

*fokus*  
books

ASERTIVNÍ  
KOMUNITNÍ LÉČBA  
&  
CASE MUDR.  
JAN STUHLÍK  
MANAGEMENT

*fokus*  
books

© 2001 Jan Stuchlík  
© 2001 Fokus Praha  
© 2001 Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

*Vydáno za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR v rámci programu podpory zdravotnických vzdělávacích programů.  
Publikace navazuje na výstupy projektu Rehabilitační a vzdělávací středisko podpořené Evropskou komisí v rámci programu Phare/LIEN.*

*Vydal Fokus Praha - sdružení pro péči o duševně nemocné,  
Doláková 24, 181 00 Praha 8, fokus@fokus-praha.cz, www.ecn.cz/fokus  
ve spolupráci s Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví,  
Kamenická 25, 170 00 Praha 7, cmbcd@cmbcd.cz, www.cmbcd.cz.*

*Použití krátkých výtažků z této publikace je dovoleno za předpokladu úplného citování zdroje.  
Neprodejné.*

## · OBSAH ·

| <b>CASE MANAGEMENT</b>   |    |   |
|--|----|---|
| I / PROČ VZNIKL CASE MANAGEMENT?                                       | 9  |   |
| A / DEFINICE   | 9  |   |
| B / ČASTÉ CHYBY ČI NEDOSTATKY SLUŽEB                                   | 9  |   |
| 1. Nerovnováha mezi poskytovanými službami a potřebami klientů         | 9  | 3. Intervence založené na klientově rozhodnutí 17   |
| 2. Fragmentované a nenavazující služby                                 | 9  | 4. Asertivita intervencí 17   |
| 3. Zanedbávání nejpodstatnějších potřeb                                | 9  | 5. I lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat 17               |
| 4. Nedostatečná práce s neprofesionály                                 | 10 | 6. Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity. Společenství, ve kterém klient žije, je zdroj, nikoli překážka 17 |
| 5. Problémy odpovědnosti   | 10 |   |
| C / KOMPLEXNÍ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ                                    | 10 | B / OCHRANA PRÁV KLIENTŮ 17   |
| 1. Identifikace s problémy klientů                                     | 10 | C / SHRNUTÍ 18  |
| 2. Zajištění základních potřeb klientů                                 | 10 | D / OTÁZKY K ÚVAZE 18   |
| 3. Růst a vývoj  | 10 | II / ÚKOLY CASE MANAGEMENTU – ÚVODNÍ FÁZE 18  |
| 4. Řešení krizí  | 11 | A / RÁMEC ÚKOLŮ CASE MANAGEMENTU 18   |
| D / VÝHODY, KTERÉ PŘINÁŠÍ CASE MANAGEMENT                              | 11 | B / VZNIK VZTAHU 19   |
| 1. Dostupnost  | 11 | 1. Připravte se předem 19   |
| 2. Kontinuita  | 11 | 2. Respektujte zvláštnosti klienta 19   |
| 3. Koordinace  | 11 | 3. Chovejte se jako člověk, který odněkud přišel 19   |
| 4. Přizpůsobivost  | 11 | 4. Postavte se na stranu klienta 19   |
| 5. Výkonnost – efektivita  | 11 | 5. Dejte najevo respekt 20  |
| a) Efektivita vstupů   | 12 | 6. Navažte kontakt s osobami, které klient zná 20   |
| b) Technická efektivita  | 12 | 7. Vytvrďte, když je to třeba 20  |
| c) Horizontálně cílená efektivita                                      | 12 | 8. Zkuste to jinak 20   |
| d) Vertikálně cílená efektivita  | 12 | C / BUDOVÁNÍ VZTAHU 20  |
| e) Efektivita výdajů   | 12 | 1. Říkejte jasně, co můžete, a co nikoliv 20  |
| 6. Výhody pro pracovníky   | 12 | 2. Nechte klientovi tolik samostatnosti, kolik je možné 21  |
| E / SHRNUTÍ  | 12 | 3. Dovolte, aby se na vás klient spolehl 21   |
| F / OTÁZKY K ÚVAZE   | 12 | 4. Komunikujte efektivně 21   |
| II / CASE MANAGEMENT A SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ POLITIKA 12                  | 12 | D / VYŠETŘENÍ 21  |
| A / PŮVOD CASE MANAGEMENTU 12  | 12 | 1. Klíčové rysy vyšetření 21  |
| 1. Americké příklady 12  | 12 | a) Uživatelé určují své vlastní potřeby, kdykoli je to možné 21   |
| 2. Vývoj case managementu ve Velké Británii 13                         | 13 | b) Vyšetření by se mělo odehrávat v prostředí, ve kterém se klient může uvolnit 22  |
| B / SOUČASNÁ SITUACE VÝVOJE CASE MANAGEMENTU V USA A VELKÉ BRITÁNII 14 | 14 | c) Měla by být trvale udržována pozornost vůči odchylkám 22   |
| 1. Spojené státy 14  | 14 | d) Vyšetření má zahrnovat osoby klientovi blízké 23   |
| 2. Velká Británie 15   | 15 | e) Case manageři nejsou kvalifikováni vyšetřit všechny oblasti potřeb 23  |
| C / SHRNUTÍ A VÝHLEDY DO BUDOUCNA 15                                   | 15 | f) Vyšetřování nikdy nekončí 23   |
| D / OTÁZKY K ÚVAZE 15  | 15 | 2. Obsah vyšetření 23   |
| <b>PRAKTICKÉ ZÁSADY CASE MANAGEMENTU</b>                               |    | 3. Společná práce 24  |
| I / PRAKTICKÉ ZÁSADY 17  | 17 | 4. Dynamický obraz 24   |
| A / ŠEST ZÁSAD CASE MANAGEMENTU 17                                     | 17 | 5. Používání formalizovaných postupů 25   |
| 1. Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii 17   | 17 | E / INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PÉČE 26  |
| 2. Podstatný je vztah klienta a case managera 17                       | 17 | 1. Záznam slabých a silných stránek 26  |
|  |    | 2. Záznam výsledků a přístupů 26  |
|  |    | F / SHRNUTÍ 27  |
|  |    | G / OTÁZKY K ÚVAZE 27   |

|  |    |   |    |
|--|----|---|----|
| III / ÚKOLY CASE MANAGEMENTU –<br>INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA PROSTŘEDÍ                       | 27 | 2. Složení týmu   | 42 |
| A / VYTVÁŘENÍ VAZEB  | 27 | 3. Otázky zodpovědnosti, nadřízenosti<br>a podřízenosti | 42 |
| 1. Pravidla vytváření vazeb  | 27 | B / PROCES TÝMOVÉ PRÁCE                                 | 44 |
| a) Nepouštět ze zřetele účel vazby   | 27 | 1. Pracovní strategie                                   | 44 |
| b) Maximalizovat klientovu nezávislost   | 28 | a) Co je v názvu?                                       | 45 |
| c) Zajistit kontakt  | 28 | b) Cíle služby  | 45 |
| d) Být osobní  | 28 | c) Cílová skupina                                       | 46 |
| e) Předpokládat vůli pomoci  | 28 | 2. Každodenní práce                                     | 47 |
| f) Prosazovat, nikoli ovládat!   | 28 | a) Doporučení klienta do péče týmu                      | 47 |
| g) Posilovat vazby   | 28 | b) Vstupní informace a plánování                        | 47 |
| h) Být tvořivě pozitivní (a pozitivně tvořivý)   | 29 | c) Přidělení vyšetření nového klienta                   | 48 |
| i) Využívat tým  | 29 | d) Vyšetření a jeho využití                             | 48 |
| j) Očekávat průběh pokus – omyl  | 29 | e) Přidělení případu case managerovi                    | 48 |
| k) Vidět hranice při hájení zájmů  | 29 | f) Pravidla pro vztahy s dalšími agenturami             | 49 |
| B / ZPROSTŘEDKOVÁNÍ  | 30 | g) Vedení dokumentace a sběr dat                        | 49 |
| C / PRÁCE S NEOFICIÁLNÍMI PEČOVATELI   | 31 | h) Pravidelné schůzky týmu                              | 49 |
| D / UDRŽOVÁNÍ A ROZŠÍŘOVÁNÍ SOC. SÍTÍ  | 31 | i) Zdroje dostupné case managerům                       | 50 |
| E / VZTAHY S NEMOCNICEMI   | 32 | j) Další aktivity                                       | 50 |
| F / VZTAHY S PRAKTICKÝMI LÉKAŘI  | 33 | 3. Interpersonální aspekty týmové práce                 | 50 |
| G / VZTAHY S DALŠÍMI AGENTURAMI  | 33 | a) Jak pomoci pracovníkům najít místo v týmu            | 50 |
| H / SHRNUTÍ  | 33 | b) Podpora personálu                                    | 51 |
| I / OTÁZKY K ÚVAZE   | 33 | c) Zvládání konfliktů                                   | 51 |
| IV / ÚKOLY CASE MANAGEMENTU –<br>INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA KLIENTA                          | 34 | C / SHRNUTÍ   | 52 |
| A / TRÉNINK ADAPTAČNÍCH DOVEDNOSTÍ   | 34 | D / OTÁZKY K ÚVAZE                                      | 52 |
| B / INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE   | 34 | II / ŘÍZENÍ CASE MANAGEMENTU                            | 52 |
| C / MEDIKAMENTÓZNÍ TERAPIE   | 35 | A / ROZDĚLENÍ VEDENÍ                                    | 52 |
| D / SHRNUTÍ  | 35 | B / KOORDINACE TÝMU                                     | 53 |
| E / OTÁZKY K ÚVAZE   | 35 | 1. Každodenní fungování týmu                            | 53 |
| V / ÚKOLY CASE MANAGEMENTU –<br>INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA INTERAKCI<br>KLIENTA S PROSTŘEDÍM | 36 | a) Administrativní aspekty                              | 53 |
| A / KRIZOVÉ INTERVENCE   | 36 | b) Personální aspekty                                   | 53 |
| B / RODINNÁ TERAPIE  | 36 | 2. Vývoj služby   | 53 |
| C / MONITOROVÁNÍ   | 37 | a) Rozvoj pracovní strategie                            | 53 |
| D / UKONČENÍ PÉČE  | 38 | b) Vstupní a průběžný výcvik personálu                  | 53 |
| E / SHRNUTÍ  | 38 | c) Hodnocení  | 53 |
| F / OTÁZKY K ÚVAZE   | 38 | 3. Propojení s vedením agentury                         | 54 |
|  |    | a) Jednání v zájmu týmu                                 | 54 |
|  |    | b) Jednání v zájmu jednotlivců                          | 54 |
|  |    | c) Předávání informací od vedení agentury               | 54 |
|  |    | 4. Praktický příklad                                    | 54 |
|  |    | a) Na úrovni služby                                     | 54 |
|  |    | b) Na administrativní úrovni                            | 54 |
|  |    | c) Na úrovni případů                                    | 54 |
|  |    | 5. tvorba optimální kultury týmové práce                | 55 |
|  |    | 6. Co dělá dobrého koordinátora?                        | 55 |
|  |    | C / ÚKOLY VEDENÍ AGENTURY                               | 55 |
|  |    | D / SHRNUTÍ   | 56 |
|  |    | III / VÝVOJ VYSOCE KVALITNÍCH SLUŽEB                    | 56 |
|  |    | A / ZÁRUKA KVALITY A CASE MANAGEMENT                    | 56 |
|  |    | 1. Hodnocení  | 56 |
|  |    | 2. Plánování  | 58 |
|  |    | 3. Realizace plánů                                      | 58 |
|  |    | 4. Monitorování   | 58 |
|  |    | 5. Zpětné hodnocení                                     | 58 |
| I / TÝMOVÁ PRÁCE   | 40 |   |    |
| A / CO JE TÝM?   | 40 |   |    |
| 1. Struktura týmu  | 40 |   |    |
| a) Po odborných liniích vedený tým   | 40 |   |    |
| b) Plně řízený tým   | 41 |   |    |
| c) Koordinovaný tým se sdíleným vedením  | 41 |   |    |
| d) Jiná uspořádání týmu  | 41 |   |    |

### TÝMOVÁ PRÁCE JAKO SOUČÁST KVALITNÍ SLUŽBY

|   |    |   |    |
|---|----|---|----|
| B / POUŽÍVÁNÍ INFORMACÍ   | 58 | 6. Mississippi, USA   | 67 |
| 1. Potřeby hodnocení a monitorování   | 58 | 7. Holyoke/Chicopee, Massachusetts, USA                         | 68 |
| a) Individuální plánování služeb  | 58 | 8. Rockland, USA  | 68 |
| b) Zpětná vazba od klientů a rodinných příslušníků  | 59 | C / SLUŽBY PRO LIDI PROPUŠTĚNÉ Z NEMOCNICE                      | 69 |
| c) Uživatelské a rodičovské skupiny   | 59 | 1. Toronto, Kanada  | 69 |
| d) Skupiny pro zvyšování kvality  | 59 | 2. Péče PSSRU v komunitních projektech, Velká Británie          | 70 |
| e) Obhajoba práv uživatelů  | 60 | D / SLUŽBY PRO BEZDOMOVCE                                       | 70 |
| f) Zpětná vazba od místních poskytovatelů služeb  | 60 | 1. Projekt HELP, Manhattan, USA                                 | 70 |
| C / SHRNU TÍ  | 60 | 2. Skid Row Mental Health Service, Los Angeles, USA             | 71 |
| <b>PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI</b>   |    |   |    |
| I / ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOSTI   | 62 | E / SLUŽBY PRO JINÉ SKUPINY KLIENTŮ                             | 72 |
| A / NÁHRADA ZA NEMOCNIČNÍ PĚČI U LIDÍ SE ZÁVAŽNÝMI A DLOUHODOBÝMI DUŠEVNÍMI POTÍŽEMI  | 62 | 1. Thanet Community Care Project, Thanet, Velká Británie        | 72 |
| 1. Trénink života v komunitě (Training in Community Living – TCL), Madison, USA; Psychiatric Assertive Community Treatment (PACT) | 62 | 2. CHOICE – The Case Management Service, Londýn, Velká Británie | 72 |
| 2. Komunitní léčebný tým (The Community Treatment Team – CTT), New South Wales, Australia   | 63 | 3. Modely zprostředkování                                       | 73 |
| 3. Služba časné intervence (Early Intervention Service – EIS), Londýn   | 63 | F / ZÁVĚRY  | 74 |
| 4. Denní program (Daily Living Programme – DLP), Camberwel, Londýn  | 64 | II / ČESKÉ MODELY   | 74 |
| 5. Komentář   | 64 | A / PROJEKTY REGIONÁLNÍ KOMUNITNÍ PĚČE                          | 75 |
| B / SLUŽBY PRO DOSPĚLÉ DUŠEVNĚ NEMOCNÉ ŽIJÍCÍ V KOMUNITĚ  | 65 | 1. Mladá Boleslav   | 75 |
| 1. Program Most (Bridge Programme), Chicago, USA  | 65 | 2. Pardubice  | 76 |
| 2. Texas, USA   | 66 | 3. Praha II   | 76 |
| 3. Středozápad Spojených států  | 66 | B / HODNOCENÍ EFEKTIVITY TÝMU V MLADÉ BOLESLAVI                 | 77 |
| 4. Spokane County, Washington, USA  | 67 | III / SHRNU TÍ ZKUŠENOSTÍ A VÝHLEDY DO BUDOUCNA                 | 80 |
| 5. Kansas, USA  | 67 | A / SHRNU TÍ ZKUŠENOSTÍ Z EXPERIMENTŮ                           | 80 |
|   |    | B / ZÁVĚR   | 81 |
|   |    | DOSLOV  | 81 |
|   |    | ODKAZY  | 82 |

• I •

CO JE

CASE MANAGEMENT

· I ·

## PROČ VZNIKL CASE MANAGEMENT?

· A ·

### DEFINICE

V české terminologii se pojem *case management* neustálil, často bývá překládán jako *případové vedení* a ještě mnohem častěji se o něm nemluví vůbec. Je možné vést spory, zda jde o metodu či nástroj, protože má rysy obou. 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 posunu je to, že novější termín lépe vystihuje podstatu služby či služeb poskytovaných klientovi. Nelze ovšem přehlédnout i další důvody. *Case manager* je klíčovou osobou nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče. Je koordinátorem práce týmu, zodpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče a v některých modelech je také osobou, která určuje rozdělení finančních prostředků v rámci systému. Takto definovaná role pochopitelně vyvolává spory. Vraťme se však k definici.

Základní prvky case managementu:

- 1) přehled o potřebách a schopnostech klienta,
- 2) plánování péče – plán obsahuje jasně definované cíle,
- 3) uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí,
- 4) monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku,
- 5) vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Role case managera se může lišit a v různých modelech poskytování péče může case manager fungovat jako:

- 1) osoba, která klienty vyhledává a kontaktuje,
- 2) terapeut či poradce,
- 3) osoba, která hájí zájmy klienta („obhájce“),
- 4) zprostředkovatel služeb poskytovaných někým dalším,
- 5) nákupčí služeb potřebných pro konkrétního klienta.

Nejčastější je ovšem kombinace několika těchto rolí.

V dalším textu se pokusíme popsat důvody vzniku case managementu a výhody, které přináší.

· B ·

### ČASTÉ CHYBY ČI NEDOSTATKY SLUŽEB

Systémy, které poskytují pomoc lidem s vážnými nebo dlouhodobými duševními potížemi, jsou náchylné k řadě problémů. Především lze jmenovat:

- 1) nerovnováhu mezi potřebami klientů a poskytovanými službami,
- 2) fragmentaci služeb, chybění návaznosti v péči,
- 3) podcenění klíčových služeb,
- 4) nedostatečné zapojení dobrovolníků a osob blízkých klientovi,
- 5) problémy v otázkách odpovědnosti.

#### I. NEROVNOVÁHA MEZI POSKYTOVANÝMI SLUŽBAMI A POTŘEBAMI KLIENTŮ

Častá je tendence přeceňovat medicínské otázky a tedy preferovat farmakoterapii (i bez souhlasu klienta) před psychologickými či sociálními přístupy. V některých zařízeních pro dlouhodobé bydlení může být naopak preferováno pouze řešení praktických problémů a podceňovány psychologické potřeby klienta.

Velmi častá je i tendence paušálně poskytovat prefabrikované parciální služby (2× měsíčně schůzka s komunitní psychiatrickou sestrou, 1× týdně s pracovním terapeutem atd.) místo vyhodnocení individuálních potřeb klienta.

#### 2. FRAGMENTOVANÉ A NENAVAZUJÍCÍ SLUŽBY

Catonova<sup>2</sup> studie sledující propuštěné pacienty ukázala, že rok po propuštění z psychiatrické nemocnice je pouze u 17 % pacientů plněn rehabilitační plán stanovený při propuštění. Značná část ze zbylých 83 % vypadla z péče vlivem její špatné organizace a fragmentace. Novější studie ukazují jen o málo lepší výsledky.

#### 3. ZANEDBÁVÁNÍ NEJPODSTATNĚJŠÍCH POTŘEB

Studie populace v Sacramento v Kalifornii prokázala, že klienti s vážnými, dlouhodobými nebo komplikovanými duševními problémy mají o 40 % více problémů s medikací a o 300 % více problémů s chováním než populace jako celek. Přesto v zařízeních a službách konzumují méně péče než „méně obtížní“ klienti<sup>3</sup>. Přitom zřízení těchto služeb vedlo k redukcí lůžek ve státních psychiatrických nemocnicích<sup>4</sup>. Weller<sup>5</sup> píše, že péče o duševní zdraví je stále více plánována pro celkem integrované klienty, kteří žijí v útulné symbióze se svými terapeuty (sic! str. 251), zatímco péče o klienty s dlouhodobými problémy je zajištěna nedostatečně personálně i finančně. Současně je deinstitucionalizace péče o duševní zdraví stále více propojena s kriminalizací těchto problémů. Stále více lidí s duševními problémy se ocitá ve vězení nebo na ulici. Z mužů přicházejících v USA do ubytoven Armády spásy je 31 % schizofreniků, polovina z nich není v kontaktu s psychiatrickými službami<sup>6</sup>. Weller z toho vyvozuje, že je třeba zastavit zavírání nemocnic a obnovit systém péče o duševní zdraví, ve kterém má rozhodující roli psychiatrie.



Proti tomuto závěru ale mluví to, že komunitní péče má dobré výsledky: zlepšení kvality života klientů, nižší náklady ve srovnání s nemocniční péčí, skutečnost, že většina klientů tento systém preferuje. Je ale třeba komunitní systémy plánovat a organizovat, aby z nich nevypadávaly nejpotřebnější skupiny klientů.

Nejnovější studie ukazují, že se tento problém dlouhodobě nedaří řešit. Dramaticky přibývá klientů s dvojitou diagnózou (psychóza a zneužívání psychotropních látek či závislost), již se ze své cílové skupiny snaží vyloučit jak služby primárně určené duševně nemocným, tak závislým. Závažným problémem je i fakt, že se těžce duševně nemocní stávají oběťmi násilných trestných činů téměř třikrát častěji než běžná populace (Hiday, 1999)<sup>7</sup>.

#### 4. NEDOSTATEČNÁ PRÁCE S NEPROFESIONÁLY

Práce v péči o duševní zdraví vyžaduje důkladnou přípravu. Příbuzní duševně nemocných jsou však často vystaveni většímu tlaku než profesionálové. Stojí před dlouhodobými únavnými problémy, které poskytují jen málo uspokojení. Vládní politika v Británii legalizovala představu, že o závislého duševně nemocného člověka má pečovat rodina. Často bývá klient organizací poskytující služby odmítnut se zdůvodněním, že má rodinu, která se o něj stará. Tak jsou penalizovány ty rodiny, které se snaží podporovat svého duševně nemocného člena, místo aby takové přirozené vazby byly podpořeny a doplněny profesionální péčí. Stát tak skrytě šetří prostředky na péči o duševní zdraví. Přitom jen 15 % rodin ve Velké Británii má odpovídající možnosti zvládnout péči o svého duševně nemocného člena. Tradiční vzor – žena v domácnosti, zaměstnaný muž, rodiče žijící společně s dětmi – již většinou z mnoha důvodů neexistuje.

Druhým faktorem je tendence profesionálů nadhodnocovat medicínský či psychologický vzhled do situace klienta na úkor jeho sociálních problémů. Tak se stává, že intervence profesionálů může péči rodiny omezovat či brzdit, místo aby ji doplnila<sup>8</sup>.

#### 5. PROBLÉMY ODPOVĚDNOSTI

Často mohou vznikat rozpory mezi klinickou zodpovědností za poskytovanou péči a manažerskou zodpovědností za náklady na tuto péči. Nedostatečné propojení těchto dvou druhů zodpovědnosti vede k neefektivnímu rozdělování finančních prostředků, přílišné propojení může přispět ke zmateční roli uvnitř týmu. Psychiatři uvnitř týmů mají často tendenci zaměřovat medicínskou odpovědnost za „konečnou všeobecnou odpovědnost“ za klienta. To pak vede k problémům ve vztazích k ostatním členům týmu (v čem jsou psychiatrovi podřízeni, kdo může změnit rozhodnutí psychiatra atd.).

Problémy nastávají také v rozdělení zodpovědnosti mezi jednotlivými organizacemi poskytujícími služ-

by. V prostředí soutěže o nedostatečný objem finančních prostředků se často stává určité specifikum klienta univerzálním důvodem k jeho odmítnutí (nepřijímáme lidi, kteří mají problémy s alkoholem nebo drogami, jsou nepohybliví, neudrží čistotu, vlastní psa nebo kočku, přicházejí v pátek odpoledne). Mimo případy, kdy je služba určena přesně vymezené skupině klientů, je nutné velmi pečlivě a dostatečně široce definovat role a odpovědnosti jednotlivých služeb v rámci systému.

· C ·

### KOMPLEXNÍ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Nový přístup k rozvoji péče o duševní zdraví popsal Smith<sup>9</sup> a nazval jej DISC (Developing Individual Services in the Community). Tento model v mnohém vychází z klasického modelu Steina a Testa v USA a stal se v Británii základem mnoha současných modelů asertivní komunitní léčby.

Základními prvky tohoto přístupu jsou:

- 1) case management,
- 2) identifikace s problémy klientů,
- 3) zajištění základních potřeb klientů,
- 4) růst a vývoj,
- 5) řešení krizí.

#### 1. IDENTIFIKACE S PROBLÉMY KLIENTŮ

Komplexní služby si kladou za cíl odpovídat na reálné potřeby klientů. To znamená, že:

- 1) jsou snadno dostupné,
- 2) nestigmatizují uživatele,
- 3) plánují svou činnost nejen pro ty klienty, kterým již poskytují pomoc, ale i pro ty, kteří s nimi dosud nepřišli do styku, což často zahrnuje aktivní vyhledávání klientů

#### 2. ZAJIŠTĚNÍ ZÁKLADNÍCH POTŘEB KLIENTŮ

Dobré služby musí klientovi pomoci zajistit základní životní potřeby – bezpečné a trvalé bydlení, přiměřený příjem, smysluplné zaměstnání, přístup k všeobecné zdravotní péči.

#### 3. RŮST A VÝVOJ

Duševně nemocní mají často nedostatečné sociální dovednosti, například navazování vztahů, schopnost bavit se s lidmi, vaření, nakupování, schopnost řešit běžné životní situace, jako například nezdar, odmítnutí, agrese, zklamání, zamilování atd. Zvláště výrazně jsou tyto schopnosti poškozeny u lidí, kteří prožili mnoho let v léčebnách či ústavech sociální péče. Dobré služby musí být schopny rozvíjet nebo obno-

vovat tyto sociální dovednosti. Užívají k tomu intenzivní psychoterapii, poradenství nebo tréninkové programy. Podstatné je, aby dovednosti, které je třeba zvládnout, určoval sám klient. Terapeut vždy riskuje, že klientovi vnucuje svá měřítká hodnot. Bell<sup>10</sup> zmiňuje příklad předního kognitivního psychoterapeuta, který efektivitu léčby depresivní klientky měří tím, zda začne znovu vykonávat domácí práce.

#### 4. ŘEŠENÍ KRIZÍ

Mnoho lidí přichází se službami do kontaktu v životní krizi. Ideální je řešit krizi ihned po vzniku a v prostředí, kde vznikla. Někdy ale nelze poskytnout podporu dostatečně včas, klientovy adaptační schopnosti již nelze rychle obnovit či zvýšit. Je tedy nutné ho z krizové situace vytrhnout – hospitalizovat ho. To ovšem může narušit sociální vazby klienta (někdy nenapravitelně). Pokud je nutné poskytnout klientovi azyl, je třeba, aby volena co nejméně stigmatizující forma azylu (např. přechodné chráněné bydlení).

Řešení krize musí být pružné, okamžité a přiměřené.

### · D · VÝHODY, KTERÉ PŘINÁŠÍ CASE MANAGEMENT

#### I. DOSTUPNOST

Nepřehlednost některých systémů může odrazovat klienty, jejich příbuzné i další poskytovatele péče. V dobrém systému je jasně stanoveno, koho kontak-

tovat. Case manager navíc může kontaktovat i klienty, kteří nedokáží navštívit psychiatrické služby či to v důsledku negativních očekávání učinit nechtějí.

#### 2. KONTINUITA

Typický průběh psychotického onemocnění obsahuje fáze zlepšení a zhoršení. Case manager, který je s klientem dlouhodobě ve styku i po dobu remise, může včas zachytit počínající relaps onemocnění a zvolit neefektivnější způsoby řešení.

#### 3. KOORDINACE

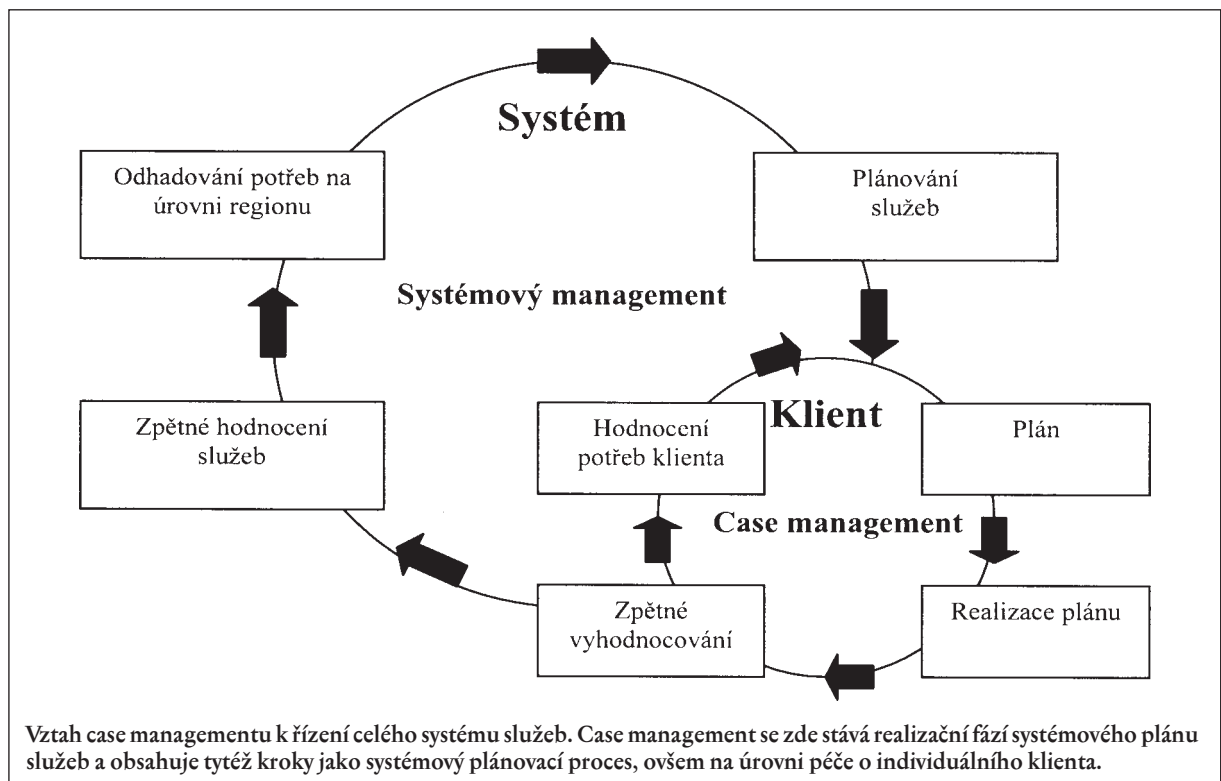
Komplexní služby se snaží uspokojovat většinu potřeb klienta. Case manager je zodpovědný za to, aby klientovi našel vhodné služby, které mu pomohou naplnit jeho požadavky.

#### 4. PŘIZPŮSOBIVOST

Služby mají být zaměřeny na klienta, což znamená, že musí opustit tradiční institucionální model, ve kterém jsou poskytovány standardní bloky péče bez ohledu na individuální potřeby klienta. Case management nabízí klientovi individuální přístup, který citlivě reaguje na jeho dlouhodobé i okamžité potřeby. V některých systémech case managementu je flexibilita zvýšena tím, že case manager disponuje financemi na nákup služeb potřebných pro klienta<sup>11</sup>.

#### 5. VÝKONNOST – EFEKTIVITA

Služba je efektivní, používá-li prostředky na krytí potřeb klientů a šetří na prostředcích na aktivity, jež nejsou nezbytné. Poskytování standardizovaných



bloků péče je neefektivní. Efektivita však neznamená jen šetření. Servis může být efektivní i při zvyšování nákladů, přibývá-li lidí, kteří ho využívají. Challis a Davies hodnotí efektivitu z různých aspektů:

#### A) EFEKTIVITA VSTUPŮ

Hodnotí se, zda služby v systému jsou schopné spolupracovat a poskytovat péči v celém rozsahu.

#### B) TECHNICKÁ EFEKTIVITA

Hodnotí se, zda systém využívá dostupné prostředky účelně k dosažení konkrétních výsledků. Je-li například cílem zlepšit klientovu schopnost nakupovat v místním obchodě, je účelné, aby ho to učil klinický psycholog?

#### C) HORIZONTÁLNĚ CÍLENÁ EFEKTIVITA

Hodnotí, zda servis kontaktuje všechny své potenciální klienty.

#### D) VERTIKÁLNĚ CÍLENÁ EFEKTIVITA

Hodnotí se, zda služba poskytuje kvalitní péči klientům své cílové skupiny a jak efektivně přeměrovává ostatní klienty na služby, kde je péče přiměřenější jejich problému.

#### E) EFEKTIVITA VÝDAJŮ

Case management je sám o sobě proces sběru dat o individuálních potřebách klientů a hledání způsobů, kterými mají být naplňovány. Case manažeři mají dobrou pozici pro vyhodnocení efektivity nákladů a výdajů.

### 6. VÝHODY PRO PRACOVNÍKY

Case manager je v klíčovém postavení, protože kontroluje celý proces péče, který zlepšuje kvalitu klientova života. To ovšem výrazně kontrastuje s tradiční rolí psychiatrické sestry, která pouze plní rozhodnutí kvalifikovanějších profesionálů, především psychiatrů a psychologů, bez možnosti je ovlivnit. A to i v situacích, kdy může zhodnotit potřeby pacienta lépe a přesněji než profesionálové s vyšším statutem.

Předpokladem pro to, aby odpovědnost za péči přebírali ti profesionálové, kteří ji sami vykonávají, je zvýšení jejich autonomie. Pokud je to spojeno s odpovídajícím výcvikem, podporou, supervizí a také platem, zvyšuje se prestiž této role.

#### · E · SHRNUTÍ

Case management poskytuje možnost zlepšit organizaci služeb péče o duševní zdraví. Může spojit fragmentované služby do kontinuálního a koherentního systému. Je schopen snížit či odstranit nevýhody spojené s poskytováním neměnných bloků péče bez ohledu na

individuální potřeby klienta a jeho blízkých. Přenesením vyšší odpovědnosti na pracovníky přímo poskytující péči se služby stávají nejen levnější, ale především mobilnější a pro klienta lépe dostupné, takže mohou poskytnout včasější pomoc. Case management může mít také funkci indikátoru efektivity péče, umožňuje ji rychleji a přesněji vyhodnocovat, a tím poskytuje podklady pro přesnější dlouhodobé plánování systému efektivních služeb. Výhody se ovšem neobjevují automaticky tím, že systém označí některé své pracovníky jako case managery.

#### · F · OTÁZKY K ÚVAZE

- 1) Proč mají služby původně určené dlouhodobě duševně nemocným tendenci postupně rozšiřovat svou klientelu a často také vytěšňovat původní klientelu?
- 2) Podle jakých kritérií je možné posuzovat efektivitu služeb či péče?
- 3) Které prvky case managementu jsou zásadní a které je možno modifikovat podle aktuálních potřeb systému?

## II. CASE MANAGEMENT A SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ POLITIKA

#### · A · PŮVOD CASE MANAGEMENTU

##### I. AMERICKÉ PŘÍKLADY

V padesátých letech byla péče o duševní zdraví v USA téměř výhradně záležitostí velkých státních nemocnic. Všeobecně se věřilo, že fenothiaziny zmírní psychotickou symptomatologii natolik, že to umožní výraznou redukci lůžek v nemocnicích. Na počátku šedesátých let byla zmírněna zákonná restriktivní opatření týkající se nedobrovolných psychiatrických pacientů. Šedesátá léta však byla spíše obdobím trans-institucionalizace než de-institucionalizace. Mnoho lidí bylo prostě přeloženo z nemocnic do domů s pečovatelskou službou, kde byly podmínky spíše horší. Počet lidí celkem umístěných v psychiatrických nemocnicích a domech s pečovatelskou službou rostl<sup>12</sup>. Vznikala Centra komunitní péče (CMHC) financovaná jednotlivými státy a federální vládou. Systém paralelního financování byl konflikt<sup>13</sup>. Z plánovaných dvou tisíc Center komunitní

péče vzniklo jen necelých osm set. Vzniklá centra byla kritizována pro nejasnosti v plánování služeb a odklon v poskytovaných službách od dlouhodobě duševně nemocných. Vznikl přebytek špatně vzájemně propojených služeb, které byly zaměřeny na úzké skupiny klientů a navzájem nekomunikovaly. Většina dlouhodobě duševně nemocných se v tomto systému nedokázala orientovat. Na počátku sedmdesátých let byl učiněn pokus řešit tento problém prostřednictvím Národního institutu duševního zdraví (NIMH), který měl zajistit koordinaci jednotlivých služeb. V rámci projektu byly zřízena místa „systémových agentů“ (case managerů), kteří zajišťují následnost a komplexnost péče poskytovaných různými službami podle individuálních potřeb klienta. Do roku 1974 NIMH významně rozvinul program komunitní podpory pro klienty s vážnými a dlouhodobými duševními onemocněními. Program obsahoval 10 bodů:

- 1) Zjištění cílové populace v nemocnicích i komunitě.
- 2) Pomoc při diagnostice.
- 3) Krizové intervence za co nejméně omezujících podmínek.
- 4) Psychosociální rehabilitace obsahující (ale nikoli omezená na)
  - ♦ cíleně orientované tréninky životních dovedností,
  - ♦ možnosti zlepšit zaměstnanost,
  - ♦ vhodné životní podmínky,
  - ♦ možnosti rozvíjet sociální dovednosti, záliby, smysluplně trávit volný čas.
- 5) Služby podporující životní a pracovní podmínky po tak dlouhou dobu, jaká je třeba (délka služby není omezena).
- 6) Medicínská a psychiatrická péče.
- 7) Podpora pro rodiny, přátele, sousedy apod.
- 8) Spolupráce s komunitou při plánování a nabídce bydlení a pracovních míst.
- 9) Ochrana práv uživatelů jak v nemocnici, tak v komunitě.
- 10) Case management zajišťující stálou dostupnost přiměřené asistence.

Akreditační rada psychiatrických zařízení<sup>14</sup> popsala case management: „Case management je aktivita propojující systém služeb s uživatelem a koordinující různé součásti systému služeb.... je to základní řešení k zajištění kontinuity péče a odstranění systémových problémů, jako je rigidita systému, fragmentace systému, zneužívání některých zařízení a nedostupnost některých služeb.“

Prezidentská komise duševního zdraví<sup>15</sup> problém shrnula: „Strategie založené pouze na organizacích nejsou dostatečné. Je třeba lidský vztah. Case mana-

ger může tento vztah poskytnout a pomoci při zajištění návaznosti péče a koordinaci programů jednotlivých složek systému“. Komise doporučila zřízení case managementových služeb ve všech regionech. V tomto období vznikl ve Wisconsinu model dlouhodobě a podrobně dokumentovaný Steinem a Testem, který dodnes slouží jako porovnávací standard pro systémy asertivní komunitní léčby.

V osmdesátých letech se systémy obsahující case management rozvíjely po celých Spojených státech na základě grantů poskytovaných komunitním podpůrným programům. Služby typu case managementu, psychosociální rehabilitace či chráněného bydlení se staly mnohem dostupnějšími. Nebyla však všeobecně přijata potřebnost psychosociálních intervencí, alternativní hospitalizace a některé terapeutické programy bez použití neuroleptik. Finanční prostředky jsou mezi lůžkovou péčí a její komunitní alternativy nadále rozdělovány nerovnoměrně v neprospěch komunitních služeb a v péči o duševní zdraví domínuje medicínský přístup<sup>16</sup>.

## 2. VÝVOJ CASE MANAGEMENTU VE VELKÉ BRITÁNII

Zatímco ve Spojených státech byl hlavní hybnou silou požadavek úspory prostředků, ve Velké Británii a severní Evropě byl prvotním popudem k vytváření rehabilitačních programů poválečný nedostatek pracovních sil<sup>17</sup>. V Anglii bylo dalším důvodem i fyzické poškození mnoha viktoriánských nemocnic a také filozofický posun od kustodiální funkce psychiatrie ke zdůraznění terapie.

Ačkoliv obloženost psychiatrických lůžek v Anglii vrcholila v r. 1954, při sledování relace s velikostí populace nacházíme vrchol v r. 1930, tedy 25 let před „neuroleptickou revolucí“, která bývá považována za katalyzátor vzniku komunitní péče. Od r. 1930 se počet hospitalizací nadále zvyšuje, klesá však jejich průměrná délka. Celkový počet přijetí do nemocnice se zvýšil několikrát. Významný je podíl prvních hospitalizací v životě pacienta na všech hospitalizacích. V roce 1930 byl 80 %, v roce 1950 68 %, a v polovině osmdesátých let kolem 27 %. Hospitalizace jsou sice kratší, stále více lidí se však ocitá v „otáčivých dveřích“ opakovaných hospitalizací.

Dobrovolné přijetí k psychiatrické hospitalizaci bylo v Anglii zavedeno v r. 1930 zákonem o duševním zdraví. Zákon o duševním zdraví z r. 1959 učinil hospitalizaci méně legální a podpořil rozvoj komunitních zařízení. Popsal pravomoci místních úřadů zřizovat takové služby jako bydlení, zaměstnávání a trénink, ale nevyčlenil zvláštní prostředky pro budování komunitní péče. Nemocniční plán pro Anglii a Wales z r. 1962 stanovil, že počet psychiatrických lůžek se má snížit na polovinu do r. 1975 a obhajoval kratší hospitalizace a přesun psychiatrických lůžek



do místních všeobecných nemocnic. Plán rozvoje z r. 1975 navíc požadoval rozšíření role oddělení sociálních služeb v oblasti chráněného bydlení, denní péče a podpůrné sociální práce, zlepšení personální situace a zlepšení koordinace jednotlivých agentur. Systém společného (zdravotní úřad a místní úřad) financování byl uveden, aby zlepšil integrované plánování a poskytování služeb. Cílem bylo posílit státní zdravotnictví (National Health Trust) organizované zdravotními úřady o aktivity sociálních služeb. Prostředky byly poskytovány pouze na společné projekty. Wistow<sup>18</sup> popisuje neuspokojivé výsledky této strategie. Problémy pramenily částečně z rozepří jednotlivých oddělení státní správy ohledně politiky komunitní péče. Rozdíly mezi způsobem vedení zdravotních a místních úřadů, chybění společného sledování kvality a žádná sdílená odpovědnost za úspěch či neúspěch společných plánů také vytvářely překážky společné práci.

Zpráva auditní komise (1986) poprvé detailně popsala roli case managerů. Zpráva zaměřovala pozornost k deficitnímu financování služeb pro lidi opouštějící psychiatrické nemocnice a k obrovským rozdílům mezi místními úřady ve výši výdajů na služby pro lidi s duševními problémy. Komise navrhla systém case managementu s rozpočtovou autonomií jako způsob, jak obejít problémy ve spolupráci mezi organizacemi. V r. 1986 byla zpracována vládní zpráva o politice komunitní péče, která zdůrazňovala, že nejvýznamnějším úkolem komunitní péče je umístit odpovědnost za péči co nejlíže ke klientovi a jeho rodině či pečovateli, a doporučila, aby role case managera obsahovala odpovědnost za strategii a financování<sup>19</sup>.

V r. 1989 britská vláda vydala vyhlášku a v r. 1990 zákon, které zásadně mění organizaci zdravotnických služeb. V zásadě jde o vytvoření tržní situace rozdělením státního zdravotnictví na část nakupující služby pro populaci ve spádové oblasti a část, která poskytuje služby na základě smlouvy. Problematickou stránkou této reformy je, jak zajistit, aby nevedla k fragmentaci systému služeb. Základní význam v této souvislosti má ústřední role case managera jako toho, kdo hodnotí potřeby klientů a koordinuje využití finančních prostředků.

· B ·

## SOUČASNÁ SITUACE VÝVOJE CASE MANAGEMENTU V USA A VELKÉ BRITÁNII

### I. SPOJENÉ STÁTY

V posledních deseti letech se ve Spojených státech stává převažující formou poskytování zdravotní péče tzv. managed care. K vysvětlení tohoto pojmu je třeba krátké historické odbočky. V r. 1926 vznikla v USA

první nezisková zdravotní pojišťovna Blue Cross – Blue Shield. Rychle se objevily další pojišťovny organizované již jako komerční firmy. Po velké hospodářské krizi založil průmyslník Kaiser první systém poskytování zdravotní péče svým zaměstnancům, který nabízel lepší služby než standardní pojištění. V r. 1942 vznikl Kaiser Health Care Plan, který byl první úspěšnou „managed care organizací“ a který pod názvem Kaiser Permanente funguje dosud.

Základem myšlenky *managed care* je vytvořit organizaci, která by koordinovala poskytování zdravotních služeb v určitém geografickém regionu. Taková organizace přijímá prostředky od zdravotní pojišťovny a z dalších státních i nestátních zdrojů a vytváří omezený systém smluvních partnerů poskytujících zdravotní služby s cílem limitovat náklady péče a vytvářet zisk. Jádrem takové koordinující organizace může být zdravotní pojišťovna, nemocnice nebo skupina praktických lékařů poskytujících služby.

Na počátku devadesátých let byly tyto organizace velmi úspěšné a přitahovaly kapitál z ostatních odvětví hospodářství, akcie „zdravotnického průmyslu“ patřily k nejvíce obchodovaným cenným papírům. V r. 1992 došlo k omezení růstu pojistného (0–2 %), zatímco ceny léků se dramaticky zvyšovaly (15–20 %). Managed Care organizace se ocitaly v potížích, dvě třetiny utrpěly ztráty a některé zkrachovaly. V současné době je ekonomická situace v americkém zdravotnictví stabilizovaná, vede se však bouřlivá diskuze, zda managed care vede ke zlepšování zdravotní péče, či pouze k omezování nákladů za cenu stagnace či zhoršování kvality péče.

V rámci managed care bývá péče o duševně nemocné (stejně jako péče poskytovaná dalším skupinám pacientů, kteří vyžadují nákladnou či dlouhodobou péči) vyčleňována do samostatného systému. Ani to však neřeší problémy, jakými jsou zajištění kontinuity a komplexnosti péče, neúměrné zúžení služeb na zdravotní péči a nedostatečná spolupráce se službami sociální péče, časté konfliktní a kontraproduktivní vztahy mezi organizací zajišťující zdravotní péči a jednotlivými poskytovateli, vypadávání některých skupin klientů z péče (v poslední době se tento problém týká zejména skupiny pacientů s dvojí diagnózou – psychóza a zneužívání návykových látek).

O tom, že primární cíle managed care jsou ekonomické, svědčí i definice case managementu v podmínkách managed care: „Monitorování a koordinace zdravotní péče poskytované jednotlivým pacientům za účelem zlepšení péče a zvládnutí nákladů; většinou se používá pro pacienty s určitými diagnózami nebo pro ty, kteří vyžadují zvláště nákladnou nebo dlouhodobou péči.“<sup>20</sup> Managed care organizace se však zavazují také zajistit potřebnou kvalitu zprostředkované péče a hledají způsoby, jak toho dosáhnout. Jednou z cest je zpřesňování a zpřísnování podmínek, za nichž státní správa uzavírá s ma-

naged care organizací smlouvu o zajištění zdravotní péče. Druhým důležitým mechanismem zajištění kvality péče je veřejná kontrola včetně začleňování uživatelů a rodinných příslušníků (jednotlivců nebo organizovaných skupin) do řídicích orgánů managed care organizace. Postavení uživatelů v managed care organizacích je však velmi různé a zahrnuje spektrum od zcela formální pasivní účasti po existenci velice efektivních a silných nátlakových skupin.

## 2. VELKÁ BRITÁNIE

V posledních letech vznikly v řadě psychiatrických nemocnic a psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic programy, které zajišťují následnou péči po propuštění – pravidelné kontroly zdravotního stavu a dohoda s místním oddělením sociálních služeb o zajištění sociálních potřeb. Problémem těchto programů je skutečnost, že odpovědnost za léčebný a rehabilitační plán je umísťována do rukou nemocničních pracovníků, kterým často chybí komplexnější pohled na potřeby klienta po propuštění. Obvykle také zcela chybí aktivní vyhledávání nemocných v terénu. Ve vztazích mezi těmito programy a komunitními case managementovými službami často vznikají zmatky.

Nedořešené jsou také problémy mezi rozlišením zdravotní a sociální péče, jež se u cílové skupiny dlouhodobě duševně nemocných výrazně překrývají, jsou však hrazeny z rozdílných zdrojů. Dalším problémem je, že současná politika sice zdůrazňuje potřebu multidisciplinární práce, její pravidla a podoba však vznikají velmi zvolna a s potížemi.

Současná politika také nevytváří zvláštní fondy vázané účelově na financování služeb ani zvláštní strukturu ve státní správě určenou pro komunitní péči. Prostředky pro komunitní péči pocházejí z nepřehledného množství nejrůznějších zdrojů a je velmi obtížné určit jejich celkové množství. Přesto je zřejmé, že tyto prostředky nejsou vynakládány v potřebných proporcích. Prostředky na nemocniční péči pro duševně nemocné se mezi roky 1978 a 1988 snížily jen o 3 %, zatímco prostředky na nemocniční péči pro mentálně postižené poklesly o 12 %. Místní úřady v roce 1988 poskytly jen 4 % prostředků na služby pro dlouhodobě a vážně duševně nemocné ve srovnání s 38 % poskytnutými na služby pro mentálně postižené. To znamená, že prostředky pro duševně nemocné se celkově zvýšily pouze o 1 %, zatímco prostředky pro mentálně postižené vzrostly o 13 %. Prostředky se nadále koncentrují v zařízeních, která klienti nechtějí využívat.<sup>21, 22</sup>

Zatím také nejsou jasná pravidla pro hodnocení kvality služeb. Tím vzniká riziko, že nakupující organizace mohou tlačit poskytovatele k levným, nedostatečně kvalitním službám.<sup>23, 24</sup>

Posledním faktorem, který v současné době výrazně ovlivňuje vývoj a podobu case managementových služeb, je politicky zdůrazňovaná potřeba ochrany společnosti před násilnými činy duševně nemocných. V Anglii se tento trend projevuje například zavedením zákazu střelných zbraní a vytvářením registrů potenciálně nebezpečných osob (agresivních fotbalových fanoušků, ale také například duševně nemocných odmítajících spolupráci). V systémech asertivní komunitní léčby se tím posiluje represivní funkce a některé organizace obhajující práva duševně nemocných protestují proti omezování osobní svobody.

· C ·

## SHRNUTÍ A VÝHLEDY DO BUDOUCNA

V žádném z vyspělých zemí nevedly zatím potíže spojené s transformací péče o duševně nemocné k zastavení tohoto procesu či dokonce návratu k institucionálnímu nemocničnímu modelu péče. Důvody jsou zřetelné. Tradiční systém je ekonomicky nákladnější, terapeuticky méně efektivní a méně humánní. Přes veškeré problémy a spory v hledání nové podoby péče o duševně nemocné se odborníci ze Spojených států i Velké Británie shodují v tom, že nevidí příčinu potíží v case managementu, naopak považují case management za jeden z klíčových nástrojů, jak situaci řešit.

· D ·

## OTÁZKY K ÚVAZE

- 1) Asertivní komunitní léčba může uspokojovat potřeby klienta, ale také omezovat jeho práva. Jak hledat rovnováhu?
- 2) Systémy organizace a financování zdravotní péče obtížně řeší problém nemocných vyžadujících dlouhodobou a komplexní péči. Je z hlediska potřeb skupiny dlouhodobě duševně nemocných výhodnější systém zdravotních pojišťoven či systém rozpočtový?
- 3) Jak může proces transformace péče o dlouhodobě duševně nemocné ovlivnit nová generace neuroleptik s vyšší účinností a menšími nežádoucími účinky?

# • II •

## PRAKTICKÉ ZÁSADY CASE MANAGEMENTU

## · I ·

# PRAKTICKÉ ZÁSADY

První část kapitoly se pokouší vymezit základní přístupy case managementu. Vychází z definice Rappa a Wintersteena<sup>25</sup>. Druhá je věnována otázkám ochrany práv klienta, které jsou tím významnější, čím asertivnější je služba zahrnující case management.

## · A ·

### ŠEST ZÁSAD CASE MANAGEMENTU

#### 1. ZAMĚŘENÍ NA ZDRAVÉ STRÁNKY KLIENTA VÍCE NEŽ NA PSYCHOPATOLOGII

Diagnóza vnáší zmatek do chaosu, umožňuje efektivní komunikaci mezi odborníky. Často ale říká málo nebo nic o individuální zkušenosti klienta, jeho potížích a nadějích do budoucna. Mimoto může nevhodně stigmatizovat a bránit klientovi a jeho blízkým, aby se plně zapojili do terapeutického procesu.

#### 2. PODSTATNÝ JE VZTAH KLIENTA A CASE MANAGERA

Vztah je významnější než přesný plán intervencí. Není symetrický, case manager má silnější roli. S tímto faktem je třeba vědomě pracovat tak, aby vztah umožňoval co nejlepší spolupráci. Čím je vztah více na partnerské úrovni, tím více intervence odpovídají pacientovým skutečným potřebám. Vztah se lépe vytváří a udržuje, pokud case manager sám přímo poskytuje některou službu (práce s rodinou, trénink dovedností, poradenství).

#### 3. INTERVENCE JSOU ZALOŽENY NA KLIENTOVĚ ROZHODNUTÍ

Nemyslí se tím antipsychiatrický extrém. Jde o stálé úsilí brát v potaz klientovo přání a volbu, kdykoli je to možné. Nastávají situace (klient je nebezpečný sobě či okolí), kdy case manager musí činit rozhodnutí, které je sice v zájmu klienta nebo společnosti, ale v rozporu s jeho přáním.

#### 4. ASERTIVITA INTERVENCÍ

Spoléhat na to, že klient vyhledá pomoc, když se jeho stav zhorší, je neodůvodněné. Čím závažnější je klientovo onemocnění, tím je to méně pravděpodobné. Case manager musí mít dobrý přehled o klientově skutečné situaci. K tomu je třeba sjednávat schůzky nejen v zařízení, kde klient tráví většinu času (např. denní sanatorium), ale i jinde, například doma. To, že se klient nedostavuje na schůzky, není důvodem k ukončení péče – je třeba ho najít.

