

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Case management v sociální práci s klienty s duševními
poruchami**

**Case management in social work with clients with mental
disorders**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor:

Bianka Briššová

Praha 2021

Poděkování

Děkuji prof. PhDr. Beátě Krahulcové CSc. za odborné vedení mé práce. Dále děkuji své rodině a blízkým přátelům za podporu při psaní této práce i při celém studiu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Case management v sociální práci s klienty s duševními poruchami“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Bianka Briššová

Anotace

Bakalářská práce se věnuje tématu case managementu v sociální práci s lidmi s duševními poruchami v rámci center duševního zdraví. Teoretická část se věnuje roli sociální práce v péči o duševní zdraví, centrům duševního zdraví a case managementu jako jedné z forem práce, kterou multidisciplinární tým v centrech duševního zdraví využívá. Cílem praktické části práce je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, která zní: Jaké přínosy má case management v sociální práci s klienty s duševním onemocněním? Výzkumná část byla realizována pomocí polostrukturovaných rozhovorů s case managery sociálními pracovníky v centrech duševního zdraví.

Klíčová slova

case management, centrum duševního zdraví, duševní poruchy, sociální pracovník v péči o duševní zdraví

Annotation

The thesis deals with the topic of case management in social work with people with mental disorders within mental health centres. The theoretical part describes role of social work in mental health care, mental health centre and case management like one of the methods, which multidisciplinary team in mental health centre is using. The aim of practical part is to answer the main research question which is: What are the benefits of case management in social work with clients with mental disorders? The research part was realized by using semi-structured interviews with case managers social workers in mental health centres.

Keywords

case management, mental health centre, mental disorders, mental health social worker

Obsah

Úvod.....	8
1 Sociální práce s klienty s duševními poruchami	9
1.1 Duševní porucha	9
1.2 Sociální pracovník a orientace v psychopatologii.....	10
1.3 Klasifikace duševních poruch	11
1.3.1 Schizofrenní onemocnění.....	11
1.3.2. Afektivní poruchy	12
1.3.3. Obsedantně-kompulzivní porucha.....	13
1.3.4. Specifické poruchy osobnosti	13
1.4 Systém péče o klienta s duševními poruchami a role sociálního pracovníka v něm.....	14
2 Centra duševního zdraví.....	15
2.1 Základní principy v CDZ	15
2.2 Multidisciplinární tým.....	17
2.2.1 Složení a kompetence týmu	17
3 Case management	20
3.1 Vymezení pojmu case management.....	20
3.2 Modely case managementu	20
3.2.1 Brokerský model	20
3.2.2 Klinický case management	21
3.2.3 Intenzivní case management	21
3.2.4 Case management založený na silných stránkách klienta	21
3.2.5 Asertivní komunitní léčba.....	21
3.2.6 Flexibilní asertivní komunitní léčba.....	22
3.3 Case manager	22
3.3.1 Role case managera.....	22
3.3.2 Kompetence case managera	23
3.4 Zásady case managementu.....	23
3.5 Fáze case managementu.....	25
4 Praktická část bakalářské práce.....	29
4.1 Metoda výzkumu.....	29
4.2 Etapy realizace sběru dat.....	29
4.3 Etika výzkumu	30
4.4 Analýza dat	30
4.4.1 Vztah	31
4.4.2 Plánování a rozhodování	32

4.4.3 Tým	33
4.4.4 Spolupráce.....	34
4.4.5 Akutní stav	37
4.5 Shrnutí výzkumu	37
Závěr	40
Seznam použité literatury.....	42

Seznam zkratk

ACT – Assertive community treatment (asertivní komunitní léčba)

CDZ – Centrum duševního zdraví

FACT – Flexible assertive community treatment (flexibilní asertivní komunitní léčba)

MKN-10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

OCD – Obsessive compulsive disorder (obsedantně kompulzivní porucha)

SMI – Serious mental illness (vážná duševní onemocnění)

ICM – Intensive case management

Úvod

Péče o osoby s duševním onemocněním se v rámci stále probíhající reformy psychiatrické péče v posledních letech výrazně změnila. Jedním ze zásadních pilířů reformy je vybudování center duševního zdraví, kterých už je v současné době v České republice několik desítek. Multidisciplinární týmy v centrech duševního zdraví pracují formou case managementu z velké části v terénu, v přirozeném prostředí klientů. Duševní poruchy zasahují nejen do zdravotní oblasti, ale i do mnoha dalších. Může se jednat o bydlení, zaměstnání, volný čas, sociální vazby apod. A právě proto je metoda case managementu, která koordinuje zajištění všech těchto oblastí, vhodným způsobem práce s touto cílovou skupinou. Samotnou roli case managera zastává vedle zdravotních sester nejčastěji sociální pracovníci. Sociální práce se svým důrazem na naplňování sociálních potřeb hraje v komunitní péči o osoby s duševními poruchami velkou roli.

Cílem předkládané práce je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, jejíž znění je: Jaké přínosy má case management v sociální práci s klienty s duševními poruchami v rámci center duševního zdraví?

Teoretická část se v první kapitole zabývá sociální prací v oblasti péče o duševní zdraví, klasifikací jednotlivých poruch, a to především těch, které patří do okruhu vážných duševních onemocnění (SMI), protože lidé s těmito poruchami jsou prioritní cílovou skupinou center duševního zdraví. Další kapitola je zaměřená na centra duševního zdraví, a to především na jejich principy a na složení týmu. Poslední a stěžejní kapitola práce je věnována case managementu. Jsou v ní popsány jednotlivé modely case managementu, role case managera, zásady case managementu a jeho fáze.

Praktická část se zabývá přínosy case managementu z pohledu case managerů sociálních pracovníků, kteří pracují v centrech duševního zdraví. Pro získání potřebných dat byly provedeny polostrukturované rozhovory.

1 Sociální práce s klienty s duševními poruchami

I když sociální práce s řadou oborů, které se rovněž zabývají životem člověka, sdílí informace a postupy, zaujímá mezi nimi samostatné postavení. Sociální práce se liší od ostatních disciplín zaměřením na sociální fungování. Základem konceptu sociálního fungování, který šířila Harriet Barlettová, je názor, že lidé a prostředí jsou ve stálé interakci, a toto prostředí na ně klade určité požadavky, na které jsou nuceni odpovídat. Sociální pracovník poskytuje podporu v situacích, kdy lidé nezvládají požadavky svého prostředí, ale rovněž působí na nároky prostředí v případě, kdy jsou neadekvátní. (Navrátil, 2001, s. 12)

Sociální práce, psychiatrie i psychologie mají vliv na vztahy, emoce i vnitřní stavy klientů s duševními poruchami. Psychiatrie se soustředí na patologii a léčení nemoci na medicínské bázi formou léků či hospitalizace. Psychologie se zaměřuje na jednotlivce a na faktory, které ovlivňují jeho chování. Sociální pracovník usiluje o podporu a obnovu sociálního fungování a využívá veškerých komunitních zdrojů a sociálních vztahů, v níž se klient vyskytuje, k vyřešení problému. (Navrátil, 2001, s. 21-23)

Klienta s duševní poruchou tedy podporují odborníci z různých oborů. Multidisciplinaritě v centrech duševního zdraví se bude věnovat jedna z podkapitol.

1.1 Duševní porucha

Před pojmem „duševní porucha“ byl nejprve v klasifikačním systému MKN-10 používán termín „duševní nemoc“. (Malá, Pavlovský, 2010, s. 23) Organizace uživatelů psychiatrických a sociálních služeb se ovšem vyhlašují k používání pojmu „duševní nemoc“, neboť tento pojem podporuje nadřazenost medicínského modelu, jak uvádí ve své publikaci Matiaško a Maroš (2010, s. 27). Mentzos (2012, s. 14) poukazuje na to, že pojem „porucha“ nahradil pojem „onemocnění“ z důvodu eliminace stigmatizace vycházející z označení člověka jako nemocného ve smyslu méněcenného. Pojem „porucha“ avšak zdůrazňuje jakousi dysfunkčnost, tedy poruchu funkčnosti. V odborných publikacích se však setkáváme s oběma termíny.

„Duševní porucha je charakterizována klinicky rozpoznatelným souborem příznaků (symptomů) nebo poruchou chování, které narušují funkci a jsou často spojeny s pocitem tísně“ (Malá a Pavlovský, 2002, s. 23). Duševní porucha zasahuje nejen do psychiky a psychických procesů jako je vnímání, myšlení, vůle, motivace, ale i do vnímání svého vlastního těla, sociálního fungování či smyslu života. (Vander in Matoušek, 2013, s. 400)

1.2 Sociální pracovník a orientace v psychopatologii

Tato kapitola se zabývá tím, proč je důležité, aby sociální pracovníci uměli rozlišovat příznaky duševních chorob, ale zároveň poukazuje na profesní konflikt a napětí, které mohou sociální pracovníky pracující s touto cílovou skupinou doprovázet v souvislosti s používáním diagnóz.

„Konflikt vychází z potřeby zachovat si svou profesní identitu a zaměření na sociální fungování a zároveň rozumět potřebám této specifické cílové skupiny“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 21). Někteří sociální pracovníci mají k užívání psychiatrických diagnóz velmi rozporuplný vztah. Může tomu přispívat diagnostika postavená na principu normalita versus abnormalita nebo souvislost diagnóz s možným nálepkováním a stigmatizací. (Probstová, Pěč, 2014, s. 20–22) Vander (in Matoušek 2013, s. 400) k tomu uvádí, že je důležité neztotožňovat klienta s jeho nemocí prostřednictvím používání pojmů, jako je například schizofrenik, neurotik atd.

Probstová (in Matoušek 2010, s. 136) i Valentová (in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 126) se shodují na tom, že i přes vědomí těchto uvedených napětí je pro sociální pracovníky užitečné znát základy psychopatologie.

Probstová a Pěč (2014, s. 17–22) uvádějí konkrétní důvody, proč může být znalost symptomatiky a dynamiky duševních onemocnění přínosná. Jedním z nich může být fakt, že v případech, kdy jsou klienti zbaveni svéprávnosti, se sociální pracovníci často stávají jejich opatrovníky. Sociální pracovníci rovněž hrají roli při posuzování nároku na příspěvek na péči, kdy neznalost průběhu onemocnění a symptomů může mít vliv na osud klientů. Sociální pracovník tak může díky znalosti diagnózy například lépe rozeznat, že klient není líný, ale že oslabená výkonnost souvisí s depresivním stavem. Nebo při znalosti příznaků hraniční poruchy, kterými mohou být *„...náchylnost k angažovanosti v intenzivních a nestálých vztazích, které často vedou k emočním krizím, střídání poloh vše dobré a vše špatné v prožívání sebe a okolí“* (Probstová, Pěč, 2014, s. 22), může být pracovník aspoň částečně na tyto výkyvy připraven. V takových případech se původní idealizace pracovníka a pouhá iluze vytvoření výjimečného vztahu může rychle změnit na hněv a útok ze strany klienta. Corcoran a Walsh (2010, s. 3) ještě doplňují, že znalost klasifikace nemocí může být přínosná pro lepší komunikaci mezi sociálními pracovníky a ostatními odborníky. Rovněž poukazují na důležitost kritického myšlení v diagnostickém procesu a zvažování diagnózy způsobem, který je v souladu s hodnotami sociální práce, kterými jsou zaměření na silné stránky, zájem o hodnotu a důstojnost jednotlivců

a pochopení vlivu prostředí na chování člověka.

