

**VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA**

Zdravotně sociální péče

**MOŽNOSTI A LIMITY SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI  
S DUÁLNÍ DIAGNÓZOU V KONTAKTNÍCH CENTRECH**

Bakalářská práce

Autor práce: Adéla Brestovská

Vedoucí práce: doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.

Jihlava 2026

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	<b>Adéla Brestovská</b>
Studijní program:	Zdravotně sociální péče
Garant studijního programu:	Mgr. Jana Gabrielová, PhD.
Název práce:	<b>Možnosti a limity sociální práce s osobami s duální diagnózou v kontaktním centru</b>
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Cíl práce:	Cílem práce je prostřednictvím výzkumných rozhovorů identifikovat možnosti a omezení sociální práce s osobami s duální diagnózou při poskytování služeb kontaktního centra

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou komorbidity z poruchy užívání návykových látek a duševní poruchy nebo také v praxi častěji využíváno duální diagnózy, v kontextu sociální práce v kontaktních centrech. Pojem komorbidita je v práci upřednostněn s ohledem na zahraniční odborné zdroje, které označení duální diagnóza často považují za neaktuální, přestože je v praxi stále běžně používán. Cílem práce bylo zjistit, jaké možnosti a limity se objevují při práci sociálních pracovníků s touto cílovou skupinou. Teoretická část vymezuje pojem komorbidity, její příčiny a dopady na život osoby. Dále rozebírá specifika sociální práce včetně modelů péče a roli kontaktních center. Výzkumná část je založena na kvalitativním přístupu, data byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky různých kontaktních center.

## Klíčová slova

duševní porucha; komorbidita; kontaktní centrum; limity; možnosti; porucha užívání návykových látek; sociální práce

## Abstract

This bachelor's thesis addresses the issue of comorbidity of substance use disorders and mental disorders in the context of social work in drop-in centres, a phenomenon also commonly referred to in practice as dual diagnosis. The term comorbidity is preferred in this thesis with regard to international academic sources, which often consider the term dual diagnosis to be outdated, although it is still widely used in practice. The aim of the thesis was to identify the opportunities and limitations that arise in the work of social workers with this target group. The theoretical part defines the concept of comorbidity, its causes, and its impact on individuals' lives. It also discusses the specifics of social work, including models of care and the role of drop-in centres. The research part is based on a qualitative approach, with data collected through semi-structured interviews with workers from various drop-in centres.

## Keywords

Mental disorder, comorbidity, drop-in centre, possibilities, limitations, substance use disorder, social work

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 16. dubna 2026

.....

Podpis studentky

## Poděkování

*Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své bakalářské práce panu doc. PhDr. Milanu Tomkovi, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, podnětné připomínky a čas, který mi věnoval. Dále bych ráda poděkovala všem účastníkům výzkumné části za jejich ochotu, věnovaný čas a otevřené sdílení zkušeností z praxe. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině za podporu nejen při psaní této práce, ale i během celého studia.*

## Obsah

<b>Seznam zkratk</b> .....	<b>8</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Osoby s komorbiditou poruchy způsobené užíváním návykových látek a duševní poruchy</b> <b>11</b>	
1.1 Specifika komorbidit poruchy užívání návykových látek a duševní poruchy.....	11
1.2 Příčiny vzniku komorbidit .....	14
1.3 Dopady na život osob s komorbiditou .....	16
<b>2 Sociální práce s osobami s komorbiditou</b> .....	<b>18</b>
2.1 Práce s osobami s komorbiditou .....	18
2.2 Modely péče .....	19
2.3 Faktory ovlivňující péči o osoby s komorbiditou .....	20
<b>3 Role kontaktních center při práci s osobami s komorbiditou</b> .....	<b>26</b>
3.1 Legislativní rámec .....	26
3.2 Harm reduction jako filozofický rámec.....	26
3.3 Cílová skupina .....	27
3.4 Poslání a cíle kontaktních center .....	27
3.5 Principy služby .....	28
3.6 Kontaktní centrum jako faktor ovlivňující práci .....	29
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>31</b>
<b>4 Cíl výzkumu</b> .....	<b>32</b>
4.1 Metodika výzkumu .....	32
4.2 Výsledky výzkumu a jejich interpretace .....	37
4.3 Diskuse.....	49
4.4 Návrhy a doporučení pro praxi .....	50
<b>Závěr</b> .....	<b>52</b>
<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>54</b>
<b>Přílohy</b> .....	<b>58</b>
Příloha A: Scénář rozhovoru.....	59
Příloha B: Informace o výzkumu a informovaný souhlas .....	60



## Seznam zkratk

COD	Co-Occurring Disorders (souběžně se vyskytující poruchy / duální diagnóza)
KC	Kontaktní centrum
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Národní institut pro zdraví a kvalitu péče, Velká Británie)
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Agentura pro služby v oblasti závislostí a duševního zdraví, USA)
SMI	Serious Mental Illness (závažné duševní onemocnění)
SUD	Substance Use Disorder (porucha užívání návykových látek)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WPA	World Psychiatric Association (Světová zdravotnická organizace)

## Úvod

Problematika souběhu duševního onemocnění a poruchy užívání návykových látek představuje v současné době významné téma jak v oblasti zdravotnictví, tak v oblasti sociálních služeb. Odborné zdroje dlouhodobě poukazují na vysokou prevalenci tohoto jevu, kdy se tyto obtíže často vzájemně ovlivňují a komplikují průběh i léčbu obou poruch (National Institute on Drug Abuse, 2020; SAMHSA, 2021). Osoby s duální diagnózou, v této práci označované jako osoby s komorbiditou, tak představují specifickou cílovou skupinu, která vyžaduje komplexní, koordinovaný a dlouhodobý přístup.

V odborné literatuře je opakovaně zdůrazňována potřeba koordinované a provázané péče, která by zahrnovala spolupráci mezi sociálními a zdravotnickými službami (Department of Health and Social Care & NHS England, 2025; National Working Group for Dual Diagnosis, 2023). Současně se objevují poznatky poukazující na obtížnost naplňování těchto principů v praxi, například v souvislosti s organizací služeb, jejich dostupností či nastavením podmínek pro vstup do péče (Růžková et al., 2003; Milani et al., 2020).

V tomto kontextu zaujímají specifické postavení kontaktní centra, která fungují na principu nízkoprahovosti a přístupu harm reduction. Díky své dostupnosti představují často první kontakt osob užívajících návykové látky se systémem pomoci (Chomynová et al., 2022). Jejich fungování je založeno na principech, jako je dostupnost, anonymita, respekt k volbě klienta a práce snižující rizika spojená s užíváním návykových látek (Janíková, 2015).

Sociální práce v prostředí kontaktních center se tak odehrává v kontextu komplexních potřeb klientů i širšího systému péče. Odborné zdroje zdůrazňují její význam zejména v oblasti podpory klienta, orientace v systému a zprostředkování další pomoci (Chomynová et al., 2022; Janíková, 2015; Růžková et al., 2023).

Tato bakalářská práce se zaměřuje na možnosti a limity sociální práce s osobami s duální diagnózou v prostředí kontaktních center. Cílem práce je identifikovat, jaké faktory ovlivňují práci sociálních pracovníků s touto cílovou skupinou a jaké možnosti a limity se v této oblasti objevují.

## TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce se zaměřuje na problematiku komorbidity poruchy užívání návykových látek a duševní poruchy v kontextu sociální práce a systému péče. Nejprve je vymezen samotný pojem komorbidity včetně jeho terminologické nejednotnosti. Dále se zaměřuje na nejčastější formy výskytu a základní mechanismy vzniku, které umožňují porozumět komplexnosti této problematiky. Následně je pozornost věnována dopadům komorbidity na jednotlivé oblasti života člověka. Další část se zabývá specifiky sociální práce s touto cílovou skupinou, včetně přístupů, modelů péče a faktorů ovlivňujících dostupnost a efektivitu podpory. Závěrem teoretické části je představena role kontaktních center jako specifického typu nízkoprahové služby, která představuje důležitý prvek v systému péče o osoby s komorbiditou.

# 1 Osoby s komorbiditou poruchy způsobené užíváním návykových látek a duševní poruchy

Tato kapitola se zaměřuje na vymezení pojmu komorbidity, její nejčastější formy, výskyt v populaci a základní souvislosti jejího vzniku, které jsou zásadní pro pochopení specifik této skupiny osob.

Komorbidita obecně označuje stav, kdy se u jednoho jedince současně nebo postupně vyskytují dvě či více odlišných onemocnění či poruch. Jak uvádí Štefánek, jde o přítomnost dvou onemocnění u téhož člověka, přičemž Národní zdravotnický informační portál tento pojem vymezuje jako další poruchu nebo nemoc objevující se paralelně s již existujícím zdravotním problémem. Termín komorbidita zavedl v roce 1970 Alvan Feinstein, který jej definoval jako přítomnost další samostatné klinické entity vedle primární diagnózy, diagnosticky oddělitelné a samostatně rozpoznatelné. (Jones, 2010; NZIP, n. d.; Štefánek, n.d.)

## 1.1 Specifika komorbidity poruchy užívání návykových látek a duševní poruchy

V oblasti psychiatrie a adiktologie je komorbidita chápána specifitěji než v obecném medicínském významu. V tomto kontextu se vztahuje k současnému výskytu poruchy užívání návykových látek a jiné duševní poruchy u jedné osoby. Tento souběh představuje klinicky významný jev, protože se poruchy mohou vzájemně ovlivňovat v oblasti symptomů, průběhu i léčby a vytvářet komplexnější potřeby péče. (Torrens et al., 2017)

### 1.1.1 Terminologie a používané pojmy

V odborné literatuře se pro tento fenomén používá více označení. Setkat se lze s termíny jako komorbidita adiktologických a duševních poruch, komorbidita poruchy užívání návykových látek a duševní poruchy či duální diagnóza. Ačkoliv je pojem duální diagnóza v českém prostředí běžně používán, v zahraniční odborné literatuře se objevuje spíše okrajově. V některých zdrojích se lze setkat také s označením duševně nemocní s látkovou závislostí, které popisuje tentýž jev. V mezinárodním kontextu je rovněž časté užití termínu *co-occurring disorders* (COD), který se uplatňuje zejména v americkém prostředí a bývá chápán jako širší klinický ekvivalent komorbidity. (SAMHSA, 2021; Torrens et al, 2017)

V odborné literatuře se objevuje také kritika pojmu „duální diagnóza“. Někteří autoři upozorňují, že tento termín může být stigmatizující a zároveň nedostatečně vystihuje komplexní vztah mezi duševní poruchou a užíváním návykových látek, který je ovlivněn řadou psychosociálních faktorů. Pojem „duální diagnóza“ totiž implikuje existenci dvou oddělených diagnóz, což může vést k jejich umělému oddělování, přestože se tyto obtíže v praxi vzájemně prolínají a ovlivňují. Zároveň označení „duální“ zdůrazňuje výskyt dvou poruch, ačkoliv se u těchto osob v praxi lze setkat s komplexnějším souběhem více obtíží. Toto zjednodušení může mít dopad i na poskytování péče, kdy jsou problémy klienta řešeny odděleně v různých typech služeb, případně může docházet k jeho vylučování ze služeb, které se zaměřují pouze na jednu oblast obtíží. Z těchto důvodů je v zahraniční literatuře někdy doporučováno jeho upozadění ve prospěch přesnějších pojmů, jako je komorbidita. (Guest & Holland, 2011)

Na druhou stranu se objevují i přístupy, které termín „duální diagnóza“ obhajují. Ty poukazují na jeho širší charakter, který umožňuje zachytit duševní obtíže i užívání návykových látek jako vzájemně propojené jevy v různé míře intenzity. (Szerman et al., 2022)

Přestože je pojem duální diagnóza v českém prostředí běžně užíván, v této práci je preferován termín komorbidita. Důvodem je skutečnost, že převážná část použitých zdrojů pochází ze zahraničního prostředí, kde je tento pojem užíván častěji a je považován za terminologicky přesnější.

### 1.1.2 Vymezení pojmu

Obecná psychiatrická terminologie vychází z toho, že komorbidita znamená současnou přítomnost dvou rozdílných diagnostických jednotek, tedy dvou samostatných klinických entit, nikoli jednoho sdruženého syndromu. Tento přístup zastávají například Szerman a kol. (2023), kteří popisují koexistenci poruch, jako je například kombinace poruchy užívání opiátů a schizofrenie. Podobně Agentura Evropské unie pro drogy (EUDA; dříve EMCDDA) vymezuje komorbiditu jako současný výskyt poruchy užívání návykových látek a jiné duševní poruchy u jednoho člověka, přičemž již dřívější definice EMCDDA zdůrazňovaly časovou koexistenci dvou či více psychiatrických poruch, včetně kombinace závislostní poruchy s jiným duševním onemocněním. (EMCDDA, 2016; Szerman et al., 2022; Torrens et al., 2017)

Zařazení poruch užívání návykových látek do rámce duševních poruch podporuje rovněž NIDA, čímž přispívá k překonání redukcujícího pohledu na závislost jako čistě morální či sociální selhání. Obdobné pojetí přejímá i Světová zdravotnická organizace (WHO), která v rámci modelu péče o duální diagnózu vymezuje tento stav jako komorbidní výskyt poruch způsobených užíváním návykových látek nebo návykovým chováním spolu s jednou či více duševními poruchami a výslovně zahrnuje také poruchy spojené s užíváním alkoholu. (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023; NIDA, 2010 in Kalina a Minařík, 2015)

Odlišně, restriktivněji, vymezuje duální diagnózu britský institut NICE, který ji chápe jako kombinaci závažného duševního onemocnění (SMI), například schizofrenie, bipolární poruchy či těžké depresivní epizody, se zneužíváním návykových látek. Americká SAMHSA (2021) používá pojem souběžné poruchy (co-occurring disorders, COD) a definuje je jako současnou přítomnost alespoň jedné duševní poruchy a alespoň jedné poruchy užívání návykových látek. Světová psychiatrická asociace pak označuje tento jev jako duální patologii a upozorňuje, že kombinace těchto poruch je v klinické praxi spíše pravidlem než výjimkou. (Růžková, 2023; WPA, n.d.)

### 1.1.3 Nejednotnost vymezení a její důsledky

Nejednoznačnost terminologie i rozsahu vymezení akcentuje Růžková, která poukazuje na rozdíly v tom, zda je tento pojem vztahován na jakýkoli souběh užívání návykových látek s duševní poruchou, včetně lehčích forem, nebo pouze na kombinaci závislosti se závažným duševním onemocněním (SMI). Tato nejasnost podle autorky vede k širokému spektru interpretací a může být příčinou nepochopení i nesprávné indikace podpůrných služeb. Někteří autoři a instituce chápou komorbiditu velmi široce, například jako souběh kouření tabáku a depresivní poruchy, což dále ztěžuje srovnatelnost studií o prevalenci napříč zdroji. (Růžková, 2023)

#### 1.1.4 Nejčastější druhy komorbidit

Mezi nejčastější duševní poruchy vyskytující se současně se závislostí patří zejména depresivní a úzkostné poruchy, které se u osob se závislostí objevují častěji než v běžné populaci a mohou závislosti předcházet i z ní vyplývat. Dále autoři uvádějí poruchy osobnosti (zejména hraniční a disociální typ), které často ovlivňují průběh léčby a stabilitu v abstinenci. Významnou skupinu představují také psychotické poruchy, včetně toxických psychóz vyvolané užíváním stimulantů (např. pervitinu) či alkoholu. Relativně časté jsou rovněž traumatické a stresové poruchy, zejména posttraumatická stresová porucha (PTSD) a dále ADHD, které zvyšuje riziko rozvoje závislostního chování a komplikuje léčbu. U části klientů se vyskytují poruchy příjmu potravy, častěji u žen, často v kombinaci s emoční nestabilitou a další komorbiditou. (Chomynová et al., 2025; Kalina, 2015; Magdaléna, o. p. s., 2023; SAMHSA, 2021)

#### 1.1.5 Prevalence

Přesné určení prevalence komorbidit poruch užívání návykových látek a duševních poruch je dlouhodobě obtížné, a to zejména z důvodu rozdílných definic, metodologických přístupů a roztržitosti systémů péče. Jak uvádějí Nevšímal, Růžková a kol. významným problémem je zejména roztržitost systému péče, kdy jsou klienti léčeni v různých typech zařízení. Část osob navíc není zachycena v žádném systému péče, případně je diagnostikována pouze v oblasti adiktologie nebo psychiatrie, což dále zkresluje dostupná data. Dále autoři zmiňují, že v českém prostředí dosud chybí ucelený a systematický přehled prevalence komorbidit duševní a závislostní poruchy. I přesto dostupná data naznačují, že výskyt této kombinace je poměrně vysoký a v klinické praxi spíše běžný než výjimečný jev. (EMCDDA, 2004; EMCDDA, 2016; Chomynová, 2025; Kalina, 2015; Růžková, 2023; SAMSHA, 2025)

Podle údajů Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) se podíl osob s duševní poruchou a současným užíváním návykových látek mezi psychiatrickými pacienty pohybuje přibližně mezi 30–50 %. Nejčastěji se jedná o kombinaci duševního onemocnění s užíváním alkoholu, sedativ nebo konopných látek. EMCDDA zároveň upozorňuje, že míra komorbidit narůstá s tíží duševního onemocnění a že dostupná data jsou zatížena značnou variabilitou v důsledku rozdílných diagnostických postupů jednotlivých států. (EMCDDA, 2003)

Evropský přehled z roku 2016 potvrzuje, že výskyt duálních poruch se dlouhodobě pohybuje přibližně mezi 40–60 % v závislosti na sledované populaci a typu diagnózy. Vyšší prevalence je opakovaně zaznamenávána u osob se závažnými duševními poruchami, kde se komorbidita vyskytuje u výrazné části pacientů. Autoři zároveň upozorňují, že v Evropě dosud neexistuje jednotná metodika sledování tohoto jevu, a výsledky jednotlivých studií je proto nutné interpretovat s určitou opatrností. (EMCDDA, 2016)

Významná data přinášejí rovněž zahraniční populační studie. Podle výsledků National Survey on Drug Use and Health za rok 2024 mělo ve Spojených státech v posledních 12 měsících současně přítomnou duševní poruchu a poruchu užívání návykových látek 8,1 % dospělé populace, což odpovídá přibližně 21,2 milionu osob. Tato zjištění potvrzují, že komorbidita představuje závažný problém nejen v klinickém, ale i v celospolečenském měřítku. (SAMHSA, 2025)

V českém prostředí na vysoký výskyt psychiatrických komorbidit dlouhodobě upozorňuje Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Podle Souhrnné zprávy o závislostech za rok 2024 se výskyt duševních poruch mezi klienty adiktologických služeb odhaduje přibližně v rozmezí 30–60 %, přičemž samotné služby poukazují na narůstající počet osob s kombinací závislosti a duševního onemocnění. Tento trend je patrný napříč různými typy zařízení a potvrzuje rostoucí zátěž systému péče. (Chomynová, 2025)

Výzkumné poznatky dále ukazují, že přibližně jedna ze čtyř osob se závažným duševním onemocněním má současně poruchu užívání návykových látek. Zároveň platí, že zhruba polovina osob, které v průběhu života zažijí duševní onemocnění, se setká i s poruchou užívání návykových látek, a naopak. Tyto údaje podporují názor části odborné veřejnosti, která považuje komorbiditu za běžnou součást klinické reality spíše než za výjimečný stav. (National Institute on Drug Abuse, 2020)

Kalina na základě dlouhodobých výzkumů shrnuje, že výskyt duálních diagnóz mezi osobami se závislostí se nejčastěji pohybuje mezi 30–50 %. Přestože se jednotlivé studie liší metodikou i složením výzkumných souborů, výsledky jsou v zásadě konzistentní a v posledních letech se spíše přiklání k vyšším hodnotám. Nárůst diagnostikovaných případů přitom nemusí nutně odrážet skutečný nárůst výskytu duševních onemocnění, ale spíše zlepšení diagnostiky, větší citlivost odborníků a změnu přístupu k osobám s duální diagnózou, které byly v minulosti často z léčby vylučovány nebo nebyly adekvátně zachyceny. (Kalina, 2015)

## 1.2 Příčiny vzniku komorbidity

Vznik duálních diagnóz představuje mnohvrstevnatý proces, který nelze vysvětlit jedinou příčinou. Odborná literatura popisuje několik mechanismů, jejichž prostřednictvím může docházet k souběhu poruch užívání návykových látek a dalších duševních onemocnění. Následující podkapitoly se proto zaměřují na hlavní způsoby vzniku duálních diagnóz a jejich vzájemné souvislosti.