#### 5. I LIDÉ S DLOUHODOBÝM A ZÁVAŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM SE MOHOU MĚNIT, UČIT, ZLEPŠOVAT A JE TŘEBA JE V TOM PODPOROVAT

Je nutno stavět na zachovaných dovednostech a schopnostech, posilovat klientovu víru ve změny k lepšímu a jeho odhodlání k tomu, aby o změny usiloval.

#### 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. Potřebuje klient „péči denního centra“, nebo smysluplně vyplnit čas? Toto uvažování vede k tomu, že case manager dokáže využít komunitních zdrojů určených nejen pro nemocné: knihovny, kavárny, kluby, tělocvičny apod.

## · B ·

### OCHRANA PRÁV KLIENTŮ

Case management je založen na velmi vysoké odpovědnosti. Možnosti, jak case manager může ovlivnit život klienta, jsou značné a potenciálně jich lze zneužít. Case manager si musí být vědom práv svého klienta a uznávat je. Může také pracovat pouze v systému, který je schopen jeho práci kontrolovat.

Case management existuje proto, že dlouhodobě duševně nemocný není schopen zvládnout sám své vlastní záležitosti. To je jen zčásti pravda. Case management existuje hlavně proto, že služby samy nejsou schopny se chovat efektivně<sup>26</sup>.

Klient musí vědět, co to case management je. To zahrnuje i informace o situacích, kdy se case manager musí zachovat jinak, než jaké je klientovo přání. Na základě toho se klient může rozhodnout, že si nepřeje být v péči case managera. Má na to právo. Pokud není nebezpečný sobě či okolí a pokud mu nehrozí bezprostřední nebezpečí, že se jeho zdravotní stav zhorší, má právo dělat si co chce, jako kdokoliv.

Case manager má o klientovi řadu informací, klient má právo na ochranu svého soukromí. Z toho plynou následující pravidla pro předávání informací o klientovi case managerem třetí osobě:

- 1) Bez souhlasu klienta nebo jeho zákonného zástupce nelze sdělit nic.
- 2) Třetí osoba dostane jen ty informace, které nezbytně potřebuje.
- 3) Třetí osoba tyto informace nepodá nikomu dalšímu.

*Poznámka: V Anglii jsou informace, které získal case manager vlastnictvím jeho zaměstnávající agentury. Mohou tedy být sdílány uvnitř agentury. Proto jsou zde přesně definovány pravomoci osob, které rozhodují o tom, jak je s informacemi o klientovi nakládáno.*



· C ·  
SHRNUTÍ

Jedním z důvodů vzniku komunitních přístupů včetně asertivní komunitní léčby je úsilí vytvořit humánnější model péče a pomoci, než jaký nabízí hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Komunitní péče nabízí možnosti aktivnějšího zapojení klienta do procesu léčby a potenciálně umožňuje menší míru restriktivních zásahů. Na druhou stranu asertivní komunitní léčba často znamená významnější zásah do klientova soukromého života než hospitalizace. V tradičních modelech péče existují ustálené postupy kontroly práce jednotlivých profesionálů a pravidla na ochranu důvěrných informací. V nově vznikajících modelech péče je proto třeba těmto otázkám věnovat zásadní pozornost.

· D ·  
OTÁZKY K ÚVAZE

- 1) Kdy a jak informovat klienta, že case manager může jednat v rozporu s jeho přáním?
- 2) Jak omezit možnost, že case manager zneužije svého postavení?
- 3) Jak technicky zajistit ochranu důvěrných informací?

II.

ÚKOLY CASE MANAGEMENTU –  
ÚVODNÍ FÁZE

Tato kapitola a tři následující se zabývají úkoly case managementu. Úkoly case managementu jsou rozděleny do dvou okruhů:

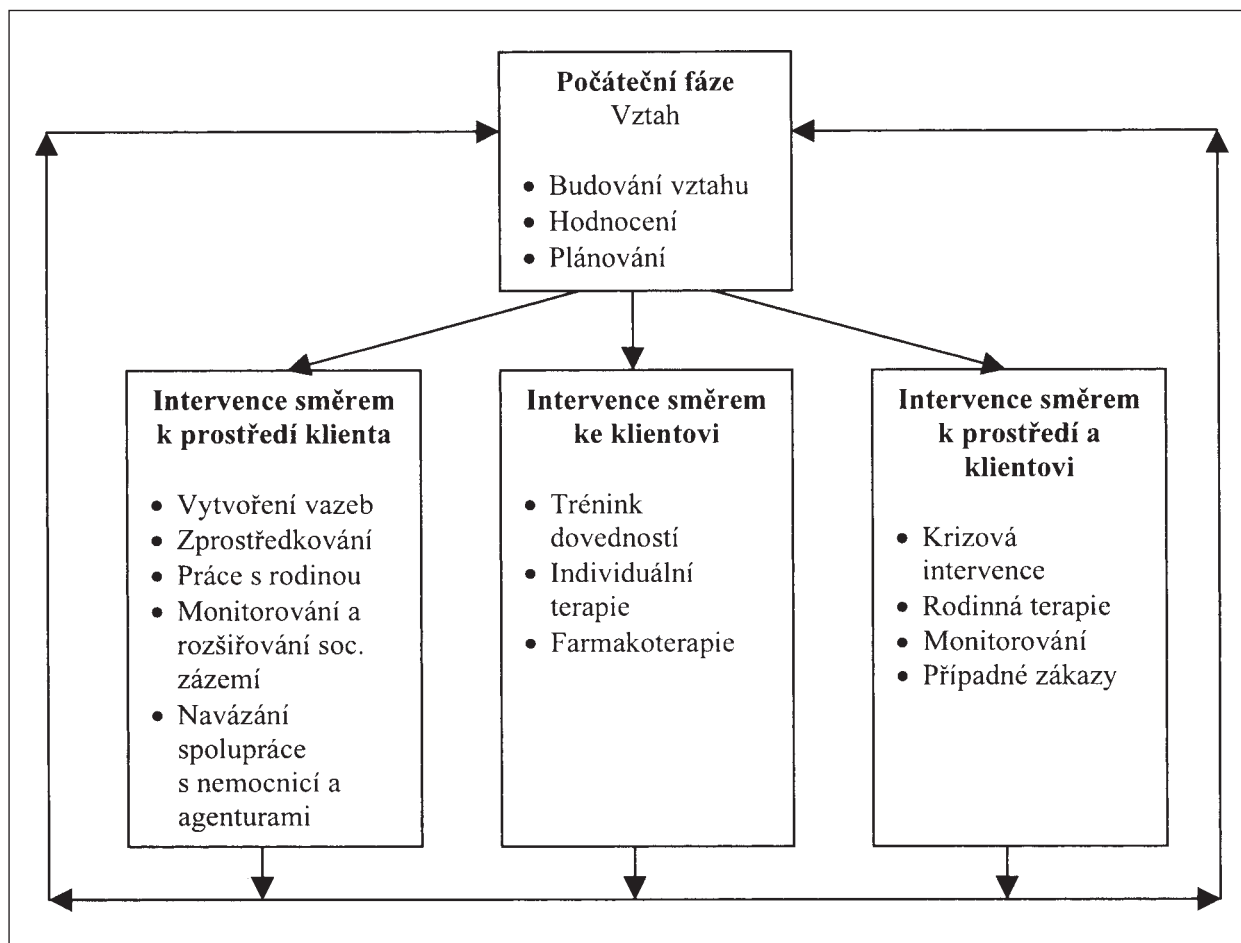
- 1) počáteční fáze (navázání a udržování vztahu s klientem, vyšetření, plán péče),
- 2) intervence prováděné case managerem.

Toto rozdělení, stejně jako schéma otištěné na této straně dole, je převzato z Onyettovy knihy *Case management in Mental Health*<sup>27</sup>

· A ·

RÁMEC ÚKOLŮ CASE MANAGEMENTU

Schéma znázorňuje obecné úkoly case managementu. Všechny zmíněné úkoly mohou být plněny jedním case managementovým týmem, jejich podíl se však mění podle přijatého způsobu práce. Podíl jednotlivých úkolů také závisí na potřebách lokální populace a možnos-



tech spolupráce s ostatními službami. Case managementová agentura může například zajišťovat pro své klienty krizové intervence, rodinnou terapii, trénink dovedností, individuální psychoterapii či farmakoterapii prostřednictvím jiné služby, aniž by tím riskovala diskontinuitu péče.

Schéma odděluje úvodní fázi a vlastní průběh case managementu. Rozdělení zásahů podle zaměření na prostředí, na klienta a na vztah klienta a prostředí je schematické. Ve skutečnosti jsou samozřejmě všechny zásahy zaměřeny v určité míře na vztah klienta a prostředí. Šipky na obrázku znázorňují, že intervence probíhají jen zřídka izolovaně. Výjimkou může být právě úvodní fáze. Jinak však case manager řeší simultánně několik úkolů.

Tato kapitola je zaměřena na úkoly úvodní fáze case managementu – vytváření vztahu, hodnocení, plánování. Ačkoli je nutné od těchto úkolů začít, nekončí vlastně nikdy. Všechny další aktivity, které case manager provádí, slouží mimo jiné posilování vztahu case managera s klientem, doplňování informací pro hodnocení a kontinuální plánování.

## · B · VZNIK VZTAHU

Jen velmi málo uživatelů vstupuje do vztahu s psychiatrickými službami s nadšením. Case manager obvykle nabízí službu člověku, který je nějakým způsobem nucen přijmout pomoc. V lepším případě je si této potřeby vědom, v horším (a častějším) nikoli. Case manager se pak ocitá v situaci, kdy má navázat kontakt s někým, kdo si vlastně žádný vztah s psychiatrickou službou nepřeje a nechápe, jaký prospěch by mu mohl přinést.

Stejně jako u jiných vztahů, i zde je velmi významný první dojem. Následující text by měl poskytnout vodítka, jak zvýšit pravděpodobnost, že vznikne solidní základ, na kterém je možné stavět terapeutický vztah, a jak současně zajistit, že klient nebude omezen ve své autonomii a právech.

### 1. PŘIPRAVTE SE PŘEDEM

Case manager by měl získat co největší množství informací ještě před první schůzkou s klientem proto, aby pro tuto schůzku mohl vybrat co nejlepší podmínky pro vznik vztahu. Měl by vybrat nejlepší místo pro schůzku. V případě, že navštíví klienta doma, měl by vědět, koho tam pravděpodobně také zastihne a zda je účelné přibrat ho k úvodnímu rozhovoru. Obecně platí, že nejlepším zdrojem informací je klient sám, tato fáze je však výjimkou.

### 2. RESPEKTUJTE ZVLÁŠTNOSTI KLIENTA

Je dobré předem vědět, že některé vlastnosti case managera mohou klienta odrazovat. Je třeba předem vě-

dět, zda klient nereaguje výrazně negativně na určitou skupinu lidí (na muže, ženy, lidi v obleku s kravatou apod.). Tyto problémy mohou být výraznější, pokud je klient příslušníkem etnické menšiny. V pozdějších fázích je často možné klientovu nechuť k určité skupině lidí překonat, při navazování vztahu je účelné vyjít vstříc klientovým preferencím.

Vzhledem k tomu, že i u nás postupně přibývá lidí pocházejících ze vzdálených částí světa, je třeba také předem vědět, že bude například třeba tlumočnick.

### 3. CHOVEJTE SE JAKO SKUTEČNÝ ČLOVĚK, KTERÝ ODNĚKUD PŘIŠEL

Klient by o vás měl vědět a měl by si vás být schopen zařadit do nějakého kontextu ještě předtím, než se poprvé setkáte. Je možné napsat mu dopis nebo zatelefonovat. Neohlášená návštěva je vhodná pouze v případě, že předpokládáte, že vaši předem ohlášené návštěvě se klient bude chtít vyhnout.

Je velmi důležité správně se představit. Pokud se představíte jako case manager, klient tomu pravděpodobně nebude rozumět, bude vás vnímat jako cizince, který přišel odnikud. Zdá se to samozřejmě, ale je překvapující, jak snadno se zapomene, že se klient chová neochotně k někomu, kdo na něj z ulice pokřikuje, že si „přišel jen tak popovídat“.

Je vhodnější představit se dříve jménem než profesí. Nehledě na pravidla slušného chování je totiž snazší přibouchnout dveře nějakému sociálnímu pracovníkovi než Věře Novotné. Je důležité být slušný a taktní. Když budete na ulici vyvolávat, že jste z místního týmu pro péči o duševně nemocné, pravděpodobně tím dostanete klienta do rozpaků. Když se však představíte jako elektrikář, pravděpodobně nenavázete potřebný, na vzájemné důvěře postavený vztah.

Nebývá účelné označit se hned zkraje jako psychiatrická sestra. Může to v klientovi vyvolat nežádoucí asociace s hospitalizací, léky a podobně. Lepší je se uvést jako někdo, kdo přichází pomoci řešit klientovi každodenní problémy. Účelné může být popsat činnost své agentury pomocí příkladů práce s jinými klienty, kteří mají podobné problémy jako klient.

Case manager musí být také schopen citlivě vysvětlit, proč klienta vyhledává právě nyní. To někdy znamená vysvětlit, kdo o návštěvu požádal a proč, někdy to však není nejlepší cesta. Zvláště v případě, že klient má s příslušnou osobou špatné vztahy. Je třeba také být opatrný na to, abyste klientovy sousedy, příbuzné či přátele nevystavili nepřijemnostem z jeho strany za to, že o něm podali zprávu.

### 4. POSTAVTE SE NA STRANU KLIENTA

Klient může někdy zpočátku vnímat case managera jako další problém, který mu nastal. Case manager se proto musí prezentovat jako někdo, kdo přišel

klientovi pomoci, spíše než jako agent dalších osob. Nejlépe je okamžitě se pustit do postupného řešení problémů, které klient nabídne. Je také třeba s klientem ověřit údaje, které již máte od jiných osob. Účelné je pohybovat se při objasňování situace na úrovni, která je pro něj srozumitelná a účelná. Je tedy lépe začít řešit to, že klientovi například hrozí, že bude kvůli hlučnému nočnímu chování vyhozen z bytu, než se hned zpočátku pustit do otázky, zda se klient cítí být pronásledován sluchovými halucinacemi.

## 5. DEJTE NAJEVO RESPEKT

Zjistěte, jak si klient přeje být osloven. Tykání a oslovování křestním jménem na počátku kontaktu je nejen neslušné, ale může být pro klienta i matoucí.

Dalším způsobem, jak projevit respekt, je pozorně poslouchat, co klient říká, a nedávat okamžitě najevo názor, že jeho sdělení je zkreslené duševní nemocí. Například jedna paranoidní klientka, jež se domnívala, že o ní sousedi stále hovoří a odposlouchávají ji přes zdi, byla za pomoci case managementové agentury přestěhována do jiného domu. Krátce po přestěhování si začala stěžovat, že v domě je provozována prostitute. Ošetřující ambulantní psychiatr to považoval za relaps onemocnění, dokud ji nenavštívil case manager a nedošel k názoru, že má pravdu.

Case managery jsou často mladí lidé z uspořádaných poměrů střední třídy. Musí si být proto vědomi toho, že to, co je pro ně neznámé, není nemožné.

## 6. NAVAŽTE KONTAKT S OSOBAMI, KTERÉ KLIENT ZNÁ A KTERÝM VĚŘÍ

Často může být vhodnou osobou klientův praktický lékař. Nejenže je schopen podat vám kvalitní informace o klientovi a celé jeho rodině, ale může být tím, kdo vás klientovi představí a usnadní tak první kontakt. Není to však možné vždy, a tak je třeba hledat i jiná řešení. Řada klientů má velmi úzký okruh sociálních kontaktů; několika osobami, které znají a kterým věří, mohou být například sestry z psychiatrického zařízení, kde byli opakovaně hospitalizováni. Často může být vhodnou osobou, která zprostředkuje první setkání, například farář.

## 7. VYTRVEJTE, KDYŽ JE TO TŘEBA

Velmi často klient při prvním kontaktu nabízenou pomoc odmítá a case manager musí velmi rychle vyhodnotit situaci a zvolit jeden z následujících postupů:

- 1) Respektovat přání klienta a ukončit kontakt.
- 2) Vytrvat a pokoušet se navázat kontakt opakovaně (je-li pravděpodobné, že klientova situace se bez pomoci bude výrazně zhoršovat).
- 3) Zajistit urgentně jinou formu pomoci, například hospitalizaci (v případech, kdy je klient nebezpečný sobě nebo okolí).

Třetí případ je pro case managera relativně nejjednodušší, měl se by se však snažit vytvořit dobrý základ pro další kontakty s klientem během jeho hospitalizace a zejména pro pokračování péče po jeho propuštění.

V tom případě, že není třeba akutní hospitalizace, ale je zřejmé, že udržení kontaktu s klientem je nezbytné, je vhodné se chovat pro klienta předvídatelně, například ho navštěvovat nebo mu telefonovat vždy ve stejnou dobu, vyhýbat se překvapením.

I v případech, kdy se rozhodnete, že není nezbytně nutný okamžitý zásah, je vhodné nechat klientovi alespoň vizitku, telefonní číslo, informační leták popisující účel a možnosti vaší agentury. Vždy je možné, že klient v budoucnu změní názor a rozhodne se pomoc přijmout.

Stejně informace je možné také poskytnout rodinným příslušníkům a domluvit se s nimi, že vám podají zprávu v případě, že se stav klienta změní.

## 8. ZKUSTE TO JINAK

Někdy se stane, že klienta je třeba předat jinému case managerovi. Není sice žádné pravidlo, že klient a case manager se mají mít rádi, někdy však case manager klienta odpuzuje natolik, že je účelné case managera změnit. Pro case managera to není selhání, když požádá kolegu, aby převzal klienta, s nímž se mu nedaří navázat kontakt.

Někdy však stačí navrhnout schůzku na jiném místě. Klient se může například obávat zneužití či výsměchu a tyto pocity jsou nejsilnější v jeho domácnosti, přesto se však neodvážá sám case managera požádat o změnu prostředí.

· C ·

## BUDOVÁNÍ VZTAHU

Když je položen základ pozitivního vztahu s klientem, je třeba tento vztah vyvíjet do podoby účinného nástroje společné práce.

### 1. ŘÍKEJTE JASNĚ, CO MŮŽETE, A CO NIKOLIV

Je třeba, aby klient rozuměl tomu, proč se case manager objevil na scéně a co přesně mu nabízí. Proto je velmi významné, aby case manager klienta poctivě informoval o tom, že jeho služby jsou omezené jednak finančními prostředky, jednak situací.

Je účelné předem klienta upozornit na situace, kdy case manager bude muset v jeho vlastním zájmu jednat proti jeho vůli. Taková upřímnost může mít i svou terapeutickou hodnotu. Mnoho case managerů i klientů zná velmi důvěrně situace, kdy klient jedná pod hrozbou nedobrovolné hospitalizace.

Některé klienty však není nezbytné okamžitě v časné fázi vztahu znejistit informací, že case manager může jednat proti jejich vůli. Zvláště neúčelné je to v případech, kdy je málo pravděpodobné, že by taková situace reálně nastala. Na druhou stranu není dobré tento druh informací před klientem tajit – při otevřené hře je totiž možné dlouhodobě spolupracovat a vztah není trvale zničen epizodou, ve které case manager nemůže respektovat přání klienta.

Case manager by také měl zřetelně deklarovat hranice osobního vztahu. Case manageri se oblékají neformálně a ve styku s klientem někdy používají oslovení křestním jménem, jako profesionálové však nenabízejí klientovi účast v osobním životě, nenabízejí mu skutečné přátelství. V case managementu mohou být nejasně vymezené hranice vztahu nebezpečné. Pokud klient cítí ve vztahu s case managerem nejistotu a nejednoznačnost, může ho to dále traumatizovat a prohlubovat jeho handicap, zejména když má problémy v hodnocení a interpretaci okolního světa.

## 2. NECHTE KLIENTOVI TOLIK SAMOSTATNOSTI, KOLIK JE MOŽNÉ

Klienti často nejsou zvyklí rozhodovat o svém životě. V minulosti byli tolikrát zatlačováni do pozadí, že ustupují i case managerovi a jsou pak zklamáni, když se jeho rozhodnutí nekryjí s jejich očekáváním. Case manager musí po klientovi asertivně požadovat jeho názor na to, co se odehrává, a nechávat mu možnost volby, kdykoliv je to technicky možné, místo aby mu předkládal hotová řešení.

V této souvislosti je významné přizpůsobit délku schůzek možnostem klienta. Pro někoho může být hodinový rozhovor nepřiměřeně zatěžující.

## 3. DOVOLTE, ABY SE NA VÁS KLIENT SPOLEHL

Case manager musí využít ta období, kdy klient dokáže být relativně nezávislý a kdy ho v této nezávislosti podporuje, také k tomu, aby klienta ujistil, že se na něj může spolehnout v obdobích zhoršení. V období krize pak může klient zažít „normální, nutnou a konstruktivní“ závislost. Je to obvykle lepší řešení, než mít pocit, že ho nechali na dně.

## 4. KOMUNIKUJTE EFEKTIVNĚ

Je velmi nešťastné, že lidé připravující se na práci v oblasti duševního zdraví se nejdříve naučí žargon, aniž se dozvědí o riziku, že může být samoučelný. Měl by totiž sloužit jako efektivní technická zkratka v určitých přesně definovaných situacích. Často však slouží k tomu, aby práci dodával tajemnost, mystiku, a vytváří tak bariéru mezi profesionálem a uživatelem. Zdá se, že profesionálové s nejvyšším stupněm vzdělání jsou vystaveni největšímu riziku, že budou mást lidi. Case manager musí stále přemýšlet, jak věci sděluje a zda je to způsob, kterému klient rozumí.

Základem je tedy klima, v němž je klient podporován v tom, aby se ptal, nerozumí-li něčemu. Vhodným prostředkem při vysvětlování může být uvádění praktických příkladů z praxe. Někdy může být účelné použít obrázek či náčrtek (např. ke znázornění opakování procesu). Pro klienta je snazší porozumět, dokážete-li používat jeho způsob řeči, jeho přirovnání apod. Těto dovednosti se však není snadné naučit. Když se case manager snaží hovořit jazykem klienta příliš křečovitě, může působit velmi nevěrohodně. Optimální je stav, kdy je case managerův styl řeči přirozený a přitom dobře srozumitelný.

## · D · VYŠETŘENÍ

Údaje získané vyšetřením by měly řídit case management a vývoj služeb. Na vyšetření záleží vše ostatní. Výsledky šetření musí být validní (pravdivý obraz klientovy situace), reliabilní (výsledky musí být podobné bez ohledu na to, kdo šetření provádí) a účelné (například zabránit duplicitě s dalšími službami). Následující text se zabývá tím, jak takových výsledků dosáhnout:

- 1) v procesu vyšetření maximalizovat možnost uživatele vyjádřit své vlastní zájmy,
- 2) jasně specifikovat objekt vyšetření,
- 3) těsné vztahy se všemi zúčastněnými (včetně profesionálů a rodinných příslušníků).

### I. KLÍČOVÉ RYSY VYŠETŘENÍ

#### A) UŽIVATELÉ URČUJÍ SVÉ VLASTNÍ POTŘEBY, KDYKOLI JE TO MOŽNÉ

Cílem vyšetření je získat dynamický obraz klientových potřeb a schopností a jeho sociálního a fyzického prostředí. Nicméně již definice potřeby představuje obtížný problém. Potřeba může znamenat problém či deficit, přání či touhu, požadavek, nebo také řešení<sup>28</sup>. Služby mívají tendenci definovat potřebu jako potřebu nějaké (dostupné) služby. Vyšetření se tak redukuje na určení klientovy vhodnosti pro službu. Takové vyšetření neposkytuje žádné informace o klientových potřebách, které nejsou vztaženy k některé existující službě, takže není použitelné pro plánování rozvoje nových služeb. Vzniká ovšem dilema. Lidé velmi obtížně formulují své potřeby, když nevědí, jaká je nabídka. Problémy, které uživatel osobně předkládá jako své potřeby nebo přímo jako požadavky, jsou vždy ovlivněny tím, jaké předpokládá možnosti pomoci od case managera a jaká jsou jeho očekávání v otázkách kvality života. Case manager má tedy obtížný úkol: musí zjistit potřeby klienta, aniž by mu nabídl příliš zúžené spektrum možností a aniž by v něm naopak vyvolával nerealistická očekávání.



Je proto důležité, aby case manager nechal uživatele spíše vyprávět, než aby se ho ptal s použitím sice výstižných, ale nutně zužujících formulací. Klienta je třeba povzbuzovat, aby své každodenní potíže popsal vlastními slovy a vlastním tempem. Kontakt není *sběr dat*. Uživatel se sám rozhoduje, které informace sdělí, a tak case manager strukturovaným vypyptáváním obvykle nic navíc nezíská.

To ale neznamená, že se nemůže ptát. „Co cítíte jako svůj hlavní problém?“ nebo „Čeho byste potřeboval dosáhnout, abyste měl pocit, že se vaše situace zlepšila?“ jsou například otevřené otázky, které požadují od klienta popis. Naproti tomu otázky typu: „Už vás problémy přešly?“ nebo „Máte občas pocit, že na vás mluví televize?“ nabízejí klientovi dostatečnou možnost vyjádřit to, co považuje za důležité. Pokud klientova odpověď neobjasňuje problém v dostatečné šíři, je třeba pokračovat v kladení otevřených otázek. Například „Jak se v této situaci chová vaše rodina?“ raději než „Máte rodinné problémy?“

V rozhovoru je dobré občas položit upřesňující otázku. Jednak tím klienta ujišťujeme, že posloucháme, jednak se tím dá zabránit některým nedorozuměním. Naopak zcela nevhodné jsou interpretace, zejména psychodynamické povahy, a to i v případě, že jsou nabízeny jen jako pokus o objasnění situace a klient je vybízen, aby je odmítl. Interpretace mohou člověka oslabit tím, že ho znejistí a zpochybní jeho schopnost porozumět své vlastní situaci, kromě toho vzniká riziko, že v šetření převládne pracovníkův model (založený na jeho vlastních hodnotách).

Potřeba se nemusí stát požadavkem, pokud se klient cítí schopen vyřešit problém svými vlastními prostředky. To by mělo být respektováno, přesto by však case manager v takovém případě neměl vynechat informace o možné dostupné pomoci. Jindy zase může case manager identifikovat klientovu potřebu, kterou však klient neformuluje jako požadavek. Case manager by měl v takovém případě svůj pohled porovnat s klientovým. Jsou však případy, kdy to vede k vážnému narušení vztahu mezi klientem a case managerem, nebo kdy klient dokonce kvůli tomu přeruší kontakt. Příkladem může být situace, kdy case manager identifikuje potřebu zastavit nějakou formu zneužívajícího chování v rodině.

#### B) VYŠETŘENÍ BY SE MĚLO ODEHRÁVAT V PROSTŘEDÍ, VE KTERÉM SE KLIENT MŮŽE UVOLNIT

Již bylo řečeno, že je užitečné vidět klienta v jeho obvyklém prostředí. Klientův domov je místo, kde je klient obvykle schopný se uvolnit a kde je také snadné zapojit další zúčastněné osoby. Existují však výjimky. Klient může žít ve velmi špatných vztazích a může být naopak schopen mlu-

vit volně pouze mimo domov a rodinu. Může také vnímat vyšetření doma jako vpád do soukromí a může požadovat, aby se kontakt odehrával kdekoliv jinde. Klient se může stydět za své životní podmínky. Někdy také například klientův byt (malá garsonka) neumožňuje setkání a diskusi několika zúčastněných osob. Case manager by měl být v organizaci schůzek pružný a vynalézavý a měl by respektovat názor klienta. Brát ohled na jeho soukromí je minimální podmínka.

Vyšetření v domově klienta má pro case managera rizika. Nemůže tak dobře řídit kontakt s klientem a musí se vyrovnat s komplikacemi, jako jsou neočekávaní návštěvníci, telefonáty, televize, přehnaně přátelská (a nebo naopak) domácí zvířata, neodbytné nabídky pohoštění atd. Na druhou stranu to všechno nabízí hodnotný vhled do klientova života. Pokud máte jako case manager problém se v takovém prostředí soustředit, uvažte, jaké problémy to asi přináší klientovi. Dobrým startem pro kooperativní řešení problémů je zavázat společně s klientem, jak společně schůzky učinit více efektivní (například vypnout televizi, pustit kočku ven a podobně).

Na návštěvě u klienta doma může case manager riskovat i fyzické napadení. Je zde i nebezpečí z přecenění tohoto rizika. Někdy se kolem některých klientů vytvoří celá mytologie, která pak negativně ovlivňuje způsob, jakým se k nim služby vztahují; klient se pak může cítit být nebezpečným a vzniká bludný kruh. Představte si, že mluvíte se dvěma vystrašenými mladými pracovníky, které víc zajímá, jak daleko jsou od dveří a dosáhnou-li na své pohotovostní pípátko, než to, co říkáte. Tyto úvahy by však neměly vést case managera k tomu, aby podstupovali zbytečné riziko. Pro vztah case managera s klientem je výhodnější, odehrává-li se schůzka za situace, kdy jsou všichni zúčastnění schopni uklidnit se a uvolnit.

Riziko zneužití je ovšem oboustranné. Je-li klient navštěvován v soukromí svého domova, roste tím i riziko zneužití ze strany case managera. Sexuální a fyzické zneužívání klientů terapeuty je sice dokumentováno velmi zřídka, přesto však bylo v některých případech prokázáno<sup>29</sup>. Když ke kontaktu přibíráme kolegu a vtahujeme další osoby z klientova sociálního prostředí, jsou v tomto ohledu všichni bezpečnější.

#### C) MĚLA BY BÝT TRVALE UDRŽOVÁNA POZORNOST VŮČI ODCHYLKÁM

Významným aspektem klientova sociálního prostředí, který by neměl být opomíjen, je case manager sám. Stejně jako při navazování vztahu je pro efektivní komunikaci mezi klientem a case managerem lepší, když mají podobné zkušenosti a kulturní zázemí.

#### D) VYŠETŘENÍ BY MĚLO ZAHRNOVAT OSOBY KLIENTOVI BLÍZKÉ

Obvykle je vhodné zahrnout do počátečního vyšetření osoby klientovi blízké, ačkoli způsob se liší případ od případu a je určen především přáním klienta. Někdo si přeje být obklopen přáteli a rodinou, jiní se s vámi chtějí setkat spíše o samotě, aby vám mohli svůj příběh povědět beze strachu, že dojde ke konfrontaci s názory okolí. Přání klienta mají být respektována. Nicméně case manager by měl dbát na to, aby se dalším osobám nebránilo ve spolupráci. Když k tomu dochází, má case manager jedinou možnost – vyjasnit si to společně s klientem. Case manager totiž nemá mandát k tomu, aby navazoval kontakt s dalšími stranami bez klientova souhlasu. Může se stát, že první schůzky jsou sjednávány spíše klientovými příbuznými než klientem samotným a že při nich nemá klient dost prostoru k prezentaci svého postoje. V takovém případě může case manager asertivně požadovat schůzku s klientem o samotě.

Občas se při šetření celkové situace v rodině ukáže, že původně vytipovaný klient není v rodině tou osobou, která nejvíce potřebuje pomoci. Jiní členové rodiny mohou vykazovat výraznější poruchu nebo mohou hrát významnější úlohu při udržování dysfunkčních interakčních vzorů v rodině. V těchto situacích může case manager nabídnout práci s celou rodinou. Měl by pak pracovat společně s dalším odborníkem. Může také navrhnout, aby jiný case manager z týmu kontaktoval dalšího člena rodiny.

#### E) CASE MANAŽEŘI NEJSOU KVALIFIKOVANI VYŠETŘIT VŠECHNY OBLASTI POTŘEB

Úkolem case manažera není vyšetřit komplexně všechny potřeby klienta. Jeho prací je postarat se, aby bylo provedeno komplexní vyšetření, a shromáždit údaje do logického a sdělného celku.

- Na pana W upozornil case managementový tým terénní sociální pracovník. Sousedí pana W si stěžovali na jeho bizarní chování a zápach, který se šíří z jeho bytu. Pracovnice týmu Jana ho navštívila v doprovodu sociálního pracovníka. Zjistila, že pan W i jeho byt jsou pokryty výkaly. Pan W měl infikované vředy na nohou a trpěl příznaky dekompenzovaného diabetu. Komunikoval, byl však extrémně zmatený a evidentně neschopen postarat se o sebe. Informace z úvodního setkání přinesla Jana zpět do týmu a přijala odpovědnost case manažera. Její zkušenosti pracovního terapeuta jí umožňovaly posoudit, že schopnost sebeobsluhy je u pana W minimální. Bylo zde však mnoho dalších problémů, které bylo nutno posoudit. Proto Jana požádala psychiatra týmu, aby vyšetřil duševní stav pana W. Kromě toho musela posoudit problémy pana W s bydlením a k tomu čerpala z informací sociálních pracovníků.

Během opakovaných schůzek s panem W se jí podařilo navázat slušný kontakt a udělat si jasnější představu o jeho očekáváních. Pan W si jasně přál zůstat ve svém vlastním bytě. Jeho tělesné problémy však vyžadovaly řešení, a proto souhlasil s hospitalizací ve všeobecné nemocnici a s léčením bércových vředů a diabetu. Během hospitalizace uvedla úklidová četa jeho byt opět do obyvatelného stavu.

Po návratu pana W byly zajištěny pravidelné návštěvy sestry domácí péče a úklidové agentury jednou týdně. Tito lidé byli informováni, že se mají obrátit na Janu v případě vzniku dalších problémů.

#### F) VYŠETŘOVÁNÍ NIKDY NEKONČÍ

Uživatel i jeho prostředí se dynamicky mění. Často se nějaký aspekt vztahů klienta s prostředím stane zřejmým až poté, co něco uděláme. Proto nelze nikdy říci, že vyšetření klienta je kompletní. Musí být průběžně doplňováno a opravováno.

## 2. OBSAH VYŠETŘENÍ

Neexistuje žádný minimální objem dat, který je třeba sebrat před zahájením plánování. Často pouhé zjištění, že klient má potíže, je dostatečným důvodem, k tomu aby se něco začalo okamžitě podnikat. Přesto však platí: čím více informací je shromážděno, tím lepší plán je možné vytvořit.

Informace, které by měl case manager získat a zhodnotit, zahrnují zhruba tyto okruhy<sup>30</sup>:

- 1) sebeobsluha, aktivity každodenního života a rizika,
- 2) fyzické zdraví,
- 3) duševní zdraví,
- 4) schopnosti a životní styl,
- 5) přínos pečovatелů,
- 6) sociální síť a podpora,
- 7) bydlení a finance.

Jak podrobné informace z jednotlivých okruhů potřebujeme, se liší případ od případu.

Sherman<sup>31</sup> popisuje komplexní systém zaznamenávání informací vhodný pro case management hlavně u klientů dlouhodobě a závažně duševně nemocných. Sběr informací začíná okamžikem doporučení klienta do péče case manažera. Doporučení by mělo obsahovat osobní data, poslední medikaci, nebezpečnost sobě či jiným, kriminální delikty, psychiatrickou léčbu v anamnéze, diagnózu, přítomné příznaky a problémy, doporučení, jak zvládnout případnou krizi, údaje o zneužívání drog, zdroje informací, pověření či oprávnění k šetření, údaje o tom, jak klienta nalézt a kdo z profesionálů ho zná nejlépe. Během prvního přímého kontaktu s klientem by měly být doplněny další informace o manželství, bydlení, kdo bydlí společně s klientem, zaměstnání, vzdělání, příjmy domácnosti.

Program Citywide v Denveru<sup>32</sup> také používá formulář vyšetření, který pokrývá široce devět okruhů: sociální stav, abusus drog, fyzická onemocnění a postižení, poruchy myšlení, osobní potíže, chování, interpersonální vztahy, zvládnání sociální role a schopnost uspokojovat základní potřeby.

Některé formuláře jsou rozděleny do částí pro vstupní vyšetření a vyšetření během dalších kontaktů, při nichž jsou doplňovány informace o intervencích a konzultacích, osobách důležitých pro další práci (rodinní příslušníci, profesionálové). V multietnických společenstvích je nutné zaznamenávat i informace o zemi původu, rodném jazyku, náboženském vyznání, etnickém původu a podobně.

Pokud jsou výsledky používány k výzkumným účelům, je nutné uvádět diagnózu v souladu s mezinárodními diagnostickými kritérii ICD10.

Neexistuje definitivní soubor hodnocených informací, a proto se i formuláře v různých modelech liší a stále se vyvíjejí. Formuláře mohou být dobrou pomůckou pro dokumentaci informací, nelze je však přeceňovat. Hrozí totiž riziko, že se formulář stane neměnným souborem otázek, kladených klientovi bez ohledu na jeho individuální situaci a problémy.

### 3. SPOLEČNÁ PRÁCE

Při společné práci s dalším odborníkem je důležité nechat si určitý čas na přípravu, v němž se oba zúčastnění seznámí s potřebnými informacemi a mohou si účelně rozdělit úkoly. Například je užitečné, když vyšetření vede jeden z nich, takže klient se může soustředit jen na jednoho člověka. Někdy je třeba, aby každý z odborníků vyšetřil určitou tematickou oblast podle své specializace. Při rodinných sezeních bývá účelné, když se vyšetřující soustředí na pohled různých členů rodiny. Je třeba zabránit situaci, kdy se profesionálové předhánějí sledující tutéž linii vyšetření.

### 4. DYNAMICKÝ OBRAZ

Case manager shromáždí v krátké době množství informací o klientovi a jeho prostředí. Dalším úkolem je využít tyto informace konstruktivně. To vyžaduje logický rámec.

Jedním z problémů dříve popsaného medicínského modelu je to, že přehlíží časový faktor – zachycuje momentky potřeb, které klient nabízí, a přiřazuje k nim nálepky. Funkcionální analýza je rámcem, který umožní pracovat s vyšetřením mnohem dynamičtějším způsobem<sup>33</sup>. Je to spíše strategie zaměřená na řešení problému než psychologická teorie, takže nabízí společný jazyk odborníkům s různými teoretickými východisky. Ačkoliv byla vytvořena pro klinické problémy, byla shledána užitečnou i pro mapování širokého okruhu problémů a jejich souvislostí prováděné case managerem.

Model hledá periodicitu v lidském fungování a soustřeďuje se na zpětnovazební okruhy, které se stávají cílem intervence. Funkcionální analýza vyžaduje jasnou specifikaci současného problému a popis různých souvisejících událostí a proměnných vztažených ke dvěma kritériím:

- a) zda slouží ke zvýšení či snížení pravděpodobnosti problému,
- b) zda se objevují před problémem či po něm.

Funkcionální analýza je podobná behaviorální teorii operativního podmiňování, kde jsou události klasifikovány konfigurací ABC (*antecedent/behavior/consequence*), kde B je zkoumané chování, A to, co předchází (kde se to děje, s kým), a C jsou důsledky (co je následkem, jak lidé reagují...). Příkladem mohou být záchvaty vzteku u dítěte (B), které se spolehlivě objevují u pokladny v samoobsluze (A), kde je také police s cukrovinkami, a které mají za bezprostřední následek nákup sladkostí (C), čímž se rodič snaží minimalizovat ostudu. Oprávněně lze vytvořit hypotézu, že sladkosti zvyšují pravděpodobnost a závažnost záchvatů vzteku u pokladny. Rozdíl mezi funkcionální a behaviorální analýzou je v tom, že proměnné při funkcionální analýze nemusí být definovány jen behaviorálními termíny a že ABC analýza je používána opakovaně, aby se objevily mechanismy bludného kruhu, které udržují situaci v daném stavu.

Tento přístup umožňuje, aby case manager a klient přistupovali k řešení problémů jako partneři. Na základě hrubého obrazu situace vytvoří pracovní hypotézu a mohou se pokusit ovlivnit současný problém tím, že změní situaci, která ho vyvolává, nebo tím, že se pokusí změnit jeho důsledky. Výsledek tohoto pokusu je pak zpřesněním funkcionální analýzy a podkladem pro další intervenci. Tento systematický přístup k myšlení, jednání a cítění člověka pomáhá vytvářet dynamický obraz toho, co se děje. Funkcionální analýza umožňuje, aby intervence, které z ní vycházejí, byly komplexní a „na míru“ klientovi.

- Paní B, 36 let, invalidní důchodkyně, byla diagnostikována jako paranoidní schizofrenička. Poprvé byla léčena ve 22 letech, kdy po porodu jediné dcery měla halucinace, cítila, že jí po obličeji lezou broučci. Domnívala se, že má AIDS, kterým se nakazila tak, že ji na podnikové oslavě políbil jeden z manželových spolupracovníků. Během tří let, které předcházely péči case managera, byla opakovaně hospitalizována na psychiatrickém oddělení. Během hospitalizací nebyla zřetelná akutní psychotická symptomatologie, kromě nevyvratného přesvědčení, že má AIDS. Vzpomínala, co jí na její otázky řekli různí psychiatři a další lékaři, a považovala to za potvrzení, že je nakažená. Opakovaně vyžadovala vyšetření na HIV pro sebe, ale zejména pro manžela. Negativní výsledky vyšetření, stejně jako absence jakýchkoliv klinických známek onemocnění, ji nepřesvědčovaly. Nikdy však nevyžadovala HIV vyšetření pro dceru, ačkoli se dcera narodila v období, kdy již paní B



„měla AIDS“. Po několika týdnech hospitalizace se obvykle zmírnila naléhavost jejich žádostí o léčení AIDS, bludné přesvědčení však zůstávalo nezměněno.

Paní B byla opakovaně zařazena do psychotherapeutických programů, avšak bez efektu. Během psychotherapeutických skupin byla pasivní, spolupracovala omezeně. Psychologické vyšetření zjistilo intelekt v pásmu slaboduchosti, který byl při běžném kontaktu dobře maskován dobrou úrovní jejího sociálního vystupování.

Case manager navštívil paní B doma. Zjistil, že manželé téměř nekomunikují. Během rozhovoru case managera s manželem (bez přítomnosti paní B) se manžel netajil tím, že manželku vždy považoval za hloupou, vzal si ji údajně proto, že byla z bohaté rodiny. Hovořil o obchodních úspěších firmy, již založil. Popisoval situace, kdy mu manželka dělá ostudu tím, že jeho obchodním partnerům sděluje, že oba mají pravděpodobně AIDS. Manžel však byl přesvědčen, že jde o projev duševní nemoci, nikoliv zlý úmysl. Situace byla o to horší, že většina jeho obchodních jednání probíhala v jejich domě, kde manželka trávila naprostou většinu času. Když se snažil ji v jejím chování usměrnit, vedlo to ke zvýšení jejího naléhání na HIV vyšetření a k vystupňování manželských hádek. Období zvýšeného manželského nesouladu obvykle končilo tím, že manželka souhlasila s psychiatrickou hospitalizací, kterou on požadoval. Paní B si však většinou od psychiatrické hospitalizace slibovala další sérii HIV testů. Oba manželé si stěžovali na manželskou tenzi projevující se špatným sexuálním životem. Ani jeden z nich ale neuvažoval o rozvodu.

Case manager se neúspěšně pokoušel přesvědčit manžele k návštěvě partnerské poradny a k řešení jejich manželských problémů odděleně od problematiky AIDS. Když strategie selhala, snažil se napomoci vzniku nové rutiny, jež by nahradila zjevně neúčelné hospitalizace. Zprostředkoval paní B zaměstnání v chráněné knihařské dílně, zpočátku na 4, později 6 hodin denně. Jedním z prvních kroků bylo pozvat manžela k návštěvě dílny a přesvědčit ho, že nejde o podřadnou práci.

Během několika měsíců vytvořili manželé novou rutinu, v níž spolu trávili mnohem méně času, avšak podstatně zredukovali intenzitu vzájemných neshod. V následujících 3 letech se u paní B objevovala období, kdy hovořila o obavách z AIDS, ale nebyla již hospitalizována.

## 5. POUŽÍVÁNÍ FORMALIZOVANÝCH VYŠETŘOVACÍCH POSTUPŮ

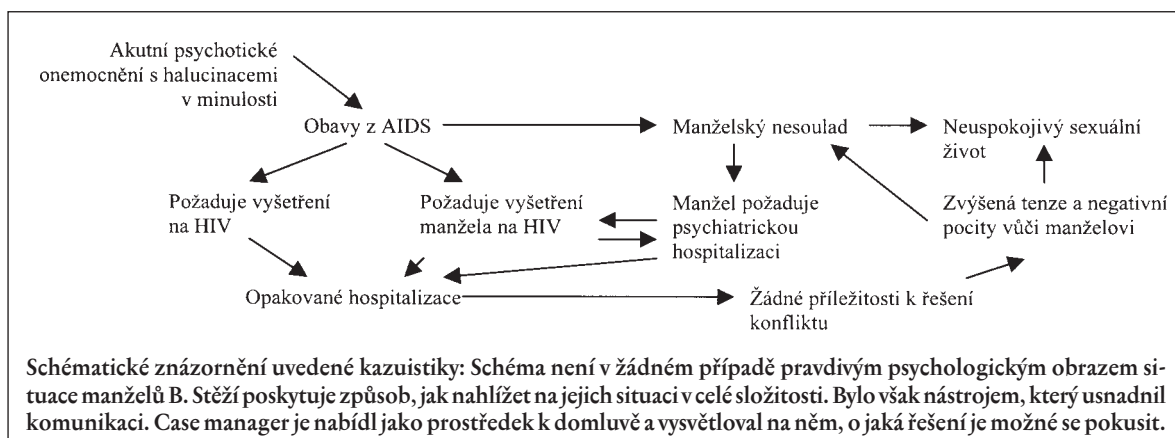
Existuje řada nástrojů a technologií, které může case manager použít pro vyšetření. Každý má specifické možnosti a omezení. To hlavní a důležité, co všechny tyto technologie umožňují, je stanovit výchozí stav, podle něhož pak lze poměřovat změnu.

S dotazníky, které vyplňuje sám klient, se snadno pracuje a obvykle se i snadno hodnotí bodovým skóre. Známymi příklady mohou být Strachová škála<sup>34</sup>, Spielbergerova škála úzkostných rysů<sup>35</sup> nebo Beckova škála deprese<sup>36</sup>. Nevýhody těchto metod:

- 1) Jsou ovlivněny motivací uživatele a nevědomými nápodobami vyšetřujícího.<sup>37</sup>
- 2) Umožňují pouze jedno měření, které nemusí korelovat se změnami uživateleova fyziologického stavu nebo chování v čase.<sup>38</sup>
- 3) Byly vytvořeny primárně pro klienty s problémy spojenými s depresí či úzkostí, nejsou tedy vhodné pro osoby s těžkými poruchami myšlení nebo výrazně nízkým intelektem.
- 4) Interpretace skóre může být založena na normě odvozené z populace, která má s uživatelem málo společného.

Užitečné je monitorování událostí klientem. Uživatel sám zaznamenává definované události do deníku či formuláře. U objektivně nepozorovatelných událostí (sluchové halucinace, obsedantní úvahy) je to dokonce jediná možnost. Jsou i situace, kdy je přítomnost case managera nevhodná či nemožná (monitorování sexuálního chování). Problémem sebemonitorování je to, že klade vysoké nároky na motivaci klienta a není reliabilní. Frekvenci výskytu událostí může ovlivnit i fakt, že je uživatel zaznamenává.

Přímé pozorování umožňuje přesnější měření změn a existuje řada způsobů, jak je strukturovat. Základem je sledovat výsledky chování klienta, např. změny tělesné váhy či množství cigaretových nedopalků v bytě. V těchto případech není sledováno přímo chování, ale usuzuje se na něj podle výsledků. Ty ale mohou být zkreslené (např. poklesu váhy nemusí být dosaženo změnou stravování, ale užíváním diuretik).





Jiné metody zahrnují zaznamenávání určitého chování vždy, když se objeví (*event recording*), jeho trvání (*duration recording*) a nebo výskyt určitého chování ve stanoveném časovém intervalu (*time sampling*). *Event recording* je vhodný pro krátké, snadno pozorovatelné akce, např. verbální kontakt s druhým člověkem. *Duration recording* se hodí pro zaznamenávání dlouhodobějšího chování, např. spánku. Při *time samplingu* se zaznamenává, zda se během předem dohodnuté doby sledované chování vyskytlo či nikoli. Tyto metody jsou náročné na čas a motivaci pozorovatele a mimo nemocniční zařízení se používají vzácně.

Pravděpodobně nejrozšířenější metodou formálního vyšetření jsou škály hodnotící chování. Známým příkladem je *REHAB – metoda* při níž klíčový pracovník boduje klientovo chování za období jednoho týdne. Skóre je možno sčítat a srovnávat s normami pro různé skupiny populace. Z výsledků je možné indikovat vhodné prostředí a druh rehabilitace. Autoři udávají dobrou reliabilitu a validitu metody<sup>39</sup>.

I škály hodnotící chování se používají mimo institucionální podmínky jen zřídka. Kromě toho mohou napomáhat k vytváření umělých skupin osob se „stejným“ handicapem a k opomíjení individuálních potřeb klienta, což může vést k chybám při plánování služeb. Škály také poskytují jen omezený výsek různých druhů chování, které může klient předvádět.

Ačkoli mohou být formalizované vyšetřovací postupy cenným doplňkem celkového hodnocení potřeb v určité situaci, lze říci, že je jejich využití jen omezené. Mimo jiné také používají medicínský model k hodnocení psychosociálních problémů, neboť nabízejí diagnózu postižení založenou na statisticky odvozených normách. „Objektivita“ těchto metod může vést k tomu, že preferujeme výsledky zjištěné formalizovanou vyšetřovací metodou před tím, co nám klient říká, že potřebuje. Základní poučka vztahující se na tyto metody zní: „Používat opatrně“.

· E ·

## INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PÉČE

Výsledkem vyšetření by měl být individuální plán péče, jehož účelem je zmapovat potřeby a silné stránky klienta a naplánovat kroky, jež je třeba podniknout ke zlepšení situace. Plán je dynamický záznam měnící se dle výsledků stálého sledování klientových potřeb a výsledků.

Proces vytváření individuálního plánu péče používaný case managery má dvě základní paralelní roviny:

### I. ZÁZNAM SLABÝCH A SILNÝCH STRÁNEK

Záznam je založen na dvou sloupcích nadepsaných *slabé stránky* (potřeby) a *silné stránky* (možnosti). Jednoduchost záznamu vyjadřuje nutnost stupňovitěho přístupu k plánování. Klienti v krizi obvykle ne-

jsou schopni stanovit si cíle a soustředují se na to, jak akutní situaci vůbec zvládnout. V této fázi jsou většinou závislejší na case managerovi a jeho vedení než v pozdější době. Proto tato fáze není příliš vhodná k stanovení pevného plánu. V horní části sloupce slabých stránek jsou typické otázky: *Jaké jsou vaše největší obtíže?, Proč trpíte pocitem, že nemůžete zvládnout...?* Sloupec silných stránek začíná např.: *Co si myslíte, že děláte nejlépe?, Jaké jsou vaše nejlepší vlastnosti?, S kým je pro vás nejsnazší hovořit?, Z čeho máte (dovedávna jste měl) největší radost? či Jak odpočíváte?*

Silné i slabé stránky je třeba zaznamenávat vždy s časovým údajem, kdy byly zjištěny. V této fázi je lépe formulovat je obecněji. Například při vyjadřování potřeb je lépe zapsat *být aktivnější* než například *navštěvovat arteterapeutickou skupinu v denním stacionáři třikrát týdně*. To druhé není totiž potřeba, ale řešení (a pravděpodobně nepříliš dobré). „Potřeba“ se může týkat neurčitých terapeutických záměrů (udělat si jasno ve vzpomínkách na dětství) či zcela specifických, praktických problémů (*koupit oblečení, najít bydlení*). Do silných stránek patří vše, co má klient rád, z čeho má radost nebo v čem je úspěšný (například *braní karet* nebo *dobrý vztah se sociálním kurátorem*). Nejzákladnějším požadavkem je, aby case manager zaznamenal skutečně to, co si klient přál vyjádřit. Klient tedy musí záznam kontrolovat a potvrzovat.

### 2. ZÁZNAM VÝSLEDKŮ A PŘÍSTUPŮ

Z popisu silných a slabých stránek je později vyvozeno schéma popisující cíle (žádoucí výsledky) a k nim potřebné kroky (přístupy). I toto schéma je kontrolováno klientem a musí být zaznamenáno jazykem pro klienta srozumitelným. Cíle musí být popsány způsobem umožňujícím kontrolu jejich dosažení. Například *být otevřenější* nestačí. *Promluvit tento týden s jedním novým člověkem* je mnohem jasnější. *Změnit v příštím roce byt* je dostatečně jasné a může být specifikováno do dalších termínovaných kroků, například *dojít na bytový odbor a zjistit možnosti výměny bytu* nebo *napsat žádost o výměnu bytu*. Někdy se výsledky mohou týkat dalšího vyhodnocování a vyšetřování, například *zjistit, v čem jsem dobrý* nebo *nechat si vyšetřit sluch*. Kroky vedoucí k těmto výsledkům pak mohou být třeba *absolvovat v tréninkovém centru dvou-týdenní diagnostiku pracovních dovedností* nebo *objednat se na ORL ambulanci k audiologickému vyšetření*.

Při upřesňování kroků je třeba, aby se klient na výběru nejlepšího řešení podílel. Často se již o některá řešení v minulosti pokoušel a jeho zkušenosti jsou pro další plánování cenné. Provést volbu vyžaduje mít informace o relativních nákladech a ziscích každé alternativy ve smyslu osobním i finančním. Dočasné výsledky mohou s výhodou zahrnovat několik alternativních návrhů potřebných kroků.

