

Univerzita Karlova v Praze

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Soňa Valentová, DiS.

**Case management v adiktologické službě a v Centru duševního zdraví  
s klienty s duální diagnózou**

**Case management in the addictology service and in the mental health  
centre with clients with a dual diagnosis**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jiří Libra

Praha, duben 2023

## **Prohlášení**

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

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

V Praze, 2023

Soňa Valentová, DiS.

.....

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Jiřímu Librovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky v celém procesu psaní této práce.

Děkuji všem účastníkům výzkumu za jejich ochotu, čas a otevřenost, se kterou k výzkumu přistupovali.

### **Identifikační záznam**

VALENTOVÁ, Soňa. *Case management v adiktologické službě a v Centru duševního zdraví s klienty s duální diagnózou. [Case management in the addictology service and in the mental health centre with clients with a dual diagnosis]*. Praha, 2023. Počet stran 60, počet příloh 2. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2023. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Jiří Libra.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se věnuje porovnání pracovních postupů v sociálních službách (adiktologická ambulantní služba a Centrum duševního zdraví), které spolupracují s klienty s duální diagnózou metodou case managementu. V teoretické části se zabývám tématem duálních diagnóz včetně integrované léčby, jakožto nejefektivnějšímu přístupu v léčbě osob s duální diagnózou. Dále popisuji základní činnosti case managementu, využití case managementu v adiktologických službách a ve službách zaměřených na duševní zdraví. Cílem bakalářské práce je zmapovat a porovnat provádění case managementu v adiktologické službě a Centru duševního zdraví při spolupráci s klienty s duální diagnózou. Informace byly získávány kvalitativní metodou, polostrukturovanými rozhovory s pracovníky služeb. Výzkumný soubor jsou čtyři pracovníci ze dvou adiktologických služeb a čtyři pracovníci ze dvou Center duševního zdraví. Výsledkem zkoumání je, že pracovníci adiktologických služeb a Center duševního zdraví spolupracují s lidmi s duální diagnózou metodou case managementu většinou podobně, pouze s několika rozdíly. K hlavním rozdílům patří, že pracovníci Center duševního zdraví kladou větší důraz na opakované asertivní kontaktování při navazování spolupráce s klientem. Pracovníci adiktologických služeb standardně častěji revidují individuální plány. Pracovníci Center duševního zdraví občasně předávají spolupráci s klientem do adiktologických ambulantních služeb, kde pracují také metodou case managementu. Výzkum slouží jako náhled do praktického používání metody case managementu a práce s lidmi s duální diagnózou v jednotlivých službách.

Klíčová slova: case management, duální diagnózy, integrovaná léčba, adiktologická služba, Centrum duševního zdraví.

## **Abstract**

The bachelor thesis focuses on comparison of working methods in social services (in the addiction support service and in the centre for mental health), which work together with clients with dual diagnosis, using the case management method. In the theoretical part, I am concentrating on the topic of the dual diagnosis, including integrated treatment as one of the most effective approaches in treating individuals with dual diagnosis. Further, I am describing basic principles of case management, also the use of case management in the addiction support services and in the services specializing on mental health issues. The aim of this bachelor thesis is to map out and compare the usage of case management in the addiction support service and in the centre for mental health, while working together with clients with dual diagnosis. The information were gained with a qualitative method through half-structured interviews with various service workers. The research group includes four workers from two different addiction support services and four workers from two different centres for mental health. The outcome of the research is that the workers from the addiction support services and from the centres for mental health work together with the clients with dual diagnosis using the case management method mostly similarly, only with few differences. One of the main differences is that the workers from the centres for mental health place more emphasis on repeated assertive contact when establishing cooperation with the client. The workers from the addiction support services revise the individual plans more often as a standard. The workers from the centres for mental health sometimes hand over the cooperation with the client to the emergency addiction services that are also using the case management method. The research serves is an insight into the practical usage of the case management method and working with people with dual diagnosis in all the individual services.

Key words: case management, dual diagnoses, integrated treatment, addiction support service, centre for mental health.

# Obsah

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Duální diagnózy.....	10
1.1 Etiologie.....	10
1.2 Prevalence duálních diagnóz.....	10
2 Léčba duálních diagnóz.....	12
2.1 Postupná léčba.....	12
2.2 Paralelní léčba.....	12
2.3 Integrovaná léčba.....	12
2.4 Léčebné nevýhody duálních diagnóz.....	15
2.5 Diagnostické problémy.....	15
3 Case management.....	16
4 Základní činnosti case managementu.....	18
4.1 Engagement – vyhledání klienta a zapojení do služby.....	18
4.2 Assessment – posuzování klienta.....	19
4.3 Planning, goal – setting, implementation – řízení případu, plánování, stanovování cílů a realizace.....	19
4.4 Linking, monitoring, advocacy – propojování k dalším zdrojům, sledování průběhu.....	20
4.5 Disengagement – ukončení služby.....	21
5 Case management v ČR.....	22
5.1 Case management ve službách zaměřených na duševní zdraví v ČR.....	22
5.1.1 Centra duševního zdraví.....	22
5.2. Case management v adiktologických službách v ČR.....	25
6 Case management s lidmi s duální diagnózou.....	26

## PRAKTICKÁ ČÁST

7 Metodologický rámec.....	27
7.1 Výzkumný cíl.....	27
7.2 Metoda výzkumu.....	27
7.3 Metoda získání dat.....	28
7.4 Výzkumný soubor.....	28
7.5 Etika výzkumu.....	28
7.6 Proces získání dat.....	29
7.7 Analýza dat.....	29
8 Výsledky.....	31
8.1 Engagement – vyhledání klienta a zapojení do služby.....	31
8.1.1 Asertivní kontakt .....	31
8.1.2 Vztah.....	33
8.1.3 Kontraktování do služby .....	34
8.2 Linking, monitoring, advocacy – propojování k dalším zdrojům, sledování průběhu vývoje případu, obhajoba zájmů klienta.....	35
8.2.1 Tým.....	35
8.2.2 Spolupráce s okolím.....	36
8.2.3 Spolupráce s klienty s duální diagnózou, kteří neabstínují .....	38
8.2.4 Monitorování spolupráce.....	40
8.2.5 Intenzita a dlouhodobost spolupráce .....	42
8.2.6 Obhajoba zájmů a práv klienta.....	43
8.3 Disengagement – ukončení služby.....	45
8.4 Teoretická a praktická východiska spolupráce s lidmi s duální diagnózou.....	47
9 Diskuse a závěr... ..	50
Seznam použité literatury.....	54



## Úvod

Duální diagnózy jsou souběhem dvou různých duševních onemocnění. Nejvhodnější formou podpory je integrovaný přístup, který se zaměřuje na léčbu obou diagnóz včetně jejich symptomů současně. Principy integrované léčby se v mnohém prolínají s činnostmi case managementu. Case management je vhodným způsobem podpory u osob s mnohačetnými problémy, které často život s duální diagnózou přináší. Důležitým faktorem ve službách, které poskytují case management lidem s duální diagnózou, je multidisciplinarita, tedy tým složený z pracovníků potřebných odborností.

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu spolupráce s lidmi s duální diagnózou, které je mnoho let až po současnost tématem aktuálním napříč mnoha službami. V komunitním týmu ve Fokusu Praha, kde jsem v minulých letech pracovala jsme si mnohokrát kladli otázku, podle čeho si klient s duální diagnózou může vybrat službu adiktologickou nebo službu zaměřenou na duševní zdraví, obě poskytující case management.

*„Je zřejmé, že adiktologické služby a služby pro duševní zdraví mají část společné klientely, ale překlenování rozhraní mezi těmito dvěma systémy služeb představuje stejně jako jinde ve světě významnou odbornou a organizační výzvu, aby pacienti s duálními diagnózami nepropadávali do systémové mezery a nacházeli efektivní a komplexní odbornou pomoc“ (Kalina a kol., 2015, str. 228).*

V teoretické části se věnuji tématu duálních diagnóz, definování tohoto pojmu, možnostem léčby, včetně podrobnějšího popisu integrované léčby. Dále popisují metodu case managementu, jeho definice, základní činnosti a case management v adiktologických službách a v Centrech duševního zdraví.

Ve výzkumné části mé bakalářské práce je hlavním cílem zmapovat a porovnat provádění case managementu v základních činnostech ve spolupráci s klienty s duální diagnózou v adiktologické ambulantní službě a v Centru duševního zdraví z pohledu pracovníků těchto služeb. Dále chci zjistit z jakých teoretických a praktických východisek case manageri vycházejí.

Přínosem této práce by mohla být vzájemná inspirace pro odborníky obou typů služeb. Také může být přínosem i pro osoby, které se o toto téma teprve zajímat začínají, a to jak teoretickým popisem metody case managementu ve spolupráci s lidmi s duální diagnózou, tak v náhledu do praxe.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Duální diagnózy

*„Pojem duální diagnóza je v adiktologické i psychiatrické literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy“ (Kalina a kol., 2015, str. 211). Shodně popisuje Jeřábek (2008) a světová zdravotnická organizace (WHO, 2010) duální diagnózu jako komorbiditu nebo souběh syndromu závislosti s další duševní poruchou. Pojem komorbidita znamená „souběžný výskyt poruchy z užívání návykových látek a jiné duševní poruchy u téže osoby. V souvislosti s těmito pacienty se užívají i další slovní spojení jako např. „duševně nemocní uživatelé drog“, „duševně nemocní s látkovou závislostí“, „souběžná porucha“, „komorbidní porucha“ a „duální diagnóza“ (Torrens a kol., 2017, str. 19). Fox a kol. (2010) uvádí, že pojem duální diagnóza je omezující pouze na dvě duševní poruchy a používá název současně se vyskytující porucha.*

### 1.1 Etiologie

Millerová (2011) píše o více možných příčinách souběhu duševního onemocnění a závislosti na návykových látkách. U člověka se mohou vyskytovat společné faktory pro obě diagnózy, jako například traumatická událost v dětství, nedostatečný sociální kontakt a genetika. Jedná se o faktory biologické, psychologické a sociální. Dále mohou být symptomy psychiatrické poruchy vyvolány užíváním návykových látek nebo životním stylem v souvislosti s abúzem návykových látek. Vznik nemoci může být ovlivněn toxicitou látek, které negativně působí na nervový systém (Kalina a kol., 2015). Projevy duševního onemocnění také mohou souviset s působením návykové látky. Jako poslední příčina se uvádí, že lidé mohou začít užívat návykové látky jakožto samoléčbu duševního onemocnění (Millerová, 2011). Užívání se poté může postupně rozvíjet, dokud látka přináší pocit úlevy (Kalina a kol., 2015).

### 1.2 Prevalence duální diagnóz

Mnoho odborníků uvádí, že prevalence duálních diagnóz roste, někteří ale tvrdí, že za změnami v počtu osob s duální diagnózou stojí změny v diagnostice, v systému zdravotní péče a větší znalosti a povědomí o tomto tématu (EMCDDA, 2004). V Evropě je prevalence duálních diagnóz dle EMCDDA (2004) mezi 30 a 50 procenty.

Dle Foxe a kol. (2010) se asi 50 procent osob s duševním onemocněním setkala s problémy s užíváním alkoholu nebo jiných návykových látek. Dle Torrense a kol. (2017) jsou data ohledně komorbidit duševních poruch různá. Důvodem může být rozdílná metodologie výzkumů, geografické a časové odlišnosti. Je třeba brát v úvahu, že prevalence se bude lišit u jednotlivých psychiatrických onemocnění, a stejně tak při užívání různých návykových látek.

V letech 2001 a 2002 bylo v ČR provedeno orientační šetření u 200 klientů z denního stacionáře a terapeutických komunit. Psychiatrické komorbiditě se vyskytovaly u 35,5 procent klientů (Mravčík a kol., 2003). Kalina a Vácha (2013) zkoumali procento osob s duální diagnózou u klientů terapeutických komunit s výsledkem 47 procent. V psychiatrické komorbiditě se nejvíce objevují poruchy osobnosti, úzkostné a depresivní poruchy, dále poruchy příjmu potravy a psychotické poruchy (Kalina a kol., 2015).

## **2 Léčba duální diagnózy**

Jako tradiční přístupy Fox a kol. (2010) označuje postupnou a paralelní léčbu. Jako nejúčinnější postup ve spolupráci s lidmi s duální diagnózou se ukázala léčba integrovaná.

### **2.1 Postupná léčba**

Postupná léčba se zaměřuje pouze na jednu diagnózu a poté na druhou, neuznává propojenost obou onemocnění. Fox a kol. (2010) u postupné léčby spatřuje několik nevýhod. Nejistotu, které onemocnění je třeba léčit jako první, dále pokud jedna z obou diagnóz nebude léčena, bude snížena úspěšnost léčby druhého onemocnění.

Často dochází k tomu, že jsou nejdříve řešeny nejzávažnější problémy a poté problémy ostatní, může tím docházet k tomu, že klient přechází od jedné služby k další a obtíže nejsou řešeny komplexně (Torrens a kol., 2017). *„Pokud u člověka relabuje jedna porucha, obvykle ve stejnou dobu nastane relaps i u druhého onemocnění“* (Fox a kol., 2010, s. 11).

### **2.2 Paralelní léčba**

V rámci této léčby je věnována pozornost oběma poruchám, ale v rámci dvou oddělených zařízení. Jedno z nich je zaměřeno na léčbu závislosti, a jedno na duševní zdraví. Ne vždy spolu oba systémy dostatečně komunikují a vhodně koordinují spolupráci. Komunikace mezi oběma zařízeními často spadá na klienta, což je mnohdy velmi obtížné a klient se v situaci může hůře orientovat (Fox a kol., 2010).

### **2.3 Integrovaná léčba**

Integrovanou léčbou je myšleno, že jeden poskytovatel nebo tým poskytovatelů zajišťuje komplexní léčbu jak duševního onemocnění, tak závislosti na návykových látkách zároveň. Zde zajišťuje koordinaci, spolupráci a komunikaci tým pracovníků místo klienta (Fox a kol., 2010). *„Léčba zahrnuje motivační a behaviorální intervence, prevenci relapsu, farmakoterapii a přístupy zaměřené na řešení sociálních aspektů pacientova problému“* (Torrens, 2017, str. 91).