### 1.2.1 Komorbidita jako souběh dvou nezávislých stavů

Jedním z možných vysvětlení vzniku duální diagnózy je náhodný souběh dvou na sobě nezávislých onemocnění. Torrens a kol. (2017) uvádějí, že v některých případech může dojít ke kombinaci poruch bez přímé příčinné souvislosti, tedy bez toho, aby jedna porucha vyvolávala nebo podmiňovala vznik druhé. Tento přístup vychází z předpokladu, že se u jednoho jedince mohou současně objevit dvě odlišná onemocnění čistě náhodně, případně v důsledku stejných, avšak nespecifických rizikových faktorů.

Podobné stanovisko uvádí také Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2016), které upozorňuje, že porucha užívání návykových látek a jiná duševní porucha mohou v některých případech představovat dva nezávislé stavy bez přímé vzájemné vazby. Podle této koncepce může ke komorbiditě dojít buď náhodně, nebo na základě společného působení obecných rizikových faktorů, aniž by mezi poruchami existoval přímý kauzální vztah.

Torrens a kol. (2017) zároveň zdůrazňují, že rozpoznání tohoto typu komorbidity je zásadní především z klinického hlediska. Nesprávné předpokládání přímé příčinné souvislosti mezi poruchami může vést k chybným závěrům při diagnostice i léčbě, kdy je jedné poruše mylně

přisuzována role příčiny druhé. Z tohoto důvodu je nutné k diagnostice přistupovat s opatrností a vždy zohledňovat možnost, že se jedná o souběh dvou samostatných onemocnění bez přímého vztahu příčiny a následku.

Z uvedeného tedy můžeme vyvozovat, že ne každá duální diagnóza musí mít kauzální podklad a že správné rozlišení typu komorbidit je velmi důležité pro volbu odpovídající léčby.

### 1.2.2 Společné rizikové faktory

Dalším vysvětlením vzniku komorbidit je existence společných rizikových faktorů, které současně zvyšují pravděpodobnost rozvoje jak poruchy užívání, tak jiných duševních onemocnění. Mezi nejvýznamnější patří genetická zranitelnost, nepříznivé životní podmínky, chronický stres a traumatické zkušenosti, zejména v raném dětství. (National Institute on Drug Abuse, 2020; Torrens et al., 2017)

Výzkumy ukazují, že genetické faktory se podílejí přibližně z 40–60 % na riziku vzniku závislosti a zároveň ovlivňují náchylnost k duševním poruchám, přičemž jejich působení je zesilováno vlivy prostředí. Důležitou roli hrají také epigenetické mechanismy, které způsobují, že stres, trauma nebo užívání návykových látek dlouhodobě mění fungování genů a mozkových struktur bez změny samotné DNA. (National Institute on Drug Abuse, 2020; Torrens et al., 2017)

Společným jmenovatelem poruch užívání návykových látek a dalších duševních onemocnění jsou rovněž změny v mozkových okruzích odpovědných za regulaci emocí, rozhodování, kontrolu impulzů a systém odměny. Tyto změny souvisejí zejména s narušením neurotransmiterových systémů, především dopaminového a serotoninového, které hrají důležitou roli jak v rozvoji závislosti, tak v patogenezi řady psychiatrických poruch. Významným rizikovým faktorem je také dlouhodobý stres, jenž ovlivňuje fungování stresové osy organismu a zvyšuje impulzivitu i riziko relapsu. Chronická zátěž a opakované stresové situace mohou vést k dlouhodobým změnám v mozkové aktivitě a tím zvyšovat zranitelnost jedince vůči rozvoji obou typů poruch. (National Institute on Drug Abuse, 2020; Torrens et al., 2017)

Na existenci společných etiologických faktorů upozorňuje rovněž Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (2016), které uvádí, že genetická predispozice, neurobiologické mechanismy, traumatické zážitky v dětství a dlouhodobé psychosociální zatížení významně zvyšují riziko jak vzniku závislosti, tak rozvoje duševních onemocnění.

Podobně Torrens a kol. (2017) zdůrazňují, že sdílené rizikové faktory představují jeden z nejčastějších mechanismů vzniku duálních diagnóz. Také Szerman a kol. (2022) zdůrazňují, že duální diagnózy odrážejí překrývání etiologických vlivů a vzájemné působení jednotlivých poruch, přičemž zásadní roli sehrávají zejména nepříznivé životní události v raném období života.

Rovněž Kalina (2015) uvádí, že vznik duálních diagnóz je výsledkem vzájemného působení biologických, psychologických a sociálních faktorů. Významnou roli hrají také společné rizikové faktory, mezi které patří genetická zátěž, poruchy osobnosti, traumatické zkušenosti nebo nepříznivé sociální prostředí. Zvláště rizikové je dle Kaliny období dospívání, kdy je mozek stále ve vývoji a je citlivější na účinky návykových látek.

Z uvedených informací se tedy ukazuje, že vznik duálních diagnóz může být podmíněn souhrou biologických, psychologických a sociálních vlivů, které se navzájem posilují a vytvářejí zvýšenou zranitelnost jedince vůči rozvoji jak závislostního chování, tak dalších duševních poruch.

### 1.2.3 Příčinná souvislost

Vedle modelu společných rizikových faktorů je vznik duální diagnózy často vysvětlován také přímou příčinnou souvislostí mezi jednotlivými poruchami. V tomto případě jedna porucha zvyšuje pravděpodobnost vzniku druhé, přičemž vztah mezi nimi může být jednosměrný nebo obousměrný. (EMCDDA, 2016; Szerman et al., 2022)

Torrens a kol. (2017) rozpracovávají příčinnou souvislost prostřednictvím několika modelů, které se navzájem nevylučují. Jedním z nich je model přímé kauzality, kdy je jedno onemocnění považováno za přímou příčinu druhého. V praxi se může jednat například o rozvoj psychotických nebo afektivních symptomů v důsledku dlouhodobého užívání stimulantů, jako je pervitin, nebo naopak o vznik závislosti na alkoholu u osob trpících depresí, které alkohol využívají jako prostředek ke zmírnění psychické bolesti. V některých případech tak může duševní porucha předcházet rozvoji závislosti, jindy naopak dlouhodobé užívání drog nebo alkoholu přispívá ke vzniku či zhoršení duševního onemocnění. Kalina (2015) upozorňuje, že tento obousměrný vztah výrazně komplikuje diagnostiku i léčbu, protože není vždy možné jednoznačně určit, která porucha byla primární.

## 1.3 Dopady na život osob s komorbiditou

Duální diagnóza má výrazný dopad na celkový život jedince, a to jak v oblasti zdravotní, tak v oblasti sociální. Projevuje se zhoršeným zdravotním stavem, komplikovanějším průběhem léčby i obtížemi v každodenním fungování. Následující podkapitoly se proto zaměřují na přiblížení hlavních zdravotních a sociálních dopadů, které jsou s duální diagnózou spojeny.

### 1.3.1 Oblast zdraví

Osoby trpící současně závislostí a duševním onemocněním vykazují podle Nevšímala výrazně horší zdravotní stav ve srovnání s ostatní populací. U této skupiny je zaznamenán vyšší počet i závažnost hospitalizací, častější výskyt sebevražedného a sebepoškozujícího chování a rovněž zvýšená prevalence chronických somatických onemocnění, která dále zhoršují celkovou prognózu i kvalitu života. (Růžková, 2023)

### 1.3.2 Dopady na léčbu

Vedle přímých zdravotních obtíží představuje duální diagnóza také významné znevýhodnění v oblasti léčby. Miovská, Miovský a Kalina (2008) upozorňují, že psychiatrická komorbidita může snižovat schopnost klienta aktivně spolupracovat, porozumět léčebným postupům a dlouhodobě je dodržovat, což se promítá do nižší efektivity poskytované péče. Nedostatečné zapojení do léčby následně zvyšuje riziko relapsu a přispívá k dalšímu zhoršení zdravotního stavu i kvality života po ukončení léčby.

Obtíže v léčbě potvrzuje také zahraniční studie Brownové a kol. (2012), která u osob s komorbiditou poukazuje na častější výskyt nepříznivých léčebných výsledků, předčasné ukončování terapie, nižší míru dodržování doporučené léčby i komplikovaný přístup ke zdravotním a sociálním službám. Tyto okolnosti pak významně snižují úspěšnost léčby a zvyšují riziko chronických obtíží.

### 1.3.3 Sociální oblast

Dopady komorbidních poruch se výrazně projevují také v sociální oblasti. Osoby se souběhem závislosti a duševního onemocnění vykazují zvýšenou míru rizikového chování, které často vede k dalšímu sociálnímu znevýhodnění. Mezi nejčastější důsledky patří dlouhodobá nezaměstnanost, ztráta stabilního bydlení a problémy se zákonem. Podle Nevšímalá se u této skupiny častěji objevuje také agresivní či násilné chování a delikvence, přičemž tito jedinci jsou současně ve zvýšené míře vystaveni riziku, že se sami stanou oběťmi trestné činnosti nebo různých forem zneužívání. (Růžková, 2023)

Podle údajů SAMHSA (2021) je výskyt duálních diagnóz spojován s nepříznivými sociálními a zdravotními okolnostmi, které mohou negativně ovlivňovat průběh léčby i prognózu pacienta. Mezi tyto faktory řadí rovněž dlouhodobou nezaměstnanost, ztrátu bydlení, kontakt s trestněprávním systémem a zvýšenou míru suicidalitu.

Na sociální fungování a sociální interakce osob s komorbiditou byla zaměřena také longitudinální studie, do které byly anonymně zapojeny osoby s touto diagnózou. Výsledky studie ukazují, že osoby s duální diagnózou se dlouhodobě potýkají především s mezilidskými konflikty, finančními obtížemi, problémy s bydlením, sociální izolací a zkušenostmi se zneužíváním. Tyto faktory významně přispívají k udržování závislostního chování i psychických obtíží a komplikují proces zotavení. (Milani et al., 2020)

## 2 Sociální práce s osobami s komorbiditou

Sociální práce s osobami s komorbiditou poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy představuje specifickou oblast odborné praxe, která vyžaduje dlouhodobý koordinovaný přístup. Souběh těchto poruch významně ovlivňuje nejen somatický a psychický stav klientů, ale také jejich sociální fungování, stabilitu životních podmínek a schopnost využívat dostupné služby. Fungující podpora tedy může být velmi náročná. V této kapitole jsou představeny principy a modely práce, specifika této cílové skupiny a zejména také příležitosti, které se ukazují při práci s touto cílovou skupinou a bariéry bránící efektivní pomoci.

### 2.1 Práce s osobami s komorbiditou

Práce s osobami s komorbiditou poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy se vyznačuje vysokou mírou komplexnosti a vyžaduje specifický přístup, který reflektuje provázanost obou typů obtíží. V praxi nelze tyto poruchy chápat izolovaně, protože se vzájemně ovlivňují v oblasti symptomů, průběhu i možností intervence. Sociální práce proto musí reagovat nejen na aktuální potřeby klienta, ale také na dynamiku jeho zdravotního stavu, motivace a sociální situace.

#### 2.1.1 Práce ve fázích

Za osvědčený rámec práce s osobami s duální diagnózou je považován model postupných intervencí, který předpokládá, že klienti se v procesu změny neposouvají lineárně. Model obvykle rozlišuje fázi zapojení (navázání kontaktu a budování důvěry), fázi posilování motivace (uvědomění si rozporu mezi cíli a užíváním), fázi aktivní léčby a změny chování a fázi udržení změny včetně prevence relapsu. Pro praxi je podstatné, že každá fáze vyžaduje odlišnou míru struktury, jiné nástroje a jiný typ podpory. (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023)

#### 2.1.2 Navázání vztahu

Klíčovým společným jmenovatelem napříč fázemi je dle zdrojů stabilní pracovní vztah, kontinuita podpory a schopnost reagovat na aktuální potřeby klienta. Zdroje zároveň zdůrazňují, že pracovníci mají volit takové intervence, které odpovídají „fázi zotavení“, a zároveň pracovat s relapsem jako s běžnou součástí procesu, nikoli jako s důvodem k ukončení podpory. (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023; SAMHSA, 2020)

#### 2.1.3 Case management

Případová práce je metoda sociální práce zaměřená je dle Havránkové (2013) na jednotlivce a jeho konkrétní životní situaci. Vychází z předpokladu, že každý člověk má vlastní zdroje, schopnosti a potenciál řešit své problémy, pokud je správně podporován. Základem případové práce je respekt k hodnotě, jedinečnosti a sebeurčení klienta. Klient je aktivním účastníkem procesu a sám rozhoduje o svých cílech i o tom, jaké kroky podnikne. Úkolem sociálního pracovníka není problém řešit za klienta, ale provázet ho, posilovat jeho samostatnost, upozorňovat na dostupné možnosti a podporovat jeho odpovědnost za vlastní život. Případová práce tak klade důraz na spolupráci, důvěru a respektující vztah.

Metodika dobré praxe Ministerstva zdravotnictví, popisuje case management jako klíčový nástroj multidisciplinární péče. Case management zde není chápán pouze jako administrativní koordinace služeb, ale jako aktivní a intenzivní vedení případu v přirozeném prostředí klienta, které propojuje sociální a zdravotní složku péče a zajišťuje kontinuitu podpory. V praxi dochází k rozšíření tradiční ambulantní péče směrem k terénní práci. Pracovníci klienty aktivně vyhledávají, navštěvují je v jejich přirozeném prostředí a navazují vztah i mimo institucionální rámec. Tento přístup umožňuje hlubší porozumění životní situaci klienta a jeho skutečným potřebám, což je u osob s duální diagnózou zásadní. Case management zároveň stojí na úzké spolupráci multidisciplinárního týmu, který obvykle zahrnuje sociální pracovníky, adiktology, psychiatry a psychology. Péče je společně plánována, průběžně vyhodnocována a koordinována, přičemž dochází ke sdílení informací o zdravotním i sociálním stavu klienta. Tím se snižují bariéry mezi jednotlivými profesemi a minimalizuje se riziko roztříštěné péče. Důležitým rysem case managementu je také flexibilita. Pracovník nepředpokládá stabilní docházku klienta do služby, ale přizpůsobuje formu podpory jeho aktuálním možnostem, zapojuje rodinu a sociální síť a reaguje na výkyvy v motivaci či zdravotním stavu. Case management tak podporuje udržení kontaktu s péčí i v obdobích relapsu nebo zhoršení duševního onemocnění. (Šulcová et al., 2022)

Zkušenosti popsané v Metodice dobré praxe ukazují, že zavedení case managementu v multidisciplinárních týmech přispívá ke zvýšení zapojení klientů do péče, snížení ztrát kontaktu, větší sociální stabilitě a efektivnějšímu naplňování individuálních plánů. Case management se tak ukazuje jako jedna z nejvhodnějších metod práce s osobami s duální diagnózou, protože umožňuje integrovaný, kontinuální a klientsky orientovaný přístup. (Šulcová et al., 2022)

#### 2.1.4 Práce s motivací

V rámci doporučené praxe jsou jako součást integrovaných intervencí zmiňovány přístupy zaměřené na motivaci a práci s realistickými cíli. Smyslem je podporovat klienta v dosažitelných krocích a udržet spolupráci i tehdy, když je motivace proměnlivá nebo dochází k relapsu. (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023; SAMHSA, 2021)

## 2.2 Modely péče

Obecně se při práci s osobami s komorbiditou poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy je možné opírat o některý z léčebných modelů. Modely se mohou vzájemně prolínat. Metodika Magdaléna popisuje tři základní modely péče o osoby s duální diagnózou: návazný (sekvenční), paralelní a integrovaný model. (Magdaléna o.p.s., 2023)

### 2.2.1 Návazný model

Návazný model spočívá v postupném řešení jednotlivých obtíží, kdy je nejprve léčeno jedno onemocnění a teprve po jeho stabilizaci je navázána péče o druhé. Tento přístup se však dle názorů v literatuře ukazuje jako málo účinný, protože vzájemně provázané poruchy nelze efektivně řešit odděleně. V praxi často dochází k přerušení návaznosti péče, zvýšenému riziku relapsu a k frustraci klientů i odborníků. Odborná literatura se shoduje, že návazný model není pro práci s duální diagnózou vhodný. (Drake et al., 2001; Magdaléna o.p.s., 2023)

### 2.2.2 Paralelní model

Paralelní model předpokládá souběžnou léčbu obou poruch ve dvou oddělených službách. Přestože tento přístup umožňuje řešit obě oblasti současně, v praxi naráží na problémy spojené s nedostatečnou koordinací, rozdílnou filozofií služeb a přenášením odpovědnosti za organizaci péče na samotného klienta. (SAMHSA, 2020)

Autoři Metodiky Magdaléna (2023) upozorňují, že právě to může vést k nerovnoměrné kvalitě podpory, zátěži klienta a opětovnému riziku vypadnutí ze systému péče.

### 2.2.3 Integrovaný model

Integrovaný model je v odborné literatuře považován za nejvhodnější přístup. Vychází z předpokladu, že duševní onemocnění a porucha užívání návykových látek tvoří vzájemně propojený celek, který je třeba řešit současně, koordinovaně a v rámci jednoho léčebného plánu. Péče je poskytována multidisciplinárním týmem, který společně plánuje, realizuje a vyhodnocuje intervence. Integrovaný model snižuje riziko roztržité péče, podporuje kontinuitu služeb a minimalizuje riziko „propadnutí systémem“. Přestože je jeho zavádění organizačně a personálně náročné, dostupné výzkumy jej označují za nejefektivnější přístup k práci s osobami s duální diagnózou. (Kelly & Daley, 2013; Magdaléna o.p.s., 2023, SAMHSA, 2020)

### 2.2.4 Model využívaný v ČR

V českém kontextu však nadále převažují dle Metodiky Magdaléna spíše paralelní modely péče, tedy oddělené adiktologické a psychiatrické služby. Přesto se objevují snahy o rozvoj integrovaných programů, zejména v rámci specializovaných zdravotnických zařízení, terapeutických komunit a vybraných multidisciplinárních týmů. Současná reforma psychiatrické péče zatím potřebu plné integrace péče o osoby s duální diagnózou reflektuje pouze omezeně, což naznačuje, že problematika léčby této skupiny zůstává i nadále významnou výzvou. (Magdaléna o.p.s., 2023; Růžková, 2023)

## 2.3 Faktory ovlivňující péči o osoby s komorbiditou

Na základě dosud představených principů, modelů a přístupů lze identifikovat několik faktorů, které ovlivňují podobu a efektivitu práce s osobami s komorbiditou. Tyto faktory mohou působit různým způsobem, některé podporují dostupnost a kontinuitu péče, jiné mohou proces podpory komplikovat či zpomalovat. Následující podkapitoly jsou věnovány právě těmto faktorům.