Formulář by měl obsahovat údaje o tom, kdy a kde se který krok bude uskutečňovat a kdo se na něm bude

podílet. Respektive by měly být specifikovány odpovědnosti jednotlivých účastníků a stanoven časový plán (s určitým rozmezím). V některých případech může mít záznam výsledků/kroků podobu smlouvy mezi klientem a case managerem a případně dalšími osobami, které se plánu účastní. Záznam shromažďuje materiál pro pravidelné vyhodnocování vývoje. O tom je pojednáno dále v části „monitorování“. Uvedené příklady výsledků a kroků jsou formulovány z pohledu klienta. Case manager může mít vlastní cíle a kroky. Ty je možné zaznamenávat podobně.

· F ·  
SHRNUTÍ

Úkolem úvodní fáze case managementu je navázat kontakt s klientem, vytvořit a upevnit vzájemný vztah, zmapovat problémy, potřeby a možnosti klienta a vytvořit společně s ním a případně dalšími zúčastněnými osobami plán další činnosti směřující ke zlepšení klientovy situace či stavu. Při všech zmíněných činnostech je často potřebné použít standardizované nástroje (pro potřeby výzkumu, pro hodnocení efektivity péče atd.), většina práce je však založena na základní schopnosti porozumět klientově situaci a dokázat se domluvit jak s ním, tak s dalšími zúčastněnými stranami.

V úvodní fázi case managementu bývá klient na case managerovi obvykle závislý více než v následujících fázích. Case manager může být nucen v důsledku své převažující ve vztahu a často nedostatečné zpětné vazby od klienta nabízet svůj vlastní pohled a řešení problémů. Je proto zcela zásadní uvědomovat si, že klientovy, byť aktuálně nevyjadřované představy a přání mohou být odlišné od pohledu case managera a že je třeba je zjišťovat a respektovat, kdykoli je to možné.

· G ·  
OTÁZKY K ÚVAZE

- 1) Představte si teoretickou, v praxi však častou situaci: Case managementová agentura byla požádána ambulantním psychiatrem o přijetí pana X do péče. Písemná žádost psychiatra obsahovala osobní údaje pana X, diagnózu (chronická paranoidní schizofrenie) a důvod žádosti: pan X přestal docházet na kontroly do ambulance psychiatra. Case manager se třikrát pokusil pana X navštívit, ten však buď nebyl doma, nebo neotevřel. V čem je chyba?
- 2) Jakými postupy je možné zmírnit riziko, že case manager přehlídí skutečné potřeby klienta a podsouvá mu svůj vlastní názor na řešení problému?
- 3) Individuální plán péče může mít podobu smlouvy mezi case managerem a klientem. Pokuste se zvážit výhody a nevýhody této formy.

III.  
ÚKOLY CASE MANAGEMENTU –  
INTERVENCE ZAMĚŘENÉ  
NA PROSTŘEDÍ

· A ·  
VYTVÁŘENÍ VAZEB

Vytváření vazeb je práce s klientem, která vede k posílení sítě, jež ho podporuje. Cílem je sdružit dostupné prostředky (finance, ale také všechny ostatní zdroje pomoci) tak, aby výsledek byl pro klienta lepší. V některých britských modelech je case manager přímo zodpovědný za finanční prostředky, které klientovi poskytne stát na pořízení potřebné péče. V těchto případech case manager může přímo nakoupit pro klienta nějaké služby. V britské literatuře se takový postup označuje jako brokerage (zprostředkování) a může být součástí procesu vytváření vazeb.

Vytváření vazeb je úkol, který se překrývá s obhajobou klientových zájmů. Zahrnuje podávání žádostí agenturám o podporu a pomoc a může také znamenat požadování zvláštních finančních prostředků či dávek ve prospěch klienta. Obecněji vytváření vazeb znamená podpořit klienta a pomoci mu navázat fyzický kontakt s nějakou agenturou poskytující podporu, například materiální, jako třeba finanční dávky, nebo ubytování. Kdykoli je to možné, je lépe využít zdrojů pro širokou veřejnost než prostředky a služby specializované pouze pro duševně nemocné. Vytváření vazeb také často znamená pomoc při překonání byrokratických překážek. Někdy je vytváření vazeb popisováno jako základní důvod case managementu<sup>40</sup>.

Vytváření vazeb se často odehrává v systému, kde jsou agentury poskytující podporu přeplyněné a mají limitované prostředky, takže nemusí být ochotné plnit požadavky case managerů usilujících získat v zájmu klientů co nejvíce. V dalším textu jsou zmíněna některá pravidla pro vytváření vazeb s cílem dosáhnout v daném klientově prostředí nejlepších výsledků.

I. PRAVIDLA VYTVÁŘENÍ VAZEB

A) NEPOUŠTĚT ZE ZŘETELU ÚČEL VAZBY

Kontaktovat klienta s úřadem, agenturou či jiným možným zdrojem pomoci nestačí. Zdroj musí sloužit klientově skutečné potřebě. Klient i case manager se během pokusu o vytvoření vazby mnoho naučí. Často klient na poslední chvíli zjistí, že příslušný zdroj vlastně není to, co si přál, a chce naplnit svou potřebu jiným způsobem. Potíže klienta s navázáním kontaktu se zdrojem mohou znamenat, že klient není schopen splnit

požadavky, které na něj tento kontakt klade a že tedy case manager musí poskytnout praktičtější formu podpory – například klienta na požadované místo fyzicky dopravit.

#### B) MAXIMALIZOVAT KLIENTOVU NEZÁVISLOST

Někdy se ovšem stává, že case manager tolik stojí o to, kontaktovat klienta se zdrojem, že by ho ke kontaktu nejraději donutil. To je ovšem většinou nepřiměřené a posiluje to klientův závislý postoj. Součástí umění vytvářet vazby je přenechat klientovi maximum odpovědnosti v každé fázi kontaktu – vybrat si, kam jít, přijít tam a zůstat tam.

#### C) ZAJISTIT KONTAKT

Jako odborník na manipulaci s prostředím musí case manager vynaložit značné množství času a energie na mapování prostředí, musí sjednávat schůzky s klíčovými osobami v dané lokalitě a prodávát s nimi, jak je možné spolupracovat. Kanter<sup>41</sup> uvádí, že úspěšná spolupráce je založena spíše na vzájemné znalosti než na mechanismu nákupu služby. Je důležité znát možnosti agentury, protože pro agenturu mohou být nepřiměřené požadavky značně rozčilující. Co si myslí, že jsou jejich silné stránky? Komu mohou nejlépe pomoci? Mají nějaké vylučující podmínky? Jak měří úspěšnost a jaké výsledky zaznamenávají?

Case manager musí být schopný přesvědčit agenturu, že jeho klient je vhodný, a musí zůstat dosažitelný pro případ, že vzniknou potíže.

Někdy si agentura nemusí být vědoma toho, že je vhodným zdrojem pro našeho klienta. Mimo to v každé agentuře či službě je množství dovedností a zkušeností, jež mohou být využity. Je překvapující, jak se při mapování „zdravých“ částí systému služeb objevuje a vlastně i sama vytváří bohatá síť vhodných zdrojů. Klíčoví lidé, s nimiž je dobré vytvářet vazby, jsou v bytovacích a pracovních agenturách, církvích, klubech, denních centrech atd. Lamb<sup>42</sup> doporučuje častá setkání s úředníky sociálního zabezpečení. Často se totiž setkáte s lidmi unavenými a zklamanými nízkou efektivitou a byrokratičností svého úřadu. Tito lidé vám mohou nejlépe poradit, jak obejít byrokratické překážky. V byrokracii totiž u každého pravidla existuje způsob nebo způsoby, jak ho obejít<sup>43</sup> (sic!).

Vytvářet kontakty je náročný úkol a case manageri se musí naučit potřebné dovednosti, zodpovědnost a spolehlivost, aby získali zájem a respekt dalších agentur.

#### D) BÝT OSOBNÍ

Překonávat byrokracii znamená mimo jiné dostat proces na osobní rovinu. Když vytváříte kontakt s agenturou, je nutné poznat osobně lidi, na kterých závisí, co se bude dít. Pokud se podaří navá-

zat s nimi přátelské vztahy, je to pro další spolupráci neocenitelnou výhodou.

Když jednáte v zájmu klienta, je třeba popsat ho pravdivě a úplně. Klient není „schizofrenik, který potřebuje bydlení“, ale osobnost se zvláštním a jedinečným souborem potřeb odvozených ze specifických okolností. Case manager musí popsat tyto detaily a přimět partnera, s nímž jedná, aby navrhl, co může on jako individuum v rámci své agentury pro klienta udělat.

Když prezentujete klienta v příznivém světle, je nutné, abyste nesklouzli do přehánění. To by poškodilo vaši důvěryhodnost v agentuře, kde jednáte.

#### E) PŘEDPOKLÁDAT VŮLI POMOCI

Obecně je výhodné předpokládat, že váš profesionální partner chce vašemu klientovi pomoci, pokud to bude možné. I když to někdy nemusí odpovídat vaší zkušenosti, pomáhá to vyhnout se konfrontačním postojům a vtahuje to vašeho partnera do spolupráce a přístupu, který řeší problém a překonává překážky. Když váš partner popisuje omezení, která nejsou v jeho pravomoci, snažte se ho přivést na stranu klienta tím, že se ho vyptáváte, jak tyto potíže může společně s klientem vyřešit nebo obejít.

#### F) PROSAZOVAT, NIKOLI OVLÁDAT!

Jedna z hlavních dovedností case managera pro vytváření vazeb je překonat obavu z telefonování. Musí být schopen najít rychle klíčovou osobu a pak rychle a jasně popsat své požadavky. Pokud se setká s odmítnutím, často se domnívá, že by měl nasadit důraznější přístup. Pokud druhá strana odpírá zdroj, na který má klient jednoznačně nárok, může to být přiměřené. Nicméně Lamb<sup>44</sup> zdůrazňuje: „Příliš často se role obránce práv klienta stává – podobně jako válka – oprávněním dávat najevo nepřátelství.“ Je ovšem pravděpodobné, že agresivita nepomůže ani zájmům klienta, ani zájmům case managementové agentury. Jsou body, v kterých si case manager musí uvědomit, že překážku, kterou druhá strana prezentuje, nelze překonat a je tedy nutné hledat jiné řešení.

#### G) POSILOVAT VAZBY

Všichni jsme náchylní přizpůsobovat své chování podle toho, jak se ostatní chovají k nám. Pokud pracovník příslušné agentury dosáhne výsledku, měli by to ostatní členové týmu náležitě ocenit. Nejen, že to zvyšuje pravděpodobnost podobného „zázraku“ i v budoucnosti, ale povzbudí ho to dokonce k ještě lepším výsledkům. Vedlejším, ale velmi významným efektem je zlepšení pracovní atmosféry a osobních vztahů v týmu.



## H) BÝT TVOŘIVĚ POZITIVNÍ (A POZITIVNĚ TVOŘIVÝ)

Jak bylo uvedeno, cílem vytváření vazeb je naplnit určitou klientovu potřebu, a přitom vždy existují alternativní způsoby. Když se jedny dveře přibouchnou, jiné je možné otevřít. Klientovy zkušenosti a očekávání z něj mohou udělat odborníka v selhávání. Case manager musí vyvažovat jeho negativní očekávání tím, že nabízí malé krůčky, kterými je možno postupně dojít k cíli a které dávají klientovi pocit úspěchu, na němž je možné dále stavět. Klienta nelze podvádět nebo stavět na neodůvodněných nadějích, case manager však může vyvolat pocit naděje tím, že stanoví realistické cíle a podporuje tvořivá řešení.

Součástí tvořivého přístupu je překračovat hranice jak rolí, tak územní. To může také znamenat požadovat značnou pomoc a podporu od ostatních členů týmu.

## I) VYUŽÍVAT TÝM

Bez ohledu na to, co všechno se již case manager při vytváření vazeb naučil, stále objevuje ve svých znalostech trhliny. Klient předkládá oprávněné požadavky, které však již vyčerpaly tvořivé zdroje jak klienta samotného, tak case managera. To je bod, kdy je tým významným zdrojem pomoci. Ostatní case manageri mohou často část úkolu sami převzít nebo navrhnout řešení, které nás samotné nenapadlo. Tým také poskytuje prostor pro zjištění názorů ostatních a jejich očekávání v určité akci. V tomto smyslu se tým stává testovacím prostorem pro inovace.

## J) OČEKÁVAT PRŮBĚH POKUS – OMYL

S klienty, jejichž potřeby i silné stránky se průběžně mění, nemůže být překvapením, že vytváření vazeb je proces založený na metodě pokus – omyl. Na první schůzky se klient nedostavuje nebo se po krátké době vzdává podpory, o kterou předtím usiloval. To může deprimovat všechny zúčastněné a brání to vzniku realistického pohledu na situaci. Je téměř nevyhnutelné, že vytvoření optimální sítě požaduje, aby klient vyzkoušel nabízené možnosti a odmítl ty, které se nehodí, a je důležité, aby informace ze všech těchto „selhání“ sloužily jako podklad pro další postup. Klienti často zjišťují, že nejsou dostatečně připraveni využít možností, které jim příslušná agentura nabízí. Zjišťují, že nová situace vyžaduje dovednosti, které prostě nemají nebo které se nenaučili, protože k tomu neměli příležitost. Často je změna sama o sobě stresující a case manager i klient musí vynaložit značné úsilí, aby zvládl problémy, které se se vstupem do nové situace objevily. Teprve následně je možný rozvinutější přístup.

Klienti se snadno mohou cítit trestáni odmítáním a selháváním za svou snahu vytvořit si podpůr-

nou síť. V téměř každé situaci se však najde aspekt klientova chování, který si zaslouží pochvalu a který by neměl být přehlédnut. Například, když se klient vzdá po první návštěvě klubu, samotná první návštěva může být označena jako zřetelný úspěch, na kterém je možné dále stavět. Spolupráce s klientem je to, co pomáhá překonat obtíže, a sdílení pohledů na to, co se přihodilo, slouží pro další plánování.

Kanter<sup>45</sup> je jeden z mála autorů, který zmiňuje psychologické aspekty vytváření vazeb a vztahu mezi case managerem a klientem. Účelně zdůrazňuje, jakou ambivalenci musí pociťovat klient při podnikání kroků k nezávislosti. Popisuje, jak se mladí klienti s vážným a dlouhodobým duševním onemocněním nedovedou smířit s rozporů mezi svými fantaziemi o tom, co všechno by mohli dělat, čím být, a realitou. Buď jsou blokováni pocitů prázdnoty a zoufalství, nebo se těmito pocitům brání únikem z reality a obtížným sociálním chováním (často vyvolávaným také zneužíváním drog), které brání dalšímu dozrávání. Popisuje také problémy, které provázejí přijímání sociálních rolí, a skutečnost, že klienti často upadají zpět do závislé a podřízené role, což poškozuje jejich sebehodnocení. Přijetím psychoanalytických vysvětlení Kanter obecně přičítá odpovědnost za problémy při vytváření sítě klientovi samotnému. Čtenář zajímající se o psychodynamické úvahy se dozvídá o klientovi, který „štěpí“ agentury, demonizuje jednu a zbožňuje jinou. Klient je v tomto procesu nazírán jako překážka v komunikaci mezi agenturami a nese valnou část odpovědnosti za jejich netečnost a neschopnost.

Jsou možné i jiné interpretace. Klient, který vypovídá o různých agenturách, může reflektovat jen svou zkušenost uživatele. Jsou-li jeho zprávy nesouvislé, může to vycházet z jeho úzkosti ze zvyšující se samostatnosti na jedné straně a strachu ze selhání a odmítnutí ostatními na straně druhé. Základní problém při psychodynamickém pohledu je dobře ilustrován následujícím citátem: „Pacienti, kteří mají lepší funkční schopnosti, mají také často větší potíže ve vztahu ke komunitním zdrojům. V mnohých případech jsou chroničtější pacienti tolerantnější k neosobní léčbě a péči, které se jim dostává v různých sociálních agenturách. Dokud člověk doufá, že bude léčen slušně, je pro něj obtížné smířit se s pravidly, předpisy a byrokratickým přístupem. U takových klientů by case manageri měli při vyjednávání s personálem dalších agentur upozorňovat na narcistní citlivost klienta.“<sup>46</sup>

## K) VIDĚT HRANICE PŘI HÁJENÍ ZÁJMŮ

Uvedený citát ilustruje, proč klienti potřebují kromě case managera ještě někoho dalšího, kdo

zastupuje jejich zájmy. Měli by mít někoho, na koho se mohou obrátit se stížností bez strachu, že budou označeni jako narcistní. Case manager si musí být vědomi toho, že v otázkách hájení zájmů klienta jsou limitováni svou nedostatečnou nezávislostí na systému služeb. Pokud chybí nezávislý obhájce zájmů klienta a case manager pohlíží na klientovy stížnosti na způsob, jakým je léčen, jako na „problém s klientem“, ocitá se klient v situaci, že se vlastně nemá ke komu obrátit o pomoc a podporu.

Příklad vytváření vazeb:

- Když měl být pan X po amputaci části nohy propuštěn z nemocnice, ukázalo se, že nemůže být přijat do domova důchodců kvůli své psychiatrické anamnéze a předchozímu agresivnímu a bizarnímu chování. Ubytovací zařízení pro bezdomovce ho odmítalo přijmout, protože měl vlastní byt (ve vzdálené lokalitě, kde nebylo možné zajistit žádnou podporu) a protože v zařízení nebyla potřebná ošetrovatelská péče. Case manager obešel tuto překážku tím, že osobně požádal své známé vstřícné pracovníky zařízení pro bezdomovce, kterým dokazoval, že se změnil klientův fyzický i sociální stav. Ošetrovací péči zajistil spoluprací s místní pečovatelskou službou.

Ošetrovatelky však pana X přestaly záhy navštěvovat, neboť se ho bály. Ošetřující lékař ho dokonce vyškrtl ze své evidence kvůli záznamům o jeho předchozí agresivitě. Pan X upadal do deprese a začal zanedbávat péči o sebe. Case manager objevil a kontaktoval jiného, tolerantnějšího praktického lékaře, který byl schopný navázat s panem X dobrý vztah. Case manager také přesvědčil pečovatelskou službu, aby obnovila péči o pana X a posílala k němu pečovatele, alespoň dokud se situace nezlepší.

Všechny pokusy zapojit pana X do nějakých denních programů selhávaly. Byl často otupělý a zmatený, zjevně v důsledku jeho chaotického užívání léků (anxiolytik a analgetik). Zlobil se na case managera za to, že nedostal sociální dávky, o nichž se domníval, že mu náležejí. Nakonec byl nalezen v bezvědomí po předávkování a case manager zajistil akutní hospitalizaci. Během hospitalizace odmítal platit nájem v ubytovně a hrozilo mu vystěhování. Navíc se stával zvýšeně agresivním vůči case managerovi, který cítil nutnost spolupracovat s dalšími kolegy, aby si zajistil potřebnou osobní bezpečnost. Case manager sjednal osobní schůzku pana Xs úředníkem s agenturou pro bezdomovce, jejímž výsledkem byla velmi jasná psaná smlouva mezi panem X a ubytovacím oddělením agentury. K překvapení všech pan X dodržel svou část smlouvy a platil, jak bylo dohodnuto. Case manager také zajistil společné setkání pana X, praktického lékaře a ošetřujícího psychiatra, jehož výsledkem byla dohoda o postupném vysazování anxiolytik a zařazení do ambu-

lantního programu pro závislé. Pan X se postupně stával méně utlumeným a zmateným. Začal být schopný hovořit o svých emocích a také se začal chovat přiměřeněji ke svému okolí.

Při hodnocení případu pana X považoval case manager za nejdůležitější, že se s klientem nepřestali setkávat po celé období (jeden rok). Druhým hlavním faktorem podle něj bylo to, že problém byl řešen spoluprací řady agentur, konkrétně pečovatelské služby, agentury pro bezdomovce, lůžkové psychiatrie, ambulantního psychiatra, praktického lékaře, nemocničního oddělení a programu pro léčbu závislých.

· B ·

## ZPROSTŘEDKOVÁNÍ

Zprostředkování je zvláštním případem vytváření vazeb a znamená přímý nákup služby pro klienta. Je využíváno v britském modelu case managementu. V Čechách řadu let odkládaná reforma sociální péče a sociální pomoci navrhuje, aby klient mohl využívat finanční dávky k nákupu sociálních služeb. V případě duševně nemocných bude takový systém nepochybně znamenat potřebu vytvořit mechanismy, které nemocnému pomohou o „svých“ prostředcích účelně rozhodovat. Proto je vhodné zmínit pravidla, která používají britští case manageri pro zprostředkování služeb:

- 1) Vyšetření se neomezuje pouze na ty oblasti potřeb, které mají poskytnuté prostředky uspokojit.
- 2) To, že existuje služba, kterou je možné přímo nakoupit, neznamená samo o sobě, že jiné služby by nemohly být pro klienta vhodnější. Práce s omezeným počtem přímo nakupovaných služeb může vést k tomu, že se case manager stává slepým k jiným možnostem. Některé z těchto dalších možností mohou být hrazeny z jiných prostředků nebo mohou být dokonce poskytovány veřejnosti zdarma. Podstatné je, že neexistují žádné zřejmé důvody, proč by měl case manager využívat specializovaných služeb tam, kde je možné napomoci integraci klienta do komunity tím, že jsou využívána běžná zařízení pro veřejnost.
- 3) Klientovi je průběžně poskytován přehled možností, které je možné přímo nakoupit, jejich předpokládaných nákladů a výsledků ve smyslu finančním i osobním.
- 4) Rozhodnutí o uvolnění finančních prostředků pro klienta není plně ponecháno někomu, kdo zodpovídá za zařazení klienta do péče anebo za vyhodnocení jeho potřeb. Aby nezajištěné potřeby vedly k rozvoji služeb, je nutné, aby hodnocení potřeb klienta a indikace potřebné péče nebyly korumpovány finančními hledisky. Vzniká zde riziko, že jsou identifikovány pouze ty potřeby, na něž jsou dostupné prostředky, ostatní potřeby jsou přehlíženy.

5) Jsou zachovány všechny požadavky na kontinuální sledování, zpětnou vazbu a nezávislé hájení zájmů klienta.

Zprostředkovávání by mělo posilovat zodpovědnost case managerů spíše než jen jejich roli ochránce prostředků<sup>47</sup>. Case manager není zodpovědný pouze za finanční důsledky svých rozhodnutí, ale také za výsledky, které jeho rozhodnutí přinese klientovi.

· C ·

## PRÁCE S NEOFICIÁLNÍMI PEČOVATELI

Zapojit lidi z klientova okolí co nejvíce do spolupráce při řešení klientova problému by mělo být běžnou praxí a ne něčím, k čemu se sahá pouze, když se ukáže péče profesionálních pečovateli jako problematická či nedosažitelná<sup>48</sup>. Používá se stejný přístup a postupy jako při vytváření jiných vazeb. Rodiče se často obávají, že jim problémy jejich syna či dcery budou kladeny za vinu. Také s tím je třeba počítat při zdůrazňování významu rodiny jako zdroje péče a podpory.

Díky svému hlubokému, dlouhodobému a častému kontaktu s klientem jsou rodinní příslušníci neocenitelným zdrojem při řešení všech zásadních úkolů case managementu<sup>49</sup>. Přesto často nedostávají vhodné informace a jen zřídka jsou přibíráni do procesu vytváření individuálního plánu péče<sup>50</sup>. Rodinní příslušníci mohou poskytovat praktickou pomoc klientovi při problémech denního života. Tím, že jsou nezávislí na poskytovatelích služeb, jsou velmi vhodné pro monitorování výsledků poskytované péče a mohou poskytovat důležitou zpětnou vazbu case managerům nebo jinému formálnímu obháji zájmů klienta. Mají také důležitou roli při krizových intervencích, protože si mohou jako první všimnout prvních známek hrozícího problému. Nicméně Intagliata<sup>51</sup> zdůrazňuje, že je rodinám třeba pomáhat jejich péči ohraničit a omezit, aby klient nepřicházel o cenné možnosti učit se ze svých chyb a být pyšný na své úspěchy. Rodinným příslušníkům je také třeba pomoci vyhledat pomoc, když se jejich soužití s klientem stává příliš obtížné a vyčerpávající.

Stejně jako je důležité, aby case manager zapojoval rodinné příslušníky do řešení problému, je významné, aby nebyl vtahován do pozice toho, kdo podporuje rodinu na úkor klienta. Case managerovi může dát mnoho práce, než se mu podaří, aby rodina řešila problém společně. Přístup k řešení rodinných problémů je popsán dále v této kapitole.

Case manager musí jasně rodinným příslušníkům sdělit, co sám ve své roli může a nemůže dělat, nastavit hranice zodpovědnosti a nechat rodině co nejvíce možností ovládat situaci. Ve chvíli, kdy v rodině vznikne konflikt, by měl case manager zdůraznit, že v první řadě slouží zájmům svého určitého klienta a teprve sekundárně zájmům celé rodiny. V některých případech projevuje

rodina malou ochotu fungovat jako celek a spíše se snaží klienta vypudit. Někdy je rozchod klienta s rodinou cílem obou stran a klient se může stát dospělým teprve mimo svou rodinu. Existují tedy případy, kdy je práce s rodinou kontraproduktivní, jde však o vzácné výjimky a v naprosté většině situací je zapojení rodinných příslušníků přínosem.

Zapojit rodinné příslušníky do řešení problému je ovšem možné a účelné pouze se souhlasem klienta. Omezí se tím obavy rodinných příslušníků z toho, co všechno se může stát, a obzvláště velký význam to má v případech, kdy se rodina cítí odpovědná za klientovy problémy a bojí se obviňování nebo odmítnutí. Naopak vyloučení rodiny vede často ke špatnému přenosu informací a nedorozuměním. Klient může být stresován tím, že se octne mezi dvěma mlýnskými kameny – rodinou a case managerem.

· D ·

## UDRŽOVÁNÍ A ROZŠIŘOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SÍTÍ

Chudá sociální síť zvyšuje riziko vzniku duševní poruchy<sup>52</sup> a u osob užívajících psychiatrické služby zjišťujeme chudou sociální síť častěji než u běžné populace<sup>53, 54, 55</sup>. Souvislosti mezi sociální sítí a duševním zdravím je však přesto poněkud složitější. Větší sociální síť není nezbytně výhodnější<sup>56</sup>. Záleží na kvalitě jednotlivých vazeb a vztahů uvnitř této sítě. Například je významné, zda jde o vztahy vzájemné nebo o vztahy, v nichž je jedna strana plně závislá na druhé, nebo zda jde o vztah čistě instrumentální zaměřený k dosažení určitého cíle.

Sociální síť je snadnější udržovat než znovu vytvářet. Většina služeb popsanych v kapitole 3 pracuje s klienty, jejichž sociální síť se již vyčerpala, lidmi, kteří jsou osamělí a mají málo sociálních kontaktů. Je účelné pracovat s lidmi v takovém kontextu a takovým způsobem, který využívá a posiluje již existující sociální vazby (rodina, přátelé, agentury a služby, které klient již využívá a podobně). Zvláštní význam má časná krizová intervence, která může zabránit, aby krize nezpůsobila přerušování sociálních vazeb.

Je mnoho postupů, jak rozšiřovat sociální síť. Prvním úkolem je pomoci klientovi rozhodovat se. Pro někoho může být sociální kontakt zátěží a významným stresovým faktorem vedoucím až k epizodě duševní nemoci. Odstranění takového kontaktu pak vede ke zvýšení adaptačních schopností klienta. Jiní klienti mohou být velmi málo motivováni účastnit se sociálních aktivit. Jedním z nejčastějších nejvýznamnějších blokujících faktorů je úzkost. Vstoupit do neznámé sociální situace jako cizinec, který si není jist svou schopností zvládnout požadavky, které se v této situaci mohou objevit, vyžaduje značnou odvahu. Proto se často stává, že si klient takový cíl raději ani nedává, protože si je vědom svých omezených interpersonálních a komunikačních doved-



ností. V těchto případech je na místě trénink dovedností popsaný dále.

Jsou však i jiné možnosti, jak posilovat sociální síť klientů. Například ve Spojených státech pracují svépomocné skupiny více než 35 let a 20 let mají celostátní zastřešující organizaci disponující značným politickým vlivem. Svépomocné skupiny výrazně přispívají k sociální podpoře, zlepšují sebehodnocení a zvyšují samostatnost klientů.<sup>57</sup> Zapojení case managerů do svépomocných aktivit je nelogické, nesmyslné a kontraproduktivní. Case manager však může zprostředkovat kontakt klienta se svépomocnou skupinou. Může také podpořit svépomocnou organizaci při úsilí získat finanční prostředky, aniž by však zasahoval do vnitřního dění svépomocné organizace. *Survivors Speak Out* a *Nottingham Patient's Councils* jsou dva úspěšné příklady britských projektů zaměřených na self-advocacy, které profitují ze spolupráce a vzájemného respektu profesionálů a uživatelů péče<sup>58</sup>.

Case manager může také vybízet své klienty, aby si pomáhali navzájem. V takovém případě má case manager roli toho, kdo stojí uprostřed a je zodpovědný za to, aby se žádný z klientů necítil obtěžován nebo zneužíván. Často je v těchto případech vhodná jednoduchá psaná smlouva zdůrazňující právo obou stran kdykoliv spolupráci přerušit. Použití dobrovolníka také case managera nezbavuje povinnosti co nejpečlivěji monitorovat situaci.

Uživatele nebo bývalé uživatele lze požádat i o mnohem specifičtější terapeutický úkol. Například Milne<sup>59</sup> trénoval bývalé uživatele jako terapeuty komunitních skupin pro lidi trpící úzkostí. Trénink posílil schopnost bývalých uživatelů poskytovat sociální podporu, pro členy skupin byl přínosem a na vedoucí skupin neměl žádné nepříznivé účinky.

Častější však je, že se case manager pokouší vytvořit vztah klienta se sociální agenturou – například chráněnou dílnou, střediskem denních aktivit nebo denním stacionářem – a současně pracuje s klientem na komunikačních a interpersonálních dovednostech. Někdy je účelné, když case manager přímo klienta doprovází a pomůže mu navázat kontakt. Jindy je to zcela nevhodné. V zahraničí existují služby, agentury a svépomocné organizace zaměřené na úzce etnický vymezenou skupinu klientů. Doprovázet klienta do takových agentur může být nevhodné a je lépe požádat agenturu, aby navázala s klientem kontakt sama, nebo si vyžádat pomoc dobrovolníka stejného etnika. Obecně je třeba znát pravidla, jež takové skupiny či agentury mají, a citlivě podle nich přizpůsobovat svůj postup. *Afro-Caribbean Mental Health Association* v Londýně<sup>60</sup> například nabízí profesionálům v péči o duševní zdraví konzultace a má své vlastní systémy ochrany práv klientů a zapojování dobrovolníků. Například pomáhají lidem znovu se spojit s příbuznými, kteří se jim během psychotického onemocnění a hospitalizace odcizili. Case manageri by měli vědět, že podobné organizace pravděpodobně budou postupně vznikat i v českých podmínkách.

· E ·

## VZTAHY S NEMOCNICEMI

Již dříve byla zdůrazněna potřeba zachovat kontakt s klientem během hospitalizace. Pokud nefungují neformální vztahy, je nutné vytvořit formální pravidla. Case manager (respektive tým, jehož je součástí) musí být schopen vyjednat v případě potřeby plánovanou hospitalizaci. V praxi většinou hospitalizaci zařizuje psychiatr týmu. Styk case managera s hospitalizovaným klientem je většinou bez problémů. Vzácně se však stává, že nemocniční personál brání case managerovi v kontaktu s klientem. Není třeba zdůrazňovat, že v těchto případech je nutné usilovně pracovat na zlepšení vztahů s nemocnicí.

Navazování kontaktů s psychiatrickými lůžkovými zařízeními je obecně stejné jako s ostatními agenturami. Často je však výhodné, když na počátku case manager navštíví oddělení a nabídne své služby „nejpotřebnějším případům“ před propuštěním. Tímto krokem se obvykle podaří přemostit propast mezi nemocnicí a komunitou a navázat osobní kontakty a nemocničními psychiatry a dalším personálem.

Dobré vztahy s ošetřujícími psychiatry jsou také významné u klientů, které je třeba medikovat. Často je však výhodné, když má case managementový tým „svého“ psychiatra, který je oprávněn předepsat medikaci na základě vlastního posouzení zdravotního stavu klienta. Na druhou stranu existence „týmového“ psychiatra může být komplikací pro vztahy s nemocničními psychiatry. Je na case managerovi, aby vytvořil a udržoval funkční spolupráci založenou na vzájemné důvěře a respektu.

Někdy může mít ve vztahu k psychiatrovi case manager roli toho, kdo dohlíží na užívání medikace a monitoruje nežádoucí účinky. Pokud je v týmu dobrá spolupráce, je možné vytvořit pravidla, za kterých case manager může indikovat nasazení krizové medikace předem pro takovou situaci doporučené psychiatrem. Pro déletrvající změnu medikace je však vždy nutné, aby klienta vyšetřil psychiatr sám.

Při efektivním case managementu se role nemocnic mění. Dnes již klasický model PACT (*psychiatric assertive community treatment*) Steina a Testa<sup>61</sup> prokázal, že při adekvátních komunitních programech slouží psychiatrické nemocnice pouze pacientům, kteří jsou akutně nebezpeční sobě či druhým, pacientům, jejichž duševní onemocnění je komplikováno zřetelným somatickým problémem, který vyžaduje zvláštní nemocniční diagnostiku a léčbu, dále pak těm, jejichž onemocnění je natolik závažné, že vyžaduje nepřetržitý ošetrovací program, který nelze poskytnout mimo nemocnici. U poslední skupiny jsou ale autoři schopni popsat pozitivní výsledky mimonemocničního léčení u řady lidí označených za akutně psychotické. V literatuře jsou i další příklady takto efektivních komunitních služeb.<sup>62, 63</sup> Určit přesně, pro koho je hospitalizace vhodná či nezbytná, je složitě rozhodnutí a závisí na místních podmínkách. Závisí

na dostupnosti spolehlivých alternativ hospitalizace, síle medicínského modelu a převládajících hodnotách a názorech na systém péče o duševní zdraví. Je však zřejmé, že všichni case manageri pracující se závažně a dlouhodobě duševně nemocnými musí spolupracovat s nemocničními profesionály.

· F ·

## VZTAHY S PRAKTICKÝMI LÉKAŘI

Ve většině zahraničních modelů zdravotní péče mají praktičtí lékaři v léčení duševně nemocných významnější roli, než je tomu u nás. Důvodem nejsou pouze ekonomické faktory (péče praktických lékařů je levnější než služby specialistů). Praktičtí lékaři jsou základem ambulantní zdravotní péče a pro většinu lidí jsou snáze dostupní a také společensky přijatelnější než psychiatři. Praktický nebo rodinný lékař je v systému tím nejlépe umístěným a kvalifikovaným člověkem, který je schopen včas rozeznat hrozící krizi či relaps onemocnění.<sup>64</sup> Většinou má dlouhodobý kontakt s klientem i jeho rodinnými příslušníky, klient ho zná a věří mu. Zkušenosti case managerů ukazují, že praktičtí lékaři většinou ochotně spolupracují s týmem a rádi přistupují na to, že se setkají s klientem u něj doma.<sup>65</sup> Naproti tomu nechtě psychiatrů opustit své ordinace je celosvětově rozšířená.

Vztah case managera s praktickým lékařem může mít podobu společného vyšetřování a léčení, vzájemných konzultací nebo prostě velmi dobré komunikace. Case manageri pravidelně informují praktického lékaře o svém šetření, zejména v případech, kdy praktický lékař nemá pravidelné informace přímo od klienta. To vytváří možnost komentovat služby, které jsou pacientovi poskytovány.

Case manageri shledávají, že většina jejich klientů má také somatické problémy.<sup>66,67</sup> Case manageri proto mají i úkol monitorovat tělesné zdravotní problémy klientů a pomáhat při jejich řešení. Protože praktický lékař je obecně zodpovědný za zdravotní stav svého pacienta, může přijmout i odpovědnost za předepisování psychotropních léků. Psychiatr pak praktickému lékaři poskytuje konzultace v otázkách psychiatrické medikace.

· G ·

## VZTAHY S DALŠÍMI AGENTURAMI

Úkolem case managera je zajistit dostupnost a zapojení dalších agentur, a tak zlepšit možnosti a kontinuitu služeb poskytovaných klientovi. Trvalé vztahy s agenturami usnadňují diskusi o případných klientech, zahrnují vzájemné hodnocení a umožňují vřazení dalších pracovníků do procesu vytváření individuálních plánů péče. Zvláště významné je udržovat vazby mezi agentu-

rami, jejichž spolupráce je velmi pravděpodobná při péči o klienta v akutnější fázi.

Vztahy se specifickými agenturami si mohou s výhodou členové case managementového týmu mezi sebou rozdělit. Podstatné jsou vazby na klíčové agentury, jako například psychiatrickou nemocnici, chráněná bydlení a ubytovny, zdravotní a sociální odbory místních úřadů.

Dovednosti potřebné pro vytváření vztahů s agenturami byly popsány již dříve. Zvláště je třeba zdůraznit, že case manager by měl věnovat potřebný čas pravidelným návštěvám agentury tak, aby získal cit pro její kulturu a praxi. To může být obtížné vzhledem k tlaku konkrétních případů, ale čas a práce, které case manager tímto způsobem investuje, se většinou bohatě vyplatí. To platí zejména pro vazby týmového psychiatra a pracovního terapeuta s místními ubytovacími agenturami. Mohou těmto agenturám nabízet pravidelná konzultační setkání a být jim akutně k dispozici v případech krizí.

· H ·

## SHRNUTÍ

Zásahy do klientova prostředí mají za účel zajistit klientovi co nejlepší podporu a pomoc. K tomu účelu mapuje case manager existující prostředky (finanční i jiné) a pokouší se aktivně vytvářet prostředky nové. Získávání pomoci pro klienta může mít někdy charakter přímého nákupu služby, ve většině modelů však jde o vyjednávání. Kapitola obsahuje obecná pravidla jednání s institucemi a agenturami. Zdůrazňuje, že case manager musí na těchto úkolech pracovat trpělivě, systematicky a být odolný vůči zklamáním z dočasných neúspěchů, které jsou spíše pravidlem než výjimkou. Podrobněji jsou popsány otázky spolupráce s ošetřujícími lékaři (všeobecnými lékaři a psychiatry), nemocnicemi a zdravotnickými zařízeními, ale také s rodinnými příslušníky, dobrovolníky a svépomocnými organizacemi uživatelů.

· I ·

## OTÁZKY K ÚVAZE

- 1) Jaké výhody přináší týmová práce case managerů při vytváření vazeb potřebných pro klienta?
- 2) Proč by case manager neměl přímo zasahovat do dění ve svépomocných organizacích?
- 3) Měl by mít case managementový tým svého psychiatra? Jaké to přináší výhody a nevýhody?
- 4) Při zajišťování služeb a pomoci pro klienta vystupuje case manager jako obhájce zájmů klienta. Jakým omezením podléhá tato část jeho role? Proč je dobré, aby klientovy zájmy hájil ještě někdo další?



## IV.

## ÚKOLY CASE MANAGEMENTU – INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA KLIENTA

Tato kapitola a kapitola následující popisují intervence zaměřené na klienta a na interakci mezi klientem a prostředím.

## · A ·

### TRÉNINK ADAPTAČNÍCH DOVEDNOSTÍ

Trénink adaptačních dovedností je obvykle považován za součást psychiatrické rehabilitace: „Proces jak pomoci fyzicky nebo psychicky postiženým, aby co nejlépe využili své schopnosti tak, aby se jejich výkon v sociálním kontextu přiblížil co nejvíce k normálu.“<sup>68</sup> Až příliš často je však rehabilitace považována za něco, co se odehrává pouze v průběhu hospitalizace anebo v rámci strukturovaných programů denních stacionářů nebo denních středisek. Působení pohyblivých a trénovaných case managerů mimo tradiční zdravotnické instituce však umožňuje klientům pracovat na rozvíjení svých schopností přímo v situacích, v nichž tyto schopnosti potřebují.

Lieberman<sup>69</sup> nabízí koncepční rámec pro trénink rozvoje sociálních dovedností zaměřený na řešení problémů spojených s běžnými každodenními aktivitami, zacházení s medikací, hospodaření s penězi, rodinnými vztahy, hledáním práce, zaměstnáním a přátelstvím. Model vřazuje trénink dovedností do koncepce stres – vulnerability a prosazuje rehabilitaci prostřednictvím následujících postupů:

- 1) trénink základních psychobiologických a kognitivních funkcí (pochopitelně se zajištěním potřebných pomůcek, jako jsou brýle, naslouchátka, zubní protézy a podobně),
- 2) trénink zvládnání sociální komunikace pomocí behaviorálního nácviku, koučování, posilování, modelování a domácích úkolů,
- 3) práce s prostředím tak, aby klientovy (i nepřilíživé) výkony odměňovalo a podporovalo.

Podobné kognitivně behaviorální postupy byly vyvinuty i ke zmírňování a zvládnání psychotických příznaků, jako jsou halucinace a bludy, a dokonce i pro negativní symptomatologii typu apatie a sociálního vyčerpání<sup>70, 71</sup>. Tyto přístupy teprve začínají být využívány, je však zřejmé, že porostou možnosti jejich aplikace přímo v sociálním prostředí klienta a že tedy budou třeba mobilní pracovníci trénovaní v těchto metodách.

## · B ·

### INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

Zahrnutí psychoterapie do role case managera vyžaduje, aby pro ni byl case manager kvalifikovaný. Podstata vztahu mezi case managerem a klientem byla popsána tak, že jde o vztah spolupráce, ve kterém je nerovnováha sil otevřeně vyjádřena. Tím jsou z case managementu vyloučeny ty formy psychoterapie, které nelze v takovém vztahu aplikovat. Jde o ty formy psychoterapie, v nichž je vnitřní logika terapie klientovi skrytá a motivy interakcí mezi klientem a terapeutem nejsou vyjádřeny.

Psychodynamické směry (jako například freudovská a jungiánská psychoanalýza) patří do této kategorie. Vyvolávají totiž riziko, že klientovy zážitky jsou interpretovány způsobem, který deformuje jím vnímanou realitu a zbavuje ho odpovědnosti za vlastní svět.

Rowe<sup>72</sup> shrnuje podstatu dynamické psychoterapie takto: „Terapeut je nadřazený, pacient podřazený. Psychoterapeut má díky svým znalostem, výcviku a zvláštnímu vhledu přístup k pravdám, na které pacient nestačí. Psychoterapeutovy pravdy jsou pravdivější než pacientovy pravdy. Psychoterapeut interpretuje pacientovy pravdy a říká mu, co jimi ve skutečnosti myslel.“ Rowe také popisuje mnohým z nás známou situaci z psychoterapeutických skupin, terapeutických komunit na psychiatrickém oddělení nebo v denním stacionáři, kdy personál nemilosrdně interpretoval pokusy pacientů komunikovat. Jako příklad uvádí pacientovu stížnost na jídlo. Obvykle je interpretována jako klientův pocit, že není dostatečně uspokojován ve vztahu ke klíčové osobě z řad personálu. Výsledkem je pak prezírává vědomost na straně personálu a zlost a zklamání na straně pacientů, kteří jsou nuceni jíst jídlo, které jim nechutná.

Gibson<sup>73</sup> popisuje, jaké závažné chyby v komunikaci personálu a nebezpečné omyly při rozhodování jsou způsobeny naší tendencí jednat na základě toho, co předpokládáme, že klient myslel tím, co řekl, namísto abychom pracovali s tím, co přesně ve skutečnosti prohlásil.

Uvedené citace nelze chápat jako kritiku dynamické psychoterapie jako celku. Spíše dokumentují postřeh, že pro case managera pracujícího s větším množstvím klientů, v nestrukturovaných podmínkách (často s nedostatečnou možností supervize) a zatíženého velkým objemem jiných úkolů, než je systematická psychoterapie, je třeba hledat jiné metody.

Behaviorální a reflektující psychoterapie jsou vhodné pro jasnější porozumění problémům klienta a hodí se i k pomoci při potížích založených na úzkosti. Snáze je také lze včlenit do vztahu založeném na vzájemné spolupráci. Nicméně při nich (stejně jako při jakékoliv psychoterapii obecně) vzniká riziko, že terapeut, který je přesvědčen, že ví, co je pro klienta nejlepší, mu vnucu-

je svůj systém hodnot. Nekritické užívání kognitivní terapie (kde je cílem pomoci klientovi zlepšit emoční vyladění) může vést k pozdějšímu selhání.

Case manager si musí být vědom, že psychoterapii může klienta poškodit<sup>74</sup>, a to především tehdy, pokud již z pohledu klienta sehrává v jeho životě významnou roli.

Podstatné je, že case manager nemusí nutně provádět psychoterapii, a přitom má psychoterapeutickou roli. Znamená to, že se pokouší nabídnout klientovi vztah, o jaký všichni usilujeme – vztah, ve kterém nacházíme ochotu naslouchat, brát nás vážně, respektovat nás a prakticky nám pomáhat.

· C ·

## MEDIKAMENTÓZNÍ TERAPIE

V psychiatrii se často setkáváme s více či méně vyjádřenou nadějí, že nové léky přinesou konečně řešení duševních nemocí. Řada psychiatrů však vidí tyto naděje jako nepodložené. Například Liberman<sup>75</sup> kritizoval důvěru psychiatrie v léky, které selhávají proti negativním příznakům psychóz (například apatii a vyčerpání), mají závažné vedlejší účinky, zvyšují riziko nežádoucích lékových interakcí a neučí klienta dovednostem, které jsou potřebné k životu v komunitě. Jiní psychiatři dokládají, že dlouhodobá prognóza lidí s diagnózou schizofrenie zůstala i po zavedení neuroleptik neovlivněna.<sup>76, 77</sup>

Mosher a Burti<sup>78</sup> předložili užitečné rozlišení známých a doložených účinků neuroleptik od předpokládaných, očekávaných či mystických. Doložené účinky zavedení neuroleptik jsou redukce „pozitivních příznaků psychóz (jako halucinace a bludy), zkrácení délky hospitalizace, snížení počtu rehospitalizací, vznik tardivních dyskínéz (samovolné pohyby rtů, jazyka, čelistí a dalších částí těla), obnovení zájmu odborné veřejnosti o schizofrenii a značný společenský zisk“.

Za mystické (očekávané, avšak nepotvrzené) důsledky užívání neuroleptik lze považovat vyprázdnění psychiatrických léčen a nemocnic, změny v počtu dlouhodobě sociálně uzdravených osob s diagnózou schizofrenie, zlepšení sociální adaptability psychotiků, vliv na fyziologické příčiny schizofrenie a snížení potřeby hospitalizace prakticky na nulu v případě adekvátní farmakoterapie. Ačkoli je jejich práce stará více než deset let, většinu jejich závěrů lze aplikovat i na novou generaci neuroleptik.

Mosher a Burti<sup>79</sup> poukazují na to, že podávat léky je jednodušší než mnohem komplikovanější, nákladnější a obtížněji proveditelné psychosociální alternativy farmakoterapie. Nejlepších výsledků je však obecně dosaženo kombinací obou přístupů<sup>80</sup>. Přesto však někdy

může být výhodné odložit farmakoterapii, dokud se nevyzkoušely psychosociální intervence. To pochopitelně neplatí v případě akutního psychotického stavu, kdy mohou psychofarmaka zajistit rychlou úlevu a zabránit tak krizi.

V jakémkoli případě, kdy jsou aplikována psychofarmaka, by měl být klient informován o jejich účincích, možných nežádoucích účincích a případných alternativách. Mosher a Burti doporučují, aby situace, že se klient rozhodne brát léky, by měla mít charakter experimentu. V klientovi by neměla být vyvolávána očekávání o účinku léku, ale měl by být požádán, aby monitoroval různé aspekty svého prožívání (například náladu, tělesné potíže, množství energie). Pozitivní i negativní změny by měl zaznamenávat denně a měl by být informován, aby v případě naléhavých vedlejších příznaků kontaktoval lékaře. Medikaci pak lze na základě těchto záznamů přesně vyladit nebo vysazovat. Vhodné je také zapojit rodinné příslušníky nebo jiné pečovatele.

Mosher a Burti doporučují dostatečně těsný kontakt s klientem, který oběma stranám dává jistotu, že v případě potřeby je snadné podniknout nějaká opatření. Konečné rozhodnutí, zda bude brát léky, je však vždy na klientovi.

U části nemocných je díky case managementu, který umožňuje kvalitní monitorování a včasný záchyt zhoršení stavu klienta, možné snížit udržovací dávky léků či medikaci dočasně či dlouhodobě vysadit. Podrobné monitorování medikace je součástí role case managera zejména proto, že má pravidelné a časté kontakty s pacientem i jeho blízkými. Case manager by měl projednávat postupy při řízení medikace (podávání injekcí, používání dávkovačů tablet, diářů a podobně) s pracovníky odpovědnými za zdravotnickou péči a respektovat jejich odbornou kvalifikaci.

· D ·

## SHRNUTÍ

Kapitola stručně popisuje základní intervence zaměřené na klienta a postupy práce s klientem. Všímá si otáček psychosociální rehabilitace, tréninku adaptačních dovedností, psychoterapie a farmakoterapie.

· E ·

## OTÁZKY K ÚVAZE:

- 1) Měl by být case manager psychoterapeutem? Měl by mít psychoterapeutický trénink?
- 2) Jaká je role case managera ve vztahu k farmakoterapii?

· V ·

## ÚKOLY CASE MANAGEMENTU – INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA INTERAKCI KLIENTA S PROSTŘEDÍM

· A ·

### KRIZOVÉ INTERVENCE

Krizová intervence je jedním z úkolů case managementu, který je primárně zaměřen na interakci mezi klientem a jeho bezprostředním sociálním prostředím. Modely stres – vulnerabilita zdůrazňují klíčové postavení zvládnutí krize u klientů s epizodickými, ale závažnými obtížemi objevujícími se v dlouhých intervalech.

Caplanova<sup>81</sup> teorie krize předpokládá, že jedinec musí udržovat stabilní stav, ve kterém může předvídat nové situace a určovat své reakce na ně. Krize se objeví tehdy, když je situace vnímána jako příliš narušující stabilitu jedince nebo prostředí, ve kterém žije. Proces krize může být rozčleněn do čtyř fází:

- 1) Jedinec je konfrontován s problémem který vyvolává nové potřeby a jedinec používá své obvyklé strategie k řešení problému.
- 2) Pokud tyto známé strategie selhávají, pocit stresu vzrůstá a vyvolává reakce směřující k řešení problému cestou pokus–omyl. To je pro jedince nová zkušenost a tato fáze krize obsahuje možnost naučit se nové strategie řešení problémů.
- 3) Pokud strategie pokus–omyl opakovaně selhává, jedinec volí neefektivní nouzová opatření, která mají zmírnit problém.
- 4) Pokud selžou i tyto kroky, stres se zvyšuje nad hranici, kterou je jedinec schopen zvládnout a následná psychologická dysfunkce dosahuje takového stupně, že jedinec musí situaci opustit (nebo z ní musí být vytržen).

Je zřejmé, že čím dříve v tomto procesu může case manager zasáhnout, tím lépe. Prevence krizí znamená společně s klientem předvídat situace, které by pravděpodobně vedly k nepřijatelnému ohrožení jeho rovnováhy, a vypracovávat s ním různé preventivní strategie. Pro řešení problémů tohoto druhu se hodí rámec dynamické funkční analýzy (viz str. 24). Pokud například hrozí krize kvůli strachu ze specifické situace, třeba návratu do práce, je možné strach ovlivnit behaviorálními technikami, jako je management úzkosti, psychodrama nebo desenzibilizace postupnou expozicí.

Bohužel ne vždy krize nabízí možnost takovéto předběžné analýzy a přípravy. Velice často klient zjišťuje, že je uprostřed krize a že situace je zcela mimo jeho kont-

rolu. Prioritou case managera pak je provázet klienta a pomáhat mu řešit problém. To je naléhavý úkol, protože krize často vzniká v emočně nabitě atmosféře, kde klient zjišťuje, že není schopen jasně přemýšlet nebo komunikovat. Jak ovšem vyzníval Hoults<sup>82</sup>, „je překvapivé, jak často se objeví řešení zdánlivě neřešitelného problému neklidného pacienta, když s ním a jeho blízkými člověk mluví dostatečně dlouho“. Umění krizové intervence spočívá v tom, setrvat zúčastněný a odolat naléhání zachránit klienta vytržením z jeho situace, pokud to není naprosto nezbytné. Pro klienta je ideálním výsledkem, když se mu podaří najít vlastní řešení, často s pomocí case managera, který se snaží regulovat emoční atmosféru situace. Management krize je z velké části v tom, že pro klienta vytváříme prostor, v němž může řešit svůj problém. Pokud to není možné, protože se klient ocitl v bludném kruhu stoupajícího napětí a není schopen najít řešení, musí case manager intervenovat přímo, nabízet strategie, které redukuje stres na úroveň, při níž se klient může znovu pokusit o řešení situace, anebo připustit, aby se klient stal na case managerovi dočasně závislý, dokud se krizi nepodaří urovnat. To také někdy může znamenat, že klienta je nutno vytrhnout ze situace, která krizi vyvolala. Může se stát, že chráněné bydlení, ubytovna či jiné alternativy jsou nedostatečné a hospitalizace je jediným odpovídajícím řešením krize. Když se to stane, je zásadní, aby case manager provázal klienta i nadále. Tímto způsobem se jak klient, tak case manager mohou z krize něco naučit a také to pomůže spolupráci s personálem nemocnice, čímž se omezí riziko nevhodných plánů do budoucna. Klient se také přesvědčí, že case manager zůstává s ním i tehdy, když je mu nejhůř.

Krizová intervence tím nekončí. Zásadní je, že klient se vrací do krizové situace co možná nejdříve a je vybaven novými strategiemi a podporou k řešení problému. Case manager musí věnovat podstatný čas následným návštěvám a plánování, jak omezit možné budoucí rizika.

