Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Bc. Denisa Apltauerová

Hodnocení pilotního projektu Adiktologického multidisciplinárního týmu z pohledu zainteresovaných pracovníků

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Jiří Libra

Praha 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím se zveřejněním své práce a jejím půjčováním v rámci databáze systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 26.4.2023

Bc. Denisa Apltauerová

Podpis

Identifikační záznam

APLTAUEROVÁ, Denisa. *Hodnocení pilotního projektu Adiktologického multidisciplinárního týmu z pohledu zainteresovaných pracovníků. [Evaluation of the Addiction Multidisciplinary Team pilot project from the perspective of interesed workers].* Praha, 2023. 99, 4 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika / Ústav 1. LF UK 2008. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Jiří Libra.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce panu PhDr. Jiřímu Librovi za jeho pomoc při zpracování této diplomové práce, za jeho věcné komentáře a podporu. Dále chci poděkovat také všem respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Abstrakt

V současné době je adiktologická péče ovlivněna právě probíhající reformou péče o duševní zdraví, v jejímž rámci byl v roce 2020 spuštěn pilotní projekt Adiktologický multidisciplinární tým. Tento pilotní projekt byl nastaven pro práci s uživateli návykových látek formou case managementu. Do tohoto pilotního projektu se zapojily čtyři organizace působící v České republice.

Cílem této studie je zhodnocení pilotního projektu Adiktologického multidisciplinárního týmu z pohledu pracovníků, kteří byli do projektu zainteresováni. Tato studie je zaměřena na zhodnocení přípravy a průběhu pilotního projektu, dále je zaměřena na zhodnocení změn v systému adiktologických služeb v organizacích po spuštění projektu a na přínosy a negativa pilotního projektu z pohledu zaměstnanců.

Výzkumným nástrojem byla metoda formativní evaluace procesu, v jejímž rámci byla využita metoda rozhovoru se šesti pracovníky ze dvou zainteresovaných organizacích.

Z rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že i přestože vnímají určité bariéry a nedostatky pilotního provozu, změny v přímé práci s klienty a formování multidisciplinárních týmů považují za přínosné a inovativní. Jako přínosné vnímají rozšíření služeb pro klienty, změnu léčebného kontinua klientů, rozšíření cílové skupiny, nepropadávání klientů sítem adiktologických služeb, mezioborovou a meziorganizační, spolupráci a propojení sociálních a zdravotních služeb.

Negativně naopak pracovníci hodnotí krátké realizační období, nejasnou komunikaci se zadavatelem projektu, resp. Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále MZ ČR) a administrativní náročnost projektu. Respondenti se také shodují, že jim pilotní projekt přinesl velmi krátký čas na zahájení ostrého provozu v rámci nového systému výkaznictví zdravotních výkonů na pojišťovny.

Klíčová slova: hodnocení, evaluace, pilotní projekt Adiktologický multidisciplinární tým, zainteresovaní pracovníci, case management, reforma péče o duševní zdraví

Abstract

Addiction care is currently affected by the ongoing reform of mental health care, as part of which the Addiction Multidisciplinary Team pilot project was launched in 2020. This pilot project was set up to work with drug users in the form of case management. Four organizations operating in the Czech Republic participated in this pilot project.

The aim of this thesis is to evaluate the pilot project of the Addiction multidisciplinary team from the point of view of the workers who were interested in the project. This thesis is focused on the evaluation of the preparation and progress of the pilot project, it is also focused on the evaluation of changes in the system of addiction services after the launch of the project and on the benefits and negatives of the pilot project from the perspective of the employees.

The research tool was the method of formative evaluation of the process, within which the interview method was used with six workers from two interested organizations.

Interviews with employees revealed that, even though they perceive certain barriers and shortcomings of the pilot operation, they consider the changes in direct work with clients and the formation of multidisciplinary teams to be beneficial and innovative. They perceive the expansion of services for clients, a change in the treatment continuum of clients, expanding the target group, preventing clients from falling through networks of addiction services, interdisciplinary and inter-organizational cooperation and the connection of social and health services as beneficial.

On the other hand, employees negatively evaluate the short implementation period, unclear communication with the project sponsor, or by the Ministry of Health of the Czech Republic and the administrative complexity of the project. The respondents also agree that the pilot project brought them a very short time to start the sharp operation within the framework of the new system of reporting medical performance to insurance companies.

Keywords: evaluation, pilot project Addiction multidisciplinary team, interested workers, case management, reform of mental health care

Obsah

1 ÚVOD 9

TEORETICKÁ ČÁST 11

2 POJEM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ 11

2.1 ZDRAVÍ 11
2.2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 11
2.3 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ 12

3 REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 14

3.1 VZNIK REFORMY PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 15
3.2 CÍLE A PRINCIPY REFORMY PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 16
3.2.1 CÍLE 16
3.2.2 PRINCIPY 18
3.3 AKTUÁLNÍ STAV REFORMY PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 19
3.4 AKTUÁLNÍ STAV REFORMY PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE 19

4 ADIKTOLOGICKÝ MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM 25

4.1 VÝCHODISKA PILOTNÍHO PROJEKTU AMT 25
4.1.1 PILOTNÍ PROVOZY 28
4.2 CÍLE A PRINCIPY PILOTNÍHO PROJEKTU AMT 28
4.2.1 CÍLE 28
4.2.2 PRINCIPY 29
4.3 ZÁKLADNÍ ČINNOSTI PILOTNÍHO PROJEKTU AMT 30
4.4 INDIKÁTORY (NAPLNĚNÍ) PILOTNÍHO PROJEKTU AMT 31
4.5 MATERIÁLNĚ TECHNICKÉ A PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ PILOTNÍHO PROJEKTU AMT 32
4.6 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM 32
4.7 FINANČNÍ ZAJIŠTĚNÍ PILOTNÍHO PROJEKTU AMT 33

5 CASE MANAGEMENT 35

5.1 STRUČNÝ HISTORICKÝ VÝVOJ CASE MANAGEMENTU 35
5.2 POJETÍ CASE MANAGEMENTU 36
5.3 MODELY CASE MANAGEMENTU VYUŽÍVANÉ V ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH 37
5.3.1 BROKERSKÝ MODEL 37
5.3.2 INTENZIVNÍ CASE MANAGEMENT 38
5.3.3 ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA 38
5.3.4 KLINICKÝ/REHABILITAČNÍ MODEL 38
5.3.5 FUNKČNÍ ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA 38
5.3.6 PŘÍKLAD VYUŽITÍ ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBY S UŽIVATELI NÁVYKOVÝCH LÁTEK 39
5.4 ÚČINNOST CASE MANAGEMENTU 39

PRAKTICKÁ ČÁST 42

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A OPERACIONALIZACE POJMŮ 42

6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM 42
6.2 VÝZKUMNÉ CÍLE 42
6.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY 42

6.4 OPERACIONALIZACE POJMŮ ... 43
7 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU ... 47
7.1 ZÁKLADNÍ SOUBOR ... 47
7.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR ... 48
8 METODIKA VÝZKUMU ... 50
8.1 METODA ZÍSKÁVÁNÍ A SBĚRU DAT ... 53
8.1.1 METODA ROZHOVORU ... 53
8.2 METODA ANALÝZY DAT ... 54
8.3 METODOLOGICKÉ LIMITY VÝZKUMU ... 55
8.4 ETICKÉ ASPEKTY PRÁCE ... 56
9 VÝSLEDKY ANALÝZY A INTERPRETACE DAT ... 57
9.1 VÝZKUMNÝ VZOREK 1 ... 57
9.1.1 DATA ZÍSKANÁ Z ROZHOVORŮ ... 57
9.2 VÝZKUMNÝ VZOREK 2 ... 64
9.2.1 DATA ZÍSKANÁ Z ROZHOVORŮ ... 64
9.3 DATA ZÍSKANÁ Z DOKUMENTŮ ... 69
10 DISKUZE VÝSLEDKŮ ... 72
11 DOPORUČENÍ PRO PRAXI ... 80
12 ZÁVĚR ... 83
13 SEZNAM LITERATURY ... 85
14 SEZNAM GRAFŮ A OBRÁZKŮ ... 91
15 SEZNAM PŘÍLOH ... 92

1 Úvod

V roce 2020 se na území České republiky spustil pilotní projekt Adiktologický multidisciplinární tým, do kterého se zapojily čtyři organizace zaměřující se na léčbu závislostí. Adiktologický multidisciplinární tým je regionální službou, koordinačním prvkem v síti sociálních a zdravotních služeb poskytující ambulantní, terénní i lůžkové formy pečující o uživatele návykových látek a závislé. Jeho funkcí je individuální léčba adiktologických poruch, podpora zotavení šitá na míru potřebám jednotlivých osob, prevence nebo zkrácení institucionalizace a nápomoc k reintegraci institucionalizovaných osob do běžné komunity (MZ ČR, 2022).

Nejen, že vstup do projektu s sebou přinesl řadu změn ve financování, administrativě a přijímání nových zaměstnanců, ale především přinesl řadu změn v chápání a vnímání adiktologických služeb. Před spuštěním pilotního projektu se většina setkání s klienty odehrávala v prostorách organizací, které se zapojily do tohoto výzkumu. Po translaci do pilotního projektu AMT, začali pracovníci těchto organizací pracovat s klienty formou case managementu skrze multidisciplinární tým, který zahrnuje širokou škálu odborností (například psychiatrickou sestru, psychiatra, klinického psychologa, adiktologa, atd.). Metoda case managementu je v tomto procesu klíčová.

Jak píše Nepustil (2013), je skoro nemožné nabídnout jednoznačnou definici case managementu, která by vyhovovala všem a byla dostatečně komplexní. Termín case management se nejčastěji překládá jako koordinovaná péče o klienta v síti sociálních služeb (Šťastná, 2010) nebo případové vedení (Stuchlík, 2002). Nepustil a Szotáková (2013) považují case management za koordinovanou spolupráci v rámci případu. Konsenzus definice case managementu neexistuje však ani ve světě. Walsch & Holton (in Sowers & Dulmus, 2008) definují case management jako přístup k poskytování sociálních služeb, který se snaží zajistit, aby klienti s více komplexními problémy přijímali služby, které potřebují včas a vhodným způsobem.

Dle Siegala (1998) sahá počátek metody case managementu do 70. let minulého století v USA a vznikl v reakci na fragmentaci, nedostatek zdrojů v regionech a návaznosti zdravotní péče. Case manažer fungoval jako průvodce propojující uživatele ke zdrojům, které potřebovali. V České republice se case management začal rozvíjet v roce 1995 v rámci péče o dlouhodobě duševně nemocné (Stuchlík, 2002).

V poslední době se case management hojně využívá i při práci s jinými skupinami, včetně osob užívajících návykové látky. Podle Vanderplasschen (2010) je case management přizpůsoben pro práci s osobami se závislostí na návykových látkách, jejichž problémy jsou nazírány jako mnohotvárné, chronické a recidivující, a tím pádem vyžadují komplexní a trvalý přístup. Pro tento přístup je také typické, že se nepřerušuje kontakt během hospitalizace klienta či využívání jiných služeb. Větší úspěch při léčbě formou case managementu bývá v literatuře spojován také s aktivním vyhledáváním klienta, kdy se nečeká, až klient spadne na dno a službu vyhledá sám, práce v přirozeném prostředí klienta a nevyžadování trvalé abstinence (Libra, in MZ ČR, 2020; Nepustil, 2013; Siegal, 1998).

Dle Libry (in MZ ČR, 2020) je case management vhodný jako doplněk tradičních služeb terapeutického kontinua, účinný je zejména v práci s klienty s vícečetnými sociálními problémy, kteří nejsou motivovaní k aktivní účasti v intenzivní léčbě, kteří z tradičních služeb vypadávají nebo je jejich dlouhodobý zdravotní a sociální stav nepříznivý. Case management se dále využívá i s dospívajícími klienty a již tradičně je využíván při práci s geriatrickými pacienty, kteří jsou zranitelní ve vztazích a mají problém se samoobsluhou.

Existuje několik modelů case managementu, avšak využívanému modelu při práci s uživateli návykových látek v České republice se nejvíce podobá asertivní komunitní léčba. Při využití modelu asertivní komunitní léčby dle Libry (in MZ ČR, 2020) sdílejí případ klienta všichni členové týmu, kteří koordinují péči o klienta, průběžně v týmu sdílejí důležité informace, pracují s klientem v jeho přirozeném prostředí, a také ho propojují i k dalším zdrojům, především k těm přirozeným.

Jak vyplývá ze zahraničních studií, je case management v oblasti duševního zdraví považován za úspěšný model léčby. Například hodnotící studie, která zkoumala asertivní komunitní léčbu a klinický case management, prokázala, že oba modely case managementu byly účinnější, než obvyklá léčba ve třech výsledných doménách: rodinná zátěž, spokojenost rodiny se službami a náklady na péči. V obou modelech case managementu došlo k výraznému snížení hospitalizací, snižování symptomů, zvyšování kontaktů klientů se službami, zlepšování sociálního fungování a spokojenosti klientů (Ziguras & Stuart, 2000). Naproti tomu Vanderplasschen et al. (2007) zmiňují velký přehled studií case managementu pro uživatele drog, který vycházel z patnácti randomizovaných a kontrolovaných klinických studií. V porovnání se standardní léčbou uživatelů drog byla u case managementu prokázána největší úspěšnost v realizaci kontaktu se zdravotnickými a sociálními službami, case management byl ale méně účinný v oblasti zlepšování životního stylu klientů a ve výsledcích týkajících se užívání nelegálních drog.

Z evaluační studie Nepustila (2013) vyplývá, že vztah důvěry vybudovaný ke case manažerovi je klíčovým stavebním kamenem fungování celého modelu case managementu. Tento vztah je počátkem postupné sociální rehabilitace a integrace klienta do běžného života a sociálních vztahů. Další hodnotu case managementu autor spatřuje ve spolupráci služeb, která buduje sociální kapitál. Také fakt, že hranice času a prostoru přestávají být v case managementu překážkou, otevírá více možností spolupráce. Celkově ze studie vyplývá, že case management přináší zlepšení kvality života klientů a přispívá k sociální integraci klientů.

Tato diplomová práce by měla vést ke zhodnocení pilotního projektu Adiktologický multidisciplinární tým z pohledu pracovníků, kteří byli do projektu zainteresováni. Výsledky mohou přispět i k rozvoji dalších inovativních služeb a ke zkvalitnění služeb stávajících. Dále tato práce může přinést nové podněty k zamyšlení v oblasti léčby adiktologických pacientů/klientů.

Teoretická část

2 Pojem duševního zdraví

V rámci této práce a zhodnocení pilotního projektu týkající se péče o duševní zdraví je třeba vysvětlit samotný pojem duševního zdraví. Duševní zdraví je velmi komplexní a různorodý termín, pro který neexistuje pouze jediná definice.

2.1 Zdraví

Pro lepší porozumění pojmu lze tento termín rozdělit a začít s definicí zdraví. Platná a užívaná definice Světové zdravotnické organizace (dále WHO) popisuje zdraví takto: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease of infirmity*“ (WHO, 1946). V překladu chápeme zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. V roce 1984 WHO revidovala tuto definici a definovala zdraví jako stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům nebo skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví tedy chápeme jako zdroj každodenního života, a nejen jako cíl života. Jedná se o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti (Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003).

2.2 Duševní zdraví

Definice WHO popisuje duševní zdraví takto: „*Mental health is a state of well-being in wich an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively, and is able to make a contribution to his or her community“* (WHO, 2004). V překladu tedy chápeme duševní zdraví jako stav pohody, ve kterém si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s běžným životním stresem, může produktivně pracovat a je schopen přispět své komunitě.

Na tuto definici kriticky reagovali autoři Galderisi et al. (2015) v článku *Toward a new definition of mental health*, ve kterém chápou duševní zdraví jako dynamický stav vnitřní rovnováhy, který lidem umožňuje využívat své schopnosti v souladu s univerzálními hodnotami společnosti. Zdraví jedinci mají základní kognitivní a sociální dovednosti, jsou schopni rozeznávat, vyjadřovat a modulovat vlastní emoce, stejně tak jako se dokáží vcítit do druhých. Dále jsou schopni zvládat nepříznivé životní události a fungovat v sociálních rolích a mají vyrovnaný a harmonický vztah mezi tělem a myslí, což je důležitá složka duševního zdraví (Galderisi et al., 2015). Tato definice přestavuje velmi komplexní pojetí duševního zdraví a na rozdíl od definice WHO přidává kontext univerzálních hodnot společnosti, přidává pojem dynamický stav vnitřní rovnováhy, což odráží období, ve kterém se jedinec nachází a také zmiňuje práci s emocemi.

2.3 Duševní onemocnění

Na rozšířenou definici duševního zdraví (viz odstavec výše) lépe reaguje popis duševního onemocnění nebo poruchy[1], což je stejně tak jako duševní zdraví velmi komplexní pojem, který nemá jednoznačnou definici. Podle definice Americké psychologické asociace (American Psychological Association, dále APA) je duševní onemocnění neboli duševní porucha stav vyznačující se narušením kognitivních funkcí a/nebo emocí, narušeným fungováním ve společnosti, abnormálním chováním nebo jakoukoli kombinací. Tyto poruchy nelze vysvětlit pouze působením okolního prostředí, ale mohou k nim přispívat i tělesné, genetické, sociální a jiné faktory (APA, 2013). Z této definice vyplývá, že pojem porucha nebo onemocnění je odchýlením se od určité normy. K tomu lze doplnit, že se jedná o normu v určitém čase, kultuře a kontextu (politickém, ekonomickém, sociologickém a dalšími).

Mnoho zahraničních autorů upozorňuje na to, že to, co je považováno za duševní poruchu se mění v čase a místě a obviňují medicínu a psychiatrii z toho, že nerozpoznaly, jak je distres utvářen kulturou (Kirmayer, 2005; Kleinman, 1988). Autoři dále uvádějí, že by se kliničtí lékaři měli vyvarovat nesprávné klasifikaci nebo označování kulturního vyjádření úzkosti nebo politické deviace jakožto nemoci. Z tohoto důvodu považuji za nezbytné zmínit to, že co je dnes považováno za odchylku v chování a označováno jako „nemoc“ či „porucha“ nemusí být takto považováno za několik let. Jako příklad může být homosexualita, která se řadila v 9. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN) mezi sexuální odchylky a poruchy (MKN-9, 1978). Stejně tak byla homosexualita zařazena i v Diagnostickém a statistickém manuálu (dále DSM) (APA, 1980).

Skehan et al. (2018) vnímá duševní onemocnění jako specifický, diagnostikovatelný zdravotní stav, který zahrnuje změny v emocích, myšlení nebo chování (nebo kombinaci těchto tří).

Jak dodává APA (2013), duševní porucha tedy neexistuje bez diagnózy. V současné psychiatrii je využíváno dvou velkých klasifikacích duševních poruch.

Aktuálně se jedná o páté vydání DSM, vydané Americkou psychologickou asociací, jež se využívá k základnímu přehledu duševních poruch a souvisejících onemocnění. Dle DSM-V je duševní porucha syndrom charakterizovaný klinicky významnou poruchou v poznávání, regulaci emocí nebo chování jedince, která odráží dysfunkci v psychologických, biologických nebo vývojových procesech, které jsou základem mentálního fungování. Duševní poruchy jsou obvykle spojeny se značným utrpením nebo postižením v sociálních, pracovních nebo jiných důležitých činnostech (APA, 2013).

V Evropě se ke stejným účelům využívá desátá revize MKN, která bude ale zanedlouho nahrazena revizí jedenáctou, která se od nynější revize bude lišit především svou inovativností, například pak dostupností elektronických zdrojů. V oblasti diagnostiky duševních poruch se MKN-11 bude lišit tím, že se již nebude jednat o deskriptivní způsob

[1] V odborné literatuře se využívá termínu „duševní onemocnění“ stejně tak jako termínu „duševní porucha“. V této práci se vyskytují oba pojmy jako synonymum.

diagnostiky. V současnosti se ale dle platné MKN-10[2] diagnostikuje duševní porucha na základě splnění diagnostických kritérií.

V příloze č. 1 přikládám aktuální prevalenci duševních poruch celosvětově a prevalenci duševních poruch v České republice. Současně tato příloha obsahuje také aktuální prevalenci závislostního chování v České republice. Tato příloha slouží k získání obrazu současné situace týkající se stavu duševního zdraví obyvatelstva v čase probíhající reformy péče o duševní zdraví, ze které vychází pilotní projekt Adiktologický multidisciplinární tým.

[2] MKN-10 je rozdělena na 10 částí, ve kterých jsou jednotlivé poruchy zařazovány do skupin podle hlavních společných znaků: 1. Organické duševní poruchy, včetně symptomatických (F00 - F09), 2. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10 - F19), 3. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 - F29), 4. Poruchy nálady (afektivní poruchy) (F30 - 39), 5. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40 - 49), 6. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 - 59), 7. Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 - 69), 8. Mentální retardace (F70 - 79), 9. Poruchy psychického vývoje (F80 - 89), 10. Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a v adolescenci (F90 - 99).

3 Reforma péče o duševní zdraví

Cílem mé diplomové práce je zhodnocení pilotního projektu Adiktologický multidisciplinární tým (dále AMT), který v nedávné době proběhl v zainteresovaných organizacích. Pilotní projekt vznikl jako odpověď na právě probíhající reformu péče o duševní zdraví, která byla schválena na Ministerstvu zdravotnictví v roce 2013.

Reforma péče o duševní zdraví je dle Kolitsch et al. (2022) plánovaný dlouhodobý a komplexní proces, který zahrnuje změny v medicínském oboru psychiatrie, zdravotní péče, ale i změny v oblasti sociálních systémů, vzdělávání, zaměstnávání či právního postavení osob s duševním onemocněním. Jedním ze základních kamenů reformy péče o duševní zdraví by měla být provázanost, kontinuita péče a koordinovanost. Důležitým aspektem je potom spolupráce, která by měla být podpořena multidisciplinárním přístupem.

Cílem reformy péče o duševní zdraví je vytvoření vyváženého modelu péče o duševní zdraví (inspirováno tzv. balanced care modelem). Základem tohoto modelu jsou služby reflektující priority pacientů/klientů a těch, kteří o ně pečují, dále vyváženost mezi komunitními, ambulantními a nemocničními službami, kdy jsou tyto služby poskytovány co nejblíže bydliště pacienta/klienta a intervence se zaměřují na zmírnění příznaků duševních nemocí, na zvýšení kompetencí a rozvíjení schopností pacienta/klienta (MZ ČR, 2013).

Transformace obsahu péče a zavádění nových přístupů a metod zajistí maximální možnou inkluzi pacientů/klientů do běžné společnosti a plnohodnotné zapojování pacientů/klientů i rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů týkající se léčby. Pro zajištění adekvátní podpory je důležitý asertivní přístup, který se zakládá na proaktivním, avšak pozitivním, přímém, nemanipulativním a ohleduplném přístupu. Reforma by měla dále přinést výrazné rozšíření komunitní péče s vytvořením nových služeb, jako jsou centra duševního zdraví (dále CDZ) a ambulance s rozšířenou působností, a naopak by mělo docházet ke snížení počtu hospitalizací (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Dle Ministerstva zdravotnictví ČR je v rámci reformy kladen důraz na spolupráci mezi primární péčí a specializovanými psychiatrickými službami, při které mají jednotliví poskytovatelé jasnou regionální odpovědnost (MZ ČR, 2013). Definovaným hlavním cílem reformy je zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním a další strategické cíle (blíže v odstavci 3.2), které by měly být naplněny v etapě od roku 2014 do roku 2023. Jak uvádí MZ ČR (2013) nelze očekávat, že po roce 2023 bude psychiatrická péče zcela zreformovaná a plně v souladu s potřebami jejích uživatelů, nicméně momentálně se nacházíme na konci tohoto období, a proto je toto téma velmi aktuální a je zapotřebí se zhodnocení tohoto dlouhodobého procesu věnovat. K nastínění vývoje reformy může být oporou i tato práce.

Samotná reforma péče o duševní zdraví prošla nepatrnou reformou názvu. Dříve používaný název zněl „reforma psychiatrické péče“, dnes se spíše setkáme s názvem „reforma péče o duševní zdraví“ po vzoru zahraničních praxí (mental health care reform) jako zdůraznění komplexní problematiky péče o duševní zdraví, která zahrnuje mnohem více oborů než jen psychiatrii. V této práci se oba názvy prolínají především z toho důvodu, že

odborná literatura, ze které čerpám informace, používá název dřívější. V této práci využiji taktéž zkrácený název „reforma“.

3.1 Vznik reformy péče o duševní zdraví

Samotnému vzniku a rozvoji reformy péče o duševní zdraví předcházelo několik srovnávacích analýz, jejichž vývoj koreloval s postupnými změnami v oblasti duševního zdraví v Evropské unii a zároveň v České republice. Tento odstavec zahrnuje výčet rozhodujících momentů při vzniku a rozvoji reformy péče o duševní zdraví.

Důležitým zdrojem, který umožnil mezinárodní srovnání a rozvoj zemí Evropské unie v oblasti duševního zdraví byla publikace WHO, která se v roce 2001 zaměřila na duševní zdraví (WHO, 2001a; 2001b; 2005b). V České republice došlo v roce 2004 ke zřízení Komise pro implementaci koncepce oboru psychiatrie, která byla schválena v roce 2000 sjezdem Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od roku 2004 se také MZ ČR stalo signatářem smluv o spolupráci na dvouletá období s kanceláří WHO v ČR. Obsahem smluv je podpora zkvalitňování péče o pacienty s duševní poruchou s kladeným důrazem na podporu komunitní péče (MZ ČR, 2013).

Zásadní moment nastává v lednu 2005 v Helsinkách na Evropské konferenci ministrů zdravotnictví členských států pořádané WHO k otázkám duševního zdraví. Zde dochází k formulaci problému týkajícího se nárůstu duševních poruch ve společnosti a Evropská unie, Evropská rada a všech 52 států se usneslo na *Deklaraci o duševním zdraví*, *Akčním plánu duševního zdraví pro Evropu* a strategickém dokumentu pro duševní zdraví, tzv. *Zelená kniha*. Podpisem se jednotliví ministři zavazují podniknout kroky ke zmírnění zátěže spojené s poruchami duševního zdraví, zavést komplexní systémy péče o duševní zdraví, zahrnující podporu, prevenci, léčbu a rehabilitaci či řešit nerovnost duševně nemocných ve společnosti (Raboch et al., 2012; MZ ČR, 2013).

Psychiatrická společnost ČLS JEP vyhlásila ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR v roce 2007 „Národní psychiatrický program 2007“ (NPP 2007) na podporu reformy psychiatrické péče. Tento program vychází ze znalostí podmínek a potřeb nemocných s duševní poruchou v ČR a zároveň se opírá o důležité dokumenty WHO a Evropské unie. Tento program se mimo jiné zaměřil na zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami, zrovnoprávnění úrovně péče o duševní zdraví s ostatními medicínskými obory, důraz na humánní podmínky péče a destigmatizaci, zajištění dostupnosti psychiatrické péče se zaměřením na její nízkoprahovost, podporu primární psychiatrické péče, rozvoj komunitní péče a modernizaci lůžkového fondu (Raboch et al., 2012).

Výchozím materiálem pro zhodnocení systému poskytované psychiatrické péče byla výzkumná zpráva z projektu *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)* a dalšími autory zastupující jednotlivé segmenty psychiatrické péče (Raboch et al., 2012). Dalším výchozím materiálem se stala analytická publikace *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenosti a doporučení* shrnující klíčové analýzy komparativního charakteru o systémech psychiatrické péče v Evropě (Winkler, 2013).

Z výše popsaných analýz vyplynuly tyto závěry:

- Vnitřní uspořádání psychiatrické péče v ČR je nejpodobnější některým zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Od těchto států se lišíme značně vyšším HDP.
- V tomto klastru států je jednotícím prvkem nízký podíl psychiatrie na celkových zdravotních výdajích, koncentrace péče v psychiatrických léčebnách a nedostatečně rozvinutá komunitní péče.
- Rozdíly ve vnitřním uspořádání psychiatrické péče mezi ČR a vyspělými státy Evropy jsou propastné (MZ ČR, 2013: 24).

Na základě těchto empirických podnětů, které upozorňovaly na deficity v oblasti systému psychiatrické péče v ČR a na základě závazků pro ČR vyplývající z dokumentů Evropské unie, které jsou popsány výše, vznikla *Metodika přípravy veřejných strategií* (Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2012), na jejíž základě vznikla 7. října 2013 *Strategie Reformy psychiatrické péče* (dále Strategie), která představuje první vládní program péče o duševní zdraví v ČR (MZ ČR, 2013). Psychiatrická péče se do vytvoření vládního programu potýkala s nerovnoměrnou rozložeností a nedostupností psychiatrické péče, dlouhodobým podfinancováním, zanedbaným a opožděným rozvojem ve srovnání s většinou zemí Evropské unie, absencí služeb v přirozeném prostředí a nízkou mírou koordinace jednotlivých složek péče (MZ ČR, 2013; Raboch et al. 2012; Psychiatrická společnost, 2017).

Samotnou Strategii se zavázaly realizovat a zajistit (především z pohledu financování) tyto tři subjekty:

- Ministerstvo zdravotnictví, které řídí a koordinuje strategické aktivity.
- Zdravotní pojišťovny, které zajistí dostupnost služeb.
- Odborná společnost, která odpovídá za věcný obsah Strategie (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Odbornou garanci reformy zajišťuje Rada vlády pro duševní zdraví, ustanovena 8. října 2019, dále pak Odborná rada pro odbornou garanci strategie reformy psychiatrické péče a Výkonný výbor pro řízení implementace Strategie, ustanovený 8. listopadu 2020 (MZ ČR, 2020).