### 2.3.1 Systémové a organizační faktory

Problémy spojené s užíváním návykových látek a duševním onemocněním se velmi často vyskytují současně a nelze je v praxi účinně řešit odděleně. Přesto je systém péče v mnoha zemích dlouhodobě nastaven spíše tak, že jednotlivé obtíže jsou posuzovány izolovaně. Osoby se souběžným výskytem duševní poruchy a závislosti se proto často potýkají s obtížemi při vyhledávání a využívání pomoci, přičemž dostupné služby mnohdy neodpovídají jejich komplexním potřebám. Faktory jako nedostatečná koordinace péče, chybějící návaznost služeb či omezené kapacity systému naopak představují okolnosti, v jejichž důsledku může docházet

k selhání léčby či prohlubování sociálního vyloučení této skupiny osob. (Department of Health and Social Care & NHS England, 2025)

Mezi významné systémové faktory patří kromě roztříštěnosti systému péče také odlišné financování a legislativní ukotvení služeb pro duševní onemocnění a závislosti, nedostatek jednotných metodických postupů a omezené personální kapacity. Tyto okolnosti pak mohou komplikovat koordinaci péče a kontinuitu podpory. (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023)

Oddělené nastavení služeb zároveň podporuje praxi zaměřenou na tzv. „primární problém“, kterou popisuje několik zahraničních zdrojů, kdy je klient posuzován izolovaně buď optikou duševní poruchy, nebo optikou užívání návykových látek. Přitom souběh těchto obtíží je velmi častý a oddělené řešení v praxi vede k tomu, že služby často nedokážou reagovat na komplexní potřeby klienta a část klientů se do péče vůbec nedostane nebo ji nedokáže udržet. (Department of Health and Social Care & NHS England, 2025; Drake et al., 2007 a Ducharme et al., 2007 cit. dle Milani et al., 2020)

Realizace doporučených modelů péče dle National Working Group for Dual Diagnosis (2023) pak může být dále ovlivněna kapacitními faktory, a to jak personálními, tak i organizačními. I přesto, že existují doporučení pro efektivní péči, jejich realizace je obtížná, pokud v systému chybí stabilní personální zázemí a sdílené rámce spolupráce.

### „Špatné dveře“

V odborné literatuře je opakovaně popisována situace, kdy se osoby s duální diagnózou dostávají do služeb, které nejsou primárně připraveny reagovat na komplexní souběh jejich obtíží. Tento jev označuje Růžková a kol. (2003) jako syndrom „špatných dveří“. Tento jev autoři definují jako nesoulad mezi potřebami klientů a nabídkou služeb, což způsobuje to, že si osoby s komorbiditou nejsou jisté, kde vůbec získat vhodnou pomoc. Péče je v takových případech ovlivněna tím, že služby nabízejí omezené spektrum intervencí zaměřených buď na oblast závislosti nebo na oblast duševního zdraví. (SAMHSA, 2021)

Výzkumy rovněž upozorňují, že klienti mohou být mezi službami opakovaně přeměrováváni z toho důvodu, že jejich obtíže nespádají do kompetence daného zařízení. Tato praxe může vést k tomu, že se lidé s duální diagnózou ocitnou mimo systém podpory a zůstávají bez adekvátní péče, často v sociální izolaci. (MEAM coalition, 2015; Public Health England, 2017; Rethink, 2007 cit. dle Milani, 2020; Szerman et al., 2022).

Růžková et al. (2023) zdůrazňují, že tento jev posilují také diagnostické a léčebné faktory i přetrvávající nejasnosti v chápání a klasifikaci duálních poruch.

### Neviditelnost klientů a fenomén točitých dveří

Dalším faktorem ovlivňující péči je také nedostatečná diagnostika duálních poruch, kterou popisují Růžková et al (2023) a SAMHSA (2021). Řada klientů přicházejících z psychiatrických zařízení do sociálních služeb nemá jednu ze složek duální diagnózy vůbec zachycenou. Důvodem bývá jak diagnostická nejistota, například záměna příznaků intoxikace či toxické psychózy za primární psychotické onemocnění, tak i skutečnost, že zdravotníci nemají vždy dostatek informací o užívání návykových látek u svých pacientů. Na druhé straně pracovníci v sociálních

službách často postrádají odborné kompetence či jistotu k tomu, aby se klientů na užívání návykových látek cíleně ptali, a to může vést k mylnému dojmu, že klient žádné návykové látky neužívá.

Tato situace přispívá k tzv. „neviditelnosti“ osob s duální diagnózou v systému služeb. Růžková et al. (2003) zdůrazňují, že pokud nejsou osoby správně diagnostikovány, nejsou adekvátně zachyceny ani ve statistikách. To pak následně vede k fenoménu označovanému jako „točité dveře“ neboli cyklus opakovaných návratů bez řešení příčiny problému. Klienti jsou tak opakovaně hospitalizováni, propouštěni a znovu přijímáni do různých typů služeb, aniž by docházelo k systematickému řešení jejich obtíží.

### Roztříštěnost termínů

Dalším, méně viditelným, ale důležitým faktorem je nejasná terminologie. Různé instituce používají odlišné pojmy (např. duální diagnóza, duální porucha, komorbidita, současně se vyskytující poruchy/COD), někdy i s odlišným rozsahem významu. To může komplikovat sdílení poznatků, standardizaci péče, vykazování i společné plánování služeb. (Szerman et al., 2022)

Terminologická nejednotnost i rozsah vymezení pojmu zmiňuje také Růžková, která poukazuje na rozdíly v tom, zda je tento pojem vztahován na jakýkoli souběh užívání návykových látek s duševní poruchou, včetně lehčích forem, nebo pouze na kombinaci závislosti se závažným duševním onemocněním (SMI). Tato nejasnost podle autorky vede k širokému spektru interpretací a může být příčinou nepochopení i nesprávné indikace podpůrných služeb. Někteří autoři a instituce chápou komorbiditu velmi široce, například jako souběh kouření tabáku a depresivní poruchy, což dále ztěžuje srovnatelnost studií o prevalenci napříč zdroji. (Růžková et al., 2023)

### 2.3.2 Sociální práce a mezioborová spolupráce

Role sociální práce představuje významný faktor ovlivňující podobu péče o osoby s komorbiditou, zejména proto, že propojuje „léčbu“ s každodenním fungováním a pomáhá klientovi udržet se v systému péče. U této cílové skupiny se potíže v oblasti duševního zdraví a užívání návykových látek typicky prolínají, přičemž oddělené nastavení služeb může ovlivňovat dostupnost podpory a kontinuitu péče. V praxi pak může docházet k situacím, kdy je klient podmíněně přijímán až po „vyřešení“ jedné z oblastí obtíží, což může ovlivňovat jeho schopnost udržet se v systému péče. (NICE, 2019)

Sociální práce může v tomto kontextu působit jako stabilizační prvek systému péče o osoby s komorbiditou, a to zejména v oblastech jako je koordinace služeb, podpora při orientaci v systému, stabilizace sociální situace, práce s rodinou a sociální sítí, podpora adherence k léčbě. Odborné zdroje naznačují, že kontinuita péče a přítomnost stabilního sociálního pracovníka mohou souviset s lepšími léčebnými výsledky i nižší mírou relapsů. (Růžková et al., 2023; SAMSHA, 2021)

Efektivita práce s osobami s komorbiditou je ovšem výrazně ovlivněna mírou mezioborové spolupráce, kterou vyzdvihuje několik autorů. Péče o tyto osoby předpokládá propojení se zdravotnickými službami, adiktologií, psychiatrií a komunitními službami. Pokud ovšem toto propojení není dostatečně rozvinuto, může docházet k přerušování péče nebo k omezené

návaznosti mezi službami. (Department of Health and Social Care & NHS England, 2025; Růžková et al., 2023; SAMHSA, 2021)

### Koordinace a integrovaný přístup

Integrovaný přístup vychází z předpokladu, že komorbidita z poruchy užívání návykových látek a duševní poruchy netvoří dvě oddělené části, ale že se vzájemně ovlivňují, a proto má být podpora nastavena tak, aby obě oblasti byly řešeny současně a koordinovaně. Oproti postupu zaměřenému nejprve na jednu oblast a pak až na druhou je tento model spojován s lepšími výsledky a menším rizikem, že klient zůstane mimo péči nebo bude mezi službami přeposílán bez odpovídající podpory. (Drake et al., 2007 a Ducharme et al., 2007 cit dle Milani et al., 2020)

V praktické rovině integrovaný přístup často využívá fázový rámec práce, který počítá s tím, že změna nebývá přímá a stabilní. Postupuje se typicky od navázání kontaktu a budování důvěry přes práci s motivací a cíli, dále k aktivní léčbě a změně chování až po prevenci relapsu. Důležité je, že jednotlivé fáze vyžadují různé intervence a různé nároky na strukturu podpory. Zároveň je žádoucí respektovat tempo klienta a udržovat dlouhodobou kontinuitu podpory i v období kolísání nebo selhání. (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023; SAMSHA, 2021)

Integrovaný přístup zároveň předpokládá sdílenou odpovědnost napříč systémy. Služby duševního zdraví i služby pro užívání alkoholu a drog mají společně reagovat na potřeby lidí se souběžnými onemocněními a aktivně spolupracovat při léčbě i podpoře. To v praxi znamená, že klient nemá být „přesouván“ podle toho, co je zrovna označeno jako primární problém, ale má mít přístup ke koordinované péči, která reflektuje propojení obou obtíží. (Department of Health and Social Care & NHS England, 2025)

Z klinického a systémového hlediska zdroje upozorňují, že pokud integrovaný přístup chybí, roste riziko relapsu, opakovaných hospitalizací a sociálního propadu a dlouhodobé chronicity obtíží. Současně platí, že práce s osobami s komorbiditou je náročnější na čas, odbornost i finance, a proto zvyšuje požadavky na kvalifikaci pracovníků a dostupnost specializovaných návazných služeb. (Drake et al., 2007 a Ducharme et al., 2007 cit dle Milani et al., 2020; Růžková, 2023).

Z uvedeného vyplývá, že bez koordinace a současného řešení obou oblastí se zvyšuje pravděpodobnost, že klient nebude mít stabilní oporu a péče nemusí být účinná. Integrované nastavení proto vyžaduje mezioborovou spolupráci, jasné vymezení odpovědností a funkční návaznost služeb tak, aby klient dostával podporu ve správný čas a ve správné kombinaci. (Department of Health and Social Care & NHS England, 2025)

Dalším faktorem ovlivňující péči je jasné vymezení kompetencí mezi sociální prací a klinickou léčbou. Sociální práce u osob s duální diagnózou má důležitou roli v koordinaci péče, stabilizaci sociální situace a podpoře zotavení. Zároveň však odborné zdroje jednoznačně upozorňují, že sociální práce nenahrazuje klinickou ani psychiatrickou léčbu. Její úlohou není diagnostika či léčba duševních poruch nebo závislostí, ale zajištění návaznosti služeb, podpora při léčbě a prevence vypadávání klientů ze systému péče. (Růžková et al., 2023; SAMSHA, 2021)

### 2.3.3 Odborné nároky a kompetence pracovníků

Specifika práce s osobami s komorbiditou představují další faktor ovlivňující podobu a efektivitu poskytované podpory. Souběh duševní poruchy a poruchy z užívání návykových látek vytváří

komplexní situaci, v níž se jednotlivé obtíže vzájemně prolínají a ovlivňují. Tyto obtíže se zpravidla nevyskytují izolovaně, ale tvoří provázaný celek, který může významně ovlivnit samotný proces podpory a léčby, ať už z hlediska průběhu, délky či struktury podpory. (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023)

Publikace SAMSHA (2021) zdůrazňuje, že efektivní intervence proto vyžaduje komplexní, dlouhodobý a flexibilní přístup, který dokáže reagovat na proměnlivé potřeby klienta v různých fázích jeho zotavení.

Autoři kvalitativní studie Milani et al. (2020) se na základě výzkumu s osobami s komorbiditou shodují, že klíčovým předpokladem účinné práce je v první řadě respektování faktu, že změna u osob s duální diagnózou neprobíhá lineárně. Klienti často oscilují mezi jednotlivými fázemi motivace a léčby, přičemž relaps je popisován jako běžná součást procesu zotavení, nikoli jako jednoznačné selhání. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby sociální práce nabízela stabilní, dlouhodobou a strukturovanou podporu, která není podmíněna ideálním stavem jako je okamžitá abstinence či stabilizace psychického stavu.

Dalším faktorem je s tím související odborná připravenost pracovníků. Dle Britského ministerstva zdravotnictví a sociální péče by všichni zaměstnanci pracující s lidmi s chronickými duševními poruchami a užíváním návykových látek, měli být školeni tak, aby měli základní kompetence potřebné k poskytování efektivní podpory a reakci na potřeby lidí. (Department of Health and Social Care & NHS England, 2025)

Také SAMSHA (2021) zdůrazňuje potřebu vzdělávání pracovníků, a to jak v oblasti poruch z užívání návykových látek, tak v oblasti duševního zdraví, aby pracovníci dokázaly obě tyto skupiny propojit a nedocházelo tak k vypadávání klientů ze systému podpory.

The Royal College of Psychiatrists (2025) rovněž uvádí doporučení, že je potřeba, aby pracovníci napříč službami měli přístup k vzdělávání pro rozpoznání a práci se souběhem poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy.

Literatura dále poukazuje na rozdíly ve specializaci pracovníků, kdy specialisté v oblasti adiktologie nemusí disponovat hlubšími znalostmi psychiatrické problematiky, zatímco pracovníci v oblasti duševního zdraví mohou mít omezené zkušenosti s problematikou závislosti. Tento stav může ovlivňovat schopnost služeb reagovat na komplexní potřeby klientů. (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023; Public Health England, 2017 cit. dle Milani et al., 2020)

Na úrovni sociálních služeb může být dle Růžkové et al. (2023) dalším faktorem také nejistota pracovníků, zda a jak se klientů citlivě ptát na užívání návykových látek nebo naopak mapování a oslovování duševních obtíží. Pokud ovšem tyto obtíže nejsou mapovány a zjištěny, může to následně ovlivnit indikaci integrované podpory.

### 2.3.4 Zapojení klientů a jejich blízkých

Role klientů a jejich blízkých rovněž představuje další faktor, který může ovlivňovat průběh i efektivitu podpory osob s komorbiditou. Úroveň informovanosti o tomto souběhu poruch, dostupnost psychoedukace a porozumění povaze souběžných obtíží mohou mít vliv na způsob, jakým jsou problémy interpretovány a řešeny. V některých případech může tak docházet k jednostrannému připsování obtíží pouze užívání návykových látek nebo naopak výhradně

duševní poruše, což může ovlivňovat načasování vyhledání pomoci i spolupráci s odborníky. (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023)

Míra zapojení rodin a blízkých osob do procesu podpory může rovněž ovlivňovat kontinuitu péče, motivaci klienta a stabilitu jeho sociální situace. Nedostatečné porozumění problematice komorbidity může přispívat k nejasnostem v očekáváních vůči léčbě nebo k podceňování potřeby dlouhodobé podpory. Naopak informovanost a aktivní zapojení blízkých osob může podporovat udržení klienta v systému péče. (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023)

## 3 Role kontaktních center při práci s osobami s komorbiditou

Kontaktní centra představují významný prvek systému péče o osoby užívající návykové látky, včetně osob s komorbiditou duševních poruch. Díky svému nízkoprahovému charakteru a přístupu harm reduction jsou často prvním místem, kde se tyto osoby dostávají do kontaktu s odbornou pomocí. Specifika fungování kontaktních center mohou vytvářet jak příležitosti, tak i limity při práci s touto cílovou skupinou. Tato kapitola se proto zaměřuje na vymezení možností kontaktních center v kontextu práce s osobami s komorbiditou.

### 3.1 Legislativní rámec

Kontaktní centrum je typ nízkoprahové sociální služby, který poskytuje ambulantní či terénní podporu osobám, které jsou ohroženy závislostí na návykových látkách. Cílem těchto služeb je minimalizovat negativní zdravotní a sociální dopady, které vznikají jako odpověď na rizikové užívání návykových látek. Součástí těchto služeb jsou dle zákona o sociálních službách sociálně terapeutické aktivity, podpora klientů při uplatňování jejich práv a oprávněných zájmů a pomoc při vyřizování osobních záležitostí. Kontaktní centra zároveň vytvářejí podmínky pro zajištění osobní hygieny klientů. Stejně jako jiné sociální služby je služba klientům poskytována bez úhrady. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2019)

Kontaktní centra jakožto registrované sociální služby jsou vedle zákona o sociálních službách také povinna dodržovat standardy kvality sociálních služeb, které jsou součástí úpravy tohoto zákona. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2008)

### 3.2 Harm reduction jako filozofický rámec

Harm reduction (HR) představuje základní filozofický a hodnotový rámec fungování kontaktních center a terénních programů v České republice. Podle Souhrnné zprávy o závislostech v České republice jsou právě kontaktní centra a terénní programy prvním místem, kde se setkává jinak skrytá populace uživatelů návykových látek se sociální službou. (Chomynová et al., 2022)

#### 3.2.1 Specifika harm reduction přístupu

Janíková vymezuje harm reduction jako přístup, který neusiluje primárně o okamžité ukončení užívání návykových látek, ale o minimalizaci zdravotních, sociálních a psychických škod, které s užíváním souvisejí. Základním východiskem tohoto přístupu je realistické přijetí skutečnosti, že užívání drog je dlouhodobě přítomným společenským jevem, a že část uživatelů není v daném okamžiku motivována ke změně nebo abstinenci. (Janíková, 2015)

Harm reduction se zaměřuje především na prevenci závažných zdravotních důsledků užívání drog, jako jsou infekce HIV a virové hepatitidy B a C, riziko předávkování, dlouhodobé poškození zdraví a zvýšená mortalita. Současně však reflektuje i širší sociální dopady, mezi které patří sociální vyloučení, ztráta bydlení, narušení rodinných a sociálních vztahů či ztráta lidské důstojnosti. Přístup harm reduction tak pracuje s bio-psycho-sociálním pojetím závislosti a nevnímá užívání drog izolovaně pouze jako zdravotní problém. (Janíková, 2015)

V praktické rovině zahrnuje harm reduction spektrum intervencí, které odpovídají aktuální situaci a možnostem klienta. Mezi nejčastější intervence patří výměnné programy injekčního materiálu, distribuce sterilních pomůcek, testování na infekční onemocnění, poradenství zaměřené na bezpečnější způsoby užívání, prevence předávkování a podpora bezpečnějšího sexu. V širším pojetí jsou do harm reduction přístupu zahrnovány také substituční programy a další nízkoprahové farmakologické intervence (Halaštová, 2018; Chomynová et al., 2022; Janíková, 2015)

Specifickým rysem harm reduction je důraz na práci s klientem „tam, kde se právě nachází“, bez nátlaku na okamžitou změnu chování. Edukace a poradenství v rámci tohoto přístupu zahrnují i praktické informace o přípravě a aplikaci látek, hygieně užívání a rozpoznání rizikových situací. Tyto informace jsou určeny výhradně cílové skupině uživatelů a jejich poskytování je podmíněno odborným kontextem, aby nedocházelo k dezinterpretaci nebo stigmatizaci tohoto přístupu. (Chomynová et al., 2022; Janíková, 2015)

### 3.3 Cílová skupina

Dle standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb do hlavní cílové skupiny služby spadají „osoby užívající psychoaktivní látky, osoby se závislostí a osoby ohrožené závislostním chováním“. (Úřad vlády ČR, 2021)

V praxi jsou kontaktní centra primárně zaměřena na aktivní uživatele návykových látek, zejména nelegálních drog, a to bez ohledu na typ užívané látky či frekvenci jejího užívání. Služby jsou obvykle poskytovány osobám starším 15 let, včetně problémových uživatelů nelegálních drog, uživatelů inhalačních látek a klientů zapojených do substitučních programů. (Magdaléna, 2023)

Cílovou skupinu dle konkrétních poskytovatelů jako je Magdaléna či kontaktní centrum Kyjov, dále tvoří osoby ohrožené rozvojem drogové závislosti, klienti závislí na alkoholu a osoby s patologickým hráčstvím, pokud jejich situace souvisí s adiktologickou problematikou a odpovídá zaměření služby. Kontaktní centra zároveň nabízí podporu rodinným příslušníkům, partnerům a dalším blízkým osobám uživatelů návykových látek, kteří se často potýkají s dopady závislosti ve svém vlastním životě. (Charita Kyjov, n.d.; Drug-Out, n.d.; Magdaléna, 2023)

Součástí cílové skupiny může být rovněž širší veřejnost, zejména v oblasti poskytování základních informací, poradenství a prevence v kontextu užívání návykových látek. (Drug-Out, n.d.)