Hlavními znaky integrované léčby jsou:

#### Sdílené rozhodování

Klient je odborníkem na svoji historii, hodnoty a postoje. Pracovník je odborníkem na intervence, proces a výsledky. Společně sestavují plán léčby, zotavení. Klient určuje, jakých cílů chce dosáhnout, jak chce v léčbě postupovat. Jeho zapojením do léčebného procesu dochází k upevnění terapeutického vztahu (Fox a kol., 2010). Pracovník nemá přejímat činnost, kterou člověk s duální diagnózou zvládne samostatně, a vytvářet tak pečující přístup. Je třeba podpořit klienta, že i přes komplikace může léčbu zvládnout (Millerová, 2011).

#### Komplexnost

Je třeba umožnit lidem s duální diagnózou přístup k mnoha službám a poskytovat komplexní psychosociální podporu. Může se jednat například o službu case management, dále podporu v oblasti bydlení, nácvik dovedností potřebných k samostatnému životu, farmakologickou léčbu, edukaci rodinných příslušníků a blízkých osob a podporu v oblasti práce (Fox a kol., 2010). Mnoho pracovníků ze služeb zaměřených na duševní zdraví si myslí, že osoby, které užívají návykové látky, si nemohou udržet práci. Dle výzkumu to ale není pravda, bylo prokázáno, že i přes užívání alkoholu a dalších návykových látek si mnoho lidí práci udrželo. Zaměstnání může podpořit důvěru v sebe sama a klienty může vést k dalším pozitivním změnám. Pro někoho může mít práce vliv na omezení užívání návykových látek nebo může vést až k abstinenci (Swanson, Becker, 2013).

#### Asertivní komunitní léčba

Mnoho osob s duální diagnózou nevyhledává pomoc samo. Asertivní komunitní přístup využívá strategie k navázání kontaktu, mezi ně může patřit například potravinová pomoc, podpora při zajištění přístřeší nebo zaměstnání (Fox a kol., 2010).

#### Omezení negativních důsledků

Cílem nemusí být jen přestat s užíváním návykových látek, ale snížení negativních důsledků závislosti. Pokud lidé dosáhnou některých cílů ke snížení škodlivých důsledků užívání návykových látek, jsou poté motivovanější k získání kontroly nad užíváním návykových látek a symptomy duševního onemocnění (Fox a kol., 2010).

## Dlouhodobá perspektiva

U osob s duální diagnózou je třeba předem počítat s delším obdobím spolupráce (Orlin, Davis, 1993 in Millerová, 2011). U někoho stačí k zotavení pár měsíců, u někoho je podpora dlouhodobá, až několik let. Při léčbě duálních diagnóz je třeba zkoušet různé cesty a počítat s tím, že zotavování bude postupné (Fox a kol., 2010).

## Léčba založená na motivaci

Ke zvládnání dvou souběžně se vyskytujících poruch je důležité vědět, ve které fázi motivace ke změně se klient nachází, a jakým způsobem s klientem v dané situaci spolupracovat.

První fáze je navazování kontaktu. Jedná se o náročnou část procesu, která mnohdy trvá dlouho. Cílem je vybudovat si s klientem, který často odmítá léčbu, vztah založený na důvěře, který je základním prvkem k následné spolupráci. Druhou fází je práce s přesvědčením. Pracovník podporuje pozitivní náhled klienta na budoucnost a pomáhá klientovi uvědomit si, že časté užívání návykových látek zhoršuje projevy jeho duševní nemoci a kvalitu jeho života (Fox a kol., 2010). Práci s motivací může pracovník podpořit motivačními rozhovory. Užitečné je vždy vědět v jaké fázi motivace aktuálně klient je, zda před rozhodnutím o změně, zda změnu zvažuje, nebo se již rozhodl. Dále je třeba zjistit, jestli ke změně dochází nebo již došlo. Následuje její udržování a práce na snížení rizika relapsu (Millerová, 2011). Třetí fází je aktivní léčba, kde důležitými intervencemi jsou skupinové terapie, svépomocná podpora, kognitivně behaviorální terapie a nácviky dovedností. Poslední čtvrtou fází je prevence relapsu. Zde dochází k podpoře a udržení již získaného stavu, zkušeností a dovedností (Fox a kol., 2010).

*„Úkolem prevence relapsu je: připravit plán pro relaps, pokračovat ve skupinové práci, pokračovat s podporou v rámci peer skupin, pracovat na zlepšování kvality života (například v oblasti práce, rekreace, životní pohody)“* (Fox a kol., 2010 str.16).

## Četné psychoterapeutické intervence

Je třeba rozlišovat různorodost potřeb klientů. Někdo bude chtít řešit svoje onemocnění a jeho projevy, a pro někoho se stejnou diagnózou bude důležitější zabývat se rodinnými problémy a traumaty z minulosti. Je třeba dbát na to, aby intervence byly individualizované a šité na míru jednotlivým osobám. U většiny klientů je třeba více intervencí najednou (Fox a kol., 2010). Zimberg (1993) in Millerová (2011) uvádí, že ideální četnost intervencí je dvakrát až třikrát týdně.

## 2.4 Léčebné nevýhody duálních diagnóz

Obečně je vnímáno, že lidé s duální diagnózou mají těžší průběh nemoci, více komplikací v léčbě a náročnější zdravotní a sociální důsledky onemocnění. Komplikace mohou snižovat schopnost klienta zapojit se do léčby a vytrvat v ní. Dochází k častějším motivačním krizím, interpersonálním konfliktům a rizikovým situacím (Kalina, 2015). „*Závislost na návykových látkách u osob s vážnou psychickou poruchou může exacerbovat psychické příznaky a spustit relaps*“ (Ocisková, Praško, 2015, str. 181). Zvyšují se nároky na personál a jeho odbornost. Práh péče pro klienty je tedy vyšší, mimo jiné i z důvodu nepropojenosti systémů služeb pro uživatele návykových látek a pro klienty s jinými psychiatrickými onemocněními (Kalina a kol, 2015).

## 2.5 Diagnostické problémy

Dle Nešpora (2003) je určení správné diagnózy velmi náročné, vzhledem k tomu, že toxická psychóza a odvykací stav mohou mít podobné projevy jako například schizofrenie nebo porucha osobnosti. Přes závislost nemusí být duševní onemocnění patrné ihned. Nešpor (2003), Volkov (2010) a Millerová (2011) uvádějí, že duální diagnózu lze lépe stanovit až po nějaké době abstinence klienta, symptomy psychiatrického onemocnění mohou totiž během abstinence vymizet. Dle Millerové (2011) je dále důležité provést psychologické vyšetření a zmapovat klientovu anamnézu, zda se symptomy psychiatrické diagnózy objevily již před počátkem užívání návykových látek, nebo zároveň, v době, kdy klient návykové látky užíval.

Informace je vhodné zjišťovat jak od klienta, tak od jeho rodiny a blízkých osob. Lékaři se mimo jiné ptají i na rodinnou anamnézu, zda se v rodině vyskytovalo duševní onemocnění, a zda lze uvažovat o genetických předpokladech. Volkov (2010) uvádí, že správné a včasné určení diagnózy je důležité pro účinnou, efektivní a komplexní léčbu osob s duální diagnózou.

### 3 Case management

V následujícím textu uvedu několik autorů, kteří se pojmu a definici case managementu věnovali.

Pojetí case managementu nenabízí jednotnou teorii. Case management ve světě vznikl na základě potřeby lépe koordinovat služby v určité lokalitě. Vytvoření teoretického rámce nebylo třeba, což znamenalo volnost a různé chápání case managementu, a proto jsou přístupy k tomu způsobu práce rozdílné. Na jedné straně je case manager úředníkem bez praktické zkušenosti v pomáhajících profesích, který má na stole osmdesát složek klientů a na druhé straně je vysokoškolsky vzdělaný sociální pracovník, který spolupracuje s pěti klienty (Nepustil, Szotáková, 2013). Lukersmith (2016) uvádí, že po analýze literatury, která se týká case managementu z let 1988 až 2013 bylo výsledkem dvacet dva definic, pět modelů s šedesáti devíti aktivitami nebo úkoly case managerů, které byly shrnuty do klíčových intervencí.

Dle SAMSHA (2015) case management nemá přesnou definici, ale můžeme jej popsat jako koordinovaný přístup k poskytování zdravotních, adiktologických, psychiatrických a sociálních služeb, kdy dochází k propojování jedinců s vhodnými službami, které by měly řešit jejich cíle a konkrétní potřeby.

Case management je proces, kdy dochází ke spolupráci mezi klientem a case managerem za účelem efektivního využívání dostupných zdrojů. Case manager podporuje klienty v dosahování bezpečných, realistických cílů v oblasti zdravotního, sociálního a finančního prostředí (National Case Management Network of Canada, 2012).

Ve Spojených státech i v Evropě case management přispívá k lepší dostupnosti léčby, udržení se v ní a využití následných služeb. Nejedná se o službu, která obsáhne komplexní úzdravu klienta, ale pozitivně ovlivňuje stabilizaci a zlepšení situace (Vanderplasschen, 2004).

V České republice pojem case management nemá aktuálně adekvátní ekvivalent. Často můžeme vidět překlad „případové vedení“, ale toto označení se obvykle neužívá.

V praxi i odborné literatuře se používá původní název case management, který občas bývá nahrazen názvem asertivní komunitní přístup nebo asertivní komunitní léčba (Stuchlík, 2001). Libra (2015, str. 646) uvádí, že: „*Case manager také může doplňovat ty zásadní položky na straně pacienta/klienta, ve kterých se projevuje deficit (zejména v motivaci, schopnosti učení, samostatnosti v dopravě atd.)*“.



Case management podporuje komunikaci mezi zdravotním a sociálním sektorem a spolupráci mezi ambulantními a pobytovými službami. Jakým způsobem ke koordinaci služeb dochází, je určeno dohodou mezi pracovníkem a klientem (Libra, 2015).

## **4 Základní činnosti case managementu**

Dle SAMSHA (2015) mezi základní činnosti case managementu patří engagement (vyhledání klienta a zapojení do služby), assessment (posuzování klienta), planning, goal – setting, implementation (řízení případu, plánování, stanovování cílů a realizace), linking, monitoring, advocacy (propojování k dalším zdrojům, sledování průběhu vývoje případu, obhajoba zájmů klienta) a disengagement (ukončení služby).

### **4.1 Engagement – vyhledání klienta a zapojení do služby**

V této fázi je třeba, aby byl case manager proaktivní a kreativní ve způsobu oslovení klienta. Pracovník nečeká, až se klient dostaví sám, ale klienty asertivně vyhledává. Zapojení klienta do spolupráce není jen o předání kontaktů na další zdroje. Často je při navazování kontaktu užitečná praktická pomoc, jako například odvoz do zdravotnického zařízení nebo darování páru ponožek, protože se jedná o okamžité naplnění potřeb klienta. V této fázi během navazování vztahu se motivace klienta spolupracovat může měnit. Case manager by měl pracovat s vnějšími i vnitřními obtížemi, které klientovi znesnadňují vstup do služeb. K vnějším obtížím můžeme zařadit například špatnou dostupnost, k vnitřním nedůvěru klienta v sociální a zdravotní služby. Podpora klienta v navázání kontaktu se službou (vztahu s pracovníkem), může mimo jiné probíhat metodou motivačních rozhovorů (SAMSHA, 2015). Podle Soukupa (2014) jsou motivační rozhovory přístupem, který je zaměřen na vnitřní motivaci osob ke změně svého chování. Základní principy motivačních rozhovorů jsou empatický vhléd, uvědomění rozporu mezi hodnotami klienta a jeho současným chováním, podpora klienta vnímat svoje silné stránky a schopnosti. Pracovník by se v motivačních rozhovorech měl vyhýbat tzv. napravovacímu reflexu (přílišnému tlaku na změnu), který může vést klienta spíše k obhajování svého stanoviska a dochází k poklesu pravděpodobnosti, že ke změně dojde.

Důležité je klientovi předat informace, co může od spolupráce očekávat. Case manager také může sloužit jako podpora klienta v komunikaci s vnějším prostředím, stejně tak pracovník může v počátcích spolupráce pomoci s potížemi, které je třeba řešit neodkladně (SAMSHA, 2015). Stuchlík (2001) píše o důrazu k přípravě na první setkání s klientem. Pokud je to možné, je třeba zjistit dostatek informací, zajistit bezpečné prostředí, kde by se klient mohl cítit dobře. Ideální je klienta o prvním schůzce informovat, ať už telefonicky nebo dopisem. Při prvním setkání by se case manager měl představit jménem, ne odborností.

V úvodním představení je nevhodnější uvést, co děláme, mluvit v obecné rovině o příkladech jiných klientů s podobnými problémy a procesu spolupráce s nimi. Důležité je, že pokud klient pojmenuje aktuální problémy, které by chtěl řešit, je nejlepší pustit se co nejdříve do jejich řešení. Při prvním kontaktu je třeba projevit respekt, klientovi trpělivě naslouchat.

Mimo aktivního oslovení klientů se Nepustil a Szotáková (2013) věnují tématu oslovení spolupracujících odborníků. Vytvoření spolupráce s těmito profesionály může znamenat, že se do služby dostane větší počet klientů. Nemusí jít pouze o převzetí do služby, ale i o nosnou spolupráci mezi case managerem a odborníkem, který službu kontaktoval.

## **4.2 Assessment – posuzování klienta**

V této fázi se pracovník zaměřuje na mapování klientových potřeb, silných stránek, dovedností a přání (SAMSHA, 2015). Během procesu posuzování by se case manager měl stát tazatelem, který bude zkoumat klientovy potřeby a jeho současnou situaci, ať už přímo od klienta, tak i z jeho okolí (Nepustil, Szotáková, 2013). Pracovník se v dotazování zaměřuje na oblasti sebezpečí, fyzického a duševního zdraví, bydlení a financí, vztahů a volného času. Po zjištění aktuální situace klienta následuje vytváření individuálního plánu. Fáze assesementu neboli posuzování tím nekončí, musí docházet k revizi a doplnění klientových potřeb, protože prostředí i situace se v průběhu spolupráce mění (Stuchlík, 2001).

