

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Bc. Vojtěch Špinar, DiS.

**Evaluace procesu pilotních programů ambulancí s rozšířenou péčí pro
adiktologické pacienty s ohniskem v case managementu a multidisciplinárním
přístupu**

Process Evaluation of an Outpatient Care with Extended Care for Patients with
Substance Use Disorder as a Pilot Project Focused on Case Management and
Multidisciplinary Approach

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek, PhD.

Praha, 2023

Prohlášení:

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

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

V Praze, dne 27. 4. 2023

Vojtěch Špinar

Identifikační záznam

ŠPINAR, Vojtěch. Evaluace procesu pilotních programů ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty s ohniskem v case managementu a multidisciplinárním přístupu. *[Process Evaluation of an Outpatient Care with Extended Care for Patients with Substance Use Disorder as a Pilot Project Focused on Case Management and Multidisciplinary Approach]*. Praha, 2023. 91 s., 2 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Vacek, Jaroslav, PhD.

Poděkování

Na tomto místě bych velice rád poděkoval vedoucímu své diplomové práce doktoru Jaroslavu Vackovi za jeho cenné rady, metodické vedení a podporu. Dále bych chtěl poděkovat zaměstnancům ambulancí za umožnění a pomoc při evaluaci. V neposlední řadě bych rád poděkoval své partnerce Martině, sestře, mámě, tátovi a zbylé rodině, přátelům a kolegům za nesmírnou a neutuchající podporu a trpělivost.

Abstrakt

TEORETICKÁ VÝCHODISKA: V systému adiktologické péče dochází k posílení ambulantního sektoru a vznikají pilotní programy ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP-AD). Klienty ARP-AD jsou uživatelé všech typů návykových látek, včetně nelátkových závislostí, v různých fázích závislosti a motivace ke změně, často s komorbidním onemocněním. Služby jsou poskytovány zdravotnickým multidisciplinárním týmem, který spolu intenzivně spolupracuje. Jsou aplikovány přístupy case managementu a práce v přirozeném prostředí klienta. Jedním z hlavních cílů je koordinace současné sítě adiktologických (i dalších) služeb na základě individuálních potřeb klientů.

CÍL: Kvalitativní evaluace procesu pilotních programů ARP-AD s ohniskem v case managementu a multidisciplinárním přístupu

METODY VÝZKUMU: Původním záměrem bylo provedení evaluace procesu všech ARP-AD. Z důvodu selhání rekrutační strategie byla dokončena evaluace pouze jednoho pilotního programu - ARP-AD na Klinice adiktologie (KAD). De facto se tedy jedná o případovou studii. Zdrojem dat byly zprávy o realizaci a polostrukturované rozhovory s pracovníky ARP-AD. Posledním zdrojem dat byla Metodika ARP-AD. Zprávy o realizaci a rozhovory byly analyzovány metodou vytváření trsů. Metodika byla podrobena tematické analýze. Analyzovaná data byla mezi sebou porovnávána metodou kontrastů a srovnávání.

VÝSLEDKY: Skutečná cílová skupina ARP-AD je široká a odpovídá původnímu záměru. Nejvíce klientů má poruchu způsobenou alkoholem s komorbidní poruchou osobnosti. Většina klientů nemá výrazné obtíže v sociální oblasti. Případová práce probíhá v souladu s metodickými postupy. Case managery jsou adiktologové, kteří koordinují péči v týmu i s jinými službami. Case manager má v péči okolo 30 klientů. Terénní služby pracovníci nabízejí, avšak nevidují u klientů zájem. Personálně je služba zajištěna podle metodiky. V týmu probíhá intenzivní komunikace. Personál si je vědom svých rolí a kompetencí. Respondenti nevnímají v týmu rivalitu nebo hierarchii, cítí v týmu podporu. Závazné indikátory byly programem naplněny. Pro efektivní komunikaci v týmu se osvědčil společný týmový prostor. Velmi dobře funguje spolupráce s dalšími odděleními KAD. Daří se mezioborová spolupráce v týmu. Personální zajištění není dostatečné pro velký zájem klientů. Neefektivní je nutnost časté indikace adiktologické péče lékařem-psychiatrem.

ZÁVĚR: Z výsledků vyplývá, že by bylo vhodné posílení úvazků personálu. Case manageri mají v péči velké množství klientů, které neodpovídá doporučením. Práce přináší cenné informace od pracovníků o poskytování case managementu a o spolupráci v multidisciplinárním týmu.

KLÍČOVÁ SLOVA: evaluace, ambulance, case management, pilotní projekt, duální diagnóza

Abstract

BACKGROUND: In the system of addictology care, the outpatient sector is being strengthened and pilot programs of outpatient clinics with extended care for patients with substance use disorder (ARP-AD) are being created. ARP-AD clients are users of all types of addictive substances, including non-substance addictions, in various stages of addiction and motivation to change, often with comorbid illness. Services are provided by a multidisciplinary healthcare team that works together intensively. Case management approaches and work in the client's natural environment are applied. One of the main goals is the coordination of the current network of addictology (and other) services based on the individual needs of clients.

OBJECTIVE: Qualitative evaluation of the ARP-AD pilot programs with a focus on case management and a multidisciplinary approach.

METHODS: The original intention was to carry out a process evaluation of all ARP-AD. Due to the failure of the recruitment strategy, the evaluation of only one pilot program – ARP-AD at the Department of Addictology (KAD) - was completed. Therefore, this is a case study. The data sources were implementation reports and semi-structured interviews with ARP-AD staff. The last data source was the ARP-AD Methodology. Implementation reports and interviews were analyzed using the clustering method. The Methodology was subjected to a thematic analysis. The analyzed data were compared with each other using the method of contrasts and comparisons.

FINDINGS: The actual target group of ARP-AD is broad and corresponds to the original intention. Most clients have an alcohol-related disorder with a comorbid personality disorder. Most clients do not have significant difficulties in the social area. Case work is carried out in accordance with methodological procedures. Case managers are addictologist who coordinate care within the team and with other services. The case manager has around 30 clients under his care. Workers offer field services, but do not register interest among clients. Personally, the service is provided according to the methodology. There is ongoing intensive communication in the team. The staff is aware of their roles and competences. Respondents do not perceive rivalry or hierarchy in the team, they feel support in the team. Mandatory indicators were fulfilled by the program. A common team space has proven to be effective for team communication. Cooperation with other KAD departments works very well. Interdisciplinary cooperation in the team is successful. Staffing is not sufficient for the great interest of clients. The need for frequent indication of addictology treatment by a doctor-psychiatrist is ineffective.

CONCLUSION: From the results it follows that it would be appropriate to extend the working time of the staff. Case managers care for many clients who do not meet the recommendations. The work brings valuable information from the workers about the provision of case management and cooperation in a multidisciplinary team.

KEYWORDS: evaluation, ambulance, case management, pilot project, dual diagnosis

Obsah

1. Úvod	9
2. Teoretická východiska	10
2.1. Stručná historie psychiatrické péče v kontextu reformy péče o duševní zdraví a adiktologie a vznik ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty	10
2.1.1 Adiktologický kontext	11
2.2. Shrnutí metodiky (a jejích příloh) pilotních provozů ARP-AD.....	13
2.3. Case management	15
2.3.1 Krátký přehled vývoje case managementu pro osoby užívající návykové látky ..	15
2.3.2 Definice a popis činnosti case managera	17
2.3.3 Modely case managementu doporučované pro ARP-AD.....	24
2.4. Význam multidisciplinárního týmu v ARP-AD.....	25
3. Metody výzkumu.....	29
3.1. Cíle výzkumu	29
3.2. Výzkumné otázky	30
3.3. Základní a výběrový soubor – selhání rekruční strategie a odklon od původního záměru	30
3.4. Metody získávání dat	32
3.5. Zpracování a analýza dat	34
3.6. Etika výzkumu	35
4. Výsledky.....	37
4.1. Charakteristika cílové skupiny	37
4.1.1 Srovnání s Metodikou	40
4.2. Případové vedení	41
4.2.1 Případové vedení z hlediska procesu	41
4.2.2 Případové vedení z hlediska obsahu	45
4.2.3 Způsoby práce	50
4.2.4 Závazné indikátory	53

4. 2. 5	Srovnání s metodikou.....	54
4. 3.	Spolupráce v týmu, multidisciplinarita	59
4. 3. 1	Personální složení.....	59
4. 3. 2	Role jednotlivých profesí.....	59
4. 3. 3	Komunikace v týmu	62
4. 3. 4	Pravomoce v týmu, rozhodování, zodpovědnost za případ.....	62
4. 3. 5	Týmové „klíma“	64
4. 3. 6	Vnímání podpory v týmu	64
4. 3. 7	Další podpora pracovníků ze strany vedení a péče o tým.....	65
4. 3. 8	Srovnání s metodikou.....	66
4. 4.	Co se již podařilo, kde jsou rezervy a doporučení	69
4. 5.	Shrnutí výsledků.....	72
5.	Diskuze	75
5. 1.	Limity výzkumu	75
5. 2.	Interpretace výsledků	77
6.	Závěr.....	80
	Literatura	81
	Seznam tabulek.....	89
	Seznam použitých zkratk.....	90
	Seznam příloh	91
	Příloha č. 1 – struktura rozhovoru – case manager.....	9
	Příloha č. 2 – struktura rozhovoru – vedoucí služeb	11

1. Úvod

Case management je významná inovace v moderní péči o duševní zdraví (Holloway, Carson, 2001). Tato metoda se pro práci s uživateli návykových látek začala užívat v osmdesátých letech v USA a Kanadě a rychle se rozšířila do Evropy. Užívání návykových látek se začalo vnímat jako komplexní problém a bylo potřeba poskytovat těmto osobám široké spektrum služeb. Cílem byla dlouhodobá spolupráce a propojení klienta ke stávajícím službám, které nebyly dostatečně dostupné a kvalitní (Vanderplasschen, Wolf, Rapp, Hesse, 2007). Pro tento přístup je typický case managerův proaktivní přístup (Libra, 2015) a pět základních aktivit: posuzování, plánování, propojování, monitoring a obhajoba zájmů klienta (SAMHSA, 1998). Tým bývá složen ze zdravotnických i nezdravotnických profesí, což umožňuje vnímat klienta ve všech bio-psycho-socio-spirituálních komponentách. Aplikuje multidisciplinární přístup, ve kterém spolu tým intenzivně komunikuje s cílem holistické diskuze nad léčbou a komplexního posouzení potřeb klienta (Maddock, 2014).

Ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty jsou jednou z aktivit reformy péče o duševní zdraví. Hlavním cílem je přesun těžiště péče o osoby s adiktologickou poruchou do jejich přirozeného prostředí. Cílovou skupinou ambulancí jsou uživatelé všech typů návykových látek, včetně nelátkových závislostí, v různé fázi vývoje poruchy, často s komorbidním duševním onemocněním. Tým užívá multidisciplinární přístup a sestává se z lékaře-psychiatra, adiktologa, klinického psychologa, zdravotní psychiatrické sestry a z administrativního pracovníka. Adiktologové působí jako case manageři a společně s týmem poskytují komplexní služby ambulantní i terénní formou (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020a).

Cílem této práce byla kvalitativní evaluace procesu pilotních programů těchto ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty se zaměřením na case management a multidisciplinární přístup. Pilotní programy byly realizovány celkem třemi organizacemi v Praze v roce 2021 až 2022. Z důvodu selhání rekrutační strategie byla však evaluace dokončena pouze v jednom zařízení, na Klinice adiktologie v Praze, čímž práce nabyla charakter případové studie. Pilotní provoz měl také ověřit komplexní transformaci původní ALKO ambulance do víceprahové a multidisciplinárně založené ambulance pro spádové pacienty. Zdrojem dat byly zprávy o realizaci pilotního programu a polostrukturované rozhovory s pracovníky. Zanalyzovaná data byla následně porovnána s původním záměrem – metodikou.

2. Teoretická východiska

2.1. Stručná historie psychiatrické péče v kontextu reformy péče o duševní zdraví a adiktologie a vznik ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty

Přístup k lidem s duševním onemocněním se během naší historie proměňoval. Například v Indii byl kdysi k šokové terapii využíván cvičený slon, jenž předstíral útok na nemocného, aby mu prožitek ze smrtelné úzkosti navrátil ztracenou duševní rovnováhu. V některých obdobích středověku zase byly tyto osoby považovány za posedlé ďáblem, trestaly se, prováděly se na nich rituály exorcismu a byly izolovány v ústavech pro choromyslné, aby svým jednáním neohrožovaly veřejný pořádek (Petr, Marková et al., 2014).

Využitím správného a morálního přístupu v klidných důstojných podmínkách, **měla sanatoria zlepšit zdravotní stav a sociální fungování** duševně nemocných. S rostoucím počtem nemocných i těch, kteří se o ně starali, se v sanatoriích podmínky pro běžný život měnily, **docházelo k přeplnění ústavů**, ke zhoršení životních podmínek, k izolaci neklidných a ke zneužívání bezbranných (Libra, 2015). Tato dlouhodobá institucionalizace a separace osob od své přirozené komunity je dnes některými autory vnímána jako diskriminační jednání (Corrigan, Bink, 2016).

Podle světové zdravotnické organizace jsou v mnoha zemích Evropy u **dlouhodobě hospitalizovaných osob porušována základní lidská práva** v oblastech právní způsobilosti, samostatnosti, důstojnosti, osobní svobody nebo duševní a fyzické integrity (World Health Organization, 2018). V padesátých letech v Louisville (Kentucky) bylo zjištěno, že **léčba pacientů se schizofrenií v jejich domácím prostředí**, kdy tyto osoby navštěvovala zdravotní sestra a poskytovala jim medikaci a podpůrnou terapii, může být pro velkou část těchto pacientů **efektivní** (Pasamanick, Scarpitti, Dinitz, 1967). Některé studie dokonce uvádí, že propuštění do přirozeného prostředí může být pro mnoho dlouhodobě hospitalizovaných pacientů opravdu uskutečnitelnou možností s minimálními dopady na psychopatologii, a naopak s pozitivním efektem pro budování sociální sítě, rozvoj dovedností a pocit svobody těchto osob (Leff, Trieman, Knap, Hallman, 2000). **Dlouhodobé hospitalizace** osob se závažným duševním onemocněním jsou také dlouhodobě **nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí**. Dle odhadů jde přibližně 60 % finančního rozpočtu na duševní zdraví do psychiatrických nemocnic (Dlouhý, 2010).

V 50. letech 20. století dochází v USA a Velké Británii, v souvislosti s expanzí farmakologie do psychiatrie, k **deinstitucionalizaci psychiatrické péče**, která je následně úspěšně implementována v mnoha dalších zemích (Machů, Papežová, Winkler, 2019). Zásadní politické a společenské změny u nás v roce 1989 vyvolaly obrat v celém zdravotnictví a psychiatrii. Veřejně

se začalo **více hovořit o psychických poruchách**, což ovlivnilo postoj veřejnosti. Stále častěji se začaly ozývat hlasy ohledně **reformy psychiatrické péče směrem k deinstitucionalizaci a rozvoji komunitní péče** a snížil se počet lůžek po celé České republice (Petr, Marková, 2014). Proměnil se myšlenkový rámeček, ve kterém bylo třeba o problémech duševního zdraví a psychiatrické péče uvažovat. Stále více se **etabloval koncept bio-psycho-sociálního modelu** a začal být doceňován význam prostředí nemocného. To sice může být zdrojem rizik či přímo příčinou onemocnění, ale současně v něm můžeme účinně zasáhnout a rizika mírnit a obrátit v prospěch pacienta (Anders, Dušek, Duškov et al., 2020). S bio-psycho-sociálním přístupem v adiktologii přichází také větší poptávka po kontaktní práci s klientem, minimalizaci rizik, sociální práci, psychoterapii, substituční léčbě a podobně. Do péče o klienty se zapojují také pracovníci **nezdravotnických profesí** – psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové a tak dále (Miovský et al., 2014).

2. 1. 1 Adiktologický kontext

Péče pro uživatele všech typů návykových látek byla **před rokem 1990 zajišťována ve státních zdravotnických zařízeních**. Poskytovali jí převážně lékaři v protialkoholních poradnách (později tzv. AT ambulancích) a v lůžkových psychiatrických zařízeních. V důsledku zrušení dotací se však tehdy převážně **privátní síť ambulantní péče** o uživatele návykových látek **rozpadla**. Tyto zaniklé lékařské služby začaly částečně nahrazovat nově vznikající kontaktní poradenská centra, terénní programy, terapeutické komunity, doléčovací programy a stacionáře, zřizované nestátními organizacemi, a to pouze pro uživatele nelegálních drog. **Tato síť, pokrývající celé spektrum problémů** spojených s užíváním návykových látek, však **nebyla dostatečně koordinována a vyvažována** (Miovský et al., 2014).

Během veřejné **debaty v roce 2019 o reformě psychiatrie** (dnes se užívá pojmu „reforma péče o duševní zdraví“) z pohledu adiktologie předkládá své pojetí lékař Jiří Dvořáček, který o reformě psychiatrie říká, že je to především **etický proces**. Změny, jako redukce lůžek nebo vytvoření nových služeb, jsou pro něj vedlejšími procesy. Jako prvotní a základní vnímá šanci **udělat z psychiatrického pacienta nebo závislého klienta ve všech směrech zpátky člověka**. To pak znamená způsob, jakým se k němu vztahujeme, kde a co mu nabízíme k léčbě nebo kde ponecháváme jeho kompetence a kde je naopak přebíráme (SANANIM Drugreporter, 2019).

V roce 2003 představuje Libra ve svém článku pojem „Drogová agentura“ a navrhuje tak možný model specifického **lokálního drogového programu**. Agentura by podle něj mohla být **kombinací standardních modulů služeb**, které jsou použity ve specifické skladbě v závislosti na místních potřebách, avšak nesupluje přirozené komunitní zdroje a již existující efektivní adiktologické služby. Tento program mimo jiné aktivně vyhledává cílové skupiny a má kapacitu k individuálnímu posouzení problému a k dlouhodobému vedení a podpoře klienta. Pracovníci jsou

v něm schopni poskytnout potřebné minimum zdravotnických služeb nebo disponují kontakty na základní i speciální zdravotní služby, ale i na poskytovatele sociálních služeb. Pracují s klientem v rámci individuálního plánu (rehabilitačního procesu) například po návratu z terapeutické komunity, pobytové léčby nebo z výkonu trestu (Libra, 2003).

V roce 2008 vzniká první verze dokumentu „**Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice**“. V následujících letech byl dokument v několika etapách upravován až do finální verze schválené v roce 2013. Dokument pojednává také o **slabých stránkách tehdy současného systému adiktologické péče**, mezi které řadí omezený počet ambulantních zdravotních služeb a nedostatečnou realizaci adiktologické péče v privátních psychiatrických ambulancích. Dále zmiňuje zúžené spektrum cílových skupin některých služeb – nezdravotnické programy se většinou zaměřují jen na práci s uživateli nelegálních drog, jiné specializované zdravotnické programy zase pracují například jen s uživateli alkoholu. Jednotlivé typy služeb se rozvíjejí nerovnoměrně, nejsou provázané, nespolupracují spolu a aplikují rozdílné metody práce. Preferuje se bio-medicínský přístup a je omezena dostupnost psycho-sociálních komponent. Dále chybí programy pro adiktologické pacienty s duální diagnózou – například postupy case managementu. A v neposlední řadě chybí definice a úhrada specifických adiktologických výkonů z veřejného pojištění (Miovský et al., 2014).

Dvořáček (2017) popisuje, jakým směrem by se další práce na reformě adiktologie měla ubírat. Podle něj je **slabý ambulantní sektor**, některé léčebné systémy jsou svými režimovými omezeními stigmatizující, existují známky resortismu mezi zdravotnickou a sociální oblastí a některé **nové přístupy – case management**, služby v domácím prostředí pacienta, nepaternalistický přístup – si **vyžadují větší podporu**. Dále Riesler (2015) píše o potřebě naplňovat a rozvíjet ambulantní léčbu závislých pacientů. Podle něj by **léčba** měla být zaměřena více **celistvěji a tím být humanizována**. Celistvostí míní zaměření na vyšší integraci všech složek osobnosti (biologické, psychické, sociální a spirituální), tedy také diskusi o životních možnostech pacienta, o smyslu života, o jeho konečnosti a o možnostech vzdělání nebo osvojení si nových dovedností. Měla by být nabízena aktivní forma života a hodnotné záliby a pomáhat pacientovi v úsilí o sebepoznání a sebe porozumění.

V roce 2019 vydává Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP ve spolupráci s Českou asociací adiktologů (ČAA) a Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze **Návrh základní sítě zdravotních adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty a klienty v kontextu reformy psychiatrické péče**. Vznik základní sítě krajských adiktologických ambulancí předpokládá transformaci vybraných existujících klíčových pracovišť do podoby **komplexních páteřních ambulancí** při zachování celé dosavadní sítě pracovišť v plném spektru jejich služeb. Vznik páteřní sítě krajských ambulancí směřuje k **lepší organizaci, spolupráci a návaznosti celé sítě služeb**. Krajské ambulance zajišťují víceúčelové a víceprahové specializované služby pro klienty

s problematikou závislostí, kdy klíčovým integrujícím prvkem je uplatnění **case managementu** zasazeného do podoby integrovaného ambulantního provozu kombinujícího certifikační standard ambulance, stacionáře, ambulantního doléčovacího programu a substitučního střediska. Ambulantní **multidisciplinární týmy** poskytují tyto základní typy intervencí: (1) základní informační a edukační úroveň a poradenství, (2) nízkoprahový servis, (3) Komplexní diagnostika (psychiatrie, psychologie, adiktologie), (4) case management, (5) psychoterapie, (6) farmakoterapie (včetně substituce), (7) socioterapie, (8) nácvikové a tréninkové programy, (9) sociální práce (Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP ve spolupráci s Českou asociací adiktologů (ČAA) a Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, 2019).

Také **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030** definuje strategické cíle pro další směřování péče o duševní zdraví. Právě v rámci 4. strategického cíle, ve kterém jde o zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví, se objevuje pojem **ambulance s rozšířenou působností pro adiktologické pacienty** (dále jen „ARP-AD“). Těch by mělo do roku 2029 vzniknout 20 a měly by aplikovat multidisciplinární přístup, který se ukazuje být velice účinným propojením dovedností a kompetencí jednotlivých odborností během poskytování adiktologické péče (Anders, Dušek, Duškov et al., 2020).

2. 2. Shrnutí metodiky (a jejích příloh) pilotních provozů ARP-AD

ARP-AD je jednou z aktivit realizace opatření **Strategie reformy psychiatrické péče** a je součástí projektu „Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné“. Dle metodiky (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020a) je hlavním záměrem ARP-AD **přesun těžiště péče o osoby s adiktologickou poruchou do jejich vlastního sociálního prostředí**. Tato metodika definuje konkrétní rozsah služeb, minimální personální a materiálně technické zabezpečení pro účely pilotního provozu ARP-AD v souladu se Standardem ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby trpící duševní poruchou (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016).

Součástí pilotního provozu je také **spolupráce se stávající sítí zdravotně-sociálních služeb** a klíčovými poskytovateli péče v oboru psychiatrie a adiktologie s maximálně efektivním využitím aktivních lékařských úvazků. Pilotní provoz má také sloužit ke **zmapování činnosti a finanční náročnosti ARP-AD** prostřednictvím informací o zdravotních výkonech, k nastavení úhradových mechanismů a k jejich prověření v praxi. Výstupem by měl být finální soubor výkonů k vykazování zdravotních služeb.

Cílová skupina programu je velmi široká. Patří do ní rizikové uživatelé alkoholu, tabáku i nelegálních návykových látek od 15 let, včetně patologických hráčů. Služby jsou poskytovány osobám ve všech fázích vývoje adiktologických poruch, s různou motivací ke změně, včetně osob

s problematikou nelátkových závislostí či osob trpících jinou duševní poruchou - **duální diagnózou**. Dále rodinným příslušníkům a partnerům těchto osob (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020a).

ARP-AD musí disponovat platnými oprávněními k poskytování zdravotních služeb v oboru psychiatrie, klinické psychologie, adiktologie a ošetrovatelské péče v psychiatrii. Forma poskytované péče je **ambulantní a péče ve vlastním sociálním prostředí**. Dále poskytuje **služby krizové**, jejichž cílem je podpora zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizace. Také může nad rámec těchto služeb poskytovat další **programy směřované na udržení a rozvoj specifických dovedností**: (1) programy zaměřené na udržení funkčních schopností a práceschopnosti, (2) programy zaměřené na podporu rodičů a příbuzných pacientů s duševním onemocněním, (3) programy zaměřené na integraci rodiny, (4) programy zaměřené na spolupráci se specializovanými ambulancemi, např. gynekologie, stomatologie, ambulance ve vězeňských zařízeních a podobně. Minimální provozní doba ARP-AD v období pilotního provozu je 40 hodin týdně (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020a).

ARP-AD je personálně zajištěno zdravotnickým **multidisciplinárním týmem**. Ten je složen minimálně z **lékaře** se specializovanou způsobilostí v oboru **psychiatrie** (1,0 úvazek), **klinického psychologa** (0,5 úvazek), **adiktologa** (1,5 úvazek), **sestry pro péči v psychiatrii** (1,0 úvazek) a z **administrativního pracovníka** (0,5 úvazek). Multidisciplinarita a týmová práce jsou jedním ze základních principů poskytování péče. Tým profesionálů **spolu intenzivně a účelně spolupracuje** při posouzení a vedení případu. Cílem týmu je vnímat klienta v podstatných **bio-psycho-sociálních souvislostech**, porozumět a respektovat jeho pohled na svůj život a potřeby. Kontraproduktivní je posilování týmové hierarchie, formální komunikace a nejasně vymezených pravomocí. Rozhodování týmu je založeno na demokratickém principu. Vedoucí se nevzdává svých rozhodovacích pravomocí, ale využívá obousměrné komunikace a svá rozhodnutí konzultuje s pracovníky. Tým o konkrétních věcech diskutuje a každý člen přináší své názory a poznatky nejen na týmových poradách a intervizích. Porada celého týmu je nejméně 1x týdně. Nutné je také zajištění externích supervizí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020b).

Multiprofesní tým pracuje formou **kontaktní práce, poradenství, individuálního případového vedení léčebných postupů a case managementu**. S klienty pracují formou vedení individuálního plánu **garanti**, kteří v případě běžné ambulantní péče převážně **sami poskytují službu** a případně **koordinují** poskytování více služeb v rámci ARP-AD. V případě indikace, na základě posouzení potřeby rozvinout intenzivnější péči v rámci jeho individuálního léčebného plánu, přechází klient do **programu case managementu**. Indikací k zařazení do case managementu může být více. Účinný je zejména s klienty s vícečetnými sociálními problémy, kteří nejsou motivováni k aktivní účasti v intenzivní léčbě nebo s těmi, kteří z tradičních služeb vypadávají nebo nevykazují dlouhodobě příznivý vývoj své zdravotní a sociální situace. Doporučenou indikací je také

u klientů, kteří trpí komorbiditami nebo se u nich hospitalizace prokazuje jako neúčinná. Pro ARP-AD je doporučen model **asertivní komunitní léčby** a model **intenzivního case managementu**, případně kombinace obou přístupů v modelu **FACT** (flexibilní asertivní komunitní léčba) (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020b).

2. 3. Case management

Case management je jedna z nejvýznamnějších inovací v moderní péči o duševní zdraví (Holloway, Carson, 2001) a nejčastější **multidisciplinární přístup k integrované léčbě osob s duální diagnózou** (Drake & Noordsy, 1994). V této kapitole budou popsány přístupy case managementu, jakožto jedné ze základních poskytovaných služeb v ambulancích s rozšířenou péčí o adiktologické pacienty.

2. 3. 1 Krátký přehled vývoje case managementu pro osoby užívající návykové látky

Jako zakladatelku case managementu, coby intenzivní případové práce v přirozeném prostředí, vnímá mnoho historiku Mary Ellen Richmond, která na počátku 20. století formulovala koncepty „přátelské sousedství“ a „sociální případová práce“. Řešení pro lidi ohrožené chudobou a sociální exkluzí viděla v **interakci mezi jedincem a jeho přirozeným prostředím**. Ve třicátých letech holandský doktor Arie Querido založil v Amsterdamu první mobilní tým péče o duševní zdraví. Už tehdy rozpoznal, že při procesu péče o duševně nemocné jsou mezi hlavními problémy klientovy ekonomické a sociální těžkosti. V rámci deinstitucionálního hnutí byl v USA v roce 1963 přijat zákon o komunitním duševním zdraví, který byl součástí legislativní aktivity prezidenta J. F. Kennedyho a ustanovil vznik komunitních center duševního zdraví (Libra, 2015).

V USA, ve státu Wisconsin, byl v sedmdesátých letech jako náhrada za psychiatrickou hospitalizaci zaveden projekt **TCL** (Training in Community Living), ve kterém se termín case management ještě sice neobjevuje, ale obsahoval řadu myšlenek, které následně formovaly **základ asertivního case managementu**. Práce se odehrávala v domovech klientů a v jejich pracovištích. Služba nabízela komplexní vyšetření a koordinovala veškerou péči poskytovanou duševně nemocným. Práce s klienty byla intenzivní, individuální program naplňoval 24 hodin denně po 7 dní v týdnu každého klienta. Projekt se soustřeďoval na hledání pracovních míst, pracovníci TCL byli v kontaktu se zaměstnavateli a pomáhali tam řešit konflikty klientů. Pracovníci se zaměřovali na **silné stránky klienta**, věnovali pozornost jeho učení, konstruktivnímu využívání volného času a rozvoji sociálních dovedností. Služba podporovala zapojení rodinných příslušníků a dalších osob z klientova okolí. Následné zhodnocení ukázalo, že klienti TCL (v porovnání s kontrolní skupinou, která byla léčena v nemocnici s následnou péčí) byli během 14 měsíců poskytování služby **výrazně méně hospitalizováni**, čerpali méně zdravotní péče od jiných poskytovatelů, dostávali se méně

častěji do konfliktních situací, byli kratší dobu nezaměstnaní a byli výrazně spokojenější se svojí životní situací. Projekt byl pro svůj úspěch replikován v USA, Austrálii a Velké Británii, později znám jako **PACT** (Psychiatric Assertive Community Treatment) model (Stein, Test, 1980).