3.2 Cíle a principy reformy péče o duševní zdraví

3.2.1 Cíle

V roce 2009 ratifikovala Česká republika Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením z roku 2006, která mimo jiné klade důraz na začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti, jejich nediskriminaci, společenskému začlenění, rovnoprávnosti a rovnosti příležitostí (Úmluva, 2011), a jejíž vliv lze spatřovat v cílech Strategie reformy.

Globálním cílem reformy je zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Z tohoto cíle vyplývají následující specifické cíle:

- Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací kryté psychiatrické nemocnosti.
- Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání, bydlení aj.).
- Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- Humanizovat psychiatrickou péči (MZ ČR, 2013: 30).

Hlavní cíl se Strategie zavazuje naplnit prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči, především pak vybudováním plnohodnotné základní sítě ambulantní péče a vytvoření návazné péče s provázaností do vzdělávacího systému. V implementaci Strategie počítá také s rozvojem CDZ. Podporován bude i rozvoj nových a inovovaných typů péče, které přímo nesouvisejí s rozvojem CDZ. Strategie se tak opírá o čtyři základní pilíře (MZ ČR, 2013):

- **Psychiatrické léčebny**
  Cílem Strategie je zvýšení následné péče, a naopak snížení akutní péče, zajištění možnosti poskytování akutní péče v rámci přiměřených spádových oblastí, dále by mělo být ponecháno ochranné léčení, a naopak zachováno akutní a specializovaná péče ve vybraných psychiatrických nemocnicích. Důležitým cílem je také zajištění koordinace návazné péče přes CDZ, investice do modernizace psychiatrických nemocnic a změna systému úhrad.
- **Centra duševního zdraví**
  Představují nový nízkoprahový pilíř pro poskytování zdravotně-sociálních služeb. Poskytují individualizovanou péči duševně nemocným, koordinují dostupné služby s ohledem na potřeby klientů v jejich přirozeném prostředí. Cílem Strategie je vybudovat regionální síť CDZ kombinující psychiatrické, klinickopsychologické a návazné sociální služby, které spolupracují s rodinami uživatelů péče, dalšími zdravotnickými i nezdravotnickými službami za účasti uživatelů služby. Služby jsou poskytovány zejména v přirozeném prostředí klienta a péče je založena na multidisciplinárním týmu v režimu 24/7 (provoz 24 hodin 7 dní v týdnu). V CDZ by měli být zajištěni specialisti z různých oborů (například adiktologové, psychiatrické sestry, klinický psycholog). V rámci financování je cílem zajištění grantové podpory pilotních projektů s cílem ověření modelů financování a následného vytvoření systému financování, které nebude bránit přesunu péče mimo zdravotnické zařízení.
- **Ambulantní péče**
  Jedná se o základní složku a vstupní bránu celé psychiatrické péče, která má být dostupná a nízkoprahová. Cílem Strategie je dobudovat síť psychiatrických ambulancí v regionech, kde nejsou dostupné, dále rozšíření psychiatrických ambulancí o nelékařské pracovníky (např. psychiatrická sestra, adiktolog, sociální

pracovník), rozšíření spolupráce s praktickými lékaři a zdravotnickými specialisty, nastavení systému spolupráce s dalšími složkami psychiatrické péče, zajištění poskytování služeb v ordinaci i v komunitě. Dalšími cíli je navýšení finančních toků, které umožní rozšíření péče, navýšení hodnoty ambulantních psychiatrických zdravotních výkonů, rozšíření možnosti výkonného vykazování lékařských i nelékařských profesí.

- **Psychiatrické oddělení nemocnic**
  Cílem je zajistit rozvoj sítě psychiatrických oddělení nemocnic s neomezenou volbou zdravotnického zařízení ze strany uživatele psychiatrické péče. Cílem Strategie je navýšení počtu kvalifikovaných pracovníků, zajištění srovnatelných podmínek léčby, prostředí a přístupu k duševně nemocným jako u somaticky nemocných, rozšíření počtu lůžek umožňujících léčbu o akutní duševní poruchy, zajistit specializovanou psychiatrickou péči v rámci krajských nemocnic (adiktologie, dětská a dorostová psychiatrie a specializovaná gerontopsychiatrická péče). Dalším cílem je narovnání financování akutní péče a vytvoření zdravotních výkonů pro akutní psychiatrickou péči.

3.2.2 Principy

Principy reformy péče o duševní zdraví vycházejí z obecných principů komunitní práce. Z dokumentu WHO z roku 1973 vyplývá, že služby komunitní péče zaměřené na duševní zdraví by měly mít lokální charakter s jasně vymezenou dostupnou spádovou oblastí, komunitní práce se musí komplexně plánovat, pro rozvoj této péče je nutná dobrá komunikace v rámci mezioborové spolupráce. Při vzdělávání profesionálů, kteří pracují v komunitní péči je nutné klást důraz na moderní techniky péče, jako je rehabilitace, týmová spolupráce a case management (Höschl, 2004).

Dalšími zásadami komunitní péče pak může být čtyřiadvacetihodinová a geografická dostupnost služeb a jejich návaznost, propojenost a multidisciplinární spolupráce (Jarošová, 2007).

U komunitní péče v psychiatrii je nutno si uvědomit, že formální služba je potřebná až potom, co jsou vyčerpány možnosti rodiny a komunity. Tato formální služba poté pomáhá k začlenění nemocných do společnosti, ale také k zapojení společnosti do spolupráce, tzn. rozvíjet práci s rodinou a známými, ale také informovat širokou veřejnost o duševních chorobách, které by mělo vést ke snížení stigmatizace pacientů (Höschl, 2004).

Z obecných principů komunitní práce vychází principy transformace péče o duševní zdraví v dokumentu WHO (2022):

- Komunitní péče o duševní zdraví je dostupnější a přijatelnější než ústavní péče, pomáhá předcházet porušování lidských práv a přináší lepší výsledky v léčbě.
- Komunitní péče o duševní zdraví zahrnuje síť vzájemně propojených služeb.
- Sociální a neformální podpora poskytována komunitními poskytovateli (jako jsou vrstevníci, komunitní dobrovolníci a svépomocné skupiny) doplňují formální služby a jsou zásadní pro zajištění příznivého prostředí pro lidi s duševním onemocněním.

- Integrace duševního zdraví do zdravotnických služeb obvykle zahrnuje sdílení úkolů s nespecializovanými poskytovateli zdravotní péče.
- Všeobecné nemocnice a komunitní centra duševního zdraví nebo komunitní týmy poskytují základní kámen komunitní péče o duševní zdraví a pomáhají kombinovat klinické služby a podporu s psychosociální rehabilitací.
- Doplnění zdravotnických intervencí o klíčové sociální služby, služby podporovaného bydlení, přístupu ke vzdělání a zaměstnání je nezbytný k deinstitucionalizaci a dosažení cílů v oblasti zotavení pro osoby s duševním onemocněním (WHO, 2022).

3.3 Aktuální stav reformy péče o duševní zdraví

Dvacet let poté, co WHO zveřejnila Světovou zprávu o zdraví v roce 2001, zůstávají tehdejší doporučení v platnosti i dnes, i přestože bylo učiněno mnoho pokroků. Zájem a porozumění duševnímu zdraví se zvýšilo. Mnoho zemí zavedlo, aktualizovalo a posílilo politiky nebo plány duševního zdraví. Členské státy WHO přijaly Komplexní akční plán duševního zdraví na období 2013-2030 (mezi nimi i Česká republika[3]), čímž se zavázaly splnit celosvětové cíle pro zlepšení duševního zdraví (WHO, 2022).

Nejnovější analýza výkonnosti zemí podle akčního plánu WHO však ukazuje, že pokrok je pomalý. Pro většinu světa zůstává přístup k péči o duševní zdraví velmi „obchodní záležitostí". Výsledek je takový, že si duševní stav obyvatel členských zemí i nadále vybírá velkou daň na životech lidí, zatímco systémy a služby duševního zdraví zůstávají nedostatečně vybavené k uspokojení potřeb. Globální hrozby pro duševní zdraví jsou ale neustále přítomné. Rostoucí sociální a ekonomické nerovnosti, vleklé konflikty, násilí a mimořádné události v oblasti veřejného zdraví ohrožují pokrok směrem k lepšímu duševnímu stavu obyvatelstva (WHO, 2022).

3.4 Aktuální stav reformy péče o duševní zdraví v České republice

Reforma péče o duševní zdraví v ČR je v posledních několika letech viditelně financována a řízena projekty Evropské unie přes Ministerstvo zdravotnictví ČR. V této době již došlo k ukončení projektů, které byly v průběhu a v rámci reformy realizovány. Jednalo se o následující projekty:

[3] Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 je implementačním dokumentem tří strategických dokumentů a stanovuje konkrétní postupy pro naplňování Strategie reformy péče o duševní zdraví (MZ, 2020).

Tabulka 3.1 Projekty reformy 2017-2022

Příjemce	Název projektu	Předmět projektu
MZ ČR	Deinstitucionalizace	Řízení reformy a odborná garance, transformace psychiatrických nemocnic, financování péče.
	Multidisciplinární spolupráce	Zavedení multidisciplinárního přístupu, podpora týmu, sdílení dobré praxe- stáže v ČR a v zahraničí.
	Podpora nových služeb	Podpora provozu mobilních komunitních týmů a ambulancí s rozšířenou péčí.
	Centra duševního zdraví I,II,III	Podpora provozu center duševního zdraví
ÚZIS	Analytická a datová podpora reformy	Informační nástroje pro infrastrukturu psychiatrické péče a hodnocení kvality péče, sběr dat, registr psychiatrické péče.
NÚDZ	Destigmatizace	Metodika destigmatizace, podpora a komunikace destigmatizace v regionech, podpora uživatelů a rodinných příslušníků.
	Časné intervence	Časná detekce a terapie osob s rozvíjejícím se závažným duševním onemocněním.

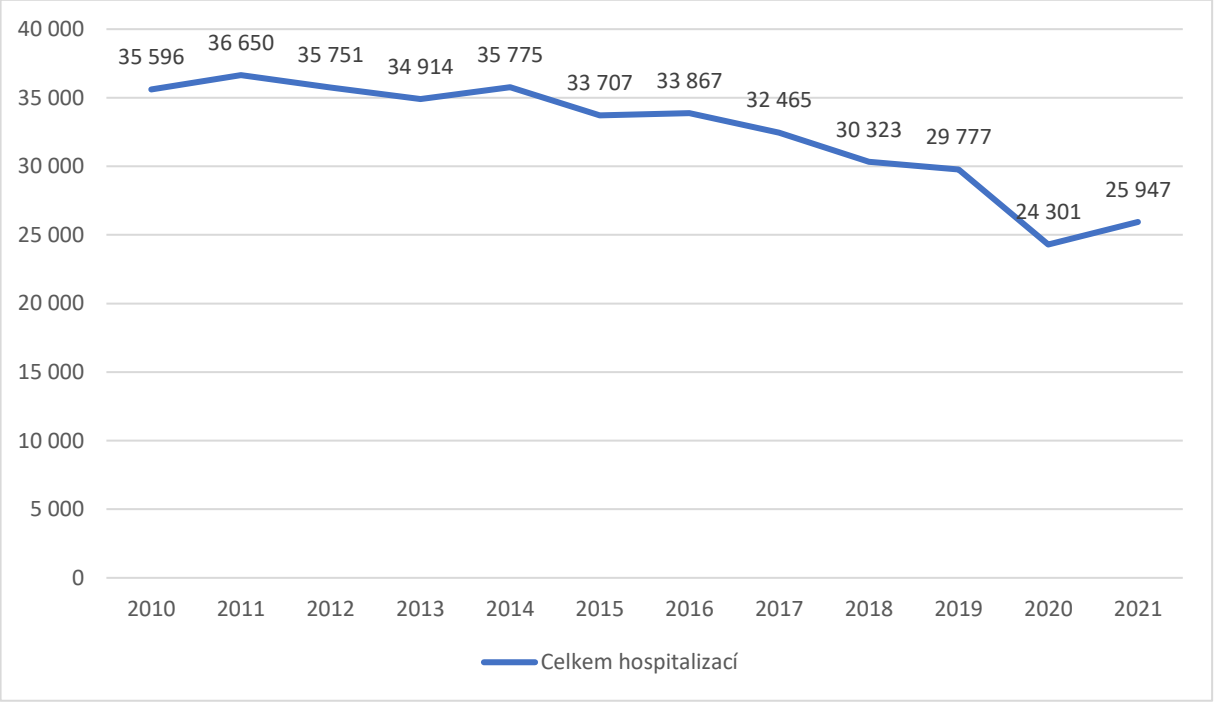
Zdroj: reformapsychiatrie.cz

Z dostupné evaluace těchto projektů, která se zaměřovala na výstupy a jejich návaznost na úkoly Národního akčního plánu pro duševní zdraví na období 2020-2030 a byla vydána Ministerstvem zdravotnictví ČR, vyplývají celkem optimistické výsledky, ale jen málo se v těchto výsledcích zdůrazňují důležité zkušenosti poskytovatelů a uživatelů služeb

(Asociace komunitních služeb (dále jen AKS), 2021)). Zabývat se podrobně konkrétními výsledky ve všech těchto projektech není v rozsahu této práce možné, pro získání podrobnějších informací doporučuji přečtení Závěrečné evaluační zprávy Ministerstva zdravotnictví ČR. V rámci této práce představím pouze relevantní výsledky pro tuto práci.

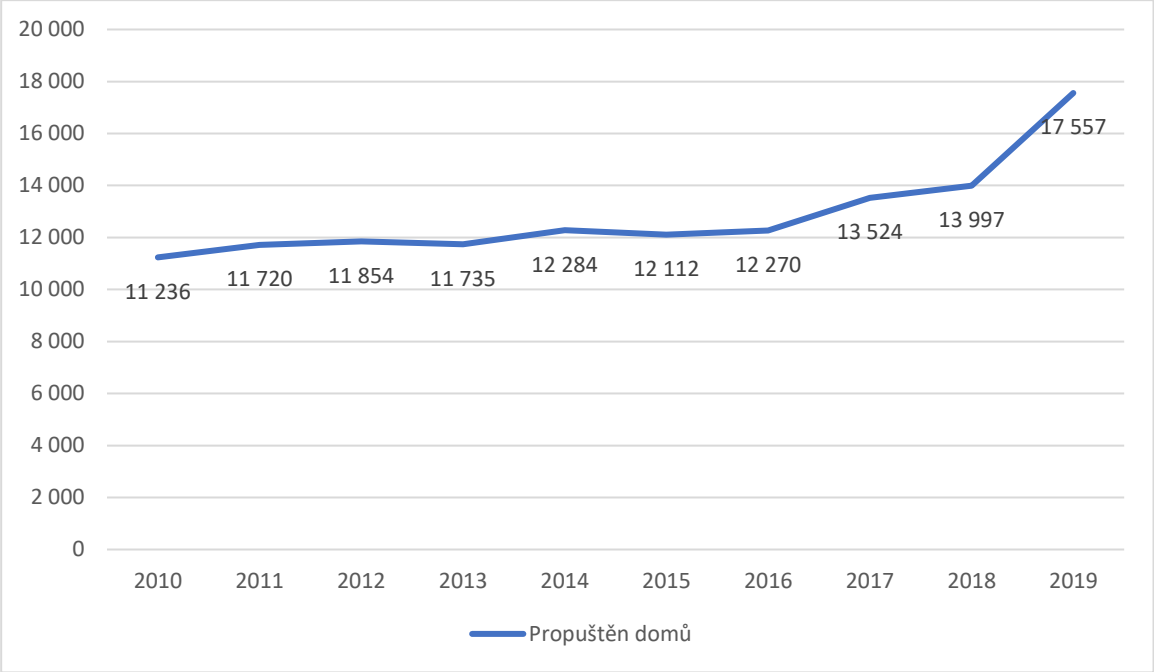
Jak vyplývá z dostupných dat, počet dlouhodobých hospitalizací v České republice klesá a výrazně vzrostl počet pacientů, kteří jsou propuštěni do domácího prostředí (ÚZIS, 2021). Přesun pacientů z nemocnic do domácího prostředí je jedním ze strategických cílů reformy (viz odstavec 3.2) a v rámci projektu **Deinstitucionalizace,** který oficiálně skončil v listopadu 2022, se jej dařilo plnit. Snížení hospitalizací a způsobu ukončení hospitalizací je znázorněno v následujících grafech:

Graf 3.1 Vývoj počtu ukončených hospitalizací dospělé populace na pracovištích dlouhodobé psychiatrické péče



Zdroj: ÚZIS, 2021

Graf 3.2 Vývoj způsobu ukončení dlouhodobých hospitalizací



Zdroj: ÚZIS, 2020

Jak z grafů vyplývá vývoj ukončených hospitalizací dospělé populace na pracovištích dlouhodobé psychiatrické péče[4] má spíše klesající tendenci. Z druhého grafu zase vyplývá, že v posledních letech výrazně roste podíl pacientů, kteří jsou propuštěni do domácího prostředí.

Co se dále týká projektu Deinstitucionalizace, do transformace psychiatrických nemocnic se podařilo zapojit 16 psychiatrických nemocnic řízených MZ a 3 nemocnice řízené krajem. Hlavním úspěchem transformace je změna postojů managmentu i pracovníků psychiatrických nemocnic, v nemocnicích dále vzniklo 651 lůžek akutní péče a další budou vznikat, další změnu přinesla komunikace nemocnic s pojišťovnami, kde došlo k diferenciaci plateb za další typy lůžek tak, aby byly nemocnice motivovány léčit pacienty intenzivně, ale podstatně kratší dobu. Dalším úspěchem je spolupráce s CDZ, kde se podařilo snížit počet dlouhodobě hospitalizovaných pacientů (MZ ČR, 2022).

Projekt **Centra duševního zdraví** byl rozdělen na tři projektová období. Souhrnně bylo cílem vytvoření sítě CDZ jakožto mezičlánkem mezi primární péčí a péčí lůžkovou využívající multidisciplinárních týmů při práci s osobami s duševním onemocněním. Všechny klíčové aktivity běží s cílem maximální sociální integrace a zotavení osob s duševním onemocněním dle nastaveného harmonogramu. Jednotlivá CDZ vytvořila multidisciplinární týmy a podařilo se obsadit všechny požadované pozice, i když se vytváření těchto týmů nikdy neobešlo bez dílčích komplikací (MZ ČR, 2022). V současné době funguje 30 CDZ po celé ČR s cílem 100 CDZ do roku 2030. Dle Aliance Center

[4] Hospitalizace trvající déle než půl roku.

duševního zdraví se CDZ potýkají momentálně s velkými problémy financování sociální části služeb (více na www.acdz.cz).

Projekt **Destigmatizace** byl také ukončen v listopadu 2022. Tento projekt usiloval o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a v rámci tohoto projektu vznikla iniciativa NA ROVINU, která zrealizovala řadu destigmatizačních aktivit. Proběhlo několik školení v rámci péče o duševní zdraví, dále několik besed po celé ČR zaměřené například na zkušenosti lidí s duševním onemocněním, dále několik přednášek na území celé ČR na téma duševního zdraví a stigmatizace lidí s duševním onemocněním, dále proběhlo také několik seminářů, které představovaly interaktivní formu konceptu zotavení a další jiné aktivity (více na www.narovinu.net). Iniciativa NA ROVINU pokračuje, i přes oficiální ukončení projektu, nadále.

Další evaluací aktuálního stavu reformy se zabývala správní rada AKS, která vytvořila SWOT analýzu, kterou si vyžádalo i MZ pro nastavení reformních projektů v dalším plánovacím období a v následujících bodech zkrácenou verzi této analýzy představím (AKS, 2021).

V **hrozbách** byla nejsilněji vnímaná tato sdělení:

- Nedostatek politické vůle k pokračování reformy.
- Neexistující/zmatený leadership reformy.
- Netransparentnost rozhodovacích procesů.

Ve **slabých stránkách** jsou nejvíce frekventována témata týkající se řízení:

- Řízení reformy (není/nevíme, kdo ji řídí).
- Nedostatek financí na transformaci péče (přílišné navázání na EU zdroje, nezakotvení ve státním rozpočtu).
- Financování zdravotní části CDZ (zvýhodňování ambulantních služeb vůči terénním, výkonové nastavení není vhodné).
- Chybí základní shoda na vizi, směrování reformy.
- Nedostatečná informovanost laické i odborné veřejnosti o cílech reformy.

V **silných stránkách** byla nejvíce frekventována následující témata:

- Koncept zotavení je základním východiskem teorie i praxe v oblasti duševního zdraví.
- Zavádění multidisciplinárních přístupů do péče o duševní zdraví.
- Koordinační prvky reformy a plánování služeb na Krajské úrovni, vč. zapojení uživatelů.

V oblasti **příležitostí** se pak nejčastěji objevovalo:

- Regionalizace řízení péče, posilování koordinační role na krajských úrovní.
- Změna kvality poskytované péče.
- Změna financování péče.
- Větší zapojení uživatelů péče.

Na závěr tohoto odstavce je nutno podotknout, že v rámci reformy péče o duševní zdraví vzniklo vedle výše zmíněných projektů také několik pilotních projektů pro specifické cílové skupiny, z nichž jednou byla i cílová skupina osob se závislostí. Pro tuto cílovou skupinu byl spuštěn pilotní provoz projektu Adiktologický multidisciplinární tým, který je součástí projektu **Podpora nových služeb**. Standard služeb poskytovaných v centrech duševního zdraví pro osoby s adiktologickou poruchou se (CDZ-AMT) se dokonce stal součástí Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR, 2022).

4 Adiktologický multidisciplinární tým

Adiktologický multidisciplinární tým (dále AMT) je regionální službou, koordinačním prvkem v síti sociálních a zdravotních služeb terénní, ambulantní i lůžkové formy pečující o uživatele návykových látek a závislé. Jeho funkcí je individuální léčba adiktologických poruch, podpora zotavení šitá na míru potřebám jednotlivých osob, prevence či zkrácení institucionalizace a nápomoc k reintegraci dlouhodobě institucionalizovaných do běžné komunity. Za tímto účelem AMT vytváří potřebné programy a zajišťuje v rámci regionální dostupnosti funkční propojení terénní, ambulantní a lůžkové péče (MZ ČR, 2022).

Pilotní projekt AMT byl koncipován pro ambulantní péči o uživatele návykových látek skrze propojení poskytovaných sociálních a zdravotních služeb (MZ ČR, 2020).

Realizace pilotního provozu tohoto projektu započala v říjnu v roce 2020. Nejzazší datum pro ukončení fyzické realizace pilotního provozu AMT bylo stanoveno na 30.8.2022. Délka realizace pilotního provozu AMT byla stanovena na 18 měsíců. V této práci se proto jedná o zhodnocení projektu, který už fyzicky skončil ve všech zainteresovaných organizacích.

4.1 Východiska pilotního projektu AMT

Jednotlivé prvky péče poskytované AMT jsou odvozeny od praxe založené na důkazech (evidence based practice). Pilotním provozem tohoto projektu se rozumí provoz sloužící ke zmapování činnosti a finanční náročnosti AMT prostřednictvím informací o zdravotních výkonech a informací o poskytnutých sociálních službách, k nastavení systému úhradových mechanismů a jejich prověření v praxi. V AMT se propojují zdravotní a sociální služby, které se řídí platnou legislativou, zejména zákony č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (MZ ČR, 2020).

Pilotní povoz projektu sloužil ke zmapování činnosti a finanční náročnosti AMT prostřednictvím informacích o zdravotních výkonech a informacích o poskytnutých sociálních službách k nastavení úhradových mechanismů a k jejich prověření v praxi. Výstupem ověření výčtu výkonů použitých v pilotním provozu mělo být nastavení finálního souboru výkonů k vykazování zdravotních služeb. Při spouštění pilotního provozu AMT, který využíval metodu case managementu, nebyly například pro odbornost adiktologa vytvořeny odpovídající zdravotní výkony (MZ ČR, 2020). Jedním z úkolů pilotního provozu AMT proto bylo testování a otevírání možností pro odpovídající financování do budoucnosti, což se nakonec podařilo a v seznamu zdravotních výkonů přibylo 6 výkonů v adiktologii (odbornost adiktologie: 919), které jsou vázány na ambulantní program, na adiktologické vzdělání, a zároveň na diagnózy F10-F19. Pilotní projekt AMT byl jedním z projektů, který testoval používání těchto kódu. Momentálně tyto kódy již proplácí pojišťovny. Jedná se o následující výkony (ÚZIS, 2016):

1. **Vyšetření adiktologem při zahájení adiktologické péče (kód 38021)**

Popis výkonu: V rámci výkonu je mapováno rizikové chování pacienta ve vztahu k užívání návykových látek. Součástí výkonu je zhodnocení celkového stavu pacienta a následné stanovení terapeutického plánu.

Čas	60 minut
Omezení	Pouze ambulantně
Body	639

2. **Kontrolní adiktologické vyšetření (kód 38022)**

Popis výkonu: Výkon se děje v rámci běžného sledování pacienta. Součástí práce je edukace pacienta, zhodnocení subjektivních obtíží a jejich změn, zhodnocení aktuálního celkového stavu pacienta a případná změna terapeutického plánu.

Čas	30 minut
Omezení	Pouze ambulantně
Body	332

3. **Minimální kontakt adiktologa s pacientem (kód 38023)**

Popis výkonu: Výkon má intervenční, kontrolní a edukativní charakter. Popisuje odbornou práci s pacienty zahrnující krátkou intervenci, předávání informací o účincích a rizicích zneužívané návykové látky včetně doporučení a postupů minimalizace rizik spojených se zneužíváním těchto látek.

Čas	10 minut
Omezení	Bez omezení
Body	106

4. **Adiktologická terapie individuální (kód 38024)**

Popis výkonu: Výkon je indikován pro diagnostické skupiny F10 – F19 a patologické hráčství F63 na základě předchozí diagnostiky lékařem a matchingu adiktologem. Součástí výkonu jsou především motivační trénink a case management.

Čas	45 minut
Omezení	Pouze ambulantně
Body	461

5. Adiktologická terapie skupinová (kód 38026)

Čas	13 minut
Omezení	Pouze ambulantně
Body	233

Popis výkonu: Výkon je indikován pro diagnostické skupiny F10 – F19 a patologické hráčství F63 na základě předchozí diagnostiky lékařem a matchingu adiktologem. Výkon je určen pro pravidelnou terapii dle schváleného terapeutického plánu. Velikost skupiny je max. 9 osob. Jde o způsob práce v adiktologii nezbytný a pro ni specifický. Výkon se vykazuje na každého pacienta zvlášť. Omezení frekvencí se nevztahuje na denní stacionární zařízení.

6. Adiktologická terapie rodinná (kód 38025)

Čas	45 minut
Omezení	Pouze ambulantně
Body	461

Popis výkonu: Jedná se o soubor speciálních postupů a technik, které využívá adiktolog při rodinné terapii rodinných příslušníků a dalších blízkých adiktologických pacientů na specializovaném pracovišti. Výkon je indikován pro diagnostické skupiny F10 – F19 a patologické hráčství F63 na základě předchozí diagnostiky lékařem a matchingu adiktologem. Součástí výkonu je případové vedení rodiny, tj. case management, edukace rodinných příslušníků, získání spolupráce při léčbě pacienta, redukce udržovacího a umožňovacího chování ze strany rodiny a blízkých, stabilizace pacienta v rodinném prostředí a prevence relapsu. Jde o způsob práce v adiktologii nezbytný a pro ni specifický.

4.1.1 Pilotní provozy

V roce 2020-2021 vzniklo v rámci reformy péče o duševní zdraví několik pilotních provozů. V následující tabulce jsou zmíněny pilotní provozy zaměřené na adiktologické pacienty vztahující se k tématu této studie.

Tabulka 4.1 Pilotní provozy pro adiktologické pacienty

Název pilotu	Zahájení realizace	Ukončení 18 měsíčního pilotního provozu	Název žadatele	Právní forma	Poskytovatel sociální/zdravotní služby	Umístění provozovny
Ambulantní adiktologické služby- adiktologický multidisciplinární tým	22.10.2020	21.4.2022	DRUG-OUT Klub, z.s.	Zapsaný ústav	Zdravotní	Ústí nad Labem
			DRUG-OUT Klub, zs.	Zapsaný ústav	Sociální	
S komplex	1.2.2021	1.7.2022	Spolek Ulice Plzeň	Spolek	Zdravotní	Plzeň
			Spolek Ulice Plzeň	Spolek	Sociální	
AMT Řepy	1.2.2021	1.7.2022	Centrum psychosomatické medicíny s. r. o.	s. r. o.	Zdravotní	Praha
			PROGRESSIVE	o. p. s.	Sociální	

Zdroj: skaluvinstitut.cz

Jak z této tabulky vyplývá, do pilotního projektu pro adiktologické pacienty, byly zainteresovány celkem 4 organizace v České republice. Tyto multidisciplinární týmy se lišily v závislosti na jejich velikosti. Pilotní projekt AMT fungoval na dvou typech území:

- AMT typu A: pro spádový region s počtem obyvatel cca 100 000.
- AMT typu B: pro spádový region s počtem obyvatel cca 50 000.

Pro každý z těchto typů AMT byly jinak definovány indikátory, bylo také jinak nastaveno financování a personální zajištění.