### 3.4 Poslání a cíle kontaktních center

#### 3.4.1 Poslání

Poslání kontaktních center má každý poskytovatel definován s malou odlišností. Většina z nich se ale shoduje, že je jejich posláním poskytovat odbornou, nízkoprahovou a dostupnou podporu osobám užívajícím návykové látky a jejich blízkým s cílem minimalizovat negativní zdravotní a sociální dopady spojené s užíváním drog. Kontaktní centra se zaměřují jak na ochranu zdraví samotných klientů, tak na ochranu veřejného zdraví a snižování širších společenských dopadů drogové problematiky. Základním východiskem jejich činnosti je přístup harm reduction, který usiluje o snižování rizik bez podmínky okamžité abstinence. Kontaktní centra současně fungují

jako významný článek v síti sociálních a adiktologických služeb a vytvářejí bezpečný prostor pro navázání kontaktu, budování důvěry a postupnou stabilizaci klienta. (Drug-Out, n.d.; Charita Kyjov, n.d.)

### 3.4.2 Cíle

Cílem kontaktních center je dle konkrétních poskytovatelů služeb především podpora sociální a zdravotní stabilizace klientů, která může vést ke snížení rizik spojených s jejich dosavadním způsobem života a případně ke změně životního stylu. Důraz je kladen zejména na prevenci infekčních onemocnění, snižování zdravotních komplikací a mortality uživatelů návykových látek a na podporu bezpečnějších způsobů užívání, včetně bezpečné manipulace s injekčním materiálem. Součástí cílů je také zvyšování informovanosti klientů o zdravotních rizicích, infekčních onemocněních a možnostech další odborné pomoci, stejně jako orientace klientů v jejich sociální situaci a dostupné síti služeb. Kontaktní centra zároveň usilují o navázání a udržení kontaktu s osobami, které dosud nebyly v kontaktu s odbornými službami, a přispívají k ochraně veřejného zdraví prostřednictvím preventivních a mapovacích aktivit v regionu. (Drug-Out, n.d.; Charita Kyjov, n.d.; Úřad vlády ČR; 2021)

## 3.5 Principy služby

Práce kontaktních center je založena na souboru základních principů, které vymezují způsob poskytování služeb osobám užívajícím návykové látky a jejich blízkým. Principy vycházející ze standardů kvality sociálních služeb MPSV určují charakter služby, její dostupnost a vztah mezi klientem a pracovníkem. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, n.d.)

Abychom se dostali co nejvíce do praxe, rozhodla jsem se jako zdroje využít webové stránky konkrétních kontaktních center. Každý jeden poskytovatel má výčet principů odlišný, i když v některých se shodují, a právě ty jsem se zde rozhodla zmínit.

### 3.5.1 Nízkoprahovost

Nízkoprahovost je jedním ze základních principů fungování kontaktních center. Nízkoprahová služba je nastavena tak, aby do ní mohl klient vstoupit bez složitých podmínek a bez požadavku abstinence či změny užívání jako podmínku přijetí. Tento princip si dává za cíl maximální možnou dostupnost služby a tím se snaží odstraňovat bariéry, které by mohly bránit navázání kontaktu s uživateli této služby. Mimo to jsou služby kontaktních center poskytovány bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, náboženství, zdravotní stav, socioekonomickou situaci, typ užívané látky či způsob její aplikace. (Charita Kyjov, n.d.; Česká asociace streetwork, n.d.; Drug-Out, n.d.)

### 3.5.2 Anonymita

Princip anonymity patří mezi zásadní charakteristiky kontaktních center v České republice. Klienti mohou poskytované služby využívat bez nutnosti sdělovat své osobní údaje nebo prokazovat svou totožnost doklady. V praxi je evidence klientů realizována pomocí kódu skládajícího se z písmen a čísel, rovněž pracovníci jsou vázáni mlčenlivostí. (Charita Kyjov, n.d.; Česká asociace streetwork, n.d.; Drug-Out, n.d.)

### 3.5.3 Respekt k volbě klienta

Princip respektu vychází u uznání autonomie, svobodné vůle klienta a z víry ve schopnost rozhodovat o vlastním životním stylu. Pracovníci tedy respektují jeho volbu životního stylu a abstinence není považována za nutnou při poskytování služeb. Respekt je zároveň spojen s odpovědností, kdy je klient informován o důsledcích svého rozhodnutí. Součástí tohoto principu je také respektování práv klientů a současně dodržování dohodnutých pravidel a povinností ve vztahu ke službě, přičemž klient má možnost službu kdykoliv svobodně ukončit. (Drug-Out, n.d.; Charita Kyjov, n.d.)

## 3.6 Kontaktní centrum jako faktor ovlivňující práci

Charakteristika kontaktních center, jejich principy podoba služeb představují soubor faktorů, které mohou ovlivňovat podobu sociální práce s osobami s komorbiditou. Jednotlivé principy, jako je nízkoprahovost, anonymita a respekt k volbě klienta, harm reduction přístup či široké vymezení cílové skupiny, vytvářejí specifické podmínky pro navazování kontaktu, stabilizaci klienta i mezioborovou spolupráci. Tyto podmínky mohou v praxi působit různým způsobem na podobu a průběh péče o klienta s komorbiditou.

### 3.6.1 Harm reduction princip

Harm reduction přístup, jak jej popisuje Janíková (2015), je založen na snižování zdravotních a sociálních rizik bez podmínky okamžité abstinence. V kontextu práce s osobami s komorbiditou může tento rámec usnadňovat navázání kontaktu s klienty, kteří by jinak zůstávali mimo systém pomoci. Přístup umožňuje budovat důvěru, podporovat stabilizaci klienta a postupně vytvářet prostor pro další změnu včetně případného vstupu do léčby.

Současně může být tento přístup ovlivněn širším společenským kontextem, zejména přetrvávající stigmatizací osob užívajících návykové látky, nepochopením ze strany veřejnosti či obtížnější navazování spolupráce s institucemi, které jsou orientovány na model úplné abstinence. (Janíková, 2015)

### 3.6.1 Cílová skupina

Široké vymezení cílové skupiny, které umožňuje vstup do služby osobám od 15 let, jejichž situace souvisí s užíváním návykových látek, vytváří podmínky pro oslovení heterogenní skupiny klientů, včetně osob s komorbiditou, osob v raných fázích závislosti i dlouhodobě marginalizovaných jedinců. Tato otevřenost může podporovat dostupnost služby, současně však může znamenat vyšší nároky na diferenciaci podpory, individualizaci práce a schopnost reagovat na široké spektrum potřeb, včetně komplexních zdravotních a psychosociálních obtíží. (Drug-Out, n.d.; Charita Kyjov, n.d.; Magdaléna o.p.s; n.d.)

### 3.6.2 Nízkoprahovost

Princip nízkoprahovosti umožňuje vstup do služby bez nutnosti splnění náročných podmínek, včetně požadavku abstinence či dlouhodobého kontraktu. Tento faktor může usnadňovat navázání kontaktu s osobami, které se nacházejí mimo systém zdravotních a sociálních služeb

nebo mají s institucemi negativní zkušenosti. U osob s komorbiditou může nízkoprahové prostředí podporovat budování důvěry a postupnou stabilizaci. ( Drug-Out, n.d.; Charita Kyjov, n.d.; Česká asociace streetwork, n.d)

Současně může toto nastavení ovlivňovat možnosti strukturovanější a dlouhodobější práce. Absence podmínky abstinence či dlouhodobého kontraktu může ztěžovat systematickou sociální práci a dlouhodobé plánování změny. U klientů s komplexními obtížemi tak může docházet spíše ke stabilizaci než k hlubší transformaci životní situace. (Drug-Out, n.d.; Charita Kyjov, n.d.; Česká asociace streetwork, n.d)

### 3.6.3 Anonymita

Anonymita představuje faktor, který může ovlivňovat dostupnost služby a ochotu klientů vstoupit do kontaktu. Osoby při vstupu do služby nemusí sdělovat své osobní údaje či předkládat doklad totožnosti a může tak být klientem služby pouze pod kódem složeným z čísel a písmen. Tento přístup může významně přispívat k ochraně klientů před stigmatizací a snižuje jejich obavy z negativních sociálních či institucionálních důsledků vyhledání pomoci, což může zvyšovat pravděpodobnost včasného kontaktu se službou. (Drug-Out, n.d.; Charita Kyjov, n.d.; Česká asociace streetwork, n.d)

Z hlediska dlouhodobé koordinace péče však anonymita může ovlivňovat systematickou spolupráci s dalšími institucemi, případovou práci a předávání informací v rámci mezioborové spolupráce či zapojení klienta do návazných služeb. (Drug-Out, n.d.; Charita Kyjov, n.d.; Česká asociace streetwork, n.d)

### 3.6.4 Respekt k volbě klienta

Princip respektu k volbě klienta vychází z uznání autonomie jednotlivce a neklade podmínku abstinence jako předpoklad poskytování služby. Tento faktor může umožňovat navázání spolupráce s osobami, které nejsou připraveny na změnu, a vytvářet prostor pro postupné budování motivace (Drug-Out, n.d.; Charita Kyjov, n.d)

Současně může tento princip ovlivňovat dynamiku práce, kdy klient dlouhodobě odmítá změnu svého rizikového chování a jeho zdravotní či psychický stav se výrazně zhoršuje. Pracovník dle principů harm reduction nesmí klienta nabádat k léčbě či abstinenci nebo jej značně motivovat k zapojení do návazných služeb, což by případně mohlo zpomalovat proces změny, jelikož jak je zmíněno v kapitole 2, péče v adiktologické službě bez současné léčby duševní poruchy nemusí být zcela efektivní. (Drug-Out, n.d.; Charita Kyjov, n.d)

## VÝZKUMNÁ ČÁST

V teoretické části bakalářské práce byly popsány faktory, které mohou přispívat k efektivní podpoře osob s komorbiditou, a zároveň také faktory, které mohou spolupráci mezi pracovníky služeb a klienty komplikovat. Výzkumná část práce se zaměřuje na identifikaci přínosu a limitu z pohledu těchto faktorů. Cílem je zjistit, které z nich se v praxi sociálních pracovníků kontaktních center ukazují jako možnosti podpory a které naopak představují limity při práci s osobami s komorbiditou.

## 4 Cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké možnosti a limity se z pohledu sociálních pracovníků kontaktních center objevují při práci s osobami s komorbiditou.

Na základě stanoveného cíle byla formulována hlavní výzkumná otázka. Z této otázky bylo následně odvozeno pět výzkumných oblastí, které v této práci představují důležité faktory ovlivňující práci s osobami s komorbiditou. Tyto faktory dále vedly k formulaci pěti dílčích výzkumných otázek.

### Hlavní výzkumná otázka:

HVO: Jaké jsou možnosti a limity sociální práce s osobami s komorbiditou v kontaktních centrech?

### Faktory ovlivňující práci s osobami s komorbiditou:

- 1) Složení týmu a jeho zkušenost při práci s osobami s komorbiditou
- 2) Vzdělávání zaměřené, respektive využitelné při práci s osobami s komorbiditou
- 3) Vnímání osob s komorbiditou ve vztahu ke kontaktnímu centru
- 4) Práce s osobami s komorbiditou
- 5) Spolupracující a návazné služby

### Dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jaké možnosti a limity se objevují v souvislosti se složením týmu?

DVO2: Jaké možnosti a limity se objevují v souvislosti se vzděláváním pracovníků?

DVO3: Jaké možnosti a limity se objevují v souvislosti v souvislosti s vnímáním osob s komorbiditou ve vztahu ke kontaktnímu centru?

DVO4: Jaké možnosti a limity se objevují při práci s osobami s komorbiditou?

DVO5: Jaké možnosti a limity se objevují v souvislosti se spolupracujícími a návaznými službami při práci s osobami s komorbiditou?

### 4.1 Metodika výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké možnosti a limity se objevují při práci s osobami s komorbiditou v kontaktních centrech, a to ze zkušeností sociálních pracovníků kontaktních center. Vzhledem k tomuto zaměření byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup, který umožňuje zachytit zkušenosti, názory a významy z praxe sociálních pracovníků. Kvalitativní výzkum je vhodný zejména pro zkoumání komplexních sociálních jevů a pro hlubší porozumění souvislostem, které nelze jednoduše kvantifikovat (Reichel, 2009; Švaříček, Šeďová a kol., 2014).

Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Tento typ rozhovoru byl vybrán z důvodu potřeby kombinovat předem stanovený rámec témat s možností flexibilně reagovat na výpovědi komunikačních partnerů a dále je rozvíjet. Polostrukturovaný rozhovor tak umožňuje získat hlubší vhled do zkoumané problematiky a zároveň zachovat určitou míru srovnatelnosti mezi jednotlivými rozhovory (Švaříček, Šeďová a kol., 2014).

Na základě hlavní výzkumné otázky byly vymezeny klíčové faktory ovlivňující práci s osobami s komorbiditou, které vycházely z teoretické části práce a odborné literatury. Tyto faktory následně sloužily jako základ pro formulaci dílčích výzkumných otázek. Na jejich základě byl vytvořen scénář polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha A: Scénář rozhovoru), obsahující otevřené otázky. Ty měly za cíl umožnit komunikačním partnerům popsat vlastní zkušenosti, názory a postoje a zároveň poskytnout co nejhlubší vhled do zkoumané problematiky.

#### 4.1.1 Výběr výzkumného souboru

Další fází bylo oslovování potenciálních komunikačních partnerů. Kontaktní centra byla oslovována prostřednictvím e-mailové komunikace a také telefonicky.

Původním záměrem bylo zapojit do výzkumu kontaktní centra podle kritérií:

- Alespoň jedno zařízení z každého kraje ČR
- Rozdílný zřizovatel služby
- Odlišné složení týmu
- Rozdílné organizační možnosti služby

Cílem bylo zachytit co nejširší spektrum zkušeností a zohlednit také regionální odlišnosti zejména s ohledem na dostupnost a strukturu návazných služeb. Celkem bylo osloveno 13 kontaktních center, z nichž zájem o účast ve výzkumu projevilo pět služeb.

Výběr komunikačních partnerů probíhal formou účelového výběru. Oslovována byla především kontaktní centra, která na svých webových stránkách uváděla práci s osobami s komorbiditou, případně disponovala rozdílným složením týmu. Zároveň však byla vybírána zařízení z různých krajů České republiky, aby bylo možné zachytit širší spektrum zkušeností a zohlednit regionální odlišnosti v poskytování služeb.

Původně stanovená kritéria se však nepodařilo naplnit, především z důvodu nezájmu oslovených pracovníků o zapojení do výzkumu nebo jejich časových možností. Z tohoto důvodu byla kritéria upravena. Nově bylo stanoveno, že do výzkumu budou zapojena kontaktní centra alespoň ze čtyř krajů České republiky s rozdílným zřizovatelem a odlišným složením týmu.

Tato skutečnost může představovat limit výzkumu, jelikož se jej zúčastnilo pouze pět komunikačních partnerů z pěti kontaktních center. Z hlediska složení týmu, organizační struktury či dostupnosti návazných služeb tak výsledky nemusí plně reflektovat celorepublikovou situaci.

#### 4.1.2 Kritéria pro výběr komunikačních partnerů

Pro účely výzkumu bylo stanoveno, že komunikačním partnerem může být sociální pracovník nebo zdravotně-sociální pracovník, který má minimálně dvouletou zkušenost s prací v kontaktním centru. Cílem tohoto kritéria bylo zajistit dostatečnou profesní zkušenost komunikačních partnerů s cílovou skupinou osob s komorbiditou.

V průběhu výběru respondentů se objevily komplikace, kdy některý zájemce o účast ve výzkumu nepracoval na pozici sociálního či zdravotně-sociálního pracovníka. Z tohoto důvodu byl jeden z komunikačních partnerů z výzkumného souboru vyřazen.

#### 4.1.3 Výsledná podoba výzkumného souboru

Na základě stanovených kritérií se výzkumu zúčastnilo pět kontaktních center ze čtyř krajů České republiky. Celkem bylo realizováno pět rozhovorů. Z důvodu zachování anonymity nejsou jednotlivá kontaktní centra ani komunikační partneři v práci blíže identifikováni.

Zapojená kontaktní centra splňovala kritéria rozdílného zřizovatele i odlišného složení pracovního týmu. Všichni komunikační partneři zároveň splňovali podmínku minimálně dvouleté praxe v kontaktním centru.

#### 4.1.4 Průběh sběru dat

Rozhovory byly realizovány v období února a března. Jednotlivé rozhovory probíhaly formou online setkání prostřednictvím platformy Microsoft Teams. Online forma byla zvolena především s ohledem na časové možnosti výzkumníka i komunikačních partnerů a zároveň umožnila zapojení pracovníků z různých krajů České republiky.

Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala přibližně mezi 45 a 60 minutami. Komunikační partneři byli před zahájením rozhovoru seznámeni s cílem výzkumu a s tím, jak bude s jejich odpověďmi nakládáno. Rovněž byli ujištěni o anonymitě. Rozhovory byly se souhlasem komunikačních partnerů nahrávány a následně přepsány do textové podoby. Tyto přepisy následně sloužily jako podklad pro další analýzu získaných dat.

#### 4.1.5 Etika výzkumu

Při realizaci výzkumu byly respektovány základní etické principy výzkumu. Komunikační partneři byli před zahájením rozhovoru seznámeni s cílem výzkumu, průběhem rozhovoru a způsobem využití získaných informací. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a komunikační partneři byli informováni o možnosti kdykoliv odmítnout odpovědět na otázku nebo rozhovor ukončit.

Komunikační partneři měli rovněž možnost rozhodnout se, zda bude rozhovor nahráván a následně přepsán do textové podoby pro účely této práce, přičemž všichni účastníci s nahráváním souhlasili. Získaná data byla zpracována anonymně tak, aby sdílené informace neumožňovaly identifikaci jednotlivých komunikačních partnerů ani zapojených organizací. Nahrávky rozhovorů byly využity pouze pro účely přepisu a analýzy dat a nebyly zpřístupněny třetím osobám.

Tyto informace byly účastníkům výzkumu poskytnuty předem prostřednictvím informovaného souhlasu (viz Příloha B: Informace o výzkumu a informovaný souhlas). Zároveň byly informace každému účastníkovi znovu předány na začátku rozhovoru.

#### 4.1.6 Analýza dat

Získané rozhovory byly doslovně přepsány do textové podoby. Následně byla data analyzována kombinací deduktivního a induktivního přístupu. Předem vytvořené výzkumné okruhy tvořily základní analytický rámec, který byl odvozen z cíle práce, výzkumných otázek a teoretických východisek.

V rámci těchto okruhů byla data dále analyzována pomocí otevřeného kódování, které představuje jednu ze základních technik analýzy kvalitativního výzkumu (Švaříček, Šedřová a kol.,

2014). Otevřené kódování spočívalo v identifikaci významových jednotek v datech a v jejich následném pojmenování prostřednictvím kódů, které vystihovaly obsah jednotlivých výpovědí. Tyto významové jednotky nebyly vymezovány formálně podle délky textu, ale na základě jejich významu.

Jednotlivé kódy byly následně porovnávány a seskupovány podle obsahové podobnosti, čímž vznikaly kategorie. Tyto kategorie byly dále vztahovány k jednotlivým výzkumným okruhům a sloužily jako podklad pro systematické uspořádání dat a jejich následnou interpretaci. Tento postup umožnil zachytit jak předpokládané, tak nově se objevující možnosti a limity sociální práce s osobami s komorbiditou.

