UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Michaela Neubauerová

Case management v sociálních službách

OLOMOUC 2014 Vedoucí práce: Mgr. Lucia Pastieriková Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala paní magistře Petře Tomalové za odborné vedení, poskytnuté rady a připomínky při psaní bakalářské práce.

Moje velké poděkování patří i celé mojí rodině, která mi celou dobu pomáhala a podporovala.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Michaela Neubauerová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucia Pastieriková Ph.D.
Rok obhajoby:	2014
Název práce:	Case management v sociálních službách
Název v angličtině:	Case management in social services
Anotace práce:	Cílem bakalářské práce je snaha o vysvětlení pojmu case management, historie vzniku case managementu, použití v sociálních službách a jeho význam. V závěru práce jsem uvedla konkrétní příklad z praxe cílové skupiny case managementu z organizace Fokus, která působí na Vysočině.
Klíčová slova:	Case management, case manager, cílové skupiny
Anotace v angličtině:	Aim of this work is an attempt to explain the concept of case management, history of case managementu , the use of social services and its importace. In conclusion, I gave a concrete example of the practice of the target group of case management organizations Fokus, which operates in the Vysočina.
Klíčová slova v angličtině:	Case management, case manager, target groups
Přílohy vázané v práci:	Žádné
Rozsah práce:	48 stran
Jazyk práce:	český

OBSAH

ÚVOD 7

1. HISTORIE A VÝVOJ CASE MANAGEMETU 8

2. VYMEZENÍ CASE MANAGEMENTU 11

3. TYPY CASE MANAGEMENTU 13

3.1 Brokerský model 13

3.2 Intenzivní CM (ICM) 13

3.3 Asertivní komunitní léčba (ACT) 14

3.4 Function Assertive Community Treatment (FACT) 15

3.5 Klinický model (..... 15

3.6 Další dělení CM 16

4. ZÁSADY CASE MANAGEMENTU 17

4.1 DESATERO CASE MANAGEMENTU 18

5. CÍLOVÉ SKUPINY PRO CASE MANAGEMENT 20

6. SLUŽBY V RÁMCI CASE MANAGEMENTU 23

7. FÁZE CASE MANAGEMENTU 25

cyklické fáze práce s klientem: 25

7.1 Navozování a budování vztahu 25

7.2 Fáze šetření (mapování) 26

7.3 Fáze stanovení cílů 26

7.4 Fáze plánování 27

7.5 Fáze intervence 27

7.6 Fáze vyhodnocení a zpětné vazby 27

8. PODMÍNKY PRO CASE MANAGEMENT 28

8.1 Prostorová a materiální úroveň 28

8.2 Personální úroveň 29

8.3 Organizační a ekonomicko-správní úroveň 30

8.4 Informační úroveň 30

8.5 Koncepčně metodická úroveň 31

9. VÝHODY A NEVÝHODY CASE MANAGEMETU 32

9.1 Výhody 32

9.1.1 Dělení výhod podle (Stuchlíka, 2001,s. 11): 33

9.2 Nevýhoda 34

10. ROLE CASE MANAGERA 36

11. TÝMOVÁ PRÁCE JAKO SOUČÁST KVALITNÍ SLUŽBY 37

11.1 Týmová práce 37

12. PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE CASE MANAGAMENTU 41

ZÁVĚR 44

BIBLIOGRAFIE 45

SEZNAM OBRÁZKŮ 47

SEZNAM ZKRATEK 48

ÚVOD

Předmětem bakalářské práce je case managament (dále jen CM) v sociálních službách. Lze jej definovat jako koordinovanou péči o klienta v síti sociálních služeb, nebo koordinované vedení péče u klienta v rámci konkrétního, popřípadě případové vedení. CM je metoda sociální práce, která je chápána jako koordinovaná spolupráce spojená s plánováním, odhadem, usnadněním a obhajobou řešení služeb, které vyhovují zdravotním potřebám jednotlivců-klientů v rámci případu. Velice důležitý je dobře fungující vztah mezi pracovníkem a klientem.

Cílem bakalářské práce je vymezení a vysvětlení pojmu case managementu, historie vzniku CM, použití v sociálních službách a jeho význam.

V první části práce se zaměříme na historický vývoj CM, který se datuje do 70 let minulého století na Americkém kontinentu, postupné pronikání CM do všech oborů sociální a zdravotní péče, komunikaci a spolupráci managera a pacienta.

Druhá část práce bude zaměřena na vymezení pojmu CM, jeho základní rozdělení, hlavní zásady jeho použití a výhody a nevýhody, které se mohou objevit při práci s klienty. Vysvětlení pojmů cílová skupina a podmínky, které je nutné podstoupit tak, aby CM mohl vzniknout a lidé mohli podle jeho formy pracovat a pomáhat problémovým klientům.

Bakalářská práce se skládá pouze z teoretické části. Hlavním důvodem je to, že pojem CM je pro obyčejného člověka úplně nový pojem, se kterým se nemá v běžném životě možnost setkat, pokud se nepohybuje v sociálních službách, a proto se tímto snažím o co nejpodrobnější vysvětlení tohoto pojmu pro širokou veřejnost.

V závěru práce je uveden konkrétní příklad z praxe cílové skupiny CM z organizace Fokus, která působí na Vysočině.

1. HISTORIE A VÝVOJ CASE MANAGEMETU

„Slovo „management“ vzniklo z anglického „to manage“, což znamená řídit, vést, organizovat, spravovat, hospodařit, dosáhnout cíle (Svobodová in Matoušek, 2003, str. 327).“ „Case“ můžeme přeložit jako případ, kauzu, proces nebo eventualitu. Sousloví „CM“ je překládáno jako *„koordinovaná péče“*, „*koordinované vedení případu*“ (Nepustil, Dvořáková, 2010), nebo “*případové vedení“* (Stuchlík, 2002, str. 9).“

„Etablování = zavedení CM ovlivnilo sociální kontakt v USA a několik historických faktorů: vznikl jako reakce na fragmentaci poskytování služeb, vážný nedostatek zdrojů v regionech, oblastech kvality života, dostupného bydlení a návaznosti na zdravotní péče. Nebyl vyvinut systém náležitých zdrojů k podpoře přechodu lidí z institucionální péče do péče komunitní, ani systému redukcí recidivy (Rose a Moore, 1995, str. 336).“

Podle autorů (Siegal, 1998; Walsch a Holton, 2008) můžeme počátek CM objevit už v 70. letech minulého století hlavně v USA. Holt (2002) uvádí, že CM chápaný jako koordinace služeb a provázení klienta jejich užíváním vznikl jako součást deinstitucionalizace (jde o politiku snižování počtu lůžek ve velkých léčebných institucích, propouštění nebo překládání klientů do pečovatelských domovů s horší pečovatelskou službou). Dříve existovala poptávka pro potencionální klienty, kde si agentury vedly soupis konkrétních služeb, které potom těmto klientům nabízely. Manager zde fungoval jako průvodce, který propojoval uživatele se zdroji, které oni potřebovali. Na počátku 70. let spustily odbory zdravotní péče, vzdělávání a životního prostředí řadu demonstračních projektů za účelem testování různých přístupů pro zlepšení koordinace programů a služeb na státní a komunitní úrovni. Ukázalo se, že koordinovaná péče je sice efektivní z hlediska nákladů a nejméně omezující v řešení situace s klientem, ale největším problémem bylo, jak ji administrativně vykázat. Vzhledem k tomu, že na případu spolupracovali nejen lékaři, pečovatelé a sociální pracovníci, ale chyběl hlavně jednotný systém odpovědnosti klienta. Dříve, i když tyto systémy měly společný zájem na prospěchu klienta, přesto pracovaly podle odlišného cíle. Zdravotníci se snažili poskytnout klientovi, co nejlepší péči, posléze vykázat co nejvíce služeb, za to sociální pracovníci se snažili snížit klientovu závislost na systému péče. CM vznikl jako reakce na tento protiklad, který měl směřovat ke zlepšení systému dlouhodobé péče. V rámci deinstitucionalizace se vynořily snahy dostat hospitalizované pacienty do péče v komunitních centrech nebo do domácí péče. Výsledkem těchto pokusů bylo propojení dvou

přístupů, a to zrušení konkurence mezi nimi a navázání spolupráce (Holt, 2000). Rose a Moore (1995, str.335) považují nárůst CM v 80. letech za snahu uznat objevující se populaci klientů s komplexními potřebami zdrojů z různých sektorů služeb. CM tak reaguje na změnu sociální politiky se snahou přesunout priority poskytování služeb z institucionální na komunitní bázi.

Velmi důležitou součástí koordinace a organizace je lidský vztah. Tento vztah může poskytnout case manager a může tak pomoci klientovi navázat na zajištění péče a ke koordinaci programů jednotlivých složek systému. Proto bylo doporučeno zřídit CM služby ve všech regionech a v 80. letech došlo k jejich rozvoji a vytvoření platných standardů pro systémy asertivní komunitní léčby (Stuchlík, 2002).

V 90. letech se rozvinul druhý model CM ve Velké Británii. Jeho podoba byla už jiná než v USA. Byla více zaměřena na efektivitu ve smyslu finanční úspory. Stuchlík (2002) pokládá jako prvotní podnět nedostatečný počet pracovníků v sociálních službách, které by klienti mohli využít. Mezi další patří nedostatek kontroly kvality poskytovaných služeb a neexistence sdílené odpovědnosti. Poté, co se ukázal systém financování sociálních služeb jako deficitní, byla role case managera využita. Hlavní myšlenkou bylo dostát odpovědnosti za péči co nejblíže klientovi, jeho rodině a pečovatelům. Role case managera, odpovídala za strategii a financování. Systém CM dostal novou rozpočtovou autonomii, která měla obejít problémy ve spolupráci mezi organizacemi. V roce 1990 se změnila organizace zdravotnických služeb. V zásadě se jednalo o vytvoření tržní situace rozdělením státního zdravotnictví na část nakupující služby pro populaci a spádové oblasti a část, která poskytovala služby na základě smlouvy (Stuchlík, 2002). Jak uvádí Stuchlík (2002), základní význam v tomto kontextu je role case managera, jako toho, který hodnotí potřeby klientů a koordinuje zároveň využití finančních prostředků. Zatímco v americkém modelu, case manager navazuje vztah s klientem, pomáhá mu při zajištění péče a koordinaci služeb.

Z výše uvedených údajů lze konstatovat, že ve světě existují dva různé proudy CM. Jeden je odvozen z amerického modelu, a jeho charakteristickým rysem je provázení klienta sítí služeb. Druhý, pochází z britského modelu, a je pro něj charakteristický důraz na ekonomickou úsporu nákupem balíku služeb. Podle Dustina (2007) je rozdíl mezi případovou sociální prací a case/care managementem. U případové sociální práce jde především o určení a poskytnutí klientovi přiměřenou pomoc prostřednictvím pomáhajícího vztahu. U CM se

jedná o ekonomicky přijatelný způsob, jak smluvně zajistit uspokojení potřeb spotřebitele. Toto ale může být při budování vztahu velmi zdlouhavé a může to provázet mnoho překážek.