4.2 Cíle a principy pilotního projektu AMT

4.2.1 Cíle

Hlavním cílem tohoto projektu byla maximální společenská integrace a klinické a sociální zotavení klientů/pacientů. Cílovou skupinou pro tento projekt byli rizikoví uživatelé alkoholu, tabáku i nelegálních návykových látek od 15 let, včetně patologických hráčů.

Jedná se o diagnostické skupiny dle MKN-10: F1x.1, 1x. 2., tedy škodlivé užívání a závislost na psychoaktivních látkách a F 63.0 tedy patologické hráčství. Jednalo se o osoby ve všech fázích vývoje adiktologických poruch, s různou motivací ke změně, včetně osob trpících jinou duševní poruchou a rodinným příslušníkům (MZ ČR, 2020).

Pilotní projekt AMT usiloval především o to, aby v rámci multidisciplinárního týmu mohly být klientům/pacientům[5] poskytnuty komplexní služby. Využívala se skupinová práce, práce s rodinami klientů, ale také individuální práce v přirozeném prostředí. Cílem AMT bylo předejít hospitalizacím a pobytové léčbě, především poskytnout intenzivní léčebnou péči v přirozeném prostředí. Z toho vyplývá, že se v případě hospitalizací spolupráce s klientem neukončovala, cílem však bylo udržení kontaktu, nikoliv duplicitní působení na klienty na půdě léčeben nebo například věznic (Libra in MZ ČR, 2020).

Dalšími cíli AMT byla koordinace služeb v regionu, úsilí o minimalizaci čekací doby, o redukci hospitalizací, o redukci vypadávání klientů ze služeb, o stabilní počet nových kontaktů, o kontinuitu individuální péče (Libra in MZ ČR, 2020).

Jinými slovy, cílem pilotního projektu AMT bylo testování, zda je case management využitelný při práci s uživateli návykových látek v rámci ambulantní péče. Tento pilotní projekt sloužil také jako nástin propojení sociální a zdravotní služby. Jednalo se o zcela novou službu, která byla vhodná i pro klienty, kteří do té doby neprofitovali z žádné jiné adiktologické služby, neboť nesplňovali kritéria pro přijetí (například kvůli psychiatrické komorbiditě), anebo kvůli svým náročným obtížím předčasně vypadávali z léčby. Koncept tohoto pilotního projektu stál na principech case managementu (viz odstavec 5), který předpokládá, že existuje spoustu klientů, kteří nechtějí být vytrhnuti ze svého přirozeného prostředí a umístění na nemocničním oddělení, kde je adiktologická péče často zastaralá, o čemž ostatně píší i autoři samotné Strategie (MZ ČR, 2013).

4.2.2 Principy

Komplexní, ale přitom individuální přístup ke klientům byl podpořen multidisciplinárním týmem bio-psycho-socio-spirituálním modelem přístupu léčby. Principem bylo hledat právě bio-psycho-socio-spirituální souvislosti se vznikem a udržováním adiktologického problému nebo poruchy. Přístup AMT byl zaměřen nejen na rozpoznávání fenoménu vzniku, rozvoje a udržování tzv. patologie, ale také na objevení a posouzení protektivních a silných stránek jedince (Libra in MZ ČR, 2020). Na těchto silných stránkách by poté měl být postaven léčebný plán, na kterým se společně s klientem podílel multidisciplinární tým.

Základními principy AMT byly (Libra in MZ ČR, 2020):

- **Multidisciplinární přístup** (viz odstavec 4.6).
- **Individuální vedení případu, vztahová práce, koordinace práce,** která začínala od vstupu klienta do služby, kdy tým zajistil sdílení informací, posouzení případu a koordinaci postupných setkávání s určenými členy týmu. Vztahovou prací se rozumí navazování vztahu s klientem.

[5] V textu je užíván i pojem klient jakožto synonymum.

- **Práce s rodinou a blízkým okolím**, kdy bylo předpokladem, že rodinní příslušníci mohou z podpory AMT také profitovat. Podpora v přirozeném prostředí formou case managementu mohla přinést úlevu od dosavadní zátěže, prokazatelné změny, naději na zlepšení.
- **Asertivita a pro-aktivita**, což v tomto smyslu znamená, že se tým usiloval o kontakt nejen s klienty, kteří se do služby sami dostavili, ale také aktivně vyhledával ty, kteří změnu a pomoc odmítali, ale bez přístupu minimalizace škod se jejich zdravotní stav zhoršoval. Jednalo se o hledání cest, jak klienta motivovat do spolupráce a podporu rozvoje partnerské spolupráce.
- **Spolupráce se službami,** která měla vést k odstranění stereotypů typu „váš/náš klient" tak, aby byla zajištěna kontinuita péče o společného klienta.
- **Využívání přirozených zdrojů komunity,** kdy bylo třeba tyto přirozené zdroje (například dostupné spolky a organizace, zaměstnavatelé, pracovní agentury, církevní organizace a jiné) preferovat před využitím dalších zdravotních a sociálních služeb.
- **Etika a střet zájmů,** kdy v tomto směru nešlo pouze o dodržování etických kodexů, ale také o cit pro možné střety zájmu.
- **Řízení procesů** v rámci spolupráce s klienty, tak aby všichni pracovníci i klienti znali rozvrh naplánovaných činností.
- **Regionální působnost**, kdy se v rámci regionální působnosti testovaly dvě konfigurace: velký a malý tým.

4.3 Základní činnosti pilotního projektu AMT

1. **Spolupráce s poskytovateli péče v komunitě**

Jedná se o spolupráci se zdravotnickými profesionály v místní komunitě, o spolupráci s pedagogicko-psychologickými a sociálními službami a institucemi v této síti, to jsou primárně instituce a sociální pracovníci v místních organizacích v komunitě, dále pak o spolupráci s úřady, městskou a státní policií (MZ ČR, 2020).

2. **Léčba, rehabilitace**

Jedná se o předléčebné poradenství, motivační práci a podporu, podpůrné a tréninkové programy. Dále se jedná o ambulantní léčbu formou individuální, skupinové a/nebo rodinné práce obsahující všechny základní varianty od biologické léčby, až po sociální práci a podporu. Následuje doléčování a rehabilitace, což tvoří poslední část a zajišťuje programy individuální, skupinové, rodinné a stacionární péče (MZ ČR, 2020).

3. **Sociální práce a podpora**

Jedná se o terénní sociální práci a intervence spojené s rizikovými lokalitami a práci s rizikovými skupinami, zahrnující výjezdy do místních zařízení zdravotních či sociálních služeb. V AMT je stěžejní také poskytování domácí péče o pacienty/klienty vracející se z léčebných programů a využívání formy case managementu při práci s pacienty/klienty (MZ ČR, 2020).

4.4 Indikátory (naplnění) pilotního projektu AMT

Indikátory pro naplnění pilotního projektu byly stanoveny v Metodice podpory nových služeb v oblasti péče poskytované Adiktologickým multidisciplinárním týmem a musely být naplněny k datu ukončení realizace provozu AMT (MZ ČR, 2020). Tyto indikátory byly závazné po celou dobu realizace pilotního projektu, sloužily jako nástroj měření cíle a poskytly zpětnou vazbu, zda finanční podpora splnila svůj účel. Jednalo se o tyto závazné indikátory:

a) **6.00.00 Celkový počet osob/účastníků:** počet pacientů/klientů, kteří získali v rámci pilotního provozu AMT podporu[6] nad 40 hodin. Cílová hodnota byla 30/20 osob[7].
b) **6.70.10 Využívání podpořených služeb:** počet pacientů/klientů, kteří využili jakoukoliv službu bez ohledu na míru rozsahu poskytované služby a zároveň nejsou započítáni do indikátoru 6.00.00. Cílová hodnota byla 208 osob.
c) **6.70.01 Kapacita podpořených služeb**: maximální počet, kterým může být služba v dané chvíli poskytována v závislosti na personálním obsazení AMT. Cílová hodnota byla 11/9 osob (MZ ČR, 2020).

Dalšími ukazateli pro tento pilotní projekt byly:

a) **Minimalizace čekací doby**, která by se měla pohybovat v řádu dní. Klienti by neměli čekat na setkání s pracovníkem týmu na žádném pořadníku.
b) **Počet setkávání s klientem v přirozeném prostředí.** Pravidelná setkávání by neměla klesnout pod 6 setkání v měsíci a alespoň z 50 % by tato setkání měla probíhat v přirozeném prostředí klientů.
c) **Podíl přímé práce** odborných pracovníků s pacienty/ klienty je minimálně 50 % vzhledem k jejich celkové vykonávané činnosti.
d) **Počet pacientů/klientů** v kontinuální péči AMT formou case managementu dosáhne maximálně 80/50 za 1,5 roku realizace období projektu.
e) **Počet pacientů** na jednoho case manažera nepřesáhne 10 pacientů/klientů v aktuálním případovém nákladu
f) **Postupné zlepšování situace klientů** (MZ ČR, 2020)**.**

[6] Přímou podporou se rozumí přímé čerpání služeb AMT v celkovém rozsahu nad 40 hodin.
[7] První číslo udává cílovou hodnotu indikátoru pro AMT typu A, druhé číslo udává hodnotu indikátoru pro AMT typu B.

4.5 Materiálně technické a personální zajištění pilotního projektu AMT

Pro pilotní provoz bylo nutné zajistit služby psychiatrické, adiktologické, psychologické, sociální služby a poradenství, služby denní[8], terénní[9] a další služby[10] v prostorách, které primárně neposkytují psychiatrickou lůžkovou péči (MZ ČR, 2020).

Pro AMT služby byl stanoven minimální počet vybraných odborností, které dohromady tvořili multidisciplinární tým, který byl povinen zajišťovat služby a programy. Jednalo se následující odbornosti:

- Psychiatr 1/0,5[11] úvazku
- Psycholog ve zdravotnictví 1/0,5 úvazku
- Adiktolog 3/2 úvazky
- Sestra pro péči v psychiatrii 1/0,5 úvazku
- Sociální pracovník/ zdravotně sociální pracovník 3/2 úvazku
- Pracovník v sociálních službách 2/1 úvazek
- Administrativní pracovník 1/0,5 úvazku
- Vedoucí týmu, což je kvalifikovaný pracovník s praxí minimálně 4 roky v adiktologických službách. Požadované vzdělání je vysokoškolské ve zdravotnickém, psychologickém, sociálním či pedagogickém směru. Vedoucí řídí a koordinuje chod multidisciplinárního týmu.

4.6 Multidisciplinární tým

Všechny služby AMT byly poskytovány multidisciplinárním týmem, který byl tvořen profesionály z různých odborností (viz odstavec 4.5), kteří spolu velmi úzce spolupracují. Tento multidisciplinární tým využívá modelu asertivní komunitní léčby (viz odstavec 5.3.3). Pacienty/klienty sdílejí všichni členové týmu, kteří průběžně sdílejí důležité informace, koordinují týmovou péči o pacienta/klienta, valnou část svých intervencí provádějí v přirozeném prostředí pacientů/klientů a propojují pacienta/klienta i k dalším zdrojům, především ho podporují k využívání přirozených zdrojů. S pacienty/klienty může tým pracovat také formou intenzivního case managementu (viz odstavec 5.3.2). V obou případech je nutná práce s pacienty/klienty v jejich přirozeném prostředí a spolupráce s dalšími subjekty v komunitě (MZ ČR, 2020).

Dudová (2018) popisuje práci multidisciplinárního týmu jako komplexní, celistvou, mezioborovou spolupráci, která rozšiřuje pohledy na práci s klienty. Spolupráce a kombinace profesionálů v daném týmu nabízí klientům dostupné služby ošetřující zdravotně-sociální potřeby, a tím přispívá k ošetření celkového stavu klienta. O důležitosti

[8] Jedná se o ambulantní léčebnou a preventivní péči individuální a skupinovou. Denní péče může být organizována formou denních aktivit (stacionární péče), kontaktního centra.

[9] Služby AMT jsou poskytovány především v přirozeném prostředí pacientů/klientů. Kontakt je udržován i v případě hospitalizace.

[10] AMT kromě přímé práce s klienty navazuje spolupráci s ostatními službami na základě potřeb klienta.

[11] První číslo udává výši úvazku pro AMT typu A, druhé číslo udává výši úvazku pro AMT typu B.

spolupráce jednotlivých profesionálů při vedení případu zmiňuje také Libra (in MZ ČR, 2020).

Tým dle autora znamená, že pracovní kolektiv má stanoveny úkoly ve vztahu k realizaci individuálních plánů svých klientů. Cílem týmu je vnímat klienta v podstatných bio-psycho-sociálních souvislostech, porozumět a respektovat jeho pohled na svůj život a potřeby. Tým při práci s klienty využívá komplexní přístup, evidence-based přístupy i kreativity a již zmiňovanou podporu silných stránek klienta. Možnost multidisciplinární komunikace v týmu podporuje kvalitu dialogu v souvislosti s možnostmi péče (Libra in MZ ČR, 2020).

Tento pohled na týmovou komunikaci podporuje i Dudová (2018), dle které možnost konzultace pohledů na péči přináší efektivnější výsledky v dosahování úzdravy klientů. Autorka dále zmiňuje, že v tomto týmu lze předpokládat střet názorů na poskytovanou péči, což je výsledkem toho, že se spojily dva dobře fungující týmy a vytváří se nové hranice při práci s klienty.

Libra (in MZ ČR, 2020) dále upozorňuje na důležitost struktury řízení týmu, která by měla být přehledná a fungování, odpovědnost a kompetence jednotlivých členů týmu byly jednoznačně definovány. Jde o jiný způsob práce, než je zvykem ve zdravotnických lůžkových zařízeních, kde existuje hierarchický systém vedení. Posilování tohoto systému vedení popisuje autor jako kontraproduktivní, stejně tak jako formální komunikaci mezi kolegy a nejasně vymezené pravomoci. V praxi je třeba vyhnout se mezioborové rivalitě a úskalím odlišností v odborném jazyce.

S pacienty/klienty pracují formou vedení individuálního plánu case manažeři (neboli klíčoví pracovníci), kteří zpravidla koordinují i poskytování více služeb v rámci AMT. Klíčovým pracovníkem je v případě běžné ambulantní péče zpravidla pracovník, který sám poskytuje službu (MZ ČR, 2020).

4.7 Finanční zajištění pilotního projektu AMT

Financování pilotního projektu AMT probíhalo formou účelové dotace. Výše dotace pro pilotní provoz jednoho AMT byla maximálně:

- Pro AMT typu A: 14 560 000 Kč.
- Pro AMT typu B: 6 700 000 Kč (MZ ČR, 2020).

Poskytnutá dotace sloužila na pokrytí úhrad výdajů, které přímo souvisely s realizací pilotního provozu AMT, s tím, že hrazeny mohly být pouze neinvestiční výdaje související s naplněním účelu, a to v rozsahu služeb popsaných v odstavci 3.4.

Dotace byla poskytnuta ve výši 100 % způsobilých výdajů ve formě záloh. Tyto zálohové platy probíhaly na základě předpokládaných průměrných měsíčních nákladů po celou dobu realizace pilotního projektu AMT. Všichni příjemci dotací a realizátoři pilotního projektu AMT byli zavázáni, že předloží plánovanou sumu způsobilých výdajů za daný kalendářní rok Ministerstvu zdravotnictví. Pokud by došlo k převýšení těchto plánovaných způsobilých výdajů, byl příjemce zavázán k navracení nadměrně vyplacené částky

poskytnutých záloh v kalendářním roce nad tuto plánovanou sumu Ministerstvu zdravotnictví (MZ ČR, 2020).

Dotace byla určena pouze na úhradu tzv. způsobilých výdajů v rámci zajištění pilotního provozu AMT. Způsobilý výdaj byl dle MZ ČR (2020) takový, který:

- byl v souladu s právními předpisy (tj. zejména legislativou EU a ČR);
- byl v souladu s pravidly Metodiky a Rozhodnutím o poskytnutí dotace;
- byl přiměřený[12];
- vzniknul v době realizace pilotního provozu
- byl řádně identifikovatelný, prokazatelný a doložitelný;
- byl nezbytný pro dosažení cílů.

Mezi tzv. způsobilé výdaje se dle Metodiky (MZ ČR, 2020) řadily osobní náklady zaměstnanců a ostatní provozní náklady, které byly nezbytné pro realizaci plotního provozu AMT, které byly stanoveny rozsahem zmiňované Metodiky a které byly identifikovatelné, ověřitelné, podložené originálními dokumenty a uvedené v rozpočtu schválené Žádosti o dotaci.

[12] Výdaje musely být přiměřené. Přiměřeností výdaje se rozumí dosažení optimálního vztahu mezi jeho hospodárností, účelností a efektivností. Hospodárností se rozumí použití veřejných prostředků k zajištění stanovených úkolů s co nejnižším vynaložením těchto prostředků, ale zároveň zajistit kvalitu. Efektivností je takové použití veřejných prostředků, kterým se dosáhne nejvýše možného rozsahu, kvality a přínosu plněných úkolů ve srovnání s objemem prostředků vynaložených na jejich plnění. Účelností se potom rozumí použití prostředků, které zajistí optimální míru dosažení cílů (MZ ČR, 2020).

5 Case management

Z předchozích odstavců vyplývá, že metoda case managementu byla pro pilotní provoz AMT klíčovou.

Jak píše Nepustil (2013), je skoro nemožné nabídnout jednoznačnou definici case managementu, která by vyhovovala všem a byla dostatečně komplexní. Termín case management se nejčastěji překládá jako koordinovaná péče o klienta v síti sociálních služeb (Šťastná, 2010) nebo případové vedení (Stuchlík, 2002).

5.1 Stručný historický vývoj case managementu

Na počátku 20. století viděla Mary Ellen Richmond řešení pro lidi ohrožené chudobou a sociální exkluzí v podpoře interakce mezi jedincem a jeho přirozeným prostředím. Svými koncepty „přátelského sousedství“ a „sociální případové práce“ se stala zakladatelkou konceptu případového vedení v přirozeném prostředí a pozdějšího case managementu (Libra in Kalina, 2015).

Poprvé na principech case managementu vznikla služba pro osoby s duševním onemocněním v Holandsku ve 30. letech 20. století. Holandský doktor Aria Querido založil první mobilní krizový tým péče s působností po celém Amsterdamu. Tento tým zajišťoval návštěvy psychiatrů a sociálních pracovníků u klientů v jejich domácím prostředí a usiloval o vypořádání se se sociálními faktory, jako například s udržením práce a bydlení a zajištěním příjmu (Querido in Rosen et al., 2012).

50. a 60. léta 20. století zaznamenala nástup tzv. deinstitucionálního hnutí, tedy o hnutí odporu k tradiční podobě psychiatrických institucí.

Dle Siegala (1998) sahá počátek metody case managementu do 70. let minulého století v USA a vznikl v reakci na fragmentaci, nedostatek zdrojů v regionech a návaznosti zdravotní péče pro osoby s duševním onemocněním. Došlo však k problému v kompetencích mezi sociálními pracovníky a zdravotníky, kdy se zdravotníci snažili poskytovat co nejvíce péče, zatímco sociální pracovníci se snažili snížit pacientovu závislost na systému péče. Výsledkem bylo navázání spolupráce a propojení těchto dvou přístupů (Holt, 2002). V těchto letech také zahájili Leonard Stein a Mary Ann Testová se svými kolegy v Mendota Mental Health Institute práci na projektu „Trénink života v komunitě“, kdy byly činnosti zaměřené na silné stránky klienta, klient byl aktivně vyhledáván a velké úsilí bylo zaměřené na vyhledávání pracovních míst, pomoci při řešení problémů na pracovišti, učení každodenním činnostem, konstruktivnímu vyplňování volného času nebo rozvoji sociálních dovedností (Libra in Kalina, 2015).

V České republice má case management relativně krátkou historii. Jak píše Stuchlík (2002) různé modely case managementu byly vyzkoušeny v rámci projektů „Regionální komunitní péče“, realizovaných za holandské podpory od roku 1995. Cílem tohoto projektu bylo vytvořit v několika oblastech ČR modely uspořádání péče o duševně nemocné, která by pružně reagovala na potřeby cílové skupiny a doplnit služby v regionech tak, aby poskytovaly kontinuální péči. Jako první se na rozvoji case managementu skrze tento projekt podílely tři regiony: Mladá Boleslav, Pardubice a Praha 2. Oproti zahraničním zkušenostem

se zaváděním této metody péče o duševně nemocné, byly realizované služby velmi skromné, co se týká financování, což bylo v některých ohledech na úkor dosažených výsledků (Stuchlík, 2002).

5.2 Pojetí case managementu

Přestože platí, co jsem uvedla na začátku této kapitoly, tedy že je téměř nemožné nabídnout jednoznačnou definici case managementu, pro účely této diplomové práce uvedu několik příkladů pojetí této metody práce.

Národní asociace sociálních pracovníků uvádí následující definici case managementu: *„Jedná se o proces plánování, vyhledávání, prosazování a monitorování služeb z různých sociálních nebo zdravotních organizací ve prospěch klienta. Tento proces umožňuje sociálním pracovníkům v organizaci koordinovat svoje úsilí ve prospěch daného klienta skrze profesionální týmovou práci a tím rozšiřovat rozpětí nabízených služeb, které klient potřebuje. Case management omezuje problémy vycházející z fragmentace služeb, fluktuace pracovníků a nedostatečné koordinace mezi pracovníky.“* (NAWS, 2013: 13).

Nepustil a Szotáková (2013) považují case management za koordinovanou spolupráci v rámci případu. Konsenzus definice case managementu neexistuje však ani ve světě. Walsch a Holton (Sowers, Dulmus, 2008) definují case management jako přístup k poskytování sociálních služeb, který se snaží zajistit, aby klienti s více komplexními problémy přijímali služby, které potřebují včas a vhodným způsobem.

V poslední době se case management hojně využívá i při práci s jinými skupinami, včetně osob užívajících návykové látky. Podle Vanderplasschen (2010) je case management přizpůsoben pro práci s osobami se závislostí na návykových látkách, jejichž problémy jsou nazírány jako mnohotvárné, chronické a recidivující, a tím pádem vyžadují komplexní a trvalý přístup. Mezi dalšími cílovými skupinami, pro které je vhodné využití case managementu, jsou osoby s retrovirovým onemocněním HIV či nemocí AIDS, lidé s akutním či chronickým zdravotním problémem, osoby s duální diagnózou, osoby trpící bezdomovectvím, chudobou, mající sociální a vývojové problémy spojené s adolescencí či dospíváním, mající konflikt se zákonem nebo duševní poruchou (SAMSHA, 2015).

Pro tento přístup je také typické, že se nepřerušuje kontakt během hospitalizace klienta či využívání jiných služeb. Větší úspěch při léčbě formou case managementu bývá v literatuře spojován také s aktivním vyhledáváním klienta, kdy se nečeká, až klient spadne na dno a službu vyhledá sám, práce v přirozeném prostředí klienta a nevyžadování trvalé abstinence (Libra, 2015; Nepustil, 2013; Siegal, 1998). Dle Libry (in MZ ČR, 2020) je case management vhodným doplňkem tradičních služeb terapeutického kontinua. Indikace k zařazení do case managementu mohou být dle autora různé, účinný je ale zejména u klientů s vícečetnými sociálními problémy, kteří nejsou motivovaní k aktivní účasti v intenzivní léčbě, kteří z tradičních služeb vypadávají nebo dlouhodobý vývoj jejich zdravotní a sociální situace není příznivý. Dále je účinným nástrojem také při práci s dospívajícími klienty nebo s geriatrickými pacienty, kteří jsou zranitelní ve vztazích a mají obtíže se samoobsluhou.

Libra (in MZ ČR, 2020: 17) přináší výčet činností, které patří do case managementu.

Konkrétně se jedná o:

- Angažování klienta do služby;
- posouzení a posuzování klienta;
- kontraktování služby;
- vytváření individuálního plánu péče založeného na respektu ke klientovým významným cílům;
- ustavení cílů;
- implementace plánu (včetně možnosti poskytování různých poradenských a terapeutických, ošetřovatelských, aktivizačních i pečovatelských služeb samotným case manažerem);
- monitorování průběhu, vyhodnocování;
- propojování ke zdrojům;
- zastupování zájmů klienta;
- ukončování péče.

V rámci pilotního provozu AMT byla metoda case managementu a funkce case manažera definována následovně (MZ ČR, 2022):

- **Case management** je multidisciplinární postup koordinované péče, užívaný u klientů s vícečetnými problémy v určitém období jejich života, případně u náročných klientů, kteří potřebují dlouhodobě péči více služeb současně.
- **Case manažer** je pozice pracovníka, který provází pacienta/klienta a citlivě v práci s individuálním plánem podporuje a ověřuje jeho stabilizaci či zlepšování stavu. Koordinuje práci s pacientem/klientem, který je v kontaktu s více službami současně.

Case management při práci s uživateli návykových látek se primárně chápe jako doplněk existujících služeb, a tak je standardní léčba závislosti propojována s prací dalších profesionálů. Case manažer se věnuje zajištění dostupnosti těchto služeb, motivaci klienta k nástupu do léčby a aktivním podílení se na ní, zajišťuje kontinuální podporu, psychoedukaci klientů a rodinných příslušníků a různým dalším typům praktické pomoci (Vanderplasschen, 2007).

5.3 Modely case managementu využívané v adiktologických službách

Základními modely case managementu využívanými v adiktologických službách jsou: brokerský model, intenzivní case management, asertivní komunitní léčba, model klinický/rehabilitační, funkční komunitní léčba (např. SAMSHA, 2012; Stuchlík, 2001; Libra in Kalina, 2015; Nepustil, 2013).

5.3.1 Brokerský model

Je minimálním modelem case managementu, který identifikuje klientovy potřeby a pomáhá mu identifikovat odpovídající zdroje (Libra in Kalina, 2015). Jedná se o model, kdy má jeden case manažer na starosti klidně i 40 klientů a nemá možnost s nimi navázat bližší vztah a role case manažera je především ve zvýšení informovanosti a zkoordinování služeb

(Haasová, 2008). Plánování je omezené a nepředpokládá se dlouhodobé vedení. Tento model je užitečný pro ne příliš ekonomicky slabé klienty, kteří mají jasný zájem, zdroje a nejsou v pokročilých stádiích závislosti (Libra in Kalina, 2015).

5.3.2 Intenzivní case management

Byl vyvinut pro pomoc osobám s chronickou vážnou duševní nemocí a s nezávislým bydlením v období přechodu po lůžkové péči. Staví na silných stránkách klienta, principem je pomoc s bydlením klientům, se zaměstnáním klientům, obhajování jejich zájmů (Libra in Kalina, 2015). Jak uvádí Haasová (2008) každý case manažer má kolem 30 klientů, které navštěvuje v přirozeném prostředí, zapojuje rodinu do spolupráce, vyhledává, zprostředkovává a koordinuje služby.

5.3.3 Asertivní komunitní léčba

V tomto modelu pracují case manažeři v multidisciplinárním týmu a případy jsou celým týmem sdíleny, většinou všechny služby může zajistit tým, který je celkem nezávislý na ostatních službách v regionu. Jeden pracovník má na starost 8-10 klientů. (Haasová, 2008). Libra (in MZ ČR, 2020) doplňuje, že část intervencí prováděné týmem probíhají v přirozeném prostředí klientů a propojují klienta i k dalším zdrojům, zejména k těm přirozeným.

Jak uvádím v odstavci (4.6) tento model case managementu byl využíván při práci s klienty v rámci pilotního provozu AMT. Příklad praktického využití tohoto modelu je znázorněn viz obrázek 4.1.

5.3.4 Klinický/rehabilitační model

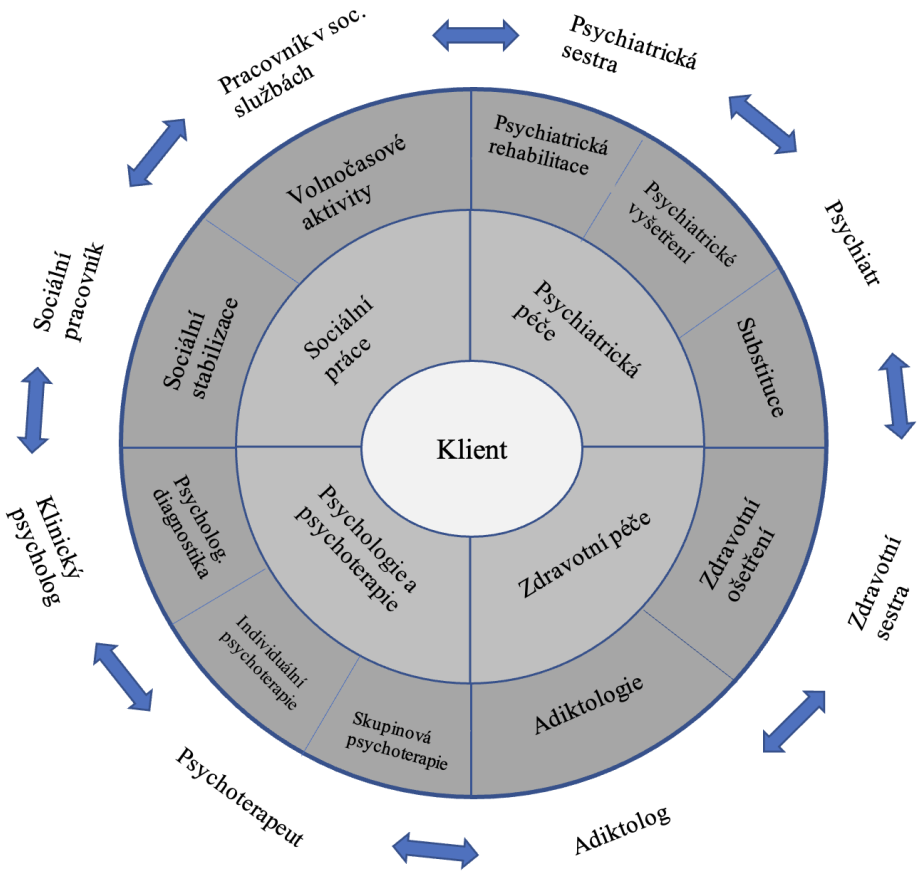
Case manažer přebírá v tomto modelu zodpovědnost za přístup klinický (terapii) a přístup propojování ke zdrojům (case management). Case manažer je tedy i psychoterapeut, případně úzce spolupracuje s psychoterapeutem téhož klienta (Libra in Kalina, 2015). Na case manažera jsou tedy kladeny větší nároky, neboť poskytuje terapii, rodinnou terapii a učení se specifickým technikám (Haasová, 2008).