Pro představu přikládám část tabulky, která se zaměřuje na faktory práce s osobami s komorbiditou, konkrétně na spolupráci s dalšími organizacemi. Uvedená tabulka nepředstavuje kompletní přehled všech kódů a kategorií vzniklých v rámci analýzy, ale slouží jako ilustrativní ukázka postupu kódování a kategorizace dat.

**Tabulka 1: Ukázka kódování – spolupracující organizace**

Spolupracující organizace			
KP	citace	kód	kategorie
kp1	<i>Nesejdou se služby, <b>nechtějí, nemají na to čas nebo si každý možná jede na svém písečku</b></i>	nespolupráce služeb – limit	Propojování a koordinace péče
kp1	<i><b>sociální lékařka dokáže napsat jako doporučení k dalším jako odborníkům, což si myslím, že třeba v téhle oblasti je to fajn mít nějaký jako nějaký papír jako v ruce tak zase ale narazíme na ty kapacity služeb a odborníků</b></i>	sociální lékař – možnost	Role konkrétních osob
kp1	<i>sociální lékařka dokáže napsat jako doporučení k dalším jako odborníkům, což si myslím, že třeba v téhle oblasti je to fajn mít nějaký jako nějaký papír jako v ruce tak <b>zase ale narazíme na ty kapacity služeb a odborníků</b></i>	nedostatek odborníků-limit	Kapacitní limity systému
kp2	<i><b>spolupráce s městem je jako za mě hodně dobrá</b></i>	podpora města-možnost	Podpora ze strany systému
kp2	<i>ale tak s paní (jméno psychiatra) mám pocit, že to nějak jako jde, že to je jako prospěšný, že se nějak vychází jako vstříc, byť v rámci těch možností, jaký jsou v těch kapacitách</i>	vstřícný psychiatr – možnost	Role konkrétních osob
kp2	<i><b>máme dobrou spolupráci se sociálním kurátorem (název města), což je úplně super. Třeba při zajišťování občanských průkazů, že on jakoby dokáže nějak trošku to zrychlit ten systém. On sám třeba dokáže udělat ten doprovod na tu přepážku s tím klientem nějaký vyřizování jako rodných listů anebo řešil hledání jako ubytování v nějakých seniorský domech</b></i>	spolupráce se soc. kurátorem – možnost	Konkrétní spolupracující aktéři
kp2	<i><b>sociální lékař taky dokáže předepsat potřebné léky, když vlastně klient je od nekaď a potřebuje léky na něco a je to pro něj v tu chvíli jako nedosažitelné, tak se na to hodně osvědčilo, že pak dostal pravdu tu medikaci, kterou potřeboval, to bylo super.</b></i>	spolupráce se soc. lékařem – možnost	Konkrétní spolupracující aktéři
kp3	<i><b>Je výhoda, že my máme spousta těchhle služeb pod naší organizací, třeba centrum pracovní a sociální adaptace, adiktologickou ambulanci, centrum pro osoby v konfliktu se zákonem, poradny pro rodinu, stacionář a další, kdy je velkou výhodou, že se známe v celé organizaci a ta spolupráce je pak daleko jednodušší</b></i>	služby pod jednou org.-možnost	Struktura služeb

kp3	<i>Jo například třeba case management děláme taky. Hodně těch komorbidních klientů, tak právě jsou u nás jako v casu jo ten case management nějak přesahuje nějakou jednorázovou práci.</i>	case management – možnost	Propojování a koordinace péče
kp3	<i>tak narážíme na problémy, třeba když jdou k běžným doktorům...prostě ten člověk je špinavej, smrdí a do toho je třeba rom nebo má rozpíchaný žíly tak to je obrovský problém</i>	stigmatizace klientů – limit	Postoje služeb
kp4	<i>zrovna u těch opatrovníků mi přijde, že to funguje dobře. Ale taky si myslím, že je to dané tím konkrétním člověkem, než že by se dobře spolupracovalo s celým sociálním odborem</i>	vstřícný opatrovník- možnost	Role konkrétních osob
kp4	<i>s tím CDZ tam právě narážíme na to užívání návykových látek, kdy oni by chtěli spíš abstinující klienty. Takže v tomhle se moc nepotkáváme</i>	vysoký práh služeb – limit	Bariéry vstupu do služeb
kp4	<i>děláme tu case management, kdy se primárně snažíme zajistit souhlas klienta a pak když s tím souhlasí tak s tou danou službou komunikujeme a pak se daří někdy i to, že spolu všichni tři komunikujeme tu danou situaci</i>	case management – možnost	Propojování a koordinace péče
kp4	<i>větší procento klientů má vůli to duševní zdraví řešit. Otázka pak je, že to selhává třeba na nedostupnosti psychiatrické péče nebo na její těžké dostupnosti, prostě se k tomu psychiatrovi nějak dostat</i>	nedostatek odborníků-limit	Kapacitní limity systému
kp4	<i>Zároveň ale máme i zkušenost s takovými osvětenějšími pracovníky, kteří jsou víc naklonění a chápou, že i když klient užívá, tak pokud si zvládne zařídit věci, chodit na schůzky nebo třeba pravidelně k psychiatrovi, tak může docela dobře fungovat i v tom kontextu, že stále užívá.</i>	vstřícný psychiatr – možnost	Role konkrétních osob
kp5	<i>nejsou jakoby ty prostředky, jako co se týče přesně jako jak to oslovit, tak, aby ten klient byl jako v pohodě, aby se ho to nějak nevím, třeba nedotklo, aby to k něčemu bylo a zároveň je pak není ani teda kam je odkázat.</i>	kapacity služeb – limit	Kapacitní limity systému
kp5	<i>tak třeba vysokéj práh pro naše klienty nebo i to stanovení diagnózy, protože on nejdřív musí mít diagnózu a pak teprve ho přijmou. Oni totiž nedělají diagnostiku.</i>	vysoký práh CDZ – limit	Bariéry vstupu do služeb

#### 4.1.7 Limity výzkumu

V průběhu přípravy, realizace a zpracování výzkumu se objevilo několik limitů, které je nutné zohlednit při interpretaci výsledků výzkumu.

Jedním z hlavních limitů je nižší počet komunikačních partnerů zapojených do výzkumu. Nepodařilo se oslovit širší spektrum pracovníků kontaktních center, a proto výsledky nelze zobecňovat na všechna kontaktní centra v České republice. Zjištění tak odrážejí zkušenosti konkrétních pracovníků v konkrétních podmínkách.

Dalším limitem je skutečnost, že autorka práce absolvovala odbornou stáž v kontaktním centru. Tato zkušenost mohla ovlivnit její vnímání zkoumané problematiky, zejména ve smyslu většího porozumění prostředí služby, ale zároveň i možného předporozumění a selektivního vnímání některých jevů. Na druhou stranu tato zkušenost mohla přispět k lepšímu porozumění výpovědím komunikačních partnerů.

Limitem výzkumu je také absence perspektivy samotných klientů, která by mohla přinést odlišný pohled na problematiku práce s osobami s komorbiditou. Výsledky výzkumu tak zachycují pouze pohled pracovníků služeb.

Omezení může představovat i zvolená metoda sběru dat. Polostrukturované rozhovory jsou ovlivněny formulací otázek a interakcí mezi výzkumníkem a komunikačním partnerem. Vzhledem k tomu, že autorka sama měla zkušenost z praxe, mohla tato skutečnost ovlivnit, jak způsob kladení otázek, tak interpretaci odpovědí. Interpretace dat je proto do určité míry zatížena subjektivitou výzkumníka.

## 4.2 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Cílem výzkumné části bylo zjistit, jaké možnosti a limity se objevují při práci sociálních pracovníků kontaktních center s osobami s komorbiditou poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy. Na základě analýzy rozhovorů s komunikačními partnery byly identifikované oblasti, které odpovídají stanoveným výzkumným okruhům. Výsledky zároveň ukázaly na důležitá průřezová témata, jako jsou například systémové podmínky poskytování péče těmto osobám. Toto téma v rámci bakalářské práce nebylo přímo zkoumáno a vyžadovalo by samostatný výzkum.

### 4.2.1 Složení týmu a jeho zkušenost při práci s osobami s komorbiditou

Cílem tohoto výzkumného okruhu bylo zjistit, v jakém složení fungují pracovníci kontaktních center a jak se toto složení promítá do práce s osobami s komorbiditou. Z výpovědí komunikačních partnerů se ukazuje několik tematických oblastí, jako je způsob organizace práce, charakter složení týmu (homogenní vs. multidisciplinární), dělení práce, týmová spolupráce a dostupnost specializovaných odborníků, zejména psychiatra.

Napříč všemi výpověďmi se objevuje princip nediferencované péče, kdy práce s klienty, včetně osob s komorbiditou, není formálně rozdělena mezi jednotlivé pracovníky. Komunikační partneři shodně uvádějí, že „*všichni pracují se všemi*“, a tedy i s klienty s komorbiditou (Kp1, Kp2, Kp3, Kp4, Kp5). Jak uvádí Kp1: „*...služba je nastavená tak, že všichni pracujeme se všema... nedovedu si představit, že bychom to měli nějak rozdělený...*“. Tento způsob organizace práce vychází z charakteru nízkoprahové služby, kde klienti přicházejí nepravidelně a pracovníci se na službě střídají: „*vzhledem k provozu, kdy se na službě střídáme, a kdy klienti chodí tak jako nárazově, není to jakoby na objednání*“ (Kp4).

### Možnosti práce v souvislosti se složením týmu kontaktního centra

Nediferencovaná organizace práce se v některých ohledech ukazuje jako přínosná, zejména z hlediska zachování nízkoprahovosti služby a její flexibility. Jak uvádí Kp3: „*klíčem je prostě dodržovat tu nízkoprahovost*“. Zároveň tento princip umožňuje sdílení zátěže mezi pracovníky, což může snižovat jejich přetížení: „*Myslím si, že je do určité míry výhoda to, že se u těch klientů točíme... není to tolik na tom jednom pracovníkovi...*“ (Kp1).

Přestože práce není formálně rozdělena, z výpovědí vyplývá její neformální dělení. To se odvíjí zejména od vztahu mezi klientem a pracovníkem, role klíčového pracovníka, osobních preferencí či zkušeností. Kp1 popisuje, že náročnější situace řeší pracovník, který má s klientem navázaný bližší vztah, což potvrzuje i Kp2. Ten zároveň uvádí, že si pracovníci někdy klienty vybírají podle vlastního zájmu: „*...protože mě tahle práce baví a zajímá a navazujeme spolu dobře vztah...*“. V některých týmech se také přirozeně profilují pracovníci zaměřeni na specifické skupiny klientů,

například těhotné uživatelky nebo klienty s agresivním chováním (Kp3). Tento mechanismus dělení práce představuje možnost, jak reagovat na potřeby klientů bez formální specializace.

Jako významná možnost se ukazuje také multidisciplinární složení týmu. Kp3 uvádí: „V týmu máme adiktology, sociální pracovníky, psychology... medička nám sem dochází...“ a hodnotí tuto pestrost jako zásadní přínos: „multidisciplinární tým, to je velká výhoda. Čím je ten tým pestřejší, tím líp“. Multidisciplinarita je spojována nejen s širším spektrem odborných kompetencí, ale i s možností vzájemného sdílení zkušeností a podpory.

V prostředí, kde tým není formálně multidisciplinární, se jako možnost ukazuje tzv. neformální multidisciplinarita. Kp5 popisuje: „snažíme se být multidisciplinární v týmu tak, že každý kolega se zaměřuje na něco, k čemu má blízko...třeba dluhová problematika, práce s těhotnými uživatelkami“. Tato tematická diferenciací umožňuje částečně rozšířit spektrum podpory i v týmech, které nejsou formálně multidisciplinární.

Významnou roli hraje také týmová spolupráce a sdílení informací. Komunikační partneři zmiňují jednotné nastavování postupů, supervizi i intervizi jako důležité zdroje podpory. Kp1 uvádí: „domluvíme se týmově na nějakých postupech...“ a zdůrazňuje přínos supervize: „máme fakt dobrého supervizora a máme tam prostor se týmově pobavit o těch situacích“. Podobně Kp3 a Kp5 poukazují na význam sdílení zkušeností mezi kolegy: „kolega vám může dát nějakou intervizi, poradit a tak...“.

Specifickou a zásadní možností je přítomnost psychiatra přímo v týmu. Tuto zkušenost popisuje Kp3: „Máme v Káčku psychiatra, což je podle mě zásadní“. Přítomnost psychiatra umožňuje včasné zachycení obtíží, flexibilní reakci na potřeby klientů a podporuje kontinuitu péče. Psychiatr je dle výpovědi dostupný v určitých časech a přizpůsobuje se klientům: „psychiatr dochází na určitý hodiny a dokáže se těm klientům přizpůsobit“ (Kp3). Přítomnost psychiatra tak výrazně rozšiřuje možnosti práce a dle Kp3 také podporuje kontinuitu péče.

### Limity práce v souvislosti se složením týmu

Nediferencovaná organizace práce se zároveň ukazuje jako limit, jelikož omezuje možnosti specializace a cílené práce s osobami s komorbiditou. Absence jasného rozdělení kompetencí může ztěžovat systematickou práci s touto cílovou skupinou.

Významným limitem je homogenní složení týmů, které tvoří převážně sociální pracovníci. Komunikační partneři uvádějí: „My jsme tu všichni sociální pracovníci“ (Kp4, Kp5) nebo „všichni tu jsme teréňáci nebo kontakťáci“ (Kp2). Tento fakt je reflektován jako limitující zejména ve vztahu ke komplexnosti potřeb klientů s komorbiditou. Kp1 uvádí: „nemáme tu psychiatra, nemáme tu psychologa, takže tím vlastně ani nemáme moc možnost to nějak víc rozšířit...“.

Zároveň Kp5 poukazuje na potřebu specializovaného pracovníka: „myslím, že kdyby tu byl kolega, kterej by měl třeba obohacený vzdělání zaměřený na tuhle cílovou skupinu, tak by to určitě přišlo vhod jak nám, tak těm klientům“. Podobně Kp1 a Kp2 zmiňují potřebu pracovníka s psychiatrickým přesahem. Absence těchto odborností je spojována s omezenými možnostmi práce s osobami s komorbiditou.

Ve většině zařízení psychiatr není součástí týmu, což je Kp2 označováno jako významná mezera: „tohle vnímám, že je nějaká mezera, kterou se nedaří zaplnit a dost to komplikuje“. Komunikační partneři zároveň zdůrazňují potřebu dostupnosti psychiatrické péče pro komorbidní klienty,

ideálně nízkoprahovější formou. Kp4 uvádí: „určitě bychom potřebovali mít nějakou formou k dispozici nízkoprahově psychiatrickou péči“. Podobná sdělení se objevují i u Kp1 a Kp5, kdy je zmiňováno, že by velkým přínosem mohla být i částečná dostupnost, například formou telefonické konzultace nebo přítomnosti psychiatra v omezeném časovém rozsahu. Přítomnost psychiatra přitom není vnímána pouze ve vztahu k diagnostice a medikaci, ale také jako důležitý nástroj ke snižování bariér vstupu klientů do systému péče. Jak popisuje Kp1: „...kdyby měl ten práh trošičku nižší, tak by mohl těm klientům pomoci překonat ten strach navázat se s nějakým odborníkem nebo jinou službou a mohl by to pro ně být takovej první krok...“.

#### DVO1: Jaké možnosti a limity se objevují v souvislosti se složením týmu?

V souvislosti se složením týmu se jako hlavní možnosti ukazují nediferencovaná organizace práce, která podporuje flexibilitu a dostupnost služby, a zároveň umožňuje sdílení zátěže mezi pracovníky. Významnou roli hraje také neformální dělení práce na základě vztahu s klientem, zkušeností a preferencí pracovníků. Jako další možnost se ukazuje multidisciplinární složení týmu, které rozšiřuje spektrum odborné podpory a posiluje profesní zázemí pracovníků, případně jeho neformální podoba v homogenních týmech. Důležitým prvkem je rovněž týmová spolupráce, sdílení informací, supervize a intervize. Zásadní možností je také přítomnost psychiatra v týmu, která umožňuje včasné zachycení obtíží, snižuje bariéry vstupu klientů do systému péče a podporuje kontinuitu práce.

Naopak mezi hlavní limity patří rovněž nediferencovaná organizace práce ve smyslu omezení možnosti specializace a cílené práce s osobami s komorbiditou. Limitem je také homogenní složení týmů a absence specializovaných odborníků, zejména psychiatra, což snižuje schopnost reagovat na komplexní potřeby klientů s komorbiditou. Jako problematická se ukazuje i omezená dostupnost psychiatrické péče.

#### 4.2.2 Vzdělávání zaměřené, respektive využitelné s osobami s komorbiditou

Cílem tohoto výzkumného okruhu bylo identifikovat, jaké možnosti a limity se objevují v souvislosti se vzděláváním pracovníků kontaktních center při práci s osobami s komorbiditou. Z výpovědí komunikačních partnerů vyplývá, že vzdělávání má v těchto službách více rovin, od obecně zaměřeného vzdělávání přes specifické kurzy zaměřené na duševní onemocnění a komorbiditu až po neformální způsoby získávání znalostí.

#### Možnosti vzdělávání zaměřené, respektive využitelné při práci s osobami s komorbiditou

Jako možnost se ukazuje vzdělávání obecnějšího charakteru, které zahrnuje krizovou intervenci a motivační rozhovory. Tyto kompetence jsou často vnímány jako standardní součást profesní výbavy pracovníků, někdy i jako povinné: „...krizovku, tu tady máme povinnost mít všichni“ (Kp1). Další komunikační partneři zmiňují využívání těchto dovedností v praxi a jejich význam pro každodenní práci s klienty (Kp2, Kp3, Kp4). Ačkoliv toto vzdělávání není primárně zaměřeno na problematiku komorbidity, poskytuje obecný rámec pro práci s klientem a ukazuje se jako dobře využitelné i při práci s osobami s komorbiditou. Jak uvádí Kp2: „máme tu kurzy krizový intervence, motivační rozhovory, což my teda tu krizovku využíváme dost“ a Kp3 doplňuje: „...dál tu máme krizovku, což je taky využitelný“.

Další rovinu představuje specificky zaměřené vzdělávání na duševní onemocnění. Objevují se kurzy zaměřené na různé typy duševních obtíží. Kp3 uvádí: „nedávno jsme měli vzdělávání o poruchách osobnosti, práce s traumatem... taky na úzkostný a další takový stavy“. V jednom případě se objevuje i absolvování tzv. psychiatrického minima, které má dle výpovědi Kp4 přibližně polovina týmu. Také Kp1 uvádí, že v minulosti se některý z kolegů zúčastnil kurzu zaměřeného na téma komorbidit.

Jako významná možnost se ukazuje také délka a intenzita vzdělávání, zejména v případě delších a komplexnějších kurzů, které umožňují hlubší porozumění problematice a nácvik konkrétních dovedností. Kp2 uvádí: „já třeba jsem si vybírala nějaký delší kurzy, aby to mělo význam“ a Kp3 doplňuje: „pokud chce člověk něčemu rozumět do detailu, tak to chce nějaký dlouhodobější... aspoň na týden i s nácvikama“. Kratší formy vzdělávání se pak ukazují jako možnost základního seznámení s tématem: „někdy to jsou třeba jednodenní kurzy, ale myslím, že se s tím člověk seznámí“ (Kp3).

Významnou roli hraje také neformální vzdělávání. To může mít více podob, například stáže v jiných kontaktních centrech, kde se pracovníci setkávají s osobami s komorbiditou. Kp5 vnímá přínos zejména ve sdílení zkušeností: „pokud se tam ti pracovníci setkávají s tímto typem klientů, tak to jsou pro nás určitě důležitý informace a můžeme si posdílet ty zkušenosti“. Jako přínosná je vnímána také supervize, která může sloužit nejen k reflexi práce, ale i k rozšiřování znalostí: „měli jsme supervizora, který pracoval s určitými typy klientů...tak jsem se tam dozvěděla nějaký přínosný informace“ (Kp5).

