



Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o.

Hekrova 805, Praha 4 - Háje, tel.: 267 913 634

www.pvps.cz, e-mail: info@pvps.cz

Bakalářská práce

Case management v práci s duševním nemocněním
z pohledu sociálního pracovníka

2022

Autor práce: Erika Hlušíčková

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Praze, dne 20. 4. 2022

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí práce, paní Mgr. Ivetě Jelínkové za cenné rady, připomínky a trpělivost při vedení práce. Také bych ráda poděkovala svým respondentům, kteří mi poskytli rozhovor.

Anotace

V bakalářské práci se zabývám otázkou, je-li metoda sociální práce case management pro práci s lidmi s duševním onemocněním efektivní při jejich cestě k uzdravě. V teoretické části práce předkládám popis duševních onemocnění, přehled vývoje psychiatrie, průběh reformy psychiatrické péče, pak pokračuji stručným přehledem teorií a metod sociální práce a ve čtvrté části popisuji přehled a vývoj case management, který je hlavním tématem mé práce. Praktická, výzkumná část se zabývá rozbořem výsledků rozhovorů se sociálními pracovníky pracujícími jako case manager s lidmi s duševním onemocněním.

Klíčová slova

Duševní onemocnění, case management, sociální práce

Annotation

In my bachelor thesis I deal with the question of whether the method of social work case management for working with people with mental illness is effective in their path to recovery. In the theoretical part I present a description of mental illnesses, an overview of the development of psychiatry, the course of psychiatric care reform, then I continue with a brief overview of theories and methods of social work and in the fourth part I describe an overview and development of case management, which is the main topic of my work. The practical, research part deals with the analysis of the results of interviews with social workers working as case managers with people with mental illness.

Keywords

Mental illness, case management, social work

Obsah

Obsah	5
Úvod.....	6
1 Duševní onemocnění	7
1.2 Duševní poruchy	9
2 Psychiatrická péče v ČR.....	13
2.1 Pojem psychiatrie	13
2.2 Stručný přehled historie psychiatrie	14
2.3 Psychiatrická péče v ČR.....	15
2.4 Reforma psychiatrické péče v ČR.....	16
2.5 Strategie reformy psychiatrické péče	17
2.6 Národní plán pro duševní zdraví.....	17
3 Sociální práce	19
3.1 Sociální práce s duševně nemocnými	21
4 Case management	26
4.1 Vymezení pojmu case management (CM)	26
4.2 Historie case management	27
4.3 Vznik case management ve Velké Británii	28
4.4 Zásady case management.....	29
4.5 Modely case management.....	31
4.6 Desatero case management	33
4.7 Typy case management	34
4.8 Fáze case management.....	36
5 Výzkumná část	37
5.1 Cíl	37
5.2 Hlavní výzkumná otázka a tematické okruhy výzkumných rozhovorů	37
5.3 Použitá metoda.....	38
5.4 Charakteristika výzkumného souboru	39
5.5 Sběr dat.....	40
5.6 Etika výzkumného šetření.....	40
5.7 Technika analýzy dat.....	40
5.8 Analýza a interpretace dat.....	41
5.9 Diskuze	51
Závěr.....	53
Literatura.....	54

Úvod

V bakalářské práci se zabývám využitím metody řízení sociální práce, nesoucí název case management v práci s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním z pohledu sociálních pracovníků.

V současné společnosti je zřetelná dlouhodobě stoupající tendence výskytu duševních onemocnění. Přesto je péče o duševní zdraví ve značné části populace podceňovaná. Často se setkává s velkým stigmatem a i proto se lidé s psychickými problémy zdráhají vyhledat pomoc. Stále převládá přesvědčení, že psychiatrické onemocnění, medikace a hospitalizace člověka zákonitě vyřadí ze společenského života, z práce, od rodiny.

Je proto potřeba o tématu duševního zdraví, ale i nemoci, mluvit a ukázat společnosti, že i s takovou diagnózou je možno vést plnohodnotný život, kdy nemocný akceptuje svou nemoc a naučí se s ní žít, fungovat, pracovat a přispívat společnosti.

Pro svoji práci jsem si vybrala téma case management jako metodu řízení práce v sociálních službách, konkrétně při práci s lidmi s duševním onemocněním. Výzkumným cílem je ověřit formou kvalitativního výzkumu její přínos pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním.

V teoretické části práce nejprve předkládám stručný přehled psychiatrické péče o duševně nemocné až k současné reformě duševního zdraví v ČR, charakteristice duševního onemocnění a klasifikaci duševních poruch. Dále následuje popis sociální práce jako společenské vědy a závěr teoretické části. Ten je věnován metodě case-management, která se ve své praxi uvedených témat přímo dotýká, historii a vývoji této metody u nás.

V empirické části práce popisují teoretické základy metody kvalitativního výzkumu, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Metodu dále použiji při analýze dat získaných od respondentů. Data jsem získávala formou polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci organizací Fokus Praha a Bona o.p.s. Hlavní tématem a výzkumnou otázkou je: Je práce metodou case management přínosná pro lidi s duševním onemocněním?

1 Duševní onemocnění

Vymezení pojem duševní onemocnění není jednoduché, protože duševní onemocnění má mnoho podob, projevuje se velmi individuálně a specificky u každého jednotlivce.

Pro vymezení pojmu duševní nemoc si můžeme pomoci termínem duševní zdraví, které lze považovat za opak duševního onemocnění.

Světová zdravotnická organizace WHO jej definuje jako pocit pohody, v němž každý jedinec naplňuje svůj vlastní potenciál, zvládá běžný životní stres, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispívat k prospěchu své komunity. (WHO, s. 3-5)

Podle Americké psychiatrické asociace jsou duševní onemocnění (v medicínské terminologii se většinou používá pojem duševní porucha) „zdravotní problémy, které zahrnují změny v emocích, myšlení nebo chování (případně jejich kombinaci). Duševní onemocnění jsou spojena se stresem a/nebo problémy s fungováním v sociálních, pracovních či rodinných aktivitách.“ (narovinu.net, 2022)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje psychiatrický případ jako „zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání.“ (Bártlová, s. 57)

Psychiatrie se na konci minulého století snažila o shodu ve způsobu klasifikace duševních poruch. Termín klasifikace označuje uspořádání objektů do skupin nebo souborů na základě jejich podobnosti neboli proces při vytváření kategorií. (Smolík, 1996)

Ve světě jsou nejčastěji používány dva klasifikační systémy. Prvním z nich je Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, vznikla v roce 1948 pod názvem Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Tím druhým je Diagnostický a statistický manuál duševních chorob neboli DSM. Hlavní rozdíl mezi těmito dvěma systémy spočívá hlavně v tom, kde byly vyvinuty a kdo je využívá. Zatímco MKN využívají odborníci převážně v Evropě, včetně České Republiky, DSM se používá hlavně v Americe.

Po 30 letech odkladů vstoupila v roce 2022 v platnost 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Klasifikace poskytuje významná zlepšení oproti předchozí 10. revizi (MKN-10), může být dobře integrována do elektronických zdravotnických aplikací a informačních systémů a umožňuje zaznamenávat více podrobností o daném stavu.

Rovněž nové verzi amerického Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM), který je celý věnován pouze psychiatrické diagnostice, trvala aktualizace téměř 20 let, od roku 1994 (DSM-IV) do roku 2013 (DSM-5; česky 2015). (Mohr, 2017)

Přehled hlavních skupin duševních onemocnění

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) je publikace Světové zdravotnické organizace, která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. (UZIS, 2021) Jedná se tedy o klasifikaci všech nemocí lidí. Je všestrannou pomůckou pro řízení zdravotní politiky. Zajišťuje, aby ve všech členských státech Světové zdravotnické organizace (WHO) byly nemoci, úrazy, příčiny smrti a další přidružené zdravotní orgány stejně vykazovány, tříděny, a tudíž byly i mezinárodně srovnatelné.

Duševní poruchy WHO (MKN-10) rozděluje do 10 oddílů a to podle společných znaků nemocí a jsou označena písmenem F.

- F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20-F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30-F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50-F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

- F70-F79 Mentální retardace (duševní opožďení)
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F99 - Nespecifikovaná duševní porucha

1.2 Duševní poruchy

F00 – F09 ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PRUCHY, VČETNĚ SYMPTOMATICKÝCH

U organických duševních poruch známe příčinu - došlo k poranění mozku nemocí nebo úrazem a to vedlo k přechodnému nebo trvalému narušení funkce mozku, funkcí kognitivních. (Češková in Svoboda, 2006)

Patří sem především demence a deliria.

Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí). Vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. (Smolík, 1996)

F10 – F19 DUŠEVNÍ PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

Porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek je každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou, nebo nejsou předepsány lékařem.

Klasifikačně specifikovanými psychoaktivními látkami jsou *alkohol*, opioidy, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain, jiná stimulancia, včetně kofeinu, halucinogeny, tabák a inhalační látky. Klinické stavy, které se mohou vyskytnout, zahrnují akutní intoxikaci, nebezpečné užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu, psychotickou poruchu s pozdním začátkem a amnestický syndrom. (Smolík, 1996)

F20 – F29 SCHIZOFRENIE, SCHIZOTYPNÍ PORUCHY A PORUCHY S BLUDY

Poruchy zařazené do této kategorie se vyznačují přítomností psychotických příznaků. (Smolík, 1996)

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se projevuje narušením myšlení a vnímání. U osob potýkajících se se schizofrenií jsou typické také poruchy emotivity a osobnostní integrity. Příčina onemocnění není jednoznačně určena, jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů. Symptomy schizofrenie jsou různorodé a je možné je rozlišit podle toho, zda jsou projevem zkresleného vyjádření standardních funkcí, jde o tzv. pozitivní příznaky, nebo zda jde o úbytek standardních funkcí, jinak zvané negativní příznaky. Mezi pozitivní příznaky patří například halucinace, bludy, vkládání do toku myšlenek, dezorganizace řeči nebo narušená kontrola chování. Typickými příklady negativních symptomů je apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, útlum emočních reakcí, či sociální stažení (Vágnerová, 2004).

Blud představuje mylné přesvědčení neodpovídající skutečnosti, vzniklé na chorobném podkladě a stejně jako u halucinace je o něm jedinec nevývratně přesvědčen. Blud většinou ovlivňuje postoje i jednání dotyčného (Raboch, 2006).

F30 – F39 PORUCHY NÁLADY (AFEKTIVNÍ PORUCHY)

Hlavním projevem poruch nálady je změna nálady nebo afektu ve smyslu snížení (deprese se současnou úzkostí nebo bez ní) nebo zvýšení (hypománie, mánie). Tyto změny nálady jsou obvykle doprovázeny změnou všeobecné úrovně aktivity, a většina dalších příznaků je druhotných nebo snadno srozumitelných v kontextu změn nálady a aktivity. Většina poruch nálady má tendenci k periodicitě. Začátek jednotlivých epizod bývá často spojen se zátěžovými situacemi. (Smolík, 1996)

Nejnámější nemocí z okruhu afektivních poruch je bipolární afektivní porucha. Nemoc je charakterizována střídáním manických a depresivních epizod. Manické fáze trvají dva týdny až

pět měsíců, deprese jsou většinou delší, přibližně půl roku. Mezi těmito fázemi nastává remise, tedy klidné období. Jak mánie, tak i deprese se může projevit po stresové životní události nebo po duševním traumatu. (Mahrová, 2008)

F40 – F49 NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORNÍ PORUCHY

K emocím patří neodmyslitelně úzkost, strach a obavy. Právě tyto pojmy jsou typické také pro neurotické poruchy. Úzkost lze popsat jako nepříjemný citový stav, v němž převažuje napětí a obavy neurčitěho obsahu. Strach lze poté definovat jako konkretizaci úzkosti, jako prožitek obav z něčeho již specifikovaného. Člověk oproti úzkosti dokáže popsat, čeho se bojí. Oba pocity jsou však signálem pro naše tělo, že přichází potenciální ohrožení (Vágnerová, 2004).

F50 – F59 BEHAVIORÁLNÍ SYNDROMY SPOJENÉ S FYZIOLOGICKÝMI PORUCHAMI A SOMATICKÝMI FAKTORY

Seznam poruch, které jsou do tohoto oddílu zařazeny, napovídá, že obsah pojmu behaviorální je v soudobé psychiatrii podstatně širší než pouze „chování“, jak bývá často překládán v naší literatuře.