1.3 Klasifikace duševních poruch

Klasifikace duševních poruch vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize), v rámci které jsou duševní poruchy jedním celkem, který je označen písmenem F, jež značí kód.

Dělení do jednotlivých podkategorií dle MKN-10 je následující:

F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

F90–F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

Tato práce se zaměří především na diagnózy, které spadají do vážných duševních onemocnění, označované jako SMI (z anglického Severe/Serious Mental Illness). Osoby s SMI jsou cílovou skupinou center duševního zdraví.

Wiersma (2006, s. 115) uvádí, že definice SMI obvykle obsahuje tato 3 kritéria: psychiatrická diagnóza, délka trvání onemocnění více než 2 roky, funkční narušení (skóre GAF \leq 70, GAF= nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění). Ke kritériu diagnóza je třeba ještě dodat, o které skupiny diagnóz se podle u nás užívané MKN-10 jedná: F2 schizofrenní onemocnění, F3 afektivní poruchy a eventuálně i F42 obsedantně-kompulzivní poruchy a F6 specifické poruchy osobnosti. (MZ ČR, 2017, s. 5)

1.3.1 Schizofrenní onemocnění

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“ (Vágnerová, 2008, s. 333).

Příznaky schizofrenních onemocnění můžeme dělit na pozitivní a negativní. Pozitivní

symptomy jsou ty, u kterých se předpokládá, že jsou odrazem zvýšené aktivity různých oblastí mozku. Patří sem bludy, halucinace, zmatená řeč, narušená kontrola chování atd. Negativní symptomy naopak vznikají jako důsledek útlumu těchto aktivit mozku. Mohou jimi být sociální stažení, abulie, zpomalenost myšlení, útlum emočních reakcí nebo ochuzení řeči. (Vágnerová, 2008, s. 336–337) Člověk se schizofrenním onemocněním častokrát nedokáže rozlišovat podstatné a nepodstatné podněty, má „*narušený filtr třídění informací*“ (Mahrová, 2008, s. 75). Komunikace pro něj pak může být v mnohém vyčerpávající.

1.3.2. Afektivní poruchy

MKN-10 do těchto poruch zařazuje tyto okruhy: manickou a depresivní fázi/epizodu, bipolární afektivní poruchu, periodickou depresivní poruchu a trvalé poruchy nálad.

Přítomnost pouze manických epizod je ojedinělá, zpravidla se jedná o fázi bipolární afektivní poruchy. Člověk v manické fázi je často velmi aktivní, nesoustředěný, přeceňuje své možnosti a schopnosti a může se u něj projevit podrážděnost i poruchy spánku či stravy, protože má pocit, že na to není čas. V této fázi mohou vzniknout u klienta problémy například v oblasti financí a dluhů, vztahů či závazků. Sociální pracovník rozsah těchto „škod“ mapuje a pomáhá klientovi vypořádat se s jejich důsledky. (Probstová, Pěč, 2014, s. 67–72)

Deprese je nejčastější duševní poruchou a depresivní prožívání doprovází i další psychické poruchy. Vágnerová (2014, s. 357–363) popisuje, že deprese se projevuje poklesem energie a aktivity a změnou nálady. Dále uvádí, že lidé s depresí ztrácejí schopnost radovat se, prožívají pocity beznaděje, zoufalství, bezmoci, negativně hodnotí sebe i své okolí, mohou trpět i somatickými potížemi a mít sklony k sebepoškozujícímu či sebevražednému jednání.

Sociální pracovníci pomáhají klientům trpícím depresí vypořádat se s řadou obtíží doprovázejících jejich poruchu. Mohou jimi být omezení sociálních kontaktů, pracovní zneschopnění, obtížné udržení vztahů a nenaplnění rolí. Sociální pracovník rovněž hodnotí rizika suicidia.

Bipolární poruchu charakterizuje Mahrová (2008, s. 79) střídáním manických a depresivních fází, kdy je narušena úroveň aktivity i nálada. Dále uvádí, že mezi těmito dvěma epizodami bývá i období remise, kdy se neprojevují žádné příznaky mánie ani deprese.

Při periodické depresivní poruše dochází k opakování depresivních fází různé hloubky. Symptomy trvalých poruch nálady jsou podobné jako u depresivní fáze ale méně intenzivní. Člověk s touto diagnózou se většinou léčí u ambulantního psychiatra, nedochází u něj k hospitalizaci a nepotřebuje podporu sociálního pracovníka. (Probstová, Pěč, 2014, s. 77–78)

1.3.3. Obsedantně-kompulzivní porucha

Lidem s obsedantně-kompulzivní poruchou (Obsessive Compulsive Disorder = OCD) se do mysli vkrádají myšlenky a představy, které jim nejsou příjemné a považují je za nesmyslné a přehnané. Tyto představy označujeme jako obsese, které se mohou objevit po celé řadě spouštěcích podnětů. Člověk s OCD se obsesí snaží zbavit nebo je neutralizovat. K tomu využívá určité úkony či stereotypní myšlenky, které stále opakuje a které nazýváme „rituálem“ či „kompulzí“. Po vykonání rituálu se člověku uleví, ale pouze na krátkou dobu než se znovu objeví obsese a opět má potřebu ji neutralizovat. Neutralizace může probíhat také pouze v myšlenkách. Kompulzivní chování může být nápravné (mytí rukou), preventivní (kontrola kohoutků, sporáků, zámků), nebo ujišťující se (že nenastane potencionální nebezpečí). Většina osob s OCD si uvědomuje, že je jejich chování iracionální, přesto však mají strach z následků v případě vynechání. (Praško a kol., s. 16–28)

„Doména práce sociálního pracovníka je oblast práce s rodinou, která je zaměřena na stresory, jež mohou symptomy vyvolávat nebo zvyšovat“ (Probstová, Pěč, 2014, s. 105).

1.3.4. Specifické poruchy osobnosti

U člověka s poruchou osobnosti se projevuje určitý vzorec chování, který je neslučitelný s očekáváním společnosti. Má problémy udržet a vytvářet vztahy a projevat v nich empatii. (Venglářová, 2008, s. 85) Do specifických poruch patří: paranoidní, schizoidní, emočně nestabilní, histrionská, anankastická, anxiózní (vyhýbavá), závislá porucha a jiné poruchy osobnosti. Dle Probstové a Pěče (2014, s. 120) se sociální pracovníci mohou setkávat nejčastěji s hraniční nebo narcistní poruchou. Hraniční porucha osobnosti je jednou z emočně nestabilních poruch, pro kterou je charakteristická emoční nestálost, porucha představy o sobě s neustálou snahou vyhnout se samotě a naplnit tak vnitřní prázdnotu. Narcistická osobnost má potřebu neustáleho obdivu, využívá svého okolí ke svému prospěchu a nepřijímá kritiku. Tuto poruchu řadíme do jiných poruch osobnosti.

(Probstová, Pěč, 2014. s. 2014)

1.4 Systém péče o klienta s duševními poruchami a role sociálního pracovníka v něm

Do systému péče o klienta by měli být zapojeni všichni, kteří jsou s klientem v úzkém kontaktu a kteří tvoří jeho sociální svět. Tím je myšlena například rodina, přátelé nebo komunita. Duševní poruchy však většinou vyžadují i pomoc odbornou, a to ve formě pracovníků různých pomáhajících profesí či v prostředí různých zařízení a organizací, které nabízejí své služby. (Mahrová, 2008, s. 44–45) Dle Probstové (in Matoušek, 2010, s. 135) sociální pracovník pracuje s lidmi s duševními poruchami v psychiatrických nemocnicích, na psychiatrických odděleních nemocnic, v léčebných komunitách a v komunitních zařízeních, kam spadají denní stacionáře, krizová centra, centra denních aktivit. Mahrová (2008, s. 46) doplňuje, že pokud je člověk s duševní poruchou hospitalizován, sociální pracovník zařizuje návaznou péči, která může probíhat ve specializovaném doléčovacím zařízení, v chráněném bydlení či formou podporovaného samostatného bydlení a domácí péče. Vzhledem k roku vydání předešlých dvou zmiňovaných publikací ve výčtu služeb chybí centra duševního zdraví, která začala vznikat až v posledních letech. Podrobněji budou centra popsána v následující kapitole.

Kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi a o prostředí, ve kterém funguje včetně informací o jeho blízkých osobách. Měl by být schopen sestavit a realizovat plán intervencí a postupně jej vyhodnocovat. Efektivně komunikuje s odborníky, institucemi a orientuje se v systému sociálního zabezpečení, legislativě a sociální politice. Sociální pracovník se také podílí na tvorbě krizového plánu a v neposlední řadě spolupracuje s rodinou. (Probstová in Matoušek, 2010, s. 137–138) Nejen u rodiny, ale i u klienta může hrát roli sociální pracovník v procesu psychoedukace. *„Sociální pracovník přináší širší pohled na příčiny onemocnění, jeho kontext a dopady, protože nebývá úzce soustředěn na symptomy a jejich kontrolu“* (Pěč, Probstová, 2014, s. 73).

2 Centra duševního zdraví

Jedním z hlavních pilířů Strategie reformy psychiatrické péče jsou právě centra duševního zdraví (CDZ), která si kladou za cíl lidem s vážným psychickým onemocněním poskytnout jak zdravotní, tak sociální služby, a to v jejich přirozeném prostředí tak, aby se předcházelo stavům, které by vyústily v hospitalizaci. (MZ, 2013, 2016)

V současné době (5/2021) je v ČR 29 center duševního zdraví. Není to ale konečné číslo. Cílem Strategie je vybudovat 1 CDZ na 100 000 obyvatel a v některých regionech dokonce 1 CDZ na 80 000 tak, aby mohlo docházet k efektivnímu poskytování služeb. (MZ, 2013, s. 42)

V CDZ je poskytováno několik druhů služeb. Pro mobilní služby je charakteristická dlouhodobá péče prostřednictvím psychiatrické a sociální rehabilitace jak v přirozeném prostředí, tak v institucích, kde může probíhat příprava na propuštění a další spolupráci. Dále může CDZ provozovat centrum denních aktivit, kde mohou probíhat denní služby ve formě různých aktivit včetně volnočasových. Prostřednictvím krizových služeb je klient podpořen v krizi, čímž se může předejít i hospitalizaci. Časová dostupnost krizového telefonu je 24 hodin 7 dní v týdnu. CDZ může mít i 2–8 krizových lůžek. V neposlední řadě CDZ poskytuje služby psychiatrické a klinickopsychologické ambulance. (MZ, 2016, s. 38–39)

2.1 Základní principy v CDZ

- **Prioritní skupina klientů/pacientů**

Do cílové skupiny CDZ patří lidé s vážným duševním onemocněním (SMI), lidé s rizikem rozvoje SMI a lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci, kterým je v rámci CDZ poskytnuta krizová intervence a následně jsou předáni do další péče. (MZ, 2017, s. 4–5) Ze všech odvětví psychiatrie je skupina lidí s vážným duševním onemocněním nejvíce zasažena důsledky své nemoci. Často se u nich projevuje syndrom otáčivých dveří, kdy dochází k opětovným hospitalizacím a dlouhodobým pobytům v zařízeních různého typu. Je tedy nezbytné, aby byl tým CDZ k dispozici právě této nejvíce potřebné skupině a vhodně rozlišoval, zda klient, který má o službu zájem, opravdu do této skupiny patří, protože poptávka po multidisciplinárních týmech je větší, než jakou jsou schopni zajistit. Rovněž je třeba sledovat, zda opravdu klient stále potřebuje podporu týmu, nebo je schopný kvalitně žít i bez jeho intervencí a v takovém případě klienta předat do péče méně intenzivních služeb. (MZ, 2017, s. 7)

- **Asertivita**

Tým CDZ nepodporuje pouze lidi, kteří službu vyhledají sami, ale aktivně osoby s vážným duševním onemocněním prostřednictvím spolupráce s různými subjekty včetně sociálních služeb či lůžkových psychiatrických oddělení vyhledává. (MZ, 2017, s. 7) Ukropová a Novák (2019, s. 182) dodávají, že v praxi to může vypadat i tak, že okolí, kterým může být rodina, sousedi, policie, upozorní na specifické chování určitého člověka a tým jej na základě toho osloví nehledě na to, jestli bude daný člověk o spolupráci vůbec stát. Asertivita je rovněž jednou z velmi důležitých zásad case managementu.

