



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Case management u klientů v domácím prostředí

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **MANAGEMENT SOCIÁLNÍ PRÁCE
V ORGANIZACÍCH**

Autor: Bc. Michaela Drdáková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Case management u klientů v domácím prostředí*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Bc. Michaela Drdáková

Poděkování

Děkuji paní doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za vedení a trpělivost, kterou mi po dobu psaní této práce věnovala. Dále děkuji respondentům za poskytnutí rozhovoru do výzkumné části. A v neposlední řadě děkuji své rodině za jejich podporu, kterou mi poskytovali během celého studia.

Case management u klientů v domácím prostředí

Abstrakt

Cílem diplomové práce bylo „zmapovat implementaci case managementu při práci s klienty u vybraných terénních sociálních služeb v Jihočeském kraji“. Hlavní výzkumná otázka byla formulována: „Jakým způsobem terénní sociální služby v Jihočeském kraji poskytují case management?“

Teoretická část se věnuje case managementu v České republice i zahraničí. Nabízí vhled do jeho dělení, zásad využívání nebo specifik, které přináší sociální služby.

Metodologicky byla využita kvalitativní výzkumná strategie vedená metodou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Pro získání odpovědí na hlavní výzkumnou otázku byly stanoveny následující dílčí výzkumné otázky: „Jakou formou je poskytován case management při terénní sociální práci v Jihočeském kraji?“, „Jaké výhody metody case managementu organizace identifikují?“ a „Jaké bariéry metody case managementu organizace identifikují?“.

Výzkumný soubor tvořili zástupci organizací poskytující terénní sociální službu „terénní program“ dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění. Podmínkou, pro umožnění zapojení se do výzkumu, byla územní působnost na území Jihočeského kraje.

U první dílčí výzkumné otázky byly identifikovány následující trsy: spolupráce, týmová práce, zasíťování klienta.

U druhé dílčí výzkumné otázky byly identifikovány následující trsy: podpora, networking a nové pohledy.

U třetí výzkumné otázky byly identifikovány následující trsy: malá rozvinutost case managementu, konkurenční boj, malé množství literatury, vzdělávací akce.

Výsledky získané v rámci uskutečněného výzkumu lze využít v rámci zavádění, rozvoje či plánování specifické péče metodou case managementu u registrovaných sociálních služeb se službou terénní program.

Klíčová slova

Case management; výhody; bariéry; terénní sociální práce

Case management for clients in the home environment

Abstract

The aim of the diploma thesis was "to *examine the implementation of case management in working with clients in selected field social services in the South Bohemian region.*"

The main research question was formulated as follows: "*How do field social services in the South Bohemian Region provide case management?*"

The theoretical part deals with case management in the Czech Republic and abroad. It provides insight into its division, principles of use or specifics that social services bring.

In terms of methodology, a qualitative research strategy was used, led by the method of questioning and the technique of semi-structured interview.

To obtain answers to the main research question, the following partial research questions were set: "What is the form of case management that is provided for field social work in the South Bohemian Region?", "What are the benefits of the case management methods that organizations identify?" And "What barriers of case management methods do organizations identify?".

The research group consisted of representatives of organizations that provide field social services "field program" according to Act No. 108/2006 Coll., On social services, as amended. In order to be able to participate in the research, organizations need to operate in the territory of the South Bohemian Region.

For the first partial research question, the following clusters were identified: cooperation, teamwork, networking of the client.

For the second sub-research question, the following clusters were identified: support, networking and new perspectives.

For the third research question, the following clusters were identified: low development of case management, competition, small amount of literature, educational events.

The results obtained within the research can be used in the implementation, development or planning of specific care using the case management method for registered social services with a field program service.

Keywords:

Case management; benefits; barriers; field social work

Obsah

Úvod	7
1 Teoretická část	8
1.1 Case management	8
1.1.1 Historie case managementu v ČR.....	8
1.1.2 Historie case managementu v zahraničí.....	12
1.2 Typy (dělení) case managementu.....	14
1.2.1 Brokerský model	14
1.2.2 Intenzivní case management (ICM).....	14
1.2.3 Asertivní komunitní léčba (Assertive Community Treatment).....	16
1.2.4 FACT (Function Assertive Community Treatment).....	18
1.3 Zásady case managementu.....	21
1.4 Sociální služby	26
1.5 Terénní sociální služby	36
2 Cíle práce a výzkumné otázky	38
2.1 Výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky.....	38
2.2 Operacionalizace hypotéz	39
3 Metodologie	40
3.1 Metody a techniky sběru dat	40
3.2 Výzkumný soubor	41
3.3 Vstup do terénu	43
3.4 Časový harmonogram	44
3.5 Předvýzkum	45
3.6 Etika výzkumu	45
3.5 Zpracování výsledků	46
4 Výsledky a jejich interpretace	47
5 Diskuze	54
6 Závěr	57
7 Seznam použitých zdrojů	59
Seznam příloh.....

Úvod

Case management se dá označit jako koordinované úsilí pomoci klientovi s řešením jeho nepříznivé situace, nebo také jako souběžné řešení klienta, doprovázení klienta sítí služeb a spolupráce mezi nimi. Publikací, které by přesně definovali „case management“ v českém jazyce doposud moc není, protože se stále jedná o novou metodu v sociální práci. V současné době není v České republice legislativní podpora v metodě case managementu. V zahraničí je situace odlišná. Věnují se metodě natolik, že projednávají nové možné typy case managementu a rozvoji v rámci této metody.

Cílem diplomové práce je zmapovat implementaci case managementu při práci s klienty u vybraných terénních sociálních služeb v Jihočeském kraji.