Do kategorie behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory řadíme poruchy příjmu potravy, zejména mentální anorexii a bulimii, a sexuální poruchy. (MKN-10, 2011)

F60 – F69 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH

Tento oddíl sdružuje různé poruchy, u nichž se předpokládá porucha osobnosti, nebo jsou charakteristické určitou dlouhodobou, hluboce v osobnosti zakotvenou poruchou chování. Poněkud netradiční je zařazení poruch pohlavní identity a pohlavní preference. Důležité je si uvědomit, že poruchy osobnosti nejsou tak úplně nemocemi, jde o trvalý a těžko ovlivnitelný vzorec osobnostních rysů, které se odlišují od aktuálních sociokulturních norem. S

určitými výkyvy přetrvává porucha osobnosti po celý život, chybí rezistence ke změnám. (Vágnerová, 2004)

Konkrétních poruch osobnosti je velké množství, příkladem může být například disociativní porucha osobnosti, pro kterou je typické neakceptování práv a zájmů druhých osob, preference uspokojování svých potřeb bez ohledu na druhé, žádné znaky empatie a častější výskyt závislostí. (Venglářová, 2008)

2 Psychiatrická péče v ČR

2.1 Pojem psychiatrie

Samotný pojem psychiatrie je odvozen z řeckých slov psýché (duše, psychika) a iátreiá (lékařství). (Orel, Facová, 2016)

Psychiatrie je medicínský obor zahrnující psychiatrii dospělých, dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, psychiatrickou adiktologii, psychiatrickou sexuologii a psychiatrickou rehabilitaci. Zabývá se prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a výzkumem duševních poruch. Psychiatrie je úzce propojena s oborem klinické psychologie, společnou funkční specializací je psychoterapie. Cílem je poskytování kvalitní diferencované péče, dle potřeb jednotlivce i společnosti. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008)

Obdobně definují psychiatrii Zvolský a Mečíř: psychiatrie je lékařskou vědou, zabývající se příčinami, diagnózou, léčbou a prevencí duševních poruch. Ty se mohou vyskytovat v každém věku a projevují se různými změnami psychických funkcí, verbálního a nonverbálního chování a jejich rozmanitými kombinacemi. Vznikají na podkladě poruch biologických funkcí, stejně jako pod vlivem nepříznivých psychologických nebo sociokulturních faktorů a jejich vzájemného působení. (Zvolský a Mečíř, 2006)

Psychiatrie je tedy oborem multidisciplinárním, neboť v sobě nese a pracuje s poznatky z biologie, neurologie i sociologie. Psychiatrie je také ve velmi úzkém vztahu s psychologíí. Jak uvádějí Zvolský a Mečíř (s. 5): „Projevy psychických abnormalit a poruch není možno hodnotit bez znalostí „normálních“ projevů lidského chování, které studuje a popisuje psychologie jako věda, zkoumající mentální procesy a chování u člověka v normě.“

Psychiatrie se dělí na obecnou a speciální. Obecná psychiatrie se věnuje základním oblastem lidské psychiky a jejích poruch. Zabývá se otázkami vědomí, vnímání, emocí, myšlení, pozornosti, paměti, inteligence, pudů a instinktů, vůle a jednání a samotnou osobností jako takovou. Speciální psychiatrie se zaměřuje na konkrétní diagnostické jednotky. (Orel, 2016)

2.2 Stručný přehled historie psychiatrie

Psychiatrická onemocnění byla mezi prvními nemocemi, které byly jednotlivě rozpoznány a popsány; popis deprese se objevuje již v Erberově papyru, lékařském dokumentu z doby kolem roku 1900 před Kristem. (Zvolský a Mečíř, 2006)

Významný představitel lékařství ve starověkém Řecku Hippokrates (460-370 př. n. l.) poukazoval na vlivy vnějšího a vnitřního prostředí člověka. (Hanuš, 1997) Hippokrates považoval mozek za sídlo duševní činnosti včetně prožívání radosti a smutku, a popsal melancholii a mánii, kterou vnímal jako stav neklidu, vzrušenosti a vznětlivosti. (Hanuš, 1997) Galén, poslední z velkých lékařů antiky tvrdil, že duševní onemocnění mohou být způsobena přímým působením mozku a předpokládal, že sídlo duše je neoddělitelné od nervových center. (Zvolský a Mečíř, 2006)

Ve středověku nastává doba temna, bylo upouštěno od humánních přístupů, jelikož psychické poruchy byly považovány za výplod ďábla. Tomu také odpovídal způsob nakládání s nemocnými. Společnost byla „ochraňována“ vězněním, mučením nebo upalováním pro čarodějnictví. (Radimský, 1997)

V 19. století je radikální změna v psychiatrii formálně spojována se jménem Philippa Pinela (1745-1826), francouzského reformátora, který zaváděl léčebný režim a léčbu prací. Omezovací a donucovací prostředky u neklidných nemocných sice zůstávají, ale mění se, například okovy se nahrazují koženými pouty, dále se rozvíjí farmakoterapie v rámci uklidňujících a uspávacích prostředků, vytváří se systematika duševních poruch. Psychiatrie se stále více zařazuje mezi lékařské vědy. (Radimský, 1997)

Ve 20. století psychiatrie zažívá rychlý rozvoj. Významný krok v psychiatrické léčbě v podobě psychoterapie znamenala psychoanalýza Sigmunda Freuda (1856- 1939). Po 2. světové válce se psychiatrie odděluje od neurologie, ústavní léčba ustupuje léčbě ambulantní, využívá se biologické léčby společně s psychoterapií, což vše spolu s psychiatrickou rehabilitací umožňuje zkracování léčby a znovu navracení nemocných do společnosti. Při takto rychlém vědeckém vývoji se naplňuje idea humanismu v psychiatrii a v péči o duševně nemocné. (Radimský, 1997)

Ve 21. století je tak psychiatrie už považována za moderní lékařský obor. Léky jsou sice účinné, bohužel však jejich působení stále doprovází řada nežádoucích účinků. Nezastupitelnou roli v uzdravení pacienta hraje psychoterapie. (Praško a kol., 2003)

2.3 Psychiatrická péče v ČR

Psychiatrická péče v České republice je poskytována ve třech oblastech, a to:

- a) ambulantní péče
- b) lůžková péče
- c) komunitní péče

a) Ambulantní péče

Jedná se o základní složku psychiatrické péče, která zajišťuje péči pro většinu psychiatrických klientů. Mezi úkoly ambulantní péče patří prvotní diagnostika, léčba, rehabilitace, posuzování a prevence duševních poruch. (Praško, online) Dnes psychiatrické ambulance existují jako soukromé nebo státní složky a jsou také součástí psychiatrických oddělení nemocnic a psychiatrických zařízení. Znamenají poskytnutí okamžité péče pacientovi s duševními problémy a komplexní služby pro pacienty s chronickými psychiatrickými obtížemi.

b) Lůžková péče

Lůžková psychiatrická pracoviště jsou součástí psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrické kliniky v rámci fakultních nemocnic nebo mluvíme o psychiatrických léčebnách. Je zde poskytována akutní a následná péče, léčba psychických poruch a onemocnění, terapie, rehabilitace, probíhají zde různé socioterapeutické a aktivizační programy. Největším poskytovatelem lůžkové péče je v současnosti Psychiatrická léčebna v Praze 8 – Bohnicích, je zde k dispozici 1317 lůžek. (Lůžková psychiatrická péče, 2018, online) Tato oblast psychiatrické péče je předmětem debat v odborné sféře a dokumenty reformující tuto oblast se zaměřují především na deinstitucionalizaci psychiatrie. Také Praško (online) toto stanovisko podporuje: „Počet velkých psychiatrických léčeben by v dlouhodobé perspektivě měl být značně zredukován.“

c) Komunitní péče

Komunitní péče je v rozvíjena od druhé poloviny 20.století v řadě vyspělých zemí, také i v České republice a souvisí právě se snahou deinstitucionalizace, jak jsem již naznačila v přechodím odstavci. Jedná se o redukci a částečnou přeměnu psychiatrických léčeben v komunitní služby. Pěč, konkrétně na stránkách České psychiatrické společnosti uvádí „Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby.“ (Pěč, online) Do postupů komunitní péče patří mimo léčbu i podpora sociálních rolí v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů, podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou nejsou pouze pacienti s duševní poruchou, ale i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. (Pěč, online)

2.4 Reforma psychiatrické péče v ČR

V říjnu roku 2013 schválilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky plán, zvaný též jako Strategie reformy psychiatrické péče, na jehož základě mělo začít docházet k rapidní změně týkající se psychiatrické péče v ČR. Jde o základní dokument reformy psychiatrické péče ČR. Reforma psychiatrické péče je dlouhodobý proces, který by měl probíhat 15 až 20 let a měl by být rozdělen na jednotlivé etapy. Jde o zásadní systémovou změnu, během které by měl vzniknout nový, moderní a funkční systém péče. Změny se netýkají jen medicínského oboru psychiatrie, ale celého systému péče o osoby s duševním onemocněním. Na reformě psychiatrické péče v ČR se podílí také resort Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo obrany. Celkový rozpočet Reformy psychiatrické péče je financován kombinací prostředků z Evropských strukturálních fondů, Státního rozpočtu ČR a prostřednictvím Norských fondů (MZČR, 2013).

2.5 Strategie reformy psychiatrické péče

Strategie je dokument, který obsahuje ideová východiska a konsensuální návrhy na změny v oblasti poskytování psychiatrické péče v ČR. Strategie je rozdělena do tří fází, první fáze se týká inicializace a zajištění podmínek a trvala od roku 2014 do roku 2015. Druhou fází je fáze realizace a provozu, její trvání se odhaduje od roku 2016 do konce roku 2023. Poslední fází je vyhodnocení, jejíž přesný termín není stanoven, odhaduje se však realizace na konci fáze číslo dvě. (MZČR, 2013)

Globálním cílem Strategie je zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním. Motivem Strategie je důraz na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv duševně nemocných. (MZČR, 2013)

2.6 Národní plán pro duševní zdraví

Národní akční plán pro duševní zdraví (dále též NAPDZ) je dokument, který stanovuje konkrétní postupy pro naplnění některých částí Strategie reformy psychiatrické péče z roku 2013. NAPDZ vyšel na začátku roku 2020 a doba trvání je do roku 2030. V dokumentu jsou stanoveny finanční nároky na dosažení cílů a mechanismy, kterým se bude realizace promítat do rozpočtu.

Duševní onemocnění mají kromě hlubokých niterných negativních projevů přímo u duševně nemocných, jejich rodin a blízkých také významnou negativní zátěž v podobě nákladů socioekonomických.

Duškov uvádí, že v Evropě byly socioekonomické náklady na duševní onemocnění v roce 2010 odhadnuty na celkem 461 miliard EUR. V České republice proběhla studie, která mapuje náklady na poruchy mozku, a výsledky ukázaly, že součet přímých medicínských (diagnostika a léčba), přímých nemedicínských (sociální služby) a ostatních nepřímých nákladů (např. invalidita, pracovní absence apod.) činí v případě duševních chorob 100 mld. Kč ročně. Souhrnné náklady na poruchy mozku obecně (tedy včetně mozkových příhod, nádorů, demence atd.) dokonce šplhají na úroveň 258 mld. Kč.

Výrazná je také disproporce mezi počtem duševně nemocných osob a poměrem prostředků investovaných do péče o duševně nemocné. Ze zdravotních rozpočtů je do oblasti duševního

zdraví alokováno pouze od 1 do 6 %. Za zdůraznění stojí i znázornění nasazení pracovní síly, která se v rámci zdravotnického systému věnuje duševnímu zdraví - celkově se totiž jedná pouze o 1 % všech zaměstnanců ve zdravotních službách. (Duškov, 2019)

Snahy o zvýšení kvality života duševně nemocných prostřednictvím reformy systému péče o duševní zdraví, a ještě úžeji v prvním kroku transformací systému psychiatrické péče, jsou v českém kontextu patrné s menší či větší intenzitou a rovněž se silnější a někdy se slabší politickou motivací od počátku 90. let minulého století. (Duškov, 2019)

Již od roku 2013 dochází k dlouhodobému procesu reformy psychiatrické péče v ČR. Ukazuje se, že se mění společenské vnímání duševního zdraví a stále více se prosazuje biopsychosociální model. Na reformě se mělo v první řadě podílet Ministerstvo zdravotnictví ČR, čím dál více se však ukazuje, že je potřeba meziresortní spolupráce, aby mohlo dojít k naplnění cílů. (MZČR, 2020)

3 Sociální práce

Sociální práce je definována jako společenskovední disciplína a zároveň také oblast praktické činnosti, která má za cíl odhalovat, vysvětlovat, zmírňovat a řešit sociální problémy. Mezi tyto sociální problémy řadíme chudobu, zanedbávání výchovy dětí, delikvenci mládeže, diskriminace určitých skupin, nezaměstnanost aj. Hlavní náplní práce sociálního pracovníka je pomoci jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout, nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Sociální pracovník pomáhá vytvářet příznivé společenské podmínky na cestě k zapojení do běžného života. (Matoušek, 2008)

Dle Navrátila (2001) je sociální práce praktická odborná pomoc, založena na principu solidarity, která zajišťuje péči znevýhodněným lidem pomocí různých druhů služeb. Je orientována na pomoc člověku vyrovnat se s očekáváním společnosti a zvládnout její nároky. Sociální práce se snaží poskytnout pomoc člověku takovým způsobem, aby si v budoucnu byl schopen sám individuálně pomoci (Matoušek, 2012). Jejím cílem je zmenšování a předcházení sociálním problémům a patologickým jevům, jako jsou například trestná činnost, domácí násilí a také závislosti. (Matoušek, 2013)