5.3.5 Funkční asertivní komunitní léčba

Tento model je kombinací intenzivního case managementu a asertivní komunitní léčby. Existuje tedy multidisciplinární tým sdílející případ klienta, zároveň však probíhá individuální práce za účasti jednoho case manažera. Snaží se především o propojení zdravotnické a komunitní péče, tak aby spolu psychiatři, policie, sociální pracovníci, lidé ze sousedství a další spolupracovali a tím snižovali remisi onemocnění jednotlivých klientů (Nepustil, 2013). Jako hlavní rozdíl mezi asertivní komunitní léčbou a tímto modelem vnímám spíše medicínské zaměření v případě asertivní komunitní léčby, kdežto u tohoto modelu se jedná spíše o komunitní péči.

5.3.6 Příklad využití asertivní komunitní léčby s uživateli návykových látek

Obrázek 5.1 Využití case managementu v praxi



Zdroj: vlastní zpracování

5.4 Účinnost case managementu

Jak vyplývá ze zahraničních studií, je case management v oblasti duševního zdraví považován za úspěšný model léčby. Například hodnotící studie, která zkoumala asertivní komunitní léčbu a klinický case management, prokázala, že oba modely case managementu byly účinnější, než obvyklá léčba ve třech výsledných doménách: rodinná zátěž, spokojenost rodiny se službami a náklady na péči. V obou modelech case managementu došlo k výraznému snížení hospitalizací, snižování symptomů, zvyšování kontaktů klientů se službami, zlepšování sociálního fungování a spokojenosti klientů (Ziguras & Stuart, 2000).

Vzhledem k již zmíněné mnohostranné, chronické a recidivující povaze poruch spojených s užíváním návykových látek byl case management přizpůsoben práci s osobami, které tyto poruchy mají. V této souvislosti vznikalo v zahraničí několik studií, které se zabývaly efektivitou case managementu s uživateli návykových látek.

V roce 2007 vydali Vanderplasschen et al. systematický přehled recenzovaných článků (n= 48) publikovaných v letech 1993 až 2003 se zaměřením na účinky různých modelů case managementu. V několika případech se ve výsledku projevily pozitivní účinky

case managementu, ale pouze v malém počtu případů se prokázala účinnost case managementu ve srovnání s jinými intervencemi. Obecně se potvrdila účinnost case managementu založeného na silných stránkách klienta pro uživatele návykových látek, a to především v oblasti snižování využívání lůžkových služeb a zvýšeného využívání komunitních služeb, prodlouženého trvání léčby, zlepšení kvality života a spokojenosti klientů.

V dalším článku se výše zmínění autoři zabývají srovnáním zkušeností implementace služeb case managementu ve Spojených státech, Nizozemsku a Belgii. Z výsledků tohoto porovnání vyplývá, že je case management ve Spojených státech i v Evropě považován za důležitý doplněk k tradičním službám v oblasti užívání návykových látek. V tomto článku je také poukázáno na rozdíly mezi case managementem pro osoby s duševním onemocněním a pro osoby užívající návykové látky, neboť v tomto případě existuje velmi málo dostupných důkazů o účinnosti, což je způsobeno kontextovými rozdíly, specifickou cílovou skupinou, odlišnými cíli služeb, menší tradicí komunitní péče a nerealistickými očekáváními ohledně účinnosti práce s touto populací. Jak autoři shrnuli již v předešlém přehledu, i v tomto případě se nesporně se prokázala účinnost case managementu ve výše zmíněných oblastech (Vanderplasschen et al., 2004).

Velký přehled studií, tzv. Cochrane review zaměřený na case management pro uživatele návykových látek porovnával standardní léčbu uživatelů a využití case managementu, u kterého se prokázala větší úspěšnost v realizaci kontaktu se zdravotnickými a sociálními službami. V této publikaci se na rozdíl od zmíněných výsledků ze systematického přehledu neprokázala účinnost v oblasti zlepšování životního stylu klientů a ve výsledcích týkajících se užívání nelegálních drog. „*Uvedené výsledky naznačují, že case management není všelék, a že tato intervence- stejně jako většina dalších sociálních intervencí- není řešením pro všechny problémy a všechny uživatele drog…Na druhou stanu ale Cochranova metaanalýza prokázala, že case management je efektivní strategie pro to, aby se uživatelé drog dostali do kontaktu s komunitními a léčebnými službami*“ (Vanderplasschen et al., 2007: 437).

S rozdílnými výsledky přichází autoři Joo & Huber (2015), kteří vytvořili systematický přehled (Cochrane review) recenzovaných článků mezi lety 2000-2013. Zjištění oproti předešlým přehledům ukazují, že služby case managementu významně zlepšily schopnost klientů abstinovat od užívání drog, snížily sociální problémy, podpořily neuspokojené potřeby služeb a zlepšily spokojenost. I tyto studie prokázaly již zmíněné snížené využívání zdravotnických služeb, nicméně i zde je nutno zmínit, že výsledky byly smíšené.

Z předchozích výsledků je zřejmá spornost účinnosti case managementu při podpoře zotavení uživatelů návykových látek. Autoři Vanderplasschen et al. (2019) provedli aktualizovanou metaanalýzu s cílem zjistit, zda je case management u osob užívající návykové látky účinnější než obvyklá léčba. Tato metaanalýza se zaměřila na randomizované kontrolované studie, které zahrnovaly osoby s poruchami užívání alkoholu nebo drog a porovnávaly využití case managementu s obvyklou léčbou. Celková velikost účinku pro case management ve srovnání s obvyklou léčbou napříč všemi kategoriemi

výsledků byla sice malá, ale pozitivní a statisticky významná. Z těchto výsledků lze tedy v mnohých případech vyvodit větší účinnost využití case managementu při léčbě uživatelů návykových látek.

Praktická část

6 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky a operacionalizace pojmů

6.1 Výzkumný problém

Výzkumným problémem je implementace konkrétního pilotního projektu Adiktologický multidisciplinární tým v zainteresovaných organizacích a jeho zhodnocení v rámci reformy péče o duševní zdraví. V rámci teoretické části byly popsány stěžejní pojmy pro tento výzkum. Během rešerše literatury bylo zjištěno, že i když je přístup case managementu používán v běžné řeči řady zaměstnanců organizací pracující s duševně nemocnými osobami, odborná literatura zabývající se využitím tohoto přístupu při práci s adiktologickými pacienty/klienty stále absentuje. Jedním z důvodu výběru tohoto výzkumného problému je též osobní působení v tomto pilotním provozu.

Ve svém výzkumném šetření se tedy zaměřuji na zhodnocení zmíněného pilotního projektu z pohledu zaměstnanců zainteresované organizace a vedoucího služby jiné zainteresované organizace, která byla součástí projektu AMT. Pro zajištění anonymity zůstanou organizace nejmenovány.

6.2 Výzkumné cíle

Cílem této studie je zhodnocení pilotního projektu Adiktologického multidisciplinárního týmu z pohledu pracovníků, kteří byli do projektu zainteresováni. Tato studie je zaměřena na zhodnocení přípravy a průběhu pilotního projektu AMT z pohledu pracovníků, dále je zaměřena na zhodnocení změn v léčebném kontinuu po spuštění projektu z pohledu pracovníků, na změny ve financování oslovených služeb v průběhu pilotního projektu z pohledu pracovníků, na zhodnocení administrativní náročnosti pilotního projektu z pohledu pracovníků, na zhodnocení mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu z pohledu pracovníků a v neposlední řadě je studie zaměřena na přínosy a negativa pilotního projektu z pohledu pracovníků. Z toho důvodu, že oslovené organizace vycházejí z východisek pilotního projektu i po skončení tohoto projektu, může tato studie poskytnout doporučení pro změnu nebo zlepšení služeb.

6.3 Výzkumné otázky

HVO: Jak pracovníci vybrané organizace hodnotí pilotní projekt Adiktologického multidisciplinárního týmu (AMT)?

Z hlavní výzkumné otázky vycházejí následující dílčí otázky, které jsou rozděleny do dvou skupin. První skupina dílčích otázek je zaměřena na pracovníky Spolku Ulice Plzeň a druhá skupina dílčích otázek je zaměřena na 2 vedoucí služeb, kteří se zúčastnili tohoto výzkumného šetření.

První skupina dílčích otázek

DVO1: Jak se z pohledu pracovníků změnila forma přímé práce s klienty? Jak konkrétně využívali pracovníci metodu case managementu?

DVO2: Jak se změnilo léčebné kontinuum pro klienty po spuštění pilotního projektu AMT?

DVO3: Jak probíhala spolupráce mezi pracovníky v rámci multidisciplinárního týmu?

DVO4: Jaké změny ve výkaznictví a následném financování s sebou pilotní projekt AMT přinesl?

DVO5: Jaké jsou podle pracovníků přínosy a negativa pilotního projektu AMT?

Druhá skupina dílčích otázek

DVO1: Jak probíhaly přípravy před spuštěním pilotního projektu AMT?

DVO2: Jak se změnilo financování po spuštění pilotního projektu AMT?

DVO3: Jak se dařilo dostát požadavkům, které na zainteresované organizace pilotní projekt AMT kladl?

DVO4: Jaké změny přinesl pilotní projekt AMT do předešlého fungování adiktologické péče v zainteresovaných organizací z pohledu vedoucích?

DVO5: Jaké jsou podle vedoucích pracovníků přínosy a negativa pilotního projektu AMT?

6.4 Operacionalizace pojmů

Tabulka 6.1 Operacionalizace pojmů z první skupiny dílčích otázek

Dílčí výzkumná otázka	Indikátory	Technika sběru dat
DVO1: Jak se z pohledu pracovníků změnila forma přímé práce s klienty? Jak konkrétně využívali pracovníci metodu case managementu?	- Poskytované služby klientům - Cílová skupina dané organizace v rámci pilotního projektu - Místa a četnost setkávání	Rozhovory s pracovníky vybrané organizace
DVO2: Jak se změnilo léčebné kontinuum pro klienty po spuštění pilotního projektu AMT?	- Aktivní vyhledávání klientů - Průběh vstupu klienta do služby - Práce v přirozeném prostředí - Volnočasové aktivity, zaměření se na každodenní život klientů - Nevypadávání klientů ze služby - Práce s rodinou a okolím klienta	

	- Spolupráce s jinými službami v regionu i mimo něj - Práce s terapeutickým vztahem mezi klientem a pracovníkem - Místa a četnost setkávání	
DVO3: Jak probíhala spolupráce mezi pracovníky v rámci multidisciplinárního týmu?	- Požadavky na personální složení multidisciplinárního týmu - Externí požadavky - Multioborová spolupráce v multidisciplinárním týmu - Zapojení všech odborností týmu - Porady - Supervize	
DVO4: Jaké změny ve výkaznictví a následném financování s sebou pilotní projekt AMT přinesl?	- Výkaznictví - Spolupráce s pojišťovnami - Vedení klinické dokumentace	
DVO5: Jaké jsou podle pracovníků přínosy a negativa pilotního projektu AMT?	- Subjektivní hodnocení přínosů pilotního projektu z pohledu pracovníků - Subjektivní hodnocení negativ pilotního projektu z pohledu pracovníků	

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 6.2 Operacionalizace pojmů z druhé skupiny dílčích otázek

Dílčí výzkumná otázka	Indikátory	Technika sběru dat
DVO1: Jak probíhaly přípravy před spuštěním pilotního projektu AMT?	- Jakým způsobem se organizace dozvěděla o výzvě týkající se pilotního projektu AMT - Rozhodnutí o vstupu do pilotního projektu - Jakým způsobem se organizace na spuštění pilotního projektu připravovala	Rozhovory s vedoucími pracovníky vybraných organizací
DVO2: Jak se změnilo financování po spuštění pilotního projektu AMT?	- Změny ve financování dané organizace - Výkaznictví - Informace o nastavování úhradových mechanismů za výkony	
DVO3: Jak se dařilo dostát požadavkům, které na zainteresované organizace pilotní projekt AMT kladl?	- Komunikace s MZ - Indikátory pilotního projektu	
DVO4: Jaké změny přinesl pilotní projekt AMT do předešlého fungování adiktologické péče v zainteresovaných organizací z pohledu vedoucích?	- Změna v přístupu pracovníků ke klientům - Změny v systému adiktologické péče - Evaluace pilotního projektu	
DVO5: Jaké jsou podle vedoucích pracovníků přínosy a negativa pilotního projektu AMT?	- Subjektivní hodnocení přínosů pilotního projektu z pohledu vedoucích pracovníků	

	- Subjektivní hodnocení negativ pilotního projektu z pohledu vedoucích pracovníků	

7 Popis výzkumného souboru

7.1 Základní soubor

Základním souborem této evaluační studie jsou všichni pracovníci, kteří v době realizace pilotního projektu AMT byli jeho součástí. Jak je znázorněno v tabulce 3.1, pilotní provoz AMT byl spuštěn ve 4 organizacích na území České republiky. Jednalo se o organizace Spolek Ulice Plzeň, DRUG-OUT Klub, z. s., Centrum psychosomatické medicíny s. r. o. a PROGRESSIVE o. p. s.

Organizace Spolek Ulice Plzeň a DRUG-OUT Klub, z. s. byly zařazeny do pilotního provozu AMT typu B. V rámci AMT se proto jednalo o následující počet úvazků pracovníků, kteří byli součástí tohoto projektu:

- psychiatr 0,5 úvazku;
- psycholog ve zdravotnictví (klinický psycholog) 0,5 úvazku;
- adiktolog 2 úvazky;
- sestra pro péči v psychiatrii 0,5 úvazku;
- sociální pracovník nebo zdravotně sociální pracovník 2 úvazky;
- pracovník v sociálních službách 1 úvazek;
- administrativní pracovník 0,5 úvazku;
- vedoucího pracovník 0,8 úvazku.

Celkem se v rámci pilotního provozu jednalo o 7,8 úvazku, které byly rozděleny mezi několik pracovníků. Během doby 18 měsíců realizace pilotního projektu AMT navíc docházelo k fluktuaci zaměstnanců, a proto nelze s přesností určit absolutní počet osob.

Organizace Centrum psychosomatické medicíny s. r. o. a PROGRESSIVE o. p. s. společně tvořily pilotní provoz AMT typu A. Personální složení tohoto tzv. velkého pilotního projektu bylo rozděleno mezi tyto dvě organizace, přičemž organizace Centrum psychosomatické medicíny s. r. o. zajišťovala zdravotnický personál a organizace PROGRESSIVE o. p. s. zajišťovala personál v sociální části. V rámci AMT se jednalo o následující počet úvazků pracovníků, kteří byli součástí tohoto projektu:

- psychiatr 1 úvazek;
- psycholog ve zdravotnictví (klinický psycholog) 1 úvazek;
- adiktolog 3 úvazky;
- sestra pro péči v psychiatrii 1 úvazek;
- sociální pracovník nebo zdravotně sociální pracovník 3 úvazky;
- pracovník v sociálních službách 2 úvazky;
- administrativní pracovník 1 úvazek;
- vedoucího pracovník 1 úvazek.

Celkem se jednalo o 13 úvazků, které byly rozděleny mezi několik pracovníků.

7.2 Výzkumný soubor

V rámci realizace této evaluační studie byly osloveny všechny zainteresované organizace s žádostí o spolupráci při této evaluaci. Do spolupráce se nakonec zapojili pracovníci pouze ze dvou organizací. Jednalo se o jeden multidisciplinární tým včetně jeho vedoucího z jedné organizace a jiného vedoucího pracovníka z druhé organizace. Z důvodu zachování anonymity zůstanou organizace v této studii nejmenovány.

Cílem této studie je zhodnocení pilotního projektu AMT. Pro naplnění tohoto cíle je výzkumný soubor rozdělen do dvou částí, neboť každý z nich bude v této studii analyzován jiným způsobem. Pro přehlednost jsou respondenti uvedeni v následujících tabulkách.

Tabulka 7.1 Výzkumný soubor 1

Označení ve výzkumu	Pohlaví	Pozice	Výše úvazku v AMT	Součást AMT od
R1	Žena	Sociální pracovnice	0,1	1.2.2021
R2	Žena	Adiktoložka	1	1.2.2021
R3	Žena	Psychiatrická sestra	0,2	1.2.2021
R4	Žena	Psychiatrička	0,25	1.10.2021

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 7.2 Výzkumný soubor 2

Označení ve výzkumu	Pohlaví	Pozice	Výše úvazku AMT	Součást AMT od
R01	Muž	Vedoucí služby	0,8	1.2.2021
R02	Muž	Vedoucí služby	0,5	1.2.2021

Zdroj: vlastní zpracování

Jak je z tabulky zřejmé, výzkumu se zúčastnilo celkem 6 respondentů, z nichž se jednalo o čtyři ženy a dva muže.

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného (účelového) výběru přes instituce. Jak píše Miovský (2006) metoda záměrného výběru je zřejmě vůbec nejrozšířenější metodou výběru v rámci kvalitativního přístupu, kterou v užším pojetí chápeme jako postup účelového výběru výzkumného vzorku, při kterém cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností.

Konkrétní metoda záměrného (účelového) výběru přes instituce byla vybrána, neboť kritériem výběru výzkumného vzorku bylo zařazení do pilotního projektu AMT, aktuální zaměstnání v zainteresovaných organizacích a současně souhlas zaměstnanců s účastí ve výzkumu.

8 Metodika výzkumu

Vzhledem k zpracování a interpretaci dat se dá tento výzkum nejlépe přirovnat k metodě evaluace. Cílem evaluace je dle Hendla (2017) přinášet zpětnou vazbu a poskytovat poučení z realizovaných aktivit. Evaluaci obvykle chápeme jako součást uceleného procesu provádění intervencí, které jsou chápany jako soubor opatření, jejichž cílem je změna či formování chování jednotlivců (Hendl, 2017). Nejspíše nejznámější autoři na poli evaluace Rossi a Freeman (1993), kteří vydali učebnici „*Evaluation: A Systematic Approach",* chápou evaluační výzkum jako systematickou aplikaci procedur sociálního výzkumu za účelem hodnocení konceptualizace, hodnocení implementace, hodnocení designu a hodnocení nástrojů sociálně-intervenčních programů.

V souvislosti s léčbou závislostí může evaluační výzkum pomoci určit, které léčené služby jsou potřeba, a stanovit účinnost a efektivitu stávajících služeb. Evaluační výzkum má významný vliv nejen na vývoj intervencí, ale také na vývoj samotného oboru (WHO, 2000).

Z hlediska náročnosti různých typů evaluace se můžeme setkat s evaluací, která je prováděna poměrně rychle a bez velkých nároků na prostředky. Jedná se o relativně jednoduché a nenáročné studie mohou dobře posloužit, když se chceme dozvědět, jak služby fungují a jak je možno je vylepšit (Rossi & Freeman, 1993). Existují i jiné typy evaluací, které jsou složitější a na jejich provedení je zapotřebí vynaložit značné množství finančních prostředků.

Z hlediska účelu evaluace využiji formativní evaluaci, kterou Hendl (2017) spojuje se snahou o zlepšování a rozvíjení daných intervencí. Výsledky formativní evaluace představují průběžnou zpětnou vazbu, která může být využívávaná pro návrh nových opatření v dané oblasti. Výsledky formativní evaluace poskytují evidenci směřující k vylepšení stávajících intervencí. V rámci formativní evaluace není žádný výsledek pokládán za dobrý nebo špatný, to znamená, že ani výskyt značného množství námětů na zlepšení posuzované intervence nelze považovat za ukazatel nízké kvality či znak její nedokonalosti (Hendl, 2017).

Z hlediska zaměření se v tomto případě jedná o evaluaci programu. Evaluace sociálních programů se využívá dle Rossi & Freeman (1993:13) z mnoha rozdílných důvodů, kterými jsou:

- posouzení hodnoty běžících programů a mají odhadnout užitečnost pokusů, jak tyto programy zlepšit;
- stanovení užitečnosti inovativních programů a iniciativ;
- zvýšení efektivity programového managementu a administrace, zároveň mají vyhovět požadavkům na odpovědnost vůči sponzorům, donátorům a jiným zainteresovaným aktérům;
- tato evaluace navíc může přispívat k reálným a zároveň i metodologickým znalostem sociálních věd.

Z hlediska předmětu se potom jedná o evaluaci procesu. Evaluace procesu je dle Hendla (2017) typ evaluace, která zachycuje mechanismy, jak jednotlivé intervence

působí a jak jsou vykonávány. Soustřeďuje se na soulad skutečně vykonávaných činností s postupy, které byly předem definovány. Evaluace procesu se tedy zaměřuje především na posouzení způsobu, jak je daná intervence implementována. Evaluace procesu je tedy jinými slovy výzkumem toho, jak byl program implementován.

Hlavním účelem evaluace procesu je dle WHO (2000) je popsat vlastní činnost programu a také kontext, ve kterém se provozuje. Evaluace procesu se tedy snaží určit, do jaké míry je program uskutečňován podle plánu.

Cílem evaluace procesu je lepší poznání zkoumaného programu a zvýšení jeho kvality. Evaluace procesu měří činnosti v rámci programu a sleduje, komu jsou jeho služby poskytovány. Evaluace procesu obvykle nastoluje tyto otázky (WHO, 2000):

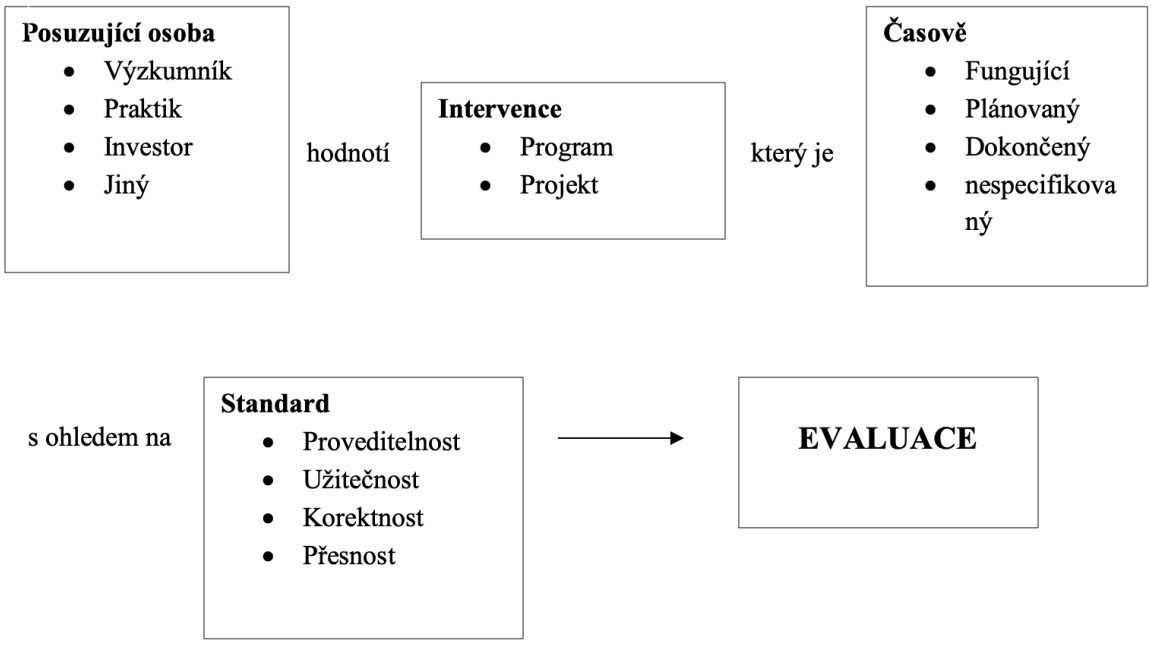
- Čeho má program/ služba/ systém dosáhnout?
- Do jaké míry je léčba realizována podle plánu?
- Jsou služby kvalitní?
- Jaké jsou názory a pocity pracovníků programu ohledně přínosu a kvality služby?
- Jaké jsou charakteristiky klientů dané služby?

Oblasti, na které se může evaluace procesu v rámci léčeného programu pro uživatele návykových látek zaměřovat, popisuje WHO (2000: 15) následovně:

- zaměření na jeden program, službu nebo organizaci;
- počet a charakteristika klientů využívajících dané služby;
- povaha a rozsah poskytované léčby;
- snadná dostupnost pro cílovou skupinu;
- náklady na služby;
- logika programu;
- kvalifikace personálu;
- kvalita evidence;
- case management;
- interní a externí koordinace;
- dodržování platných standardů;
- spolupráce jednotlivých organizací při koordinaci plánování přímých služeb klientům.

Autoři Bilsky & Cairns (2005) vytvořili přehledné schéma, ve kterém posuzují jednotlivé aspekty evaluačního výzkumu. Jedná se o tyto posuzované aspekty:

Obrázek 8.1 Evaluace procesu



Zdroj: Bilsky & Cairns (2005: 21)

Jak je ze schématu zřejmé, při provádění jakékoliv evaluace záleží na perspektivě osobnosti, která výzkum provádí, dále na druhu intervence, který ovlivňuje cíle a způsob provádění intervence. Evaluace dále závisí na časovém aspektu, kdy cíl evaluace určuje to, kdy samotná evaluace bude probíhat. V této práci se v rámci časového aspektu jedná o ukončený projekt, který může být zajímavým podkladem pro vytvoření nové intervence. Podstatou každého evaluačního výzkumu je standard. Splnění standardů evaluace zajišťuje to, že bude správně provedena. Autoři Bilsky & Carins (2005) rozlišují tyto standardy evaluace programu:

- **Proveditelnost:** výzkum je plánován s ohledem na jeho realizovatelnost a finanční dostupnost. Evaluace by měla být diplomatická, realistická a ekonomicky úsporná.
- **Užitečnost:** výsledek evaluace odpovídá potřebám konečného uživatele.
- **Korektnost:** výzkum musí být provádět s ohledem na práva osob, které se evaluačního výzkumu zúčastnily.
- **Přesnost:** souvisí s validitou a reliabilitou.

V této evaluační studii využiji kvalitativní metody, jelikož dle Pattona (2002) dokáží zachytit příběh sociálního programu skrze vyprávění dílčích příběhů jednotlivých participantů. Evaluační výzkumníci, kteří pracují v rámci kvalitativní strategie by dle Greenové (1998) většinou:

a) Používají případové studie, čímž zdůrazňují význam kontextu, ve kterém operují. Zjištění nezobecňují.
b) Silně spoléhají na kvalitativní metody.

c) Primárně se ve své práci zaměřují na zvýšení porozumění praktickému sociálnímu programu.
d) Berou na vědomí, že samotná přítomnost výzkumníka v evaluačním výzkumu má na program vliv.

Jinými slovy se výzkumníci, kteří používají kvalitativní metody při evaluační studii, snaží porozumět sociálnímu programu jako celku. Pro evaluačního výzkumníka je tedy stěžejní popis a interpretace sociálního programu a sociálního prostředí.

Pro účely této studie dále využiji sekundární analýzu dat. Práce s dokumenty je dle Miovského (2006) specifická oblast aplikace kvalitativního přístupu. Její specifičnost je dána tím, že tyto materiály už existují nezávisle na naší výzkumné činnosti, v tom smyslu, že tyto dokumenty obvykle nevytváříme.

8.1 Metoda získávání a sběru dat

Pro účely této studie byly v rámci získávání a sběru dat využity následující metody. Pořadí těchto metod nebylo striktně dodrženo, většina z těchto kroků probíhala kontinuálně v rámci fáze rešerše. Následující očíslování tedy slouží pouze pro přehlednost.

1. Analýza koncepčních materiálů k pilotnímu projektu AMT, které měly organizace k dispozici, a ze kterých při realizaci projektu vycházely.
2. Seznámení se s dodatkem k operačnímu manuálu vztahující se k AMT v zainteresované organizaci.
3. Získávání veřejně dostupných informací o průběhu pilotního provozu v zainteresovaných organizacích.
4. Seznámení se s počítačovým softwarem pro výkaznictví v rámci pilotního provozu AMT.
5. Seznámení se s evaluačními nástroji, které byly organizacím doporučeny pro zajištění evaluace s klienty.
6. Přehled o sazebníku výkonů adiktologické péče.
7. Polostrukturované rozhovory se zaměstnanci v zainteresovaných organizacích.