Pracovník by během mapování měl posoudit, zda je case management vhodnou formou pomoci. Case manager sleduje zejména klientovu ochotu ke koordinované spolupráci, zda existuje více oblastí, ve kterých by byla užitečná podpora (Nepustil, Szotáková, 2013). Stuchlík (2001) uvádí, že pro mnoho lidí je obtížné svoje potřeby formulovat v tom případě, kdy jim není známa nabídka služeb a možností. Klient tedy často formuluje potřeby podle toho, jaká má očekávání od case managementu. Je úkolem pracovníka, aby nabídl dostatek možností, ale zároveň nevyvolával očekávání, která se neslučují s realitou.

## **4.3 Planning, goal – setting, implementation – řízení případu, plánování,**

### **Stanovování cílů a realizace**

Úkolem pracovníka je spolu s klientem v této fázi vytvořit plán. Cíle v plánu je třeba sestavit tak, aby byly měřitelné, zřejmé a dosažitelné. Větší cíle je třeba rozdělit do menších kroků. Jednotlivé kroky jsou sestavovány ve spolupráci s klientem (SAMSHA, 2015).

Ten již o některé z cílů v minulosti mohl usilovat a je třeba znát jeho zkušenosti, co se dařilo a co se nedařilo (Stuchlík, 2001).

Jestliže jsou cíle konkrétně pojmenované a je jasně nastavené, co kdo v dané situaci bude dělat, způsobuje to, že se klient necítí přehlcen úkoly, a pokrok se později stává jasněji viditelným (Vandeplasschen, Maeyer, 2007). V rámci plánu by mělo být zřejmé, kdo a kdy se na jednotlivých krocích bude podílet a v jakém časovém období (Stuchlík, 2001).

#### **4.4 Linking, monitoring, advocacy – propojování k dalším zdrojům, sledování průběhu vývoje případu, obhajoba zájmů klienta**

V této fázi case manager pracuje s klientem na průběžném vyhodnocování plánu a sledování procesu spolupráce. Dochází k propojování s jednotlivými zdroji a k hájení práv klienta. Úkolem pracovníka je zdroje aktivně vyhledávat a vytvářet tak síť kontaktů, na které může klienta odkazovat (SAMSHA, 2015). Do vytváření sítě kontaktů patří spolupráce s rodinou klienta, podpora ve vyvážení dalších sociálních kontaktů, síťování a vytváření spolupráce s nemocnicemi, praktickými lékaři a psychiatry, zaměstnavateli a dalšími sociálními službami (Stuchlík, 2001). Obhajoba práv klienta může probíhat formou přímého rozhovoru (například se zaměstnavatelem), nebo zasláním písemné zprávy o spolupráci s klientem a jeho posunu v údravě na soud. Hájení práv zahrnuje i vzdělávání dalších poskytovatelů služeb a jiných subjektů v oblasti duševního zdraví a závislostního chování (SAMSHA, 2015).

Úkolem pracovníka je koordinace spolupráce s poskytovateli služeb, kteří s klientem pracují. Je nutné monitorovat plán klienta a reflektovat mu jeho pokrok (SAMSHA, 2015). Vhodné je domlouvat společné schůzky se všemi, kteří se podílejí na individuálním plánu (Vandeplasschen, Maeyer, 2007). Plánování je tak dohodou mezi klientem, case managerem a dalšími zúčastněnými osobami. Dohodu je třeba pravidelně hodnotit (Stuchlík, 2001).

Hodnocení je třeba průběžně opakovat, například po třech nebo šesti měsících. Důležitá je reflexe a zvědomění klientovi, co se již podařilo, kde bylo dosaženo úspěchů. A u cílů, které se prozatím nepodařilo naplnit, může dojít k hledání jiných postupů (Nepustil, Szotáková, 2013).

Dle Nepustila a Szotákové (2013) tato fáze zahrnuje mnoho služeb. Základní i odborné poradenství, psychickou podporu formou podpůrných rozhovorů, doprovody do různých institucí, praktické nácviky, zprostředkování ubytování, zaměstnání a kontaktu s dalšími zdroji.

## **4.5 Disengagement – ukončení služby**

Ukončení služby by mělo probíhat postupně, ne okamžitě. Mělo by být procesem postupného odloučení mezi pracovníkem a klientem. Rozhodnutí o ukončení poskytování služby může být určeno naplněním nebo posunem ke splnění cílů v individuálním plánu. Pokud jsou cíle dobře stanoveny a jsou v nich objektivní fakta, může jejich zhodnocení pomoci pracovníkovi i klientovi určit, zda je již vhodná doba na postupné ukončování. V rámci hodnocení pracovník s klientem pojmenovávají posun a úspěchy během spolupráce a posilují tak schopnost klienta samostatně si zajistit přístup k vnitřním i vnějším zdrojům. Během závěrečného procesu může klient pracovníkovi předat zpětnou vazbu k tomu, co pro něj ve spolupráci bylo užitečné a co nikoliv (SAMSHA, 2015).

Při ukončování spolupráce by case manager měl upozornit klienta, že je možné se znovu ozvat, pokud se v jeho životě vyskytnou nové problémy, a tedy bude chtít znovu spolupráci obnovit (Nepustil, Szotáková, 2013). Pracovník by s klientem měl vytvořit závěrečné shrnutí spolupráce i pro případ, že by v budoucnu klient spolupracoval s jiným case managerem (Stuchlík, 2001).

## 5 Case management v ČR

V České republice je metoda case managementu využívána od poloviny devadesátých let, tehdy case management rozvíjeli hlavně služby Fokus, Eset Help a další. O něco později zaváděli metodu case managementu v organizacích Sananim a Podané ruce, poskytující adiktologické služby (Libra, 2015).

### 5.1 Case management ve službách zaměřených na péči o duševní zdraví v ČR

V současné době je case management rozšířen v terénně pracujících týmech zaměřujících se na podporu osob s duševním onemocněním. Kromě výše zmíněných case management používají například organizace Bona, Baobab, Práh a další.

V roce 2013 byla v České republice na Ministerstvu zdravotnictví odsouhlasena strategie psychiatrické reformy, realizace projektů začala v roce 2017. Jedním z pilířů psychiatrické reformy je vytvoření Center duševního zdraví (dále jen „CDZ“) (MZČR, 2019 b).

#### 5.1.1 Centra duševního zdraví (CDZ)

CDZ se věnuje podpoře a péči o osoby s duševním onemocněním. Hlavními cíli CDZ je vytvořit multidisciplinární tým, který se bude věnovat klientům v určeném regionu a poskytovat jak služby sociální, tak služby zdravotní. Pracovníci spolupracují metodou case managementu, ke klientům přistupují individuálně a služby musí být flexibilní. Pracovníci CDZ s klienty spolupracují v jejich přirozeném prostředí (MZČR, 2021). Mezi cíle CDZ patří snížení počtu hospitalizací, nebo jejich zkrácení, či zvýšení intervalu mezi hospitalizacemi, a podpora začlenění osob s duševním onemocněním zpět do běžného života (MZČR, 2019 a).

#### Principy CDZ

Hlavním principem CDZ je individuální podpora zaměřená na celkovou podporu klientů směrem k jejich úzdavě neboli zotavení. Úzdavou se nemyslí, to že člověk bude žít bez symptomů nemoci, ale bude umět s těmito symptomy žít plnohodnotně (MZČR, 2019 a).

*„Zotavování je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů svého umu či svých rolí. Je to způsob, jak vést život, který člověka uspokojuje, dodává mu naději a činí jej potřebným pro druhé, i s omezeními způsobenými nemocí. Součástí zotavování je i vytvoření nového významu a smyslu svého života, jakmile se člověk vymaní z katastrofálních následků duševní choroby“ (Anthony in Ridgway a kol, 2014, str. 5).*

Hlavními principy procesu úzdravy jsou práce s nadějí, rozvoj silných stránek, celostní přístup, zplnomocňování, respekt a individualizovaný přístup (MZČR, 2019 a).

Mezi další principy CDZ patří:

Prioritní skupina klientů – týmy Center duševního zdraví spolupracují s klienty se závažným duševním onemocněním ze skupiny SMI (severe mental illness), s klienty, kteří jsou často hospitalizováni v psychiatrických nemocnicích a jejich život v komunitě je tím narušen (MZČR, 2019 a).

Asertivita – pracovníci klienty aktivně vyhledávají a kontaktují asertivním způsobem (MZČR, 2019). Asertivní kontakt může znamenat oslovit klienta, i když nejprve službu odmítá, nevidí důvod spolupráce. Jako první může službu oslovit rodinný příslušník, psychiatr, psychiatrická nemocnice a až poté pracovníci kontaktují potencionálního klienta (Stuchlík, 2001).

Regionalita – každé CDZ má spádovou oblast odkud přijímá klienty. Oblast se určuje i z toho důvodu, aby bylo zřejmé, se kterými dalšími službami v komunitě bude tým navazovat kontakt nebo spolupráci.

Spolupráce s dalšími službami – k tomu, aby mohla být poskytnuta komplexní a kontinuální péče, je třeba spolupracovat s dalšími službami (psychiatrické nemocnice, ambulantní psychiatři, praktičtí lékaři a jiní) ve spádové oblasti.

Využívání všech zdrojů komunity a spolupráce s návaznými službami – program CDZ má klienty podporovat ve využívání běžných zdrojů v oblasti. V rámci CDZ nemají fungovat služby chráněného bydlení, denního stacionáře a chráněného zaměstnání, mohlo by tím docházet k vytvoření závislosti klienta na službě, místo toho, aby se co nejvíce osamostatnil. Podstatné ale je dále spolupracovat s návaznými službami, které se zaměřují na oblast zaměstnávání, podpory bydlení, volnočasové aktivity, denní stacionáře a jiné.

Případové vedení – každý klient má svého klíčového pracovníka, case managera. Jeho úkolem je individuálně spolupracovat s klientem, ale i koordinovat práci dalších odborníků, služeb a rodiny, při plnění kroků v individuálním plánu. V rámci CDZ case manager do spolupráce s klientem zapojuje více členů týmu, z důvodu zastupitelnosti. V období krize u klienta je spolupráce nastavena tak, že je s ním v kontaktu celý tým (MZČR, 2019 a).

Zapojení peer pracovníků – peer pracovník je člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Svůj příběh zotavení využívá ke spolupráci s klienty. „*A právě takový člověk může být nejvíce ze všech inspirací pro ostatní, kteří se s onemocněním potýkají – je živoucím vzorem a nadějí, že i oni se mohou zotavit*“ (Foitová a kol., 2016, str.7).

Spolupráce s rodinou – rodinu je důležité zapojovat do procesu údravy klienta, protože rodina je přirozený zdroj pomoci. Rodina někdy nechce být do spolupráce zapojena, stejně tak ne vždy chce klient, aby pracovníci byli v kontaktu s jeho rodinou, a je třeba jeho přání respektovat. Často se stává, že rodina je první, kdo kontaktuje tým s prosbou o podporu jejich člena, který se potýká s duševním onemocněním.

Ohled na etiku a lidská práva – všichni pracovníci CDZ s klienty pracují s respektem vůči jeho lidským právům a hodnotám a podporují ho ve zkvalitnění života a znovu začlenění do běžného života.

Důležitým právem, na které je třeba brát zřetel, je právo svobodně se rozhodovat a nést zodpovědnost za vlastní rozhodnutí. Pracovníci by měli podpořit klienty v uvědomování si zodpovědnosti ve svých rozhodnutích včetně možných následků a rizik (MZČR, 2019 a).

Multidisciplinarita – tým CDZ se skládá z odborníků různých profesí. Všichni členové spolupracují a sdílí spolupráci s klienty (MZČR, 2021). Mezi pracovníky CDZ patří psychiatr, klinický psycholog, všeobecná sestra, sestra pro péči v psychiatrii, sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, peer pracovník a IPS pracovník (MZČR, 2019 a). IPS pracovník podporuje klienty v začlenění se na volném trhu práce, ať už ve výběru práce, kterou si klient přeje, přípravě na výběrové řízení nebo asistenci přímo na pracovišti (Swanson, Becker, 2013).

### Funkce CDZ

Flexibilní, kontinuální péče a podpora osob s SMI v jejich přirozeném prostředí – podpora je poskytována primárně v přirozeném prostředí klientů, zajišťována je sociální služba (sociální rehabilitace a zdravotní péče). Podpora je nastavována individuálně, včetně četnosti kontaktů.

Asertivní vyhledávání a kontaktování – aktivní vyhledávání osob, které nevědí o možnosti spolupráce se sociální službou CDZ, dále lidí, kteří tzv. propadávají systémem služeb.

Integrovaná péče o osoby s duální diagnózou – podpora osob s duální diagnózou (duševní onemocnění z SMI a závislost).



Systematické zaměření multidisciplinárního týmu na včasnou detekci a prevenci – tým CDZ by měl o svých službách informovat v rámci komunity psychiatrické nemocnice, školy, praktické lékaře, aby docházelo k včasnému navázání spolupráce například po první hospitalizaci s rizikem opakovaného zhoršení psychického stavu nebo u osob s počátečními projevy duševního onemocnění.

Informační místo péče o lidi s duševním onemocněním – CDZ by mělo poskytovat informace rodinám, úřadům a opatrovníkům, kteří se na ně obrátí s dotazy ohledně duševního zdraví. Pokud ke spolupráci není přímo vhodná služba CDZ, pracovníci by měli umět doporučit jinou vhodnou službu (MZČR, 2021).

## **5.2 Case management v adiktologických službách v ČR**

Aktuálně poskytují služby case managementu například organizace Sananim, Podané ruce, Progressive a jiné. Miovský a kol. (2013) v Koncepti sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice navrhuje právě metodu case managementu, jakožto řešení nejednotné péče o klienty. Pracovník může klienta provázet mezi jednotlivými adiktologickými službami včetně jiných sociálních a zdravotních služeb. Case manager je koordinátorem těchto služeb. Metoda case managementu je často jedinou možností místo dlouhodobé hospitalizace.