Krize jsou ze své podstaty nepředvídatelné. Z toho důvodu je nutné, aby case manager nepracoval sám. Společná práce nejen umožňuje pracovníkům vzájemně si pomoci, a tak snáze udržet konstruktivní problém řešící postoj, ale také zvyšuje jejich osobní bezpečnost. Kromě toho nemá smysl, když ke klientovi přichází case manager ještě „udýchaný“ a nesoustředěný po zvláště náročné intervenci.

· B ·

### RODINNÁ TERAPIE

Case manager běžně nabízí a poskytuje pomoc a podporu i rodinným příslušníkům klienta. Kromě toho je někdy třeba zvážit možnost společné práce s rodinou jako celkem, která může pomoci předcházet krizím nebo je odvracet. Existuje mnoho různých přístupů k rodinným intervencím<sup>83</sup>. Stejně jako u individuální te-



rapie je zde riziko oslabení klienta tím, že mu odkrýváme širší rodinnou patologii, a nebo tím, že zavádíme svou představu o tom, jak by se někteří členové rodiny měli chovat<sup>84</sup>.

Existuje mnoho výzkumů zaměřených na schémata rodinných interakcí, které mohou přispívat ke vzniku závažných duševních poruch. U psychotických pacientů z rodiny s vysokým vyjadřováním emocí, nadměrným kriticismem, hyperprotektivitou a nekonstruktivními přístupy k řešení problémů byly shledávány častější relapsy onemocnění. U některých rodin došlo k zlepšení poté, co bylo vyjadřování emocí redukováno díky tréninku, terapii v rodičovských skupinách, rodinnou terapii nebo prostě omezením vzájemných kontaktů členů rodiny<sup>85-87</sup>. Využívání těchto postupů v praxi je však překvapivě vzácné<sup>88</sup>.

Falloon<sup>89</sup> popsal způsob práce s rodinou, který je efektivní a vyhýbá se zátěži, která je obvykle součástí rodinné terapie. V zásadě jde o behaviorální trénink sociálních dovedností pro rodiny s cílem zvýšit jejich dovednosti při řešení problémů. Terapeutická sezení mají podobu workshopů, na nichž case manager trénuje rodiny v takových dovednostech, jako je rozpoznání pozitivních vlastností ostatních členů rodiny, oceňování a chválení; vyjadřování negativních pocitů způsobem, který je jasný a srozumitelný a umožňuje příjemci změnit své chování; aktivní naslouchání; předkládání požadavků; vymezení a řešení problémů. Sezení je řízeno jako u jiné formy tréninku: vymezení úkolu, předvedení terapeutem nebo terapeutky, nácvik, pozitivní zpětná vazba a posilování a zadávání domácích úkolů.

Tato na pohled prostá metoda rodinné terapie má v práci komunitního týmu velmi výrazný efekt a mění způsob, jakým rodinní příslušníci nahlíží jeden na druhého i na sebe samotné. Například vyjadřování pozitivních pocitů má tři fáze: „podívat se na druhého“, „říct přesně, čím mi udělal radost“ a „vyjádřit, jak to na mě zapůsobilo“. Takové chování může být mnoha rodinám naprosto cizí a změnit jejich postoj může být značně náročné. Pokud však tuto dovednost zvládnou, zřetelně se mění jejich vnímání dalších členů rodiny, zejména když si uvědomí, že pochvala může posilovat chování, o kterém si přejí, aby pokračovalo.

## · C · MONITOROVÁNÍ

Case managerův úkol monitorovat je rozhodující z několika důvodů:

- 1) Udržuje kontinuitu informací a podpory pro klienta.
- 2) Umožňuje průběžné vyhodnocování měnících se potřeb a zdrojů klienta.
- 3) Výsledky služeb poskytovaných různými agenturami mohou být zaznamenány a hodnoceny.

- 4) Umožňuje vyrovnat nerovnováhu mezi zjišťovanými potřebami klienta a poskytovanými službami v co nejkratším časovém období.
- 5) Neschopnost služby pokrýt klientovu potřebu může být zaznamenána a rychle projednána se zodpovědnou agenturou.

Aspekty case managerovy monitorovací role již byly probrány z hlediska jeho vztahů s agenturami a pečovateli. Monitorování však může být prováděno mnohem systematictější s využitím individuálního plánu péče. Úkolem case managera je shromažďovat informace od klienta, pečovatelů, poskytovatelů služeb a dalších podle toho, jak se plán péče vyvíjí. Pravidelné přehodnocování umožňuje informace kriticky zkoumat a porovnávat pohledy zúčastněných stran.

Posouzení následujících otázek je obsahem „záznamu výsledků a přístupů“ (viz str. 26):

- 1) Uskutečnil se přístup tak, jak byl naplánován?
- 2) Pokud ne, proč?
- 3) Pokud ano, vedl k požadovanému výsledku?
- 4) Je požadovaný výsledek stále relevantní? Nebyl nahrazen jiným nebo nestal se pro tuto fázi nepřiměřeným nebo nedůležitým?
- 5) Jaké nové výsledky se v tuto chvíli jeví jako potřebné?
- 6) Které postupy jsou vhodné k dosažení těchto výsledků?

Ačkoliv sbíráním určitých informací mohou být pověřeny jiné osoby, například přímo poskytující některou službu, za shromáždění, udržování a kritické hodnocení informací je zodpovědný case manager. Pokud tomu tak není, odpovědnost za individuální plán péče se roztrhne a zamotá, kontinuita plánování se ztrácí a klient může bloudit v džungli krátkodobých programů. Monitorování case managerem mimo jiné brání tomu, že klient bude znovu donekonečna vyšetřován.

To, jak je obtížné udržovat s klientem kontakt, závisí od toho, nakolik je case manager zapojen do přímého poskytování služeb a také od míry zapojení klienta. Case manager se zde ocitá v konfliktu mezi potřebou asertivního přístupu a respektováním klientovy samostatnosti. Míra asertivity case managera musí vycházet z odhadu rizika, že klient ztratí kontakt se službami a ocitne se v budoucnu v nebezpečné krizi. Významná je dostupnost služeb, klientův postoj k nim a způsob, jakým byl klient v minulosti do služeb zařazován. Někdy musí case manager spolupracovat se sociální sítí klienta a vyzývat další osoby, aby ho kontaktovaly v případě, že se objeví časné známky vznikajícího problému. Obecně by měl case manager usilovat o co nejčastější a nejintenzivnější kontakt s klientem, aniž by tím ohrožoval klientovy požadavky na samostatnost. Časté kontakty jsou přijatelnější, když jsou krátké, neformální a když klient může rozhodovat o místě setkání. Mohou mít i podobu pravidelných telefonátů nebo návštěv klienta v domluvených intervalech.

· D ·  
UKONČENÍ PÉČE

Case management není rozsudek na doživotí. I když je třeba klást důraz na kontinuitu a dostupnost péče, klienti musejí mít možnost zrušit formálně své zapojení do case managementového systému služeb v obdobích, kdy nemají problémy. Významné je, aby k tomuto ukončení péče nedocházelo z administrativních důvodů na straně case managementové agentury.

Zásadním pravidlem při ukončení péče je nechat klientovi otevřené dveře pro využití této péče v budoucnosti. To platí obzvláště u osob, s nimiž je spolupráce ukončována v období, kdy je jejich zdravotní stav zhoršený. Nabídku obnovení spolupráce v budoucnu by měl dostat nejen klient, ale i pečovatelé nebo poskytovatelé některé ze služeb (například praktický lékař). Všichni by měli mít jasnou informaci, koho přesně a jak kontaktovat. Case manager by měl vytvořit jednoduchý plán o tom, jak v budoucnu (při jakých problémech) obnovit práci, a tento plán společně se sdělením, že klient je formálně propouštěn z péče case managementové agentury předat všem zúčastněným – včetně toho, kdo o zařazení do péče původně požádal. Case manager by měl společně s klientem zpracovat závěrečné shrnutí společné práce pro případ, že v budoucnosti bude s klientem pracovat jiný case manager. Součástí ukončení péče by také měla být diskuse se zúčastněnými poskytovateli služeb o případných nedostatcích těchto služeb. Ideálně by ukončení péče mělo následovat pouze po vyhodnocení individuálního plánu péče.

· E ·  
SHRNUTÍ

Kapitola věnovaná intervencím zaměřeným společně na klienta i jeho prostředí zahrnuje dva základní okruhy. V prvním jsou zmíněny specifické postupy krizových intervencí a rodinné terapie, či spíše práce s rodinou. Druhý okruh je obecnější a shrnuje zásady udržování vztahu case manager–klient, monitorování klientova stavu a také otázky formálního ukončení práce case managera s klientem.

· F ·  
OTÁZKY K ÚVAZE

- 1) Součástí krizové intervence může být a také často bývá hospitalizace v psychiatrickém lůžkovém zařízení.
  - a) Pokuste se definovat rozhodovací kritéria pro situaci, kdy case manager zvažuje možnost hospitalizace.
  - b) Měl by mít case manager od časných fází vztahu s klientem jasnou (například psanou) dohodu pro případ nutnosti hospitalizace?
  - c) Jaké kroky by měl case manager podniknout v případě, že je klient hospitalizován?
- 2) Pokuste se definovat rozhodovací kritéria vaší (či hypotetické) case managementové agentury pro ukončení péče.

# • III •

## TÝMOVÁ PRÁCE JAKO SOUČÁST KVALITNÍ SLUŽBY

## · I ·

## TÝMOVÁ PRÁCE

Tato a následující kapitola popisují týmovou práci a předpokládají praktické zásady uvedené v předchozí části. Tým je praktickou strukturou pro každodenní práci case managementu, v níž case manažeři mohou využívat zdroje znalostí, zkušeností a dovedností, které izolovaný pracovník nikdy nemá k dispozici. Tyto dvě kapitoly ukazují způsoby, kterými lze výhody týmové práce využívat. Vycházejí z konkrétních příkladů dobře dokumentovaných case managementových modelů – PACT modelu ve Wisconsinu popsaného Steinem a Testem, londýnské Služby časné intervence (Early Intervention Service – EIS), kterou popisuje Onyett, a Terénního týmu občanského sdružení Regionální komunitní péče Mladá Boleslav, jehož členem byl několik let autor.

## · A ·

## CO JE TÝM?

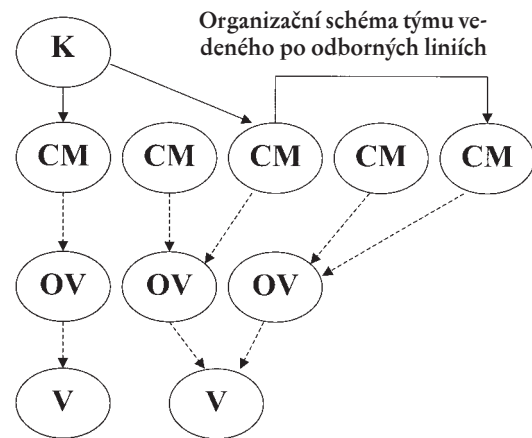
Stále se opakující problém při rozvoji služeb je definice týmu. Část tohoto problému spočívá v častém předpokladu, že tým vzniká tím, že dáte prostě určité lidi dohromady. Výsledkem pak bývá drtivá deziluze, že společná kancelář a společná sezení dvakrát týdně nevytváří společně sdílenou zkušenost týmu. Porozumět tomu a vytvořit tým předpokládá poznat jeho strukturu a proces. Uspořádání týmu, rozdělení úkolů a odpovědností vytváří strukturu týmu. Interpersonální vztahy v týmové práci a způsob, jakým je práce organizována od prvního setkání s klientem po jeho propuštění z péče popisují týmový proces.

## I. STRUKTURA TÝMU

Následující schémata ukazují tři obvyklá uspořádání výkonných pracovníků a jejich vztahů ke třem různým druhům vedoucích či manažerů.

## A) PO ODBORNÝCH LINIÍCH VEDENÝ TÝM

Jde o tým v nejvolnějším slova smyslu. Výkonní pracovníci (case manažeři) podléhají svým odborným vedoucím. Setkávají se sice se svými kolegy, kteří pracují se stejnou skupinou klientů v tomtéž regionu, neexistuje však žádný vedoucí či koordinátor týmu a vlastně ani žádný oficiální požadavek účastnit se těchto setkání. Rozhodnutí učiněná na těchto setkáních nejsou závazná a neexistuje kolektivní odpovědnost za poskytování služeb a jejich propojování. Setkání slouží k výměně informací k předání klienta do péče někomu jinému a někdy k udržování nějakého společného projektu. Odborní vedoucí jsou podřízeni ředitelům služeb. Ředitelé mohou být z několika různých agentur a vzdálenost mezi agenturami a překážky v komunikaci mezi nimi mohou omezovat proces integrace sítě služeb.



K výhodám tohoto uspořádání patří, že péče je rozptýlená, a pro klienty tedy existuje více způsobů, jak k péči získat přístup. Další výhodou je vysoká (pochopitelně různá) autonomie jednotlivých výkonných pracovníků. Na druhou stranu však v tomto uspořádání nejsou prioritou potřeby klienta. Práce case managerů je tak více ovlivněna jejich osobními dovednostmi a zájmy než

|           |   |           |   |
|-----------|---|-----------|---|
| <b>V</b>  | Vedoucí (např. ředitelé nemocnic, vedoucí zdrav. odborů OÚ nebo magistrátů, zdravotní radové atd.) jsou zodpovědní za všeobecné řízení zdravotních služeb a jejich financování. Jde většinou o úředníky a manažery, v českém systému jsou to však většinou lékaři a role ředitele služby a odb. vedoucího bývá slučována, což nemusí být vždy účelné. | <b>CM</b> | Výkonní pracovníci (case manažeři).                                     |
| <b>OV</b> | Odborní vedoucí jsou odpovědní za supervizi a monitorování odborných částí práce. Profesionálně jde o starší zkušené příslušníky příslušné odbornosti.  | <b>K</b>  | Klienti, uživatelé služeb.  |
| <b>KT</b> | Koordinátoři nebo vedoucí týmu – jejich úkolem je každodenní provoz služby a dohled na práci týmu. Jejich profesní původ může být různý, většinou jsou to však zkušení pracovníci některé z odborností obsažené v týmu. Jsou odpovědní za řízení práce case managerů a mohou být také zodpovědní za rozpočet case managementového týmu.               |           | Znázorňuje doporučení, odeslání nebo předání do péče.                   |
|           |   |           | Znázorňuje vztah profesionální odpovědnosti (nadrízenost, podřízenost). |

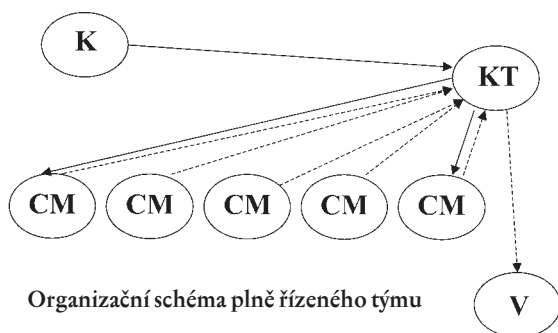
potřebami klientů. Přehledné sledování výkonů a výsledků case managerů je prakticky nemožné a chybí společná kritéria pro hodnocení práce.

Je překvapující, že většina takzvaných multidisciplinárních týmů je v praxi uspořádána právě takto. Někdy taková síť má společnou logiku práce, většinou však pouze formální, a řada lidí pracujících v této síti ji vůbec nezná.

#### B) PLNĚ ŘÍZENÝ TÝM

Tento typ lze považovat za opačný extrém. Jeden vedoucí řídí všechny ostatní členy týmu a je oprávněn case managerům určovat a nařizovat práci, oceňovat jejich výkon a disciplínu. Všechna přijetí do péče týmu jdou přes něj. Tým se obvykle ve svých rozhodnutích snaží hledat konsensus, všichni jsou si však vědomi, že konečná odpovědnost a právo rozhodnout patří vedoucímu týmu.

Tento model se někdy používá u týmů složených z odborníků jedné profese nebo u týmů specializovaných case managerů, kteří pracují mimo hlavní síť služeb – souběžně s ní. Výhodou je jednoduchost a jednoznačnost v procesu přijímání klientů a rozdělování práce. Pevné vedení také umožňuje stanovit jasné priority a hodnotit práci. Na druhou stranu je silně omezena samostatnost jednotlivých pracovníků a jejich prostor pro tvořivou práci. Tento model je obtížně použitelný pro multidisciplinární týmy, kde existuje několik samostatných linií profesionální odpovědnosti. Multidisciplinární týmy organizované tímto způsobem však přesto existují. Zejména v týmech medicínsky orientovaných může mít vedoucí lékař popsané pravomoci. Může to vyvolávat konflikty s vedením celé služby (nebo sítě služeb), s odbornými vedoucími nemedicínských linií a také to demotivuje ty členy personálu, kteří by dokázali využít větší míru samostatnosti.

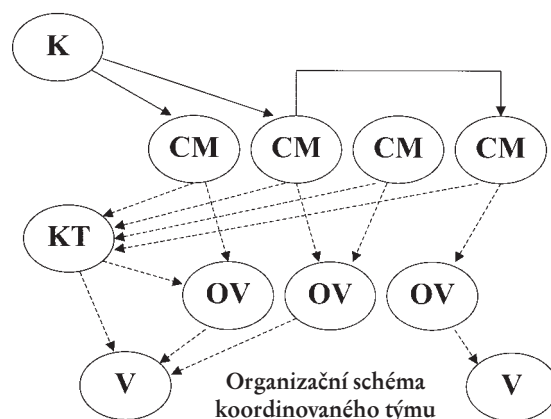


#### C) KOORDINOVANÝ TÝM SE SDÍLENÝM VEDENÍM

V tomto modelu je každý člen týmu podřízen jednak koordinátorovi týmu, jednak svému odbornému vedoucímu. Každý z nich pak řídí různé aspekty case managerovy práce. Rozdělení těchto aspektů je dáno dohodou, kterou jednotlivé profese (a případně k nim příslušné agentury) při vytváření týmu uzavrou. Odborní vedoucí mají

odpovědnost za klinickou supervizi a ponechávají si poslední slovo ve věcech klinické praxe. Vedoucí týmu je pak zodpovědný za práci týmu jako celku. Vedoucím týmu bývá jmenován někdo z jeho členů a za svou koordinační práci zodpovídá přímo řediteli agentury. Nemůže měnit odborná klinická rozhodnutí, je však odpovědný za rozdělení práce a hodnocení výkonu členů týmu. Někteří (nebo všichni) odborní vedoucí spolupracující v týmu jsou podřízeni témuž agenturnímu řediteli jako vedoucí týmu. Žádosti o přijetí klienta do péče jsou směřovány na tým jako celek anebo každý z členů týmu přivádí „své“ klienty a předává je do týmové péče.

Zásadní nevýhodou tohoto modelu je složitost



a možnost konfliktů mezi cíli týmu a zájmy odborných vedoucích. Koordinovaný tým nabízí možnost rovnováhy mezi profesní samostatností a vedením týmu. Tato rovnováha, je-li správně udržována, může být velmi výhodná pro identifikaci týmu a rozvoj jeho práce. Stále větší množství komunitních týmů přijímá právě tuto podobu.

#### D) JINÁ USPOŘÁDÁNÍ TÝMU

Ovrevit<sup>90</sup> popisuje další významné faktory v konfiguraci týmu. Tým se může například skládat z jádra složeného z členů zaměstnaných na plný úvazek (nejčastěji komunitní psychiatrické sestry a sociální pracovníci) a širšího týmu spolupracovníků zaměstnaných na částečné úvazky, kteří rozšiřují okruh dovedností týmu (například psychiatři, psychologové, pracovní terapeuti a podobně). Jádro týmu a širší tým mohou být řízeny odlišnými způsoby.

Další možností jsou týmy „se společnou odpovědností“ neboli „demokratické“. Nemají vedoucího a vedoucí role je pro určité aspekty práce týmu delegována na některého člena při každé schůzce týmu. Tým rozhoduje na základě konsensu a pokud se shody nepodaří dosáhnout, tak hlasováním. Takový tým však nebývá plně demokratický a týmovými rozhodnutími nelze překročit pro-



fesionální pravomoci jednotlivých členů týmu. Bývá také pravidlem, že někdo z týmu má za úkol dohlížet na rozdělení a koordinaci práce v týmu a to je vlastně role vedoucího týmu.

Ovrevit popisuje také koordinované týmy, kde se v roli vedoucího jednotliví členové střídají – buď podle pořadníku, nebo na základě pravidelných voleb. Takový demokratický či rovnostářský styl má své výhody, ale přináší také řadu problémů. Agentury spolupracující s týmem musí být informovány, kdo je právě vedoucím týmu, může se tak ztrácet kontinuita vzájemných vztahů a také se může stát, že člen týmu ztrácí za dobu, kdy je vedoucím týmu, některé profesionální dovednosti získané tréninkem. Některým členům týmu role vedoucího neseďí, nestojí o ni, a pokud ji přesto musí zastávat, snaží se redukovat její obsah.

Mladoboleslavský tým byl na počátku činnosti vytvořen jako koordinovaný tým se sdíleným vedením a byl rozdělen na jádro tvořené case managery a koordinátorem týmu (psychiatrem) a širší tým, jenž navíc obsahoval zástupce jednotlivých služeb v regionu (většinou též psychiatry), zaměstnané v týmu na malou část úvazku. Při pozdějším nedostatku finančních prostředků byla tato část týmu zrušena. Členové širšího týmu se pak setkávali s koordinátorem týmu pouze jednou měsíčně.

## 2. SLOŽENÍ TÝMU

Nejsou žádná pevná pravidla, složení týmu závisí na potřebách cílové skupiny klientů a spektru úkolů, které tým zajišťuje. Obecně však platí, že na case managery jsou kladeny velké nároky a k jejich zvládnutí potřebuje tým dostatečné množství case managerů s odpovídajícími dovednostmi a znalostmi<sup>91-94</sup>. Kanter doporučuje, aby case manageri měli zkušenost s prací s dlouhodobě a vážně duševně nemocnými lidmi, rozuměli psychosociálním a psychofarmakologickým intervencím, znali komunitní zdroje, uměli pomáhat rodinám s duševně nemocným členem, znali sociologické faktory, které ovlivňují klienty, a rozuměli způsobům, jakými se duševně nemocní vztahují k realitě. Berzon a Lowenstein<sup>95</sup> vyjmenovávají požadované osobní kvality case managerů následovně: vysoká frustrační odolnost, schopnost zvládat nejasné situace, schopnost hodnotit vývoj podle obtížně vnímatelných známek, smysl pro humor, schopnost obrátit se na ostatní se žádostí o pomoc. Zdůrazňují také, že lidé, kteří vnučují klientům léčbu a snaží se kontrolovat jejich život, nejsou vlastně case manageri. Goldfinger<sup>96</sup> podotýká, že case manageri musí mít schopnost přijímat klienty takové, jací jsou, udržovat dlouhodobě vztahy i přes častá přerušení a odmítání ze strany klienta, musí se umět bránit tomu, aby klienta vnímali jako beznadějného nebo neléčitelného, a musí umět stanovit realistické dosažitelné cíle.

Sociální pracovníci bývají obvykle považováni za dobře připravené pro case management<sup>97</sup>. V českých zemích to v současné době platí dvojnásob. Zatímco řada škol (středních škol i universit) výrazně změnila obsah oboru sociální práce a připravuje sociální pracovníky pro samostatnou práci v terénu a pro práci v různých týmových podmínkách, zdravotní sestry jsou nadále připravovány pouze pro práci v přísně hierarchickém prostředí nemocnice a v jiných podmínkách se zpočátku velmi obtížně orientují. Týmy pracující obdobně jako EIS tým a Tým komunitní léčby v Novém Jižním Walesu zjišťují, že pro dosažení potřebného spektra dovedností potřebují zařadit do týmu komunitní psychiatrické sestry, klinické psychology, pracovní terapeutky a administrativní pracovníky.

Kanter<sup>98</sup> navrhuje, aby se case manageri zabývali výhradně intervencemi orientovanými na prostředí klienta, a byli tak odděleni od psychiatrů, kteří by se omezili pouze na biologické intervence. Vyloučení psychiatrů z týmu však může bránit komunikaci o kritických otázkách týkajících se medikace a hospitalizace. Pokud tým pracuje asertivní formou case managementu (PACT model Steina a Testa<sup>99</sup>), doporučuje Knoedler<sup>100</sup>, aby v týmu přítomen psychiatr v rozsahu 10 hodin týdně na každých 50 klientů sledovaných týmem. Když zvážíme cenu práce psychiatrů a jejich specifické dovednosti, není účelné, aby měli v týmu roli přímo case managera, ale spíše poskytovali konzultace ostatním členům týmu a prováděli specializovaná vyšetření v případech, kde je to třeba.

V USA se v současné době vede spor o standardy asertivní komunitní léčby, které se mimo jiné zabývají i otázkou minimálního personálního obsazení a profesního složení týmů. V roce 1998 vytvořila Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMSHA) návrh standardů asertivní komunitní léčby založený na výzkumu úspěšných modelů PACT. Návrh stanoví, že tým musí obsahovat nejméně 3 psychiatrické sestry (lépe 5), které pracují ve dvojicích, vedoucím týmu je jeden z case managerů a v týmu je přítomen psychiatr nejméně na 15 hodin týdně na každých 50 klientů v péči týmu. Nedávno vytvořená instituce Council for the Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) však přijala standardy jiné, podstatně volnější, ve kterých výše uvedené požadavky mění v doporučení.<sup>101, 102</sup>

## 3. OTÁZKY ZODPOVĚDNOSTI, NADŘÍZENOSTI A PODŘÍZENOSTI

Otázky zodpovědnosti, nadřízenosti a podřízenosti jsou často zdrojem konfliktů jak uvnitř agentur, tak ve vztazích k ostatním poskytovatelům péče. Značná část těchto problémů pramení ze skutečnosti, že mnoho otázek kolem case managementu nemá dosud jasné právní řešení.

Pracovníci v oblasti péče o duševní zdraví „jsou povinni pečovat“ o klienty či pacienty. To znamená poskytovat přiměřenou péči za všech okolností a předcházet možným nedbalostem. Spadají sem takové povinnosti, jako je povinnost sdělovat potřebné informace ostatním zúčastněným stranám, sledovat vývoj v teorii i praxi svého oboru, neužívat neobvyklé postupy v terapii, nepůsobit klientovi újmu vyzrazením informací získaných v průběhu klinické práce a uchovávat kompletní dokumentaci po dostatečně dlouhou dobu<sup>103</sup>.

Profesionální odpovědnost je užší pojem a týká se povinností specifických pro každou odbornost. Například psychologové jsou z titulu svého specifického výcviku oprávněni provádět určité druhy psychologického vyšetření. Nikdo jiný v týmu není k takovému úkolu oprávněn, ani nemůže psychologovi přikazovat, jak takové vyšetření provádět. V anglickém právu je profesionální odpovědnost zakotvena v zákonu o „přečinech z nedbalosti“, který stanoví, že profesionálové musí znát a sledovat omezení svého profesionálního výcviku a kompetencí a jsou povinni přesvědčit se, že ti, jimž sdělují informace o klientovi, jsou přiměřeně kvalifikovaní a odpovědní.<sup>104</sup> Profesionálové nemohou být právně zodpovědní za práci ostatních členů týmu, s výjimkou, že se na vzniku přečinu podílejí vlastní nedbalostí, např. nepřiměřeným předáním odpovědnosti nebo informací.

Členové týmu jsou po profesionální linii podřízeni a zodpovědní svým odborným vedoucím. I když se předpokládá, že členové týmu využívají tým jako zdroj podpory, rad a supervize, nejsou vůči týmu podřízeni a nezodpovídají se mu v pravém slova smyslu. Může nastat situace, kdy má case manager pocit, že musí jednat způsobem, o kterém se domnívá, že je z hlediska týmu nerozumný. V takovém případě se musí obrátit o radu na svého odborného vedoucího.

Zdravotnická odpovědnost je často mylně zaměňována za „úplnou klinickou odpovědnost“ – představu, že zdravotnický personál je zcela odpovědný za blaho pacienta, a proto je oprávněn rozhodovat o vstupu ostatních profesionálů a kontrolovat jejich rozhodnutí. Watts a Bennett<sup>105</sup> dokazují, že svěřit jedinému člověku odpovědnost za rozhodování o tom, kdo se může či nemůže podílet na práci s klientem, je nevhodné, protože to vede k nepružnému poskytování péče. Nelze také realisticky předpokládat, že jeden člověk bude schopen udržovat všechny potřebné informace. Britská psychologická společnost<sup>106</sup> dokládá, že celý koncept „úplné klinické odpovědnosti“ je natolik vágní, že není prakticky použitelný a dožaduje se, aby tomuto problému věnovali pozornost právníci. S tím je v souladu i stanovisko britského Odboru zdravotní a sociální péče: „Neexistuje, podle našeho názoru, žádný právní podklad pro obecně vyjadřovanou představu, že lé-

kař může být odpovědný za pochybení ostatních pracovníků čistě jen proto, že je odpovědný zdravotnický pracovník. Koncept úplné klinické odpovědnosti je postaven na obdobných pravidlech, jaká určují odpovědnost velitelů v armádě. Multidisciplinární tým nemá ‚velitele‘ v tomto smyslu.“<sup>107</sup>

Správnější je považovat zdravotnickou odpovědnost za specifický typ profesionální odpovědnosti. Zdravotnický vycvičený personál je výhradně odpovědný za zdravotnické otázky. Pojem zdravotnické odpovědnosti je však komplikován tím, že obsahuje také odpovědnost za sledování zdravotní péče o pacienta. Přitom neexistuje žádná jasná definice vymezující rozsah pojmu zdravotní péče. Pokud ji pojmáme v širším slova smyslu, může být vykládána jako jakýkoliv výkon provedený ve zdravotnickém zařízení. Ačkoliv to neopravňuje zdravotnické pracovníky diktovat ostatním profesionálům, jak mají dělat svou práci, dává jim to možnost vzít pacienta z péče jiných zdravotníků. V mnoha zemích, například v Anglii, pacient toto rozhodnutí nemůže z právního hlediska změnit, protože nemá právně zakotvené právo na péči, má pouze právo péči odmítnout.

Zdravotnická odpovědnost je navíc komplikována skutečností, že některé její aspekty mohou být přeneseny. Praktičtí lékaři jsou odpovědní za celkový zdravotní stav svých pacientů. Když svého pacienta doporučují ke specialistovi, přenášejí tím na něj odpovědnost za ty stránky pacientova zdraví, pro které je příslušný specialista kvalifikován. Londýnský EIS model zdůrazňoval, že zdravotnickou odpovědnost má praktický lékař, který je oprávněn předepisovat pacientovi léky a který může konzultovat týmového psychiatra. U klientů, kteří neměli svého praktického lékaře nebo psychiatra, přijal zpočátku zdravotnickou odpovědnost týmový psychiatr a case manager se pak snažil zaregistrovat klienta u některého praktického lékaře. Týmový psychiatr také disponoval skladem léků pro pohotovostní použití.

Když byl klient propouštěn z nemocnice a nemocniční psychiatr ho doporučoval do péče týmu, buď si ponechával zdravotnickou odpovědnost, nebo se domluvil o jejím předání týmovému psychiatrovi. Často ale vznikaly problémy s přijetím do psychiatrické nemocnice, neboť tým neměl žádnou kontrolu nad lůžky a mimonemocniční alternativy nebyly dostupné. Před vznikem EIS týmu byla rozhodnutí o přijetí a propuštění pacientů výhradně záležitostí nemocničních psychiatrů, po vzniku týmu pak byla většina přijetí k hospitalizaci založena na dohodě nemocničního a týmového psychiatra. Steve Onyett popisuje, že to přinášelo konflikty a zmatky při plánování péče během hospitalizace. Navrhuje, že v zájmu kontinuity case managementu by měl mít case managementový tým kontrolu nad přijetím do nemocnice a propuštěním z ní, jako tomu bylo například v Madisonském PACT modelu (viz str. 75).

· B ·

## PROCES TÝMOVÉ PRÁCE

Většina pracovníků v péči o duševní zdraví se zajímá více o práci s lidmi než o administrativní práci. Přesto je však určitá byrokracie potřebná k vymezení jejich zodpovědnosti a k udržování informací potřebných k hodnocení kvality péče a k zajištění dostatečné komunikace. Je však třeba udržovat určitou rovnováhu tak, aby papírování v práci pomáhalo, nikoli překáželo.

### I. PRACOVNÍ STRATEGIE

Zejména pro britské týmy je typické, že vymezují svou činnost dokumentem popisující pracovní strategii týmu. Takové dokumenty se mohou lišit rozsahem i náplní, vesměs by však měly obsahovat popis cílů, základní principy práce, popis způsobů, kterými tým komunikuje s okolním světem, a způsobu, kterým funguje uvnitř.

Onyett<sup>108</sup> uvádí následující příklad osnovy pracovní strategie:

1. Úvod
2. Cíle služby
  - 2.1 Obecné cíle
  - 2.2 Vymezení hodnot
  - 2.3 Specifické funkce služby
3. Personál
4. Cílová skupina klientů
  - 4.1 Obecná kritéria přijetí
  - 4.2 Obecná kritéria vyloučení z péče týmu
  - 4.3 Další kritéria pro určení priorit
5. Každodenní činnost
  - 5.1 Od doporučení ke case managementu
    - 5.1.1 Doporučení
    - 5.1.2 Plánování vyšetření
    - 5.1.3 Vyšetření
    - 5.1.4 Akce následující po vyšetření
  - 5.2 Case management
    - 5.2.1 Odpovědnosti
    - 5.2.2 Neodkladná hospitalizace
    - 5.2.3 Plánovaná hospitalizace
    - 5.2.4 Pravidla pro zjišťování zneužívání
    - 5.2.5 Vedení záznamů a sbírání dat
    - 5.2.6 Zdroje použitelné case managerem
    - 5.2.7 Zajišťování povolení
    - 5.2.8 Předepisování léků
  - 5.3 Týdenní schůzky
    - 5.3.1 Řízení
    - 5.3.2 Schůzky o klientech
    - 5.3.3 Provozní porady
    - 5.3.4 Podpůrná skupina
  - 5.4 Další aktivity
6. Řízení a otázky odpovědnosti
7. Hodnocení

Dodatky: Pracovní náplně, klíčové role a zákonné odpovědnosti, formuláře pro vedení dokumentace

Účelem pracovní strategie je poskytnout:

- 1) referenční manuál pro pracovníky, návod, jak by měli pracovat,
- 2) vstupní informace pro nové členy týmu,
- 3) seznam existujících vazeb týmu na další zdroje,
- 4) jasný popis vnitřní struktury týmu a pravidla procesu jeho vytváření,
- 5) popis vedení týmu a ukazatele používané pro hodnocení výkonu týmu,
- 6) základ pro další rozvoj služeb,
- 7) srozumitelný popis celé služby, který může být používán při vztazích s veřejností a může sloužit pro informaci zájemcům o vytvoření obdobné služby.

Pracovní strategie agentury má mnoho společného s individuálním plánem služeb. Popisuje žádoucí přístupy a výsledky velmi podrobným a čtivým způsobem. Pokud se pouze napíše, zařadí do dokumentů a nepracuje se s ní dále, je naprosto bezcenná. Stejně jako individuální plány péče musí být pracovní strategie služby pravidelně revidována. Do dokumentu samotného musí vložit úsilí a nápady členové týmu a další pro agenturu důležité osoby, aby se dosáhlo co největší shody v otázkách žebříčku hodnot, cílů agentury a každodenní praxe. Výzkumy ostatně prokazují, že tým lépe a rychleji zavádí změny, pokud má účast na jejich plánování a přípravě.<sup>109</sup> Vytvoření dobré pracovní strategie vyžaduje zapojit do přípravy návrhů přímo výkonné pracovníky a konzultanty týmu.

Ideální je situace, kdy všichni členové týmu nastupují současně, a tak se všichni mohou na vytváření pracovní strategie týmu podílet. Většina týmů však vzniká v již existujících organizacích a musí respektovat některé vztahy a vazby. Podívat se nově na práci již zaběhlého týmu ve vztahu k potřebám cílové skupiny klientů je obtížnější, pracovníci mívají tendenci zachovat současný stav. Často bývá účelné požádat o pomoc při vytváření pracovní strategie jinou agenturu, jejíž pracovníci mohou poskytnout objektivní pohled. Existují školení a výcviky, které obsahují cvičení na téma vytváření týmu a stanovení priorit v práci.<sup>110, 111</sup>

Pracovní strategie by měla začínat tím, že sama sebe zasadí do kontextu. Úvod by tedy měl popisovat:

- 1) jak byla pracovní strategie napsána,
- 2) kdo se na jejím vytváření podílel,
- 3) jak a kdy bude revidována,
- 4) v jakém je vztahu k předchozím dokumentům o pracovní strategii,
- 5) jak služba zapadá mezi ostatní služby provozované v regionu,
- 6) proč byla pracovní strategie vytvořena nebo revidována právě nyní.



## A) CO JE V NÁZVU?

Najít pro službu vhodný název není triviální záležitost. Witheridge a Dincin<sup>112</sup> popisují, že tým, že projekt realizovaný v Chicagu pojmenovali *Most*, dosáhli sebeidentifikace týmu a posílili jeho samostatnost. Není vhodné volit stigmatizující název (např. *psychiatrický tým pro duševně nemocné bezdomovce*). Na druhou stranu musí být služba identifikovatelná klienty – pojmenovat ji *Baker Places* (tým asertivní komunitní péče pro duševně nemocné se závažnými somatickými a sociálními problémy v San Francisku) identifikaci ztěžuje.

Londýnský *EIS tým* (Služba časné intervence) vybral svůj název, aby zdůraznil jeden z podstatných prvků svého pracovního postupu. Rozhodnutí pojmenovat se „služba“ a nikoli „tým“ bylo dáno zvyklostmi – v místě existovala *Služba krizové intervence*<sup>113</sup> a název tak zdůrazňoval myšlenku společné práce s ostatními agenturami.

V českých zemích je často obtížné najít pro nově vznikající týmy vhodný název, protože podobné služby zatím nejsou jazykově kodifikovány. Bolešlavský model zvolil název *Terénní tým* z obavy, že název *Tým asertivní komunitní léčby* bude pro řadu lidí nesrozumitelný. Na druhou stranu organizace zastřešující tým byla nazvána *Regionální komunitní péče o duševní zdraví* proto, aby byla snáze identifikovatelná pro zahraniční sponzory projektu.

## B) CÍLE SLUŽBY

Stanovení cílů určuje praxi i rozvoj služby a proto je třeba věnovat přesné formulaci této části dostatečnou pozornost. Cíle a hodnoty služby by měly být stručně zmíněny také v programovém dokumentu vyšší úrovně (například ve zdravotním a sociálním programu okresního úřadu – pokud ovšem existuje).

Bývá účelné rozdělit toto prohlášení na část popisující obecný účel služby, hodnoty, na nichž je služba založena, a specifické funkce, kterými služba svůj obecný účel naplňuje. Patton<sup>114</sup> uvádí, že je účelné rozlišovat mezi cíli (jako takovými) – výsledky, kterých chce služba dosáhnout, a cílovými aktivitami – popis činností, které chce služba provádět, aby dosáhla stanovených výsledků. Cílem *EIS* týmu bylo: „Udržet lidi, kteří prodělali duševní onemocnění, v jejich komunitě – mezi lidmi, kteří jsou pro ně podporou, a v místě, kde bydlí, pracují a tráví volný čas.“ Hodnoty a předpoklady, které podporují tento cíl, byly v dokumentu pracovní strategie vyjádřeny takto:

- 1) Lidé s duševními problémy potřebují a mají právo žít podobným životním stylem jako ostatní lidé.
- 2) Cílem služeb má být chránit a podporovat pozitivní aspekty životního stylu.

- 3) Jedním z pozitivních aspektů životního stylu je vybírat si a využívat takové služby, které nejsou stigmatizující.
- 4) Lidem by měla být nabízena pomoc v té sociální, rodinné či fyzické oblasti, v níž pociťují problém.
- 5) Je povinností služeb odpovídat pružně na potřeby osob s duševními problémy.
- 6) Služby mají být aktivní – mají se samy pokoušet zjišťovat potřeby své cílové skupiny a usilovat, aby pro tuto cílovou skupinu byly vhodné a dostupné.
- 7) Kvalitní a kontinuální péče lze dosáhnout spoluprací a důrazem na komunikaci mezi agenturami a zřetelně vymezenými rolami a odpovědnostmi.

Programové prohlášení dále pokračuje podrobnějším popisem myšlenky *časné intervence* jako modelu praktického využití přístupu *stres-vulnerabilita* k duševně nemocným. Cílovými aktivitami jsou:

- 1) Pracovat klinicky s jedinci nebo rodinami trpícími závažným stresem či selháváním v jejich sociálních podmínkách a intenzivně využívat spolupráce s existujícími službami. Kdykoli je to možné, je zvolena jiná možnost než hospitalizace.
- 2) Rozvíjet „na problém orientované programy“ k prevenci a řešení klinických, sociálních, rodinných a pracovních problémů, které mohou zvyšovat pravděpodobnost vzniku epizody duševního onemocnění. Tato práce je prováděna ve spolupráci s pracovníky dalších agentur a dalšími osobami, které o klienta pečují. Součástí je také pomoc klientovi při vytváření podpůrné sítě kontaktů a vazeb s jinými službami. Dále sem patří behaviorální rodinná terapie sloužící ke zvýšení schopnosti rodiny řešit problém a efektivně komunikovat. Pokud klient žije v ubytovacím zařízení, je součástí péče vytvořit společně s personálem tohoto zařízení krizový plán pro případ, že u klienta dojde k epizodě s nepřiměřeným chováním.
- 3) Provádět „komunitní“ vyšetření nejen klienta, ale také jeho pečovateli a dalších důležitých osob. To může znamenat např. vyšetření a posouzení schopností sebeobsluhy provedené pracovním terapeutem v ubytovacím zařízení.
- 4) Napomáhat vytváření skupin a dalších služeb zaměřených na minimalizaci stresu v komunitě, spolupracovat s existujícími agenturami.
- 5) Průběžně monitorovat a hodnotit poskytované služby.
- 6) Trénovat další pracovníky (například studenty psychologie, studenty sociální práce, bu-



doucí zdravotní sestry, mediky, dále zdravotní sestry, mladé lékaře, dobrovolné pracovníky a neformální pečovatele).

- 7) Vytvářet podmínky a příležitosti pro výzkum komunitní péče<sup>115</sup>.

U cílových aktivit by měly být stanoveny priority tak, aby bylo zřejmé, kolik času členové týmu jednotlivými aktivitami tráví.

### C) CÍLOVÁ SKUPINA

Pro efektivní práci týmu je naprosto nezbytné přesně a jasně definovat cílovou skupinu. Stanovení priorit je potřebné jednak k rozhodování o přijetí či nepřijetí klienta do péče (vertikální efektivita), jednak pro komunikaci s dalšími agenturami a místní veřejností o tom, komu je služba určena (horizontální efektivita). Britský vládní program *Péče o lidi*<sup>116</sup> doporučuje, aby přednost dostali ti, kteří vyžadují nejnákladnější péči. Skutečnost, že klient sám službu požaduje nebo naopak odmítá, nemusí být vždy směrodatným kritériem. Rozhodovací kritéria pro zařazení do péče by měla být založena na informacích o potřebách místní populace a existujících poskytovaných službách.

Jednou z obtíží při stanovení priorit je to, že konkrétní lidé nespádají přesně do jednotlivých kategorií, proto je třeba použít několik rozlišovacích kritérií. Obvyklá bývají všeobecná kritéria pro přijetí do péče – spádová oblast, věkové rozmezí a případně i další kritéria definující cílovou skupinu. Boleslavský terénní tým například vymezil cílovou skupinu jako lidi, kteří již byli v kontaktu s psychiatrickými službami, prioritou pro přijetí bylo závažné duševní onemocnění (nejčastěji psychóza), absolutní přednost pak měli lidé prožívající první epizodu duševního onemocnění. Přibližně po roce existence služby, když se vytvořila spolupráce s obecními úřady ve spádové oblasti, ukázala se potřeba rozšířit cílovou skupinu o lidi pravděpodobně duševně nemocné, kteří však dosud nebyli v kontaktu s psychiatrickými službami.

Pracovní strategie služby by také měla od samého počátku jasně vyjadřovat, komu tým neslouží. Boleslavský Terénní tým i londýnský EIS tým měly velmi podobná vylučovací kritéria: okamžitá a jednoznačná potřeba hospitalizace a závislost na drogách či alkoholu jako primární problém. Boleslavský tým navíc nemohl přijímat klienty z těch částí regionu, kde nebylo autobusové spojení. Tato obecná kritéria by měla všem ostatním poskytnout jasné vodítko pro rozhodování, zda klienta doporučovat do péče služby. Současně by měly být snadno dostupné informace o alternativních zdrojích pomoci pro ty klienty, pro něž služba není určena.

Kromě obecných kritérií sloužících pro rozhodnutí, zda klienta přijmout do péče či nikoliv, jsou třeba další kritéria pro jemnější stanovení priorit. Služby popsané v kapitole o praktických zkušenostech používaly taková kritéria, jako je například anamnéza, četnost hospitalizací v minulosti, diagnóza a úroveň bydlení. Taková kritéria bývají často užívána například pro výzkumné účely, v praxi však služby většinou nemají k tak jemnému rozlišování dostatek informací. Boleslavský tým používal ke stanovení priorit tři okruhy kritérií v následujícím pořadí důležitosti:

- 1) závažnost a naléhavost potřeby péče,
- 2) diagnóza či popis duševních problémů,
- 3) potřeba domácí intervence.

Podle prvního kritéria mají přednost ti klienti, kteří jsou doporučeni s tím, že mají vážné problémy a jejich stav vyžaduje naléhavé vyšetření ještě téhož dne nebo následujícího dne. Podle tohoto hlediska byli naopak vyloučeni z péče lidé, které bylo nutno neodkladně vyšetřit pro potřeby hospitalizace. Dále pak klienti z opačného konce tohoto kontinua – lidé, kteří nejsou bezprostředně závažně nemocní a které je možno objednat na vyšetření v psychiatrické ambulanci, psychologické poradně a podobně.

Z hlediska duševního stavu dostávali přednost klienti s diagnózou závažného duševního onemocnění (například schizofrenie).

Podle třetího hlediska, jímž je potřeba domácí péče, dostávali přednost ti klienti, kteří nejsou schopni či ochotni vyhledat sami jinou psychiatrickou službu. Například lidé, o nichž bylo známo, že špatně spolupracují, a dále lidé, kterým fyzické či psychologické příčiny brání opouštět svůj domov.

Podobné zahraniční služby často upřednostňují klienty, u nichž je předpokládán zhoršený přístup ke službám ze sociálních důvodů. Například příslušníky etnických minorit, kteří mohou snadno nabýt dojmu, že jsou z běžných služeb vylučováni, že služby provozované převážně bílými příslušníky středních vrstev jim nejsou určeny či pro ně nejsou vhodné. Další takovou skupinou jsou bezdomovci, ať již ubytovaní v azylovém zařízení nebo bez stálé adresy.

Použitý přístup ke stanovení priorit by měl být dostatečně sofistikovaný k tomu, aby si služba udržela svou základní linii, a na druhou stranu je dostatečně pružný k tomu, aby tým byl schopen přijmout do péče i klienty s nestandardními problémy. Tak například klient trpící závažnou, nikoli však psychotickou úzkostí má z hlediska duševního stavu nízkou prioritu pro přijetí do péče týmu. Pokud mu však jeho problém brání opouštět dům, získá vysokou prioritu z hlediska potřeby domácí intervence.

## 2. KAŽDODENNÍ PRÁCE

Schéma dole znázorňuje proces práce s klientem od jeho doporučení do péče týmu až do ukončení péče. Další text se zabývá jednotlivými fázemi procesu práce s klientem.

### A) DOPORUČENÍ KLIENTA DO PÉČE TÝMU

Systém doporučování klientů by měl být co nejjednodušší a nejotevřenější, aby zajistil maximální dostupnost služby a maximálně asertivní vyhledávání klientů. Vyhledávání klientů může mít například formu přímého oslovování lidí, kteří se chovají nápadně či podivně (projekt *Reach Out* v New Yorku). Case managerský tým také může být doplňkem jiné služby orientované na určitou skupinu klientů (například *Skid Row Mental Health Service in Los Angeles*). Pokud je tým zaměřen na určitou skupinu klientů, může být vhodné, aby doporučení přicházela z jediného zdroje. Například jeden londýnský tým soustředil svou pozornost na doporučení výhradně z ubytovacích zařízení pro osamělé bezdomovce mužského pohlaví. Spektrum zdrojů doporučení je pochopitelně dáno existujícími vztahy a vazbami mezi poskytovateli služeb v regionu. Výhodné je, když o zařazení do péče může požádat i samotný klient nebo jeho rodina. V tomto případě je však nezbytné, aby měl tým k dispozici alternativní návrhy péče pro klienty nesplňující kritéria pro přijetí.

Vlastní proces doporučení klienta by měl být co nejjednodušší a je organizačně výhodné, když se všechna doporučení scházejí na jednom místě. *EIS tým* nabídl svým partnerům možnost doporučit klienta do péče telefonicky, a tím prakticky odpadly doporučující dopisy. Výhodné bylo, že

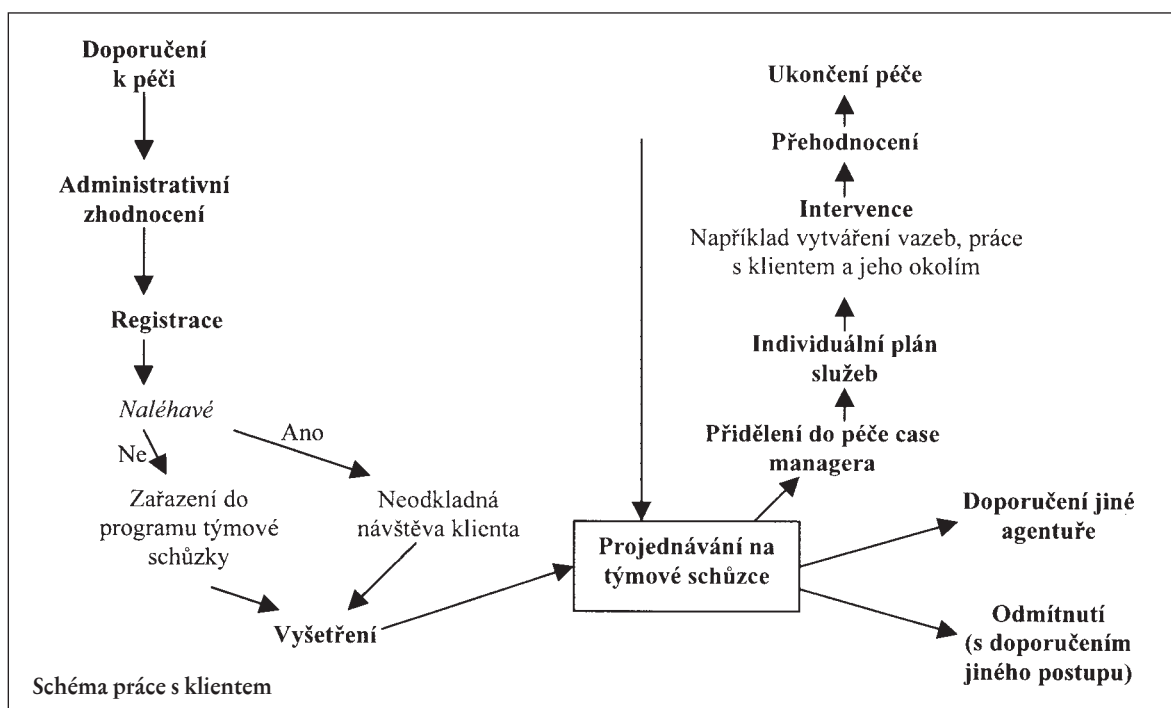
tým dokázal v krátkém čase získat mnoho informací, vyžadovalo to však kvalifikovaného administrátora schopného systematicky zaznamenávat informace a rozpoznat, zda klient splňuje obecná kritéria pro přijetí. Nebylo-li doporučení jednoznačné, obracel se na vedoucího týmu.

Boleslavský tým používal jako hlavní formu doporučení telefonický kontakt na koordinátora týmu (psychiatra) během jeho ordinačních hodin v psychiatrické ambulanci a denním stacionáři, telefonní záznamník pak mimo pracovní dobu.

### B) VSTUPNÍ INFORMACE A PLÁNOVÁNÍ

Pokud doporučení splňuje obecná kritéria, je třeba získat registrační údaje, aby bylo možno začít plánovat vstupní vyšetření klienta. Prvním krokem je obvykle ověřit, zda klient již není v péči některé okolní psychiatrické služby. Předejde se tím nevhodnému zásahu do práce jiné agentury. Je třeba zjistit, zda je ten, kdo klienta doporučuje, ochoten spolupracovat při jeho vyšetření. Samozřejmě také ověřujeme, zda klient ví, že byl doporučen do péče case managerského týmu. Pokud to klient neví, požádáme doporučující osobu, aby ho informovala. V určitých případech může být zvoleno i jiné vhodnější řešení.

V naléhavých případech může administrátor člena týmu, který má pohotovostní službu, poslat ihned za klientem; na schůzce týmu může být případ probrán až dodatečně. Jako naléhavé jsou definovány ty případy, kdy doporučující osoba požaduje, aby byl s klientem navázán kontakt nejpozději následujícího dne. Ve většině případů je však doporučení napřed projednáno na schůzce týmu, kde se také rozděluje práce.



