro její přijetí. V dalších fázích case manager hledá těmto ženám bezpečné bydlení a komunitní zdroje pomoci, které musí zahrnovat školu, dětského lékaře a programy, které zajistí péči o dítě, dojde-li k zanedbávání péče či relapsu návykového chování. Součástí práce case managera je také obhajoba práv žen během jejich léčby a získávání potřebných zdrojů pomoci. Tato obhajoba umožňuje ženě stát se asertivnější během jednání s různými institucemi a zároveň je to cesta, jak budovat užší vztah s case managerem (SAMHSA, 2015).

Gorgoňová, Szotáková (Nepustil, Szotáková a kol., p.63) přibližují aplikaci case managementu „v podmínkách terénní práce“, tedy postupem, který je v case managementu znám pod pojmem outreachwork (práce v přirozeném prostředí klienta) a dodávají, že tento přístup k práci se hodí „vzhledem k životnímu stylu klientek, kdy se těžko plánují schůzky a vytváří přesný plán péče“. Při práci se sexuálními pracovníci, které užívají návykové látky, koordinovaně spolupracují dvě odlišné organizace (Rozkoš bez rizika, Terénní programy Brno), které se zaměřují na poskytování péče ve vyloučené lokalitě Brna. Do spolupráce jsou zapojeni dva terénní pracovníci poskytující výměnný program a další služby. Jejich úlohou je též motivovat k testování na syfilis a HIV. Dalšími členy týmu jsou sociální pracovník a registrovaná zdravotní sestra. Ti se starají o aktuální zdravotní stav klientek a mohou též poskytovat poradenství o bezpečnějším sexu, psychosociální poradenství, prevenci násilí a mnoho dalších služeb. Jak v závěru kapitoly Gorgoňová, Szotáková (Nepustil, Szotáková a kol., 2013, p.66) shrnují: „společná terénní práce umožňuje koordinovat pro jednu klientku více služeb na jednom místě a v jednu chvíli, což je často jediná možnost, jak tyto služby poskytnout. Jde tedy o to využít moment kontaktu k okamžitému poskytnutí více služeb, které někdy mohou předejít závažným důsledkům“.

### 6.3 Klienti s duální diagnózou

„Psychiatrická komorbidita patří mezi velmi náročná adiktologická témata kvůli značným požadavkům na zkušenost a znalosti psychiatrické a psychologické diagnostiky“ (Miovská et al., 2008, p.75). „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 komorbidit, jíž se obecně rozumí výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta/klienta“ (Kalina, Minařík,

2015, p.211). „*O duální diagnóze mluvíme tehdy, má-li klient jak psychiatrické problémy, tak problémy s užíváním návykových látek* (Zimberg, 1993; in Millerová, 2011, p.95). Jak poznamenávají odborníci (Kalina, Minařík, 2015; Millerová, 2011; Miovská et al. 2008), při zjišťování duálních diagnóz je potřeba provádět důkladnou diferenciální diagnózu, která má za úkol odhalit např. komplikace spojené s abúzem drog, které se mohou nápadně podobat kterékoli psychické poruše a po určité době odezní. „*Přitom zanedbaná diagnostika např. v podobě chybně diagnostikovaného či vůbec nediodagnostikovaného onemocnění či poruchy, které se přidávají k základní diagnóze závislosti, může rapidně snížit efekt celého léčebného procesu. Při chybném určení etiologie (např. pokud není rozpoznáno, že na první depresivní neléčenou poruchu teprve nasedá závislost na alkoholu, a nikoli opačně) může být celý léčebný plán chybně nastaven a vést k neúspěchu a ztrátě motivace pacienta, případně i k jeho poškození*“ (Miovská et al., 2008, p.75). Podle Kaliny (2008) patří mezi léčebné nevýhody duálních diagnóz to, že (1)jejich psychická porucha je komplikací pro zapojení do léčby a setrvání v ní, klienti nedokáží využít potenciál programů, neboť na ně klade vyšší nároky, (2)psychické potíže se začnou projevovat až s časovým odstupem po odnětí návykové látky a často vedou k relapsovým stavům, (3)psychické poruchy a stavy s tím spojené mohou obtěžovat nejbližší okolí a samotné klienty programu, ale i pracovníky, což může vést k nepochopení, (4)samotný tým pracovníků nemá s touto klientelou zkušenost a reaguje podobně jako klienti.

SAMHSA (2015) uvádí, že case management při práci s klienty s duální diagnózou se může realizovat ve třech možných modelech, kterými jsou sekvenční, paralelní a integrovaný model. V sekvenčním modelu je klient nejprve léčen v jednom systému (léčba zneužívání návykových látek nebo léčba duševní poruchy), a poté je předán do systému následujícího. V sekvenčním modelu je úkolem case managera pomáhat klientovi zvládat přechod mezi různými úrovněmi péče (z léčby zneužívání návykových látek do léčby poruchy duševního zdraví a naopak). V paralelním modelu je klientovi poskytována péče na obou úrovních systému současně, avšak různými poskytovateli. Case manager v tomto modelu práce musí podporovat komunikaci a koordinaci služeb mezi poskytovateli péče, neboť mohou mít různé názory na péči pro klienta. Fox et al. (2011, in Nepustil, Szotáková, 2013) považují sekvenční a paralelní přístupy při léčbě duálních diagnóz za bezvýsledné a neúčinné. V integrovaném modelu probíhá léčba obou poruch zároveň v jediném programu. Hlavním úkolem case managera (SAMHSA, 2015) je podporovat klientův přechod z léčebného prostředí do reálného života, pomáhat mu nalézt potřebné zdroje pomoci a poskytovat dlouhodobou podporu během zapojování do společnosti.

V českém prostředí může být příkladem práce s klienty s duální diagnózou spolupráce organizací Práh a Podané ruce v Brně. Jak popisuje Hloušek (Nepustil, Szotáková a kol., 2013, p.56) „*pokud se zvýší počet duševně nemocných v komunitní péči, vzroste i počet lidí s duální diagnózou*“. Úzká spolupráce těchto organizací je tak v současné době jedinou možností, jak těmto klientům poskytovat kvalitní a efektivní pomoc.

Další možné cílové skupiny vhodné pro využití case managementu jsou blíže popsány např. v protokolu SAMHSA (2015).

## 7 Potřeby systému služeb při aplikaci case managementu

Představa o tom, jak poskytovat služby pomocí case managementu, není jednotná a ve velké míře závisí na nastavení služby a kontextu, ve kterém tento přístup nebo jeho prvky využívá. V této kapitole si představíme praktické požadavky na efektivní case management tým a průběh služby podle Rappa a shrneme si výsledky výzkumů, které se zabývají efektivitou a účinností case managementu v oblasti zneužívání návykových látek. V českém adiktologickém prostředí je možné využití tohoto přístupu v léčebném kontinuu úzce svázáno s již fungujícími službami, které se při poskytování pomoci řídí Standardy odborné způsobilosti (Libra, 2015) a dokumentem Koncepce specializovaných adiktologických služeb (Miovský, 2013). V obou těchto dokumentech je case management zmiňován jako možný přístup při práci s adiktologickými klienty.

### 7.1 Struktura a průběh služby podle Rappa

Mezi praktické požadavky na efektivní práci přístupem case management řadí Rapp (1998; in Libra, 2015) strukturu služby a průběh služby.

*Struktura služby:* (1) tým je sestaven k poskytování kreativního plánování práce s případem, řešení problémů, sdílení zdrojů, podpory členů týmu; (2) vedoucí týmu jsou zkušení, náležitě vzdělaní a trénovaní profesionálové v oblasti duševního zdraví; (3) case manager může být paraprofesionál, který musí být podporován specialistou; (4) počet případů se liší podle náročnosti klientů, geografických zvláštností, neměl by však překročit dvacet klientů na jednoho case managera; (5) je zajišťována a posilována kontinuita vztahu mezi klientem a case managerem; (6) snahou je klientům zajistit servis po čtyřiašedesát hodin, sedm dní v týdnu; (7) služby poskytované před vstupem do case management programu a propojování k službám v průběhu programu musí být dostupné; (8) délka poskytování služby není časově ohraničena, může se však v určitých obdobích fáze spolupráce lišit (Rapp, 1998; in Libra, 2015).

*Průběh služby:* (1) spolupráce mezi klientem a case managerem by měla probíhat v přirozeném prostředí klienta (outreachwork); (2) počet setkání se odvíjí od aktuálního stavu klienta, ale nemělo by jich být méně než šest za měsíc; (3) case manager by měl být schopen poskytovat určité služby sám (trénink dovedností, přístup ke zdrojům, poradenství); (4) je třeba se vyhýbat tradičním programům léčby (hospitalizace, denní léčba...); (5) je nutné využívat komunitní zdroje pomoci (zaměstnavatelé, kluby, vrstevníci, církevní instituce...); (6) case manager by měl mít konečnou zodpovědnost za poskytované služby klientovi; (7) klientovi je poskytnuta rovná nebo větší autorita než case managerům a jiným pracovníkům v léčbě (Rapp, 1998; in Libra, 2015).

### 7.2 Účinnost a efektivita case managementu na poli zneužívání návykových látek

Vanderplasschen et al. (2007) se vyjadřují, že diskuse o účinku a efektivitě case managementu je nutno chápat prizmatem rozlišování jednotlivých modelů, různých cílových skupin, a v neposlední řadě je potřeba brát zřetel na odlišná kritéria posuzování výsledků této intervence. Jak poznamenávají Orwin et al. (1994; in Vanderplasschen et al., 2007, p.432) „*neprokázání efektivity specifické intervence může mít více co do činění s tím, jakým způsobem byla evaluována, než s tím, jak byla vlastně prováděna*“. Ve své studii

došli Vanderplasschen et al. (2007, p.431) k závěru, „že *case management* zřetelně není lékem na všechny problémy související s užíváním drog a není vhodný pro všechny uživatele drog. Umožňuje ale efektivně propojovat uživatele drog s pro ně vhodnými službami a tak – nepřímo – ovlivňuje výsledky primární léčby, např. míru užívání drog a úroveň bydlení“. McDonald (2005; in Libra, 2015) dochází ze srovnávacích výsledků k závěru, že model intenzivního case managementu je pro práci s cílovou skupinou uživatelů přínosný; case management udržuje klienta zapojeného v procesu léčby a snižuje relapsy; klinický model case managementu doplňující ambulantní služby přináší dobré výsledky; aktivní doporučení klientů z centrálního příjmu přináší dobré výstupy. Rapp et al. (2014) provedli meta-analýzu jednadvaceti randomizovaných klinických výzkumů a došli k závěru, že case management je efektivní během propojování klientů k potřebným službám a udržuje klienty zapojené v léčebném procesu. Dále se u klientů zlepšilo fungování v oblastech užívání návykových látek a rizikového chování spojeného s virem HIV. Závěr jejich meta-analýzy je, že case management má efekt na velké množství léčebných výsledků, ale má nižší efektivitu v souvislosti s výsledky týkajícími se individuálního fungování klienta.

# Praktická část

## 8. Metodologický rámec

### 8.1 Výzkumný problém

Jako výzkumný problém jsem stanovil case management přístup a jeho uplatnění při práci s klienty, kteří se v souvislosti se zneužíváním návykových látek dostali do těživé životní situace. Během teoretické analýzy současného stavu poznání, týkajícího se case managementu, jsem narážel na nedostatek odborné literatury, která by v českém prostředí konkrétněji popisovala využití tohoto přístupu při práci s klienty v adiktologických službách. Case management není v těchto službách pevně zakotven a chybí mu přesnější popis a možnosti jeho využití. V rámci teoretické analýzy jsem též narážel na mou nezkušenost s tímto přístupem a reálnou představou jeho praktického využití. Adiktolog již na bakalářské úrovni vysokoškolského vzdělání je připravován tímto přístupem pracovat. Jedním z důvodů výběru case managementu je též seznámení s tímto přístupem při práci s klienty v reálném prostředí služeb.

Ve svém výzkumném šetření se tedy zaměřuji na chápání a vnímání case managementu pohledem odborníků, kteří tento přístup anebo alespoň jeho prvky používají při práci s klienty, jež mají nebo měli nějaký druh návykového problému.

### 8.2 Výzkumný cíl, výzkumné otázky

Základním cílem této práce je lépe porozumět a zmapovat, jak je case management přístup chápán a vnímán pracovníky, kteří ho používají během poskytování služeb klientům v adiktologických službách.

Výzkumné otázky:

- Kdy, jak (za jakých okolností) začali pracovníci v adiktologických službách využívat case management přístup při práci s klienty?
- Z jakých teoretických východisek, zkušeností organizace čerpali (čerpají) inspiraci při realizaci tohoto přístupu?
- Jakým způsobem je case management vnímán odborníky ve vybraných službách?
- Jaké výhody a úskalí tento přístup přináší při práci s klienty?
- Jak se přibližuje reálná práce s klienty teoretickým východiskům case managementu, které popisuje odborná literatura?

### 8.3 Volba kvalitativního přístupu

Pro aplikaci kvalitativního přístupu v této práci jsem se rozhodl již během tvorby ideového plánu výzkumu, neboť jsem se v rámci teoretické analýzy problému setkal s nedostatkem odborné literatury, která by tématu case management v adiktologických službách v ČR věnovala širší pozornost a hlouběji se věnovala implementaci tohoto přístupu při práci s klienty. Většina odborné literatury na toto téma v oblasti léčby zneužívání návykových látek pochází od autorů, kteří tento přístup používají v odlišných podmínkách – jak geografických, tak kulturních (USA, Austrálie, Belgie, Nizozemí). I proto je volba kvalitativního přístupu vhodným řešením této situace, neboť jedním z hlavních

cílů této práce je popsat a lépe porozumět chápání a vnímání tohoto přístupu ve službách, které case management anebo alespoň jeho prvky používají při práci s klienty, kteří mají problém s návykovou látkou.