## 6 Case management s lidmi s duální diagnózou

„Mezi stávajícími adiktologickými programy chybí programy pro adiktologické pacienty s jinými komorbiditami a duálními diagnózami (tedy programy využívající ve větší míře postupů „case-managementu“)“ (Miovský a kol, 2013, str. 30). V České republice zařízení, která by se specializovala jen na spolupráci s lidmi s duální diagnózou téměř neexistují. Ale postupně vznikají programy při adiktologických službách, které poskytují služby pro osoby s duální diagnózou (Torrens, 2017). Miovská (2006) upozorňuje na důležitost integrované léčby u osob s duální diagnózou. Vhodný způsob poskytování komplexní služby je metodou case managementu, protože pokrývá mnoho oblastí potřeb klientů a case manažeři mapují jejich celkovou situaci. Nepustil, Szotáková (2013) popisují důležité prvky spolupráce s lidmi s duální diagnózou formou case managementu. Kromě společných setkání s klientem je třeba, aby klient mohl rozhodovat o jednotlivých krocích ve spolupráci. Je třeba domlouvat společné konzultace s dalšími odborníky a službami a koordinovat tyto služby. Dalším prvkem je spolupráce s rodinnými příslušníky a blízkými osobami.

Dle Millerové (2011) pracovníci, kteří pracovali ve službách zaměřených na duševní zdraví, nemají dlouhodobé zkušenosti se závislostní problematikou, a naopak odborníci z adiktologických služeb mají méně zkušeností s oborem duševního zdraví.

Téma přístupu a spolupráce s klienty s duální diagnózou se začalo objevovat koncem devadesátých let. V komunitních službách se postupně objevovalo a objevuje více klientů se závislostní problematikou a v adiktologických službách více osob s projevy psychiatrické diagnózy. Osoby s duální diagnózou představují pro adiktologické služby a služby zaměřené na duševní zdraví společnou skupinu klientů. Je tedy třeba, aby obě tato odvětví spolupracovala (Kalina, 2015).

Od roku 2020 v České republice funguje pracovní skupina při Asociaci poskytovatelů adiktologických služeb „Duální stoly“. Zde probíhá setkávání pracovníků z adiktologických služeb a pracovníků ze služeb zaměřených na duševní zdraví přibližně šestkrát do roka (Pracovní skupina pro podporu lidí s duální diagnózou, 2020).

Setkání začínají úvodním „kolečkem“ a informacemi ze služeb od zástupců, kteří jsou na skupině přítomni, na každé setkání je přizván někdo z odborníků například na práci s rodinou nebo na koordinaci reformy psychiatrické péče a v druhé polovině probíhá sdílení příkladů z praxe formou kazuistik.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 Metodologický rámec

Výzkumná část této práce se zabývá prováděním case managementu při spolupráci s lidmi s duální diagnózou v adiktologických ambulantních službách a Centrech duševního zdraví.

### 7.1 Výzkumný cíl

Jako hlavní cíl výzkumu jsem si stanovila zmapovat a porovnat provádění case managementu ve spolupráci s klienty s duální diagnózou v adiktologické službě a v Centru duševního zdraví.

Výzkumné otázky:

- 1) Jakým způsobem provádějí pracovníci adiktologické služby a Centra duševního zdraví základní činnosti case managementu ve spolupráci s klienty s duální diagnózou?
- 2) Z jakých teoretických a praktických východisek pracovníci adiktologické služby a Centra duševního zdraví vycházejí při provádění case managementu s lidmi s duální diagnózou?

### 7.2 Metoda výzkumu

K výzkumu do této bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní metodu. *„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání“* (Miovský, 2006, str. 18). Hendl (2005) přirovnává výzkumníka, který se věnuje kvalitativnímu výzkumu, k detektivovi, jelikož hledá různé informace, které mohou zodpovědět výzkumné otázky a vytváří závěry formou dedukce a indukce.

### 7.3 Metoda získání dat

Jako metodu pro získání dat jsem využila polostrukturované rozhovory. U polostrukturovaných rozhovorů existuje tzv. jádro, tedy otázky, které je třeba zodpovědět a dále je důležité v rámci rozhovoru odpovědi více upřesnit (Miovský, 2006).

## 7.4 Výzkumný soubor

Výběr účastníků výzkumu byl proveden záměrným výběrem, což je dle Miovského (2006) nejčastější metoda výběru v rámci kvalitativního výzkumu. Oslovila jsem pracovníky Center duševního zdraví a adiktologických ambulantních služeb. Základními kritérii výběru výzkumného souboru byla spolupráce s lidmi s duální diagnózou metodou case managementu. V rámci metody záměrného výběru „*pracujeme s užším pojetím termínu, kdy za záměrný (někdy také účelový) výběr výzkumného vzorku označujeme takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev této vlastnosti) nebo stav (např. příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině)*“ (Miovský, 2006, str. 135).

Nejprve jsem oslovila emailem a dále případně telefonicky vedoucí vybraných služeb, kteří poté pracovníkům předali emailový nebo telefonický kontakt na mě. Vedoucí služeb byli informováni o obsahu výzkumu a dobrovolnosti účasti respondentů. Výzkumu se zúčastnili čtyři pracovníci dvou Center duševního zdraví, dva z každého Centra duševního zdraví a čtyři pracovníci dvou adiktologických ambulantních služeb, dva z každé adiktologické ambulantní služby. Mezi respondenty jsou dva muži a šest žen. Odborností jsou všichni účastníci výzkumu sociální pracovníci.

## 7.5 Etika výzkumu

Respondenty jsem informovala emailem o obsahu výzkumu. Poté při osobním setkání před provedením rozhovoru byli účastníci výzkumu znovu informováni o obsahu výzkumu a o tom, že dojde k anonymizaci dat, v bakalářské práci nebude uvedeno jejich jméno, ani název organizace, ve které pracují. Pouze budou označeni písmeny abecedy zvlášť respondenti adiktologických ambulantních služeb a zvlášť respondenti Center duševního zdraví. Dále byla respondentům předána informace, že mohou na kteroukoliv otázku odmítnout odpovědět a že do sedmi dnů od provedení rozhovoru mohou bez udání důvodu z výzkumu odstoupit. Všem účastníkům výzkumu byl předán k podpisu písemný informovaný souhlas (viz. příloha č. 1), kde jsou všechny tyto informace sepsány. Informovaný souhlas byl podepsán respondenty i mnou (realizátorem výzkumu) vždy ve dvou vyhotoveních. U respondentů, kde proběhl rozhovor v online formě, byl písemný informovaný souhlas zaslán v příloze emailu, podepsaný informovaný souhlas poté účastníci výzkumu zaslali zpět, taktéž přes email. Vzhledem k tomu, že jsem metodou case managementu v minulosti pracovala, ujistila jsem respondenty o tom, že výzkum neslouží k porovnání s mou vlastní praxí.

## 7.6 Proces získání dat

Po stanovení hlavního cíle a výzkumných otázek jsem sestavila otázky do polostrukturovaných rozhovorů.

Při sestavování otázek jsem nejdříve vycházela z hlavních principů integrovaného přístupu u spolupráce s lidmi s duální diagnózou, poté jsem rozhovory doplnila o otázky zaměřené na tři z pěti základních činností case managementu a dále o otázku zaměřenou na to, z jakých teoretických východisek služby vycházejí.

Důvodem výběru pouze tří z pěti základních činností case managementu je obsáhlost této metody. Pro výzkum ve své bakalářské práci jsem se tedy zaměřila pouze na tři z pěti základních činností dle SAMSHA (2015). A to na engagement – vyhledání klienta a zapojení do služby, linking, monitoring, advocacy – propojování k dalším zdrojům, sledování průběhu vývoje případu, obhajoba zájmů klienta a disengagement – ukončení služby. Tyto činnosti jsem si vybrala tak, abych zachytila začátek a konec spolupráce s klienty a jednu z činností svým obsahem nejširší.

Po oslovení potencionálních účastníků výzkumu jsem si domluvila termíny a místo provedení rozhovorů. Rozhovory probíhaly se šesti respondenty osobně, se dvěma v online programu Skype. Sběr dat metodou polostrukturovaných rozhovorů probíhal v měsících říjen, listopad a únor. V rámci rozhovorů jsem se držela stanovených otázek a dále jsem pokládala otázky doplňující.

## 7.7 Analýza dat

Rozhovory (v osobní i v online formě) jsem se souhlasem respondentů nahrávala na telefon. Poté jsem přepsala nahrávky formou transkripce. Transkripce je přepis mluveného slova do písemné podoby. Proto abychom získaná data mohli vyhodnotit, je přepis podmínkou (Hendl, 2005).

Po přepsání rozhovorů byly zvukové záznamy smazány. Dále následoval proces kódování přepsaných záznamů a rozdělení do jednotlivých kategorií. Hendl (2005) popisuje tzv. kategoriální systémy, které můžeme použít při kódování přepsaných rozhovorů. Kategorie jsou pojmenované obecnějším významem než jednotlivé kódy.

V rámci analýzy dat byly vytvořeny čtyři hlavní kategorie (engagement – vyhledání klienta a zapojení do služby, linking, monitoring, advocacy – propojování k dalším zdrojům, sledování průběhu vývoje případu, obhajoba zájmů klienta a disengagement – ukončení služby a teoretická a praktická východiska spolupráce s lidmi s duální diagnózou), na které se otázky v rozhovorech zaměřovaly. K hlavním kategoriím byly dále vytvořeny podkategorie, ke kterým byly přiřazovány přímé odpovědi respondentů. Při analýze dat byla využita metoda zachycení vzorců, tedy byla vyhledávána a zaznamenávána opakovaná témata nebo vzorce (Miovský, 2006). Na konci každé kategorie jsem pomocí komparace uvedla podobnosti a odlišnosti mezi odpověďmi respondentů adiktologických služeb a respondentů Center duševního zdraví.

## 8 Výsledky

V rámci interpretace výsledků označují pracovníky adiktologických služeb písmenem A (1-4) a pracovníky Center duševního zdraví písmenem C (1-4).

### 8.1 Engagement – vyhledání klienta a zapojení do služby

V první otázkách rozhovoru jsem se věnovala dotazování, které bylo zaměřeno na první z činností case managementu – vyhledávání a zapojení klienta do služby.

#### 8.1.1 Asertivní kontakt

Jedním z principů navazování kontaktu s klientem je asertivní kontaktování, ptala jsem se respondentů, jestli tento přístup ve službách využívají. Asertivní kontakt využívají pracovníci obou typů služeb, jak při navázání kontaktu, tak i ve chvíli, kdy již s klientem spolupracují, ale ten přestane docházet na schůzky.

C1: *„No jsme schopný vyjždět do terénu opakovaně za klientem, se kterým se třeba bavíme přes dveře nebo mluvíme třeba víc s rodinou zatím. Například, aby se s námi jeden klient kontaktoval, tak jsme se dozvěděli, že je ochoten s námi mluvit, pokud tam nebudeme ve dvou nebo ve třech, ale bude tam jenom jeden člověk...“*

C2: *„Když se nám někdo tady ozve, sousedi nebo rodina, chtějí abychom spolupracovali s někým, kdo je v jejich okolí, tak tam vyrážíme. No a snažíme se různě tukat na dveře nebo vyhledávat ty lidi. Vím, že z úřadu nás upozorňovali třeba na nějakýho pána, který žije na ulici. Měl duální diagnózu. Toho jsme zase hledali i v parku“.*

C3: *„Asertivní kontaktování určitě děláme, je to obvykle na nějaký impuls z jiné spolupracující služby nebo rodinného příslušníka. Zkoušíme to formou osobní, dopisem, někdy dáváme třeba potravinový balíček, když víme, že ten člověk má potíže. No a zkoušíme to vícekrát...“.*

C4: *„Hmm ano jakoby ve spojitosti užívání drog s duševním onemocněním v tom určitě máme asertivní kontakt“.*

A1: *„Kdyby se nám ozval někdo z rodiny s tím, že mají já nevím syna, dceru to je jedno, u kterého si myslí, aby bylo fajn, že by začal s náma spolupracovat. Jo, v tom případě bychom ho mohli zkusit kontaktovat. Ale myslím, že nemáme žádného klienta, kterej by se do služby dostal tak, že bychom my na něho dostali třeba nějaké jakoby tip a pak bysme mu šli zazvonit na byt.“*

A2: „No tak já myslím, že při tom prvním kontaktu bych úplně neřekla, ale je pravda, že když máme klienty, kteří mají duální diagnózu, kteří jsou třeba více psychotičtí, tak tam samozřejmě máme větší míru tolerance. A vlastně jsme víc asertivní v tom kontaktu.“

A3: „Tak v rámci té caseovské práce využíváme asertivní způsoby, jednak kontaktujeme v hospitalizaci i na výzvu příbuzného nebo nějakýho doktora nebo někoho dalšího, ale na dveře úplně neklepeme.“

A4: „Jojo, to si umím přestavit, že takhle to máme někdy i z těch služeb, že s nima odmítá spolupracovat, a tak mi nějak toho klienta oslovujeme. My ho zkusíme nějak oslovit, ale pokud to ten klient odmítá, tak to nezkoušíme podle mě opakovaně.“

Sekundárním zjištěním v rozhovorech bylo, že kromě navazování spolupráce pracovníci asertivní kontakt používají i v případě, že klient, který s nimi je v kontaktu přestane docházet na schůzku a z kontaktu vypadává.

C1: „Anebo se to asertivní kontaktování někdy samozřejmě děje i s klientama, který máme navázaný, který dobře známe“.

C4: „No používáme asertivní kontakt v rámci duálních diagnóz. Tak to je tak, že ho buď kontaktujeme telefonicky, snažíme se ho kontaktovat nějakým takovým způsobem, tak jak jsme si to nastavili v našich podmínkách, takže v nějakým krizovým plánu“.

A1: „...pokud už máme klienta, kterej s náma nějak spolupracuje a vypadává z toho kontaktu a nějak si myslíme, že by bylo fajn, aby s náma v kontaktu zůstal, tak to děláme, že ten kontakt iniciujeme my.“

A2: „...když víme, že ten klient je psychotický, že mu není dobře, takže přesně z toho důvodu třeba na schůzku nepřijde, tak se snažíme kontaktovat i třeba v místě, kde bydlej, ať je to jako azylový dům, nebo nějaká ubytovna, nebo mají nějaký sociální byt.“

A3: „A pak máme hodně asertivní přístupy, když už je člověk navázaný a ztratí se. V tom případě se snažíme už během toho kontaktu dohodnout, na koho všeho se můžeme obrátit v případě nouze. A to je kontaktujeme tak, že jdeme za nima domů, do práce, oslovujeme příbuzný, expřítele, děti, partnery, přes psychiatra.“



Při porovnání obou typů služeb se pracovníci shodují v tom, že klienty asertivně kontaktují v počátcích spolupráce v případě, že je osloví někdo z rodinných příslušníků nebo z různých institucí. Stejně tak z rozhovorů vyplývá, že obě služby se snaží klienty asertivně kontaktovat v případě, že již se službou spolupracují, ale přestanou docházet.