- **Regionalita**

Aby mohla být práce týmu kvalitní a mohlo docházet k aktivnímu vyhledávání klientů, je třeba jasně vymezit spád, za který je tým zodpovědný. Určení spádové oblasti je důležité i pro navazování spolupráce s dalšími službami v daném regionu. (MZ, 2017, s. 8)

- **Spolupráce s dalšími službami**

Aby byly zajištěny všechny oblasti člověka s vážným duševním onemocněním v různých obdobích, je spolupráce mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb zásadní. Nejčastěji tým CDZ spolupracuje s ambulantními psychiatry a s psychiatrickým oddělením či psychiatrickou nemocnicí poskytující lůžkovou péči. (MZ, 2017, s. 8) V případě nemocnic je však důležité, aby se „*překonal zajetý stereotyp váš – náš klient/pacient a aby byla zajištěna kontinuita a logika podpory klienta/pacienta*“ (MZ, 2017, s. 8). Tým spolupracuje i se službami návaznými, kterými mohou být služby podpory bydlení, denní stacionáře ale i praktický lékař.

- **Využívání všech zdrojů komunity**

Tým CDZ by měl zabránit tomu, aby lidé s duševním onemocněním žili pouze v odstriženém světě služeb duševního zdraví. Je důležité klienty podporovat ve využívání různých forem pomoci a podpory, které jsou v dané komunitě běžně dosažitelné. Zároveň je ale potřeba pracovat i na odbourávání mýtů a předsudků vůči lidem s duševním onemocněním, které se v různých zdrojích komunity mohou objevovat. (MZ, 2017, s. 10)

- **Práce s rodinou**

Rodina může hrát v procesu podpory klienta v rámci CDZ významnou roli. S členy rodiny je třeba zacházet jako s rovnocennými partnery a uznávat a oceňovat jejich zkušenosti s péčí o svého blízkého s vážným duševním onemocněním. Rodiny často zažívají pocity beznaděje a ztráty svého příbuzného, který se změnil vlivem duševní poruchy. I s tímto je

třeba pracovat a poskytovat rodinám relevantní informace. Rovněž je nezbytné posilovat komunikaci mezi rodinou a klientem a upozorňovat na právo klienta o sobě rozhodovat, protože je časté, že osoba s duševním onemocněním je z diskuzí o sobě samém vynechávána. (Leggat, 2002, s. 53–54) I když je spolupráce s rodinou velmi důležitá, je třeba se vyvarovat naplňování potřeb rodiny na úkor klienta. Úkolem týmu je především hájit zájmy a přání klient, a to i co se týče míry zapojení rodiny. (MZ, 2017, s. 12)

- **Ohled na etiku a lidská práva**

Veškerá péče, která je v CDZ poskytována, musí být v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a Listinou základních práv a svobod. Tým CDZ by měl vytvářet prostředí, kde budou respektována lidská práva a důstojnost. (MZ, 2017, s. 12)

K principům CDZ patří i multidisciplinarita, případové vedení (case management) a zapojení peer pracovníků. Tyto oblasti budou podrobněji rozebrány v následujících kapitolách.

2.2 Multidisciplinární tým

Jádrem center duševního zdraví je spolupráce týmu, který je schopen poskytnout jak zdravotní, tak i sociální služby. Součástí týmu jsou psychiatři, kliničtí psychologové, psychiatrické sestry, sociální pracovníci, pracovní konzultanti, peer konzultanti, případně pracovníci v sociálních službách. Díky specifickým znalostem a dovednostem každého člena týmu se mohou pracovníci obohacovat o rozmanité pohledy a mohou klientovi nabídnout širokou škálu pomoci. (MZ, 2017, s. 10) Crompton (in France, Kramer, 2001, s. 159) poukazuje na to, že i když je každý člen týmu odborníkem především ve své oblasti, přesto jsou znalosti a dovednosti, které by měli mít všichni společné. Patří k nim například základní znalost psychopatologie a poradenské, komunikační či pozorovací dovednosti. Tým pracuje formou case managementu. (MZ, 2016, s. 36)

2.2.1 Složení a kompetence týmu

Psychiatr

Za zdravotní péči poskytnutou klientovi/pacientovi, je zodpovědný psychiatr, který posuzuje rizikovost stavu, indikuje nedobrovolné hospitalizace a určuje postupy v období krize a relapsu. Psychiatr je k dispozici nejen klientům, ale i svým kolegům ke konzultacím, a z toho důvodu by měl být řádným členem týmu a nikoliv pouze externistou.

Psychiatr nebývá v roli case managera. (MZ, 2017, s. 13)

Psychiatrická sestra

Značná část činností psychiatrické sestry plyne z její role case managera, která je popsána v následující kapitole. Psychiatrická sestra by měla umět rozlišit projevy zlepšení či zhoršení psychického stavu a následně zajistit nezbytná opatření v případě, že je klient nebezpečný vůči sobě nebo okolí. Klienta/pacienta podporuje v přizpůsobení se změnám způsobeným duševní poruchou a edukuje ohledně péče a prevence jak klienta, tak rodinu. (MZ, 2017, s. 14) Liberman a kol. (2001, s. 1337) doplňují, že vzhledem k tomu, že sestry mají obecně více příležitostí být v přímém kontaktu s klienty užívající léky, je důležité, aby byly školené v rozpoznávání a sledování jejich terapeutických i vedlejších účinků.

Sociální pracovník

I sociální pracovník zastává v CDZ roli case managera. Pracuje s jednotlivcem, sociální sítí klienta a hledá zdroje v komunitě. Podporuje klienta v dosažení cílů a uskutečnění plánu. (Probstová in Matoušek, 2010, s. 143) Dále provádí sociální šetření, poskytuje sociální poradenství a s klientem nacvičuje sociální dovednosti. Klientovi také pomáhá vyřizovat dávky či řešit dluhové problémy. (MZ, 2017, s. 14)

Klinický psycholog

Práce psychologa spočívá především ve vedení individuální, rodinné či párové terapie. Dále provádí psychodiagnostiku a vyjadřuje se k léčebnému postupu a naplánovaným intervencím. Klinický psycholog nezastává roli case managera. (MZ, 2017, s. 15)

Peer konzultant

„Peer pracovníci jsou lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje“ (Foitová a kol., 2014, s. 11). Pracuje jak s klientem a jeho rodinou, tak s týmem. Klienta motivuje a podporuje především skrze svůj osobní příběh. Rodině a okolí klienta nabízí pohled člověka, který si prošel něčím podobným, což může vést k většímu vzájemnému porozumění a k naději, že dojde ke zlepšení. I do multidisciplinárního týmu vnáší pohled druhé strany a poskytuje zpětnou vazbu. (Foitová a kol., 2014, s. 15)

Pracovní konzultant

Součástí multidisciplinárního týmu je také pracovní konzultant nazývaný někdy jako IPS pracovník. Metoda IPS staví na názoru, že pokud je lidem s duševním onemocněním poskytnuta dostatečná podpora a pracovní pozice je uzpůsobena jejich možnostem, i oni mohou pracovat. (FOKUS ČR, 2014, s. 5)

Pracovní konzultant kromě týmu spolupracuje především se zaměstnavateli, pracovními agenturami, úřady práce a organizacemi, které poskytují chráněná místa a trénink duševně nemocným. (FOKUS ČR, 2014, s. 17)

3 Case management

3.1 Vymezení pojmu case management

V odborné literatuře se můžeme setkat s mnoha různými definicemi toho, co case management (CM) znamená. Lukersmith a kol. (2016, s. 1) zmapovali relevantní literaturu týkající se CM z let 1988-2013. Data byla analyzována až do chvíle, kdy se přestaly objevovat nové informace, a výsledkem bylo 22 definic, 5 modelů, 69 aktivit či úkolů case managerů a 17 klíčových komponentů. *„Existující pojetí case managementu nenabízí žádnou jednotnou teorii nebo filozofii, možná i proto jsou různá pojetí tak odlišná. Case management ve světě vznikl jako odpověď na pragmatickou potřebu lépe koordinovat služby (popřípadě i neformální podporu) v rámci určité lokality“* (Nepustil, 2013, s. 20). Obrátíme-li pozornost na case management ve spojitosti s péčí o duševní zdraví, Stuchlík (in Pěč, Probstová s. 140) definuje case management, který je v české literatuře někdy označován jako případové vedení, jako *„...metodu koordinace služeb a způsob práce s lidmi, jimž závažné duševní onemocnění způsobuje potíže v řadě oblastí života“*. Onyett (1992, s. 3) jej vymezuje jako způsob přizpůsobení pomoci při plnění individuálních potřeb přenesením zodpovědnosti za koordinaci služeb na jednotlivého klíčového pracovníka nebo tým. Pemová a Ptáček (2012, s. 39) uvádí, že CM se využívá v situacích, ve kterých je potřeba aktivně zapojit klienta i multidisciplinární tým. Klíčový pracovník koordinuje služby, které poskytují podporu klientovi, a to vše za předpokladu, že se všech fází procesu účastní i sám klient.

3.2 Modely case managementu

3.2.1 Brokerský model

Název tohoto modelu je odvozen od slova *brokerage*, což v češtině znamená *zprostředkování*. V tomto případě se jedná hlavně o zprostředkování služeb. Case manager má 40 a více klientů, z čehož vyplývá, že účelem modelu není navázání intenzivního vztahu s klientem. Rovněž v modelu není požadována multidisciplinarita týmu a asertivní nabídka podpory a pomoci. (Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009, s. 142–144). Dle Haasové (in Janoušková, Nedělníková, 2008, s. 309) závisí úspěšnost na kvalitě a počtu dostupných služeb v regionu. V péči o duševní zdraví se tento model nepoužívá. Můžeme se s ním setkat například u Probační a mediační služby ČR.