Matoušek dále uvádí rozdělení forem práce sociálního pracovníka:

„Sociální pracovník pracuje:

- s klienty, s jejich rodinami, příp. za svůj případ považuje celou rodinu;
- s přirozenými skupinami, např. s partami mládeže na městském sídlišti;
- s uměle vytvořenými skupinami, jakými jsou např. školní třídy, nebo skupiny lidí trávící život v ústavu sociální péče, či ve vězení;
- s organizacemi, buď řídí činnost agentur poskytujících sociální služby, nebo vstupuje jako expert do organizací a pomáhá v nich řešit problémy, které je kompetentní řešit, např. formou supervize;
- s místními komunitami, tj. s lidmi žijícími v jednom místě;
- jako expert i při přípravě některých zákonů a vyhlášek, v jiných případech se jako oponent k takovým návrhům vyjadřuje.“ (Matoušek, s. 13)

Cíle sociální práce

Praktické cíle sociální práce jsou podle Americké asociace sociálních pracovníků následující (podle Zastrowa, 1995 in Matoušek, 2003):

1. Podpořit schopnost klienta řešit problém, adaptovat se na nároky a vyvíjet se.
2. Zprostředkovat klientovi kontakt s agenturami, které mu mohou poskytnout zdroje, služby a potřebné příležitosti.
3. Napomáhat tomu, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně (profesionální sociální pracovník může mít roli poskytovatele, organizátora služeb, supervizora, konzultanta a také roli obhájce klientových zájmů).
4. Rozvíjet a zlepšovat sociální politiku. (Matoušek, 2003)

Paradigmata sociální práce

Dle Matouška (2012) sociální práce zahrnuje tzv. „tři malá paradigmat“, ta vznikala ve 20. století a znázorňují tři různé náhledy na sociální fungování. Jedná se o terapeutické, reformní a poradenské paradigma (Navrátil, 2001; Matoušek, 2012). Tato paradigmat se odlišují nejen svým základem, ale i svým skutečným dopadem na reálnou situaci.

Sociální práce jako terapeutická pomoc neboli terapeutické paradigma, je první z paradigmat sociální práce. Za důležitého činitele tohoto paradigmatu je považováno úsilí o naplnění duševního zdraví a celkové pohody daného jedince (Navrátil, 2001). Dle Navrátila (2001) či Matouška (2012) je v tomto případě sociální práce pokládána za pomoc ve formě intervence či psychoterapie určené jedinci či skupině, jejímž účelem je snaha o zabezpečení sociální a psychické harmonie a rozvoj. Jejím nástrojem je komunikace a důraz na kvalitu vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. V tomto ohledu je zde pro sociálního pracovníka nutné mít psychologické či terapeutické znalosti (Matoušek, 2012).

Sociální práce jako reforma společnosti či společenského prostředí, nebo zjednodušeně reformní paradigma, je druhým paradigmatem sociální práce. Dle Matouška (2012) je zde sociální fungování spojováno s představou rovnosti ve všech ohledech lidského života ve

společnosti, sociální práce se v tomto případě orientuje na tzv. „empowerment“ neboli zmocňování klienta a to tak, aby daný jedinec či skupina mohli participovat na pozitivní přeměně či reformě jednotlivých institutů a budovat rovný přístup. Dané paradigma se nejvíce užívá v radikální sociální práci či anti-opresivních přístupech (Matoušek, 2012). Toto paradigma se u nás využívá minimálně, v České republice se spíše využívají ostatní dvě paradigmaty (terapeutické a poradenské), ty se zaměřují na řešení problémů týkajících se sociálního vyloučení. (Kodymová, 2011)

Sociální práce jako sociálně právní pomoc či poradenské paradigma je třetím paradigmatem sociální práce. Dle Navrátila (2001) zde sociální fungování souvisí se způsobilostí vypořádat se s problémem, na dostupnosti a množství informovanosti o poskytovaných službách. V tomto ohledu jde obzvláště o pomoc skrz zprostředkování informací, kontaktů, o poradenství či o umožnění přístupu k jednotlivým zdrojům. Toto paradigma má za úkol umožňovat naplňování individuálních potřeb jedince, rodiny či skupiny a snaží se o vylepšování soustavy sociálních služeb a o rozvoj růstu osobnosti či komunity. (Matoušek, 2012)

3.1 Sociální práce s duševně nemocnými

Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý obsah i různé cíle. Každá osoba se potýká s jinými problémy, jde proto o individuální práci klienta s profesionálem, který poskytuje cílenou pomoc, např. poskytování informací v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního a rodinného práva, pomoc s problémy v těchto sférách, či specifické intervence, jako je základní či odborné poradenství. Je vhodné využívat komplexní zdravotně-sociální systém péče. (Probstová, 2005)

Na člověka s duševním onemocněním bychom měli nahlížet především jako na člověka, nikoli jako na diagnózu, případně jako na problém. Každá osoba má své specifické potřeby, na které je třeba nahlížet individuálně. Při práci s klienty potýkajícími se s duševní nemocí je důležité být empatický, schopnost vcítění a práce s emocemi je jednou z nejdůležitějších součástí profesionálního přístupu. (Mahrová, 2008)

Problémy, se kterými se lidé s duševním onemocněním potýkají, jsou různorodé. Může jít o problémy na fyzické rovině, sociální či vztahové rovině, pracovní rovině. Potýkat se mohou s problémy v oblasti vzdělání, bydlení, či v právní oblasti. (Probstová, 2005)

Sociální pracovník chápe a podporuje koncept úzdravy, řídí se konceptem zotavení. (Probstová, 2005)

Do systému péče o duševně nemocné patří všichni, kteří se vyskytují v jejich blízkosti. Jde tedy zejména o rodinu, přátele, učitele, spolupracovníky a nejbližší okolí. V případě, že se ukáže potřeba odborné pomoci, nastupuje síť pomáhajících pracovníků, specialistů a organizací, které nabízejí své služby. Lidé s duševní nemocí jsou často úplně bez náhledu, svou nemoc popírají, nebo jí příliš neřeší. Tak je to často i s jejich okolím, které problém nevidí, nebo nechce vidět, či ho zcela popírá. Základem pro efektivní sociální systém služeb o duševně nemocné by mělo být aktivní vyhledávání klientů. Pokud má sociální pracovník, či někdo z okolí potenciálního klienta podezření na vznikající, případně déle trvající duševní onemocnění, je vhodné s dotyčným zavést rozhovor na téma oblast duševního zdraví. První reakce bývají odmítavé, někdy bouřlivé, ale již tím, že o tom pracovník s potenciálním klientem hovoří, je zde možnost nabídky další pomoci. Někdy může postačit i předat seznam adres, či leták, případně vizitky, na koho se může dotyčný obrátit. (Mahrová, 2008)

Osobám s duševním onemocněním by měl být nabízen ucelený systém služeb. Sociální pracovník by měl klienta do tohoto systému přivést, pomoci mu zvolit ten okruh služeb, který odpovídá jeho potřebám a následně jej systémem provázet. Člověk se na služby často obrací ve chvíli, kdy si sám nedokáže poradit s nějakým konkrétním problémem, ať už to jsou dluhy, nezaměstnanost, nedostatek financí, fyzické problémy či sociální problémy aj., vždy je třeba mít na vědomí, že se klient potýká s duševním onemocněním, na které je třeba brát zřetel. (Vondrka, 2008)

Předpokladem k práci s duševně nemocnými je základní znalost nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních onemocnění, terapeutických intervencí (včetně vlivů medikace), znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu zdravotního či sociálního zařízení, ve kterém pracovník pracuje.

Pro sociálního pracovníka jsou důležité pojmy, které mají své místo v rehabilitaci duševně nemocných a jež vycházejí z kombinace deskriptivní klasifikace a popisu funkční kapacity.

„Dlouhodobě duševně nemocní jsou ti jedinci, již trpí duševní poruchou (organická poškození CNS, schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní i jiná psychóza) i jiným onemocněním, které se může stát dlouhodobým, může snížit funkční kapacitu či nepříznivě ovlivňuje tři a více z následujících základních aspektů denního života: osobní hygienu a sebeobsluhu, směřování (cíle), mezilidské vztahy, sociální transakce, učení a rekreaci, ekonomickou soběstačnost.“ (Matoušek, s. 131)

Většina lidí s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc (informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního a rodinného práva a pomoc s problémy v těchto sférách, rodinnou intervenci apod.) i specifické intervence (poradenství, rodinná psychoterapie). Komplexní zdravotně-sociální péči potřebují zejména ti lidé, jejichž fungování je kvůli duševním problémům omezeno ve více oblastech po delší dobu, tedy lidé dlouhodobě duševně nemocní. Komplexnost jejich potřeb vyžaduje, aby kvalitní zdravotní a sociální služby poskytovali profesionálně zdatní jednotlivci za spolupráce jednotlivých složek péče na různých úrovních (tým, zařízení, region, stát).

Východiska současné péče o duševní zdraví je možné shrnout následovně: Politika péče o duševní zdraví je deklarovaný, do legislativy se promítající názor na postavení duševně nemocných a praktické vyjádření vztahu, který k nim společnost zaujímá - jak zachází s jejich problémy a jak případně reaguje na jejich rušivé chování. V politice se odrážejí představy o podstatě takového "rušivého" chování, odráží se v ní i celkové postavení jednotlivce ve společnosti, pojetí hodnoty člověka jako individua, včetně morálních a etických norem doby (volně podle Politika péče o duševní zdraví, 1995). (Matoušek, 2005)

„Kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi, jeho okolí a o jeho zázemí (sociální šetření). Sestavit a realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky, vědět, jak práci s klientem ukončovat. K tomu využívá schopnosti navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat, být vnímavý k verbálním i neverbálním projevům klienta i jiných respondentů, umět pozorovat. Ví, jak komunikovat s ostatními členy týmu, dalšími odborníky a institucemi (ústně i písemně). Má jasno v etice své práce, v tom, jak zacházet s informacemi o klientovi. Má přehled o možnostech a zdrojích v komunitě, snaží se je rozšiřovat či vytvářet. Zná systém sociálního zabezpečení, legislativu a sociální politiku, orientuje se v životním stylu a hodnotách různých společenských skupin a je k nim vnímavý.“ (Matoušek, s. 312)

Sociální pracovník může s duševně nemocnými pracovat v institucích (psychiatrická léčebna, psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrický domov důchodců, nesespecializovaná zařízení - v Čechách také ústav sociální péče pro mentálně postižené i běžný domov důchodců), v léčebných komunitách, dále v komunitních zařízeních (krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit, zařízení podpory práce a bydlení, týmy řízení), nebo jsou duševně nemocní jeho klienty v jiných službách poskytovaných obcí, případně jinými organizacemi (zařízení pro uprchlíky apod.). V moderní komunitní psychiatrii, která chce být sítí služeb nabízejících kontinuální léčbu, ubytování, zaměstnání a sociální podporu a která chce lidem s duševními nemocemi pomáhat obnovit jejich normální sociální role. (Strathdee a Thornicroft in Thornicroft a Szillukler, 2001)

Sociální pracovník ve specifické práci s lidmi s duševním onemocněním:

1. vytváří s pacientem vztah založený na respektu a partnerství;
2. plní roli jakéhosi vyslance, advokáta, tvůrce vztahů, spojky mezi duševně nemocným a komunitou (obcí), jejíž podmínky dobře zná (cílem je sociální integrace klienta);
3. chápe, že se lidé s problémy v oblasti duševního zdraví liší nejen typem psychických problémů, jež zasahují do jejich života (diagnózou), ale i prostředím, zázemím, hodnotami a cíli, které měli a mají, charakteristikami osobnosti, vzděláním a dovednostmi, věkem a zkušenostmi, ale také typem profesionální pomoci a podpory, které se jim již dostalo (souhrnně řečeno jsou individualitami);
4. snaží se získávat pozornost a respekt pro jedinečnost vnitřního světa klienta, ovlivňovat prostředí, v němž klient žije tak, aby bylo humánnější a citlivější k jeho potřebám (Suppes a Wells, 1991);
5. mapuje zdravotně-sociální potřeby duševně nemocného (klienta) a ve svých intervencích z nich vychází, diferencuje potřeby naplněné, nenaplněné, potřebu podpory, vliv a možnosti prostředí;
6. chápe a podporuje koncept úzdravy (nejen vyléčení - u dlouhodobě duševně nemocných úzdavou rozumíme adaptaci, tedy přijetí sebe, významu a smyslu života, který přesahuje limity dané onemocněním, zvládnutí nemoci a adaptaci sebe sama na onemocnění (Hatfield ft Lenoy 1993);

7. podporuje sociální integraci, což znamená změnu postoje lidí, kteří se bojí osob označených jako duševně nemocní, změnu postojů profesionálů, u nichž nadměrný pocit odpovědnosti, vede k příliš ochrannému postoji vůči nemocným, a u klientů ovlivnění zvnitřněného pocitu nekompetence a nezpůsobilosti. (Carling 1995)

4 Case management

4.1 Vymezení pojmu case management (CM)

„Case management je koordinovaná činnost směřující k podpoře klienta, a to za účasti všech dostupných zdrojů (rodina, odborníci, sociální a zdravotní služby apod.) Za realizaci CM je odpovědný odborný pracovník (většinou sociální pracovník), který zodpovídá za vyhodnocení potřeb klienta a spolu s klientem a dalšími zainteresovanými osobami vytváří individuální plán.“ (Solařová, 2013)

Stuchlík (2001) uvádí, že case management je způsob koordinace a integrace systému služeb pro duševně nemocné, jedním z nejpodstatnějších nástrojů změny systému péče o duševně nemocné. Case management je systematický postup zaměřený na to, postavit klienta do středu služeb a tak umožňuje optimalizovat zdroje, které systém nabízí.