Rozdílnost v oblasti asertivního kontaktování vnímám v tom, že pracovníci CDZ kladou větší důraz na opakované kontaktování klientů (včetně zkoušení různých způsobů kontaktu a vyhledávání klienta na různých místech) v rámci prvního kontaktu a navazování spolupráce než pracovníci adiktologických služeb.

### 8.1.2 Vztah

V rámci této oblasti jsem se dotazovaných ptala na to, co považují za důležité při budování vztahu. Vztah sám o sobě pracovníci považují za velmi důležitý pro spolupráci s klientem.

A2: *“...tak vždycky záleží na tom vztahu, protože ten je ukotvující a vlastně ty klienty přitáhne zpátky do té služby.”*

A4: *„V tom case managementu se pracuje hodně s klíčovou vazbou, že ten vztah je vlastně nástroj toho kontaktu, dost důležitý.”*

Nejčastěji byla v rámci rozhovorů uváděna důvěra a bezpečí.

A1: *„No potřebujeme toho člověka nějak v uvozovkách získat na naši stranu, aby nám důvěřoval.”*

A3: *„U nás je to hodně ta důvěra a pocit bezpečí.”*

C1: *„My hodně razíme partnerství a důvěru v tom vztahu.”*

C3: *„...a nějaký jako bezpečí, to že vlastně nejsme nějaký kontrolor nebo nějaká represivní složka.”*

C4: *„Důvěru, to je podle mě na prvním místě při budování vztahu.”*

Dále transparentnost, autenticita.

A2: *„Za mě je důležitá nějaká osobní poctivost. Nějaký jasný hranice, jasný vymezení, aby tomu klient rozuměl, co od nás může čekat, co od té služby může čekat, co mu můžeme dát, na čem spolu můžeme pracovat.”*

C2: „Ale stejně by tam pořád mělo bejt to partnerství a určitě nějakou lidskost a autenticitu a respekt k člověku jako k člověku.“

C3: „No tak určitě nějakou otevřenost a průhlednost toho vztahu. No a nějaká transparentnost.“

A snaha reagovat na potřeby klienta.

A4: „...slyšet jeho potřeby. Bezpečné taky vnímám najít zakázku třeba nějakou snazší a společně ji nějak splnit.“

C3: „...a to, že se snažíme reagovat na potřeby, který ten člověk má.“

C4: „takže pracovat s těma potřebama klienta, ne s těma potřebama, které máme možná my, jako pracovníci v rámci té změny.“

**Jako nejdůležitější aspekty pro budování vztahu jak pracovníci adiktologických ambulancí služeb, tak pracovníci CDZ uváděli shodně důvěru, bezpečí, transparentnost, autenticitu a snahu reagovat na potřeby klienta.**

### **8.1.3 Kontraktování**

Pracovníkům jsem se v této oblasti ptala, jak probíhá kontraktování do služby. Shodně uváděli, že rozhodná je cílová skupina, tedy jestli klient věkově, místem aktuálního pobytu a diagnosticky patří do jejich služby. Dále pracovníci klientům představují, co jim služby mohou nabídnout a zjišťují jejich přání a potřebnost.

A1: „...pak je tam ještě podmínka že to, co my nabízíme, tak on musí něco z toho chtít a chtít čerpat. Takže klient absolvuje náš úvodní rozhovor, kde zjistíme nějakou jeho stručnou anamnézu, představíme mu, co děláme.“

A2: „...funguje to tak, že když sem ten klient přijde, tak se pobavíme o tom, co by potřeboval.“

A3: „Co je tou nabídkou, k čemu všemu nás může využít, nebo co my bysme s ním společně chtěli dělat.“

A4: „... já se třeba někdy sejdu s klientem a jenom se třeba nějak seznámíme, představím mu službu, co může od ní čekat, a pak se zase rozejdeme a po druhý se zase sejdem a snažíme se vytvořit třeba nějakou fakt kratičkou zakázku, ale je to podle mě takových pět, šest sezení, než uděláme nějakou dohodu.“

C1: „...ale můžeme si třeba říct, že to budou nějaké dvě, tři konzultace a prozatím ho nebudeme brát přímo do kejsu jako klienta.“

C2: „A zjišťujeme, co ten člověk v tu chvíli potřebuje. Ale primárně je to tak, že zjišťujeme přání toho člověka, a předáváme, co my bychom mu mohli nabídnout.“

C3: “To rozhodování, zda spadá do cílové skupiny vlastně máme postavený tak, že se obvykle setkáváme na třech mapovacích schůzkách.“

C4: „...ale to vychází vlastně z nějakýho mapovacího rozhovoru, který není na prvním setkání, ale máme například tři schůzky, kde si vlastně řekneme, v čem bysme mohli být nápomocní a sám klient přichází s tím, že na čem by mohl pracovat.“

**V rámci kontraktování do služeb, používají pracovníci adiktologických služeb i pracovníci CDZ stejné postupy, představují službu a s klienty během několika schůzek zjišťují, zda pro ně služba může být užitečná a zda klienti mají nějaká přání a cíl, ve kterém je pracovníci služby mohou podpořit.**

## **8.2 Linking, monitoring, advocacy – propojování k dalším zdrojům, sledování průběhu vývoje případu, obhajoba zájmů klienta**

V této kapitole jsem se věnovala dotazování, které bylo zaměřeno na třetí z činností case managementu – propojování k dalším zdrojům, sledování průběhu vývoje případu, obhajoba zájmů klienta.

### **8.2.1 Tým**

Na dotaz, kdo je v týmu zodpovědný za vedení případu klienta shodně všichni odpověděli, že case manager. Složení týmů všech oslovených služeb je multidisciplinární, tedy v každém týmu pracuje několik různých odborníků.

A1: „Pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, adiktolog a psychiatr aktuálně s tím, že někteří z nás mají nějaký jako přesah ještě do toho, psychoterapeutického vzdělání.“

A3: „Zdravotní sestry bejvaj často, ale zrovna tady nikoho nemáme.“

A4: „No máme psychiatry, máme klinické psychology, adiktology, sociální pracovníky.“

C1: „Psychiatr, psycholog klinický, pak sociální pracovníci, zdravotní sestry, peer konzultant a pracovní konzultant.“

C4: „To znamená, že v týmu máme sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, zdravotní sestry, psychiatra, psychologa – psychoterapeuta. A peer konzultant na půl úvazku a pracovní konzultant. Adiktologa v týmu nemáme, spolupracujeme s externí adiktoložkou, kam doprovázíme klienty, když s ní chtějí spolupracovat a ona občas chodí k nám na porady.“

**Týmy v adiktologických ambulantních službách i v CDZ jsou mutlidisciplinární. Za vedení případu klienta je vždy zodpovědný case manager. V obou typech služeb pracují sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, psychiatři a kliničtí psychologové nebo psychoterapeuti. Rozdíly v týmech jsou takové, že v CDZ není adiktolog, jedno z oslovených CDZ spolupracuje s externí adiktoložkou. V týmech v adiktologických službách nejsou oproti CDZ peer konzultanti, pracovní konzultanti a aktuálně zdravotní sestry.**

### 8.2.2 Spolupráce s okolím

Podle pracovníků obou druhů služeb je důležitý souhlas klienta ke spolupráci s jeho okolím. Mezi CDZ a adiktologickými ambulantními službami dochází k vzájemné spolupráci.

A1: „Pokud máme nějaké svolení od toho klienta a je to i pro něho v pořádku, tak býváme i v kontaktu s rodinou. Potom psychiatrický nemocnice a různé drogové služby, ať už ambulance nebo pobytové služby, komunity a tak dále. Různí psychiatři, se kterejma ten klient spolupracuje. ... ještě nějaké další sociální služby, který jsou zaměřený právě na tuhle cílovou skupinu a řeší s nima já nevím zaměstnávání a tak dál. Třeba spolupracujeme s různejma CDZ taky, když je klient i klientem CDZ.“

A2: „...rodinný příslušníci, maminka, tatínek přijdou občas nebo manželka a pak se snažíme spolupracovat s těma návaznejma organizacema, nebo lékařema, kteří toho klienta mají taky v péči. To znamená, často se ty klienti prolínají, že jsou klienti částečně CDZtka a částečně naši, protože CDZtka nám je sem zase posílají. Já jsem v kontaktu třeba s azylovým domem a já hodně spolupracuji s občanskou poradnou.“

A3: „Rodina, spolupracujeme s ošetřujícím psychiatrem, s jinejma ošetřujícíma lékařema, u nás to jsou třeba hepatolog, substitute, potom děti, příbuzný můžou bejt děti, partneři, rodiče, víc těch generací a OSPODy, probační a mediační dohled. Pak taky občas s CDZtkem. Jo a majitelé domů, bytů, pronájmů.“

A4: „No je to jak na začátku, podle toho přání klienta. Často to bývá rodina, často to bývají nějaké spolupracující instituce, probační a mediační služba, OSPOD, jiná adiktologická péče, psychiatrické nemocnice. A pak úřady, jakože opatrovníci. Jo ještě u našich klientů s duálkou je to takové, že třeba klient má nějakou mohutnou recidivu a že se domluvíme, že fakt se to nedá zvládnout v přirozeném prostředí, tak často spolupracujeme s následnou péčí, ústavní adiktologickou péčí.“

C1: „Tak nejčastěji s rodinou. Pokud klient, což je taky dost častý, má psychiatra jinde než u nás, tak spolupracujeme s tím psychiatrem nebo s dalšíma lékařema. Někdy prostě volají děti, tak spolupracujeme s dětma, že dospělé děti řeší maminku, tatínka...a pak sociální služby odlehčovací, nebo nějaký donášky obědů, úklidy.“

C2: „Takže když tam je rodina, tak samozřejmě s rodinou, když jsou tam nějaký jeho kamarádi nebo sousedi, nebo ten, kdo je mu nějak blízký a ten klient s tím souhlasí, tak vlastně s kýmkoliv. Nebo samozřejmě s psychiatrickejma a jinejma organizacema, který jsou s ním v kontaktu, spolupracovali jsme s adiktologickýma organizacema. Nebo případně když ten člověk bydlí na azyláku, tak tam s tou sociální pracovníci.“

C3: „Častej je psychiatr, častej je rodinnej příslušník a pokud je tam teda opatrovník nebo sociální pracovník úřadu. Spolupracujeme s adiktologem, který není kmenovým členem týmu, ale je externím.“

C4: „Většinou je to rodina primárně, pak asi nějaký partner, partnerka. Když je ten člověk nesvéprávný, tak spolupracujeme s nějakou městskou částí, s opatrovníky. Nejčastější je to městská část, se kterou spolupracujeme i nějaké zdravotní služby, právě ty adiktologické a lékaři. Pečovatelské služby a potom nějaký stacionáře, psychoterapeutický. A pak taky občanský poradny, poradny při finanční tísní.“

**Shodně pracovníci obou druhů služeb mluví o vzájemné spolupráci a dále kontaktu s rodinnými příslušníky, blízkými, lékaři, psychiatry, opatrovníky, pracovníky úřadů, psychiatrickými nemocnicemi, adiktologickými službami, občanskými poradnami a azylovými domy.**

**Pracovníci CDZ ještě mimo výše uvedené spolupracují s pečovatelskými a odlehčovacími službami a pracovníci adiktologických ambulantních služeb opakovaně uváděli spolupráci s OSPOD a probační a mediační službou. V jednom případě respondentka mluvila o spolupráci s pronajímateli bytů.**

**Jediný rozdíl, který jsem zaznamenala je spolupráce s terapeutickými komunitami, kdy case manageři CDZ spolupráci při pobytu klienta v terapeutické komunitě ukončují, pracovníci ambulantních služeb spolupracují s klienty dále.**

*A3: „...když všechno dobře dopadne, tak za měsíc nastoupí do komunity, a já bych tam za ní jela jednou za čas se podívat a udržovat ten kontakt, ten se udržuje.“*

*A4: „...terapeutická komunita a já se snažím, pokud je ten klient s tím ok, spolupracovat s ním i v průběhu, aby ten klient neztratil kontakt, telefonujeme si.“*

*C3: „...nebo právě nastoupěj do léčby a pak vlastně už je neřešíme, když nastoupí do tý komunitní léčby dlouhodobý.“*

*C1: „...můžeme ho do komunity doprovodit, ale pak už s ním nespolupracujeme.“*

### **8.2.3 Spolupráce s klienty duální diagnózou, kteří neabstinují**

Všichni respondenti shodně odpověděli, že abstinence není podmínkou pro vstup do služby. Dalším mým dotazem bylo, jak účastníci výzkumu s klienty, kteří neabstinují, pracují.

Jedním z principů spolupráce je rozhovor a motivace klienta ke změně, k léčbě:

*C1: „A hlavně o tom s ním nějak furt mluvit.“*

*C3: „Motivujeme k detoxu, motivujeme k léčbě... „*

*C4: „Snažíme se v tom člověku vzbudit to, aby tu možnost změnil.“*

*A2: „A samozřejmě se ho snažíme podpořit a říct mu o všech možnostech léčby.“*

*A3: „Nebo je prostě namotivujeme, že musej na detox, protože prostě víme, že nemají záklopku. Pak třeba voláme sanitku, když přijdou psychotický sem a vy to vidíte, že je jim třeba tak blbě, tak je tady třeba půl hodiny motivujete a pak zavoláme, že se s ním domluvíme na dobrovolnou hospitalizaci.“*

A4: „No a pak s klienty, kteří jsou třeba schopni dorazit na tu schůzku, se o tom motivačně bavíme, hodně. Někdy třeba zas klient je hodně rozjetý, neví si rady a je ochotný jít na léčbu, tak ho někdy odesíláme do ústavní péče.“

Dále dochází k práci se snižováním rizik užívání návykových látek a edukaci:

C3: „...no informování o rizicích.“

C4: „Určitě o tom s tím klientem mluvíme. Tím, že máme u nás lidi s nějakými diagnózami z okruhu psychóz. Tak to může narážet i na tu medikaci, může to snižovat účinnost těch léků.“

A1: „Zjišťujeme, co by potřebovali, s čím my můžeme pomoci, ...“

A2: „Ne vždycky je abstinence cílem, někdy je to o tom, že se snažíme prostě zlepšit kvalitu života člověka, kterej užívá, pije, ale i tak je potřeba ho zasíťovat a zajistit nějaký základní potřeby.“

A3: „Jednak ve smyslu harm reduction, jako snižování rizik, podpora v tom navázat je na další služby, hodně edukace, jako ve smyslu tímhle se předávkuje, tohle dohromady nesmíte, je třeba říct psychiatrovi, že berete tohle, protože to znamená, že neúčinkují pravděpodobně vaše léky.“

A4: „A když o tom nechtějí mluvit, tak prostě užívaj a plníme jiné zakázky, které je vlastně podporují v tom, aby byli spokojenější, aby třeba neměli takovou potřebu drogy užívat.“

Z CDZ občas předávají spolupráci do adiktologických služeb.

C1: „Asi pokud vyloženě vidíme, že tam je nějaký výraznější abúsus, tak se spíš spojujeme s těma službama adiktologickejma, co taky poskytují case management a předáme klienta tam.“

C2: „Když to dlouhodobě u nás nefunguje, tak pak předáváme klienta do kejsu adiktologických služeb.“

C3: „Někdy klienta prostě předáváme na adiktologickou službu, taky case managementovou.“

C4: „Pokud vidíme, že vypadává ze schůzek, nedochází na schůzky a je to ve spojitosti s nějakým tím adikto problémem, už potom přichází navázání a předání do dalších služeb, adiktologických služeb.“

**Shodně pracovníci adiktologických služeb a pracovníci CDZ nepovažují abstinenci u klientů s duální diagnózou za podmínku ke spolupráci. Spolupracují s neabstinujícími klienty s duální diagnózou na motivaci ke změně, léčbě, snižování rizik a edukaci. Často zmiňovanou edukací je téma medikace.**

**Pracovníci CDZ na rozdíl od pracovníků adiktologických služeb práci s klienty občas předávají do case managementu adiktologických služeb.**

#### **8.2.4 Monitorování spolupráce**

Respondentů jsem se dotazovala, jak monitorují naplňování cílů klientů s duální diagnózou. Vždy bylo odpovědí, že pracovníci monitorují cíle skrze individuální plány. Dále se v rozhovorech objevovali další možné nástroje, a to GAF neboli Global Assessment of Functioning. Jedná se o škálu, která slouží k monitorování symptomů duševního onemocnění člověka a toho, jak ho symptomy ovlivňují v životě (Smith, 2023). Dalším zmiňovaným nástrojem je I-ROC neboli Individual Recovery Outcomes Counter. Tento nástroj má pomoci vytvářet cíle klienta a monitorovat jeho pokrok v zotavení. Jedná se o sadu otázek, které klient s pracovníkem v rozhovoru procházejí a klient určuje oblasti, ve kterých chce směřovat k zotavení (Mental health recovery, 2023).

*C1: „Děláme individuální plány na začátku spolupráce, kde jsou ty cíle vytyčené. Nějaké kroky, které k těm cílům vedou. A k tomu se vracíme po půl roce a nějak to revidujeme. Samozřejmě vždycky s tím klientem. Používáme I-ROC nově a mapujeme, co vlastně ten klient chce, s jakou zakázkou přichází.“*

*C2: „Já si myslím, že to monitorujeme tím, že se s nima o tom bavíme. Monitorujeme to v hodnocení individuálních plánů, jednou za půl roku. Pak máme GAF, to je taková škála, kterou používáme jednou na čtvrt roku.“*

*C3: „Sestavujeme individuální plán v situaci toho asertivního kontaktu, je to ten plán osobní podpory. Máme subjektivní hodnocení situace klienta, to znamená, máme takovej nástroj, kterej se jmenuje I-ROC. Další řekněme ukazatel je GAF, kdy se gafuje při vstupu do služby, při výstupu ze služby a každého půl roku.“*



C4: „Pomocí individuálního plánu, a to je taková priorita. A vlastně po nějakém čase, většinou to máme na ten půl rok nastavené, anebo si můžeme dát nějakou kratší dobu, to záleží, jak to s tím klientem dohodneme, standartně půlrok. Potom tam máme I-ROC, to je další jako kdyby nástroj na práci s klientem.“

A1: „...minimálně jednou za tři měsíce musí dojít k nějaké revizi toho plánu. Musíte to komunikovat s tím klientem. Jestli to, na čem spolupracujete, je pro něho ještě nějak adekvátní, musíte hledat nějaké zakázky, cíle té spolupráce.“

A2: „Monitorujeme, když ten klient nastoupí, tak se stanoví jeho individuální plán. Nějaký konkrétní kroky celé spolupráce. Ty se jednou za čtvrt roku vyhodnocují, děláme revize individuálních plánů.“

A3: „Stanovení individuálního plánu péče, revize plánu a evaluace každý tři měsíce. Pak máme škálovací dotazník na začátku a na konci, tzv. GAF. Pak máme takovou tabulku, ve který je vstup a výstup, a to děláme ve chvíli, kdy ten klient nastupuje a končí, anebo v pololetí vždycky. A máme tam na tabulky na bydlení, na medikaci, na akutní obtíže tý duální diagnózy, práci, vzdělání, a dokonce tam máme i kolik má kontaktů, jestli se nám podaří zapojovat ho zpátky, když třeba nevychází ven...“

A4: „No revize plánu, jednou za tři měsíce to s klientem přehodnocuju a někdy je to tak, že si třeba stanovíme zakázku oddlužení a stanovíme si nějaké dílčí kroky. Pak vždycky jednou za půl roku vyplňujeme takovou naši tabulku, kde mapujeme, jak se pohnula ta situace. A pak děláme GAF.“

**Shodně v adiktologických službách i v CDZ pracovníci používají k monitorování naplňování cílů klientů individuální plány, které vytváření, hodnotí a revidují společně s klientem.**

**Rozdílem, který z rozhovorů vyplynul je, že pracovníci adiktologických služeb plány vyhodnocují a revidují převážně jednou za čtvrt roku a pracovníci CDZ převážně jednou za půl roku.**

**Pracovníci CDZ a jedné adiktologické služby používají dále nástroj GAF. Pracovníci CDZ používají nástroj I-ROC a pracovníci jedné adiktologické služby tabulku, do které zaznamenávají určité oblasti jako například užívání medikace, užívání návykových látek, bydlení, práci a vztahy nejprve při vstupu klienta do služby a poté jednou za půl roku. Monitorují tím, k jakým změnám u klienta dochází.**

## 8.2.5 Intenzita a dlouhodobost spolupráce

Účastníkům rozhovorů jsem se ptala na to, jak často se s klienty s duální diagnózou setkávají a jak dlouho jejich spolupráce trvá.

Intenzita kontaktu se liší od toho, zda je klient stabilizovaný, nebo se jedná o začátek spolupráce, případně krizi klienta, kdy se kontakt pracovníků zintenzivňuje.

*A1: „Může to být tak, že na začátku spolupráce se s ním vidíme třeba třikrát do týdne a po půl roce se s ním vidíme jednou týdně...“*

*A2: „Na začátku té spolupráce, když ten klient je třeba naprosto sociálně nezasíťovanéj, tak jsou ty schůzky někdy dvakrát třikrát týdně. A když se pak ty věci podaří, ten klient je trochu stabilizovaný, tak se to ustálí na zhruba tak jednou týdně.“*

*A4: „Je to různý, když mám někoho v krizi třeba, tak dvakrát, třikrát týdně klidně. A některý klienti, když jsou stabilizovanější, tak to je jednou týdně nebo jak to vyjde, tak podle mě pět až šest kontaktů za měsíc.“*

*C1: „Je to různý, když je nějaká krize, tak to může bejt i dvakrát, třikrát do týdne. A když je klient v klidový fázi nebo je na tom dobře, to se můžem sejít třeba i jednou za čtrnáct dní.“*

*C2: „Ve chvíli toho navazování většinou ty schůzky probíhají jednou týdně. Pokud je potřeba, tak i třeba víckrát. Pak už se to rozvolňuje. Samozřejmě, když se ten klient pak třeba zhorší, tak ten kontakt navyšujeme až na několikrát týdně.“*

*C3: „Když ten člověk je v krizi, tak ho vidíme třeba denně nebo obden, když je stabilizovanéj stav, tak prostě třeba jednou za dva týdny je ta schůzka. Jako takovej nejčastější úzus je prostě schůzka jednou za tejdne.“*

*C4: „...do té krize tak je tam nějaké kontaktování třikrát za týden a když je potřeba i vícekrát“*

Spolupráce s klienty s duální diagnózou je převážně dlouhodobá. Krátkodobý kontakt je možný také, stává se tak nejčastěji v případě, kdy klient přestane na schůzky docházet a ze spolupráce tzv. „vypadne“.

*A1: „Pokud ten klient nevypadne úplně z kontaktu, tak je to většinou dlouhodobá spolupráce.“*

*A2: „Průměrně rok bych řekla, ale teď jsem třeba ukončovala s jednou klientkou spolupráci po dvou a půl letech.“*

A3: „Já bych to tipla, že teda ta spolupráce trvá dva roky, že můžou být nějaký takový klienti, který se nechytne nebo mají nějaký jednorázový kontakt, že to je prostě na čtyři měsíce a pak to skončí.“

A4: „Víte, co já tady pracuju dva a půl roku asi a většinu klientů mám po celou dobu. Je to výhledově podle mě hodně dlouhodobá spolupráce.“

C1: „ale myslím si, že u těch lidí s duální diagnózou to bude dýl, takže si myslím, že třeba tak dva roky.“

C2: „Spíš dlouhodobější, s tím klientem co jsem o něm mluvila, tak určitě spolupracujeme tři roky.“

C3: „Asi obvyklejší je, že buď toho člověka máme fakt dlouhodobě, anebo že už třeba do půl roku se rozhodne nebo neudrží se v tý spolupráci a vypadne z tý spolupráce.“

C4: „Tak i v časovém horizontu je to relativně dlouho. Asi na dva roky, ale určitě se to dá prodloužit. Ale určitě ta míra toho může být, že tady může být i měsíc.“

**V oblasti intenzity a dlouhodobosti spolupráce je shoda mezi oběma druhy služeb. Schůzky probíhají u stabilizovaných klientů jednou za týden nebo čtrnáct dní, ale intenzita se může podle potřeb a v případě zhoršeného stavu klienta navýšit. Spolupráce s klienty je ve všech službách dlouhodobá, v řádu let, pokud klient předčasně kontakt neukončí tím, že přestane na setkání docházet.**

## **8.2.6 Obhajoba zájmů a práv klienta**

V rámci této části rozhovoru jsem se dotazovaných ptala, jaké využívají činnosti nebo úkony k obhajobě práv klientů s duální diagnózou. Nejčastěji byla zmiňovaná podpora na úřadech.

C1: „Prostě už to nevidíme nikdo dál jako důvodné, aby měl to omezení, tak pak klidně píšeme nějaký posudek za nás. Určitě i různé věci řešíme s OSPODem, pokud se to týká dětí. Nebo pro ně nacházíme nějaký právní služby zdarma.“

C2: „Ale asi nejčastější jsou nějaký úřady, práce a ty doktoři.“

C3: „Mě asi napadá vyjednávání s rodinou, případně s opatrovníky. Ve smyslu vysvětlování nějakýho třeba chování, který může signalizovat nějakou jako nespolečenskou spolupráci. Takže jde vlastně o vysvětlování. Pak nějaký přizvání ke spolupráci a třeba rodinných příslušníků nebo sociálních pracovníků nebo opatrovníků.“

C4: „Jednou z možností je, když je klient nesvéprávný a komunikujeme s opatrovníkem, kde hájíme nějaká práva. Snažíme se po rozhovoru a domluvě s klientem ho podpořit a vysvětlovat, jak to klient má, co prožívá, co by bylo pro něho možné změnit a jaké poskytování služeb by mohl mít, aby to pro něj bylo přínosné. Potom na úřadech ve spojitosti s řešením invalidního důchodu, příspěvkem na bydlení, hmotnou nouzí.“

A1: „...někde jako na úřadech, že tam musíme trochu za ty lidi více kopat. Nejčastěji je to kontakt s úřady nebo s nějakými institucemi, tam je to spíš asi hodně o sociální práci, to znamená exekutoři, různé úřady práce nebo další úřady.“

A2: „Když v těžké psychóze zavolal na protidrogovou jednotku, že někde v tunelu je bomba. Takže mu hrozilo, že půjde do ústavní léčby, tak jsem ho šla podpořit k tomu soudu. Chodí sem jedna klientka, která je duální, v hmotné nouzi, letitě žije na ulici a prokazatelně kromě žebrání nemá žádný příjem a na úřadu jí opakovaně úřednice prostě neumožnila, aby pobírala dávky hmotné nouze. A já jsem pak šla s ní a ta paní úřednice nám opravdu dělala strašný špeky, dělala opravdu peklo a já jsem byla hodně pevná, ty dávky jsme vyřídily a ty dávky má.“

A3: „...asistence na úřadech práce, u soudu. Pak si myslím, že to může bejt něco, teď mám úplně těžce psychotickýho klienta v psychiatrický nemocnici. Ten neustále podává stížnosti, že mu do vegetariánského jídla melou maso, tak tady taky můžem říct personálu, že tenhle člověk, když nebude denně kouřit cigá, tak nebude nikdy fungovat. Prostě nějak jako vyjednat nějaký speciální zacházení nebo jako informovat o specifikách toho klienta s těma duálníma diagnózama.“

A4: „... potýkám se s komunikací s psychiatrickou nemocnicí, hodně to řeším na ochrankách, dojednávání, aby ten klient taky dostal nějakou šanci někdy vyjít z tý ochranné léčby, i když jednou za půl roku má relaps. Pak nějaké dojednávání, třeba máme klienty omezené na svéprávnosti a dostávají hodně malý příděl peněz skrz to, že si někdy kupovali drogy, tak jako dojednávání. No a na úřadech, to je taky. Pojd'te se bavit s klientem slušně, pojd'me to vyřešit v klidu bez nějakých nadávek.“

**Dle rozhovorů shodně dochází k obhajobě práv a zájmů klientů s duální diagnózou převážně na úřadech, soudech, s opatrovníky, rodinou nebo v psychiatrických nemocnicích. Formou obhajoby práv je převážně podpora potřeb, práv klientů a vysvětlování specifik nebo důvodů různých projevů chování klientů.**

### 8.3 Disengagement – ukončení služby

V rámci této části procesu case managementu jsem od dotazovaných zjišťovala, jakým způsobem ukončují spolupráci s klienty.