## C) PŘIDĚLENÍ VYŠETŘENÍ NOVÉHO KLIENTA

Case manažeři v týmu si klienty doporučené k vyšetření rozdělují podle aktuálního pracovního zatížení, individuálních schopností, zkušeností, pohlaví apod. V některých týmech může být kritériem pro přidělení klienta case managerovi jeho etnický původ. Tím se zvyšuje kvalita a věrohodnost vyšetření i kontinuita práce s klientem. Nejvýhodnější je, když se člen týmu, který provádí vstupní vyšetření klienta, stává jeho case managerem. Je také vhodné, aby klient, který je doporučen do péče týmu opakovaně, dostal téhož case managera, pokud tomu nebrání nějaké závažné překážky.

## D) VYŠETŘENÍ A JEHO VYUŽITÍ

Na základě vstupního vyšetření je navržen základní plán péče. Na následující schůzce týmu referuje case manager o závěrech svého vyšetření a návrhu dalšího plánu péče. Tento moment je patrně nejkritičtější fází terapeutické intervence a obvykle vyžaduje podrobnou diskusi. Je dobré, když se jí mohou účastnit i další osoby pečující o klienta, které nejsou členy týmu. Toto počáteční plánování má tři možné závěry:

- 1) okamžité předání do péče jiné agentury;
- 2) odeslání zpět doporučující osobě (s návrhem jiného postupu);
- 3) přidělení případu case managerovi.

## E) PŘIDĚLENÍ PŘÍPADU CASE MANAGEROVI

V *EIS* týmu mohli roli case managera přijmout příslušníci všech profesí. Odpovědnost case managera mohla být následně přenesena na jiného člena týmu, pokud to bylo nutné. Tím, že byl klientovi určen case manager určité profese, se nevylučoval vstup ostatních členů týmu do případu.

V pracovní strategii týmu byla role case managera popsána jako souhrn klinických a týmových povinností. Jeho pracovní náplní bylo zejména:

- 1) Zajistit informace potřebné k vstupnímu vyšetření – ze starší dokumentace, poznámek, od doporučující osoby či dalších zúčastněných.
- 2) Podat doporučující osobě písemnou zprávu obsahující závěr vstupního vyšetření.
- 3) Navrhnout další potřebná vyšetření, např. vyšetření psychiatrem či pracovním terapeutem.
- 4) Navázat s klientem vztah založený na spolupráci směřující k dosažení společně určených cílů. Někdy bylo výhodné uzavřít s klientem písemnou smlouvu o spolupráci.
- 5) Předávat potřebné informace o výsledcích vyšetření a vývoji situace klienta ostatním členům týmu na pravidelných schůzkách, osobě, která klienta doporučila, jeho praktickému lékaři, případně dalším zúčastněným osobám.

6) Zajistit zařazení klienta do programu pravidelných schůzek. První týmové posouzení se uskutečnilo do 6 týdnů od přijetí klienta do péče a byli k němu přizváni další zúčastnění. Případ byl na schůzkách týmu přehodnocován nejdéle v šestitýdenních intervalech, složitější a obtížnější případy v kratších intervalech. Kromě toho bylo možné svolat mimořádnou schůzku, pokud to bylo naléhavě třeba.

7) Zapojovat další pracovníky nebo agentury schopné pomoci klientovi naplnit některé jeho potřeby. Využívat zdroje uvnitř i vně týmu.

8) Je-li klient hospitalizován či zařazen do péče další agentury, udržovat kontakty s ošetřujícím personálem; péče case managera hospitalizací nekončí. Klient je nadále zařazován do programu pravidelných schůzek týmu, case manager udržuje vztahy s příbuznými a přáteli klienta, připravuje návrat do původního prostředí.

9) Informovat tým na pravidelných schůzkách o problémech při vyšetření či léčení klienta.

10) Informovat koordinátora týmu, svého odborného vedoucího nebo celý tým o případných potřebách klienta, které zjistil a které není schopen sám naplnit z jakýchkoliv příčin. Například pro osobní problémy, přehnané požadavky na jeho zkušenost a vzdělání anebo pro nadměrný objem úkolů.

11) Zajistit, aby schůzky končily před 19. hodinou. Tento požadavek je nezbytný k tomu, aby tým dokázal udržet hranice své pracovní doby.

12) Průběžně vést písemné záznamy.

13) Předávat včas a v dané formě pracovní údaje, jež administrátor zakládá do evidence.

14) Při odchodu na dovolenou předat práci: jednak prodiskutovat na týmové schůzce všechny rizikové případy, jednak shrnout a předat písemné podklady včetně krizových plánů u klientů, u nichž hrozí naléhavé problémy po dobu nepřítomnosti case managera. Je-li pravděpodobné, že by po dobu case managerovy dovolené mohl klient potřebovat pomoc jiného pracovníka, je case managerovou povinností tuto pomoc předem dojednat a výsledek dohody zaznamenat v dokumentaci.

15) Plánovat předem ukončení péče a udržovat s klientem kontakt, dokud nenajde alternativní podporu. Je-li klient předán do péče jinému poskytovateli, je třeba s ním dohodnout kroky, jež budou učiněny při relapsu onemocnění či jiných problémech. V této fázi je obzvlášť významné zapojit rodinné příslušníky a přátele klienta. Všem zúčastněným je třeba zdůraznit, že se lze kdykoli znovu obrátit na tým o pomoc (kromě případů, kdy byl klient zhodnocen jako nevhodný pro péči týmu).

- 16) Zajistit, aby osoba, která doporučila klienta do péče týmu (a praktický lékař), dostala písemnou zprávu obsahující oznámení, že případ je uzavřen, shrnutí výsledků péče a pohotovostní plán pro případ problému.
- 17) Na všechny schůzky nosit občanský průkaz a legitimaci člena týmu a na požádání je předkládat klientům i dalším zúčastněným<sup>117</sup>.

Práce case managera v boleslavském týmu měla podobná pravidla, část z nich ovšem neměla psanou podobu. Významnou částí práce bylo vytváření a udržování pracovní kultury, která podporovala case managery, aby se nezdráhali mluvit o nejistotách, obavách, osobních omezeních. Každý má jedinečné, nicméně omezené schopnosti, proto by měl být case manager oceňován, dokáže-li rozpoznat své limity. Vždy existuje riziko, že tým přijme určitou „chlapáckou kulturu“: členové o svých potížích v práci raději mlčí, aby nebyli ostatními považováni za neschopné. V boleslavském týmu, kde na počátku byli všichni case manageri původem psychiatrické sestry s praxí v lůžkovém zařízení, byla zpočátku velmi silná tendence přijmout pracovní úkol, ať je jakýkoli.

#### F) PRAVIDLA PRO VZTAHY S DALŠÍMI AGENTURAMI

Součástí pracovní strategie jsou pravidla, podle kterých by se case manageri měli chovat při zajišťování neodkladné hospitalizace nebo jiné plánované péče zajišťované jinou agenturou. Tato pravidla by měla obsahovat údaje o tom, koho je třeba konzultovat a jak se s ním spojit. Case manageri v EIS týmu měli například pravidlo, že si při práci s rodinami musí všimnout známek zneužívání dětí. Sociální pracovníci týmu však děti do své péče nebrali, a tak tým při jakýchkoli zjištěných známkách problémů u dětí žádal o pomoc nemocnici nebo místní sociální službu.

#### G) VEDENÍ DOKUMENTACE A SBĚR DAT

Vedení dokumentace je zásadním předpokladem rozvíjení a rozšiřování přehledu potřeb a schopností klientů i průběžného hodnocení práce týmu. Boleslavský tým používal formuláře pro zaznamenání registrace, vyšetření, intervence a následného kontaktu po propuštění z péče. Složka každého klienta či rodiny obsahovala formuláře, poznámky shrnující udělanou práci a všechnu korespondenci. Tyto složky byly uloženy na základně týmu a přístupné všem jeho členům. Dostupnost záznamů byla zásadní pro komunikaci s dalšími agenturami a pro zastupitelnost case managera. Povinností case managera bylo zajistit existenci, průběžnou aktualizaci a dostupnost záznamů. Stručnější forma záznamů pro účely hodnocení práce celého týmu i jeho členů byla navíc vedena v počítačové podobě (MS Excel).

Při počítačové evidenci vzniká pravidelně řada problémů, které je třeba řešit. Například náklady na potřebný hardware, bezpečné zálohování dat, uživatelsky vhodné programové vybavení, které umožní snadný přístup k datům a přitom zajistí jejich bezpečnost. Členové boleslavského týmu museli také zpočátku překonávat nechuť k práci s počítačem, která nebyla součástí jejich předchozích profesionálních zkušeností.

#### H) PRAVIDELNÉ SCHŮZKY TÝMU

Uspořádání pravidelných schůzek týmu je základem pro hladký chod týmu. Pracovní strategie by tedy měla popisovat místa a časy schůzek, jejich účel a uspořádání. EIS tým měl tři různé druhy schůzek:

- 1) schůzka klinických přehledů (2× za týdně),
- 2) provozní schůzka (1× týdně),
- 3) podpůrná skupina (1× týdně).

Cílem schůzky klinických přehledů bylo:

- 1) poskytnout case managerům vzájemnou supervizi a podporu při jejich práci,
- 2) vytvořit prostor pro spolupráci s dalšími pracovníky.

Na začátku každé této schůzky byl určen seznam probíraných případů. Agenda obsahovala:

- 1) Diskuse o nově doporučených (resp. znovu doporučených) klientech a jejich rozdělení mezi case managery.
- 2) Souhrny vstupních vyšetření a následných individuálních plánů služeb.
- 3) Diskuse o klientech čekajících na vyšetření. Obvykle se týkala lidí, jež bylo obtížné najít, zastihnout doma nebo s nimi navázat kontakt.
- 4) Přehled klientů v péči. Case manager obvykle krátce informoval o vývoji případu. To umožnilo sledovat pokrok, poskytovat zpětnou vazbu, supervizi a podporu, případně brainstorming o překonání nějaké překážky.
- 5) Klinické přehledy. Tato část schůzky měla svůj vyhrazený čas, který byl pečlivě dodržován. Obsahem byl podrobný klinický přehled jednoho či dvou případů. Jako podklad pro přehled byly používány formuláře „záznamu výsledků a přístupů“ (viz str. 26).

V řízení schůzek klinických přehledů a provozních schůzek se členové týmu po měsíci střídali. Střídání bylo skutečnou demonstrací rovnostářské ne-hierarchické povahy týmu. Předsedající potřebovali jasnou strukturu schůzky a výraznou pomoc členů týmu, aby dokázali urdit náročnou agendu týmu a hlučné účastníky schůzky.

Tým nedokázal zvát pravidelně klienty a rodinné příslušníky na tyto schůzky. Pro nedostatek času



tým nedokázal přizpůsobit tempo porad možnostem návštěvníků. Protože to opakovaně vedlo k problémům, bylo rozhodnuto nezvat je vůbec. A tým se to snažil kompenzovat tím, že posiloval roli a účast na rozhodování klientů a rodinných příslušníků v celé své další práci.<sup>118</sup>

Boleslavský tým používal následující schéma schůzek:

- 1) provozní schůzka – 2× týdně,
- 2) schůzka klinických přehledů – 1× týdně,
- 3) schůzka širšího týmu – 2× měsíčně,
- 4) supervizní schůzka – 1× měsíčně,
- 5) mimořádná schůzka v případě naléhavé potřeby.

Ani v boleslavském týmu nebyli na schůzky zváni klienti a rodinní příslušníci.

#### I) ZDROJE DOSTUPNÉ CASE MANAGERŮM

Zdroje, které mohou case manageri využívat při své práci, je třeba přesně identifikovat. To pomáhá zejména rychlejšímu zapracování nových pracovníků v týmu. V *EIS týmu* měl například case manager právo na přímý přístup na ředitelství ostatních agentur, služební vůz a přístup k počítači s programovým vybavením umožňujícím určit, na které sociální dávky má klient právo.<sup>119</sup>

#### J) DALŠÍ AKTIVITY

EIS tým prováděl řadu dalších činností, které přispívaly k naplňování obecných cílů týmu a budoucímu vývoji služby. Například stáže personálu jiných služeb, specifické konzultace jiným agenturám, propagace, kontinuální vzdělávání vlastních zaměstnanců, účast na plánování rozvoje služeb v regionu a výzkum.

### 3. INTERPERSONÁLNÍ ASPEKTY TÝMOVÉ PRÁCE

#### A) JAK POMOCI PRACOVNÍKŮM NAJÍT MÍSTO V TÝMU

Sociální psychologie skupin učí, že členové skupiny se silněji identifikují se skupinou, která má jasné cíle,<sup>120</sup> a cítí-li zřetelně, co se od nich konkrétně při dosahování těchto cílů očekává.<sup>121, 122</sup> Týmová práce vyžaduje, aby case manageri znali cíle služby jako celku a specifické dovednosti svých kolegů a oblasti, za které kolegové při plnění cílů služby odpovídají. Britská psychologická společnost<sup>123</sup> doporučuje provádět audit dovedností, znalostí a zkušeností příslušníků týmu. Takový audit by měl zřehlednit:

- 1) činnosti, které příslušnému odborníkovi přikazuje zákon (například role sociálního pracovníka je v Anglii vymezena vyhláškou),
- 2) činnosti vázané na určitou odbornost (například předepisovat léky může jen lékař),
- 3) základní dovednosti příslušené profesi, které však nemusí být nutně omezeny pouze na tuto profesní skupinu (například hodnotit úroveň běžných životních dovedností umí pracovní terapeut, může ji však hodnotit i jiný odborník),
- 4) základní dovednosti sdílené několika profesními skupinami (například schopnost komunikovat s klientem),
- 5) zvláštní dovednosti a kvalifikace získané individuálním výcvikem a vzděláním (například rodinná terapie, hypnóza).

Na role příslušníků týmu je možno pohlížet jako na částečně se překrývající oblasti. Účelem je vymezit, které činnosti se překrývají, a které jsou „jádem“ určité odbornosti (viz tabulku dole).

| TABULKA UKAZUJE PŘÍKLAD VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH ČINNOSTÍ JEDNOTLIVÝCH PROFESNÍCH SKUPIN V TÝMU |  |
|--|--|
| ODBORNOST  | ČINNOST  |
| <b>Administrátor</b>   | 1) přijímat telefonická doporučení klientů<br>2) kancelářsky zpracovávat materiály klientů<br>3) zakládat data do počítače   |
| <b>Sociální pracovník</b>  | 1) provádět činnosti vymezené vyhláškou o sociálních pracovnících<br>2) zajišťovat klientům materiální prostředky (bydlení, důchody)   |
| <b>Psychiatr v týmu</b>  | 1) provádět činnosti vymezené zákonem o duševním zdraví<br>2) konzultovat praktickým lékařům v otázkách psychiatrické medicíny a diagnostiky časných známek duševní poruchy<br>3) přijmout lékařskou odpovědnost v případech, kdy klient nemá svého ošetřujícího praktického lékaře nebo psychiatra<br>4) projednat s ošetřujícím psychiatrem případnou farmakologickou intervenci |
| <b>Pracovní terapeut</b>   | 1) provádět praktické hodnocení dovedností každodenního života (péče o domácnost, sebeobsluha, schopnost pracovat, schopnost trávit volný čas)<br>2) řídit programy zaměřené na nácvik výše uvedených dovedností   |
| <b>Klinický psycholog</b>  | 1) diagnostikovat vážné poruchy chování a řídit programy na jejich léčbu<br>2) psychologicky testovat  |
| <b>Komunitní psychiatrická sestra</b>  | 1) podávat předepsané léky<br>2) sdělovat lékařům informace potřebné k úpravám medicíny  |

## B) PODPORA PERSONÁLU

Personál komunitních týmů potřebuje podporu v mnoha směrech. Kanceláře, psací stoly, bílé uniformy (příp. saka a kravaty) a používaný odborný jazyk slouží jako obrany, abychom si nemuseli plně uvědomit zkušenost, kterou prožívají dlouhodobě vážně duševně nemocní. Trvalá práce v komunitě tyto obrany odbourává a case manageři jsou vystaveni vysoké zátěži a často velmi neutěšeným podmínkám, v nichž jejich klienti žijí. Stejně jako klienti potřebují pomoc, aby zvládli problémy každodenního života, musí mít case manager kam se obrátit pro pomoc, aby zvládl pocity, které může těsný kontakt s životem klientů vyvolávat. V opačném případě mohou vznikat psychologické obrany, např. „obviňování oběti“, jež ovlivňují kvalitu práce case managera. Stres ovšem plyne i z povahy case managementu obecně. Pracovníci musejí sdílet svou práci s kolegy a za svou činnost nesou odpovědnost. Tím, že zprostředkovávají vztahy s ostatními agenturami, jsou hodně na očích a jejich práce může být vystavena značné kritice z vnějšku.

Leiter<sup>124</sup> zkoumal syndrom vyhoření v multidisciplinárních týmech a jeho vztahy k pracovně zaměřeným interakcím (např. supervizi, konzultacím, administrativě) a neformální společenské podpoře (např. přátelství, mimopracovní kontakty). Syndrom vyhoření souvisel s nízkým uspokojením z práce a udržováním relativně malého počtu neformálních kontaktů se spolupracovníky. Vysoký počet pracovně zaměřených kontaktů se spolupracovníky zvyšuje pocit výkonnosti, ale může vést i k emočnímu vyčerpání. Neformální kontakty souvisely jak s vysokou úrovní výkonnosti, tak s uspokojením z práce. Studie dokládá, že je třeba vytvořit takové pracovní podmínky a styl, které využívají aspekty pracovně zaměřené komunikace posilující pocit výkonnosti. Současně je třeba minimalizovat ty požadavky, které vedou k vyčerpání. Zkrátka, týmy by se neměly bránit pocitům radosti. V boleslavském týmu na supervizní schůzku například pravidelně navazovalo společenské setkání, které bylo co nejméně o práci.

Jednou z neužitečných reakcí, kterou popisuje Onyett a kterou jsme zjišťovali i v boleslavském týmu, bylo reagovat na zvýšené požadavky okolím zvýšením výkonu, při kterém se nadšení a energie členů týmu transformovala do „chlapácké kultury“, kdy si někteří case manageři přibírali další a další práci a hranice pracovní doby se hroutily. To vyvolávalo pocity nedostatečnosti v ostatních členech týmu a kromě toho „chlapáctví“ case manageři pak stejně nebyli schopni svou pracovní zátěž dlouhodobě zvládat. Aby se předešlo vývoji tohoto stylu s rostoucím rizikem vyčerpání a vyhoření, je třeba vytvářet a posilovat takovou týmovou kulturu, která vysoce oceňuje, když si

case manager dokáže říci o pomoc a podporu. V boleslavském týmu jsme se to pokoušeli řešit individuální a skupinovou supervizí, londýnský EIS tým využíval podpůrnou skupinu, jejímž účelem bylo poskytnout členům týmu prostor diskutovat o všech otázkách, které se týkaly týmu jako celku. Problémy, které se zde řešily, byly osobnějšího rázu, než ty probírané na provozních schůzkách. Skupina byla jedenkrát týdně v odpoledním čase. Účast byla povinná pro všechny členy týmu zaměstnané na plný úvazek a pro studenty na dlouhodobé stáži (delší než 3 měsíce). Schůzka nesměla být přerušována (například telefonem, mobily a podobně). A člen, který se opozdil o více než 5 minut, byl požádán, aby již průběh schůzky nerušil. Obsah schůzek byl považován za důvěrný a nesměl být probírán mimo tým.

Podpůrná skupina se stala rozhodujícím setkáním týdně a středem týmové práce. Spor o tom, zda je dobré, aby tuto skupinu moderoval facilitátor nezařazený do týmu, byl rozhodnut tak, že facilitátor byl přizván a sám sdělil skupině, že ho zde není třeba. Důraz byl kladen na řešení interpersonálních problémů a klima pro práci bylo vysoce tolerantní. Kromě zmíněných pravidel neexistovala žádná pevná struktura a jedna skupina mohla být hodinou ničím nerušeného veselí, uvolněného povídání po obědě nebo intenzivní práce na řešení problému. Povinná účast bránila vzniku oddělených skupinek či frakcí v týmu.<sup>125</sup>

## C) ZVLÁDÁNÍ KONFLIKTŮ

Vnitřní konflikt je normální a nutnou součástí týmové práce. Důležité je konfliktům se nebránit, ale zvládat je. Týmy, jež věnují přílišné úsilí tomu, aby působily jednotně, se vlastně brání části informací a vývoji, neboť konflikt často přináší lidi, kteří zpochybňují současný stav věcí.<sup>126</sup> Někdy se týmy stávají příliš kohezními v důsledku nepřátelství zvnějšku, což vede k situacím, kdy každý, kdo nesouhlasí s teoretickými předpoklady či praxí týmu, se stává nepřítelem a musí být ignorován nebo poražen.<sup>127</sup> Přijetí takového postoje dusí možnost změn a pozitivního vývoje služby.

Konflikt může mít podobu interpersonálních sporů uvnitř týmu nebo může jít o situaci, kdy požadavek odborného vedoucího case managera není ve shodě s rolí a filosofií týmu. Pro hladký průběh týmové práce je třeba, aby existoval jasný a průhledný mechanismus rozhodování sporů a hádek uvnitř týmu. V EIS týmu byl tento mechanismus tvořen koordinátorem týmu, podpůrnou skupinou a řídicí skupinou. Řídicí skupina byla poradním orgánem hlavního vedoucího, který měl konečnou odpovědnost za řízení týmu. Tato skupina byla složena z koordinátora týmu a odborných vedoucích.

Mechanismus rozhodování byl založen na víceúrovňovém systému. Koordinátor v první řadě doporučoval členovi nebo členům týmu, aby k řešení sporu využili podpůrnou skupinu. Když tento postup nebyl vhodný nebo když se podpůrné skupině nepodařilo najít řešení sporu, spojil se koordinátor týmu s příslušným odborným vedoucím a společně rozhodli. Pokud bylo toto řešení neuspokojivé, přednesl koordinátor týmu problém hlavnímu vedoucímu týmu a ten využil řídicí skupinu jako kolektivní rozhodovací forum. V praxi však jen zřídka docházelo k tomu, že by problém nebyl vyřešen na úrovni podpůrné skupiny. Tím se navíc posilovala schopnost týmu řešit problémy, identita a autonomie týmu.<sup>128</sup>

Boleslavský tým nevytvořil žádný podobný rozhodovací mechanismus, pravděpodobně proto, že při mnohem skromnějším personálním obsazení týmu to ani nebylo třeba.

· C ·

## SHRNUTÍ

Kapitola věnovaná týmové práci popisuje v první části uspořádání a složení týmu. Ukazuje různé modely týmů a řeší, které profese mají být v týmu zastoupeny a jak. Zabývá se otázkami rozdělení odpovědnosti v týmu a také vztahy nadřízenosti a podřízenosti.

Druhá část věnovaná popisu práce týmu popisuje základní pracovní strategii týmu od určení názvu a cílů organizace po vymezení úkolů, aktivit a cílové skupiny klientů. Část popisující každodenní práci týmu vychází z konkrétních příkladů case managementových týmů. Popisuje z hlediska týmové spolupráce práci s klientem od jeho přijetí a vyšetření přes přidělení případu konkrétnímu case managerovi a zpracování individuálního plánu péče po ukončení práce s klientem. Řeší také otázky dokumentace případů, týmových schůzek, rozdělení kontaktů s dalšími agenturami a podobně. Závěr kapitoly je pak věnován otázkám týmové identity, komunikace uvnitř týmu, konfliktům v týmu a strategiím snižujícím riziko vyhoření pracovníků.

· D ·

## OTÁZKY K ÚVAZE:

- 1) Pokuste se navrhnout personální složení a uspořádání case managementového týmu pro region, který znáte.
- 2) Které faktory uvnitř i vně týmu mohou vážně komplikovat jeho činnost? Jak je možné jim předcházet?
- 3) Kdo by měl být koordinátorem týmu?
- 4) Na kterých otázkách by se členové budoucího týmu měli předem dohodnout?

· II ·

## ŘÍZENÍ CASE MANAGEMENTU

Tato kapitola se věnuje podrobněji řízení týmu, popsaném v předchozí kapitole jako „koordinovaný tým se sdíleným vedením“ (viz str. 41).

Ovreit<sup>129</sup> dokazuje, že jasná role vedoucího týmu je základem těsné a účinné týmové práce a podstatně omezuje riziko konfliktů mezi profesionály či mezi agenturami jednoduchým způsobem, který nevyčerpává zbytečně mnoho týmových zdrojů. To, čemu se říká „flexibilní vedení“ nebo „manévrovací prostor“, může být ve skutečnosti zmatek a nepřehlednost způsobené nedostatečným vedením vyšší úrovně a otálením z obavy, aby se někdo nerozčílil. Tímto způsobem může být obětována efektivita týmu ve prospěch krátkodobého snadného a bezkonfliktního života týmu.

· A ·

## ROZDĚLENÍ VEDENÍ

Ovreit nabízí definici stupňů vedoucí autority. V sestupném pořadí to jsou:

- 1) právo rozhodovat, kterým jedna strana může přehlasovat všechny ostatní,
- 2) sdílené rozhodování, v němž má každá strana právo veta,
- 3) právo být informován a právo radit.

Koordinátor týmu a odborní vedoucí musejí mít stanoveny pravomoci v řadě úkolů a na procesu vymezení těchto rolí se podílejí členové nejvyšší úrovně vedení. V koordinovaném týmu jsou za odborné otázky práce odpovědní odborní vedoucí a odpovědnost za řízení týmu leží na koordinátorovi. Přesto nemusí být v praxi jasná shoda v tom, co je přesným obsahem daného okruhu, a proto by úkoly odborných vedoucích měly být vymezeny co nejpresněji. Vedení týmu znamená zejména: navrhnout náplň práce, hodnotit uchazeče o práci, definovat cílovou skupinu klientů, rozdělovat případy, určovat a kontrolovat pracovní zátěž jednotlivých členů, navrhnout odměňování členů, organizovat trénink, koordinovat vybírání dovolených a finančních výdajů a udržovat disciplínu podřízených členů.

Integrita týmu závisí hlavně na rovnováze rozdělení odpovědnosti mezi koordinátora týmu a odborné vedoucí. Pokud jsou například odborní vedoucí oprávněni rozdělovat case managerům práci, vyměňovat je nebo měnit jejich cílovou skupinu klientů, tým může rychle regresovat na občas se potkávající jednotlivé case managery. Ovreit doporučuje, aby koordinátor týmu měl co nejvíce pravomocí a odborní vedoucí měli spíše poradní roli. Následující text vychází z Onyettova popisu role koordinátora londýnského *EIS týmu*.<sup>130</sup>

## · B ·

### KOORDINACE TÝMU

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, koordinátor týmu nemá žádnou formální pravomoc říkat ostatním pracovníkům, jak mají provádět svou odbornou práci. Role koordinátora namísto toho zahrnuje řízení mechanismů týmového fungování, orientování členů týmu na dobré mechanismy podpory, supervize, řešení konfliktů. Koordinátor funguje také jako spojovací článek mezi týmem a vedením agentury. Je tedy zodpovědný řediteli agentury nebo kolektivnímu řídicímu orgánu agentury či skupiny agentur. Pokud má koordinátor zároveň odbornou roli, zůstává mu navíc zodpovědnost za klinickou práci, má svého odborného vedoucího.

Úkoly koordinátora je možné rozdělit na několik okruhů – každodenní fungování týmu, vývoj služby a spojení s vedením agentury.

#### I. KAŽDODENNÍ FUNGOVÁNÍ TÝMU

##### A) ADMINISTRATIVNÍ ASPEKTY

Je nezbytné, aby pracovní strategie týmu byla udržována při životě tím, že je denně používána. Mechanické aspekty týmového fungování, jako je přijímání doporučených klientů, přidělování případů a provozní schůzky, nemohou být hodnoceny, pokud není napřed vytvořen standard, kterým jsou poměřovány. Úkolem koordinátora je připomínat standardy těchto procedur členům týmu a zajistit, aby týmová práce byla plánována.

##### B) PERSONÁLNÍ ASPEKTY

Jedním z úkolů koordinátora týmu při zajišťování běžného provozu je prevence proti vyhoření personálu tím, že zajišťuje, aby členové týmu znali své role, a organizuje podporu personálu. Pomoc a podporu může poskytovat členům týmu buď sám v individuálních pohovorech nebo může členy týmu povzbuzovat k tomu, aby využívali existující struktury, jako například své odborné vedoucí anebo týmovou podpůrnou skupinu.

Koordinátor buď má pravomoc disciplinárně trestat členy týmu, nebo to (což je u koordinovaných týmů mnohem častější a účelnější) přísluší odborným vedoucím. V tom případě by však koordinátor měl mít formální pravomoc požadovat na členech týmu, aby vyhledali radu či pomoc po odborné linii, a pokud tento postup selže, měl by přímo kontaktovat odborného vedoucího příslušeného pracovníka. V zájmu sebevědomí a identity týmu je lépe nespoléhat pouze na odborné vedoucí, ale využívat víceúrovňový rozhodovací systém. Koordinátoři by však měli být velmi rozhodní v situacích, které vyžadují autoritu odborného vedoucího nebo hlavního vedoucího agentury.

Administrativní a personální aspekty se mohou překrývat. V EIS týmu bylo například úkolem koordinátora kontrolovat každý týden pracovní zátěž členů týmu – počet klientů, o něž se starají, povahu případů a obtíže, s nimiž se case manager setkal. Pokud měl case manager problémy nebo se ocitl pod nepřiměřeným tlakem, bylo úkolem koordinátora požádat o supervizi jeho odborného vedoucího nebo vnést tento problém na schůzku klinických hodnocení nebo do podpůrné skupiny.

#### 2. VÝVOJ SLUŽBY

##### A) ROZVOJ PRACOVNÍ STRATEGIE

Koordinátor týmu má obvykle rozhodující úlohu při vytváření a revidování pracovní strategie týmu. V tomto procesu dbá o maximální účast členů týmu a dalších klíčových osob. Koordinátor často působí jako mluvčí týmu ve vztahu k ostatním službám, respektive jejich vedení. Popisuje cíle a postupy služby a zjišťuje, jak mohou spolupracovat ostatní agentury. V této roli musí mít koordinátor značnou podporu od vedení agentury založenou jednak na zajištění finančních zdrojů pro práci týmu, jednak na programovém prohlášení zastřešující agentury, které definuje, co má služba lidem přinášet.

##### B) VSTUPNÍ A PRŮBĚŽNÝ VÝCVIK PERSONÁLU

Začlenění celého týmu do procesu kontinuálního vytváření pracovní strategie služby může být nástrojem vytváření týmu a vstupního vzdělávání personálu. Někdy je třeba dalších programů vstupního vzdělávání a tréninků zaměřených na týmovou práci. Např. tréninky zaměřené na stanovení priorit, hodnocení schopností a talentu členů týmu a cvičení orientovaná na vyjasnění týmových rolí a odpovědností mohou někdy hrát ve vývoji týmu významnější úlohu než zdánlivě zásadnější změny, jako jsou změny ve vedení či složení týmu. K provedení tréninku lze najmout specializovanou agenturu, je však dobré, vznikne-li uvnitř týmu co nejpřesnější zakázka na jeho obsah.

##### C) HODNOCENÍ

Klíčoví řídicí pracovníci, například ředitel agentury a lidé, jejichž úkolem je hodnotit kvalitu služeb, potřebují informace, aby mohli o službě rozhodovat. Hodnocení může mít charakter „buď, a nebo“ (například: „Zaslouží si tým finanční prostředky na další rok činnosti?) a nebo může být cílem hodnocení rozvoj služby (Například: „Jak by mohla služba efektivněji reagovat na potřeby cílové skupiny klientů?). Koordinátor týmu, který dohlíží na administrativní aspekty týmové práce, je tím, kdo může pomoci vedení agentury určit, kterých informací je k hodnocení třeba.



Výsledky a cíle služby je třeba porovnávat s nějakým standardem. Může jím být dokument pracovní strategie – lze hodnotit, do jaké míry služba svou pracovní strategii naplňuje. Například: *Pracuje tým skutečně s klienty s vážnými a dlouhodobými duševními problémy a poskytuje pomoc všem doporučeným z této kategorie?* Nejsložitější a nejdůležitější je otázka, zda tým dosahuje očekávaných výsledků z hlediska klientů. Vrátime se k ní v další kapitole; zde stačí říci, že práci týmu lze lépe hodnotit, je-li kvalitně zaznamenávána a monitorována na počítači. Úkolem koordinátora je mimo jiné konzultovat informační systém tak, aby byl pro práci týmu použitelný a užitečný. Stejně tak má za úkol dohlížet na to, že záznamy o práci týmu jsou dostačující a aktuální.

### 3. PROPOJENÍ S VEDENÍM AGENTURY

Koordinátor umožňuje jednoduché a snadno dostupné spojení týmu s vedením agentury a pomáhá i udržovat dobré a funkční vztahy mezi členy týmu a jejich odbornými vedoucími. Koordinátor je jakousi křížovatkou informací jdoucích všemi směry.

#### A) JEDNÁNÍ V ZÁJMU TÝMU

Koordinátor informuje vedení agentury o práci týmu a jejich změnách vycházejících z měnících se požadavků cílové skupiny. Koordinátor musí řešit veškeré problémy týkající se zdrojů či praxe case managementu. K tomu potřebuje data používaná pro hodnocení práce týmu. Proto řídí jejich sběr a prezentuje sumarizované výsledky. Obsah jeho zpráv může mít pro tým zásadní důsledky, proto musí mít koordinátor jasnou představu o cíli zprávy a požadavcích těch, kdo si ji vyžádali. Tak například: Je účelem zprávy podat na minutu přesný přehled rozsahu práce celého týmu, nebo jde o politické prohlášení o potřebách služeb v městských aglomeracích, nebo je to zdůvodnění žádosti o finanční prostředky na dalších šest měsíců práce týmu? Bude příjemcem zprávy pouze vedení agentury, nebo bude poskytnuta širšímu publiku k získání připomínek? Je možné zprávu publikovat v odborném tisku? Je pravděpodobné, že ti, jimž je určena, budou číst pozorně text delší než 3–4 stránky? Je třeba několik verzí zprávy, nebo třeba jednostránkový sumář základních dat? Čím více lidí může koordinátor konzultovat při řešení těchto složitých otázek, tím lépe.

#### B) JEDNÁNÍ V ZÁJMU JEDNOTLIVCŮ

Koordinátor řeší interpersonální konflikty přesahující rámec týmu. Pokud vznikne například konflikt mezi case managerem a jeho odborným vedoucím, může koordinátor na žádost case managera intervenovat. V případě, že nemá úspěch a pozice case managera zůstává neudržitelná, může se koordinátor obrátit na vedení agentury.

Koordinátor může zprostředkovat zpětnou vazbu mezi case managerem a jeho odborným vedoucím. Může například zajistit peníze a čas na potřebný specifický trénink pracovníka.

#### C) PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ OD VEDENÍ AGENTURY

Je nutné, aby tým dostal informace o dostupných prostředcích i o politických omezeních týkajících se jeho práce. Ty přirozeně předává koordinátor týmu. To lze vykládat jako jednání v zájmu vedení agentury, a koordinátor se tak může dostat do konfliktu rolí. Je proto třeba vyjasnit, že koordinátor je zodpovědný pouze za předání těchto informací, není jeho obhajovat vedení agentury.

### 4. PRAKTICKÝ PŘÍKLAD

Pro dobrou představu konkrétní práce koordinátora uvádí Onyett<sup>131</sup> popis pracovní náplně koordinátora *EIS týmu*:

#### A) NA ÚROVNI SLUŽBY

- 1) Podporovat vývoj a práci týmu v souladu s cíli popsanými v pracovní strategii služby.
- 2) Pomáhat při řešení vnitřních i vnějších konfliktů.
- 3) Organizovat týmové revize praxe a pracovní strategie.
- 4) V zastoupení za členy týmu informovat vedení agentury o všech problémech týkajících se rozdělení prostředků, vztahů s ostatními agenturami, odborné práce a podpůrných služeb (např. opravy aut).
- 5) Předávat týmu důležité informace z vedení agentury.
- 6) Zastupovat tým v řídicí skupině agentury, v plánovacích skupinách a na veřejných akcích. Zajišťovat dostupnost dat potřebných pro hodnocení práce týmu. Zpracovávat výroční zprávy týmu a na požádání připravovat průběžné zprávy pro řídicí skupinu agentury a pro další plánovací skupiny.

#### B) NA ADMINISTRATIVNÍ ÚROVNI

- 1) Dohlížet na administrátora a kancelářskou agendu týmu.
- 2) Koordinovat vybírání dovolené a studijního volna tak, aby nechyběli více než dva členové týmu současně.
- 3) Povolovat členům výběr dovolené a podepisovat cestovní výkazy a jiné účty case managerů (odsouhlasené jejich odbornými vedoucími).

#### C) NA ÚROVNI PŘÍPADŮ

- 1) Zajišťovat, aby každý klient měl svého case managera.
- 2) Dohlížet na rovnoměrné rozdělení práce.

## 5. TVORBA OPTIMÁLNÍ KULTURY TÝMOVÉ PRÁCE

Koordinátor může vhodným řízením práci týmu výrazně zlepšit. Provençal<sup>132</sup> varuje před autokratickou hrůzovládou a vedoucími, kteří se pro úspěch týmu snaží hromadit znalosti, moc a vliv, a doporučuje, aby vedoucí komunikovali jasně, v zájmu týmových cílů a dokázali u členů posilovat pocit, že se s nimi počítá. Měli by umět ocenit práci členů a zdůrazňovat jejich úspěchy. Vědomí obtíží, účast na úspěších i selháních týmu a ocenění práce kolegů jsou jednoduché, ale účinné způsoby posílení morálky, na nichž se mohou a mají podílet všichni členové týmu.

Je důležité vytvořit atmosféru, v níž mohou být pracovní problémy otevřeně probírány, a vyhnout se zmíněné „chlapácké kultuře“. Koordinátor může ostatním ukázat, že mluvit o svých pocitech nedostatečnosti, beznaděje či únavy je podstatnou součástí „profesionality“, a zdůrazňovat tak, že každý z členů týmu má jedinečné, nikoli však neomezené schopnosti.

Watts a Bennett<sup>133</sup> zdůrazňují, že vedoucí týmu má být přístupný, přátelský a schopný chápat různá hlediska uvnitř týmu. Ukazatelem úspěšnosti v této oblasti je přístup k „nejméně oblíbeným spolupracovníkům“ – měli by mít pocit, že jsou hodnoceni spravedlivě a že nejsou utiskováni nebo vyřazováni.

## 6. CO DĚLÁ DOBRÉHO KOORDINÁTORA?

Naprostou nejdůležitější kvalifikací pro koordinátora je důvěryhodnost v očích členů. Ta vychází z jeho schopností, z toho, zda byl vybrán týmem nebo dosazen zvenku, a z toho, jak dodržuje normy a hodnoty týmu.<sup>134</sup> Kandidát má výhodu, má-li dobrou praxi, klinickou zkušenost a pokud se účastnil vývoje služby. Koordinátoři *EIS týmu* byli proto vybíráni ze služebně nejstarších členů týmu. V boleslavském týmu se stala koordinátorem všemi respektovaná psychiatrická, již všichni znali ze společné práce v nemocnici a později z denního stacionáře, který vedla.

Kultura týmové práce je dána spíše osobními vlastnostmi koordinátora než profesním původem. Řada dovedností je však totožná s rolí trenéra, učitele, lektora. Rozumět procesu učení a skupinové dynamiky je výhodou. Podle Onyetta<sup>135</sup> může být vhodným koordinátorem psycholog, ale připouští i příslušníky jiných odborností; tvrdí však, že nevhodnou profesí je lékař, má totiž specifickou roli: okolí týmu i někteří členové (hlavně ti, kteří pracovali ve zdravotnických institucích) často nevědomě očekávají, že týmový psychiatr bude v klinických rozhodnutích konečnou instancí. Uznání nedělitelné klinické odpovědnosti je podle něj nelegitimní a vede ke zmatku a konfliktům, a pokud se navíc smíchá s neurčitě vymezenou rolí vedoucího, je situace dvojnásob kalamitní. Protože pro týmovou práci je důležitá atmosféra rovnoprávnosti, která není součástí tradiční role lékařů, je bezpečnější nestavět je do křehké role koordinátorů.

Ač jsou Onyettovy argumenty v mnohém správné, je třeba si uvědomit i další souvislosti. Jeho práce pochází z období před deseti lety, kdy v Británii docházelo k výrazné změně zdravotního systému a kdy konzervativní strana reformovala příliš nákladný systém rozdělením na část nakupující služby a na poskytovatele služeb (tzv. vnitřní trh). Nový systém potřeboval hlavně manažery a lékaři byli vůči těmto změnám v opozici. Ve stejné době v USA popisuje Jabit-sky<sup>136</sup> úbytek lékařů ve vedoucích pozicích týmů, opět jako následek ekonomické reformy.

Dnes již opět mnoho podobných, plně funkčních služeb v Anglii i USA řídí lékaři. Lze uvažovat o tom, že mladí lékaři v těchto zemích jsou pro role vedoucích týmů připravováni jinak či prostě jen měli čas přizpůsobit se. V českých zemích je role lékařů tradičnější a konflikt rolí lékaře a koordinátora může pravděpodobně přinášet některé Onyette m zmíněné potíže. Je však třeba si uvědomit, že lékař v roli vedoucího týmu dává týmu statut zdravotnické služby, zvyšuje její důvěryhodnost ve vztazích s ostatními zdravotnickými zařízeními a jeho zařazení do týmu je podmínkou smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou.

· C ·

## ÚKOLY VEDENÍ AGENTURY

Vedení agentury má za úkol udržovat službu v chodu, zajišťovat finanční prostředky a zabývat se širšími strategiemi. Koordinátor týmu může být podřízený jednomu řediteli agentury nebo řídicí skupině složené z ředitelů jednotlivých služeb. Společná řídicí skupina je vhodná tam, kde je tým složen z pracovníků z různých agentur, nebo tam, kde tým poskytuje služby převážně klientům, o něž se současně starají další agentury. Vznikne-li společná řídicí skupina, je třeba, aby byl vytvořen jasný mechanismus rozhodování, a bývá také výhodné určit v této skupině osobu, která nese konečnou odpovědnost a na niž se obrací koordinátor týmu. Londýnský *EIS tým* měl řídicí skupinu složenou z odborných vedoucích všech zúčastněných odborností, rodinného lékaře zastupujícího primární péči, zástupce zdravotního odboru regionální veřejné správy a zástupce uživatelského hnutí (MIND), koordinátora týmu a vedoucího řídicí skupiny. Ten měl konečnou odpovědnost za vedení služby a řídicí skupina pracovala jako jeho poradní orgán. Boleslavský tým byl řízen správní radou, do níž byli přizváni zástupci všech zdravotních a sociálních služeb a institucí, s nimiž tým spolupracoval.

Ředitel agentury hraje v případě koordinovaných týmů spíše roli facilitátora než typického výkonného ředitele. Podobně jako odborní vedoucí jednotlivých profesí, může i ředitel agentury oslabit autonomii týmu tím, že si ponechá přílišnou míru kontroly nad každodenním fungováním. Měl by však mít dostatek kontroly a moci, aby mohl zasáhnout v případech, že koordinátor selhává

a nedaří se mu dosahovat dohodnutých výsledků. Spolu s odbornými vedoucími by si měl podržet dostatek autority, aby dokázal získat a motivovat členy týmu.

Součástí vedení je i posilování role koordinátora – radami, informacemi, podporou a umožněním přiměřené samostatnosti. K tomu patří i jednoznačné vymezení finančních prostředků, které může koordinátor pro tým využívat. Onyett zdůrazňuje, že o případném krácení prostředků je vhodné otevřeně informovat všechny členy týmu; takto sdílené informace a odpovědnost umožnily, že si *EIS tým* v období finanční krize sám dokázal najít vhodné prostory mimo nemocnici. Je však třeba si uvědomit, že poskytovat týmu dostatek příležitostí podílet se na řešení problémů neznamena prostě přenést odpovědnost za obtížná rozhodnutí hlavního vedení na úroveň týmu a fakticky tak řízení zrušit. Když boleslavský tým ukončil období financované ze zahraničního grantu a složitě hledal standardnější možnosti financování, zdálo se, že příliš mnoho informací o finanční nejistotě pracovníky spíše zneklidňuje a demotivuje.

Vedení agentury může mít roli nárazníku proti silám, které by mohly tým vytlačovat ze systému péče, obvykle alespoň v začátcích služby. Londýnský *EIS tým* zpočátku přitahoval zjevné nepřátelství některých poskytovatelů, protože nový přístup reprezentovaný týmem vnímali jako kritiku vlastní praxe. V modelovém projektu byla stejně jako v chicagském *Mostu*<sup>137</sup> věnována velká pozornost situacím, kdy práce týmu interferuje s již existujícími terapeutickými vztahy nebo je chápána jako přetahování klientů. Poskytovatelé služeb ve státním sektoru měli tendenci vášnivě bránit to, co považovali za své teritorium, ačkoli současně nedokázali zvládnout nápor práce a měli dlouhé čekací doby na přijetí do péče. S podobnými, ne však příliš dramatickými potížemi se potýkal na počátku i boleslavský tým – vedení psychiatrické léčebny se obávalo možných právních potíží při předávání klientů do péče týmu a někteří ambulantní psychiatři zpočátku cítili potřebu plně tým kontrolovat a stavěli se do pozice „všechno nebo nic“. Většinu těchto problémů se však vedení týmu dařilo rychle a efektivně řešit vyjednáváním a vysvětlováním.

Onyett popisuje další úlohy vedení agentury: vytvářet pravidla práce a zejména fungovat jako poslední instancce při řešení sporů mezi týmem a odbornými vedoucími. V boleslavském týmu, jehož koordinátorem byl psychiatr, k takovým konfliktům téměř nedocházelo.

Rozvoj služeb mohou nepřímo, ale velice účinně ovlivňovat i instituce, které služby financují. Nové služby mohou být dočasně chráněné před konkurencí ostatních poskytovatelů tím, že mají zajištěno kontinuální financování, dokud se dostatečně nezavedou. Kromě finančních podmínek je možné zvýhodnit začínající službu tím, že je na počátku obsazena vysoce kvalitním personálem. Ten kdo služby financuje, by měl smluvní podmínky nastavit tak, aby chránil uživatele služeb před výpadky v péči způsobené tím, že služby vznikají a zanikají pouze na základě výkyvů trhu.

## · D · SHRNUTÍ

Tato a předchozí kapitola popisují takové metody struktury a fungování týmů, které směřují k rovnováze mezi autonomií a řízením, a to jak na úrovni jednotlivých case managerů, tak celých týmů. To vyžaduje od koordinátorů i ředitelů agentur otevřenou komunikaci, ne autoritativní. Principy case managementu, jako přenášení odpovědnosti, dostupnost, osobní kontakt, orientace na potřeby a schopnosti a upřímnost v otázkách týkajících se zdrojů, jsou účelné a účinné i na úrovni řízení týmů.

## · III ·

# VÝVOJ VYSOCE KVALITNÍCH SLUŽEB

## · A ·

### ZÁRUKA KVALITY A CASE MANAGEMENT

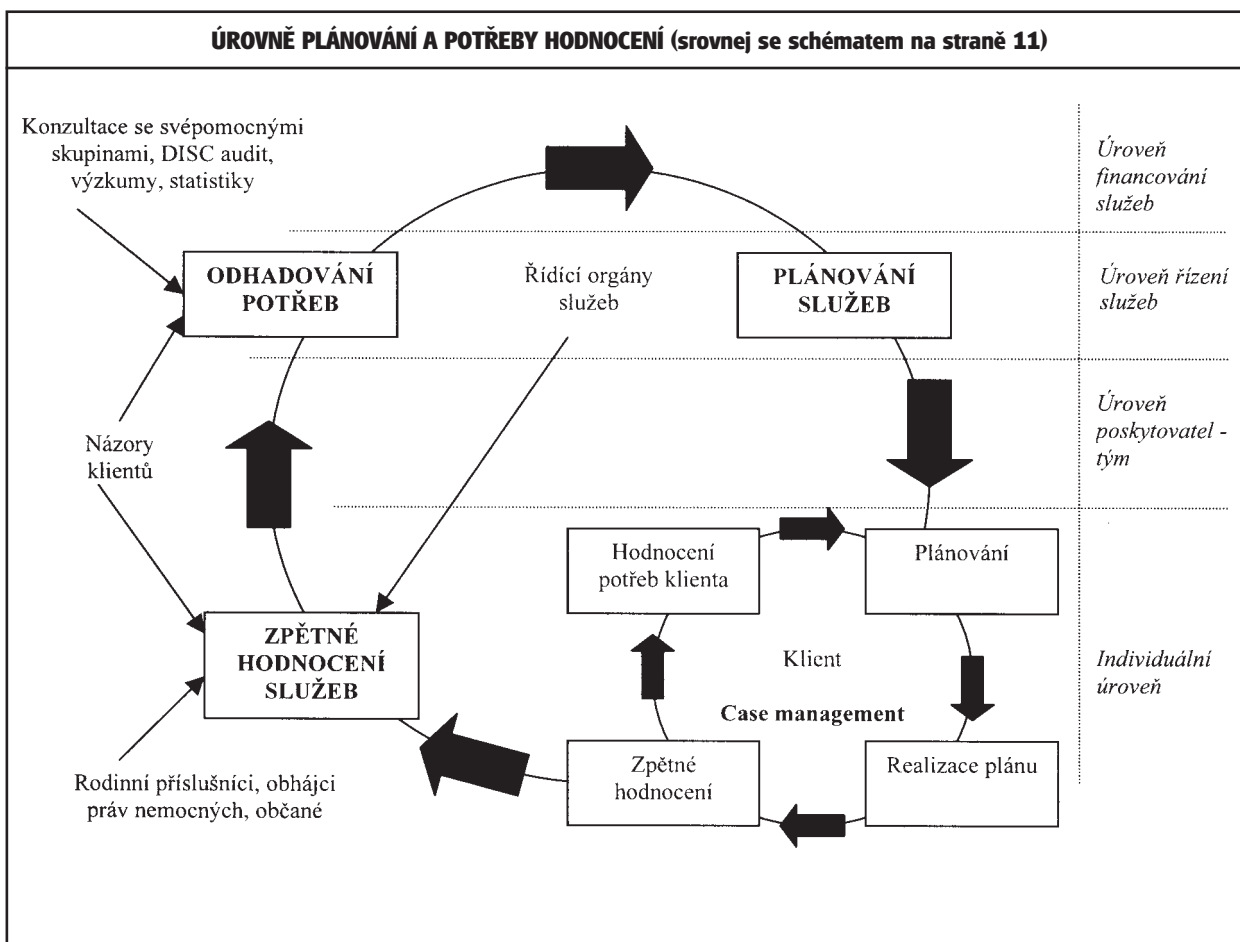
Case management sám o sobě nemusí vést ke kvalitní službě, není-li realizován v celkovém rámci, který podporuje hodnocení kvality. To bývá považováno za cosi tajemného a výjimečného, odtažitého od reality každodenní práce s klientem. V této kapitole přijímáme velmi jednoduchou definici kvality: kvalitní služba je ta, která využívá co nejlépe dostupné zdroje, aby dosáhla pro klienty co nejlepších výsledků. Samotný case management je cyklický proces, který zajišťuje klientovi pozitivní výsledek. Obdobný proces je možno využít na vyšší úrovni řízení organizace k zajištění kvality.

Zajišťování kvality může být chápáno jako celý proces, jehož pomocí je možné usilovat o vysoce kvalitní službu, nebo v užším pojetí jako informace potřebné pro tento proces. V následujícím textu budeme vycházet z prvního pojetí a budeme pohlížet na zajišťování kvality v pojmech základních úkolů case managementu: hodnocení, plánování, uskutečňování, monitorování a zpětné přehodnocování.

#### 1. HODNOCENÍ

Case management začíná tím, že se ptáme konkrétního uživatele služby na jeho potřeby. Stejně otázky však můžeme v určitém čase položit všem uživatelům určité služby a nebo všem obyvatelům určité oblasti. Následující tabulka vyjmenovává informace potřebné k tomu, aby bylo možné podporovat kroky vedoucí k pozitivním výsledkům na těchto třech úrovních (úroveň praktické práce s klientem, úroveň poskytovatele služby a úroveň financování služeb). Následující schéma (které je doplněním obrázku uvedeného na straně 11) ilustruje způsob získávání těchto informací.

| ÚROVNĚ AKTIVITY A POTŘEBA INFORMACÍ   |   |  |
|---|---|--|
| Úroveň a otázka   | Kroky k lepším výsledkům  | Potřebné informace   |
| <p><b>Regionální instituce odpovědná za financování služeb</b><br/>Jak lépe uspokojit potřeby obyvatel regionu?</p> | <p>Potřeby všech, kterým jsou poskytovány služby<br/>Vyhodnocování poskytovaných služeb tím, že jsou jejich výsledky a cílové aktivity porovnávány s uznanými standardy.<br/>Potřeby těch, kterým dosud nejsou poskytovány služby.<br/>Popis populace, která nesplňuje kritéria pro poskytnutí pomoci prostřednictvím case managementu<br/>Potřeby tréninku v existujících službách</p> | <p>Podpora inovací.<br/>Vývoj uzavíraných smluv.<br/>Vypisování výběrových řízení na nové kontrakty.<br/>Zavádění a vývoj systému vzdělávání personálu.<br/>Nepřetržitý trénink personálu.<br/>Nepřetržitě vyhodnocování potřeb regionu.</p>           |
| <p><b>Poskytovatel služby / tým</b><br/>Jak lépe uspokojit potřeby cílové skupiny služby?</p>                       | <p>Shrnuté individuální plány péče.<br/>Zpětné vazby od skupin uživatelů a rodinných příslušníků, orgánů pro hodnocení služeb a dalších důležitých zdrojů.<br/>Kritéria pro testování přiměřenosti poskytovaných služeb.<br/>Potřeba výcviku (přímých poskytovatelů péče i vedoucích pracovníků).<br/>Objem poskytovaných služeb.</p>   | <p>Změny v praxi či řízení (například nová kvalifikační kritéria).<br/>Trvalé podporování mechanismů zpětné vazby od klientů a jejich rodinných příslušníků.<br/>Zavádění a vývoj systému vzdělávání personálu.<br/>Nepřetržitý trénink personálu.</p> |
| <p><b>Case manager–klient</b><br/>Jak lépe uspokojit potřeby tohoto určitého klienta?</p>                           | <p>Individuální plán péče, který zdůrazňuje oblasti uspokojených a neuspokojených potřeb. Může obsahovat i informace od obhájce práv klientů.<br/>Znalosti, dovednosti a zkušenosti case managera, jeho vedoucích a dalších regionálních poskytovatelů služeb.</p>  | <p>Změny používaných praktik.<br/>Přístup k novým zdrojům.<br/>Nepřetržitý trénink personálu.</p>  |





## 2. PLÁNOVÁNÍ

Na základě hodnocení se musí organizace rozhodnout, jakých výsledků chce dosahovat a jaké postupy k tomu zvolí. Na praktické úrovni je toto rozhodnutí obsaženo v individuálních plánech péče. Na úrovni poskytovatele řeší tyto otázky dokument pracovní strategie agentury. Na úrovni financování služeb je tato problematika řešena smlouvami, které instituce odpovědná za financování služeb uzavírá s agenturami poskytujícími péči. Tyto smlouvy by měly být uzavírány na základě místního nebo oblastního plánu služeb a ve shodě s ním.