8.1.1 Metoda rozhovoru

Pro účely této studie jsem využila metodu polostrukturovaného interview. Polostrukturované rozhovory jsou dle Miovského (2006) zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody interview. Před zahájením sběru dat byla vytvořena schémata, která byla při realizaci rozhovorů závazná. Jednalo se celkem o vytvoření dvou schémat obsahující okruhy otázek, na které byli respondenti tázáni. Tato schémata byla rozdělena dle rozdělení výzkumného souboru (viz odstavec 7.2). Dále bylo definováno tzv. jádro interview, tedy minimum otázek, které se musí během rozhovoru s respondenty probrat. Toto jádro slouží jako určitá míra jistoty, že všechna potřebná témata budou probrána.

Vzhledem k cíli této studie jsem využila individuálních rozhovorů, neboť hlavním výzkumným cílem je zhodnocení pilotního projektu AMT, a je žádoucí, aby každý ze zainteresovaných aktérů zhodnotil tento pilotní provoz ze svých individuálních zkušeností. Při zhodnocení pilotního projektu AMT ve skupině by se mohli zaměstnanci navzájem ovlivňovat odlišnými zkušenostmi. Při vedení rozhovoru ve skupině by navíc mohlo dojít

k záměrnému zkreslování podávaných informací respondenty o stěžejním tématu fungování multidisciplinárního týmu z důvodu, aby se v tomto týmu nenarušila koheze.

Tyto individuální rozhovory byly po domluvě vedeny online, a to především z časových důvodů pracovníků, kteří se do výzkumu zapojili. Každý z těchto rozhovorů trval 45-60 minut. Jak jsem psala výše, okruhy otázek byly vytvořeny pro každý výzkumný soubor a přikládám je v příloze této práce (viz Příloha č. 2).

Pro sběr dat skrze realizované rozhovory byla stanovena následující témata, která vycházejí z výzkumných otázek (viz odstavec 6.3).

Tabulka 8.1 Tematické okruhy rozhovoru

Výzkumný soubor	Tematické okruhy při rozhovoru
1. výzkumný soubor	Přímá práce s klienty, využívání metody case managementu, změna v léčebném kontinuu, naplňování požadavků pilotního projektu, změny ve výkaznictví, přínosy a negativa pilotního projektu.
2. výzkumný soubor	Přípravy před spuštěním pilotního projektu, změna ve financování pilotního projektu, spolupráce v rámci multidisciplinárních týmů, změny v poskytování adiktologické péči, přínosy a negativa pilotního projektu.

Zdroj: vlastní zpracování

Každému rozhovoru předcházela edukace, při které byly popsány jednotlivé kroky výzkumu, cíl a účel výzkumu, tematické okruhy při rozhovoru, způsob fixace dat a následné zacházení s těmito daty včetně jejich anonymizace. Na závěr byl každému respondentovi doslovně přečten informovaný souhlas (viz Příloha č. 3), který bylo potřeba ze strany respondentů odsouhlasit před zahájením interview.

Fixace dat byla provedena audiozáznamem na mobilní telefon. Jak píše Miovský (2006), výhodou takovéto fixace je komplexnost záznamu a jeho autentičnost. Zvukový záznam má pro výzkumníka navíc výhodu v tom, že obsahuje veškeré kvality mluveného slova (sílu hlasu, délku pomlk, apod.). Pro každého respondenta byl předem připravený záznamový arch, do kterého jsem posléze vyplnila relevantní informace pro tento výzkum.

8.2 Metoda analýzy dat

Před samotným zahájením analýzy dat získaných z rozhovorů, je nutné tyto data pro práci s nimi připravit. Nejprve byla provedena transkripce dat, tedy přepis audiozáznamu do textové podoby. Pro minimalizaci vlivu autorky práce byla provedena také kontrola transkripce opakovaným poslechem. Pro dílčí úpravu dat byla využita redukce prvního řádu, přesněji očištění textu od zvuků nebo slov tvořící tzv. slovní vatu a výrazů, které narušují plynulost a nenesou žádnou informaci (Miovský, 2006). Dalším krokem bylo kódování

kvalitativních dat za pomoci počítačového softwaru ATLAS.ti. Tento systém zajistil i archivaci kódovaných dat, propojování dat, komentování a doplňování dat.

Jako metodu analýzy dat jsem pro účely této studie zvolila deskriptivní kvalitativní analýzu. Jako způsob konkrétní způsob popsání kvalitativních dat jsem zvolila kombinaci induktivní i deduktivní analýzy. Přístup zdola nahoru, tedy induktivní se dle WHO (2000) využívá tehdy, pokud nemáme předem představu o typech uváděných odpovědí. Tento přístup usiluje o popsání různorodosti uváděných odpovědí. Při tomto přístupu je nutné přečíst všechny přepisy, nikoliv pouze ty zajímavé nebo ty, z nichž jsou příslušná data obzvláště patrná. Danou analýzu je důležité systematicky dokumentovat tím, že se zaznamenává, kde je možno najít příklady a jaké aspekty přepisu mluví ve prospěch příslušné interpretace (WHO, 2000: 34).

Přístup shora dolů, tedy deduktivní se využívá k nalezení příkladů typů, které nás již zajímají. Data analyzujeme tímto způsobem, pokud již máme předem představu o tom, jaké typy odpovědí mohou zaznít. Přepisy se poté čtou několikrát a jsou sledovány veškeré výpovědi zmiňující předpokládané odpovědi a ty se poté shromáždí podle příslušného typu do nového dokumentu (WHO, 2000: 33).

Pro splnění cíle této práce a zodpovězení na hlavní výzkumnou otázku analyzuji každý výzkumný soubor zvlášť. Nejprve využiji induktivní analýzu pro analýzu dat získaných z rozhovorů se zaměstnanci, posléze využiji deduktivní analýzu dat získaných z rozhovorů s vedoucími služeb a zaměřím se především na komparaci získaných odpovědí.

Sekundární data budou vyhodnocena dle metodiky evaluace.

8.3 Metodologické limity výzkumu

Vzhledem k velmi úzce vymezenému cíli bylo již při prvních plánech tvorby designu diplomové práce zřejmé, že bude náročné zajistit respondenty k výzkumu. Do pilotního provozu byly zainteresovány pouze čtyři organizace na území celé České republiky, a protože jedním z kritérií účasti v tomto výzkumu byla účast na pilotním provozu a současně aktuální zaměstnání v zainteresované organizaci, možný výzkumný vzorek se ještě více zúžil. Před zahájením sběru dat jsem oslovila s nabídkou spolupráce při realizaci výzkumu všechny čtyři zainteresované organizace. Do výzkumu se nakonec zapojil pouze jeden multidisciplinární tým z jedné zainteresované organizace a vedoucí pracovník z jiné zainteresované organizace. I přestože výzkumný soubor není nijak velký, pro základní zhodnocení tohoto pilotního provozu a pro účely této práce, je dostačující. V případě dalšího výzkumu navrhuji zapojení všech zainteresovaných organizací, anebo srovnání více léčebných metod (pilotních provozů) v adiktologické péči.

Kvalitativní přístup k evaluaci je navíc sám o sobě limitován z pohledu validity, reliability a reprezentativnosti. Co se týká validity, jistou míru rizika zde představuje neúplnost nebo zkreslení poznatků respondenty ze strachu z odhalení vzhledem k malému počtu zainteresovaných organizací. Tato skutečnost může vést k tomu, že respondenti neodpoví pravdivě a otevřeně. Toto riziko mohu alespoň částečně eliminovat dobrou přípravou rozhovorů, dostatečným vysvětlením povahy výzkumu a důkladným ošetřením etických aspektů. Dále je také nutné vyhnout se zkreslení z mé strany, zejména přímou

zkušeností s podílením se na pilotním provozu AMT, kde jsem působila v pracovně právním vztahu na pozici case manažera. V rámci tohoto výzkumu jsem se toto riziko snažila eliminovat pomocí sebereflexe a cílenou introspekcí.

Co se týká reliability, může dojít ke zkreslení na straně tazatelky i respondentů. Respondenti se mohou cítit unavení nebo se tazatelka nemusí dostatečně soustředit. Únavu ze strany respondentů jsem se pokusila eliminovat přizpůsobením denní doby, ve které interview probíhá.

Z toho důvodu, že respondenti budou vybíráni formou záměrného výběru přes instituce, je zřejmé, že výsledky nebude možno generalizovat a vnímat jako obecně platné. Nicméně objektivním cílem této práce je zhodnocení jednoho pilotního provozu a studie má spíše přinést nové podněty k zamyšlení o sytému adiktologické péče.

8.4 Etické aspekty práce

V průběhu realizace této studie byly dodržovány následující etické principy (Hendl, 2017):

1. **Dobrovolnost účasti a neškodnost**

Respondenti se mohli dobrovolně rozhodnout, zda se výzkumu zúčastní nebo nikoliv po poskytnutí dostatečných informací a povaze výzkumu a dostatku času na rozmyšlenou. Dále byli jasně informováni o možnosti výstupu ze studie, aniž by to pro ně mělo nějaké následky.

2. **Informovaný souhlas**

Souhlas byl zpracován v písemné formě. Obsahuje informace o výzkumu, jeho cílech, metodách, povaze a účelu. Odsouhlasení respondentů proběhlo ústní formou.

3. **Anonymita a důvěrnost**

Účastníkům studie byla zajištěna anonymita tak, že se v diplomové práci neobjeví žádné údaje, které by mohly vést k identifikaci účastníků. Všechny identifikační údaje jsou pozměněny tak, aby nezměnily povahu práce. Důvěrností se rozumí i mlčenlivost.

4. **Odhalení**

Účastníci výzkumu byli dostatečně informováni o záměrech výzkumu ještě před jeho zahájením.

5. **Analýza dat a obsah zprávy**

V této studii se zavazuji k odhalení všech pozitivních i negativních aspektů průběhu výzkumu a validity získaných výsledků.

9 Výsledky analýzy a interpretace dat

9.1 Výzkumný vzorek 1

Jako první v této studii představím výsledky analýzy dat u prvního výzkumného vzorku. Konkrétně se tedy jedná o data získaná od pracovníků, kteří byli do pilotního projektu AMT zainteresováni.

9.1.1 Data získaná z rozhovorů

Pro analýzu dat získaných rozhovorem s respondenty z prvního výzkumného vzorku jsem zvolila induktivní přístup deskriptivní kvalitativní analýzy, tedy přístup zdola nahoru. Při interpretaci dat vycházím z dokumentu WHO (2000: 34).

Práce s daty vycházela z knihy od Miovského (2006) a vypadala prakticky tak, že byly hledány souvislosti mezi jednotlivými pojmy, které byly obsaženy v konkrétních výrocích respondentů. Bylo důležité zjistit, zda pojmy náleží jinému podobnému jevu, nebo k jinému jevu vůbec nenáleží. Tímto způsobem se tvořily samostatné odlišitelné celky, které byly seskupovány do vyššího řádu, tedy do abstraktního pojmu, který nazývám Typ. Tyto typy jsou jevy, které souhrnně patří do vyššího řádu, který nazývám Indikátor. Tento indikátor vychází z výzkumné otázky.

1. **Indikátor: Přímá práce s klienty**

TYPY

SLUŽBY NAVÍC
MÍSTA A ČETNOST SETKÁVÁNÍ
CASE MANAGEMENT

Všechny respondentky hovoří o tom, že díky pilotnímu projektu AMT mohly s klienty pracovat jiným způsobem, v jiných frekvencích a na jiném místě, neboť díky tomuto pilotnímu projektu přibyly ke stávajícím službám organizace další služby navíc, a také možnosti na častější setkávání mimo organizaci.

R3: *„Měli jsme motivační skupinu, kterou vedli sociální pracovníci hlavně a byla dost dobrá.“* Respondentka R2 také hovoří o motivační skupině a dále přidává službu pohotovostního telefonu. Služba pohotovostního telefonu nebyla organizací do vstupu do pilotního projektu nabízena. Pracovníci si střídají službu u tohoto mobilního telefonu po jednom dni, s tím, že je tato služba určena pro řešení urgentních případů a vyjíždění do terénu za klienty v krizi.

Respondentky také zmiňují služby navíc, které mohly být klientům poskytovány skrze odbornosti, které do pilotního projektu AMT vstoupily nově. R1 označuje například adiktology za *„vzácné zboží.“* R4 zase vyzdvihuje dostupnost psychiatrické péče: *„…ta péče*

je u nás luxusní, hlavně ta čekací doba, oproti běžný ambulanci.“ Dále dodává „*…ta služba je fakt provázaná a na tom stojí ten case management.“*

Respondentky vnímají metodu case managementu jako novou metodu práce s klienty, která stojí především na proaktivním vztahu klíčového pracovníka a klienta: *„ …je to o tom zasíťování klienta v rámci jednoho týmu, nenechat ho (klienta) vypadnout, být proaktivní a být s ním (klientem) často“*(R3). Respondentky tuto formu práce s klienty vnímají jako novou, a ne zcela běžnou napříč sociálními a zdravotními službami, jako například R2: *„ …dřív jsem dělala na doléčováku, a to bylo nemyslitelný odjet si na půl dne za klientem do nemocnice…“* Respondentky dále uvádí, že intenzivní zájem o klienta v konečném důsledku způsobuje, že pracovníci poznávají klienta v širším spektru jeho každodenního života. R4 k tomuto tématu dodává: *„ …klienti zjišťujou, že jsme stejný lidi jako oni a my zjišťujem, že oni jsou stejní jako my, ten vztah to prohlubuje…“*

Respondentky dále hovoří o bio-psycho-sociálním modelu závislosti, ze kterého při práci s klienty vycházejí. Především pak o tom, že se u klienta výlučně nezajímají o užívanou substanci, nýbrž o celkové nastavení klienta jakožto osobnosti, která má rodinu, své přirozené prostředí, zvyky, rituály a zájmy.

O klíčovém pracovníkovi hovoří i ostatní respondentky. Všechny se shodují, že klíčovým pracovníkem může být kdokoliv z týmu, kromě doktorek a klinické psycholožky. O tom, kdo bude klíčovým pracovníkem rozhoduje celý tým a je to dáno především kapacitou pracovníků a potřebami daného klienta, jak uvádí R1: *„ …pokud má klient spíš sociální problémy, klíčák je sociální pracovník a za adiktologem nebo psychiatrem dochází dle potřeby.“* Klíčový pracovník pak vede celý případ, propojuje klienta se svými kolegy dle potřeby a navazuje spolupráci i s jinými organizacemi ve prospěch klienta.

R3 se setkávala se svými klienty spíše v organizaci, ale dodává: *„ …jako zdravotní sestra jsem vyjížděla i do terénu za klienty, ale nebylo to jako pohotovostní, spíš se to domlouvalo dopředu.“* Se svými klienty se pak respondentka vídala 1x za 14 dní. Ostatní respondentky se se svými klienty oproti tomu setkávaly převážně každý týden. Respondentky se dále shodují, že vyhledávání klientů, tedy depistáž, v rámci pilotního projektu AMT neprováděly.

Tématem při zavádění pilotního projektu AMT do praxe bylo také zapojení doktorů do práce s klienty mimo ordinaci, na toto téma se R4 vyjadřuje následovně: *„ …jsou případy, kdy vyjíždím do terénu, ale spíše se vídáme tady…“*

Shrnou-li se všechny výpovědi respondentek k tomuto indikátoru, přímá práce s klienty se pro ně změnila především širším polem působnosti skrze nové služby, které byly poskytovány prostřednictvím nových odbornosti a novou formou práce s klienty. Case management považují za případové vedení, které vnímají jako proaktivní vedení případu. Tento případ potom sdílí pracovník i s ostatními členy týmu. Spolupráce se neukončuje ani během hospitalizace klienta a většina respondentek se se svými klienty scházela každý týden, zkrátila se dokonce i čekací doba na psychiatrické vyšetření. Depistáž nicméně v rámci pilotního projektu AMT nevykonávaly. Klíčovým pracovníkem pak mohl být kdokoliv

z týmu, kromě doktorů a klinické psycholožky a jeho role je především v zasíťování klienta v rámci týmu a jiných služeb.

2. Indikátor: Léčebné kontinuum

TYPY

KOMPLEXNÍ POSOUZENÍ STAVU KLIENTA
KOMPLEXNÍ PRÁCE S KLIENTEM
UDRŽENÍ SPOLUPRÁCE

Respondentky hovoří o změnách v léčebném procesu pro klienty už od samotného vstupu klientů do služby, až po snahu aktivně udržovat s klienty spolupráci.

Všechny respondentky se shodují na komplexním posouzení stavu klienta při jeho vstupu do služby. R3 toto období nazývá jako: „*první měsíc vstupu“*, který R1 popisuje následovně: „*Nejdříve přišla nabídka motivační skupiny, což je teď pravidlem, takovej prvovstup (…) a pak to bylo psychiatrický vyšetření, sociální anamnéza a vyšetření adiktologem.“*

Na podobě léčebného plánu se poté opět domlouvá klíčový pracovník na poradách společně s celým týmem s ohledem na zakázku klienta a domluvu s ním. K léčebnému plánu R1 dodává, že se *„vyloženě šije na míru toho klienta“.*

S odstartováním pilotního provozu AMT se v organizaci na případu klienta podílelo několik odborností, a navíc se práce rozšířila z organizace i do přirozeného prostředí klienta. Respondentky vnímají práci v přirozeném prostředí jako nedílnou součást spolupráce s adiktologickými klienty: *„…prostě člověka s jeho problémem nemůžeme vytrhnout z jeho rodiny, z jeho prostředí, z jeho nastavení k životu“* (R4). Práce v přirozeném prostředí byla pro pracovnice nová, do té doby se s klienty scházely pouze v prostorách organizace, a proto se shodují na tom, že se stále učí pracovat mimo prostory organizace. Přestože vnímají práci v přirozeném prostředí jako velice důležitou, většina setkávání probíhala v prostorách organizace.

Ostatní respondentky se přidávají k výroku R4 a snaží se do jejich spolupráce s klienty zapojovat i jejich rodinné příslušníky: *„Často se ptáme (klientů) na rodinu a nabízíme i společná sezení….“*(R3). Během realizace pilotního projektu AMT se respondentkám podařilo zapojit i rodinné příslušníky, nicméně všechny poukazují na to, že se jednalo spíše o krátký informační servis nebo edukaci, často telefonicky. R4 poukazuje na cennost získaných informací od rodinných příslušníků v rámci klientovy anamnézy, což může *„…zkvalitnit celou péči, je důležitý je (rodinné příslušníky) vtahovat do spolupráce.“*

Pilotní projekt AMT se zaměřoval také na spolupráci s klienty při každodenních činnostech a při vyplnění jejich volného času. Organizace tak začala nabízet volnočasovou aktivitu, která se zabývala jógou, ke které se vyjadřuje R2: *„…myslím, že klienti nejsou zvyklí, že jim někdo nabídne nějakou volnočasovou aktivitu.“* Respondentky se shodují, že cvičení pro klienty bylo pro celý tým zajímavou zkušeností.

Stěžejním tématem pilotního provozu AMT byla práce se vztahem klienta a klíčového pracovníka. Všechny respondentky se shodují, že vztah s klienty je nejdůležitějším stavebním kamenem společné spolupráce. R3 uvádí, že takto intenzivní a proaktivní vztah byl pro ni novinkou „*…to byla velká výzva. Probíhala dlouhá a intenzivní příprava na klienta, musela jsem se tomu hodně věnovat.“* R2 zase spojuje časté setkávání s klienty v rámci pilotního projektu AMT s lepším a zdravějším vztahem. Na vztah během pilotního projektu AMT začala nahlížet jinak i R4: *„…já vždycky brala vztah za nejdůležitější, ale v nemocnici to takhle intenzivně navázat nelze.“*

Při používání metody case managementu je také důležité propojovat klienta s ostatními organizacemi. Respondentky v tomto směru uvedly, že jejich organizace byla navázána v průběhu pilotního provozu AMT převážně na probační a mediační službu, dále na místní nemocnice (především na detoxifikační jednotku), na místní CDZ, na terénní program a na OSPOD. Spolupráce probíhala především ve vzájemném sdílení klientů, dokonce v několika případech došlo ke společným případovým konzultacím ve prospěch daného klienta. Respondentky uvádí, že na počátku bylo navázání spolupráce poněkud komplikované, a to především kvůli znemožnění osobních návštěv z důvodu pandemie Covid: „*…takže jsme dělali aspoň nějaký PR online, i když to nebylo ideální…“* (R2).

Na závěr se respondentky shodují, že se aktivně snažily udržet kontakt s klienty. Respondentky uvádí, že se snažily své klienty kontaktovat i v případě, že se klienti neozývali nebo se nedostavili na sezení. V případě, že byl klient hospitalizován, kontakt nebyl přerušen. Pokud to bylo možné, tak klienta při hospitalizaci respondentky (R1, R2 a R3) navštívily. Pokud klientovi nevyhovovalo docházení do organizace, snažily se respondentky navštěvovat klienta v jeho přirozeném prostředí, i když se shodují, že to nebylo tak časté.

Z vyjmenovaných oblastí lze na závěr shrnout pojetí komplexní péče o klienta ve vybrané organizaci. Komplexní péče o klienta začínala měsíčním diagnostickým filtrem, kde se klient setkával s psychiatrem, adiktologem a sociálním pracovníkem. Celý tým následně rozhodoval o klíčovém pracovníkovi daného klienta s ohledem na jeho specifické a individuální potřeby. Pracovníci se snažili s klientem budovat zdravý a intenzivní vztah, zejména častým setkáváním, udržováním kontaktu a nepřerušováním služby. S klientem pracovali v některých případech i v přirozeném prostředí a do práce v přirozeném prostředí se zapojovaly i lékařky. Dále se snažili se zapojit i rodinné příslušníky, i když se to v mnoha případech nepodařilo. Pracovníci vybrané organizace navíc začali nově nabízet i vyplnění volného času klientů otevřenou skupinou zaměřenou na cvičení, konkrétně cvičení jógy. Dále navázali spolupráci i s jinými organizacemi v okolí, zejména pak s probační a mediační službou, s místními nemocnicemi, s OSPOD a s terénním programem.

3. Indikátor: Požadavky

TYPY

MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP
EXTERNÍ POŽADAVKY
NUTNÉ ZLO

Multidisciplinární tým vznikl z požadavků pilotního provozu AMT na personální zajištění služby. Multidisciplinární přístup v této podobě byl pro všechny respondentky nový, i když v organizaci pracovali v rámci týmu i před spuštěním pilotního provozu AMT, s touto multidisciplinární spoluprací neměly zkušenost.

Značným tématem při zavádění pilotního provozu AMT bylo vtahování lékařů a klinických psychologů do multidisciplinárních týmů, především pak jejich pravidelné docházení na týmové porady a supervize. R1, R2 a R3 velice kladně hodnotily zapojení spolupracujících psychiatriček, které se účastnily porad, diskutovaly s členy týmu, a dokonce poskytovaly telefonické konzultace členům týmu, i když zrovna nebyly v práci. Shodně uvádí, že najít ideálního lékaře byl proces a na začátku formování multidisciplinárního týmu, musel tým opustit psychiatr, který: „*…si jel sólo akci, nebyl to týmovej hráč…“* (R2). Spíše negativně pak respondentky hodnotily spolupráci s klinickou psycholožkou, která fungovala spíše na vyžádání pro psychologické posouzení klienta, ale ničeho týmového se neúčastnila: *„My bychom věděli, co s klinickým psychologem, ale je jich málo a nejde si vybírat“* (R3).

Pro samotnou paní doktorku (R4) byla spolupráce v multidisciplinárním týmu naprosto novou zkušeností: *„…po této zkušenosti jsem ale prahla.“* I když nastupovala už do rozjetého pilotního projektu, nebylo pro ni začlenění se do týmu nijak obtížné. Už při jejím nástupu se setkala s požadavkem, že i psychiatr je člen týmu a účastní se i týmových porad. Porad se tedy účastnila pravidelně, když nemohla osobně, tak alespoň online. Supervizí se se neúčastnila, a to jen z časového hlediska. Ráda by se jich ale v budoucnu účastnila. Rozdíl mezi fungováním psychiatra v pilotním provozu AMT a fungováním psychiatra v nemocnici je právě multidisciplinární přístup. V nemocnici jsou doktoři zvyklí dělat vše za sebe, kdežto v rámci multidisciplinárního týmu se už musí ohlížet i na ostatní členy týmu. Vztahy v týmu AMT popisuje jako profesionální a velmi dobré a význam tohoto týmu je pro ni nezastupitelný.

Pro respondentky multidisciplinární tým znamená větší jistotu při práci s klienty. Pohled ostatních členů týmů je pro ně velmi důležitý. R3 uvádí konkrétní spolupráci na případu klientky: *„…se kterou pracují 4 odbornosti: psychiatr, já jako psychiatrická sestra, adiktolog a sociální pracovník.“*

R2 k tomuto tématu uvádí, že vše není *„zalité sluncem“,* a že nalezení společné řeči multidisciplinárního týmu trvalo asi půl roku, a do teď se pracovníci dle respondentky stále učí pracovat multidisciplinárně. Učí se, že není potřeba hierarchie, že jsou si všichni rovni,

a že si mezi sebou mohou rozdělovat kompetence. *„Je těžký předávat ty kompetence dál (…) nedělat všechno sám, ale co už není adiktologický, nechat řešit kolegy.“* Požadavky uvnitř týmu se ale dle respondentky dařilo plnit lépe než samotné požadavky pilotního projektu AMT. R4 navíc uvádí, že se celý tým učil zvládat požadavky s velkou chutí a nasazením.

Respondentky hovoří o chaotických informacích, které pracovníci získávali o realizaci pilotního projektu AMT z různých stran. Často se měnily instrukce přímo od Ministerstva zdravotnictví, především v oblasti vykazování přímé a nepřímé práce s klienty. První polovinu realizačního období projektu měli pracovníci instrukci, aby vykazovali výkony s klienty nad četnost těch samotných výkonů a později se tato informace změnila, a i v pilotním provozu museli pracovníci dodržovat četnost samotných výkonů, jak uvádí R2*: „…to byl masakr, najednou spoustu nezaplacený práce*.“ Komunikaci s Ministerstvem zdravotnictví negativně hodnotí i R3: *„…a kolik je to práce si prostě od stolu na MZ nikdo neuvědomuje (…) to vedení nad naší organizací hodnotím negativně.“* R2 dále uvádí, že v rámci realizace projektu cítili pracovníci určitý „tlak“ také ze strany České asociace adiktologů, aby skrze pilotní provoz dokázali, že je potřeba navýšit četnosti adiktologických výkonů. R3 by také uvítala větší podporu odborníků při realizaci pilotního projektu.

Označení *„nutné zlo“* použila R2 při výpovědi o vykazování adiktologických výkonů na pojišťovnu. Dle respondentky bylo vykazování adiktologických výkonů především na začátku spuštění pilotního projektu *„pěkný vzrůšo“*. Ostatní respondentky vykazování v rámci pilotního provozu AMT chápou obdobně. R3 přiznává, že se ve výkonech psychiatrické sestry zpočátku nevyznala, často musela využívat stáží a podpory týmu, aby si byla jistá v možnostech četnosti vykazování určitého kódu, posloupnosti těchto kódů, případně jejich indikací. Respondentky by uvítaly větší podporu při vykazování, především v začátcích, neboť pochopení celého systému bylo pro pracovníky časově náročné. V organizaci využívají software VisitUp, kam zadávají také klinickou dokumentaci.

Shrnou-li se výpovědi respondentek, je zřejmé, že pilotní provoz AMT kladl na pracovníky dané organizace nároky jak interní, tak externí. S interními požadavky se tým zvládnul po určité době vyrovnat, i když formování samotného týmu, nalezení společné řeči a rozdělení kompetencí trvalo podstatnou část po spuštění pilotního provozu AMT. Stěží se zvládli pracovníci vyrovnat s externími požadavky, které k nim samotným často přicházely v chaotické formě a multidisciplinárnímu týmu navíc scházela podpora ze strany zainteresovaných odborníků. Podpora chyběla pracovníkům také při vykazování výkonů určitých odborností na pojišťovnu. Především na počátku spuštění pilotního provozu AMT bylo vykazování do systému VisitUp pro pracovníky velmi časově náročné. Často se i v tomto ohledu setkávali s chaotickými informacemi o možnostech vykazování.

4. Indikátor: Ohraničení

TYPY

ZACHYTÁVÁNÍ KLIENTŮ
ČAS
VÝCHODISKA

Respondentky velmi kladně hodnotí možnost multidisciplinární spolupráce v rámci pilotního provozu AMT, kde respondentky cítily velkou podporu. Dále se shodují, že tento program v adiktologické péči scházel, R2 uvádí: *„…částečně jsme mohli nahrazovat chybějící adiktologickou ambulanci.“* R3 doplňuje tuto myšlenku výrokem: „*…ten program tady chyběl, mohli k nám chodit klienti, kteří by normálně propadli sítem.“* Jednalo se o klienty, kteří již abstinovali, ale ještě nesplňovali podmínky přijetí do následné péče. Klientům se navíc dle respondentek rozšířily díky službám navíc jejich možnosti. R4 navíc dodává, že tento projekt mohl díky své inovativnosti přitahovat nové zájemce o léčbu. Další vnímané pozitivum uváděné respondentkami je vnímání zvýšení prestiže organizace díky poskytování sociálních i zdravotních služeb a spolupráci s pojišťovnami, které opět může působit jako *„lákadlo pro klienty“.*

Jako negativní na pilotním projektu vnímaly respondentky jednotně čas. Shodují se na tom, že na realizaci tohoto pilotního provozu bylo velmi málo času, a pokud by projekt trval déle, byl by celý multidisciplinární tým stabilnější a členové týmu by se nemuseli obávat „ostrého provozu“. Krátké časové ohraničení pilotního projektu spojují respondentky s prožíváním silných pocitů nejistoty, které se dle R3 týkaly i *„udržitelnosti služby.“* Během realizace pilotního provozu AMT nebylo totiž jisté návazné financování služby po skončení tohoto projektu.