3.2.2 Klinický case management

Jak už sám název napovídá, tento model se orientuje na klinickou problematiku. Některé služby jsou v tomto modelu poskytovány přímo case managery, proto je zde kladen větší důraz na jejich schopnosti a dovednosti a spolupráci v týmu. (Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009, s. 142–144) Znalosti a dovednosti musí mít dle Kantera (in Brandell, 2010, s. 562) case manager především v oblasti psychoterapie, psychofarmakologie a psychosociální rehabilitace. Dále Kanter zdůrazňuje, že v tomto modelu nejde pouze o koordinaci služeb, ale o holisticky pojaté intervence zaměřené na biologické i psychické faktory.

3.2.3 Intenzivní case management

Intenzivní case management (ICM) je dle Stuchlíka (in Pěč, Probstová, 2009, s. 143) v porovnání s klinickým modelem, který je orientován na řešení klinických otázek, více zaměřen na podporu klienta v jeho sociální síti. Organizačně je s ním však totožný.

3.2.4 Case management založený na silných stránkách klienta

Hlavními rysy tohoto modelu jsou dle Veldhuizena a Bählera (in Vavřinková, 2017, s. 68) důraz na klientovy silné stránky místo důrazu na patologii, postupy vedoucí k vlastnímu sebeurčení klienta a důležitý je i vztah mezi klientem a case managerem. Upřednostňují se přirozené zdroje podpory klienta v komunitě v podobě rodiny, zájmového spolku, církevního společenství atd. Organizační uspořádání je opět stejné jako u předchozích dvou modelů. (Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009, s. 143)

3.2.5 Asertivní komunitní léčba

U tohoto modelu se používá zkratka ACT z anglického spojení Assertive Community Treatment. „*Model ACT je indikován u přibližně 20 % osob s nejzávažnějšími formami duševního onemocnění v rámci dané komunity, zejména u obtížně zapojitelných pacientů, u nichž aktuálně hrozí riziko hospitalizace, vzniku bezdomovectví či zanedbání péče*“ (Veldhuizen, Bähler, 2017, s. 5). Charakteristické rysy tohoto modelu jsou asertivní vyhledávání a kontaktování klientů, nepřetržitá dostupnost služby a multidisciplinární tým v rozsahu 10–12 plných pracovních úvazků. S klientem pracuje celý tým, nikoliv jeden case manager. Tým je schopen většinu služeb zajistit sám, není zde kladen důraz na zprostředkování dalších služeb. ACT model patří mezi přístupy podložené důkazy (evidence based practise). (Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009, s. 143–144)

3.2.6 Flexibilní asertivní komunitní léčba

Model FACT nabízí služby celé cílové skupině dlouhodobě vážně duševně nemocných (SMI). Zahrnuje nejen oněch 20 %, se kterými pracuje model ACT, ale i zbývajících 80% těch, kteří aktuálně intenzivní podporu nepotřebují. Veldhuizen a Bähler (in Vavřínková, 2017, s. 5) v souvislosti s tím popisují flexibilní systém přepínání, který umožňuje kombinaci péče o obě skupiny uživatelů a který se skládá ze dvou režimů poskytování péče. Prvním z nich je individuální case management, při kterém se však využívá i podpory a péče multidisciplinárního týmu. V druhém režimu je klient v intenzivní péči a tým se každý den schází při poradách, na kterých je diskutováno, jakou formu péče pro klienta zvolit a kdo se na ní bude podílet. Jména těchto klientů jsou zapsána na tabuli (FACT board). Carboch (2020, s. 30) popisuje tuto tabuli jako speciální databázi, kde jsou shromažďovány všechny podstatné údaje týkající se poskytování a koordinace intenzivní podpory.

Pro česká CDZ není žádný konkrétní model závazný. „*FACT model se ovšem stal důležitou inspirací pro metodické dokumenty popisující činnost CDZ a řada českých služeb v oblasti sociální psychiatrie je jím výrazně ovlivněna*“ (Novák a Ukropová, 2019, s. 183).

3.3 Case manager

Walsch a Holton (in Szotáková, 2014, s. 67) uvádějí, že case managerem mohou být sociální pracovníci, zdravotní sestry, psychologové a další pomáhající pracovníci. V rámci péče o osoby s duševním onemocněním tuto roli nejčastěji zastává sociální pracovník nebo psychiatrická sestra. (MZ, 2013, s. 70)

3.3.1 Role case managera

Goger a Tordy (in Hubíková, 2018, s. 42–43) představují 6 rolí, které case manager zaujímá ve vztahu ke klientovi v jednotlivých fázích. Role case managera se mění v návaznosti na zlepšování klientovy schopnosti řídit svůj život. Čím více je klient schopen rozhodovat o svém životě, tím menší míru direktivity vůči němu case manager uplatňuje. Role case managera jsou následující:

1. Implementátor - v této roli se case manager snaží realizovat naplánované kroky.
2. Instruktor - v rámci této role s klientem pracuje na zlepšování schopností klienta

v oblasti zvládání situací, se kterými se v rámci svých problému může klient setkat, a trénuje s ním žádoucí jednání a postupy.

3. Průvodce - ve spolupráci s klientem v této roli case manager hledá vhodné služby, které by naplnily klientovy potřeby, a poskytuje mu potřebné poradenství.
4. Procesor - v této roli case manager klienta povzbuzuje k reflektování zkušeností se službami, které využívá, a k formulaci svých požadavků. Odbornost case managera zde může být využita k posouzení kvality služeb.
5. Informátor - v rámci této role je case manager specialistou na podávání informací takovým způsobem, aby byly pro klienta pochopitelné.
6. Podpora - v poslední roli je case manager zdrojem opory pro klienty, kteří již prokázali dostatečnou míru zodpovědnosti a soběstačnosti.

Hubíková (2018, s. 43) popisuje toto střídání rolí jako „*vysoce náročnou činnost, rizikovou např. z hlediska rolového přetížení*“. Case manažer má totiž najednou nastrosti několik klientů, kteří se nachází v různých fázích, a tak musí být ve vztahu k jednotlivým klientům v různých rolích.

3.3.2 Kompetence case managera

Case manager by měl dokázat vytvořit a naplňovat spolu s klientem i kolegy plán zotavení. Měl by se průběžně sebevzdělávat v tématech týkajících se duševně nemocných a nových metod práce s nimi, aby byl schopen provádět osvětu o těchto věcech v rámci sociálního zázemí klienta. Důležitá je i schopnost koordinovat další pomoc a podporu, spolupracovat s dalšími službami a motivovat klienta k zapojení se do tohoto procesu. (MZ, 2017, s. 17) Eack (2013, s. 10) a Summers (2012, s. 6) se shodují na tom, že aby mohl case manager tyto služby efektivně koordinovat a spolupracovat s nimi, musí mít přehled o tom, jaké aktivity, zdroje a služby v dané komunitě jsou, a systematicky je evidovat, aby mohly být tyto informace užitečné i pro ostatní kolegy.

3.4 Zásady case managementu

Níže uvedené zásady popsali autoři Rapp a Wintersteen (in Stuchlík, 2001, s. 17).

1. Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii

Je důležité zaměřit se na klientovy individuální zkušenosti a schopnosti. Diagnóza nevypovídá o potřebách a potížích klienta a může být stigmatizujícím prvkem.

2. Podstatný je vztah klienta a case managera

Case manager by si měl uvědomovat, že čím více bude klient v postavení partnera, a nikoliv pouhého příjemce podpory, tím více budou intervence odpovídat klientovým skutečným potřebám a přáním. (Stuchlík, 2001 s. 17) K tomu, aby byl vztah na partnerské úrovni, je zapotřebí klienta posilovat a zkompetentňovat. K rozvinutí dobrého vztahu s klientem je důležité i posílení důvěry, otevřené komunikace, jednání s respektem a bez hodnocení. (Eack a kol., 2013 s. 10)

3. Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí

Je nezbytné naslouchat přáním a volbě klienta a jednat v souladu s nimi, kdykoliv je to možné. Case manager se však dostává i do situací, kdy musí činit rozhodnutí, která jsou s přáním klienta v rozporu, ale přesto v jeho prospěch. Jedná se například o situace, kdy je klient nebezpečný pro sebe nebo své okolí, což může být důvodem k nedobrovolné hospitalizaci.

4. Asertivita intervencí

Je důležité kontaktovat a hledat i klienty, kteří mají závažné onemocnění, ale nejsou v síti zdravotních či sociálních služeb. Nelze spoléhat na to, že klient vyhledá podporu sám. Stejně tak, když se klientův stav zhorší a nedostaví se na domluvené schůzky, není to důvod pro ukončení spolupráce, ale je třeba jej vyhledat. Aby case manager měl přehled o aktuálním stavu klienta, je zapotřebí si s klientem sjednávat schůzky v různých prostředích.

5. Lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat

Case manager by měl klienta motivovat ke změně a pracovat se zachovanými dovednostmi a schopnostmi, které by ke změně k lepšímu mohly přispět.

6. Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity.

Úsilí case managera by mělo směřovat k vyhledání přirozených zdrojů a nikoliv pouze služeb pro duševně nemocné. I v této oblasti je třeba brát v potaz klientovy potřeby. Case manager tedy může podporovat klienta například ve smysluplném vyplnění volného času prostřednictvím zapojení sociálního okolí klienta ve sportovním klubu, knihovně či kavárně.

3.5 Fáze case managementu

Podle Stuchlíka (in Pěč, Probstová, 2009, s. 147) jsou fáze práce s klientem v rámci case managementu stejné jako u psychosociální rehabilitace. Řadí se mezi ně mapování potřeb klienta, stanovení cílů, plánování intervencí, realizace plánu a hodnocení dosažených výsledků. V case managementu je však kladen větší důraz na budování vztahu case managera jako klíčového pracovníka a klienta.

Vznik vztahu

Aby case manager mohl vytvořit vhodné podmínky pro vznik jeho vztahu s klientem, je třeba se předem na první schůzku připravit, tzn. sehnat všechny dostupné informace o klientovi ještě před prvním kontaktem s ním a vybrat vhodné místo. Pro ostatní fáze však platí, že nejlepším zdrojem informací je klient sám.

Domov je často pro klienta místo, kde se dokáže uvolnit, zároveň může být pro case managera přínosné pozorovat klienta v jeho přirozeném prostředí a zapojit i další osoby v domácnosti. Je ale důležité mít na paměti, že s těmito osobami může být klient i v negativním vztahu, a tak pro něj naopak mohou být překážkou k otevření se. Klient se také za svůj domov může stydět či schůzku v něm považovat za vpád do soukromí, a proto je třeba tyto věci brát v úvahu a být ve výběru místa schůzky respektující k názorům a přáním klienta.

Informace, které je třeba zjistit předem, se mohou týkat i toho, zda na určitou skupinu osob klient vzhledem ke svému onemocnění či minulosti nereaguje negativně (vysoce postavení lidé v oblecích, příslušníci určitého etnika, ženy...). V pozdějších fázích je možné na nenávisti k určité skupině lidí pracovat, ve fázi navazování vztahu je žádoucí klientovy preference brát v potaz.

Při první návštěvě, která by měla být ohlášená, je důležité i představení. Case manager by se měl nejdříve představit svým jménem a až později i svou profesí. Termínu „case manager“ by klient pravděpodobně neporozuměl a termín „psychiatrická sestra“ by v něm mohl vyvolat negativní vzpomínky na hospitalizaci, které by hned z počátku mohly v klientovi vytvořit blok. Case manager se tedy může představit jako někdo, kdo přichází klientovi pomoci. (Onyett, 1998, s. 106–108)

Klient může vnímat case managera jako další problém, a proto je důležité, aby mu case manager hned ze začátku vysvětlil, že je na jeho straně, tedy že není spojencem jiných osob. Důležité je také prokázání patřičného respektu klientovi, který může case manager

projevit například tím, že zjistí, jak si klient přeje být oslovován, nebo tím, že mu pozorně naslouchá a nehodnotí okamžitě sdělení klienta jako zkreslené duševní poruchou.

Pomoc nabídnuta case managerem je častokrát po první schůzce ze strany klienta odmítnuta. V takovém případě může case manager respektovat přání klienta a spolupráci ukončit, nebo ve svém úsilí pokračovat a pokoušet se opakovaně s klientem kontakt navázat či zařídit jinou formu pomoci. Ve chvíli, kdy je klient nebezpečný pro sebe či své okolí, to může být i hospitalizace. Někdy může pomoci i předání klienta do rukou jiného case managera nebo změna prostředí příští schůzky. (Stuchlík, 2001, s. 19–20)

Budování vztahu

Onyett (1998, s. 113) dále popisuje, že vzniklý vztah je třeba rozvíjet a upevňovat, aby z něj mohl být účinný nástroj pro společnou práci. Je důležité klientovi vysvětlit, proč k němu case manager přišel, co přesně mu může nabídnout, kde jsou limity poskytování služeb a že mohou nastat situace, kdy bude jednat proti jeho vůli, ale v jeho prospěch. *„Přání klientů si zaslouží respekt, ne vždy i naši podporu“* (Kanter in Onyett, 1998 s. 113). Další důraz klade Onyett (1998, s. 114) na vymezení hranic. Je důležité klientovi vysvětlit, že case manager mu nenabízí přátelství ani účast na jeho osobním životě. *„V case managementu mohou být nejasně vymezené hranice vztahu nebezpečné. Pokud klient cítí ve vztahu s case managerem nejistotu a nejednoznačnost, může ho to dále traumatizovat a prohlubovat jeho handicap, zejména když má problémy v hodnocení a interpretaci okolního světa“* (Stuchlík, 2001, s. 21).

Klienti nejsou často zvyklí rozhodovat sami za sebe. Case manager by měl místo předkládání hotových řešení klienta asertivně povzbuzovat k vyjádření svého názoru na dění kolem něj a dávat mu možnost volby.

Je důležité klienta podporovat v jeho nezávislosti na okolí nejen v oblasti rozhodování. Onyett (1998, s. 115) a Deitchman (in Kanter 1988, s. 17) se shodují na tom, že určitá forma závislosti na case managerovi je však v období krize klienta dokonce konstruktivní a nezbytná. Je důležité klientovi dávat najevo, že se obzvlášť v období zhoršení na case managera může obrátit a spolehnout.

Posilování vztahu je v úvodní fázi zásadní, avšak mělo by prostupovat i všechny fáze další. (Stuchlík in Pěč, Probstová, 2009, s. 147)

Mapování

Stejně jako udržování vztahu i mapování je neustálou součástí podpory klienta. Není nutné se soustředit pouze na potřeby klienta, tato oblast je však zásadní pro následné plánování. Informace, které by podle Stuchlíka (in Pěč, Probstová, 2009, s. 147) měl case manager získat v rámci mapování, spadají do těchto okruhů:

- 1) potřeby, přání, požadavky klienta,
- 2) jeho schopnosti, dovednosti, omezení,
- 3) možná rizika a hrozby,
- 4) zdroje podpory,
- 5) příležitosti a omezení vyplývající z prostředí klienta.

Dle Wilkena, Hollandera (1999, s. 71–72) se má mapování věnovat těmto životním doménám: bydlení, práce, volný čas, učení se, osobní péče, zdraví, účel a smysl, osobní vztahy.

Informace může case manager získat nejen od klienta, ale i od jeho rodiny, blízkých, z psychiatrické nemocnice, chráněného bydlení atd. Vše by však mělo probíhat se souhlasem klienta, který má nárok nahlédnout do veškerých záznamů, které jsou o něm vedeny. (Haasová in Janoušková, Nedělníková, 2008, s. 314)

Stanovení cílů

Stuchlík (in Pěč, Probstová, 2009, s. 148) uvádí tři varianty, čeho by klient mohl chtít dosáhnout:

1. něco získat, dosáhnout zlepšení v určité oblasti,
2. udržet současný stav,
3. něco zásadně změnit.

Cíle se v rámci metodologie KoPPR (Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci) dělí na celkové a specifické. Celkové cíle jsou střednědobé a dlouhodobé a zaměřují se na dosažení změny v určité životní doméně, které jsou vyjmenované výše v souvislosti s mapováním. Specifické cíle směřují k překonání bariér, které brání dosažení celkového cíle. (Wilken, Hollander, 1999 s. 81–83)

Plánování

Podle Stuchlíka (in Pěč, Probstová, 2009, s. 148) by v plánu měly být popsány jednotlivé kroky, které povedou k cíli a ke kterým budou uvedeny časové údaje. Rovněž by v nich měla být definována role jednotlivých účastníků, kteří budou zodpovědní za realizaci

těchto kroků.

Haasová (in Janoušková, Nedělníková, 2008, s. 316) považuje plán za ukazatel směru. Case managerovi plán ukazuje, jakým způsobem má klientovi pomoci. A klient se díky plánu, u kterého je důležité, aby se řídil jeho tempem a možnostmi, může soustředit na způsob, kterým budou jeho osobní cíle dosaženy.

Realizace plánu

V této fázi se jednotlivé kroky plánu naplňují. Case manager se však musí řídit především aktuální situací a potřebami klienta, neprovádí tedy s klientem pouze ty činnosti, které jsou naplánované. „*Vždy je třeba nejprve řešit akutní problémy (překážky) a až pak se vracet k práci na cílech, k sestavování nebo přepracování plánu či k jeho realizaci. Klient, kterému hrozí vystěhování z bytu z důvodu neplacení nájemného, nebude ochoten pokračovat v práci na dosažení svého přání – naučit se jezdit na koni*“ (Haasová in Janoušková, Nedělníková, 2008, s. 322). Case manager si v této fázi musí dávat pozor, aby respektoval tempo klienta, oceňoval jeho posuny a nezapomínal s ním kvůli soustředění se na realizaci kroků z plánu dále budovat vztah. (Haasová in Janoušková, Nedělníková, 2008, s. 316–317)

Hodnocení výsledků

Tato fáze slouží k ověření toho, zda jsme dosáhli určených cílů. Wilken a Hollander (1999, s. 100–102) popisují dva typy hodnocení. Hodnocení zaměřené na proces se zabývá otázkami ohledně vztahu, času a jednotlivých činností. Case manager se tak může ptát, zda byla komunikace mezi ním a klientem efektivní, zda se jim dařilo udržovat hranice, či se držet klientova tempa. Druhý typ hodnocení se zaměřuje na cíle/výsledky. Otázky se mohou týkat toho, zda byly cíle dosaženy či ne, zda byly dobře formulovány a co mohlo být případně překážkou k dosažení.

Ukončení služby

V každém modelu case managementu jsou určeny jiné podmínky, za kterých je podpora klienta ukončena. Může se jednat o agresivní či sebevražedné sklony, ale naopak i stabilizovanou situaci klienta. Při všech možnostech však platí, že klient je navázán na jinou službu či formu podpory. V ACT modelu, v rámci kterého se pracuje s 20 % osob s nejzávažnějšími formami duševního onemocnění v dané komunitě, je ukončení spolupráce minimální. (Stuchlík in Pěč, Probstová 2009 s. 150–151)

4 Praktická část bakalářské práce

Výzkumná část práce se zabývá výhodami case managementu jako formy práce, kterou využívají case manageri v centrech duševního zdraví.

Cílem výzkumu je zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, která zní: „Jaké přínosy má case managementu v sociální práci s klienty s duševními poruchami v rámci center duševního zdraví?“

4.1 Metoda výzkumu

Na základě povahy hlavní výzkumné otázky byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Tato metoda byla zvolena proto, aby bylo možné prozkoumat, jak subjektivně vnímají case manageri přínosy case managementu. „*Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky...*“ (Miovský, 2006, s. 18).

Z metod získávání kvalitativních dat bylo použito polostrukturované interview, které Hendl (2005, s. 164) charakterizuje pružností celého průběhu získávání dat, osnovou a definovaným účelem. Miovský (2006, s. 160) popisuje pružnost především v možnosti pokládat doplňující otázky, které mohou pomoci lépe porozumět tématu, které nás zajímá. Zároveň je však definované tzv. jádro interview v podobě předem stanovených otázek a témat, což poskytuje jistotu, že všechny oblasti budou prodiskutovány.

4.2 Etapy realizace sběru dat

- vytvoření hlavní výzkumné otázky
- zvolení kvalitativní formy výzkumu a polostrukturovaného rozhovoru
- stanovení 6 dílčích otázek a z nich 13 otázek do rozhovoru procesem operacionalizace
- výběr respondentů

Respondenti byli vybráni metodou záměrného výběru. Jedná se o vyhledávání takových respondentů, kteří splňují určité kritérium a zároveň jsou ochotni poskytnout rozhovor. Kritéria v tomto případě byla, že daný respondent musí být case manager sociální pracovník pracující v centru duševního zdraví. (Patton in Miovský, s. 135)

Všichni respondenti pracují v centrech duševního zdraví v Praze, konkrétně se jednalo se o CDZ organizace FOKUS. Respondenti ze čtyř center byli osloveni e-mailovou formou nebo skrze osobní kontakt s pracovníci, která v jednom z center pracuje.

- realizace rozhovorů

Rozhovory proběhly s osmi case managery ze všech čtyř CDZ, kteří zároveň pracují na pozici sociálního pracovníka. Uskutečnily se jak v prostředí jednotlivých center duševního zdraví, tak i online formou vzhledem k epidemiologické situaci. Délka rozhovorů se pohybovala mezi 22 a 55 minutami.

4.3 Etika výzkumu

Respondenti, se kterými proběhl rozhovor osobně, se před zahájením rozhovoru seznámili s obsahem informovaného souhlasu, který následně podepsali. V on-line formě se jednalo o tzv. pasivní souhlas v podobě ústní dohody. Respondentům byl sdělen účel, za kterým je výzkum realizován, a byli informováni o tom, že rozhovor bude nahráván. Účastníci rozhovoru měli možnost neodpovídat na otázky, které by jim byly nepříjemné. Kvůli zajištění anonymity jsou v následujícím textu účastníci označováni zkratkami R1 až R8 a čísla respondentů se neshodují s pořadím jednotlivých rozhovorů.

4.4 Analýza dat

K analýze dat byla využita dílčí část zakotvené teorie - otevřené kódování, která podkryvá v datech určitá témata, jenž označujeme tzv. kódy. Následně se zkoumá, zda kódy nenáleží k podobnému jevu. Tyto kódy se seskupí do tzv. kategorie, která je pojmenovaná abstraktnějším výrazem, než byly samotné kódy. (Strauss, Corbin, 1999, s. 42)

V tomto případě byly kódy seskupeny do 5 kategorií z nichž jedna má 4 podkategorie.