Smith a Mansell<sup>138</sup> doporučují, aby tyto smlouvy obsahovaly specifické výkonnostní ukazatele, kterými je možné měřit dosažené výsledky. Například nástroje k hodnocení účelné a stabilní pracovní rehabilitace mohou být zpětné informace od klientů, kteří program absolvovali, a sledování doby, po kterou se udrží v dalším zaměstnání.

## 3. REALIZACE PLÁNŮ

Poté, co se rozhodneme pro určité cíle a postup, jak jich dosáhnout, je třeba prakticky realizovat potřebné kroky. Organizace musí změnit svou práci na řadě úrovní tak, aby byla schopná přizpůsobit se změnám požadavků. K tomu je třeba práci organizace průběžně inovovat. Inovací se v tomto smyslu myslí každá změna, které má vést ke zlepšení výsledků – „cílené a systematické vnášení nápadů, procesů, nástrojů a metod do jednotlivých pracovních rolí, pracovních skupin nebo do celé organizace, které přináší zjevný prospěch jednotlivcům, skupinám, organizaci nebo širší společnosti“.<sup>139</sup> Trénink a vzdělávání je jedním z příkladů inovačních postupů, který vybavuje personál hodnotami, znalostmi a dovednostmi vhodnějšími a přiměřenějšími úkolům, které plní.

## 4. MONITOROVÁNÍ

Rozhodujícím znakem efektivní organizace je to, zda je schopna se učit.<sup>140</sup> K tomu je třeba, aby na všech úrovních fungovaly zpětné vazby. V praxi je většina metod monitorování shodná s metodami hodnocení. V obou případech mohou být pro klienty i personál základním zdrojem informací. Hodnocení a monitorování by ovšem měly být součástí téhož kontinuálního procesu.

## 5. ZPĚTNÉ HODNOCENÍ

Zpětné hodnocení výsledků vyžaduje hodnotící soud ze strany klíčových osob. Zásadní otázkou pak je, kdo jsou tyto klíčové osoby. Harrod<sup>141</sup> dokazuje, že většina zmatků ve vymezení vhodné a přiměřené praxe case managementu pramení z toho, že nejsou rozlišeny požadavků financovatelů, poskytovatelů a uživatelů (a jejich rodinných příslušníků) služeb.

Co znamená vysoce kvalitní služba závisí od toho, z jaké pozice se na službu díváte. Jako klient můžete kvalitní službou či agenturou mínit takovou službu nebo agenturu, která vám nabízí možnost něco zajímavého a smysluplného během dne dělat. Jako zaměstnanec agentury můžete jako zvýšení kvality služby vnímat zvýšení prostředků, které můžete využít k úhradě vašich cestovních nákladů. Služba nemusí vždy nevyhnutelně klást potřeby klientů na první místo a v takových případech je zvláště zřetelné, že každá služba by měla mít jasné a zřetelně definovaný účel (nebo „poslání“), jehož nejpodstatnější částí je odpovídat na potřeby klientů. Každá služba by také měla být hodnocena zvenku.

· B ·

## POUŽÍVÁNÍ INFORMACÍ

Množství informací, s nimiž je třeba pracovat při hodnocení kvality služby, je obrovské. Každý vedoucí služby potřebuje přehled o minulosti, současném stavu a výhledech do budoucna a každá činnost na libovolné úrovni organizace vyžaduje informace a také informace vytváří. Existuje mnoho typizovaných metod hodnocení kvality nabízejících hotové návody, jak informace vybírat, zpracovávat a srovnávat. Rizikem je, že se důležité (anebo také nepohodlné) informace v průběhu zpracování ztrácejí. Smith a Mansell<sup>142</sup> uvádějí, že vhodný systém hodnocení kvality často chybí proto, že převládne naivní snaha najít jednoduché a snadno srovnatelné ukazatele kvality a že se prosadí tendence zdůrazňovat cílové aktivity (například „pracovně zařadit 40 klientů ročně“) místo cílů v užším slova smyslu (například „zajistit klientům smysluplné, účelné stabilní pracovní zařazení“). U vlastních cílů je totiž obtížnější definovat indikátory kvality.

Pokud se jasné určí odpovědnost za sběr, porovnávání a zpřehledňování informací, obvykle přestane být jejich objem tak děsivý. Je třeba, aby organizace uměla v rámci své hierarchické struktury předávat informace zdola nahoru i opačně a aby dokázala využívat relevantní informace v procesu plánování.

### 1. POTŘEBY HODNOCENÍ A MONITOROVÁNÍ

Obrázek na straně 57 ukazuje různé zdroje informací v určitém místě. Součástí jsou statistické informace, za jejichž zpracování odpovídá regionální zdravotnický odbor státní správy. Musí však být doplněny kvalitativními metodami, které informace zpřesní. Následující text uvádí zdroje, které je možné použít v procesu kontinuálního hodnocení a monitorování.

#### A) INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ SLUŽEB

Praxe case managementu dává jeden z hlavních zdrojů informací o naplněných a nenaplněných

potřebách lidí, kteří již jsou v kontaktu se službou. Informace z individuálních plánů péče lze sumarizovat do přehledu, jaké potřeby klientů služba naplňuje a v jakém rozsahu (viz tabulku a obrázek na straně 57).

#### B) ZPĚTNÁ VAZBA OD KLIENTŮ A RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Pokud je case management realizován na principu partnerské spolupráce s klientem, maximalizuje se zapojení klientů a rodinných příslušníků do procesu vytváření individuálních plánů péče, a tak je zpětná vazba obsažena již přímo ve vlastní službě. Partnerskou spolupráci lze ještě posílit zapojením nezávislých obhájců zájmů klientů, jejichž pohled je součástí hodnocení výkonu služby. Práce s individuálními plány péče může být doplněna dalšími formami zpětné vazby (například dotazníkem hodnotícím službu). Pokud však case management zdůrazňuje potřebu vztahu mezi klientem a case managerem, bylo by naivní očekávat, že klient poskytne nezátíženou a nezkradenou zpětnou vazbu, aniž by bylo třeba použít doplňujících postupů.

Nezkreslené informace od klientů nemůže získat služba sama, ale jejich sběr musí zajistit agentura odpovídající za financování služby a musí zajistit klientům důvěrnost informací. Lynch a Kruzich<sup>143</sup> zkoumali pohled klientů tak, že používali anonymní diskusi ve skupinách orientovanou na řešení problému. Z diskusí byl vyloučen personál. Lze také použít postup využívající strukturovaná cvičení pro klienty, která mají za úkol přesně zobrazit jejich požadavky a preference.<sup>144</sup> Pro hodnocení kvality služeb je také významné to, zda si mohou klienti stěžovat.<sup>145</sup> Způsob podávání stížností by měl být klientům snadno dostupný a neměl by je zastrášovat. Je třeba si uvědomit, že každá služba je vytvářena pro lidi (včetně personálu) a proto by mělo být vždy možné anonymně „odpískat faul“.

#### C) UŽIVATELSKÉ A RODIČOVSKÉ SKUPINY

Ačkoliv skupiny uživatelů mohou být velmi různé, obvykle výrazně usnadňují přístup klientů k plánování a rozvoji služeb. U case managementu, který je orientován přísně individuálně a odehrává se mimo institucionální prostředí, je však zapojení skupin velmi problematické. Skupina uživatelů lůžkového zařízení, denního stacionáře nebo klubu sdílí určité sociální a fyzické prostředí, a má tedy společnou zkušenost. Zkušenost klienta v case managementu je však obvykle vztah s jedním či dvěma case managery. Představa, že by tato zkušenost mohla klienta spojovat s jiným klientem, který má obdobný vztah s jiným case managerem, není příliš věrohodná.

Je možné tvrdit, že posilování individuálně orientovaných přístupů – asistence šité na míru, case managementu – může klienty oslabovat tím, že jim brání sejít se s dalšími lidmi, kteří mají podobnou zkušenost, problém, názory a zájmy. Argumentem proti bývá, že spojení s dalšími lidmi, kteří jsou také handicapovaní, může vést naopak k prohloubení vlastního handicapu.<sup>146</sup> V této debatě je ovšem zásadní to, zda si klient může vybrat. Proto je třeba, aby klienti měli nejen možnost sdružovat se do skupin, ale aby existovaly i další cesty, jak může klient projevit svůj nesouhlas se službami.

Zásadní otázkou je podíl klientů na rozhodování a ten by měl být přinejmenším stejný, jaký je přiznán ostatním zúčastněným. Onyett zmiňuje, že když se v EIS týmu jednalo o zařazení klientů ze svépomocné skupiny do řídicí skupiny, namítali členové týmu, že mají pochybnosti o tom, jak byli tito lidé nominováni a nakolik jsou oprávněni reprezentovat zájmy ostatních „méně ukřivených“ klientů. K ostatním členům řídicí skupiny nikdo podobné námitky neměl, ačkoli by je jistě bylo možno také vznést.<sup>147</sup> Vzhledem k různorodosti klientské populace je jistě nerealistické předpokládat, že jakýkoli klient může reprezentovat zájmy celé skupiny, ale i informace o jeho vlastních osobních zájmech má hodnotu.

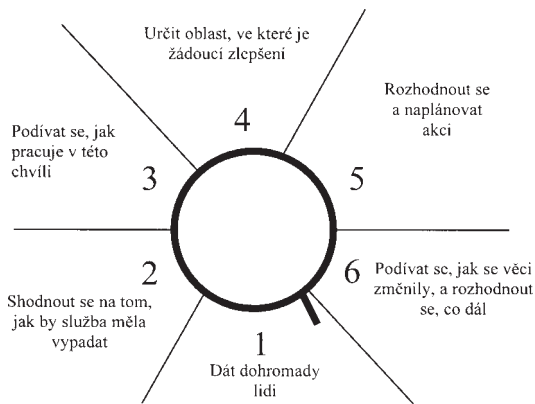
Ačkoli v EIS týmu nevznikla svépomocná skupina uživatelů spolupracujících s týmem, case manageri pracovali s motivovanými klienty na vytváření uživatelských skupin v jednotlivých lokalitách a ve službách, k nimž se klienti dostali prostřednictvím case managementu. Nevýhodou tohoto postupu bylo ovšem to, že tyto skupiny nemohly modelovému týmu poskytovat zpětnou vazbu.

#### D) SKUPINY PRO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY

V Norah Fry Research Centre<sup>148</sup> byl vyvinut způsob hodnocení prostřednictvím pravidelných skupinových setkání na úrovni poskytovatelů. Skupiny vždy zahrnovaly zástupce uživatelů (někdy v doprovodu dalších lidí, kteří je posilovali) a jejich úkolem bylo posoudit pokus o zlepšení výkonu služby z pohledu uživatelů. Kritéria kvality byla stanovena na základě výstupů poskytovaných klientům. Do skupin byli zařazeni také pracovníci přímo vykonávající péči. Cílem bylo zainteresovat je na zlepšení služby, kterou poskytují. Proces zvyšování kvality práce ve skupině (viz obrázek na další straně) byl řízen vedoucím skupiny.

Ten sezval všechny osoby relevantní pro řešení problému. Skupina potom hodnotila současný výkon služby, určila priority potřebných změn a odsouhlasila realizační plán změny. Na konci každého cyklu skupina znovu přehodnotila vý-

kon služby a proces se opakoval. Práce skupin byla významně postavená na cvičeních a příkladech a vedoucí skupin byli vybaveni podrobnými metodickými materiály pro vedení skupiny.



K tomu, aby metoda byla efektivní, bylo třeba získat souhlas a aktivní podporu nejvyšších vedoucích služeb. Úkolem koordinátora bylo průběžně informovat vedení služby a zajišťovat podporu vedoucích skupin pro zvyšování kvality.

Tyto skupiny pro hodnocení a zvyšování kvality byly využity ve službách pro mentálně postižené, lze je však použít i ve službách pro dlouhodobě a těžce duševně nemocné. Existence takové metody se může stát například jednou z podmínek uzavření smlouvy na poskytování služby.

Pokud je tento způsob používán dohromady s case managementem, je pravděpodobné, že zájem skupiny pro zlepšení kvality přesáhne rozsah samotného case management týmu a zahrne i další služby, s nimiž tým spolupracuje. Je však třeba, aby se skupina nezměnila v psychologickou skupinu zabývající se otázkami, jak se klient může kontaktovat s dalšími službami.

#### E) OBHAJOMA PRÁV UŽIVATELŮ

Občanská obhajoba práv (*advocacy*) v Anglii je podobnou činností, jakou by v českých zemích měli vykonávat ombudsmeni. V zásadě znamená, že vážení občané, kteří za tuto práci nejsou placeni a jsou nezávislí na systému služeb, navazují vztahy s osobami, kterým hrozí vyloučení ze společnosti, pokoušejí se porozumět jejich problémům a zastupovat jejich zájmy tak, jako by šlo o jejich vlastní nároky či potřeby. Tak těmto lidem pomáhají a současně obrací jejich pozornost k životu běžné komunity.<sup>149</sup> Case manažeři jsou jako profesionálové pro roli nezávislého obhájce diskvalifikováni. Starají se však, aby se klienti dostali do kontaktu s občanskými obhájci. Obhájci práv jsou začleňováni do struktur hodnocení kvality služeb. V roce 1989 existovalo asi tucet modelů občanské obhajoby práv v Británii a kolem 200 ve Spojených státech, Kanadě a Austrálii.<sup>150</sup> Občanská obhajoba práv a case management se vhodně doplňují, protože obojí je zaměřeno přísně indivi-

duálně. Občanská obhajoba práv však musí být nezávislá, co se týče financování, administrativy i umístění, a není zcela jasné, z jakých prostředků má být tato forma pomoci financována.

#### F) ZPĚTNÁ VAZBA OD MÍSTNÍCH POSKYTOVATELŮ SLUŽEB

Poskytovatelé služeb jsou významným zdrojem informací o kvalitě služby, neboť jí doporučují své klienty. Londýnský *EIS tým* oběsílal okolní poskytovatele služeb dotazníkem, který byl zaměřen na tuto problematiku. Dotazník měl podobu modelových výroků, s nimiž respondenti vyslovovali souhlas či nesouhlas. (Například: *Klienti doporučení do péče týmu bývají výsledkem zklamání* nebo *Doporučení klienta do péče týmu je snadné*.) Boleslavský tým organizoval dvakrát ročně setkání s co nejšířší skupinou poskytovatelů služeb v regionu, jehož účelem bylo získat návrhy na zlepšení práce týmu. V mnoha případech je však výhodnější, když takový průzkum organizuje přímo instituce odpovídající za financování služeb.

Je možné získat i zpětnou vazbu ze služeb, z nichž nejsou doporučováni klienti. Z těchto lze získat informace týkající se nenaplněných potřeb cílové skupiny nebo naopak duplicitu služeb.

### · C · SHRnutí

Hodnocení kvality služeb tak, je pojato v této kapitole, je kontinuální proces zahrnující fáze sběru potřebných informací, jejich vyhodnocení a plánování, uskutečnění změny a zpětné vyhodnocení. Kapitola se podrobněji zabývá nejdůležitějšími zdroji relevantních informací, kterými jsou uživatelé služeb (jedinci i svépomocné organizace) a poskytovatelé služeb. Stručně jsou popsány některé metody sběru informací.

Za povšimnutí nepochybně stojí skutečnost, že hodnocení kvality služeb je z velké části založeno na tzv. měkkých metodách hodnocení (soft evaluation). Termín měkký v tomto kontextu vyjadřuje dvě skutečnosti:

- 1) hodnocení je založeno na kvalitativních a často méně přesných údajích, než jsou „tvrdá“ statistická data,
- 2) účelem hodnocení bývá spíše pozitivně motivovat služby ke zlepšení než nacházet nedostatky a sankcionovat je.

Měkké metody hodnocení zdravotnických služeb se začaly objevovat v sedmdesátých letech v Británii a Spojených státech, tedy v zemích, kde existovaly integrované regionální systémy péče. V Kanadě se začaly používat o deset let později, kdy reforma velmi centralizovaného financování výrazně zvýšila autonomii jednotlivých regionů v otázkách volby, jaké služby organizovat a jak je financovat.<sup>151</sup>

# •IV•

## PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI



## · I · ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOSTI

Tato kapitola popisuje řadu projektů, které použily různé modely case managementu. Všechny užívají základní prvky vyšetření, plánování, realizace plánu, monitorování a zpětného hodnocení. Jinak se však liší. Některé například využívají asertivní přístup k práci s klienty v jejich domovech, jiné zahrnují primárně terapii, další pracují jako obhajoba práv klientů při užívání služeb, některé dávají case managerům odpovědnost za rozdělení finančních prostředků a další pracují se společnou odpovědností v multidisciplinárním týmu. Vzhledem k tomu, že modely jsou tak rozdílné, není možné definitivně posoudit účinnost case managementu a určit jediný správný způsob, jak má být v praxi prováděn,<sup>152-155</sup> a další. Možnosti reprodukovat modelové programy a zobecnit je jsou velmi omezené, neboť každý model přináší nějakou novou iniciativu a je prakticky nemožné rozlišit, které výsledky přináší určité uspořádání služby a které jsou dány zejména lidmi, již službu provozují. Na každý model je třeba pohlížet jako na celek včetně jeho organizačních souvislostí a kulturního základu.<sup>156</sup>

Abychom určili základní součásti určité služby, je nutné:

- 1) jednoznačně a podrobně popsat praxi služby,
- 2) prosadit, aby zamýšlená praxe byla realizována tak, jak byla plánována,
- 3) jasně vymezit cílovou skupinu,
- 4) zajistit, aby služba skutečně pracovala pro tuto cílovou skupinu,
- 5) zjistit, jak služba v praxi mění chování cílové skupiny,
- 6) zjistit, které aspekty služby souvisejí se změnami chování cílové skupiny, což znamená
- 7) odlišit efekt služby od výsledků jiných změn v prostředí uživatelů.

Vyhodnotit experimentální model je velmi složitý úkol, který vyžaduje velmi přesné a složité dlouhodobé vyhodnocování. Poučit se ze zkušeností modelů využívajících case management znamená vzdát se snahy hledat ideální model vhodný k reprodukování a volit pragmatictější přístup. Určité obecné závěry lze udělat z výzkumných dat, stejně užitečné je však čerpat ze zkušeností samotných praktických provozovatelů služeb – proč právě jejich určitá práce byla úspěšná v jejich určitých podmínkách.

Dostatečně dokumentovaných modelů je v literatuře omezené množství a novější americké práce většinou charakterizují službu mírou shody s Madisonským PACT modelem. Kapitola proto přejímá výběr služeb publikovaný Onyetteem.<sup>157</sup> Služby popsané v dalším textu jsou rozděleny podle cílové skupiny klientů.

## · A · NÁHRADA ZA NEMOCNIČNÍ PÉČI U LIDÍ SE ZÁVAŽNÝMI A DLOUHODOBÝMI DUŠEVNÍMI POTÍŽEMI

### I. TRÉNINK ŽIVOTA V KOMUNITĚ (*Training in Community Living* – TCL), Madison, USA; *Psychiatric Assertive Community Treatment* (PACT)

Ačkoli se nejedná o první studii hledající náhradu za psychiatrickou hospitalizaci, měl projekt TCL v Madisonu (stát Wisconsin) v USA velký význam a byl replikován v USA, Austrálii a Velké Británii. V popisu projektu se termín case management ještě neobjevuje,<sup>158</sup> přesto projekt TCL obsahuje řadu myšlenek, které následně formovaly základ „asertivního case managementu“ – způsobu, jak dostat službu do místa, kde klient žije a pracuje, a aktivně zapojit klienta do spolupráce. V pozdější literatuře je projekt zmiňován jako PACT model (*Psychiatric Assertive Community Treatment*) a pod tímto označením je znám široké profesionální veřejnosti a dodnes slouží jako standard pro modely komunitní péče.

Práce se odehrávala v domovech klientů a na jejich pracovištích. Služba nabízela komplexní individuální vyšetření a pracovala jako spojovací článek, který koordinoval veškerou péči poskytovanou duševně nemocným v regionu do rozumného celku. Každý z klientů měl individuální program s pokrytím 24 hodin denně po 7 dní v týdnu. Velké úsilí bylo věnováno vyhledávání pracovních míst nebo chráněné práce a pracovníci TCL se spojovali se zaměstnavateli a pomáhali řešit problémy na pracovištích klientů. Pozornost byla věnována také učení a pomoci při činnostech všedního dne, konstruktivního využívání volného času a rozvoji sociálních dovedností. Zejména tyto činnosti byly zaměřeny na klientovy silné stránky spíše než na patologii či handicap. Služba podporovala zapojení rodinných příslušníků a dalších osob z okolí klienta. Pokud se klient někam nedostavil, navštívil ho pracovník doma, aby mu pomohl překonat překážky, které by mu mohly bránit v účasti na programu. V rámci služby byla podávána běžná medikace klientům s diagnózou schizofrenie a MD psychóza a byl pečlivě monitorován jejich zdravotní stav.

Pro hodnocení služby bylo vytvořeno toto uspořádání: Obyvatelé cílové oblasti ve věku 18–62 let přicházející k psychiatrické hospitalizaci byli náhodně rozdělováni do programu TCL a do kontrolní skupiny. Kontrolní skupina byla léčena v nemocnici s následnou ambulantní péčí. Nemocniční i následná péče měly vysoký standard kvality a dostatek personálu. Přibližně polovina ze souboru 130 klientů měla diagnózu schizofrenie, průměrně absolvovali již 5 hospitalizací a v psychiatrických institucích strávili 14,5 měsíce. Pouze 17 % nebylo dosud hospitali-

zováno. Průměrný věk byl 31 let, 55 % byli muži a 73 % souboru byli lidé žijící sami (svobodní, rozvedení). Během 14 měsíců studie bylo k hospitalizaci přijato jen 12 ze 65 klientů TCL, zatímco v kontrolním vzorku bylo hospitalizováno 58 ze 65. Počet rehospitalizací v prvním roce byl 6 % v TCL proti 58 % v kontrolním vzorku. Klienti TCL čerpali méně zdravotní péče od dalších poskytovatelů, dostávali se vzácněji do konfliktních situací, byli kratší dobu nezaměstnaní, více času trávili v chráněné práci. Klienti TCL byli průkazně spokojenější se svou životní situací, ačkoli nebyly významné rozdíly v kvalitě jejich sociálního prostředí. Mezi skupinami nebyl významný rozdíl v množství předepisovaných léků, klienti TCL si však častěji na medikaci stěžovali. Klienti TCL měli méně příznaků onemocnění a nestávali se větší zátěží pro rodinu a okolí měřeno takovými ukazateli, jako je množství zatčení či zásahů policie, vyhrožování sebevraždou nebo frekvencí návštěv na zdravotnické pohotovosti. Jako celek přinášel program TCL náklady a zisky, zisky však převažovaly, a to dokonce i při sledování výhradně ekonomických (a nikoli i sociálních) faktorů.<sup>159</sup> Když byl program ukončen, výrazně stoupl množství symptomatologie a počty hospitalizací a snížila se ochota či schopnost domluvy.

## 2. KOMUNITNÍ LÉČEBNÝ TÝM (*The Community Treatment Team – CTT*), New South Wales, Australia

Madisonský projekt zopakoval Hoult<sup>160</sup> v Sydney s 10× větší populací. CTT tým byl složen ze 3 psychiatrických sester, 2 sociálních pracovníků, psychologa, pracovního terapeuta a psychiatra zaměstnaného na částečný úvazek. Poskytoval stejný okruh služeb jako TCL, jen s jiným praktickým přístupem.

Studie porovnávala asertivní a pasivní formy case managementu. Asertivní forma zdůrazňovala aktivní zapojení uživatelů a rodinných příslušníků. Kontrolní skupině byla poskytována nemocniční a následná péče s vysokým standardem. Kontrolní skupina case managerů pracovala pouze v kanceláři a nenavštěvovala běžně klienty doma. Klienti CTT byli při přijetí do nemocnice vyšetřeni psychiatrem a jedním členem týmu. Tam, kde to bylo možné, byli do přípravy individuálního plánu péče zařazeni příbuzní klienta. Tyto plány někdy obsahovaly rychlé medikamentózní zklidnění. Rizika násilného chování a sebevraždy byla snižována „podporou, dohledem a medikací“. Příbuzní byli informováni o diagnóze klienta a dostali pokyny, jak zvládat příznaky a problematické chování. Pokud to situace dovolila, byli klienti vráceni domů. V ostatních případech CTT našel alternativní ubytování, např. v penzionu. Počáteční nasazení pracovníků CTT bylo velmi intenzivní. Zůstávali s klientem mnoho hodin, dokud se jeho situace částečně nestabilizovala, sledovali účinky nasazených léků. Po této fázi mohly rodiny

v případě problémů kdykoli kontaktovat pracovníka CTT pagerem, a ten se dostavil do hodiny od zavolání. Zpočátku navštěvoval pracovník CTT klienta velmi často, někdy ho odváděl z domova, aby měla rodina čas na odpočinek. Dle Houlta často vznikly během úvodní fáze mezi CTT pracovníkem, klientem a rodinnými příslušníky pevné a trvalé vztahy. V některých případech se CTT pracovník z rodiny postupně vytrácel, jak ubývalo patologické symptomatologie, jindy zůstával nadále přítomen a nabízel trénink potřebných dovedností in situ. CTT tým zůstával nadále odpovědný za příští intervence a byl kontaktován při vzniku časných známek zhoršení či recidivy. Během roční studie strávili klienti CTT v nemocnici průměrně 8,4 dne ve srovnání s 53,5 dny v kontrolní skupině. Klienti CTT měli lepší klinické výsledky a subjektivně hodnotili tento druh péče jako významně příjemnější a účinnější. Také rodinní příslušníci hodnotili komunitní péči pozitivně. Ačkoli komunitní přístup snížil výskyt sebevražedných proklamací a pokusů, byla mortalita vyšší ve skupině hospitalizovaných. Oddělené analýzy ukázaly stejné diagnostické složení skupin (asi polovinu tvořili lidé s dg. schizofrenie). Při sledování lidí přicházejících k hospitalizaci poprvé nebyli klienti CTT na rozdíl od klientů v kontrolní skupině následně rehospitalizováni. Analýza nákladů, která sledovala přímé i nepřímé, veřejné i soukromé náklady, ukázala, že náklady v kontrolní skupině jsou o 26 % vyšší než ve skupině CTT. Na základě těchto zjištění doporučoval Hoult zavedení osobních case managerů, kteří by byli zodpovědní za naplnění klientových potřeb a za spolupráci s ostatními agenturami poskytujícími péči. Dalšími významnými prvky programu byly:

- 1) intenzivní nasazení na počátku péče,
- 2) ochota zapojit okolí klienta co nejvíce do hodnocení jeho stavu a plánování péče,
- 3) koordinovaná péče jednoho týmu,
- 4) tendence asertivně přinášet službu klientovi a jeho okolí, nebýt však obtížný,
- 5) pomoc s praktickými problémy všedního života, včetně nácviku potřebných dovedností v reálných podmínkách,
- 6) lepší dostupnost, mobilnost a nepřetržitá dostupnost služby,
- 7) rozsáhlé a dlouhodobé poskytování služeb místo časově omezené intervence.

## 3. SLUŽBA ČASNÉ INTERVENCE (*Early Intervention Service – EIS*), Londýn

Projekt EIS čerpal významně z uspořádání a praxe CTT. Sloužil pro etnicky a sociálně různorodou oblast vnitřního Londýna. V místě bylo velké množství rodin bez vlastního domova, žijících v penzionech. Protože oblast zahrnovala velké nádraží, byla zde také velká populace migrantů.

Cílem EIS projektu bylo poskytovat péči těm, jejichž obtíže by si jinak vyžádaly nutnost hospitalizace. Během prvních 30 měsíců projektu bylo do péče přijato 550 klientů na doporučení praktických lékařů (34 %), nemocničních sociálních pracovníků (11 %), lékařů z nemocnic (8 %), samotných klientů (8 %) a pečovatelských služeb (8 %). EIS tým nepřijímal klienty podle psychiatrické diagnózy, ale podle tří kritérií:

- 1) závažnost stavu,
- 2) zda má klient zjevné a nápadné známky duševní poruchy,
- 3) zda je požadováno vyšetření v komunitě.

51 % klientů mělo psychiatrickou anamnézu, průměrný počet psychiatrických hospitalizací byl 3 (rozmezí 1–34) a průměrná doba od prvního kontaktu s psychiatrickými službami byla 10 let. Nejčastějšími diagnózami stanovenými psychiatrem týmu byly poruchy chování (14,4 %) a paranoidní schizofrenie (11 %). Průměrný věk byl 36 let, 42 % klientů byli muži a 33 % klientů žilo osaměle.

Složení týmu bylo shodné s projektem CTT a všichni kliničtí pracovníci vykonávali práci v týmu navíc ke svému dosavadnímu povinnosti. První vyšetření se odehrávalo v jeho domově (53 %), penzionu (12 %), ordinaci praktického lékaře (12 %), nemocnici (8 %) nebo jiném ubytovacím zařízení (7 %). Bylo-li to možné (45 %), provádělo se vyšetření společně s osobou, která klienta doporučila, nebo s jiným pracovníkem. Podrobnější popis práce týmu je uveden v kapitole o týmové práci (viz str. 40–52). Vstupní vyšetření bylo projednáno na schůzce týmu, která se konala 2× týdně, a klient byl přidělen case managerovi nebo doporučen jiné agentuře, nesplňoval-li kritéria pro přijetí do péče. Další práce s klientem se odehrávala v místě, kde klient t. č. pobýval (64 % – domov, penzion či nemocnice), nebo v ordinaci praktického lékaře (12 %). V roli case managera se spojily úkoly koordinátora služeb, terapeuta a klíčového pracovníka. Tým neposkytoval nepřetržitou službu.

Vyhodnocování EIS projektu mělo dvě podoby:

- 1) Kontrolovaná studie výsledků péče EIS týmu srovnávaná s výsledky standardních psychiatrických služeb pro naléhavé případy přicházející cestou týmu sociální práce při místním psychiatrickém oddělení.<sup>161</sup>
- 2) Kontinuální popis klientů služby a způsobů, kterými služba pracovala.<sup>162</sup>

V období 3 měsíců od vstupu do péče služba snižovala délku hospitalizace (1, 2 dne proti 9, 3 dnům) a statisticky významně se zvýšilo uspokojení klientů. Analýza sledující odděleně diagnostické skupiny ukázala, že hospitalizace byla výhodnější pouze u lidí s diagnózou schizofrenie. Nebyly významné rozdíly v symptomatologii a sociálním fungování, v obou skupinách docházelo ke zlepšování v těchto faktorech během péče.

Popisné hodnocení služby zahrnovalo přehled zpětných vazeb od osob a institucí, které doporučovaly klienty do péče EIS. Tato hodnocení byla ve sledovaných ukazatelích kladná. Nejlépe hodnoceným prvkem byla společná týmová práce, následovala dostupnost a umístění do komunity. Nejnižší byla hodnocena vhodnost služby pro typického klienta, což pravděpodobně znamenalo, že doporučující pečlivě vybírali, kterého klienta mají službě doporučit.

#### 4. DENNÍ PROGRAM (*Daily Living Programme – DLP*), Camberwel, Londýn

Program DLP nabízel lidem žijícím doma case management orientovaný na problém a porovnával tuto a standardní nemocniční péči. Klienti přicházející k hospitalizaci byli rozděleni náhodně. Cíle projektu i vylučovací kritéria byly obdobné jako u TCL a CTT. Tým tvořilo 7 sester, psychiatr, sociální pracovník, pracovní terapeut a koordinátor. DLP program využíval systém klíčových pracovníků, již klientům vytvářeli individuální plány péče a koordinovali pro ni prostředky. Projekt byl navázán na akutní psychiatrické oddělení, jež zajišťovalo vyšetření a pro klienty představovalo pomoc dostupnou 24 hodiny denně. Spojení s oddělením přineslo také to, že DLP tým měl k dispozici lůžka, o nichž rozhodoval týmový psychiatr.

Vstupní vyšetření klienta prováděli dva pracovníci týmu; jeden byl psychiatr nebo kvalifikovaná sestra. Vyšetření se odehrávalo na oddělení či u klienta doma. Tým pracoval jako v projektu CTT s modelem krizové intervence – zůstat s klientem, dokud se situace nevyřeší, a využívat v práci s klientovým okolím na problém orientovaný přístup. V nutných případech byla podána akutní medikace. Case managerovi zůstávala odpovědnost za koordinaci, i když byli do práce s klientem zapojeni další členové týmu. Plány péče byly revidovány v intervalu nanejvýš 6 měsíců.

Za 18 měsíců projektu bylo hospitalizováno 83 % klientů DLP (proti 100 % kontrolní skupiny), celková délka hospitalizací však byla 5× nižší než v kontrolní skupině (14 dní proti 72 dnům).<sup>163</sup> V psychopatologii, sociálním fungování a spokojenosti klientů nebyly zjištěny signifikantní rozdíly (ačkoli trendy vypovídaly pro DLP). Významný rozdíl ve prospěch DLP byl v hodnocení péče příbuznými klientů, kteří se dostali do kontaktu s psychiatrickými službami poprvé.

#### 5. KOMENTÁŘ

Byly popsány čtyři životaschopné služby nahrazující hospitalizaci. Žádná z nich o sobě netvrdí, že dokáže zcela eliminovat potřebu tradiční lůžkové péče, výsledky však ukazují, že asertivní case management vede k omezení hospitalizací, klienti jsou spokojenější a je jim poskytována lepší péče bez vyšších nákladů. Tyto výsledky nejsou překvapením. Kiesler<sup>164</sup> již v roce 1982 publikoval přehled deseti studií, v nichž byli pacienti náhodně vybráni k hospitalizaci



nebo k neinstitucionální alternativě péče. Ani v jedné ze studií nebyly zjištěny lepší výsledky u hospitalizovaných pacientů, naopak alternativní formy péče vedly k lepším osobním i sociálním výsledkům, aniž zvyšovaly náklady. Kiesler tedy tvrdí: „U naprosté většiny současných pacientů hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních by bylo možné dosáhnout přinejmenším stejných výsledků jinými formami péče.“ Dále pokračuje: „Je zřejmé, že nejpodstatnějším prediktorem psychiatrické hospitalizace je předchozí hospitalizace. Data dokazují dostatečně jasně, že hospitalizace duševně nemocných sama vytváří a udržuje potřebu dalších hospitalizací.“ Novější přehledy vedou k podobným, i když opatrnějším závěrům.<sup>165,166</sup> Zjištění, že asertivní komunitní léčba snižuje potřebu hospitalizací bylo dostatečně dokázáno, některé studie však zjistily, že je to kompenzováno zvýšením spotřeby dalších služeb. Uživatelé jednoznačně dávají přednost komunitnímu přístupu před hospitalizací, ne všechny studie však dokázaly korelující zvýšení kvality života.

Proč tedy nebyly tyto průkazné a jasné výsledky výrazněji uplatněny v praxi? Mosher<sup>167</sup> se domnívá, že důvodem jsou jeho kolegové psychiatři. Během minulých desítek let prožívala psychiatrie proces sblížení s ostatní medicínou a vznik psychiatrických oddělení v rámci všeobecných nemocnic byl jeho součástí. Požadavek, aby psychiatrie přesunula značnou část svých terapeutických snah z nemocnic, byl vnímán jako narušení procesu medicinizace psychiatrie. Proto nejsou údaje o efektivitě přístupů alternujících hospitalizaci přijímány s nadšením. Totéž opakoval Turner.<sup>168</sup> Ten také předpověděl, že jeho klinické kolegy bude zajímat větší dostupnost medicínské péče v terénu, že se zvýší interprofesionální komunikace mezi sociálními pracovníky a zdravotnickým personálem nelůžkových služeb, dojde k posunu v postavení rodinných a praktických lékařů, bude opuštěna rutina psychiatrických ambulancí (*pozn.: v Anglii byly psychiatrické ambulance většinou součástí psychiatrických oddělení a sloužili v nich mladší nemocniční lékaři*) a že se mimolůžkové péči začnou věnovat starší a zkušenější psychiatři, jakmile se objeví potřeba přesvědčit širokou veřejnost, že vážně a dlouhodobě nemocní mají právo a dokáží normálně žít v běžném prostředí.

· B ·

## SLUŽBY PRO DOSPĚLÉ DUŠEVNĚ NEMOCNÉ ŽIJÍCÍ V KOMUNITĚ

### I. PROGRAM MOST

(*Bridge Programme*), Chicago, USA

Projekt Bridge vznikl v roce 1978 jako opakování madisonského projektu ve složitějších podmínkách velkoměsta. Od původního projektu se lišil i v dalších otázkách:

- 1) Pozornost byla zaměřena na ty, kteří nejčastěji užívali nemocniční péči, cílovou skupinou tedy nebyli všichni, kdo přicházeli k přijetí do nemocnice.
- 2) Síť dalších poskytovatelů služeb byla hustší, složitější a plná byrokratických překážek.
- 3) Projekt neměl žádný vliv na to, kdo bude hospitalizován, ani na to, co se s ním stane po přijetí do některé z mnoha nemocnic.
- 4) Projekt Bridge byl ve srovnání s TCL hůře financován, staral se o více klientů a neměl dostatek personálu na nepřetržitou službu.

Všechny kontakty s klienty s odehrávaly v komunitě. Přibližně tři čtvrtiny schůzek byly plánovány předem, zbytek dle okamžité potřeby. Práce byla popsána jako „přátelské návštěvy sociálními pracovníky a asertivní koordinace jednotlivých agentur kombinovaná s in vivo prováděným tréninkem sociálních a pracovních dovedností a dovedností běžného každodenního života“.<sup>169</sup> V typickém případě kontaktoval pracovník klienta v bytě a pozval ho do blízké restaurace na kávu a povídání. Soustředil se na praktické otázky, jako například – jak si vyprat nebo jak uklidnit rozzlobeného domácího. Teprve poté, co byly vyřešeny takovéhle otázky, zaměřoval se tým na méně konkrétní problémy, jako například vztahy s lidmi nebo pracovní ambice. Projekt považoval za zásadní, aby se služba odehrávala v prostředí klienta, ačkoliv to znamenalo pro personál větší časovou náročnost a nutnost pracovat v nepříjemných a nebezpečných částech města. Uživatelé si v agenturách často připadali nežádoucí a bez asertivní pomoci z nich odcházeli, dokud se znovu neobjevila krize. Projekt přinesl povinnou asertivní koordinaci služeb, jednoduché rozdělení odpovědností zajišťujících návaznost služeb a striktní „otevřenou“ politiku. To znamenalo, že se klient mohl účastnit jakéhokoliv programu bez ohledu na míru jeho onemocnění.

Ve sledovaném vzorku uživatelů byl průměrný počet hospitalizací v předchozím roce 3,3 a 1,9 v průběhu projektu. Počet dnů strávených v nemocnici klesl z 87,1 na 36,6.<sup>170</sup> Autoři studie se domnívali, že omezení počtu hospitalizací mohlo být výraznější, kdyby nedocházelo k následujícím problémům:

- 1) přehnaná reakce na konkrétní problémy, jež šlo řešit efektivněji na místě bez hospitalizace,
- 2) nezměněné organizační podmínky v nemocnicích, které vedly k prodloužení hospitalizací, jež nebylo nezbytně nutné,
- 3) nedostatečná spolupráce mezi nemocnicemi a komunitními agenturami (nemocniční personál například často neinformoval zúčastněné pracovníky komunitních služeb o přijetí nebo propuštění pacienta),
- 4) přetrvávající tendence používat hospitalizaci jako nástroj kontroly nad chováním klienta, které bylo interpretováno jako deviantní.



Jednou ze zvláštností programu byl systém sdílení klientů, při němž se každý pracovník týmu postupně setkával se všemi klienty. To umožňovalo jednak nasazení většího počtu pracovníků v obdobích krizí, jednak měli pracovníci možnost odpočinout si od klienta, s nímž byla zvláště obtížná práce. Také klienti nebyli rozrušení, když některý z pracovníků týmu onemocněl nebo si vybíral dovolenou. Nevýhodou bylo, že si pracovníci museli ustavičně předávat informace, což kladlo vysoké nároky na jejich otevřenost, komunikační dovednosti a odolnost. Tým se setkával dvakrát denně a byl zatížen velkou redundancí v komunikaci.

Negativní jevy způsobené ztrátou informací při předávání nebyly zaznamenány, ačkoli byla tato otázka podrobně zkoumána v pozdější studii, která porovnávala jedno centrum komunitní péče (CMHC) se dvěma centry, která zaměstnávala personál vycvičený v projektu *Bridge*.<sup>171</sup> Všechna tři centra poskytovala asertivní case management a pracovala ve velkých městech. Ve všech třech místech byli klienti náhodně rozděleni do péče týmu nebo do kontrolní skupiny, které byl poskytován „kancelářský“ case management. Vhodnými klienty byli lidé, kteří byli propuštěni v minulém roce z nemocnice a buď byli hospitalizováni nejméně třikrát za poslední dva roky, nebo byli vyhodnoceni jako lidé s vysokým rizikem další hospitalizace.

Asertivní case management poskytovaný týmy trénovanými v *Bridge* projektu vedl k snížení počtu a délky hospitalizací (34 % proti 72 % a 9 % proti 48 %; průměrná délka hospitalizace 7,7 dne proti 46,3 dne). Ve třetím týmu byly výsledky horší a ačkoliv byl asertivní case management levnější, tento tým nebyl ekonomicky efektivní. V neúspěšném týmu pracovali case manageri v párech, nikoli týmově, a každý case manager měl své vlastní klienty. To znamenalo, že se klient osobně setkával s case managerem méně často. Autoři pozorovali, že tento způsob rozdělení klientů vede k neosobnějšímu přístupu case managerů ke klientům. Tento tým se však odlišoval také méně pragmatickým přístupem orientovaným spíše na vzhled, podporujícím terapeutickou hospitalizaci a zdůrazňujícím potřebu klienta „přijmout své onemocnění“.

Psychosociální intervence v této studii spočívaly zejména v podporování klientů užívat léky. Case manageri například poskytovali dávkovače pilulek lidem, pro které bylo obtížné přečíst si nebo dodržovat doporučení na krabičkách. Jeden z týmů trénovaných v rámci *Bridge* projektu vnímal zařazení do centra komunitní péče jako výhodné z hlediska snazší komunikace s ostatními poskytovateli, současně však tato změna přinášela riziko, že case manageri budou přetahováni do ostatních služeb poskytovaných centrem komunitní péče. Častá týmová setkání byla hodnocena jako nejvýznamnější faktor pro udržení duševního zdraví personálu.

## 2. TEXAS, USA

V této studii<sup>172</sup> bylo 417 klientů s nedávnou psychiatrickou hospitalizací v anamnéze náhodně rozděleno do case managementové péče nebo do standardní péče poskytované centrem komunitní péče. Case managementový tým se skládal ze supervizora a sedmi case managerů, kteří měli průměrně 4,3 let praxe v práci s duševně nemocnými. Case manageri trávili 51 % svého pracovního času poskytováním služeb klientům, 39 % sjednáváním služeb poskytovaných jinými agenturami a 10 % jinými činnostmi – cestováním, tréninkem, public relations atd.

Studie sledovala rehospitализace a kvalitu života popisovanou souborem ukazatelů obsahujícím objektivně měřitelné sociální ukazatele, subjektivní hodnocení spokojenosti, každodenních aktivit, nálady a sebedůvěry. Šetření proběhlo před zařazením do péče a rok poté. Nebyly zjištěny žádné posuny v demografických a klinických profilech skupiny. Po 12 měsících bylo hospitalizováno 62 klientů case managementu a 38 klientů z kontrolní skupiny (údaje nebylo možno získat od 38 % účastníků studie). Klienti zařazení do case managementu trávili delší čas v nemocnici a komunitní služby využívali 2,35× častěji než klienti z kontrolní skupiny. Nebyly zjištěny rozdíly v užívání léků. Skupina, které byl poskytován case management, měla vyšší měsíční příjem a lepší ukazatele v oblasti zaměstnání, jiné známky vyšší kvality života však nebyly zjištěny. Autoři nabízejí vysvětlení, že výsledky jsou způsobeny vysokou úrovní služeb ostatních poskytovatelů v místě.

## 3. STŘEDOZÁPAD SPOJENÝCH STÁTŮ

V projektu<sup>173</sup> byl porovnáván asertivní case management s case managementem poskytovaným v kanceláři. Základní služby poskytované kontrolní skupině byl denní program centra komunitní péče, poradenství s cílem zmírnit aktuální obtíže a možnost sjednat si služby telefonicky. Partnerská spolupráce s klientem, posilování komunitních zdrojů podpory a obhajoba práv klientů nebyly považovány za významné. Naproti tomu asertivní case management zdůrazňoval silné stránky klienta, partnerskou spolupráci založenou na osobním vztahu s klientem a asertivní vyhledávání klientů. V projektu byli čtyři case manageri zaměstnaní na poloviční úvazek, kteří absolvovali pětidenní výcvik, neměli však žádnou předchozí zkušenost s prací ve službách pro duševně nemocné. Péči kontrolní skupině poskytovalo šest pracovníků se středním odborným nebo vysokoškolským vzděláním a s praxí průměrně tři roky.

89 klientů doporučených během 4 měsíců do centra komunitní péče bylo náhodně rozděleno do dvou skupin. Většina klientů byla afrického či hispánského původu, svobodní, průměrný věk byl 26 let, 61 % mělo diagnózu schizofrenie. Průběžné sledování činnosti ukázalo, že asertivní case manageri přichá-

zejí častěji do kontaktu s klientem, více pracují mimo kancelář, více se orientují na cíl než na problém a soustřeďují se na silné stránky klienta více než na diagnózu nebo psychopatologii.

U klientů, kteří byli zařazeni do asertivního case managementu bylo následně zjištěno výraznější zlepšení v oblasti běžných životních dovedností a přiměřenosti chování. Byli častěji než členové kontrolní skupiny zařazováni do pracovního tréninku, měli vyšší odolnost vůči stresu a trávili více volného času smysluplnými aktivitami. Na druhou stranu neměli tak dobré socializační dovednosti (schopnost být přijímán lidmi v různých situacích) a tento znak byl nejvýraznějším odlišením obou skupin. Autoři nabízejí vysvětlení, že asertivní case manažeři hodnotili v této oblasti své klienty níže, protože vzhledem ke své krátké zkušenosti měli vůči nim vyšší očekávání.

Ačkoliv asertivní case management byl celkově úspěšnější, navrhovali autoři projektu vzhledem k vysokému množství klientů smíšený přístup, při kterém by byl asertivní case management využíván na počátku práce s klientem a byl by nahrazen obvyklou formou case managementu, jakmile by se stav klienta stabilizoval a zvýšily se jeho schopnosti žít nezávisle.

#### 4. SPOKANE COUNTY, WASHINGTON, USA

Autoři<sup>174</sup> srovnávali výsledky pětiletého intenzivního case managementu s dvouletým obdobím před zavedením této služby. Zaměřili se na mladé klienty s poruchami myšlení, s nimiž byla obtížná spolupráce a kteří byli v nedávné době hospitalizováni. V projektu pracovalo osm case managerů, z nichž každý měl devět klientů.

Zásadními prvky projektu byla kontrola finančního hospodaření klientů, zejména placení nájemného, dále motivace k užívání léků a prevence zneužívání drog. To se někdy stávalo zdrojem konfliktů mezi klienty a case managery. Byl zřízen také „motivační fond“, který pomáhal klientům řešit jednodušší problémy s bydlením a motivoval je k dobrovolné (neplacené) práci. Projekt měl k dispozici dvě krizová lůžka a dva jednolůžkové pokoje v hotelu. Rehospitalizace se snížily o 74 % a délka hospitalizací o 75 %. 30 % klientů nebylo již vůbec hospitalizováno. Tato skupina klientů měla tendenci využívat strukturované ubytovací služby a méně zneužívala drogy. Během pobytu dramaticky poklesl počet krizových telefonátů a nedobrovolných hospitalizací. Snížení hospitalizací korelovalo se zvýšeným využitím krizových lůžek a ubytovacích služeb na 193 %. Následná studie sledující klienty, kteří byli navraceni do běžných služeb centra komunitní péče, po pěti letech ukázala, že většina dosažených zlepšení se udržela. Autoři z toho vyvozují, že většina klientů „dozrála a stabilizovala se“, což jim umožnilo obstát i při méně intenzivní podpoře.<sup>175</sup>

#### 5. KANSAS, USA

Rapp a Wintersteen<sup>176</sup> popsali 12 projektů replikujících během 6 let jejich přístup ke case managementu. 88 % klientů mělo diagnózu závažné duševní nemoci, 92 % bylo někdy hospitalizováno a 72 % vícekrát. Case manažeři často pracovali s lidmi, s nimiž centra komunitní péče pracovat nechtěla.

Pouze 15,5 % klientů bylo znovu hospitalizováno, ve srovnání se 30 % klientů využívajících běžné komunitní služby. Jeden z projektů, který dopadl hůře (37 % hospitalizací), si stanovil nižší cíle a vyznačoval se tím, že case manažeři trávili výrazně více času v kancelářích a méně v komunitě. Také délka hospitalizací se zkrátila, zjevně proto, že case manažeři zůstávali s klientem ve styku i během hospitalizace a byli připraveni obnovit práci okamžitě po propuštění. Projekt dosáhl 79 % úspěšnosti v dosažení stanovených cílů a tento poměr se v čase zvyšoval. Ukázalo se, že hájení práv klientů spotřebovávalo více času, než bylo původně plánováno. Ve srovnání s case managery z běžných služeb měli case manažeři modelových projektů vyšší očekávání týkající se výkonu klientů a častěji se soustředili na využívání běžných komunitních služeb (například vzdělávání pro dospělé) než na služby specializované pro duševně nemocné. Case manažeři ve sledovaných projektech byli středoškolsky či vysokoškolsky vzdělaní sociální pracovníci pracující průměrně 4 měsíce pod dohledem zkušeného kolegy. Počet klientů na jednoho case managera se pohyboval mezi dvěma a sedmi. Ačkoliv je zobecnění výsledků omezené, z uvedeného je zřejmé, že trénink case managerů má podstatný vliv.

#### 6. MISSISSIPPI, USA

Většina studií stanoví úkoly case managementu a potom hodnotí výsledky. Naproti tomu Fisher<sup>177</sup> popsal praxi 15 existujících case managementových služeb v centrech komunitní péče a v jedné státní nemocnici a následně se zabýval otázkou, jaké problémy jsou službami ovlivňovány. Z 1214 uživatelů bylo 62 % černochů, 50 % bylo 1–3× hospitalizováno, 9 % mělo placenou práci, přibližně 60 % mělo diagnózu schizofrenie, 95 % užívalo psychotropní léky.

Case manažeři byli paraprofesionálové pracující pod supervizí pracovníků, kteří byli vysokoškolsky vzdělaní nebo měli desetiletou praxi v case managementu. Trénink se omezoval na samostudium tištěných materiálů a supervizi. Role case managera zahrnovala vyšetření, stanovení cílů a plánování, doporučení a navázání kontaktu s dalšími službami, obhajoba zájmů klienta, monitorování a doprovod při přepravě klienta. Autoři předpokládali, že největší vliv na situaci klienta bude mít obhajoba jeho zájmů a doporučování do služeb, protože to jsou charakteristické znaky, které odlišují case management od ostatních forem uspořádání péče. To se nepotvrdilo. Ve skutečnosti bylo nejvýznamnějším predikto-

rem celkové změny v situaci klienta monitorování. Korelovalo jak se změnou v počtu problémů, tak se změnou v jejich závažnosti. S celkovou změnou situace klienta a změnou v počtu problémů dále koreloval doprovod při transportu.

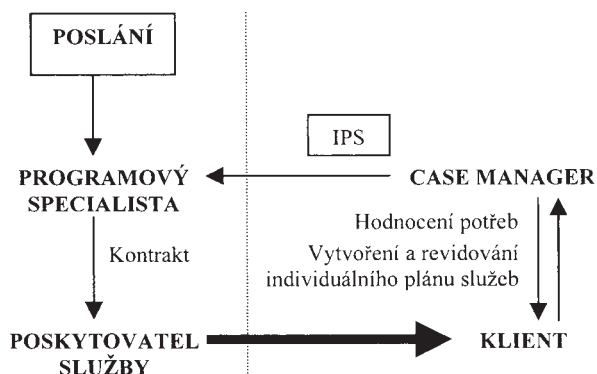
Autoři usuzují, že tato negativní zjištění souvisejí s tím, že:

- 1) byly nadměrně zdůrazňovány krizové intervence a málo času bylo věnováno obhajobě zájmů klienta a vytváření vazeb s dalšími službami,
- 2) relaps onemocnění byl stimulem pro zvýšené poskytování péče,
- 3) služby pracovaly převážně ve venkovských oblastech, což zvyšovalo potřebu transportu,
- 4) nebyl dostatek dalších služeb, s nimiž by bylo možné spolupracovat.