Disman (2002, p.286) popisuje, že „cílem kvalitativního výzkumu je porozumění“ a toto „porozumění pak vyžaduje vhléd do co největšího množství dimenzí daného problému“. „Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz, nového porozumění, vytváření teorie“ a cílem je též „porozumění lidem v sociálních situacích“ (Disman, pp. 286-289). Jak popisuje Miovský (2010, p.18): „kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracuje s reflexní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“. V tomto ohledu je nutné stručně popsat klíčové termíny, kterými jsou (1) jedinečnost a neopakovatelnost chápání fenoménů, které mohou různí lidé „vnímat velmi odlišně a v různých kvalitách a rovinách“ (Mioviský, 2010, p.17), (2) kontextuálnost chápaná jako zaměření se na fenomén výzkumné studie „v místě jeho přirozeného výskytu, v jeho přirozeném prostředí, neboť vlivem laboratorních podmínek může snadno dojít k velmi významným zkreslením“ (Mioviský, 2010, p.80), (3) historičnost chápaná jako procesuálnost, kdy fenomén „určitým způsobem vznikl, rozvíjí se a zaniká“ a dynamika procesů, jejímž zkoumáním „zjišťujeme nejen, jaké různé faktory mají na daný proces vliv, ale především jaké kvality tyto vlivy nabývají.“ (Mioviský, 2010, p.18), (4) reflexivita chápaná jako spolupodílení se výzkumníka na samotném výzkumu, ve kterém není snahou eliminovat jeho vliv, ale být schopen tuto roli reflektovat. Creswell (1998; in Hendl, 2015, p.46) definuje kvalitativní přístup jako „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“.

### 8.3.1 Osobní reflexe výběru kvalitativního přístupu

Během práce na metodologickém rámci jsem se často setkával s mojí osobní intruzí vůči kvantitativnímu výzkumu. Přesto není výběr kvalitativního přístupu v této práci výsledkem těchto intruzí, neboť bych tím porušil základní pravidlo, které popisují knihy věnované metodologii (Mioviský, 2010; Silverman, 2005; Disman, 2002), že mému oblíbenému přístupu vědeckého bádání nehledám vhodný výzkumný problém, ale naopak, že dle výzkumného problému volím metodu zkoumání. Přesto si dovoluji napsat, že jsem jako student adiktologie na 1.LF UK kvalitativním přístupem ovlivněn v pozitivním slova smyslu. Souhlasím s názorem Richardsona et al. (1996, in Mioviský, 2010, p.19), že kvantitativní a kvalitativní přístupy je dobré chápat „jako dva kooperující přístupy využívající různé metody a různě uvažující o možnostech výzkumu vnitřní i vnější reality člověka“.

## 8.4 Výběr organizací pro spolupráci na výzkumu

Pro výběr organizací jsem použil metodu prostého záměrného výběru, která spočívá v tom, „že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potencionálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňujícími určité kritérium nebo soubor

*kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně sní také souhlasí“ (Miovský, 2010, p.136).*

Základní kritéria pro zařazení služby do výzkumu:

- organizace se identifikuje při své práci case managementem nebo alespoň jeho prvky
- vzdálenost maximálně osmdesát kilometrů od Olomouce
- dle odborné literatury je cílová skupina vhodná pro využití case managementu
- souhlas s účastí na výzkumu

Jedním z hlavních kritérií pro výběr organizací pro spolupráci na výzkumu byla identifikace přístupem case management nebo alespoň jeho prvky při práci s klienty v adiktologických službách. Po diskusi, kterou jsem vedl s vedoucím práce PhDr. Jiřím Librou, jsem oslovil organizaci Podané ruce v Olomouci a v Brně, jejichž programy tento přístup používají jako jednu z možností práce s klienty. Při výběru určitých programů jsem také čerpal z odborné literatury, která popisuje možné cílové skupiny pro využití tohoto přístupu. Jedním z důležitých kritérií byla vzdálenost programu maximálně osmdesát kilometrů od Olomouce s vynikající dopravní dostupností, což umožňovalo dorazit včas na schůzky a rozhovory v rámci výzkumu, jež zpracovávám ve volných dnech, které netrávím v zaměstnání. Celkem jsem kontaktoval čtyři služby, které používají case management anebo alespoň jeho prvky při práci s klienty v adiktologických službách. Dvě byly z Olomouce (Práce s klienty v konfliktu se zákonem, Terapeutické centrum Olomouc), dvě z Brna (Centrum poradenských služeb ve vězení a po výstupu, Podané ruce Brno-slужba si nepřeje být přímo jmenována). Nejdříve jsem kontaktoval vedoucí těchto služeb telefonicky a představil jim moji bakalářskou práci a požádal je o možnost spolupráce. Poté jsem všem vedoucím těchto organizací e-mailem zaslal stručný obsah práce, její cíle a výzkumné otázky. V Olomouci jsem svou bakalářskou práci přišel představit také osobně. Do spolupráce se zapojily tři ze čtyř oslovených služeb. Po diskusi s vedoucí Centra poradenských služeb ve vězení a po výstupu v Brně jsme se domluvili, že v rámci tohoto programu rozhovory neuskutečním, neboť case management při své práci používají jen okrajově, což pro mne nebylo překážkou. Přesto jsem respektoval rozhodnutí, které bylo konsenzem celého týmu.

#### **8.4.1 Osobní reflexe kritérií výběru**

Během opakovaného přemýšlení nad kritérii, dle kterých jsem vybíral organizace pro spolupráci na výzkumu, jsem si začal uvědomovat, že existují i kritéria ne plně uvědomovaná, na která bych rád upozornil.

V první službě (Terapeutické centrum v Olomouckém kraji) jsem se zúčastnil výběrového řízení na pozici, která měla ve svém popisu práce využívání prvků case managementu. Pozice se jmenuje sítař a koordinátor prevence gamblingu. Po necelém půl roce od tohoto výběrového řízení jsem měl možnost provést rozhovor s jeho vítězem a probrat téma case management v rámci výzkumného rozhovoru. Osobně mne velmi zajímalo, které prvky case managementu jsou během práce s klienty využívány a jakým způsobem je v této službě chápán.

U druhého typu služeb (Práce s klienty v konfliktu se zákonem v Olomouci, Centrum poradenských služeb ve vězení a po výstupu v Brně) jsem se inspiroval Standardy odborné způsobilosti (Libra, 2015), ve kterých je case management popisován jako jeden ze způsobů práce s cílovou skupinou klientů v konfliktu se zákonem. Zajímalo mne tedy,



jakým způsobem se daří tento přístup integrovat do těchto služeb a jak je těmito službami chápán.

Třetí typ služby je pro mne spojen se jménem pana Nepustila. Věděl jsem, že tato služba je známá využíváním tohoto přístupu při práci s klienty. Na druhou stranu jsem se chtěl zbavit osobních předpokladů vůči vymezením pana Nepustila na adresu adiktologů a chtěl jsem se osobně s panem Nepustilem potkat a provést s ním v rámci výzkumu rozhovor. Bohužel pro mě pan Nepustil již v organizaci nepracuje.

Během této reflexe jsem si též uvědomil, že se během výzkumu pohybuji pouze v rámci jedné velké organizace (Podané ruce) a dle Standardů odborné způsobilosti (Libra, 2015) svou prací pokrývám pouze dva typy programů z deseti popisovaných. Ve své práci jsem zaměřen na ambulantní programy a adiktologické služby ve vězení a následné povýstupní péči. Tímto prizmatem může být velmi zajímavé, jakým způsobem je vnímán case management v jedné organizaci na úrovni různých programů.

## **8.5 Popis služeb zúčastněných na výzkumu**

### **8.5.1 Práce s klienty v konfliktu se zákonem Olomouc**

Program Práce s klienty v konfliktu se zákonem poskytuje odborné sociální poradenství osobám, které jsou nebo mohou být v důsledku zneužívání návykových látek vystaveny právnímu postihu. Zásadou poskytování péče je individuální přístup, který je zaměřen na kontinuitu péče. Snahou je stabilizovat životní situaci uživatele a dosáhnout neprohlubování vzniklých problémů. Při práci s klienty jsou využívány prvky case managementu.

### **8.5.2 Terapeutické centrum v Olomouckém kraji**

Cílem Terapeutického centra v Olomouckém kraji je pomáhat lidem, kteří mají problém s látkovou i nelátkovou (patologické hráčství, workoholismus) závislostí. Snahou tohoto programu je zapojit do spolupráce nejbližší rodinné příslušníky, kteří jsou do závislostního problému svých blízkých vtaženi. Součástí práce centra je podpora motivace ke změně životního stylu a zapojení do běžného života. V rámci této služby je case management zaváděn v rámci projektu, který je zaměřen na prevenci gamblingu.

### **8.5.3 Podané ruce Brno**

Jedna ze služeb Podané ruce Brno nabízí komplexní péči osobám, které mají problém se zneužíváním nelegálních návykových látek. Služba poskytuje odborné sociální poradenství, pracuje s osobami s duální diagnózou a poskytuje přechodové byty. Služba je zaměřena na obhajobu práv klienta, zprostředkování další pomoci, snaží se klienta propojovat v systému sociální a zdravotní péče. Služba při své práci využívá case management jako případovou práci a je zaměřena na prvky asertivní péče.

Během práce na prepisech rozhovorů jsem byl kontaktován jedním z členů týmu, který jménem celého týmu požádal, abych jejich službu nejmenoval přímo.

## 8.6 Výběr účastníků výzkumu

Výběr potencionálních účastníků výzkumu probíhal v první fázi metodou sněhové koule a následně metodou prostého záměrného výběru. Jak popisuje Miovský (2010, p. 131): „základním východiskem pro aplikaci této metody je získání kontaktu s první vlnou či „generací“ účastníků výzkumu. To se může dít prostřednictvím využití výběru přes instituce nebo díky předchozímu osobnímu kontaktu samotného výzkumníka atd. Hovoříme o tzv. nulté fázi. Prostřednictvím prvního kontaktu získáváme skupinu prvních kandidátů pro první fázi. Tato skupina kandidátů je složena z osob, které nominuje účastník nulté fáze....a kteří tak tvoří soubor potencionálních účastníků výzkumu. Právě zde je možné použít kombinaci s jinými metodami“.

Základní kritéria pro zařazení do výzkumu. Subjekt:

- je ochoten poskytnout rozhovor
- souhlasí s účastí na výzkumu
- byl seznámen s etickými pravidly, které chrání účastníky výzkumu

Po souhlasu s potencionální účastí na výzkumu, který jsem získal od vedoucích služeb, mi byli doporučeni zaměstnanci, kteří by byli vhodní pro zapojení do výzkumu. Tyto zaměstnance jsem opět nejdříve telefonicky kontaktoval, představil jim můj záměr bakalářské práce a požádal je o možnost zapojení do výzkumu. Po tomto telefonickém kontaktu jsme se domluvili na zaslání stručného popisu bakalářské práce. Z devíti oslovených pracovníků se spoluprací souhlasilo osm. Jeden se rozhodl, že se výzkumu neúčastní. Důvodem bylo neúčastnění se v rámci programu aktivní práce s klientem přístupem case management. Pracovník se primárně věnoval distribuci časopisu Nový Prostor. Kritérii byla ochota poskytnout rozhovor a souhlas s účastí na výzkumu. Informovaný souhlas s účastí na výzkumu je součástí začátku každého rozhovoru. Je tedy pořízen v audio formě. Rozhovory jsou uloženy v zaheslovaném souboru. O účasti na výzkumu jsem také s každým potencionálním účastníkem výzkumu mluvil předem. Probírali jsme etická pravidla jako je anonymita, možnost odmítnutí rozhovoru, ukončení rozhovoru v jeho průběhu a další aspekty, které jsou nutné pro jejich ochranu. Se všemi účastníky výzkumu jsem se domluvil na způsobu používání jejich iniciál při použití rozhovorů během analýzy dat.

### 8.6.1 Popis vzorku

- Výzkumu se zúčastnilo celkem 8 participantů.
- Ve vzorku jsou zastoupeny čtyři ženy a čtyři muži.
- Dva participant (Práce s klienty v konfliktu se zákonem) - vedoucí programu, sociální pracovník, dramaterapeut; sociální pracovník. Celý tým tvoří tři pracovníci. Jeden se výzkumu neúčastnil. Vedoucí programu má úvazek rozdělen na vedení a práci s klienty.
- Dva participant (Terapeutické centrum v Olomouckém kraji) - síťář a koordinátor prevence gamblingu, sociální pracovník; vedoucí programu, terapeut. Case management při své práci používá pouze síťář a koordinátor.
- Čtyři participant (Podané ruce Brno) - vedoucí programu, sociální pracovník, terapeut; sociální pracovník; sociální pracovník; sociální pracovník. Na výzkumu se podílel celý tým programu.

Z osmi zúčastněných je sedm participantů vzděláním sociální pracovník. Jeden participant je inženýr architekt. Dva z dotazovaných jsou terapeuti. Jeden je dramaterapeut. Ani jeden z účastníků výzkumu není svým vzděláním adiktolog.

## 8.7 Proces získávání dat

### 8.7.1 Polostrukturované interview

Pro sběr dat jsem zvolil polostrukturované rozhovory, které jsou popisovány jako „zřejmě nejrozšířenější“ mezi metodami interview (Miovský, 2010). Jak dále seznamuje s touto metodou Miovský (2010, pp. 159-160) „vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Obvykle je možné zaměřovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme, a dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme, abychom tím maximalizovali výtěžnost interview. Někdy strategii v průběhu interview mezi jeho různými částmi diferencujeme. Při polostrukturovaném interview je vhodné použít následné inquiry, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědí účastníka“. Tento postup sběru dat jsem si vybral hlavně proto, že nemám osobní zkušenost s tímto přístupem během reálného používání. Rozhovory měly sloužit k tomu, abych lépe pochopil, jak je tento přístup vnímán a chápán samotnými účastníky výzkumu, kteří ho používají při práci s klienty.

### 8.7.2 Průběh rozhovorů

Před každým rozhovorem jsem potencionální účastníky výzkumu znovu seznámil s bakalářskou prací. Probrali jsme etická hlediska práce a domluvili se na způsobu anonymizace. Poté jsem potencionální účastníky výzkumu před spuštěním diktafonu opět požádal o souhlas s provedením rozhovoru a jeho použitím pouze pro účely bakalářské práce. Samotný rozhovor začal opět mou žádostí o účast na výzkumu a jeho použitím v rámci bakalářské práce. Tímto souhlasem se z potencionálních účastníků výzkumu stali účastníci výzkumu. „Až do udělení souhlasu s účastí ve výzkumu hovoříme o vybraném člověku jako o potencionálním účastníkovi výzkumné studie. Skutečným účastníkem studie se stává až po udělení souhlasu.“ (Miovský, 2010, p.281).

Úvodní otázka byla pro všechny účastníky výzkumu stejná. Popsat stručně organizaci, cílovou skupinu, se kterou organizace pracuje a jaká je role dotazovaného v týmu. Smyslem této úvodní otázky bylo projevit zájem o službu a samotného účastníka výzkumu. Nebylo mým cílem hned od první otázky směřovat k jádru interview. Další sedm otázek bylo jádrem interview, které se již zaměřovalo na téma case management. Poslední otázka byla ukončovací a měla naznačit, že se blíží závěr našeho setkání. Otázka zněla: „Na co jsem se Vás zapomněl zeptat?“ Po ukončení rozhovorů jsem s většinou dotazovaných, již s vyplým diktafonem, toto téma probíral dále. Každý z rozhovorů byl jiný. Během některých jsem se cítil nesvůj a hůř jsem se soustředil. Byl jsem nervózní z dotazovaného. Většina mi však vyhovovala a byl jsem schopen lépe reagovat a klást doplňující otázky.

### 8.7.3 Osobní reflexe volby otázek v rozhovorech a jejich redefinice

V rámci typů výzkumných plánů a přípravy projektu se Miovský (2010) vyjadřuje k tématu výzkumných otázek ve smyslu, že výzkumnou otázku lze změnit. „*Můžeme ji v průběhu výzkumu zpřesnit nebo reformulovat – v případě, že zjistíme, že byla položena nepřesně nebo příliš obecně, k čemuž dochází poměrně často. Může se ale také stát, že musíme původní výzkumnou otázku zavrhnout, pokud zjistíme, že byla položena nesmyslně nebo že na ni není v rámci dané studie možné odpovědět.*“ (Miovský, 2010, p.88). Otázky, které jsem kladl dotazovaným, vycházely z výzkumných otázek. V prvních dvou programech jsem použil původní seznam otázek:

- 1/Můžete mi stručně popsat Vaši službu, cílovou skupinu, se kterou pracujete a Vaši roli v týmu?
- 2/Jak byste definoval case management Vaším pohledem?
- 3/Který z modelů case managementu se nejvíce přibližuje Vaší praktické práci?
- 4/Jakým způsobem je uspořádán Váš tým pracující case managementem (nebo alespoň jeho prvky)?
- 5/Je ve Vašem týmu obsazena role case managera? (Kdo to je?)
- 6/Může se tato metoda stát standardem při práci s klienty?
- 7/Jaké vidíte klady a zápory tohoto přístupu?
- 8/Jaké jsou (specifické) potřeby klientů ? (se kterými pracujete)
- 9/Co byste potřebovala k tomu, aby Vaše práce tímto přístupem mohla být lepší a efektivnější?
- 10/Na co jsem se Vás zapomněl zeptat?

U otázek tři a čtyři jsem si uvědomil, že ptát se na modely case managementu a uspořádání týmu není nutné, neboť modely case managementu nebyl nikdo schopen popsat a nemohl tedy určit, ke kterému modelu se blíží praktická práce služby. V první organizaci pracoval tímto přístupem jeden pracovník a v druhé byl celý tým dvoučlenný. Z čehož vyplynulo, že otázka na uspořádání týmu je nepraktická a těžko se na ni odpovídá. Během těchto otázek však dotazovaní začali spontánně vyprávět o svých zkušenostech s tímto přístupem v jiných organizacích a popisovali též, odkud čerpají při realizaci tohoto přístupu v dané službě. Po konzultaci s PhDr. Librou jsem tedy u posledních rozhovorů zaměřil otázky částečně na tuto problematiku a ptal se na osobní zkušenosti dotazovaných ohledně case managementu. Otázky osm a devět jsem již nepoužil, neboť o potřebách klientů a služeb mluvili dotazovaní v průběhu celého rozhovoru a nebylo nutné tuto problematiku specifikovat samostatnými otázkami. Nutno dodat, že u těchto otázek jsem se též dost často setkával se zpětnou vazbou dotazovaných, že otázce nerozumí. V posledním programu jsem již použil otázky redefinované:

- 1/ Můžete mi stručně představit Vaši službu, cílovou skupinu, se kterou pracujete a Vaši roli v týmu?
  - 2/ Kdy, za jakých okolností jste ve Vaší organizaci začali používat case management přístup při práci s klienty?
  - 3/ Kde jste čerpali, čerpáte inspiraci pro realizaci case managementu při poskytování služeb?
  - 4/ Z jakých teoretických základů vycházíte při práci tímto přístupem?
  - 5/ Máte nějakou jinou osobní zkušenost s case managementem mimo Vaši organizaci?
  - 6/ Jak byste definoval/a case management Vaším pohledem?
  - 7/ Je ve Vašem týmu obsazena role case managera nebo klíčového pracovníka? Kdo to je a jaká je jeho role?
  - 8/ Můžete mi stručně popsat fáze práce s klientem od navázání do služby až po ukončení spolupráce?
  - 9/ Na co jsem se Vás zapomněl zeptat? Chtěli byste něco doplnit?
- Možné doplňující otázky (zbude-li čas):

Jaké vidíte klady a zápory tohoto přístupu?

Jakým způsobem je uspořádán Váš tým pracující case managementem?

## 8.8 Způsob analýzy dat

Data získaná během rozhovorů jsem přepsal, abych je mohl použít pro analýzu. Během přemýšlení nad způsobem analýzy dat jsem došel k závěru, že bude nutné absolvovat konzultaci, kterou jsem si domluvil s vedoucím práce, a poté ještě s oponentem této bakalářské práce, neboť moje zkušenost s analýzou kvalitativních dat v rámci výzkumu je nulová. Nikdy jsem nic podobného nedělal, i proto jsem se rozhodl pro konzultaci, kterou jsem chápal jako podporu a nasměrování. Pro analýzu dat mi byl doporučen program ATLAS, který je zaměřen na analýzu kvalitativních dat. Po spuštění tohoto programu jsem se, jako již několikrát během psaní této práce, ocitl na startovní čáře. S programem jsem se musel seznámit, neboť jsem ho předtím nikdy neviděl. Další překážkou je, že tento program je dostupný v angličtině a nějakou dobu mi trvalo, než jsem k anglickým názvům přiřadil české ekvivalenty. Pro analýzu dat jsem použil pouze základní funkce tohoto programu. Přepisy rozhovorů jsem do programu Atlas zkopíroval. Vytvořil jsem kódy (významové kategorie), ke kterým jsem přiřazoval citace z jednotlivých rozhovorů, a poté jsem k nim hledal teoretická východiska dostupná z literatury, která se zabývá přístupem case management. Cílem bylo porovnat, jak se vnímání a chápání case managementu ve výzkumném vzorku blíží teoretickým východiskům, zda-li jsou osobní názory účastníků výzkumu shodné či odlišné od odborných názorů. Jak popisuje Silverman (2005, p.181), ATLAS umožňuje „rozšířené možnosti rozvíjania teorie, vrátane možnosti vytvárať konceptuálne diagramy, znázorňujúce prepojenia medzi vynárajúcimi sa myšlienkami. Tieto diagramy sú samy prepojené s prípadmi z dát, čo znamená, že sa dajú veľmi rýchlo zozbierať citáty ilustrujúce teoretické tvrdenia... Vzhľad programu ATLAS je spočiatku skor zložitý. Kódovanie a vyhľadávanie segmentov textu bude pre mnohých výskumníkov všetko, čo budú chcieť robiť“.

Během analýzy dat jsem využil také metodu zachycení vzorců, která dle Miovského (2010, p.222) „představuje relativně jednoduchý analytický nástroj, jehož základní princip spočívá v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce (případně témata) a ty zaznamenáváme“.

Pro ilustraci daného tématu využívám některé části rozhovorů. Všechny účastníky výzkumu jsem označil P1-P8. Rozhodl jsem se, že nebudu jmenovat ani účastníky výzkumu, kteří s tím dali souhlas.

## 9. Interpretace získaných dat

### 9.1 Zdroje inspirace pro využívání case managementu v oblasti závislostí

#### Zavádění metody case management do programu

V této kapitole se zabývám inspirací a zkušenostmi účastníků výzkumu s case managementem. V druhé části se zaměřuji na způsoby zavádění tohoto přístupu do služeb, které pracují s lidmi, jež mají či měli problém s návykovou látkou.

#### 9.1.1 Inspirace na úrovni jednotlivých pracovníků

Case management přístup (SAMHSA, 2015; Vanderplasschen et al., 2007) byl do oblasti léčby zneužívání návykových látek replikován z programů péče o duševně nemocné a sociální práce. Ve shodě s tímto vývojem ve světě lze vysledovat podobnou linii vývoje i v rámci zkušeností pracovníků, kteří z těchto oblastí čerpají znalosti a zkušenosti pro využívání této metody při práci s klienty.

P2 popisuje: „V nějaké obecnější rovině vnímám case management jako metodu sociální práce, přístup k sociální práci. S čím jsem tak asi seznámená blíže je práce flexibilních asertivních týmů...takže ten holandskej model“. Týmy asertivní komunitní léčby (Van Veldhuizen, Bähler, 2013) se zaměřují na poskytování péče formou case managementu osobám s vážnou duševní nemocí, které nejsou hospitalizovány v psychiatrických nemocnicích. V tomto modelu, který vychází ze zkušeností asertivní komunitní léčby Steina a Testové, je podporována (1)péče orientovaná na uzdravu, (2)medicína založená na důkazech (evidence based) a dobrá praxe, (3)integrace komunitní a nemocniční péče, (4)týmová práce, (5)kontinuální spolupráce s osobami během přijetí k hospitalizaci, během hospitalizace, ale i po ní. Základním principem práce je zaměření na uzdravu a schopnost pacientů vést samostatný život. V týmu je více rehabilitačních pracovníků a zdravotních sester (Van Veldhuizen, Bähler, 2013).

P3: „V roce, kdy jsem sem nastoupil, tak jsem jel v rámci ročního vzdělávacího plánu na různý stáží a jedna z těch stáží, která pro mě byla zásadní, byla ve Fokusu Mladá Boleslav, což je organizace, která se věnuje spíš duševním onemocněním. Nicméně je považují, jsou považováni, za průkopníky case managementu v ČR. Proto jsem tam byl vyslaný a chtěl jsem tam i sám...a tam jsem vlastně viděl tento způsob práce v praxi s poměrně náročnou cílovou skupinou...a to pro mě byla značná inspirace...ať už ta práce v týmu, případový vedení, jakým způsobem se zajímají o klienty, jak spolu komunikují atd., protože předtím jsem pracoval spíš v takových těch typickejch službách jako jsou terénní programy..v typickejch škatulkách...v terénních programech to bylo hodně orientovaný na výkon..na instrumentální vydávání materiálu apod. A tohle byl úplně nověj rozměr...prostě práce s tím člověkem...takže tohle pro mě byla zásadní inspirace.

P1: „Samozřejmě tím, jak tady začal ten projekt, tak se čerpaly zkušenosti, odkud se dalo, ale jak už z těch předchozích odpovědí vyplývá, hlavně to bylo z oblasti péče o duševní zdraví...chodili jsme do služeb Fokusu na stáží“. Velmi podrobně představuje práci těchto týmů (Fokus Mladá Boleslav) Stuchlík (2001, p.75), když píše, že „užší tým byl tvořen čtyřmi case managery (psychiatrickými sestrami s delší praxí) a psychiatrem, který byl koordinátorem týmu. Case manažeři zajišťovali vstupní vyšetření, jehož výsledky tým hodnotil na pravidelných

setkáních stejně jako individuální plány péče. Součástí jejich role bylo přímé poskytování domácí péče, obhajování zájmů klienta, pomoc při jednání s institucemi, žádání o dávky sociální pomoci apod...V některých případech zajišťovali také management medikace, finanční management, doprovod při transportu klienta a dle potřeby také podpurnou psychoterapii“.

P4 vysvětluje: „Mám zkušenost z jiného typu služby a právě v tom typu služby se jednalo o to, že case manager byl vždy k potřebě určitému klientovi...vzal se klient...jeho určitý problém...a na tom problému se spolupracovalo mezi různými resortama...vlastně kontaktovala jsem odborníky a pořádali jsme případové konference...a celé to směřovalo k tomu, aby se klientův problém vyřešil co nejrychleji. Bylo to v organizaci Romodrom. Jednalo se o cílovou skupinu lidí se závislostí, osoby sociálně vyloučené popř. i ohrožené sociálním vyloučením.....byla to sociálně-aktivizační služba pro rodiny s dětmi“. Tyto sociálně-aktivizační služby používají metodu case management formou případových konferencí. Novelizace zákona o sociálně-právní ochraně dětí (platná od 1.1.2013) určuje případovou konferenci, jako jednu z metod case managementu, za povinnou při práci s ohroženými rodinami.

Mimo výše uvedené příklady z programů péče o duševní zdraví a sociální práce, které se v rozhovorech opakovaly nejčastěji, jsou zdroje inspirace různorodé a odvíjejí se od délky pracovní zkušenosti s metodou case management, stupně integrace tohoto přístupu do reálného využití v rámci služby, zkušeností ze stáží jak v rámci českých programů, tak zahraničních.

Jak popisuje Stuchlík (2001, p. 40): „tým je praktickou strukturou pro každodenní práci case managementu, v níž case manažeři mohou využívat zdroje znalostí, zkušeností a dovedností, které izolovaný pracovník nemá nikdy k dispozici“.

P7: „Jsem ráda, že tady můžu pracovat s lidma, kteří mají bohaté zkušenosti, co se týká drogových služeb a case managementu. Pokud si nejsem v některých věcech jistá, tak se spoléhám hlavně na kolegy, umí mi dobře poradit v tom daném případě...kdo se dá ještě do případu zapojit...co víc pro to udělat, protože některé věci mě samozřejmě ještě nenapadají“.

P3: „Ta inspirace pramenila...dejme tomu z nějaké stáže a způsobu práce, kde už je to nějakým způsobem zavedené, i když s jinou cílovou skupinou, ale taky hlavně tady od těch kolegů, jak jsem zmínil. To si myslím, že pro mě bylo taky zásadní, že jsem vnímal, že už mají nějaký vzorec, který používají, že vlastně to přijímání, přijetí toho klienta do té služby, jak se mu představí ten základní esesment (assessment), nějaký posouzení jeho stavu..a to kam směřuje...kam by chtěl směřovat...tak to mi přišlo dost jiný, než s čím jsem se doposud setkal..a to pracuji v drogových službách víc jak deset let“. Pro pracovníky, kteří se seznamují s přístupem case management, může být velmi důležitou inspirací tým, který je obklopuje, radí jim, vede je.

P5: „Já teda nevím, jaké jsou různé modely case managementu, takže nejsem na to odborník, nikdy jsem se o tom moc nedozvěděl...krom té jedné publikace od NMS (Národní monitorovací středisko). Navíc i ve standardech kvality od RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky) je stanovený to, že musíme mít klíčový pracovníky a využívat prvky case managementu, takže se to dostává i do těch odbornějších metodologií. Publikace, ze které dotazovaný čerpá při realizaci case managementu, je Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek, která vznikla v rámci projektu v jedné z brněnských služeb pro tuto cílovou skupinu. Druhým zdrojem, který dotazovaný zmiňuje, jsou Standardy odborné způsobilosti (Libra, 2015), ve kterých je tento přístup práce doporučován např. pro adiktologické služby ve vězení. Pro některé programy mohou být zdrojem inspirace již proběhlé projekty, které do své služby implementovaly case management přístup. Důležitou hybnou silou pro zavádění však mohou být i standardy určující, které modely práce jsou vhodné pro určitou cílovou skupinu.

Zahraniční stáže mohou umožnit pracovníkům vidět case management z jiného úhlu, jiným prizmatem. Mohou porovnávat, co dělají stejně a co se v zahraničních modelech dělá jinak. V rámci těchto stáží lze porovnat možnosti spolupráce sociálních a zdravotních služeb v cizině s našimi reálnými možnostmi spolupráce. V neposlední řadě si samotní case manageři mohou uvědomovat hranice využitelnosti tohoto přístupu v rámci práce s klientem. Z níže uvedených příkladů je zřejmý zásadní rozdíl v poskytování služeb case management přístupem mezi zahraničními službami a programy zapojenými do výzkumu. Tím zásadním rozdílem jsou multidisciplinární týmy, které poskytují všechny služby na jednom místě a společně sdílejí případ klienta.

P7: „Právě jsem se teď dozvěděla na konferenci, kde kolegové přednášeli, jak byli na stáži v Berlíně a tam viděli úplně jiný model case managementu a práci s klienty, ke které než my dospějeme... To je jeden dům, ve kterém je...vespod zdravotní zařízení...dá se říct...je tam obvodní lékař, psychiatr, zubař atd. a v patře je taková terapeuticko-sociální služba, kde jsou sociální pracovníci, terapeuti...v Berlíně je většina klientů závislá spíše na heroinu a většina je na metadonové substituci...a oni se každé ráno ty pracovníci sejdou a projdou všech stošedesát lidí...tuším. Velkou roli tam zastávají zdravotní sestry, které si všímají těch nálad každý den, se kterými člověk přichází. Velkou roli hrají v tom, že řeknou tenhle člověk se necítí dobře, bylo toho na něj moc, zeptejte se ho jak se má...a takhle se tam prostě pracuje. To musí být něco úžasného“.

P1: „V tom Berlíně bylo parádní vidět, jak můžou ty sociální a zdravotní služby společně fungovat. Tam byli doktoři, praktici, psychiatři, zdravotní sestry, co vydávají Metadon, a pak tam byla oddělená sociální služba, case management...oni to mají v Německu teda trošku jinak pojmenovaný, ale jsou tam každý ráno společný porady o klientech...v tomhle jsou trošku dál...ale samotná ta práce, co oni tam dělají na tom patře, kde probíhá ta sociální práce...orientovaná na case management...dělali věci hodně podobně...bylo to dost identický...v tom jsme v podstatě na jejich úrovni, obsahově. Ne třeba finančně a v těch možnostech jak klientovi něco zařídit...třeba na pojišťovně...i zažádat o to, aby se daly udělat nové zuby...v takových detailech, co jim umožňují jejich návazný služby, sociální systém nejsme na stejné úrovni, ale v té práci s tím klientem, obsahově jo. Naopak v některých věcech jdeme s tím klientem hloubš...“.

V rámci rozhovorů je nutné si uvědomit, že dotazovaní uváděli více zdrojů inspirace. Neuváděli pouze jeden jediný. Zkušenost s case managementem a inspirace pro reálnou práci je variabilní a může se lišit mezi jednotlivými pracovníky. Současná pozice v týmu není většinou jejich jediná aktuální pracovní zkušenost, ze které čerpají inspiraci.

P2: „No to určitě je tak propojený, členitý...no tak různě...v různých formách vzdělávání, konference zaměřené na téma case management, různé semináře, hodně kontaktama s různými kolegama napříč různějma službama po republice...zároveň se pohybuju v tom akademickém prostředí, takže to je i v rámci té vědecké či akademické činnosti. Často ve škole pracuji se studenty, kteří pracují ve službách, kde chtějí zavádět principy case managementu nebo case management. Takže tohle všechno vnímám jako nějaký zdroje inspirace, možnosti, jak diskutovat, jak ten case management dělat. Samozřejmě je to i v rámci tady týmu nebo nějakých stáží v zahraničí“.

P3: „Já se přiznám, že...asi jako četl jsem nějaký brožury, ale že bych vycházel z nějaké literatury to nemůžu říct. Myslím si, že já to mám postavený přímo na té praxi a na tom, že...samozřejmě byl jsem na nějakých seminářích o case managementu a navštívil jsem spoustu služeb, diskutoval jsem to s různějma kolegama napříč organizacemi tady v Česku nebo v zahraničí...takže tam byly nějaký zkušenosti třeba na semináři..třeba na semináři o case managementu byli kolegové z Holandska apod.“.



## 9.1.2 Zavádění case managementu na úrovni služeb

Na úrovni samotných organizací zapojených do výzkumu je zavádění case managementu spojeno s realizací v rámci projektů nebo reakcí na postupy, které jsou doporučovány ve Standardech odborné způsobilosti.

P1: „No tak ten se tady začal používat ještě než jsem sem nastoupil já. To je ten kolega, kterého jsme tady zmiňovali (pan Nepustil). Vlastně se o to začal hodně zajímat. Měl v tom podporu vedoucího vaší bakalářské práce, kterej je jedním z průkopníků, propagátorů case managementu v ČR. Dřív dělal ve službách o duševní zdraví. A ten ho sem jako první přinesl a vlastně se tady pokoušel o nějaký prvky case managementu a pan Nepustil napsal tříletý projekt, kterej se jmenoval: Case management pro zotavující se uživatele návykových látek. Byl to case management jakoby v oblasti závislosti“.

P3: „Nepamatuji si přesně rok, ale tehdy, jak jste zmiňoval pana Nepustila...tak získal grant na tříletý projekt – Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek – a v rámci toho projektu jsem do něj nastoupil...“

P5: „Musím přiznat, že toho přímo o case managementu moc nevím. Něco jsem si teda četl... a ty modely jsem tam nějak moc neřešil... ve standardech kvality je stanovený to, že musíme mít klíčové pracovníky a využívat prvky case managementu, takže se to dostává i do těch odborných metodologií. Jde o to, jestli to pak ty služby reálně mají nebo je to jenom nějaká kolonka v nějakém papíře, ale ten model se začíná dost prosazovat... rozhodně by to podle mne měl být standard, jak to dělat a myslím si, že to má ten potenciál, aby to tak bylo, není to jenom nějaká utopistická vize do třiatvácátého století, ale že je reálný to postupně zavést“.

P8: „U nás vlastně v rámci menšího projektu používáme část z tohoto celku case managementu“.

## 9.2 Vnímání, definování case managementu na úrovni programů

Vanderplasschen et al. (2007, p.431) vysvětlují, „že neexistuje žádný jednotný koncept a způsob provádění case managementu“ a dále Vanderplasschen et al. (2004; in Vanderplasschen et al., 2007) uvádějí, že „techniky používání při case managementu v jednotlivých zemích se navíc různí s ohledem na rozdílné krátkodobé cíle, konkrétní cílové skupiny, programové i systémové proměnné a další aktuální otázky zájmu na místní úrovni“ a z toho může také vycházet popis a definování case managementu.

### 9.2.1 Terapeutické centrum v Olomouckém kraji

P4: „Na současné pozici je chápání case managementu trochu odlišné. V podstatě se jedná jen o zkontaktování co největšího počtu institucí. Spíš se jedná o kontaktování, síťování a taky, svým způsobem, reklamu. Kontaktuju různé instituce, ať už se jedná o městský úřady, starosty měst, trenéry sportovních klubů, kněze, ostatní neziskovky, orgán sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD), Probační a mediační službu...v podstatě kohokoli, kdo by mohl přijít do kontaktu s naší cílovou skupinou. Předávám informace o naší službě a snažím se mluvit dost lákavě na to, aby ty lidi měli zájem s námi spolupracovat“.

P8: „Za mě nebo za naši službu to chápu, case management, jako síťování a kontaktování institucí. Síťujeme nebo vlastně nějakým způsobem kontaktujeme všechny instituce, který jsou v síti sociálních služeb tady v Olomouckém kraji. Teďka aktuálně vlastně máme napojený všechny instituce od sociálních služeb, magistráty, městský úřady, komunitní centra, různý podobný neziskový organizace, který se zabývají podobnou cílovou skupinou jako my, bezplatný právní poradny, lékaře, psychiatrický zařízení, psychiatry a psychology“.

McLellan et al. (1999; in Vanderplasschen, Maeyer, 2007) popisuje, že „pro efektivní propojování klienta s konkrétní službou je také potřeba dopředu kontaktovat síť formálních a neformálních kontaktů, včetně jejich nabídky“. Síťování a kontaktování patří v rámci case management přístupu k základním principům, které k této metodě práce neodmyslitelně patří. Jak vysvětluje SAMHSA (2015), case management by měl být schopen klientovi nabídnout pevný bod pro kontakt mezi zdravotním a sociálním systémem služeb, ale taktéž musí umět vyjednávat s formálními a neformálními zdroji pomoci a vytvářet jedinečný bod kontaktu mezi pracovníky na jiných úrovních služeb, kteří přímo nepracují v oblasti léčby zneužívání návykových látek. Lamb (1980; in Stuchlík, p.27) vysvětluje, že „někdy je vytváření vazeb popisováno jako základní důvod case managementu“. V rámci výše uvedených odpovědí účastníků výzkumu lze vést diskusi, zda-li se dá ještě hovořit o využívání přístupu case management v jeho ucelené formě. V kontextu služby je využíván jeden z principů case managementu: vytváření pevného bodu kontaktu mezi sociálním a zdravotním systémem služeb.