„V české terminologii, se pojem case management neustálil, často bývá překládán jako případové vedení, a ještě mnohem častěji se o něm nemluví vůbec. V angloamerické literatuře byl tento pojem používán 25 let a v poslední době bývá nahrazován termíny asertivní komunitní přístup nebo asertivní komunitní léčba. Příčinou tohoto terminologického postupu je to, že novější termín lépe vystihuje podstatu služby či služeb poskytovaných klientovi.“ (Stuchlík, 2001)

Case management je tedy v současné době na jedné straně značně diversifikovaný, ale zároveň institucionalizovaný přístup, kdy institucionalizace se projevují mj. tím, že existuje celá řada odborných a profesních platforem, zaměřených právě na problematiku CM. Z odborných periodik, která jsou na tuto oblast zaměřena, lze jmenovat např. Professional Case Management, což je recenzovaný časopis, zaměřený na různé podoby CM, dobrou praxi CM pro profesionální CM, publikující články zaměřené na koordinaci služeb, zlepšování kvality, výzkumů z dané oblasti atd. Dále existují i profesní organizace, zaměřené na CM a sdružující case managers, z nichž největší je zřejmě Case Management Society of America založená v roce 1990. O té době se rozrostla v jednu z klíčových neziskových organizací, zabývajících se rozvojem case management a case management chápe jako profesi. Společnost v současné

době podle svých údajů sdružuje více než 35 000 členů a účastníků (<http://www.cmsa.org/>). Nicméně tato organizace se orientuje spíše na case management ve zdravotnictví. Ovšem case management je také tématem a předmětem pozornosti National Association of Social Workers (NASW) (<http://www.naswnyc.org/?420>), což je jedna z největších organizací na světě, reprezentující sociální pracovníky a v rámci své činnosti se mimo jiné snaží podporovat profesní standardy v oblasti sociální práce. Jednou z oblastí, kterou NASW standardy ošetřují, jsou právě standardy pro case management v sociální práci (NASW Standards for Social Work Case Management). (Projekt VUPSV-S2-5)

4.2 Historie case management

Rozvoj metody case management, se datuje od šedesátých let dvacátého století v Americe. Péče o duševně nemocné byla do té doby v organizaci velkých státních nemocnic, převažoval trend podávání psychiatrické medikace, konkrétně fenothiazinů pacientům s psychotickými projevy. Tato medikace výrazně snižovala příznaky onemocnění, což vedlo i k nižšímu procentu psychiatrické hospitalizace a zároveň k redukci lůžek v nemocnici a výsledkem bylo především žádoucí snížení výdajů státu. Ač mělo jít v o de-institucionalizaci, šlo dle Stuchlíka spíše o trans-institucionalizaci. Lidé odcházeli z nemocnice do domů s pečovatelskou službou, kde byly podmínky často ještě horší, než v nemocnici (Stuchlík, 2001).

V USA vznikla tzv. Centra komunitní péče, které financovaly jednotlivé státy a federální vláda. Cílem bylo vybudovat dva tisíce Center komunitní péče, to se ale nakonec nepodařilo zejména kvůli tomu, že systém paralelního financování nebyl optimální. Center vzniklo necelých osm set, vzniklá centra byla kritizována pro nejasnosti v plánování služeb a odklon od dosavadních poskytovaných služeb dlouhodobě duševně nemocným. Vzniklá centra spolu navzájem nekomunikovala, služby byly špatně propojené a navíc se zaměřovala jen na úzké skupiny klientů. Na počátku sedmdesátých let se pokusil americký Národní institut duševního zdraví problém vyřešit a zajistit koordinaci jednotlivých služeb. V rámci projektu byla vytvořena pozice "systémových agentů" neboli case managerů, kteří zajišťovali komplexnost péče poskytovaných různými službami podle potřeb klientů. Národní institut duševního zdraví vytvořil program komunitní podpory pro osoby s duševním onemocněním, který se zaměřoval

na zjištění počtu osob s duševním onemocněním v nemocnicích a komunitách, na pomoc při diagnostice, na krizové intervence, obsahoval také psychosociální rehabilitaci, služby podporující životní a pracovní podmínky, medicínskou a psychiatrickou péči, podporu okolí klienta, spolupráci s komunitou při hledání bydlení a práce a ochranu práv klientů. (Stuchlík, 2001)

Akreditační rada psychiatrických zařízení v Americe (Acreditation Council for Psychiatric Facilities) potvrdila case management jako aktivitu propojující systém služeb s uživatelem a označila jej za základní řešení v souvislosti s problematikou duševních onemocnění ve státě. (Stuchlík, 2001)

V osmdesátých letech se začaly vytvářet centra, která pracovala metodou case management, po celých Spojených státech. Služby pro osoby s duševním onemocněním se tak stávaly dostupnější. (Stuchlík, 2001)

4.3 Vznik case management ve Velké Británii

V USA byla hlavním důvodem pro rozvoj case management úspora finančních prostředků, ale ve Velké Británii šlo především o vytváření rehabilitačních programů kvůli poválečnému nedostatku pracovních sil a fyzickému poškození viktoriánských nemocnic (Stuchlík, 2001).

Do šedesátých let, podobně jako v USA, byla psychiatrická péče zaměřena zejména na práci s pacienty během hospitalizace v nemocnici. V roce 1930 byla zákonem o duševním zdraví v Anglii přijata zásada dobrovolného přijetí k psychiatrické hospitalizaci. Dle Stuchlíka se od tohoto roku počet hospitalizací zvyšuje, snižuje se však jejich průměrná délka. Studie ale ukazují, že jsou hospitalizace sice kratší, spousta pacientů se však ocitá v tzv. "otáčivých dveřích" opakovaných hospitalizací. (Stuchlík, 2001)

Roku 1959 byl ve Velké Británii zaveden zákon o duševním zdraví, který podpořil rozvoj komunitních zařízení. V zákoně byly popsány kompetence místních úřadů zřizovat tato centra a služby. Hlavním cílem bylo snížení psychiatrických lůžek na polovinu, zkrácení doby hospitalizace a přesun psychiatrických lůžek do místních všeobecných nemocnic. V roce 1975 se v plánu rozvoje objevil požadavek rozšíření působnosti oddělení sociálních služeb v oblasti

chráněného bydlení, denní péče a podpůrné sociální péče. Problémem opět bylo financování, protože bylo společné pro zdravotní a místní úřad. Problém pramenil z rozepří jednotlivých oddělení státní správy ohledně politiky komunitní péče, opět byla problematická spolupráce a komunikace mezi odděleními, chybělo společné sledování kvality a nebyly vytvořeny společné plány. (Stuchlík, 2001)

Role case managera, byla poprvé popsána v roce 1986 ve zprávě auditní komise v Anglii. Zpráva byla zaměřena na financování služeb pro osoby, které opouštějí psychiatrické nemocnice. Nově, byl navržen systém case management s rozpočtovou autonomií jako oddělený a nezávislý způsob spolupráce mezi organizacemi. Nejvýznamnějším úkolem komunitní péče bylo umístění odpovědnosti za péči co nejbližší ke klientovi a jeho rodině, či do jeho blízkého okolí. (Stuchlík, 2001)

4.4 Zásady case management

Jedním z hlavních důvodů pro vznik case management, bylo úsilí vytvořit osobnější model péče a pomoci, než jaký nabízí hospitalizace v psychiatrických nemocnicích. Komunitní péče zasahuje do klientova soukromého života, klient je aktivně zapojen do procesu léčby a zmenšuje se tak míra restriktivních zásahů. Case manager může výrazně ovlivnit život klienta, o klientovi ví řadu informací, monitoruje jeho zdravotní stav a průběžně se informuje o jeho aktuální sociální situaci. Klient má vždy právo na ochranu svého soukromí a z toho plynou pravidla, kterými se musí case manager řídit. Case manager si musí být vědom práv svého klienta, musí je uznávat a respektovat. Hlavním pravidlem je, že case manager nesmí bez souhlasu klienta nebo jeho zákonného zástupce sdělit třetí osobě žádné informace. Pokud by chtěla třetí osoba získat informace o klientovi, lze to jen s písemným souhlasem klienta a mělo by jít jen o informace, které nezbytně potřebuje. Třetí osoba zároveň poskytnuté informace nepodá nikomu dalšímu. (Stuchlík, 2001)

Stuchlík (2001) uvádí šest praktických zásad case management:

1. Zaměření na zdravé stránky klienta.

Diagnóza je jen název a číslo, které zefektivňuje komunikaci mezi odborníky. O klientovi nebo jeho situaci to však neříká nic, nejsou v ní promítnuty zkušenosti klienta ani jeho momentální

zdravotní stav. Klient může být kvůli své diagnóze stigmatizován, může bránit klientovi a jeho blízkým zapojit se do terapeutického procesu.

2. Podstatný je vztah klienta, a case managera.

Ač má case manager silnější roli ve vztahu s klientem, je potřeba s tím vědomě pracovat a snažit se s klientem jednat na partnerské úrovni. Čím více se vztah odehrává na partnerské úrovni, tím lépe se vztah utváří, udržuje a intervence odpovídají klientovým skutečným potřebám.

3. Intervence jsou založeny na rozhodnutí klienta

Práce s klientem je založena na dobrovolnosti, jde o stálé úsilí brát v potaz klientovo přání a volbu. Při case managementu nastávají i situace, kdy musí case manager učinit rozhodnutí, které není v souladu s přáním klienta. Tyto situace nastávají např. v situacích, kdy je klient nebezpečný sobě či okolí.

4. Asertivita intervencí

Osoby s duševním onemocněním ve spoustě případů sami nevyhledají pomoc, čím je jejich stav horší, tím spíše o pomoc nezažádají. Case manager musí mít proto dobrý přehled o aktuální situaci klienta. V případě, že se klient nedostaví na domluvené schůzky, není to důvod k ukončení spolupráce, naopak je potřeba ho najít a začít situaci aktivně řešit.

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

Práce metodou case management je založena na konceptu zotavení, je tedy nutné stavět na klientových dosažených dovednostech a schopnostech, posilovat jeho silné stránky a podporovat klientovo odhodlání ke změně.

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

Společenství, ve kterém klient žije je zdroj, nikoli překážka. Je třeba vycházet z potřeb klienta a použít všech dostupných zdrojů k inkluzi klienta.

Za hlavní a charakteristickou vlastnost case management lze považovat to, že je realizován multidisciplinárním týmem. Týmy bývají složeny ze sociálních pracovníků, zdravotních (psychiatrických) sester, ergoterapeutů, pracovních konzultantů, psychiatrů, psychologů, rodinných terapeutů. V amerických modelech asertivní komunitní léčby (ACT) bývá pravidelně zařazen do týmu člověk s vlastní zkušeností uživatele psychiatrických služeb. (Pěč, Probstová, 2009)

4.5 Modely case management

Stuchlík uvádí (Suchlík in Pěč, Probstová, 2009) rozdělení case management na 5 modelů: Brokerský, Intenzivní case management, Klinický model, Asertivní komunitní léčba a Funkční asertivní komunitní léčba.

1. Brokerský model

Podstatou modelu je zprostředkování služeb. Case manager pracuje s klientem individuálně na vytvoření individuálního plánu služeb. Není zdůrazňována potřeba týmové práce, intenzivní vztah s klientem ani asertivní nabídka podpory a pomoci. Většina autorů dnes nepovažuje tento model za dostatečně účinný. (Pěč, Probstová, 2009)

2. Intenzivní case management

Intenzivní case management, nebo-li ICM, popisuje Szotáková (2013) jako metodu, která je zaměřena na klienta, na rehabilitační přístup a klade důraz na sociální intervenci. Case manager má na starosti méně klientů než case manager u Brokerského modelu, v tomto případě se jedná o deset až třináct klientů na jednoho pracovníka. Každý klient, má svého case managera, který s ním pracuje, není však sdílen s ostatními členy týmu. Klientovi jsou poskytovány služby jako nácvik dovedností, odborné poradenství a během spolupráce se pracovník zabývá otázkou, jaké další navazující služby je možné klientovi zprostředkovat. Během práce s klientem se klade důraz na práci se silnými stránkami klienta. Rozdílem oproti Brokerskému modelu je také to, že se case manager s klientem, setkává v přirozeném prostředí, doma nebo v komunitě, snaží se klientovi pomoci s aktuální životní situací a zapojit klienta do procesu spolupráce. Služba s klientem se ukončuje, když je klient stabilizován, případně když odmítá spolupráci nebo je dlouhodobě hospitalizován.

3. Klinický model

Klinický model je přeložen z anglického Clinical Case Management, zkráceně CCM. Zmiňovaný model je velmi podobný modelu ICM. U obou typů case management je v důraz na rehabilitaci klienta, trénink klientových dovedností a zaměřuje se na silné stránky klienta. U tohoto modelu je typická kombinace přímo case management spolu s psychoterapií. Case manager,

stejně jako u modelu ICM, pracuje s deseti až třinácti jedinci, jde o individuální práci. Case manager, který pracuje formou klinického modelu, musí umět adekvátně reagovat a mít v tomto modelu zkušenosti, jelikož je potřeba znát určité techniky psychoterapie a rodinné terapie. Na case managera, je v tomto případě kladena větší zodpovědnost, musí umět pracovat i jako psychoterapeut, mít dobré pozorovací schopnosti. Jde o dlouhodobou spolupráci s klientem, case manager může následně předat klienta další vhodné službě. (Szoťáková, 2013)

4. Asertivní komunitní léčba (Assertive Community Treatment, ACT)

Asertivní komunitní léčba, anglicky Assertive Community Treatment, se podobá modelu intenzivního case management. Ke zrodu asertivního case management, došlo v sedmdesátých letech 20. století v USA, od té doby si jej osvojilo mnoho organizací. Dnes patří k mezinárodně uznávaným lékařským přístupům, je založen na důkazech, které k medicíně neodmyslitelně patří (Veldhuizen, Bähler, 2013). Case manageri se v tomto modelu řídí zásadou multidisciplinarity. Hlavním rozdílem oproti předešlým modelům je sdílení konkrétních případů s celým týmem, nikoliv jen s jednotlivými pracovníky. Pracovník má na starosti menší počet klientů, přibližně osm až deset. Jde o navazování vztahu s klienty v jejich přirozeném prostředí, asertivní zastupování, zvládnutelnou velikost a počet případů, časté kontakty mezi pracovníkem a klientem, díky multidisciplinarity také týmový přístup a sdílení případů, dlouhodobá spolupráce s klienty a podpora klientů v každodenních praktických problémech.

5. Function Assertive Community Treatment (FACT)

Typ case management s anglickým názvem Function Assertive Community Treatment, zkráceně FACT, překládá Szotáková (2013) do češtiny jako funkční asertivní komunitní léčba. V praxi se však s tímto českým spojením téměř nesetkáváme a to hlavně z důvodu, že by mohl být název zavádějící a model ICM, tedy intenzivní case management, by mohl být považován za nefunkční či ne příliš efektivní. Opak je ale pravdou (Szoťáková, 2013). FACT model v Nizozemsku vyvinuli psychiatr J. R. van Veldhuizen a psycholog M. Bähler, v Nizozemsku se tento model také hojně využívá. Model se zaměřuje na zajištění kontinuity péče, předcházení hospitalizacím a na podporu začleňování klientů do společnosti.

Stejně jako u ACT modelu jde o dlouhodobou spolupráci, která se nemusí prakticky nikdy ukončit a. (Veldhuize, Bähler, 2013)

FACT model je kombinací intenzivního case management a modelu asertivní komunitní léčby. Během práce s klienty dochází k "přepínání" mezi těmito dvěma režimy poskytování péče. U modelu FACT pracují týmy s osobami, které potřebují akutní a intenzivní péči, poté jsou zde i ty, které tak intenzivní podporu nepotřebují. S klienty, kteří vyžadují intenzivní péči, se pracuje modelem ACT, jde tedy o sdílení klienta v týmu a využití multidisciplinarity. (Veldhuize, Bähler, 2013)

Pokud klient momentálně nepotřebuje žádnou zvýšenou péči a je stabilizován, nastává přepnutí do druhého modelu, modelu ICT. Během této části spolupráce se s klientem pravidelně vidá jeden case manager, který spolu s ním pracuje na určité zakázce či individuálním plánu. Díky FACT modelu je možné včasné rozpoznat riziko relapsu či hrozící hospitalizace, zároveň také přináší lepší možnost zotavení, podpory a rehabilitace. (Veldhuize, Bähler, 2013)

4.6 Desatero case management

Desatero zpracovala M.Štastná v metodice pro organizaci Šance pro tebe, o.s. z r. 2010, poskytla tak zkrácený přehled pro sociální pracovníky, kteří přemýšlí o metodě case management.

1. CM je unikátní a cenný doplněk existujících služeb, ale není všelékem a nelze ho využít u všech případů
2. CM poskytuje komplexní, účelnou a přesně cílenou podporu – u jednoho stolu se sejdou různé profese a různé pohledy na případ
3. Dochází k minimalizaci chybných rozhodnutí z důvodu nepřesných informací či řešení problému
4. CM koordinuje poskytování služeb a předchází tomu, aby jednání různých poskytovatelů služeb byla v protikladu
5. CM zabraňuje nekoordinovanému procházení jednotlivců službami a pasivnímu přijímání sociálních služeb

6. CM aktivizuje klienta – klient je aktivně vtažen do řešení svého problému do procesu plánování služeb, sám o nich rozhoduje a je zodpovědný za jejich realizaci
7. Podpora CM je šitá na míru – využívá individuální přístup vycházejících z potřeb, možností a omezení klienta – nikoli z nabídky služeb
8. CM nepreferuje odborné psychosociální služby, ale klade důraz na využívání zdrojů přirozeného prostředí klienta (příbuzní, sousedé, kamarádi, veřejné služby ...)
9. CM je flexibilní (ve svém trvání, v přizpůsobování intenzity služby potřebám klienta)
10. Prostřednictvím CM zpravidla dochází k rychlejšímu řešení klientovi zakázky a také dochází k finanční úspoře – prevence překrývání podobných služeb od různých poskytovatelů. (Šťastná, 2010)

4.7 Typy case management

Challis (Challis, 2018) jako jedno z kritérií odlišování typů CM zvolil varianty ve stylu a organizaci CM. Z tohoto hlediska odlišuje:

1. Modely, kdy se úkolů spojených s výkonem CM ujímá, a) jeden či b) více pracovníků.
 - a) CM může spočívat na jednom klíčovém pracovníkovi, který působí jako case manažer a provádí všechny základní úkoly CM;
 - b) alternativní uspořádání může spočívat v tom, že různé základní úkoly CM jsou vykonávány různými pracovníky, např. pokud se nějaký úkol jeví jako specializovanější či technicky náročnější než jiné, jeden pracovník může provést komplexní úkoly posouzení a plánování péče, zatímco méně kvalifikovaní pracovníci mohou provádět koordinaci a monitorování – tento model se často zdá vhodný v agenturách, které mají potíže se získáním dostatečně kvalifikovaných pracovníků. Na druhé straně ztráta kontinuity kontaktu s klientem v rámci takového modelu znamená vysokou pravděpodobnost ztráty zpětné vazby, jednotliví pracovníci nemají příliš možností se v průběhu času poučit o efektivitě péče, která byla klientovi poskytnuta.

2. Modely a) jedné agentury či b) zapojení více agentur při provádění CM. Každý z těchto modelů má výhody i nevýhody, které se týkají především přístupu k informacím a složitosti organizace CM.

a) model jedné agentury znamená méně organizačních komplikací, ale je-li to sociální odbor, má přístup jen ke zdrojům ze sociální oblasti, nikoliv např. ze zdravotní (a naopak), přičemž efektivní dlouhodobá péče může vyžadovat zdroje i např. jak z oblasti zdravotnictví, tak z oblasti sociální;

b) výhodou zapojení více organizací je snadnější propojování informací, ale na druhé straně tento model vyžaduje zvýšené manažerské úsilí k tomu, aby se takový systém CM podařilo vytvořit a udržet.

3. Modely a) kdy jsou case manageři součástí dané agentury jako zaměstnanci či b) kdy je case manager na dané agentuře nezávislý, tzn. není jejím zaměstnancem.

a) výhodou tohoto uspořádání je, že case manager má za zády určitou míru organizační autority danou příslušností k danému odboru, bezprostřední přístup ke zdrojům.

b) Výhodou druhého modelu je to, že case manager může hájit zájmy klienta nezávisleji, není vystavován konfliktu mezi zájmy klienta a agentury a případnému napětí mezi zodpovědností vůči agentuře a vůči klientovi.

4. Model a) administrativní či b) model uceleného case management.

a) administrativní forma CM je poměrně limitovaná forma CM, v níž je jako ústřední úkol vnímáno uspořádání a koordinace služeb. Ostatní úkoly CM, jako je poradenství, řešení psychického stresu a napětí, vznikající v souvislosti s péčí, poskytování podpory rodinám apod., je poskytováno či zprostředkováváno někým jiným, než case managerem. Velké riziko toho, co autor nazývá „administrativní“ model CM je, že snadno zapadne do již existujících vzorců pomoci (tzn. menší šance, že bude pomoc „originální“ na míru daného klienta). Dále je pravděpodobnější, že dojde k nežádoucímu oddělení reakce na praktické a psychologické potřeby jednotlivce.

b) Ucelený, „kompletní“ model CM se zabývá všemi těmito úkoly, včetně reagování na psychologické a další potřeby klienta. Rozdíl mezi „administrativním“ a „uceleným“ modelem CM může být dle Challise vyjádřen také jako rozdíl mezi přístupem, v němž dominují služby (a jejich zájmy) a na klienta orientovaným přístupem.

4.8 Fáze case management

Payne (2000) rozpoznává v procesu case management pět hlavních fází:

1. fáze procesu CM, kterou představuje posouzení potřeb uživatele;
2. fáze, plánování, kdy case manager naplňuje s uživatelem balíček služeb ze služeb, které jsou dostupné;
3. fáze, implementační, v níž probíhá zavedení tohoto „balíčku“;
4. fáze, fáze monitorovací, kdy case manager sleduje, jak je zavedení balíčku služeb účinné, jak funguje;
5. fáze, evaluační, představuje pravidelné vyhodnocování case managerem, zda je výsledek zavedení služeb pro uživatele vyhovující. Evaluace vede k dalšímu posouzení a vycizlování plánu.

Payne v této souvislosti vysvětluje, že tento proces je podobný mnoha vymezením praxe sociální práce, která ale nemusí představovat uplatňování CM. Zdůrazňuje, že existují tři prvky, které odlišují CM od ostatních forem sociální práce a profesionální praxe, a to:

1. CM je veden potřebami klienta („needs-led“), zatímco většina sociální práce je založena na teoretickém rámci, z něhož sociální pracovník vychází, nebo na postupech, procedurách, praxi organizace, v níž sociální pracovník působí. Jinými slovy, CM nastavuje vzorec pomoci takovým způsobem, který vyhovuje potřebám klienta.
2. myšlenka „balíčku služeb“ vytvořeného ze škály dostupných možností, kdy každý prvek tohoto balíčku je přizpůsoben posouzeným potřebám a je zaintegrován do celku. Každý uživatel služeb dostane jiný balíček služeb;
3. monitorování a vyhodnocení - spíše než poskytování služeb, jaké jsou požadovány, dokud nenastane nějaký problém, se CM snaží o pečlivější řízení zdrojů; pravidelné monitorování poskytované péče/služeb má zaručovat, že zavedený „balíček“ služeb stále funguje; zároveň je uskutečňována pravidelná revize celkového zajištění službami.

5 Výzkumná část

V empirické části bakalářské práce se budu věnovat popsání cíle výzkumu, hlavní výzkumné otázce, zvolenému typu a metodě výzkumu, etice výzkumu, metodě získávání dat, organizace sběru dat, metodě zpracování dat, metodě analýzy a interpretace dat, diskusi a závěrečné shrnutí výsledků.

5.1 Cíl

Cílem výzkumu je zhodnocení přístupu v péči o klienty s duševním onemocněním metodou case management. Je tato metoda a princip spolupráce klienta a sociálního pracovníka (case managera) přínosná a smysluplná na cestě k úzdavě klienta s duševním onemocněním?

5.2 Hlavní výzkumná otázka a tematické okruhy výzkumných rozhovorů

Hlavní výzkumná otázka zní:

Vidíte z pohledu sociálního pracovníka přínos metody case management do vaší práce s lidmi s duševním onemocněním?

Na tuto otázku odpovím v rámci kapitoly vyhodnocení a analýzy dat.

Rozhovory jsem rozdělila do tří hlavních tematických okruhů:

1. Popis formy práce sociálního pracovníka v minulosti a nyní (v kontextu implementace case management)
 - Konkrétní výzkumné otázky pro tento tematický okruh:

Jak dlouho a na jakých pozicích jste pracoval jako SP? Jak dlouho pracujete s metodou case management? V čem vidíte rozdíl v práci sociálního pracovníka bez a s metodou case management?

2. Viditelné přínosy práce formou case management pro klienty z pohledu sociálního pracovníka

- Konkrétní výzkumná otázka pro tento tematický okruh:

Jaká jsou pozitiva a negativa case management?

3. Přínosy case management a jeho vnímání klientů s duševním onemocněním z pohledu sociálního pracovníka.

- Konkrétní výzkumná otázka pro tento tematický okruh:

Jak nebo konkrétně v čem klienti vnímají rozdíl vaší práce?

Pro ověření kompetencí jednotlivých respondentů byly na úvod rozhovorů položeny informativní otázky týkající se věku respondentů, pracovních zkušeností, pracovního zařazení, popis práce sociálního pracovníka a délky praxe do doby, než začal pracovat s metodou case management. Tyto informativní otázky nemají přímý vliv na vyhodnocení a analýzu nasbíraných dat.

5.3 Použitá metoda

Pro účely výzkumné části této práce byla vybrána kvalitativní výzkumná strategie, díky které lze získat odpovědi na výzkumné otázky a naplnit tak cíle této práce. Podle Dismana (2002) je kvalitativní výzkum „nenumerické šetření a interpretace sociální reality, jehož cílem je odkrýt význam sdělovaných informací“. (Disman, s. 285)

Kvalitativní výzkum se zaměřuje na pochopení smyslu jednajících sociálních subjektů. Odhaluje reálné souvislosti mezi určitými jevy. Cílem kvalitativního výzkumu je vytvořit vhodný popis, nebo logickou konstrukci celku sociálního a sociálně psychologického jevu, nikoliv změřit jednotlivé parametry stanovených ukazatelů. (A. Surynek, R. Komárková, E. Kašpárková, 2001)

Výzkumná data pro účely této práce byla sbírána technikou polostrukturovaného rozhovoru. Jak uvádí Miovský (2006), jedná se o metodu dotazování, kdy má tazatel pro usnadnění rozhovorů dopředu připraven okruh témat a otázek.

Dále dle Miovskeho (2006) je polostrukturovaný rozhovor považován za nejrozšířenější formu rozhovoru. U polostrukturovaného rozhovoru je definováno tzv. „jádro interview“, což je minimum témat a otázek, které tazatel musí probrat, jejich pořadí se však může lišit dle vývoje rozhovoru. V průběhu rozhovoru si tazatel upřesňuje odpovědi účastníka, klade různé doplňující otázky, čímž se často rozkrývají nová doplňující témata, se kterými se může pracovat při závěrečném zpracování a analýze dat.

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

Jak uvádí Miovský (2006), výběr výzkumného souboru patří mezi náročné fáze každé studie. Při výběru metody pro výběr osob pro tento výzkum byla využita metoda záměrného výběru, což je postup, při kterém cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností, či stavu, například k určité sociální nebo jiné skupině.

Tuto formu výběru jsem zvolila s cílem získat potřebnou škálu respondentů působících v sociální sféře dostatečně dlouho, aby měli možnost a mohli srovnávat formu sociální práce case management a jiné.

Respondenti byli vybíráni tak, aby měli praxi nejen jako case manager, ale i praxi jako sociální pracovník nepracující formou case management a ideálně obě formy práce s klienty s duševním onemocněním, což v jednom případě nebylo naplněno, ale respondentka D měla široký záběr předchozí praxe, což jí mohlo poskytnout zase jiný pohled na tuto problematiku.

Respondenti jsou v současnosti zaměstnáni v neziskových organizacích pracujících s lidmi s duševním onemocněním jako case manager, pracující v terénních týmech, v jednom případě na vedoucí pozici tohoto týmu. Ve dvou případech to byli moji kolegové, se kterými v současné době spolupracuji, jednu respondentku jsem oslovila na základě své zkušenosti z praxe v prvním ročníku a čtvrtá respondentka souhlasila s rozhovorem na žádost společné kolegyně.

5.5 Sběr dat

Výzkumné šetření s respondenty probíhalo v průběhu října 2021 až února 2022. Dva rozhovory jsme vedla on-line, dva osobně. Respondenti byli ubezpečeni o anonymitě a poskytli souhlas se zpracováním údajů pro mou bakalářskou práci. Rozhovory jsem nahrávala do záznamové aplikace v mobilním telefonu, souhlasy respondentů jsou zaznamenány v prepisech rozhovorů.

Rozdíl mezi online formou a osobním setkáním jsem nepocítovala, respondenti byli vstřícní bez ohledu na formu. Respondenti byli předem seznámeni s účelem i cílem rozhovoru a výzkumu, také jsem předem nastínila okruh otázek a proč jsem oslovila právě je. Rozhovory jsem nahrávala a následně přepsala do textové podoby (viz přílohy). Rozhovory měly délku 30-45minut.

5.6 Etika výzkumného šetření

Etické hledisko výzkumu je velice důležité, jak pro respondenty, kteří musí být ujištěni o dodržování etických hledisek, tak i pro výzkumníka, který je povinen dodržovat zásady etiky výzkumu. Hovoříme o etických dimenzích kvalitativního výzkumu. (Švaříček, Šedřová, 2007). Základní principy jsou důvěrnost, poučený souhlas a emoční bezpečí. (Hendl, 2014)

Respondenti byli ujištěni, že vyhodnocování rozhovorů bude anonymní, nikde nebudou uváděny jejich osobní údaje, v prepisech rozhovorů bude jejich jméno změněno. V analýze dat pro identifikaci označuji respondenty jako „A“, „B“, „C“, „D“. Před začátkem rozhovoru byli respondenti znovu formálně požádáni o souhlas s nahráváním rozhovoru a následného zpracování a vyhodnocení získaných dat. Byli také ujištěni o možnosti odstoupit z rozhovoru i výzkumu. Jejich souhlas je zaznamenán v prepisech rozhovorů.

5.7 Technika analýzy dat

Pro potřeby této práce využiji při analýze dat techniku otevřeného kódování.

„Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmito jednotkám

jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje.“ (Švaříček, Šedřová, s. 211) Tento proces dále pokračuje tak, že ke každé vzniklé jednotce se přidělí nějaký kód, což je jméno nebo označení, nebo krátká fráze, která vystihuje určitý jev a odlišuje jej od ostatních. Následuje proces, při kterém zjišťujeme, že se jevy, informace, výpovědi určitým způsobem opakují, proto se ke kódům vracíme, revidujeme je a přejmenováváme. Souběžně s kódováním probíhá kategorizace do skupin (kategorií) dle podobností. Výsledkem v této fázi je především popisné zpracování nasbíraných dat. (Švaříček, Šedřová, 2007)

Dle Miovskeho (2006) spočívá v přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu. To zajišťuje, aby práce s těmito částmi byla rychlejší a snadnější. Prostřednictvím kódů je možné snadno pracovat s většími významovými celky.

5.8 Analýza a interpretace dat

V této kapitole předkládám analýzu a interpretaci získaných dat podle jednotlivých okruhů.

První okruh:

Popis formy práce sociálního pracovníka v minulosti a nyní (v kontextu implementace case management).

- Konkrétní výzkumné otázky pro tento tematický okruh:

Jak dlouho a na jakých pozicích jste pracoval jako SP? Jak dlouho pracujete s metodou case management? V čem vidíte rozdíl v práci sociálního pracovníka bez a s metodou case management?

V prvním okruhu otázek jsem se v rozhovorech s respondenty ptala, zda a jaké rozdíly mohou popsat mezi klasickou sociální prací a formou práce metodou case management.

V úvodu rozhovorů byly položeny všem respondentům informativní otázky pro ověření správnosti a relevance jejich účasti v rámci této výzkumné části práce:

Otázky:

- 1) Věk?
- 2) Nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Délka relevantní praxe celkem let?
- 4) Délka praxe s case management let?

Výsledkem je následující přehled formou tabulky:

	Respondent	Věk	Pohlaví	Dosažené vzdělání	Délka praxe	CM
1	A	44	žena	Mgr.	18	10
2	B	38	žena	Mgr.	7	5,5
3	C	42	muž	Mgr.	12	6
4	D	34	žena	Bc.	10	1

Tabulka 1 – přehled údajů o respondentech

Vyhodnocení

Během rozhovorů na úvodní informativní otázky bylo zjištěno, že první pracovní pozice respondentů jako sociálních pracovníků se různily, za dobu, než se dostali k case management, vystřídali i více pozic, byla zde chráněná dílna, dvakrát nízkoprahové centrum, krizové centrum a poradna pro ženy ohrožené násilím.

Jednalo se o sociálně terapeutickou práci v dílně, kde se pracovalo nejen na nácvicích pracovních a sociálních dovedností klientů se znevýhodněním, v nízkoprahách hlavně o volnočasové aktivity, smysluplnou náplň volného času pro klienty formou herních nebo vzdělávacích aktivit, kde ale byl i prostor pro individuální sdílení a rozhovory i nad osobními prožitky. Krizové centrum poskytovalo ambulantní a terénní krizovou pomoc.

Respondent A byla žena, věk 44 let. Po absolvování magisterského studia sociální práce celý svůj profesní život pracuje jako sociální pracovník s lidmi s duševním onemocněním. Nejprve nastoupila jako vedoucí do chráněné dílny, jako pracovní terapeut, klienti tedy nastupovali na chráněné pracovní pozice:

A: „...vedla tu dílnu a nějak jsem s nimi spolupracovala na tom, co tam dělali, co mají jak vyrobit...“,

Současně dílna nabízela i další služby a volnočasové aktivity:

„...různý akce a pobyty, jakoby nějaká volnočasová takováhle činnost.“

Respondent B byla kolegyně respondentky A, pracující na pozici case manager s lidmi s duševním onemocněním. Na začátku své profesní dráhy, po absolvování studia sociální práce na universitě, pracovala v centru denních aktivit:

„...byl prostor pro to, se některým lidem, kteří to potřebovali a neměli právě tu podporu... se jim věnovat i individuálně.“

A současně pracovala i v krizovém centru.

Respondent C byl vystudovaný sociální pracovník pracující celou profesní kariéru, 12 let, v jedné organizaci na podobných pozicích:

„...pozice terénního sociálního pracovníka, v neziskovém sektoru....“,

pracovní pozice se proměnila, když jeho organizace přijala koncepci case management v centru duševního zdraví:

„...teď je to multidisciplinární tým...“,

Respondent D byla žena, nejmladší z respondentů, 34 let, ukončené bakalářské studium se zaměřením na sociálně pedagogickou činnost, ale její profesní dráha posledních 10 let byla nejpestřejší, prolíná se i s pedagogickou činností pro ohrožené děti a mládež, která byla zaměřena na znevýhodněné děti a mládež, kteří se k běžným situacím, jak je znají děti z aktivních sounáležitých rodin, neměli možnost v rodinném nepodnětném prostředí dostat, a kteří mohli sdílet i svoje pocity, na které doma nebyl čas a ani na ně nikdo z blízkých nebral ohled, nemluvil s nimi o jejich pocitech a potřebách.

“ ... pozici kontaktního pracovníka v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež a potom na pozici soc.prac. v poradně pro rodiny ohrožené domácím násilím.“

„...byla vlastně docela terapeutická práce...“

Délka praxe respondentů jako sociálního pracovníka bylo od 7 do 18 let, průměr je 11,5 let praxe, takže to jsou zkušení pracovníci, kteří nejprve pracovali jako SP a teprve v průběhu let se stali case managery. Ukázalo se, že čím kratší dobu jsou respondenti v sociální sféře, tím rychleji se dostanou k metodě case management. Domnívám, se že toto ukazuje na vzrůstající povědomí, a hlavně ochotě organizací měnit svou strukturu práce a přejít na něco nového, v tomto případě case management.

A: „Od roku 2004. To jsem vstoupila do chráněné dílny, kde jsem pracovala jako pracovní terapeut“

B: „Pracuju asi 7 let a z toho jsem asi rok a půl nebyla na Case management roli.“

C: „Jako SP přímo pracuju stále v jedné organizaci a na minimálně velmi podobné pozici nějakých 11 let, a vždy to byla pozice terénního SP“

D: „...asi řádově je to třeba 10 let a na pozici kontaktního pracovníka“

Dále rozhovory směřovaly konkrétně k case management, jak dlouho respondent pracuje s metodou case management. Zde je rozptyl praxe od 1 roku až 12 let, průměr je tedy 6 let. To je také pěkné číslo, vzhledem k tomu, že tradice case management u nás není tak dlouhá jako v zahraničí. Domnívám se, že to opět ukazuje na vzrůstající informovanost, lepší povědomí a vzdělání o této metodě mezi odborníky v ČR.