Další možnost představují konzultace a přednášky od odborníků pracujících s osobami s komorbiditou. Kp2 popisuje zkušenost s přednáškou od pracovníků terapeutické komunity, kterou si vyžádali jako reakci na zvyšující se výskyt komorbidních klientů: „...pro mě to bylo hodně komplikovaný a teď to vnímám opravdu jako cenný“. Dále zmiňuje i možnost konzultací s pracovníky adiktologické ambulance. Neformální vzdělávání tak představuje důležitý doplňující mechanismus k formálním formám vzdělávání.

### Limity vzdělávání zaměřené, respektive využitelné při práci s osobami s komorbiditou

Z výpovědí komunikačních partnerů vyplývá, že míra vzdělávání není v jednotlivých týmech rovnoměrná. Zatímco někteří pracovníci uvádějí, že se v této oblasti vzdělávají „asi všichni“ (Kp3), jinde se jedná pouze o část týmu nebo jednotlivce. Kp1 uvádí, že se specializované vzdělávání týká pouze některých pracovníků, a Kp5 reflektuje téměř úplnou absenci: „nejsem si vědoma, že by někdo měl nějaké vzdělávání zaměřené na tuhle oblast“. Tato nerovnoměrnost se promítá i do jistoty pracovníků při práci s touto cílovou skupinou, kdy Kp5 uvádí, že se mu s těmito klienty pracuje obtížně právě kvůli absenci vzdělávání.

Dalším limitem je délka a intenzita vzdělávání. Kratší a méně intenzivní kurzy se ukazují jako nedostatečné pro hlubší porozumění problematice. Kp4 uvádí: „bylo to dvoudenní vzdělávání a nebylo to úplně intenzivní“. Tyto formy vzdělávání tak často neumožňují dostatečný rozvoj praktických dovedností potřebných pro práci s osobami s komorbiditou.

## DVO2: Jaké možnosti a limity se objevují v souvislosti se vzděláváním pracovníků?

V souvislosti se vzděláváním pracovníků se jako hlavní možnosti ukazují obecně zaměřené vzdělávání, které tvoří základní profesní rámec, a dále specifické vzdělávání zaměřené na duševní onemocnění a komorbiditu. Významnou roli hraje také neformální vzdělávání, zejména stáže, supervize, sdílení zkušeností a konzultace s odborníky. Jako přínosné se ukazují především dlouhodobější a komplexnější formy vzdělávání, které umožňují hlubší porozumění problematice a rozvoj praktických dovedností.

Naopak mezi hlavní limity patří nerovnoměrná dostupnost vzdělávání napříč týmy, kdy se specializované vzdělávání týká pouze části pracovníků nebo zcela chybí. Limitem je také kratší a méně intenzivní forma vzdělávání, která neumožňuje dostatečné osvojení potřebných kompetencí pro práci s osobami s komorbiditou.

### 4.2.3 Vnímání osob s komorbiditou ve vztahu ke kontaktnímu centru

Cílem tohoto výzkumného okruhu bylo identifikovat, jaké možnosti a limity se objevují ve vnímání komorbidit ve vztahu ke kontaktním centrům a jak se toto vnímání promítá do připravenosti služeb s touto cílovou skupinou pracovat.

#### Možnosti ve vnímání osob s komorbiditou ve vztahu ke kontaktnímu centru

Jako zásadní možnost se ukazuje samotná role kontaktního centra jako nízkoprahové služby, kterou Kp2 popisuje jako záchytný bod pro osoby s komorbiditou. Komunikační partneři opakovaně zdůrazňují, že tito klienti patří do skupiny osob, která si nachází pomoc a podporu s velkými obtížemi a často propadávají systémem péče: *„osoby, co užívají návykové látky a do toho mají ještě nějaký psychiatrický onemocnění, tak propadávají tím systémem dolů nejmíc a nenajde si úplně pomoc nebo to nedokáže často sám a propadáva tou sítí“*. Kontaktní centra jsou proto vnímána jako důležitá vstupní brána do systému péče.

Na tuto roli navazuje i vnímání kontaktního centra jako místa prvního kontaktu, kde lze navázat vztah a posílit důvěru klienta. Kp4 uvádí: *„v tom káčku můžeme nastolit nějakou důvěru a pak tam být formou case managementu a ty klienty propojovat do dalších služeb“*. Kontaktní centrum tak představuje možnost, jak klienty postupně zapojovat do dalších forem pomoci.

Další možnost spočívá ve vnímání osob s komorbiditou jako přirozené součásti klientely kontaktního centra. Většina komunikačních partnerů uvádí, že práce s těmito klienty je běžnou součástí jejich práce: *„myslím si, že to je základ tý naší práce“* (Kp3). Komorbidita je zároveň vnímána jako fenomén úzce propojený s užíváním návykových látek a jako něco, co k cílové skupině kontaktních center neoddělitelně patří. Kp3 uvádí: *„když se řekne osoba s komorbiditou, tak si myslím, že do určitý míry většina těch klientů něco takového má“* a Kp5 doplňuje: *„myslím, že to jde ruku v ruce... jsou to věci, který se absolutně prolínají“*. Toto propojení je vnímáno jako významná možnost, která podporuje otevřenost služby vůči této skupině klientů.

V některých případech se jako možnost ukazuje i připravenost konkrétních služeb na práci s osobami s komorbiditou. Kp3 uvádí: *„připravený jsme... personálně, z hlediska vzdělání taky a z hlediska zkušeností i vybavení tý služby samotný“*, zároveň však dodává, že se jedná spíše o nadstandard: *„co vím, tak naše kontaktní centrum přesahuje takovou běžnou náplň kontaktního centra“*.

## Limity ve vnímání osob s komorbiditou ve vztahu ke kontaktnímu centru

Ve vnímání osob s komorbiditou se objevuje limit v podobě ambivalence v týmech ohledně vymezení cílové skupiny. Kp1 uvádí, že zařazení klienta do služby může záviset na tom, která oblast obtíží je vnímána jako dominantní, zda řešení duševních poruch nebo závislosti: „*myslím, že hodně záleží, jaká je ta jejich primární zakázka*“. Kp5 reflektuje nejistotu v týmu: „*byla tam nějaká ambivalence, kdy jsme nevěděli, jestli k nám spadají nebo nespádají*“. Tato nejednotnost může vést k nejasnému nastavení hranic služby a k nekonzistentní dostupnosti podpory.

Další limit se týká připravenosti kontaktních center. Zatímco některá centra hodnotí svou připravenost jako dostatečnou, v jiných se objevují významné limity. Kp1 poukazuje na nedostatek specializovaných odborníků: „*abychom mohli říct, že jsme připraveni s těmihle lidmi pracovat komplexně, tak by bylo potřeba minimálně tyto pozice doplnit*“. Kp2 zmiňuje omezené personální i prostorové kapacity: „*narážíme teda na kapacitu i kapacitu jako pracovníků*“, což potvrzuje i Kp5, který dále upozorňuje na širší systémové limity: „*centra nejsou úplně nastavený třeba tou legislativou... a nepočítá se s tím, že ty potřeby komorbidních klientů jsou jiný*“.

Významným limitem je také vymezování profesních kompetencí pracovníků. Kp5 uvádí, že práce s duševním onemocněním přesahuje rámec jejich odbornosti: „*můžeme nabídnout podporu a porozumění, ale nemůžeme tu s nimi řešit ten duševní problém*“. Tento limit souvisí s absencí specializovaných odborníků, zejména psychiatra, a také s nejistotou pracovníků vyplývající z nedostatku vzdělání a zkušeností: „*osobně z toho mám velké respekt... protože v tom nejsem kovaná a nemám na to vzdělání*“.

### DVO3: Jaké možnosti a limity se objevují v souvislosti s vnímáním osob s komorbiditou ve vztahu ke kontaktnímu centru?

Ve vnímání osob s komorbiditou ve vztahu ke kontaktním centřům se objevují jak možnosti, tak limity. Jako hlavní možnost se ukazuje role kontaktních center jako záchytného bodu a vstupní brány do systému péče pro klienty, kteří často nenacházejí pomoc v jiných službách. Dále je významné vnímání těchto osob jako přirozené součásti klientely, což podporuje otevřenost služby vůči této skupině. V některých případech se jako možnost ukazuje i vyšší míra připravenosti konkrétních služeb.

Naopak mezi hlavní limity patří ambivalence v týmech při vymezování cílové skupiny, která může vést k nejasným hranicím služby. Limitem je také nerovnoměrná připravenost kontaktních center, včetně nedostatku odborníků, kapacit a systémových podmínek. Významným omezením je rovněž vymezení profesních kompetencí pracovníků a jejich nejistota při práci s duševními obtížemi klientů.

#### 4.2.4 Práce s osobami s komorbiditou

Cílem tohoto výzkumného okruhu bylo popsat, jaké možnosti a limity se objevují při samotné práci s osobami s komorbiditou v kontaktních centrech.

Z výpovědí komunikačních partnerů vyplývá, že práce s klienty s komorbiditou je výrazně ovlivněna jejich aktuálním stavem, který zásadně určuje průběh kontaktu i možnosti spolupráce. Jak uvádí Kp5: „*je hodně důležité sledovat, v jakém stavu ten klient přichází, od toho se pak ten*

*kontakt dost odvíjí“.* Tito klienti jsou zároveň popisováni jako osoby s vyšší mírou nestability a proměnlivosti potřeb, což se promítá do obtížné kontinuity práce. Kp4 v této souvislosti zdůrazňuje nutnost zohledňovat duševní stav klienta: *„snažíme se brát v potaz ten duševní stav, že to třeba zapříčiňuje nějaké chování“.*

### Možnosti práce s osobami s komorbiditou v kontaktních centrech

Jako zásadní možnost se ukazuje nízkoprahový charakter služby, který umožňuje flexibilní přístup a udržení kontaktu i v obdobích nestability. Kp3 uvádí: *„naším úkolem je dodržovat nízkoprahovost, protože to je ten důvod, proč propadávají systémem“.* Tento přístup se projevuje například tím, že pracovníci nepodmiňují kontakt docházkou na konkrétní čas: *„nedávat si s ním schůzku na určitou hodinu, ale spíš jsem tu od...do a můžeš se stavit“* (Kp3).

Zásadní roli v práci s komorbidními klienty hraje vztah a důvěra, které komunikační partneři vnímají jako základní předpoklad jakékoliv další práce. Kp3 uvádí: *„ten vztah je jeden z faktorů té úspěšné spolupráce“*, přičemž Kp5 doplňuje, že klienti *„tady nachází bezpečný místo a porozumění“.* Právě na základě důvěry je následně možné otevírat náročnější témata, včetně duševního zdraví: *„pokud je tam navázaný vztah s klientem, tak se snažíme tohleto téma oslovovat“* (Kp5).

Aktivní oslovování duševního stavu klientů se rovněž jeví jako významná možnost práce. Kp3 uvádí: *„oslovování je základ té práce, protože ta nemoc je často překážka k tomu, aby se s ním dalo pracovat“.* Kp4 tento přístup doplňuje: *„my to ale do těch kontaktů vnášíme, pokud se tam děje něco nestandardního, tak to pojmenováváme“.*

Kp2 dále zdůrazňuje, že pro citlivé otevření tohoto tématu je velmi důležité nejen vytvoření vztahu a důvěry, ale také důkladné mapování klientových přání a hodnot. Na základě toho může pracovník lépe zvažovat, kdy a jakou formu pomoci nabídnout: *„fakt jako zmapuju, jak on to chce, jak to má, jak má ty hodnoty a třeba jestli tam okolo toho nepanujou nějaký dezinformace“.* Limitem u oslovování duševního zdraví se jeví, že pouze minimální část klientů je v této oblasti diagnostikována.

Individuální přístup ke klientům se ukazuje jako klíčový nástroj práce. Ten zahrnuje přizpůsobení tempa, komunikace i nároků na klienta: *„snažím se mluvit pomalu, srozumitelně, nezahlcovat“* (Kp2) nebo *„na ty osoby tolik netlačit, dát jim víc prostoru“* (Kp1).

S tím souvisí také možnost individuální úpravy některých pravidel služby podle potřeb klienta. Komunikační partneři popisují například prodloužení času pobytu na kontaktní místnosti: *„mají dvě hodiny, ale v tomhle případě třeba natáhnout ten čas“* (Kp1).

Zároveň se objevuje i vyšší míra podpory či kontroly v konkrétních situacích. Jak uvádí Kp1, klient může potřebovat intenzivnější doprovázení během pobytu na kontaktní místnosti: *„potřebuje tam u sebe někoho, kdo to s ním celý jako projde celý ty dvě hodiny“.* Tento přístup je však vždy realizován s ohledem na ostatní klienty a fungování kontaktní místnosti. Podobně Kp3 popisuje, že v některých případech pracovník *„přebírá tu kontrolu trošku víc ve smyslu nějakého opatrování“*, vždy však se souhlasem klienta.

Další možnost představuje postupné posilování kompetencí klienta a práce s jeho každodenním fungováním. Kp3 uvádí: *„je potřeba tyhle klienty víc edukovat nebo ho třeba naučit používat kalendář, deník, aby si zapisoval třeba věci a kompenzoval tak ten jeho kognitivní deficit“*

a zdůrazňuje postupné zvyšování nároků a posilování kompetencí: „*pak se snažíme, aby chodil víc třeba na čas, nějak držel maličko ten režim a trošku se zvedá ta laťka toho co zvládne, protože je to pro ty klienty prospěšný*“. Součástí tohoto přístupu je dle Kp2 také trpělivost a práce s hranicemi.

Důležitou možností je také přijetí klienta bez hodnocení a nálepkování. Kp3 uvádí: „*nehledáme v tom diagnózy, ale spíš konkrétní rysy toho člověka*“ a Kp4 doplňuje: „*je důležité, že je tady někdo, kdo je přijme a pochopí*“. Tento přístup dle komunikačních partnerů podporuje budování vztahu a snižuje bariéry spolupráce.

Jako významné nástroje práce se ukazují doprovody a case management. Doprovody pomáhají klientům zvládat náročné situace: „*třeba je roztěkanej nebo se bojí mezi lidmi, tak ho doprovodíme*“ (Kp3), přičemž klienti na tuto podporu reagují dle Kp2 pozitivně: „*ty doprovody do jiných služeb fungují podle mě dobře... klienti i na to dobře reagují a snažíme se, aby vystupovali sami za sebe. A pokud něčemu nerozuměj, tak jim to vysvětlujeme*“.

Kp3 považuje za významnou možnost zahájit spolupráci nejprve léčbou duševního onemocnění: „*když ten klient užívá látky, je třeba na ulici a do toho má tu komorbiditu, tak je daleko efektivnější vzít to přes tu léčbu a tou začít*“. Zároveň upozorňuje, že pokud se duševní onemocnění nepodaří včas zachytit a řešit, může klient v případě zhoršení svého stavu zcela vypadnout z kontaktu se službou. Jako specifickou možnost uvádí tzv. nízkoprahovou farmakoterapii, která je v daném kontaktním centru realizovatelná díky přítomnosti psychiatra. Kp3 popisuje: „*když klienti nechtějí třeba do léčby, tak k nám můžou chodit třeba pro léky... máme nízkoprahovou farmakoterapii*“. Tato forma léčby probíhá buď prostřednictvím denního výdeje medikace, nebo výdejem léků na delší období, vždy s ohledem na individuální možnosti a aktuální stav klienta.

### Limity práce s osobami s komorbiditou na kontaktním centru

Jako zásadní limit se ukazuje samotný zdravotní stav klientů. Kp3 shrnuje: „*největším limitem je asi ta nemoc*“, která se může projevovat dezorientací, ztrátou kontaktu s realitou nebo nízkým náhledem. Kp5 uvádí: „*oni vlastně podle nich žádný problém nemají*“, což výrazně komplikuje motivaci ke změně.

S tím souvisí i výrazně omezená možnost oslovování duševního zdraví. Komunikační partneři opakovaně uvádějí, že toto téma nelze otevírat vždy a u všech klientů. Důvodem je především aktuální stav klienta, jeho nedůvěra, nízký náhled nebo předchozí negativní zkušenosti: „*je to takové chození po cizím území*“ (Kp2) nebo „*u většiny spíš bych řekla, že to nejde oslovovat*“ (Kp5). Někteří pracovníci zároveň zmiňují vlastní nejistotu v této oblasti: „*nejsem v tom kovaná a nemám na to vzdělání*“ (Kp5).

Významnou bariérou je také nedůvěra k systému a medikaci, často spojená s předsudky a negativními zkušenostmi: „*mají v sobě nějaký překážky... nedůvěru v ten systém*“ (Kp2). Předsudky a dezinformace o léčbě duševních poruch či předchozí negativní zkušenost s psychiatrickou péčí tak znesnadňuje řešení psychických obtíží.

Dalším výrazným limitem je nízká kontinuita práce, která je způsobena samotným stavem klienta i povahou nízkoprahové služby. Komunikační partneři popisují nepravidelný kontakt s klienty, kdy dochází k výpadkům v docházce: „*půl roku nepřijde najednou, nevíme ani, co se děje*“ (Kp2)

nebo „*domluví se s klientem... a on mi prostě nedorazí*“ (Kp5). Kontinuitu práce dále narušuje proměnlivost klientových potřeb, kdy aktuální problém často přehluší témata řešená dříve. Jak uvádí Kp4: „*pak do toho ještě přijde nějaká jiná věc... a přehluší to, co řešil předtím*“.

S tím úzce souvisí orientace klientů na řešení „*tady a teď*“, která představuje další limit dlouhodobější práce. Kp1 popisuje: „*chtějí řešit situaci tady a teď a za dva dny už to řešit nechtějí*“. Podobně Kp3 uvádí, že *klienti „často fungují z hodiny na hodinu nebo maximálně do dalšího dne“*, a Kp2 dodává, že v takovém kontextu je obtížné hledat stabilnější strukturu spolupráce. Tyto faktory pak značně komplikují plánování a systematickou, dlouhodobější práci s klientem.

Na obtížnější kontinuitě práce se podílí také nízká motivace klientů a jejich orientace na přítomnost. Kp3 uvádí: „*někdy může být limit v motivaci klienta*“. Kp5 tento aspekt doplňuje slovy: „*těžko jako nám jako pracovníkům vlastně žít ta důležitost*“, čímž poukazuje na obtížnost udržení témat v čase. Kp2 dále uvádí, že budoucnost pro klienty často nepředstavuje relevantní téma, což se promítá do jejich schopnosti plánovat a setrávat v dlouhodobější spolupráci.

Dalším limitem práce je dle komunikačních partnerů nespolehlivost klientů, která se může projevat jak v docházce, tak v poskytovaných informacích nebo užívání medikace: *samozřejmě na naše klienty není úplně stoprocentně spoleh* (Kp5) nebo „*léky třeba mají, ale nevezmou si je*“ (Kp3).

Specifickým limitem je také prostředí kontaktní místnosti. Klienti s komorbiditou mohou hůře zvládat sdílený prostor: „*přeplněná kontaktní místnost... může být pro ně náročná*“ (Kp1) a „*je náročný, aby vycházeli s ostatními klienty*“ (Kp1). To vytváří napětí mezi individuálními potřebami klienta a fungováním služby pro ostatní klienty.

S tím souvisí i časté porušování pravidel služby. Kp5 uvádí: „*často mají tihle klienti problém s dodržováním pravidel kontaktního centra*“. Ačkoliv je možné pravidla individuálně upravovat, tento proces zároveň představuje limit, protože je nutné zachovat bezpečné prostředí i pro ostatní klienty.

Limitujícím faktorem je také samotný princip nízkoprahovosti, který sice umožňuje kontakt, ale zároveň omezuje možnosti práce směrem ke změně: „*nemůžeme klienta nutit do něčeho, do čeho nemá zájem*“ (Kp5).

V neposlední řadě je práce s touto cílovou skupinou náročná i pro pracovníky, a to jak časově, tak emočně: „*vyžaduje víc intenzivní spolupráce... je to náročný*“ (Kp2). Někteří pracovníci proto vnímají jako podpůrný prvek sdílení klientů v týmu.

I v procesu navazování vztahu se však objevují limity, zejména v podobě krizových situací, které mohou vést k narušení důvěry klienta. Jak popisuje Kp3: „*někdy je to špatný a člověk tím naruší často tu důvěru s klientem, ale jsou případy, kdy nezbyde nic jiného než zavolat sanitku*“. Tato skutečnost ukazuje, že i přes důraz na budování vztahu a důvěry mohou nastat situace, kdy je nutné upřednostnit bezpečí klienta či okolí, což může mít negativní dopad na další spolupráci.

#### DVO4: Jaké možnosti a limity se objevují při práci s osobami s komorbiditou?

Při práci s osobami s komorbiditou se jako hlavní možnosti ukazují nízkoprahový charakter služby, individuální přístup, budování vztahu a důvěry, přijetí bez hodnocení a možnost

přizpůsobování pravidel i způsobu práce aktuálním potřebám klienta. Významnou roli zde sehrávají také nástroje jako doprovody, case management či v některých případech nízkoprahová farmakoterapie.

Naopak mezi hlavní limity patří zdravotní stav klientů, zejména jejich nestabilita, nízký náhled na vlastní situaci a omezené možnosti otevírat téma duševního zdraví. Dále se jedná o nízkou kontinuitu práce, orientaci klientů na přítomnost a absenci vnímání budoucnosti, nespolehlivost klientů, nedůvěru k systému a obtížnou motivaci ke změně. Limitem je rovněž napětí mezi individuálními potřebami klienta a pravidly služby, stejně jako vysoká náročnost této práce pro samotné pracovníky.

#### 4.2.5 Spolupracující organizace

Cílem tohoto výzkumného okruhu bylo identifikovat, jaké možnosti a limity se objevují ve spolupráci kontaktních center s jinými službami při práci s osobami s komorbiditou.

Na obecné rovině se ukazuje, že konkrétní kontaktní centra spolupracují s řadou aktérů v daných lokalitách, jako jsou sociální kurátor, opatrovník, sociální lékař, nemocnice, psychiatrická nemocnice či služby duševního zdraví.

#### Možnosti spolupráce s organizacemi

Jako významná možnost se ukazuje samotná existence spolupracujících služeb a aktérů, na které mohou pracovníci klienty odkazovat.

Podpora kontaktních center ze strany měst se také ukazuje jako možnost. Kp2 uvádí, že spolupráce s městem může pozitivně ovlivňovat fungování služby: „*spolupráce s městem je jako hodně dobrá*“. Zároveň zdůrazňuje význam této podpory pro celkové nastavení služby: „*pomohlo by, kdyby města víc spolupracovala s káčkama a víc je podporovala*“.

Další možnost představuje případová spolupráce v situacích, kdy jsou služby ochotné spolupracovat. Kp4 uvádí: „*v tom káčku můžeme nastolit nějakou důvěru k té službě a být tam pak trošku v nějaké formě case managementu a ty klienty propojovat dál do těch služeb*“. Zároveň dodává, že mezi klienty tato metoda funguje dobře a nemívají problém s tím, že bude pro účely případové spolupráce porušena jejich anonymita: „*většinou se děje to, že jsou s tím v pohodě a klienti to odsouhlasí*“.

Na úrovni konkrétních služeb se objevují další specifické možnosti. Spolupráce se sociálním kurátorem je vnímána jako významná především díky praktické pomoci klientům: „*dokáže zrychlit ten systém... udělá doprovod na úřady... řeší ubytování*“ (Kp2). Zásadní roli zde hraje přístup konkrétní osoby: „*je v tomhle hodně angažovanéj... má pro ty lidi pochopení, snaží se*“.

Sociální lékař představuje další důležitou možnost, zejména v oblasti dostupnosti zdravotní péče a medikace. Kp1 uvádí, že může sociální lékař v dané lokalitě klientům vystavit doporučení k dalším odborníkům. Jako přínosný je vnímán především přístup konkrétních odborníků: „*bral klienty jako fakt bez nějakých předsudků*“ (Kp4).

Pozitivně je hodnocena také spolupráce s opatrovníky, která však opět závisí na konkrétní osobě: „*zrovna u těch opatrovníků mi přijde, že to funguje dobře... ale je to dané tím konkrétním člověkem, než že by se dobře spolupracovalo s celým sociálním odborem*.“ (Kp4).

Specifickou možností představuje situace, kdy jsou služby organizačně propojené. Kp3 popisuje výhodu širšího zázemí jedné organizace: *„je výhodou, že my máme spoustu těchto služeb pod naší organizací...“* Tato provázanost spolu s osobní znalostí pracovníků napříč službami značně usnadňuje komunikaci a zvyšuje efektivitu spolupráce.

V oblasti psychiatrické péče se ukazuje, že při vstřícném přístupu konkrétního odborníka může být spolupráce funkční a přínosná: *„snaží se nám vyjít vstříc v rámci těch možností“* (Kp4). Důležitou roli zde však opět hraje konkrétní osoba psychiatra: *„s paní (jméno psychiatra) mám pocit, že to nějak jako jde, že to je jako prospěšný, že se nějak vychází jako vstříc“*.

Naopak jako obecná možnost je propojování služeb a komplexní přístup služeb, jak uvádí Kp4: *„důležitá je komplexnost a propojování sociálních a zdravotních služeb.“*

### Limity spolupráce s organizacemi

Jako zásadní limit se ukazuje nedostatečná kapacita služeb, zejména v oblasti psychiatrické péče. Komunikační partneři poukazují na přetížení služeb a dlouhé čekací lhůty: *„narážíme na to, že kapacity tady těch navazujících služeb jsou hodně přetížené“* (Kp5) nebo *„za mě je tady nedostatek psychiatrů“* (Kp1) a *„je to komplikované se na psychiatrickou nemocnici nějak dovolat a domluvit se, třeba na detox“* (Kp4). V některých lokalitách je dostupný pouze jeden psychiatr, který se zaměřuje na práci s osobami se závislostí, pro komorbidní klienty tak tato záležitost představuje značnou bariéru vstupu do psychiatrické péče.

V oblasti psychiatrické péče se kromě kapacitního nedostatku objevuje také absence návaznosti: *„aby to k něčemu bylo... a zároveň není kam je odkázat“* (Kp5). V některých lokalitách navíc chybí přímá spolupráce s psychiatry úplně.

Limitem je také nedostatečná podpora ze strany měst. Kp2 uvádí, že přístup měst nebývá vždy vstřícný: *„většinou to není jako moc nakloněný, že jo a káčka bojují prostě svoje místo“*. Nedostatečná podpora tak negativně ovlivňuje fungování služeb i jejich možnosti reagovat na potřeby klientů.

Dalším výrazným limitem je vysoký práh návazných služeb, který neodpovídá potřebám klientů kontaktních center. Klienti často nedokážou naplnit požadavky na abstinenci či pravidelnou docházku. Kp4 popisuje: *„třeba se nepodaří jednou dvakrát přijít včas, tak už moc nechtějí dát další šanci“* a Kp5 dodává: *„nechtějí s klientem spolupracovat, pokud vyloženě neabstínuje“*. Nenaplnění těchto podmínek tak představuje významnou bariéru vstupu i setrvání ve službě.

Limitem je také stigmatizace klientů kontaktního centra ze strany některých služeb. Komunikační partneři popisují odmítavé postoje zdravotnického personálu: *„dívají se na ty naše klienty skrz prsty“* (Kp3) nebo zkušenosti s odmítnutím péče: *„na pohotovosti je kolikrát vyhoděj“*. Negativní zkušenosti následně vedou klienty k vyhýbání se kontaktu s dalšími zdravotnickými službami, třebaže jsou v kritickém stavu.

Významným limitem je nedostatečná spolupráce mezi službami. Případová spolupráce je v některých lokalitách obtížně realizovatelná: *„případová spolupráce? To by byla utopie“* (Kp1). Tento stav je vysvětlován neochotou služeb spolupracovat či absencí komunikace: *„každý si jede na svém písečku“*, což se ukazuje jako značný limit pro osoby s komorbiditou, u kterých kontaktní centrum není schopno naplnit všechny jejich potřeby. Tento nedostatek vede i k neefektivním řešením, kdy klienti rotují mezi službami bez skutečné změny, Kp2 popisuje: *„sanitáci ho vozí*

*pořád na záchytku a nazpátek... takovej křeček v kolečku“.* Obdobnou situaci pak popisuje i Kp3: „odvezou ho, tam ho často nadopujou lékama, přikurtujou a pak ho zas pustí a ten člověk je tam co předtím“.

Centrum duševního zdraví představuje potenciální příležitost spolupráce, avšak s limity v podobě organizačních podmínek. Zásadní překážkou je nastavení služby, která má pro klienty s komorbiditou přicházejících z kontaktního centra vysoký práh, který není v jejich silách přejít. Zejména pak požadavek diagnózy, který popisuje Kp5 jako největší překážku: „*klient nejdřív musí mít diagnózu a pak teprve ho přijmou. Oni totiž nedělají diagnostiku“.* V některých lokalitách navíc chybí užší spolupráce, jak popisuje Kp1: „*můžeme klienta odkázat, ale nejsme v užším kontaktu“.*

Také dostupnost sociálního lékaře může být omezena organizačními bariérami. Kp2 popisuje, že v dané lokalitě je tato služba hůře dostupná, a to právě kvůli způsobu jejího nastavení: „*ten pan sociální doktor tam je a je to komplikovanější... úplně jako nízkoprahový to není... tam je asi trošku bariéra, že pak musíte ještě přes jednoho sociálního pracovníka, který není od nás“.* Právě toto uspořádání Kp2 popisuje jako bariéru, proč klienti této možnosti moc často nevyužívají.

Celkově se ukazuje, že kvalita spolupráce je výrazně závislá na konkrétních osobách, nikoliv na systémovém nastavení.

#### **DVO5: Jaké možnosti a limity se objevují v souvislosti se spolupracujícími a návaznými službami při práci s osobami s komorbiditou?**

Jako hlavní možnosti se ukazuje existence spolupracujících služeb a aktérů v lokalitách, zejména v případech, kdy je spolupráce založena na vstřícném a neodsuzujícím přístupu ke klientům a ochotě reagovat na jejich potřeby. Ve zkoumaném souboru se jako přínosná ukazuje spolupráce se sociálním lékařem, opatrovníkem, sociálním kurátorem či konkrétním psychiatrem. Významnou roli hraje případová spolupráce, propojování služeb a situace, kdy jsou služby organizačně provázané nebo dostupné v rámci jedné organizace. Jako podpůrný faktor se zároveň ukazuje i spolupráce a podpora ze strany měst.

Naopak mezi hlavní limity patří nedostatečné kapacity služeb, zejména v oblasti psychiatrické péče, vysoký práh návazných služeb, stigmatizace klientů a neochota některých služeb s nimi pracovat. Dále se jedná o nedostatečnou mezioborovou spolupráci, systémové a organizační bariéry, nedostatečnou podporu ze strany měst a skutečnost, že spolupráce je často závislá spíše na konkrétních jednotlivcích než na funkčním systému.

## 4.3 Diskuse

Na základě porovnání teoretických východisek a výsledků výzkumu lze konstatovat, že mezi teorií a praxí existuje ve zkoumaném souboru shoda v oblasti základních principů práce s osobami s komorbiditou. Tato shoda se však projevuje především na obecné rovině, zatímco v praktické realizaci se objevují rozdíly, zejména v možnostech naplňování těchto principů.

### Možnosti sociální práce s osobami s komorbiditou v kontaktním centru

V oblasti možností práce s osobami s komorbiditou ve zkoumaném souboru dochází k poměrně výrazné shodě. Odborné zdroje zdůrazňují, že sociální práce má u této cílové skupiny především koordinační, stabilizační a podpůrnou funkci (Růžková et al., 2023; SAMHSA, 2021). Tento předpoklad se potvrzuje i ve výzkumu, kde pracovníci popisují využívání doprovodů, case managementu a propojování klientů do dalších služeb.

Zároveň se ve výzkumném souboru ukazuje význam kontaktních center jako nízkoprahové vstupní brány do systému péče (Chomynová et al., 2022). Pracovníci je vnímají jako „záchytný bod“ pro klienty, kteří by jinak zůstali mimo systém pomoci, což odpovídá teoretickému vymezení jejich role.

Další shoda se objevuje v oblasti přístupu ke klientovi. Teorie zdůrazňuje význam harm reduction přístupu, který je založen na minimalizaci rizik a respektu k aktuální situaci klienta (Janíková, 2015). Tento přístup se promítá i do praxe, kde pracovníci zdůrazňují individuální přístup, nenátlakovost a respekt k tempu a kapacitě klienta.

Významnou možnost práce představuje také budování vztahu a důvěry. Teoretické přístupy (SAMHSA, 2021) uvádějí, že navázání kontaktu a důvěry je důležitým předpokladem další spolupráce, což se ve výzkumném souboru rovněž potvrzuje. Pracovníci opakovaně uvádějí, že právě na základě vztahu je možné otevírat náročná témata, včetně duševního zdraví.

### Limity sociální práce s osobami s komorbiditou v kontaktních centrech

V oblasti limitů dochází rovněž k výrazné shodě mezi teorií a praxí výzkumného souboru, především na systémové úrovni. Odborná literatura poukazuje na roztříštěnost systému, nedostatečnou koordinaci a omezené kapacity služeb, zejména v oblasti psychiatrické péče (National Working Group for Dual Diagnosis, 2023; Department of Health and Social Care & NHS England, 2025). Tyto skutečnosti se odrážejí i ve výzkumných zjištěních, kdy pracovníci opakovaně uvádějí nedostatek psychiatrů, dlouhé čekací lhůty a absenci návazných služeb.

S tím souvisí i potvrzení konceptu „špatných dveří“ (Růžková et al., 2003), kdy služby nejsou schopny adekvátně reagovat na komplexní potřeby klientů. Výzkum ukazuje, že klienti se obtížně dostávají do návazných služeb, které často podmiňují přijetí abstinencí nebo pravidelnou docházkou. V některých případech se objevuje i fenomén „točitých dveří“, kdy klienti opakovaně využívají služby bez skutečné změny své situace, což potvrzují někteří komunikační partneři. V rámci výzkumu se však jednalo spíše o opakované využívání stejných služeb než o rotaci mezi různými typy služeb.

Dalším významným limitem je nedostatečná mezioborová spolupráce. Teorie zdůrazňuje nutnost koordinované a integrované péče (Department of Health and Social Care & NHS England, 2025), nicméně výsledky výzkumu naznačují, že spolupráce je v praxi často nesystematická a závislá na jednotlivcích. Případová spolupráce je v některých případech vnímána jako obtížně realizovatelná.

Shoda se objevuje také v charakteru práce s klienty. Teorie popisuje práci s osobami s komorbiditou jako dlouhodobou, nelineární a proměnlivou (Milani et al., 2020; SAMHSA, 2021), což odpovídá i výzkumným zjištěním, kde pracovníci popisují nízkou kontinuitu práce, proměnlivost potřeb klientů a jejich orientaci na řešení „tady a teď“.

Limity se objevují také na úrovni pracovníků. Teorie upozorňuje na potřebu vzdělávání v oblasti duševního zdraví i závislostí (SAMHSA, 2021), přičemž výsledky výzkumu ukazují, že toto vzdělávání není rovnoměrně dostupné a pracovníci se v této oblasti často necítí dostatečně kompetentní.

Významným limitem je rovněž vymezení kompetencí sociální práce. Literatura zdůrazňuje, že sociální práce nenahrazuje klinickou léčbu (Růžková et al., 2023), což se v praxi odráží ve výpovědích pracovníků, kteří uvádějí, že mohou nabídnout podporu, nikoliv však řešit samotné duševní onemocnění

#### Rozdíly mezi teoretickými východisky a výzkumem

Zásadní rozdíl mezi teorií a praxí se ve zkoumaném souboru objevuje především v oblasti realizace integrovaného přístupu. Zatímco teorie předpokládá koordinovanou a provázanou péči, výsledky výzkumu ukazují, že v praxi převažuje spíše paralelní model, který je limitován dostupností služeb a systémovým nastavením.

Další rozdíl se týká dostupnosti služeb. Teorie často pracuje s předpokladem existence funkční sítě návazných služeb, zatímco výzkum ukazuje, že v některých lokalitách pracovníci nemají klienty kam odkázat.

Specifickým zjištěním výzkumu je také ambivalentní role nízkoprahovosti. Ta se na jedné straně ukazuje jako zásadní možnost, která umožňuje navázání kontaktu, na druhé straně však představuje limit, jelikož omezuje možnosti systematické a dlouhodobé práce.

Rozdíl se objevuje také v oblasti oslovování duševního zdraví. Teorie zdůrazňuje potřebu aktivního mapování (Růžková et al., 2023), zatímco praxe ukazuje, že to není vždy možné vzhledem ke stavu klienta, nedůvěře či nejistotě pracovníků.

#### 4.4 Návrhy a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumu a jejich interpretace lze formulovat několik konkrétních doporučení pro praxi sociální práce v kontaktních centrech při práci s osobami s komorbiditou. Doporučení vycházejí z identifikovaných možností a limitů a směřují k posílení kvality poskytované péče.

V oblasti personálního zajištění a složení týmu se jako klíčové ukazuje posilování multidisciplinarity týmů. V praxi to může znamenat například pravidelnou externí spolupráci s psychiatrem či jiným odborníkem na duševní zdraví ať už formou konzultačních hodin,

docházení do služby nebo telefonických konzultací. V situacích, kdy není možné vytvořit plně multidisciplinární tým, se jako vhodné jeví alespoň částečné profilování pracovníků, například zaměřením na specifické oblasti jako je duševní zdraví u klientů kontaktního centra, práce s agresí, práce s těhotnými uživatelkami a jiné, čímž lze posílit odbornost týmu.

V souvislosti se vzděláváním pracovníků se jako důležité ukazuje systematické a rovnoměrné zajištění vzdělávání v oblasti duševních poruch a komorbidit. V praxi lze doporučit zařazování delších a prakticky orientovaných kurzů (např. v rozsahu několika dní), které zahrnují nácvik konkrétních dovedností. Zároveň se jako přínosné jeví pravidelné konzultace s odborníky, účast na stážích v jiných službách nebo sdílení zkušeností v rámci týmu.

V oblasti samotné práce s klienty se ukazuje jako zásadní zachování nízkoprahového přístupu, který umožňuje navázání a udržení kontaktu. Současně lze doporučit cílené posilování kontinuity práce, například prostřednictvím systematictějšího využívání case managementu, opakovaného navazování na předchozí témata při kontaktu s klientem nebo využívání jednoduchých nástrojů pro strukturování času klienta (např. kalendáře). Důležité je také pracovat s motivací klienta a přizpůsobovat tempo práce jeho aktuálním možnostem.

Významné doporučení směřuje do oblasti mezioborové spolupráce. V praxi by bylo vhodné podporovat její systematictější podobu, například prostřednictvím pravidelných mezioborových setkání, společných případových konferencí nebo vytvořením kontaktů na konkrétní pracovníky v návazných službách. Důležité je také posilovat přímou komunikaci mezi sociálními a zdravotními službami, zejména v oblasti psychiatrické péče.

Na úrovni systému se jako zásadní ukazuje potřeba dostupnosti psychiatrické péče, a to zejména v nízkoprahovější formě, která by byla lépe dostupná pro klienty kontaktních center. Vhodné by bylo také přehodnocení některých podmínek vstupu do návazných služeb, zejména požadavku úplné abstinence, který může představovat bariéru pro klienty kontaktních center.

V neposlední řadě se jako důležité jeví zvyšování informovanosti a destigmatizace osob s komorbiditou. V praxi to může zahrnovat například vzdělávání pracovníků jiných služeb, sdílení dobré praxe nebo osvětu zaměřenou na širší veřejnost. Negativní postoje a předchozí zkušenosti klientů se službami totiž mohou významně ovlivňovat jejich ochotu zapojit se do další péče.

## Závěr

Cílem práce bylo prostřednictvím výzkumných rozhovorů identifikovat možnosti a omezení sociální práce s osobami s duální diagnózou při poskytování služeb kontaktního centra a odpovědět tak na hlavní výzkumnou otázku. Na základě analýzy rozhovorů s komunikačními partnery lze konstatovat, že práce s touto cílovou skupinou je komplexní a ovlivněná řadou faktorů na úrovni klienta, pracovníka, služby i širšího systému péče.

V průběhu práce se ukázalo jako vhodnější používat pojem komorbidita namísto označení duální diagnóza, jelikož lépe vystihuje souběh obtíží a je častěji využíván v odborné literatuře.

Hlavní výzkumná otázka zněla: Jaké možnosti a limity se objevují při práci s osobami s komorbiditou v kontaktních centrech?

Na tuto otázku lze na základě realizovaného výzkumu odpovědět tak, že mezi hlavní možnosti práce s osobami s komorbiditou patří v prostředí kontaktního centra zejména princip nízkoprahovosti služby a důraz na vztah a individuální přístup ke klientovi. Tyto faktory umožňují navázání a udržení kontaktu i s klienty, kteří by jinak zůstávali mimo systém pomoci. Důležitou roli hraje také týmová spolupráce, sdílení zkušeností a v některých případech rozšíření odborného zázemí služby, ať už formou multidisciplinarity nebo specializace pracovníků. Důležitým podpůrným prvkem je rovněž vzdělávání pracovníků a spolupráce s dalšími službami, pokud je dostupná a funkční.

Naopak limity práce s osobami s komorbiditou se koncentrují především v oblasti zdravotního stavu klientů, který je často spojen s nízkým náhledem a obtížnou motivací ke změně, což výrazně komplikuje kontinuitu a systematičnost práce. Další limity se objevují na straně pracovníků a služeb, zejména v podobě nedostatečné specializace, nejistoty při práci s duševním zdravím a omezených kapacit. Zásadní omezení však představuje také širší systémové nastavení, charakterizované nedostatečnou dostupností návazných služeb, zejména psychiatrické péče, vysokým prahem těchto služeb a nedostatečnou mezioborovou spoluprací.

Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že stanovený cíl práce byl naplněn, jelikož se podařilo identifikovat a popsat klíčové oblasti možností a limitů práce s osobami s komorbiditou v prostředí kontaktních center. Zároveň byly tyto oblasti zasazeny do širšího kontextu fungování služeb a systému péče. Výsledky práce zároveň poukazují na to, že ačkoliv jsou základní principy práce s osobami s komorbiditou v teorii dobře definované, jejich naplňování je v praxi často limitováno konkrétními podmínkami jednotlivých služeb a širším systémovým nastavením. Významnou roli zde hraje dostupnost odborné péče, organizační podmínky služeb i míra spolupráce mezi jednotlivými aktéry.

Přínos této práce spočívá především v zachycení perspektivy sociálních pracovníků kontaktních center a v identifikaci konkrétních možností a limitů, které se v jejich každodenní praxi objevují. Práce tak přispívá k hlubšímu porozumění specifikům práce s osobami s komorbiditou v prostředí nízkoprahových služeb a může sloužit jako podklad pro další úvahy o rozvoji této oblasti.

V návaznosti na zjištění této práce se nabízí několik směrů dalšího výzkumu. Vhodné by bylo zaměřit se například na perspektivu samotných klientů s komorbiditou, která by mohla přinést odlišný pohled na fungování služeb. Dále by bylo přínosné hlouběji zkoumat systémové

podmínky poskytování péče této cílové skupině, zejména v oblasti dostupnosti a provázanosti sociálních a zdravotních služeb nebo se hlouběji a samostatně zaměřit na jednotlivá výzkumná témata.

## Seznam použitých zdrojů

1. Brown, S., Jun, M. K., Min, M. O. a Tracy, E. M., 2012. Impact of dual disorders, trauma, and social support on quality of life among women in treatment for substance dependence. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(1), s. 61–71 [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/15504263.2012.750147>.
2. Charita Kyjov, n.d. *Kontaktní centrum – víceúčelová drogová služba* [online]. Dostupné z: <https://www.kyjov.charita.cz/sluzby/k-centrum-viceucelova-drogova-sluzba/> [cit. 10. 2. 2026].
3. Česká asociace streetwork, n.d. *Káčko – kontaktní centrum pro lidi ohrožené závislostí* [online]. Dostupné z: <https://www.streetwork.cz/index.php/kontaktni-centrum-pro-zavislosti> [cit. 10. 2. 2026].
4. Department of Health and Social Care a NHS England, 2025. *Co-occurring mental health and substance use delivery framework* [online]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/co-occurring-mental-health-and-substance-use-delivery-framework/co-occurring-mental-health-and-substance-use-delivery-framework> [cit. 10. 2. 2026].
5. Drug-Out, n.d. *Kontaktní centrum pro drogově závislé – o službě* [online]. Dostupné z: <https://drug-out.cz/kontaktni-centrum-pro-drogove-zavisle/o-sluzbe/> [cit. 10. 2. 2026].
6. Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F. C., Clark, R. E. & Rickards, L., 2001. *Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness*. *Psychiatric Services*, 52(4), 469–476. [online]. Dostupné z: [Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders: The Evidence](#) [cit. 10. 2. 2026]
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004. *Comorbidity: drug use and mental disorders*. Lisbon: EMCDDA [online]. Dostupné z: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/245/TDAD04001CSC\\_4724\\_48.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/245/TDAD04001CSC_4724_48.pdf) [cit. 10. 2. 2026].
8. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2016. *Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*. Perspectives on Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union [online]. Dostupné z: [Perspectives on drugs: comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe | www.euda.europa.eu](#) [cit. 10. 2. 2026].
9. Guest, Ch., Holland, R., 2011. *Co-existing mental health and substance use difficulties – why do we persist with the term dual diagnosis?* Rotherham: Doncaster and South Humber Mental Health NHS Foundation Trust [online]. Dostupné z: [Co-existing mental health and substance use and alcohol difficulties – why do we persist with the term “dual diagnosis” within mental health services?](#) [cit. 10.4.2026]
10. Halaštová, Š., 2018. Harm reduction: Společnost Podané ruce jde cestou snižování rizik [online]. Společnost Podané ruce. Dostupné z: <https://podaneruce.cz/harm-reduction-spolecnost-podane-ruce-jde-cestou-snizovani-rizik/> [cit. 10. 2. 2026].
11. Havránková, O., 2013. Případová práce. In: O. Matoušek a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál, s. 85–100. ISBN 978-80-262-0213-4.
12. Hendl, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

13. Chomynová, P. et al., 2022. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky [online]. Dostupné z: [Souhrnná zpráva o závislostech 2021 fin.pdf](#) [cit. 10. 2. 2026].
14. Chomynová, P. et al., 2025. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2024*. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [online]. Dostupné z: [2024 Souhrnná zpráva o závislostech v ČR 2024 web fin02.pdf](#) [cit. 10. 2. 2026].
15. Janíková, B., 2015. Harm reduction. In: K. Kalina et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 272–277. ISBN 978-80-247-4331-8.
16. Jones, R., 2010. Chronic disease and comorbidity. *British Journal of General Practice* [online]. Dostupné z: <https://bjgp.org/content/60/575/394> [cit. 10. 2. 2026].
17. Kalina, K., 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.
18. Kalina, K. a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 211-213, 216, 222-226, ISBN 978-80-247-4331-8.
19. Kelly, T. M. & Daley, D. C., 2013. *Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders*. *Social Work in Public Health*, 28(3–4), 388–406 [online]. Dostupné z: [Integrated Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders - PMC](#) [cit. 10. 2. 2026]
20. Magdaléna, o. p. s., 2023. *Metodika práce s osobami s duální diagnózou v pilotním projektu programu následné péče v Praze Podolí*. Praha: Magdaléna, o. p. s. [online]. Dostupné z: <https://www.magdalena-ops.cz/wp-content/uploads/2023/08/Metodika.pdf> [cit. 10. 2. 2026].
21. Magdaléna, o.p.s., n.d. *Metodika práce s klientem s duální diagnózou* [online]. Dostupné z: [Metodika-prace-s-klientem-s-DD.pdf](#) [cit. 10. 2. 2026].
22. Magdaléna, o.p.s., n.d. *Kontaktní centra adiktologických služeb* [online]. Dostupné z: <https://www.magdalena-ops.cz/cs/lechba-zavislosti-a-jejich-prevence/harm-reduction-a-snizovani-rizik/kontaktni-centra-adiktologickych-sluzeb/> [cit. 10. 2. 2026].
23. Milani, R. M. et al., 2020. A qualitative longitudinal study of the first UK Dual Diagnosis Anonymous (DDA), an integrated peer-support programme for concurrent disorders. *Advances in Dual Diagnosis*, 13(4), s. 151–167 [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1108/ADD-01-2020-0001>.
24. Ministerstvo práce a sociálních věcí, n.d. *Standardy kvality sociálních služeb* [online]. Dostupné z: <https://data.mpsv.cz/standardy-kvality-socialnich-sluzeb> [cit. 10. 2. 2026].
25. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2008. *Standardy kvality sociálních služeb: příručka pro uživatele*. Praha: MPSV [online]. Dostupné z: [skss final web.pdf](#) [cit. 10. 2. 2026].
26. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2019. *Sociální služby* [online]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1> [cit. 10. 2. 2026].
27. National Institute on Drug Abuse, 2020. *Common comorbidities with substance use disorders research report*. Bethesda, MD: National Institutes of Health [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/> [cit. 10. 2. 2026].
28. National Institute for Health and Care Excellence, 2019. *Quality statement 3: Care coordinators*. In: *Coexisting severe mental illness and substance misuse (QS188)* [online]. Dostupné z: [Quality statement 3: Care coordinators | Coexisting severe mental illness and substance misuse | Quality standards | NICE](#) [cit. 10. 2. 2026]

29. National Working Group for Dual Diagnosis, 2023. *Model of care for people with mental disorder and co-existing substance use disorder (dual diagnosis)*. Dublin: Health Service Executive [online]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/10147/635777> [cit.10. 2. 2026]. ISBN 978-1-78602-225-7.
30. Národní zdravotnický informační portál, n.d. Komorbidita [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/5372> [cit. 10. 2. 2026].
31. Reichel, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6.
32. Royal College of Psychiatrists, 2025. *College report CR243: Co-occurring substance use and mental health disorders (CoSUM)* [online]. Dostupné z: [college-report-cr243---cosum.pdf](https://www.rcpsych.ac.uk/collegetrust/college-report-cr243---cosum.pdf) [cit. 10. 2. 2026].
33. Růžková, J. (ed.), 2023. *Podpora lidí s duální diagnózou*. Praha: Metropolitní zdravotnický servis [online]. Dostupné z: [Duální diagnózy 1.pdf](#) [cit. 10. 2. 2026].
34. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Asociace nestátních organizací, n.d. *Pomoc v ČR pro lidi užívající alkohol, drogy, hrající hazardní hry a s dalšími závislostními problémy* [online]. Praha: Úřad vlády ČR. Dostupné z: [UV\\_kap\\_2\\_2\\_Standardy\\_odborne\\_zpusobilosti\\_rev3\\_1.indd](#) [cit. 10. 2. 2026].
35. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2021. *Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders*. Rockville, MD: SAMHSA [online]. Dostupné z: [Substance Use Disorder Treatment for People with Co-Occurring Disorders](#) [cit. 10. 2. 2026].
36. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020. *Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42*. Rockville, MD: SAMHSA [online]. Dostupné z: [Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders TIP 42](#) [cit. 2.3. 2026].
37. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2025. *Key substance use and mental health indicators in the United States: results from the 2024 National Survey on Drug Use and Health*. Rockville, MD: SAMHSA [online]. Dostupné z: [Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2024 National Survey on Drug Use and Health](#) [cit. 10. 2. 2026].
38. Szerman, N. et al., 2022. *Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders*. *Translational Psychiatry*, 12, čl. 446 [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02212-5> [cit. 10. 2. 2026].
39. Šulcová, I. et al., 2022. *Metodika dobré praxe č. 12: Multidisciplinarita u osob s duální diagnózou*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. Dostupné z: [metodika č. 12 - Multidisciplinarita u osob s duální diagnózou.pdf](#) [cit. 10. 2. 2026].
40. Švaříček, R., Šedřová, K. a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
41. Štefánek, J., n.d. Komorbidita [online]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/komorbidita> [cit. 10. 2. 2026].
42. Torrens, M., Mestre-Pintó, J.-I. a Domingo-Salvany, A., 2017. *Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti [online]. Dostupné z: [Komorbidita adiktologických a duševních poruch v Evropě.pdf](#) [cit. 10. 2. 2026].

43. World Psychiatric Association, n.d. *10 basic points on dual pathology: addiction and other mental disorders*. WPA Section on Dual Disorders [online]. Dostupné z: <https://patologiadual.es/docs/wpa-10basic-points-dual-pathology.pdf> [cit. 10. 2. 2026].

---

Při zpracování této práce byl využit nástroj umělé inteligence ChatGPT (OpenAI) jako podpůrný prostředek pro jazykovou a stylistickou úpravu textu a také jako pomocný nástroj při vyhledávání relevantních odborných zdrojů.

## Přílohy

Příloha A Scénář rozhovoru

Příloha B Informace k výzkumu a informovaný souhlas s provedením rozhovoru

## Příloha A: Scénář rozhovoru

- a) Kdo všechno z vaší služby pracuje s osobami s komorbiditou?
- b) Jaká je zkušenost tohoto složení? (je toto složení přínosem a proč? Nebo naopak nemáte složení týmu, které by vám pomáhalo při práci s touto skupinou...)
- c) Jaké máte vzdělávání týkající se práce s osobami s komorbiditou?
- d) Dodává vám absolvování tohoto vzdělávání/kurzu větší jistotu při práci, osvojili jste si jiný přístup k osobám s komorbiditou, nebo co specificky Vám přineslo?
- e) Jak přemýšlíte o osobách s komorbiditou ve vztahu ke kontaktnímu centru? (jedná se o běžnou součást kontaktního centra nebo považujete tyto osoby za skupinu klientů, která je nad rámec vaší služby a jejich možností... jak o tomto uvažujete?)
- f) Jak přemýšlíte o účelu KC, co se týče osob s komorbiditou? (je KC vybaveno a připraveno pracovat s osobami s komorbiditou?)
- g) Jak byste popsal/a osoby s komorbiditou (jaká jsou jejich specifika, v jakých situacích se nacházejí a co od Vás jako od pracovníka KC nejčastěji potřebují)?
- h) V čem se liší osoby s komorbiditou od běžných klientů KC (uživatelé návykových látek)?
- i) Jaký přístup odlišný od klasických klientů KC (uživatelé návykových látek) uplatňujete při práci s osobami s komorbiditou?
- j) Jak probíhá spolupráce s osobami s komorbiditou? (od navázání, jak probíhá, jaké jsou problémové oblasti, jak je řešíte...)
- k) Na jaká úskalí narazíte při práci s osobami s komorbiditou a jak je řešíte?
- l) Jak pracujete s oslovováním duševního zdraví u klientů s komorbiditou?
- m) Do jaké míry jsou osoby s komorbiditou diagnostikovány?
- n) Jaká je zkušenost práce s osobou, která je diagnostikována s duševní poruchou a jaká je zkušenost s těmi, kteří nejsou?
- o) Jakým způsobem většinou končí spolupráce s osobami s komorbiditou? (točíte dveře?)
- p) Co se týče osob s komorbiditou, jste schopni zajistit všechno s čím za Vámi přichází nebo je třeba návazných služeb? O jaké služby se případně jedná?
- q) Jakou máte zkušenost při spolupráci s jinými službami při práci s osobami s komorbiditou? (Jak spolupráce vypadá, jak na tuto spolupráci pohlíží a reagují klienti, jaké jsou výsledky)
- r) Jaké jsou při navazování spolupráce bariéry, které jí brání?
- s) Je ještě něco, co považujete v souvislosti s tímto tématem za důležité a nebylo zde zmíněno?

## Příloha B: Informace o výzkumu a informovaný souhlas

Vzor informovaného souhlasu byl převzat z e-learningu z kurzu Kvalitativní výzkum v sociální práci od PhDr. Vlasty Řezníkové, Ph.D.

### Informace o výzkumu pro účastníky

Výzkum s názvem „Možnosti a limity sociální práce s osobami s duální diagnózou v kontaktních centrech“ probíhá v rámci stejnojmenné bakalářské práce Adély Brestovské, studující na Vysoké škole Polytechnické v Jihlavě.

Cílem výzkumu je pomocí online anonymizovaných rozhovorů se sociálními pracovníky kontaktních center zjistit jaké možnosti, příležitosti a osvědčené postupy stejně jako bariéry, obtíže a limity se mohou objevovat při práci s osobami s komorbiditou.

Vaše účast na rozhovoru je dobrovolná. Je zcela na Vás, co během rozhovoru sdělíte, a co ne. Velmi ocením Vaše názory a zkušenosti, neboť věřím, že mi pomohou porozumět problematice komorbidity, specifikám práce s touto skupinou klientů a zjistit, jaké postupy, složení týmu, vzdělávání pracovníků o této problematice, spolupráce s návaznými službami a další, je možno vnímat jako možnost a limit při práci s osobami s komorbiditou v kontaktních centrech. Dáte-li k tomu svolení, bude rozhovor nahráván a následně pro účely analýzy přepsán do textové podoby.

Rozhovor se bude týkat vašich zkušeností sociální práce s osobami s komorbiditou v kontaktních centrech a bude trvat 30–60 minut.

Je samozřejmé, že během rozhovoru můžete odmítnout odpovědět na kteroukoli z otázek, nebo můžete rozhovor kdykoli ukončit.

Pokud budete souhlasit s pořízením nahrávky rozhovoru, bude k němu a jeho přepisu mít přístup autorka práce Adéla Brestovská a také osoby podílející se na jejím hodnocení. Nikde se neobjeví Vaše jméno ani nebude možné Vás na základě poskytnutého rozhovoru identifikovat. Po ukončení výzkumu budou nahrávky smazány a přepisy vymazány. Citace využitě v bakalářské práci budou uvedeny tak, aby z nich nebylo možné určit identitu účastníka rozhovoru.

### Informovaný souhlas s provedením rozhovoru

Souhlasím s účastí na rozhovoru, jehož cílem je popsat Možnosti a limity sociální práce s osobami s komorbiditou poruchy z užívání návykových látek a duševní poruchy v kontaktních centrech.

Rozumím tomu, že má účast na rozhovoru je mé svobodné rozhodnutí, které činím bez nátlaku, a že mohu rozhovor odmítnout, aniž by to pro mě mělo nějaké negativní důsledky. Rozumím tomu, že mohu tento rozhovor kdykoli přerušit nebo ukončit, což pro mě nebude mít žádné negativní důsledky.

Rozumím tomu, že moje identita bude uchována v přísné důvěrnosti. Rozumím tomu, že tento souhlas nebude propojen s poznámkami ani jinými informacemi z uskutečněného rozhovoru a k mým odpovědím bude mít přístup pouze autorka práce. Rozumím tomu, že tento souhlas bude uchován u autorky bakalářské práce.

Smysl tohoto rozhovoru mi byl vysvětlen a rozumím jeho obsahu.

Souhlasím s pořízením nahrávky rozhovoru  
rozhovoru

Nesouhlasím s pořízením nahrávky

Zajímají mě výsledky výzkumu, přeji si, aby mi byla zaslána pracovní verze výzkumné zprávy:  
na e-mail.....

na adresu.....

Jméno účastníka výzkumu.....

Podpis.....