## 9.2.2 Práce s klienty v konfliktu se zákonem Olomouc

P5: „Case management je, že je to přibližování se víc k tomu klientovi, aby byla služba víc pro toho člověka, aby měl v ideálním případě jednoho člověka, který ho provází celým jeho životním příběhem, když to řeknu takhle poeticky... měl by to být člověk, který by právě měl organizovat síť ostatních služeb a odborníků, který můžou tomu klientovi nějak pomoci...ty modely jsem tam nějak moc neřešil, ale náš model je model klíčového pracovníka, kdy v rámci našeho týmu, našeho programu, má klient vždycky toho jednoho klíčového pracovníka, který s ním pracuje i v tom výkonu trestu, tak když potom vyjde z výkonu trestu, tak jsou to pořád ty stejní lidi, který s ním pracovali a pokud je to alespoň trochu udržitelný, tak se snažíme o to, aby se pracovníci u těch klientů nestřídali, neměnili, protože to pak stejně začíná ta celá práce nanovo...nemá to vůbec žádný efekt.“

P6: „Case management je provázení klienta klíčovým pracovníkem v co největší možné míře podpory tak, aby dosáhl svého cíle.“

Podle SAMHSA (2015) může být case management chápán jako provázení klienta za podpory case managera systémem sociálních a zdravotních služeb. Cílem je klientovi za pomoci tohoto case managera (klíčového pracovníka) zpřístupnit vhodné zdroje pomoci, které jsou šité na míru jeho potřebám. Výpovědi účastníků výzkumu jsou v souladu s jedním z principů intenzivního case managementu, který popisuje Rapp, Chamberlain (1985; in SAMHSA, 2015), že tento model case managementu znamená poskytování podpory klientům uplatňováním přímé účasti při hledání zdrojů pomoci pro jejich potřeby. Podle Stuchlíka (2001, p. 9) je case manager „klíčovou osobou nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče“, což může vyvolávat otázku, jakým způsobem bude case manager ostatními organizacemi na různých úrovních péče respektován jakožto klíčový pracovník při práci nejen s klientem, ale s celou sítí poskytovatelů služeb. Jak dodává Stuchlík (2001, p.9), role case managera jako klíčové osoby pro klienta a celý systém poskytovatelů péče „pochopitelně vyvolává spory.“ V rámci tohoto programu je case management chápán jako model provázení klienta klíčovým pracovníkem systémem sociálních a zdravotních služeb. V souvislosti s tímto je potřeba uvést, že SAMHSA (2015) popisuje case managera a klíčového pracovníka odlišně. Klíčový pracovník provází klienta systémem služeb pouze v rámci jednoho programu. Kdežto case manager je pro klienta osobou, která ho provází v rámci celého systému služeb.

### 9.2.3 Podané ruce Brno

P7: „Pro mě je v rámci našeho programu case management asi to, že dokážeme...snažíme se nějakým způsobem zkoordinovat péči o toho daného člověka, který se motá v celé té síti těch služeb, aby se ta práce v rámci těch jednotlivých služeb zpřehlednila, aby se nám podařilo dohodnout na dalším postupu v rámci jednotlivých případů...co se bude dít. Zároveň, aby to bylo dost jasné pro toho člověka...co má kde řešit...abychom se svým způsobem nedabovali v těch poskytovaných službách a zároveň se to snažíme brát tak, aby si to řídil sám ten klient...aby on řekl, co mu vyhovuje, jak by si tu spolupráci představoval...s kým se chce potkávat...s kým ne...a aby s tím souhlasil...že s ním tímhle způsobem budeme spolupracovat...tedy na úrovni více služeb najednou...aby z toho nebyl ještě více zmatený“.

P2: „Vnímám to jako koordinovanou péči nebo podporu těch klientů. Tak to pro mě asi znamená...vtažení do spolupráce všech těch subjektů, který hrajou nějakou významnou roli. Podpořit tu spolupráci, zároveň se snažit to nějak účinně koordinovat někým, kdo v té situaci hraje nějakou roli. Takže v kontextu toho našeho pracoviště je možnost, aby my jsme byli tím koordinátorem a nebo to jsme často my, kdo se snaží vtáhnout ty ostatní subjekty do té spolupráce. S tím, že pro mě osobně je důležitý, aby tam byly zastoupeny ty různé instituce jak formálnější, tak zároveň důraz na ty neformální...když má třeba ten klient známé, rodinu...prostě míň formální zdroje, tak je důležité je do té spolupráce vtáhnout“.

P1: „...náš název není špatně nastavenej...intenzivní na vztahu založené case management ...s tím klientem třeba řešíme nějaký dílčí věci...nějakou dobu trvá, než s ním navážeme vztah, důvěru a to zvláště u duálních diagnóz...ti jsou víc ostražití...tam to trvá dýl, než vás pustí k sobě blíž. No a pak je to založený na tom, že se toho klienta snažíme provázet ...zjistit, jestli třeba nevyužívají paralelně více služeb na různých místech, snažíme se potkat, doprovodit klienta, komunikovat s rodinou, pomáhat při vstupu do nových služeb, když třeba klient žádá o dávky, tak vstupujeme do kontaktu s institucema nebo když třeba skončí v léčebně nebo dostaneme tip, že někdo v léčbě služby potřebuje a nejenom v oblasti závislosti...“

P3: „...jedná se o individuální práci s klientem, ale často taky o intenzivní práci, kdy se ta intenzita mění podle potřeb klienta. Potom je to taková komplexní práce. Je to hodně o monitorování těch potřeb toho člověka. Kde se nachází, a co řeší. Ten case management je taky to monitorování případu, potřeb jednotlivého klienta a dost často mnohočetných, protože na tyhle lidi, který mají mnohačetný problémy je tenhle přístup nejideálnější, protože když někdo potřebuje jenom informaci a odejde, tak je to jasný, ale dost často ty lidi rozkrejou, že mají problémy v různých oblastech jako je bydlení, ve vztazích, v zaměstnání, mají zápis v rejstříku nebo vůbec nemají zkušenost se zaměstnáním, nemají zkušenost s bydlením, mají problémy s rodinou, nemají zázemí apod“.

V rámci tohoto programu je case management vnímán jako koordinovaná, intenzivní, individuální, komplexní a dlouhodobá práce založená na vztahu s klientem, který má mnohačetné problémy. Důležitým prvkem práce v tomto týmu je práce v přirozeném prostředí klientů, což dle SAMHSA (2015) patří mezi základní charakteristiky asertivní komunitní léčby. V tomto pojetí se práce s klientem přibližuje několika definicím, které poskytuje odborná literatura. Birchmore-Timney, Graham (1989; in SAMHSA, 2015, p.433) popisují case management jako „koordinované a ucelené zajištění přístupu k odpovídajícím službám a prostředkům s cílem zaručit klientovi dostatečnou a podpůrnou péči“. Vanderplassen et al. (2007) vidí v case managementu přístup, jež pracuje s klientem komplexně a dlouhodobě a zaměřuje se na cílovou skupinu chronických uživatelů drog, kteří musí řešit najednou mnoho složitých problémů vyžadujících spolupráci různých organizací. Důležitým aspektem práce v tomto programu je zapojování neformálních zdrojů pomoci (rodina, známí...) do samotné práce s klientem, což odpovídá pojetí, které nabízí Stuchlík (2001, p.31), že „je účelné pracovat s lidmi v takovém kontextu

a takovým způsobem, který využívá a posiluje již existující sociální vazby (rodina, přátelé, agentury a služby, které klient již využívá a podobně)“. Pracovníci této organizace používají při práci s klienty různé prvky a principy case managementu, které jsou popisovány odbornou literaturou. Podle samotných účastníků výzkumu se jejich přístup práce nejvíce přibližuje intenzivnímu case managementu, který je založen na vztahu mezi klientem a case managerem. Na rozdíl od intenzivního case managementu, ve kterém není sdílen případ klienta týmem (McDonald, 2005), je v tomto programu sdílení případů na úrovni týmu podporováno, což odpovídá principům asertivní komunitní léčby. Tedy pojetí case managementu v tomto programu nejvíce odpovídá modelu intenzivního case managementu, ve kterém je na první místo kladen důraz na vztah mezi klientem a case managerem (SAMHSA, 2015) a v různých aspektech práce se přibližuje asertivní komunitní léčbě, jak je popisována např. v protokolu SAMHSA (2015).

### 9.3 Role case managera-klíčového pracovníka na úrovni programů

Vanderplasschen et al. (2007) uvádějí, že hlavním úkolem case managera je zajistit dostupnost potřebných služeb, motivovat klienta k nástupu do léčby a podporovat, aby se klient na této léčbě aktivně podílel. Nedílnou součástí práce case managera je též zajistit kontinuální podporu. „Case management se primárně chápe jako doplněk existujících služeb, a tak je standardní léčba závislosti na drogách, tj. např. lékařská péče, psychologická podpora, psychoedukace nebo prevence relapsu, obvykle zajišťována dalšími profesionály.“ (Vanderplasschen et al., p.434).

#### 9.3.1 Terapeutické centrum v Olomouckém kraji

P8: „Do určité míry tady pozici case managera máme. Tahle pozice se nejmenuje přímo case manager, ale jmenuje se síťář a koordinátor aktivit prevence gamblingu. Takže zároveň kromě funkce toho síťování má na starosti i prevenci a informovanost jak široké veřejnosti, tak odborné veřejnosti plus je do určité míry píár. Má na starosti taky letáky, přípravu textů“.

P4: „V mém případě je case manager chápán jako síťář a koordinátor aktivit prevence gamblingu. Kontaktuju různé instituce, ať už se jedná o městský úřady, starosty měst, trenéry sportovních klubů, kněze, ostatní neziskovky, OSPOD, Probační a mediační službu...v podstatě kohokoli, kdo by mohl přijít do kontaktu s naší cílovou skupinou... ....vlastně nejsem v přímém kontaktu s klientem, ve smyslu sociální práce... jedině, co já v podstatě vykonávám, je orientační test z moči na návykový látky“.

Z poskytnutých rozhovorů vyplývá, že v tomto programu je case manager zodpovědný za síťování a koordinaci a jeho úkolem je navázat kontakt s co největším počtem organizací, které mohou přijít do styku s cílovou skupinou, se kterou program pracuje. Stuchlík (2001, p.28) píše: „Když vytváříte kontakt s agenturou je nutné poznat osobně lidi, na kterých závisí, co se bude dít. Pokud se podaří navázat s nimi přátelské vztahy, je to pro další práci neocenitelnou výhodou. Vytvářet kontakt je náročný úkol a case manageri se musí naučit potřebné dovednosti, zodpovědnost a spolehlivost, aby získali zájem a respekt dalších programů“. V tomto přístupu ke case managementu není case manager v přímém kontaktu s klientem a není podporován vznik vztahu, cílem je navázat a zasíťovat na formální a neformální úrovni organizace, které mohou být vhodné při práci s klienty. Tento způsob práce se nejvíce přibližuje brokerskému modelu case managementu, ve kterém „chybí trvalý a blízký vztah mezi case managerem a klientem“ a hlavním úkolem case managera je „zprostředkovat pomocné nebo podpůrné

služby“ (Vanderplasschen et al., 2007,p.435), což ve svém rozhovoru potvrzuje jeden z účastníků výzkumu.

P4: „...vezmu jako příklad konkrétního klienta.....tak dokážu tím zasíťováním najít vhodnou službu a doporučit ho tam....jó kdyby třeba přišel člověk, že potřebuje právní pomoc, tak já mu ji seženu a doporučím ho tam“.

### 9.3.2 Práce s klienty v konfliktu se zákonem Olomouc

P5: „Klíčový pracovník s klienty pracuje jednak v nějaké předrozsudkové fázi, kdy se ten člověk dostává do konfliktu se zákonem....první výsledky, předvolání k soudu, nějaký třeba vyjednávání s probační a mediační službou...v tom všem ho jsme schopni podporovat. Taky v téhle fázi často lidi chodí s otázkou dluhů a nějakých exekucí apod.....tak i to je součástí naší práce, i když spíš okrajově. A v druhé fázi pracujeme s lidma, který jsou už právě ve výkonu vazby nebo ve výkonu trestu odnětí svobody, no prostě ve vězení.....a tam je pro nás asi nejdůležitější nějaký udržení stavu....toho nastavení člověka...a případně lidi, který se dostanou takhle do toho výkonu, tak mají možnost se zamyslet nad svým dosavadním životem a dospívají často i k tomu, že ho chtějí nějakým způsobem změnit....ten životní styl....a my právě se snažíme v nich tu motivaci probouzet a udržovat do té doby, než vyjdou ven. Spolupracujeme tam s odborným personálem věznic apod. A povýkonová je většinou pokračování v práci s tím člověkem, se kterým jsme třeba začali nebo pokračovali ve výkonu trestu...a právě se snažíme to, co jsme naplánovali, vybudovali v tom trestu, použít tady na svobodě. Je to velmi náročný přenýst, protože ty dva světy jsou úplně jiný a snažíme se toho člověka provádět celým tím případem“.

P6: „Když mám klienta v poradenství, tak na základě klientovy zakázky a na základě toho, co vyplýne z našeho rozhovoru, dokážu klientovi říci, jaké má možnosti, kam ho mohu doporučit....velmi často klienty, kteří jsou před výkonem nebo po výkonu trestu, doprovázím třeba na úřad práce, k lékaři, na probační a mediační službu a často i k soudu...ve výkonu máme besedy, které jsou zaměřeny na různá témata, zejména teda adiktologická témata, kdy se ty klienti o nás dozví...z toho všeho se můžou vykrystalizovat klienti, kteří budou na individuální poradenství...současně můžeme pracovat i s rodinnými příslušníky, o čemž informujeme ty klienty....“.

V rámci tohoto programu je case manager vnímán jako klíčový pracovník, který klienta provází kontinuálně v rámci služby. Důležitou součástí tohoto programu je navazování klientů pro spolupráci již na úrovni věznic, kam pracovníci programu docházejí na individuální a skupinová sezení. Klienti, kteří jsou před výkonem a po výkonu trestu, mají možnost, aby je klíčový pracovník doprovodil a podpořil je při kontaktu s jinými organizacemi na různých úrovních poskytování pomoci.

Jak vyplynulo z rozhovoru s P6: „Domnívám se, že ten doprovod na jednu stranu upevní ten vztah mezi náma, na druhou stranu občas vnímám, že ten klient nechce tu asistenci přijmout, protože by se na něj mohlo dívat jako že je neschopnej si jako něco zařídit, takže se hodně s klientem bavím o tom, že ta asistence není o jeho podceňování, ale že je to spíš jeho ochrana....potká, koho nechce, na úřadu se může pohádat, což zamezí nějakému výsledku...tak už v tomhle tam může být ta moje role a z praxe vím, že když na to ten klient přistoupí, cítí se v tom líp, cítí se bezpečněji a posílí to ten vztah mezi tím sociálním pracovníkem a klientem...“

Doprovodné služby klientům patří podle SAMHSA (2015) do jednoho z principů case managementu. Jak se dále v tomto protokolu uvádí (SAMHSA, 2015), v některých programech dělá case manager klientům doprovod a je jim podporou při jednání s různými institucemi. Tato podpora při jednání zvyšuje zkušenosti klientů, což je výhodou oproti jiným přístupům. V tomto ohledu je tato angažovanost přínosem i pro case managera, neboť mu umožňuje reálněji chápat skutečný svět lidí, kteří mají problém

s návykovou látkou. Tato velmi blízká pomoc je klienty oceňována jako snaha o chápání jejich skutečných životních problémů.

### 9.3.3 Podané ruce Brno

P3: „V našem centru používáme slovo klíčový pracovník. Asi úplně nepoužíváme spojení case manager. To je spíš nějaká odbornější terminologie. My tomu prostě říkáme případový vedení anebo individuální případové vedení. V našem čtyřčlenném týmu máme všichni roli klíčového pracovníka“.

P1: „Každý klient má svého klíčového pracovníka nebo case managera. Je to každej z těch pracovníků, který s ním pracuje. Všichni jsme sociální pracovníci. A většinou je to tak, že kdo s tím klientem udělá kontakt první, kdo s ním vstoupí do spolupráce, tak ten je ten...jó...ten klíčovej pracovník. Někdy se stane, že ten klient přijde v dobu, kdy je tady jinej pracovník, kterej má už plnou kapacitu, už ho nemůže přijmout, tak ho předá tomu, kdo má kapacitu nebo když víme, že nás oslovil někdo z léčebny nebo jiný služby...novej klient, tak za ním můžem přijet, potkat se...a někdy dojde k předání klienta...pracovník má třeba blok...není s klientem schopen spolupráce...takže může docházet k předávání klientů“.

P7: „Tak to jsme my všichni bych řekla...jsme pro klienta klíčovými pracovníky.“

P2: „Všichni jsme case manageři. Někdy je to pro mě trošku schizofrenní. Já mám na vizitce napsáno, že su case manager, ale sebe primárně vnímám jako sociální pracovníci, protože to je má profese a to je to, co dělám plus jako v téhle službě jsem pro klienty klíčový pracovník...takže se dá říct, že jsem jejich case managerem...koordinuju to třeba s jinejma pracovníkama nebo službama. To asi vnímám, že je ta role, ale hlavně jsem tím sociálním pracovníkem, takže vlastně jsou nějaký situace...není jich moc...kdy třeba kolega je case manager případu klienta a já s tím klientem pracuju na nějaké dílčí věci...třeba jako jsou dluhy, nějaký jako konkrétnější záležitosti, tak tam jsem sociální pracovník. Case managera chápu jako pracovní pozici a sociální pracovník je moje profese. Case manager může být někdo, kdo je psycholog, psychiatr nebo zdravotní sestra...“.

V rámci tohoto programu jsou všichni členové týmu case manageři a zároveň jsou v rámci dílčího řešení případu pro klienta sociálním pracovníkem. Popisy role case managera v týmu se ve všech rozhovorech opakovaly a ze všech služeb zapojených do výzkumu se nejvíce přibližovaly reálnému popisu funkcí, které jsou zmiňovány odbornou literaturou. Účastníci výzkumu ve shodě s odbornou literaturou popisovali funkce case managementu, které souvisí s prací case managera. Do těchto funkcí patří (SAMHSA, 2015; Vanderplasschen et al., 2007) proaktivní jednání case managera během zapojení klienta do služby; posouzení stavu klienta a jeho potřeb; sestavení plánu společné práce s definováním cílů, plánu léčby; koordinace poskytovaných služeb; propojování k vhodným službám; monitorování a hodnocení plánu nastavené spolupráce; obhajování práv klienta; ukončení spolupráce.

P1: „Klienti nás buď kontaktují sami nebo jejich rodina, jiná organizace nebo jdeme na depistáž do jiné služby, organizace, kde občas na někoho natrefíme...často jsem šel navštívit klienta do PN a on mi doporučil kolegu, tak i takhle se nějakí klienti dostali do služeb. Ze začátku probíhá mapování těch potřeb, který musí probíhat neustále. Klient si stanovuje nějaký své cíle, na kterých chce pracovat, co chce řešit. My zjistíme, kde všude to řeší, s kým to řeší, kdo by nám s tím mohl pomoci z jinejch služeb, organizací nebo přirozené sociální sítě známejch, rodiny atd. atd....to už záleží na tom, co řeší. Často děláme společný schůzky, jezdíme do jiných organizací společně s klientem. Co se týká ukončování, tak se někdy domluvíme, že už klient třeba nemá tu potřebu, někdy se ti klienti sami vytráí ze spolupráce, když ten svůj problém vyřeší, někdy se odstěhují a s některýma klientama pracujeme dva tři roky...často se klienti vrací...něco se stane nebo přijdou o práci, byt. Splněním těch cílů, na kterých pracovali, se z té služby vytráí nebo jsou to klienti, co chtějí vstoupit

do léčby a pak odejdou do jiného města, což se jim často doporučuje, aby změnili to prostředí, klient může umřít, to se taky stane“.

P3 „... tak ten vstup toho člověka do služby...ještě než vstoupí do služby, musí existovat něco, že se o nás musí dozvědět. Často jsme navázaný na psychiatrický nemocnice (dále jen PN), dojíždíme do PN na určitý oddělení, ať už společně s Prahem nebo sami. Navštěvujeme klienty přímo na oddělení. V minulosti jsme měli i s brněnským detoxem v Černovicích...v podstatě dvoustrannou smlouvu, že nám budou dávat tipy na klienty, kteří budou po detoxu potřebovat naše služby, tak jsme tam za nima jezdili. Teď je to spíš tak, že máme tip přímo od klienta. Tak tam jedeme a předneseme klientům, co děláme, co nabízíme. Takže ten zdroj klientů je z PN, K-center, terénních programů a z jiných organizací...třeba Práh. Samotný přijetí klienta. Buď je klient už navázaný a ten pracovník ho doprovodí, ať už je to z K-centra nebo z jiné organizace. A tady nějakým způsobem plánujeme a tvoříme, monitorujeme ty jeho potřeby a plánujeme, jak bysme mohli ty úkoly rozdělit a jak by ta spolupráce měla vypadat nebo teda přijde sám, a pak je to úplně o nějakém základním posouzení...máme na to takovej must, kde se snažíme zaměřit na všechny oblasti klientova života. Odkud je. Jaký má zázemí. Jak to má s užíváním návykových látek. Jaký jsou jeho zdroje. Co by potřeboval. Jaký jsou jeho krátkodobý a dlouhodobý cíle. Pak je samotnej plán, kde se dohodneme, jaký kroky kdo učiní, a potom přichází to průběžný vyhodnocování, přehodnocování, měnění toho plánu, což se taky často děje a potom...kam spadá to doprovázení. Když ten člověk má třeba nějaký fobie z těch úradů, má s tím špatné zkušenosti, tak nabízíme doprovod. Taky se setkáváme s tím, že dojíždíme za klientama do jejich bydliště a tam s nima pracujeme v jejich přirozeném prostředí a tam to s nima plánujeme, když z nějakého důvodu nemůžou nebo nechtějí přijít, tak to není důvod pro nespolečenskou spolupráci. Chtěj třeba abstinovat a tady je kumulace metadonovejch klientů, aktivních uživatelů dole na káčku...tak se snažíme nabízet schůzky jinde. A pak fáze ukončování. Průběžně s klientem vyhodnocujeme, jestli klientovi tento způsob práce vyhovuje nebo jestli potřebuje něco jiného. Klient může zůstat v kontaktu a můžeme se domluvit na průběžném kontaktu...třeba jednou za měsíc. Takže ukončení není úplně ohraničený. Ale i z naší strany...toho vyhodnocování dlouhodobé efektivity je důležité mít klienty nakontaktované dlouhodobě. Jednou za rok děláme setkání lidí, co prošli naší službou anebo ji aktivně využívají“.

## 9.4 Možná úskalí realizace case managementu

V této kapitole se zabývám možnými úskalími během realizace case managementu při práci s klienty. Zabývám se pouze mnou vybranými úskalími, která mi přišla v rámci této práce zajímavá a během rozhovorů se tyto názory opakovaly napříč programy.

### 9.4.1 Výkaznictví

Miovská et al. (2006, p.11) popisují termín výkon jako „časově ohraničenou jednotku práce s klientem. Tato jednotka je definována prostřednictvím pěti základních vlastností. Kromě zmíněného časového rozlišení se jedná o popis procedury (co je klientovi poskytováno), popis požadavku na odbornost provádějící osoby, popis minimálních materiálních požadavků na provedení výkonu a popis místa, kde smí být výkon prováděn (stanovení minimálních požadavků na prostorové nároky potřebné k provedení výkonu“.

P3: „Ten pohled na ten case management může někomu připadat, že je to drahý...ty lidi nemaj výkony...a přitom neví, že ten dlouhodobý efekt může pro tu společnost šetřit peníze a být smysluplnější službou. Ty lidi nejsou tak často hospitalizovaní, síť kolem nich se prohlubuje, ať už sociálně vztahová, komunitní...to jsou nesporný výhody, než když se s tím klientem pracuje jenom instrumentálně. Musím říct, že i my tady jsme o to museli dlouhodobě bojovat, abychom si vybojovali nějakou pozici, že sice nemáme nabouchaný výkony, jak jiný služby, který nic kolem

toho klienta nedělaj. No a porovnávat tyhle typy služeb s naším přístupem k práci je neporovnatelný. A ty typický donátoři mají často zúžený úhel pohledu na tuhle práci a je těžký si obhájit tu naši práci. To by mohl být problém pro služby, který jsou tímhle výkaznictvím svázané“.

P1: „Je to dost časově náročný, tím pádem to může být i finančně náročný, i když z dlouhodobého hlediska to přináší spíš úsporu“.

P5: „Myslím, že hlavní zápor je do toho výkaznictví, protože tím docela značně může klesat počet klientů, který může mít pracovník najednou. Ta práce s tím klientem je o vztahu a né o výdejně sociální práce, že přijde klient...potřebuju papír-dostane papír a odchází, ten case management je úplně něco jiného, může tím klesat výkaznictví to jo..zároveň pak to, že nad tou kvantitou převládne ta kvalita...ta dlouhodobost té práce se může projevovat zas v jiných ukazatelích...jako jsou počet kontaktů s klientem, ten je taky velmi významný“.

Z výše uvedených rozhovorů je zřejmé, že některé aktivity, které jsou běžnou součástí case management přístupu, nemusí být zahrnuty do výkonů, které jsou často měřítkem kvality služby. Například práce v přirozeném prostředí klienta, cesta k němu domů, nejsou běžnými výkony, které jsou popisované při práci s adiktologickými klienty. Dalším problémem ve výkaznictví se může stát počet výkonů, který se využíváním tohoto přístupu může snížit.

## 9.4.2 Evidenční program

P2: „Jsme tady strašně rádi, že máme evidenční program, kterej...nejsou to ty unidata...hrozný...my používáme program, kde můžeme zadávat ty data online kdekoliv...to mi přijde jako moderní nástroj case managera...i to výkaznictví může člověka svazovat. My můžeme mít to výkaznictví co nejjednodušší a přizpůsobit ho trendům, které jsou aktuální cílové skupině. Můžeme sledovat aktuální věci, co se děje a zmiňovat je v průběžný nebo závěrečný zprávě. Máme strašně dobrej evidenční systém. Je přehledný. Rozkliknu si případ a okamžitě vidím, jak se vyvíjel v minulosti, co se tam podniklo. Je to strašně rychlý. Otevíráme to v telefonech...kdekoliv...a to mi přijde úplně skvělý, že můžeme jako case manageři nebo klíčoví pracovníci používat při práci takovej moderní nástroj. Program se jmenuje evicka.info. Ten program splňuje nároky na tu práci, jiný to nezvládaj. Jde taky o to, že se můžou prostřídat case manageři. Ten klíčovej pracovník toho klienta se může změnit...a ten klient, když se tady objeví po nějaký delší době...třeba přerušit...tak si to ten case manager nebo případový pracovník projede a dohledá si všechny záznamy a může s klientem rovnou přejít k práci. Jak byl spokojen se způsobem předešlé práce, jestli chce plynule navázat na to, kde skončil...myslím, že je to dobrej prostředek moderního sociálního pracovníka“.

P1: „Hodně teď řešíme program, se kterým pracujeme, kterej je čistě na ty závislostní služby...použiju to slovíčko adiktologický...my do těch škatulek vůbec nespadáme a je vidět, že ani ten program pro nás není nastavenej. Pomínu-li, že je zastaralej...je to pomalý... uživatelsky ne moc přívětivý... je to nastavený hodně na statistiky rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Z technického hlediska to není online...jsem na schůzce...potřebuju něco dohledat...řešit...potřebuju se do toho dostat přehledně, rychle, protože hlavním nástrojem case managera je často telefon. Pro nás je taky důležité sledovat oblasti spolupráce...jaký témata řešíme s klientama, tím reagujeme na aktuální potřeby klientů...ted' hodně řešíme dluhovou situaci klientů, hledáme cestu, jak najít levný a dobrý bydlení...hledáme cestu, jak klientům pomoci. A v unidatech je sociální práce jako kdyby bokem...není kde si zadat tu oblast sociální práce, co řeším a ten náš program už ten problém sociální práce umí řešit, jaký téma děláme. V té oblasti těch adiktologických služeb je to tam na druhé nebo třetí koleji. Takže my se tomu tady bráníme a máme vůbec problémy s tím tady pracovat“.

Z těchto výpovědí je zřejmé, že při poskytování case managementu se může stát problémem využívání evidenčního programu, který není schopen reflektovat potřeby osob pracujících tímto přístupem.



### 9.4.3 Stigma drogové služby

Mezi další úskalí, jež může provázet poskytování služeb přístupem case management, je stigma drogové služby, které se může projevit jak v nespolupráci ze strany klienta, tak ze strany ostatních organizací.

P7: „...ale myslím si, že někteří ti lidé...v tom je to negativum...máme tu nálepkou drogové služby a myslím si, že to tak vnímají i ti klienti...že nás do té spolupráce nezapojují úmyslně, že jakoby se o nás nevědělo. Je to taky tím, jaká jsme služba. Myslím, že by se nám časem mohlo povést ještě tu službu představit...hodně je to spojené s nějakými mýty o drogových službách...co se tady vlastně dělá, že opravdu neví, jak s tím člověkem se tady snažíme pracovat...jaký věci se nám tady povedly...takže ještě možná by bylo dobrý, aby o nás bylo více informací. Myslím, že opravdu některé ty sociální služby nemaj přehled o tom, co se tady děje. Tím pádem se k nám i takhle staví... třeba, obzvlášť zaměstnanci ze státního sektoru“.

P6: „Dobrý je do spolupráce zahrnout zaměstnavatele, kolegu z práce nebo někoho ze školy apod. a pořád je tam, že jsme služba, která pracuje s uživatelama drog a co to jako v tu chvíli znamená pro toho klienta, když se třeba další lidi dozvědí o tom, že má drogovou minulost nebo přítomnost. Nemyslím si, že to jsou limity toho přístupu jako takového, ale spíš to praktický provedení může obnášet takovýchle věci. Jsou klienti, kteří se na tenhle způsob práce netváří nadšeně, že by se měly ty různé služby během toho případu propojovat“.

P1: „Někdy se stává, že ty služby to s tou asertivitou trochu přehání, i když je těžký najít ten balanc, kdy asertivně vstupovat do kontaktu a tak. Což vidím jako nevýhodu organizace jako nás, která má ve vínku práci se závislostí, a když ty klienti to nechcú nějak moc řešit, bylo by dobré být v kontaktu...ted' třeba řešíme ospody...být s ospodem v kontaktu, když třeba klienti potřebuj nějaký doporučení nebo něco takového, tak je tam to razítko Podané ruce...jsme docela známá organizace...a nějakým klientům to třeba může způsobit potíže. Takže hodně citlivě zvažujeme, jak do těchto kontaktů s těmahle organizacemi vstupujeme“.

## 9.5 Výhody case managementu

P3: „Výhody case managementu...nó to je...já si myslím, že tam je důležité, že se s tím člověkem pracuje komplexně. Snaží se posoudit ty problémy kolem toho člověka a motivovat ho k tomu, aby obnovil sociální vazby, protože zotavování se z návykových látek není často individuální záležitost. Je to hodně o vztazích. Když se ten člověk zapojí do vztahů, tak mu ty vztahy vlastně pomáhaj zotavovat se z těch návykových látek. Case manager, případový pracovník vidí ten případ komplexně. Snaží se ho vidět z mnoha stran. Je snahou toho pracovníka aktéry případu do práce aktivně zapojovat a nebát se uspořádat třeba nějaký případový setkání nebo společný setkání, kdy klient přivede někoho důležitého pro ten jeho případ a společně mohou plánovat. Když je ten člověk víc zasítovanej, tak je větší šance, že se ta jeho situace nezhorsí...jsou to nástroje, jak klienta zachytit. Další výhodou je práce v týmu. Case management je týmová práce. Jednou týdně máme poradu, kde se věnujeme i klientům a tam rozebíráme jednotlivý případy, který jsou třeba problematický anebo s tím potřebujeme pomoct. Taky je to o nějaké flexibilitnosti. Case manager, případový pracovník je flexibilní tedy není zavalen případy. Snažím se udržovat kapacitu tak, abychom byli schopni reagovat na mimořádný situace, který se dějou...“.

P2: „Spíš bych zmínila ty výhody, protože si myslím, že díky tomu kontaktování těch jiných služeb, zapojování rodin, osob blízkých, partnerů, přátel se hodně věcí vyřeší...co se týká toho zprůhlednění, vyjasnění a...i klientovi spadne kámen ze srdce, že všichni ví o té jeho situaci všechno a ta spolupráce je pak nějakým způsobem jasnější.“

V rámci rozhovorů se mezi nejčastěji zmiňovanými výhodami objevovaly: týmová práce, spolupráce na případu s rodinnými příslušníky, komplexní a dlouhodobá práce, síťování

k dalším službám, dobrý vztah mezi klientem a pracovníkem umožňující rozkrývání a řešení důležitých problémů, kontinuita.

## 10 Diskuse a závěry

V první části diskuse bych se rád zabýval mou bakalářskou prací a podrobil ji konstruktivní kritice. Při psaní teoretické části práce jsem nejvíce čerpal z autorů, kteří metodu case management využívají v jiných geografických a kulturních podmínkách. Pro mne se stal nejdůležitějším zdrojem informací o case managementu v oblasti léčby zneužívání návykových látek protokol americké organizace SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, americký Úřad pro služby v oblasti užívání návykových látek a duševního zdraví), jehož název zní Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment (Komprehenzivní case management v léčbě zneužívání návykových látek). Při popisování principů case managementu v sociálních a zdravotních službách, modelů case managementu, základních funkcí, cílových skupin jsem nejčastěji vycházel z tohoto zdroje. I další zdroje byly často zahraniční. Tedy chápu, že teoretický popis case managementu v těchto zdrojích musím hodnotit v různých kontextech a kriticky. Tato teoretická východiska vznikla v zemích, které mohou mít odlišné zákony, jinak fungují sociální a zdravotní služby a v neposlední řadě tyto země prošly jiným historickým vývojem než naše země a některé principy práce jsou v našich podmínkách zatím na začátku svého rozvoje. Jediným zdrojem informací o case managementu v rámci českých adiktologických služeb se pro mne stala publikace vydaná Národním monitorovacím střediskem. Je to publikace Nepustila a Szotákové: Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek.

Během psaní praktické části jsem se věnoval v podkapitolách Osobní reflexe tématům, která jsou spojená s validitou výzkumu.

Pro vypracování výzkumu jsem si zvolil kvalitativní přístup, neboť mne nejvíce zajímaly výpovědi účastníků výzkumu ohledně vnímání a chápání case managementu a jejich zdroje inspirace pro využívání tohoto přístupu při práci s klientem. Dalším důležitým důvodem výběru kvalitativního přístupu byla moje osobní nezkušenost s využíváním této metody práce v reálných podmínkách služeb a s tím spojená motivovanost učit se tento přístup využívat v praxi.

Pro sběr dat jsem zvolil polostrukturované interview. Po prvních čtyřech rozhovorech se projevila má nereálná představa o využívání tohoto přístupu v podmínkách programů zapojených do výzkumu. Na některé z otázek, které jsem dotazovaným kladl, nedokázali odpovídat dle mých předpokladů. Na otázky: (1) Který z modelů case managementu se nejvíce přibližuje Vaší reálné práci?, (2) Jak je uspořádán Váš tým pracující tímto přístupem?, jsem nedostával relevantní odpovědi, neboť jsem měl představu, že popis modelů case managementu je základní znalostí pro jeho provádění na reálné úrovni. V tomto ohledu si myslím, že jsem si až během výzkumu uvědomil, že se mýlím, protože v prvním programu zapojeném do výzkumu, se case managementem zabýval pouze jeden pracovník v rámci rozvíjejícího se menšího projektu a v druhém programu čítal celý tým tři pracovníky (dva se zapojili do výzkumu), kteří o case managementu mluvili spíše v rovině budoucí implementace do programu, neboť jim tento způsob práce doporučují standardy odborné způsobilosti. Z tohoto pohledu si myslím, že jsem měl provést alespoň dva pilotní rozhovory a zhodnotit volbu otázek. Dále jsem si měl uvědomit, na jaké úrovni integrace je case management přístup do reálné práce služeb.

Během výzkumu, který proběhl ve třech programech, jsem se pohyboval pouze v rámci jedné velké organizace (Podané ruce). Z hlediska typů adiktologických služeb jsem do výzkumu zahrnul pouze dvě z deseti (Adiktologické služby ve vězení, Ambulantní léčba).

Mohl jsem oslovit alespoň jednu službu mimo Podané ruce, která využívá při práci s klienty case management a zároveň jsem mohl do výzkumu zahrnout další z úrovní adiktologických služeb, které by odpovídaly výzkumnému cíli.

Nejčastějšími zdroji inspirace pro provádění case managementu, které dotazovaní uváděli, byly služby péče o duševně nemocné a programy zabývajícími se sociální prací. V tomto ohledu se lze ztotožnit s názory odborné zahraniční literatury, která rozpracovává téma case managementu (SAMHSA, 2015; Vanderplasschen et al., 2007) a popisuje, že tento model práce s klientem byl do služeb léčby zneužívání návykových látek replikován z programů péče o duševní zdraví a sociální práce. Ve shodě s tímto vývojem ve světě lze vysledovat podobnou linii vývoje i v rámci zkušeností pracovníků, kteří z těchto oblastí čerpají znalosti a zkušenosti pro využívání této metody při práci s klienty. Zdrojem inspirace jsou jak stáže v těchto programech, tak osobní zkušenosti z předchozího zaměstnání. Nejčastějším zdrojem inspirace a zkušeností byla služba Fokus Mladá Boleslav, která pracuje v oblasti péče o duševně nemocné.

Zavádění case managementu do programu lze v rámci výzkumu rozdělit na dvě skupiny. V jedné skupině je case management etablován. Je pracovníky využíván jako hlavní metoda práce s klienty. Ve druhé skupině se pracovníci s tímto přístupem seznamují a hledají, jakým způsobem je využitelný v kontextu jejich služby. Zde není tato metoda práce zcela integrovaná do služeb programu.

V rámci Terapeutického centra v Olomouckém kraji je case management vnímán v úzkém pojetí. Jak popsal jeden z účastníků výzkumu: „*My tady jedeme lajt verzi case managementu*“. V tomto programu je case management pojímán jako síťování a koordinace co největšího počtu formálních a neformálních zdrojů pomoci, které mohou přijít do kontaktu s cílovou skupinou, se kterou organizace pracuje. Jak popisuje například Lamb (1980; in Stuchlík, p.27): „někdy je vytváření vazeb popisováno jako základní důvod case managementu“. SAMHSA (2015) považuje síťování formálních a neformálních zdrojů pomoci za jeden ze základních principů case managementu. V tomto ohledu nejsem schopen reflektovat, jak je tento pohled na case management využíván v rámci samotného programu, neboť vytvoření, zasiťování spolupracujících služeb vnímám jako důležitý úkol. Je otázkou, jak toto zasiťování využívají ostatní členové týmu během práce s klientem.

V programu Práce s klienty v konfliktu se zákonem je case management vnímán jako model provázení klienta klíčovým pracovníkem systémem sociálních a zdravotních služeb. Podle dalších zdrojů (SAMHSA, 2015; Stuchlík, 2001) je klíčový pracovník, case manager důležitý nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování služeb. Významným faktem je, že v tomto programu nikdo nemluvil o case managementu v přítomném čase, ale spíše v čase budoucím. Pracovníci reflektují, že ve standardech odborné způsobilosti je jim doporučován case management jako možný způsob práce s klienty. Libra (2015) tuto metodu práce doporučuje pro klienty v následné povýstupní péči.

V posledním programu je case management vnímán jako koordinovaná, intenzivní, individuální, komplexní a dlouhodobá práce založená na vztahu s klientem, který má mnohačetné problémy. Velmi podobně case management vnímají např. SAMHSA (2015; Vanderplasschen, 2010; Vanderplasschen et al., 2007), když popisují, že je to intervence vhodná pro klienty, kteří zneužívají návykové látky a mají další mnohačetné a komplexní problémy, které postihují všechny oblasti jejich života. V rámci tohoto programu je case management přístup při práci s klienty nejvíce etablován a využíván. Členové týmu se

identifikují s case management přístupem při práci s klienty. V rámci tohoto programu je rozvíjen case management v sociální práci s cílovou skupinou adiktologických klientů.

V rámci Terapeutického centra v Olomouckém kraji je role case managera vnímána jako síťáře a koordinátora prevence gamblingu, jehož úkolem je zapojit do spolupráce co největší počet organizací, které se při své práci mohou setkat s cílovou skupinou, s níž organizace pracuje. Tento pracovník není v přímém kontaktu s klienty. Jeho úkolem je též psaní článků a edukace v ostatních organizacích. Tento model práce se nejvíce přibližuje brokerskému modelu case managementu, který McDonald (2005) definuje jako přístup, který klade důraz na posouzení potřeb klientů a doporučení k dalším službám. V tomto přístupu není podporován intenzivní dlouhodobý vztah mezi klientem a case managerem (SAMHSA, 2015).

Pracovníci programu Práce s klienty v konfliktu se zákonem vnímají case managera jako klíčového pracovníka, který klienta provází v rámci programu systémem služeb, které klient potřebuje. Důležitou funkcí case managera je doprovázení a podpora klienta během kontaktu s jinými službami. SAMHSA (2015) považuje doprovázení klienta za důležitou součást provádění case managementu. Pro pracovníky v tomto programu je zásadním faktorem při práci s klienty rozvíjení vztahu s klientem, což je jedním ze základních principů intenzivního modelu case managementu (SAMHSA, 2015).

V poslední organizaci zapojené do výzkumu se používá termín case manager i klíčový pracovník. Case manager je vnímán jako osoba, která je zodpovědná za vedení linie celého případu klienta. Klíčový pracovník je chápán jako osoba, jež se podílí v rámci případu na dílčím úkolu, který je naplánován s klientem. Při popisu rolí case managera se výpovědi účastníků výzkumu tohoto programu nejvíce přibližovaly teoretickým východiskům, které jsou popisovány literaturou zabývající se přístupem case management (SAMHSA, 2015; Vanderplasschen, De Maeyer, 2007). Mezi důležité prvky práce, které jsou v tomto programu využívány, patří: aktivní vyhledávání klientů, práce v přirozeném prostředí klienta, doprovázení v rámci jiných služeb, vytváření vztahu mezi klientem a case managerem, práce s rodinou či známými klienta, spolupráce na úrovni více organizací na případu klienta, sdílení případů v rámci týmu, obhajoba práv klienta.

Nevýhody, které jsem popisoval během interpretace, se vynořily jako specifické pro implementaci case managementu v rámci služeb zapojených do výzkumu. V rozhovorech byl často zmiňován problém výkaznictví, který se může v rámci programu stát problémem pro jeho zavádění. Při používání této metody v reálné práci s klientem je nutné pracovat v jeho přirozeném prostředí, což je považováno (SAMHSA, 2015; Stuchlík, 2001) za jeden z důležitých principů case managementu jako asertivní komunitní léčby. Jak píše SAMHSA (2015), práce v přirozeném prostředí klienta je důležitý faktor činnosti case managera, neboť klient nemusí být z různých důvodů schopen do služby docházet. Dotazovaní uváděli, že například práce v přirozeném prostředí klienta a hlavně dojíždění za klientem zabere velké penzum času, ale nedá se to považovat za výkon, který se dá zanást do výkazů. Dalším problémem, na který dotazovaní upozorňovali, je snížení počtu výkonů při práci tímto přístupem, neboť práce s klientem je intenzivní a hlubší a není to pouze, jak řekl jeden z dotazovaných, „výdejna sociálních služeb“.

Evidence dat v programu Unidata je pro pracovníky velmi těžká, neboť není uzpůsobena jejich potřebám, kterými jsou pracovat on-line, mít možnost pracovat flexibilně s daty případu jednotlivých klientů, zadávat údaje a kontrolovat linii případu během práce s klientem. Pracovníci používají během reálné práce smartphony a snaží se využívat modernější aplikace, které lépe vyhovují potřebám case managera.

Stigma drogové služby je vnímáno hlavně z pohledu sociálních pracovníků poskytujících služby přístupem case management v rovině nepochopení ze strany jiných spolupracujících institucí, neboť někteří pracovníci mají vůči klientům zažitá stereotypy a trpí předsudky, které brání kvalitní spolupráci. Ze strany klienta je to určitá obava o sdílení informací v rámci více služeb, neboť na úrovni některých z nich jsou informace o drogové kariéře spíše přitěžujícím faktorem spolupráce. Jak se k tomuto tématu vyjadřuje SAMHSA (2015), case manageri musí velmi často bořit mýty o klientech a napravovat vztahy mezi klienty a jinými poskytovateli služeb. De Maeyer, Vanderplasschen (2005; in Vanderplasschen, De Maeyer, 2005, p.466) doporučují, že vznikne-li konflikt, může pomoci, „kdyby probíhala pravidelná nebo ad hoc setkání zástupců jednotlivých služeb a agentur, při kterých je možno diskutovat a pochopit stanoviska jednotlivých stran“.

Mezi nejčastěji zmiňovanými výhodami se objevovaly: týmová práce, spolupráce na případu s rodinnými příslušníky, komplexní a dlouhodobá práce, síťování k dalším službám, dobrý vztah mezi klientem a pracovníkem umožňující rozkrývání a řešení důležitých problémů, kontinuita.

V rámci této bakalářské práce jsem si potvrdil názor, který ve svém protokolu nabízí SAMHSA (2015), že je důležité mít neustále na paměti, v jakém kontextu je case management užíván; jaké jsou potřeby organizace, která ho používá; jaká je realita nastavení programu; jaký je předchozí výcvik jedinců, kteří case management využívají při své práci; kdo ho při své práci používá (sociální pracovníci, zdravotní sestry, specialisté na case management). Většina z účastníků výzkumu je svou profesí sociální pracovník využívající při práci s klienty case management nebo alespoň jeho prvky. Ve výzkumném souboru se neobjevil ani jeden adiktolog, který je během svého studia připravován tímto způsobem pracovat. Během psaní této práce jsem si často kladl otázku: Kolik adiktologů vlastně při práci s klientem využívá tento přístup? Jak je vlastně profese adiktologa vnímána ostatními profesemi, které pracují s klienty v drogových službách? Proč je doporučován tento přístup práce s klienty a neexistuje dostupná literatura, která by reflektovala situaci v rámci českých adiktologických služeb? Budoucí výzkum by se mohl ubírat k praktickým věcem. Jaké jsou možnosti vytváření multidisciplinárních týmů. Jak se dají využívat modernějších pomůcky při práci case managerů, které reflektují potřeby flexibilnější reakce na klientův stav. Jak pracovat s předsudky a stereotypy na různých úrovních systému služeb. Do budoucna je téma case management důležitou spojnicí nejen pro práci klienta a case managera, ale může otevřít i diskusi na úrovni různých úrovní služeb. Možná case management nepotřebují pouze klienti.

Touto prací jsem si potvrdil, že case management při práci s adiktologickými klienty je ve shodě se světovým vývojem replikován do českých adiktologických služeb z oblasti péče o duševní zdraví a sociální práce. Case management není do adiktologických služeb pevně zakotven. V rámci tohoto výzkumu je potřeba case management chápat v kontextu jednotlivých programů, cílové skupiny, se kterou organizace pracují, jak dlouho tento přístup nebo alespoň jeho prvky využívají, jak je programy vnímán a chápán. Výsledky této práce nelze zevšeobecnit a vytvářet si tím názor na využívání case managementu v českých adiktologických službách. V rámci programů zapojených do bakalářské práce se nevyužívají komprehenzivní modely case managementu popisované odbornou literaturou. Týmy nejsou multidisciplinární, ale jsou spíše zaměřeny na sociální práci, při které je metodou práce case management s cílovou skupinou klientů, kteří mají nebo měli problém s návykovou látkou. Velmi zajímavými otázkami, které se vynořily během výzkumu, jsou výkaznictví, evidenční systémy a stigma drogové služby, které jsou úzce

spojeny s využíváním samotného přístupu case management při práci s adiktologickými klienty. Bakalářská práce, kterou jsem psal, splnila má očekávání. Blíže jsem se seznámil s touto metodou práce v různých programech a přesvědčil se, že je potřeba neustále přemýšlet nad tím, v jakém kontextu a jakým způsobem je tento model práce využíván.

## 11 Seznam použité literatury

Bechyňová, V. (2012). *Případová konference. Praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou*. Praha: Portál.

Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Univerzita Karlova v Praze. Praha: Karolinum.

Gabrhelíková, G. (2015). *Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami*. In: Kalina, K. a kol.: *Klinická adiktologie*. Kapitola 33. Praha: Grada Publishing.

Havránková, O. (2008). *Případová práce*. In: Matoušek, O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce*. Kapitola 5. Praha: Portál.

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

Janíková, B. (2008). *Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách*. In: Kalina, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 7. Praha: Grada Publishing.

Jeřábek, P. (2015). *Integrativní přístup v léčebném kontinuu*. In: Kalina, K. a kol.: *Klinická adiktologie*. Kapitola 11. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2003). *Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí*. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti-meziborový přístup*. Kapitola 4/9. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2008a). *Ženy a muži jako specifické cílové skupiny*. In: Kalina, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 19. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2015). *Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti a jeho implikace pro odbornou péči*. In: Kalina, K. a kol.: *Klinická adiktologie*. Kapitola 4. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2015a). *Faktory významné pro léčbu, změnu a uzdravu*. In: Kalina, K. a kol.: *Klinická adiktologie*. Kapitola 35. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K., Minařík, J. (2015). *Duální diagnózy a psychopatologické komplikace*. In: Kalina, K. a kol.: *Klinická adiktologie*. Kapitola 9. Praha: Grada Publishing.

Kuda, A. (2008). *Prevence a zvládnání relapsu*. In: Kalina, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 16. Praha: Grada Publishing.

Kudrle, S. (2003). *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti-meziborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.



Libra, J. (2015). *Case management-prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče*. In: Kalina, K. a kol.: *Klinická adiktologie*. Kapitola 37. Praha: Grada Publishing.

Libra, J. (Ed.) (2015a). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. Verze 2.5. Schváleno Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky dne 3.3.2015. Praha: Úřad vlády ČR.

Matoušek, O. (2008). *Úvod: Cíle a úrovně sociální práce*. In: Matoušek, O. a kol.: *Metody a řízení sociální práce*. Kapitola 1. Praha: Portál.

McDonald, D. (2005). *Case management in the substance abuse field: Insight for the research literature*. A report prepared for the Drug and Alcohol Policy Unit ACT Health. May 24th, 2005, Social Research and Evaluation Pty Ltd.

Miller, W., R., Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2013). *Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: MZ ČR, verze 1.0, vydáno 8.října 2013. Staženo (2016-06-13) z: <http://www.reformapsychiatrie.cz>.

Miovská, L., Adameček, D., Bečka, J., Beránková, A., Dobiášová, D., Dolák, J. et al. (2006). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). *Psychiatrická komorbidita*. In: Kalina, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 5. Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (2010). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Miovský, M. (Ed.) (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Verze 4.7. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. Staženo (2016-06-15) z: <http://www.snncls.cz/2013/11/11/koncepce-site-specializovanych-adiktologickych-sluzeb-finalni-verze/>.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z. et al. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: NMS.

National Case Management Network of Canada (2012). *Canadian Core Competency Profile for Case Management Providers*. Dostupné z: [www.ncmn.ca](http://www.ncmn.ca)

National Association of Social Workers (2012). *Standards for Social Work Case Management*. Washington DC. Dostupné z: [www.SocialWorkers.org](http://www.SocialWorkers.org).

Nepustil, P., Szotáková, M. a kol. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Nešpor, K. (2003). *Úvod do problému diagnostiky a „matching“*. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti-meziborový přístup*. Kapitola 4/1. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Nykl, L. (2012). *Carl Ransom Rogers a jeho teorie. Přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada Publishing.

Prachařová, P. (2014). *Klient v následné péči*. In: Růžička, M., Prachařová, P. a kol.: *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii*. Kapitola 7. Univerzita Palackého v Olomouci.

Preslová, I. (2015). *Gender a drogy*. In: Kalina, K. a kol.: *Klinická adiktologie*. Kapitola 32. Praha: Grada Publishing.

Rapp, R. C., Siegal, H. A., Fisher, J. H. (1992). *A strengths-based model of case management/advocacy: Adapting a mental health model to practise work with persons who have substance abuse problems*. In: Ashery, R.S., ed.: *Progress and Issues in Case Management*. NIDA Research Monograph Series Numer 127. HHS Pub. No. (AMD) 92-1946. Rockvile, MD: National Institute on Drug Abuse, 1992, pp. 79-91.

Rapp, R., C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., Vanderplasschen, W. (2014). *The Efficacy of Case Management With Persons Who Have Substance Abuse Problems: Three-Level Meta-Analysis of Outcomes*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol.82, No.4, pp.605-618.

Ridgely, M., S., Willenbring, M., L. (1992). *Application of Case Management to Drug Abuse Treatment: Overview or Models and Research Issues*. In: Ashery, R.S., ed.: *Progress and Issues in Case Management*. NIDA Research Monograph Series Numer 127. HHS Pub. No. (AMD) 92-1946. Rockvile, MD: National Institute on Drug Abuse, 1992, pp. 12-33.

SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011). *Addiction Counseling Competencies. The Knowledge, Skills and Attitudes of Professional Practice*. Technical Assistance Publication (TAP) Series, No.21. HHS Publication No. (SMA) 08-4171. Rockvile, MD: SAMHSA, 2011. Dostupné z: [http\\www.store.samhsa.gov](http://www.store.samhsa.gov).

SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No.27. HHS Publication No. (SMA) 12-4215. Rockvile, MD: SAMHSA, 2015. Dostupné z: [http\\www.store.samhsa.gov](http://www.store.samhsa.gov).

Silverman, D. (2005). *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar.

Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.

Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Books.

Šťastná, M., o. s. Šance pro Tebe. (nedatováno) *Metodika případových konferencí v rámci interdisciplinární spolupráce města Chrudim formou case managementu*. Staženo (2016-06-13) z: [http\\www.sance.chrudim.cz/casemanagement.php](http://www.sance.chrudim.cz/casemanagement.php).

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

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

Vanderplasschen, W. (2010). *Provádění a hodnocení case managementu pro uživatele návykových látek s komplexními a mnohočetnými problémy*. Praha: Sdružení SCAN.

Van Veldhuizen, J. R., Bähler, M. (2013). *Manual Flexible Assertive Community Treatment (Vision, model, practice and organization)*. Groningen: The Netherlands. Dostupné z: [http\\www.factfacts.nl](http://www.factfacts.nl).

Zábranský, T., Mravčík, V. (2015). *Epidemiologie návykových látek („drogová epidemiologie“)*. In: Kalina, K. a kol.: *Klinická adiktologie*. Kapitola 38. Praha: Grada Publishing.

Wilken, J., P., Hollander, D. (2005). *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Studijní materiál projektu Matra III. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CMHCD). Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz>.