Respondentka A se po zhruba 8 letech rozhodla nastoupit do terénního týmu, kde se již pracovalo metodou case management.

Respondentka B v současné době už 5 let pracuje v terénním týmu jako case manager pro klienty s duševním onemocněním.

Respondent C je posledních 6 let na pozici case manager v centru duševního zdraví.

Respondentka D v současné době pracuje 1 rok jako case manager pro lidi s duševním onemocněním v neziskové organizaci.

Po těchto informativních otázkách se rozhovor posunul už k otázkám týkajících se navržených tematických okruhů.

Analýzou odpovědí na první tematický okruh otázek jsem dovodila dvě kategorie, které se v rámci reakcí na položené otázky opakovaly:

Kategorie 1: volnočasové aktivity

Respondentka A mluvila o možnosti sociálně terapeutické práce s klienty mimo nízkoprahové centrum, kdy byl na pobytových akcích prostor pro nácviky činností v přírodě, při orientaci v přírodě, ve městech, hledání cesty podle map, orientace v jízdách v řádech a časových úsecích. Při všech celodenních a vícedenních akcích byl i prostor, kdy například při procházce v přírodě se daly posdílet pocity z nových zážitků a nových situací pro klienty, jak se v takové situaci cítí.

A: „...bavili jsme se, chodili i tam popovídat. A jezdili jsme s nimi na různé akce a pobyty, jakoby nějaká *volnočasová* takováhle činnost.“

Respondentka B při práci v centru denních aktivit, které nabízí různé kroužky, zmiňovala i individuální práci s klienty:

B: „...byly volnočasové aktivity,...prostor se jim věnovat i individuálně..“

Respondentka D také z pozice pracovníka v nízkoprahovém centru pro děti a mládež mluvila o nabídce náplně volného času:

D: „...scházeli ty lidi odpoledne, aby nemuseli být na ulici..“

Respondent C žádnou volnočasovou činnost nezmiňuje, na to v pozici sociálního pracovníka nebyl prostor a ani čas.

Kategorie 2: sociální věci

Jako sociální pracovníci respondenti reflektovali to, že se soustředili jen na užší okruh ze života klientů, ať to byla oblast, kde klient zaostával, kde měl problémy, případně byl v krizi, a na druhé straně trávení volného času kreativní činností. (viz kategorie 1)

A: „Měla jsem na starost svoje klienty, se kterými jsem řešila sociální věci.“

Respondentka A po nástupu na pozici case managera vnímala hlavní náplň práce v mapování potřeb s klientem a koordinaci s jinými službami, které mohly spolupracovat na dalších oblastech klienta:

A: „...zevrubný mapování, co by potřeboval, domlouvala jsem se, co a jaké potřeby budeme naplňovat... co by bylo potřeba, co tam v té konkrétní službě může klient dostat, co potřebuje.“

Respondentka B vnímá rozdíl mezi formou práce před nástupem na pozici case manager i na osobní rovině, principy case management jsou pro ni osobně základním kamenem práce metody case management.

B: „...mám pocit, že ty principy už jako vnímám tak nějak jako přirozeně nebo tak jako už prostě nevyvratitelný.“

Šíře nabídky a možností case managerovi nabízí obsáhnout větší okruh pomoci klientovi:

B: „...do toho hledání toho nejlepšího, kdo to zprostředkovává, domlouvá nebo zjišťuje... se zorientovat ve všech službách a hledat...“

Respondent C jako pracovník centra duševního zdraví vnímá nejpodstatnější rozdíl ve spolupráci se zdravotní částí týmu:

C: „...vlastně jsme mohli rozšířit, prohloubit tu péči díky té zdravotní části.“

Takto nastavený tým sice rozšířil oblasti z čistě sociálního hlediska na část zdraví, ale respondent vnímá posun i v možnostech spolupráce mimo vlastní tým, potřeby klienta zasahují i do oblastí, které nejsou v kompetenci sociálních nebo zdravotních pracovníků:

C: „...chybět nějaká ta odbornost, jako třeba právník, kterého tam vlastně nikdy mít nebudeme, protože by se nezaplatil, vždy jako externě a přes jiné občanské sdružení.“

Respondentka D vnímala rozdílnost práce velice silně:

D: „...mojí práce více subjektů než je jenom ten klient, zároveň bych to asi popsala tak, že fungujeme taky jako tým... mám k dispozici třeba i metodický vedení od metodiků a zároveň spolupracujeme s jinými službami, spolupracujeme s rodinou...“

Všimla si různých úhlů pohledů na case management:

D: „...tady pracujeme, z mého úhlu pohledu, s celým životem toho klienta, že zasahujeme do oblastí rodiny, zdraví, práce, volného času, vztahů a jsme s tím klientem v celý jeho šíři a barevnosti, zatím co na předchozí pozici jsme se soustředili na jako na problematické části toho života.“

Druhý okruh

Viditelné přínosy práce formou case management pro klienty z pohledu sociálního pracovníka

- Konkrétní výzkumná otázka pro tento tematický okruh:

Jaká jsou pozitiva a negativa case management?

Vyhodnocení

Jako case manager respondenti oceňují možnost pracovat se všemi oblastmi života klientů, nabízí jim celkový obraz klienta a je tu velká možnost nalezení pomoci někde jinde, propojení na jinou organizaci, na jiného odborníka, který se zabývá konkrétní specifickou oblastí. Možnosti spolupráce dalších odborností přímo v týmu, možnost vyhledat a zkoordinovat spolupráci s dalšími subjekty, ať už odbornými nebo rodinnými či komunitními.

Analýzou odpovědí na druhý tematický okruh otázek lze odvodit čtyři kategorie, které se v rámci reakcí na položené otázky opakovaly.

Kategorie 1: Spolupráce

Respondenti se shodli na tom, že využitím case management dokázali postihnout mnohem širší spektrum pomoci svým klientům.

A: „... na koho se můžou obracet, u někoho schází ty informace, a vlastně nějak koordinuje tu práci.. .. druh jejich osobního vztahu vlastně, a měla by tam být nějaká důvěra..“

A: „...když byli v jiných službách ti klienti, tak jsem spolupracovala s pracovníky těch služeb...“

A: „...týmová spolupráce.. mohla jsem to konzultovat, pomáhali mi v tom vlastně ty ostatní kolegové a společně jsme se i domlouvali na nějakých třeba strategiích, postupech..“

B: „...odkazuju klienta na někoho odbornějšího, lepšího v rámci toho týmu, ten kdo jim dokáže poradit s tím daným tématem..“

C : „...jsme mohli rozšířit, prohloubit tu péči..“

D: „...s celým životem toho klienta, že zasahujeme do oblastí rodiny, zdraví, práce, volného času, vztahů a jsme s tím klientem v celý jeho šíři a barevnosti...“

Respondenti C a D poukázali na to, že rozšíření nabídky služeb a péče pro klienta i do jiných oblastí, prohloubilo péči o klienta ve více oblastech jeho života. Mezi pozitiva case management padaly termíny jako větší odbornost týmu, záběr celé šíře života, kdy se zapojují i další osoby z okruhu klienta a obecně mohu říct, že respondenti kladně poukazovali na to, že jde o práci s celým systémem péče o klienty s duševním onemocněním.

CM nabízí i možnosti pro klíčové pracovníky, najít pomoc v týmu, kdy jiný pohled na problematiku, patovou situaci nebo jen stagnaci klienta přinese nové náhledy a posun.

A: „...byli i v jiných službách ti klienti, tak jsem spolupracovala s pracovníky těch služeb. Bavili jsme se o tom, co já dělám s klientem, jak jako uvažujeme, co by bylo potřeba, co tam v té konkrétní službě může klient dostat, co potřebuje..“

B: „...popošťouchne do těch jiných služeb, do toho hledání toho nejlepšího, kdo to zprostředkovává, domlouvá nebo zjišťuje...“

C: „...nabízí odbornost prostě další a jeho individuální situace by to zrovna vyžadovala..“

D: „...odpovídá celému životu, že to není jenom ta jedna výšeč..“ „... vlastně pracujeme s celým systémem, který kolem toho klienta vzniká.“

Mezi negativa poukázal pouze jeden respondent na velké množství lidí v jednom týmu, kdy při velkém počtu lidí on sám vidí jako složité nastavit kompaktnost týmu.

C: „...je nás hrozně moc.... spousta složitostí, jo, víc věcí se jako ztrácí..“

Kategorie 2: Potřeby Case managera

Case management nabízí možnost větší podpory nejen pro klienty, ale i pro pracovníky při řešení náročných až kritických situací. Velmi je oceňována možnost sdílení i vlastních názorů a pocitů, kdy v týmu kolegové nabídnou další pohled na možná řešení a postup.

C: „...koho se můžu opřít máš na poradě, na supervizích..“

D: „...mám k dispozici třeba i metodický vedení od metodiků a zároveň spolupracujeme s jinými službami, spolupracujeme s rodinou...“

Kategorie 3: Základní prvky case management

Respondenti poukázali na důležitost držet se při práci základních principů CM, jako jsou mapování situace klienta, potřeba držet se teoretického základu.

A: „...zevrubně mapování... jaké potřeby budeme naplňovat..“ „...jakoby držela takový rámec toho, co je potřeba dělat...“

B: „...je to i takový jako základ, stavební kámen..“

C: „...u CM mám pocit, že je to propracovanější systém a že ten záběr je pak nekonečně široký a odpovídá skutečnému životu...“

D: „...velkých x procent jakoby k zajištění té péče...“

Kategorie 4: Koordinace

Všichni respondenti se shodli, že CM přináší velkou náročnost v organizaci jak vlastní práce, tak i koordinaci v týmu i všech subjektů vstupujících do života klienta při řešení náročných až problematických oblastí v životě. Pro někoho je to náročné, někdo to nevidí jako problém, ale spíše nárok nebo disciplínu osobnosti CM.

A: „...jsme spolu plánovali, co jako budeme dělat, na čem budeme pracovat, pomáhala jsem zařizovat různé věci. Měla jsem takový jako přehled, kdy o tom a co je vše potřeba zařídit, aby se na nic nezapomnělo...“

B: „...náročný to jako domlouvání, nebo ladění... člověk v pomáhající profesi nemá takový ty schopnosti, něco jako koordinovat a tohle mám jako pocit, že je jako jedna s těch jako potřebných dovedností.“

C: „...pro mě jako ten negativní přínos vidím v tom, že je nás hrozně moc. Nebo pak když jsou nějaké změny, tak zase, lépe se ty změny pojmají v menším počtu..“

C: „...plánování a všechno je to spojené s poměrně jako velkou administrativou, administrativní zátěží, takže jestli nějaká velká nevýhoda a nelibost jak pro pracovníky, tak i pro klienty..“

D: „...umět všechno zorganizovat..., kam měla směřovat.... i velký nárok na sebe disciplínu toho CM..“

Třetí okruh:

Přínosy case management a jeho vnímání klientů s duševním onemocněním.

- Konkrétní výzkumná otázka pro tento tematický okruh:

Jak klienti vnímají rozdíl vaší práce?

Vyhodnocení

V třetím tematickém okruhu jsme se zaměřili na klienty s duševním onemocněním, a jak si respondenti všímají a jak vnímají rozdílnost přístupu z pohledu klientů.

Všichni respondenti se shodli, že práci v metodě case management, vidí jako smysluplnější a efektivnější, určitě z pohledu case managera, vyvstaly ale otázky, zda to opravdu klienti také tak vnímají, zda si uvědomují nějaký rozdíl v přístupu v práci na základě metody. Pro klienty není důležité, jak práci z pohledu sociální ho nazýváme, ale zda se jim dostane efektivní pomoci.

Analýzou odpovědí na třetí tematický okruh otázek lze odvodit dvě kategorie, které se v rámci reakcí na položené otázky opakovaly.

Kategorie 1: Vztah

Respondenti A a C uvedli ve svých odpovědích, že pokud postupují metodou case management, dochází díky tomuto procesu, k navázání specifické formy vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, na kterém je dále postavena jejich společná práce, zároveň kvalita tohoto vztahu ovlivňuje úspěšnost jejich práce.

A: „...CM je obvykle člověk, se kterým mají nějaký vztah, když se to podaří, tak je to i nějaký druh jejich osobního vztahu vlastně, a měla by tam být nějaká důvěra...“

Respondent C zmínil i specifikum této cílové skupině, kdy klienti, v důsledcích své nemoci, nejsou schopni a ochotni využít celou šíři možností, které jim case management nabízí.

C: „...z pohledu těch jako paranoidně laděných klientů to nemusí vůbec fungovat, protože jde jen o ten individuální vztah s klíčovým pracovníkem a o další pomoc, i když je mu nabízena, o tu ne žádá, u někoho líp u někoho hůř, ale ve většině jako lepší..“

Kategorie 2: Multidisciplinární přístup

Toto je společný jmenovatel nejen třetího okruhu, ale je zmiňován napříč všemi tematickými okruhy. Z toho lze usoudit, že možnosti spolupráce case managera s dalšími specialisty je pro respondenty zásadní, ať se jedná o kolegy z týmu nebo odborníky z jiných oblastí nebo členy rodiny a přáteli.