2. VYMEZENÍ CASE MANAGEMENTU

Sousloví CM je v současnosti velice používaným slovním spojením, ale je nemožné se shodnout na definici, která by byla přijatelná pro všechny. V české terminologii se ale tento pojem neustálil, a je často překládán jako „případové vedení“, nebo se o něm mnohem častěji nemluví vůbec (Stuchlík, 2002). V odborné literatuře, se nejčastěji setkáváme s pojmem asertivní komunitní přístup/léčba. CM podle Svobodové (in Matoušek, 2003) je proces tvorby a udržování prostředí, kde jednotlivci pracují společně a dosahují vybraných cílů, za využití lidských, materiálních a finančních zdrojů. Lze jej definovat jako přístup k poskytování sociálních služeb, které se snaží klientovi zajistit, aby přijímali služby, které potřebují, včas a vhodným způsobem. CM podle Siegal (1998) je klasifikován jako základní schopnost koordinace služeb, který považuje CM za jednu z nejdůležitějších forem v oblasti komunitní péče. Strategie je zaměřena na klienta, jehož cílem je zlepšit koordinaci a kontinuitu péče, zejména u osob, které mají více rozdílných potřeb.

Rose a Moore (1995) popisují 3 základní funkce:

- uvědomění si potřeb klienta,
- zprostředkování klientových zdrojů (vhodné pro jeho potřeby),
- sledování průchodu službami s cílem ujistit se o efektivitě.

CM můžeme označit jako specifickou případovou práci, která se vyznačuje těmito znaky:

- podpora je šitá na míru (přístup, který vychází z potřeb, možností, omezení klienta),
- je flexibilní (v trvání, intenzitě služby, v poskytování služby),
- zaměřuje se na zachované schopnosti klienta, na jejich rozvoj, nikoli psychopatologii,
- je asertivní (komunikace s klienty mimo systém pomoci),
- nepreferuje odborné psychosociální služby, ale klade důraz na využívání zdrojů z přirozeného prostředí klienta (např. příbuzní, sousedé, kamarádi,….),
- ústřední role hraje vztah mezi case managerem a klientem,
- intervence jsou založeny na rozhodnutí klienta. (Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008)

Základní prvky CM:

1. přehled o potřebách a schopnostech klienta
2. plánovaná péče – plán obsahuje jasně definované cíle
3. uskutečňování plánu – s využitím zdrojů z jeho sociálního okolí
4. monitorování dosaženého
5. vyhodnocení práce a dosažených výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí (Stuchlík, 2002).

Podle autora (Matouška, 2003) CM zahrnuje tři základní úkoly:

- **posouzení stavu klienta a podmínek, v nichž se klient pohybuje**. V praxi to znamená, že case manager by měl mít přehled nejen o klientových potřebách a schopnostech, ale také možnostech dalších osob, kteří o klienta pečují.
- **spárovaní nabízených služby** s identifikovanými potřebami klienta a vydefinovat cílový stav, který by měl nastat po uspokojení klientových potřeb. Toto bývá obsahem tzv. individuálního plánu péče. Na jeho tvorbě se vedle klíčového pracovníka podílí sám klient, popř. další pracovníci zaangažovaní v péči o daného klienta.
- **realizace individuálního plánu za pomoci klienta**, zaznamenávat uskutečněné kroky a jejich dopad – tj. zpřehlednit výsledky ve vztahu ke klientovi i k pracovníkům, kteří se na dané práci podíleli. Sledování realizovaných kroků i jejich dopadu slouží nejen k hodnocení, ale i k případné revizi individuálního plánu ve spolupráci s ostatními zúčastněnými stranami v případě, že se individuální plán jeví jako neúčinný.

3. TYPY CASE MANAGEMENTU

Podle Nepustila (2013) dělíme case management:

- Brokerský model
- Intenzivní CM
- Asertivní komunitní léčba
- Function Assertive Community Treatment (FACT)
- Klinický model (CCM)

3.1 Brokerský model

- úkolem case managera je koordinovat služby v dané oblasti, jeden pracovník má na starosti mnoho klientů (cca 40),
- úspěšnost je závislá na kvalitě a počtu dostupných služeb v regionu,
- case manager pracuje většinou v kanceláři a nemá možnost navázání bližšího vztahu s klientem,
- veřejné nebo soukromé neziskové organizace poskytují služby minimální nebo nemají žádnou možnost pro nákup služeb pro klienta,
- CM agentura má koordinační funkci a může být poskytovatelem služeb,
- Walsch a Holton (2008) podotýká, že case manager tohoto modelu nemá finanční odpovědnost za klienta, ale jeho úkol je pouze posoudit, naplánovat, odkázat a monitorovat,
- dnes se tento model v oblasti péče o duševní zdraví téměř nevyskytuje, najdeme jej např. u probační a mediační služby v ČR (Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008).

3.2 Intenzivní CM (ICM)

- hlavním úkolem case managera je vyhledávat, zprostředkovávat a koordinovat vhodné služby pro klienty a poskytovat služby typu nácvik dovedností, odborné poradenství,
- každý z case manageru má na starosti určitý počet klientů, většinou odpovídá na jednoho case managera asi 20 klientů a ten mu pomáhá s různými věcmi,
- CM většinou pracuje se silnou stránkou klienta a snaží se mu pomoci a navrátit zpět do života,

- CM pracuje v komunitě, kde se snaží klienta usadit ve většině případech se snaží propojovat a navazovat osobní vztahy s doporučeným zdrojem a provázet klienta přes doporučené zdroje (Nepustil, 2013),
- Case manager často navštěvuje i domov a rodinu klienta. Rodina se do sezení i zapojuje a snaží se klientům pomoc s jejich dlouhodobými problémy,
- službu může klient ukončit, když je stabilizovaný nebo službu odmítá a odchází ze své vlastní vůle (Haasová in Nedělníková,Janoušková, 2008),
- celý proces trvá většinou cca půl roku, někdy i déle, pokud to je nutné,
- podle Walsh a Holton (in Sowers, Dulmus; 2008) je klient pouze v kontaktu se svým vlastním case managerem, který je zodpovědný za čas, který s klientem stráví. Měl by s ním trávit co nejvíce času a být mu nápomocen kdykoliv, kdy ho klient potřebuje,
- podle tohoto modelu pracují v ČR např. týmy v Mladé Boleslavi, Pardubicích či v Praze. V zahraničí je tento typ využíván především v Nizozemí nebo ve Velké Británii,
- V ČR existuje asi 10 – 15 CM týmů.

3.3 Asertivní komunitní léčba (ACT)

- tento model se prosadil zatím jen v USA. V ČR se zatím nepoužívá,
- Case manageři pracují v multidisciplinárním týmu – klienti jsou sdíleni celým týmem,
- většinou všechny služby může zajistit tým, který je potencionálně nezávislý na dalších službách v regionu,
- na jednoho pracovníka připadá až 10 klientů a převažuje u nich medicínská orientace,
- asertivní komunikační léčba by měla obsahovat následující: navazování vztahů s klienty, zaměření se na praktické problémy, asertivní zastupování, zvládnutelnou velikost a počet případů, kontakt mezi pracovníkem a klientem, týmový přístup a sdílení informací ostatním z týmu, dlouhodobý závazek klientům (Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008),
- Walsch a Holton (2008) pokládají tento druh modelu za direktivní a intenzivní, doporučují společná setkávání členů týmu, jasnou programovou identitu, vysokou frekvenci kontaktů, jasně strukturovaný program, týmovou zodpovědnost za návaznost a efektivitu služeb,

- tento model by měl dále obsahovat tyto aspekty: prodloužení hodin kontaktu, kapacitu, mobilnost, úzké spojení s rodinou a blízkými, kteří by mohli klienta podporovat, úzké spojení terapeutických, rehabilitačních a sociálních potřeb. (Szotáková, 2013)

3.4 Function Assertive Community Treatment (FACT)

- do češtiny tento model překládáme jako funkční asertivní komunitní léčbu,
- každý model má své využití pro specifické klienty,
- tento model je kombinací *Intenzivního CM* a *Asertivní komunitní léčby*,

  nejvíce se tento model rozvinul v Nizozemí, kde se snaží propojit zdravotní a komunitní péči, sociální inkluzi, navýšení kontinuity v léčbě, flexibilní reakci na klientovu situaci,

  existují multidisciplinární týmy, péče je dostupná kdykoliv, snaží se o rehabilitaci a uzdravení, spolupráce s různými kolegy z jiných oborů, zapojení klienta s jeho prostředím, s jeho rodinou a přáteli, vyvolat v klientovi touhu po změně a úspěchu při dosažení vlastního cíle,
- multidisciplinární tým se skládá z psychiatra, psychologa, peer specialisty, sociálního pracovníka, „know – how“ odborníka,
- FACT model předpokládá navození vztahu s policií, snahu o inkluzi (zahrnutí do celku), hledání přirozených zdrojů,
- v posledních letech se termín funkční nahrazuje termínem flexibilní, které lépe vyjadřuje účel modelu. (Szotáková,2013)

3.5 Klinický model (CCM)

- někdy bývá označován jako rehabilitační model, který je nejčastější kombinací psychoterapie a CM,
- psychoterapie je velice úzce provázaná s case managementem, kdy manager potřebuje mít trénink a umět srozumitelně reagovat,
- služby, které jsou zaměřeny na klienta, by měly poskytovat terapii (rodinnou), učit různým technikám, proto role managera je náročnější, je na něj kladeno více požadavků a má více práce,

- důležitá je motivace case managera, potřebuje kolem sebe více lidí, na které se může spolehnout, a kteří mu budou nápomocni, nejvíce je case manager motivován nedostatkem zaměstnanců a ekonomickou úsporou. (Siegal, 1998).

3.6 Další dělení CM

Mezi další dělení CM podle rozsahu patří:

Minimální CM

- vyhledávání klientů
- posouzení problému
- plánování případu
- doporučení do služeb

Koordinující CM

Totéž, co v minimálním modelu, a navíc:

- hájení zájmů klienta (advokacie)
- případová práce
- rozvoj podpůrných systémů
- opakované posuzování, prozkoumávání, přehodnocování

Komprehenzivní (ucelený) CM

Totéž, co v koordinujícím modelu, a navíc:

- monitorování kvality života klienta a kvality služeb
- vzdělávání veřejnosti
- krizová intervence (Kerra a Clenningera) (Haasová in Nedělníko, Janoušková, 2008)

4. ZÁSADY CASE MANAGEMENTU

Rozlišujeme 6 zásad case managementu:

1. Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii
    - diagnóza vnáší zmatek do chaosu, umožňuje efektivní komunikaci mezi odborníky,
    - 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 plán intervencí a case manager má silnější roli,
    - s tímto faktem, je nutné pracovat na dobrém vztahu a nejlepší spolupráci,
    - vztah se lépe vytváří a udržuje, pokud sám, case manager přímo poskytuje službu (např. práce s rodinou, trénink dovedností, poradenství).
3. Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí
    - jde o stálé úsilí brát na zřetel klientovo přání a volbu,
    - nastávají situace, kdy case manager musí činit rozhodnutí, které je v zájmu klienta, ale v rozporu s jeho přáním.
4. Asertivita intervencí
    - čím více je klientovo onemocnění závažnější, tím méně je pravděpodobné, že klient vyhledá pomoc, která by zlepšila jeho zdravotní stav,
    - case manager musí mít přehled o klientově skutečné situaci, k tomu je nutné časté setkávání s klientem na schůzkách nejen v zařízeních, ale i na místech, kde klient tráví čas,
    - důvodem ukončení péče není to, když se klient nedostaví na schůzky.
5. Lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat
    - je nutné stavět na zachovaných dovednostech a schopnostech, posilovat klientovu víru k lepšímu a 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 nutné vycházet z potřeb klienta. (Stuchlík, 2011, s. 16)

Důležitá oblast, která má významnou roli při realizaci CM, je ochrana práv klienta. Case manager si musí být vědom toho, že klient má svoje práva a musí je uznávat. CM je vysoce odpovědná práce, proto by ji měl provádět pouze kompetentní pracovník s náležitým vzděláním, praxí a organizačními a koordinačními schopnostmi. CM existuje proto, že služby nejsou schopny se samy chovat efektivně. (Klinika adiktologie, 2006)

Klient by měl vědět a znát potřebné informace o CM, co to vůbec je. To zahrnuje i informace o situacích, kdy se case manager musí zachovat jinak, než je klientovým přáním. Klient má právo se rozhodnout, jestli zůstane v péči právě u tohoto case managera. Pokud klient není nebezpečný sobě ani okolí a nehrozí mu nebezpečí, má právo na to, dělat si co chce, jako kdokoliv jiný. (Klinika adiktologie, 2006)

Pravidla zacházení s informacemi o klientovi, jsou následující:

1. Bez souhlasu klienta nebo jeho zákonného zástupce nelze sdělovat žádnou informaci.
2. Třetí osoba dostává jen ty informace, které nezbytně potřebuje.
3. Třetí osoba už tyto informace nepředává nikomu dalšímu. (Klinika adiktologie, 2006)

4.1 DESATERO CASE MANAGEMENTU

1. CM je unikátní a cenný doplněk existujících služeb, ale není všelékem a nelze ho využít u všech případů
2. CM poskytuje komplexní, účelnou a přesně cílenou podporu – u jednoho stolu se sejdou různé profese a různé pohledy na případ
3. Dochází k minimalizaci chybných rozhodnutí z důvodu nepřesných informací či řešení problému
4. CM koordinuje poskytování služeb a předchází tomu, aby jednání různých poskytovatelů služeb byla v protikladu
5. CM zabraňuje nekoordinovanému procházení jednotlivců službami a pasivnímu přijímání sociálních služeb
6. CM aktivizuje klienta – klient je aktivně vtažen do řešení svého problému do procesu plánování služeb, sám o nich rozhoduje a je zodpovědný za jejich realizaci
7. Podpora CM je šitá na míru – využívá individuální přístup vycházejících z potřeb, možností a omezení klienta – nikoli z nabídky služeb
8. CM nepreferuje odborné psychosociální služby, ale klade důraz na využívání zdrojů přirozeného prostředí klienta (příbuzní, sousedé, kamarádi, veřejné služby …)

9. CM je flexibilní (ve svém trvání, v přizpůsobování intenzity služby potřebám klienta)
10. Prostřednictvím CM zpravidla dochází k rychlejšímu řešení klientovi zakázky a také dochází k finanční úspoře – prevence překrývání podobných služeb od různých poskytovatelů. (Šťastná, 2010)

5. CÍLOVÉ SKUPINY PRO CASE MANAGEMENT

Nejdříve byla cílovou skupinou pro CM určena skupina osob s vážným a dlouhodobým duševním onemocněním. CM můžeme ale využít i u dalších problémových skupin, jako jsou:

- Osoby s vysokou psychosociální zranitelností
  - **chronická onemocnění** - jsou taková onemocnění, která trvají dlouhou dobu a mají celkově pomalé progrese; srdeční choroby, mozková mrtvice, rakovina, onemocnění dýchacích cest, cukrovka nebo Alzheimerova choroba. Tyto choroby jsou **nejčastějšími příčinami nemocnosti, invalidity a úmrtnosti** ve vyspělých zemích. (http://www.margit.cz/encyklopedie/chronicka-onemocneni/)
  - **HIV pozitivní neboli AIDS** - destrukce obranného imunitního systému znamená vlastně zpřístupnění organismu pro těžké infekce a některé druhy nádorových onemocnění; slovo AIDS znamená - **A**cquired **I**mmune **D**eficiency **S**yndrome = syndrom získaného selhání imunity; HIV napadá konkrétní typ bílých krvinek, známých jako pomocné T buňky nebo buňky CD4. Tyto buňky koordinují imunitu organismu reagující na infekci a mají za úkol rozpoznat zdroj infekce a stimulovat neboli povzbudit produkci odpovídajících protilátek.(ČSAP, 2007 – 2010)
  - **lidé bez domova** nebo někdo, kdo nemá domov či možnost dlouhodobě využívat nějaké přístřeší; termín bezdomovectví pak označuje způsob života této osoby a existenci tohoto jevu
  - **lidé s mentálním postižením,**
  - **osoby závislé na alkoholu a drogách –** droga = přírodní nebo chemicky připravená látka, která má vliv na vnitřní stav člověka, jeho prožívání vnější reality a může vyvolat závislost.
  - **lidé s duševním onemocněním:**

    SCHIZOFRENIE – začíná během dospívání, lidé nemocní schizofrenií ztrácejí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné a pod vlivem svých představ pak jednají neobvykle a nepřiměřeně; nejčastějšími příznaky nemoci jsou poruchy vnímání a myšlení (halucinace, bludy, nesouvislé myšlení), poruchy nálad (deprese, úzkost, mánie), snížení až vymizení motivace, ochuzení citového prožívání, poruchy chování, kognitivní poruchy (poruchy paměti, pozornosti)

PSYCHÓZA - je závažný duševní stav, který lze definovat jako neschopnost chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Je to vlastně disociace mezi vnímáním, chováním a prožíváním; mění se vztah nemocného k realitě

- **závislosti, osoby propuštěné z výkonu trestu,….)**(Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008)

- Rizikové děti a mládež ve věku 6-26 let

  - děti s rizikovým chováním – patří sem *lež a lhaní* **(**nejčastěji slouží jako prostředek k vyhnutí se nepříjemné situaci**,** např. očekávanému trestu, povinnosti, což může zpočátku přinést zisk, opakované lhaní však vede k dalším potížím), *záškoláctví* (jde o obecně známý fenomén na školách, který mívá nejrůznější příčiny; je potřeba odlišovat, jaký motiv žáka/studenta vedl k tomu, aby šel za školu. Podstatné je také, o jak staré dítě se jedná)**,** *vandalismus* **(**pod vandalismus řadíme formy chování, které jsou namířené proti druhé osobě či skupině lidí a jejich majetku), *závislosti chování* (závislostí jsou nejvíce ohrožené děti, které nemohou získat zážitky jinak než způsobem, který jim nabízejí návykové látky, a dále děti, které se pohybují v prostředí, kde je užívání drog vnímáno jako normální, nebo je dokonce oceňováno; tím máme na mysli i společensky tolerované užívání legálních návykových látek)**,** *extremismus* (vyhraněné ideologické postoje, které vybočují z ústavních, zákonných norem, vyznačují se prvky netolerance a útočí proti základním demokratickým ústavním principům, jak jsou definovány v českém ústavním pořádku*), šikana a agrese* (šikana je chování, kdy jeden nebo více žáků úmyslně a opakovaně ubližuje spolužákovi či spolužákům a používá k tomu agresi a manipulaci; agresivní chování můžeme vnímat jako prostředek k dosažení cílů**,** je to způsob chování, který se dítěti v různých situacích osvědčil, a jelikož jiný model nezná – nebo neumí používat - využívá tento, zejména dospívajícím přináší navíc pocit vlastní moci a možnost ovládnutí dané situace nad slabším jedincem. (Šance dětem, 2010)

  - **znevýhodněné děti –** jedná se o děti, které pochází z rodin, kde jeho rodiče pro nedostatek rozumových schopností, hmotných prostředků, praktických dovedností nebo nedostatek citového vztahu, popřípadě pro nepříznivý zdravotní stav nejsou

schopni, nemohou nebo nechtějí uspokojovat základní tělesné, psychické a sociální potřeby dítěte (MS Sokolovska, 2014)

- **týrané děti** - týrání je opakované a úmyslné ubližování dítěti dospělým, ubližovat dítěti mohou nejen rodiče, ale i jiní dospělí z rodiny nebo nejbližšího okolí dítěte; rozlišujeme fyzické (tělesné a psychické citové týrání).
- **děti v náhradních a ústavních péčích** - v ústavní péči (v péči zařízení) mohou být děti s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, nebo děti, které byly soudem svěřeny do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, a také děti, které byly do péče zařízení svěřeny rodiči resp. osobami odpovědnými za jejich výchovu; umístění v náhradní péči může být příčinou zřetelného nárůstu četnosti a vážnosti behaviorálních, emočních a vývojových problémů v této populaci dětí a adolescentů. (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2011)
- **děti s výchovnými a vzdělávacími problémy**

Služby, které jsou poskytované pro cílové skupiny:

- koordinovaná a komplexní péče o klienta v síti sociálních služeb
- zabezpečení návaznosti jednotlivých služeb
- aktivní vtažení klienta do řešení jeho problémů a do procesu plánování služeb
- pomoc v orientaci v síti pomáhajících organizací – jaká organizace, jaký pracovník s klientem pracuje a v jaké oblasti ho podporuje
- předávání ověřených informací, sdílení zkušeností, propagace nových metod spolupráce
- metodická podpora při zavádění CM (Metodika CM, Nepustil, 2013)

6. SLUŽBY V RÁMCI CASE MANAGEMENTU

V rámci CM můžeme poskytovat celou řadu služeb:

- od předání laických informací přes odborné poradenství, psychickou podporu v udržení abstinence, psychoterapii či vzdělávání, poskytování ubytování nebo zprostředkování zaměstnání. K vytvoření dobrého vztahu nám slouží služby, které jsou ztotožněné s daným klientem.
- doprovod klienta na úřady a instituce – jedná se velmi důležitou součást CM a je výraznou pomocí pro klienta při prosazování jeho oprávněných zájmů při vyřizování žádostí ve veřejných institucích. Pokud instituce daného klienta nezná, nemá v něm důvěru, pokud ale přijde klient i s pracovníkem dané organizace, výrazně to přispěje ke změně jejich postojů. Doprovod může také přispět k rozvoji spolupráce a vztahu mezi klientem a pracovníkem. Vede to k rovnocennosti obou osob. Společné jednání na úřadech a institucích přináší nové tváře a pracovníky pro konstatování případových setkávání. Je důležité, aby pracovník byl nápomocen svému klientovi v případech, kdy se klient není schopen zorientovat v systému dané instituce nebo nerozumí jazyku. Při návštěvách mohou vznikat situace, na které se ani klient ani pracovník nedokážou připravit př. jednání s vyčerpaným úředníkem, setkání s jiným klientem, který je dřívější kamarád klienta a nemají spolu vyřízené účty.
- společná práce na počítači – pro každého klienta je jednodušší, když si s ním pracovník sedne k počítači a pomůže mu najít potřebné informace. Klient tím může využít pracovníkovu znalost v obsluze počítače a v orientaci v konkrétních oblastech nebo klient pracuje samostatně a pracovník mu pomáhá jen tehdy, když si to klient přeje.
- podpůrné rozhovory - velká část aktivit v rámci CM se uskutečňuje nebo je realizována tváří v tvář. Můžeme použít rozhovory poradenské, informační, terapeutické nebo konzultace. Často se setkáváme s rozhovory, které nejsou předem definované, může jít o předchozí, souběžnou aktivitu nebo odpovědi s přáním klienta. Při rozhovoru nejde o terapii ani poradenství, ale o to, kdy case manager supluje blízkou osobu. Primárním úkolem pracovníka není dosažení změny nebo nalezení řešení, ale poskytnutí podpory. Důležité je, aby case manager byl klientovi nablízku jako člověk, aby mu naslouchal a poskytoval odezvu, která se klientům často nedostává. (Metodika CM, Nepustil, 2013)

Cílem CM je vybudování účinného vztahu, tedy vtažení klienta do kontaktu a následné prohloubení a udržení tohoto kontaktu. V návaznosti na vybudovaný vztah jde o to zajistit pro klienta péči, která v sobě bude spojovat léčebné i sociální přístupy. Tím se zlepší příležitost klienta pro vstup do společnosti a získání práce a následně i kvalita jeho života. K cílům CM patří také účinnější práce s příznaky zahrnující i farmakoterapii, dále snížení počtů klientů s depresí, poruchami stravování, schizofrenií, bipolárních afektivních poruch, roztroušenou sklerózou, rakovinou či návyku na drogy a hospitalizaci. (Matoušek, 2003)

7. FÁZE CASE MANAGEMENTU

Při práci s klienty se case manageři opírají o metodu psychosociální rehabilitace – KoPPR (komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci). Podle metody KoPPR rozlišujeme tyto cyklické fáze práce s klientem:

7.1 Navozování a budování vztahu

V první fázi se klade velký důraz na vznik a budování vztahu. Pouze někteří z klientů vstupují do vzájemného vztahu s pracovníkem s nadšením. Case manager má za úkol navázat vztah s klientem, který nechce využít žádnou s poskytovaných služeb, ale nechápe, v čem by mu case manager mohl pomoci. Case manager se obrací ke klientovi sám nebo na doporučení rodiny a přátel. Pomoci odborného pracovníka, který kontaktuje CM tým a informuje o vhodném klientovi. Na case managera se může obrátit i rodina s prosbou o pomoc, zde však platí pravidlo o minimálně 3 setkáních s rodinnými příslušníky před prvním setkáním s klientem. CM tým je kontaktován někým ze širšího okolí klienta (soused, přátelé,..)(Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008)

Důležitý je první kontakt, u kterého hraje významnou roli dojem. Case manager by měl před prvním sezením s klientem sesbírat co nejvíce informací a vyhledat vhodné prostředí pro setkání. Musí respektovat zvláštnosti daného klienta - klient může reagovat negativně na určitou skupinu lidí. Je dobré, když klient o case managerovi ví dopředu, než přijde na setkání. Case manager má za úkol klientovi, co nejšetrněji vysvětlit z jakých důvodů za ním dochází, že stojí na straně klienta a chce mu pomoci. Důležité je, aby klienta oslovil tak, jak si on přeje a seznámil se s ostatními osobami, které jsou v blízkosti klienta. Case manager by při prvním setkání, které je často odmítnuté, měl ponechat u klienta vizitku s telefonním číslem, pokud není nutný okamžitý zásah. (Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008)

Na první kontakt navazuje budování vztahu. Na prvním místě je dobré vymezit si přesné zásady, které může case manager nabídnout. Měl by mít jasně vymezené hranice, oddělovat osobní vztah se vztahem pracovním. Je výhodné mít vypracován tzv. krizový plán – popis toho co je krize, jak a kdo ji pozná, co podnikne, aby krizi zabránil. Tento plán musí být podepsán od klienta, case managera a popř. další osoby. Case manager by měl vést klienta k samostatnosti, klient by se měl rozhodovat podle svého uvážení, a naopak case manager by měl požadovat názor na to, co se děje. V období nezávislosti klienta se case manager snaží

ujistit klienta o tom, že se na něj může obrátit v období zhoršení. Je důležité přizpůsobit jazyk jazyku klienta, aby klient všemu porozuměl. (Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008)

7.2 Fáze šetření (mapování)

Tato fáze probíhá na stejné úrovni jako budování vztahu. Je charakteristická shromažďováním, tříděním a rozborem informací. Šetření se skládá z několika částí: ujasnění požadavků a potřeb klienta, schopnosti a omezení klienta ve vztahu k jeho přáním, ujasnění v tom, co je důležité pro klienta, jaké jsou možnosti podpory nebo zdroje pomoci a možnosti a omezení prostředí. Šetření probíhá v rámci oblastí životní domény (bydlení, práce, učení a volný čas) a osobní domény (osobní péče, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy).(Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008)

Potřebné informace se získávají od klienta, od členů rodiny, z jiných služeb (např. psychiatrické léčebny, charitativní služby,..) a od spolupracovníků vlastní organizace. Informace z „třetí ruky“ musí být vždy se svolením klienta a klient má právo na nahlížení do svých záznamů. Každá získaná informace musí být systematicky zpracovaná a výsledkem této fáze je přehled přání, schopností, překážek, stanovisek a zdrojů podpory. V této fázi se objevují chyby, jako např. nepracuje se s přáním klienta, soustředí se pouze na jedno přání klienta, neshromažďují se informace o schopnostech, možnostech klienta, přehlížení členů rodiny. (Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008)

7.3 Fáze stanovení cílů

Tato fáze je důležitá při dalším plánování služby. Využívají se informace získané z předešlé oblasti. Cíle se rozlišují:

- **celkové cíle**, které spočívají v dosáhnutí klientových životních domén, směřují k získání a udržení situace, jsou střednědobé a dlouhodobé a je v nich co nejvíce přesně identifikovaná osoba, místo a časové období,
- **specifické cíle**, jsou zaměřeny na kompenzaci a překonání překážek, směřují k výběru, jsou formulovány jasným, srozumitelným jazykem a konkrétními termíny, jsou více objektivně dosažitelné.

7.4 Fáze plánování

Důležité je časové rozplánování stanovených cílů. Plány by měly obsahovat, kdo co udělá, kde, do kdy, jakým způsobem a za jakých podmínek. Dlouhodobé plány slouží k získání celkového cíle. Plány jsou vodítkem jak pro klienta, tak pro case managera. Klient získává potřebné informace, které mu pomohou k dosažení cíle a naproti case manager pomocí plánu získaná konkrétní informace, jak danému klientovi pomoci. Plán je důležitým ukazatelem směru. Je sladěn s klientem a jeho možnostmi. Do plánu se zahrnují činnosti (např. docházka do centra denních center), dohody (např. konzultace s pracovníky) a tzv. potřeby zvýšené pozornosti (např. věnovat pozornost zhoršujících se nálad).

Příklady chyb: plán je pouze dlouhodobý nebo jen krátkodobý, vzniká pro plán - tzv. do šuplíku, kroky jsou příliš velké, nerespektují možnosti a tempo klienta. (Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008)

7.5 Fáze intervence

Je to fáze naplňování naplánovaných kroků. Nejdůležitějším zdrojem je plán, který se stává osnovou pro aktivity. Case manager se dopouští několika chyb: nerespektuje tempo, plán ubývá buď rychle, nebo pomalu, příliš se soustředí na provádění činností a nevšímá si motivačních projevů klienta.(Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008)

7.6 Fáze vyhodnocení a zpětné vazby

Hodnocení a zpětná vazba prostupuje celým procesem CM. Cílem je revize předešlé práce a úprava. Rozlišujeme dva typy hodnocení:

- hodnocení zaměřené na proces, které se zaměřují na vztah, čas a činnosti,
- hodnocení zaměřené na cíl.(Haasová in Nedělníková, Janoušková, 2008)

8. PODMÍNKY PRO CASE MANAGEMENT

V ČR není CM stále ještě ukotven a za case managera je považován člověk, který má mít na starosti více než sto případů a nemá žádnou možnost si s klienty sednout někam na klidné místo a pracovat s nimi. Podmínky vychází zejména z praxe projektového týmu, ale i ze zkušeností od jiných týmů rozvíjejících CM. Pokud se jakákoliv organizace snaží zavést CM, vyžaduje a nese to sebou značné množství změn a úprav na různých úrovních, zejména na těchto (Nepustil, 2013):

1. prostorová a materiální,
2. personální,
3. organizační a ekonomické,
4. informační,
5. koncepčně – metodické.

8.1 Prostorová a materiální úroveň

- Prostor k osobním setkáním

  Je důležité, aby se case manager setkával se svými klienty v přirozeném prostředí, zejména s klientem o samotě, v nerušeném prostředí, kde nejsou slyšet jiné rozhovory ani zvonit telefony. Velikost místnosti by měla být uspořádaná tak, aby umožňovala uspořádání případových či rodinných setkání, které někdy zahrnují i 10 účastníků.

  Pro klienta je důležité v první řade prostředí – před podáním ruky s pracovníkem, vnímá budovu, její vzhled, cedule, nadpisy, atd. Vstřícné a příjemné prostředí může být dobrým podnětem pro utváření vstřícné a příjemné atmosféry. (Nepustil, 2013)

- Prostor a zázemí k samostatné práci case managera

  Podstatnou část práce case managera je vyřizování telefonických intervencí v zájmu klientů, zapisování intervencí, vyhledávání informací na internetu, uchovávání důvěrných dokumentů, či psaní zpráv. Pro všechny tyto činnosti potřebuje svůj vlastní prostor, své vlastní vybavení. Sdílet kancelář s ostatními kolegy není ideální, dochází ke zvýšenému množství rušících podnětů, naopak může dojít k rychlé konzultaci s ostatními pracovníky na určitý problém, vzájemnou podporu a zážitky týmové spolupráce. (Nepustil, 2013)

- Zázemí pro klienty, návštěvníky

  Klienti uvítají širší možnosti využití prostoru, kde se setkávají s case managerem. Například možnost vyhledávání informací na internetu, bezplatné telefonování na nabídky práce nebo možnost připravit si kávu, přispívá ke spolupracujícímu vztahu. Je důležité zorganizovat činnosti tak, aby se klienti mohli v průběhu těchto činností na někoho obrátit s žádostí o pomoc. (Nepustil, 2013)

- Možnost dopravy do spádové oblasti

  Důležitou výhodou pro case managera a někdy i nutností je použití osobního automobilu. Pokud je v regionu pouze jedno město, dá se využít městská hromadná doprava, s využitím proplácení veškerých nákladů. (Nepustil, 2013)

8.2 Personální úroveň

- Tým case managerů

  Spolupráce se neobejde bez týmu lidí, kteří společně sdílejí společná témata, komplikované situace, pracují s některými klienty společně a v případě potřeby se zastoupit. Není dobré, aby v týmu byl pouze jeden case manager, nemá totiž možnost, konzultovat situaci s dalším case managerem. Ostatní potom mohou nabývat dojmu, že oni jsou pouze ti nejdůležitější, a že role case managera je zbytečnou rolí. Naopak case manager si může připadat, více kompetentním než ostatní rozhodovat o tom, co kdo má s klientem dělat. Není to dobré pro týmovou spolupráci, ani pro spolupráci s klienty. (Nepustil,2013)

  Tým case managerů s sebou přináší možnost vytvoření a upevnění identity case managera tím, že všichni pracovníci kladou důraz na nástroje a postupy CM, sdílejí stejné způsoby práce, narážejí na podobná dilemata a témata. V týmu mohou získat podporu, jistotu, pomoc, sdílet informace a získávat nové. Je dobré mít i diverzitu: profesní, věkovou nebo generovou. Velkou výhodou je multidisciplinarita, formální a neformální kontakt, nutné je setkání s externími odborníky (př. ve formě supervize).

  Je nutné mít jednu důležitou osobu, pracovníka, který bude mít koordinační roli, bude se starat o zázemí a vyjednávat podmínky pro CM. Může být i styčnou osobou pro navození a aktualizaci dohod se spolupracujícími institucemi a organizacemi. (Nepustil, 2013)

- Vzdělávání a rozvoj pracovníků

  Profesionální sociální práce se blíží pojetí CM. Vzdělávání v sociální práci je dobrým základem. Velká část aktivit CM je praktická a uplatní se např. znalost systému sociálního začlenění, sociálně – právní ochrana dětí, dluhová problematika a rodinná politika. Vítána je multidisciplinarita týmu, proto se rolí case managera mohou chopit psychologové, psychoterapeuti, lékaři či další pomáhající pracovníci.

  Nezbytná je průprava ve vedení rozhovoru s jednotlivci i skupinami lidí, uplatní se zkušenosti s prací s rodinou, s motivačními rozhovory, s moderováním či facilitací. Klade důraz na umění relaxovat, psychohygienu a chuť k soustavnému seberozvoji k dalšímu vzdělávání.(Nepustil, 2013)

8.3 Organizační a ekonomicko-správní úroveň

- Lokální vyjasnění role case managera

  Je velice důležité, aby role case managera, pokud se nachází v organizacích, byla všem lidem, kteří pracují s klienty, srozumitelná. Výhodou je existence systému, který dává návod k tomu, kteří klienti se ocitnou v péči case managera. V těchto případech mývá case manager možnost svobodného rozhodnutí ve spolupráci s klienty. Je vytvořen způsob, jak mohou, case manageři upozornit na témata identifikovaná při práci s klienty, které by měla organizace umět prosazovat.(Nepustil, 2013)

- Zajištění financování

  Efektivita stoupá při dlouhodobější spolupráci s klienty, stabilita financování je žádoucí a výhodou je to, že zdroj financování pochází od jednoho zdroje, který má na daném způsobu práce jasný zájem. Důležitá je i osoba, která má pravomoci jednat jménem organizace. Tady se předpokládá porozumění fungování CM, schopnost přesvědčit donátory o způsobu práce, mít zájem na tom, aby organizace způsob práce rozvíjela (Nepustil, 2013)

8.4 Informační úroveň

- Evidenční systém

  K práci case managera patří, jednoduchý a přehledný evidenční systém práce s případy, ke kterému má přístup celý tým. On-line přístup umožňuje pracovníkům zapisovat bez dlouhých časových prodlev, což usnadňuje tok informací v rámci týmu.

Data z evidenčních listů jsou důležitá pro informování týmů o práci s aktuálními klienty, ale také donátory pro evaluaci služby.

- Porady

  Pravidelné poradny dávají možnost ostatním spolupracovníkům možnost sdílet svoji práci s ostatními kolegy, kteří využívají podobný přístup. Cílem porad jsou konzultace, sdílené praktické informace, dojednávání předávání a ukončování případů, pokud jsou bez klienta – možnost detailnějšího prozkoumání. Posuzování situací klientů a plánování je obsahem spolupráce s klienty, není možné diskutovat bez jejich přítomnosti. Je možné domluvit setkání s klienty za účasti klíčového pracovníka a konzultanta. Organizace vypadá různě, ale každý pracovník má možnost krátce promluvit o všech svých klientech. (Nepustil, 2013)

8.5 Koncepčně metodická úroveň

- Dlouhodobé plánování a monitoring

  Nezbytným prvkem práce je kontinuální zajišťování kvality, stanovení cílů týmu a sledování jejich naplňování. Určená osoba, která bude procesy koordinovat. Důležité je zapojení všech pracovníků i klientů např. formou strategických porad nebo plánování.(Nepustil, 2013)

- Evaluace

  Pravidelná evaluace a hodnocení práce, především ze strany klientů, ale i spolupracujících odborníků, je důležitou zprávou pro donátory, tak i zpětnou vazbou pro jednotlivé pracovníky.

  Prvky CM je možné aplikovat i v rámci ztížených podmínek.(Nepustil, 2013)

9. VÝHODY A NEVÝHODY CASE MANAGEMETU

V této kapitole je znázorněno rozdělení výhod a nevýhod case managementu, jak je popisuje Nepustil (2013).

9.1 Výhody

- Nebudete na to sami

  Výhody spolupráce s okolím se projevují jen tehdy, pokud klient sleduje více různorodých cílů. Ve všem se zorientovat a účinně pomoci je pro jednoho pracovníka vyčerpávající. Pracovník slyší spoustu nápadů a rad od lidí, kteří klienta ani v nejmenším nepoznali a neviděli. Nejvýhodnější je, když se sejde více členů rodiny, klient, sociální pracovník a psychiatr a oni společně, mohou přemýšlet na vhodném řešení dané situace. Tím se začíná rozmotávat daná situace, rozjasňuje se a pracovník se stává součástí vztahů mezi všemi zúčastněnými. Klient má pocit, že za ním stojí tým, který je ochoten spojit všechny své síly, aby on i ostatní mohli žít lepší život.

- Poznáte nové lidi

  Je dobré, dovědět se něco nového o práci kolegů z jiných organizací nebo služby, než rovnou začít společnou práci s klientem. Obnáší to určité schopnosti a dovednosti a hlavně vzájemnou důvěru, která není samo sebou, ale pokud se to podaří, může to být důležitý zážitek, ze kterého vznikají trvalé a vřelé pracovní vztahy.

  Podobné to je i s rodinnými příslušníky. Seznamujeme se s lidmi, kteří dělají pro své blízké někdy neuvěřitelné věci, bez odměny či ocenění. Samozřejmě se zažijí i nepříjemná setkání s osobami, kteří mají nad klienty určitou moc. Setkání mohou být poučná, zejména v tom, že case manager, lépe porozumí klientům, o jaké bezmoci, frustraci a naštvání to vlastně mluví.

- Efekt pro klienta bude trvalejší

  Práce s celou podpůrnou sítí jde ruku v ruce s rozvojem dobrého vztahu s klientem. Důležitou podmínkou je, nejednat za zády klienta, klient má právo si vybrat, s kým chce spolupracovat a s kým ne. Má možnost, ke všemu, co se ho týká, se vyjádřit a může ovlivnit věci, které se okolo něj dějí. Pokud jsou podmínky zachovány, proměňuje se vztah klienta s pracovníkem, ale i ostatní vztahy, které přetrvávají i po ukončení spolupráce mezi klientem a pracovníkem.

- Získáte plastičtější pohled na klienta i celou jeho situaci

  Je rozdíl mezi tím, když pracovník sedí v jedné pracovně, používá stejný styl práce, stále stejně smýšlí o lidech, kteří za pracovníkem chodí, dochází k přesvědčení, že lidé jsou stejní. Jde o stejný příběh, stejné rysy, stejný problém. Když pracovník vystoupí ze své pracovny, navštíví klienty u nich doma, v kavárně, v kanceláři či jiné organizaci, je větší pravděpodobnost, že pozná klienta z různých úhlů pohledu. Např. zapáchajícího a nezodpovědného jedince může vnímat jako obdivovaného otce, milujícího partnera.
- Vaše práce bude smysluplnější

  Pro pracovníka je velice důležitá zpětná vazba. Ideální je zpětná vazba přímo od klienta, čím více názorů na svoji práci získá, tím lépe se mu smysluplnost hodnotí. Smysluplnost práce při zapojení více osob se projevuje na úrovni pracovník – klient, ale může být dosažena i v rámci celé komunity.
- Nevyhoříte

  Všechny výhody jsou přeformulovány jako „prevence vyhoření“. Ztráta sociálních kontaktů, pocit beznaděje, zbytečnosti a rezignace patří k symptomům „syndromu vyhoření“. V atmosféře spolupráce a vzájemné podpory, ve vztahu a v procesu utváření nových příběhů a životů je velice těžké vyhořet.

9.1.1 Dělení výhod podle (Stuchlíka, 2001,s. 11):

- Dostupnost - nepřehlednost některých systémů může odrazovat klienty, jejich příbuzné a další poskytovatele. V dobrém systému je jasně stanoveno, koho kontaktovat. Case manager může kontaktovat i klienty, kteří nedokážou navštívit sami psychiatrické služby.

  Kontinuita - Typický průběh psychotického onemocnění obsahuje fáze zlepšení a zhoršení. Case manager je v dlouhodobém kontaktu s klientem i po dobu remise, může včas zachytit počínající relaps onemocnění a zvolit nejlepší způsoby řešení.
- Koordinace - Komplexní služby se snaží uspokojovat potřeby klienta. Case manager je tedy zodpovědný za to, aby našel pro klienta vhodné služby, které by mu mohly pomoci naplnit jeho požadavky.

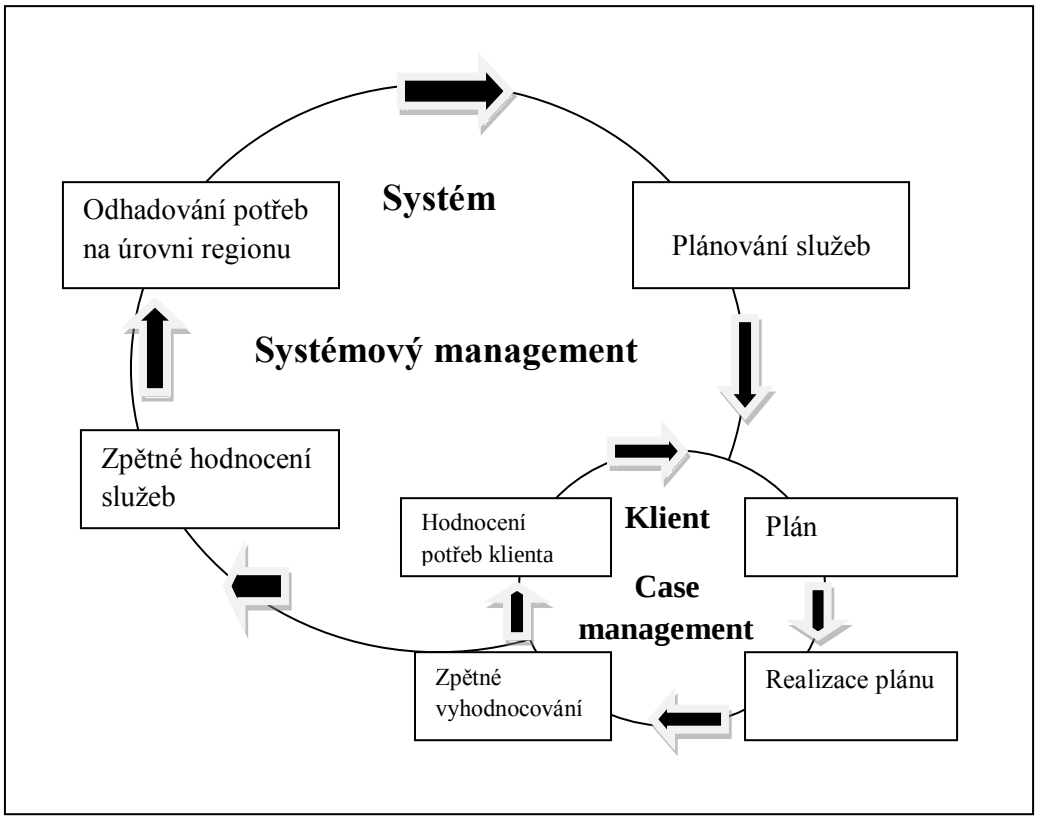
- Přizpůsobivost - Služby jsou zaměřeny na klienta. CM nabízí klientovi individuální přístup, který citlivě reaguje na jeho dlouhodobé i okamžité potřeby. V některých systémech CM je flexibilita zvýšená tím, že case manager disponuje financemi na nákup služeb, které jsou potřebné pro klienta.
- Výkonnost – efektivita - Služba je efektivní, používá – li prostředky na krytí potřeb klientů a šetří na prostředcích na aktivity, které jsou nezbytné. Poskytování standardizovaných bloků péče je neefektivní. Servis může být efektivní i při zvyšování nákladů, přibývá-li lidí, kteří jej využívají. Efektivita se dá dělit na: **efektivitu vstupů** (hodnotí se, zda jsou služby schopny spolupracovat a poskytovat péči v celém rozsahu), **technickou efektivitu** (zde se hodnotí, zda systém využívá dostupné prostředky k dosažení konkrétních výsledků), **horizontálně cílenou efektivitu** (hodnotí, zda servis kontaktuje všechny své potenciální klienty), **vertikálně cílenou efektivitu** (hodnotí, zda služby poskytují kvalitní péči klientům své skupiny a jak efektivně přesměrovává ostatní klienty na služby, kde je péče přiměřenějších jejich problémů), **efektivitu výdajů** (CM je sám o sobě procesem sběru dat o individuálních potřebách klienta a hledání způsobů, kterými mají být naplňovány, case manageři mají dobrou pozici pro vyhodnocení tohoto bodu).

  výhody pro pracovníky – v klíčovém postavení stojí case manager, který kontroluje celý proces péče, který zlepšuje kvalitu klientova života. Kontrastuje s tradiční rolí psychiatrické sestry, která plní rozhodnutí kvalifikovaných profesionálů. A to i v situacích, kdy může hodnotit potřeby pacienta lépe a přesněji. Předpoklad pro to, aby odpovědnost přebírali profesionálové, je zvýšená autonomie. Pokud je spojen s odpovídajícím výcvikem, podporou, supervizí a platem, zvyšuje prestiž této role.

9.2 Nevýhoda

Je to náročné

Samotná organizace společného setkání zabere více času. Domlouvání termínů, vysvětlování smyslu společné schůzky, hledání místa,… Po odmítnutí schůzky se u pracovníka vytvoří pocit zmaru a ztráty času. Je nutné, aby se určitá setkání uskutečňovala podle určitého plánu, ne vždy je to jednoduché. Je zapotřebí zkoušet ideálně ve dvojici nebo v týmu. Víc hlav, víc ví. V rámci kolektivu získáváme formy učení, proměn, zvědavosti a nových myšlenek.



Obrázek č.1: Vztah case managementu k řízení celého týmu (Stuchlík, 2008, str.12)

10. ROLE CASE MANAGERA

Case manager je klientův společník a průvodce, který mu pomáhá najít cestu v systému služeb.

Uvádí se, že case managery mohou být sociální pracovníci, zdravotní sestry, psychologové a další pomáhající pracovníci. Národní asociace pracovníků v roce 2006 stanovila normy, které zdůrazňují důležitost case managerovi odpovídající znalostní základny, vzdělávání a úrovně dovedností. Case manager by měl pracovat ve prospěch klienta, považovat klientovy informace za důvěryhodné a zachovávat mlčenlivost, zapojit klienta do procesu CM a posílit se na všech úrovních systému poskytování služeb, včetně hájení zájmů klienta, ve zvolení vhodné intervence nebo péče a zpětné evaluace služeb.

Case manager by měl mít přehled nejen o klientových potřebách a schopnostech, ale také možnostech dalších osob, které o klienta pečují, starají se, a pomáhají mu. Mezi case managerovi dovednosti patří:

- respekt ke klientovi a jeho zvláštnostem,
- umění postavit se na klientovu stranu,
- schopnost připravit se na setkání předem,
- navázání a udržení kontaktu s osobami, které jsou pro klienta důležité a významné,
- nutná je trpělivost a vytrvalost.

Pracovník by měl být schopen klientovi jasně sdělit, co je v jeho silách a co ne. Poskytuje klientovi oporu a umožňuje samostatnost, pomáhá mu formulovat jeho potřeby, pojmenovávat cíle a předměty setkávání. Je nutné, aby byl v kontaktu s lidmi, kteří jsou součástí případu. Case manager musí asertivně požadovat názor na to, co se děje, nechávat klientovi prostor pro samostatné rozhodování a nepředkládat hotová řešení.

Case manager je zodpovědný za koordinaci služeb. Pomáhá klientovi udržovat přehled o prvcích dostupných v systému služeb a je zodpovědný za poskytování adekvátních služeb. To je jeden ze základních elementů procesu CM. Pokud se v komunitě, kde se klient pohybuje, objevuje mnoho služeb a zdrojů pomoci, může to v klientovi vyvolat pocity ztracenosti, zmatení a frustrace. Což vede k občasnému odstoupení od léčby. Rose a Moore (1995) vyžadují od case managera, aby identifikoval všechny klientovy potřeby a vytvořil individuální plán služeb a síť zdrojů. Pracovník by měl touto sítí klienta provázet a kontrolovat. Součástí spolupráce má být sledování klientova pohybu k dosažení specifických cílů, které si klient přál. Předpokládají, že klient by měl pracovat s časem, ve smyslu časově náležitém a vhodném zprostředkování či dodání služeb.(Szotáková, 2012)

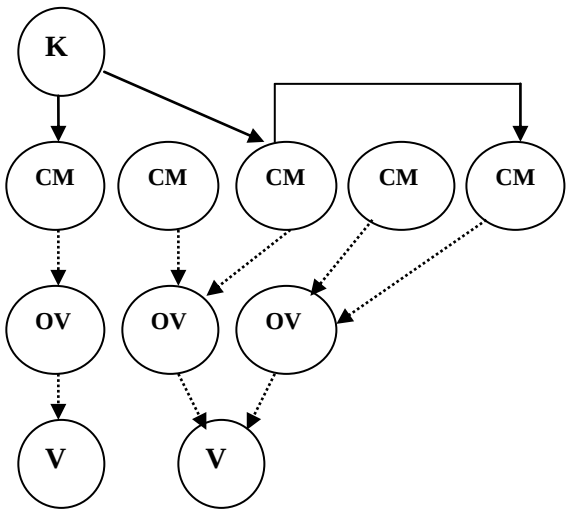
11. TÝMOVÁ PRÁCE JAKO SOUČÁST KVALITNÍ SLUŽBY

11.1 Týmová práce

Tým je praktickou strukturou pro každodenní práci CM, v níž case manageři mohou využívat zdroje znalostí, dovedností a zkušeností, které samostatný pracovník nemá nikdy k dispozici. Stále opakujícím se problémem při rozvoji služeb, je definice týmu. V častém předpokladu tým vzniká tím, že se dá dohromady skupina lidí, která potom tvoří tým. Důležité v týmu je jeho uspořádání, rozdělení úkolu a odpovědnost. Vztahy v týmové práci a způsob, jakým je práce organizována od setkání klienta a propuštění z péče, popisuje týmový proces.

Struktura týmu probíhá ve třech liniích:

- 1.línie:
- výkonní pracovníci, tedy case manageři, podléhají svým odborným pracovníkům, setkávají se se svými spolupracovníky, kteří pracují ve stejném regionu,
- rozhodnutí učiněná na těchto setkáních nejsou závazná a neexistuje kolektivní odpovědnost za poskytování služeb a jejich propojení
- setkávání slouží k výměně informací, k předání klienta do péče někoho jiného
- odborní vedoucí jsou podřízeni ředitelům služeb
- k výhodám patří rozptýlení péče, vysoká autonomie jednotlivých pracovníků
- práce case managerů je ovlivněna osobnostními dovednostmi a zájmy více než potřebami klienta, společná kritéria pro hodnocení práce neexistují

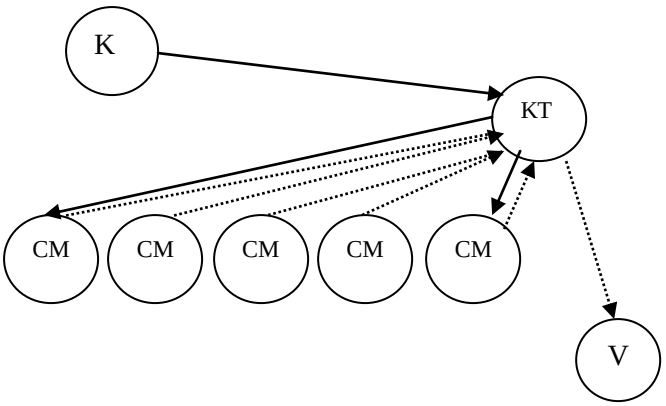


Obrázek 2: Organizační schéma týmu (Stuchlík, 2008, s. 40)[1]

[1] Zkratky jsou vysvětleny v seznamu zkratek na straně 48.

- 2.línie:

- Jeden vedoucí řídí všechny ostatní členy týmu a je oprávněn case managerům určovat a nařizovat práci, oceňovat jejich výkon a disciplínu
- Tým se ve svém rozhodnutí snaží najít kompromis, ale konečné rozhodnutí je na vedoucím týmu
- Tato linie se využívá spíše u týmu jedné profese nebo specializovaných case managerů, kteří pracují mimo síť služeb
- Výhodou je jednoznačnost a jednoduchost v procesu přijímání klientů a na druhé straně je omezena samostatnost jednotlivých odborníků a prostor pro tvořivou práci



Obrázek 3: Organizační schéma plně řízeného týmu (Stuchlík, 2008, s. 41)[2]

- 3.línie:

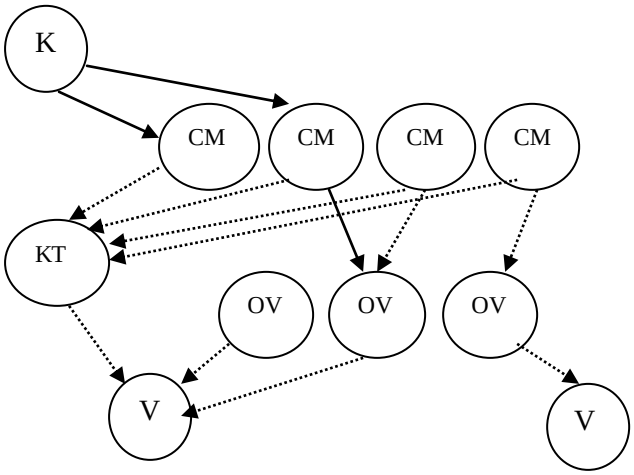
  Každý člen týmu je podřízen koordinátorovi týmu a odbornému vedoucímu a každý z nich řídí aspekty case managerovi práce.

- Rozdělení těchto aspektů je dáno dohodou, které uzavírají týmy při jednotlivých profesích.
- Vedoucí týmu je odpovědný za práci týmu jako celku, bývá jím jmenován někdo z členů a za koordinační práci odpovídá přímo ředitel.

  Vedoucí nemůže měnit rozhodnutí, ale je odpovědný za rozdělení práce a hodnocení výkonu členů týmu
- Žádosti o přijetí klienta do péče jsou směřovány na tým jako celek a každý z týmu přináší své klienty a předává je do týmové péče

[2] Zkratky jsou vysvětleny v seznamu zkratek na straně 48.

- Nevýhodou této linie je složitost a možnost konfliktů mezi cíly týmu a zájmy odborných vedoucích, koordinovaný tým nabízí možnost rovnováhy mezi profesní a samostatností a vedením týmu



Obrázek 4: Organizační schéma koordinovaného týmu (Stuchlík, 2008, s. 41)[3]

Složení týmu není jasně dané, nejsou dána jasná pravidla, všechno závisí na potřebách cílových skupin klientů a úkolů, které tento tým zajišťuje. Na case managera jsou kladeny vysoké nároky a pro jejich zvládnutí je nutné, mít dostatečný počet case managerů s odpovídajícími znalostmi a dovednostmi. Je dobré, aby case manager měl dostatečné znalosti v oblasti osob s dlouhodobě a vážnou duševní nemocí, uměli pomáhat rodinám s těmito členy, znali sociologické faktory, které ovlivňují dané klienty. Členové týmu jsou po profesionální línii podřízení a zodpovědní svým odborným vedoucím.

Vyhledávání klientů je formou přímého oslovení klienta, nebo o zařazení do péče může požádat samotný klient nebo jeho rodina. Pokud doporučení splňuje obecná kritéria, je třeba získat registrační údaje, aby mohlo dojít ke vstupnímu vyšetření. Nejdříve musíme zjistit, zda klient není již v žádné další péči, za další, kdo klienta doporučil a jestli sám klient ví, že je doporučen do péče, case managerského týmu.

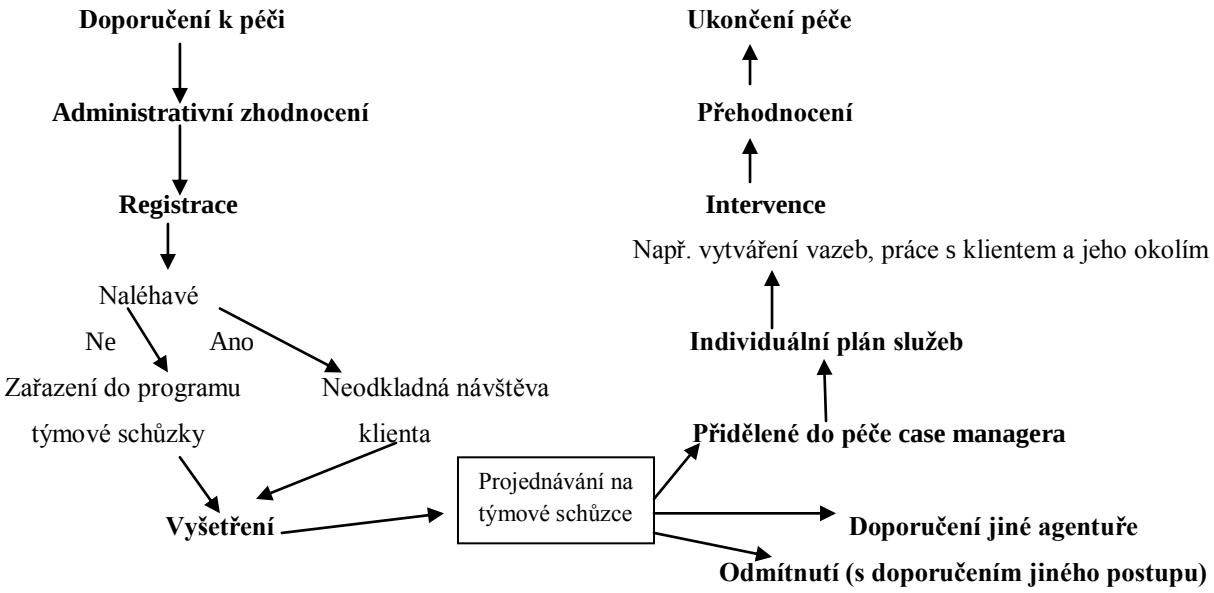
Vedení dokumentace je zásadním předpokladem rozvíjení a rozšiřováním přehledu potřeb a schopnosti klientů a hodnocením práce týmu. Každá složka klienta obsahuje formuláře, poznámky za udělanou práci a všechnu korespondenci. Dostupnost záznamu je zásadní pro komunikaci s dalšími agenturami a službami.

[3] Zkratky jsou vysvětleny v seznamu zkratek na straně 48.

Konflikt v týmu může mýt podobu sporů uvnitř týmu nebo může jít o situaci, kdy požadavek case managera není ve shodě s rolí a filosofií týmu. Pro hladký průběh v týmu je nutno, aby existoval jasný a průhledný mechanismus rozhodování sporů a hádek uvnitř týmu. Tým je tvořen koordinátorem, podpůrnou skupinou a řídící skupinou.

Základem pro dobrý chod týmu je pravidelné uspořádání schůzek. Je nutné stanovit si přesné místo a čas pro schůzky. Existují tři druhy schůzek: **schůzka klinických přehledů** (2x týdně), **provozní schůzka** (1x týdně), **podpůrná skupina** (1x týdně). Cílem schůzek je poskytnutí case managerům vzájemnou supervizi a podporu při práci, vytvořit prostor pro spolupráci s dalšími pracovníky.

Na začátku každého setkání jsou dána kritéria práce, která by se měla dodržovat: **diskuze o nově doporučených klientech a jejich rozhodnutí**, **souhrny vstupních vyšetření a individuálních plánů služeb**, **diskuze o klientech čekajících na vyšetření** (klienti, kteří se obtížně hledají) **přehled klientů v péči**, **klinické přehledy** (vyhrazený čas pro schůzky).



Obrázek 5: Schéma práce s klientem (Stuchlík, 2008, s.46)

12. PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE CASE MANAGAMENTU

Na konec své práce uvádíme příklad CM, tak jak probíhá v zařízení FOKUS VYSOČINA.

Nejdříve se zmíníme o organizaci Fokus Vysočina.
Posláním této organizace je podporovat lidi s duševním onemocněním, případně handicapem, v posílení jejich samostatnosti a sebedůvěry tak, aby mohli vést plnohodnotný život podle svých představ.
FOKUS Vysočina je jedním z deseti Fokusů v ČR, které postupně vznikaly od roku **1990,** aby vyplnily absenci jakékoliv následné pomoci duševně nemocným lidem po ukončení jejich hospitalizace.
Organizace má 4 střediska: v Havlíčkově Brodě, Pelhřimově, Chotěboři a v Hlinsku. V organizační struktuře se nachází 23 kompetentních pracovníků. Všichni tito pracovníci jsou řízeni Radou sdružení. Organizace Fokus poskytuje od roku 2007 sociální služby: sociální rehabilitaci, chráněné bydlení, sociálně terapeutické dílny, denní stacionáře a osobní asistence.
Fokus Vysočina poskytuje podporu osobám starším 18 - ti let s duševním onemocněním, které tyto služby potřebují, a u kterých je někdy potřeba doporučení psychiatra. (Fokus Vysočina, 2014)

Uvádíme příklad dobré praxe, který je zde popsán se souhlasem aktérů příběhu.

Je to příběh o paní Kláře, která se narodila v roce 1978. Žena trpí schizofrenními poruchami a má invalidní důchod 3. stupně. Má 10 - ti leté dítě, které je v péči jejího bývalého přítele a platí na ně výživné. Bývalý přítel s dítětem bydlí v menší obci a paní Klára od října roku 2010 v městském bytě. Její matka se sestrou bydlí v jiném městě. Smlouvu o poskytnutí služby má paní Klára od roku 2011, ale služby v organizaci Fokus Vysočina čerpala již dříve, poté přešla do jiného střediska. Hlavním cílem spolupráce s organizací byla konsolidace půjček, změna psychiatra a úprava styku s dcerou.

Obrázek 6: Schéma vztahů mezi klientkou a okolím (Fokus Vysočina)

Tým z tohoto střediska s Klárou komunikuje od června roku 2012. Ze začátku komunikovala 3 měsíce pouze prostřednictvím telefonátů, odmítala nové setkávání s novým psychiatrem, přestala komunikovat telefonicky a odpovídat na textové zprávy. V září napadla svoji sousedku, svého činu si ale vědoma nebyla. Po tomto výstupu nastalo dilema, zda ukončit spolupráci mezi klientkou a střediskem, nebo se aktivně pustit do řešení dané situace. Sociální pracovníci si stanovili postup, jak budou s Klárou postupovat. Jelikož ji hrozí vystěhování, snaží se lidé ze střediska ji dát nabídku pomoci při stěhování, ale přitom zůstat pouze v pozadí a pouze zjišťovat potřebné informace, které by ji mohli pomoci, pokud ona bude sama chtít.

Klára má problémy se svým blízkým okolím, jak s dcerou, matkou, sestrou, sousedem, kamarádkou i praktickým lékařem. Za agresory považuje psychiatra, kurátora, sousedy, úřednici města, městskou policii.

Pracovníci organizace se snaží s Klárou navázat nějaký vztah. Ona se k nim však chová vulgárně, nedokáže s nimi normálně promluvit a sem tam dojde i na sprostá slova. Cílem komunikační strategie pracovnice je podávat informace o situaci, nenechat se odradit slovní agresí, podporovat rodinné vztahy a komunikovat v síti.

Dalším rozhodováním organizace je, zda ukončit spolupráci s paní Klárou nebo tolerovat agresi a dále se angažovat do spolupráce s ní. Tým pracovníků má supervizi: pokud klíčový pracovník agresivní telefonáty unese a vytrvá, bude to dobrý vzkaz a způsob komunikace s klientkou v krizi. Snaží se být dále zdrojem informací, komunikovat i formou dopisů.

V lednu v roce 2013 nastává u Kláry zvrat. Snaží se komunikovat s rodinou a přijímá od nich pomoc. Organizace se drží v pozadí a podporuje rodinu, koordinuje a vyjednává s okolím. V dubnu je na popud své rodiny nedobrovolně hospitalizovaná.

Pomoc a spolupráce mezi Klárou a organizací má své klady a zápory.

Mezi klady patří: pochopení městských úředníků, že situaci nelze vyřešit obratem, ale společným vyjednáváním, kde Fokus vystupuje jako zprostředkovatel a koordinátor. Podařilo se upevnit pracovní alianci s klientkou, což bylo základem pro další spolupráci a aktivně se zapojila i rodina klienta do poskytování následné podpory.

Mezi zápory patří: příliš zdlouhavé řešení případu, komunikaci s úřady paní Klára nedokázala zvládnout sama a vzhledem ke stavu nemoci byla stejně hospitalizovaná.

Velmi pozitivním jevem u paní Kláry je myšlenka na to, že je matka, vzdělaná, hrdá a schopná. Naopak její blízké okolí jeví pořád o Kláru zájem, pomáhá ji v obtížné situaci finančně i materiálně, zlepšila se komunikace s úředníky a komunitní tým Fokus ji poskytl flexibilní podporu a dobrou pracovní alianci. Velké přání Kláry je mít věci pod kontrolou a dobré vztahy (partnerské, s dcerou…). (dle poskytnutých informací Růžičková, Říčan. Fokus Vysočina, 2014)

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo vymezení, vysvětlení pojmu case management a použití v sociálních službách v České republice. Case management je vnímán jako případová práce s klientem, kde je pouze jeden klíčový pomáhající pracovník. Mezi klientem a pracovníkem vzniká vztah, kde základním principem je řešení problému klienta, doprovázení klienta v síti služeb a vzájemná spolupráce.

Základními funkcemi case managementu pro správné fungování je chápání klientových potřeb, najít vhodné zdroje a sledovat průchod službami s cílem ujištění se o efektivitě práce.

Po vymezení pojmu case managementu, jsme se snažili nastínit různé modely, které se využívají v síti sociálních služeb. Důležitým prvkem case managementu jsou cílové skupiny, se kterými se v rámci služeb spolupracuje. Tyto skupiny jsou zaměřeny na osoby s vážným duševním onemocněním, se schizofrenními problémy, s rizikovou mládeží a dalšími. Dále se práce zaměřila na vysvětlení a ukotvení role case managera a výhody a nevýhody, které se při práci v organizacích s klienty mohou vyskytnout.

Domníváme se, že case management je v ČR méně známý a polovina lidí vůbec neví, že něco takového existuje. Předpokládáme, že pokud by byl, case management vnímán jako součást sociálních služeb a byl v ČR ukotven v platné legislativě, byla by vymezena náplň case managera aj., jednalo by se o velmi důležitý a přínosný institut, který by mohl doplňovat jednotlivé sociální služby, a nedocházelo by k jejich překrývání. Case managament je zde vymezen jako jeden způsob práce s klienty, který považujeme za velmi přínosný pro samotného klienta a jeho primární rodinu i další sociální vazby.

BIBLIOGRAFIE

ČSAP [online]. 2010 [cit. 2014-04-24]. Dostupné z: (http://www.aids-pomoc.cz/ca_imunitni_system.htm#4)

DOSOUDILOVÁ, K., 2008. Aplikace CM v terénní sociální práci. In: JANOUŠKOVÁ, K.; D. NEDĚLNÍKOVÁ, eds. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. *Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 323-328.

DUSTIN, D.: *The McDonaldization of Social Work.* Aldershot – Burlington, Ashgate 2007.

CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Praha, Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

HAASOVÁ, K. 2008. *Úvod do CM*. In JANOUŠKOVÁ, K. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků.* Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky. Ostrava: Ostravská univerzita.

JANOUŠKOVÁ, K.; NEDĚLNÍKOVÁ,D. *Sborník studijních textů: Profesní dovednosti terénních pracovníků.* Ostrava, 2008. Str. 1-403.

JŮN, H., 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách*, Portál s.r.o., Praha ISBN 978-80-7367-590-5

Klinika adiktologie. *Case management v kontextu nízkoprahových služeb pro uživatele drog* [online] 2006 [2014-04-22] Dostupné z: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/635/

LIBRA, J. 2006. *CM v kontextu nízkoprahových služeb pro uživatele drog*. Praha: Klinika adiktologie Univerzity Karlovy. Dostupné na: http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/635/?acc=enb

MATOUŠEK, O. et al. (2003). Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál.

MS Sokolovská. Znevýhodněné dítě [online]1994[2014-04-22]Dostupné na: http://www.mssokolovska.cz/znevyhodnene-dite.php.

MUSIL, L. 2012. *Hospodaření v rámci případu case/care management*. [rukopis]

NEPUSTIL, P. 2012. *Proč pracovat s klienty společně? Šest výhod, jedna nevýhoda*. CM ČR: o CM (koordinované péči) v sociálních a zdravotních službách v ČR. http://casemanagementcr.wordpress.com/2012/09/11/proc-pracovat-s-klienty-spolecne-sest-vyhod-jedna-nevyhoda/

NEPUSTIL, P.; SZOTÁKOVÁ,M. *Metodická příručka: CM se zotavujícími se uživateli návykových látek.* Vydavatelství: Úřad vlády České republiky. Praha. 2013, Str.1-104.

STUCHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a CM.* Vydavatelství Fokus. Praha. Str. 1-87.

PÖRTNER, M. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením*, Portál s.r.o., Praha ISBN 978-80-7367-582-0

PTÁČKOVÁ, KUŽELOVÁ, ČELEDOVÁ. *Náhradní péče* [online]. 2011 [cit. 2014-04-24]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13150/nahradni_pece.pdf

ROSE, M. S., MOORE, V., L. 1995. *CM.* In RICHARD, L.,E. et al. *Encyclopedia of Social Work.* NASW. Washington: Nasw Press.

RŮŽIČKOVÁ,M.; ŘÍČAN,P. Příklad z praxe. Fokus Vysočina 2014. Dostupné na: http://ies.podaneruce.cz/case-management/seminar/3-rocnik-2013/

SIEGAL, H. A. 1998. *Comprehensive CM for Substance Abuse Treatment: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series.* DIANE Publishing.

SZOTÁKOVÁ, M., 2012. *Naplňování objednávky klienta při využití „CM“*. Brno: Diplomová práce. Masarykova univerzita.

ŠŤASTNÁ, M. 2010. *Metodika aplikace CM v Chrudimi, formou interdisciplinární spolupráce*. Chrudim:Šance pro tebe, o.s. Dostupné na: http://www.chance.chrudim.cz/files/casemanagement/METODIKA_CM_CHRUDIM.pdf

Seznam obrázků

Obrázek č.1: Vztah case managementu k řízení celého týmu (Stuchlík, 2008, str.12).....35

Obrázek 2: Organizační schéma týmu (Stuchlík, 2008, s. 40) 37

Obrázek 3: Organizační schéma plně řízeného týmu (Stuchlík, 2008, s. 41).....38

Obrázek 4: Organizační schéma koordinovaného týmu (Stuchlík, 2008, s. 41) 39

Obrázek 5: Schéma práce s klientem (Stuchlík, 2008, s.46) 40

Obrázek 6: Schéma vztahů mezi klientkou a okolím (Fokus Vysočina).....42

Seznam zkratek

CM	výkonní pracovníci (case manageři)
K	klient
KT	koordinátoři týmu
KoPPR	komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci
OV	odborný vedoucí
V	vedoucí

znázorňuje doporučení, odeslání nebo předání do péče

znázorňuje vztah profesionální odpovědnosti (nadřízenost, podřízenost)