Autoři studie (Stein, Test, 1980) a úspěšného projektu TCL stanovili již tehdy **základní požadavky komunitních programů**:

- 1) **Programy komunitní léčby jsou odpovědné za pomoc** pacientovi získat jeho základní materiální zdroje – jídlo a pití, přístřeší, oblečení a zdravotní péči.
- 2) Pacient by měl být **podporován v učení se dovedností potřebných k životu v komunitním prostředí** – používání veřejné dopravy, příprava jednoduchých a výživných jídel, hospodaření s finančními prostředky.
- 3) **Motivovat k setrvání a v zapojení se do života**, podporovat v řešení životních problémů. Ubezpečovat klienta, že není sám a že se o něj ostatní zajímají, bylo zásadní, jelikož často zažívá stres a jeho motivace k setrvání v komunitě slábne.
- 4) Programy **podporují pacienta v zapojení se do komunitního života**, při hledání nových nepatologických a nezávislostních vztahů a při budování jeho vlastní autonomie.
- 5) **Podporovat a vzdělávat členy komunity** a další osoby zapojené do života pacienta, protože to, jak se k němu okolí vztahuje, ovlivňuje jeho chování.
- 6) Programy **asertivně pomáhají** pacientovi v naplňování předešlých pěti zásad. Programy mu jdou ve spolupráci aktivně naproti, zahrnují jej do léčby a zajišťují její **kontinuitu** i mezi dalšími poskytovateli péče, protože lze očekávat, že tito pacienti s takto závažnou psychiatrickou symptomatologií nebudou dodržovat schůzky a budou mít tendence z léčby vypadávat.

Do České republiky se dostal case management později. Zmiňuje ho **Koncepce oboru psychiatrie z roku 1998**, která pro péči o osoby s dlouhodobými psychickými obtížemi doporučuje kontinuální charakter a vytváření multidisciplinárního přístupu a princip case managementu (Česká psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně, 1998). V Mladé Boleslavi, Pardubicích a v Praze pak v rámci projektu Regionální komunitní péče vznikají první programy využívající některé formy case managementu (Stuchlík, 2001). Dále Pěč (2008) v Návrhu novelizace Koncepce oboru psychiatrie popisuje rozvoj potřebných služeb. Mezi ně patří právě **case management a asertivní komunitní léčba**, pro které jsou charakteristické tyto prvky: multidisciplinární tým, péče o pacienta je sdílena celým týmem, přímé poskytování služeb členy týmu, vysoká četnost kontaktu s pacientem, méně pacientů na jeden tým, asertivní vyhledávání pacienta v jeho prostředí a nepřetržitá služba.

Osoby zneužívající návykové látky nebyly historicky tak často institucionalizovány jako osoby s jiným chronickým duševním onemocněním, a tak **nebyly přímo ovlivněny deinstitucionalizačním hnutím**. Teprve když se užívání návykových látek dekriminalizovalo, začal být case management poskytován i těmto osobám (do té doby byly podobné služby poskytované pod jinými názvy, jako domy na půl cesty nebo „mission work“). První, kteří zavedli mnoho generických funkcí case managementu do oblasti léčby zneužívání návykových látek, byli tvůrci veřejnozdravotních politik v Kanadě. Pozornost zpočátku získal v USA v rámci **alternativních léčebných programů** (Treatment Alternatives to Street Crime), které začaly v roce 1972 propojovat systém trestní justice se systémem léčby o závislé na návykových látkách (SAMHSA, 1998).

Case management se v práci s uživateli návykových látek začal používat v osmdesátých letech minulého století v USA a Kanadě, ale později se rozšířil do Nizozemska, Německa, Belgie, Dánska a dalších evropských zemí. Rozšiřoval a doplňoval tradiční metody léčby z několika důvodů. Prvním je, že se **užívání drog** začalo stále více vnímat jako **vícestranný a komplexní problém**, ke kterému je potřeba přistupovat **holisticky** a věnovat se i širším otázkám a problémům (duševnímu zdraví obecně, vztahům, právním problémům, bydlení, zaměstnání), než pouze samotnému užívání, a tak poskytnout **široké spektrum služeb** vyhovující specifickým potřebám klientů. Druhým důvodem je, že se užívání návykových látek stále častěji chápe jako **chronické a relabující** duševní onemocnění, pro které je klíčovou součástí prevence relapsu poskytovat dlouhodobé podpůrné služby, které umožní klienty stabilizovat a pomáhat jim překonávat problémy. Třetím důvodem byla **špatná a selektivní dostupnost stávajících služeb** a jejich nedostatečná kvalita (Vanderplasschen, Wolf, Rapp, Hesse, 2007).

2. 3. 2 Definice a popis činnosti case managera

Case management je od osmdesátých let 20. století definován jako postup **práce s náročnými klienty**, pro který je typický **case managerův proaktivní přístup** ke klientovi. Intenzivní vztah je základním prostorem a nástrojem přístupu, kdy case manager kombinuje blízký a v mnoha ohledech neformální vztah ke klientovi s formální pozicí case managera v týmu i v celé síti služeb (Libra, 2015). Case management je klíčový **koordinační mechanismus pro fragmentovaný systém péče**, kde jsou zdravotní a sociální služby do velké míry separovány (Burns, Fioritti, Holloway, Malm, Rössler, 2001).

Moore (1990) definuje case management jako plánování a koordinaci systému zdravotních a sociálních služeb, které jsou individualizovány specifickým potřebám klienta. Rapp, Siegal, Fisher (1992) jej definuje jako podporu pacienta k obnovení povědomí o jeho vlastních zdrojích, jako je inteligence, kompetence a schopnost řešit problémy a vytváření a vyjednávání možností spolupráce a komunikace mezi ním a externími zdroji a obhajovat klienta za účelem

posílení kontinuity, dostupnosti, odpovědnosti a účinnosti těchto zdrojů. Pojetí je mnoho, ale case management by se dal definovat obecně přijatou sadou aktivit zahrnující (1) **posuzování**, (2) **plánování**, (3) **propojování** klienta k dalším zdrojům, (4) **monitoring** případu a (5) **obhajobu** zájmů klienta (SAMHSA, 1998). Někteří autoři (Vanderplasschen, De Maeyer, 2007) navíc zařazují na začátek procesu fázi **vyhledávání případu** a zapojení do programu (case finding and engagement) a na konec fázi evaluace a **ukončení programu** (evaluation and disengagement).

Funkce case managementu popisuje Moore (1990), které jsou klasifikovány jednoduše činnostmi, které jsou case managery prováděny. Patří mezi ně: (1) posouzení individuálních schopností klienta čelit výzvám vycházejících z jeho prostředí, (2) posoudit pečovatelskou schopnost klienta rodiny a jeho primární skupiny, (3) posoudit zdroje v rámci formálního systému péče, (4) umožnit klientům zmobilizovat jejich vlastní zdroje při řešení výzev v jejich přirozeném prostředí, (5) umožnit rodině a primární skupině klienta rozšířit schopnost péče a kapacitu, (6) usnadnit efektivní vyjednávání klienta se svými rodinnými zdroji a poskytovateli formální péče, (7) průběžně vyhodnocovat individuální potřeby klienta a (8) vyhodnotit, do jaké míry je klient adekvátně podporován svojí rodinou a formálním systémem péče. Case management se s ohledem na chronicitu duševního onemocnění obvykle **poskytuje po dlouhé časové období** (Rapp, Otto, Lane, Redko, McGatha, Carlson, 2008).

Vztah pracovníka a klienta je základní esencí case managementu. Během poskytování široké škály různých služeb a sdílení společných chvil v různých situacích (od společného obědu v restauraci přes doprovázení k lékaři po schůzi v kanceláři) se rozvíjí vztah skrze komplexnost interakcí. Bez omezení parametry konvenční psychoterapie se vytváří spolupracující vztah, ve kterém se **instaluje variace přenosových a proti-přenosových reakcí vyvolaných škálou reálných situací**. To představuje příležitosti i hrozby. Role case managera jako přechodného účastníka v životě klienta mu může pomoci vytvářet vlastní osobní příběh, což je stavebním kamenem zotavení a integrace. Obtíže v tomto vztahu však mohou hrát roli v klientových relapsech a regresí (Kanter, 2010). Proto je vhodné trénovat pracovníky v **psychoterapeutických evidence-based postupech a principech** (Drake, Mueser, Brunette, 2007), což může zlepšit jejich sebe-účinnost, schopnost reflexe a empatie (Ravitz, Berkhout, Lawson, Kay, Meikle, 2019).

Case management se primárně využívá jako **doplňěk** existujících služeb. Standardní léčba závislosti (lékařská péče, psychologická podpora, psychoedukace, prevence relapsu) je obvykle zajišťována dalšími profesionály. Case manager se věnuje zajištění **dostupnosti těchto služeb, motivaci klienta k nástupu na léčbu** a aby se na léčbě aktivně podílel a zajišťuje mu kontinuální podporu. Kromě toho však může case manager sám poskytovat některé služby nebo v některých případech působit jako terapeut. Příklady těchto služeb poskytovaných case managerem mohou být: různé typy praktické pomoci (pomoc s financemi, tvorba rozpočtu, žádost o dávky, vyhledání ubytování, hledání práce), okamžitá podpora v krizových situacích, podpora a monitorování

tréninku specifických dovedností, zprostředkování lékařské (a/nebo psychiatrické) péče, podpora při užívání léků a snižování míry užívání nelegálních drog, zprostředkování právní pomoci, zastávání funkce mediátora ve styku s blízkými osobami či sousedy, podpora a psychoedukace pro rodinu a další blízké osoby nebo pomoc klientovi nacházet zdroje a podporovat jej v jeho bezprostředním okolí (Vanderplasschen, Wolf, Rapp, Hesse, 2007).

Vyhledávání případu a zapojení do programu

Ve fázi **vyhledávání případu a zapojení do programu** se očekává osvědčený **proaktivní přístup**. Case manager místo pouhého čekání na to, až klient vyhledá pomoc, často poskytuje služby netradičními způsoby, které naplní klientovy momentální potřeby. Tato úvodní fáze bývá obtížná, jelikož je **motivace ke vstupu do služby limitována**. Potenciální klienti nemusí být obeznámeni s procesem léčby, jejich očekávání bývají nerealistická, často nedocházejí na domluvené schůze, jsou apatičtí a neochotní ke změně. Úkolem case managera je v této fázi **redukovat vnitřní i vnější bariéry** pro vstup. Toho může dosáhnout motivačními rozhovory, základní edukací o závislostech a zotavení, připomínáním minulých i možných budoucích dopadů užívání drog, asistencí při dosažení klientových základních potřeb a rozvíjením vztahu case manager-klient (SAMHSA, 1998).

Klienti přicházejí do léčby v **různých fázích motivace**, od fáze, kdy si vůbec neuvědomují svůj problém (prekontemplace), přes zvažování potřeby léčby (kontemplace), až po rozhodnutí se a udržování dosažených cílů (Prochaska, DiClemente, 1982). Zvláště nízká motivace ke snížení (či ukončení) užívání návykových látek bývá u osob s duální diagnózou (Barrowclough, Haddock, Fitzsimmons, Johnson, 2006). Podle **motivačních postupů** (Miller, 1996) by měli být klienti podporováni spíše naslouchajícími než konfrontačními přístupy. Strukturované rozhovory mezi case managerem a klientem mohou umožňovat diskusi nad historií užívání návykových látek klienta a prozkoumání ztrát, které mohly být v důsledku tohoto chování způsobeny. Někteří klienti mohou v této historii odhalit své rostoucí vzorce ztráty kontroly (možná i svobody). „Prohlížení“ těchto ztrát a diskuse nad nimi může sloužit jako motivace k setrvání v léčbě. Empatické naslouchání a projevení upřímného zájmu o klientův blahobyť, může usnadnit vytvoření smysluplného a podpůrného vztahu mezi klientem a case managerem a zvyšovat klientovu motivaci. Tento dobrý počáteční vztah může být velmi cenný i později, když se klient během léčby dostane do obtíží (Miller, Rollnick, 1991).

Během prvních schůzí musí být také klienti informováni o požadavcích a povinnostech case managera (a celého programu) a o požadavcích, které budou muset klienti splnit, aby byli přijati do léčby. Už na začátku by mělo být klientům připomínáno, že pro zotavení jsou potřebné trvalé změny. Nakonec by měly být zodpovězeny veškeré dotazy klienta. To může být zvláště

důležité pro klienty, kteří jsou odkázáni ze systému trestního soudnictví a mohou být zmateni ohledně požadavků tohoto systému a z důsledků jejich nedodržování (SAMHSA, 1998).

Posuzování

Další fází je **posuzování** (assessment). Tu lze definovat jako **komplexní inventuru klientových silných a slabých stránek se zaměřením na zdroje, které nabízí komunita**. Case manager by měl věnovat pozornost základním potřebám klienta a tomu, jakou pomoc nebo podporu potřebuje a do jaké míry je schopen fungovat sám. Zjišťuje jeho přání a tužby, jaké má silné stránky, ale i jaké dovednosti mu scházejí a jakými riziky je ohrožen. Patří sem také komplexní **bio-psycho-sociální posouzení** klientovy situace jako je ubytování, finance, fyzické a duševní zdraví, užívání drog a zkušenosti s léčbou, zaměstnání, rodinné a další vztahy, volnočasové aktivity a trestněprávní situace. Posuzování v oblasti drogových závislostí se tradičně primárně orientuje na problémy a slabé stránky, kdy je většina diagnostických nástrojů zaměřena spíše na přítomnost symptomů a poruch a jejich závažnost. Posuzování v rámci case managementu by oproti tomu mělo být zaměřené na již zmíněné silné stránky, dovednosti a příležitosti v rámci komunitních zdrojů (SAMHSA, 1998).

Case manager má možnost **syntézy informací** z častých kontaktů s klientem, během přímého pozorování klienta v jeho komunitě, z výpovědí příbuzných a z opakovaného sebehodnocení klienta. Posuzování obsahuje detailní hodnocení klienta v oblasti užívání návykových látek. Zahrnuje zjišťování motivace k užívání, jeho očekávání od účinků u různých typů drog a **motivaci ke změně**. Také to, jakou roli hraje užívání návykových látek v různých oblastech života, jako je jeho bydlení, vztahy, zvládání onemocnění anebo práce a jakou roli hrají návykové látky při dosahování jeho osobních cílů. Tyto faktory pomáhají pracovníkovi vytvořit **individuální léčebný plán**, zahrnující klientovy silné stránky a přání, který identifikuje specifické cíle a intervenční postupy (Drake, Mueser, 2000).

Pro zvyšování povědomí o problémech spojených s užíváním návykových látek je vhodné strukturovat intervence tak, aby klient dokázal identifikovat, v čem přesně mu tyto problémy zabraňují dosahování životních cílů. To může zvýšit úsilí ke změně návykového chování, aby se tak posunul v oblastech života, kterých si váží. Současně je důležitá schopnost pracovníka se flexibilně orientovat i na jiné oblasti života, když se jej nedaří motivovat ke změně návykového chování (Barrowclough, Haddock, Fitzsimmons, Johnson, 2006).

Mnoho uživatelů návykových látek trpí také **dalším duševním onemocněním**. Kalina, Minařík (2015) uvádí **prevalenci duálních diagnóz** okolo 30-50 %. Například podle studie z Indie jde o 33 % (Subodh, Hazari, Elwadhí & Basu, 2017), podle české studie se prevalence pohybuje okolo 35 % (Mravčík et al., 2003). **Diferenciální diagnostika** poruch způsobených užíváním návykových látek a jiného duševního onemocnění (případně jejich koexistence) bývá u těchto osob

obzvláště obtížná, jelikož se různé psychiatrické symptomy mohou objevit v důsledku užívání drog (Rounsaville, 1989). Přítomnost duální diagnózy potencuje přítomnost suicidálních myšlenek, sociální exkluze, bezdomovectví, agrese, úrazů, sexuálně přenosných chorob, jaterních, kardiovaskulárních a gastrointestinálních onemocnění. Také přispívá k nedodržování léčebných postupů a k vypadávání z léčby (Horsefall, Cleary, Hunt, Walter, 2009).

Hodnocení na základě monitorování potřeb pomáhá týmu vytvořit léčebný plán, který je klientovi představen a následně klientem schválen. Nebývá důležité, zda posuzování dělá pouze jeden pracovník nebo celý tým. **V rámci multidisciplinárního přístupu by měli všichni členové týmu do plánu vnést své odborné stanovisko.** Pokud pro klienta není z nějakého důvodu možné spolupracovat s programem case managementu, pracovník jej spojí s jinými vhodnými léčebnými programy (SAMHSA, 1998). K tomu, aby mohl pracovník dobře zhodnotit stav klienta a posoudit, co potřebuje, musí dobře porozumět jeho silným stránkám a deficitům, což zahrnuje znalost psychiatrických i dalších poruch, stejně tak dostupných komunitních zdrojů (mimo jiné). To implikuje **nepřetržité vzdělávání, konzultování s kolegy, studium odborné literatury a supervizi** (Kanter, 2010).

Plánování a stanovování cílů

Jádrem case managementu je fáze **plánování, stanovování cílů a implementace**, které přímo vychází z fáze posuzování. Klient a case manager identifikují cíle ve všech relevantních oblastech života s využitím silných stránek, potřeb a přání. Každý cíl by měl být rozdělen do dílčích cílů a ještě menších jednotlivých kroků a měly by být tzv. **SMART**, tedy aby cíle byly specifické, měřitelné, akceptovatelné, realistické a termínované. Jasně a zvládnutelné cíle pomáhají klientovi, aby se necítil přetížený, a poskytují měřítko, podle kterého se dá měřit jeho pokrok. Stanovené cíle by měly být **zarámovány v pozitivním kontextu** – jako něco, čeho by mělo být dosaženo, ne čemu by se mělo vyhnout. Mělo by být také stanoveno jejich časové období (SAMHSA, 1998). Důležité je, aby cíle byly formulovány a dosahovány ve spolupráci s case managerem (Rietkerk, Uittenbroek, Gerritsen, Slaets, Zuidema, Wynia, 2021). To, že case manager pomáhá klientovi učit se stanovovat si cíle a že se klient zásadně podílí na sestavování seznamu a plánování toho, čeho chce dosáhnout, jsou podle výzkumů základní prvky úspěšnosti intervence s využitím case managementu (Rapp, 2006, in Vanderplasschen, De Maeyer, 2007).

Úspěšné splnění cílů může klientovi poskytnout **uspokojení ze získaného zdroje**, nesplnění cíle by mělo být příležitostí k přehodnocení vlastního úsilí. Samotné získání zdroje ze splněného cíle však není jediné, z čeho může klient prosperovat. Během jeho plnění se totiž klient učí systematicky plánovat, postupovat menšími cíli až k dosažení vytoužených cílů, ovládat sám sebe a své prostředí díky uvažováním nad možnými překážkami a získávat pomoc od ostatních. V této

akční fázi se klient často dostává do neznámých rolí a aktivit, ale i do závažných situací, **cítí se zahlcen a může relapsovát** i po dlouhé době abstinence (SAMHSA, 1998).

Pro plánování je vhodné používat nástroje (např. plány sepsané na barevné papíry a kopie předané klientovi), které budou klientovi připomínat proces stanovování cílů (Rapp, 2006, in Vanderplasschen, De Maeyer, 2007).

Propojování klienta s dalšími zdroji

Dle studie se uživatelé návykových látek obtížně zapojují do léčebných programů a nevyužívají je efektivně (Ashery, Carlson, Falck, Siegal, 1995). Také proto je další klíčovou aktivitou case managementu **propojování klienta s dalšími zdroji** (linking), kdy mu case manager zajišťuje využívání **dalších vhodných služeb**. Pracovník představuje klientovu aktivitu a překonává bariéry, aby zajistil, že budou poskytovatele služeb klienta akceptovat. I poté, co je do služby úspěšně přijat, case manager **monitoruje**, jestli je služba poskytovaná v dostatečné kvalitě a jestli klient ze služby opravdu benefituje. Toto síťování zahrnující také lokalizování a identifikování místních poskytovatelů služeb, je velmi časově náročnou a důležitou aktivitou případového vedení (Ashery, 1992). Case management cílí na propojování klienta s poskytovateli služeb a **koordinuje složitý systém péče**, aby dosáhl **kontinuity péče** a uspokojivých výsledků. Je navržen tak, aby překonával systémovou rigiditu, roztříštěnost služeb a jejich špatnou dostupnost (Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 1976, in Anthony, Cohen, Farkas, Cohen, 2000).

Ballew a Mink (1996, in SAMHSA, 1998) identifikovali **seznam úkolů**, které by se v rámci propojování měly provádět ještě předtím, než dojde k samotnému kontaktu s externím zdrojem.

Case manager by měl:

- 1) podpořit klientovu angažovanost v kontaktování instituce
- 2) naplánovat samotný kontakt
- 3) odhalit potencionální překážky
- 4) modelovat a nacvičovat průběh kontaktu
- 5) o všech předchozích krocích klienta informovat

Case manager by vždy měl správně odhadnout, **jakou míru podpory klientovi nabídne**. Někdy je klient schopen propojit se s externím zdrojem úplně sám, někdy stačí udělat iniciační telefonát a někdy je potřeba klienta doprovázet všemi fázemi zapojení se do spolupráce s dalším subjektem. Každá tato možnost představuje pro klienta jiný stupeň výzvy, která by měla korespondovat s tím, čeho je klient schopen sám dosáhnout. Tato schopnost se může časem měnit, například v **období krize je potřeba větší míra podpory** (Kanter, 2010).

Case manager by se měl snažit propojit klienta, kromě formálních organizací, také s dalšími **neformálními subjekty**, které mu mohou poskytovat péči a být pro něj důležitým zdrojem sociálních i fyzických potřeb. To může zahrnovat **rodinu, přátele nebo sousedy**. V mnoha případech může být kvalita života klienta závislá na péči a starostlivosti těchto osob. Mohou mu pomoci v krizi nebo „jen“ nabídnout společnost například na vánoční oslavě. Avšak i pro ně může být tato péče náročná. Case manager může s těmito osobami konzultovat a poskytovat jim psychoedukaci nebo je nasměrovat na skupinová sezení pro blízké osoby nemocných (Kanter, 1989). Zapojení rodiny a přátel do procesu léčby může být pro klienta zdrojem finanční, praktické nebo emoční podpory, která zlepšuje léčebné výsledky (Horsefall, Cleary, Hunt, Walter, 2009).

Monitorování

Dalším úkolem case managera je **monitorování** (monitoring) spolupráce mezi klientem a jeho zdroji a případná úprava plánu podle potřeby klienta. S tím souvisí také **sdílení informací o klientovi mezi zahrnutými stranami**. Například, když má case manager obavy, že má klient problémy v práci, měl by být o tom informován ošetřující lékař (samozřejmě v rámci dodržování mlčenlivosti). Case manager, který je zodpovědný za monitoring léčby, může například pravidelně dohlížet na testování na drogy. To může být jednak efektivní způsob, jak získat objektivní informace o klientově užívání, ale také způsob, jak vytvořit pro klienta hranice, které mohou pomoci v předcházení relapsu (SAMHSA, 1998).

Obhajování zájmů

V průběhu spolupráce může case manager odhalit, že je nutné podniknout další kroky a vyjádřit se jménem klienta – **obhajovat zájmy**. To se může stát v situacích, **kdy jsou klientovi odmítnuty práva nebo služby** (například sociální dávky, služby ubytování) na základě diskriminace (na základě jakéhokoli vnitřního aspektu), navzdory splnění požadavků způsobilosti nebo když je klient ze služby propuštěn z neoprávněných důvodů. Obhajování klienta by mělo být vždy přímé a profesionální. Může mít mnoho podob, od přímé diskuse se zaměstnavatelem nebo pronajímatelem, přes dopisování se soudcem nebo probačním pracovníkem, až po působení v komunitě, aby klienta přijala a umožnila mu bezpečný návrat. To zahrnuje také **vyvracení mýtů a edukaci služeb a okolí k odstraňování předsudků o duševně nemocných a uživatelích návykových látek** (SAMHSA, 1998).

Case manager může být ovlivněn blízkým vztahem s klientem. Proto je důležité, aby se vždy **snažil pochopit pohled druhé strany** a konzultoval postup v týmu, než začne vyvíjet snahy o obhajování klienta (Sullivan, 1991, in SAMHSA, 1998). **Obhajoba**, byť má přispívat k plnění cílů stanovených v plánu, však **neznamená, že klient dostane vždy to, co chce**. Case manager totiž musí respektovat hranice systému a neměl by ohrožovat bezpečnost veřejnosti. To může být

zvláště obtížné například s pachateli trestných činů, kdy se pracovník snaží vyjednávat o udržení klienta v komunitní léčbě, avšak současně musí informovat probačního pracovníka o pozitivních testech na přítomnost drog nebo o kriminálním jednání (SAMHSA, 1998). Perlman (1979) dodává, že to, že je pracovník obhájcem klienta neznamena, že je toho druhého protivníkem.

Hodnocení a ukončení programu

Poslední fází case managementu je **hodnocení a ukončení programu** (evaluation and disengagement). Nejde o pouhou událost, ale **celý proces**. Pro klienta i case managera to znamená fyzickou i emocionální separaci, ke které dochází ve chvíli, kdy klient uvěří ve svou sebe-účinnost (self-efficacy) a je schopen fungovat nezávisle. Tento krok může být také do velké míry postaven na progresu, který je definován v individuálním plánu. Dobře popsany plán (na jehož sestavení se aktivně podílel klient) může zahrnovat objektivní informace, které pomohou klientovi i pracovníkovi rozhodnout, kdy je ukončení služby vhodné. Proces **ukončování je plánovaný a postupný** a obsahuje **shrnutí spolupráce**, čeho se podařilo dosáhnout (a čeho ne) a toho, co se klient i pracovník během ní naučili. Hodnocení a sumarizace klientova progresu může být důležitým aspektem zvědomení a upevnění jeho zisků a významnou podporou schopnosti získávat v budoucnu potřebné zdroje samostatně (SAMHSA, 1998).

Na ukončení case managementu by se měl domluvit pracovník spolu s klientem. Je potřeba zvážit také to, **co bude po ukončení následovat** a podívat se na to z různých perspektiv. Někdy je potřeba zjistit, jaký typ následné péče by dále vyhovoval potřebám klienta. Přerušování péče totiž často vede k vypadnutí ze služeb a léčby, případně k relapsu (Vanderplasschen, De Maeyer, 2007).

2. 3. 3 Modely case managementu doporučené pro ARP-AD

Existuje několik modelů case managementu, z nichž pro práci s uživateli drog jsou nejužívanější následující: (1) Brokerský case management, (2) intenzivní case management, (3) asertivní komunitní léčba, (4) case management založený na silných stránkách a (5) klinický rehabilitační model (Vanderplasschen, Rapp, Wolf, Broekaert, 2004). Odlišují se, kromě dalších charakteristik, podle míry poskytovaných služeb a intenzity zapojení klienta a case managera. Jelikož se v ARP-AD doporučují postupy asertivní komunitní léčby (ACT) a intenzivního case managementu (či kombinace – Flexible Assertive Community Treatment), budou zde blíže popsány odlišnosti pouze těchto tří modelů.

Asertivní komunitní léčba

Model asertivní komunitní léčby, původně vyvinutý ve Wisconsinu (viz výše), **klade důraz na tyto složky**: (1) navazování kontaktu s klientem v jeho domácím prostředí a v přirozených podmínkách, (2) soustředí se na praktické problémy každodenního života, (3) asertivní obhajobu

zájmů klienta, (4) zvládnutelné objemy případů, (5) častý kontakt mezi case managerem a klientem, (6) týmový přístup se sdílením klientů a (7) dlouhodobý závazek ke klientovi (SAMHSA, 1998). Důležitou roli zde hraje **multidisciplinární tým case managerů, kteří spolu sdílí případy** a poskytují terénní kontaktní služby a poradenství včetně rodinných konzultací, náviku dovedností a krizové intervence. Cílem spolupráce je spíše klientův růst. **Každý case manager má přibližně 15 klientů** (Vanderplasschen, Wolf, Rapp, Hesse, 2007).

Jedni z prvních, kdo zahrnuli model asertivní komunitní léčby pro práci s osobami užívající návykové látky, byli Willenbring et al. (1990). Case manager, který vytváří dlouhodobý vztah s klientem, byl významně podporován celým týmem, který **společně nesl odpovědnost** za poskytování služeb. Vytváření vztahu často zahrnovalo „vynucovaný kontakt“ (asertivní) s významnou aktivitou ze strany poskytovatele a neočekávalo se, že klient bude sám službu kontaktovat. **Klienti během spolupráce také nemuseli abstinovat.**

Intenzivní case management

Intenzivní case management se oproti asertivní komunitní léčbě liší v tom, že s **klientem pracuje především case manager**, který zodpovídá za vedení případu. Týmy nebývají multidisciplinární a cílem je spíše stabilizování situace uživatelů drog s vážnými a komplexními problémy. Poskytování služby je však také komplexní, intenzivní a nepřetržitě, zahrnuje kontaktní práci i poskytování služeb v přirozeném prostředí (domov klienta). Význam vztahu case managera a klienta je také velmi důležitý. Každý **case manager vede 15-20 případů**. Je vhodný především pro osoby, které využívají více typů služeb zároveň (Vanderplasschen, Wolf, Rapp, Hesse, 2007).

Flexibilní asertivní komunitní léčba (FACT)

V Evropských zemích je odlišná organizace péče o duševní zdraví než v USA, kde vznikla asertivní komunitní léčba. Proto v Nizozemsku vznikl model flexibilní asertivní komunitní léčby (Flexible Assertive Community Treatment), který využívá tzv. „**flexibilní systém přepínání**“ mezi osobami (přibližně 20 % aktuálních klientů), u kterých je indikován model ACT a zbývajícími (asi 80 %), kteří aktuálně tak intenzivní péči a podporu nepotřebují. Tým využívá tzv. „**FACT board**“, na který jsou klienti vyžadující momentálně intenzivní péči zapsáni a tým se o nich denně radí a pracuje s nimi v režimu sdílení případů (všichni členové týmu mají aktuální přehled o všech klientech). Klientům, kteří momentálně nepotřebují intenzivní péči, ten samý tým poskytuje standardní individuální case management (Nugter, Engelsbel, Bähler, Keet, Veldhuizen, 2016).

2. 4. Význam multidisciplinárního týmu v ARP-AD

Všechny služby ARP-AD jsou poskytovány zdravotnickým **multidisciplinárním týmem, který je tvořen profesionály různých odborností**. Dle Standardu ambulantní psychiatrické péče

a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním, by se nová situace měla projevit **zvýšením podílu služeb prováděných nelékařskými profesemi** a vyšším podílem týmové práce (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2016). Poskytovaná péče by měla být intenzivní a komplexní, což jsou důležité faktory pro zotavení jedince, které vede k uspokojivému, plnohodnotnému, přínosnému a nadějeplnému životu. Členové týmu sdílejí pacienty a průběžně si předávají informace. **Multidisciplinární tým musí pracovat jako jeden celek**, který je v **každodenním kontaktu a sdílí jedny prostory** minimálně pro společné porady a kooperaci (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020a). V následující kapitole bude popsán fenomén multidisciplinarity, jeho využití, aplikace a přínos ve světě i u nás.

Světová zdravotnická organizace v šedesátých až sedmdesátých letech minulého století představila **bio-psycho-sociální paradigma**, které se vztahuje k celému problému nemoci a zdraví. Toto paradigma vychází z pojetí člověka jako celistvé bio-psycho-sociální bytosti ve zdraví, nemoci i v léčbě. V posledních desetiletích se objevují tendence k integraci a k interdisciplinárnímu či transdisciplinárnímu uchopení různých jevů, včetně těch, které souvisejí s lidským zdravím (Kalina, 2015). V duchu bio-psycho-sociálního modelu se následně začala péče o duševní zdraví poskytovat profesionály různých odborností v multidisciplinárních týmech s **cílem holistické diskuse** nad léčbou pacienta (Maddock, 2014).

Odborná literatura se obecně shoduje, že multidisciplinární týmy jsou **nejúčinnějším prostředkem pro organizaci péče o duševní zdraví** a nabízejí řadu výhod pro klienty i pracovníky těchto služeb (Maddock, 2014). Jeden z důvodů je založen na premise, že pracovníci s odlišnými odbornými pohledy na léčbu a organizaci péče mohou případy řešit společně díky **otevřené výměně názorů a zkušeností**. Zjednodušeně, například medicínský pohled na etiologii duševního onemocnění je soustředěn na chemické změny v mozku a genetické faktory a v léčbě využívá především farmakoterapii. Sociální pracovník vnímá v etiologii sociální a ekonomický stres, kulturní konflikt nebo menšinovou příslušnost a léčbu vidí ve změně sociálního prostředí k redukci stresu jedince. Psychoterapeut v etiologii vidí rané traumatické zážitky nebo slabé vyrovnávací mechanismy (coping skills) a léčbu vidí v dlouhodobé psychoterapii a například ve zvyšování odpovědnosti pacienta za své vlastní chování. Multidisciplinární přístup zajišťuje, že všichni tito odborníci se mohou **ztotožnit se širokou škálou uhlů pohledu** a jsou schopni společně učinit **fundovanější úsudek a vhodnější postup** pro konkrétní případ (Colombo, Bendelow, Fulford, Williams, 2003). Další výhodou multidisciplinárního týmu je, že dokáže **komplexně posoudit** klientovy potřeby a nabídnout mu širší spektrum možností a služeb (Bailey, 2012, in Maddock, 2014).

Osoby s duševním onemocněním mají komplexní potřeby, především v případech, kdy trpí dalšími **komorbiditami**. Proto potřebují podporu a péči širokého spektra různých odborníků. V multidisciplinárním týmu se předpokládá, že spolu budou členové **vzájemně a pravidelně**

komunikovat a koordinovat tak péči o klienta. Měli by disponovat holistickým chápáním klienta a jeho situace (Moxham, Patterson, Taylor, Perlman, Sumskis & Brighton, 2016). Důležité je, aby každý člen týmu **rozuměl nejen své roli ale i roli ostatních kolegů** (Atwal, Caldwell, 2006). Dostatečně **vyjasněné role** v týmu a vědomí toho, kdo je za co zodpovědný a jaký má úkol, **eliminuje výskyt chyb a duplikaci péče**. Vyjasněné role jsou důležité i pro klienta, aby věděl, jakou podporu může od jednotlivých pracovníků dostat a s jakými cíli mu mohou pomoci (Fewster-Thuente, Velsor-Friedrich, 2008).

V této souvislosti například Bailey (2012, in Moxham, Patterson, Taylor, Perlman, Sumskis & Brighton, 2016) odlišuje pojem multidisciplinárního přístupu od interdisciplinárního přístupu. Podle jeho pojetí znamená multidisciplinarita to, že několik odborníků pracuje společně, zatímco interdisciplinarita znamená, že tito odborníci spolu interagují, aby pracovali kolaboračně (avšak bez typicky české negativní konotace, pozn. autora). Dobrá komunikace, sdílení informací **jasně definované hranice zodpovědnosti** jsou významné také při krizovém plánování (Cleary, Dowling, 2009).

Tým by se měl **pravidelně osobně scházet** a diskutovat klinické případy. Kvalitní komunikace může podněcovat rozvoj sdíleného a konvergentního modelu fungování týmu. Dohodnuté aktivity směřující k naplnění společných cílů mohou zvýšit efektivitu týmu a snížit negativní dopady na stres jednotlivých členů (Byrne, 2006). **Pro podpoření týmové synergie je krucální důvěra** (Maslow, 1965, in Byrne, 2006). Kolektivní důvěra se zvyšuje, když jsou členové týmu **schopni vnímat a naslouchat druhým**, být benevolentní a soudržní a pokud sami mají sklony důvěřovat druhým (Jarvenpaa, Knoll, Leidner, 1998). **Hierarchické nebo mocenské jednání může mařit snahu vytvořit psychologicky bezpečnou atmosféru**, což může způsobit, že se někteří (například mladí a méně zkušení členové) budou zdráhat vyjadřovat své názory v týmu. To může bránit otevřené diskusi (Byrne, 2006).

Pro zapojení všech členů týmu a konstruktivní polemiku nad rozhodnutími při případovém vedení je důležitá rovnováha mezi konsenzem a rozporem. Rozhodnutí multidisciplinárního týmu mohou být **negativně ovlivněna příliš dominantním členem** týmu, kdy se ostatní členové uzavírají, méně diskutují a radši se předčasně uchylují k jednomyslné dohodě (Ahlfinger, Esser, 2001).

Podobně nebezpečná může být v týmu převaha některých odborností (Fewster-Thuente, Velsor-Friedrich, 2008), například **dominance lékařských profesí**, která může ovlivňovat interakce v týmu (Atwal, Caldwell, 2006). Zástupci jednotlivých profesí mohou mít specifické hodnoty, kulturu a mohou klást důraz na své hledisko (biologické, psychologické, sociální) vzniku duševního onemocnění, což může ústít v rozvratnou debatu o léčebných přístupech (Byrne, 2006). Nevyváženost mezi odbornostmi v rámci multidisciplinárního týmu může působit další obtíže. Například dle Onyett, Pillinger & Muijen (1997) se u sociálních pracovníků v multidisciplinárním

týmu častěji vyskytuje neuspokojení z práce a mnohdy také syndrom vyhoření pravděpodobně kvůli jejich okrajové pozici v týmu sestávajícího se z převážně zdravotního personálu a ztráty profesní identity.

Tato východiska korespondují s multidisciplinární týmovou spoluprací popsanou v metodice programu ARP-AD, kde se jako kontraproduktivní jeví posilování hierarchie a formální komunikace a upřednostňuje se demokratický styl vedení, přičemž se vedoucí nevzdává svých rozhodovacích pravomocí, ale využívá obousměrné komunikace a svá rozhodnutí konzultuje s pracovníky (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020b).

3. Metody výzkumu

Design studie byl vytvořen za spolupráce povolané osoby z Ministerstva zdravotnictví (dále jen „MZ“) pro evaluaci ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty. Cílem spolupráce bylo vytvořit takový plán, aby tato evaluace nedublovala již připravovanou evaluaci MZ a nezatěžovala tak zbytečně personál programů. Jelikož se evaluace prováděná MZ zaměřovala na výpovědi pacientů programů (například skrze sebehodnotící dotazníky m-GAF-R, EuropASI), byla tato evaluace zaměřená na výpovědi samotných pracovníků programu. Tato studie pouze kvalitativně doplňuje zákonnou evaluaci prováděnou MZ a probíhaly nezávisle na sobě.

Časový harmonogram

Práce na výzkumném plánu	leden - květen 2022
Získávání a tvorba dat	červen 2022 - leden 2023
Zpracovávání a analýza dat	únor 2023 - duben 2023

Tabulka č. 1: Časový harmonogram přípravy a realizace studie

3. 1. Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo provést **kvalitativní evaluaci procesu pilotních programů ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty** (dále jen „ARP-AD“) se zaměřením na case management a multidisciplinární přístup. Evaluace procesu se zaměřuje na způsob, jakým je navržený projekt realizován a zda je realizován v souladu s původním záměrem a odpovídá definovaným cílům a účelu. Jedná se o **formativní přístup k evaluaci**, jehož cílem je také nalezení silných a slabých stránek a formulovat doporučení ke zlepšení (Miovský, 2006).

Díličními cíli výzkumu bylo:

- 1) Zmapovat charakteristiku cílové skupiny a porovnat, zda koresponduje s původním záměrem
- 2) Zmapovat případové vedení (case management) a porovnat jej s původním záměrem
- 3) Zmapovat implementaci multidisciplinárního přístupu a spolupráce v týmu a jak toto koresponduje s původním záměrem
- 4) Zmapovat co se podařilo, kde jsou rezervy a jaké jsou potřeby zaměstnanců programu

Původní záměr pilotních programů ARP-AD byl sepsán v metodice (a jejích přílohách), která byla součástí výzvy Ministerstva zdravotnictví k předkládání žádostí o dotaci. Tato **výzva byla**

zveřejněna poprvé 7. května roku 2020, poté 4. února roku 2021. Výzva společně s metodikou ARP-AD a jejími přílohami je dostupná na webu ministerstva zdravotnictví ke stažení (<https://www.mzcr.cz/2-vyzva-programu-podpory-psihiatrickych-ambulanci-s-rozsirenou-peci-pro-adiktologicke-pacienty/>).

3. 2. Výzkumné otázky

Cílem evaluace procesu je, podle Mezinárodně platných pokynů k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek (dále jen „Mezinárodní pokyny“), **lépe poznat stávající program a tím přispět ke zvýšení kvality.** Evaluace procesu měří činnosti v rámci programu a sleduje, komu jsou služby poskytovány. V ideálním případě evaluace napomáhá při identifikaci účinných složek léčby a určuje, zda program splňuje přijaté standardy péče. Evaluace procesu obecně nastoluje **otázky týkající se pokrytí a procesu** (Marsden, Ogborne, Farrell, Rush, 2000).

Na základě doporučení Mezinárodních pokynů byly stanoveny **výzkumné otázky:**

- 1) Jaká je skutečná charakteristika klientů služeb a odpovídá určené cílové skupině?
- 2) Jak probíhá přímá práce s klienty z pohledu case managementu (myšlen celý proces péče, od vyhledávání případů až po ukončení) a odráží toto původní záměr?
- 3) Jak probíhá spolupráce v rámci multidisciplinárních týmů, jaké mají jednotlivé profese role a odráží toto původní záměr?
- 4) Co vnímají pracovníci, že se již podařilo, kde vnímají rezervy, co dále doporučují a co pro svou práci potřebují?

3. 3. Základní a výběrový soubor – selhání rekruční strategie a odklon od původního záměru

Základním souborem byly všechny pilotní programy ARP-AD. Ty byly vybrány Ministerstvem zdravotnictví na základě žádostí o poskytnutí dotace celkem 3, kde byl zahájen pilotní provoz na rok a půl. Žadatelé, kterým byla poskytnuta dotace, byli následující:

- 1) Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00, Praha 2
- 2) ADITEA, s. r. o., Lublaňská 20/125, 120 00, Praha 2
- 3) SANANIM, z. ú., Ovčí Hájek 2549/64A, 158 00, Praha 13

Prvotním záměrem bylo provést evaluaci procesu všech těchto programů. V tomto smyslu se mělo jednat o totální výběr, tedy o všechny pilotní programy základního souboru. Jeden

z programů však **odmítl spolupráci na evaluaci z kapacitních důvodů již na začátku během oslovování**. Během evaluace v dalším programu došlo ke komplikacím s poskytnutím dat, které celý proces výrazně pozdržely. **Nakonec byla spolupráce na evaluaci v tomto zařízení ukončena ze strany výzkumníka kvůli časovým důvodům. Evaluace byla tedy neplánovaně dokončena pouze na Klinice adiktologie, kvůli selhání rekruční strategie.**

Tento vývoj způsobil, že se výzkum dostal na **pomezí evaluace a případové studie**. **Případem**, tedy **objektem** našeho výzkumného zájmu, se stal **pilotní provoz ARP-AD na Klinice adiktologie**. Ten má totiž, dle Břicháčka (1981, in Miovský, 2006), v kontextu adiktologických služeb **vzácnou kombinaci vlastností**. ARP-AD má specifické charakteristiky, kterými se odlišuje od ostatních služeb. Zatímco se jiné adiktologické služby soustředí na léčbu konkrétní cílové skupiny (druh užívané návykové látky, fáze vývoje adiktologických poruch a tak dále), **ARP-AD pracuje s širokým spektrem klientů** v oblasti užívání návykových látek. Pro koordinaci komplexních potřeb těchto klientů využívá case managementu a multidisciplinárních přístupů v rámci jednoho týmu. Dále se jednalo o **pilotní provoz** ověřující komplexní transformaci původní ALKO ambulance do víceprahové a multidisciplinárně založené ambulance pro spádové pacienty, což samo o sobě přináší mnoho specifik.

Jistou optikou se tedy jedná spíše o **případovou studii**, která zdůrazňuje komplexnost celého případu, hledá souvislosti funkčních oblastí programu a popisuje vlivy různých faktorů a souvislostí v kontextu programu (Miovský, 2006). Vzhledem k vytvořeným nástrojům získávání dat však neobjasňuje jeho historicko-biografické pozadí. Jedná se vlastně o **popis spolupráce konkrétního týmu pracovníků**, protože všechny intervence (také case management) jsou poskytované v kontextu právě multidisciplinárního týmu, který spolu intenzivně spolupracuje. To znamená, že **výsledky této studie (případu) nelze srovnat s žádnými jinými programy**.

Služba, ve které byl pilotní program realizován, se nachází na Klinice adiktologie (dále jen "KAD"), která je součástí Všeobecné fakultní nemocnice (dále jen "VFN"), na adrese Apolinářská 4, Praha 2. Je umístěna v klidné zóně ulice mimo nejvíce navštěvovaná místa, což napomáhá diskrétnosti a civilnímu charakteru provozu. Služba ošetřuje pacienty z celé Prahy, méně často pacienty ze Středočeského kraje, také například z Ústeckého kraje. ARP-AD je umístěna v pravém křídle budovy KAD. Většina pracoven (pracovna psychiatra, sesterna, 2 pracovny psychologa) je na jednom místě chodby v přízemí, včetně čekárny. Mimo tento hlavní uzel, ve druhém patře, je pracovna adiktologů, denní místnost pro personál a zázemí šaten a sprchy. Pro individuální práci s klienty slouží celkem 5 místností, v jedné z nich probíhají skupinové aktivity a porady týmu. KAD má bezbariérový přístup, v případě krize mohou pacienti přijít i bez objednání.

Pilotní provoz ARP-AD na KAD byl realizován od 1. 4. 2021 do 30. 9. 2022.

Do **výzkumného souboru** byli záměrným výběrem zahrnuti **vedoucí a adiktologové zařízení**. Jelikož adiktologové provádí v ARP-AD case management a přichází do kontaktu téměř se všemi pacienty programu (vstupní vyšetření), byli vybráni pro rozhovor na téma případové práce, cílové skupiny a multidisciplinarity. Dále vedoucí programu, který je současně psychiatr a přichází do kontaktu se všemi klienty, byl vybrán jako vhodný pro rozhovor na téma cílové skupiny a multidisciplinarity. Další profese ARP-AD nebyly do výzkumného souboru zahrnuty. Tímto se práce podrobněji zabývá v kapitole: *4. 1. Limity výzkumu*.

Výsledným výběrovým souborem byli nakonec vedoucí a dva adiktologové ARP-AD na Klinice adiktologie v Praze (Všeobecná fakultní nemocnice). Ti byli dotazováni na níže uvedené okruhy otázek (cílová skupina, případová práce, multidisciplinarity a spolupráce v týmu).

3. 4. Metody získávání dat

Primárním zdrojem dat pro evaluaci byly **průběžné zprávy o realizaci** ARP-AD (dále jen "Průběžná zpráva"), **Závěrečná zpráva o realizaci** (dále jen "Závěrečná zpráva") a zpráva **Zhodnocení provozu**. Průběžné zprávy byly sepsány během realizace pilotního programu celkem 3, za 3 monitorovací období. Závěrečná zpráva nahradila průběžnou zprávu za poslední 4. monitorovací období. Průběžné zprávy obsahovaly mnoho podrobností, pro účely naší studie bylo čerpáno z následujících oblastí:

1) Popis realizace

- a) definice obsluhovaného regionu
- b) popis realizace
- c) popis realizace jednotlivých služeb
- d) popis programů směřovaných na udržení - rozvoj specifických dovedností
- e) personální zajištění
- f) zhodnocení

2) Informační a komunikační opatření (publicita)

3) Změny projektu

4) Indikátory

Specifikem získávání dat z textového dokumentu je, že materiály existují nezávisle na výzkumné činnosti. V tomto případě tedy nešlo o tvorbu dat v pravém slova smyslu, nýbrž o **shromáždění již vytvořených a fixovaných dat**. To s sebou přináší výhodu, že výzkumník nemůže ovlivnit podobu těchto dat a je zde omezená možnost zkreslení (Miovský, 2006). První dvě

Průběžné zprávy byly ofoceny telefonním zařízením a následně doslovně opsány do prázdných formulářů, které jsou volně dostupné na webu MZ. Třetí Průběžná zpráva, Závěrečná zpráva a Zhodnocení provozu byly zaslány elektronickou podobou po skončení pilotního provozu.

Seznam zpráv, ze kterých studie čerpala

	1. Průběžná Zpráva o realizaci	2. Průběžná Zpráva o realizaci	3. Průběžná Zpráva o realizaci	4. Závěrečná Zpráva o realizaci	Zhodnocení provozu
Sledované období	1. 5. 2021 – 31. 8. 2021	1. 9. 2021 – 31. 12. 2021	1. 1. 2022 – 30. 6. 2022	1. 7. 2022 – 30. 9. 2022	-

Tabulka č. 2: Seznam zpráv, ze kterých studie čerpala

Sekundárním zdrojem dat byly **dyadické polostrukturované rozhovory**. Ty se vyznačují připraveným souborem témat a otázek, avšak umožňují tazateli pokládat doplňující otázky a téma přitom rozpracovat více do hloubky. Tato částečná volnost je prospěšná k vytvoření přirozeného kontaktu tazatele a informanta, dají se akceptovat jeho osobnostní specifika a komunikace může lehčeji plynout. Na druhé straně jeho určitá míra formalizace může vést ke snadnějšímu třídění dat a k jejich porovnávání (Reichel, 2009). Z hlediska cílů rozhovoru se jednalo o **poznávací rozhovor**, který je vhodným nástrojem pro získávání informací o názorech a postojích (Ferjenčík, 2010).

Rozhovory byly prováděny s pracovníky programů v kancelářích jejich služby. To z důvodu, aby nebyli nuceni se přesouvat v pracovní době na jiná místa a neztráceli tak čas. Dalším důvodem bylo, aby se cítili při rozhovoru bezpečně a nebyli vystaveni cizímu prostředí. Úspěšná aplikace polostrukturovaného rozhovoru totiž staví na přirozených podmínkách, přílišné standardizování a univerzalizování může ohrozit kvalitu ztrátou věrohodnosti a autentičnosti (Miovský, 2006).

Byly připraveny **dva typy rozhovoru** - rozhovor s **vedoucími programu** (rozhovor A) a rozhovor s **case managery** programu (rozhovor B) - které se lišily schématem otázek. Byla snaha o vytvoření především otevřených otázek. Kompletní struktura rozhovoru i s otázkami je uvedena v přílohách.

Oblasti rozhovoru A:

- 1) Demografické otázky
- 2) Skutečná klientela zařízení a její charakteristika
- 3) Personální zajištění, role jednotlivých členů týmu, charakteristika vedení, komunikace v týmu

Oblasti rozhovoru B:

- 1) Demografické otázky
- 2) Průběh případové práce (case management), cílová skupina
- 3) Multidisciplinarita, spolupráce v týmu

Rozhovorů bylo provedeno celkem 5, každý trval přibližně 90 minut. Do výsledků však byly zahrnuty pouze **3 rozhovory** z důvodu selhání rekrutační strategie a ukončení evaluace v jednom ze zařízení. Transkribované rozhovory (2) s pracovníky z tohoto zařízení nebyly použity.

Posledním zdrojem dat byla **metodika ARP-AD a její přílohy**. Ta je volně dostupná na webu MZ a byla stažena v elektronické podobě. Stejně jako u primárního zdroje dat byly tyto dokumenty již vytvořeny před zahájením této studie, nezávisle na výzkumné činnosti.

Zpřehlednění zdrojů dat:

- 1) Rozhovory s adiktology a vedoucím zařízení
- 2) Zprávy (3 průběžné, 1 závěrečná, 1 zhodnocení provozu)
- 3) Metodika ARP-AD a její příloha č. 6 – základní principy péče v ARP-AD

3. 5. Zpracování a analýza dat

Pro **fixaci** dyadických polostrukturovaných interview byla použita metoda audio-záznamu, k němuž posloužilo telefonní zařízení. To bylo předem vyzkoušeno, zda je nahraný zvuk dostatečně kvalitní a neztrácí se v něm informace. Díky tomu výzkumník nemusel během rozhovoru psát poznámky a mohl se tak plně věnovat rozhovoru. Zvukový záznam umožňuje nestranně zachytit vše tak, jak se odehrálo a je autentický (Miovský, 2006).

Dále byla provedena **doslovná transkripce do elektronické textové podoby**. Byla transkribována artikulovaná slova, z dalších znaků byl přepsán smích respondentů. Při transkripci byly vynechány informace o délce pomlky, síle hlasu, doprovodné zvuky, řečové vady, intonace a tak dále. Tak došlo k **prvotní redukci dat**. Kontrola transkripce byla provedena opakovaným poslechem. Dále byla provedena **redukce prvního řádu**, jejímž cílem bylo učinit přepis plynulejším a usnadnit analytickou práci, jelikož se nepracovalo s dílčími projevy mluveného slova, ale pouze s obsahem (Miovský, 2006). Byla vynechána slovní vata a výrazy, které narušují plynulost a samy nenesou žádnou informaci. Byl zachován hovorový styl mluvy s použitými slangovými výrazy a případným žargonem.

Průběžné zprávy, Závěrečná zpráva a Zhodnocení provozu vznikly bez spojitosti s naším výzkumem a byly tak fixovány přirozeným způsobem bez zásahu výzkumníka. Zprávy byly poskytnuty vedoucím zařízení. Výzkumník si Průběžné zprávy vyfotil telefonním zařízením a následně je doslovně opsal do formuláře, který je volně dostupný jako příloha Metodiky pilotních provozů ARP-AD na webu Ministerstva zdravotnictví. Třetí Průběžná zpráva, Závěrečná zpráva a Zhodnocení provozu byly zaslány elektronickou podobou.

Dále byly **transkribované rozhovory i zprávy okódovány**. K tomu byl použit počítačový software **MAXQDA 2020**. Data byla převedena do datových segmentů, kterým byly přiřazeny názvy. První kategorie kódů byla vytvořena do schématu a priori na základě tematických oblastí (a otázek) rozhovorů a zpráv (např.: Spolupráce v týmu, Cílová skupina, Případové vedení, Personální zajištění, Terénní služby). Schéma dalších kategorií kódů bylo vytvořeno částečně a priori na základě tematických oblastí a otázek rozhovorů a částečně a posteriori na základě jazyka respondentů (např.: Výsledky kontrolovaného užívání, Nízkoprahový klient). Současně byly některé oblasti dat **barveny**, např. oblasti, ve kterých se projevovala citlivost respondenta k potřebám klienta, kvůli častému opakování těchto významných fenoménů.

K analýze dat byla využita **metoda vytváření trsů**, která slouží k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin (trsů). Tyto trsy by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami (Miovský, 2006). V naší studii byla data kategorizována a seskupena do tematických celků na základě tematických podobností. Obtížné bylo vytvoření především schématu případového vedení. To bylo rozděleno na oblasti z hlediska procesu, obsahu a způsobů práce.

V závěru byla data srovnána pomocí **metody kontrastů a srovnávání** s metodikou ARP-AD a její přílohou č. 6 – Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (dále jen „Metodika“). Metodika byla podrobena **tematické analýze**. Oblasti z Metodiky, které se tematicky podobaly zanalyzovaným rozhovorům a zprávám, byly **barveny**. Kvůli velkému objemu dat, byly vybrány nejpodstatnější a nejopakovanější pasáže. Ty byly vloženy na konec každé podkapitoly výsledků (zvýrazněny rámečkem) a srovnány s analyzovanými daty pomocí přítomných fenoménů.

3. 6. Etika výzkumu

Již během oslovování jednotlivých programů (jejich vedoucích) s žádostí o spolupráci na evaluaci bylo dbáno etických aspektů. Všechny programy byly **vyrozuměny o cílech** evaluace a o **stručném plánu realizace**. Zařízení měla možnost vstoupit do evaluace samozřejmě **dobrovolně**.

Před samotným prováděním rozhovorů byly zaslány respondentům tematické okruhy otázek, aby mohli odhadnout, co je přibližně čeká. Rozhovory s jednotlivými pracovníky byly

nahrány na audiozáznam společně s **informovaným souhlasem s dobrovolnou účastí ve výzkumu**. Byla vyvinuta maximální snaha o vedení rozhovorů **citlivým způsobem** a na konci každého rozhovoru byl dán prostor respondentovi na zpětnou **reflexi rozhovoru**. Výzkumník se nesetkal s tím, že by nějaký respondent reflektoval, že se cítil během rozhovoru nepříjemně. Respondenti byli informováni, že ve výsledcích **nebudou uvedena jejich jména**, pouze základní demografické údaje (věk, pracovní pozice, doba zaměstnání v pomáhajících profesích).

Během realizace evaluace však došlo ke komplikacím, kvůli kterým musela být **spolupráce s jedním zařízením ukončena**. Původním záměrem bylo evaluovat, jak obecně pilotní programy ARP-AD probíhají a jak jsou implementovány metodické pokyny. Výsledky obou evaluací měly být zaslepené, aby nebyla možná identifikace. Výpadek druhého programu však způsobil, že se program na Klinice adiktologie stal jediným, kde byla evaluace prováděna, a tudíž **nebylo možné zaslepit výsledky**. Výsledky studie tedy obsahují interní a citlivé údaje o realizaci pilotního programu. Proto bylo **zažádáno o souhlas přednosty Kliniky adiktologie**, jakožto zodpovědné osoby za program, s identifikací programu ve výsledcích studie. Souhlas byl udělen.

Dále personál ARP-AD na KAD byl informován o tom, že jedno zařízení odmítlo spolupráci již na začátku a že je jejich program jedním ze dvou programů, ve kterých bude k evaluaci docházet. Personál tedy během sběru dat nevěděl, že se bude jednat o evaluaci pouze jejich programu. Z těchto důvodů bylo rozhodnuto, že ve výzkumu **nebudou žádné demografické údaje jednotlivých respondentů** a ve výsledcích se s proto pracuje s univerzálním označením „**respondent**“. Výzkumník však provedl vše, co bylo v jeho silách, aby k ukončení spolupráce s druhým zařízením nedošlo.

Tímto se také výzkumník dostal do **střetu rolí**, kterého si je vědom. Výzkumník je totiž studentem instituce, která současně zřizuje pilotní program ARP-AD. Motivem výzkumníka však po celou dobu zůstalo **zkvalitnění adiktologické péče**. S daty bylo pracováno citlivě a s úsilím o kvalitní zpracování. Výsledky a metody výzkumu byly podrobeny důsledné kritické reflexi, což je blíže popsáno v kapitole: *4. 1. Limity výzkumu*.

4. Výsledky

Jelikož Metodika, zprávy o realizaci i samotní respondenti užívají termíny „klient“ i „pacient“ pro označení příjemce služby, tak se také ve výsledcích této práce užívá obou termínů.

Každá podkapitola výsledků je zaměřena na splnění výše položené výzkumné otázky. V závěru každé podkapitoly je uvedené srovnání s Metodikou. Úryvky z Metodiky jsou uvedeny v rámečku.

4. 1. Charakteristika cílové skupiny

Téměř 100 % klientů mají diagnostikovanou poruchu z okruhu F1x (dle MKN-10), tudíž poruchu duševní a poruchu chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Nejvíce klientů má poruchu způsobenou užíváním alkoholu (přibližně 80 %), případně v kombinaci se škodlivým užíváním nealkoholových drog. Minimum klientů má obtíže s **nelátkovými závislostmi** (gambling, PC). Adiktologická diagnóza je podmínkou pro vstup do služby.

Psychiatrické komorbidity

Většina klientů má diagnostikované (či suspektní) komorbidní onemocnění z okruhu psychiatrických diagnóz. Nejčastěji se jedná o **poruchy osobnosti**, dle zpráv o realizaci pilotního provozu jde o 60-70 %. Méně klientů má současně **depresivní** nebo **úzkostnou** poruchu. Minimum klientů, v řádu jednotek, má komorbidní onemocnění ze **schizofrenního okruhu**. Dále, opět v řádu jednotek, se u klientů vyskytuje komorbidní **porucha příjmu potravy** (4-5, pouze ženy). V pořadí diagnóz nezáleží na tom, zda je adiktologická diagnóza první a další psychiatrická (např. porucha osobnosti) druhá nebo naopak: „*Jde nám o to, aby měli nějakou adiktologickou diagnózu. Jestli je první nebo druhá, to je jedno*“. Respondent však uvádí, že u klientů ARP-AD **adiktologická diagnóza dominuje**: „*asi bych to spíš řekla, že tady většinou mají tu psychiatrickou diagnózu poměrně slušně stabilizovanou ... Že ten psychotický pacient se v ambulantní léčbě moc neudrží. ... Stejně tak jako kdybysme tady měli někoho hodně depresivního, těžko se mu funguje.. Takže jsou to většinou ty psychiatrické diagnózy, které jsou stabilizované. A já si jako myslím, že pokud mají tu jinou psychiatrickou diagnózu jako prvotní, tak se ne vždycky na tu adiktologii dostanou, že jsou u svých psychiatrů, tam se to řeší. Ne vždy jsou ochotni někam jako jít, takže naši pacienti často sami vnímají jako hlavní tu závislost a ve chvíli, kdy přijdou, tak je v popředí.*“

Somatické komorbidity

Z oblasti somatických obtíží mají někteří klienti **zvýšené jaterní testy, zvýšený cholesterol, tlak a obezitu**, což mohou být také první varovné signály pro vyhledání léčby závislosti. Ve většině

případů se nejedná o potíže v takové míře, aby vyžadovaly hospitalizaci. **Během abstinence pak dochází ke zlepšení stavu.** Přibližně 50 % klientů nemá žádné somatické obtíže. Respondent popisuje: „Spoustu z nich má na začátku zvýšené jaterní testy, které se upraví s tou abstinencí, takže to nejsou úplně ty závažný. Můžeme tady řešit jaterní testy, možná nějaké obezity, což ti alkoholicí můžou mít. Zvýšený cholesterol, zvýšený tlak, takové nějaké přidružené věci, které se časem s abstinencí upravují, takže nic, co by vyžadovalo hospitalizaci. ... Ono to může být často varující první signál, co je donutí někam přijít, že mají zvýšené jaterní testy. Je pravda, že taky úplně u všech testy neděláme. Děláme je při nasazení antabusu, děláme je, když je pacient nějak v obavách. Jinak vycházíme z toho, že se to s abstinencí upraví a že neděláme u všech. Takže úplně vlastně nemohu říct, kolik by jich mohlo být. Ale když už je děláme, tak tam nějaké zvýšené jaterní testy jsou. Tlak se měří při vstupním vyšetření, takže to vidíme vždycky. Tak 30-40 % má možná vyšší tlak“. Pokud se jedná o závažné onemocnění (rozvinuté cirhózy), doporučují pracovníci ústavní léčbu.

Substituce a averzní léčba

U některých klientů je aplikována averzní léčba **Antabusem**. Výrazně menší zastoupení klientů užívá opiáty, někteří z nich jsou také na **substituční léčbě** (Subuxone). Opět se však jedná spíše o ty, kteří mají kde bydlet a mají práci. Podrobnější popis léčby Antabusem viz kapitola: 3. 3. 2. *Role jednotlivých profesí.*

Fáze vývoje poruch a motivace

Služba je poskytována klientům ve **všech fázích motivace - prekontemplace, kontemplace, rozhodnutí, akce, udržování změny, relaps**. Může se jednat také o klienta, který je motivovaný do služby docházet, protože pociťuje nějaké obtíže, ale není motivován k úplné abstinenci. Je pro něj například charakteristická ztráta kontroly při užívání, na které chce pracovat: „*Může se to stát, že pro ně ta abstinence není cesta. To se stává často vlastně. Často se taky stává, že přijde vlastně člověk, kterej vlastně chce a potřebuje třeba nějakou jako jednorázovou konzultaci ohledně toho, jak to třeba s tím pitím má a že potřebuje získat nějaký náhled na to a že tomu třeba úplně nerozumí, proč se nějaký věci dějou. Častá věc je vlastně ztráta té kontroly toho pití, kdy ten člověk třeba vlastně není ... ohrožený tou závislostí, ale vlastně třeba vůbec není v té fázi, že by ta závislost byla rozvinutá, jo. Ale vlastně ta ztráta té kontroly je zásadní a s tím ten člověk třeba přijde*“. Může jít také o klienta, který již nějakou dobu abstínuje, avšak nenaplnuje kritéria pro přijetí do doléčovacího zařízení: „*A pak je to často i ve formě toho doléčování, že někdo už abstínuje rok a tady to chce.. A jenom ho z různých důvodů nevemou do těch doléčovacích skupin, protože nikdy v léčbě nebyl nebo odešel na reverz.*“

Nestává se, že by o službu měli zájem „**nízkoprahoví klienti**“, kteří by chtěli řešit pouze jiné oblasti života (například hledání práce, rozpad vztahu), ale neměli by zájem o žádnou změnu v oblasti užívání návykových látek.

Kontrolované užívání

Další respondent popisuje, že je možné pracovat také na zakázce **kontrolovaného užívání**: *„Jo, je to vlastně ve všech fázích, jak jsi to pojmenoval. Jo, že buď přijdou aktivní uživatelé, jenom tady musí být střízliví... A pak se to odvíjí od té zakázky, že ona ta zakázka může být, že oni chtějí jenom jako kontrolovaně pít, to je možnost. Nebo že chtějí úplně abstinovat“.* Práci s kontrolovaným užíváním ve službě se práce zabývá podrobněji v kapitole: 3. 2. 2. *Případové vedení z hlediska obsahu.*

Ochranná léčba

Dle Závěrečné zprávy jediná klientka vykonává ochranou léčbu protialkoholní ambulantní. Vzhledem k vzorné spolupráci byl podán návrh k Obvodnímu soudu Prahy 2 o ukončení ochranné léčby pro splnění účelu. U několika dalších se ochranná léčba zvažuje. Téměř všichni klienti tedy navštěvují službu dobrovolně.

Kontraindikace

Kontraindikací pro léčbu může být **závažný somatický stav, který vyžaduje hospitalizaci** (tedy indikace do jiného typu zařízení). Dalším důvodem může být **převaha sociálních obtíží** (nezajištěné bydlení, práce atd.), kdy je vhodnější využít nějakou sociální službu: *„Může být odmítnutý klient, který opravdu vypadá, že v první řadě potřebuje nějakou sociální službu. Ale těch myslím, že přišli dva, u kterých jsme měli pocit, že je potřeba sociální služba. Protože v ARP sociální služba není. My jsme opravdu jako zdravotní péče. Takže pokud máme pocit, že je potřeba sociální péče, tak se snažíme nasměrovat třeba na Progressive.“*

Typický klient

Většina klientů má vlastní zázemí a práci. Pokud zájemce nemá vlastní zázemí a práci, je spíše odkazován na ústavní léčbu nebo na sociální službu. Respondent popisuje typického klienta: *„klasický klient je relativně ještě fungující alkoholik, bydlící, který má nějaké konflikty ve vztazích, v práci, ve valné většině bydlí, pracuje a není natolik ještě fyzicky nebo somaticky nemocný, aby nezvládl ambulantní péči“.*

4. 1. 1 Srovnání s Metodikou

V Metodice je **cílová skupina ARP-AD** popsána následovně: „rizikové uživatelé alkoholu, tabáku i nelegálních návykových látek od 15 let, včetně patologických hráčů. Jedná se o tyto diagnostické skupiny dle MKN-10: F 1x.1, F 1x.2 (škodlivé užívání a závislost na psychoaktivních látkách) a F 63.0 (patologické hráčství). ARP-AD poskytuje služby osobám ve všech fázích vývoje adiktologických poruch (experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí), s různou motivací ke změně, včetně osob trpících jinou duševní poruchou, patologičtí hráči a osoby s problematikou nelátkových závislostí, rodinní příslušníci a partneři těchto cílových skupin. Dále osoby s duševním onemocněním v celém diagnostickém spektru duševních poruch dle MKN 10 z daného regionu, pokud je u nich diagnostikována závažná adiktologická porucha. Těmto osobám je poskytována psychiatrická ambulantní péče a rozšířená péče. V případě, že stav pacienta vyžaduje jiný druh péče, může ambulantní péče přecházet, následovat a doplňovat poskytování těchto jiných druhů péče“. **Dále metodika uvádí:** „Do péče ARP – AD přichází klienti široké a diferencované cílové skupiny, kterou spojuje přítomnost adiktologických poruch v celé šíři“.

Při srovnání můžeme vidět, že skutečná cílová skupina (dále jen „CS“) ARP-AD odpovídá Metodice. Její první charakteristikou je **přítomnost poruchy způsobené užíváním alkoholu a jiných návykových látek, včetně nelátkových závislostí**, což CS splňuje. V ARP-AD je převaha klientů s poruchou způsobenou užíváním alkoholu. Poruchy způsobené užíváním jiných NL nebo patologické hráčství je méně časté, avšak není kontraindikací. Metodika současně nepředepisuje podíl jednotlivých poruch ve spektru F1x (dle MKN-10).

Další charakteristikou CS je, že se může jednat o osoby ve **všech fázích vývoje adiktologické poruchy a ve všech fázích motivace**. ARP-AD pracuje s klienty aktuálně užívajícími, abstinujícími i s klienty na substituční léčbě. S klienty se také může pracovat na zakázce kontrolovaného užívání. O službu nemají příliš zájem „nizkoprahoví klienti“, avšak nejsou odmítáni. **Kontraindikací** spolupráce by mohl být pouze závažný somatický stav vyžadující hospitalizaci nebo převaha sociálních obtíží. Ani v tomto případě se však nejedná o striktní odmítnutí služby, nýbrž o doporučení na vhodnější specializované zařízení (např. sociální služba v ARP-AD chybí).

Další možnou charakteristikou je **přítomnost komorbidního duševního onemocnění** v celém diagnostickém spektru duševních poruch dle MKN-10. Z analyzovaných dat můžeme vidět, že většina pacientů má komorbidní diagnózu – nejčastěji poruchy osobnosti, dále afektivní (deprese) a neurotické (úzkosti) poruchy. V jednotkách případů mají pacienti přidružené onemocnění schizofrenního spektra, dále poruchy příjmu potravy.

Další cílovou skupinou ARP-AD jsou **rodinní příslušníci a blízké osoby** (partneři), kterým je však věnována kapitola: 3. 2. 3. *Způsoby práce*.

Z výsledků je patrné, že ARP-AD pracuje s širokou skupinou uživatelů NL, jak je popisováno Metodikou.

4. 2. Případové vedení

4. 2. 1 Případové vedení z hlediska procesu

Objem klientů

Respondenti (adiktologové - case manažeři) uvádí, že mají **na plný úvazek v péči přibližně 30 klientů**. Dodávají, že se současné množství klientů výrazně neliší od jiných období. Jsou však některá období, kdy bývá zájem vyšší: *„Jsou nějaký období, kdy oni jako častěji telefonují nebo píšou, to jsou třeba Vánoce. Nebo o prázdninách oni chtějí, ale my máme o prázdninách všichni dovolený, takže jich nenabíráme tolik. Ale je to nějak kontinuálně furt stejný“*. O službu je však větší zájem, než jsou pracovníci schopni z kapacitních důvodů okamžitě přijmout. **Dle Závěrečné zprávy bylo ke dni 23. 9. 2022 ve službě registrováno 341 klientů**, všichni nebyli aktivní.

Frekvence setkávání

Respondenti uvádí, že **frekvence setkávání je individuální a vychází z potřeb klienta**. Během realizace projektu bylo možné se setkávat s klienty i vícekrát týdně, což vnímali pozitivně: *„Často to bylo u nějakých pacientů, kteří potom přecházeli do jiný léčby, takže oni potřebovali, jelikož čekali třeba měsíc na stacionář nebo na léčbu, tak potřebovali intenzivnější docházení“*. Po skončení pilotního projektu je možné se setkávat s adiktologem v rámci individuální adiktologické terapie nejčastěji 1x týdně. Nejčastěji se tedy adiktologové setkávají s klienty 1x týdně, s některými 1x za 14 dní. S některými klienty se adiktologové setkávají dokonce 1x za 3 týdny až za měsíc, jedná se o dlouhodobé klienty, spíše ve fázi ukončování a doléčování: *„s někým je to jednou za dva nebo za 3 týdny a s některými dlouhodoběma klientama se vídám třeba jednou za měsíc, když už to nějak spěje k tomu závěru“*, *„Pak mám některé, se kterými dělám už jenom jako doléčování, takže ti chodí už jako jen jednou za měsíc“*

Délka schůze a délka celkové spolupráce

Délka schůze s adiktologem bývá 50 minut, tedy o 5 minut delší, než je výkon adiktologické terapie individuální nastaven. Délka spolupráce s adiktologem není přesně vymezena a **vyvíjí se na základě potřeby a zakázky klienta**. Obecně se dá říct, že na začátku spolupráce bývají schůze častěji a postupně se interval prodlužuje: *„Moje zkušenost byla taková, že právě ze začátku chodili 1x týdně nebo vícrát, pokud to byla potřeba, ale většinou to bylo jednou*

týdně. A potom, když už ten pacient třeba abstinovat nebo nějak kontrolovaně pil, ta jeho zakázka už byla skoro naplněna, tak jsme to prodlužovali. Jednou za 14 dní, jednou za 3 týdny”.

Vyhledávání zájemců

Zájemci nejčastěji **kontaktují službu sami**. Buď telefonicky nebo pomocí mailu. Kontaktní údaje jsou dostupné na stránkách Všeobecné fakultní nemocnice nebo přímo Kliniky Adiktologie. Informační plakát je také umístěn přímo v prostorách ambulance.

Občas se také stává, že jsou zájemci **doporučení jinou (například sociální) službou**: „No, stává se to, že ty sociální služby kontaktujou mě, jako ten pracovník, s tím, že by jejich klient měl zájem sem docházet. Takže vlastně proběhne nějaká výměna informací a předání kontaktů tomu konkrétnímu klientovi. Stává se i to, že ten sociální pracovník doprovodí toho klienta sem”. Méně často se stává, že službu kontaktuje nějaký příbuzný zájemce.

Dále je zkušeností, že ambulanci kontaktuje **Národní linka pro odvykání**. Dále do zařízení doporučuje **Psychiatrická nemocnice Bohnice**, ale také praktičtí lékaři nebo **lékaři specialisté**, například gastroenterolog kvůli ohrožení jaterní cirhózou.

V rámci Kliniky Adiktologie je dobrou praxí, že **jiná oddělení** (detoxifikační jednotka, lůžková péče) **kontaktují pracovníky ambulance**, že pro ně mají eventuálního zájemce o službu: „Perfektně to funguje tady s detoxem. Tam si opravdu myslím, že ta návaznost je skvělá. My opravdu můžeme přijít za pacientem rovnou na detox, můžeme s pacientem mluvit, můžeme ho rovnou objednat, můžou s ním adiktologové hned něco probrat”.

Asertivní vyhledávání je aplikováno zejména u osob, které jsou hospitalizované či v ambulantní péči jiných složek KAD. Pracovníci nenavštěvují aktivně jiné nemocnice, aby nabízeli služby. I tak je totiž o službu velký zájem a není to v kapacitních možnostech pracovníků.

První kontakt

Zájemce o službu se **většinou dovolá zdravotní sestře**, případně přijde rovnou osobně, kde se opět prvně setká se zdravotní sestrou. Ta mu telefonicky nebo osobně předá vizitku na adiktology a doporučí, aby se ozval a objednal u nich.

První setkání probíhá s adiktology, během prvních schůzek (ne vždy stačí jedno setkání) je klient **informován o službě**, o jejich podmínkách. Dále se kromě jiného **hodnotí míra závislosti** a uvažuje se o tom, **zda je ambulantní péče vhodná, či je potřeba odkázat klienta jinam** (stacionární, ústavní léčba). Pokud je vyhodnocena ambulantní léčba jako vhodná, adiktolog dále posuzuje, zda zájemci doporučí individuální nebo skupinovou adiktologickou terapii. V případě potřeby psychologického vyšetření nebo individuální psychoterapie jej odkáže na psychologa zařízení. Tomu pomáhá sdílený online kalendář a pravidelné porady: „Máme sdílený kalendář,

takže si můžeme vzájemně objednávat, plus teda komunikujeme na těch poradách. Takže to je takový proces, co se s klientem pak děje. Ten klíčový pracovník, adiktolog, si klienta vede, měl by si ho vést po celou dobu péče, může ho směřovat k jiným profesím v případě potřeby". Tím, že se zájemce dostává do služby přes adiktologa, se výrazně snižuje čekací doba pro první vstup.

Adiktolog zůstává zpravidla jako klíčový pracovník po celou dobu diagnosticko-terapeutického procesu a je také tím, kdo navrhuje ukončení péče v ARP-AD - o tom dále rozhoduje celý tým.

Mapování, posuzování

Na vstupní indikační konzultaci se tedy rozhoduje o **vhodnosti služby, mapují se potřeby klienta, formuluje se zakázka a stanovuje se individuální plán léčby**. Služba je, dle rozhovorů, obecně **zaměřená na silné stránky klienta** a pracovníci se snaží využívat zdrojů klienta. Pracovníci jsou zaměřeni spíše na zdraví a na to, co je u klientů funkční. Nevyužívají žádný specifický nástroj na mapování silných stránek. Během prvních konzultací **využívají screeningové nástroje** mapující závažnost závislostních obtíží (např. AUDIT).

Po úvodní schůzce/schůzkách (může trvat déle) je klient podle potřeby vyšetřen i dalšími členy týmu (psychiatr, psychiatrická sestra, psycholog). Cílem těchto vstupních posouzení je **zmapování situace klienta ve všech bio-psycho-sociálních oblastech**. Pacienti jsou dle Závěrečné zprávy pravidelně konzultováni všemi členy týmu a z 90 % využívají služeb více profesí v týmu.

Pravidla služby

Pravidel služby není moc. Je **vyžadována střízlivost během schůzí**. Většinou jsou klienti kontrolováni alkoholtesty, případně screeningovými testy na přítomnost jiných NL. Pravidlo je do určité míry ohebné. Například když zájemce o službu přijde na první schůzi a nadýchá malé množství alkoholu (i přesto, že jsou předem informováni, aby přišli střízliví), tak se s ním i přesto schůze vykoná. V případě, že se to děje opakovaně, není to důvodem pro ukončení služby, ale stává se to tématem: *"A když se to stává opakovaně, tak to není důvodem pro vyloučení ze služby, ale spíše se bavíme o tom, proč se to děje a jestli by nebyla vhodnější nějaká jiná - ústavní - léčba. Takže takhle je to takový volnější, ale prezentujeme jim to jako pravidlo, že musej chodit střízliví".*

Dále se na začátku spolupráce domlouvají **hranice komunikace, omlouvání se ze schůzí, chození včas** a podobně. Pravidlem je chození včas a omlouvání se v případě, že klient na schůzi nedorazí. Podobně, jako u předchozího pravidla, se nesankcionuje porušení striktně. **Když opakovaně klient chodí pozdě nebo se neomlouvá v případě absence, stává se to tématem**. Dle respondentů se ale opakovaně porušování pravidel, aby to dospělo k ukončení služby ze strany pracovníka, nestává příliš často: *"Musel jsem to jednou takhle udělat, protože v rámci nastavení*

hranic tohleto nefungovalo s klientem ... To byl velkej extrém ... Takže se to stalo, ale nestává se to často".

Důvodem pro ukončení spolupráce s pracovníkem by mohlo být nějaké **narušení vztahu**, například zamilování klienta. V takovém případě by se to však řešilo předáním spolupráce: *"tam by patřilo třeba i narušení vztahu, který by mohlo přijít z obou stran. Což mně se taky nestalo, ale kolegyním se stalo nějaký zamilování klienta. Tak to je taky důvodem pro ukončení spolupráce, ale třeba u nás by byla ta možnost, že já bych předala toho klienta kolegovi".*

Sítování

Adiktologové se aktivně snaží v případě potřeby **navazovat klienta k jeho formálním i neformálním zdrojům**. V případě neformálních zdrojů se jedná například pomoc s hledáním vhodného a dostupného způsobu trávení volného času, dále pomáhají zprostředkovávat kontakt s rodinnými příslušníky a partnery (tímto se práce zabývá podrobněji dále). V případě formálních zdrojů se jedná o sociální a zdravotnická zařízení, kde mohou klientovi poskytnout další specializovanou službu.

Sítování v rámci Kliniky adiktologie

Úzce služba spolupracuje s dalšími odděleními KAD. Pracovníci jsou v **pravidelném blízkém kontaktu s lůžkovými odděleními Kliniky Adiktologie, s detoxifikační jednotkou i s dalšími ambulancemi**. Adiktologové komunikují s personálem těchto oddělení a v případě, že se na oddělení nachází pacient indikovaný k léčbě v ARP-AD, navazují s ním kontakt již v průběhu hospitalizace: *„Pak funguje spolupráce v rámci kliniky, jako třeba lůžkové oddělení. ... Nebo když je tady na detoxu, tak se v tom můžu angažovat nebo prostě zkontaktuju se s kolegama. Ale to je zas o tom, aby ta péče byla jako komplexní“*. Toto navazování probíhá také z druhé strany: *„Nebo různě prochází vlastně tady systémem, jak je to v rámci domu, v rámci té kliniky, nastavený. Že když je někdo v ústavní léčbě a z nějakýho důvodu léčbu nedokončí, má možnost nebo je vlastně doporučen chodit na naši motivační skupinu. Nebo když má relaps. Takže ta spolupráce vlastně funguje nejenom v tom týmu, ale v rámci celého zařízení“*.

V případě potřeby, jak již bylo uvedeno výše, jsou klienti **odkazováni do individuální psychoterapie**: *„Ale jako soustředíme se i jako ze začátku na tu adiktologickou, závislostní tematiku... Je to vždycky nějak individuální, co je potřeba s tím klientem udělat. Ale ta prvotní věc, když pominu to, že ten člověk je v nějaký krizi a že to taky nějakou dobu trvá, než se jako vůbec dostaneš k těm adiktologickejším věcem, tak to je to, co já jako adiktolog tady dělám. Pokud začne být nějak jako stabilní v tom užívání dejme tomu, tam ta zakázka může být různá, tak ho vlastně posíláme dál do tý psychoterapie.“*

Jiná zařízení

Často se se jedná o síťování do jiných zařízení, pracovníci klienta podporují, poskytují informace, případně píšou doporučení, avšak klienta motivují, aby praktické kroky provedl sám, čímž podporují jeho důvěru ve své schopnosti. Doprovod je v případě potřeby možný. Dle zkušeností jsou toho většinou **klienti schopni sami**: *„když vezmeme to propojování s jinejma službama nebo organizacema, tak se tam spíš snažím cílit na nějakou soběstačnost toho pacienta. Kdy, jak říkám, už jenom z tý klientely, tak oni jsou schopni si tohle sehnat sami. Takže já jsem ten průvodce, co jim jako pomůže, poradí, když mají zájem, ale oni si to pak už zaříděj sami“.*

Dle Závěrečné zprávy **jsou klienti podporováni k samostatnosti**, aby tedy s těmito složkami komunikovali sami. Ve většině případů jsou toho totiž schopni sami a služba je nechce znekompetentňovat zásahem do jejich záležitostí. Často se také pracovníci setkávají s tím, že klienti jakékoli **vměšování nesou nelibě**.

Cílová skupina, která se ve službě vytvořila, **většinou nevyužívá sociální služby**: *„ta klientela nebo cílová skupina, která se tady vytvořila a chodí sem, tak vlastně tolik těch sociálních služeb nevyužívá“.* V projektu není přítomen sociální pracovník, což limituje spolupráci s těmito složkami. V případě potřeby je však možné zprostředkovat kontakt, případně tam doprovodit klienta.

Velmi častá je spolupráce s jinými **odbornými ambulancemi v rámci Všeobecné fakultní nemocnice**, pokud je na místě léčba somatických poruch (interna, gastroenterologie). Při potřebě somatických vyšetření před nasazením Antabusu spolupracuje ARP-AD zejména s Klinikou tělovýchovného lékařství (zátěžové EKG) a s Poliklinikou na Karlově náměstí (RTG srdce a plíce, odběr jaterních testů).

Velmi úzká je spolupráce s **právní poradnou A.N.O.**, dále také s **Psychiatrickou nemocnicí Bohnice, Psychiatrickou nemocnicí Horní Beřkovic, Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy a s Denním psychoterapeutickým sanatoriem Ondřejov**. V případě, že klient „pouze“ užívá psychiatrickou medikaci a nevyužívá jiné služby, je odkázán do jiných psychiatrických ambulancí. Dále se spolupracuje s terapeutickými komunitami – nejčastěji **TK Bílá voda a TK Karlov**.

4. 2. 2 Případové vedení z hlediska obsahu

První setkání

Na první setkání **většinou klienti přichází v nějaké situaci – krizi** – do které se dostali v souvislosti s užíváním návykových látek: *„nějaká jako aktuální podpora v té situaci, kde se nacházej, protože často je to tak, že ten klient přichází ve fázi, kdy se děje něco intenzivního.“*

Většinou to tak je, protože to je vlastně často tou motivací, proč sem vlastně přišel ... Že nějak jako reaguju na tu potřebu, kterou má, která je vždycky spojená s tím užíváním drog". Nejčastěji se dle respondentů jedná o **problémy ve vztazích**: „Těch partnerských vztahů a vztahů v rodině. To je takový jako.. Takový dvě věci, který jsou poměrně častý mi přijde“. Je maximální snahou klíčového pracovníka navázat již na první schůzce dobrý partnerský vztah s klientem.

Typický průběh schůzek

Schůze typicky probíhají tak, **že dá adiktolog klientovi prostor**, aby si vybral, o čem chce mluvit. Věnují se tak 1-2 aktuálním tématům: „Dávám na začátku všem prostor. A pak je to tak, že se vždycky držíme nějakých dvou, jedno - dvou témat, který je potřeba nějak jako projít a na konci to shrnu a snažím se to dělat tak, aby ten klient odcházel a něco si odnesl v rámci toho, co je potřeba tady řešit“. Témata se většinou odvíjí od kontraktu, který si na začátku spolupráce stanoví a který se v jejím průběhu může měnit: „ještě bych k tomu dodal, že se to odvíjí od té zakázky, která se taky v průběhu mění, někde se posouvá, ale už je to nějak jako kontraktováno na začátku spolupráce“.

Během sezení se adiktologové **nedrží striktně témat užívání návykových látek**, ale postupně řeší s klienty i další témata, která jsou s tím spojena: „Já to tak jako i prezentuju, když si vytváříme nějaký kontrakt na začátku, že tady je nějaký bezpečný prostředí, kde všechny tyhle věci může probírat. Není to tak, že by řekl, že má problémy v práci, ale netýká se to alkoholu, takže to řešit nebudeme. Protože ta péče je nějak dlouhodobá a samozřejmě ty potřeby se v průběhu měňej. Takže ze začátku je to hodně takový o tom, jak zpracovat ty chutě, vytvoření krizového plánu, hodně takový kognitivně behaviorální techniky. A pak se to mění už na nějaký takový hlubší... Ono to z toho i vychází, když pak ten člověk, nějak se mu ta situace zlepšší s těma návykovejma látkama, tak řeší i zlepšení toho života, změnu práce nebo zlepšení těch partnerských vztahů.“

Dle Závěrečné zprávy se pracovníci v rámci případového vedení snaží maximálně podporovat v klientech **zodpovědnost za průběh jejich léčby**.

Nejčastější témata, obtíže klientů

Nejčastější oblasti, ve kterých pociťují klienti obtíže, jsou dle respondentů **vztahy, práce a oblast financí** (insolvence, dluhy): „Že když užívají, tak mají nějakou nízkou výkon nebo často přijdou, že jim v práci někdo na to užívání přišel. Několikrát jsem tady měla, že to byla třeba jako podmínka od toho zaměstnavatele, že pak jako jsem i vydávala potvrzení...“. V oblasti vztahů jde o vztahy rodinné, partnerské, přátelské, ale i v zaměstnání. Jeden z respondentů tato témata shrnuje pojmem „*psychosociální podpora*“.

Suicidální myšlenky

Přibližně jednou až dvakrát týdně pracovníci s klienty řeší suicidální myšlenky. Většinou se jedná o zájemce při vstupních vyšetření (kdy přicházejí do služby v nějaké krizi) nebo během relapsů. **Když klienti abstinují, zmiňují suicidální myšlenky méně často:** „*Pokud abstinujou, tak většinou to není na pořadu dne. Takže v rámci nějakých relapsů, relapsů, tak je to často napadá ... Takže je to často spojený s nějakou intoxikací, no. Také můžou při vstupním vyšetření, tam to většinou zmiňují, tam se na to hodně ptáme. Ale když pak abstinujou, tak většinou sebevražedné myšlenky nejsou*“. Přibližně jednou za čtvrt roku personál služby řeší nějaký **závažný pokus o sebevraždu**.

Vnímání vlastních hranic

Adiktologové současně vnímají hranice svých kompetencí a v **případě, že mají pocit, že hloubka témat přesahuje rámec individuální adiktologické terapie, odkazují na své kolegy** - psychiatry například v případě medikace, na psychology v případě zájmu o individuální psychoterapii. Respondent odpovídá na otázku, zda se striktně drží témat návykových látek: „*Striktně ne. Protože by to vlastně jako nešlo vlastně. Že ten rozhovor nebo komunikace s tím klientem se přirozeně dotýká témat, který, jak říkáš, k tomu patří. A myslím si, že to vlastně nejde nějak striktně oddělit. Ale dělám to tak, že vlastně... nějak jako cítím svoje kompetence v některých těch věcech... nebo to tak jako hraničím podle těch mých kompetencí toho adiktologa prostě. A hodně se tady opírám o to, že vlastně my tady v týmu máme jednak psychiatrickou sestru, máme tady lékařku a máme tady psychology, takže jako když cítím, že to sahá jako do kompetence těchto kolegů, tak mám možnost to směřovat na ně. Konkrétně u tý individuální psychoterapie nebo psychiatrický medikace.*“

Příspěvky a dávky

Pracovníci se neseťkávají s tím, že by bylo potřeby s klienty řešit žádosti o příspěvky nebo dávky státního sociálního zabezpečení. Když už ano, řeší to s nimi jejich sociální pracovník, se kterým již spolupracují: „*Typicky jak jsi říkal, nějaký jako dávky nebo sociální pomoc, s tím se jako tolik neseťkávám. A když už ten klient něco takového potřebuje, tak už ten člověk vlastně má někoho, třeba sociálního pracovníka, se kterým je ve spolupráci už delší dobu*“.

Kontrolované užívání

Služba spolupracuje také s klienty, pokud si tak na začátku spolupráce nakontraktují, na kontrolovaném užívání. K tomu využívají různé **kognitivně-behaviorální techniky, práci s cravingem**. Dle respondenta to u některých klientů může fungovat: „*tak jsem jim dávala 30ti denní test abstinence, kterej máme, že si to jako pacient sám vyplňuje, může si tam napsat, jaký*

má ten den pocity, jestli měl chutě, jestli se pak napil a tak ... no a oni to potom používají jako takovej deníček postupně, že už to není test abstinence, ale spíš jako takovýho toho kontrolovaného pití a nastavujeme si tam společně nějakou pro ně přijatelnou dávku alkoholu za ten týden. Takže má třeba nastavený, že má třeba 5 jednotek, jako 5 piv týdně a snaží se to nějak jako dodržovat. A bavíme se o tom jako právě tak: ‚co se stalo, když je to míň nebo víc?‘ a přistupujeme k tomu takto”.

Kontrolované užívání - jediná možnost?

U některých klientů to vypadá, že kontrolované pití je jedinou přípustnou možností: *„Mám třeba jednoho, kterému je 25. U něj to vlastně bylo, že si nedokázal představit, že by abstinovat a byl jako na hranici toho rizikového pití ... Ale nějak jsme se zaměřovali na to jeho plánování. Že když on si jako naplánoval: ‚Jo, půjdu do hospody, dám si s klukama 3 piva a pak půjdu domů‘ nebo: ‚Na tuhle akci nepůjdu‘ a takhle to prezentoval svému okolí, tak mu to fungovalo”.*

Pozitivní přínos kontrolovaného užívání

Kontrolované pití může **eliminovat problémy**, které užívání návykových látek působilo, ale současně si klient připadal společensky začleněn: *„tim kontrolovaným pitím jsme eliminovali ty problémy, který mu to přinášelo. Že on vlastně přicházel s tím, že chce řešit ty problémy s alkoholem kvůli tomu, že on pak ráno nevstane do práce, přijde pozdě, manželka je na něj naštvaná, že přijde ve 4 ráno. A my vlastně když jsme to zkrátili na to, že si dá ten večer 3 piva, tak pořád se tam s nima pobaví, má z toho dobrý zážitek, ale přijde domů v jednu a pak ráno normálně vstává”.*

Nevhodný klient pro kontrolované užívání

Kontrolované užívání dle respondenta nejde pravděpodobně aplikovat u všech: *„mně přijde, že to nejde u takovejch těch pacientů, my tomu říkáme, který nemaj stopku. Že prostě.. Nevím, jestli je to tou dobou toho pití nebo jestli je to nějakým tím osobnostním typem alkoholika, ale vlastně že to jsou pacienti, který si dají jednu skleničku a neuměj zastavit. Jo, že prostě z jedný skleničky jsou 4 lahve. A tam to jde jako těžko, protože vlastně nedá se udělat kompromis toho: ‚tak budete pít jednou týdně 4 lahve‘, to prostě nejde. Vždycky, aby to fungovalo, tak to musí být nějaké přijatelné množství alkoholu a ne takovýhle kvantum”.*

Léčebné faktory

Zde budou popsány faktory, které sami pracovníci vnímají při léčbě jako účinné. Respondenti popisují, že účinným faktorem je již **samotný vztah mezi klientem a pracovníkem**. Dále popisují další specifické charakteristiky, které jsou na zmíněném vztahu důležité. Je to **důvěra a respekt k člověku a k situacím, kterými prochází**: *„respekt k tomu člověku. A respekt k tý situaci,*

kteřou prochází. A nějaké porozumění a přijetí". Obavy z toho, že klient nebude přijat, bývají také tématem: „Často se jako stává, že ten člověk má vlastně obavu z toho, jestli bude přijatej. S tím jako přichází". Respondent popisuje přijetí jako důležité: „je důležitý, že toho pacienta bezpodmínečně přijímám, neodsuzuju". Dále dle respondentů jde o **bezpečný prostor**, který se snaží klientům poskytnout: „je to to vytvoření bezpečného prostoru, kde já jim jako dávám svojí stoprocentní pozornost, naslouchám jim".

Dále respondenti popisují, že **se nad klienty nepovyšují a spíše se staví na partnerskou úroveň**: „Já to s nimi i komunikuju, že jsme jako na stejný úrovni a já jenom jako přináším svoje poznatky, svojí osobnost, svoje nějaké dovednosti, co jsem se naučila, jaké mám zkušenosti a nějak společně se snažíme docházet k tomu cíli". **Nezdůrazňují svojí autoritu** a nestaví se do nějaké svrchované funkce: „že jsme vlastně na stejný úrovni, a já jenom přináším nějaký nový pohled, ale nestavím se do nějaký svrchovaný funkce". Respondent dále uvádí, že neposkytuje rady, pokud o ně není žádáno: „Neradím jim, pokud to není nějaká vyžádaná rada". Dokonce je respondent **schopen přiznat klientovi, že něco neví** a případně se pokusí informace získat: „No, určitě. Říkám, že něco neví. Že se ptaj třeba na nějaký léčby a já říkám, že to jako neznám, ale vždycky řeknu, že se pokusím ty informace dohledat. Nebo toho pacienta navedu na to, kdo by to mohl vědět a snažím se pak ten svůj slib splnit, že pak pošlu na email informace ... rozhodně neříkám, že vím všechno".

Dále vnímají důležité, že mohou **být pro klienta vztyčným bodem**, který je motivuje a ke kterému se mohou vracet: „pro spoustu těch pacientů já jsem ten vztyčný bod, že to léčebný je nejenom si umět o tom popovídat, že je vyslechnu, získání nějakých technik, vytvoření krizového plánu a tak, ale že je to pro ně nějaký vztyčný bod, že je třeba motivuje to, že choděj každej tejden, rozdělujou si to nebo to mají tak, že vědí, že já tady budu a to je jako motivuje, že se mají kam navracet.“

Dále pracovníci zdůrazňují důležitost **vlastní autenticity a lidského přístupu**: „je důležitý, že já jsem v tom vztahu autentická ... Snažím se být fakt tak jako lidská a baví se s nima i někdy... nevím, třeba předtím sezení nebo po tom sezení nebo když máme takovou chvíli ke konci, tak se bavíme třeba o vaření“.

Důvody předčasného ukončení léčby

Klienti ze služby vypadávají poměrně často, jde přibližně o 33 % klientů, kteří na začátku spolupráce službu ukončí. Jedním z důvodů je dle respondentů **nedostatečná motivace**: „A ten důvod je podle mě v tom, že není dostatečná motivace, i když my se snažíme je motivovat. No a že pak zrelebuju a že nejsou motivovaný v tuhle chvíli s tímhle něco dělat“.

Dalším důvodem může být dle respondenta **předčasný pocit klienta, že už další péči nepotřebuje**: „*Nebo s tím chce něco dělat, daří se mu to týden a pak usoudí, že už další péči nepotřebuje, to myslím, že je taky dost případů*”.

Dalším důvodem může být **jiné očekávání od služby a nedostatečná motivace investovat vlastní úsilí a dělat změny**: „*Nebo to může být také o tom, že si představují o nás úplně něco jiného, že tady mávneme kouzelným proutkem a nějak je zachráníme a pak zjistí, že by vlastně oni sami měli dělat nějakou práci a nějak se snažit. To taky není úplně pro ně v tuhle fázi, to bych řekla, že je ta nedostatečná motivace, že se jim nechce dělat nějaký změny životní. Oni chápou, že jim to dělá problémy, ale nějak nejsou připraveni, aby opravdu do toho něco investovali, udělali nějakou změnu. A tak jim to tady taky přijde zbytečnější, když jim tu někdo vysvětluje, že je to hodně o nich, že nemávneme kouzelným proutkem*”.

Důvodem pro předčasné ukončení léčby ze strany pracovníka může být **závažná nespolupráce, tedy hrubé porušení pravidel**. To se stává však výjimečně: „*Musel jsem to jednou takhle udělat, protože v rámci nastavení hranic tohleto nefungovalo s klientem. Takže se to stalo, ale nestává se to*”.

4. 2. 3 Způsoby práce

Terénní práce

Terénní práci (v přirozeném prostředí) **adiktologové klientům nabízejí**, bylo by možné si na ní vytvořit kapacitu. Ukázalo se však, že klienti o tyto služby **nemají zájem**: „*nabízel jsem to více lidem, ale nesetkal jsem se s tím, že by to potřebovali. Ani v jiném prostředí nebo žádný doprovody někam. To prostě nepotřebovali*”. Další respondent potvrzuje: „*Když jsem to těm pacientům nabízela, třeba v případě nějaký nemoci nebo indispozice, nějaký jako úraz nebo něco takového, tak vždycky řekli, že to jako nepotřebujou a že radši počkaj a uvidíme se ne teda jako za týden, ale uvidíme se třeba za 3 týdny*”.

Dle zpráv o realizaci **pacienti terénní práci přímo odmítají**. Vnímají jí jako **narušování soukromí** nebo se u nich terénní práce jeví jako **nevhodná, jelikož je nepodporuje v samostatnosti ani zodpovědnosti**. Dále se mohou narušovat a **stírat hranice vztahu**, což je u závislých, kteří mají často komorbidní poruchu osobnosti, nevhodné. To potvrzuje sdělení respondenta: „*Adiktologové měli, v případě nějaké potřeby, indikace, pokud by byl zájem od klienta, dělat i terénní péči. My ten zájem u klientů opravdu nezaznamenáváme. Většinou to berou, to popisuju v těch zprávách, spíš jako vstup do svého soukromí. Opravdu to nějak odmítali, opravdu to nějak narušuje ty hranice, takže... Je to i daný tou klientelou, že to jsou většinou lidi s nějakým zázemím, tak si to zázemí chtějí taky nějak držet*”.

Když přece jen nějaký klient má zájem o terénní služby, **pracovníci je mohou poskytovat v nejbližším okolí, na katastrálním území Prahy 2 a Prahy 3**. Problematická je, dle Průběžné zprávy také dostupnost automobilu, který pro tyto účely vlastní VFN, ale ne přímo KAD. V případě potřeby by tak bylo nutné o automobil zažádat s předstihem, což vylučuje bezodkladnou reakci na krizi.

Práce s rodinou

Služba ARP-AD nemá specifické programy na podporu rodičů a příbuzných pacientů ani na integraci rodiny, v **případě potřeby se toto řeší individuálně**. Klienti občas mají přání přijít na sezení společně s někým blízkým - partnerkou, manželkou, rodičem, s dítětem. Nejde však o rodinnou či párovou terapii, spíše se jedná o edukaci rodinného příslušníka, o předání informací o plánu léčby klienta nebo jak ho mohou podpořit: *„taky mu můžu poskytnout nějakou individuální, v závislosti na tom, co ten člověk potřebuje, s tou rodinou nebo s partnerem ... Jako často se to týka toho zapojení do té léčby. Třeba v návaznosti s ústavní léčbou a tak. Týká se to předání informací, jak to funguje“*.

Rodinní příslušníci také bývají zahrnuti do kontraktování spolupráce, aby se například deklarovalo předávání informací: *„taky dochází k nějakému kontraktu toho, jak vlastně to bude probíhat s tím klientem a jakou roli v tý naší komunikaci hraje ta druhá osoba. Jo, že často se stává, že píšou ti rodiče těch klientů nebo jiní rodinní příslušníci a vlastně dotazují se na nějaké informace ohledně toho člověka. Tak to se snažím vždycky na začátku tý spolupráce nějak kontraktovat, že takhle to vlastně nefunguje. Že ta spolupráce probíhá napřímo s tím klientem. Případně když přijdou spolu, tak si jako vysvětlíme, jak to je“*.

Často se však stává, že klienti nemají zájem o spolupráci s rodinou. Důvodem dle respondenta bývá například to, že konflikty ve vztazích chtějí řešit odděleně a **chtějí mít prostor pouze pro sebe**: *„že si to chtějí vyřešit sami“*. Nezájem o spolupráci je vnímán pracovníky také ze strany rodinných příslušníků: *„my nevidíme moc zájem od těch rodin. Ani ti rodinní příslušníci si to nepřejou. Výjimečně. A klienti taky ne. A my to respektujeme a myslím si, že je to v jistém smyslu docela dobře“*.

Rodinní příslušníci mají zájem o zapojení do léčby v situacích, kdy dojde u klienta k nějaké krizi (relapsu), aby vyřešili, co se teď bude dít: *„Ono takhle, když se klientovi daří a abstinuje, tak ti rodinní příslušníci nemají potřebu vůbec něco řešit. Pokud se nedaří, tak většinou nějak jednorázově přijdou řešit, co teď kon bude. To ten zájem projeví a pak to zase ustane. Opravdu nemáme tady moc příbuzných, kteří by chtěli nějak soustavně chodit“*. Dále respondent potvrzuje: *„většinou ten rodič nebo manželka přijde, když je nějaký relaps nebo průšvih a chce to řešit nějak akutně v tu chvíli. A jak se situace nějak vyřeší, tak už v té léčbě nějak neparticipují“*. Spolupráce s rodinným příslušníkem nebo partnerem je samozřejmě podmíněna souhlasem klienta.

Skupina pro rodinné příslušníky a rodinná terapie

V případě, kdy se na službu obrátí nějaký rodinný příslušník a žádá o podporu, pracovníci mu nabízí **skupinový program pro rodinné příslušníky**, který realizuje vedlejší ambulance na Klinice Adiktologie každé středeční odpoledne, na který je možné přijít i bez objednání. Pokud je zájem přímo o rodinnou terapii, tak je v těsné blízkosti KAD **Středisko rodinné terapie – ANIMA**. S tímto ARP-AD aktivně spolupracuje a zájemce odkazuje tam.

Krizové služby

Krizové služby poskytuje ARP-AD **pouze svým klientům v pracovní době**. Krizovou intervenci poskytují všechny profese týmu, avšak u klientů, kteří jsou v případovém vedení adiktology, připadá tato služba primárně na ně (osobně i telefonicky). U svých klientů v individuální psychoterapii mohou poskytovat krizovou intervenci také psychologové. Krizovou intervenci poskytuje také zdravotní sestra i psychiatr. **Nejčastěji tyto služby poskytují adiktologové**, klienti mohou v **případě krize přijít i bez objednání**.

V případě krize je možné nabízet klientovi **častější schůze**. Adiktolog může také poskytovat **telefonickou konzultaci**, avšak po skončení pilotního projektu je možné ji vykazovat pouze 1x týdně (což dříve šlo vícekrát): *„Jo, může být ten kontakt vlastně intenzivnější. Jak říkáš, třeba tou telefonickou konzultací, která tam byla jako výkon, tak to bylo možné. Což jsme tady prováděli určitě. ... Ale teď už jako to nejde víckrát týdně. Dřív to šlo a takhle to bylo myšlený podle mě a teď to není možné vykazovat. A není možné to jakoby proplatit z toho pojištění víckrát“*. Pokud je klient v krizi, adiktologové mohou nabídnout také **dřívější setkání**: *„Ale funguje to tak, že prostě ti, co nejsou v akutní krizi nebo chodí na to doléčování nebo chodí dlouho, tak máme tam delší intervaly a jsem schopná si to uzpůsobit tak, že pro toho pacienta, kterej je v krizi, tak mu dám termín dřív. Že když mi napíše nebo zavolá, že jako krize, tak dám termín, který bych tamtomu třeba nedala, někam ho do toho vecpu“*.

Klienti v krizi jsou také **častěji řešeni na poradách**: *„tak nějak samovolně se jim věnujeme na těch poradách, a když to na těch poradách nestíháme, tak my se hodně domlouváme s kolegou, že to nějak jako řešíme společně nebo s ostatníma členama v týmu“*.

S klienty se také většinou **vytváří na začátku spolupráce krizový plán**.

Skupinová práce

Služba nabízí také skupinovou práci. Adiktologové vedou otevřenou **motivační skupinu**. Není tam povinná docházka, klienti se nemusí omlouvat. Jediná pravidla jsou, že musí přijít střízliví a včas. Dále funguje **doléčovací skupina** a **anonymní poradenská skupina**, ty jsou vedené psychology.

4. 2. 4 Závazné indikátory

Pro pilotní provoz ARP-AD byly Metodikou stanoveny závazné indikátory. Tyto indikátory jsou nástrojem pro měření cíle a poskytují zpětnou vazbu, zda podpora splnila účel. K datu ukončení realizace pilotního provozu musí být indikátory průkazně a ověřitelně naplněny. V případě nenaplnění indikátorů byly stanoveny sankce (procentuální odvod z vyčerpané částky dotace v závislosti s mírou nenaplnění indikátoru). Níže jsou indikátory popsány tak, jak jsou definované metodikou. Dále, jak byla naplňována během pilotního provozu (dle zpráv o realizaci).

Indikátor 6.00.00 Celkový počet účastníků

Jedná se o počet pacientů, kteří získali v rámci pilotního provozu podporu nad 40 hodin – jde o všechny osoby, které čerpaly podporu v rámci pilotního provozu ARP-AD. Podporou se rozumí přímé čerpání služeb ARP-AD v celkovém rozsahu nad 40 hodin. **Cílová hodnota: 20 osob.**

Indikátor 6.70.10 Využívání podpořených služeb

Jedná se o počet osob, které využily služeb ARP-AD během realizace pilotního provozu ARP-AD. Jde o pacienty, kteří využili jakoukoli službu bez ohledu na míru rozsahu poskytované služby a zároveň nejsou započítány do indikátoru 6.00.00. Každá osoba se počítá pouze jednou. **Cílová hodnota: 208 osob.**

Indikátor 6.70.01 Kapacita podpořených služeb

Kapacita služeb a programů ARP-AD vyčíslena jako maximální počet osob, kterým může být služba v dané chvíli poskytnuta. Kapacita jednotlivých služeb či programů ARP-AD vychází z kapacity personálního obsazení multidisciplinárního týmu. Níže uvedené hodnoty je dosaženo při plném minimálním personálním obsazení ARP-AD. **Cílová hodnota: 6 osob.**

Vývoj indikátorů

	1. Průběžná zpráva (1. 5. 2021 – 31. 8. 2021)	2. Průběžná zpráva (1. 9. 2021 – 31. 12. 2021)	3. průběžná zpráva (1. 1. 2022 – 30. 6. 2022)	Závěrečná zpráva (celkem)
Indikátor 6.00.00	1	11	12	25
Indikátor 6.70.10	100	51	83	216

Indikátor 6.70.01	6	6	6	5,472*
------------------------------------	---	---	---	---------------

Tabulka č. 3: Vývoj indikátorů během pilotního provozu ARP-AD

* uvedený údaj je stanoven na základě konzultace s pracovníky ŘO a odpovídá průměrné hodnotě počtu pracovníků ARP-AD za celé období realizace projektu

4. 2. 5 Srovnání s metodikou

Zde jsou uvedeny jen některé významné oblasti Metodiky, které tematicky souvisí s analyzovanými daty, zestručněny pro rozsah této studie.

Metodika definuje **základní přístupy užívané v ARP-AD**: „*Základními obecnými přístupy k práci jsou: včasný kontakt, pomoc v krizi, aktivní vyhledávání potenciálních klientů, komplexní bio-psycho-socio-spirituální posouzení současného stavu pacienta/klienta, indikace vhodného přístupu, zjišťování potřeb klienta, kontraktování individuálně významných cílů jako nezbytný proces plánování léčby, zajištění kontinuity v individuálním případovém vedení, podpora motivace klienta k zotavení (práce se vztahem ke klientovi je její součástí), monitorování procesu léčby a zotavení (včetně naplňování kontraktovaných cílů), koordinace vedení případu v rámci ARP-AD*“.

ARP-AD se samo snaží o poskytování co nejvíce potřebné péče: „*ARP – AD usiluje o to, aby pokud možno veškerou potřebnou péči poskytl klientům v rámci vlastní služby, k tomu zřizuje vhodné léčebné programy, ve kterých se klientům dostává podpory i formou využití skupinové práce, práce s jejich rodinami.*“ Služba dle Metodiky je členěna do více programů: „*Služba je členěna do více programů (program individuální ambulantní léčby, programy skupinové, programy denních aktivit, programy kontaktní a poradenské, terénní programy, program case managementu), které organizace vstupující do pilotního projektu zřizují*“.

Multidisciplinární tým a bio-psycho-socio-spirituální přístup má podporovat **komplexní a individuální posuzování případu a spektrum použitých intervencí**: „*Komplexní, a přitom individuální přístup ke klientům je podpořen multidisciplinarnitou týmu a bio-psycho-socio-spirituálním konceptem přístupu. Projevuje se v posouzení případu i v profilu použitých intervencí v péči*“.

Při srovnání můžeme vidět, že **výsledky do velké míry odpovídají popisu Metodikou**. ARP-AD se snaží o včasný kontakt, tomu napomáhá vstup přes adiktologa. Posouzení stavu probíhá komplexně a individuálně díky multidisciplinárnímu týmu ve všech bio-psycho-socio-spirituálních komponentách. Adiktologové mapují závažnost závislostních obtíží, zjišťují sociální situaci, vztahy s okolím, odkazují pacienta k psychiatrovi, který společně se zdravotní sestrou vyšetřuje zdravotní stav (měří tlak, jaterní testy atd.), případně nasazuje farmakoterapii. V případech potřeby je klient odkázán na psychologické vyšetření a psychodiagnostiku. Mapují se potřeby klienta, kontraktuje

se spolupráce, u čehož bývají v případě zájmu přítomni blízcí pacienta. Posuzuje se vhodnost ambulantní léčby a případně je doporučena jiná. Program nabízí individuální i skupinové formy ambulantní léčby, nabízí poradenské služby - klient se může účastnit pár setkání pouze pro konzultaci svých obtíží, využít anonymní poradenskou skupinu, dále samozřejmě case management, jehož garantem jsou adiktologové. Program tedy poskytuje široké spektrum intervencí – krizové služby, farmakoterapie, substituční léčba, averzní léčba, propojování se zdroji, screeningové testy (AUDIT), psychodiagnostika, psychoterapie, kontrolní vyšetření zdravotního stavu a tak dále.

ARP-AD nabízí v indikovaných případech terénní služby, avšak se neseťká se zájmem ze strany klientů. V některých případech jí dokonce přímo odmítají a vnímají jí jako zásah do svého soukromí. Důvodem může být charakter cílové skupiny, která je často v sociální oblasti zabezpečena. Centrum denních aktivit program nezřizuje.

Metodika popisuje **pro ARP-AD vhodné modely case managementu**: „*Pro ARP-AD doporučujeme model asertivní komunitní léčby (klienti jsou sdílení celým týmem a role case managera jako průvodce a poskytovatele péče ustupuje do pozadí), kombinované s přístupy intenzivního case managementu, kdy klienti jsou v individuálním kontaktu zejména se svým case managerem*“

Modely case managementu a jejich charakteristiky jsou popsány v teoretických východiskách této studie. Dle dostupných dat můžeme vidět, že v **ARP-AD se jedná o kombinaci těchto modelů**. Nejčastěji (asi 90 %) jsou klienti sdílení celým týmem, někdy jsou v péči především svého case managera (adiktologa). To je popsáno podrobněji v kapitole: 3. 3. 4. *Pravomoce, rozhodování, zodpovědnost za případ*. Pro tyto modely se doporučuje objem 15 až 20 klientů na jednoho case managera. Z dat můžeme vidět, že adiktologové mají každý okolo 30 klientů na celý úvazek a přesto poskytují poměrně intenzivní kontakt (některým, například ve fázi doléčování, méně častý). Některým klientům, například v doléčovací fázi, již není takto intenzivní péče poskytována.

Služba dle Metodiky poskytuje **krizové služby**: „*koordinace dalšího léčebného procesu (včetně práce na vytvoření optimálního terapeutického vztahu, průběžné posuzování, monitorování, propojování ke zdrojům, řešení krizí, ukončování péče)*“. Nenahrazuje však služby krizové intervence: „*ARP-AD nenahrazuje centrum krizové intervence a neposkytuje 24hod. lékařskou péči*“.

Služba poskytuje krizové služby svým pacientům v provozní době, tedy **naplňuje tyto náležitosti Metodiky**. Zajišťují je nejčastěji adiktologové a zdravotní sestry, případně psycholog (u

svých klientů) i psychiatr. Pacienti se v krizi nacházejí často již během vstupu do služby – krize je motivuje k vyhledání pomoci. Tým musí nezdědka reagovat na suicidální tendence a ideace. V případě krize je možnost častějšího kontaktu s pracovníky, telefonických konzultací, klient může přijít i bez objednání. Krizoví klienti jsou častěji probíráni na poradách týmu. Přítomnost krizových situací se ze zkušenosti respondentů snižuje s abstinencí klientů.

Důležitou součástí je **spolupráce s dalšími subjekty a síťování klientů k jejich zdrojům**: „Pro komplexní péči o klienty s adiktologickou poruchou je zapotřebí intenzivní spolupráce s dalšími zdravotními a sociálními službami v daném regionu“, dále: „V případech spolupráce s dalšími poskytovateli služeb či ve spolupráci s přirozenými zdroji pomoci v přirozeném sociálním prostředí klienta (vedení případu a propojení k těmto zdrojům) zajišťuje koordinaci případu case manager“. Dále je popisována spolupráce s **praktickými lékaři** a dalšími **složkami systémů adiktologické péče**: „Péče o somatické zdraví je u klientů s adiktologickou poruchou často více zanedbávána, než je tomu u majoritní společnosti. Praktický lékař může z velké míry zajišťovat i následnou péči o klienta po jeho propuštění z péče ARP – AD ... Důležitá je spolupráce se spádovými lůžkovými zařízeními (terapeutické komunity, psychiatrická oddělení a psychiatrické nemocnice)“.

Služba aktivně spolupracuje s dalšími službami. Spolupráce v rámci KAD se velmi daří. Klienti jsou navazováni z ostatních oddělení (detoxifikační jednotka, lůžková oddělení) již během jejich hospitalizace, to probíhá i obráceně, kdy klient v ambulantní léčbě potřebuje hospitalizaci. V rámci služby probíhá samozřejmě odkazování k dalším profesím, například při potřebě individuální psychoterapie. Služba také spolupracuje s dalšími subjekty mimo KAD – odkazuje na jiné typy léčby (psychiatrické nemocnice, denní sanatorium Ondřejov, terapeutické komunity), lékaře-specialisty, na právní poradnu A.N.O., na sociální služby (ty nejsou častou potřebou klientů). Služba pomáhá i s navazováním klienta na přirozené zdroje – oblast vztahů, trávení volného času.

ARP-AD má vyvíjet snahu o co **nejbližší kontakt s klientem a o udržení klienta ve službě**: „Cílem ARP – AD je rovněž koordinace adiktologických služeb v regionu, úsilí o minimalizaci čekací doby, o redukci vypadnutí klientů ze služeb, o redukci hospitalizací, o stabilní počet nových kontaktů“. Metodika také popisuje potřebné **udržení kontinuity péče**: „V případě hospitalizace nebo přerušení léčebného procesu z důvodů neodkladných (např. výkon trestu) nepřerušuje a neukončuje garant nebo case manager kontakt a podporu klienta, usiluje o udržení vztahu pro možnost pokračování v další kontraktované či potřebné spolupráci.“

Při srovnání s analyzovanými daty **můžeme vidět snahu ARP-AD o koordinaci adiktologických služeb a o udržení klienta ve službě**. Služba nenastavuje mnoho pravidel. Pravidla nejsou striktně dodržována a v případě jejich porušování se to stává tématem spolupráce a nedojde rovnou k ukončení služby. Tím vytváří možnost k udržení se ve službě i pro

„nizkoprahové klienty“ a ty, kteří mají problémy s dodržováním pravidel léčby. Má postupy, jak reagovat na krize klientů, čímž může předcházet hospitalizacím. V případě hospitalizace case manager neukončuje spolupráci a je dále v kontaktu s klientem (například během detoxifikační léčby).

Již od prvního setkání se začne vytvářet vztah s klientem. Důležité, **aby byl klient přijímán a vnímal kontakt se službou jako osobní**: „První setkání jsou důležitá pro nastavení vztahu. Je třeba, aby způsob vstupu do léčby ARP – AD navrhl a realizoval tak, aby pacient vnímal kontakt se službou jako osobní, srozumitelný a mohl se v něm cítit přijímán a podporován v otevřenosti. Od prvního kontaktu je třeba stanovit jeho průvodce službou – byť později může být garantem individuálního plánu jiný pracovník“. Vztah může být důležitý pro rozvoj samostatnosti: „Tento vztah je základem pro pracovní společenství. Zátěž v něm není nakládána pouze na klienta, současně je každý klient podporován k tomu, aby plánované akce zkoušel zvládat sám“. Přístup pracovníků má být orientován také na **silné stránky a protektivní faktory klientů**: „Přístup ARP – AD je orientován nejen na rozpoznání fenoménů vzniku, rozvoje a udržování tzv. patologie, ale zejména na objevení a posouzení protektivních a silných stránek jedince. Klient je v průběhu péče zván do posilování a postupného rozvoje svých možností a svého pojetí zotavení“.

Služba klade důraz na způsob vytváření vztahu s klientem. Respondenti popisují citlivým způsobem, co jim pomáhá s vytvořením vztahu s klientem. Dávají klientům prostor pro řešení oblastí, které je trápí. Snaží se vytvořit bezpečný prostor a respektují odlišnosti klienta a jeho situace. Přijímají ho takového, jaký je. Staví se na partnerskou úroveň a nezdůrazňují svojí autoritu. Důležitá je pro respondenty vlastní autenticita a lidský přístup. Během naplňování stanovených cílů (například kontaktování jiné služby) vkládají důvěru v klienta a podporují tak jeho samostatnost. Služba se zaměřuje na silné stránky klienta a jeho zdroje.

Metodika popisuje také **zapojení rodinných příslušníků**: „Je třeba podporovat členy rodiny a osoby z blízkého okolí, které klient označí jako účastníky léčby, aby byli schopni se adaptovat na nové podmínky a byli včas informováni o cílech a postupu práce ARP – AD se svým členem“.

Služba podporuje zapojování rodinných příslušníků do procesu spolupráce. Během prvních kontaktů s klientem se občas kontraktuje spolupráce s rodinným příslušníkem. Předávají se mu informace o léčbě a domlouvá se například předávání informací. Služba poskytuje anonymní poradenskou skupinu a odkazuje na „sousední“ skupinu pro rodinné příslušníky, případně do rodinné terapie. Často se však stává, že rodinní příslušníci nebo samotný klient nemají o spolupráci zájem. Během individuálních setkání jsou vztahy s blízkými klienta častým tématem.

Dále je popsán **asertivní přístup** ARP-AD: *“Asertivní přístup ARP – AD je především proaktivním přístupem. Asertivita neznamená činění kroků proti vůli klienta nebo jeho zákonnému zástupce, ale hledání cest, jak klienta ke spolupráci motivovat a jak podporovat přijímání zodpovědnosti za svůj přístup k sobě a okolí. Jde o podporu rozvoje partnerské spolupráce. Asertivní přístup znamená podporu dospělé kultury kontaktu a komunikace. Cílem je minimalizovat vznik odporu ke spolupráci a nastavení skrytých cílů klientů ve vztahu k užívání služeb. Ty se mohou týkat vědomých i nevědomých zisků z „nemoci“ a role klienta.”*

Asertivní přístup, který služba aplikuje, je již v mnoha bodech popsán výše a odpovídá Metodice. Je snaha o co nejbližší (časově) kontakt se zájemcem o službu. Kontraktování spolupráce probíhá společně s klientem (případně i s jeho blízkými) a zaměřuje se na jeho potřeby. Podporuje se motivace klientů ke změně závislostního chování, avšak se respektuje jeho odlišný postoj. Během naplňování léčebných cílů je klient motivován k zodpovědnosti a samostatnosti. Služba se snaží o minimalizaci vstupních bariér, nestanovuje mnoho pravidel a umožňuje tak spolupráci i „nízkoprahovým klientům“. Respondenti popisují, že se snaží o partnerský přístup a nezdůrazňují svou autoritu. Zdůrazňují lidský přístup.

Závazné indikátory – srovnání s Metodikou

	Plnění ARP-AD za celý pilotní provoz	Minimální plnění definované Metodikou
Indikátor 6.00.00	25	20
Indikátor 6.70.10	5,472*	6
Indikátor 6.70.01	216	208

Tabulka č. 4: Závazné indikátory – srovnání s metodikou

* uvedený údaj je stanoven na základě konzultace s pracovníky ŘO a odpovídá průměrné hodnotě počtu pracovníků ARP-AD za celé období realizace projektu

Ze srovnání lze vidět, že **indikátory 6.00.00 a 6.70.01 byly naplněny. Indikátor 6.70.10 byl naplněn z 91,2 %**, což neodpovídá žádné sankci. V Metodice jsou uvedeny sankce za určité rozsahy nenaplnění indikátoru (od 85 % do 99 % nenaplnění indikátoru odpovídá 0% sankci). Při zprůměrování všech třech indikátorů dosahuje plnění na **106,66 %**.

4. 3. Spolupráce v týmu, multidisciplinarita

4. 3. 1 Personální složení

Z důvodu zachování anonymity zde nebudou uvedena jména konkrétních pracovníků, ani žádné demografické údaje, které by mohly vést k jejich identifikaci. Budou uvedeny pouze profese a celková výše úvazku ve třech průběžných zprávách za příslušná monitorovací období a porovnání předepsaného personálního složení Metodikou (minimum).

	1. Průběžná zpráva	2. Průběžná zpráva	3. Průběžná zpráva	Metodika
Lékař-psychiatr	1,0	1,0	1,0	1,0
Adiktolog	2,0	2,0	2,0*	1,5
Psycholog	0,5	0,5	0,5	0,5
Zdravotní sestra	1,0	1,0	1,0	1,0
Administrativní pracovník	0,5	0,5	0,5	0,5

Tabulka č. 5: Personální složení

* v tomto období došlo z důvodu změny personálu ke snížení úvazku na 1,0 po dobu 14 dní

Z tabulky můžeme vidět, že **minimální předepsané personální složení dle Metodiky služba splňuje**. Co se týče úvazku adiktologa služba předepsané minimum dokonce převyšuje.

4. 3. 2 Role jednotlivých profesí

Role psychiatra

Psychiatr má na starost hlavně **diagnostiku psychických obtíží a farmakoterapii**. Vydává také zprávy a potvrzení pro úřady, zaměstnavatele nebo ohledně řidičských průkazů. Psychiatr indikuje adiktologickou individuální péči, tedy klienty musí přímo vidět. Tato indikace se musí obnovovat každé 3 měsíce, což zahrnuje kapacitu psychiatra. Psychiatr zajišťuje medikaci klientů,

zhruba 50 % klientů je ve stálé péči psychiatra a má předepsanou medikaci. Čekací doba k psychiatrovi se pohybuje od 6 do 8 týdnů.

Účastní se porad, vykonává administrativní činnost. Do terénu za klienty nevyrazí. Může poskytovat krizovou intervenci, i když to většinou připadá na case managery (adiktology) nebo zdravotní sestry.

Role psychologa

Dle zprávy o realizaci psychologové zajišťují **psychologická vyšetření a individuální psychoterapeutické služby**. Testové metody vyšetření jsou částečně na Klinice Adiktologie, případně používají psychologové své vlastní. Psycholog má v péči 8-10 klientů, kteří dochází každý týden (někdy i dvakrát týdně). Čekací doba na psychologické vyšetření je asi 3-4 týdny. Čekací doba na individuální terapii je kvůli kapacitě psychologa dlouhá a tak je snaha o přesun některých klientů z individuální psychoterapie do psychoterapeutických skupin.

Dále se psychologové účastní týmových porad a samozřejmě dělají administrativní úkony. Terénní práci neposkytují, krizové služby poskytují u svých stávajících klientů.

Role zdravotní sestry

Hlavní náplní zdravotní psychiatrické sestry jsou pravidelné **kontroly psychického a somatického stavu** indikované lékařem psychiatrem. Tyto kontroly jsou často spojené s **podáním medikace, konkrétně Antabusu**. Tomu předchází dechová zkouška na přítomnost alkoholu v dechu, případně toxikologické vyšetření moči na přítomnost jiných NL. Během podání medikace dochází k **edukaci** klienta, hodnotí se riziko agrese a suicidality, náhled a motivace k další léčbě a nežádoucí účinky medikace. Dále zjišťuje další potřeby klienta. Antabus je podáván 2x týdně a společně s kontrolou stavu a edukací si výkon vyžaduje přibližně 60 minut. Během pravidelných častých kontrol psychiatrickou sestrou se dá s předstihem rozpoznat hrozící relaps a včas na něj reagovat.

Zdravotní sestra také telefonicky kontaktuje klienty, pokud se nedostaví. Má s klienty velmi častý kontakt. S těmi, kteří dochází na Antabus, tak nejčastější z týmu. Provádí také v případě potřeby krizovou intervenci. Do terénu nevyjíždí. Dále se věnuje administrativní činnosti a účastní se týmových porad.

Role adiktologa

Adiktologové se věnují **případovému vedení** (viz popis v kapitole: 3. 2. *Případové vedení*). Doba k prvnímu kontaktu (vyšetření) se pohybuje od 2 do 3 týdnů. Adiktolog provádí klienta celým

terapeutickým procesem a také jej ukončuje. Snaží se v klientech podporovat zodpovědnost za průběh léčby.

Adiktologové nespolupracují pouze se členy ARP-AD, ale komunikují s personálem dalších oddělení Kliniky Adiktologie, kde navazují kontakt s potenciálními klienty či stávajícími - udržují kontakt s pacienty během jejich hospitalizace na detoxifikační jednotce nebo lůžkovém oddělení. Provádí krizovou intervenci, nabízí terénní formu práce, o kterou však není zájem (viz výše). Dále se účastní týmových porad a provádí administrativní činnost.

Reflexe vlastní role adiktologa v týmu

Respondenti (adiktologové) byli také v rozhovoru dotazováni, v čem oni sami vnímají svou roli a jakým jsou pro tým přínosem. Respondent popisuje, že svůj přínos vnímá hlavně v úvodu péče o klienta, že **dokáže komplexně zmapovat jeho potřeby a posoudit, co by pro něj bylo vhodné za léčbu a intervence** (matching). Respondent má pocit, že se důsledně a dlouho věnuje anamnéze klienta. Jsou prvním kontaktem s klientem a často s ním mají nejdelší spolupráci a tak jej **možná znají nejvíce**: *"Často je to tak, že já se s ním vidám nejdýl, s tím pacientem ... Takže když to tak vezmu, tak je to možný, že já o něm vím třeba nejvíc z těch oblastí a někdy s ním mám jakoby nejvíc vytvořený ten vztah".*

Dále respondenti popisují, že vnímají své **dobré znalosti právě v závislostní problematice a schopnosti, jak klienta stabilizovat**: *"Vnímám to, že mám jako víc znalostí nebo větší fokus na tu problematiku návykových látek a že.. Myslím si, že to máme tak v týmu jako rozdělený, že já tam můžu přinášet nějaký svůj pohled s těma návykovéjma látkama, informacema a i s nějakýma technikama ... A psychologové, oni vlastně u nás většinou pracujou s těma lidma, co už jako abstinujou nebo jsou nějak jako stabilizovaní a nepotřebujou tolik jako kognitivně behaviorální techniky, ale spíš jdou hloubš k tý psychoterapii".* Respondent se domnívá, že se pohledy na léčbu klientů v rámci týmu často shodují: *"Ale často mi přijde, že pak jako když o těch pacientech mluvíme, tak jako na to máme ty pohledy dost podobný a spíš se v tom jako schodujeme".*

Role administrativního pracovníka

Ve službě jsou dva administrativní pracovníci, kteří jsou dohromady na poloviční úvazek. Mají na starosti oblast financí, rozpočtu, provádí evaluaci, hlídají indikátory a komunikují s Ministerstvem zdravotnictví. V kontaktu jsou převážně s vedoucí služby, s ostatními pracovníky přibližně jednou za měsíc.

4. 3. 3 Komunikace v týmu

Informace o klientech a dalších záležitostech si pracovníci předávají na **pravidelných velkých poradách** a během toho, když se setkávají v kancelářích během dne: „*máme tady vlastně místnost jako sesternu, kde se potkáme všichni, takže tam je prostor i komunikovat různé věci, který je potřeba*“. Respondenti vnímají společnou místnost pro setkávání jako důležitou. Celkový charakter komunikace mezi členy týmu je spíše neformální a respondenti vnímají zlepšení komunikace díky tomu, že se pravidelně setkávají: „*a teď se vlastně ta komunikace mezi odděleními hodně zlepšila. Z toho důvodu, že se vlastně pravidelně setkáváme*“. Komunikace probíhá také v případě potřeby emailem či telefonicky.

Porady

Velká porada je jednou týdně v pondělí a trvá hodinu, krátké provozní porady jsou prakticky denně, ale není pro ně vyhrazený specifický čas: „*Máme jednou týdně velkou poradu, kde opravdu se vídáme všichni členové týmu. Jinak taky máme, já tomu říkám krátké provozní porady, kde se setkáváme v sesterně a můžeme probrat jakéhokoli pacienta, ty jsou nějak neplánované, ale jak máme společné místo, tak se tam můžeme kdykoli sejít a říct si*“.

Tým ARP-AD podléhá vedení na úrovni kliniky - vedoucí ARP-AD je přímým podřízeným primáře kliniky. Jedenkrát za 14 dní je porada vedení projektu a jedenkrát za měsíc je porada vedení projektu a vedení kliniky.

Supervize

Dále k předávání informací využívají supervize, které byli nejdříve jednou za čtvrt roku, což se ukázalo jako nedostatečné. Nyní má tým **supervizi jednou měsíčně**, což respondent hodnotí pozitivně: „*Ne, nebylo to dostatečné. A právě jsme se bavili, že teďka od ledna to budeme mít každé měsíc už. ... Protože to bylo jako... Spousta těch témat se buď vyřešila nebo nějak vyšuměla, než jsme si to stihli donést na tu supervizi*“. Někteří členové mají také individuální supervizi.

4. 3. 4 Pravomoce v týmu, rozhodování, zodpovědnost za případ

Zodpovědnost za vedení případu

Adiktolog standardně vede jednotlivé případy (klienty). Často se však stává, že klient navštěvuje více profesí ve službě, pokud je to indikované. **Case manager** (adiktolog) je hlavním článkem, který má za **celkovou péči o klienta zodpovědnost**. Ta je ještě částečně **sdílena s vedoucím** služby. Case manager má samozřejmě možnost **konzultovat** své případy se zbytkem týmu, tím se přirozeně zodpovědnost přenáší: „*Ten case manager je tam ten klíčovej. Ale může*

konzultovat s kýmkoli, takže tu zodpovědnost tak trochu přenáší. Může to být pak nějaké kolektivní rozhodnutí". Adiktolog dle vedoucí služby koordinuje případ: "Minimálně to koordinuje a konzultuje s dalšími profesemi. Se mnou, s psychiatrem určitě konzultují. On to koordinuje a konzultuje s ostatními profesema".

Vymezení rolí, pravomoce

Vedoucí zařízení věří, že členové týmu mají **jasně vymezené**, co kdo ve spolupráci s klientem dělá a jakou má specifickou úlohu: *"Ale věřím, že to máme rozdělený a že víme, kdo co dělá a aby to nějak ladilo a abysme se nedublovali ve všem a zase naopak nějaká část práce nezůstala slepá".* To dokládá tvrzení dalších respondentů. **Jsou situace, kterou musí řešit konkrétní profese v týmu:** *"Já si myslím, že je to vymezený nebo že jsme se o tom bavili, když byly nějaký individuální případy ... Jedná se třeba o ochranné léčby. Tak když jsou ochranné léčby, tak oni stejně musej mít psychiatra, žejo, takže tam je to spíš o tom, že já toho člověka nemůžu přijmout a říct mu, že mu tady poskytneme péči, když závisí na tom psychiatrovi, aby ten mu to jako sepsal ... Třeba stejně je to tady s antabusem, že já nemůžu tomu pacientovi slíbit antabus, když ho ještě neviděla doktorka, když třeba nemaj kapacitu..."* Další respondent uvádí: *"typicky se to děje u věcí, který jsou potřeba indikovat psychiatrem nebo klinickým psychologem ... jsou to například screeningové testy, které musí indikovat psychiatr".*

Jsou však **rozhodnutí, která může udělat kdokoli**. Například objednání pacienta (ke kolegovi ze služby nebo na jiné oddělení) nebo třeba zavolání sanitky, když pracovník uzná, že je klientův stav natolik závažný. Následně to konzultuje s týmem: *"mám oprávnění tohle udělat, ale já spíš to jdu zpětně rozebírat s tím týmem"*. Case manager může také například sám ukončit spolupráci, pokud to situace vyžaduje: *"Když přesně, jak jsem říkala, je tam nějaká zamilovanost nebo nějaké nemístné narážky, něco je tam v tom vztahu prostě špatně, tak já mám jako pravomoc to ukončit, je to na mém zvážení.."*

Demokratické rozhodování

Respondenti se však shodují, že rozhodování o pacientech **má spíše demokratický charakter:** *"Je to rozhodně na tom demokratickém přístupu, na nějaké diskuzi těch pracovníků".* Když klient využívá služeb více odborností, poslední slovo má ten, kterého se daná oblast týká: *"Demokraticky k tomu dochází. Pak si myslím, že je rozdíl, že víc o tom mluvěj ti členové týmu, kteří toho pacienta potkali, poznali... Ale právě myslím si, že záleží, jaká to je věc. Že když je to nějaký pacient, kterej chodí ke mně, chodí na antabus, chodí k paní doktorce a psycholožce, tak když se třeba jedná o to, že si myslíme, že užívá tady a vysazuje si ten antabus, tak jako poslední slovo má ta paní doktorka, protože ona mu vysazuje ten antabus".*

4. 3. 5 Týmové „klíma“

Svoboda vyjadřování

Pracovníci vnímají, že se **mohou ke všemu svobodně vyjádřit**: *"Mám pocit, že se můžu vyjádřit ke všemu. Mám pocit, že můj názor je vyslechnutej"*. To potvrzují další respondenti: *"Opravdu každý může říct na tý poradě kdo co si o tom myslí, že si dáváme v tomhle prostor a vymýšlíme společně"*, *"Nemám problém cokoli vyjádřit"*.

Hierarchie

V týmu se **neposiluje týmová hierarchie**, projevuje se přirozeně například dle doby praxe a zkušeností: *"Já si myslím, že členové jsou si rovni, až trochu na toho vedoucího, to nějak... Asi to závisí trochu celý ta hierarchie trochu přirozeně vzniká kolik kdo má praxe, zkušeností. Ale taková hierarchie, že se člověk spíš zeptá na radu někoho zkušenějšího kolegy"*. Další respondent uvádí: *"necítím nějaké povyšování od někoho jiného. Myslím si, že jsme všichni tak jako na stejný úrovni"*. Respondent uvádí, že se v týmu **cítí jako plnohodnotný člen**: *"Cítím se jako plnohodnotný člen týmu"*.

Rivalita

Vedoucí služby vnímal v první polovině pilotního programu mezi profesemi rivalitu, mezi psychology a adiktology. **Nyní, v novém složení, rivalitu nevnímá**: *"V tomhle aktuálním složení teď rivalitu nevnímám. To myslím, že opravdu docela máme, řekla bych, že je to vzácný. Ale v první půlce projektu, kdy to personální složení bylo jiný, tak jsem vnímala jednoznačně rivalitu mezi adiktologama a psychologama. Že adiktologové měli pocit, že dostávají ty horší klienty a psychologové ty motivovaný, lepší a spolupracující. Ono na tom možná něco je. Prostě adiktolog dělá vstup a ten klient prostě není vždycky ideální nebo jakýho by si ho představoval, je nemotivovaný, né vždycky spolupracuje. Na psychoterapii je už opravdu potřeba mít klienta, který prostě chodí pravidelně. ... Teďka jí nevnímám teda. Nevidím. Tam myslím jako že opravdu se to docela hezky... No každéj ňák ví, kdo je tak plus mínus jeho klient a kterej klient už jeho prostě není. A nevnímám rivalitu teď."*

4. 3. 6 Vnímání podpory v týmu

Respondenti sdělují, že **vnímají od týmu podporu**. Respondent ji vnímá na dvou rovinách: *"Tak zmínil bych tady u toho asi dvě roviny. Jedna je ta profesní podpora, dejme tomu v tom vedení toho klienta a určitě bych zmínil i tu jako osobní, nějakou lidskou podporu, kterou tady v týmu mám"*. Respondent popisuje, že má pocit, **že na práci s klienty není sám a že to může sdílet a mluvit o tom**, jak jednotlivé situace zvládnout. Další respondent to vnímá podobně: *"Vnímám*

podporu. Pro mě vlastně ta podpora v tom týmu byla hrozně důležitá a mám pocit, že je to skvělý, že když mám nějaký jako těžký sezení nebo těžký témata nebo nevím si rady, pochybuju, jestli jsem něco neudělala špatně, tak vím, že se na všechny můžu obrátit. A často to funguje takhle jako v meziprostoru, že to není ani jenom na poradě, ale když se jen tak potkáme na chodbě nebo na obědě nebo po práci, tak si o tom můžeme promluvit".

Respondent také popisuje, že s kolegy **může sdílet i pozitivní zážitky a úspěchy**: "Sdílíme všechno. Bych řekla, že co si jako za ten den zapamatuju, něco, co bylo důležitýho. Ať už pozitivně nebo negativně, tak to sdílíme. A my vlastně teď s Honzou se často bavíme o těch pacientech z tý motivační skupiny. Že se nějak utvrzujeme v tom, že oba máme stejný pohled na to nebo kam bysme dál toho člověka jako vedli".

Respondenti dále popisují, co od svých kolegů potřebují a v čem jsou pro ně přínosem. Dle respondenta **se jedná o jejich odbornou erudici a zkušenosti**: "Rozhodně to vychází z toho jejich vzdělání, konkrétně toho psychoterapeutického. Protože tady máme vlastně 3 kolegy, kteří jsou buď ve výcviku úplně na konci nebo už mají ten výcvik úplně za sebou a mají za sebou hodně zkušeností". Dále se jedná i o technickou podporu v provozních záležitostech: "nebo i často je to v těch provozních věcech, nějaký rady jak co vykazovat".

4. 3. 7 Další podpora pracovníků ze strany vedení a péče o tým

U pracovníků se dle respondenta velmi **podporuje další vzdělávání**: "V projektu jsou na to prostředky. Takže myslím, že vzdělání pracovníků podporujeme, ať už je to cokoli. Pokračování ve výcvicích, individuální supervize, vzdělávání, konference, motivační rozhovory, pojedou adiktologové na kurz".

Teambuilding zatím služba neměla, ale jedná se poměrně o nový tým. Dává se volný průběh mimopracovním setkáváním, **podporují se například narozeniny** členů týmu: "když má někdo narozeniny, tak funguje, že se popřeje a udělá se nějaký prostě třeba... Koláče.. Takže tohle nějak neformálně to jednoznačně funguje, ale že bychom udělali organizovanou teambuildingovou akci, to jsme teda nedělali".

Respondent popisuje, **co pomáhá k udržení pozitivních vztahů v týmu a vede k dobré spolupráci**: "Já myslím, že hezky fungují společný obědy a to, že máme tu jednu místnost, do které chodíme všichni, že se tam vidíme, víme o sobě. ... Jsme pracovníci v pomáhajících profesích, no tak se tak jako očekává, že většina z nás bude mít nějakou empatii a postřeh, že se někde něco děje a měli bysme být komunikačně zdatný, takže pokud se něco děje, tak se snažíme to nějak vykomunikovat. Ale já myslím, že hodně pomáhají obědy, že máme tu společnou místnost, kde se nějak setkáváme, kde si ty informace předáváme, takže není nějaký extrémní komunikační šum, nesoulad, že si to umíme tak ňák předat, aby z toho nevznikly nějaké desinterpretace

a nedorozumění. Takže myslím, že je to úžasný, že ten tým nějak funguje jako hezky. A je to asi o tom, že jsme nějak otevřený, že si to řekneme, že se nikdo nebojí říct, co by ho trápilo a že jsme v častém kontaktu. A že nezakazujeme žádný neformální kontakty, nesnažíme se to tu nějak formalizovat. Ale zase na druhou stranu všichni vědí, co mají jako dělat, takže je to asi souhra spousty takových.. že bych na to měla přímo recept ... je to možná dobře vybraný tým prostě a nějaký čas strávený spolu a nějaká tolerance". To vnímá respondent jako úspěch, dodává.

4. 3. 8 Srovnání s metodikou

Metodika popisuje **význam multidisciplinarity**: „Komplexní, a přitom individuální přístup ke klientům je podpořen multidisciplinarností týmu a bio-psycho-socio-spirituálním konceptem přístupu“. Služby jsou poskytovány multidisciplinárním týmem, kde **garanta poskytuje sám službu a koordinuje v rámci týmu**: „Všechny služby ARP – AD jsou poskytovány multidisciplinárním týmem. S klienty pracují formou vedení individuálního plánu garanti. Garantem je v případě běžné ambulantní péče zpravidla pracovník, který převážně sám poskytuje službu. Může koordinovat i poskytování více služeb v rámci ARP -AD.“

Metodikou jsou popsány **činnosti jednotlivých profesí** (zestručněno):

„**Služby psychiatrické** ... Úvodní zhodnocení aktuálního stavu pacienta v rámci komplexního či cíleného vyšetření a podle potřeby nasazení farmakoterapie. Nedílnou součástí léčby bude i možnost substituční léčby uživatelů opioidů. **Služby psychologické** ... Psychologická diagnostika, konzultace, poradenství a činnosti. Klinický psycholog v tomto smyslu účinně spolupracuje s dalšími odbornostmi na posouzení případu, realizaci individuálního léčebného plánu. Podílí se přímo, případně metodicky podporuje práci týmu, která má výrazné psychotherapeutické komponenty (zejména dlouhodobou individuální psychoterapii, skupinovou psychoterapii, rodinnou psychoterapii). **Služby adiktologické**, tj. komplexní analýza a zhodnocení zdravotního stavu a sociální situace pacienta, vypracování jeho úvodního individuálního léčebného plánu, a to spolu se zvážením širších souvislostí a dopadů na osobní i rodinnou situaci pacienta, koordinace dalšího léčebného procesu (včetně práce na vytvoření optimálního terapeutického vztahu, průběžné posuzování, monitorování, propojování ke zdrojům, řešení krizí, ukončování péče). ... spolupráce při psychiatrických a psychologických vyšetřeních, vedení kontaktní a poradenské práce, případně psychoterapie. Tato práce může probíhat individuálně, může být vhodně organizována i do skupinových forem (docházkové skupiny, skupinové aktivity v rámci případně zřízeného denního stacionáře). **Služby v ošetrovatelské péči v psychiatrii** ... Ta poskytuje psychosociální péči, spolupracuje při psychoterapii, působí v socioterapeutických aktivitách. Provádí ošetrovatelskou péči.“

Při srovnání s výsledky **můžeme vidět značnou shodu**. ARP-AD samozřejmě splňuje minimální personální zajištění dané Metodikou po celou dobu provozu. Adiktologové (case manageri) jsou většinou ti, kteří poskytují přímo péči a dále koordinují služby v rámci ARP-AD (ne pouze). Náplně jednotlivých profesí se dle výpovědí s respondenty a zpráv o realizaci shodují. Psychiatr provádí diagnostiku, farmakoterapii, podává zprávy o průběhu léčby, potvrzení, doporučení. Mnoho pacientů užívá podpůrnou averzní léčbu Antabusem, dále někteří substituční léčbu Subuxonem. Psycholog provádí psychodiagnostiku (posuzuje), individuální i skupinovou psychoterapii. Adiktolog dělá vstupní vyšetření, mapování, vytváří individuální plán, koordinuje léčebný proces, propojuje ke zdrojům, poskytuje krizové služby, spolupracuje s rodinou, realizuje skupinové terapie, pracuje na vytvoření kladného terapeutického vztahu (náplň práce adiktologa podrobně popsána v kapitole: 3. 2. *Případové vedení*). Zdravotní sestra provádí psychické i somatické kontroly, podává Antabus, poskytuje krizové služby, edukuje pacienty, dělá kontrolní testy na přítomnost NL. Všichni se účastní porad a administrativní práce.

Metodika popisuje nutnost **vhodné komunikace při sdílení pacientů**: „Všichni členové týmu sdílejí pacienty, průběžně si předávají důležité informace a část svých intervencí provádějí v přirozeném prostředí pacientů. Multidisciplinární tým musí pracovat jako jeden celek, který je v každodenním kontaktu a sdílí jedny prostory minimálně pro společné porady a kooperaci“. Dále zdůrazňuje **časové intervaly a místa pro to vhodné**: „Úkolem ARP – AD je vyjednat účelnou a funkční strukturu vzájemné komunikace – zejména týmových porad a intervizích setkání. Pro zajištění funkční komunikace a sdílení informací o klientech je třeba rozlišit, v jakém časovém intervalu je vhodné si informace předávat. Je třeba určit vhodný prostor a rozsah pro denní operativní porady týmu (například ranní porady case managerů o plánované práci v určitý den s cílem zajistit jejich bezpečí), pro porady o plánu činnosti na příští období, pro klinické porady týmu, pro intervizní setkání řešící pravidelně obtížné položky klinické práce, pro případné klinické konference, na kterých se přehlíží postup práce ve stanovených souvislostech. Standardní nepodkročitelné minimum v adiktologických službách je porada celého týmu 1x týdně“.

Z výsledků je patrné, že **spolupráce týmu je poměrně intenzivní a shodují se s Metodikou**. O spolupráci s klienty spolu často mluví (ještě častěji, když jsou v krizi). Porady probíhají pravidelně 1x týdně, během dnů se však tým setkává často ve společném prostoru jedné z místností, kde mohou neplánovaně sdílet aktuální situace s klienty. Existenci tohoto prostoru vnímají jako důležitou. Porad se účastní celý tým. Komunikace probíhá také telefonicky nebo emailovou korespondencí.

Rozhodování v týmu je dle Metodiky založené na **demokratickém přístupu**: „Většina týmů je založena na demokratickém principu. V podstatných věcech je snaha dosáhnout rozhodnutí

*konsensem, spíše než hlasováním či přehlasováním. Nicméně je definována zodpovědnost jednotlivých členů týmu za některé typy rozhodnutí (např. potřeba hospitalizovat klienta, řešení opatrovnictví apod.). Ale i v tomto případě je zvykem, že tým o konkrétní věci diskutuje a každý člen týmu přináší svoje poznatky a názory ... Týmová spolupráce je v ARP – AD považována za vysokou hodnotu. Stejně tak týmová kultura kolejality – a ta s průběhem rozhodování v týmu souvisí. Zobrazuje se v něm pravdivě a jasně“. Vedoucí se však nevzdává své rozhodovací pravomoci: „Vedoucí ARP – AD nevzdává své rozhodovací pravomoci – využívá obousměrné komunikace a svá rozhodnutí včas a reálně konzultuje s pracovníky ARP –AD“. **Odpovědnost za rozhodování o dalším postupu je do velké míry svěřeno case managerovi**, který však konzultuje s týmem: „Při práci formou case managementu je třeba svěřit maximální odpovědnost za rozhodování o dalším postupu do rukou case managera (byť jsou důležité kroky konzultovány na klinických poradách a v intervizi), vyjma rozhodnutí o farmakoterapii a jiných postupech lékařského vedení případu.“ Je důležité, aby **povinnosti a kompetence byly jednoznačně definovány**: „Je žádoucí, aby struktura řízení týmu byla přehledná a fungování, povinnosti, kompetence a odpovědnost jednotlivých pracovníků včetně právní zodpovědnosti byly jednoznačně definovány.“*

Toto se také shoduje s výsledky. Adiktolog (case manager) bývá hlavním koordinátorem vedení případu a sdílí s vedoucím zodpovědnost. Důležitá rozhodnutí o dalších postupech sdílí v týmu. Jsou však rozhodnutí, která mohou udělat sami a konzultují to zpětně. Respondenti uvádí, že mají jasno o své roli i o roli ostatních členů týmu. Respondenti také vnímají rozhodování jako demokratické a že jsou jejich návrhy přijímány.

Dále jsou Metodikou popsány **hodnoty týmu a vhodné „klíma“**: „Multidisciplinární princip neznamená jen multiprofesní složení týmu – ale především účelnou spolupráci jednotlivých profesionálů při posouzení a vedení případu. ‚Tým‘ znamená, že pracovní kolektiv má stanoveny úkoly ve vztahu k primárnímu cíli – k realizaci individuálních plánů svých klientů. Kontraproduktivní je posilování týmové hierarchie, formální komunikace mezi kolegy, nejasně vymezené pravomoci, ritualizace denních akcí. V praxi je třeba se vyhnout mezi-oborové rivalitě, úskalím odlišností v odborném jazyku – jde o to využít rozdílného úhlu v pohledu na situaci a různých odborných kompetencí. Cílem týmu je vnímat klienta v podstatných bio-psycho-sociálních souvislostech, porozumět a respektovat jeho pohled na svůj život a potřeby. ... Pro garanty či case managery je ARP – AD základním zdrojem podpory v jejich individuální odpovědnosti za vedení a koordinaci případu.“

V tomto ohledu se také výsledky velmi shodují. Respondenti uvádí, že vnímají, že se mohou ke všemu svobodně vyjadřovat. Nevnímají nějakou uměle vytvořenou hierarchii. Přirozeně

si váží názorů zkušenějších kolegů. Cítí se jako plnohodnotní členové týmu a nevnímají mezioborovou rivalitu ani žádné povyšování. Respondenti také vnímají od členů týmu podporu.

Nutná je dle metodiky také **externí supervize a vnitřní intervize týmu**: „Podporu je nutné zajistit i v odpovídajícím objemu externí supervize a vnitřní intervize v týmu.“ Metodika také myslí na **vzdělávání pracovníků**: „Povinností vedoucího je rovněž stanovit postupy pro uvádění nových pracovníků na pracovní místa, pro vzdělávání pracovníků...“ Vedoucí týmu se celkově snaží o **dobrou atmosféru v týmu**: „Je třeba se vyhnout vytváření složité struktury a věnovat potřebné úsilí podpoře uvádění jednotlivých pracovníků do nově definovaných pracovních pozic (zejména case management). Rozhodující je podpora vzniku konstruktivní pracovní a emoční atmosféry v týmu.“

Zde se **výsledky opět shodují s Metodikou**. Dle výsledků jsou pracovníci v ARP-AD podporováni ke vzdělávání, jsou na to finanční prostředky. Fungují týmové a případové externí supervize, které jsou nyní frekventovanější – jednou za měsíc. Intervize se dělají během porad. Dále se podporují neformální setkávání pracovníků, chodí se společně na obědy, v případě narozenin se týmově přeje. Nedorozuměním se předchází častým setkáváním a otevřenou komunikací. Teambuilding zatím neproběhl.

4. 4. Co se již podařilo, kde jsou rezervy a doporučení

Co se daří

Od prosince roku 2021 se podařilo **nově vykazovat výkon**, což je důležité pro častější kontakt: „Telefonická konzultace adiktologa v péči o pacienta“ a výkon „Psychoedukační a podpůrný rozhovor adiktologa s rodinou“.

V praxi se ukazuje jako efektivní **první kontakt pacienta se službou přes adiktologa**, čímž se výrazně zkracuje čekací doba. Při opakovaném setkávání adiktologa s pacientem je **větší prostor pro diagnostiku, stanovení léčebného postupu a lepší matching potřeb**. U více pacientů je v rámci diagnostické fáze realizováno i **psychologické vyšetření**, které je pak využitelné v terapeutickém procesu.

Osvědčují se také **pravidelné kontroly zdravotního stavu** psychiatrickou sestrou. Pravidelnější a častější kontroly umožňují **včas rozpoznat hrozící relaps** nebo dekompenzaci zdravotního stavu a včas na to reagovat.

Daří se **mezioborová spolupráce a sdílení pacientů v týmu**, což také dle zprávy o realizaci klienti pozitivně reflektují. Tomu dle respondenta napomáhá **společný prostor**, místnost, kde se mohou týmově setkávat: „A je to pro nás i jako důležité, že ten prostor tady máme“. Vedoucí ARP-

AD také pozitivní reflektuje výběr členů týmu: *"Takže to se nám teďka asi snad povedlo ... Že tady není někdo, kdo by z toho týmu vyčníval ... Nebo by nezapadal, se mi zdá. Takhle to vnímám"*.

Dobrá je také **návaznost na další služby kliniky adiktologie**. Velmi se v praxi osvědčuje udržování kontaktu s pacientem i během jeho hospitalizace na jiném oddělení Kliniky adiktologie. Efektivní je také možnost navázání kontaktu s potenciálním zájemcem o službu, který je ještě hospitalizován (např. na detoxifikační jednotce).

Osvědčil se také **asertivní přístup služby**. Tím se v ARP-AD daří déle udržet pacienty, kteří mají často komorbidní duševní onemocnění (duální diagnóza) a opakovaně recidivují. Případně jim pomáhá zajistit návaznou intenzivní péči.

Nedostatky a doporučení

Dle zprávy o realizaci významně zahrnuje kapacitu psychiatra nutnost časté indikace adiktologické individuální péče psychiatrem, která by měla proběhnout 1x za 3 měsíce. Dle doporučení ze zprávy **by se měly indikace prodloužit (1x za rok), případně zcela zrušit**.

Dále na Klinice adiktologie **chybí testové psychologické metody**. Psychologové musejí používat své vlastní, jelikož potřebné testové metody nejsou v zařízení dostupné. Služba také **postrádá vlastní automobil** pro terénní práci. V případě potřeby je potřeba žádat o automobil s předstihem, což vylučuje neodkladné řešení situace (krize) s pacientem.

Kapacita psychologa ve výši 0,5 úvazku je nedostatečná. Služba je nucena spolupracovat s psychology z jiných zařízení a péče o klienta pak neprobíhá kompletně v ARP-AD. Dle zprávy o realizaci se doporučuje navýšení kapacity psychologa minimálně na 1,0 úvazku nebo na 1,5 úvazku.

Dle jednoho z respondentů je však **personální pokrytí celkově nedostatečné**. To prodlužuje například čekací doby na vyšetření: *"A vlastně teď jsme v situaci, kdy nejsme personálně pokrytí, jak by bylo potřeba. Takže jako to může občas narazit na tu kapacitu toho konkrétního člověka, kterej jí prostě nemá z toho důvodu, že třeba nepracuje na plný úvazek. Takže když je potřeba třeba... nebo se shodneme v týmu, že je potřeba psychiatrické vyšetření, tak to může trvat hodně dlouhou dobu. Nebo toho klienta odešleme jinam"*.

Potřeby

Pracovníci byli také dotazováni, co ke své práci potřebují a co jim naopak práci komplikuje. Respondenti popisují, že je pro ně **důležité prostředí, kde schůze probíhají**. Dále je pro ně důležitá **blízká spolupráce s kolegy**: *"Co je další věc... Jsou vlastně ty porady toho týmu. Ty ostatní profese nebo kolegové, se kterými vlastně vedeme ty klienty společně, tak to bych řekl, že je to důležitý na čem to tady jako vlastně stavíme a co je důležitý pro tu naši práci prostě..."* Jde o pravidelné

setkávání, kdy se společně věnují klientům a tím si **ověřovat, zda postupují v práci dobře**: *"Je to pravidelný setkávání a pravidelný čas, který věnujeme těm klientům společně ... Můžu si ověřovat, když si nejsem prostě v něčem jistej, tak to můžu přinést ať už jako na supervizi nebo na poradu intervizní, která je věnovaná právě klientům a společně tam vlastně plánujeme další postup"*.

Dle respondentů je pro ně důležité **bezpečné prostředí**: *"je to bezpečný prostředí, že prostě tady, ať už tou kanceláří nebo prostě, že se tady cítím bezpečně, že vím, že jsou tu ti kolegově, kdyby se něco stalo, můžu zavolat, zakřičet ze dveří, někdo mě uslyší, takže nějaký bezpečí. A tím i nějaká podpora toho týmu, že když je nějaká náročná situace s tím klientem, krize, tak já se můžu hned obrátit, vedle je prostě sestřička na sesterně, která tam jakoby sedí pořád. Takže v tom je i nějak jako to bezpečí"*.

Komplikace

Jako komplikaci vnímají respondenti **nedostatek prostorů pro sezení s klienty**. Adiktologové sdílejí spolu kancelář a tak nemají vždy s klienty možnost schůzí na stejném místě. Musí migrovat mezi kancelářemi, kde je zrovna volno: *"já si ty pacienty беру do 3 různých místností. Zaléží na tom dni. Tak to bych řekla, že mi tak jako stěžuje."*

Respondentovi komplikuje například práci to, že z charakteru cílové skupiny se **nedá vždy na klienty spolehnout** a že se musí adaptovat na rušení schůzí. Někdy se klienti ani neomluví, což v respondentovi **vytváří obavy**: *"A taky mi komplikuje to, jak mi ti pacienti nepřijdou na ty termíny. Protože mám ten kalendář vlastně pořád plnej. A pak mi to jako někdo zruší a já s tím musím nějak operovat nebo.. Je pro mě jako i náročný, když má někdo domluvenou schůzku, nepřijde a já se mu nedovolám, tak si vlastně říkám, co se stalo? Jestli to už jako nepotřeboval nebo právě propad zase do toho, že denně užívá. A že už jako nevím a nemám to jak zjistit"*. Dále pak respondent popisuje **pochybnosti o sobě**: *"No a pak je tam jako i to, že já, ale nad tím se snažím jako moc nepřemýšlet, ale že třeba mu nevyhovoval ten kontakt nebo jak já jsem to vedla..."* Současně však vnímá, že **vhodná míra pochyb je zapotřebí a že s těmito pocity pomáhá supervize**: *"Jo, tak nějaká reflexe tam je. Já si myslím, že je to potřeba... Že kdybych k tomu přistupovala, že všechno vim, všechno jsem udělala nejlíp a chyba je jen na jeho straně, tak se nikam neposouvám. Že máme i k tomu supervize, kde tohle můžeme řešit."*

Dle respondenta je rezervou služby to, že se **informace o službě pravděpodobně nedostávají k "nízkoprahovějším" klientům**: *že úplně nevím, jak se k těm klientům víc nízkoprahovejch služeb dostanou ty informace, že maj vlastně možnost sem přijít, nás kontaktovat. To si myslím, že je trošku jako překážka nebo vnímám to tady jako rezervu v tom trošku"*. Současně **si myslí, že by poptávka byla** a že by měli nástroje, jak s nimi v nemocničním prostředí pracovat: *"Já myslím, že by to šlo. Kde vnímám, že by byl jako problém, tak je vlastně ta komunikace skrze že to vlastně probíhá víceméně přes ten email nebo telefon"*.

Po skončení pilotního projektu došlo k některým změnám. Během období pilotního projektu bylo možné vykazovat častější kontakty s pacienty, které personál užíval během krize klientů, kdy je zapotřebí intenzivnější podpora. **Po skončení pilotního provozu nelze být v kontaktu s klientem tak často**, což respondenti vnímají negativně. Toto se však netýká přímo pilotního projektu.

4. 5. Shrnutí výsledků

Tato studie si kladla v rámci evaluace procesu 3 dílčí cíle. V prvních třech bylo snahou o zmapování skutečné cílové skupiny, poskytování case managementu a spolupráce v multidisciplinárním týmu. U každé této komponenty bylo cílem srovnání s Metodikou ARP-AD (volně dostupná na webu Ministerstva zdravotnictví). Posledním cílem bylo zmapovat, co se během realizace podařilo, kde jsou naopak vnímány rezervy a jaké mají pracovníci potřeby a co jim práci komplikuje. Poslední cíl nenahrazuje SWOT analýzu ani analýzu potřeb, jednalo se o stručné zhodnocení těch nejdůležitějších bodů. Shrnutí výsledků kvalitativní evaluace je obtížné, proto budou v této kapitole popsány stručně nejvýznamnější poznatky, které je třeba pro lepší porozumění propojit s kompletními výsledky v předešlých kapitolách.

Skutečnou cílovou skupinou ARP-AD jsou uživatelé návykových látek v celém spektru F1x. Nejvíce příjemců služby má problémy s užíváním alkoholu. Minimální zastoupení je klientů s nelátkovou závislostí. Klienti mohou být v různé fázi léčby i motivace. Někteří klienti aktuálně užívají, s některými se pracuje na kontrolovaném užívání, někteří využívají službu formou ambulantního doléčování, někteří uživatelé opiátů jsou na substituční léčbě. Část klientů je motivovaná ukončit užívání, někteří jsou ve fázi kontempace, někteří aktuálně prochází relapsem. Velká část klientů má přidružené další duševní onemocnění – nejčastěji poruchy osobnosti (přibližně 60-70 %), méně často poruchy z afektivního nebo neurotického spektra, v jednotkách případů se jedná o onemocnění schizofrenního spektra a o poruchy příjmu potravy. Velká část pacientů má i nějaké somatické komorbidity. Služba nezaznamenává velký zájem o službu u lidí, kteří by měli problémy s nelátkovými závislostmi, u mladistvých, u rodinných příslušníků a u klientů, kde je výrazná převaha sociálních obtíží (klient by neměl kde bydlet, neměl by práci a podobně). Služba nemá žádnou kontraindikaci, důležité je, aby měl klient diagnostikovanou poruchu způsobenou užíváním NL. **Z výsledků je patrné, že se skutečná cílová skupina ARP-AD shoduje s Metodikou projektu.**

Případovou práci v ARP-AD provádí adiktologové. Frekvence setkávání vychází z potřeb klientů. ARP-AD aktivně navazuje klienty na jiných odděleních KAD, dále klienti nejčastěji kontaktují službu sami. Do programu také odkazují jiná zařízení. První setkání probíhá většinou s adiktologem. Ten informuje o službě, hodnotí míru závislosti a posuzuje, zda je léčba vhodná.

Zájemce o službu pak odkazuje k dalším profesím ARP-AD, případně na jiná zařízení. Během mapování se soustředí také na silné stránky a zdroje klientů, využívají screeningové nástroje. Již od začátku se snaží o budování vztahu. Pracovníci jsou senzitivní k "měkkým" dovednostem, jak pozitivní a profesionální vztah vytvářet. S klientem společně vytváří individuální plán a kontraktují průběh spolupráce a motivují je k zodpovědnosti za průběh léčby. Služba nemá mnoho pravidel, tím dává možnost vstupu i „nízkoprahovým klientům“. Služba spolupracuje aktivně s dalšími organizacemi a především aktivně s dalšími odděleními KAD. Adiktologové zůstávají v kontaktu s hospitalizovanými klienty. Při navazování podporují klienty k samostatnosti. Služba také pracuje s rodinou, avšak se neseťkává s častým zájmem klientů a rodinných příslušníků. Služba poskytuje krizové služby v pracovní době u svých klientů. Dále poskytuje služby formou skupinových aktivit. Problematická je aplikace terénní formy práce, o kterou není ze strany klientů velký zájem. Závazné indikátory 6.00.00 a 6.70.01 byly naplněny, indikátor 6.70.10 byl naplněn z 91,2 %, což neodpovídá sankci. Při zprůměrování byly indikátory naplněny na 106,66 %. **Při srovnání s Metodikou můžeme vidět, že se analyzovaná data v oblasti případové práce s Metodikou shodují.**

Minimální personální zajištění služba naplňuje. **Program tvoří multidisciplinární tým** (lékař-psychiatr, adiktolog, psycholog, zdravotní sestra, administrativní pracovník). Role jednotlivých profesí se shodují s náplní definovanou Metodikou. Tým spolu intenzivně komunikuje během pravidelných porad a během každodenních setkání v týmové místnosti. Pracovníci popisují, že si jsou vědomi svých rolí a mají jasno, kdo má za co zodpovědnost. Adiktolog je koordinátorem případu a společně s vedoucím sdílí hlavní zodpovědnost za péči o klienta. Tým aplikuje demokratický přístup k rozhodování. Pracovníci pociťují, že se mohou ke všemu svobodně vyjadřovat a že nevnímají v týmu hierarchii nebo rivalitu. Cítí se jako plnohodnotní členové. Od týmu vnímají podporu, která se projevuje ochotou týmu sdílet práci s klienty. Tým je podporován v dalším vzdělání, účastní se externích supervizí s frekvencí 1x za měsíc. Podporují se neformální aktivity týmu, což může také přispívat dobré atmosféře. **Z hlediska spolupráce multidisciplinárního týmu se výsledky shodují s Metodikou.**

Během provozu se podařilo vykazovat další potřebné výkony. Daří se mezioborová spolupráce a sdílení pacientů v týmu, čemuž také pomohl společný prostor pro tým. Výborně funguje spolupráce a navazování v rámci KAD. Daří se také udržet ve službě opakovaně recidivující pacienty s komorbidními onemocněními. Jako účinné se pro zkrácení čekací doby ukazuje první kontakt do služby přes adiktologa. Při častém setkávání s adiktologem je větší prostor pro diagnostiku, stanovení léčebných postupů a matching. Dobrá je také možnost psychologických vyšetření v případě potřeby. Osvědčily se také pravidelné kontroly zdravotní sestrou, kdy se dá včas rozpoznat přicházející relaps. **Komplikovaná je** nutnost časté indikace adiktologické péče psychiatrem, což zahrnuje kapacitu. Ve službě chybí některé potřebné diagnostické metody, dále vlastní automobil pro případnou reakci na krizi. Personální pokrytí není při takto velkém zájmu

o službu dostatečné. Především úvazek psychologa není dostatečný. **Pracovníci (adiktologové) potřebují** pro svou práci příjemné prostředí, kde se konají schůze s klienty. Dále potřebují blízkou spolupráci s kolegy, se kterými mohou diskutovat vedení případu a ověřovat si, zda postupují správně. Dále potřebují bezpečné prostředí, kde jim může někdo v případě potřeby pomoci. Toho se jim dostává. **Adiktologům komplikuje práci** nedostatek prostorů pro práci s klienty - musí migrovat mezi místnostmi. Dále může vytvářet obavy charakteristika klientů, když bez omluvy ruší schůze (a neozývají se) a ne vždy se dá na ně spolehnout. Dále je trochu vnímána rezerva v tom, že se do služby nedostávají častěji i "nízkoprahoví" klienti. Po skončení pilotního provozu již není možné být v tak častém kontaktu s klienty kvůli nedostatečným výkonům, byť by to byla potřeba.

5. Diskuze

V následující kapitole bude diskutován průběh celé realizace evaluace a její limity. Dále budou diskutovány výsledky a také samotná Metodika ARP-AD.

5. 1. Limity výzkumu

Výběrový soubor pro kvalitativní polostrukturované rozhovory by mohl být rozšířen o zbylý personál týmu, aby v něm byly zahrnuty všechny profese. Tématem rozhovorů byla totiž mimo jiné i multidisciplinární spolupráce v týmu, o které by bylo vhodné získat data právě i od dalších profesí. Zbylé profese totiž mohly vnímat jinak například otázky ohledně rivality a hierarchie v týmu. Původním záměrem, jak je popsáno v metodách výzkumu, bylo udělat evaluaci všech pilotních programů ARP-AD, kterým byla poskytnuta dotace. V takovém případě by byl však objem respondentů, při zahrnutí všech členů týmů (asi 20 pracovníků), příliš velký pro takto obsáhlé rozhovory. Dalším důvodem bylo, že zapojení všech pracovníků by bylo výraznou kapacitní zátěží pro týmy. Ve chvíli, kdy byla ukončena spolupráce na evaluaci s druhým zařízením, však byla analýza dat v procesu a nebylo již v časové kapacitě výzkumníka vykonat rozhovory se zbylými členy týmu na KAD.

Pro získání přesnějších dat pro popis cílové skupiny by bylo vhodné užít jinou metodu získávání dat – například ze zdravotnické dokumentace služby. Z ní bychom mohli získat podrobnější data o klientech a provést kvantitativní analýzu. Mohli bychom například určit množství klientů v jednotlivých věkových kategoriích nebo přesný podíl uživatelů konkrétních typů návykových látek nebo podíl komorbidních psychiatrických diagnóz. Některá získaná data tedy mohou být zkreslena nepřesným odhadem personálu. Jelikož si však studie nekladla za cíl popsat cílovou skupinu podrobně, může být dostačující popis cílové skupiny personálem (adiktology a psychiatry, kteří přichází do kontaktu se všemi pacienty), který naopak obsahuje cenné kvalitativní údaje.

V průběhu analýzy byla obtížná kategorizace a konceptualizace tematických celků především v oblasti případové práce. Obsáhlé přepsané rozhovory a veškeré zprávy o realizaci obsahovaly mnoho dat. Byla snaha o vytvoření přehledného a sémanticky správného schématu tematických celků, což se do určité míry povedlo. Některá témata se však překrývají a prolínají a daly by se zařadit do více hlavních kategorií. Například téma prvního kontaktu může vypovídat něco o procesu poskytování služby (jak probíhá) i o obsahu (co se při něm děje, s jakými obtížemi klienti přichází). Výsledný koncept kategorií a podkategorií není perfektní a může být pro některé čtenáře matoucí.

Vzhledem k problematické anonymizaci respondentů můžeme dále pochybovat o spolehlivosti vstupních dat z rozhovorů. Personál byl informován o výzkumném záměru – provedení evaluace procesu třech pilotních programů ARP-AD. Dále byl informován, že jedno zařízení spolupráci již na začátku spolupráci odmítlo. I přes to, že byli ubezpečeni o anonymizaci jejich jmen a dalších demografických údajích, mohly jejich obavy z identifikace vést k „cenzuře“ vlastních výpovědí. Personálu těchto dvou služeb není mnoho a informace o členech týmu jsou veřejně dostupné na webech organizací.

Z důvodu selhání rekruční strategie byla evaluace provedena do konce pouze v jednom zařízení, čímž se výzkum dostal na pomezí evaluace a případové studie. Případová studie má však podle Miovského (2006) zdůrazňovat také historicko-biografické pozadí případu. Jelikož došlo k ukončení spolupráce s druhým zařízením až na konci sběru dat, nebyly do nástrojů sběru dat (např. do rozhovorů) zahrnuty otázky týkající se historicko-biografického pozadí. Tato data by mohla být zajímavá například pro objasnění reálné cílové skupiny, kterou jsou ve většině klienti s poruchou užívání alkoholu. Můžeme zde pouze odhadovat, že tato klientela je pozůstatkem původní cílové skupiny, jelikož ambulance byla předtím zaměřena přímo na uživatele alkoholu.

Porovnání výsledků s metodikou nenabízí přesné a důsledné srovnání. Metodika a její přílohy byly rovněž analyzovány. Byly barveny oblasti, které se tematicky shodovaly s analyzovanými daty (rozhovory, zprávy). Popisů případového vedení a týmové spolupráce bylo v Metodice mnoho a pro přehlednost byly vybrány jen některé pasáže, které byly výzkumníkem považovány za nejdůležitější a nejčastěji se v Metodice objevovaly. Byla provedena tedy značná redukce Metodiky a nebyly srovnány veškeré fenomény, které se v ní objevovaly. Dále Metodika obsahovala údaje, které z dostupných dat nebylo možné potvrdit nebo vyvrátit. Naopak zanalyzovaná data z rozhovorů a zpráv obsahovala informace, které nebyly popsány metodikou. Metodika a data získána rozhovory a ze zpráv užívala částečně jiný jazyk, což mohlo také ovlivnit srovnání. Porovnání s metodikou bylo učiněno pouze v oblastech: cílová skupina, případové vedení a multidisciplinární přístup, ani to však není dostatečně podrobné.

Jelikož se průběh evaluace odklonil od původního záměru a do úspěšného závěru byla dovedena pouze jediná evaluace s ARP-AD na Klinice adiktologie, nelze výsledky zobecnit. Nelze tedy tvrdit, že pilotní programy ARP-AD byly realizovány ve shodě s metodickými postupy, jelikož potřebná data k tomuto nejsou dostupná. Je možné porovnat pouze to, jak se konkrétní program ARP-AD na Klinice adiktologie shoduje s Metodikou. O to podrobněji však bylo možné popsat proces zavádění pilotního programu a cenné zkušenosti pracovníků v tomto konkrétním zařízení.

5. 2. Interpretace výsledků

Existují velká omezení pro interpretaci a srovnání výsledků této studie. ARP-AD je samo o sobě unikátním programem a v existující síti adiktologických služeb v podstatě nemá obdoby. Původní zaměření ambulance na klienty s poruchami užívání alkoholu mohlo také ovlivnit výslednou realizaci projektu. Zde bude uvedeno srovnání především se zahraničním poznáním.

Metodika popisuje opravdu široké spektrum metod a forem poskytované péče v ARP-AD. Popisuje klienty, kteří mohou mít výrazné a široké spektrum potíží v různých oblastech života. Dále stanovuje úvazky jednotlivých profesí – celkem 4,5 úvazku – ty mají poskytovat mnoho různých intervencí ve velké intenzitě. Celý tým má poskytovat případové vedení, posouzení stavu ve všech bio-psycho-sociálních komponentách, důkladné mapování potřeb, psychologickou diagnostiku, farmakoterapii, terénní práci, síťování klientů na jiná zařízení i na jejich neformální zdroje, krizové služby, práci s rodinou, skupinové aktivity, psychoterapii, ošetřovatelské služby a dokonce i centrum denních aktivit. Má pracovat s klienty v různých fázích léčby a motivace, což cílovou skupinu adiktologických pacientů velmi rozšiřuje – aktivní uživatelé, doléčování, substituční léčba a podobně. Na pracovníky je kladen nárok na opravdu komplexní péči o klienty. Indikátory dále zavazují příjemce dotace k takto intenzivnímu poskytování péče u velkého množství klientů. To mohou být opodstatněné důvody, proč pracovníci (i zprávy) popisují nedostatečné personální zajištění (především úvazek psychologa).

Adiktologové uvádí, že mají v případovém vedení 30 klientů. Metodika však doporučuje pro takto intenzivní a komplexní práci aplikaci intenzivního case managementu v kombinaci s asertivní komunitní léčbou. Tyto modely doporučují 15-20 klientů na jednoho case managera. Někteří autoři uvádí i méně, poměr 10:1 v případě asertivní komunitní léčby (Rapp, Goscha, 2004). Podle Marshall (2008) case manager v modelu intenzivního case managementu působí jako terapeut a k tomu poskytuje služby case managementu. Má však velmi malý caseload – méně než 20 klientů. Adiktologové ARP-AD kromě individuálního plánování, síťování a dalších komponent case managementu dávají klientovi prostor pro sdílení obtíží v různých oblastech, motivují klienta k abstinenci, pomáhají mu ji udržet, případně spolupracují na kontrolovaném užívání, tedy sami léčbu provádí. Nastává tedy otázka, zda by jejich caseload neměl být menší.

Klienti ARP-AD mohou mít obtíže i v sociální oblasti. Adiktologové popisují, že s klienty řeší mimo jiné dluhy, insolvence, hledání práce a tak dále. Ze zahraničních zkušeností se při implementaci multidisciplinárního přístupu ve zdravotnickém zařízení s profesí sociálního pracovníka počítá (Maddock, 2014). Sociální pracovník může působit také jako case manager (De Stampa et al., 2014). I přesto, že jsou adiktologové vzdělávání také v oblasti sociální práce (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020c), je na místě uvažovat nad zapojením do

multidisciplinárního týmu také sociálního pracovníka. Ten by mohl být důležitým článkem při práci s „nízkoprahovými klienty“.

Podle Stuchlík (2001) je jednou ze zásad case managementu zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii. Zdůrazňuje vztah klienta a case managera, který má být na partnerské úrovni, ve kterém je bráno v potaz klientovo přání a volba. Z rozhovorů s respondenty je vidět, že jsou pro ně silné stránky klientů důležité a jsou pro ně důležitá jejich přání. S klienty společně vytváří individuální plány léčby a podporují, aby přebírali zodpovědnost za svou léčbu. Respondenti také popisují, že se staví s klienty na partnerskou rovinu. Dále Stuchlík (2001) zmiňuje důležitost asertivity intervencí. To, že se klient nedostaví na schůzi, není důvodem pro ukončení péče. Podle studie (Priester et al., 2016) existuje pro klienty mnoho bariér pro vstup do služby. Léčba se potřebuje přizpůsobovat individuálním potřebám klientů. Během zhoršení jejich zdravotního stavu se může snižovat jejich motivace a tím i schopnost naplňovat léčebné cíle a docházet na schůze. Mohou se cítit stigmatizovaní, dokonce i personálem programu. Respondenti dle rozhovorů vnímají obavy klientů, že nebudou přijati. Snaží se již ze začátku vytvářet příjemné a přijímající prostředí. Když se klient nedostaví na schůzi, není to hned důvodem pro ukončení, ale snaží se o tom s klientem mluvit - stává se to tématem. Snaží se o snížení prahu pro vstup klientů do služby například tím, že nestanovují mnoho pravidel.

Během rozhovorů se výzkumník neplánovaně dostal s respondenty k fenoménu kontrolovaného užívání. Podle respondentů jde u některých klientů možná o jedinou eventualitu. Respondent popisuje zkušenosti s mladým uživatelem alkoholu, pro kterého bylo obtížné si představit abstinenci. Užívat alkohol byla pro něj forma zábavy a zážitku s přáteli. Něco podobného popisují v přehledovém článku Funke, Profeldová, Miovský (2021), kdy pro mladší generaci je abstinentsní cíl hůře uchopitelný. Doživotní abstinenci vnímá jejich okolí jako nálepku alkoholika a „kaziče zábavy“. Z těchto důvodů nevyhledávají pomoc a jejich závislost se prohlubuje. Dále popisují principy kontrolované konzumace alkoholu. Mezi nimi je důsledný monitoring spotřeby včetně sledování kontextu konzumace, asistované plánování konzumace alkoholu, které zohledňuje zamezení impulzivního pití a zachování principů sebe-účinnosti. K dalším principům řadí identifikaci a zpracování spouštěčů cravingu. S těmito principy se shodují výpovědi respondentů naší studie. Používají s klienty monitorovací nástroje a identifikují spouštěče cravingu. Jejich zkušeností potvrzují, že pro některé klienty může mít kontrolované užívání přínos ve formě snížení konzumace a eliminace problémů (např. ve vztazích, v zaměstnání) spojených s častým pitím alkoholu.

Z výsledků je zřejmé, že komunikace v týmu je na dobré úrovni. Tým spolu komunikuje nejen během pravidelných porad, ale také v rámci běžných setkání v týmové místnosti v průběhu dne. K rozhodování dochází demokratickým způsobem, pracovníci se mohou svobodně vyjadřovat a nevnímají v týmu hierarchii nebo rivalitu. Současně si jsou vědomi svých rolí a mají jasno, kdo má

za co zodpovědnost. Dobrá komunikace v týmu a jasně vymezené role a hranice jsou dle jiných studií klíčové kompetence k implementaci multiprofesního týmu (Wood, Ohlsen, Ricketts, 2017; Suter et al., 2009). Dobrá úroveň komunikace mezi jednotlivými odborníky multidisciplinárního týmu je podstatným faktorem celostní péče o pacienta (Gunn, Diggins, Hegarty, Blashki, 2006). Další důležité schopnosti multidisciplinárního týmu doporučují Suter et al. (2009), k nimž patří sdílení odborných zkušeností a mentoring. Respondenti naší studie vnímají jako podpůrné konzultovat se zkušenými členy týmu. Zajímavé by však mohlo být podívat se detailněji na oblast předávání zkušeností (mentoring) v multidisciplinárním týmu, kterou se naše práce zabývá okrajově.

Respondenti popisují, že jim při spolupráci v týmu pomáhají pravidelné porady, ale také průběžné setkávání se s kolegy ve společné místnosti. Dále sdělují, že jsou pro ně důležité neformální aktivity, jako třeba společné obědy nebo oslavení narozenin člena týmu. Podle studie (Kutash et al., 2013) sdílení týmové místnosti, umožňující spontánní konverzace mezi členy, může vést k lepšímu sjednocení týmu. Pravidelné porady umožňují kontinuitu spolupráce a efektivní řešení problémů. Neformální komunikace však může také zlepšovat kvalitu multidisciplinární spolupráce.

6. Závěr

V teoretických východiskách byla stručně popsána reforma péče o duševní zdraví a její historický a adiktologický kontext. Byl popsán vznik konceptu ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty a důvody, které ke vzniku vedly. Dále byly vyčteny základní pasáže metodiky těchto ambulancí. Teoretický úvod se dále věnuje tématu case managementu, popisuje jeho historický vývoj, uvádí jednotlivé činnosti a formy, které jsou doporučovány pro aplikaci v pilotních provozech ambulancí. Posledním tématem byl multidisciplinární přístup, jeho přínos a dosud zjištěné principy pro efektivní implementaci v péči o duševní zdraví.

Původním cílem byla kvalitativní evaluace procesu všech pilotních provozů ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty. Evaluace si kladla za cíl popsat opravdovou cílovou skupinu, poskytování case managementu a implementaci multidisciplinárního přístupu a srovnat tato zjištění s původním záměrem. Dalším dílčím cílem byla formulace doporučení. Kvůli selhání rekruční strategie však byla dokončena evaluace pouze jednoho zařízení – ambulance na Klinice adiktologie. Tím se výzkum dostal na pomezí evaluace a případové studie. Zdrojem dat byly zprávy o realizaci a obsáhle polostrukturované rozhovory s personálem ambulancí. Těch bylo provedeno celkem pět, avšak kvůli ukončení spolupráce s jedním ze zařízení, byly do výsledků práce zahrnuty pouze tři z nich. Zprávy o realizaci a rozhovory byly analyzovány pomocí metody vytváření trsů. Zjištění byla srovnána s metodikou, která byla podrobena tematické analýze.

Ve stručnosti se skutečná realizace pilotního provozu na Klinice adiktologie do velké míry shodovala s původním záměrem. Srovnání s metodikou však nebylo důkladné a týkalo se především oblastí cílové skupiny, case managementu a multidisciplinární spolupráce. Z rozhovorů s pracovníky byl patrný velmi citlivý přístup k práci s klienty i ke spolupráci v týmu. Terénní práce, i přesto, že nabízena, je poskytována v nízké míře, jelikož o ní klienti nemají velký zájem. Celkově zjištění poukazují na nedostatek pracovních úvazků v souvislosti s vysokým zájmem klientů. Jelikož se jednalo v podstatě o případovou studii, výsledky nelze srovnat s dalšími zařízeními a nelze je zobecnit.

Původní cíle studie tedy nebyly naplněny. Průběh realizace výzkumu se odklonil od původního záměru a došlo k evaluaci procesu pouze jediného zařízení. I přesto však práce obsahují mnoho důležitých zjištění, od praktické aplikace metody case managementu, až po výpovědi respondentů, které obsahují jemné a citlivé informace o vytváření vztahu s klientem a důležité poznatky o multidisciplinární týmové spolupráci. Další studie by se mohly podrobněji zabývat tímto zajímavým a důležitým tématem – multidisciplinární spolupráce. Zajímavé by mohlo být například téma předávání zkušeností seniorními pracovníky méně zkušeným nebo začínajícím pracovníkům (mentoring), jelikož častá fluktuace je v této oblasti stálým problémem.

Literatura

Ahlfinger, N. R., & Esser, J. K. (2001). Testing the Groupthink Model: Effects of Promotional Leadership and Conformity Predisposition. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 29(1), 31–41. doi:10.2224/sbp.2001.29.1.31

Anders, M., Dušek, L., Duškov I. et al. (2020). Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030. Praha: Úřad vlády České republiky.

Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Cohen, B. F. (2000). Clinical Care Update: The Chronically Mentally Ill. Case Management-More Than a Response to a Dysfunctional System. *Community Mental Health Journal*, 36(1), 97–106. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1001808828371>

Ashery, R. S. (1992). *Progress and Issues in Case Management*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Ashery, R. S., Carlson, R. G., Falck, R. S., & Siegal, H. A. (1995). Injection Drug Users, Crack-Cocaine Users, and Human Services Utilization: An Exploratory Study. *Social Work*, 40(1), 75-82. doi: 10.1093/sw/40.1.75

Atwal, A., & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 359–365. doi:10.1111/j.1440-172x.2006.00595.x

Barrowclough, C., Haddock, G., Fitzsimmons, M., & Johnson, R. (2006). Treatment development for psychosis and co-occurring substance misuse: A descriptive review. *Journal of Mental Health*, 15(6), 619–632. doi:10.1080/09638230600998920

Burns, T., Fioritti, A., Holloway, F., Malm, U., & Rössler, W. (2001). Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 52(5), 631–636. doi:10.1176/appi.ps.52.5.631

Byrne, M. (2006). A Response Mental Health Commission's Discussion paper 'Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice'. *The Irish Psychologist*, 32(12), 323-339. Retrieved from:

<https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/118012/ResponseMB.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

Cleary, A., & Dowling, M. (2009). Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 539–545. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01411.x

Colombo, A., Bendelow, G., Fulford, B., Williams, S. (2003). Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1557-1570. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00156-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00156-9)

Corrigan, P. W., & Bink, A. B. (2016). The Stigma of Mental Illness. *Encyclopedia of Mental Health*, 230–234. doi:10.1016/b978-0-12-397045-9.00170-1

Česká psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. (1998). Koncepce oboru psychiatrie, nepublikováno.

De Stampa, M., Vedel, I., Trouvé, H., Ankri, J., Jean, O. S., & Somme, D. (2014). Multidisciplinary teams of case managers in the implementation of an innovative integrated services delivery for the elderly in France. *BMC Health Services Research*, 14(1). doi:10.1186/1472-6963-14-159

Dlouhý, M. (2010). Mental health services in the health accounts: the Czech Republic. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 447-453. DOI 10.1007/s00127-010-0210-6

Drake, R. E., Mueser, K. T. (2000). Psychosocial Approaches to Dual Diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 105–118. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033429>

Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F. (2007). Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry*, 6(3), 131-136.

Drake, R. E., & Noordsy, D. L. (1994). Case Management for People with Coexisting Severe Mental Disorder and Substance Use Disorder. *Psychiatric Annals*, 24(8), 427-431. doi: <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19940801-12>

Dvořáček, J. (2017). Práce na reformě adiktologie byly zahájeny. *Adiktologie*, 17(4), 244-245.

Ferjenčík, J. (2010). Úvod do metodologie psychologického výzkumu (2nd Ed.). Praha: Portál.

- Fewster-Thuente, L., & Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary Collaboration for Healthcare Professionals. *Nursing Administration Quarterly*, 32(1), 40–48. doi: 10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61
- Funke, M., Profeldová, M., Miovský, M. (2021). Kontrolovaná konzumace alkoholu: možnosti a limity nového terapeutického přístupu. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 4(2), 86–94. doi: 10.35198/APLP/2021-002-0004.
- Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K., & Blashki, G. (2006). A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research*, 6(1). doi:10.1186/1472-6963-6-88
- Holloway, F., Carson, J. (2001). Review Article Case Management: an Update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 21–31. doi: <https://doi.org/10.1177/002076400104700303>
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., & Walter, G. (2009). Psychosocial Treatments for People with Co-occurring Severe Mental Illnesses and Substance Use Disorders (Dual Diagnosis): A Review of Empirical Evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1), 24–34. doi:10.1080/10673220902724599
- Jarvenpaa, S. L., Knoll, K., & Leidner, D. E. (1998). Is Anybody out There? Antecedents of Trust in Global Virtual Teams. *Journal of Management Information Systems*, 14(4), 29–64. doi:10.1080/07421222.1998.1151818
- Kalina, K. (2015). Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči. In: Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie* (1st ed., pp. 101-128). Praha: Grada publishing a. s.
- Kalina, K., Minařík, J. (2015). Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie* (1st ed., pp. 49-81). Praha: Grada publishing a. s.
- Kanter, J. (1989). Clinical Case Management: Definition, Principles, Components. *Psychiatric Services*, 40(4), 361–368. doi:10.1176/ps.40.4.361
- Kanter, J. (2010). Clinical Case Management. In: Brandell et al. *Theory & Practctice in Clinical Social Work*. Thousand Oaks: SAGE Publishing. Retrieved from: https://www.researchgate.net/profile/Joel-Kanter-2/publication/341828465_Clinical_Case_Management/links/5ed6605a92851c9c5e72a0f5/Clinical-Case-Management.pdf

Kutash, K., Acri, M., Pollock, M., Armusewicz, K., Serene Olin, S., & Hoagwood, K. E. (2013). Quality Indicators for Multidisciplinary Team Functioning in Community-Based Children's Mental Health Services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1), 55–68. doi:10.1007/s10488-013-0508-2

Leff, J., Trieman, N., Knapp, M., & Hallam, A. (2000). The TAPS Project: A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin*, 24(5), 165-168. doi: <https://doi.org/10.1192/pb.24.5.165>

Libra, J. (2015). Case management – prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In Kalina K. et al. *Klinická adiktologie* (1st ed., pp. 634-647). Praha: Grada Publishing a. s.

Libra J. (2003) „Drogová agentura“ jako možný model specifického lokálního drogového programu. *Adiktologie*, 3(1), 70-80.

Maddock, A. (2014). Consensus or contention: an exploration of multidisciplinary team functioning in an Irish mental health context. *European Journal of Social Work*, 18(2), 246–261. doi:10.1080/13691457.2014.885884

Machů, V., Papežová, S., Winkler, P. (2019). Struktura aktuálně hospitalizovaných pacientů v českých psychiatrických nemocnicích k září 2018. *Česká a slovenská psychiatrie*, 115(4), 167-173.

Marsden, J., Ogborne, A., Farrell, M., Rush, B. (2000). Mezinárodně platné pokyny k evaluaci služeb a systémů zaměřených na léčbu poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek. Geneva: World Health Organization.

Marshall, M. (2008). What have we learnt from 40 years of research on Intensive Case Management?. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, pp 106-109 doi:10.1017/S1121189X00002773

Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835–842. doi: [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(96\)00044-5](https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00044-5)

Miller, W.R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2016). Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním. *Věštník*, 2016(5), 46-50. Retrieved from: <https://www.mzcr.cz/wp->

content/uploads/wepub/11835/36106/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%205-2016.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020a). Metodika programu podpory psychiatrických ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty_2.0. Retrieved from: <https://www.mzcr.cz/vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-programu-podpory-ambulanci-s-rozsirenou-peci-pro-adiktologicke-pacienty>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020b). ADIKTO_ARP. Retrieved from: <https://www.mzcr.cz/vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-programu-podpory-ambulanci-s-rozsirenou-peci-pro-adiktologicke-pacienty>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020c). Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání adiktolog. Věštník, 2020(6), 17-56. Retrieved from: <https://www.mzcr.cz/kvalifikacni-standard-adiktolog/>

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

Miovský, M. et al. (2014). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha: KAD 1. LF UK a VFN. Retrieved from: <https://www.adiktologie.cz/file/375/koncepce-siti-blok-online.pdf>

Moore, S. T. (1990). A Social Work Practice Model of Case Management: The Case Management Grid. *Social Work*, 35(5), 444-448. doi: <https://doi.org/10.1093/sw/35.5.444>

Moxham, L., Patterson, C., Taylor, E., Perlman, D., Sumskis, S., & Brighton, R. (2016). A multidisciplinary learning experience contributing to mental health rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 39(1), 98–103. doi:10.3109/09638288.2016.1146358

Mravčík, V., Zábanský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., ...Vopravil, J. (2003). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 (Annual Report on Drug Situation 2002 – Czech Republic). Praha: Úřad vlády ČR.

Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, 52, 898-907. doi: <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9831-2>

Onyett, S., Pillinger, T. & Muijen, M. (1997). Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams. *Journal of Mental Health*, 6(1), 55–66. doi:10.1080/09638239719049

Pasamanick B, Scarpitti F, Dinitz S. (1967). *Schizophrenics in the Community: An Experimental Study in the Prevention of Hospitalization*. New York, Appleton-Century-Crofts.

Perlman, H. H. (1979). *Relationship: The Heart of Helping People*. Chicago: The University of Chicago Press.

Petr, T., Marková, E. et al (2014). *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: GRADA Publishing

Pěč, O. (2008). Návrh novelizace Koncepce oboru psychiatrie z pohledu komunitní péče o duševně nemocné. 104, 78-84. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/296770610_Navrh_novelizace_Koncepce_oboru_psychiatrie_z_pohledu_komunitni_pece_o_dusevne_nemocne

Priester, M. A., Browne, T., Iachini, A., Clone, S., DeHart, D., & Seay, K. D. (2016). Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 47–59. doi:10.1016/j.jsat.2015.09.006

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*. 7(2):133–142. doi: [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90038-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7)

Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2004). The Principles of Effective Case Management of Mental Health Services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 319–333. doi:10.2975/27.2004.319.333

Rapp, R. C., Otto, A. L., Lane, D. T., Redko, C., McGatha, S., & Carlson, R. G. (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1), 172-182. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.11.012>

Rapp, R. C., Siegal, H. A., & Fisher, J. H. (1992). A strengths-based model of case management/advocacy: adapting a mental health model to practice work with persons who have substance abuse problems. IN: Ashery, R. S. *Progress and Issues in Case Management* (1. ed., pp. 79-91). Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Ravitz, P., Berkhout, S., Lawson, A., Kay, T., & Meikle, S. (2019). Integrating Evidence-Supported Psychotherapy Principles in Mental Health Case Management: A Capacity-Building Pilot. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 070674371987703. doi:10.1177/0706743719877031

Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing

Reisel, P. (2015). O potřebě naplňovat a rozvíjet ambulantní léčbu závislých pacientů. *Adiktologie*, 15(2), 183-190.

Rietkerk, W., Uittenbroek, R. J., Gerritsen, D. L., Slaets, J. P. J., Zuidema, S. U., & Wynia, K. (2021). Goal planning in person-centred care supports older adults receiving case management to attain their health-related goals. *Disability and Rehabilitation*, 43(12), 1682-1691. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1672813>

Rounsaville, B.J. (1989). Clinical assessment of drug abusers. In: Kleber, H.D. *Treatment of Drug Abusers (NonAlcohol)*, A Task Force Report of the American Psychiatric Association (pp. 1183-1191). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

SAMHSA. (1998). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

SANANIM Drugreporter. (2019). *Reforma psychiatrické péče z pohledu adiktologie – debata SANANIM* [online video]. Retrieved from: https://www.youtube.com/watch?v=yy4pepTgVBE&ab_channel=DavidPeseKSANANIMDrugreporter

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

Stein, L. I., Test, M. A. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 37, 392-397. doi: doi:10.1001/archpsyc.1980.01780170034003

Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba*. Case management. Praha: Fokus.

Subodh, B. N., Hazari, N., Elwadhi, D., & Basu, D. (2017). Prevalence of dual diagnosis among clinic attending patients in a de-addiction centre of a tertiary care hospital. *Asian Journal of Psychiatry*, 25, 169-174. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.10.020>

Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41–51. doi:10.1080/13561820802338579

Vanderplasschen, W., De Maeyer, J. (2007). The practice of case management for substance abusers: what's in a name? *Adiktologie* (7)4, 459-469.

Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004). The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922. doi: 10.1176/appi.ps.55.8.913

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

Willenbring, M.L., Whelan, J.A., Dahlquist, J.S., O'Neal, M.E. (1990). Community treatment of the chronic public inebriate. I: Implementation. *Alcoholism Treatment Quarterly* 7(2):79–97. doi: https://doi.org/10.1300/J020V07N01_07

Wood, E., Ohlsen, S., & Ricketts, T. (2017). What are the barriers and facilitators to implementing Collaborative Care for depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 214, 26–43. doi:10.1016/j.jad.2017.02.028

World Health Organization (2018). *Mental Health, Human Rights and Standards of Care. Assessment of the Quality of Institutional Care for Adults with Psychosocial and Intellectual Disabilities in the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Časový harmonogram přípravy a realizace studie

Tabulka č. 2: Seznam zpráv, ze kterých studie čerpala

Tabulka č. 3: Vývoj indikátorů během pilotního provozu ARP-AD

Tabulka č. 4: Závazné indikátory – srovnání s metodikou

Tabulka č. 5: Personální složení

Seznam použitých zkratk

ACT – Assertive Community Treatment (asertivní komunitní léčba)

ARP-AD – Ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty

AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test

CS – cílová skupina

ČAA – Česká asociace adiktologů

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

EuropASI – European Addiction Severity Index (Evropský index závažnosti návykového chování)

FACT – Flexible Assertive Community Treatment (flexibilní asertivní komunitní léčba)

KAD – Klinika adiktologie

LF – Lékařská fakulta

m-GAF-R – Global Assessment of Functioning (Škála globálního fungování)

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí (její 10. vydání)

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NL – návyková látka

PACT – Psychiatric Assertive Community Treatment (psychiatrická asertivní komunitní léčba)

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SMART – specific, measurable, achievable, realistic, timely (specifický, měřitelný, dosažitelný, realistický, termínovaný cíl)

SWOT – strengths, weaknesses, opportunities, threats (silné a slabé stránky, příležitosti, hrozby)

TCL – Training in Community Living (tréninkové komunitní žití)

TK – terapeutická komunita

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

WHO – World Health Organization

Seznam příloh

Příloha č. 1: Struktura rozhovoru – case manager

Příloha č. 2: Struktura rozhovoru – vedoucí služeb

Příloha č. 1 – struktura rozhovoru – case manager

Struktura rozhovoru - case manager

1. Demografické otázky

- Kolik je Vám let?
- Jak dlouho pracujete ve službách pomáhajících profesí?
- Jak dlouho pracujete v této službě na této pozici?
- Na jaké pozici nyní v této službě pracujete?
- Jaká je Vaše profese?

2. Otázky týkající se přímé péče

- Kolik máte momentálně v péči pacientů? Je to běžná praxe nebo se to liší od standardu?
- Jak často probíhají schůze s Vašimi pacienty? Je to pevně dané nebo je to individuální podle potřeb pacientů?
- Jak dlouhé jsou obvykle schůze?
- Jak dlouho probíhá spolupráce s jedním pacientem? Je to časově omezené nebo může spolupráce probíhat teoreticky roky?
- Je služba poskytovaná ambulantně nebo také terénní formou? Pokud ano, kde se s klienty například scházíte?
- Jaká témata klienti nejčastěji přináší?
- V jakých oblastech života prožívají nejčastěji neuspokojení?
- Držíte se striktně témat spojených s užíváním návykových látek? Jsou nějaká témata, se kterými nepracujete?
- Dal by se nějak popsat typický průběh schůze?
- Poskytujete i jiné služby (doprovody, nácvik kompetencí, spolupráce s rodinnými příslušníky, výpomoc s vyřízením dávek státní sociální podpory a dávek hmotné nouze, pomoc s hledáním zaměstnání, navazování na další zdravotní či sociální služby)?
- Angažujete se aktivně v propojování pacienta s jeho formálními (systém péče) i neformálními (rodina, přátelé) zdroji?
- Jsou nějaká pravidla využívání služby? Jaká (například vyžadování abstinence)?
- Probíhá práce s pacienty ve všech fázích motivace (například i s těmi, kteří nejsou motivováni ke změně v oblasti užívání NL)?
- Jaké jsou odlišnosti v práci s pacienty, kteří aktuálně procházejí krizí (například častější schůze)?

- Jak pacienty vyhledáváte? Jak se do služby dostávají? Odkud přicházejí?
- Využíváte nějaký nástroj pro mapování potřeb a silných a slabých stránek pacientů?
- Co osobně vnímáte jako zásadní při Vaší práci, co má pozitivní dopad na léčbu pacientů?
- Co vnímáte jako důležité při vytvoření kladného a efektivního vztahu s pacientem?
- Co je pro Vás ve Vaší práci důležité? Co Vám práci usnadňuje?
- Naopak, je něco, co Vám práci komplikuje?

3. Otázky týkající se spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu

- Jak si předáváte informace o pacientech v týmu?
- Jak časté máte porady s týmem a jaké typy porad (provozní, intervizní, metodické)?
- Jak často máte supervize?
- Máte pocit, že jste plnohodnotným členem týmu? Že můžete otevřeně vyjadřovat své názory a pohledy na léčbu pacientů v rámci týmu? Jak se to děje?
- Do jaké míry pracujete s pacienty sám/sama a do jaké míry jsou sdílení v rámci celého týmu?
- Scházíte se s pacienty sám/sama nebo se stává, že je na schůzi přítomno více pracovníků současně?
- Máte pocit, že je rozhodování o pacientech v týmu postaveno na demokratickém principu? Nebo jsou rozhodnutí plně v rukou vedoucího služby nebo garanta?
- Máte pocit, že máte v týmu jasně vymezené pravomoce? Dá se popsat nějaká hranice, kdy ještě můžete rozhodnutí o pacientovi udělat sám/sama a kdy je už nutná konzultace s týmem a jejich souhlas, případně souhlas vedoucího?
- Jaká je vaše role adiktologa v týmu? V čem se liší od ostatních profesí? Má nějaká specifika? V čem vnímáte roli adiktologa jako prospěšnou v rámci multidisciplinárního týmu?
- Pociťujete od ostatních členů týmu podporu? Jak se to projevuje?
- Co potřebujete od svých kolegů, abyste mohl/mohla efektivně pracovat s klienty? V čem jsou pro Vás kolegové přínosem?

Příloha č. 2 – struktura rozhovoru – vedoucí služeb

Struktura rozhovoru - vedoucí služeb

1. Demografické otázky

- kolik je Vám let?
- jak dlouho pracujete ve službách pomáhajících profesí?
- Jak dlouho pracujete na této pozici v této službě?
- Jaká je to tedy přesně pozice?
- Jaká je Vaše profese?

2. Cílová skupina

- kolik je nyní ve službě registrovaných klientů? (chybí poslední zpráva)
- Jak a odkud se klienti do služby dostávají?
- Můžete prosím popsat proces přijímání klientů?
- Vyhledáváte nějak aktivně (asertivně) klienty, kteří by mohli potřebovat Vaše služby?
- Dá se nějak popsat typický klient, který využívá služby Vašeho zařízení? (Klidně více typů, charakteristik)
- Je nějaká nejčastější adiktologická diagnóza, se kterou vstupují klienti do služby? (nebo více těch nejčastějších)
- Přibližně v jaké míře mají vaši klienti diagnostikované další duševní onemocnění kromě adiktologického? (procentuálně)
- Jaké to jsou typicky diagnózy?
- Přibližně v jaké míře mají vaši klienti rozvinuté somatické obtíže, které mohou souviset s užíváním NL?
- Jaké jsou to typicky somatické obtíže?
- Pracuje služba s klienty s nelátkovou závislostí (gambling, PC)? Jaké je to přibližně procento?
- Pracuje služba s klienty v ochranné léčbě? Jak je to časté?
- Pracuje služba s rodinou klienta? Jak to vypadá? V jaké míře (procentuálně) jsou rodiny klientů zahrnuty do spolupráce?
- Je nějaká kontraindikace pro zařazení do léčby? Jaká?
- Byli někteří zájemci o službu odmítnutí? A proč?
- Jak často se stává, že klienti z léčby předčasně vypadnou? Z jakých důvodů se to stává?

3. Vedení týmu a multidisciplinarita

- Jak je velký Váš tým a z jakých profesí se skládá?
- Mají členové týmu psychoterapeutický výcvik? Nebo alespoň započatý?
- Jaké jsou role jednotlivých profesí?
- V čem je specifická role lékaře v týmu?
- V čem je specifická role psychologa v týmu?
- V čem je specifická role adiktologa v týmu?
- V čem je specifická role zdravotní sestry v týmu?
- V čem je specifická role administrativního pracovníka v týmu?
- Do jaké míry se podílí celý tým na vedení případu (nebo je případ vedený pouze jedním pracovníkem (case managerem)?
- Mají jednotliví členové týmu jasně vymezené pravomoce v léčbě klienta?
- Kdo má o péči o klienta zodpovědnost? Celý tým nebo case manager?
- Kdo nastavuje plán léčby klienta (case manager x vedoucí x celý tým)?
- Jak spolu tým komunikuje a předává si informace?
- Jak časté jsou porady (a jaké druhy porad)?
- Jak časté jsou supervize?
- Podporuje se vzdělávání pracovníků? A jak?
- Je pracovníkům umožněno dostatečně vyjadřovat své názory a postoje ohledně klienta a jeho léčby?
- Vnímáte mezi jednotlivými profesemi projevy rivalry? Pracuje se s tímto nějak?
- Je posilována týmová hierarchie nebo si jsou členové týmu spíše rovni?
- Je komunikace mezi členy spíše formálního nebo neformálního charakteru?
- Jsou podporovány neformální aktivity členů týmu (teambuildingy, schůze mimo pracovní dobu)?
- Jak jinak je ještě o tým a jeho jednotlivé členy pečováno?