B: „...pomáhámse zorientovat ve všech službách a hledat si ty nabídky.“

Někteří klienti jsou naopak i překvapeni šíří nabídky pomoci, kterou case management nabízí.

D: „...“že mu můžeme pomáhat s různými věcmi, co řeší, to se setkávám často s překvapením u klientů, kteří přicházejí nově do služby a tuhle zkušenost nemají a vlastně musím říct, že to hodnotí pozitivně, vnímají teda to, že ta práce není soustředěna jen na jednu oblast, ale že zahrnuje i oblastí více..“

5.9 Diskuze

Za všechny respondenty se, dle mého názoru nejvýstižněji, vyjádřila na závěr respondentka D: „Já bych si přála, aby z toho, co jsem zmiňovala, bylo zřejmé, že ta pozice case manager mi vyhovuje a že mi dává velký smysl i pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním, přijde mi velice vhodná.“

Z rozhovorů vyplývá, že case management jako základ práce s klienty se respondentům jeví, jako jednoznačně přínosnější. Na tom se shodnou všichni respondenti. Největší přínos vidí

především ve spolupráci jednotlivých odborníků a kolegů v týmu, ale i různých služeb přímé péče. Další přínos je i v zapojení rodinných příslušníků či komunity klienta. Větší tým, větší počet kolegů umožňuje širší diskuzi nad řešením problémů klienta a klient se svým řešením není limitován jen jedním pohledem klíčového pracovníka. Respondenti si tak uvědomili limity sociální práce bez CM, kdy je variabilita řešení daného problému závislá na osobních znalostech a kontaktech jednoho pracovníka. Case management zde nabízí přesah do větší šíře oblastí, odborných i osobních rovin.

Ze srovnání výsledků rozhovorů také vyplynul i rozdíl ve vnímání pojetí case management mezi jednotlivými organizacemi i sociálními pracovníky. Někdo vidí jako největší klad spolupráci v týmu, jiný především šíři možných odborníků a kontaktů jako vhodných potencionálních partnerů pro spolupráci z jiných organizací.

To může být naopak někdy vnímáno i jako nevýhoda, velká rozdrobenost a velký počet spolupracujících na jednoho klienta. Zde je ale zase na case managerovi, aby zhodnotil přínosy a negativa pro toho konkrétního klienta, zda je rád ve společnosti lidí, nebo naopak preferuje blízký vztah jen s malou skupinou nejbližších.

Celkově mohou říci, že respondenti jsou spokojeni, že case management poskytuje dostatečnou variabilitu pojetí práce, podle konkrétního vyhodnocení každého case managera a jeho klienta. Dodává práci systematicčnost a možnost opřít se o teoretické vymezení metody case management.

Jako každý člověk jsou i klienti a pracovníci každý jiný a každý má právo a možnost si vybrat, v čem se cítí nejlépe, jaký způsob mu pomáhá, jaký je jemu vlastní.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo ověřit a potvrdit trend, zda práce sociálních pracovníků pomocí metody case management, přináší větší efektivitu a přínos pro lidi s duševním onemocněním.

Jako hlavní výzkumnou metodu jsem zvolila kvalitativní metodu, technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory s pracovníky neziskových organizací Fokus Praha z.ú. a Bona o.p.s.

Všichni účastníci rozhovoru uvádí, že vnímají metodu case management, jako metodu sociální práce, kterou lze efektivně uplatnit při práci s osobami s duševním onemocněním. Výhodou case management je dle respondentů možnost poskytnutí individuální podpory klientovi na jeho cestě k návratu do společnosti, a spolu s tím i zaměření se na jeho potřeby a přání. Díky metodě case management, mají pracovníci možnost s klientem pracovat i v době, kdy se potýká se zhoršením příznaků onemocnění, díky včasným intervencím se tak mohou vyvarovat případné hospitalizaci. Do procesu spolupráce je zapojena také rodina a úzké okolí klienta, ale širší okruh, jako jsou další organizace a odborníci, počínaje psychiatrem a psychoterapeutem až k sociálním pracovníkům na úřadech, což respondenti vnímají též jako jednu z velkých výhod case management.

V rámci výzkumu jsem se zabývala také multidisciplinárním přístupem, jakožto jedním z hlavních pilířů individuálního case management. Týmová práce otevírá nové možnosti při práci s klienty, umožňuje širší rozhled, jiný pohled na věc a využití specifických dovedností a schopností každého jedince v týmu. Zároveň také nabízí možnost více a lépe systematizovat jednotlivé kroky všech členů CM týmu.

Ačkoliv závěry výzkumu, především s ohledem na jeho velikost, nelze teoreticky vztáhnout na celou praxi sociální práce, mohou nastínit trend v moderní společnosti.

Literatura

Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing

Česká psychiatrická společnost ČLS JEP, (2008) [on-line] : [Návrh koncepce oboru psychiatrie](#), 1

Disman, M., (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum

Duškov, I. (2019). *Socioekonomický kontext duševních onemocnění a reforma psychiatrické péče v ČR jako veřejná strategie*, Centrum pro sociální a ekonomické strategie FSV UK, Praha [on-line]: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1245>

Evropská unie, Evropský sociální fond, Operační program, Zaměstnanost, NUDZ (2022) Na rovinu. [Online] [Duševní zdraví a nemoc – narovinu.net](#)

Hanuš, H. a kol. (1997). *Obecná psychiatrie*, 1. vyd. Praha: Karolinum

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál

Hubíková, O. (2018). *Analýza uplatňování case managementu a posouzení možností a limitů této metody při výkonu sociální práce na obecních úřadech zaměřené na podporu poskytování dlouhodobé péče v přirozeném prostředí včetně zvážení organizačních podmínek a připravenosti sociálních pracovníků k zavádění této metody*, Projekt MPSV, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., Brno

Challis D. [12.4.2018] *Case management: problems and possibilities* [on-line]:
<http://www.psi.org.uk/publications/archivepdfs/Care%20managers/CHALLIS.pdf>

Mahrová, G., Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing a.s.

Matoušek, O. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál

Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál

Matoušek, O. (2005). *Sociální práce v práci: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál

Matoušek, O. (2012). *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál

Matoušek, O. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. [Online] Praha: MZČR, [on-line]
https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/srpp_publicace_web_9-10-2013.pdf

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

Mohr, P. (2017). *Co přinese nová klasifikace MKN-11?*, Národní ústav duševního zdraví.
[Online] [Česká a slovenská psychiatrie \(cspsychiatr.cz\)](http://ceskaa.slovenska.psychiatrie.cz)

Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman

Pěč, O. (2017) *Komunitní péče*. In: Psychiatrie [online] [cit. 2017-15-4]
<http://ceskapsychiatrie.cz/index.php/archiv-reforma/200-komunitni-pee>.

Pěč O., Probstová, V. a kol. (2009). *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton

Praško, J. (2003) *Komunitní péče*. In: Psychiatrie [online]

<https://www.ceskapsychiatrie.cz/manual-uvod>

Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf

Solařová, H. (2013). *Case management aneb případové konference v praxi*. Benepal, a.s.

Svoboda, M. (ed.) (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál

Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Surynek, A., Komárková, R., Kašpárková, E. (2001). *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press

Szotáková, M. a kol. (2013). *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Metodické příručka. Úřad vlády České republiky

Šťastná, M. (2010). *Metodika aplikace CM v Chrudimi, formou interdisciplinární spolupráce*.

Chrudim: Šance pro tebe, o.s. [on-line]

http://www.chance.chrudim.cz/files/casemanagement/METODIKA_CM_CHRUDIM.pdf

Švaříček, R., Šedová, K. a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických*

vědách: pravidla hry. 1. vydání. Praha: Portál

Orel, M. a kol. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché

Payne, M. (2000). *The Politics of Case Management and Social Work*. International Journal of Social Welfare, 9(2), s. 82-9

Probstová V. (2005). *Sociální práce s duševně nemocnými*. In Matoušek, O. (2005). *Sociální práce v práci: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál

Radimský, M. a kol. (1997). *Psychiatrie*. I. Vyd. 3., přepracované. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál

Vondrka, J. (2008). *Zákonná úprava systému sociálních služeb*. In Mahrová, G., Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing a.s.

Veldhuizen, J. R. van, Bähler, M. (2017). *Manuál Flexible ACT*. [online]. Z anglického originálu. [on-line]

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

WHO. The World Health Report (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization . [cit. 13.02.2022] [on-line]
https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

Zvolský, P. a kol. (2006). *Obecná psychiatrie*. 2. vyd., 2. dotisk. Praha: Karolinum

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Erika Hlušičková**

Obor studia: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Název práce: **Case management v práci s duševním onemocněním z pohledu sociálního pracovníka**

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Udělala byste s odstupem času v rámci Vašeho výzkumu něco jinak?
Jak vidíte perspektivu reformy psychiatrické péče do budoucnosti.
Co podle Vás nejvíce brzdí činnost a fungování multidisciplinárních týmů.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka předkládá bakalářskou práci s názvem Case management v práci s duševním onemocněním z pohledu sociálního pracovníka. Struktura práce je rozdělena tradičně na teoretickou a praktickou část a zvolené zaměření práce je úzce spjato se studovaným oborem.

Teoretická část je postavena na čtyřech hlavních kapitolách, v nichž se autorka z různých pohledů snaží přiblížit hlavnímu tématu práce. V první kapitole popisuje problematiku duševního onemocnění, duševních poruch. V druhé kapitole práce charakterizuje psychiatrickou práci v ČR, konkrétně definuje pojem psychiatrie, čtenáře seznamuje se stručnou historií psychiatrie, psychiatrickou péčí v ČR, včetně její strategie či reformy. Třetí kapitola teoretické části je věnována sociální práci, respektive sociální práci s duševně nemocnými klienty. Čtvrtá, závěrečná kapitola teoretické části práce nás autorka seznamuje s Case managementem, jako stěžejním tématem předkládané práce.

Teoretická část práce je kvalitně zpracována, jednotlivé kapitoly na sebe logicky navazují a čtenáře srozumitelně seznamují s problematikou.

Výzkumnou část práce tvoří šetření, pro které autorka zvolila kvalitativní metodu, formou polostrukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumu je zhodnocení přístupu v péči o klienty s duševním onemocněním metodou case managementu a zda je tato metoda a princip spolupráce klienta a sociálního pracovníka přínosná a smysluplná na cestě k uzdravě klienta s duševním onemocněním. Dosažené výsledky výzkumu jsou prezentovány přehledně, dle jednotlivých kritérií standardu. Je zřejmé, že autorka se v této oblasti práce orientuje a podařilo se jí své znalosti náležitě využít.

Po formální stránce lze pouze vytknout to, že úvodní list práce není dle standardu, není v anglickém jazyce a v názvu práce je překlep. V nestandardním provedení je předložena i příloha práce.

Použitá literatura odpovídá obsahem i rozsahem nárokům na bakalářskou práci.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 1 – výborně

Praha, 24. 5. 2022


Mgr. Iveta Jelínková

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno autora: Erika Hlušíčková

Obor studia: Sociální politika a sociální práce

Název práce: Case management v práci s duševním nemocněním z pohledu sociálního pracovníka

Oponent práce: PhDr. Hana Hejná

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 51

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 40

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření

	x			
--	---	--	--	--

(respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

Práce s odbornou literaturou a prameny

	x			
--	---	--	--	--

(citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

Formální zpracování

		x		
--	--	---	--	--

(jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice

x				
---	--	--	--	--

(samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			x	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce

			x	
--	--	--	---	--

(publikace, referáty, apod.)

* nehodící se škrtněte

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak by bylo vhodné výzkumné šetření rozšířit, popř. kapitolu Diskuse ještě doplnit? Reflektujte výsledek výzkumného šetření z pohledu dosažených výsledků ve vztahu k praxi.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Bakalářská práce v teoretické části je zpracována logicky, přehledně a obsahově přiléhavě. Výzkumná část je zpracována pečlivě a zpracování dat je důkladné. Vyhodnocení dat již tak přehledné není, což se také projevuje v poměrně střídme Diskusi. K tomuto je pak vedena otázka do obhajoby. Formální zpracování odpovídá požadované normě. Chybí však bibliografické údaje. Doporučení pro využití pro praxi není vzhledem k nepřiliš konkrétním výsledkům výzkumného šetření vhodné. Hodnotím známkou 1 - 2, dle obhajoby.

Doporučení do soutěže o nejlepší diplomovou práci:
Celkově získané body do soutěže:

nedoporučuji

Doporučení k obhajobě:

doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

výborně - velmi dobře

Datum, podpis:

3.5.2022



* nehodící se škrtněte

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a