Organizace funguje i po skončení pilotního provozu AMT dle jeho východisek. Dle respondentek to znamená, že tým stále pracuje multidisciplinárně. Respondentky se shodují, že stále pracují s klienty formou case managementu. Jak říká R3: *„Snažíme si to teď trochu předělat k obrazu svému, ale opíráme se o ten pilot.“* K tomu R2 uvádí, že se práci v organizaci snaží lehce pozměnit, a to především spojením služby se substitučním programem. R1 také hovoří o rozšíření nabídky služeb pro klienty a uvádí, že v týmu přemýšlí o otevření skupiny Prevence relapsu. Respondentky také uvádí, že se stále učí s klienty pracovat i v jejich přirozeném prostředí a dojíždět za nimi do terénu. R2 sděluje, že díky pilotnímu provozu AMT mají i metodiky, o které se již mohou opřít.

Z výše uvedených výpovědí lze shrnout, že se v organizaci stále snaží pracovat s klienty formou case managementu skrze multidisciplinární tým. Opírají se o východiska pilotního provozu AMT, s tím, že dochází k jisté modifikaci. Jako pozitivní na pilotním provozu AMT respondentky vnímají možnost rozsáhlejší spolupráce s klienty, kteří by bez pilotního provozu AMT mohli propadat sítem běžně dostupných adiktologických služeb. Naopak negativně hodnotí velmi krátký čas na realizaci pilotního provozu. Respondentky věří, že pokud by byl na tento provoz delší čas, tým by byl stabilnější a členové týmu by se

nemuseli obávat ostrého provozu, který je spojen s vykazováním výkonů na pojišťovnu, které v případě nevhodnosti jejich použití, nemusejí být proplaceny. Tím by samozřejmě organizace ztratila část finančního obnosu.

9.2 Výzkumný vzorek 2

Nyní představím výsledky analýzy dat u druhého výzkumného vzorku. Konkrétně se tedy jedná o data získaná od dvou vedoucích pracovníků ze dvou různých organizací, které byly do pilotního projektu AMT zainteresovány.

9.2.1 Data získaná z rozhovorů

Pro analýzu dat získaných rozhovorem s respondenty ze druhého výzkumného vzorku jsem zvolila deduktivní přístup deskriptivní kvalitativní analýzy, tedy přístup shora dolů. I v tomto případě při interpretaci dat vycházím z dokumentu WHO (2000: 33). Na rozdíl od interpretace dat získaných od výzkumného vzorku 1 se v tomto případě zaměřím také na rozdíly ve výpovědích, aby došlo k jednoduché komparaci mezi dvěma vedoucími různých organizací.

Práce s daty v tomto případě probíhala prakticky opačně, než tomu bylo u výzkumného vzorku 1. V tomto případě jsem měla jasně daný Indikátor, který také vznikl z dané výzkumné otázky. V tomto případě jsem ale hledala příklady typů, které mě již zajímaly. Měla jsem tedy jasnou představu toho, jaké odpovědi mohou zaznít, a to z toho důvodu, že jako první byly uskutečněny rozhovory s výzkumným souborem 1.

1. **Indikátor: Přípravy**

TYPY
ZJIŠTĚNÍ
ZAJIŠTĚNÍ

Oba respondenti uvádí, že se o grantové výzvě týkající se pilotního projektu AMT dozvěděli přes internet. Rozdílné jsou však důvody, které vedoucí organizace vedli ke vstupu do pilotního projektu. R02 sděluje, že již dlouhodobě vedení programu přemýšlelo: *„…jak ten program uživit, a pak jsme narazili na tuhle výzvu.“* Kdežto R01 hovoří o tom, že to byla: „*…možnost rozvoje organizace, o kterým jsme už dlouho přemýšleli.“* R01 přidává, že důležitým kritériem, proč organizace požádala o tento grant byla možnost větší komplexnosti služeb, možnost naučit se pracovat více multidisciplinárně a formou case managementu a propojit adiktologii a psychiatrii. V obou organizacích o zažádání o grant nakonec rozhodlo vedení organizace s řediteli organizací.

Ještě předtím, než pracovníci organizace mohli o grant vůbec zažádat, musely se v obou organizacích udát změny. V rámci velkého multidisciplinárního týmu R02 uvádí, že byla nutnost registrace sociální služby na odborné sociální poradenství a zajištění registrované zdravotní péče. Absentující zdravotní služby organizace vyřešila propojením jejich sociální služby a zdravotní služby z jiné organizace. Velký multidisciplinární tým se tedy skládal ze dvou organizací, přičemž každá poskytovala jinou péči v rámci jednoho týmu. R01 v rámci

malého multidisciplinárního týmu naproti tomu uvádí, že jejich organizace měla registraci sociální i zdravotní služby zajištěnou již z dřívějška. R01 uvádí, že na žádosti o dotaci pracovali pověření pracovníci asi tři týdny a jako nejnáročnější vnímal nutnost předložení seznamu kvalifikovaného personálu včetně přiložených životopisů a kopií vzdělání k této žádosti. Jednalo se pouze o hypotetický výčet zaměstnanců, a poté: *„…začalo takový velký kolečko shánění toho reálnýho personálu, toho, kdo tam bude opravdu pracovat, a to se podařilo.“* Organizace si nakonec zajistila pro provoz pilotního projektu AMT nové prostory. R02 naproti tomu shánění personálu jako problém nevnímal: *„…tím, že jsme propojili ty dvě organizace, lidí bylo dost…“*

Z výpovědí vedoucích pracovníků vyplývá, že podání žádosti o poskytnutí dotace na pilotní provoz AMT doprovázely určité změny v organizacích. V každé organizaci byly ovšem změny různorodé. Pro spuštění malého multidisciplinárního týmu bylo dle R01 nejobtížnější předložení seznamu hypotetického kvalifikovaného personálu dle požadavků pro naplnění podstaty pilotního projektu AMT. V druhé organizaci naproti tomu R02 předložení seznamu personálu jako obtíž nevnímal. V této organizaci byla podstatná změna registrace sociální služby a propojení se s poskytovatelem služby zdravotní.

2. Indikátor: Financování

TYPY
KONTINUÁLNÍ FINANCOVÁNÍ
OBORNÁ EXTERNÍ PODPORA

Respondenti se shodují, že financování na realizační dobu pilotního projektu bylo řádně zajištěno. Problém ovšem nastal po uplynutí těchto 18 měsíců, kdy vedení obou organizací řešilo návazné financování. Obě organizace kontinuálnost financování jejich služeb zajistily.

Velký multidisciplinární tým fungoval fyzicky odděleně ve dvou organizacích. Financování zdravotní části proto dále pokračuje převážně ze zdravotního pojištění. R02 se ovšem vyjadřuje k nastavení úhradových mechanismů zdravotních pojišťoven následovně: *„…kdyby měl bejt adiktolog placenej jen ze zdravotního pojištění, tak je to úplnej nesmysl, na to bylo upozorňováno několikrát a nic se nezměnilo.“* R02 dodává, že adiktologické výkony jsou velmi finančně podhodnocené a neví, jak by se takový adiktolog v organizaci *„uživil“,* proto je důležité shánění i jiných zdrojů financování. Po skončení projektu muselo vedení organizace zajistit financování sociální služby, které má v gesci Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále MPSV) a fyzicky tyto finance rozděluje kraj. Organizace tedy navázala spolupráci s krajem a má přislíbeno financování sociálních služeb, dále se organizaci podařilo sehnat i jiný zdroj financování: *„…tohle financování máme díky tomu pilotu, ale myslím, že ne všem organizacím se to podařilo a byla hrozba, že po pilotu, budou muset propouštět.“* R02 dodává, že tato hrozba existovala i v jejich organizaci, ale naštěstí se tak nestalo. Vedení organizace po skončení pilotního provozu AMT dále rozhodlo, že zajistí i registraci zdravotní služby přímo v organizaci a budou tak poskytovatelem jak sociálních, tak zdravotních služeb. Díky vstupu organizace do reformy péče o duševní zdraví se

pracovníci v systému financování více zorientovali a momentálně mají stabilnější financování, než tomu bylo před vstupem do pilotního projektu AMT.

Malý multidisciplinární tým naproti tomu zajišťoval obě služby v rámci jedné organizace. I v tomto případě R01 uvádí, že pro organizaci museli vedoucí pracovníci zajistit návaznost financování. Finance na služby odborného sociálního poradenství získali ze strany MPSV, neboť se toto ministerstvo zavázalo k podpoře služeb, které jsou součástí reformy péče o duševní zdraví. Díky pilotnímu projektu AMT jsou v organizaci finanční prostředky na služby odborného sociálního poradenství pokryté. R01 ale dodává, že zpočátku shánění finančních prostředků byla budoucnost velmi nejistá a často se obával, zda se program vůbec *„uživí“*. Zdravotní část je poté financována především z finančních prostředků od pojišťoven, se kterými má organizace smlouvy. R01 uvádí, že se sice díky navázání spolupráce s pojišťovnami v rámci reformy péče o duševní zdraví zvýšily počty výkonů, které organizace může vykazovat, a také jejich hodnoty bodu[13], ale i když se platby takto navýšily, navýšilo se také personální obsazení, a tak: *„ …se to všechno rozpustí ve mzdách.“*

Aby organizace po skončení projektu nevracely finanční prostředky získané z evropského grantu, musely splnit určité indikátory, které byly pro naplnění podstaty projektu závazné. R02 uvádí, že naplnění indikátorů bylo velmi snadné a všechny indikátory naplnili na 100 %, ovšem R01 naproti tomu uvádí, že indikátor 60.70.10 naplnili jen z 90 %. Poskytnuté finanční prostředky nemusí vracet však ani jedna organizace. R02 k naplňování indikátorů dodává: *„Kdybychom měli pracovat jen s těma 30 klienty za rok a půl, tak nemáme moc, co dělat (…) nejnáročnější na tom projektu byla ta administrace, ale za to nemůžou lidi na MZ.“*

Komunikaci s MZ pak hodnotí každý z respondentů velmi odlišně. R02 vnímá komunikaci s MZ velmi pozitivně, dle jeho slov byli pracovníci, kteří měli na starost pilotní projekt AMT velmi vstřícní a nápomocní především pak při vyúčtování. Pokud se stala nějaká chyba v počtech, ať už finančních nebo klientských, pracovníci byli dle slov respondenta ochotní pomoci. Odlišně se ke komunikaci s MZ vyjadřuje R01, který má pocit, že je odbor reformy péče o duševní zdraví *„personálně podhodnocený.“* R01 uvádí chaotickou komunikaci a nesrozumitelnost v jednání. Jako konkrétní příklad uvádí, že po uzavření závěrečné zprávy tuto zprávu pracovníci MZ ještě několikrát otevřeli a dožadovali se doložení různých dokladů zpětně. To na pracovníky kladlo nemalou administrativní zátěž: *„ …dokonce tady proběhla kontrola na místě, vše dobře dopadlo.“* Respondent se vyjadřuje k metodické podpoře v rámci pilotního provozu AMT, která v případě potřeby na vyžádání organizace proběhla. Uvítal by ale větší metodickou podporu v oblasti vykazování zdravotních výkonů.

V obou organizacích je financování služeb rozdílné, nicméně oba respondenti se shodují, že díky pilotnímu projektu AMT mají momentálně stabilnější financování sociálních služeb, které poskytují. Respondenti se také shodují v tom, že návaznost poskytování služeb nebyla po skončení pilotního projektu AMT jistá, a tak vedoucí pracovníci museli shánět i další zdroje financování, což se nakonec v obou organizacích

[13] Udávající cenu zdravotního výkonu.

podařilo. Co se týká komunikace s Ministerstvem zdravotnictví, tady se respondenti ve svých výpovědích naprosto rozcházejí. V jedné organizaci komunikace probíhala bez komplikací a pracovníci z MZ jsou vnímáni jako velice nápomocní a ochotní. V druhé organizaci naproti tomu, byla mnohdy komunikace s MZ náročná a chaotická.

3. Indikátor: Spolupráce

TYP

FUNGOVÁNÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Velký multidisciplinární tým fungoval fyzicky odděleně. R02 však uvádí, že klienty dle potřeby distribuovali k příslušnému pracovníkovi v rámci obou organizací. Zapojit lékaře do práce s klienty v přirozeném prostředí se bohužel nepodařilo. Respondent dále dodává, že fyzické oddělení jednoho týmu nebylo naprosto ideální a v několika případech se spolupráce úplně nepodařila: *„To nás taky motivovalo k tomu, abychom si založili i tu zdravotní část.“* Při sdílení různých případů se často totiž nezapojily všechny odbornosti a v případě, že by tým sdílel společné prostory, mezioborová spolupráce by byla dle respondenta mnohem intenzivnější a efektivnější. Porady probíhaly pro celý multidisciplinární tým společně, supervize probíhaly odděleně.

R01 hovoří o jednotném multidisciplinárním týmu, který sdílel společné prostory a klienty, nicméně spolupráce nebyla ani v tomto týmu vždy naprosto ideální. Pár měsíců po spuštění pilotního projektu AMT se organizace potýkala s odchodem lékaře, jehož *„…přístup léčení nebyl multidisciplinární.“* Došlo také k výměně personálu na pozici psychiatrické sestry. Počáteční fázi formování multidisciplinárního týmu označuje R01 jako *„bouřlivou“,* což znamenalo, že si tým nastavoval své hodnoty, pravidla a způsob fungování. Momentálně respondent hodnotí tým jako *„…stabilní kvalifikovaný tým lidí, kteří pracujou multidisciplinárně.“* Multidisciplinární tým se navíc díky pilotnímu projektu AMT může opírat o metodické postupy a normy k vykazování. Konečnou fázi pilotního provozu AMT v rámci fungování multidisciplinárního týmu označuje jako *„fázi normování“*. V multidisciplinárním týmu se dle respondenta snažili zapojovat všichni jeho pracovníci, i když často bylo právě na vedoucím pracovníkovi rozdělení kompetencí a sjednocení spolupráce. Postupem času se to dle respondenta ovšem podařilo.

Fungování multidisciplinárního týmu probíhalo v každé organizaci naprosto odlišně, a to především tím, že jeden multidisciplinární tým byl fyzicky rozdělen na dvě části, kdežto ten druhý sdílel společné prostory. Sdílení klientů probíhalo v obou organizacích, nicméně ve velkém multidisciplinárním týmu se pracovníci, a také klienti potýkali s komplikací právě fyzického oddělení zainteresovaných odborností a do spolupráce se proto ne vždy zapojily všechny odbornosti. Naproti tomu malý multidisciplinární tým fungoval „pod jednou střechou“ a vedoucí pracovník často koordinoval mezioborovou spolupráci, vyjasnění kompetencí a sjednocení spolupráce.

4. Indikátor: Změny

TYPY
ZMĚNA V PŘÍSTUPU
ZMĚNA V SYSTÉMU
ZJIŠŤOVÁNÍ ZMĚN

R02 u pracovníků ve své organizaci výrazné změny v přístupu pracovníků ke klientům nezaznamenal. Dle jeho slov pracovníci využívali metodu case managementu již před spuštěním pilotního projektu AMT: *„Spíš nám to umožnilo více vidět do té zdravotní části a více porozumět poskytování zdravotních služeb a jejich propojení se službami sociálními.“* V rámci organizace navíc zaměstnanci pracovali s klienty s duální diagnózou již před spuštěním pilotního provozu AMT, což bylo rozdílné oproti druhé organizaci. R01 uvádí, že se díky pilotnímu provozu AMT pracovníci učí pracovat s lidmi s duální diagnózou. Práce s těmito klienty je specifická a je třeba pracovat multidisciplinárně a mít lékařskou podporu. Další změnu vnímá v navazování vztahu mezi klienty a pracovníky. Časté setkávání s klienty mělo za následek navázání intenzivnějšího vztahu. Pracovníci dle respondenta navíc začali být během realizace projektu při své práci s klienty více aktivní: *„ …dokonce za nima (klienty) chodili do nemocnice a ten vztah byl ještě hlubší.“*

Hlavní změnu v systému poskytování adiktologické péče v rámci organizace během realizace pilotního provozu AMT je dle R01 dostupnost psychiatrické péče: *„ …klienti, co si dřív volali sanitku a skončili v psychiatrický nemocnici, maj teď krizový plány a nejsou hospitalizovaní.“* Toto předcházení hospitalizace pak přímo spojuje s ušetřením finančních prostředků za hospitalizace. Dále hovoří o změně cílové skupiny, neboť před spuštěním pilotního projektu AMT se organizace zaměřovala převážně na nealkoholové závislosti. Po spuštění pilotního projektu se jejich klienty stali i osoby trpící alkoholovou závislostí. R02 také vnímá změnu v systému adiktologické péče poskytované klientům v propojení sociální a zdravotní péče: „*Je fajn, že se ty dvě části propojily a nad adiktologickými klienty se začalo přemýšlet v podobném konceptu jako u psychiatrických klientů.“* Dle R02 nelze u klientů striktně oddělit adiktologickou a psychiatrickou poruchu. Dále hovoří o metodě case managementu, která se momentálně díky různým pilotním provozům v různých organizacích začíná více využívat. Tuto skutečnost vnímá jako velký benefit pro klienty, kteří kvůli svým specifickým obtížím mnohdy propadávali sítem adiktologických služeb.

Dle doporučení pilotního projektu AMT měly být monitorovány změny v životě klientů, kteří byli zainteresování do tohoto pilotního projektu skrze evaluační nástroje.

Konkrétně se jednalo o nástroj EuropASI[14], GAF[15] a zkrácenou verzi dotazníku TOP[16]. V rámci velkého multidisciplinárního týmu pracovníci sociální části tyto nástroje při práci s klienty neužívali. V rámci malého multidisciplinárního týmu zaměstnanci pracovali pouze se škálou GAF. Dle R01 je administrace EuropASI náročná jak pro pracovníky, tak pro klienty samotné: *„…i když jsme v projektu měli administrativního pracovníka, je nereálný, aby administroval takto specifickej nástroj, kterýmu rozumí možná tak adiktolog.“* Respondent dodává, že momentálně už po pracovnících organizace není žádná evaluace vyžadována, a tak již nepracují ani se škálou GAF.

Rozdíly ve změně přístupu pracovníků ke klientům vycházejí dle respondentů převážně ze zkušeností, které pracovníci získávali ještě před spuštěním pilotního provozu AMT. Jednalo se především o práci s lidmi trpící duální diagnózou. V organizaci, kde předchozí zkušenosti s touto cílovou skupinou pracovníci neměli, se stále učí novému způsobu práce s takto specifickou cílovou skupinou. Podstatnou změnou v systému služeb je dle respondentů propojení sociálních a zdravotních služeb. Respondenti se shodují, že toto propojení přináší benefity pro klienty. Toto tvrzení však nemohou podložit evaluačními nástroji, které bylo doporučeno s klienty vyplňovat a skrze ně monitorovat určité oblasti ze života klientů. Pracovníci z jedné organizace využívali pouze evaluační nástroj GAF, který sloužil pouze pro potřeby monitoringu Ministerstva zdravotnictví a dále s ním již při práci s klienty nepracují.

9.3 Data získaná z dokumentů

Z koncepčních materiálů vztahující se k pilotnímu provozu AMT vycházely požadavky standardu na realizátora projektu (více na www.mzcr.cz).

Služba musela být registrována jako sociální i zdravotní. Pro vstup do pilotního provozu AMT bylo dále nutné, aby měl vědoucí pracovník alespoň čtyřletou zkušenost v adiktologických službách a jeho vysokoškolské vzdělání bylo ve zdravotnickém, psychologickém, sociálním či pedagogickém směru. Služba si musela v rámci AMT stanovit vnitřní pravidla (například dodatkem k operačnímu manuálu).

[14] European Addiction Severity Index je objektivní strukturované interview prováděné mezi tazatelem a klientem. Toto interview obsahuje 200 položek na 6 subškálách. Skrze tento nástroj se hodnotí míra problémů klienta na desetibodové škále. Hodnocenými oblastmi jsou zdravotní stav, užívání návykových látek, zaměstnání, rodina a sociální vztahy, právní anamnéza a psychologická anamnéza. Nástroj byl vytvořen za účelem objasnění sedmi oblastí u uživatelů návykových látek. Každá z těchto dimenzí zahrnuje celoživotní ukazatele, které mohou sloužit jako proměnné a ukazatele za posledních 30 dní, který slouží k porovnání výchozího stavu a výsledku (Kubička, L. & Csémy, L., nedatováno).

[15] Global Assessment of Functioning Scale je nástrojem používaným k měření celkového aktuálního fungování klientů. Mezi sledované oblasti patří závažnost symptomů, pozorovatelné chování, obtíže při vykonávání sociálních rolí či provádění každodenních činností. Na tyto indikátory se nahlíží souhrnně a zanášejí se na stobodovou škálu, přičemž platí, že čím lepší celkové fungování, tím vyšší skóre na škále GAF.

[16] Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku TOP (Treatment Outcome Profile), který je užíván jako jednotný nástroj pro monitorování průběhu a výsledků léčby a jiných intervencí u uživatelů návykových látek. Jedná se o posouzení situace klienta v oblastech psychického zdraví, fyzického zdraví, sociálního fungování, vztahy s blízkými, právního postavení a celkové kvality života. Každou ze zkoumaných oblastí hodnotí pracovník společně s klientem na pětibodové škále, přičemž 1 znamená velmi dobře a 5 velmi špatně.

Jednalo se o tato vnitřní pravidla:

- organizační řád;
- definice cílové skupiny;
- spádové území AMT;
- způsob přijímaná klientů do péče a propuštění z ní;
- způsob sdílení a předávání informací v rámci AMT;
- kompetence a odpovědnosti jednotlivých pracovníků AMT;
- způsob spolupráce se všemi relevantními subjekty ve spádovém regionu AMT;
- AMT měla být účetně samostatným střediskem.

Požadavky na realizátora projektu se týkaly i prostředí služby. AMT mělo být umístěno nejlépe v běžné občanské zástavbě a v mimo nemocničním prostředí. Případně mohlo být při zdravotnickém zařízení, v částečně samostatném objektu. Prostředí, materiálně technické zázemí a zařízení služby mělo odpovídat kapacitě, charakteru a potřebám pacientů/klientů se zohledněním potřeb rodin či osob blízkých pacientů/klientů.

V koncepčních materiálech se dále píše o účinné spolupráce v průběhu pilotního projektu AMT. Pracovníci AMT měli účinně spolupracovat s pracovníky projektu v rámci organizačního vedení, ekonomického vedení, metodického vedení a evaluační činnosti projektu.

Design projektu není v rozporu se Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí, navíc však počítal s využitím terénní sociální práce a case management a akcentoval na týmové pojetí práce.

Jak je psáno výše (viz odstavec 4.6) v rámci AMT se využívá case managementu. Jeho podoba a možnosti včlenění do profilu služeb ambulance byla klíčovou položkou, kterou pilotní projekt testoval. Bylo navrhnuto využití odpovídajícího modelu FACT (5.3.5). Case management nebyl postupem první volby, ale postupem práce vhodným pro klienty, kteří z různých důvodů nemohou využívat běžnou formu péče. V case managementu je klíčová orientace na propojení klientů s přirozenými zdroji podpory v komunitě. Zpravidla je kombinován s využitím dalších postupů poskytovaných samotnou službou (farmakoterapie, psychoterapie, poradenství). Na model závislosti se pohlíží v rámci konceptu recovery přístupu (bio-psycho-sociálně-spirituální přístup).

V rámci čerpání dotace musel realizátor projektu vést průkaznou evidenci pacientů/klientů své činnosti v rámci AMT, v tomto ohledu byl zavázán k zajištění zpracování osobních údajů pacientů/klientů AMT v souladu s platnými právními předpisy ČR a Evropské Unie. Dále byl zavázán předávat data a vykazovat údaje o činnosti a poskytnutých zdravotních a sociálních službách v rámci AMT, a poskytovat součinnost v rámci interní a externí evaluaci projektu. Pro poskytování zdravotních služeb byl realizátor zavázán k uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou po celou dobu realizace AMT a pojišťovnám pak po dobu 18 měsíců od zahájení poskytování zdravotních služeb v rámci AMT vykazovat všechny poskytnuté zdravotní služby pod dohodnutými kódy zdravotních výkonů (MZ ČR, 2020).

Během realizace pilotního provozu se realizátor také zavázal informovat veřejnost o podpoře z EU fondů tím, že zveřejní na své internetové stránce stručný popis projektu včetně jeho cílů a výsledků s důrazem na poskytnutou finanční podporu z EU a ze státního rozpočtu. Dále pak povinen umístit alespoň 1 plakát s informacemi o projektu a jeho financování z prostředků EU (MZ ČR, 2020).

Povinnou aktivitou pro realizátora pilotního projektu AMT je také supervize v četnosti minimálně jednou za osm týdnů. Další povinnosti týkající se finančních prostředků v rámci pilotního projektu blíže v odstavci 4.7 (MZ ČR, 2020).

10 Diskuze výsledků

Tato kapitola je věnována diskuzi výsledků získaných od respondentů prostřednictvím výzkumného šetření spolu s odbornou literaturou a daty získaných z dokumentů. Následující diskuze se vztahuje směrem k cílům této studie. Záměrem této kapitoly je identifikace problematických oblastí a navržení případných doporučení pro praxi.

Přímá práce s klienty

Ze sekundární analýzy dat vyplývá, že v rámci pilotního projektu AMT měli pracovníci s klienty pracovat formou case managementu. Klíčovou položkou, kterou pilotní provoz testoval, byla podoba a možnosti včlenění case managementu do profilu služeb ambulance. Dle Metodiky AMT (MZ ČR, 2020) měl být při práci s klienty využíván především model tzv. asertivní komunitní léčby využívající case management a sdílení klienta multidisciplinárním týmem. Case management byl dle koncepčních materiálů v rámci tohoto pilotního projektu chápan jako multidisciplinární koordinovaný systém péče, užívaný u klientů s vícečetnými problémy v určitém období jejich života, případně u náročných klientů, kteří potřebují dlouhodobě péči více služeb najednou (MZ ČR, 2022).

V rámci popisování přímé práce s klienty, respondenti velmi obsáhle definovali pojem case management. Dle výpovědí respondentů se jedná o proaktivní a intenzivní vztah klíčového pracovníka s klientem. Dle výpovědí respondenti vnímají case management jako případové vedení, kde jeden případ sdílí pracovník s celým multidisciplinárním týmem. Toto pojetí koreluje s pojetím case managementu ze strany samotných autorů Strategie reformy péče o duševní zdraví (MZ ČR, 2013), ale také dalšími autory jako například Libra (in MZ ČR, 2020), Šťastná (2010), Stuchlík (2002) nebo Szotáková (in Nepustil, 2013). Respondenti ale popisují také slabinu case managementu, a to především administrativní zátěž.

Jako zajímavé se jeví, že zaměstnanci multidisciplinárního týmu v zainteresované organizaci popisují case management jakožto novou metodu při práci s klienty. Naproti tomu se oba vedoucí pracovníci těchto multidisciplinárních týmů shodují, že při práci s klienty využívali zaměstnanci organizace case management již v minulosti. Jako vysvětlení může sloužit fakt, že se v rámci pilotního projektu AMT využíval model tzv. asertivní komunitní léčby a tento mohl být pro zaměstnance opravdu nový, neboť se v minulosti mohli setkat s jinými modely case managementu.

Cílovou skupinou pilotního projektu AMT byly kromě osob s adiktologickou poruchou a osob s duální diagnózou i například klienti, jejichž sociální a zdravotní situace nemá příznivý vývoj. Respondenti se ale ve svých výrocích zabývají výhradně klienty s duální diagnózou. Rozdíly byly evidentní v předchozích zkušenostech s prací s těmito klienty. Respondenti z obou organizací se shodují, že pozitivním přínosem pilotního provozu AMT bylo právě nepropadávání sítem těchto klientů ze systému adiktologickcých služeb, jak uvádí například Yates & Wilson (2001), podle nichž byli v minulosti tito klienti předem odfiltrováni (nebyli například přijati do terapeutické komunity pro psychiatrickou anamnézu) a unikali pozornosti, neboť vykazovali komplikovaný průběh léčby a z léčby předčasně vypadávali.

Respondenti z malého multidisciplinárního týmu v kontextu přímé práce s klienty hovoří také o rozšíření spektra služeb pro klienty. Jako příklad uvádějí motivační skupinu pro klienty nebo skupinu zaměřenou na cvičení jógy. Tuto skupinu již v organizaci nenabízejí, neboť o ni nebyl ze strany klientů signifikantní zájem. Ze Standardů pilotního projektu AMT (MZ ČR, 2022) vyplývá, že k zajištění hlavního cíle projektu, tedy maximální společenské integraci a klinického i sociálního zotavení klientů je důležité i zaměření se na volný čas klientů a neformální práci s nimi. V České republice obecně není zvykem se zaměřovat i na vyplnění volného času při práci s uživateli návykových látek. Z tohoto výzkumu navíc opravdu vyplynulo, že se ani v jedné organizaci nepodařilo spolupracovat s klienty v rámci jejich volného času.

Co se týká ukazatelů pro naplnění pilotního projektu AMT, které byly stanoveny v Metodice (MZ ČR, 2020), tak v obou organizacích opravdu došlo ke snížení čekací doby, především pak na psychiatrické vyšetření. Dle Metodiky by dále nemělo klesnout setkávání se klíčového pracovníka a klienta pod 6 setkání za měsíc a alespoň z 50 % měla tato setkávání probíhat v přirozeném prostředí klientů. Dle výpovědí respondentů se snažili pracovníci setkávat se svými klienty každý týden, bohužel se tomu nedařilo ve všech případech a psychiatrická sestra uvedla četnost setkávání se svými klienty 1 x za 14 dní. I tak se ale jedná o zvýšení frekvence setkávání se s klienty v obou organizacích. Dle respondentů se se svými klienty pracovníci setkávali nejčastěji v prostorách organizací, nicméně v několika případech vyjížděli pracovníci za klienty do terénu. Respondenti vnímají jako velký úspěch zapojení psychiatričky a psychiatrické sestry do práce v přirozeném prostředí klientů, což bylo stěžejním tématem před spuštěním samotného pilotního provozu AMT.

Z rozhovorů dále vyplývá, že by zaměstnanci v rámci AMT uvítali více času na přímou práci s klienty. Především při spuštění projektu AMT cítili silný tlak a zahlcení administrativní částí programu, zejména s vykazovací činností.

Léčebné kontinuum

Dle SAMSHA (2012) již od prvního kontaktu s klientem probíhá mapování důležitých oblastí klientova života a jeho fungování. Na klientovy potřeby je důležité nahlížet z bio-psycho-sociálního pojetí a v tomto pojetí také klienta provázet léčebným kontinuem, které zahrnuje práci se zdroji klienta. Jinými slovy je důležité klienta nevytrhnout z jeho prostředí, rodiny, práce, bydlení a zohledňovat klientův postoj k životu, jeho cíle, zájmy, dovednosti, možnosti a překážky. Pro case management je dále typické, že klient nevypadává z léčby ani v případě hospitalizace (Libra in MZ ČR, 2020).

Vstup klientů do služby se během realizace pilotního projektu AMT v malém multidisciplinárním týmu opravdu změnil. Klienti procházeli tzv. diagnostickým filtrem a jejich zdravotní stav byl posouzen ze strany adiktologa, sociálního pracovníka a psychiatra. V rámci porady se poté nastavoval léčebný plán každého jednotlivého případu se zohledněním na klientovy potřeby a požadavky. Léčebný plán pracovníci nepřerušovali v některých případech ani v případě hospitalizace a za svými klienty dojížděli i do nemocnice. Toto nastavení koreluje s principy AMT (viz Libra in MZ ČR, 2020).

Stěžejním tématem pilotního projektu AMT bylo také zapojení rodinných příslušníků do spolupráce s klientem, což opět vychází z pojetí case managementu v odborné literatuře, například Libra (in MZ ČR, 2020). Rodinné příslušníky se v obou organizacích podařilo v několika případech zapojit, nicméně se jednalo spíše o krátké telefonické konzultace. Respondenti z obou organizací nicméně považují spolupráci s okolím klienta za velmi podstatné.

Léčebné kontinuum zajišťovaly již zmíněné multidisciplinární týmy, které v obou organizacích vznikly v takovéto podobě nově. Novými pozicemi v těchto týmech byly pozice psychiatra, klinického psychologa a psychiatrické sestry (MZ ČR, 2020). Jak uvádí Libra (in MZ ČR, 2020) pro komplexní funkční tým bylo nezbytné, aby psychiatr byl jeho integrální součástí. Psychiatr měl fungovat jako odborný garant zdravotní péče v AMT, ale zároveň měl konzultovat a vést potřebné intervence v rámci celého týmu.

Jak vyplynulo z rozhovorů, zejména pro malý multidisciplinární tým bylo toto vtáhnutí psychiatra do mezioborové spolupráce zpočátku velkou komplikací. Pracovní poměr s prvním doktorem byl rozvázán v průběhu realizace AMT, a to především kvůli nespolupráci. Pan doktor se dle respondentů řídil zajetými přístupy v práci s pacienty. Toto jednání nazvali jako „sólo akce“ nebo „institucionální přístup“. Po rozvázání spolupráce se členům malého multidisciplinárního týmu nakonec podařilo navázat spolupráci s doktorkami, které se do fungování multidisciplinárního týmu zapojily. Důvodem zřejmě bylo dobré kontraktování již na začátku spolupráce, kdy byly obě paní doktorky upozorněny na fungování týmu, na (ne) hierarchii a na podstatu fungování AMT. To se v předchozím případě nestalo. V druhém multidisciplinárním týmu se toto zapojení bohužel nepodařilo, a to nejspíše z důvodu fyzického rozdělení jednoho týmu do dvou organizací.

V obou organizacích nedošlo ani k zapojení klinických psychologů do multidisciplinárního týmu. Libra (in MZ ČR, 2020) uvádí, že se psychologové měli podílet na prevenci, diagnostice, psychoterapii, edukaci, intervizi a supervizi, a také se měli spolupodílet na individuálních plánů péče. K této intenzivní spolupráci nedošlo a kliničtí psychologové zůstali externími odborníky, kteří poskytovali diagnostické posouzení klientů. Pracovníci multidisciplinárního týmu by však intenzivnější zapojení odbornosti klinického psychologa uvítali. Zůstává tedy otázkou, z jakého důvodu se ani v jednom případě nepodařila intenzivní mezioborová spolupráce s odborností klinického psychologa? Není snad práce v týmu pro klinického psychologa atraktivní? Nebo je to způsobeno nedostatečným finančním ohodnocením? Napadá mě také, že důvodem může být i odlišná řeč klinických psychologů a jiných odborností a zároveň nedostatečná motivace z obou stran na nalezení společné řeči. Ostatně obtížné vyjasňování kompetencí, hledání společné řeči a zvykání si na rozpouštění hierarchie v rámci týmu, zmiňovali i samotní respondenti.

Na druhé straně se ale podařilo zapojit odbornost psychiatrické sestry. Tato studie se ovšem na odbornost a zapojení psychiatrických sester patřičně nezaměřuje, což vnímám jako nedostatek této studie.

Dalším přínosem pro klienty v rámci léčebného kontinua bylo rozhodně navázání spolupráce pracovníků multidisciplinárního týmu s ostatními organizacemi v regionu. Tato spolupráce zajistila klientům kontinuálnost jejich péče, a především neoddělování problémů

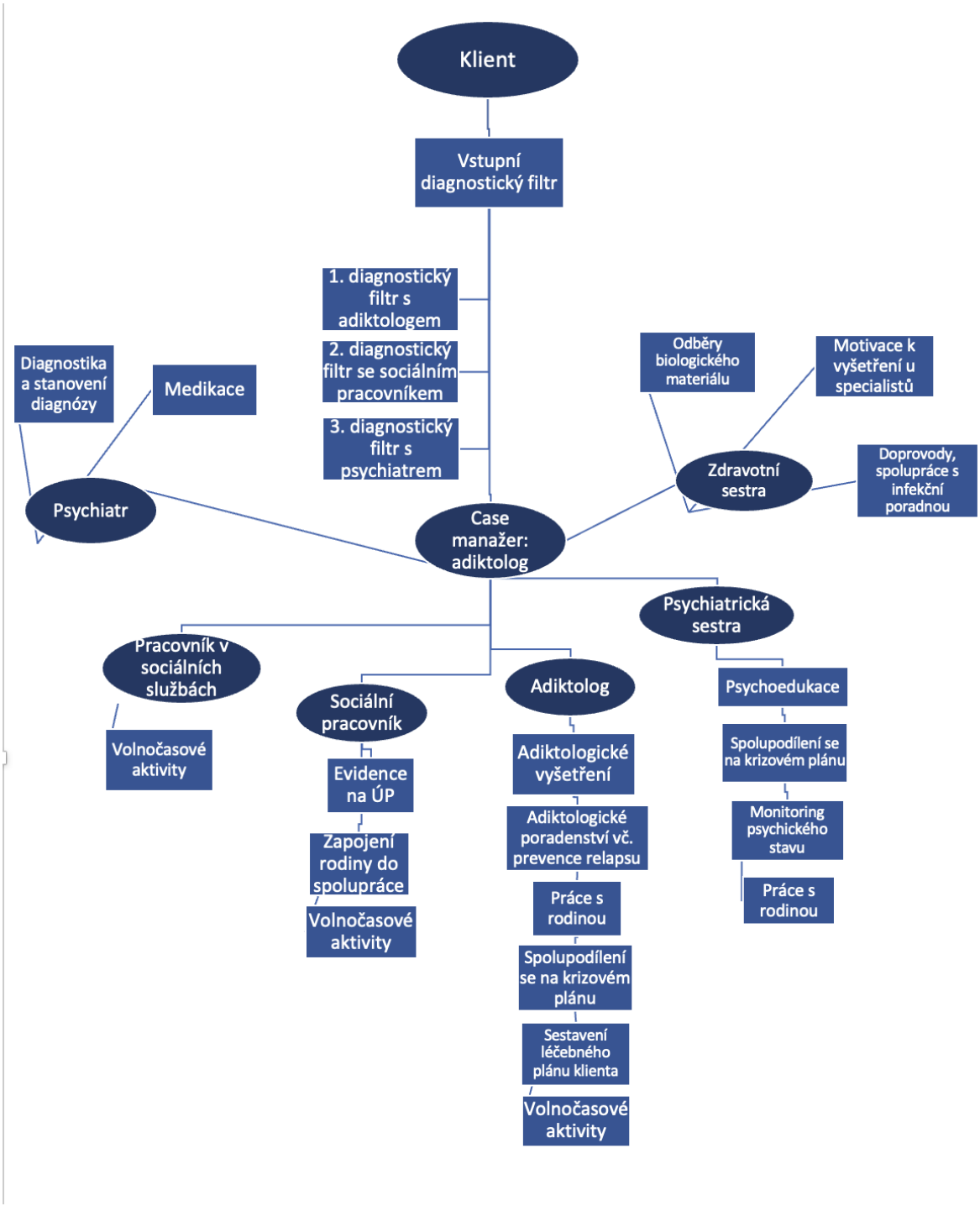
klienta. Na nevhodnost takového oddělování upozorňuje například Kalina (2015). Z rozhovorů s respondenty malého multidisciplinárního týmu vyplývá, že se podařila dobrá spolupráce především s Probační a mediační službou, s místní nemocnicí (především detoxifikační jednotkou), s místním CDZ a OSPOD. Respondenti popisují zájem ostatních organizací o služby AMT. V několika případech dokonce pracovníci různých organizací sdíleli jednoho klienta. Dle respondentů bylo toto meziorganizační vedení případu velmi efektivní.

Jedním z ukazatelů pilotního projektu AMT dle Metodiky (MZ ČR, 2020) bylo také zlepšování stavu klientů, což je především i hlavním cílem celé Reformy péče o duševní zdraví (MZ ČR, 2013). Jak píše Libra (in Kalina, 2015) zlepšování situace v různých oblastech klientova života se projevuje až po 1,5 – 2 letech spolupráce, a proto tento ukazatel v rámci této studie nelze zhodnotit.

Příklad léčebného kontinua při užívání case managementu s uživateli návykových látek

Tento model vychází z odborné literatury a informací získaných prostřednictvím výzkumného šetření. Jedná se ovšem o hypotetické schéma mezioborové spolupráce.

Obrázek 10.1 Léčebné kontinuum klientů



Zdroj: vlastní zpracování

Požadavky pilotního projektu AMT

Jak bylo v práci již zmíněno, pilotní provoz AMT sloužil ke zmapování činnosti a finanční náročnosti AMT prostřednictvím informací o zdravotních výkonech a informací o poskytnutých sociálních službách, k nastavení úhradových mechanismů a k jejich prověření v praxi. Výstupem ověření výkonů použitých v pilotním projektu měl sloužit pro nastavení finálního souboru výkonů k vykazování zdravotních služeb (MZ ČR, 2020). Pilotní provoz AMT mohl být realizován pouze v organizacích, které jsou poskytovatelem jak sociálních, tak zdravotních služeb.

Pilotní provoz AMT nebyl jediným pilotním projektem, který sloužil k testování úhradových mechanismů. Po skončení těchto pilotních projektů nicméně opravdu došlo k vytvoření zdravotních výkonů pro odbornost adiktologa, které jsou zařazeny v seznamu zdravotních výkonů. Adiktologických výkonů (odbornost: 919) je celkem 6 a jsou vázány na ambulantní program, adiktologické vzdělání, a zároveň diagnózy F10-F19. Tyto kódy momentálně proplácí zdravotní pojišťovny (ÚZIS, 2016).

Respondenti se v ohledu zdravotních výkonů shodují, že jsou adiktologické výkony dle jejich pohledu podhodnocené. Dle výpovědí vyplývá, že se samotní adiktologové obávají, zda výše úhrad ze strany zdravotních pojišťoven pokryje skutečné náklady na mzdu adiktologa. Respondenti také uvádí, že na nízké hodnoty bodu během realizace několikrát upozornili samotné Ministerstvo zdravotnictví ČR, nicméně se dle jejich názoru na cenách výkonů nic nezměnilo. Skoro všechny adiktologické výkony (kromě výkonu Minimální kontakt adiktologa s pacientem: kód 38023) jsou navíc vázány na ambulantní prostory. Tyto výkony tedy nelze vykazovat při práci v přirozeném prostředí klientů, což se ale rozporuje s pojetím case managementu a nastavením AMT. V tomto ohledu vyvstává otázka, jakým způsobem financovat takovéto specifické výkony a jakým způsobem vůbec najít povahu těchto výkonů?

Samotné financování pilotního provozu bylo během realizace pilotního projektu AMT zajištěno formou účelové dotace. Problém nastal v otázce navazujícího financování po skončení pilotního provozu. Obě organizace se s tímto problémem vyrovnaly, i když to byl dle respondentů opravdový stres a obava o zajištění kontinuálnosti služby. Skutečnost, že organizace byly součástí pilotního projektu vycházející z reformy péče o duševní zdraví, organizacím nakonec zajistila stabilnější financování jejich sociálních služeb, konkrétně služeb odborného sociálního poradenství ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí, které se zavázalo, že finančně podpoří organizace, které jsou součástí reformy.

Stěžejním tématem obou organizací bylo samotné vykazování zdravotních výkonů během realizace pilotního projektu AMT. Respondenti se shodují, že ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR často přicházely chaotické informace o možnostech vykazování. Pracovníkům také scházela metodická podpora v rámci vykazování zdravotních výkonů a zároveň cítili tlak i od ostatních poskytovatelů adiktologických služeb, a také České asociace adiktologů na to, aby došlo k proplácení co největšího počtu adiktologických zdravotních výkonů.

Zhodnocení pilotního projektu AMT z pohledu zainteresovaných pracovníků

Respondenti se shodují, že pilotní projekt AMT trval velmi krátký čas vzhledem k požadavkům, které byly závazné pro naplnění podstaty pilotního projektu AMT. Realizační období trvalo 18 měsíců. Vedoucí pracovník malého multidisciplinárního týmu ve své výpovědi zmiňuje, že za takto krátké období se teprve začal formovat tým. Ostatní respondenti toto tvrzení podporují ve svých výrocích, ze kterých vyplývá, že než se zorientovali ve změnách ve vykazování, v uspořádání (ne)hierarchie týmu, v užívání asertivní komunitní léčby při práci s klienty a v celkovém fungování pilotního projektu AMT, projekt byl téměř u konce. Respondenti by tedy ocenili delší realizační období včetně intenzivnější podpory především pak v oblasti vykazování nových zdravotních výkonů. Respondenti z malého multidisciplinárního týmu by také uvítali přehlednější komunikaci s Ministerstvem zdravotnictví ČR. Informace, které ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR do organizace přicházely, byly dle respondentů velmi chaotické.

Respondenti dále negativně hodnotí administrativní zátěž, kterou pilotní projekt AMT na poskytovatele služeb kladl. Administrativní požadavky určuje ve zdravotních službách především vyhláška č. 98/2012 Sb., v sociálních službách se zase jedná o přílohu č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Nad rámec těchto zákonných povinností musí realizátoři vyhovět i požadavkům donátorů.

V rámci pilotního projektu AMT se realizátoři projektu zavázali informovat Ministerstvo zdravotnictví ČR o postupu v rámci provozu AMT prostřednictvím Zpráv o zahájení pilotního projektu AMT/realizaci pilotního projektu AMT (dále Zprávy). Zprávy musely být podány ve stanoveném formuláři a obsahovat všechny předepsané údaje. Vzhledem k tomu, že problematika veřejné podpory byla řešena procesně odlišně pro sociální a zdravotní služby v rámci AMT, musely být tyto Zprávy podány odděleně pro poskytování sociální a zdravotní služby (MZ ČR, 2020).

Naopak velmi kladně se respondenti z malého multidisciplinárního týmu vyjadřují k mezioborové spolupráci. Složení multidisciplinárního týmu vychází již ze samotné Strategie (MZ ČR, 2013) a pro pilotní projekt AMT bylo dáno Metodikou (MZ ČR, 2020). Jako velice přínosné vnímají zapojení lékařek do spolupráce v rámci týmu, ať už jejich přímou účastí na poradách nebo zapojením se do přímé práce s klienty. Ve velkém multidisciplinárním týmu k intenzivní mezioborové spolupráci nedošlo především kvůli fyzickému rozdělení jednoho týmu.

V souvislosti s multidisciplinárním týmem respondenti hovoří o komplexnosti služeb, které byly v rámci pilotního projektu AMT klientům poskytovány skrze úzce spolupracující odbornosti. Tuto spolupráci ocenili především respondenti z malého multidisciplinárního týmu. Velkému týmu mohlo spolupráci znemožňovat fyzické rozdělení jednoho týmu.

Respondenti dále kladně hodnotí vznik mobilních týmů, které za klienty v indikovaných případech dojížděly. Do jednoho z těchto týmů se podařilo zapojit i lékařku a psychiatrickou sestru. Práce v přirozeném prostředí se ale nepodařila ani jednomu týmu realizovat z 50 % všech setkání.

Respondenti také pozitivně nahlíží na rozšíření spektra adiktologických služeb. Nerovnoměrné rozložení adiktologických služeb zmiňuje odborná literatura již dlouhodobě, například Raboch et al. (2012), Winkler (2013), Strategie (MZ ČR, 2013), ale také Metodika (MZ ČR, 2020). Pilotní projekt AMT dle respondentů rozšířil toto spektrum služeb, především zaměřením se na cílovou skupinu, která často propadávala sítem adiktologických služeb.

Respondenti na projektu velice kladně hodnotí propojení zdravotních a sociálních služeb při práci s adiktologickými klienty. Konkrétně vyzdvihují dostupnost psychiatrické péče právě pro tyto klienty, u nichž je dle respondentů nesmyslné rozdělovat jejich závislost a případnou psychiatrickou komorbiditu. Toto tvrzení podporuje také odborná literatura, například NIDA (2010) udává, že až 50 % adiktologických pacientů trpí další psychiatrickou komorbiditou a Jeřábek (2008) uvádí, že by klienta, který je závislý na návykových látkách, ale jinak je plně duševně zdráv, pokládal za klinickou raritu. Propojení zdravotních a sociálních služeb a dostupnost psychiatrické péče pro duševně nemocné pacienty je také jedním z cílů samotné Strategie (MZ ČR, 2013). Respondenti toto propojení dále spojují se snížením hospitalizací, které jeden z respondentů spojil s léčebným plánem „šitým na míru klienta“. V rámci výzkumného šetření ale nedošlo k doplňujícím otázkám ohledně tohoto tvrzení, a proto není jisté, zda byl tento výrok nějakým způsobem ověřen.

11 Doporučení pro praxi

Vzhledem k tomu, že během analytické fáze, interpretace dat a následné diskuze vyvstala problematická témata, bude tento odstavec zaměřen na doporučení pro praxi. Následující opatření již nemohou být aplikována pro realizaci pilotního projektu AMT, nýbrž ve všech organizacích již fyzicky skončil. Dle dostupných informací na webových stránkách všech zainteresovaných organizacích ale spolupráce s klienty stále probíhá formou case managementu, a navíc mohou v budoucnu dále vznikat pilotní projekty zaměřené na práci s adiktologickými klienty.

Vzhledem k malému počtu respondentů ovšem nemůže být tato studie považována za zobecnitelnou, a proto doporučení pro praxi slouží především k zamyšlení čtenáře a k ilustraci současného stavu péče o duševní zdraví.

Momentálně se nacházíme na konci 2. fáze reformy péče o duševní zdraví, která zahrnuje realizaci a provoz několika realizačních projektů a končí 31.12.2023. Posléze bude probíhat fáze vyhodnocení těchto projektů. Předpokládám tedy nárůst odborných výstupů o průběhu pilotních provozů, včetně pilotního projektu AMT. V tomto ohledu doporučuji důkladnější analýzu průběhu pilotního projektu AMT ve všech zainteresovaných organizací pro získání reprezentativních výsledků.

Posílení managementu

V rozhovorech se často opakovalo téma administrativní zátěže, která byla pro klinické pracovníky v rámci AMT velmi zahlcující. Z tohoto důvodu často docházelo i ke krácení času vyhrazeného na přímou práci s klienty.

Administrativní zátěž ale nelze smrštit. Pro účely každého donátora je poskytovatel služeb povinen vykazovat svou činnost. Administrativním záležitostem by se ale měl věnovat příslušný zaměstnanec (například administrativní pracovník nebo personální manager). I přestože Libra (in MZ ČR, 2020) upozorňoval na to, že je nezbytné, aby na vedoucího AMT nepadal náklad administrativních povinností a měl volné ruce na realizaci primárního cíle AMT, realita byla jiná. V rámci AMT administrativní zátěž padala na klinické pracovníky včetně jejich vedoucích, a tím pádem nedocházelo k faktickému zaplacení důležité klinické práce. V pilotním projektu AMT totiž nebyly vyhrazeny žádné finance na administrativního pracovníka na plný úvazek, který byl pro realizaci projektu potřebný.

Jako vhodné řešení by mohla být přechodná alokace finančních prostředků do administrativních pracovníků a posílení managementu, a tím pádem i celého týmu, který by se mohl věnovat klinické práci a vymýšlení nových způsobů práce s klienty.

Profesionalizace adiktologických výkonů

I přestože samotní pracovníci ze zainteresovaných organizací během realizace AMT několikrát upozorňovali na nízké hodnoty bodu adiktologických výkonů a jejich faktickou nedostatečnost, situace zůstala téměř neměnná. Kromě jednoho adiktologického výkonu (Minimální kontakt adiktologa s pacientem, kód 38023) jsou všechny zdravotní výkony s odborností 919 vázány na prostory ambulance. Hodnoty bodu jsou dle respondentů nízké,

zároveň neodpovídají reálným nákladům na mzdu adiktologa. Systém úhrad měl navíc poskytovatele motivovat k meziorganizační spolupráci (MZ ČR, 2013), ale přesto jsou tyto zdravotní výkony vázány na četnost těchto výkonů, a tak se stále vyplácí vykazovat co nejvíce výkonů s konkrétním klientem nežli ho odeslat jinam.

K tomuto doporučení mě napadají dvě otázky. První otázkou je, zda profesi adiktologa lze opravdu zúžit do 6 výkonů probíhajících výhradně v ambulanci? Druhou otázkou je, jak se ve společnosti zbavit představy, že profesionální výkony jsou pouze ty, které probíhají v organizaci nebo instituci, a ne ty, které probíhají v přirozeném prostředí klientů? V tomto ohledu nejspíš stále chybí edukace odborné i laické společnosti. I když v rámci reformy péče o duševní zdraví proběhlo několik seminářů a akcí na téma deinstitucionalizace a destigmatizace v rámci stejnojmenných projektů (viz MZ ČR, 2022), stále se můžeme setkat s institucionálním pojetím léčby. Pokud by se navíc přidaly do Seznamu zdravotních výkonů (více na www.mzrcr.cz) adiktologické výkony v přirozeném prostředí klientů, mohlo by to zároveň přinést úlevu organizacím, které v mnoha případech musí platit mzdu adiktologa z různých zdrojů financování. Tyto výkony by navíc mohly přinést pozitiva i do přímé práce s klienty, protože jak píše Libra (in MZ ČR, 2020) pro klienta je snadněji navázán vztah s pracovníkem, se kterým se setkává často a jejich vztah je intenzivní a proaktivní.

Na jedné straně se v poslední době čím dál častěji hovoří a metodě case managementu a jeho výhodách, na straně druhé se ale finančně stále vyplácí institucionální přístup k adiktologickým klientům.

(Ne)Hierarchie

Dle Libry (in MZ ČR, 2020) měl pilotní projekt AMT přinést jiný způsob práce, než je zvykem ve zdravotních lůžkových zařízení, kde existuje hierarchický systém vedení a v rámci AMT mělo dojít k intenzivní mezioborové spolupráci v multidisciplinárního týmu. V malém multidisciplinárním týmu se zpočátku realizace pilotního provozu AMT objevila komplikace ve spolupráci s psychiatrem, se kterým musela být nakonec rozvázána spolupráce, neboť pan doktor nespolupracoval s kolegy v týmu při vedení případů.

V ani jedné z demonstrovaných organizacích se nepodařilo do spolupráce zapojit klinického psychologa. Je to tím, že pro klinického psychologa není práce v multidisciplinárním týmu s touto cílovou skupinou dostatečně atraktivní? Nebo je to otázka finančního ohodnocení klinického psychologa v rámci multidisciplinárního týmu, které není dostatečně vysoké?

Myslím, že důvodem komplikací se zapojením těchto profesí je zvyk. Doktoři i kliničtí psychologové jsou zvyklí často pracovat sami na sebe a za sebe.

Jako řešení by se tedy mohlo nabízet vyšší platové ohodnocení těchto odborností v rámci multidisciplinárního týmu. Atraktivnost práce by mohla zajistit vyšší prestiž neziskových organizací získána propojením sociálních a zdravotních služeb a spoluprací s pojišťovnami. Při formování fungujícího multidisciplinárního týmu by také neměla být opomíjena role vedoucího služby a jeho schopnosti a dovednosti udržet takto kontrastní tým, jak ostatně zmiňuje i Libra (in MZ ČR, 2020).

I přes všechny komplikace se podařilo pracovníkům pracovat s klienty formou case managementu. Nutno také zmínit, že všechny zainteresované organizace neměly stejnou startovací pozici, a proto realizace pilotního provozu AMT byla v každé organizaci jedinečná.

12 Závěr

Předkládaná diplomová práce se zabývala především pilotním projektem Adiktologický multidisciplinární tým, který vznikl jako odpověď na reformu péče o duševní zdraví. Do tohoto pilotního projektu se zapojily celkem čtyři organizace na území České republiky. Délka realizace pilotního projektu AMT byla stanovena na 18 měsíců a fyzicky projekt skončil nejpozději 31.7.2022. Konkrétně se tato práce zaměřila na zhodnocení tohoto pilotního projektu z pohledu zaměstnanců ze dvou zainteresovaných organizací.

První část práce je zaměřená na vymezení teoretických pojmů, které úzce souvisí se spuštěním pilotního projektu AMT. Abych mohla tento pilotní projekt popsat a vysvětlit, bylo třeba jej zasadit do kontextu právě probíhající reformy péče o duševní zdraví. Globálním cílem reformy péče o duševní zdraví je zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním, a proto byly v teoretické části popsány i pojmy spojené s duševním zdravím a nemocí.

Principem přímé práce s klienty v rámci pilotního projektu AMT bylo využití modelu case managementu, konkrétně tzv. asertivní komunitní léčby. V rámci vymezení pojmů související s cílem této diplomové práce je proto popsán i case management, jeho stručná historie, jeho modely a účinnost.

V neposlední řade jsem blíže přiblížila východiska samotného pilotního projektu, jeho principy a cíle, finanční a personální zajištění a multidisciplinární týmy, které se zformovaly v rámci tohoto pilotního projektu. V tomto ohledu jsem také v textu popsala nové zdravotní výkony pro odbornost adiktologa. Tyto výkony byly prostřednictvím pilotního provozu AMT testovány a výstupy z tohoto projektu napomohly vytvoření systému úhradových mechanismů.

V praktické části této diplomové práce přibližuji cíle této práce, výzkumné otázky, které jsem podrobila operacionalizaci, metody sběru dat, jejich zpracování a definování výzkumného souboru. Přestože v rámci přípravy výzkumného šetření byly osloveny všechny zainteresované organizace, s účastí ve výzkumu nakonec souhlasil pouze jeden multidisciplinární tým s jeho vedoucím a vedoucí z jiné zainteresované organizace. Kromě sekundární analýzy dat jsem pro zodpovězení výzkumných otázek využila také metodu rozhovoru s pracovníky. Tyto rozhovory byly zaměřeny především na subjektivní zhodnocení samotného pilotního projektu AMT z pohledu pracovníků a jejich vedoucích. Záměrem bylo pochopení fungování pilotního projektu AMT prostřednictvím praktických zkušeností jednotlivých pracovníků.

Poté jsem se v této diplomové práci zabývala analýzou a interpretací dat získaných z rozhovorů s respondenty a ze sekundárních zdrojů. V rámci analýzy dat získaných z rozhovorů vznikly indikátory, které jsem v analytické části diplomové práce rozpracovala a interpretovala. Z těchto indikátorů a z dat získaných ze sekundárních zdrojů vyvstala konkrétní témata, které jsem dále diskutovala s odbornou literaturou. Tato témata se konkrétně týkala změn, které s sebou pilotní projekt AMT přinesl do přímé práce s klienty a do jejich léčebného kontinua, což souviselo především s case managementem a jeho pojetím v organizacích. Z rozhovorů vyvstalo dále téma vykazování a finančního zajištění pilotního

provozu, především pak v souvislosti s návazností kontinuálního financování i po skončení pilotního projektu. Stěžejním tématem bylo také personální zajištění projektu, především pak oblast multidisciplinárního týmu, jeho fungování na základě (ne)hierarchie, předávání kompetencí a vtahování odborností lékařů a klinických psychologů do intenzivní spolupráce takového týmu. Opakujícím se tématem bylo také krátké realizační období pilotního projektu AMT a nedostatečná odborná podpora. V rámci rozhovorů došlo také k popsání příprav v demonstrovaných organizacích na spuštění pilotního provozu AMT.

Závěrem mohu konstatovat, že i když každý z respondentů uvedl během rozhovoru určité bariéry a nedostatky pilotního projektu AMT, vnímají tento projekt za přínosný a inovativní, především ve směru ke klientům. V obou organizacích se díky pilotnímu projektu udály změny, které pomohly udržitelnosti těchto služeb, mezioborové spolupráci a rozšíření cílových skupin. Za nejpodstatnější z tohoto výzkumu považuji zjištění, že obě organizace nadále vycházejí z východisek pilotního projektu AMT a snaží se jej modifikovat. Dále mohu říci, že se podařilo odpovědět na výzkumné otázky a cíle této práce byly naplněny.

13 Seznam literatury

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-3*. Washington.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* Washington.
3. Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví. (2021). *SWOT analýza a hodnocení reformy péče o duševní zdraví z pohledu poskytovatelů a uživatelů služeb.* Dostupné z: http://www.askos.cz/storage/app/uploads/public/61e/57f/40b/61e57f40be2ba742381162.pdf
4. Bilsky, W., & Cairns, D. (2005). *Faceting Program Evaluation: A Systematic Approach. In W. Bilsky & D. Elizur, Facet theory: Design, Analysis and Applications.* pp. 19-25. Zeithamlová, Agentura Action M.
5. Dudová, M. (2018, February). *Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné.* Fórum sociální práce Filosofická fakulta Univerzity Karlovy. pp 113-120. Dostupné z: www.proquest.com
6. Foucault, M. (1994). *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby.* Nakladatelství Lidové noviny.
7. Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. & Sartorius, N. (2015). *Toward a new definition of mental health. World psychiatry.* Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471980/
8. Greene, J. C. (1998). *Qualitative Program Evaluation.* In: Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (Eds.). *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Thousand Oaks: Sage Publications.
9. 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.* Ostravská univerzita.
10. Hendl, J., & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace.* Portál.
11. Holt, B.J. (2000). *The practice of generalist case management.* Allyn and Bacon.
12. Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie.* Tigis.
13. Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J. & Mravčík, V. (2022). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021.* Úřad vlády České republiky.

14. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. (2003). *Základní koncepční východiska české zdravotní politiky*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
15. Jarošová, D. (2007). *Úvod do komunitního ošetřovatelství. Grada*.
16. Jeřábek, P. (2008). *Psychopatologie závislosti*. In Kalina, K. & kol. (2008). *Základy klinické adiktologie.* Grada Publishing.
17. Joo, J. Y. & Huber, D. L. (2015). *Community-based case management effectiveness in populations that abuse substances.* International Nursing Review 62, 536–546
18. Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie.* Grada Publishing.
19. Kirmayer, L. J. (2005). *Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. Psychopathology.* Basel. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16145273/
20. Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience.* The Free Press. Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=bY6f7ebzTvYC&oi=fnd&pg=PR11&ots=ma7SpXfw_S&sig=1kybqnMKuFhRBjsjjpqgJGH-6ck&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
21. Kolitsch, K., Horová, E., Horová, D., Spálenková, M. & Vlková, M. (2022). *Doporučené postupy pro vznik ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty.* Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-11/Doporučené%20postupy%20pro%20vznik%20ambulanc%C3%AD%20s%20rozš%C3%ADřenou%20péč%C3%AD%20pro%20adiktologické%20pacienty.pdf
22. Kubička, L., & Csémy, L. (rok neuveden). *Evropský index závažnosti návykového chování. EuropASI – česká verze.* Psychiatrické centrum Praha.
23. Libra, J. (2006). *Case management v kontextu nízkoprahových služeb pro uživatele drog.* Klinika adiktologie Univerzity Karlovy.
24. Libra, J. (2020). *Základní principy péče poskytované Adiktologickými multidisciplinárními týmy: principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz.* In: Ministerstvo České republiky.
25. Mezinárodní klasifikace nemocí. (1978). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti ve znění 9. decenální revize.* Ústav zdravotnických informací a statistiky.
26. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. (2011). *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením.* Ministerstvo práce a sociálních věcí České

republiky. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/28419/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf

27. Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky. (2012). *Metodika přípravy veřejných strategií.* Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky. Dostupné z: http://www.mmr.cz/getmedia/67137477-36e1-4771-9549-a9be497c5265/Metodika-pripravy-verejnych-strategii.pdf
28. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče.* Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrické%20péče.pdf
29. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020). *Metodika podpory nových služeb v oblasti péče poskytované adiktologickým multidisciplinárním týmem.* (Příloha č. 1). Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
30. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020). *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030.* Ministerstvo České republiky. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/Národní-akční-plán-pro-duševní-zdraví-2020-2030.pdf
31. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020). *Statut a jednací řád odborné rady pro odbornou garanci strategie reformy psychiatrické péče.* Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [online]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/Stanovy%20Odb%20rada%20a%20Výkon%20výbor_ustaven%C3%AD.pdf
32. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). *Standard péče poskytované Multidisciplinárním týmem pro adiktologické pacienty.* (Příloha č. 5). Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
33. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky.* Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/12/Vestnik-MZ_15-2022.pdf
34. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). *Závěrečná evaluační zpráva CDZ III.* Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/Final_Zaverecna-zprava.pdf
35. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Grada Publishing.

36. Národní zdravotnický informační portál. (2023). *Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.* Dostupné z: https://www.nzip.cz.
37. NASW. (2013). *Standards for Case Management. National Association Of Social Workers.* Dostupné z: http://www.socialworkers.org/practice/ naswstandards/CaseManagementStandards2013.pdf
38. Nepustil, P., Geregová, M., & Grolmusová, L. (2013). *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka.* Úřad vlády České republiky.
39. NIDA. (2010). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnes. National Institute for Drug Abuse.* Dostupné z: http://www.drugabuse.gov/publications.
40. Patton, M. Q. (2002). Qualitative Research and Evaluation Methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
41. Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče.* Psychiatrická společnost ČLS JEP. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Malý%20průvodce%20reformou%20psychiatrické%20péče.pdf
42. Raboch, J. & Wenigová, B. (eds.). (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí).* Česká psychiatrická společnost, o.s.
43. Rosen, A. et al. (2012). *International Trends in Community Mental Health Services. Handbook of Community Psychiatry.* Springer.
44. Rossi, P. & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation – A Systematic Approach*. Sage Publications.
45. SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol.* Dostupné z: http\\www.store.samhsa.gov.
46. SAMSHA Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *Comprehensive Case Mangement for Substance Abuse Treatment*. Rockville.
47. Scull, A. (1977). *Decarceration. Community treatment and the deviant: a radical view.* Prentice-Hall Inc.
48. Siegal, H. A. (1998). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment: Treatment Improvement Protocol.* DIANE Publishing.
49. Skehan, J., Hazel, G., Tynan, R. & Thienel, R. (2018). *First major study into mental health and wellbeing in the media, marketing and creative industries.* Everymind.

Dostupné z: https://everymind.org.au/research/mental-health-and- wellbeing-in-the-media-marketing-and-creative-industries

50. Střelec, J. (2018). *Historické souvislosti současné reformy péče o duševní zdraví v České republice*. Institut mezinárodních studií. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/125832/Jakub_Strelec_37-47.pdf?sequence=1&isAllowed=y
51. Stuchlík, J. (2002). *Asertivní komunitní léčba, case management*. Fokus Books.
52. Světová zdravotnická organizace (2000). *Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním návykových látek*. WHO.
53. Šťastná, L. (2010). *Metodika případových konferencí v rámci interdisciplinární spolupráce města Chrudim formou case managementu.* Šance pro tebe. Dostupné z: http://www.chance.chrudim.cz
54. UNODC. (2022). *World Drug Report.* United Nations publications. Dostupné z: www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html
55. Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Maeyer, J. & Noortgate, W. V. D. (2019). *A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective.* Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31057432/
56. Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2004). *The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe.* Dostupné z: http://ps.psychiatryonline.org
57. Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). *Effektiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Populations.* Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1986794/pdf/nihms29643.pdf
58. Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Hesse, M. (2007). *Case management pro uživatele drog: Všelék, náhražka nebo nástroj propojování?* Dostupné z: http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2007_4_Vanderplasschen_Case-management.pdf
59. Walsch, J. & Holton, V. (2008) *Case management*. In Sowers, K. M. & Dulmus, C.N. (Eds.). *Comprehensive Handbook of social work and social welfare: Social work practice.* John Wiley & Sons.
60. Winkler, P. (ed.). (2013). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení.* Psychiatrické centrum Praha.

61. World Health Organisation. (2001b). *Atlas of mental health resources in the world 2001*. WHO. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66910/1/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1.pdf
62. World Health Organisation. (2022). *World Mental Health Report: transforming mental health for all*. WHO.
63. World Health Organization. (2001a). *Atlas of country profiles on mental health resource.* WHO. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/publications/mh_atlas_profiles_2001/en/
64. World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health. Summary Report.* WHO.
65. Yates, R. & Wilson, J. (2001). *The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change.* Jessica Kingley Publ.
66. Ziguras, S. & Stuart, G. W. (2000). *A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr Serv*. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11058189/

Legislativa

1. Vyhláška č. 505/2006 Sb., *o sociálních službách*. In Zákony pro lidi.cz. 2010-2019. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#f3144877
2. Vyhláška č. 98/2012 Sb., *o zdravotnické dokumentaci.* In Zákony pro lidi.cz. 2010-2019. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98
3. Zákon č. 108/2006 Sb*., o sociálních službách.* In *Zákony pro lidi.cz.* 2010-2019. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#f3009617
4. Zákon č. 372/2011 Sb*., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).* In Zákony pro lidi.cz. 2010-2019. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#f4436894

14 Seznam grafů a obrázků

Graf 3.1 Vývoj počtu ukončených hospitalizací dospělé populace na pracovištích dlouhodobé psychiatrické péče 21

Graf 3.2 Vývoj způsobu ukončení dlouhodobých hospitalizací 22

Tabulka 3.1 Projekty reformy 2017-2022 20

Tabulka 4.1 Pilotní provozy pro adiktologické pacienty 28

Tabulka 6.1 Operacionalizace pojmů z první skupiny dílčích otázek 43

Tabulka 6.2 Operacionalizace pojmů z druhé skupiny dílčích otázek 45

Tabulka 7.1 Výzkumný soubor 1 48

Tabulka 7.2 Výzkumný soubor 2 48

Tabulka 8.1 Tematické okruhy rozhovoru 54

Obrázek 5.1 Využití case managementu v praxi 39

Obrázek 8.1 Evaluace procesu 52

Obrázek 10.1 Léčebné kontinuum klientů 76

15 Seznam příloh

Příloha 1: Prevalence duševních poruch 93

Příloha 2: Struktury rozhovorů 96

Příloha 3: Informovaný souhlas 98

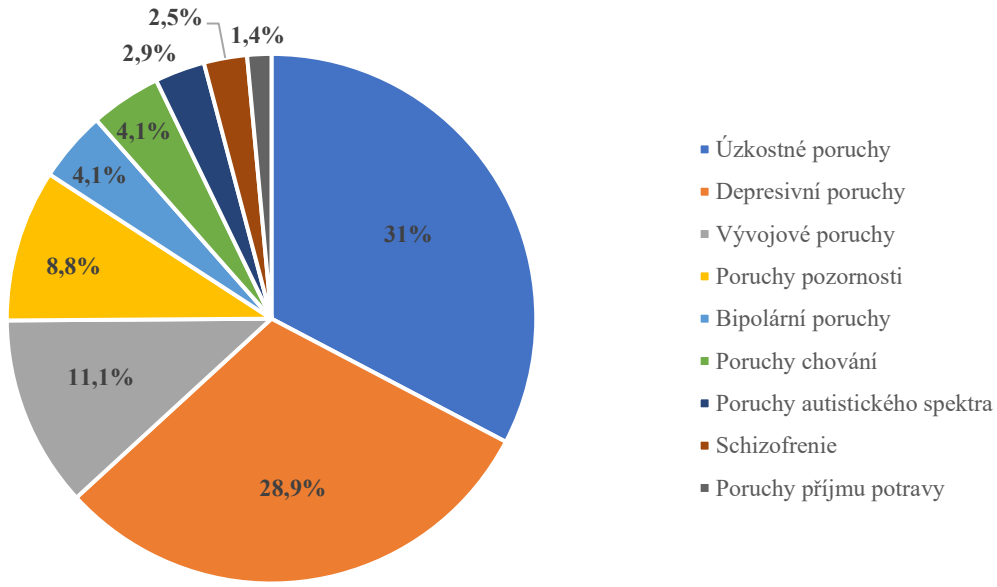
Příloha 4: Souhlasné stanovisko etické komise 99

Příloha 1: Prevalence duševních poruch

Prevalence duševních poruch celosvětově

WHO (2022: 39) uvádí, že v roce 2019 před pandemií koronaviru žilo odhadem 970 milionů lidí na světě s duševní poruchou, z nichž 82 % bylo v zemích s nízkými a středními příjmy. Mezi lety 2000 až 2019 žilo s duševními poruchami odhadem o 25 % více lidí, ale protože světová populace rostla přibližně stejným tempem, prevalence duševních poruch zůstává stabilní, kolem 13 %. Co se týká výskytu duševních poruch v závislosti na pohlaví, rozdíly v roce 2019 nebyly signifikantní. Jednalo se o 52,4 % žen a 47,6 % mužů. V následujícím grafu je znázorněno procentuální rozdělení duševních poruch celosvětové populace.

Graf: Celosvětová prevalence duševních poruch v roce 2019



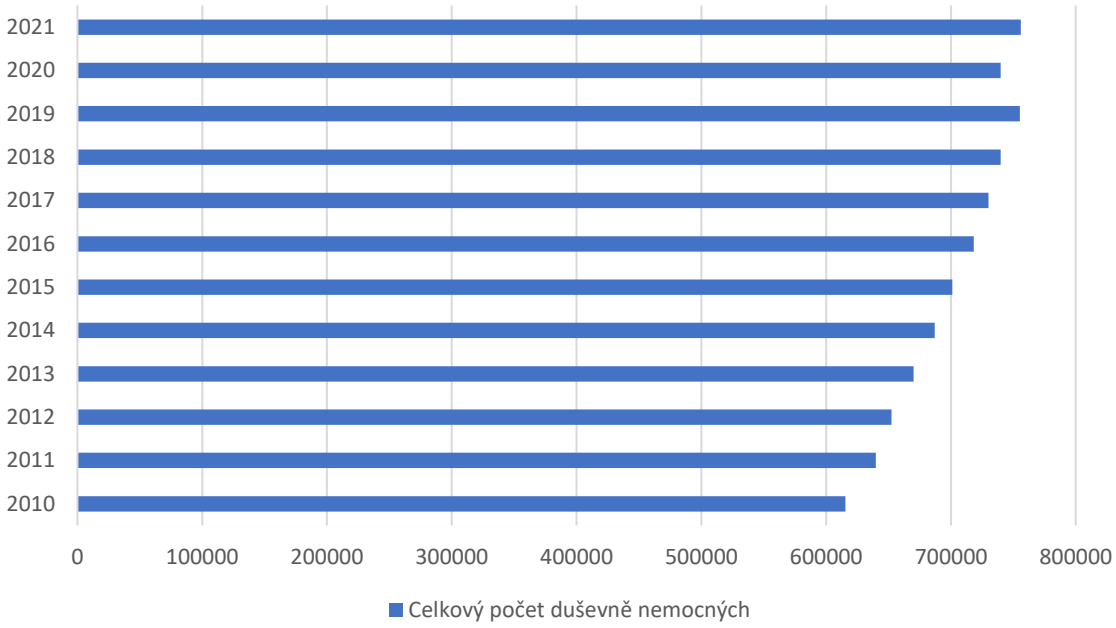
Zdroj: WHO, 2022

Jak z grafu vyplývá, nejvíce lidí na světě se potýká s úzkostnými a depresivními poruchami. Je zřejmé, že rozdělení duševních poruch přímo nekoresponduje s názvy, které používá klasifikační systém v České republice. Například závislostní poruchy jsou v tomto grafu zařazeny mezi poruchy chování.

Prevalence duševních poruch v České republice

V České republice se téměř 10 % Čechů potýkalo s duševním onemocnění v roce 2020. Celkový počet osob trpících nějakou formou duševní poruchy vzrostl mezi lety 2010 až 2021 o 22 %. Incidence nových psychiatrických pacientů je kolem 2 % (NZIP, 2023). Následující graf uvádí celkový počet duševně nemocných dospělých osob v České republice v absolutních číslech.

Graf: Počet duševně nemocných dospělých osob v České republice

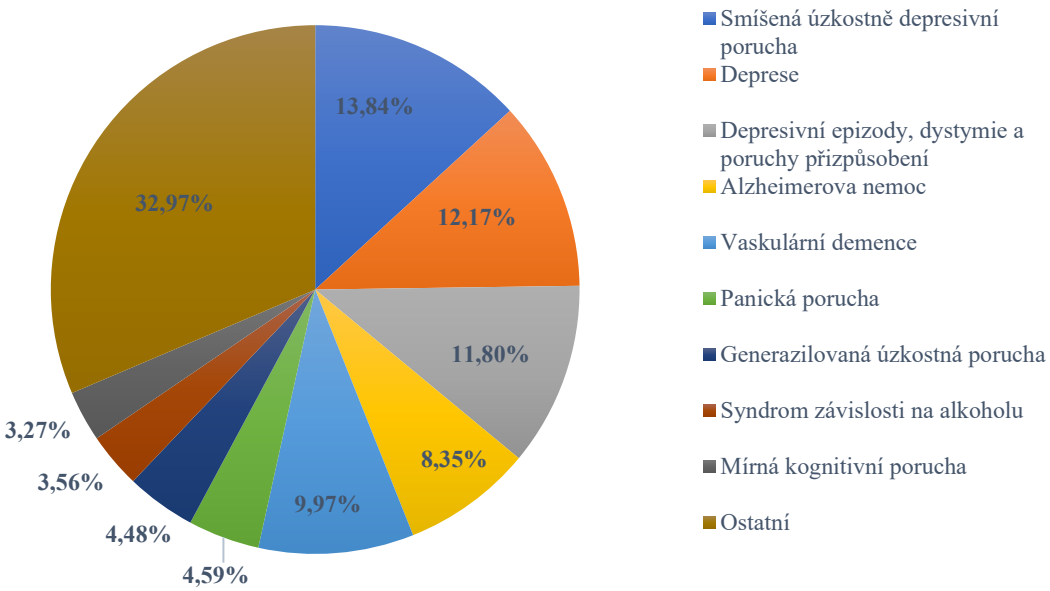


Zdroj: NZIP, 2023

Na grafu je patrný výše zmíněný nárůst mezi lety 2010-2021.

V následujícím grafu je znázorněno procentuální rozdělení nejčastěji diagnostikovaných duševních poruch v České republice v roce 2020.

Graf: Prevalence nejčastěji diagnostikovaných duševních poruch v České republice v roce 2020



Zdroj: NZIP, 2023

Jak z tohoto grafu vyplývá, nejvíce osob v České republice se potýká s poruchami nálad, zejména pak se smíšenou úzkostně depresivní poruchou, depresemi, depresivními

epizodami, dystymií a poruchami přizpůsobení. Tato skutečnost tedy vyplývá z obou grafů, nicméně každý z těchto grafů poskytuje rozdílné informace, což je způsobeno především klasifikací duševních poruch v celosvětovém měřítku a klasifikací těchto poruch v České republice. Oba tyto grafy mají proto sloužit především pro ilustraci, ne pro přesnou komparaci. Tento graf oproti grafu předešlému obsahuje informace o syndromu závislosti, ale pouze na alkoholu. Z důvodu zaměření této práce, která se týká zhodnocení pilotního projektu, který byl spuštěn pro práci se závislými osobami (nejen na alkoholu), považuji za nezbytné zmínit prevalenci závislostního chování. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek jsou navíc součástí MKN-10 (jedná se o diagnózy F10-F19), a přesto nám z předcházejících grafů vypadávají.

Prevalence závislostního chování v dospělé populaci v České republice v roce 2021

V České republice stále platí, že nejužívanější nelegální látkou jsou konopné látky, které v roce 2021 užilo 8-10 % osob ve věku od 15 let (tj. odhadem 800-900 tisíc osob). (Chromynová et al., 2022).

Nejčastěji užívanými legálními látkami jsou potom v České republice cigarety a alkohol. 17-23 % populace ve věku od 15 let (odhadem 1,5-2,1 milionů osob) denně nebo téměř denně kouří cigarety. 10 % osob ve věku od 15 let (tj. odhadem 800-980 tisíc osob) denně nebo téměř denně pije alkohol (Chromynová et al., 2022).

Co se týká ostatních návykových látek, výskyt užívání těchto látek je v populaci mnohem nižší. 1 % dospělé populace užilo v posledních 12 měsících pervitin, stejně tak kokain nebo opioidy. Do kategorie problémového hráčství spadá přibližně 2-3 % dospělé populace (tj. odhadem 170-220 tisíc osob). U psychoaktivních léků spadá 14-15 % dospělých do kategorie problematické spotřeby psychoaktivních léků). Pro bližší informace o aktuálním výskytu závislostního chování v České republice doporučuji *Souhrnnou zprávu o závislostech v České republice* vydávanou Národním monitorovacím střediskem ČR (Chromynová et al., 2022).

Příloha 2: Struktury rozhovorů

Rozhovor výzkumný vzorek 1

1. Byl/a jste zaměstnán/a v organizaci již před spuštěním pilotního projektu Adiktologický multidisciplinární tým (dále AMT) nebo jste byl/a zaměstnán/a až od spuštění pilotního projektu AMT?
2. Jaké služby v rámci pilotního projektu AMT Vaše organizace poskytovala klientům?
3. Pro jaké klienty byly tyto služby určené?
4. Jak často jste se konkrétně vy vídal/a se svými klienty? Kde nejčastěji probíhala tato setkání?
5. Popište, jak probíhal vstup klienta do pilotního projektu AMT? Kdo rozhodoval o vstupu klienta do pilotního projektu AMT?
6. V rámci pilotního projektu AMT byl klíčovým tématem vztah s klientem. Jak jste pracoval/a se vztahem s klientem?
7. V rámci pilotního projektu AMT bylo také stěžejní zapojování rodiny a okolí klienta do spolupráce. Jaké zkušenosti jste se zapojováním rodiny měl/a? U kolika klientů se podařilo rodinu do spolupráce zapojit?
8. V rámci pilotního projektu AMT bylo dále podstatné zapojování dalších organizací do spolupráce s klientem. Jak se dle Vašeho názoru dařila tato spolupráce? S jakými organizacemi jste nejčastěji spolupracovali? Jednalo se i o organizace mimo region?
9. Do spolupráce s klientem měly být zapojovány nejen další organizace, ale především více odborností v rámci multidisciplinárního týmu. Jak byste popsal/a zapojení lékařů a klinického psychologa do spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu?
10. Jaké máte zkušenosti s výkaznictvím v rámci pilotního projektu AMT? Jakým způsobem byla vedena klinická dokumentace?
11. Jaké změny do systému adiktologické péče pilotní projekt AMT dle Vašeho názoru přinesl?
12. Je něco, co byste zhodnotil/a na pilotním projektu AMT kladně?
13. Je naopak něco, co byste zhodnotil/a na pilotním projektu AMT negativně?
14. Vycházíte z východisek pilotního projektu AMT i nadále při práci s klienty? Jak?

Rozhovor výzkumný vzorek 2

1. Jak se Vaše organizace dozvěděla o výzvě týkající se pilotního projektu Adiktologický multidisciplinární tým (dále AMT)? Kdo rozhodoval o zapojení se do pilotního projektu AMT? Jak probíhaly přípravy před spuštěním pilotního projektu?
2. Jak se měnilo personální složení po spuštění pilotního projektu AMT? V rámci pilotního projektu AMT byly určité požadavky na personální složení multidisciplinárního týmu, jaké bylo těmto požadavkům dostát?
3. Pilotní projekt AMT s sebou přinesl mimo jiné i změny ve financování. Jak konkrétně se ve Vaší organizaci změnilo financování?
4. Pilotní projekt AMT stanovil jasné indikátory pro naplnění podstaty projektu. Jak se Vám, dle Vašeho názoru, dařilo těmto indikátorům dostát?
5. V rámci pilotního projektu AMT bylo doporučeno pracovníkům, aby s klienty vyplňovali evaluační nástroje EuropASI, GAF a TOP. Jak hodnotíte toto doporučení?
6. Jak dle Vašeho názoru probíhala komunikace s Ministerstvem zdravotnictví ohledně pilotního projektu AMT?
7. Změnil se dle Vašeho názoru přístup pracovníků ke klientům?
8. Jak byste popsal/a podstatu fungování multidisciplinárního týmu z pohledu vedoucího?
9. Byly nějaké pozorovatelné změny po takto krátkém období?
10. Jaké změny do systému adiktologické péče pilotní projekt AMT dle Vašeho názoru přinesl?
11. Je něco, co byste zhodnotil/a na pilotním projektu AMT kladně?
12. Je naopak něco, co byste zhodnotil/a na pilotním projektu AMT negativně?
13. Vycházíte z východisek pilotního projektu AMT i nadále při práci s klienty? Jak?

Příloha 3: Informovaný souhlas

Žádám Vás o souhlas s účastí na výzkumné části diplomové práce s názvem Hodnocení pilotního projektu Adiktologického multidisciplinárního týmu z pohledu zainteresovaných pracovníků a uveřejněním výsledků výzkumu v rámci diplomové práce na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Cílem tohoto výzkumu je zhodnocení pilotního projektu Adiktologický multidisciplinární tým z pohledu zainteresovaných pracovníků. Výzkum bude probíhat formou polostrukturovaného rozhovoru, který je zaměřen především na zhodnocení změn v léčebném kontinuu po spuštění pilotního projektu, na změny ve financování služby, na zhodnocení administrativní náročnosti, na spolupráci pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu a v neposlední řadě na přínosy a negativa pilotního projektu z pohledu pracovníků. Jeden rozhovor trvá cca 40 minut. Rozhovor bude probíhat anonymně. Bude nahrávaný, na základě čehož bude zhotoven přepis rozhovoru a budou v něm vynechány všechny identifikační údaje. Po zhotovení přepisu bude nahrávka smazána. Osobní údaje v této studii nebudou uvedeny, jméno ani jiné identifikační údaje nebudou v této práci figurovat. Zveřejněné informace se budou týkat pouze pohlaví, délky praxe v organizaci a pracovní pozice. Máte právo na jakoukoli otázku neodpovědět, případně během výzkumu odmítnout účast na výzkumu. V tomto případě by došlo ke smazání nahrávky neprodleně.

Vašim ústním souhlasem potvrzujete, že jste byl/a informován/a o účelu rozhovoru a o významu a rozsahu výzkumu. Dále potvrzujete, že Vám bylo sděleno, jak dlouho bude rozhovor probíhat a jaký bude mít průběh. Jste seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku, případě odmítnout účast na výzkumu. Dále souhlasíte s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude ihned vymazán. Byl/a jste obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci Vaší osoby. Nikde nebude uvedeno Vaše jméno či jiné osobní údaje, díky kterým byste mohl/a být identifikován/a. Svým ústním souhlasem dávám svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své diplomové práce a některé části v ní může citovat.

Příloha 4: Souhlasné stanovisko etické komise

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE | 1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA Univerzita Karlova

ETICKÁ KOMISE PRO POSUZOVÁNÍ STUDENTSKÝCH ZÁVĚREČNÝCH PRACÍ

KLINIKY ADIKTOLOGIE 1. LF UK A VFN V PRAZE

Stanovisko etické komise č.j. EKSKAD-011/2022

Název práce:	**Hodnocení pilotního projektu Adiktologického multidisciplinárního týmu z pohledu zainteresovaných pracovníků**
Druh práce:	diplomová
Student:	**Bc. Denisa Apltauerová**
Vedoucí práce:	PhDr. Jiří Libra

Předložená dokumentace:

- formulář žádosti EKS KAD
- informace pro účastníka
- informovaný souhlas
- osnova rozhovoru s pracovníky
- osnova rozhovoru s vedoucím
- souhlas vedoucího práce se sběrem dat

Rozhodnutí etické komise: **SOUHLASNÉ STANOVISKO**

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

Datum jednání EKS KAD: 12. prosince 2022

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

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

Datum písemného vyhotovení stanoviska: 21. prosince 2022

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

Klinika adiktologie
1. LF UK a VFN v Praze
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2
E-mail: info.adiktologie@lf1.cuni.cz
Tel.: 224 968 270
www.adiktologie.cz / www.lf1.cuni.cz / www.vfn.cz

Klinika adiktologie