Poslední tvrzení autoři konfrontují se závěrem studie prováděné v Texasu (viz výše), jejíž jeden závěr je, že vysoká úroveň místních služeb rovněž snižuje vliv case managementu na ukazatele kvality života klientů.

## 7. HOLYOKE/CHICOPEE, MASSACHUSETTS, USA

Služba vznikla v důsledku zavření velké nemocnice a je příkladem jedné z rolí case managementu – být řídicí službou v systému poskytování péče.<sup>178</sup> Služba se skládala z ředitele, dvou klinických supervizorů a jedenácti case managerů. Klienty přijímal do péče ředitel služby na doporučení od kohokoliv včetně rodinných příslušníků nebo samotného klienta. Rozhodujícím kritériem byla předchozí hospitalizace, riziko hospitalizace nebo fakt, že klient je bezdomovec. Schéma ukazuje zařazení case managementové služby do systému ostatních služeb.



Case manager měl za úkol zmapovat potřeby klienta a vytvořit individuální plán služeb (IPS). Tento souhrn klientových potřeb byl pak poskytnut programovému specialistovi, který odpovídal za to, že klientovy požadavky budou řešeny prostřednictvím dále nasmlouvaných služeb. Státem financovaná nákupní agentura nasmlouvala služby se 14 různými poskytovateli. Poskytovatelé byli výhradně neziskové organizace, projekt nepředpokládal, že by komerční firmy mohly poskytnout dobré služby. Pod-

mínkou uzavření smlouvy byl předběžný trénink zaměřený na sdílené hodnoty a cíle. Tím bylo zajištěno, že všichni účastníci měli obdobný pohled na problémy duševně nemocných klientů a shodli se v otázkách přiměřenosti intervencí. Společný trénink také snižoval riziko interpersonálních konfliktů.

Poskytovatelé služeb měli povinnost přijmout klienta doporučeného programovým specialistou, pokud měli volné místo. Výsledek poskytované služby byl následně sledován case managerem. Rozhodování o doporučení klienta do určité služby bylo založeno na velmi jasných popisech cílů služeb. Všichni poskytovatelé služeb i pracovníci case managementové agentury absolvovali třídní trénink. Tak bylo zajištěno, že pokud individuální plán služeb nebyl kompletně naplňován, alespoň bylo jisté, že je řešena klientova nejnaléhavější potřeba.

Vydělení vztahu klient–case manager ze systému poskytovaných služeb bylo základní. Case manažeré nebyli zodpovědní za financování péče a přibírání k diskusím o rozpočtových otázkách. Protože prací case managerů bylo hodnotit potřeby klientů, aniž se zabývali otázkami nákladů, nebyly individuální plány služeb omezeny finančními možnostmi systému. Informace o neřešených potřebách klientů obsažené v individuálních plánech sloužily nákupní agentuře k zadávání zakázek a uzavírání smluv s poskytovateli v dalším období. Cyklus obsahoval tyto kroky:

- 1) Plánování na základě hodnocení potřeb cílové skupiny klientů sumarizovaných z individuálních plánů služeb.
- 2) Následné zveřejňování zakázek a vyhlašování veřejné soutěže prostřednictvím kanceláře zakázek.
- 3) Příprava smluv s poskytovateli zaměřená zejména na měřitelné ukazatele výsledků poskytované služby.
- 4) Monitorování včetně návštěv programového specialisty z nákupní agentury v jednotlivých službách.
- 5) Vyhodnocování včetně výroční zprávy. Výroční zpráva obsahovala shrnutí potřeb cílové skupiny a novou zakázku, čímž se proces opakoval.

Zakázková kancelář udržovala rovnováhu v konkurenci poskytovatelů. Mírně omezovala možnost volby a kvalitu služeb, neregulovaná tržní soutěž by však příliš ohrožovala stabilitu služeb, programy by přicházely a odcházely a klienti by prožívali období bez péče. Každý program byl podporován, aby se stal specializovaným, čímž se posilovala všestrannost péče a omezovaly se teritoriální spory.

## 8. ROCKLAND, USA

Tato služba byla původně určena pro staré lidi propuštěné z nemocnic. Během času však přibývalo mladších klientů s vážným duševním onemocněním. Tito lidé se přesouvali z místa na místo, nebyli zařa-



ditelní do existujících programů a velmi zatěžovali pohotovostní službu a lůžkovou péči. Přibližně 70 % z nich mělo diagnózu schizofrenie a 11 % osobnostní porucha. Asi 85–90 % zneužívalo návykové látky. Case manageri se soustředili na motivaci klientů a koordinaci služeb. Jejich úkolem bylo „navrhnout individualizovaný a koordinovaný plán péče založený na pečlivém vyšetření každého klienta, včetně těch, kteří v současné době nespolupracují při léčbě“.<sup>179</sup> Služba se rychle rozrostla do tří týmů, z nichž měl každý 8–9 case managerů a 35–45 klientů. Asi pětina klientů kladla značné nároky na čas a emoční zdroje case managerů a vyžadovala „vysokou úroveň klinických, koordinačních a intervenčních dovedností a téměř nadlidskou úroveň tolerance vůči frustraci a zmatku“.

Case management vedl k úbytku hospitalizací ve stáří a tam, kde byla hospitalizace nevyhnutelná, zkrátil alespoň její délku. Za významné faktory vztahující se k těmto pozitivním výsledkům byly označeny:

- 1) Různorodost a flexibilita rolí, které umožnily jednat s celým člověkem i s jeho problémy.
- 2) Dokonalé hodnocení potřeb a zdrojů klientů, které umožnilo stanovit dosažitelné cíle.
- 3) Zařazení klienta do péče určitého case managera v souladu s jeho dovednostmi a osobním stylem. Case manageri se specializovali, např. na rodinnou terapii, práci s lidmi s etnických minorit, zneužívání drog nebo práce s trestně stíhanými lidmi.
- 4) Individuální plánování služeb.
- 5) Udržování vztahu mezi case managerem a klientem bez ohledu na cokoli kromě klientových potřeb. To zahrnovalo také těsné vztahy s nemocnicemi. Case manageri se účastnili týmových porad pořádaných při propuštění každého klienta.
- 6) Limitovaný počet klientů na jednoho case managera.
- 7) Týmová práce zajišťující podporu a supervizi. V krizích byla dosažitelná pomoc a case manageri se mohli zastoupit, byl-li některý nedostupný. Model účinně předcházela „vyhoření“ personálu pravidelnou supervizí, stálým tréninkem, kolegiálními vazbami, podporou, stanovením realistických cílů a rozvojem kultury, která kladla důraz na přijetí osobních limitů case managerů i klientů.
- 8) Vysoká úroveň komunikace mezi agenturami, která umožňovala rychlou a účinnou reakci poskytovatelů služeb, řešila konflikty a bránila vzniku mezer či duplicit v systému péče. Hlavním prostorem pro komunikaci byly konference o klientech. Zajišťování finančních prostředků pro klienty se ukázalo být zvláště významnou specializovanou a čas spotřebovávající aktivitou.
- 9) Nezávislost služby. To umožňovalo svobodu při plánování, rozhodování, obhajování zájmů klientů a koordinaci, čímž vznikla kontinuální a přitom flexibilní služba.

## · C · SLUŽBY PRO LIDI PROPUŠTĚNÉ Z NEMOCNICE

### I. TORONTO, KANADA

Většina case managementových systémů je umístěna v komunitě a jde za klientem do nemocnice. Goering<sup>180</sup> se svými spolupracovníky zkoušel case managementovou službu, která byla klientovi poskytována po jeho přijetí do nemocnice. Službu provozovalo osm pracovníků, z nichž čtyři měli profesionální výcvik. Všichni prošli intenzivním výcvikem v koordinaci komunitních služeb, který kladl důraz na dovednosti vytváření kontaktů mezi klientem a službami a vedení rozhovoru zaměřeného na klienta. Základem služby byla spoluúčast klientů a vytváření osobních vazeb mezi klientem a case managerem. Case manageri prováděli vyšetření, navrhovali individuální plány péče, uváděli klienty do styku s komunitními službami, monitorovali vývoj a obhajovali zájmy klientů, což někdy znamenalo, že vyvíjeli aktivity směřující ke zlepšování služeb. Case manageri byli umístěni na čtyřech lůžkových odděleních a každý se staral o 15–20 klientů.

Kritérii pro přijetí do péče byly dlouhodobé duševní problémy, problémy se zaměstnáním, bydlením a sociální izolace. Studie hodnotila výsledky za dva roky práce a porovnávala je s kontrolní skupinou. Vzorek byl vybrán náhodně a srovnáván dle pohlaví, místa hospitalizace, množství předchozích hospitalizací, diagnózy a pracovního zařazení. Skupiny se signifikantně nelišily v demografických a klinických faktorech. Při přijetí do nemocnice bylo 77 % klientů diagnostikováno jako schizofrenici, 60 % byli osamělí lidé, 53 % bylo hospitalizováno nejméně po šesté a 44 % bylo hospitalizováno nedobrovolně. Pohovory prováděli pracovníci výzkumu.

Skupina zařazená do case managementu měla po dvou letech lepší výsledky v zařazení do práce, v samostatnosti života a byla méně sociálně izolovaná. Nebyly však zjištěny podstatné rozdíly v počtu hospitalizací a jejich délce. Autoři vysvětlují nedostatečný efekt v tomto směru tím, že projekt zdůrazňoval zvyšování funkční úrovně klientů, nikoliv krizové intervence, které by měly předcházet hospitalizacím, a dále chyběním alternativních přístupů použitelných při akutních epizodách závažných poruch. Další příčinou bylo i to, že case manageri neměli kontrolu nad použitím nemocniční či jiné léčby.

Ve dvou oblastech, v nichž měli klienti největší problémy, totiž v oblasti sociální izolace a oblasti pracovního zařazení, měl právě case management největší pozitivní efekt. Zlepšení stavu klientů korelovalo se zvýšením užívání služeb – chráněné práce, vzdělávání, chráněného bydlení, sociálních, rekreačních a finančních služeb.



Autoři kladli důraz na pevné osobní vazby mezi uživateli a nutnost malého počtu klientů na jednoho case managera. Klienti oceňovali podporu, kterou jim case manageri nabídli, a to, že dokázali prolomit bariéru, kvůli níž nebyly dostupné jiné služby.

## 2. PÉČE PSSRU V KOMUNITNÍCH PROJEKTECH, VELKÁ BRITÁNIE

V r. 1983 financovala britská vláda vlnu modelových projektů pro dlouhodobě hospitalizované.<sup>181,182</sup> Case management byl předpokladem financování 28 projektů, jež se různily druhem práce i uspořádáním služeb. Osm z nich bylo určeno duševně nemocným.

V projektu převažoval motivující přístup. Například kritéria pro zařazení klienta do péče se v průběhu projektu vyvíjela na základě zkušeností a měnila podle situace. Časové prodlevy totiž způsobovaly zastarávání kritérií, klienti byli úzkostní a místy vznikaly spory mezi projektem a ostatními agenturami. Formalizované nástroje pro vymezení cílové skupiny klientů většinou nepřispívaly k racionálnímu plánování. Některé z projektů využily jiné metody hodnocení, například sledování nebo strukturované cvičení pro klienty mapující jejich potřeby.<sup>183</sup> Téměř všechny projekty pracovaly s individuálními plány péče. Některé (například v Islingtonu) použily rozvojový přístup a přizpůsobovaly své plány měnícím se potřebám regionu. Projekty se lišily tím, zda odpovědnost za vytvoření individuálního plánu péče ležela na case managerovi nebo na celém týmu. Skoro všechny projekty zahrnuly do plánování klienty, role klientů však byla v jednotlivých projektech velmi různá. Individuální plány klientů byly ve většině projektů revidovány v intervalech 6 měsíců nebo kratších a v mnoha projektech byly tyto plány revidovány výrazně častěji při méně formálních schůzkách.

Projekty se také lišily tím, zda veškerá odpovědnost za klienta náležela jednomu člověku, nebo byly odpovědnosti nějak v týmu rozděleny. Case manageri měli většinou za úkol koordinovat běžné zdravotní a sociální služby. Pouze ve dvou projektech (Maidstone a Darlington) disponovali case manageri finančními prostředky pro klienty. Častější byla existence účelově vymezených rozpočtů na určitou cílovou skupinu klientů. V jednom z projektů zaměřených na duševně nemocné (Brent) cítili case manageri, že pokud case manager disponuje individuálními finančními prostředky určenými na péči o klienta, může tím být ohrožena jeho role v otázce obhajoby zájmů klienta. Pokud se týká ekonomiky projektů, Cambridge zdůrazňuje, že je třeba vyjasnit si otázky nákladů hned na začátku projektu, aby bylo možné prostředky poctivě a spravedlivě rozdělovat skupině lidí s různými a proměnlivými potřebami.

Projekty se také lišily podle toho, zda poskytovaly mobilní služby (16 projektů), či zda byla služba poskytována v rámci nějakého zařízení (12 projektů).

Velikost projektu a jeho geografické umístění výrazně ovlivňovaly organizační uspořádání projektu, větší projekty měly tendenci vytvářet multidisciplinární týmy, vtahovat do individuálního plánování péče další agentury, přenášet odpovědnost na jednotlivé členy týmu (systém klíčových pracovníků) a poskytovat mobilní služby.<sup>184</sup>

· D ·

## SLUŽBY PRO BEZDOMOVCE

### I. PROJEKT HELP, MANHATTAN, USA

V letech 1955–1984 poklesl počet lůžek v psychiatrických nemocnicích ve státě New York z 90 000 na 21 000, aniž se odpovídajícím způsobem rozvinuly komunitní služby. Projekt HELP (*Homeless Emergency Liaison Project*) byl reakcí na nutnost rychlého transportu duševně nemocných bezdomovců do nemocnice v případech, kdy byl ohrožen život pacienta.<sup>185</sup> Spádovou oblastí byla větší část Manhattanu a projekt byl prováděn psychiatry, sestrami a sociálními pracovníky. Projekt byl ojedinělý v tom, že psychiatři dostali právo odvézt člověka, který „bezprostředně ohrožoval sebe nebo okolí“ na pohotovost k vyšetření. Přibližně polovina doporučení byla telefonicky, od policie, psychiatrických profesionálů, sociálních pracovníků a veřejnosti. Pokud personál projektu právě nezasahoval, objížděl v ulicích v dodávce vybavené vysílačkou. Obvyklý postup byl, že jeden pracovník oslovil člověka, který se zdál rozrušený nebo zmatený, zatímco ostatní členové týmu stáli opodál. Autoři popisují, že šlo o službu pro tuláky, která neměla napohled nic společného s doktory a nemocnicemi. Často se stávalo, že klient při pokusu o kontakt utekl. Přibližně 40 % kontaktovaných odmítlo spolupracovat a jejich stav byl tedy vyhodnocen jen na základě pozorování, 40 % se podrobilo částečnému vyšetření a pouze 20 % souhlasilo s úplným vyšetřením. Opakovaný kontakt často vedl k tomu, že klient odmítal spolupráci a tým používal informace od místních prodavačů a obyvatel. Služba nabízela jídlo, oblečení, právní zastoupení, odvěšení, koupel, oholení, detoxifikaci, doporučení a převoz na akutní lůžko v nemocnici či útulku.

Frekvence opakování pokusu o vyšetření závisela na odhadovaném nebezpečí. Tým používal čtyři stupně rizika:

- 1) *bezprostřední riziko* – lidé, jejichž stav nevyžaduje zákrok policie, je však nezbytné je okamžitě nedobrovolně hospitalizovat (přibližně 3 % klientů),
- 2) *vysoké riziko a porucha chování* – lidé vážně duševně nemocní, kteří však bezprostředně neohrožovali sebe nebo okolí, byli pravidelně sledováni a nedobrovolně hospitalizováni, pokud se jejich stav zhoršil (přibližně 35 % klientů),

- 3) *vysoké riziko bez poruchy chování* – lidé zjevně duševně nemocní, ale adaptovaní na život na ulici, byli pravidelně sledováni,
- 4) *nízké riziko* – bezdomovci, kteří občas využívali lokální služby (asi 7 % klientů).

Vysoce rizikovní klienti byli sledováni co nejčastěji. Z 1309 osob vyšetřených během 30 měsíců bylo 61 nedobrovolně převezeno na akutní lůžka. Dobrovolných hospitalizací bylo 271.

Projekt HELP obsahoval prvky case managementu. Poskytoval jídlo, oblečení a zprostředkoval nouzové ubytování. V potřebných případech také poskytoval přímo na ulici lékařskou a psychiatrickou péči. Řada aspektů ovšem chyběla. Nebyl kladen důraz na roli jednotlivce, protože klienty vždy kontaktoval celý tým. Tým také nepřijímal odpovědnost za dlouhodobou péči. Na podobné projekty lze pohlížet spíše jako na donucovací prostředek k vyčištění ulic od nežádoucích individuů, který se prakticky nezabývá dlouhodobým efektem pro duševně nemocné. Projekt HELP rychle vyvolal reakci obhájců lidských práv, kteří protestovali proti pravomoci týmu sbírat lidi po ulicích. Podobná „uklízecí mentalita“ postupovala řadu služeb zaměřených na bezdomovce. V některých městech vznikly malé policejní jednotky specializované na kontakt s duševně nemocnými (například Mobile Crisis Unit v New Orleansu<sup>186</sup>).

Existují méně agresivní alternativy, například projekt *Reach Out* pracující v Centrálním parku a okolí, který se dlouhodobě snažil kontaktovat bezdomovce s využitelnými službami a využíval jako „nástroj kontaktu“ papírový sáček obsahující džus, sendvič a leták s informacemi. Pracovníci projektu dokázali spojit asertivní přístup s respektem a ohleduplností k lidem bez domova a neporušovali jejich právo na svobodu.

## 2. SKID ROW MENTAL HEALTH SERVICE, LOS ANGELES, USA

Tato služba byla založena na zjištění, že lidé žijící ve Skid Row jsou velmi nezávislí jedinci, kteří budou raději trpět hladem, ztrátou domova a odlidštěním, než by se vzdali své svobody. Projekt započal v situaci, kdy vztahy mezi personálem sociální služby a klienty byly velmi bídné. Rozhovory se odehrávaly přes přepážku z neprůstředného skla a drátěné sítě a klienti byli vyzýváni, aby odevzdali zbraň před průchodem přes detektor kovu. Case management, dohled nad medikací a krizová intervence byly základními prvky služby. Case managery se stali psychiatrické sestry, psychologové, sociální pracovníci se specializací na psychiatrii a paraprofesionální komunitní pracovníci. Zajišťovali krizové intervence, vyšetření a odesílání do dalších služeb u skupiny klientů, s nimiž byla nejobtížnější spolupráce. Pracovali společně s personálem sociálních služeb, kterému současně poskytovali trénink, vzdělávání a konzultace.

Brzy se ukázalo, že péče o duševní zdraví osob bez domova musí být jejich úkolem. Vazby se službami mimo oblast Skid Row selhávaly. Pouze když se služba stala jakýmsi psychiatrickým doplňkem služeb pro bezdomovce, byla schopná kontaktovat lidi se závažnými duševními problémy ve spádové oblasti. To znamenalo také důvěřovat dobrovolníkům, z nichž mnohé vchovala ulice.

Bylo vytvořeno nízkoprahové centrum, kdy lidé mohli být psychiatricky vyšetřeni bez předchozího objednávání či doporučení. Stejně jako v projektu *Reach Out* spolupracovali psychiatři na bázi dobrovolnosti. Úkolem personálu projektu bylo základní vyšetření a doporučení dalším službám. Pokud byla nutná psychiatrická hospitalizace, mohl personál klienta zadržet na 72 hodin.

Součástí služeb byla pomoc při získávání finančních dávek, slevenek na dopravu, zdravotní péče. Psychiatři týmu prováděli vyšetření nutná pro rozhodování o potřebnosti péče. Klienti mohli také získat právní poradu a k dispozici byl úředník sociální péče, který jim pomáhal podávat žádosti o finanční příspěvky. Pokud s tím klient souhlasil, posílal úřad sociálního zabezpečení poštu na poštovní přihrádku v sídle služby a personál služby za klienta vedl potřebnou evidenci a uvědomil ho, kdykoliv bylo třeba podat další žádost k udržení příspěvků.

Socializační program prováděli tři terapeuti, kteří začleňovali do rekreačních programů ty klienty, kteří nebyli schopni strukturovanější činnosti. Chodili na procházky, sledovali televizi, malovali nebo se pokoušeli vyrábět různé předměty. Sociální dávky šlo vyplácet na účet projektu a ten pak platil za klienta nájem a účty a pomáhal mu při rozhodování, jak naložit se zbylými prostředky. Často začala spolupráce s klientem právě tím, že se mu personál staral o příjmy, a jak si klient chodil pro peníze, postupně se zařazoval i do dalších programů. Asi 85 % z klientů, kterým byl poskytován finanční management, navštěvovalo i další programy. Skupinová práce byla velmi neformální. Po klientech nebyl požadován žádný kontrakt či závazek a projekt pracoval s „volným terapeutickým vztahem a omezeným stanovením cílů“.

Někteří lidé se dostali do Los Angeles prostřednictvím „Greyhound terapie“ – praxe posadit duševně nemocného do autobusu a poslat ho pryč z města. Součástí vyhledávací práce bylo zachytit tyto lidi na autobusovém nádraží. Každého, kdo potřeboval pomoc, vzali pracovníci projektu do drop-in centra a pokusili se kontaktovat rodinu a zjistit, zda se může někam vrátit. Projekt byl členem nestátní neziskové organizace zastřešující řadu agentur v Los Angeles. To zlepšilo vztahy s dalšími agenturami a také zejména s policií. Policisté měli větší porozumění pro duševně nemocné lidi a také je častěji přivázeli do drop-in centra namísto k přijetí do psychiatrické nemocnice.

Postup, kdy byla služba pro duševně nemocné zavedena jako doplněk služeb pro bezdomovce, byl aplikován i v Británii. Služba se na jeden rok stala součástí sítě ubytoven pro osamělé bezdomovce. I během tohoto jednoho roku vyhodnocení jasně ukázalo potřebu dobře řízeného multidisciplinárního týmu. Ve srovnání s běžnou populací je ve skupině bezdomovců zneužívání alkoholu a drog 3–6× častější.<sup>187</sup> Služby pro duševně nemocné často odmítají pracovat s lidmi závislými na alkoholu či drogách a služby pro toxikomany naopak často ze své péče vylučují duševně nemocné, protože je obtížné zvládnout jejich chování a někdy i proto, že psychotropní medikace je nahlížena jako substituce za jiné návykové látky. Výsledkem je, že místo zařazení do služeb pro obě cílové skupiny nejsou duševně nemocní zneužívající návykové látky často zařazení do žádné ze služeb.<sup>188</sup> Tím, že case management umožňuje dostupné a komplexní hodnocení potřeb klienta a vhodné péče, může pomoci vyřešit tuto mezeru v síti služeb.

· E ·

## SLUŽBY PRO JINÉ SKUPINY KLIENTŮ

Dále jsou popsány tři modely, které ilustrují obecnou využitelnost case managementu v praxi.

### 1. THANET COMMUNITY CARE PROJECT, THANET, VELKÁ BRITÁNIE

Tento britský projekt použil case management jako alternativu k lůžkové péči pro staré nemocné lidi.<sup>189</sup> Case manažeři byli v tomto případě speciálně vycvičení sociální pracovníci, jejichž úkolem bylo koordinovat síť služeb a byli integrální součástí místního oddělení sociální péče. Jejich role znamenala rozhodnout, co klient potřebuje, vytvořit komplexní plán péče v souladu s klientovými potřebami a cíli a pomoci klientovi získat potřebné služby, podporu a prosadit jeho oprávněné nároky.

Základním rysem tohoto projektu byly decentralizované rozpočty. Case manažeři disponovali finančními prostředky ve výši, která odpovídala dvěma třetinám nákladů na lůžkovou péči. Prostředky byly rozpočteny na klienta, uvolňovány týdně a case manažeři je mohli použít na služby, které pomáhaly starého člověka udržet v komunitě a zvyšovaly kvalitu jeho života. Prostředky nad tento limit mohly být poskytnuty na zvláštní žádost a case manager byl v takovém případě povinen plán péče konzultovat s vedoucím. Práce v tomto systému vyžadovala řadu důležitých prvků. Především to byl systém dokumentace orientovaný na zaznamenávání problémů a umožňující monitorovat přesně finanční prostředky. Dále to znamenalo přesně vymezené množství klientů a pevně stanovené ceny za služby. Zpětnou vazbu na svou práci dostávali case manažeři cestou vzájemných

konzultací. Case manažeři mohli finanční prostředky přesouvat v rámci celé své klientely a konzultace sloužily k objevení případných zvýhodnění či znevýhodnění některých klientů.

Case managementový systém dosáhl dobrých výsledků v kvalitě života klientů i kvalitě služeb ve srovnání s kontrolní skupinou. Méně klientů muselo využít lůžkovou péči a méně jich zemřelo. Služba se ukázala i ekonomicky efektivní, zejména u velmi závislých starých lidí, o které se staral někdo z okolí, a dále u izolovanějších, méně závislých starých lidí, kteří trpěli dlouhodobým nepsychotickým duševním onemocněním. Výběr testované skupiny však nebyl náhodný. Ze skupiny byli vyloučeni jako „osoby s nedostatečnou úrovní sociálního fungování“ klienti, kteří museli být hospitalizováni v období dvou týdnů od příjetí do péče case managera, a dále lidé, kteří u nichž bylo na základě vstupního vyšetření rozhodnuto péči neposkytovat. Důvodem pro takové rozhodnutí mohlo být „tvrdohlavé odmítání péče“, nedosažitelnost z důvodu hluchoty, demence, dlouhodobá deprese nebo úzkost. Z 202 potenciálních klientů bylo do hodnocené skupiny přijato 92.

Možnost disponovat volnými finančními prostředky se ukázala velmi výhodná. Byly používány na nákup topných těles či kotlů ústředního topení nebo na méně obvyklé účely, např. na platby za poskytování pomoci lidmi z okolí. U těchto laických pomocníků byla svědomitě zvažována jejich ochota pomoci, předchozí zkušenosti a schopnost vyrovnat se s nepříjemnostmi a nejistotou; někdy je klient již z dřívějšíka znal. Pomocníkům byla poskytována podpora formou konzultací u kávy a tím, že case manager byl k dispozici v případě problémů. Za zmínku stojí, že finanční limit byl překročen pouze u pěti klientů. Autoři prohlašují, že během projektu nevznikly žádné závažné praktické či etické problémy. To je velmi významné vzhledem k obrovskému vlivu, který měl projekt *Thanet* na rozvoj britského case managementu.

### 2. CHOICE – THE CASE MANAGEMENT SERVICE, LONDÝN, VELKÁ BRITÁNIE

Jednalo se o projekt pro tělesně handicapované lidi, jeho zvláštností byla ústřední myšlenka, že case manažeři musí být nezávislí na poskytovatelích služeb proto, aby mohli být zcela na straně klienta. Financování bylo zcela nezávislé na okolním systému služeb.

Case manažeři koordinovali komplexní vyšetření stavu klienta, společně s klientem stanovili cíle a vytvořili plán akcí, koordinovali vstupy jednotlivých služeb, monitorovali uskutečňování plánu, revidovali jej podle změn situace, sledovali a zaznamenávali všechny nedostatky či výpadky ve službách pro potřeby dalšího plánování sítě. Rolí case managerů bylo i hájit zájmy klienta a zastupovat jej, požádal-li je o to. Case manažeři nebyli v tomto projektu terapeuty, a pokud klient potřeboval psychoterapii, doporučili



jej k odborníkovi. Po větší část doby svého trvání měl projekt pouze jednoho case managera na plný úvazek, jednoho na částečný a administrátora.

Projekt byl pečlivě vyhodnocován, v hodnocení byly zahrnuty i pohledy uživatelů a poskytovatelů jiných služeb.<sup>190</sup> Za 18 měsíců projektu se case manageři setkali se 142 klienty a nebyli schopni vyhovět všem požadavkům na zařazení do péče. Řadu klientů doporučovali pracovní terapeuti, jen protože očekávali, že tím jejich klienti dostanou v poskytování péče přednost před ostatními. To ukazuje potřebu účelného výběru, zejména v situaci, kdy jsou finanční prostředky velmi omezené. Case manageři si klienty sami nijak nevyhledávali, pouze přijímali doporučení.

Přibližně tři čtvrtiny klientů vyjádřily spokojenost se službou. V kontrolní skupině, o níž se starali sociální pracovníci a pracovní terapeuti, byl výsledek obdobný, nicméně skutečnost, že projekt byl natolik masivně využíván jak klienty, tak poskytovateli služeb, svědčí o tom, že vyplnil závažnou mezeru v síti služeb.

Zásadní otázkou z hlediska klientů byl problém rozdělování prostředků. Když odpovídali na otázku, co by se mělo na službě zlepšit, nejčastější odpovědí (27 %) bylo, že by case manageři měli mít k dispozici více peněz. Poskyvatelé služeb považovali za nejvýznamnější fakt, že case manageři jsou nezávislí, a tak mohou být plně k dispozici klientovi a bez vnitřního konfliktu hájit jeho zájmy. Domnívali se, že case manageři mají na agentury poskytující péči větší vliv než zaměstnanci sociálních nebo zdravotních služeb. Jedním z důvodů bylo i to, že case manageři mohli volněji navazovat kontakty, kterým jinak bránily administrativní a teritoriální hranice. Na druhou stranu se někteří poskyvatelé služeb domnívali, že pokud by dostali odpovídající finanční prostředky, dokázali by sami řešit některé úkoly case managementu (rozvoj alternativních forem pomoci a zprostředkování dalších služeb klientovi) efektivněji. Autoři studie uzavírají, že case management by měl být nezávislý na síti služeb, neměl by však stát zcela mimo ni a už vůbec ne proti ní. Jedno z nabízených řešení je vznik samostatné jednotky v rámci systému sociální péče, která by měla za úkol koordinovat ostatní složky systému.

### 3. MODEL Y ZPROSTŘEDKOVÁNÍ

Ačkoli nejde o case management, je vhodné zmínit modely zprostředkování služeb pro jejich podobnost s nezávislým case managementem typu projektu *Choice* a pro to, že vnesly do vývoje britského case managementu otázku účelových rozpočtů. Zatím se týkaly převážně péče o mentálně a tělesně postižené. Zprostředkování služeb vidí jako hlavní problém v poskytování služeb to, že klienti mají nedostatečnou možnost rozhodovat. Poskyvatelé služeb jsou financováni přímo, bez ohledu na to, co a kolik od nich klient potřebuje získat. Cílem modelů zprostřed-

kování služeb je vytvořit individuální účty, z nichž může klient nakupovat na trhu služeb. Individuální účty znamenají i to, že poskytování služby lze mnohem snáze a pružněji sledovat. Rostoucí integrace komunity méně zdůrazňuje specializované služby a poskytování unifikovaných bloků péče a snaží se nesoustředovat lidi s podobnými problémy v ghettech.

Ve Vancouveru v organizaci *Community Living Society* byli nákupčí služeb řízeni radou složenou z uživatelů a rodinných příslušníků. Úkolem nákupčích bylo pomoci klientovi rozpoznat jeho potřeby a najít službu, jež je pro něj vhodná. Pracovali pro klienta a nevstupovali do žádných smluvních vztahů s poskytovateli služeb nebo institucemi poskytujícími finanční prostředky na péči bez instrukcí od klienta. Jejich role byla popsána jako obdoba sociálního pracovníka, ale bez konfliktu zájmů spočívajícího v tom, že je zaměstnancem instituce s limitovanými finančními prostředky. Modely zprostředkování služeb se vyvíjely do mnoha podob od počítačových databází dostupných služeb přes partnerskou pomoc využívající práci dobrovolníků až k přirozeným podpůrným sítím.

Zprostředkování bývá definováno jako služba pojmově odlišná od case managementu,<sup>191</sup> ač je v praxi často nezřetelné, čím se liší. Individuální účty a nezávislost zprostředkovatelů na agenturách přímo poskytujících péči mohou být součástí case managementu a umožní porovnávat náklady a výsledky. Svěření odpovědnosti za finanční prostředky do rukou zprostředkovatelů nevede samo o sobě k posílení pozice uživatelů. Zprostředkovatelé by měli být podrobeni stejným kontrolním mechanismům jako case manageři.

Úspěšné zprostředkování spočívá na práci v síti zodpovědných osob, které vytvářejí skupinu s přístupem ke klientům založeným na následujících čtyřech principech:

- 1) podpora svobodné volby,
- 2) individuální přístup,
- 3) důraz na postupy zaměřené na změnu prostředí,
- 4) integrace místní komunity.

Úkolem zprostředkovatelů je zajistit individuální potřeby klienta týkající se péče a vztahů s okolím, podporovat ho v jeho vlastním rozhodování, monitorovat práci jednotlivých služeb, platit za služby, které klient konzumuje, a také rozhodovat za klienta v případech, kdy on sám není rozhodnutí schopen. Tento poslední úkol je nejproblematictější.

Zprostředkování služeb řadu důležitých problémů neřeší. Jak může pouhé zprostředkování pomoci lidem, kteří skutečně nedovedou zvládat své problémy, včetně vztahů s okolím? Ovlivňují již existující služby přístup zprostředkovatele ve výběru péče? Může úplné zavedení individuálních účtů vyvolávat riziko, že klient je izolován od ostatních, s nimiž by mohl vytvořit silnější nátlakovou skupinu? Základním principem zprostředkování je přijmout každého



klienta bez ohledu na jeho postižení či diagnózu, čímž se zabrání nekonečnému posílání z jedné agentury do jiné. Samostatné poskytovatele služeb však nelze donutit, aby přijali do péče každého klienta.

Přes všechny tyto výhrady je zprostředkování služeb nástrojem ke zkvalitnění poskytované péče a dává klientům větší možnosti v samostatném rozhodování.

· F ·  
ZÁVĚRY

Přes metodologické obtíže popsané v úvodu kapitoly lze z zkušenosti ze zmíněných modelů dle Onyetta<sup>192</sup> shrnout do deseti předběžných závěrů:

- 1) Case managementové služby musí mít jasně vyřešeno, jaké cílové skupině slouží.
- 2) Asertivní case management může být účinný hlavně u lidí, kteří mají největší problémy při užívání běžných služeb (např. pro bezdomovce), je zde však riziko, že stane příliš direktivním a omezujícím.
- 3) Asertivní case management vede k lepším výsledkům než kancelářské formy case managementu.
- 4) Asertivní case management snižuje potřebu psychiatrické lůžkové péče.
- 5) Asertivní case management přináší klientům a jejich rodinám lepší péči, aniž se zvýší náklady.
- 6) Role case managera jako správce finančních prostředků na nákup služeb závisí výrazně na situaci. Ve velmi dobře financovaných oblastech může být zbytečná a ve velmi chudých lokalitách case manager zjistí, že neexistují služby, jež by šlo koordinovat.
- 7) Osobní vztah mezi case managerem a klientem, individuální plán péče a dlouhodobá podpora jsou základními rysy case managementu.
- 8) Dalšími klíčovými faktory jsou práce s psychiatrickou medikací, obhajoba zájmů klientů (například pomoc při získání sociálních dávek) a zaměření na praktické problémy všedního dne.
- 9) Důležitost jednotlivých úkolů case managementu se mění dle okolností (např. ve venkovských lokalitách může mít zásadní význam asistence při dopravě).
- 10) V některých souvislostech může být pro case managera významná jeho nezávislost na existujících službách pro to, aby mohl hájit zájmy klienta a nestranně hodnotit služby. V jiných případech musí být case manager schopný vyplnit mezeru v péči a stát se sám poskytovatelem některé služby.

Jak již bylo řečeno, je při hodnocení služeb lepší použít pragmatičtější přístup než hledat ideální model. Lidé, kteří plánují a vytvářejí case managementové služby, by měli mít jasno v otázce, jaké informace potřebují pro vyhodnocování kvality služby. Vždy je třeba ptát se: *Která konkrétní forma case managementu bude schopna řešit problémy určité cílové skupiny klientů v určité lokalitě?*

· II ·

## ČESKÉ MODELY

V České republice mají snahy o zavedení case managementu relativně krátkou historii. Pravděpodobně jedním z prvních, kdo v české odborné literatuře case management zmiňuje, je MUDr. Baudiš,<sup>193</sup> který hodnotí systém péče o duševně nemocné v ČR a upozorňuje na potřebu case managementu zejména v péči o závažně a dlouhodobě duševně nemocné.

Koncept case managementu byl také již zahrnut do současné podoby Koncepce oboru psychiatrie,<sup>194</sup> kde je case management zařazen mezi služby intermediární péče. Podrobněji je v tomtéž dokumentu popsán case management v kapitole Program péče o dlouhodobě nemocné, kde se zmiňuje: „Zvláště u této skupiny je důležité, aby pomoc měla kontinuální charakter, aby byl vytvářen multidisciplinární přístup a princip case managementu. Je nezbytná návaznost a koordinovanost různých typů pomoci, včetně spolupráce mezi intermediární, lůžkovou a ambulantní péčí, péčí sociální a zdravotní. Systém péče musí být schopen aktivně vyhledávat nemocné, kteří nejsou schopni si sami zajistit adekvátní pomoc a kteří jsou v riziku zhoršení zdravotního stavu či výrazné sociální nouze, a vhodně je motivovat ke spolupráci. V každé fázi nemoci je zapotřebí hledat co nejméně restriktivní formy pomoci a i v případech, kdy je potřeba rozhodnout o dalším postupu péče bez souhlasu pacienta, je důležité jej co nejvíce do rozhodovacího procesu zapojit.“ Roli case managera Koncepce upřesňuje: „U duševně nemocných s potřebou komplexní dlouhodobé péče zajišťuje péči současně několik služeb v rámci jednoho léčebně-rehabilitačního plánu. Koordinátorem práce s klientem je asistent případové péče, který ve spolupráci s dalšími odborníky a nemocným vytváří a reviduje léčebně-rehabilitační plán, zajišťuje jeho plnění, zprostředkovává kontakt nemocného s potřebnými službami. Asistenti pracují v týmu tak, aby byla zajištěna jejich zastupitelnost a nepřetržitost péče. Asistent případového vedení může být současně poskytovatelem některé další služby. Personál služby: sociální pracovníci, zdravotní sestry, vyšší zdravotničtí pracovníci, spolupráce s psychiatrem, klinickým psychologem. Počet míst na 100 000 obyvatel: 5–10 denně (zajišťují 3–4 case managementy, v péči každého je 10–30 nemocných).“ Různé modely case managementu byly vyzkoušeny v rámci projektů „Regionální komunitní péče“, realizovaných za holandské podpory od roku 1995. Podrobněji se o projektech zmiňuje následující část. V roce 1998 byl na konferenci sociální psychiatrie v Sedmihorkách uspořádán seminář o case managementu, kde se k využívání case managementu, práci v multidisciplinárním týmu s rozdělováním případů klíčovými pracovníkům a různým formám zprostředkování péče přihlásily i další poskytovatelé služeb pro duševně nemocné (zejména Fokus) a drogově závislé (Sananim).

## · A ·

### PROJEKTY REGIONÁLNÍ KOMUNITNÍ PÉČE

Cílem projektu *Regionální komunitní péče* bylo vytvořit v několika oblastech ČR modely uspořádání služeb péče o duševně nemocné, které by lépe a pružněji odpovídaly potřebám cílové skupiny, což v tomto případě byli zejména dlouhodobě a závažně duševně nemocní. Dílčími cíli bylo doplnit služby, které v regionu chyběly, a zejména koordinovat existující i nově vzniklé služby tak, aby poskytovaly co nejkomplexnější a kontinuální péči. Projekt byl založen na vzniku nestátní neziskové organizace, jejímž hlavním úkolem bylo integrovat zdravotní a sociální služby poskytované v regionu subjekty státního, soukromého i neziskového sektoru. Jak již bylo zmíněno, na projektu spolupracovali holandské odborníci a holandská strana také poskytla grant umožňující projekt zahájit. Ve výběrovém řízení uspěly tři regiony – Mladá Boleslav, Pardubice a Praha II. Projekty se od sebe výrazně odlišovaly, protože vycházely ze stávající sítě služeb, která byla v každém regionu jiná, jejich společným rysem bylo, že k mapování potřeb cílové skupiny klientů, monitorování poskytovaných služeb a koordinaci péče využívaly některou z forem case managementu. Všechny tři projekty používaly vývojovou strategii a v průběhu projektu modifikovaly plány a cíle podle měnící se situace a získaných zkušeností.

#### I. MLADÁ BOLESLAV

Region Mladá Boleslav byl pro projekt komunitní péče velmi dobře připravený. Dlouhodobě zde pracovalo občanské sdružení Fokus poskytující dlouhodobě duševně nemocným pracovní rehabilitaci v chráněných dílnách. Projekt byl připravován déle než dva roky. V tomto období proběhlo v regionu dvakrát poměrně podrobné mapování potřeb cílové skupiny a vytvořila se pracovní skupina složená z nestátních poskytovatelů ambulantní péče a zástupců regionálních institucí, především zdravotního a sociálního odboru městského úřadu. Tato skupina se pak zformovala v občanské sdružení „Regionální komunitní péče o duševní zdraví Mladá Boleslav“. Do této skupiny se však nepodařilo začlenit všechny instituce veřejné správy, zejména příslušné odbory okresního úřadu, a také spolupráce s poskytovatelem lůžkové psychiatrické péče – Psychiatrickou léčebnou Kosmonosy – byla, alespoň zpočátku, velmi formální.

Vlastní projekt měl dvě části. První částí bylo vytvoření otevřeného sdružení poskytovatelů služeb pro duševně nemocné, které by bylo koordinátorem jednotlivých služeb, tvůrcem a garantem plánu dalšího rozvoje služeb v regionu. Druhou částí projektu bylo vytvoření nové konkrétní služby – terénního týmu poskytujícího domácí péči a pracujícího stylem case management. Tuto službu mohli pro své klienty vy-

užít všichni poskytovatelé v regionu. Terénní tým tak zajišťoval praktické propojení jednotlivých poskytovatelů do jednotné a účelně se chovající sítě.

Užší tým byl tvořen čtyřmi case managery (psychiatrickými sestrami s delší praxí) a psychiatrem, který byl koordinátorem týmu. Širší tým se scházel jednou týdně a zahrnoval konzultanty – ambulantní i nemocniční psychiatry a další poskytovatele služeb. Klienti byli přijímáni do péče týmu na doporučení ošetřujících lékařů, zástupců místních institucí (obecní úřady), na svou vlastní žádost či na žádost někoho z okolí klienta. Case manageri zajišťovali vstupní vyšetření, jehož výsledky tým hodnotil na pravidelných setkáních stejně jako individuální plány péče. Úkolem case managerů bylo také zprostředkovat případnou další potřebnou péči. Součástí jejich role bylo přímé poskytování domácí péče, obhajování zájmů klienta, pomoc při jednání s institucemi, žádání o dávky sociální pomoci apod.. V některých případech zajišťovali také management medicace, finanční management, doprovod při transportu klienta a dle potřeby také podpůrnou psychoterapii. Součástí práce case managerů bylo také vedení dokumentace a sumarizace dat pro potřeby dalšího plánování sítě služeb. Kontakt s klienty se odehrával převážně v bytech klientů a na lůžkovém oddělení během hospitalizace, méně často v prostorách základny týmu nebo na jiných místech (psychiatrické ambulance, chráněné dílny, kavárny atd.).

Terénní tým neměl nepřetržitou službu, nedisponoval vlastními auty a case manageri používali veřejnou dopravu, což bylo ve venkovských částech okresu Mladá Boleslav problematické. Výrazným omezením bylo i to, že case manageri nebyli dostatečně dostupní například pomocí mobilních telefonů.

Rozsah a komplexnost služeb poskytovaných či zprostředkovaných case managerem se různila podle individuálních potřeb klienta. V nejnepřehlednějších případech kontaktoval case manager na žádost ošetřujícího psychiatra klienta, s nímž lékař ztratil spojení, provedl základní zhodnocení jeho současného stavu a situace, informoval ošetřujícího lékaře nebo v nutném případě zajistil transport do nemocnice. Naopak velmi komplikovaný individuální plán péče může dokumentovat krátká kazuistika:

- Pana H. doporučil do péče terénního týmu ošetřující lékař lůžkového oddělení. Pan H. byl hospitalizován s diagnózou periodická endogenní deprese a jeho hospitalizace trvala již několik měsíců nejen proto, že depresivní symptomatologie přetrvávala, ale také kvůli deficitnímu sociálnímu zázemí pacienta. Pan H. obýval dvě místnosti v domě, který patřil jeho bratrově. S bratrem a jeho rodinou měl konfliktní vztahy stejně jako se širším okolím v malé vesnici. Vztahy se ještě zhoršily, když z psychotické motivace svůj byt zdemoloval a zapálil. V místě bydliště byl považován za nebezpečného a nežádoucího. Tyto problémy pak zpětně udržovaly

jeho depresivní nastavení. Pan H. odmítal nejen propuštění, ale dokonce i vycházku z oddělení.

Case manager zprvu motivoval pana H. k drobným rekreačním aktivitám a návštěvám svépomocného klubu a postupně ho zapojil do pracovní rehabilitace. Podnikl řadu intervencí v místě bydliště klienta, urovnal hlavní spory a připravil okolí na jeho návrat. Pomohl klientovi podat žádosti a získat příspěvky od obecního úřadu a od Nadace Charty 77 na opravu jeho devastovaného bytu. Opravu bytu pak prováděla skupina dobrovolníků ze svépomocného klubu společně s klientem samotným. Zapojení case managera trvalo déle než 15 měsíců a po převážnou část této doby byl klient hospitalizován.

Hodnocením efektivity práce terénního týmu se zabývá samostatná část.

Ve svém vývoji byl projekt výrazně limitován nedostatkem finančních prostředků. Terénní tým musel být redukován a nebylo možno ho vybavit dopravními prostředky a mobilními telefony, jak bylo původně plánováno. Ještě výrazněji byla omezena role koncepční skupiny pro plánování systému péče. Na tuto funkci nebylo možné získat finanční prostředky. Pracovníci projektu byli opakovaně konfrontováni s obecně rozšířenou představou, že plánování a regulaci regionálního systému péče o duševně nemocné má provádět stát, případně že je tento proces regulován automaticky tržními mechanismy. Nestátní nezisková organizace s touto rolí nebyla přijatelná. Přesto se však podařilo dosáhnout toho, že se projekt stal partnerem regionálních institucí (Městský a Okresní úřad, zdravotní pojišťovny) a podílel se na rozhodování o dalším vývoji péče o duševní zdraví v regionu. Jedním z významných bodů ve vývoji projektu bylo navázání přímého kontaktu s obecními úřady v regionu. Tento krok byl původně vynucený nedostatkem financí, ale rychle se ukázalo, že obecní úřady mohou indikovat novou část klientely, která často přes velmi závažné duševní problémy není v kontaktu s tradičními psychiatrickými službami. Pro terénní tým to přineslo jednak zvýšení objemu práce, jednak nutnost osvojit si metody asertivnějšího přístupu k potenciálním klientům.

Projekt měl pozitivní efekt i na vývoj dalších služeb v regionu. Zlepšily se kontakty s Psychiatrickou léčebnou Kosmonosy, kde bylo zřízeno regionální příjmové oddělení umožňující těsnější spolupráci s terénním týmem.

## 2. PARDUBICE

Před počátkem projektu bylo v regionu psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice s denním stacionářem, který byl součástí oddělení a nacházel se v areálu nemocnice. Dále zde kromě sítě ambulancí psychiatrů existovala chráněná dílna pro duševně nemocné zřízená střediskem křesťanské pomoci. Zájem o projekt vyšel z psychiatrického oddělení a realizátory projektu byli převážně lidé odtud.

Projekt se v hlavních rysech podobal modelu v Mladé Boleslavi. Podstatným rozdílem však bylo, že region byl mnohem méně připraven na vznik sítě, nešlo navázat na předchozí komunikaci poskytovatelů služeb ani na vztahy s regionálními institucemi.

Podobně jako boleslavský model měl projekt dvě části. První byl vznik zastřešující organizace s cílem koordinovat služby v regionu, druhou byly konkrétní služby. Projekt poskytoval terénní asistentskou službu včetně návštěvní služby psychiatra a středisko denních aktivit v rámci denního stacionáře.

Tři asistenti domácí péče byli zaměstnáni na částečné úvazky kombinované s částečnými úvazky v již existujících službách (psychiatrické oddělení, denní stacionář). V prvním období projektu vykonávali návštěvní službu včetně aktivního vyhledávání klientů, prováděli hodnocení stavu klientů, zpracovávali individuální plány péče a zprostředkovali další služby. Pro omezený rozpočet musel být tým redukován, omezena byla zejména návštěvní služba a projekt se zaměřil více na rozvoj střediska denních aktivit, role zprostředkování služeb však zůstala zachována. Pro hodnocení efektivity péče nebyl dostatečně velký počet klientů v péči týmu.

Projekt významně posílil komunikaci sítě služeb v pardubickém regionu, nadále pracuje a v současné době je připravován společný projekt s Psychiatrickou léčebnou Havlíčkův Brod, který by se měl pokusit o alternativní péči pro klienty z pardubického okresu dlouhodobě hospitalizované v PL Havlíčkův Brod.

## 3. PRAHA II

Ze všech tří regionů, které se účastnily projektu, byla Praha II pravděpodobně nejrozvinutější po stránce množství a spektra poskytovaných služeb i z hlediska organizace sítě. Klíčovou organizací byla privátní psychoterapeutická klinika ESET, provozující psychiatrické a psychologické ambulance, denní stacionář zejména pro psychotickou klientelu, a připravující program přechodného zaměstnávání dlouhodobě duševně nemocných (založený na modelu Clubhouse) a řadu dalších služeb pro děti, drogově závislé a onkologicky nemocné.

Klinika ESET měla standardní smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami. Při klinice vzniklo občanské sdružení ESET-HELP umožňující pracovat s finančními zdroji pro neziskové organizace. Z regionálních institucí byla dobrá spolupráce s magistrátem Prahy II.

Projekt Prahy II na rozdíl od ostatních dvou projektů nepředpokládal založení vlastní nové služby, zaměřil se převážně na koordinaci služeb provozovaných již existujícími subjekty. Jedinou službou, která měla být přímo hrazena z prostředků projektu, bylo přechodné zaměstnávání.

Projekt byl organizován formou dvou týmů. Koordináční tým zajišťoval technický a organizační ser-



vis projektu, multidisciplinární tým pak odbornou činností. Multidisciplinární tým byl rozdělen na několik subtýmů zajišťujících propojení poskytovatelů služeb pro určitý typ klientely. Subtým pro dlouhodobě duševně nemocné sdružoval psychiatra ESETu, další ambulantní psychiatry, psychiatra PL Bohnice, sociální sestru zajišťující návštěvní službu a kontakt s pečovatelskými službami a dva pracovníky přechodného zaměstnávání. Subtým pro závislosti sdružuje ESET, Středisko sociální prevence (streetwork), Sananim (exchange program a streetwork úzce zaměřený na aktivní toxikomany) a psychiatrickou léčebnu Bohnice. Subtým pro dětskou klientelu předpokládá propojení ESETu, pedagogicko-psychologické poradny a pedopsychiatrického oddělení nemocnice v Krči a měl připravit založení dětského denního stacionáře. Subtým pro onkologické pacienty měl zajistit propojení s onkologickým oddělením vinohradské nemocnice a praktickými lékaři.

Jádrem projektu se stal subtým pro dlouhodobě duševně nemocné. Ostatní subtýmy vznikaly postupně a proti časovému plánu původního projektu se zpozděním. Myšlenka vzniku denního stacionáře pro děti byla zcela opuštěna pro nepřekonatelné komplikace (nutnost propojit s výukovým zařízením).

V rámci projektu se podařilo upevnit vztahy s magistrátem; zástupci zdravotního a sociálního odboru a komise sociální prevence jsou členy týmů. Podařilo se také výrazně zlepšit komunikaci s lůžkovými zařízeními. V pražských podmínkách je velmi obtížné definovat region, klientela jednotlivých služeb pochází samozřejmě i z ostatních částí Prahy, a zajistit dobrý komunikační systém pouze mezi ambulantními psychiatry a denními stacionáři je technicky nemožné.

Projekt jako jediný od svého vzniku využíval i jiné finanční prostředky než holandský grant MATRA (zdravotní pojišťovny, MPSV ČR, MZ ČR, magistrát).

Projekt Prahy II využíval týmový case management, multidisciplinární týmy pracovaly na základě individuálních plánů péče, za jejichž vytváření a realizaci odpovídali jednotliví členové týmu. V rámci týmů nebyla vymezena role case managera v pravém slova smyslu, spíše role klíčového pracovníka. Pokud jde o uspořádání a řízení týmů, jejich struktura byla podobná koordinovanému týmu se sdíleným vedením popsaném v kapitole o týmech na straně 41.