Jedním ze způsobů, který shodně většina respondentů uváděla, je ukončení spolupráce dohodou, kdy klient je již delší dobu stabilizovaný a jsou naplněné jeho cíle. Po dohodě mezi klientem a pracovníkem dochází k ukončení služby, které je postupné a klienti v případě potřeby mohou službu znovu kontaktovat a spolupráci navázat.

A1: *„Ideální konec je, když ten člověk s námi spolupracuje a na něčem jsme společně zapracovali, že jsme dosáhli nějakého cíle.“*

A2: *„... třeba konkrétně teďka s tou klientkou. Chodila sem dva a půl roku a dva a půl roku jsme vždycky na něčem pracovaly. To znamená zrovna konkrétně u ní to bylo hodně o case managementu, ona nechtěla abstinovat, takže nějaký jako intervence v tomhle směru nebyly úplně úspěšný, ale z těch sociálních věcí se toho udělalo velká spousta. Takže dva a půl roku tady byla, ale nějak poslední dva až tři měsíce trošku vypadávala z toho kontaktu a zároveň jsem zjistila, že vlastně nepracujeme už na něčem konkrétním. Jo a že nic dál nechce, tak jsme tu spolupráci ukončily.“*

A3: *„...ukončujeme spolupráci, když je splněná zakázka.“*

C1: *„...třeba moje klientka teď odchází, covidem se hodně zhoršila ta situace u ní, psychická situace, byla hospitalizovaná. Byla poprvý zaléčená, od té doby, co bere medikaci se postupně zlepšovala. Rodinu má, s dětma vychází dobře. Má trochu nějaký potíže v partnerství, ale tak to není věc na CDZ, ale to si může řešit třeba v nějaký terapii, takže bude hledat nějakou psychoterapii mimo CDZtko. Teď pracuje od května. Samozřejmě jsme jí navázali na nového psychiatra.“*

C2: *„Bud' teda ten člověk je nějak stabilizovaný a má zařízený všechny ty věci, co potřeboval, má kde bydlet, má třeba i práci nebo důchod. Takže si nějak řeknem, že nás nepotřebuje, ale samozřejmě to není ze dne na den.“*

C3: *„Jednak se dohodneme s klientem, že tu spolupráci ukončíme, protože už to není potřeba. Protože ten stav je stabilizovaný. S tím, že ten člověk má možnost, se vlastně ozvat zpátky.“*

C4: *„A můžeme mít dohodu s tím klientem, že se dohodneme na ukončení. Řekneme si proč a vysvětlujeme to a není to ze dne na den ani z týdne na týden.“*

Dalším častým důvodem ukončení, je to, že klient přestane do služby docházet, nespolupracuje se službou, ztrácí se tedy z kontaktu. Pracovníci se snaží klienty kontaktovat dle dohod, které sepsali na začátku spolupráce, pokud ale nezájem o setkávání ze strany klienta přetrvává, službu ukončují.

A1: „*Tak jeden je ten, co jsem říkal, že ten klient z nějakého důvodu přestane docházet. To se prostě děje a ani nám to třeba nevysvětlí a odejde, odejde ze služby, takže to je ze strany klienta.*“

A2: „*Já mám takovou zkušenost, že když nás ty klienti přestanou potřebovat, nebo to pro ně přestane být důležité, tak začnou jako vypadávat z těch schůzek a někdy úplně vypadnou, aniž si řekneme, že ta spolupráce je ukončená.*“

A3: „*Ukončujeme ve chvíli, kdy klient ztratí zájem a nedochází na schůzky.*“

A4: „*No tak může službu ukončit tím, že nás ignoruje. Když přestane chodit, ale ono to většinou je, že postupně tak nějak začnou vypadávat a trvá to tak nějak ty dva měsíce, dokud se i s týmem nedomluvíme, že už ne.*“

C1: „*Bud' to může bejt ze strany klienta, takže to je nějaká nespolupráce...*“

C3: „*...a potom je teda přerušeni kontaktu. To nevíme, co se stalo. Že ten kontakt vlastně ztratíme a pak ho formálně ukončíme po nějaký době, kdy vlastně čekáme na nějaký kontakt. Snažíme se o nějaký kontakt podle toho, jaké informace máme, a když žádné nemáme, tak se prostě formálně ukončí.*“

C4: „*Snažíme se dopátrat té odpovědi, aby ten člověk mohl říct ne nechci, nechci dál spolupracovat, v tom případně my ukončujeme tu službu.*“

Pracovníci ambulantních adiktologických služeb mluví o možnosti ukončení v případě závažného porušení pravidel služby, která ale není využívána často.

A1: „*...ještě by bylo možné, což úplně se u nás neděje, když by klient porušil nějaká naše pravidla ve smyslu, třeba agrese a tak dále, tak v tu chvíli ho můžeme vyloučit u nás z programu.*“

A2: „*A samozřejmě může být ta spolupráce ukončena okamžitě, pokud ten klient z nějakého důvodu hrubě porušuje nějaký limity služby. Není to něco, co bysme využívali běžně.*“

A4: „Tak asi kdyby klient přišel a mířil tam na nás nožem nebo vyhrožoval s pistolí tak si dovedu představit, že bychom nebyli schopní s ním dál pracovat. Ale vlastně to jsou takové hypotetické otázky, já za ty leta nemám zkušenost, že by se to takhle vyhoceně někdy stalo.“

Každé CDZ má svoji spádovou oblast, kde služby poskytuje, pracovníci CDZ tedy jako jeden z důvodů pojmenovávají přestěhování klienta mimo oblast, kde jsou služby daného CDZ poskytovány a posledním důvodem ukončení spolupráce je předání spolupráce s klientem do adiktologické služby.

C1: „Hodně často se stává, že se přestěhuje, takže bohužel vypadne z toho spádu a navazujeme na jiné CDZ nebo jiný tým.“

C2: „Pokud teda ten člověk nám neoznámí, že se zejtra stěhuje nevím kam, tak tam za ním nemůžem.“

C3: „Pak je situace, že teda se stěhuje, přechází do jinýho města nebo přechází do služby pobytové. Prostě že fyzicky už není jakoby v našem spádu.“

C4: „Může tam být přechod do jiné služby, z jednoho CDZtka do jiného CDZtka. Nebo předání spolupráce do adiktologické služby.“

**Ve sledovaných službách dotazovaní shodně uváděli jako důvod ukončení spolupráce dohodu mezi pracovníkem a klientem, dále ukončení spolupráce klientem, protože přestane docházet na schůzky a po několika osloveních ze strany pracovníka je spolupráce ukončena. Rozdíly v odpovědích můžeme najít v tom, že pracovníci adiktologických služeb zmiňovali i jako důvod ukončení spolupráce závažné porušení pravidel, pracovníci CDZ tuto možnost neuváděli. Pracovníci CDZ jmenovali jako důvod ukončení přestěhování klienta mimo spádovou oblast jejich působnosti.**

#### **8.4 Teoretická a praktická východiska spolupráce s lidmi s duální diagnózou**

V závěru rozhovorů jsem se respondentů dotazovala, z jakých teoretických a praktických poznatků vycházejí v rámci spolupráce s lidmi s duální diagnózou. Pracovníci vycházejí většinou z praktických poznatků z praxe a zkušeností kolegů z týmu.

A1: „...vzděláváme se neustále, řešíme to častokrát na nějakých supervizích, Bálintovských skupinách, poradách a tak dále. Jestli ta spolupráce je nastavená dobře.“

A2: „Třeba včera jsme v rámci porady tady měli takový vzdělávání od naší paní psychiatry, kde se nám snažila víc popsat konkrétní projevy určitých nemocí. Já teďka zrovna jsem v kurzu, šestidenním o duálních diagnózách, takže samozřejmě se snažíme dál vzdělávat a dál na sobě jako všichni pracovat.“

A4: „Myslím, že jsou to hodně zkušenosti z týmu, aspoň já to tak vnímám, protože můj kolegové jsou většinou v tom oboru tak deset dvacet let. No, takže supervize, intervize, máme vždycky týmový den, jednou za půl roku, tak tam máme víc času, tam máme celý den na probírání témat. A nějak se snažíme podle mě vzájemně obohacovat, v tom, co každý umíme.“

C2: „Já si myslím, že hlavně z těch zkušeností, co mají lidi v týmu. Ale pak jsou tady kolegové, kteří třeba pracovali v nemocnici s lidma s duální diagnózou nebo i jenom s lidma závislejma.“

C3: „Zkušenost určitě, spolupráce v rámci týmu, multidisciplinarita a to, o čem se domluvíme. Pak i nějaký doporučení právě třeba toho adiktologa případně psychiatra. Teoretický východiska mě napadají motivační rozhovory, kurz práce s lidmi s duální diagnózou.“

C4: „Já docházím na Duální stoly. Anebo si v rámci těch duálních diagnóz i říkáme v týmu, co vlastně zabírá, co je prostě fajn dělat s tím klientem. A potom se ještě vzděláváme v týmu, jako intervize. A když si nejsme s něčím jistý, potřebujeme poradit, tak zavoláme do týmu tu adiktoložku.“

**Pracovníci z CDZ i adiktologických služeb shodně odpovídali, že při práci s lidmi s duální diagnózou vycházejí hlavně z praktických zkušeností v rámci týmu z porad, intervizí, supervizí a Bálintovských skupin, ze zkušeností kolegů a názorů různých odborníků (adiktolog, psychiatr). Jeden z pracovníků CDZ uvedl docházení na Duální stoly a sdílení dobré praxe v týmu. Z teoretických východisek byly uvedeny kurzy o práci s lidmi s duální diagnózou a kurz motivačních rozhovorů.**

**Sekundárně bylo zjištěno, že dvě z pracovníků adiktologických ambulantních služeb zmínily potřebu se v rámci spolupráce s lidmi s duální diagnózou více vzdělat, jedna z pracovníků CDZ mluvila o nejistotách při spolupráci s lidmi s duální diagnózou.**



*A2: „No já právě proto, že třeba u sebe vím, že tohle je můj limit a potřebovala bych se trošku dozdělat v týchle oblasti, abych víc rozuměla těm niancím.“*

*A4: „Spíš podle mě víc z nás se potřebuje dozdělat, jak pracovat s těma psychiatrickejma onemocněníma, myslím, že jako máme menší zkušenosti, když to tak vezmu v týmu.“*

*C2: „Ale jako nemyslím si, že se nikdo z nás v tom necítí moc silnej v kramflecích.“*

## 9 Diskuse a závěry

Mým hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat a porovnat provádění case managementu v základních činnostech ve spolupráci s klienty s duální diagnózou v adiktologických ambulancích službách a v Centrech duševního zdraví z pohledu pracovníků těchto služeb. Dále z jakých teoretických a praktických východisek case manageři ve své práci vycházejí. Vytyčené cíle byly naplněny. Odpovédím na výzkumné otázky (jakým způsobem provádějí pracovníci adiktologické služby a Centra duševního zdraví základní činnosti case managementu ve spolupráci s klienty s duální diagnózou a z jakých teoretických východisek pracovníci vycházejí při provádění case managementu s lidmi s duální diagnózou) se budu věnovat v této kapitole.

V provádění case managementu je u adiktologických služeb i Center duševního zdraví mnoho shodného, ale nalezneme zde i rozdíly.

V obou typech služeb používají asertivní kontaktování klienta před vstupem do služby i ve chvíli, kdy s klientem již nějakou dobu spolupracují, a klient se ztrácí z kontaktu. Fox a kol. (2010) popisuje asertivní kontakt, jako důležitý princip při navazování kontaktu s lidmi s duální diagnózou, vzhledem k tomu, že lidé s vícečetnými problémy často služby sami nekontaktují. Rozdílně pracovníci v CDZ kladou větší důraz na opakované asertivní kontaktování (například zkouší navštívit klienta u něj doma, píšou mu dopisy, vyhledávají klienta na místech, kde se zdržuje i mimo domov) před navázáním klienta do spolupráce oproti adiktologickým službám. Fox a kol. (2010) uvádí, že právě zapojení klienta do spolupráce je období, které často trvá velmi dlouho. Je třeba, aby case manager byl aktivní a v kontaktu zkoušel různé způsoby, jak klienta oslovit (Fox a kol., 2010, SAMSHA, 2015).

V rámci navazování a budování vztahu se pracovníci obou služeb shodují, že důležitá je zejména důvěra, autenticita, partnerství a transparentnost. Dle SAMSHA (2015) je třeba klientovi předat informace, co může od služby očekávat. Účastníci rozhovorů z obou druhů služeb v rámci navazování spolupráce klientům předávají informace o službách, o tom, co mohou potenciální klienti od služby očekávat, a společně s nimi v rámci několika schůzek zjišťují, zda mají nějaké cíle, přání, ve kterých je pracovníci mohou podpořit.

V adiktologických službách i v CDZ jsou týmy multidisciplinární, tedy složeny z osob z různými odbornostmi. Shodně jsou v každém týmu sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, lékaři – psychiatři, kliničtí psychologové, psychoterapeuti.

V oslovených adiktologických službách dále pracují adiktologové a v oslovených CDZ zdravotní sestry, peer konzultanti a pracovní konzultanti. Jedno CDZ spolupracuje s externí adiktoložkou. Klienti služeb spolupracují s psychiatrem, který je součástí týmu, nebo docházejí k jiným psychiatrům mimo tým. Case manažeři s lékaři, pokud s tím klient souhlasí, spolupracují. Dále občasně oba typy služeb spolupracují vzájemně.

Občas ze strany CDZ dochází k předání spolupráce s klientem do adiktologických služeb, které také pracují metodou case managementu. Podnětem k dalšímu zkoumání tedy podle mě je potřeba pozice adiktologa v týmech CDZ a potřebnost k jejímu pevnému stanovení standardy CDZ. Tím by případně nemuselo docházet k předávání spolupráce s klienty mezi službami a mohlo by probíhat kontinuální poskytování integrované léčby. Integrovaná léčba je poskytovaná: „*v jenom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy*“ (Kalina a kol., 2015, str.220). Aktuálně některá CDZ spolupracují s externím adiktologem nebo adiktologem na pozici pracovníka v sociálních službách, jedná se ale o pozici dobrovolnou. Další možností může být intenzivnější vzdělávání pracovníků nebo vzájemné předávání zkušeností mezi oběma typy služeb, vzhledem k tomu, že sami pracovníci CDZ i adiktologických služeb uváděli, že by si jak v oblasti duševního zdraví, tak v oblasti adiktologie potřebovali rozšířit vzdělání nebo získat větší jistotu.

Zodpovědnost za vedení případu klienta ve všech oslovených službách má case manager, který koordinuje spolupráci s ostatními odborníky, službami i rodinou. Case manažeři obou typů služeb nejčastěji spolupracují s rodinnými příslušníky, blízkými, lékaři, opatrovníky, pracovníky úřadů, psychiatrickými nemocnicemi, adiktologickými službami, občanskými poradnami a azylovými domy. Pracovníci CDZ ještě mimo výše uvedené spolupracují s pečovatelskými a odlehčovacími službami a pracovníci adiktologických ambulantních služeb opakovaně uváděli spolupráci s OSPOD a probační a mediační službou.

Monitorování naplnění cílů klientů probíhá v obou druzích služeb shodně pomocí sestavení, revize a zhodnocení individuálních plánů společně s klienty. Dále služby využívají další nástroje jako je GAF, I-ROC a tabulky, kde jsou zaznamenávány změny v procesu uzdravy klientů. Rozdílně uváděli pracovníci adiktologických služeb revizi plánů převážně jednou za tři měsíce a pracovníci CDZ obvykle jednou za šest měsíců, což odpovídá názorům Nepustila a Szotákové (2013), kdy je třeba hodnocení individuálních plánů průběžně opakovat například za tři nebo za šest měsíců.

Dalším bodem výzkumu byla abstinence, která není povinnou podmínkou pro vstup do oslovených služeb. Pracovníci adiktologických služeb i CDZ pracují s klienty na motivaci ke změně, motivaci k léčbě, snižování rizik a edukaci. Nejčastějším tématem edukace je oblast medikace. Fox a kol. (2010) uvádí, že právě motivace ke změně, motivace k léčbě, snižování rizik jsou důležitými principy v integrované léčbě osob s duální diagnózou.

Intenzita spolupráce je v obou typech služeb taktéž shodná, pracovníci se s klienty vídají pravidelně jednou za týden až dva týdny, v případě krizových situací nebo na počátku spolupráce se intenzita setkání navyšuje nebo se mění podle aktuálních potřeb klientů.

V rámci obhajoby práv a zájmů klienta jsem se u obou druhů služeb setkávala se stejnými odpověďmi. K obhajobě práv, podpoře potřeb a vysvětlování specifík chování klientů dochází převážně na úřadech, soudech, s opatrovníky, rodinou nebo v psychiatrických nemocnicích. SAMSHA (2015) uvádí, že obhajoba práv klientů může probíhat buď rozhovorem nebo zasláním písemného vyjádření pracovníka o spolupráci s klientem.

V adiktologických službách i v CDZ spolupracují s klienty s duální diagnózou dlouhodobě v řádu let, pokud nedojde k tomu, že je spolupráce ukončena ze strany klienta, tím, že přestane na schůzky docházet. Fox a kol. (2010) ve své knize uvádí, že výzkumy představují, že někdo začne se symptomy svého onemocnění úspěšně pracovat za pár měsíců, ale mnoho osob naopak k zotavení potřebuje o dost více času – mnoho let.

Ukončení spolupráce s klienty probíhá v obou typech služeb postupně, ne ze dne na den, což potvrzuje i SAMSHA (2015), podle které by ukončení služby mělo probíhat nenásilně a mělo by docházet k postupnému odloučení mezi pracovníkem a klientem. Ukončení probíhá nejčastěji buď dohodou mezi klientem a pracovníkem nebo dlouhodobějším nedocházením klienta na schůzky. Rozdílně jako další důvod konce spolupráce pracovníci adiktologických služeb uváděli ukončení v případě závažných porušení pravidel a pracovníci CDZ přestěhování klienta. Pracovníci CDZ spolupráci ukončují na rozdíl od pracovníků adiktologických služeb v případě dlouhodobé léčby klienta v terapeutické komunitě.

Pracovníci adiktologických služeb i CDZ v rámci práce s lidmi s duální diagnózou nejčastěji vycházejí z praktických východisek – z porad, intervizí, supervizí, Bálintovských skupin, Duálních stolů i rad jednotlivých odborníků v týmu. Z teoretických východisek byly zmíněny kurzy práce s lidmi s duální diagnózou a kurz motivačních rozhovorů.

Case management má ve spolupráci s lidmi s duální diagnózou svoji nezastupitelnou roli. Pracovníci s klienty mohou spolupracovat na jejich aktuálních potřebách a podpořit je na cestě k zotavení. Z rozhovorů vyplývá, že pracovníci obou typů služeb využívají metodu case managementu ve spolupráci s klienty s duální diagnózou v souladu s odbornou literaturou. Spolupráce s klienty s duální diagnózou metodou case managementu v obou typech služeb většinou probíhá podobně s určitými výše uvedenými rozdíly. Nejde ale o dvě odlišné strany, které spolu vzájemně nespolupracují, nekomunikují a fungují každý na svém „vlastním poli“. Naopak ke spolupráci dochází, je zde ale určitě ještě prostor pro častější vzájemnou spolupráci sdílením dobré praxe a inspirace nebo vzdělávání v oblasti duševního zdraví nebo adiktologie.

Jedním z limitů mé práce je nízký počet respondentů i služeb, jejichž práci jsem mapovala a porovnávala. Výzkum vnímám pouze jako určitý náhled do problematiky case managementu a práce s lidmi s duální diagnózou v jednotlivých službách. Dalším limitem je, že vzhledem k rozsáhlosti metody case managementu jsem volila zmapování pouze tří z pěti základních činností této metody, nejedná se tedy o komplexní zmapování celé této formy spolupráce. Pro případný následný výzkum bych tedy doporučila soubor respondentů rozšířit a věnovat se všem pěti základním činnostem case managementu ve spolupráci s klienty s duální diagnózou.

Bakalářská práce může být přínosem pro inspiraci služeb zaměřených na duševní zdraví i adiktologických služeb. Pro někoho, kdo se s tématem case managementu a spolupráce s lidmi s duální diagnózou setkal zatím pouze teoreticky, může být práce bližším pohledem do praxe.

## Seznam použité literatury

- Foitová, Z., a kol. 2014. *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*. Praha: CMHCD. Dostupné z:  
[http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual\\_ZPK\\_web.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPK_web.pdf).
- Fox, L., Drake, R. E., a kol. (2010). *Integrovaná léčba duálních poruch* (přeloženo z angl. originálu: Integrated Dual Disorders Treatment – IDDT). Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Haasová, K. (2008). Úvod do case managementu. In: Janoušková, K., & Nedělníková, D. (2008). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků. Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita, 305-322.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. a kol (2008) *Základy klinické adiktologie*. Kap.4. Praha: Grada Publishing.
- Kalina a kol, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*. Adiktologie, 13(2), 144–165.
- Libra, J. (2015). Case management – prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Kap. 37. Praha: Grada Publishing.
- Lukersmith, S., Millington, M., Salvador-Carulla, L. (2016). *What is case management? A Scoping and Mapping Review*. International Journal of Integrated Care, 16(4). Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5388031/>.
- Mentalhealthrecovery (2023). *Whatis I-ROC wellbeing?* [online]. [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: <https://irocwellbeing.com/whatisirocwellbeing#what>.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2019 a). *Základní principy péče poskytované v CDZ*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha\\_%C4%8D.\\_6\\_Metodiky\\_-\\_Z%C3%A1kladn%C3%AD\\_principy\\_p%C3%A9%C4%8De\\_poskytovan%C3%A9\\_v\\_CDZ.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2019 b). *Průvodce reformou psychiatrické péče*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou\\_komplet.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2020). *Metodika programu podpory Center duševního zdraví III*. Verze 3.0. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/02/Metodika-Programu-podpory-Center-du%C5%A1evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD-III\\_v.3-1.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/02/Metodika-Programu-podpory-Center-du%C5%A1evn%C3%ADho-zdrav%C3%AD-III_v.3-1.pdf).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2021). *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI)*. Věstník Ministerstva zdravotnictví, 8, 2-16. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ\\_8-2021.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf).

Miovská, L., Miovský, M., Mravčík, V. (2006) *Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog*. *Psychiatrie*, 10 (3), 150–156.

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

Miovský, M. a kol. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Verze 4.7. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP.

Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, L., Škrdlantová, E., Štastná L., Macek, V., Petroš O., Gajdošíková, H., Miovský M., Kalina K., Vopravil, J. (2003). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002*. Praha: Národní monitorovací středisko – Úřad vlády ČR.

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

- Nepustil, P., Szotáková, M. (2013). *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. Praha: Národní monitorovací středisko – Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2003). Psychiatrická komorbidita a komplikace, duální diagnózy. In Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kap. 4/5. Praha: Národní monitorovací středisko – Úřad vlády ČR.
- Ocisková, M. a Praško, J. (2015) *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
- Pracovní skupina pro podporu lidí s duální diagnózou (Duální stoly). (2020). *Záměry pracovní skupiny pro podporu osob s duální diagnózou*. [online]. [cit. 2022-09-25]. Dostupné z: <https://dualni-stoly6.webnode.cz/>.
- Ridgway, P. a kol. (2014). *Cesty k zotavení*. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare.
- Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a casemanagement*. Praha : Fokus Books.
- 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. Rockville, MD: SAMHSA, 2015. Dostupné z: <http://www.store.samhsa.gov>.
- Smith, M. (2023). *WhatIsTheGlobalAssessmentofFunctioning (GAF) Scale?* [online]. [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/gaf-scale-facts>.
- Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál.
- Swanson, S.,J., Becker, D.R. (2013) Praktický průvodce. Metoda IPS (Individual Placement and Support). Dartmouth Psychiatric Research Center. Dostupné z: [https://www.fokus-praha.cz/images/Vzdelavame/Vzdelavaci\\_projekty/MANUAL\\_IPS\\_web.pdf](https://www.fokus-praha.cz/images/Vzdelavame/Vzdelavaci_projekty/MANUAL_IPS_web.pdf).
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J.I., Domingo – Salvany, A. (2017). *Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Praha: Národní monitorovací středisko – Úřad vlády ČR.
- Vanderplasschen, W., De Maeyer, J. (2007). *Případová práce (case management) s uživateli drog v praxi-co se za tím skrývá?* Adiktologie, (7)4, 459-469.



Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.

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

Van Veldhuizen, J. R. (2007). *FACT: a Dutch version of ACT*. *Community mental health journal*, 43(4), 421-433.

Volkow, N. (2010). *Comorbidity: addiction and other mental illnesses*. National Institute on Drug Abuse.

World Health Organization. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organization. Dostupné z:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

## **Seznam použitých zkratk**

CDZ – Centrum duševního zdraví

GAF – The Global Assessment of Functioning

IPS – Individual Placement and Support

I-ROC – Individual Recovery Outcomes Counter

SMI – severe mental illness

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Příloha č. 1

## INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Výzkum: Case management v adiktologické službě a v Centru duševního zdraví s klienty s duální diagnózou

Realizátor výzkumu: Soňa Valentová, DiS., sona.valentova07@gmail.com

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jiří Libra, jiri.libra@lf1.cuni.cz

Byl/a jsem seznámen/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumu v rámci bakalářské práce Soni Valentové, DiS. s názvem „Case management v adiktologické službě a v Centru duševního zdraví s klienty s duální diagnózou.“

Souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Realizátor výzkumu mě informoval o podstatě výzkumu a seznámil mě s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu použity. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Anonymita bude zajištěna tím, že výzkumnice neuvede moje jméno, název organizace, kde pracuji a pokud v rámci rozhovoru uvedu údaj, kterým bych mohl být identifikován já nebo organizace, ve které pracuji, výzkumnice i tento údaj anonymizuje. Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s výzkumnicí a s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu. Dávám souhlas k tomu, že výzkumnice může v odborné publikaci citovat informace, které jí poskytnu. Rozumím tomu, že se mám možnost se výzkumnice zeptat na vše, co považuji za podstatné a potřebné k výzkumu vědět. Rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mě obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor. Rozumím tomu, že mohu odstoupit z tohoto výzkumného projektu do sedmi dnů od poskytnutí rozhovoru, a to i bez udání důvodů. Informovaný souhlas je vytvořen ve dvou stejnopisech. Výzkumnice i respondent obdrží každý jeden originál.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis realizátora výzkumu: \_\_\_\_\_

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu: \_\_\_\_\_

**Otázky zaměřené na tři z pěti základní činnosti case managementu:**

- Používáte asertivní kontaktování při navazování spolupráce s klienty s duální diagnózou? Jakými praktickými způsoby asertivní kontaktování využíváte?
- Co považujete za důležité při budování vztahu s klientem s duální diagnózou?
- Jakým způsobem probíhá kontraktování do služby?
- Jak často probíhají schůzky s klienty s duální diagnózou?
- S kým z okolí klienta spolupracujete?
- Jaké jsou nejčastěji spolupracující služby během spolupráce s klientem s duální diagnózou?
- Kdo je ve službě zodpovědný za vedení případu?
- Jací odborníci jsou ve vašem týmu?
- Jakým způsobem monitorujete naplňování stanovených cílů klientů s duální diagnózou?
- Je abstinence podmínkou vstupu do služby?
- Jak pracujete s klienty, kteří neabstínují?
- Co jsou nejčastější činnosti nebo úkony při obhajobě práv klienta s duální diagnózou?
- Jak dlouho průměrně spolupracujete s lidmi s duální diagnózou?
- Jakými způsoby službu ukončujete?

**Otázky zaměřené na teoretická a praktická východiska:**

- Z jakých praktických zkušeností a teoretických informací při spolupráci s klienty s duální diagnózou vycházíte?