Do kategorie „vztah“ byly přidány výpovědi, které se týkaly otevřenosti, důvěry, partnerství, přijetí, lidskosti, respektu a změny způsobu jednání s klientem.

Kategorie „plánování a rozhodování“ obsahuje kódy doprovázení, silné stránky, rozhodování klienta, zodpovědnost, role pracovníků v rozhodování, prostředí umožňující selhání a klient jako držitel problému.

Do kategorie „tým“ byly zařazeny výroky, týkající se zástupu, rozprostření zodpovědnosti, rychlosti, využití odbornosti kolegů, pestrosti pohledů a opory v týmu.

Kategorie „spolupráce“ a její podkategorie obsahovaly následující kódy: síťování, delegování, využívání zdrojů komunity, nekumulování klientů, case manager jako prostředník, spolupráce venku, klíčový pracovník, organizace, přehled.

A do kategorie „akutní stav“ patří tyto kódy: FACT board, každodennost, akutnost, přebírání klienta celým týmem, terén, asertivita v krizi, prevence hospitalizace.

4.4.1 Vztah

Lidé s duševním onemocněním se častokrát setkávají s tím, že je okolí nebere příliš vážně, přebírá za něj zodpovědnost nebo mu nevěří. (R3, R5) *„Ty lidi byli na základě odlišného vnímání a myšlení odsuzováni a umlčovani, takže my se snažíme rehabilitovat tu důvěru.“* Důvěra je jeden z důležitých aspektů kvalitního vztahu mezi case managerem a klientem. Respondenti (R1, R2, R4, R5, R7, R8) vnímají přínos vztahu založeném na důvěře v tom, že otevírá bránu k upřímnosti a otevřenosti a klient tak přichází i s věcmi, za které se může stydět a *„nemusí vlastně lhát třeba co se toho přístupu k medikaci týče“* (R7). Respondent R5 k tomu doplňuje, že *„když má ke case managerovi tu důvěru, tak ten člověk ví, že mu může říct všechno, a že to bude bráný vážně“*.

Vztah by podle case managerů měl stát i na vzájemném respektu, přijetí a partnerství. (R1, R2, R3) Je důležité klienta nepoučovat a netlačit ho někam, ale naopak nechat mu prostor pro jeho vlastní rozhodnutí. Respondent R6 je toho názoru, že case manager by měl být v roli někoho, kdo *„vysvětluje situaci a dá mu několik možných nabídek a pak už je to na něm, jak si to vybere“*. Partnerství vnímá podobně i R3: *„Je to partnerský, když case manager je rádce a klient člověk, kterej toho rádce může nebo nemusí poslechnout“*. Pokud ve vztahu důvěra, respekt a partnerství chybí, je podle R2 spolupráce velmi obtížná. Opravdový vztah založený na výše zmíněných aspektech pomáhá case managerům i ve chvílích, kdy je klient v krizi, jak uvádí R4: *„Když byl ten klient v zhoršené fázi tak kdyby tam nebyl ten vztah, tak vlastně se to nedá řešit tak dobře, jako když tam ten navázaný vztah je“*. Další respondent uvedl, jak díky vztahu a tomu, že klienta dobře znal, mohl obhajovat klientovy zájmy při jeho hospitalizaci: *„Tam ho neznaj, case ho zná. Některý věci, který se mužou zdát, že jsou projevem nemoci nebo jako psychotický jednání, tak když se dobře známe, tak já můžu mluvit, samozřejmě za přítomnosti toho klienta, s tím personálem a trošku obrušovat ty hrany, aby cokoliv, co ten člověk udělá, nebrali, že je to psychóza a zbytečně ho neomezovali nebo nedávali víc léků třeba a podobný věci“*.

Case manageri tedy popisují vztah jako základní pilíř práce s klientem, který má pozitivní vliv na různé roviny spolupráce.

4.4.2 Plánování a rozhodování

Po fázi mapování, kdy case manager získá o klientovi všechny potřebné informace, přichází na řadu společné plánování a nastavování cílů spolupráce, jak sdělil i R6: „*Po mapování se domlouváme, kam jdeme, aby ty naše setkávání měla nějaký smysl, ale vrátíme se k tomu a kdykoliv se ten cíl může pozměnit*“. S tvrzením, že plánování není něco jednorázového souhlasí i R7: „*Je to neustálý reflektování toho, co děláme, proč to dělám, jakým jdeme směrem a kudy dál*“. Respondenti shodně uváděli, že o tom, jak se bude dál postupovat, rozhoduje klient a že jedině on je tím, kdo může něco změnit.

R7 je však toho názoru, že klienti si v tom často nevěří. Může to být důsledkem toho, že jim nevěří například jejich rodiče a přebírají za ně zodpovědnost, protože mají strach, že by mohli selhat: „*Hodně rodičů má nedůvěru v to, že by ty jejich děti, naši klienti, mohli být nějak samostatní nebo mluvit sami za sebe*“. I když v tom klientům není dobře, může jim to přinášet i značné výhody, a proto pustit se osob, které za ně rozhodují, je pro ně někdy mnohem těžší, jak uvádí i R8: „*...je to pro ně svým způsobem komfortní zóna a my se snažíme ho posilovat, aby z ní vycházel a aby věci dělal z vlastního přesvědčení*“. R5 k tomu dodává, že je důležité klientovi neustále připomínat, že on se zná nejlíp a že on je držitelem svého problému i cílů.

Respondenti svou roli vnímají v tom, že klientovi dávají najevo, že oni v něj důvěru mají a že v něm vidí i silné stránky, které mu pomohou dané situace zvládat.

Silné stránky, na které se zaměřuje case management ale i recovery (zotavení), jsou jedním z dalších důležitých pilířů práce s klientem. R1, R4 a R5 zmínili, že je velmi důležité je pojmenovávat a zároveň se doptávat, jak klienti zvládali různé situace a co konkrétně jim v tom pomáhalo, jak uvedla R5: „*I když sestavujeme nějaký plán, tak se ptáme se toho člověka, jak to bylo v minulosti, jak s tím pracoval, co ho drželo a jak by to mohl využít teď*“.

Dále svoji roli vidí case manageri v tom, že klientovi předkládají možnosti, kudy se vydat a vysvětlují, jaké to může nést následky. R1, R5, R6 se shodují na tom, že někdy si klient zvolí cestu, která není v jejich očích příliš vhodná, ale jak sdělil R1: „*Je důležité nechávat je zkoušet si ty věci sami, nechávat je dělat chyby, nechávat je nést následky svých činů*“.

R6 však vidí výhody v tom, že *„je v prostředí, kde může selhat, víme totiž, že všichni selháváme, a tak mu dáváme najevo, že vidíme i to dobré na něm.“*

Case manager tedy může být přínosem pro klienta i v tom, že jej podporuje k převzetí zodpovědnosti za svůj život, motivuje ho ke změně a pracuje i se silnými stránkami, které mohou klientovi ke změně dopomoci.

4.4.3 Tým

Každý den má tým CDZ ranní poradou, kde je prostor pro řešení všech záležitostí, největší čas je však věnován klientům v akutním stavu, o kterých bude pojednávat následující kapitola. Case manageri zde mají prostor poradit se se svými kolegy, ale taky se čistě sdílet například o těžkých situacích, které prožili. *„Někdy potřebujem vyventilovat, co se včera stalo, co se někam hlo a že to není o tom, všichni poreferujte, co všechno už jste dokázali, že vlastně naopak, že je to o tom se podporovat a držet“* (R7). Opora v týmu je pro pracovníky velmi přínosná. Nejsou na všechno sami a ve vážných situacích neleží zodpovědnost jen na nich, jak popisují respondenti: *„...neleží to na bedrech jednoho člověka, obzvlášť když je klientovi špatně...“* (R7), *„...protože ty situace jsou dost těžký, může se mluvit o tom, jestli volat záchranku atd., a ta zodpovědnost se rozloží mezi ten tým, je tam ta kolektivní zodpovědnost za to, co se bude dít“* (R1).

Vzhledem k tomu, že jsou v CDZ zastoupené různé profese, case manageri využívají odbornosti svých kolegů a konzultují s nimi jednotlivé situace. Výhody vnímají v tom, že *„nemusí umět všechno“* (R6) a že to *„přináší různé pohledy“* (R4). Pestrost názorů však není daná pouze různými profesemi, ale i tím, že každý je jiný člověk, jiná osobnost. (R1,R3,R4)

„Já už tolik nevnímám ty profese. Kolegy vnímám jako jednotlivý lidi. Ano, psychiatr napíše léky a já ne, ale někdy se obracím na kolegy spíš kvůli charakteru“ (R1). Díky možnosti více pohledů na danou situaci klienta a na její řešení se může předejít i chybným či nevhodným krokům. Jeden pracovník totiž může přehlédnout různé aspekty nebo vnímat situaci zaujatě. To konstatoval například respondent R1: *„Dají se tím vychytat chyby. Člověk to může sám vidět špatně nebo to nevidí z více stran“*.

Respondenti kladně hodnotí i skutečnost, že vzhledem k tomu, že sdílejí s kolegy jednu kancelář případně jednu budovu, může docházet k rychlejšímu řešení různých situací, jak svědčí výpověď respondenta R3: *„Je tam rychlejší řešení, což je velký plus, že si můžem face to face takhle radit“*.

Dalším přínosným a efektivním prvkem spolupráce kolegů je zajištění obou složek, zdravotní i sociální, prostřednictvím tzv. zástupu. (R1,R2, R4,R5) Jak už bylo uvedeno v teoretické části, case managerem může být sociální pracovník, ale i zdravotní sestra. Aby však byly zajištěny obě oblasti, má každý case manager i svůj zástup. Pokud je case managerem sociální pracovník, zástup je psychiatrická sestra a obráceně. „*Já řeším ty sociální věci, a když si klient začne stěžovat na nějaký vedlejší projevy léků, nebo hodně přibere, špatně se mu spí, tak se hodně bavíme o zdravotních věcech a v tu chvíli nastupuje můj zástup, abychom vlastně mohli zařídit obě dvě tyto složky*“ (R5).

Všichni case manageri se jednohlasně shodli na tom, že je pro klienta přínosné, že je nejen v péči case managera, ale i celého týmu. I když podle R7 panuje kolem lidí určitá míra předsudků, že je pro člověka s duševní poruchou těžké stále se seznamovat s novými lidmi a věřit jim: „*Myslím si, že pak časem, když potká tři lidi, kteří jsou v té místnosti, a není to jakože předstupuje před komisi a je káraněj za všechno, co mu nejde, ale může bejt jako v tom bezpečným a podpurným prostředí, jakože vlastně potkává tým, kterej mu fandí, že mám pocit, že pak klienti o to víc rozkvetou*“.

4.4.4 Spolupráce

Jednou ze zásad case managementu je spolupráce s komunitou a s dalšími službami, které klient může využívat. „*CDZ má nějakou omezenou kapacitu, tak je fajn, že jsou tu služby, které jsou na to odbornější nebo zajistí jinou klientovu potřebu a víme, že tam můžem ty naše klienty přeposílat, a na tom to podle mě stojí ten case management, že my nejsme samospásný, že jsme takový spolupracující s ostatníma*“ (R6). Spolupráce s dalšími složkami podpory klienta probíhá na několika rovinách. Může jednat o využívání zdrojů komunity, blízkého okolí včetně rodiny a služeb sociálních i zdravotnických.

Spolupráce s komunitou

Práce s komunitou je pro klienta přínosná především kvůli jeho zapojení do běžného života a kvalitnější péči o něj. (R4,R5) Cílem CDZ není sdružovat všechny lidi z daného spádu, kteří mají duševní poruchy, a odrhnout je tak od reálného života, jak uvedl R5: „*Nechceme navázat na sebe všechny lidi s duševním onemocněním z naší části Prahy a hýčkat si je tu. My je potřebujeme dát do běžného života tak, aby mohli žít jako každéj jinej a žít nějak kvalitně*“. V rámci komunity pracují case manageri především s opatrovníky, praktickými lékaři, ambulantními psychiatry či službami poskytující volnočasové sportovní nebo

kulturní aktivity. V této souvislosti uváděli respondenti důležitost toho, když dané služby, které navštěvují klienti, znají CDZ a vědí, co je jeho smyslem a s kým pracuje. Příkladem může být navázání klientů na knihovnu, kdy *„knihovna ví, že tam naši klienti chodí, a když se jim něco nezdá, tak nám můžou zavolat, že je tam náš klient a dneska se chová až moc bizarně“* (R5) nebo navazování nových klientů skrze praktické lékaře: *„Tady s praktikama jsme napojený a když se praktikovi nezdá člověk úplně v duševní pohodě, tak ho pošle sem a my mu uděláme nějaký psychologický vyšetření a zjistíme, jestli je ten problém hlubokej. Takže ta spolupráce je jednodušší, když nás znaj“* (R4).

V rámci spolupráce s komunitou zmiňovali respondenti i práci s rodinou, která často přichází vyčerpaná z veškeré péče. (R1,R2,R8) Case manageri a jejich kolegové blízkým klienta vysvětlují jeho onemocnění a komunikují s ním ohledně jejich vztahu. *„Používáme metodu tzv. open dialogu, kde se všichni mohou vyjádřit nebo můžou rodinám zprostředkovat i terapii“* (R8).

Spolupráce se společností

Jak už bylo řečeno v předchozí kapitole, spolupráce je efektivnější, pokud lidé ví, co CDZ je. A i v tom podle R4 spočívá role case managera: *„...kdykoliv někam jde, tak by měl síťovat a informovat tam, kde zrovna je – tu knihovnu nebo posilovnu, o tom, co děláme, co jsme“* (R4) a zároveň být jakýmsi tlumočnickem mezi lidmi s duševním onemocněním a komunitou. Respondent R5 spatřuje přínos case managera v tom, že může vyvracet různé předsudky a mýty a narovnávat vztahy mezi společnostmi a klienty, jak uvedl ve své výpovědi: *„Case manager pomáhá v rámci té společnosti odtabuizovat a zastavit stigma lidí s duševním onemocněním a vysvětluje, že je to rovnocenně schopnej člověk, kterej má prostě jenom nějakou těžší cestu a někdy potřebuje víc podpory“*.

Spolupráce s dalšími službami

Z dalších služeb, které už mohou být i mimo komunitu, respondenti jmenovali psychiatrickou nemocnici Bohnice, psychiatrická oddělení jiných nemocnic, chráněná bydlení, chráněné dílny, služby pro osoby bez domova, městský úřad a další. Některá CDZ mají s nemocnicemi i pravidelné schůzky, díky kterým může docházet k efektivnějšímu předávání informací o potencionálních klientech nebo klientech, kteří v péči týmu již byli, ale nyní jsou hospitalizovaní. Nemocnice je jedno z míst, kde case manageri často využívají tzv. asertivní přístup, jak uvedl respondent R6: *„Hodně to využíváme v nemocnici, i když ten člověk není přesvědčeněj, tak za ním ale chodíme a mluvíme o tom,*

co jsme, proč jsme a co bychom mu mohli nabídnout“. Další respondent doplňuje, že díky tomu s pacientem spolupráci někdy navážou, protože *„on zjistí, že máte o něj zájem, že je tady někdo, kdo mu chce pomoci“* (R2). Asertivita se však využívá i v jiných situacích, kdy člověk není *„proaktivní vůči tý spolupráci“* (R7).

Spolupráce může probíhat i v rámci tzv. lokálních skupin, kterou jedno z CDZ organizuje. Jde o setkávání různých organizací, které působí v daném spádu. Týká se to například organizací pro lidi s duševním onemocněním, s drogovou závislostí nebo organizací pro lidi bez domova. R7 k tomu doplňuje: *„Jejich přínos vnímám v tom, že se informujeme o aktualitách ze svých organizacích ohledně služeb, možností, takových těch věčných otazníků, kdo co dělá a nedělá, poskytuje a neposkytuje“*. Case manager může mít díky tomu větší přehled o organizacích, na které může případně navázat své klienty.

Koordinace

Tato obrovská pestrost služeb a konkrétních lidí, kteří klienta podporují, si žádá někoho, kdo by veškerou spolupráci koordinoval. Velké množství oblastí, ve kterém klienti potřebují podporu, vnímají respondenti jako specifikum cílové skupiny lidí s duševním onemocněním: *„Oni selhávají ve více oblastech a potřebují víc věcí, nemá třeba kde bydlet, nemá práci a potřebují víc věcí současně“* (R4), *„ve chvíli kdy bych pracovala v organizaci pro lidi s mentálním postižením, tak se nedotýkám tolik oblastí, ten člověk bere léky, ty léky něco dělají, má k nim nějaký vztah, jestli je chce brát nebo ne, že bejvá hospitalizovanéj a mnoho dalšího“* (R7). A právě proto vidí respondenti velký přínos v pozici case managera, který veškerou péči o klienta koordinuje a *„je nad vším“* (R6). R4 vnímá výhodu především v propojenosti jednotlivých složek péče: *„Kdyby nebyl case manager, tak to nebude prostě tak provázaný a tak jako organizačně dobře uchopený“*. R5, R6 i R2 se shodují na tom, že case manager je tím, kdo má největší přehled o klientovi, o jeho psychickém stavu i praktických záležitostech, ale i o všech možných složkách podpory, které se klientovi mohou nabídnout. *„Podle mě ta role case je i o tom zjistit, co všechno je tady za možnosti“* (R6). Další respondent spatřuje výhodu case managera v jeho roli jakési spojky mezi jednotlivými složkami péče: *„U tý péče, kde je zapojených víc subjektů, je strašně důležitý předávání informací o klientovi mezi profesionály, protože ten klient sám to většinou nepředá. Tak ten case manager to udržuje“* (R1).

Aby case manager mohl kvalitně koordinovat veškerou péči, musí nechat prostor pro její poskytnutí i jiným odborníkům a *„nehrát si na machru, co všechno zvládne sám“* (R5). Další respondent (R7) to doplňuje následujícím výrokem: *„Síťování, hledání, kdo to bude*

umět lít, zkoordinování nějaké jiné podpory je mnohem podpůrnější a svobodnější i jako pro mě a klient z toho může víc profitovat a čerpat“.

4.4.5 Akutní stav

V rámci ranních porad využívají týmy CDZ tzv. FACT board, který vychází z FACT modelu. Podoba této „tabule“ je v jednotlivých CDZ různá. Někde se promítá, někde ji mají fyzicky, každý tým používá své speciální symboly či barvy, někde mají na tabuli všechny klienty a někde pouze ty ve zhoršeném stavu, tak jak to bylo původně myšleno. V každém případě je však rozdělená na několik úrovní podle stavů klientů a „*zvýrazňuje lidi, kteří potřebují zvýšenou péči*“ (R1). A právě v tom tkví její výhoda. Tým každý den na tabuli vidí, u kterých klientů se zhoršil zdravotní stav nebo kteří prožívají těžkou životní situaci, a je tudíž třeba se jím více věnovat. „*Myslím, že výhoda je v tom, že když je ten člověk akutní, tak ho probíráme každý den, takže se nemůže stát, že zapomeneme na nějakého klienta a nevíme, co se s ním děje, když je v té akutní fázi, protože ho řešíme hned*“ (R2). Pro zvýšenou péči je charakteristická každodennost, jak zaznělo z úst většiny respondentů. Klient v krizi není jenom v péči case managera ale celého týmu, který se může střídát v kontaktu s ním, jak uvádí R5: „*Může to být kdokoliv z toho týmu a to se domlouvá na tý poradě. My víme, že pondělí je s casem, úterý s psychologem, středa s peerem. Jsme s ním prostě v neustálém v kontaktu*“. Není to vždy jednoduché a častokrát klient o kontakt příliš nestojí. I v takových případech popisovali respondenti nutnost asertivity (R3,R4,R6), jak je zřejmé ze slov jednoho z nich: „*...vynucujeme si víc ten kontakt, protože ten člověk nemá náhled na to, co se kolem něj děje, víc se zavírá a ve chvíli, kdy by se mohl ohrožovat tím, že by přestal jíst, tak jsme asertivní*“.

Díky pravidelnému kontaktu a péči celého týmu se může předejít i případné hospitalizaci. „*Přínosný vnímám především to, že i když by bylo nejjednodušší ho nechat hospitalizovat, tak tím, že má v zádech ten tým, každé může nějak pomoci, můžem se v tý péči střídát, nemusí k ní dojít*“ (R4).

4.5 Shrnutí výzkumu

V následující kapitole budou shrnuty výsledky výzkumu a jeho limity.

Ve výzkumu respondenti někdy naráželi na to, že si nebyli jistí, co z jejich práce vlastně spadá do case managementu a co už ne. Využívají totiž i recovery přístup (zotavení) nebo model Care (Comprehensive Approach to Rehabilitation). Také někdy přisuzovali různé

prvky case managementu spíše způsobu fungování center duševního zdraví, což zřejmě vychází z velké míry podobnosti zásad case managementu a principů center duševního zdraví, které vycházejí z FACT modelu a které jsou uvedeny v teoretické části. (viz kapitola 2.1 a 3.4 této práce)

První výzkumná oblast se týkala vztahu case managera a klienta. V tomto tématu se výpovědi respondentů značně shodovaly a nebyl v nich žádný rozpor. Respondenti považují za základní aspekty vztahu partnerství, respekt, otevřenost a především důvěru, která přispívá k větší otevřenosti a opravdovosti ze strany klienta. Pracovník se tak snáz může dostat k jádru člověka a zjistit, jaké oblasti jsou pro něj zásadní. Vztah je velmi důležitý i při zhoršeném stavu klienta, kdy case manager může hrát roli obhájce zájmů klienta.

Jedním z přínosů case managementu pro sociální práci s klienty s duševními poruchami je tedy efektivnější spolupráce pracovníka a klienta díky zaměření se na vztah, a to na vztah založený na důvěře, respektu, partnerství a otevřenosti.