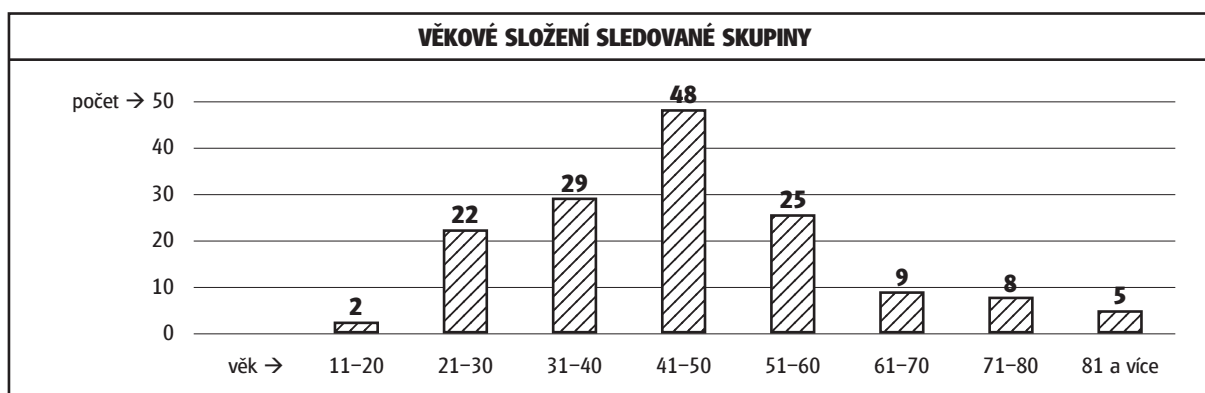
V rámci projektu proběhlo hodnocení efektivity péče, které však nebylo vztaženo ke case managementu, ale ke strukturovanému programu denního stacionáře. Studie sledovala u testované skupiny klientů užívání lůžkové péče a porovnávala je s obdobím před zařazením do programu denního stacionáře. Výzkum prokázal výrazné snížení potřeby lůžkové péče u klientely denního stacionáře.

· B ·

## HODNOCENÍ EFEKTIVITY TÝMU V MLADÉ BOLESLAVI

Hodnocení efektivity služeb poskytovaných terénním týmem v Mladé Boleslavi zahrnovalo období 24 měsíců (1. 9. 1995–31. 8. 1997). Ve sledovaném období pracoval užíší tým ve složení, jež uvádí tabulka. Klientela terénního týmu byla ve sledovaném období 148 osob, z toho 52 mužů (asi 35 %) a 96 žen (asi 65 %). Věk klientů byl v rozmezí od 19 do 86 let, věkové rozložení skupiny uvádí graf.

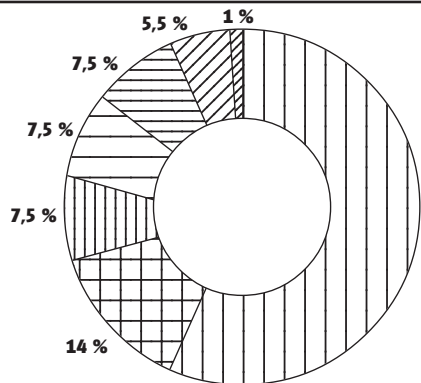
| SLOŽENÍ TERÉNNÍHO TÝMU V MLADÉ BOLESLAVI V OBDOBÍ OD 1. 9. 1995 DO 31. 8. 1997 |  |            |           |   |
|--|--|------------|-----------|---|
| Funkce   | Vzdělání   | Počet osob | Úvazky    | Poznámka  |
| Asistenti  | zdravotní sestry s praxí v psychiatrickém lůžkovém zařízení, psychoterapeutický výcvik | 4 (3)      | 4,0 (3,0) | údaj v závorce platí od 1. 7. 1996  |
| Konzultanti  | psychiatři, primář příjmového odd. PL, vedoucí denního stacionáře                      | 2 (2)      | 0,6 (0,0) | údaj v závorce platí od 1. 7. 1996, další spolupráce nebyla formou zaměstnaneckého poměru |





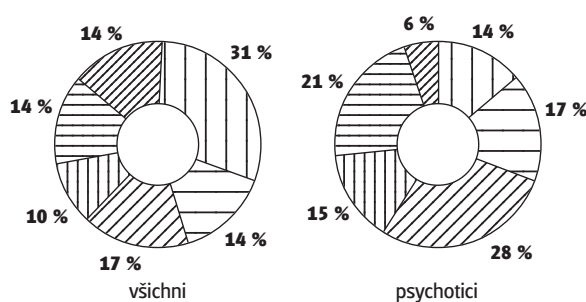
Diagnosticky převažovali klienti s diagnózou psychóza – 95 klientů (64 %). Diagnostické rozložení uvádí následující tabulka:

| DIAGNOSTICKÉ ROZLOŽENÍ SLEDOVANÉ SKUPINY |  |    |            |
|--|--|----|------------|
| Diagnóza                                 |  |    | Počet      |
| Organické poruchy                        |  | F0 | 11         |
| Závislosti                               |  | F1 | 2          |
| Psychózy schizofrenního okruhu           |  | F2 | 84         |
| Afektivní psychózy                       |  | F3 | 11         |
| Neurózy                                  |  | F4 | 11         |
| Poruchy osobnosti                        |  | F6 | 21         |
| Mentální retardace                       |  | F7 | 8          |
| Údaj chybí                               |  |    | 0          |
| <b>Celkem</b>                            |  |    | <b>148</b> |



Ze sledovaného vzorku nebyla přibližně třetina hospitalizována, asi 30 % klientů bylo hospitalizováno 1–5× a 25 % bylo hospitalizováno vícekrát. U části klientů (21 osob) se nepodařilo přesný údaj o počtu předchozích hospitalizací zjistit. Přesnější rozdělení počtu hospitalizací v celém souboru a v podskupině psychotických klientů uvádí následující tabulka:

| ROZDĚLENÍ POČTU HOSPITALIZACÍ VE SLED. SKUPINĚ |  |            |            |
|--|--|------------|------------|
| Dosavadní hospitalizace                        |  | Počet osob |            |
|  |  | všichni    | psychotici |
| Nikdy  |  | 47         | 13         |
| 1×   |  | 20         | 16         |
| 2×–5×  |  | 25         | 27         |
| 6×–10×   |  | 15         | 14         |
| Více než 10×                                   |  | 20         | 20         |
| Údaj chybí                                     |  | 21         | 5          |
| <b>Celkem</b>                                  |  | <b>148</b> | <b>95</b>  |

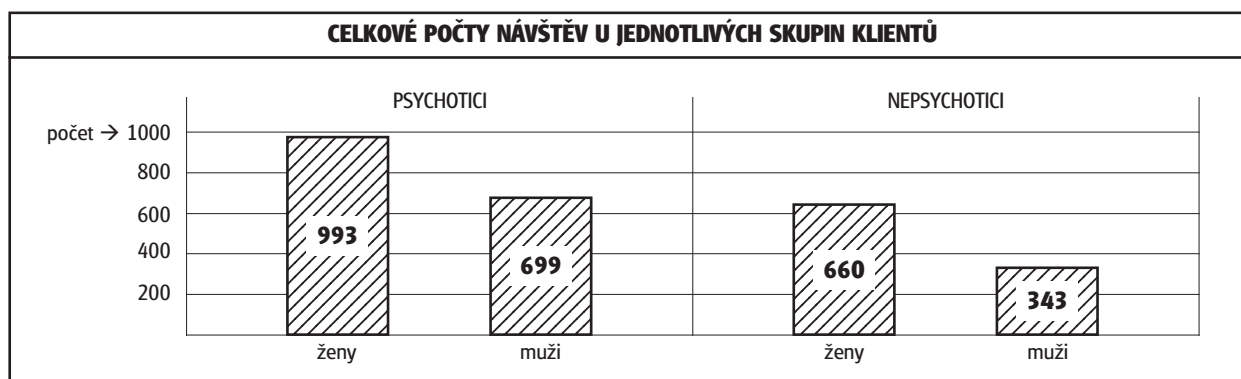


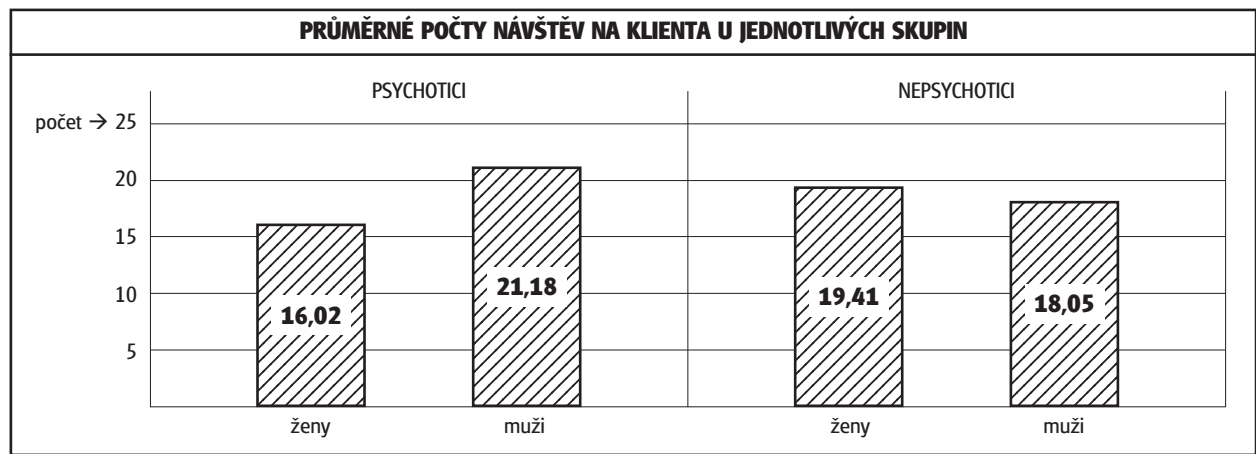
Celkový počet návštěv uskutečněných case managery ve sledovaném období byl 2695. Průměrný denní počet návštěv na jednoho case manažera byl 1,35. S trváním projektu se tento poměr zvyšoval, což bylo způsobeno tím, že v počáteční fázi projektu bylo více času věnováno tréninku personálu a organizačním otázkám. V posledních sledovaných šesti měsících již byl průměrný denní počet návštěv u jednoho case manažera 1,71.

Nejvyšší počty návštěv u jednoho klienta byly 89 (žena, 45 let, schizofrenička, v péči 24 měsíců, case manager zajišťoval pravidelný kontakt s ošetřujícím psychiatrem, pomoc při jednání s úřady v rámci rozvodového řízení a následného sporu o výživné) respektive 81 (muž, 37 let, svobodný, žijící po smrti matky sám, oligofrenik, do péče přijat na konci dvouleté hospitalizace, v péči 24 měsíců, case manager zajišťoval trénink v sebeobsluze a údržbě domácnosti, finanční management a podobně).

Intenzitu péče lze dokumentovat také četností kontaktů s klientem, která se pohybovala od frekvence 1–2× měsíčně po každodenní kontakty. Největší počet kontaktů s jedním klientem v období jednoho měsíce byl 36 (žena, 79 let, amenní syndrom, case manager zajišťoval 1× denně injekční medikaci, monitoroval situaci a podporoval rodinu v péči o klientku), respektive 30 (muž, 55 let, depresivní syndrom se suicidálním rizikem, klient odmítal hospitalizaci, case manager denně monitoroval stav klienta a informoval ošetřujícího psychiatra).

Počty návštěv a průměrné počty návštěv u klientů jednotlivých skupin dokumentují následující dva grafy:





Ze srovnání uvedených tabulek a grafů vyplývá, že největší objem péče (měřeno počtem kontaktů s klientem) čerpaly dvě skupiny klientů – osaměle žijící muži psychotici a ženy s jinou diagnózou než psychóza. Součástí druhé skupiny byly staré ženy s diagnózou demence.

Před zahájením projektu byla vytvořena metodika pro hodnocení ovlivnění potřeby lůžkové péče u klientely terénního týmu, která porovnávala počty dnů hospitalizace za období 12 měsíců před přijetím a 12 měsíců po přijetí do péče terénního týmu. Do sledované skupiny nemohli být tedy zařazeni klienti přijatí do péče ve druhém sledovaném roce, klienti, u nichž se nepodařilo zjistit zpětně přesnou délku hospitalizací v uplynulém roce, a klienti, s nimiž se po propuštění z péče terénního týmu již nepodařilo navázat kontakt. Hodnocený soubor tvořilo 71 klientů.

Výsledky sledování uvádí následující tabulka:

|                | <b>DĚLKY HOSPITALIZACÍ</b> |         |        |         |         |         |
|----------------|----------------------------|---------|--------|---------|---------|---------|
|                | všichni                    |         | muži   |         | ženy    |         |
|                | před                       | in      | před   | in      | před    | in      |
| sřední hodnota | 27,56                      | 47,32   | 48,85  | 54,19   | 15,27   | 43,36   |
| rozptyl        | 4286,31                    | 7552,31 | 7645,5 | 8620,72 | 2052,79 | 7072,92 |
| pozorování     | 71                         | 71      | 26     | 26      | 45      | 45      |
| Pears. korel.  | 0,35                       |         | 0,54   |         | 0,14    |         |
| hyp. rozdíl    | 0                          |         | 0      |         | 0       |         |
| rozdíl         | 70                         |         | 25     |         | 44      |         |
| t stat         | -1,88                      |         | -0,32  |         | -2,1    |         |
| P (T≤t) (1)    | 0,03                       |         | 0,38   |         | 0,02    |         |
| t krit (1)     | 1,67                       |         | 1,71   |         | 1,68    |         |
| P (T≤t) (2)    | 0,06                       |         | 0,75   |         | 0,04    |         |
| t krit (2)     | 1,99                       |         | 2,06   |         | 2,02    |         |

Výsledky ukazují, že se ve sledovaném souboru během péče case managerů spotřeba lůžkové péče zvýšila. Tento negativní výsledek zasluhuje další zpřehlednění:

|                           |               |           |
|---------------------------|---------------|-----------|
| Hospitalizace prodloužena | muži          | 11        |
|                           | ženy          | 16        |
|                           | <b>celkem</b> | <b>27</b> |
| Hospitalizace nezměněna   | muži          | 11        |
|                           | ženy          | 24        |
|                           | <b>celkem</b> | <b>35</b> |
| Hospitalizace zkrácena    | muži          | 4         |
|                           | ženy          | 5         |
|                           | <b>celkem</b> | <b>9</b>  |
| Celkový součet            |               | 71        |

Hospitalizace se během péče case managera prodloužila u 27 klientů (38 %), u 44 klientů (62 %) zůstala nezměněna nebo se zkrátila. Je tedy zřejmé, že relativně malá část vzorku vytváří celkově negativní výsledek. V praxi se většinou jednalo o klienty, kteří byli do péče týmu doporučení ambulantním psychiatrem, k němuž přestali docházet (často na depotní neuroleptické medikaci). Case manager klienta vyhledal, zjistil akutní relaps onemocnění a ošetřující lékař na základě jeho zjištění indikoval hospitalizaci. Druhou skupinou byli klienti, kteří byli do péče case managera doporučení lékařem lůžkového oddělení. Case manager pak připravoval a zajišťoval plán další péče, zatímco klient byl dosud hospitalizován.

Přes tato vysvětlení zůstává skutečností, že case management realizovaný terénním týmem v Mladé Boleslavi

nebyl alternativou lůžkové péče, jak projekt původně předpokládal. Aby terénní tým plnil svou základní roli koordinovat služby v regionu a integrovat péči v rámci jednoho individuálního plánu péče, musel být k dispozici velké většině doporučovaných klientů. Vzhledem k množství případů nebyl dostatečně personálně obsazen a nemohl zvládnout klienty s velkou potřebou péče, zejména pokud bydleli v hůře dostupných lokalitách. Negativní roli zde hrálo i to, že terénní tým nebyl vybaven vlastními auty.

Terénní tým nebyl dostupný 24 hodin denně a nebyl dostatečně mobilní, a proto nemohl bezpečně pracovat s klienty s vysokým rizikem suicidia. Za zmínku stojí, že během sledovaného dvouletého období suicidoval jeden klient.

· III ·

## SHRNUÍ ZKUŠENOSTÍ A VÝHLEDY DO BUDOUCNA

· A ·

### SHRNUÍ ZKUŠENOSTÍ Z EXPERIMENTŮ

V literatuře týkající se zahraničních pokusů o hodnocení efektivity case managementu nemůžeme přehlednout několik zkušeností. Prvním faktem je, že až nekritický optimismus prací ze sedmdesátých a počátku osmdesátých let je v pozdějších studiích nahrazován střízlivějším pohledem. Výsledky modelů v Madisonu v USA a Novém Jižním Walesu v Austrálii se v dalších pokusech nepodařilo v plné míře zopakovat, ať již sledujeme potřebu lůžkové péče a nebo ekonomickou efektivitu modelů.

Porovnáváme-li vliv jednotlivých modelů na konzumaci lůžkové péče, zjišťujeme, že lepších výsledků dosáhly ty modely, u nichž byla náhrada hospitalizací primárním cílem anebo nutností (model vznikl jako reakce na zrušení či omezení lůžkové péče v regionu). Podstatným faktorem je, zda case manageri mají fakticky právo rozhodovat o hospitalizaci. Nepřekvapí ani skutečnost, že lepší výsledky mají velkoryse financované pokusy s dobře obsazenými týmy, zatímco modely pracující jako pouhý doplněk jiných služeb a realizované několika málo profesionály angažovanými na částečné úvazky těchto výsledků nedosahují. V USA v roce 1999 vznikl závazný minimální standard pro modely psychiatrické asertivní komunitní léčby se záměrem nepřipustit vznik nedostatečně personálně a technicky vybavených týmů, jejichž účinnost je nedostatečná. V literatuře bývá často zdůrazňována potřeba zajistit, aby nově vzniklé služby sloužily té cílové skupině klientů, pro kterou byly určeny. Lze si samozřejmě představit, že služba, která je postupně obsazována klientelou s méně závažnými problémy, má statisticky lepší výsledky a snižuje potřebu hospitalizace více než služba, která v rámci své pracovní strategie zůstává věrná původní skupině klientů – lidí se závažnými a dlouhodobými duševními problémy.

Ještě nápadnější trend ke skromnějším výsledkům je vidět u studií ekonomických nákladů case managementu. Studie hodnotící nepřímé náklady navíc používají nejednotnou, spornou a většinou nedostatečně popsanou metodiku, z níž není zřejmé, které nepřímé náklady jsou započítány a které přehlédnuty. Fakt, že péče v terénu, která nenes náklady na provoz velkých budov a zařízení, je levnější než srovnatelně kvalitní péče lůžková, nelze zpochybňovat. Některé studie vykazují po zavedení komunitní péče včetně case managementu nárůst celkových nákladů systému až o třetinu, tento nárůst je však způsoben vznikem nových služeb a pod-

statným zvýšením kvality péče. Jedním z méně významných faktorů je také zvyšující se poměr nákladů na léky porovnávány s náklady na péči. Asertivní léčba v komunitě má stejné nebo i vyšší náklady na léky jako hospitalizace. Důvodem je, že u nehospitalizovaných pacientů jsou častěji užívány dražší léky s nižším rizikem nežádoucích účinků a tím pravděpodobností, že je pacient bude skutečně užívat.

Za povšimnutí stojí také skutečnost, že velmi dobře dokumentované zahraniční modely měly většinou omezené trvání. Buď byly projektovány jako časově limitovaný pokus, nebo byly zamýšleny jako zavedení stálé služby a po hodnoceném období zanikly, a to i v případech, kdy prokázaly velmi dobré výsledky a efektivitu.

K dlouhodobě fungujícím a rozvíjejícím se modelům zase naopak často chybí dokumentace v odborné literatuře. Samozřejmě lze předpokládat, že týmy provádějící výzkum či experiment jsou tvořeny lidmi jiného zaměření než týmy, které realizují běžný každodenní provoz nějaké služby pro duševně nemocné. To však není jediným důvodem zániku mnoha experimentálních modelů. I ve velmi různých systémech financování péče o duševně nemocné existuje společný problém – finanční prostředky na klinický pokus pocházejí z výrazně odlišných zdrojů než prostředky na standardní péči. Proto je fáze přechodu z experimentu na trvalou službu vždy velmi složitá a riziková. Problém je navíc komplikován skutečností, že služby pro duševně nemocné využívající case management jsou vždy službami na pomezí zdravotní a sociální péče a v prostředí s omezenými finančními zdroji se mohou často ocitat ve vakuu. Nejvýznamnějším faktorem však je, že zdravotnické systémy nejvyspělejších zemí světa procházely v posledních dvaceti letech zásadními reformami s cílem omezit hrozivě rostoucí náklady na zdravotní péči.

Ze zkušeností ze Spojených států, Kanady a Velké Británie je zřetelné, že jinak velmi rozdílně organizované systémy zdravotní péče v situaci hrozící finanční krize v první řadě krátí prostředky na péči o duševně nemocné. Důvody jsou zřejmé. Péče o duševně nemocné je vnímána jako luxus v situaci, kdy chybějí prostředky na jiné součásti systému. Tento postoj trvá i přes skutečnost, že se duševní nemoci ve vyspělých státech stávají jednou z největších příčin ekonomických ztrát společnosti (v současné době jsou na čtvrtém místě, v roce 2020 budou na druhé pozici<sup>195</sup>). S tím souvisí i fakt, že přes rozvoj obhajoby práv duševně nemocných v posledních letech nejsou duševně nemocní silnou nátlakovou skupinou. Jejich možnosti prosazovat své zájmy jsou omezeny nejen vlastní nemocí, ale především strachem ze stigmatizace.

Popsané české pokusy realizované v rámci projektu Regionální komunitní péče nebyly v pravém slova smyslu výzkumnými studii, ale experimenty usilujícími zavést trvalé praktické služby. Proti většině zahraničních vzorů byly velmi skromné, pokud se týká financování, což bylo v některých ohledech na úkor dosažených výsledků. Po

tříletém experimentálním období procházely etapou hledání své trvalejší podoby a „systémovějších“ způsobů financování. Do dnešního dne existují a pracují, byť v pozměněné podobě. Jejich další rozvoj a úspěšnost lze obtížně předvídat, stejně jako vývoj celého systému zdravotních a sociálních služeb v České republice.

· B ·  
ZÁVĚR

Přes všechny výhrady a pochybnosti je zcela zřejmé, že case management jako způsob koordinace a integrace systému služeb pro duševně nemocné je jedním z nejpodstatnějších nástrojů změny tohoto systému péče o duševně nemocné. Case management je postup, který staví klienta do středu služeb a umožňuje optimalizovat zdroje, které systém nabízí.

V našich podmínkách je třeba pro plné a účelné využití možností tohoto nástroje vyřešit řadu problémů.

Zásadním problémem u nás, stejně jako tomu bylo či dodnes je i ve vyspělejších zemích, je změna rolí poskytovatelů péče. Tradiční rozdělení rolí mezi profesionály, kdy psychiatr nese konečnou a nedělitelnou odpovědnost za všechna rozhodnutí týkající se pacienta, je pro práci v komunitních multidisciplinárních týmech nevýhodné a mnohdy kontraproduktivní. K tomu, aby bylo možno část této odpovědnosti přenést na case managery, aby case manageři byli schopni svou roli přijmout a vykonávat ji bez zvýšeného rizika pro klienta, je nutné je na tuto roli dobře připravit. Je třeba vytvořit takové formy vzdělávání a výcviku, které by case managery vybavily schopnostmi pracovat s klientem samostatně i v multidisciplinárním týmu, ve kterém by měli díky svým schopnostem a dovednostem přiměřený respekt ostatních profesionálů. Pokud se podaří zvládnout tento úkol, je zbytek otázkou peněz a několika let usilovné práce, která se ovšem zcela jistě vrátí v podobě lepší, přiměřenější a efektivnější péče o duševně nemocné.

Doufám, že tento text k tomuto procesu přispěje.

· DOSLOV ·

S privatizací zdravotnictví a rozvojem nestátní neziskové sféry byla péče o duševně nemocné obohacena o řadu nových prvků, které vycházely ze zahraničních zkušeností. Na druhou stranu s sebou tento proces přinesl uvolnění starých komunikačních vazeb, rozvolnění a fragmentaci systému péče s rizikem pro klienta či pacienta, že se mu ne vždy dostane té péče, kterou by právě nejvíce potřeboval, že pomoc nebude komplexní a kontinuální. Příčinou v tomto případě není jen snížená schopnost našich klientů či pacientů orientovat se v sociální realitě, předkládat a prosazovat své požadavky na péči, ale i obecná tendence zdravotních a sociálních služeb v péči o duševně nemocné poskytovat unifikované bloky péče a nerespektovat dostatečně klientovy individuální potřeby. S těmito problémy se vyrovnávaly a dosud vyrovnávají všechny vyspělejší systémy péče o duševní zdraví ve světě. Jedním z nejučelnějších používaných nástrojů byl právě case management, který se stal základem dnes používaných modelů asertivní komunitní léčby.

Tento text se zabývá využitím postupů case managementu v péči o duševně nemocné. Pokouší se shrnout základní úkoly a pracovní postupy case managementu. Stručně se zmiňuje o jeho historii a souvislostech s dalšími službami o duševně nemocné. Vzhledem k tomu, že zásadním úkolem case managementu je integrovat péči o klienta do účelného celku a koordinovat zúčastněné služby, je poměrně rozsáhlá část věnována organizaci práce v multidisciplinárních týmech, jejich uspořádání a řízení. Poslední část textu je věnována praktickým modelům case managementu a asertivní komunitní léčby použitým ve světě a zkušenostem s využitím case managementu v České republice.

Jako vzor pro tento text mi sloužila práce Steve Onyetta *Case management in Mental Health*<sup>1</sup>. Text se na mnoha místech zmiňuje o modelovém či vzorovém týmu, kterým je v Londýně provozovaná Služba časně intervence (Early Intervention Service – EIS), dokumentovaná právě Stevem Onyettem. Vzhledem k tomu, že Onyettova práce byla publikována před více než deseti lety, bylo nutné aktualizovat terminologii a doplnit přehled praktických modelů o současnější vzory.

Jan Stuchlík



## ODKAZY

- <sup>1</sup> Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- <sup>2</sup> Caton, C. L. M. (1981) *The new chronic patient and the system of community care*. Hospital and Community Psychiatry, 7, 475–8
- <sup>3</sup> Leavitt, S. S. (1983) *Case management – a remedy for the problems of community care, in Case Management in Mental Health Services*, (ed. C. J. Sanbourn). Haworth Press, New York
- <sup>4</sup> Dowell, A. and Ciarlo, J. A. (1983) *Overview of community mental health centres program for an evaluation perspective*. Community Mental Health Journal, 19 (2), 95–125
- <sup>5</sup> Weller, M. P. I. (1989) *Mental illness – who cares?* Nature, 339, 249–52
- <sup>6</sup> Satchell, M. (1988) *Health and Homelessness: A study of Health Problems in Single Homeless Men*. Unpublished MSc dissertation. Polytechnic of the South Bank
- <sup>7</sup> Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Borum, R. and Wagner, H. R. (1999) *Criminal Victimization of Persons With Severe Mental Illness*. Psychiatric Services, 50: 62–68, American Psychiatric Association
- <sup>8</sup> Moroney, R. M. (1976) *The Family and The State*. Longman, London
- <sup>9</sup> Smith, H. (1990) *Developing Individual Services in the Community*. Discussion paper. University of Kent, Canterbury
- <sup>10</sup> Bell, L. (1989) *The politics of clinical psychology in adult mental health*. Clinical Psychology Forum, 20, 3–5
- <sup>11</sup> Challis, D. J. and Davies, B. P. (1986) *Case Management in Community Care*. Gower, Aldershot
- <sup>12</sup> Warner, R. (1985) *Recovery from Schizophrenia*. Routledge and Kegan Paul, Boston
- <sup>13</sup> Mosher, L. R. and Burti, L. (1989) *Community Mental Health: Principles and Practice*. Norton, New York
- <sup>14</sup> Accreditation Council for Psychiatric Facilities (1976) *Principles of Accreditation of Community Mental Health Service Programs*. Joint Commission on Accreditation of Hospitals
- <sup>15</sup> President's Commission on Mental Health (1978) *Report of the Task Panel of Deinstitutionalisation, Rehabilitation and Long Term Care*. Task Panel Reports Submitted to the President's Commission on Mental Health, Vol II, 256–378. Washington DC
- <sup>16</sup> Mosher, L. R. and Burti, L. (1989) *Community Mental Health: Principles and Practice*. Norton, New York
- <sup>17</sup> Warner, R. (1985) *Recovery from Schizophrenia*. Routledge and Kegan Paul, Boston
- <sup>18</sup> Wistow, G. (1990) *Community Care Planning: A Review of Past Experiences and future Imperatives*. Nuffield Institute for Health Services Studies, Leeds
- <sup>19</sup> Griffiths, R. (1988) *Community Care: Agenda for Action*. HMSO, London
- <sup>20</sup> Kongstvedt, P. R. (1997) *Essentials of Managed Health Care*. An Aspen Publication, Gathiersburg, Maryland
- <sup>21</sup> Knapp, M., Beecham, J., Anderson, J. et al. (1990) *The TAPS project: predicting the community costs of closing psychiatric hospitals*. British Journal of Psychiatry, 157, 661–670
- <sup>22</sup> MIND/Rochampton Institute (1990) *People First*. Special Report. MIND, London
- <sup>23</sup> East Anglian Regional Health Authority/ Office for Public Management (1990) *Contracting for Health Outcomes*. EARHA/OPM, Cambridge
- <sup>24</sup> Peck, E. and Smith, H. (1990) *Contracting in Psychiatry*. National Health Service Training Directorate, Bristol
- <sup>25</sup> Rapp, C. A. and Wintersteen, R. (1989) *The strenghts model of case management: results from twelve demonstrations*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13 (1), 23–32
- <sup>26</sup> Kanter, J. (1985) *Case management of the young adult chronic patient: a clinical perspective*. New Directions for Mental Health Services, 27, 77–92
- <sup>27</sup> Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- <sup>28</sup> Huxley, P. (1990) *Effective Community Mental Health Services*. Avebury/ Gower, Aldershot
- <sup>29</sup> Masson, J. (1988) *Against Therapy*. London: Fontana
- <sup>30</sup> Welsh Office Social Services Inspectorate (1990) *Community Care: Draft Guidance on Assessment and Case Management*. Welsh Office
- <sup>31</sup> Sherman, P. S. (1989) *A micro-based decision support system for managing aggressive case management programs for treatment resistant clients*. Computers in Human Services, 4 (3–4), 181–90
- <sup>32</sup> Ellis, R. H., Wilson, N. Z. and Foster F. M. (1984) *Statewide treatment and outcome assessment in Colorado: The Colorado Client Assessment Record (CCAR)*. Community Mental Health Journal, 20, 72–88
- <sup>33</sup> Owens, R. G. and Ashcroft, J. B. (1982) *Functional analysis in applied psychology*. British Journal of Clinical Psychology, 21, 181–9
- <sup>34</sup> Geer, J. H. (1965) *The development of a scale to measure fear*. Behaviour Research and Therapy, 3, 45–53
- <sup>35</sup> Speilberger, C. D., Gorsuch, R. L. and Lushene, R. E. (1970) *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto
- <sup>36</sup> Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. et al. (1961) *An inventory for measuring depression*. Archives for General Psychiatry, 4, 561–571
- <sup>37</sup> Hersen, M. and Bellack, A. S (eds.) (1976) *Behavioral Assessment: A Practical Handbook*. Pergamon Press, New York
- <sup>38</sup> Rachman, S. and Hodgson, R. (1974) *Synchrony and desynchrony in fear and avoidance*. Behaviour Research and Therapy, 12, 311–318
- <sup>39</sup> Baker, R. and Hall, J. N. (1983) *Rehabilitation Evaluation, Hall and Baker (REHAB)*. Vine Publishing, Aberdeen
- <sup>40</sup> Lamb, H. R. (1980) *Therapist-case managers: more than just brokers of services*. Hospital and Community Psychiatry, 31 (11), 762–763

- 41 Kanter, J. (1985) *Case management of the young adult chronic patient: a clinical perspective*. New Directions for Mental Health Services, 27, 77–92
- 42 Lamb, H. R. (1980) *Therapist-case managers: more than just brokers of services*. Hospital and Community Psychiatry, 31 (11), 762–763
- 43 Lamb, H. R. (1980) *Therapist-case managers: more than just brokers of services*. Hospital and Community Psychiatry, 31 (11), 764
- 44 Lamb, H. R. (1980) *Therapist-case managers: more than just brokers of services*. Hospital and Community Psychiatry, 31 (11), 764
- 45 Kanter, J. (1985) *Case management of the young adult chronic patient: a clinical perspective*. New Directions for Mental Health Services, 27, 77–92
- 46 Kanter, J. (1985) *Case management of the young adult chronic patient: a clinical perspective*. New Directions for Mental Health Services, 27, p. 87
- 47 Welsh Office Social Service Inspectorate (1990) *Community Care: Draft Guidance on Assessment and Case Management*. Welsh Office
- 48 Smith, J. and Birchwood, M. (1990) *Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 156, 654–60
- 49 Intagliata, J., Barry, W. and Egri, G. (1988) *The role of the family in delivering case management services*. New Direction for Mental Health Services, 40, 39–50
- 50 Ryglewicz, H. (1984) *An agenda for family interventions: issues, models and practice*. New Direction for Mental Health Services, 21, 81–90
- 51 Intagliata, J., Barry, W. and Egri, G. (1988) *The role of the family in delivering case management services*. New Direction for Mental Health Services, 40, 39–50
- 52 Brown, G. W. and Harris, T. O. (1978) *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Tavistock, London
- 53 Lipton, F. R., Cohen, C. I., Fisher, E. and Katz, S. E. (1981) *Schizophrenia: a network crisis*. Schizophrenia Bulletin, 7, 144–51
- 54 Brugha, T. S. (1984) *Personal losses and deficiencies in social networks*. Social Psychiatry, 19, 69–74
- 55 Henderson, A. S. (1984) *Interpreting the evidence on social support*. Social Psychiatry, 19, 49–52
- 56 Cutler, D. L., Tantum, E. and Shore J. H. (1987) *A comparison of schizophrenic patients in different community support treatment approaches*. Community Mental Health Journal, 23, 103–13
- 57 Chamberlin, J., Rogers, J. A. and Sneed, C. C. (1989) *Consumers, families and community support systems*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 12 (3), 91–106
- 58 Campbell, P. (1990) *Mental health self-advocacy, in (ed.) L. Winn Power to the People: The Key to Responsive Services in Health and Social Care*. King's Fund, London
- 59 Milne, D., Jones, R. and Walters, P. (1989) *Anxiety management in the community: a social support model and preliminary evaluation*. Behavioral Psychotherapy, 17, 221–36
- 60 Francis, E., David, J., Johnson, N. and Sashidharan, S. P. (1989) *Black people and psychiatry in the UK*. Psychiatric Bulletin, 13, 482–5
- 61 Test, M. A. and Stein, L. I. (1980) *Alternative to mental hospital treatment III. Social cost*. Archives of General Psychiatry, 37, 409–12
- 62 Parker, S. and Knoll, J. L. (1990) *Partial hospitalization: an update*. American Journal of Psychiatry, 147 (2), 156–60
- 63 Brunton, J. and Hawthorne, H. (1989) *The acute non-hospital: a California model*. The Psychiatric Hospital, 20 (2), 95–9
- 64 Goldberg, D. and Huxley P. (1980) *Mental Illness in the Community*. Tavistock, London
- 65 Onyett, S. R., Tyrer, P., Connolly, J. et al. (1990) *The Early Intervention Service: the first 18 months of an inner London demonstration project*. Psychiatric Bulletin, 14, 267–9
- 66 Onyett, S. R. (1992) *Assertive help for inner city distress, in Prevention of Anxiety and Depression*. Department of Health Conference Series, 1 (1) HMSO, London
- 67 Anthony, W. A. and Blanch, A. (1989) *Research on Community Support Services: what have we learned?* Psychosocial Rehabilitation Journal, 12 (3), 55–81
- 68 Bennett, D. H. (1978) *Social forms of psychiatric treatment, in (ed.) J. K. Wing Schizophrenia: Towards a New Synthesis*. Academic Press, London
- 69 Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J. et al. (1986) *Training skills in the psychiatrically disabled: learning, coping and competence*. Schizophrenia Bulletin, 12, 631–47
- 70 Slade, P. D. (1990) *The behavioral and cognitive treatment of psychotic symptoms, in Bental, R. P. Reconstructing Schizophrenia*. Routledge, London
- 71 Tarrier, N. (1991) *Behavioral psychotherapy and schizophrenia*. Behavioral psychotherapy, 19 (1), 121–30
- 72 Rowe, D. (1988) Foreword, in J. Masson. *Against Therapy*. Fontana, London
- 73 Gibson, D. (1989) *Requisites for excellence: structure and process in delivering psychiatric care*. Occupational Therapy in Mental Health, 9 (2), 27–52
- 74 Masson, J. (1988) *Against Therapy*. London: Fontana
- 75 Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J. et al. (1986) *Training skills in the psychiatrically disabled: learning, coping and competence*. Schizophrenia Bulletin, 12, 631–47
- 76 Mosher, L. R. and Burti, L. (1989) *Community Mental Health: Principles and Practice*. Norton, New York
- 77 Warner, R. (1985) *Recovery from Schizophrenia*. Routledge and Kegan Paul, Boston
- 78 Mosher, L. R. and Burti, L. (1989) *Community Mental Health: Principles and Practice*. Norton, New York
- 79 Mosher, L. R. and Burti, L. (1989) *Community Mental Health: Principles and Practice*. Norton, New York
- 80 Tarrier, N. (1990) *The family management of schizophrenia, in Bental, R. P. Reconstructing Schizophrenia*. Routledge, London
- 81 Caplan, G. (1964) *Principals of Preventive Psychiatry*. Tavistock, London
- 82 Hoult, J. (1986) *Community care of the acutely mentally ill*. British Journal of Psychiatry, 149, 137–44
- 83 Ryglewicz, H. (1984) *An agenda for family interventions: issues, models and practice*. New Direction for Mental Health Services, 21, 81–90
- 84 Williams, J. and Watson, G. (1988) *Sexual inequality, family life and family therapy, in Street, E. and Drylen, W. Family Therapy in Britain*. Open University Press. Milton Keynes
- 85 Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. et al. (1982) *A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients*. British Journal of Psychiatry, 141, 121–34
- 86 Liberman, R. P., Falloon I. R. H. and Aitchison, R. A. (1984) *Multiple family therapy of schizophrenia. A behavioral problem-solving approach*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 7, 60–77

- 87 Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. and Sturgeon, D. (1985) *A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up*. British Journal of Psychiatry, 146, 594–600
- 88 Mechanic, D. (1986) *The challenge of chronic mental illness: a retrospective and prospective view*. Hospital and Community Psychiatry, 37 (9), 891–6
- 89 Falloon, I. R. H., Boyd, J. L. and McGill, C. W. (1984) *Family Care of Schizophrenia*. Guildford Press, London
- 90 Ovreveit, J. (1986) *Organising Multidisciplinary Community Teams*. BIOS working paper
- 91 Miller, G. (1983) *Case management: the essential service*, in *Case Management in Mental Health Services* (ed. C. J. Sanborn). Haworth Press, New York
- 92 Goldfinger, S. M., Hopkins, J. T. and Surber, R. W. (1984) *Treatment resisters or system resister? Towards a better system for acute care recidivist*. New Directions for Mental Health Services, 21, 17–27
- 93 Berzon, P. and Lowenstein, B. (1984) *A flexible model of case management*. New Directions for Mental Health Services, 21, 49–57
- 94 Kanter, J. (1985) *Case management of the young adult chronic patient: a clinical perspective*. New Directions for Mental Health Services, 27, 77–92
- 95 Berzon, P. and Lowenstein, B. (1984) *A flexible model of case management*. New Directions for Mental Health Services, 21, 49–57
- 96 Goldfinger, S. M., Hopkins, J. T. and Surber, R. W. (1984) *Treatment resisters or system resister? Towards a better system for acute care recidivist*. New Directions for Mental Health Services, 21, 17–27
- 97 Huxley, P. (1990) *Effective Community Mental Health Services*. Avebury/Gower, Aldershot
- 98 Kanter, J. (1989) *Clinical case management: definition, principles, components*. Hospital and Community Psychiatry, 40 (4), 361–8
- 99 Test, M. A. and Stein, L. I. (1980) *Alternative to mental hospital treatment III. Social cost*. Archives of General Psychiatry, 37, 409–12
- 100 Knoedler, W. (1989) *The continuous treatment team model: role of the psychiatrist*. Psychiatric Annals, 19 (1), 35–40
- 101 Winstead, D. K. (2000) osobní dopis
- 102 Carolla, B. (2000) *CARFACT Standards Inadequate*. NAMI Electronic News (<http://www.nami.org>)
- 103 Brainsby, D., Echlin, R., Hill, S. and Smith, H. (1988) *Changing Futures*. Kings Fund, London
- 104 British Psychological Society (1986) *Responsibility Issues in Clinical Psychology and Multidisciplinary Teamwork*. Leicester, BPS
- 105 Watts, F., and Bennett, D. (1983) *Management of the staff team*, in Watts, F. and Bennett, D. (eds.) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Wiley, Chichester
- 106 British Psychological Society (1986) *Responsibility Issues in Clinical Psychology and Multidisciplinary Teamwork*. Leicester, BPS
- 107 Department of Health and Social Security (1980) *Organisational and Management Problems of Mental Illness Hospitals*. HMSO, London
- 108 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- 109 Watts, F., and Bennett, D. (1983) *Management of the staff team*, in Watts, F. and Bennett, D. (eds.) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Wiley, Chichester
- 110 Gawliski, G. and Graessle, L. (1988) *Planning Together: The Art of Effective Teamworking*. Bedford Square Press, London
- 111 Brown, H. and Bassett, T. (1988) *First Things First: A Team Building Manual for Community Mental Handicap and Community Mental Health Teams*. South East Thames Regional Health Authority, Bexhill-on-Sea
- 112 Witheridge, T. F. and Dincin, J. (1985) *The Bridge: an assertive outreach team in an urban setting*. New Directions for Mental Health Services, 26, 65–76
- 113 Waldron, G. (1981) *Picking up the pieces*. Health and Social Services Journal, 12 June, 708–10
- 114 Patton, M. Q. (1986) *Utilization-focused Evaluation*. Sage, California
- 115 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- 116 CTM 849 (1989) *Caring for People*. HMSO, London
- 117 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- 118 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- 119 Blackwell, T. and Jarman, B. (1991) *Lisson Grove Benefits Programme V2.8*. Lisson Grove Health Centre, London
- 120 Sherif, M. (1966) *Group Conflict and Cooperation: Their Social Psychology*. Routledge and Kagan Paul, London
- 121 Deschamps, J. and Brown, R. (1983) *Superordinate goals and intergroup conflict*. British Journal of Social Psychology, 22, 189–95
- 122 Brown, R. and Wade, G. (1987) *Super-ordinate goals and intergroup behaviour: the effect of role ambiguity and status of intergroup attitudes and task performance*. European Journal of Social Psychology, 17, 131–42
- 123 British Psychological Society (1986) *Responsibility Issues in Clinical Psychology and Multidisciplinary Teamwork*. Leicester. BPS
- 124 Leiter, M. P. (1988) *Burnouts as a function of communication patterns: a study of a multidisciplinary mental health team*. Group and Organisational Studies, 13 (1), 11–128
- 125 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- 126 Watts, F., and Bennett, D. (1983) *Management of the staff team*, in Watts, F. and Bennett, D. (eds.) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Wiley, Chichester
- 127 Gibson, D. (1989) *Requisites for excellence: structure and process in delivering psychiatric care*. Occupational Therapy in Mental Health, 9 (2), 27–52
- 128 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- 129 Ovreveit, J. (1986) *Organising Multidisciplinary Community Teams*. BIOS working paper
- 130 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- 131 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- 132 Provençal, G. (1987) *Culturing commitment*, in Taylor, S. J., Bilen, D. and Knoll, J. *Community Integration for People with Severe Disabilities*. Teachers College Press, New York
- 133 Watts, F., and Bennett, D. (1983) *Management of the staff team*, in Watts, F. and Bennett, D. (eds.) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Wiley, Chichester
- 134 Hollander, E. P. (1978) *Leadership Dynamics: A practical Guide to Effective Relationships*. Free Press, New York
- 135 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK



- 136 Jabitsky, I. M. (1988) *Psychiatric teams and the psychiatrist's authority in the New York State mental health system*. New York State Journal of Medicine, 88 (11), 577–81
- 137 Witheridge, T. F. and Dincin, J. (1985) *The Bridge: an assertive outreach team in an urban setting*. New Directions for Mental Health Services, 26, 65–76
- 138 Smith, H. and Mansell, J. (1991) *The Quest for Quality: Searching for the Holy Grail*. Discussion paper, University of Kent, Canterbury
- 139 West, M. A. and Farr, J. L. (1989) *Innovation at work: psychological perspectives*. Social Behaviour, 4, 15–30
- 140 Beckhard, R. and Harris, R. T. (1987) *Organizational Transitions: Managing Complex Change* (2<sup>nd</sup> ed.) Addison-Wesley, Reading, Mass
- 141 Harrod, J. B. (1986) *Defining case management in community support systems*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 9 (3), 56–61
- 142 Smith, H. and Mansell, J. (1991) *The Quest for Quality: Searching for the Holy Grail*. Discussion paper. University of Kent, Canterbury
- 143 Lynch, M. M. and Kruzich, J. M. (1986) *Needs assessment of the chronically mentally ill: practitioner and client perspectives*. Administration in Mental Health, 13 (4), 237–48
- 144 Brost, M. and Johnson, T. (1982) *Getting to Know You: One Approach to Service Assessment and Planning for Individuals with Disabilities*. Wisconsin Council on Developmental Disabilities, Madison
- 145 Smith, H. and Mansell, J. (1991) *The Quest for Quality: Searching for the Holy Grail*. Discussion paper. University of Kent, Canterbury
- 146 Brown, H. and Smith H. (1991) *Normalisation: A Reader for the 1990s*. Routledge, London
- 147 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- 148 Quality in Action Project (1991) *Quality in Action: A Resource Pack for Improving Services for People with Learning Difficulties*. Pavilion Publishing, Brighton
- 149 O'Brien, J. (1988) *Learning from Citizen Advocacy Programs*. Advocacy Office, Georgia, USA
- 150 Butler, K. and Forrest, A. (1990) *Citizen advocacy for people with disabilities*, in Winn, L. (ed.) *Power to the People: The Key to Responsive Services in Health and Social Care*. King's Fund, London
- 151 Tuohy, C. H. (1999) *Dynamics of Changing Health Sphere: The United States, Britain and Canada*. Health Affairs, 18/3, 178–192
- 152 Ryan, P., Ford, R. and Clifford, P. (1991) *Case Management and Community Care*. London: Research and Development for Psychiatry
- 153 Thornicroft, G. (1991) *The concept of case management for long-term mental illness*. Health Trends, 21, 70–71
- 154 Holloway, F. (1991) *Case management for the mentally ill: looking at the evidence*. International Journal of Social Psychiatry, 37 (1), 2–13
- 155 Shepherd, G. (1990) *Case management*. Health Trends, 22 (2), 59–61
- 156 Bachrach, L. L. (1980) *Overview: model programs for chronic mental patients*. American Journal of Psychiatry, 137 (9), 1023–31
- 157 Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- 158 Test, M. A. and Stein, L. I. (1980) *Alternative to mental hospital treatment III. Social cost*. Archives of General Psychiatry, 37, 409–12
- 159 Weisbrod, B. A., Test, M. A. and Stein L. I. (1980) *Alternative to mental hospital treatment II. Economic benefit-cost analysis*. Archives of General Psychiatry, 37, 400–5
- 160 Hoult, J. (1986) *Community care of the acutely mentally ill*. British Journal of Psychiatry, 149, 137–44
- 161 Merson, S., Tyrer, P., Onyett, S., Lack, S., Birkett, P., Lynch, S. and Johnson, T. (1992) *Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial*. The Lancet, 339, 1311–14
- 162 Onyett, S. R., Tyrer, P., Connolly, J. at all (1990) *The Early Intervention Service: the first 18 months of an inner London demonstration project*. Psychiatric Bulletin, 14, 267–9
- 163 Muijen, M. (1990) *Short Term Outcome of a Study Comparing Home Care with Standard Hospital Care*. MSc thesis. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London
- 164 Kiesler, C. A. (1982) *Mental hospitals and alternative care*. American Psychologist, 37, 349–60
- 165 Olfson, M. (1990) *Assertive community treatment: an evaluation of the experimental evidence*. Hospital and Community Psychiatry, 41 (6), 634–41
- 166 Taube, C. A., Morlock, L., Burns, B. J. and Santos, A. B. (1990) *New direction in research on assertive community treatment*. Hospital and Community Psychiatry, 41 (6), 642–7
- 167 Mosher, L. R. (1983) *Alternatives to psychiatric hospitalisation: Why has research failed to be translated into practice?* New England Journal of Medicine, 309, 25, 1579–80
- 168 Turner, T. (1988) *Community care*. British Journal of Psychiatry, 152, 1–3
- 169 Witheridge, T. F. and Dincin, J. (1985) *The Bridge: an assertive outreach team in an urban setting*. New Directions for Mental Health Services, 26, 65–76
- 170 Witheridge, T. F., Dincin, J., Appleby, L. (1982) *Working with most frequent recidivist: a total team approach to assertive resource management*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 5, 9–11
- 171 Bond, G. R., Miller, L. D., Krumweid, R. D. and Ward, R. S. (1988) *Assertive case management in three CMHCs: a controlled study*. Hospital and Community Psychiatry, 39 (4), 411–18
- 172 Franklin, J. L., Solovitz, B., Mason, M., Clemons, J. R. and Miller, G. (1987) *An evaluation of case management*. American Journal of Public Health, 77, 674–8
- 173 Modrcin, M., Rapp, C. A. and Poertner, J. (1988) *The evaluation of case management services for the chronically mentally ill*. Evaluation and Program Planning, 11 (4), 307–14
- 174 Borland, A., McRae, J. and Lycan, C. (1989) *Outcomes of five years of intensive case management*. Hospital and Community Psychiatry, 40 (4), 369–76
- 175 McRae, J., Higgins, M., Lycan, C. and Sherman, W. (1990) *What happens to patients after five years of intensive case management stops?* Hospital and Community Psychiatry, 41 (2), 175–9
- 176 Rapp, C. A. and Wintersteen, R. (1989) *The strengths model of case management: results from twelve demonstrations*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 13 (1), 23–32
- 177 Fisher, G., Landis, G., and Clark, K. (1988) *Case management service provision and client change*. Community Mental Health Journal, 24 (2), 134–42
- 178 Smith, H. (1990) *Lessons from America: Some Aspects of Holyoke/Chicopee Service*. Unpublished manuscript. University of Kent, Canterbury
- 179 Berzon, P. and Lowenstein, B. (1984) *A flexible model of case management*. New Directions for Mental Health Services, 21, 49–57
- 180 Goering, P. N., Wasylenki, D. A., Farkas, M., Lancee, W. J. and Ballantyne, R. (1988) *What difference does case management make?* Hospital and Community Psychiatry, 39 (3), 272–6



- <sup>181</sup> Renshaw, J., Hampson, R., Thomason, C. et al. (1988) *Care in the Community: The First Steps*. Gower, Aldershot
- <sup>182</sup> Knapp, M., Cambridge, P., Thomason, C. et al. (1992) *Care in the Community: Challenge and demonstration*. Gower, Aldershot
- <sup>183</sup> Brost, M. and Johnson, T. (1982) *Getting to Know You: One Approach to Service Assessment and Planning for Individuals with Disabilities*. Wisconsin Council on Developmental Disabilities, Madison
- <sup>184</sup> Cambridge, P. (1992) *Case management in Care in the Community: Challenge and Demonstration*. Eds. Knapp, M., Cambridge, P., Thomason, C., Allen C., Beecham, J. and Darton, R. Gower, Aldershot
- <sup>185</sup> Putnam, J. F., Cohen, N. L. and Sullivan, A. M. (1986) *Innovative outreach services for the homeless mentally ill*. International Journal of Mental Health. 14 (4), 112–24
- <sup>186</sup> Wellborn, J. (1999) *Responding to Individuals with Mental Illness*. Law Enforcement Bulletin, 11, 6–8
- <sup>187</sup> Mulhern, V. and Spense, R. (1984) *Alcohol abuse/alcoholism among homeless persons: a review of the literature*. National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse, Rockville, MD
- <sup>188</sup> Fariello, D. and Scheidt, S. (1989) *Clinical case management of the dually diagnosed patient*. Hospital and Community Psychiatry, 40 (10), 1065–7
- <sup>189</sup> Challis, D. J. and Davies, B. P. (1986) *Case Management in Community Care*. Gower, Aldershot
- <sup>190</sup> Pilling, D. (1988) *The Case Manager Project: Report of the Evaluation*. Rehabilitation Resource Centre, Department of System Science, City University, London
- <sup>191</sup> Brandon, D. and Towe, N. (1989) *Free to Choose: An Introduction to Service Brokerage*. Good Impressions Publishing Ltd, London
- <sup>192</sup> Onyett S., (1992) *Case Management in Mental Health*. Chapman & Hall, London, UK
- <sup>193</sup> Baudiš, P. (1995) *Práva psychiatrických pacientů*. Česká a slovenská psychiatrie, květen 1995
- <sup>194</sup> Česká psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně (1998) *Koncepce oboru psychiatrie*, nepublikováno
- <sup>195</sup> Murray, C. J. L. (1994) *Quantifying the Burden of Disease: The Technical Basis for Disability Adjusted Life Years*. Bulletin of the World Health Organization, 72 (3), 429–445

# POZNÁMKY

ASERTIVNÍ  
KOMUNITNÍ LÉČBA  
&  
CASE MUDR.  
JAN STUHLÍK  
MANAGEMENT

*Jazyková redakce Marie Suková*

*Grafická úprava, obálka a typó Adam Friedrich*

*Litografie Typo JP Praha*

*Tisk Tiskárna Fokus s. r. o.*

*Vydal Fokus Praha, sdružení o péči pro duševně nemocné  
ve spolupráci s Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví*