

# **CASE MANAGEMENT V ADIKTOLOGICKÝCH SLUŽBÁCH PRO OSOBY S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU**

Manuál, evaluační hodnocení a evaluované metody práce

Case management v léčbě osob ohrožených závislostí na návykových látkách, které trpí další  
psychiatrickou diagnózou  
CZ.11/MGS/008

## Obsah

1. Historie, zdůvodnění potřeby.....	1
2. Cílová skupina.....	3
3. Cíle case managementu .....	4
4. Popis jednotlivých aktivit.....	4
4.1 Vyhledávání klientů a vstup klienta do zařízení .....	4
4.2 Práce na vztahu .....	5
4.3 Zhodnocení.....	7
5. Individuální plán péče.....	8
5.1 Propojování – vytváření vazeb .....	9
5.2 Obhajování zájmů klienta .....	10
5.3 Monitoring – Monitorování.....	11
5.4 Vyhledávání a zastižení klienta.....	12
6. Ukončení péče .....	12
7. Poskytované služby a metody .....	13
7.1 Poradenství.....	13
7.2 Kontakt před léčbou .....	14
7.3 Sociální poradenství .....	15
7.4 Motivační rozhovor .....	16
7.5 Prevence relapsu .....	17
7.6 Krizová intervence .....	18
7.7 Psychiatrická péče a Farmakoterapie.....	20
7.8 Intervence po telefonu .....	21
8. Přílohy.....	22
Dopis pro tebe .....	22
Co je Case management? .....	22
Cílová skupina.....	22
Cíle .....	23
Poskytované služby .....	23
Způsob poskytování služby.....	24
Pravidla a podmínky spolupráce .....	24
Jak nás kontaktovat .....	24
Práva a povinnosti klientů .....	25
Stížnostní systém.....	29

Vyhodnocení projektu .....	30
Seznam tabulek .....	34
Literatura .....	34

## 1. Historie, zdůvodnění potřeby

Program case managementu zahájil provoz v první polovině roku 2012 v rámci Kontaktního centra SANANIM. K jeho zahájení vedla intuitivní nutnost vyšších investic ze strany pracovníků a potřeba pravidelného, doprovázejícího a koordinujícího prvku v léčebném systému. Cílem bylo nabídnout klientům stabilizující, provázející vztah, který zajistí koordinovanou péči pro uživatele, kteří dlouhodobě neprosperovali v komplexním, ale členitém léčebném kontinuu.

Program case managementu se v dubnu 2014 po dvouletém fungování v rámci Kontaktního centra stal součástí Adiktologické ambulance SANANIM

Hlavním důvodem zavedení tohoto přístupu v nízkoprahových podmínkách bylo zvyšující se procento klientů se špatnou prognózou na dosažení úzdravy a neprofitujících ze současného nastavení léčebného systému. Z průzkumu mezi klienty Kontaktního centra SANANIM vyplynulo, že pouhá polovina klientů se někdy v životě pokusila o abstinčně orientovanou léčbu, přestože průměrná doba užívání dotazovaných osob činila cca 10 let. Z výsledků průzkumu a letitých praktických zkušeností vyplývalo, že se u dlouholetých uživatelů návykových látek majících mnohačetné obtíže velmi často nedaří nastartovat a vhodně podpořit změnu, která by zlepšila jejich celkovou životní situaci.

U značné části „komplikovaných“ klientů se pokusy o změnu opakovaně nedařily, tito ze systému péče vypadávali, čímž se ztrácela kontinuita započaté práce. Klienti ztráceli kontakt s pracovníky, s kterými už měli navázaný vztah. Docházelo k oboustranné bezradnosti, jak změny dosáhnout – někdy vedoucí k rezignaci.

Klienti mající problém pouze v oblasti závislostního chování jsou v adiktologických službách spíše menšinou. V posledních letech sledujeme trend nárůstu klientů s širším komplexem psychických, zdravotních a sociálních problémů. Značná část z nich trpí duální diagnózou (kombinace závislosti a jiných duševních onemocnění, nejčastěji depresí, úzkostných stavů, psychotických onemocnění apod.)

Obraz vypovídající o závažnosti problémů, se kterými se osoby užívající návykové látky potýkají, je možné získat ze studií realizovaných v léčebných zařízeních. Dle Jeřábka (2008) duševně zdravý klient (pouze se syndromem závislosti) je v adiktologických službách spíše klinickou raritou. Z jeho empirické studie z roku 2013 vyplývá, že osobnost jedinců trpících závislostí je těžce patologická.

Takoví jedinci se potýkají se závažnými poruchami duševního zdraví často až psychotického charakteru (změněný vztah klienta k realitě).

Z výzkumu provedeného v roce 2013 v rámci pobytové léčby v terapeutické komunitě Karlov a Němčice SANANIM vyplývá, že polovina klientů je indikována pro pravidelnou psychiatrickou péči (Kalina a Vácha, 2013). Na základě kvalifikovaného odhadu lze usuzovat, že více než polovina klientů v předléčebné fázi trpí duální diagnózou. Tedy polovina klientů se závislostním problémem potřebuje cílenou komplexní léčbu zaměřenou na jejich celkové duševní zdraví, nejen na závislost.

Systém péče je sice komplexní, ale také členitý. Uživatelé návykových látek s širokým komplexem problémů, často trpících duální diagnózou prochází v rámci úzdravného procesu více zařízeními a to nejen adiktologickými.

Poskytované služby jsou však obvykle fragmentovány, nekomunikují a nespolupracují mezi sebou, čímž neposkytují klientům komplexní podporu pokrývající jejich životní – zdravotní a sociální potřeby. Popisovaný stav je typický pro celou ČR včetně hl. m. Prahy, kde je též výrazně poddimenzována kapacita ambulantních služeb.

Nepropojení adiktologických služeb s vhodnou psychiatrickou, psychoterapeutickou a sociální podporou vede k neefektivní léčbě, návratu k rizikovému chování klientů nebo zbytečné hospitalizaci pro nekomplexně řešené psychiatrické obtíže. Důsledkem je přerušení primárních a stabilizačních rodinných vazeb a množení problémů v sociální oblasti (např. zadlužování).

Poskytování case managementu klientům se souběhem problémů a s duálními diagnózami zavádí do systému péče o osoby ohrožené návykových chování celostní přístup, který propojí odborníky podílející se na péči o klienty. Funkci case managementu vnímáme jako koordinující, propojující, podporující a provázející prvek celého léčebného systému. CM má zásadní význam pro nastartování, prohloubení a udržení procesu změny. Důležité u toho vnímáme, aby způsob práce přesahoval hranice instituce a rámec jednoho zařízení a tak pomáhal zařizovat a řešit problémy komplexně v různých bio-psycho-socio-spirituálních oblastech.

Case management můžeme definovat jako přístup k poskytování sociálních/zdravotních služeb, který se snaží zajistit, aby klienti s více komplexními problémy přijímali služby, které potřebují, včas a vhodným způsobem (Walsch a Holton, 2008). Tuto potřebu práce s některými uživateli drog formuloval Libra (2006) jako nejvhodnější pro osoby dlouhodobě závislé, kde koordinace zdravotní, sociální a popřípadě rehabilitační péče vede k nejefektivnějším výsledkům. Program case

managementu je určen zejména pro klienty se souběhem více problémů, kteří v členitém systému péče bez koordinujícího prvku neprofitují a jsou následně nálepkováni jako neléčitelní, problémoví apod.

## 2. Cílová skupina

### Základní údaje o cílové skupině

- osoby ohrožené závislostí nebo závislé na alkoholu nebo nelegálních návykových látkách
- aktuální uživatelé i abstinující
- starší 15 let, horní věková hranice není stanovena
- z Prahy a okolí Prahy – z důvodu dostupnosti služby a udržení pravidelného kontaktu

### Specifika cílové skupiny case managementu

- dlouhodobě neprofitující z léčebného systému nebo aktuálně procházející krizovou situací
- s duálními diagnózami
- se souběhem více sociálních a zdravotních problémů
- s potřebou využívat více služeb zároveň
- s poruchami *attachmentu* - vyžadující vztahové uzdravování

Typická je pro klienty z cílové skupiny špatná perspektiva a nízká motivace, často se vyskytující jevy jako dlouhodobá drogová kariéra, výrazný sociální propad (bez práce, bez příjmů, bez domova apod.), somatické a psychické komplikace, (auto)destruktivní tendence. Tito klienti, jak již bylo zmíněno v úvodu textu, se objevují v léčebném systému stále častěji. Pro pracovníky je složité je přijímat a pojmout, často jsou to klienti s nálepkami „problémoví, zatěžující, nezměnitelní,“ a s velmi omezenou kapacitou pro vytvoření vztahu.

Přístup case managementu je v adiktologické oblasti indikovaný, jak pro klienty vyžadující dlouhodobý podpůrný prvek v rámci celého léčebného systému, tak pro klienty procházející krátkodobou ohraničenou náročnou situací, kteří vyžadující vyšší míru provázení, podpory a koordinace péče - jsou to např. uživatelé návykových látek po výkonu trestu odnětí svobody nebo těhotné uživatelky drog připravující se na rodičovství nebo jím už procházející. Další skupinou jsou dlouholetí uživatelé návykových látek, kteří vykazují nízkou hladinu motivace ke změně a kteří ztratili naději na smysluplnější a hodnotnější život než život se závislostí.

### 3. Cíle case managementu

Cílem projektu je zejména:

- zajistit dlouhodobý provázející, řídicí a koordinující prvek v případové práci klienta,
- zlepšit spolupráci zainteresovaných odborníků
- budovat „živou“ sociální a zdravotní síť služeb založenou na přímé spolupráci v rámci případové práce
- zvýšení schopnosti klientů využívat dostupné zdroje a to jak v systému péče (psychiatrie, úřady a jiné), tak v přirozeném okolí klienta (rodina, komunita, práce a jiné)
- zajistit a pomoci klientům přijmout léčbu přidružených psychických a jiných zdravotních problémů
- pomoci klientům získat, posílit a ideálně udržet motivaci k vlastní úzdavě,
- snižovat dopady užívání návykových látek, v ideálním případě směřovat k abstinenci, u již abstinujících abstinenci udržet
- fyzická, psychická a sociální stabilizace a zvyšování kvality života
- vytvoření sítě přirozených, podpůrných a obousměrných vztahů a jejich prohloubení
- hodnotné zapojení se do společnosti

Program case managementu podporuje a koordinuje fragmentovaný systém péče pro „nejproblématictější“ klientelu. Obvykle není cílová skupina projektu schopna si sama zajistit péči ve zdravotnických, sociálních a léčebných službách a efektivně z ní těžit. Ze systému péče opakovaně vypadá a neprofituje. Vzhledem k souběhu problémů je v rámci případové práce nutná spolupráce více zařízení, a to i zařízení mimo oblast adiktologie.

### 4. Popis jednotlivých aktivit

#### 4.1 Vyhledávání klientů a vstup klienta do zařízení

Potenciální klienti vstupují do programu case managementu obvykle skrze prostředníka – nejčastěji prostřednictvím spolupracujících institucí, příp. službu osloví rodinní příslušníci. Důležitá je proto dobrá informovanost o existenci tohoto typu zařízení, cílech a funkci case managementu v adiktologickém léčebném kontinuu. Při asertivním nabízení služby potencionálnímu klientovi pracovník sjedná schůzku se zadavatelem zakázky. Během schůzky sbírá základní informace o klientovi (závažnost užívání návykových látek, přidružené psychiatrické problémy, aktuální stav,

potenciální hrozba agrese, motivace pro vstup do programu apod.). Dále zjišťuje, jestli je potenciální klient srozuměn s naším vstupem do jeho „teritoria“ a jaký má vztah k zprostředkující osobě a jakou lze očekávat reakci na naši službu při prvním kontaktu.

V prvních kontaktech case manager vysvětlí kdo je, jaké služby poskytuje, co je možné očekávat, a případné další informace (mlčenlivost, informovaný souhlas o kontaktování dalších služeb apod.) pokud jsou pro danou chvíli relevantní. Nezaplavuje klienta informacemi, má na paměti, že vstupuje do klientova teritoria a že jde zejména o navazování vzájemného vztahu a postupné pomalé přibližování. Je pro nás důležité již od začátku kontaktu důsledně kontraktovat vzájemné dohody ohledně vstupování do osobního prostoru klienta (např. jakým způsobem bude případně probíhat vyhledávání klienta) tak, aby to bylo pro obě strany přijatelné.

Podmínkou přijetí do programu CM může být účast zadavatele zakázky (odborníka či rodinného příslušníka) u prvních kontaktů s potenciálním klientem. Zejména v případě, kdy je možné očekávat, že jeho přítomnost bude mít vliv na důvěru klienta v case managera. Zakázka zadavatele není určující pro další práci s klientem.

Vstup klienta do programu, který se odehrává v jeho přirozeném prostředí (např. v soukromém bytě), se účastní dva case manageři.

#### **4.2 Práce na vztahu**

Přestože hlavními cíli je koordinace péče, propojování klienta na dostupné zdroje a praktická pomoc vedoucí k naplnění klientových potřeb, považujeme pevnou alianci mezi pracovníkem a klientem za klíčový faktor pro úspěšné naplnění zmíněných cílů a provázení klientů na cestě k nezávislosti nejen na návykových látkách. Práce na vztahu je ze strany case managera proaktivní.

Kontakt s klientem probíhá v různých situacích. Pracovník se vyhýbá, pokud to je jen trochu možné, stereotypním konzultacím na jednom místě (např. v kanceláři centra). Setkává se s klientem jak v jeho přirozeném prostředí, tak v prostorách centra, přičemž práce v přirozeném prostředí klienta by měla být zastoupena alespoň 50 procenty. Klient v každodenní přirozené situaci uvěří pracovníkovi jako osobě (stává se pro něj uvěřitelnější a bezpečnější). Vhodné je doplnit osobní setkání i jinou formou kontaktu – například telefonickou. Frekvence setkávání se řídí dle jedinečnosti situace a klientových potřeb a také dle fáze práce s klientem (zahájení péče vs. postupné vyvazování se z péče). Zejména v době ustanovování vztahu by neměla klesnout pod šest přímých kontaktů za měsíc.



Vztah vytváříme v rámci běžného fungování klienta. Je možné si potvrdit, že postupně „se vzájemně vydržíme a uneseme“ (počáteční tíhu vztahu se všemi důsledky a úzkostmi) a neutečeme do plnění úkolů a rychlých měřitelných výsledků. Protože často nejde o úkoly samotné, ale o vztah a důvěru. S opakovaným vypadáváním z kontaktu, „selháním“ a tendenci k regresi je třeba počítat a mít mechanismy nápravy připravené již v rámci kontraktu (např. jednoduchá dohoda „když nepřijdeš, zrelabuješ, ... tak udělám ... zavolám... najdu tě tam a tam, ...). Klienta nespouštíme z očí (viz. Stuchlík), čímž pracovník přebírá část zodpovědnosti za trvání vztahu a zajišťuje pravidelnost a jistotu na obou stranách.

Pracovníci pronikají více do každodenní reality klienta, prakticky ho usazují v denním rytmickém fungování, zajišťují pravidelnost. Kapacita obsáhnout klientův fenomenologický svět je nárokem na containment každého pracovníka, dovednost, kterou je třeba dlouhodobě kultivovat.

Pracujeme s adekvátními nároky. Na začátku práce to mohou být dokonce „žádné“ nároky. Je důležité zažít, že při selhání se nic neděje, vztah pokračuje dále a trvá a konečně „máme dost času“. Pracovníci jsou vědomě pro klienta co nejvíce čitelní (prakticky se vztahují, společně zařizují, pracují s vyšší mírou bezpečného sebeodhalení) a o to méně jsou pro ně přenosovými figurami potud, co mohou sami ovlivnit.

Poznáváme klientovi možnosti, posouváme je i voděním za ruku, děláním za klienta, otvíráním různých dveří, společně zažíváme, že „věci jsou možné!“ Neřídíme se zjednodušujícími hesly („Není dobré volat za klienta!“ apod.). Pracovník nechává klientovi adekvátní míru svobody a zodpovědnosti, která vychází z jeho potřeb a schopností.

Case management v našem podání je tedy především bezpečný vztah s adekvátními nároky. Hledáme přiměřenou intenzitu a „péči“ vzhledem k reálné životní situaci a potřebám. Vnášíme strukturu, režim, jistotu do života klienta. Důraz je kladen na realitu a praktickou rovinu, nikoli na přenosový vztah. Děláme obyčejné „malé velké věci.“ Míra aktivity je neustálým tématem a často je z počátku na straně pracovníka. Práce je obvykle dlouhodobá. Selhání není problém, ale součást práce.

Case manager zůstává vztahovou (attachmentovou) figurou, i když klient mění různá zařízení (ve stejném čase či následně). Dnešní síť služeb je velmi členitá a složitá. Nespěcháme na nutnost okamžité separace od zařízení (např. po vstupu do pobytové léčby), nedíváme se na trvalý vztah jako na součást závislosti, ale jako na zásadní zažívanou jistotu pomoci a blízkosti.

Case manager se stává pro klienty bezpečnou základnou. Osobou, na kterou se klient může spolehnout, že mu poradí a kterou se naučí obracet v zátěžových situacích, stejně tak v situacích po selhání. Klient využívá case managera jako bezpečnou základnu, aby byl schopen prozkoumávat vnitřní a zejména vnější svět svého života. Case manager tak může sloužit jako pevný jistý bod, díky kterému klient začne testovat své možnosti a schopnosti a odváží se uskutečňovat nové, adaptivnější řešení své situace.

Pracovník si je vědom, že klient může pro něj udělat to, co pro sebe zatím udělat nedokáže kvůli obranám jako např. „nemůžu si to dovolit, bylo by to příliš laskavé, na mně nezáleží, byl bych na sebe hodný“.

### 4.3 Zhodnocení

Základní plán spolupráce je možný vytvořit i s velmi omezenými informacemi. Zejména v počátku kontaktu je značná část informací pracovníkovi nedostupná. Ideální je vytvoření společného plánu na základě komplexního zhodnocení stavu klienta – jistění informací z oblasti jeho (základních) potřeb, samostatnosti, schopností, možností, dovedností (pracovních, mezilidských apod.), silných / slabých míst a osobní historie je postupný proces. Posouzení by mělo zahrnovat identifikování zdrojů podpory - vnitřních i vnějších (v komunitě a přirozeném sociálním prostředí).

Zhodnocení životní situace klienta neprobíhá suchým sběrem anamnestických údajů formou papír tužka (jakožto pevná a neohebná struktura). Pracovník nechává klienta spíše volně vyprávět, respektuje jeho tempo, co je ochotný o sobě sdělit a nechat do společného vztahu vstoupit. Zhodnocení probíhá nejen v rámci rozhovoru, ale také pozorováním klientova chování v jeho přirozeném prostředí a na základě zkušeností ze společných kontaktů (zážitků). Přirozené situace poskytují reálnější obraz klienta, mizí masky. Je vhodné, aby hodnocení probíhalo v prostředí, kde se klient cítí uvolněně, kde může být sám sebou. Proměnlivost různých situací dovolí vidět klienta v celé jeho komplexnosti, šíří jeho osobnosti – podosobnosti – netušených možností, skrytých poloh, apod.

Zhodnocení klienta probíhá na více rovinách bio-psycho-socio-spirituálního anamnestického přístupu (příklad: sběr dat, pochopení symptomatologie z anamnézy), psychoterapeutického přístupu (příklad: vztah je diagnostický nástroj, symptomy jsou chápány v kontextu, vztahové poruchy, napojování se apod.) a zejména z pozorování praktické roviny denního života (denní aktivity, praktické (ne)dovednosti, silné / slabé stránky klienta v reálném dnu a jiné).

Pro komplexnost obrazu o klientovi je vhodné informace získat také od dalších zainteresovaných osob, které jsou v životě a případu klienta důležití. Lze zahrnout jak osoby blízké, tak relevantní odborníky. Sběr informací od dalších osob probíhá s vědomím a souhlasem klienta. Pracovník si je vědom „zabarvení“ informací, které získává od dalších osob.

### **Okruhy zhodnocení**

- drogová kariéra (primární látka, frekvence užívání, fáze a závažnost užívání, smysl užívání, problémy spojené s užíváním, abstinenční pokusy, léčby)
- typický den klienta – denní aktivity
- fyzické zdraví (nemoci, hospitalizace, infekční nemoci, dostupnost péče, užívání předepsané medikace a jiné)
- duševní zdraví (závažnost duševního onemocnění, fáze onemocnění, dostupnost péče, pravidelnost užívání medikace, hospitalizace, sebevražedné pokusy, poruchy příjmu potravy a jiné)
- rodina, sociální kontakty a podpora (bezpečné a podporující vztahy, „nebezpečné“ vztahy)
- vzdělání a práce (dokončené vzdělání, zdroj financí, předpoklady pro práci, představa o ideálním zaměstnání v budoucnosti, nejdelší doba zaměstnání a dosavadní fungování v něm, důvody jeho ukončení)
- sociální podmínky a postavení (finanční příjem, dluhy / exekuce, způsob bydlení, osobní doklady, trestně právní rovina)
- vztahová a existenciální rovina (osamělost, povrchnost vztahů, zneužívající vztahy, jednosměrné vztahy, bezvýchodnost, míra nesvobody)

Zhodnocení se odehrává také v porovnání příběhu klienta (jeho fenomenologického vidění) a pracovníkova porozumění situaci klienta, jeho diagnostiky, vzhledu, chápání jeho životní situace. Proto je důležité společné zhodnocení klienta s pracovníkem ve všech zmíněných okruzích.

## **5. Individuální plán péče**

Individuální plán péče je vypracováván na základě komplexního zhodnocení. V případě, že klient je v náročné životní situaci (např. akutní fáze psychotického onemocnění) je pracováno více na vztahu, ochotě a schopnosti klienta přijmout nabízenou péči a zvládnutí akutních stavů. Plán nemusí být v této fázi léčby podrobně rozpracován. V rozpracovaném plánu jsou zohledněny zejména nenaplněné potřeby a problémové okruhy klienta. Na druhé straně jeho schopnosti, silné stránky, kompetence, oblasti jeho úspěchů, radosti. Plán je v průběhu péče rozpracován do reálných cílů

a konkrétních kroků vedoucích k jejich naplnění. Je formulován pozitivně v podobě, čeho chce klient dosáhnout. Cíle se stanovují jako měřitelné, realistické a časově ohraničené. Prvotní cíl je vhodný vybrat takový, který má pro klienta hodnotu, ale je také pravděpodobné, že ho dosáhne. Jako vhodné se jeví naplánování a uskutečnění kroků k dosažení cíle společně (pracovník a klient) kvůli zážitku společného úspěchu a navázání vztahu.

Při stanovování plánů je důležitá zejména aktivita klienta a jeho závazek, který si sám formuluje. Pracovník však dodává klientovi vhledy do situace, náhledy na jeho reálnost stanoveného plánu, přináší neuvědomovaná témata apod. Tedy není pouhým naplňovatelem klientovy zakázky. Pracovník pomáhá klientovi určit, které zdroje (služby, blízcí apod.) by mohly řešit klientovy problémy a potřeby. Pracovník klienta učí stanovovat si reálné a dosažitelné cíle v souladu s jeho potřebami.

V rámci plánu je vytvářena dohoda, za který úkol bude zodpovědný pracovník, a za který klient. Míra odpovědnosti klienta za naplnění individuálního plánu vychází taktéž ze zhodnocení stavu klienta a jeho kompetencí a aktuálních schopností a dovedností.

Vzhledem k předpokládané dlouhodobé spolupráci je obvyklá doba kontraktu stanovena na tři měsíce. Pracovník průběžně monitoruje vývoj vztahu, klientovo zapojení do služby a jeho celkovou životní situaci. Po uplynutí stanovené doby je dohoda revidována a dochází k rekontraktování. Doba dohody a konkrétní náplň je možné upravovat dle konkrétní situace klienta a jeho potřeb.

Specifikem spolupráce v rámci služby case management je souhlas klienta s tím, že v případě nedostavení se na domluvenou schůzku bude pracovníkem vyhledáván, aby byla zajištěna pravidelnost kontaktu. Je také dojednáno, že pracovník bude aktivně oslovovat spolupracující odborníky a osoby blízké, bude aktivně monitorovat změny u klienta a koordinovat naplňování společně dohodnutého plánu léčby se spolupracujícími stranami. Vše probíhá se souhlasem klienta.

### **5.1 Propojování – vytváření vazeb**

Jedná se o zásadní aktivitu, která pomáhá klientům úspěšně využívat dostupné a vzhledem k jejich potřebám vhodné podpůrné a pomáhající služby a přirozené zdroje. Služby a zdroje jsou obvykle potenciálně dostupné, ale vzhledem k náročné životní situaci je klienti programu nejsou schopni úspěšně využívat. Využívání dostupných přirozených zdrojů je upřednostňováno před využíváním tradičních programů a služeb.

Zařízení má připravenou síť sociálních a zdravotních služeb ideálně založenou na přímé zkušenosti se spolupracujícím zařízením. Pracovníci se snaží o navázání blízkých a osobně / profesionálních vztahů

i se spolupracujícími kolegy. Takto vytvořená „živá“ síť služeb pak zvyšuje úspěšnost klientů v následné péči, neboť je odkazujeme do služeb, které jsou v případě angažované.

Pracovník v indikovaných případech předjednává vstup klienta do zařízení následné péče?. Klienta představuje včetně jeho specifik, snaží se o diplomatické a trpělivé vyjednávání i v případě, že je kolega nespolupracující. Je si vědom, že předjednání může mít vliv na kvalitu poskytování následné péče klientovi – například instituce somatické medicíny, které nejsou uzpůsobeny specifickým potřebám cílové skupiny.

Aby byl klient schopen využívat služby jiných zařízení a institucí, je třeba pracovat s jeho motivací a věnovat se nácvičku praktických dovedností. Práce s motivací se řídí pravidly a principy popsány v metodě motivačních rozhovorů. Klient s propracovanou a vědomou pohnutkou je připraven vykonat určité úsilí k překonání překážek. Bariéry v úspěšném využívání služby a důvody k předčasnému vypadnutí jsou s klientem předem analyzovány. Kontakt se spolupracující institucí je předem naplánován. Pokud nemá klient dostatečné dovednosti k navázání kontaktu a čerpání služby, tak jsou s klientem nacvičeny. V případě potřeby i formou observačního učení při osobní asistenci.

Vzhledem k náročnosti cílové skupiny, je při tvorbě podpůrné sítě třeba počítat s faktem, že značná část úsilí získat a udržet zdroj podpory nebude úspěšná. Pokusy o dosažení cílů však bude pracovník s klientem analyzovat a docházet k přesnějšímu zhodnocení situace a hledání adekvátnějších cílů a kroků.

Pracovník má na paměti, že značná část klientů se potýká s nedostatkem naděje a víry v možnou změnu situace, naučenou bezmocí, nízkým self-efficacy a self-esteem (sebehodnocením a sebeúctou). Častým jevem zejména u dlouholetých uživatelů návykových látek je pak odmítání pomoci jako forma obrany a způsobu vztahování se k okolí, lidem a světu. Pracovník si je těchto fenoménů vědom a uzpůsobuje tomu strategie při propojování klientů na dostupné zdroje.

## **5.2 Obhajování zájmů klienta**

Obhajování zájmů klienta probíhá na více rovinách:

- v rámci případové práce
- při vytváření komplexní sítě služeb
- na politické úrovni

Vzhledem k časté stigmatizaci uživatelů návykových látek je při krácení jejich práv nutné aktivní zastupování klienta. Při porušení práv klientů se může jednat například o protahované hospitalizace

bez horizontu propuštění, nepřijetí klienta do péče bez relevantního důvodu apod. Pracovník působí zejména jako prostředník, který se snaží zprostředkovat nápravu situace, demytizovat osoby užívající návykové látky a napomoci ke zlepšení vztahu mezi klientem a institucí. Při hodnocení situace bere na zřetel jak stanovisko klienta, tak pohled návazné instituce. V hraničních případech hrubého porušení práv klienta mu je nápomocen (či ho zastupuje) v sepsání stížnosti a poskytuje podporu při soudním řešení sporu.

### **5.3 Monitoring – Monitorování**

Case manager systematicky monitoruje životní situaci klienta, jeho potřeby a zdroje. Dohlíží na plnění léčebného plánu (i v jiných zařízeních) a sleduje, zda klient dostává potřebné služby v adekvátní kvalitě. Vzhledem k recidivující povaze problému je pravidelnost důležitým kritériem, které umožňuje poskytovat podporu a péči kontinuálně a včasně reagovat na krizové situace.

Průběžné monitorování předpokládá pravidelný kontakt s klientem, který probíhá zejména formou osobních setkání – přímého kontaktu. Dále se na monitoringu situace podílí klientovi blízcí a zainteresovaní odborníci. Může být doplněný zejména v době hospitalizace o telefonický či korespondenční kontakt. Case manager je zodpovědný za shromažďování a analyzování informací od jednotlivých zúčastněných stran a za jejich propojování.

Míra přebírání odpovědnosti za další směřování klienta závisí na jeho momentálním stavu a schopnosti samostatného sebeřízení. Pracovník nechává klientovi tolik svobody a samostatnosti, kolik může unést, a která pro něj může být prospěšná a bezpečná (například riziko relapsu závislého chování či dekompenzace psychického onemocnění). Tuto míru s klientem vyjednává. Při zlepšení musí pracovník odpovědnost postupně vracet zpět ke klientovi. Zejména kvůli náhlému zhoršení stavu klienta, zapojuje do monitorování také blízké osoby, které na situaci upozorní.

Frekvence monitorování by měla být uvedena v dohodě s klientem. Monitorovací kontakty mohou být i krátké, spíše neformální, na místech, které klient preferuje. Mohou být spojené i s příjemným trávením volného času, které klientům pomáhají vytvářet si místa, kam zajít, jak odpočívat. Monitorování probíhá i ve spolupracujících pobytových zařízeních a slouží zejména k ověřování, že dohodnutý plán je naplňován (prevence předčasných odchodů, plánování výstupu, kvality péče) a podpoře vzájemného vztahu.

## 5.4 Vyhledávání a zastižení klienta

Vzhledem k charakteru cílové skupiny se počítá v dohodě s klientem se situacemi, kdy klient vypadne z kontaktu či ho v nějakém případě bude nutné dohledat kvůli řešení akutní situace, jejíž neřešení by mohlo mít pro klienta vážné negativní následky (např. trestní stíhání, vysazená medikace apod.). Možnost vyhledání a zastižení klienta v jeho přirozeném prostředí, kde se pravidelně vyskytuje, je domlouváno v rámci kontraktu. Aktivní vyhledávání je klientům popsáno jako pevná součást programu case managementu.

Pracovník s klientem hledá varianty, jak se v případě potřeby aktivně spojit. Společně hledají konkrétní a vhodné způsoby, místa a časy, kde je možné klienta zastihnout. Přitom je neustále potřeba myslet na klientovo bezpečí, aby tuto aktivitu nevnímal jako nadměrnou invazi do soukromí.

V případě, že pracovník aktivně vyhledává klienta v potencionálně nebezpečném prostředí (uzavřený byt, squat apod.), vždy přizve ke spolupráci kolegu. Při vyjednávání vhodných míst, kde klienta kontaktovat, vždy zohledňuje kritérium vlastního bezpečí. Zjišťuje, kdo na bytě (squat) bydlí, s kým se tam může potkat. Jak budou reagovat ostatní na vstup do jejich prostředí. Před vstupem na squat pracovníci o sobě dávají vědět a nahlas představí a manifestují důvod vstupu do objektu, aby předešli prvotnímu nedorozumění.

Téma ohrožení pracovníka při práci v terénu je součástí referování o klientech na pravidelných poradách (průběžně se hodnotí stav klienta a konkrétní místa kontaktů). Pracovník každý výjezd zaznamenává do kalendáře výjezdů, který obsahuje dobu a místo kontaktu (v případě uzavřených míst je třeba uvést konkrétní adresu). Vedoucí zařízení, nebo pověřená osoba má přehled o výjezdu pracovníka. Pracovník ve chvíli ukončení kontaktu zasílá vedoucímu nebo pověřené osobě informační SMS zprávu o zdárném průběhu.

V odůvodněných případech může být pracovník domluven s policií, která v mimořádné situaci zajistí jeho bezpečí např. při dekompenzaci psychotického onemocnění klienta.

## 6. Ukončení péče

Ukončení spolupráce s klientem je domluveno na poradě týmu, alternativou může být rozhodnutí case managera na základě rozhovoru s vedoucím pracovníkem služby. O ukončení spolupráce informuje case manager – s ohledem na mlčenlivost – důležité zainteresované osoby a instituce, které se podílí na případové práci.

Vzhledem k míře počátečních investic ze strany pracovníka do vztahu je plánované ukončování spolupráce vnímáno jako pozvolné vyvazování se z ustanovené vazby. Dochází k postupnému snižování frekvence kontaktů, vzniklá časová okna bez podpory case managera jsou monitorována a vyhodnocována (stabilita vs. propady). Proces ukončování spolupráce je s klientem diskutován – hodnotí se dosažení stanovených cílů (pokrok či naopak), schopnost klientova samostatného fungování, jeho spokojenost, stabilita a kvalita života.

V případě krátkodobé dohody směřující k naplnění jasných, ohraničených cílů je ukončení rychlejší bez zohledňování tématu separace. Vždy je kladen důraz na potřebu zajištění jiné návazné služby, či je klient schopen samostatného fungování bez dopomoci.

V případě jednostranného vypovězení dohody ze strany klienta si zařízení vyměňuje právo jednat s klientem o důvodech ukončení spolupráce a aktivně nabízet dále své služby a přesvědčovat klienta, aby své rozhodnutí změnil. Toto právo pracovník využívá zejména v případě, pokud dojde ke zhoršení stavu klienta a jeho ohrožení na zdraví či životě. Dále pokud klient ukončuje službu na základě emocionálního výbuchu bez uvážení z dospělé pozice nebo kvůli zavádějícím informacím, které klient obdržel od třetí strany.

V případě ukončení služby ze strany zařízení kvůli porušení pravidel jsou klientům předány informace na jiné dostupné služby.

## **7. Poskytované služby a metody**

### **7.1 Poradenství**

Case manager neposkytuje psychoterapii, ale zůstává spíše v ohraničené poradenské práci, která je zacílená na problém. Case manager je spíše otevřený, nestává se pro klienta nepopsaným projekčním plátnem. Přesto v rámci poradenských a jiných aktivit (asistence, práce s krizí apod.) nabízí korektivní vztah, který má terapeutické charakteristiky – naslouchání klientově fenomenologii, stávání se objektem jistoty klientova života, pomáhání zvládat hraniční situace a dojít do vytyčeného cíle. V poradenských kontaktech nejde o interpretace, rozklíčování psychodynamických sil klienta, ani analyzování vzájemného vztahu. Přesto společnými zážitky dochází klient k důležitým náhledům, které v rámci hodnocení stavu pracovník s klientem rozebírá.

Dochází také ke korektivním zkušenostem – klient se díky vzájemnému vztahu a malým úspěchům začíná vnímat jako kompetentní a mající hodnotu. Takto se může otvírat zakázaným přáním,



potřebám, touhám a nepřiznaným možnostem. Pracovník v těchto chvílích poskytuje klientovi informace, nastiňuje možné řešení situace, vytváří prostor pro informované rozhodnutí. V ideálním případě se v konečné fázi rozhoduje klient sám, v odůvodněných případech pracovník radí (vždy s velkou rozvahou – například v situaci, kdy klient není schopen samostatného rozhodování). Vytýčenou cestu pak pracovník pomáhá zprostředkovat a prakticky zařídit.

## **7.2 Kontakt před léčbou**

V předléčebném poradenství jde o zhodnocení stavu klienta, tzn. sociální, biologický a psychologický kontext užívání návykových látek a doporučení vhodných služeb. Pracovník rozpracovává a posiluje klientovu motivaci v rámci motivačního tréninku, provádí diferenciatně diagnostický filtr, pomáhá se zajištěním vhodného následného zařízení a nástupu do něj. V tomto procesu zohledňuje jeho aktuální potřeby, stav, schopnosti a dovednosti.

### **Cíle předléčebného poradenství**

- Navázání vztahu a vytvoření důvěry k léčebným institucím
- Získání náhledu a motivace k pozitivní změně
- Pomoc s překonáváním překážek při změně
- Diagnostika
- Zlepšení sociální, psychické a zdravotní situace klienta
- Stabilizace životního stylu (denní rytmus, přerušování kontaktu s drogovým prostředím)
- Snížení konzumace drogy
- Dosažení krátkodobé abstinence
- Minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog
- Udržovací kontakt před nástupem do léčby
- Nástup do vhodného typu léčby a její zprostředkování

### **Poradenství před léčbou pro uživatele drog a závislé zahrnuje**

- Mapování potřeb klienta a zjišťování anamnestických dat
- Práce na bezpečném vztahu
- Zjišťování klientových názorů, hodnot a postojů
- Poskytování informací – rizika, léčba, zdravotní a sociální instituce
- Diferenciatně diagnostický filtr
- Párování potřeb a intervencí
- Motivační trénink směrem k abstinenci

- Kognitivně behaviorální prvky terapie (prevence relapsu, plánování času, obnova denního režimu, analýza a revize „falešných“ myšlenek např. změna není možná při jednorázovém neúspěchu, zadávání domácích úkolů atd.)
- Prevence relapsu
- Krizová intervence
- Harm reduction aktivity

### 7.3 Sociální poradenství

Značná část klientů case managementu se nachází v komplikované sociální situaci, často i v konfliktu se zákonem.

#### Okruhy, které case manager mapuje

- Osobní doklady
- Bydlení
- Získávání finančních prostředků
- Zaměstnání
- Dluhy, exekuce
- Trestně právní problémy

Klienti se obvykle v těchto problémech neorientují, k institucím jsou nedůvěřiví, řešení situace odkládají nebo neřeší vůbec. Neřešení často souvisí s nedostatkem informací a dovedností (složitost dokumentů, komunikační dovednosti s úřady, trpělivost apod.) a strachem z konfrontace s problémem. Pokud se klienti rozhodnou svoji sociální situaci řešit a nejsou schopni samostatného jednání, nabízí case manager osobní asistenci při praktickém zařizování. Osobní asistence je také vhodným nástrojem pro hodnocení klientových schopností a dovedností. Konkrétní pomoc klientovi má také pozitivní efekt na prohloubení a blízkost vzájemného vztahu. Pracovník vždy hodnotí, jestli asistence s klientem je bezpečná. V mimořádných případech (klient má bludné myšlenky, slyší hlasy, masivní intoxikace atd.) je nutný doprovod klienta za účasti dvou zaměstnanců, případně je možné asistenci odmítnout či přeložit na jiný termín. Zaměstnanec končící službu asistencí dává telefonicky zpětnou vazbu týmu, že asistence proběhla řádně.

### **Obecné cíle sociálního poradenství**

- zvýšit informovanost v sociálně-právní oblasti
- minimalizovat sociálně-právní problémy
- řešení nepříznivé sociální situace
- podpora sociální reintegrace
- zplnomocnění klienta v řešení vlastní situace

### **Prostředky k dosažení cílů**

- podávání informací o právech a nárocích
- sociální síť (fungování systému sociálních služeb)
- osobní asistence a aktivní propojování na zdroje
- specializované formy poradenství (sociálně-právní, dluhové, pracovní)
- motivační trénink

Pracovník svými intervencemi napomáhá sociálnímu fungování klienta. Podporuje klientovu schopnost zvládnání požadavků a očekávání sociálního prostředí. Naopak v případě nepřiměřených požadavků a očekávání kladených na klienta intervenuje směrem k tomuto sociálnímu prostředí.

### **7.4 Motivační rozhovor**

Motivační rozhovor lze definovat jako plánovaný a strukturovaný proces poradensko-terapeutické intervence zaměřený na postupné zvyšování motivace klienta pro žádoucí změnu chování – tedy nejen v oblasti závislostního chování. Odpovědnost za uskutečnění změny je přesunuta na klienta, zatímco úkolem case managera je vytvoření takového prostředí, které usnadní klientovu vnitřní motivaci ke změně. Motivační trénink úzce souvisí s orientací na řešení problémů. Hledání cílů a označování problémů by měl určovat klient, přičemž poradce by měl usnadňovat a podporovat proces změny, případně její udržení.

### **Cíle motivačního tréninku v case managementu**

- navázání a udržení kontaktu s klientem
- stabilizace klienta v oblasti závislého chování, přidružené psychiatrické diagnózy a celkových životních podmínek
- minimalizace rizikového chování
- snížení konzumace návykových látek
- abstinence od návykových látek

## 7.5 Prevence relapsu

Důležitou součástí případové práce je prevence relapsu. Relaps je vnímán jako někdy nezbytná součást klientova ozdravného procesu. Tento pohled nezavaluje klienta pocity studu a viny, že neuspěl, ale potencuje prostor pro pochopení nastalé situace, přijmutí odpovědnosti a její zvládnutí a získání zkušenosti pro další rizikové situace. Cílem je změna závislého chování klienta a jeho udržení.

Jako klíčové se jeví předjímání a zvládnání rizikových situací a získání sebekontroly nad závislým chováním. Pracovník s klientem reflektuje momenty, které byly pro jejich abstinenci ohrožující a události, které vedli k zneužití návykových látek či léků.

### **Při zvyšování uvědomění se pracovník s klientem zaměřuje zejména na**

- intrapersonální faktory
- interpersonální faktory
- pocity vlastní účinnosti a sebehodnoty (self-efficacy, self-esteem)
- uklouznutí, znovu užití návykové látky

To vše zasazují do kontextu aktuálního stavu. Pracovníci učí klienta identifikovat možné rizika a nacvičují strategie zvládnání ohrožujících situací. Nahrazování užívání návykových látek bezpečnějšími formami copingových strategií (zaměřených jak na emoce, tak na zvládnutí konkrétního problému), které zvyšují klientův pocit self efficacy (sebeúčinnosti). Zvládnání je vyjma zvyšování uvědomění a změnu životního stylu klíčovým cílem prevence relapsu.

S klientem je dále rozebírán jeho životní styl. Zejména je sledováno, jestli si klient nevytváří životní styl, který vede k jeho strádání, či nadměrné orientaci na sebeuspokojování. Pracovník tedy intervenuje k vyvážení životního stylu a hledá s klientem smysluplné naplnění volného času.

Návrat k závislému chování má své zákonitosti, které se pracovník s klientem snaží identifikovat. Riziko relapsu se zvyšuje, pokud má klient ustanovený nevyvážený životní styl, objevují se u něj chutě a setká se s rizikovou situací. Klient uvědoměním mechanismu relapsu a tréninkem v jeho prevenci snáze usměřňuje své závislé chování, je schopen rychleji vyhledat pomoc a zastavit nežádoucí chování. S klientem je pro náročné situace a případ relapsu sestaven krizový plán konkrétních kroků, které pomohou se zvládnutím situace.

Jako důležité se jeví pochopení významu (funkce) závislého chování a relapsu. Pracovník v rámci prevence relapsu pracuje nejen se závislostním chováním, ale také intervnuje k prevenci relapsu ohledně dalších přidružených psychiatrických diagnóz – např. dohlížení na příjem pravidelné medikace, podporuje abstinenci od návykových látek, které potencují relaps přidruženého onemocnění (pervitin – psychotické ataky).

## 7.6 Krizová intervence

S klienty, u kterých lze vzhledem k jejich historii či současnému stavu předpokládat vznik krizové situace, je vhodné sestavit krizový plán. Zejména u klientů, u kterých lze předpokládat obtížnou spolupráci a u kterých může vést krize k vážným důsledkům. Krizový plán je sestavován s klientem za účelem snížení pravděpodobnosti relapsu (závislostního i v oblasti duševního zdraví) a jeho rozvoje. Součástí krizového plánu je definování hranice, při které pracovník přebírá odpovědnost za klienta a přestává se řídit jeho přáním a rozhodováním. Jde zejména o situace ohrožení klientova života, nebo života osob v jeho okolí.

Pracovník klientovi zvědomuje možné zátěže, podněty či jiné náročné životní situace, které mohou krizi vyvolat. Společně mapují průběh předchozích krizí a jejich konkrétní podobu. Konkrétní projevy minulých krizí a jejich nástupu klientovi umožní lepší schopnost uvědomění si nastupující a probíhající krize.

S klientem jsou probírány jeho strategie a podpůrné vnitřní copingové mechanismy zvládnání pre-krizových a krizových stavů. Jsou zvědomovány také podpůrné zdroje v okolí klienta (blízcí, oblíbená místa apod.). V případě náročných situací a zhoršování stavu klienta (viz kapitola monitoring), které může přerůst v krizi, je obvykle s klientem zintenzivňován kontakt (tím i podporu) a návštěvy v jeho přirozeném prostředí (včetně psychiatrické péče). V krizovém plánu je konkretizováno, kdo (klient, blízcí, pracovník), co konkrétně udělá v případě náročné situace, která může přerůst v krizi, či v již probíhající krizi.

V případě terénní práce v období krize klienta pracovník zjišťuje informace i od ostatních zainteresovaných stran – zjišťuje také potenciální agresivitu klienta. Pracovníci poskytují krizovou péči ideálně ve dvojici. Case manager konzultuje situaci s psychiatrem, který se v případě potřeby výjezdu za klientem také účastní.

## Znaky krizové intervence (KI)

- KI je terapií i vyšetřením zároveň
- KI spočívá v nabídce patřičné pomoci s cílem
  - umožnit správný odhad problému
  - pomoci při vyjadřování problémů
  - navrátit sebedůvěru
  - mobilizovat podporu
  - podpořit účelné řešení problému:
    - řešení je časově omezeno
    - nezahrnuje pouze jedince ale celý jeho systém
    - je orientováno na problém

## Proces KI

- Navázání kontaktu + okamžitá redukce ohrožení
- První odhad situace a její posouzení, mapování
- Klinická hypotéza (co jsou příčiny a co následky)
- Intervence.
- Závěr (rekapitulace, doporučení, ověření naplnění zakázky, dohoda dalších kroků)

## Postup při poskytování KI

- vytvořit klidné prostředí
- nechat proudit klientovy emoce (pokud pláče apod.)
- dát najevo pochopení – je legitimní v obtížné situaci plakat
- nakročení k rozhovoru – možné, pokud se klient zklidní, přestane plakat – možné nástroje:
  - mlčení – klient si sám určí začátek rozhovoru
  - nabídkou fyzického kontaktu (s ohledem na diagnózu klienta) – je vhodné se klienta předem zeptat a zacházet s tímto nástrojem velmi citlivě
  - strukturování – nabídnout klientovi, že mu budeme klást jednoduché otázky, aby se do rozhovoru snáz vpravil (někdy ho situace natolik zahlcuje, že neví, kde má začít)
- zmapovat klientovu situaci
  - v základní rovině - lze zvládat v prostředí klienta, či je nutný krizový pobyt, nebo hospitalizace
  - v konkrétní rovině – aktuální chování klienta, závažnost problému, schopnost samostatného zvládnutí (vnitřní zdroje – osobní předpoklady – dříve mu pomohlo),

emoce, pocit ohrožení, dostupnost podpory z okolí (vztahy, zázemí apod.), klientovy návrhy řešení situace, jeho očekávání k pracovníkovi apod.

- poskytnout klientovy informace, které rozšíří jeho tunelovité vidění problému (více světla, jasnosti)
- sledujeme 2 cíle:
  - ošetření aktuálního stavu klienta – tj. jeho zklidnění, stabilizace
  - zprostředkování perspektivy – možná řešení jeho obtížné situace.
- sestavit plán pro nejbližší hodiny a dny (krizový plán doplněný o specifické kroky pro jedinečnou situaci)

Vždy je možné situaci konzultovat s kolegy ve službě. Proběhlou krizi zpětně pracovník s klientem hodnotí, které zdroje podpory (vnitřní, vnější) fungovali a mohou sloužit jako jistota.

### **7.7 Psychiatrická péče a Farmakoterapie**

Součástí poskytovaných služeb programu case managementu je psychiatrická péče a farmakoterapie. Klientům programu je psychiatrická péče snadno dostupná. V indikovaných případech, kdy je třeba snížit vstupní podmínky pro čerpání psychiatrické péče, dochází lékař do přirozeného prostředí klienta. Docházkové služby psychiatra využívají také klienti v krizi a v dekompenzovaném psychickém stavu (nevycházející ze svého „bezpečného“ prostředí), u kterých je třeba psychiatrické vyšetření, změna medikace apod. Další indikací může být dočasná imobilita klienta a jeho aktuální neschopnost docházet do psychiatrické ambulance.

Psychiatr má funkci konzultanta psychického stavu klienta. Pravidelně se účastní porad týmu a je průběžně dostupný konzultovat případ také přes telefon. Zejména v situacích zhoršení stavu a psychických nápadností, které se u klienta objeví. Jsou s ním konzultována doporučení k hospitalizaci.

Pokud je klient v péči externího psychiatra, vyžádá si case manager se souhlasem klienta zprávu o vývoji a aktuálním stavu jeho duševního onemocnění. S klientem dohaduje možnost a rozsah vzájemného informování mezi psychiatrem a case managerem.

Case manager je vzdělán o klinickém obrazu přidruženého onemocnění, symptomech, plíživých projevech nástupu onemocnění a o medikaci. Monitoruje pravidelnost jejího užívání. Zejména u klientů nízkoprahových programu a v dekompenzovaném stavu zařizuje spolu s klientem bezpečné místo uložení léků a pravidelný výdej (například v Kontaktním centru).

## 7.8 Intervence po telefonu

V rámci telefonického kontaktu může probíhat poradenství, krizová intervence a dochází posilování vazby klienta a pracovníka. Case manager je klientovi dostupný na pracovním telefonním čísle ve všední dny od 9 do 17 hodin. Mimo tuto dobu pro případ akutních problémů je klient instruován, jaké jiné dostupné služby a zdroje může využít. Telefonní číslo mají klienti zejména kvůli snadnější dostupnosti pracovníka a flexibilnější reakci na jeho potřeby. Poskytované intervence po telefonu jsou poradenství, práce s krizí, ale i posilování vazby mezi klientem a pracovníkem. Může se jednat o rady, předání informací, referencí. Velmi důležitá je přímá dostupnost pracovníka zejména v situacích krizí. Ve stresu se otvírá potřeba vztahu a vnější pomoci. Posilování mezi vazby probíhá také sdílením drobných radostí a úspěchů, které klient chce s někým sdílet.



## 8. Přílohy

### Dopis pro tebe

#### **Informace pro klienty Adiktologické ambulance, programu Case management**

Vážený kliente/klientko, dovoluujeme si ti předat pár důležitých informací, které jsou spojeny se službou Case management; především obsah, poslání, pravidla služby, tvoje práva a povinnosti. Byli bychom rádi, kdyby ses v naší péči cítil/a dobře a našel/a jsi pro sebe alespoň malou naději a odhodlání ke změně života a v řešení tvé situace.

#### **Co je Case management?**

Case management (dále CM) je případové vedení klienta (individuální, osobní a specifická forma péče) v jeho přirozeném prostředí a v síti sociálních a zdravotních služeb.

Znamená to, že ti budeme na blízku, můžeme za tebou docházet domů, doprovázet tě např. na úřady, k lékaři apod. Budeme tě zároveň učit, jak se v daných situacích chovat a jak postupovat při řešení problémů. Povedeme tě k samostatnosti a soběstačnosti, abys jednoho dne nemusel/a potřebovat naši pomoc. Navíc pomůžeme koordinovat péči v síti dalších programů, služeb a institucí, které využíváš, příp. bys využívat mohl.

#### **Cílová skupina**

- osoby ohrožené závislostí či závislé na alkoholu nebo nelegálních návykových látkách a patologičtí hráči
- abstinující i aktuální uživatelé drog
- starší 15 let, horní věková hranice není stanovena
- dlouhodobě neprofitující z léčebného systému nebo aktuálně procházející krizovou situací
- s duálními diagnózami
- se souběhem více sociálních a zdravotních problémů
- s potřebou využívat více služeb zároveň

## Cíle

1. Prostřednictvím dlouhodobého doprovázení ti pomůžeme zajistit **lepší životní podmínky**
2. Pomůžeme ti **snižovat dopady užívání návykových látek** na tvůj život a v ideálním případě tě budeme **směřovat k abstinenci a jejímu udržení**.
3. Povedeme tě k **sociální a zdravotní stabilizaci**.
4. Pomůžeme ti **zajistit psychiatrickou a zdravotní péči**.
5. Povedeme tě ke **zvýšení samostatnosti** při řešení tvých problémů.
6. Pomůžeme ti získat, udržet a ideálně posílit **motivaci k vlastní úpravě**.
7. Budeme ti pomáhat udělat takové kroky, aby ses mohl hodnotně zapojit do fungování ve společnosti.

## Poskytované služby

1. Intenzivní, dlouhodobé **doprovázení a podpora klienta** v celém systému léčby
2. **Individuální poradenství**
3. **Sociální práce** (v případě témat přesahujících naši odbornost odkazujeme na další služby, např. právní či dluhové poradny)
4. **Psychiatrická péče**
5. **Osobní asistence – doprovod** na úřady, k lékaři, na policii, k soudu apod.
6. **Vyhledávání a zastížení klienta** – pracujeme v přirozeném prostředí klienta, docházíme za ním domů, do rodiny nebo komunity, ale i na ulici.
7. **Zastupování klienta** při důležitých jednáních, kde není schopen hájit svá práva samostatně.
8. **Telefonické poradenství** – pracovník je klientovi dostupný v domluvených dnech a časech na telefonu. Telefonický kontakt slouží jako doplněk osobního kontaktu.
9. **Koordinace péče** v rámci odborných služeb.
10. **Individuální terapie**
11. **Volnočasové aktivity** a poradenství / socioterapie zaměřené na smysluplné naplnění volného času
12. **Krizová intervence**

Každý klient má svého klíčového pracovníka, se kterým navazuje dlouhodobý vztah. Pracovník ho podporuje a vede k samostatnosti a soběstačnosti.

## Způsob poskytování služby

1. Klient přichází na smluvené schůzky do sídla služby, kde probíhá individuální poradenství.
2. Pracovník CM dochází za klientem na smluvené místo – do domácího prostředí, léčebny či na ulici.
3. Pracovník CM poskytuje klientovi osobní asistenci – nejčastěji při jednání s úřady, u soudního líčení, u lékaře či u klientovy rodiny.

## Pravidla a podmínky spolupráce

### 1. Základní pravidla

- a) Zákaz manipulace s návykovými látkami v prostorách ambulance
- b) Zákaz psychického a fyzického násilí
- c) Zákaz úmyslného poškozování majetku zařízení i v jeho okolí

### 2. Podmínky spolupráce

- a) Klient dobrovolně souhlasí, že v případě nedostavení se na domluvenou schůzku ho bude pracovník aktivně vyhledávat, aby byla zajištěna pravidelnost kontaktu.
- b) Klient bere na vědomí a souhlasí, že pracovník v rámci spolupráce bude aktivně oslovovat spolupracující odborníky a osoby blízké, bude monitorovat změny u klienta (zdravotní, sociální, frekvenci užívání drog apod.) a koordinovat naplňování společně dohodnutého plánu léčby se všemi spolupracujícími stranami.

### 3. Ukončení spolupráce

- a) Klient je oprávněn vypovědět smlouvu o spolupráci kdykoliv bez udání důvodu. Pracovník si však vzhledem k charakteru služby nárokuje právo na opakované nabízení služby.
- b) Důvodem k ukončení spolupráce ze strany pracovníka je opakované porušování pravidel v léčebném režimu, např. opakované neomluvené absence.

## Jak nás kontaktovat

Zastihneš nás každý všední den mezi 9 a 17 hodinou na telefonním čísle **727 941 710**. Oslovit nás můžeš i prostřednictvím e-mailu na [case@sananim.cz](mailto:case@sananim.cz). Sídlíme na adrese **Žitná 1574/51, Praha 1**.

Vstupní rozhovor je možný uskutečnit ve tvém prostředí nebo v naší kanceláři.

## Práva a povinnosti klientů

Adiktologická ambulance (dále AA) je ambulantní léčebné zařízení, které uživatelům návykových látek starším patnácti let poskytuje především zdravotní, terapeutické a sociální služby. Platí zde následující **práva klientů**:

- 1. právo na podpůrné životní prostředí bez drog a dalších návykových látek.** Kvůli zajištění tvého bezpečí máš právo na skupinových sezeních požadovat toxikologické vyšetření ostatních členů skupiny v případě podezření, že jsou pod vlivem návykových látek.
- 2. na péči bez ohledu na pohlaví, rasu, barvu pleti, jazyk, víru a náboženství, politické či jiné smýšlení, národní nebo sociální původ, příslušnost k národnostní nebo etnické menšině, sexuální orientaci, věk, duševní a fyzické vady, zdravotní stav i minulost nebo veřejné a majetkové postavení.** V ambulanci ti poskytneme stejné služby jako kterémukoli jinému klientovi bez ohledu na to, jak vypadáš, co děláš, kolik ti je let apod.
- 3. na důstojnost a respekt po celou dobu léčby.** Máš právo na důstojné a respektující chování ze strany pracovníků.
- 4. seznámit se s filosofií a metodami léčebného programu, procesu či péče a možnost přiměřeně se ohledně léčby spolurozhodovat.** Poskytneme ti, budeš-li si přát, všechny dostupné informace o fungování AA. Dále máš právo být informován o jednotlivých typech léčby a o své léčbě se rozhodovat. Máš právo nahlížet do dokumentace, kterou o tobě vedeme.
- 5. na základní informaci týkající se aktuálních pravidel a regulace léčebného programu a zároveň informaci o sankcích, disciplinárních opatřeních a úpravách pravidel.** V rámci vstupu do služby jsou ti předány informace o pravidlech programu a o sankcích za jejich nedodržení.
- 6. podat stížnost a právo na její vyřízení.** Máš právo podat stížnost na postupy pracovníků nebo na pravidla AA, a to v písemné podobě následujícím osobám a institucím:
  - vedoucí Adiktologické ambulance SANANIM
  - výkonný ředitel SANANIM z. ú. (v případě nespokojenosti s řešením vedoucího AA)
  - Správní rada SANANIM z. ú. jakožto nejvyšší odvolací orgán

**7. na informaci a odůvodnění a i vyúčtování všech hrazených poplatků a nákladů, způsoby a rozvržení plateb, přístup k financím a osobnímu majetku v průběhu programu a ke dni ukončení programu vždy spojených s klientem.**

**8. na utajení informací týkajících se účasti klienta v programu a všech záznamů o léčbě a klientovi v souladu se zákony České republiky a na dodržování tajemství na základě zásad lékařského tajemství a mlčenlivosti sociálního pracovníka.** Veškeré informace, které nám sdělíš, jsou důvěrné a bez tvého souhlasu je neposkytujeme žádné další instituci. Výjimkou jsou zákonem dané případy, podléhající ohlašovací povinnosti (např. vražda včetně přípravy na vraždu, týrání svěřené osoby apod.).

**9. na svobodné a jednostranné ukončení programu v jakékoli jeho fázi bez fyzického či psychologického nátlaku.** Spolupráci s AA můžeš kdykoli ukončit, a to i bez udání důvodu Program case managementu si však vzhledem ke svému pracovnímu přístupu nárokuje právo ti aktivně a opakovaně nabízet své služby.

**10. na ochranu před skutečným nebo hrozícím tělesným trestem, šikanou, před fyzickým, citovým a sexuálním zneužíváním a před nedobrovolným fyzickým omezováním.** V případě, že ti hrozí týrání nebo zneužívání, v AA ti poskytneme přiměřenou podporu a zprostředkujeme ochranu a právní pomoc.

**11. na základní a přiměřenou právní pomoc a poradenství v případě aktuální potřeby.** Základní právní pomoc a poradenství můžeš v AA využít v rámci sociálně právního poradenství; ve složitějších případech jsme schopni zprostředkovat kontakt na bezplatné služby právní poradny.

**13. na určení a vymezení zodpovědnosti pro členy léčebného týmu.** Máš právo znát jméno, vzdělání a funkci pracovníka AA.

**13. na podporu a pomoc i v případě předčasného ukončení programu z jakéhokoliv důvodu a na poskytnutí informací o podobných léčebných službách, zdrojích a pobytových místech.** Pokud s AA nemůžeš nebo nechceš dále spolupracovat, poskytneme ti informace o podobných službách a dostupných zdrojích, které můžeš využít.

**14. na seznámení se s právy a povinnostmi klienta SANANIM z. ú.** Máš právo znát podrobně, na co máš nárok a jaké máš povinnosti.

SANANIM z. ú. stanoví pro své klienty v AA tyto **ZÁKLADNÍ POVINNOSTI**:

**15. po uzavření smlouvy je klient povinen podrobit se určenému léčebnému procesu ve způsobu, čase, zařízení a místě. Dále je povinen podrobit se dobrovolně všem povinnostem spojeným s léčebným procesem.** V AA jsi povinen dodržovat základní pravidla léčby. Jejich úplné znění dostaneš s ostatními základními informacemi při vstupu do zařízení.

**16. nenarušovat svým chováním a jednáním pravidla dobrých mravů, slušného chování, hygieny a úcty k okolí.** V AA a v nejbližším okolí jsi povinen dodržovat pravidla slušného chování.

**17. nenavazovat osobní kontakty neslučitelné s poskytovanými službami a dále osobní kontakty přesahující rámec účelu zařízení, včetně vztahů sexuálních.** Jako klient AA si nemůžeš domlouvat schůzky s pracovníky a stážisty nad rámec uzavřené dohody o poskytovaných službách.

**18. nezneužívat poskytované výhody a služby nad rámec léčebného procesu.** Nesmíš zneužívat poskytnuté služby a materiál (např. ke svému obohacení).

**19. neprodleně oznámit všechny skutečnosti hodné zvláštního zřetele, které ohrožují, narušují nebo by mohly ohrozit funkci a cíle zařízení a vztahy mezi klienty navzájem, stejně jako vztahy k léčebným týmům.** Jsi povinen nám oznámit všechny skutečnosti, které by mohly ohrozit bezpečnost a provoz AA.

**20. přísný zákaz užívání drog, popřípadě jiných návykových a zdraví poškozujících látek, i manipulace s nimi pod sankcí ukončení léčebného procesu.** V prostorách AA je zakázáno užívání návykových látek a manipulace s nimi.

**21. práva a povinnosti všech klientů jsou rovná bez ohledu na pohlaví, rasu, barvu pleti, jazyk, víru a náboženství, politické či jiné smýšlení, národní nebo sociální původ, příslušnost k národnostní nebo etnické menšině, sexuální orientaci, věk, duševní a fyzické vady, zdravotní stav i minulost nebo veřejné a majetkové postavení.**

22. v případě hrubého porušení norem slušného chování, vnitroorganizačních řádů a předpisů, jakož i narušení léčebného procesu a osobní kázně může být klient z léčebného procesu vyloučen a že mu může vzniknout povinnost nahradit poskytovateli účelně vynaložené náklady spojené s jeho neukončenou léčbou.

23. v případě vědomě způsobené škody na majetku SANANIM z. ú. za ni nese klient plnou majetkovou odpovědnost. Jestliže vědomě poškodíš majetek a vybavení AA, jsi povinen tyto škody plně nahradit.

Adiktologická ambulance SANANIM

Žitná 1574/51, 110 00 Praha 1

tel.: 727 941 710

e-mail: case@sananim.cz

## Stížnostní systém

V případě podezření na porušení některého ze svých práv máš možnost podat stížnost. Stížnosti přijímají všechna zařízení SANANIM z. ú. a jsou vždy předány do rukou vedoucího daného zařízení. Ten tuto stížnost zaeviduje a zaznamená datum jejího přijetí. Stížnost je možné kromě osobního předání zaslat formou dopisu nebo elektronicky na e-mailovou adresu [stiznost@sananim.cz](mailto:stiznost@sananim.cz). Adresy všech zařízení i vedení organizace jsou k nalezení na webových stránkách [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz).

Pro vyřízení stížnosti si klient může zvolit zástupce.

Stížnost musí být vyřízena do 30 dnů včetně odeslání písemné odpovědi stěžovateli. Pokud není možné z nějakého důvodu vyřídit stížnost v dané lhůtě, musí být stěžovatel písemně informován o důvodech zpoždění i o novém termínu vyřízení stížnosti.

### Odpoověď na stížnost obsahuje následující údaje

- Jak byla stížnost prošetřována
- Informace o osobách, které byly v rámci šetření kontaktovány (vyjma jmen klientů)
- Výsledky prošetřování
- Přijatá opatření

Stížnost vyřizuje vedoucí daného zařízení. Pokud je stížnost podána na vedoucího, nebo stěžovatel nebyl spokojen s vyřízením, předává se dále výkonnému řediteli organizace.

### Odvolací instance v případě nespokojenosti s vyřízením žádosti jsou následující:

- Správní rada zapsaného ústavu SANANIM (Ovčí hájek 2549/64A, Praha 13)
- Český helsinský výbor, Ostrovského 253/3, Praha 5 nebo další instituce zabývající se lidskými právy, či jsou odbornou autoritou v oboru adiktologie
- Stížnost může být předána etické komisi SANANIM z. ú., pokud se týká etiky práce.

V Praze dne:

Klient:

Zástupce AA SANANIM:



## Vyhodnocení projektu

V období od dubna 2015 do února 2016 se zapojilo do projektu Case managementu celkem 48 klientů. S 29 z nich jsme spolupracovali dlouhodobě – za dlouhodobý kontakt jsme si definovali minimálně tříměsíční pravidelnou spolupráci – a s 19 krátkodobě či jednorázově.

V následujících tabulkách hodnotíme efektivitu projektu Case managementu na základě zvolených indikátorů:

- psychických obtíží klienta
- léčby těchto obtíží
- pravidelnosti užívání medikace
- frekvence užívání primární drogy
- závažnosti užívání návykových látek
- finančního příjmu a bydlení

Hodnocena byla úspěšnost 29 klientů v dlouhodobém kontaktu. Porovnáván byl stav klienta na vstupu do projektu a po dlouhodobé spolupráci (na výstupu).

Projekt Case managementu, jak bylo již zmíněno v předchozích kapitolách, je určen především pro klienty s duální diagnózou. Z hodnocených 29 osob trpělo psychickými obtížemi závažného a dlouhodobého charakteru 25 z nich, tedy 86 %, jak je vidět v tabulce č. 1. Bylo by nereálné se domnívat, že tyto obtíže vymizí během několika týdnů až měsíců zapojení do projektu a jejich počet tedy zůstává stejný i na výstupu z programu (25 osob).

Tabulka 1. Psychické obtíže klientů při vstupu a výstupu z programu

	VSTUP		VÝSTUP	
	Počet klientů	Procenta	Počet klientů	Procenta
ANO	25	86 %	25	86 %
NE	4	14 %	4	14 %
Celkový součet	29	100 %	29	100 %

Výrazné změny jsou však patrné v přístupu k psychickým obtížím – jejich léčbě, jak ukazují data v tabulce č. 2. Zatímco při vstupu do projektu své duševní onemocnění řešilo a docházelo k lékaři jen 12 klientů, na výstupu jich bylo již 22 z výše zmíněného počtu 25 osob s duševním onemocněním. Dále se tedy neléčí, ač by měli, 3 klienti.

Tabulka 2. Léčba psychických onemocnění vyjma závislosti

	VSTUP		VÝSTUP	
	Počet klientů	Procenta	Počet klientů	Procenta
ANO	<b>12</b>	<b>41 %</b>	<b>22</b>	<b>76 %</b>
NE	17	59 %	7	24 %
Celkový součet	29	100 %	29	100 %

Došlo také k viditelnému zlepšení v pravidelnosti užívání psychiatrické medikace, viz tabulka č. 3. Při zahájení kontaktu s programem Case managementu užívalo pravidelně psychofarmaka jen 9 osob (31 %) a naopak neužívalo, ač je měla předepsaná, 12 klientů (41 %). Oproti tomu na výstupu z programu již bralo léky pravidelně 17 klientů (59 %) a vůbec nebrali pouze dva. Počet osob, které nepotřebují farmakoterapii, se nezměnil.

Tabulka 3. Užívání medikace

	VSTUP		VÝSTUP	
	Počet klientů	Procenta	Počet klientů	Procenta
Bez potřeby medikace	6	21 %	6	21 %
Nebere, i když by měl	<b>12</b>	<b>41 %</b>	<b>2</b>	<b>7 %</b>
Nepravidelně užívá	2	7 %	4	14 %
Pravidelně užívá	<b>9</b>	<b>31 %</b>	<b>17</b>	<b>59 %</b>
Celkový součet	29	100 %	29	100 %

Z celkových 29 hodnocených klientů bylo na počátku spolupráce 14 (48 %) denních uživatelů drog a 6 (21 %) abstinujících osob. Na výstupu se počet abstinujících klientů programu zvýšil na 11 (38 %) a počet denních uživatelů naopak snížil na 8 (28 %). Údaje o frekvenci užívání primární drogy jsou zaznamenány v tabulce č. 4.

Tabulka 4. Frekvence užívání primární drogy

	VSTUP		VÝSTUP	
	Počet klientů	Procenta	Počet klientů	Procenta
Abstinující	6	21 %	11	38 %
Každodenní užívání	14	48 %	8	28 %
Méně než 1* měsíc	2	7 %	3	10 %
Několikrát do měsíce	3	10 %	1	3 %
Celkový součet	29	100 %	29	100 %

Výsledky monitoringu závažnosti užívání návykových látek zachycené v tabulce č. 5 dopadly také příznivě. Z původních 21 osob (72 %), které užívaly nekontrolovaně, se na výstupu z programu jejich počet snížil o více než polovinu – na 10 osob (34 %). Část z nich užívá drogy stále, ale již bezpečnější, kontrolovanou formou (6 osob), 1 klient užívá substituční preparát a 5 osob začalo abstinovat.

Tabulka 5. Závažnost užívání návykových látek

	VSTUP		VÝSTUP	
	Počet klientů	Procenta	Počet klientů	Procenta
Abstinence	6	21 %	11	38 %
Kontrolované užívání	1	3 %	6	21 %
Nekontrolované užívání	21	72 %	10	34 %
Substituce	1	3 %	2	7 %
Celkový součet	29	100 %	29	100 %

Podstatnými ukazateli zlepšení životní situace klientů a tedy i úspěšnosti programu jsou zdroje finančního příjmu a zajištění vhodného bydlení, viz tabulky č. 6 a č. 7. Nejvíce klientů je závislá jak na vstupu, tak i na výstupu na různých druzích sociálních dávek (především ze systému pomoci v hmotné nouzi). Při zahájení spolupráce vykazovalo tento zdroj příjmů 21 osob (72 %), při výstupu ještě o jednoho více. Zlepšila se situace u klientů zcela bez financí (7 osob na vstupu a pouze jedna na výstupu). 4 klienti si během spolupráce našli zaměstnání na hlavní pracovní poměr (při vstupu do programu žádný z klientů na HPP nepracoval) a dva pracovali formou brigády.

Tabulka 6. Finanční příjem

	VSTUP		VÝSTUP	
	Počet klientů	Procenta	Počet klientů	Procenta
DPP / DPČ	1	3 %	2	7 %
HPP	0	0 %	4	14 %
Sociální dávky	21	72 %	22	76 %
Bez příjmu	7	24 %	1	3 %
Celkový součet	29	100 %	29	100 %

Počet klientů bez přístřeší se snížil z 5 (17 %) na 3 (10 %). O dva klienty méně než na vstupu obývalo při ukončení programu squat. V nájemním bytě bydlelo na vstupu 8 osob (28 %) a na výstupu o tři osoby více (11 klientů, 38 %).

Tabulka 7. Bydlení

	VSTUP		VÝSTUP	
	Počet klientů	Procenta	Počet klientů	Procenta
Azylový dům	3	10 %	2	7 %
Nájemní byt	8	28 %	11	38 %
Squat	6	21 %	4	14 %
Ubytovna	4	14 %	7	24 %
Bez přístřeší	5	17 %	3	10 %
Vlastní byt	3	10 %	2	7 %
Celkový součet	29	100 %	29	100 %

## Seznam tabulek

Tabulka 1. Psychické obtíže klientů při vstupu a výstupu z programu.....	30
Tabulka 2. Léčba psychických onemocnění vyjma závislosti.....	31
Tabulka 3. Užívání medikace .....	31
Tabulka 4. Frekvence užívání primární drogy.....	32
Tabulka 5. Závažnost užívání návykových látek .....	32
Tabulka 6. Finanční příjem .....	33
Tabulka 7. Bydlení .....	33

## Literatura

Jeřábek in Kalina. (2008). Nízkoprahový přístup a nízkoprahové programy. V K. Kalina, Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing a. s.

Kalina, K. & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. Adiktologie;13 (2), 144-164 5

Libra, J. (2006). Case management v kontextu nízkoprahových služeb pro uživatele drog. Praha: Klinika adiktologie Univerzity Karlovy. Dostupné na:  
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/635/?acc=enb>

WALSCH, J., HOLTON, V. 2008. Case management. In SOWERS, K. M., DULMUS,

C., N. 2008. Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare: Social Work Practice. Volume 3. New Jersey: John Wiley & Sons.