Další výzkumnou oblastí je oblast plánování a rozhodování. Z výpovědí vyplývá, že v plánování a veškeré spolupráci je důležité, aby činil rozhodnutí sám klient. Role case managerů je jednak v nabídnutí palety možností dalšího směřování klienta, ze které si klient může vybrat, a v podpoře klienta ke změně v samostatnějšího člověka, který může žít kvalitnější život. Podpora může probíhat skrze pojmenovávání silných stránek, které mohou pomoci klientovi k překonání různých překážek, ale i skrze vytvoření bezpečného prostředí, ve kterém může selhávat a učit se nést následky svých činů.

Přínos case managementu je tedy i ve vytvoření prostředí pro změnu klienta z mnohdy závislého jedince na člověka, který činí vlastní rozhodnutí a drží život ve svých rukou.

Další část výzkumu se zabývala týmem. Přínos svých kolegů vnímají case manageri hlavně v podpoře, kterou jim poskytují a možnosti sdílet s nimi situace, které zažili a nenést tak jejich tíhu pouze na svých bedrech. Někteří z nich dokonce zmínili, že jim sdílení v týmu pomáhá v psychohygieně. Dále je přínosná možnost konzultace s kolegy stejné profese i jiných oborů a jejich přímé využití v případě potřeby klienta. V neposlední řadě je poskytování case managementu celým týmem přínosné v eliminaci možných chyb díky pohledům z různých stran.

Významnou oblast tvoří také spolupráce na různých rovinách. Díky využívání zdrojů komunity může být klient skrze různé volnočasové aktivity nebo svojí sociální sít' zapojen do běžné společnosti a nemusí být uzavřen v nějaké instituci. Klient může využívat

různých jiných sociálních a zdravotnických služeb i mimo území, ve kterém bydlí. Toto velké množství složek, se kterými klient přichází do kontaktu, vyžaduje koordinaci.

A v tom je právě velmi přínosná role case managera, který má o všech aktérech přehled, koordinuje je a propojuje. Role case managera je podle respondentů přínosná i v jeho roli tlumočnicka mezi společností a klientem prostřednictvím vyvracení předsudků a mýtů ohledně lidí s duševním onemocněním a kladením důrazu na jejich rovnocennost.

Další oblast se týká akutních stavů klientů. V této fázi nese dle respondentů své výhody „přepnutí“ z individuálního case managementu do sdílení klienta celým týmem, což je principem FACT modelu. Tým využívá při každodenních ranních poradách tzv. FACT board. Na této tabuli jsou zvýrazněni klienti, kteří potřebují zvýšenou péči. Přínosné je především to, že díky střídání členů týmů může docházet ke každodenní a intenzivnější péči a v některých případech i předejití hospitalizace.

Limity výzkumu jsou v tom, že výše zmíněné přínosy case managementu v návaznosti na analýzu rozhovorů jsou pojaty spíše obecně než jako přínosy case managementu v sociální práci. Někteří respondenti totiž ve svých výpovědích case management a sociální práci oddělovali. Tito respondenti nevnímají rozdíl mezi vykonáváním role case managera jako sociálního pracovníka a case managera zdravotní sestry. Svou roli sociálního pracovníka vnímají jako určitou odbornost v rámci multidisciplinárního týmu, která nesouvisí s rolí case managera. Někteří respondenti však zmiňovali rozdíly přístupu a způsobu práce s klientem mezi case managery sociálními pracovníky a case managery zdravotními sestrami. Sociální pracovníci jsou podle nich více připraveni na budování vztahů s klienty, předávání zodpovědnosti a práci v týmu.

Závěr

Bakalářská práce se věnovala tématu case managementu v sociální práci s lidmi s duševními poruchami v kontextu center duševního zdraví.

Teoretická část se nejprve zabývá vymezením základních pojmů, popisem jednotlivých poruch z okruhu SMI, se kterými se sociální pracovník v centrech duševního zdraví nejčastěji setkává, a rolí sociálního pracovníka v péči o člověka s duševní poruchou. Další kapitola se zabývá centry duševního zdraví. Popisuje jejich základní principy, mezi které patří prioritní skupina klientů, asertivita, regionalita, spolupráce s dalšími službami a komunitou a ohled na etiku a lidská práva. Dále se věnuje náplni práce jednotlivých členů multidisciplinárního týmu. Zásadní částí práce je kapitola pojednávající o case managementu. Nejdříve se věnuje jeho vymezení a následně popisuje několik modelů case managementu, z nichž multidisciplinární týmy v centrech duševního zdraví využívají především FACT model. Další část se věnuje osobě case managera - jeho různým rolím a kompetencím. Obsahuje také zásady case managementu, které se v mnohém shodují s principy center duševního zdraví. Poslední část kapitoly se zabývá jednotlivými fázemi case managementu.

Výzkumná část je zaměřena na zjištění přínosů case managementu z pohledu case managerů sociálních pracovníků. Jejím cílem je zodpovězení hlavní výzkumné otázky, která zní: Jaké přínosy má case management v sociální práci s klienty s duševními poruchami v rámci center duševního zdraví?

Na základě analýzy dat z rozhovorů s case managery bylo formulováno několik přínosů case managementu. Case management klade důraz na vztah case managera a klienta. Z výpovědi respondentů vyplynulo, že přínosem vztahu založeném především na důvěře může být otevření se klienta a pravdivost jeho výroků v oblasti problémů, které vedou k efektivnější spolupráci. Vzhledem k tomu, že case management klade důraz na intervence založené na rozhodnutí klienta, může být přínosem i změna klienta v samostatnějšího jedince, který drží život ve svých rukou a přebírá za něj zodpovědnost. Přínosem case managementu jako týmové metody je možnost konzultací s kolegy jiných odborností, eliminace chyb v pracovních postupech díky pohledům z více stran a v neposlední řadě opora, která se jednotlivým pracovníkům v týmu dostává. Case management stojí i na spolupráci s ostatními složkami péče. Z výzkumu vyplynulo, že v této oblasti je obrovským přínosem case manager, který je koordinuje a propojuje.

Přínosem case managementu je i FACT board, na kterém jsou viditelní akutní klienti, kteří potřebují zvýšenou péči. A díky intenzivní každodenní péči týmu se může předejít i případné hospitalizaci.

Hlavní přínos výzkumného šetření je pojmenování funkčních prvků case managementu, které umožňují sociálnímu pracovníkovi kvalitnější práci s klienty s duševními poruchami, a zároveň potvrzení vhodnosti metody case managementu pro tuto cílovou skupinu.

Seznam použité literatury

BRANDELL, Jerrold R., ed. 2010. *Theory and Practice of Clinical Social Work*. SAGE Publications (2nd ed.). ISBN 9781412981385.

CARBOCH, Radek. 2020. *Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu*. Časopis sociální práce|Sociálna práca. Národní centrum pro rodinu, Česká republika, s. 24–41. ISSN 1213-6204.

CORCORAN, Jacqueline a Joseph WALSH. 2010. *Clinical assessment and diagnosis in social work practice*. Oxford University Press (2nd ed.) ISBN 978-0-19-539886-1.

KANTER, Joel. 1988. *Clinical Issues in the Case Management Relationship*. New Dir Ment Health Serv, s. 15–27. PMID: 3070328.

Dostupné z:

http://www.clinicalcasemanagement.com/uploads/4/9/5/8/4958888/clinical_issues_in_cm_relationship.pdf

EACK, Shaun M., Carol M. ANDERSON a Catherine G. GREENO. 2013. *Mental Health Case Management: A Practical Guide*. USA: SAGE publications. ISBN 978-1-4522-3526-4.

FOITOVÁ, Zuzana a kol. 2014. *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*. Praha: CMHCD. Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPK_web.pdf

FRANCE, Jenny a Sarah KRAMER. 2001. *Communication and Mental Illness : Theoretical and Practical Approaches*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 1-85302-732-4

HAASOVÁ, Kateřina. 2008. *Úvod do case managementu*. In: JANOŮŠKOVÁ, Klára a Dana NEDĚLNÍKOVÁ, ed. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, ISBN 978-80-7368-504-1.

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HUBÍKOVÁ, Olga. 2018. *Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7416-334-0.

LEGGATT, Margaret. 2002. *Families and mental health workers: the need for partnership*. World Psychiatry, s. 52–4. PMID: 16946824; PMCID: PMC1489835.

LIBERMAN, Robert P. a kol. 2001. *Multidisciplinary Roles in the 21st Century. Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation*. Psychiatric Services, 52(10):1331–42. PMID: 11585949.

LUKERSMITH, Sue, Michael MILLINGTON a Luis SALVADOR-CARULLA, L. 2016. *What is case management? A Scoping and Mapping Review*. International Journal of Integrated Care, 16(4). PMID: 28413368.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. 2010. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál (2.vyd.). ISBN 978-80-7367-723-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. (2. vyd.) ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN, ed. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. 2010. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde. ISBN 978-80-7201-801-7.

MENTZOS, Stavros. 2012. *Přehled psychodynamiky: funkce psychických poruch*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0018-5.

Metodický materiál: Podporované zaměstnávání metodou IPS. 2014. FOKUS ČR: Paralelní životy. Dostupné z: <http://docplayer.cz/1530860-Podporovane-zamestnavani-metodou-individualni-umisteni-a-podpora-ips-metodicky-material.html>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: MZ ČR. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2016. Věstník MZ č. 5/2016. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/11835/36106/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%205-2016.pdf>

- Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2017. *Základní principy poskytování péče v CDZ*. Verze 1.2. Praha: MZ ČR. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 2001. Brno: MZ. ISBN 80-903070-0-0.
- NEPUSTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. 2013. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 978-80-7440-076-6.
- NOVÁK, Martin a Lucia UKROPOVÁ. 2019. *Centra duševního zdraví – zplnomocňování klientů v psychiatrické praxi?*. *Psychoterapie*, 12(3). ISSN 1802-3983. Získáno z <https://journals.muni.cz/psychoterapie/article/view/11573>
- ONYETT, Steve. 1992. *Case management in mental health*. UK: Chapman and Hall. ISBN 0 412 39330 1.
- PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. 2012. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4317-2.
- PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
- PRAŠKO, Ján, Aleš GRAMBAL, Miloš ŠLEPECKÝ a Jana VYSKOČILOVÁ. 2019. *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0495-6.
- STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. ISBN 80-85834-60-X.
- STUHLÍK, Jan. 2001. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- SZOTÁKOVÁ, Markéta. 2014. *Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce*. *Časopis Sociální práce|Sociálna práca*. Brno: ASVSP s. 61–80. ISSN 1213-6204.
- SUMMERS, Nancy. 2012. *Fundamentals of case management practice: skills for the human services*. CA: Brooks/Cole Cengage Learning (4th ed). ISBN 978-084-0033-697.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 2014. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VELDHUIZEN, Remmers J. A Michiel BÄHLER. 2017. *Manuál Flexible ACT* (M. Vavřinková, překl.) Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s. (Originál byl publikován v roce 2013 s názvem Manual Flexible ACT) Dostupné z: https://fact-facts.nl/wp-content/uploads/2018/07/FACT_manual_CZ_final_s_obalkou-1.pdf

WIERSMA, Durk, 2006. *Needs of people with severe mental illness*. Acta Psychiatrica Scandinavica. ISSN 0001690X.

WILKEN, Jean Pierre a Dirk HOLLANDER. 1999. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Komunitní psychiatrie v praxi, vzdělávací moduly. Dostupné z: <https://docplayer.cz/18585809-Komplexni-pristup-k-rehabilitaci.html>