V první části práce se zaměřuji na historický vývoj case managementu v České republice i v zahraničí, který se datuje do 70. let minulého století na Americkém kontinentu a postupně pronikám do jeho dělení.

Druhou částí práce je rozdělení case managementu do čtyř modelů, které postupně popisují.

Třetí část práce navazuje na zásady case managementu, kde jsou blíže popsány výhody, bariéry, ale také využití case managementu.

Čtvrtá část práce se zabývá popisem sociálních služeb, dělením sociálních služeb a také jejich formou.

Poslední kapitola se věnuje popisu terénní sociální služby, kde jsou blíže popsány její specifika a popis klienta v domácím prostředí.

Následuje část praktická, kde je v první kapitole popsána metodika diplomové práce, cíl práce, výzkumné otázky a operacionalizace pojmů.

V druhé kapitole jsou popsány metody a techniky sběru dat, je zde blíže specifikován výzkumný soubor, vstup do terénu, časový harmonogram, předvýzkum a etické aspekty výzkumu.

Jako předposlední kapitola je kapitola výsledků výzkumu a jejich interpretace.

Poslední kapitola je zde diskuse, kde jsou diskutované získané výsledky se skutečnými publikovanými uznávanými českými i zahraničními autory z dané oblasti.

1 Teoretická část

1.1 Case management

1.1.1 Historie case managementu v ČR

Stále lze souhlasit s názorem Solařové (2013), která uvedla v roce 2013, že case management je metodou sociální práce, která je ale mnoha osobám, kterých se tato problematika dotýká, stále neznámá. A co více, knihy, které se touto problematikou zabývají, jsou stále v českém jazyce velice málo dostupné. Mnoho se toho nezměnilo.

V České republice je case management málo rozšířen. Dle Solařové (2013) metodu case managementu využívají spíše služby či nestátní neziskové organizace, které cílí na specifické cílové skupiny. Také zde platí, že je case management málo využívaný.

Je zatím příliš velký rozdíl s využíváním metody se zahraničními aktivitami. V těchto zemích se o metodě velmi často diskutuje. Osoby, které se problematikou zabývají, ji průběžně v praxi používají, zatímco v České republice je v reálu její používání teprve na začátku. To se logicky odráží v malých množstvích vydávané odborné literatury, kterou je navíc nezbytné překládat do češtiny. Důsledkem je, že čeští odborníci, kteří mají zájem se vlastní tvorbou a vlastními zkušenostmi touto problematikou prezentovat v knihách, nemají možnost své zkušenosti a výsledky bádání porovnávat se zahraničím.

Podle Haasové (2008) case management nemá v současné době adekvátní český ekvivalent. Lze se setkat s překladem „*případové vedení*“, označení se příliš nevžilo, prakticky se nepoužívá. Haasová (2008) tvrdí, že nejčastěji se lze setkat s pojmem „*case management*“, který je v některých případech zaměněn za pojem „*asertivní komunitní léčba*“. Haasová (2008) je názoru, že je to zavádějící v kontextu s tím, že asertivní komunitní léčba je pouze jedním z možných typů case managementu.

Stuchlík (2002) ve své knize jen potvrdil, že se v České republice diskutuje o možnosti pojmu „*případové vedení*“ až v druhé polovině 90. let. To znamená, že uplynulo více než dvacet let a jsme stále za západními zeměmi. Dle Stuchlíka, nejvíce pozornosti věnovali case managementu psychiatři a psychologové. Z tohoto faktu vyplývá, že vzdělávání v sociální práci bylo teprve v počátcích. Trvalo ještě několik dalších let, než se metoda začala používat v sociální práci.

Musil (2012) byl názoru, že čeští čtenáři často a bezděčně považují case management za určitou součást nebo variantu případové sociální práce. Proto ho chápou jako koncepční řízení, které bude pomáhat při řešení případu.

Původně se jedná o hospodaření, proto je Musil (2012) názoru, že pojem musí být přeložen jako „*hospodaření se službami v rámci případu*“. Domnívá se dále, že celá situace vznikla tím, že čeští odborníci a specialisté jsou názoru, že case management se sám prezentuje v podobě koordinované péče v rámci případu, protože zde vzniká klíčový vztah mezi pracovníkem a klientem.

Praxe dokazuje, že některé organizace v České republice takto s klienty pracuje. V tomto případě ale dochází k situaci, že cílem není nákup služeb, včetně úspory finančních prostředků, ale úspora nemateriálních prostředků včetně vynaložené námahy.

Návaznost služeb se podle Musila (2012) zlepšuje. Zkracuje se doba, ve které klient úzce spolupracuje s konkrétní organizací, která mu pomáhá. Spolupracující subjekty se podílí na řešení případu. V České republice se dlouhodobě daří pomáhat a řešit problémy u osob, které mají narušené duševní zdraví.

Raboch & Wenigová (2012) jsou názoru, že se koncepce objevila již v roce 1995. Za holandské podpory byly koncipovány projekty regionální komunitní péče o dlouhodobě duševně nemocné s využitím case managementu. První aktivity se začaly realizovat v Mladé Boleslavi, Praze, Pardubicích. Především díky iniciativě neziskových organizací (Fokus, Eset, Péče o duševní zdraví a další) se týmy case managementu zapojily do komunitní péče o duševně nemocné, kdy je nutné koordinovat poskytování služeb a zároveň aktivně vyhledávat nemocné. Mají stálé místo, jako jedna z potřebných rehabilitačních služeb, v koncepcích oboru psychiatrie.

Case management se rychle rozvíjí v oblasti péče o rodinu a dítě. Průkopníky jsou neziskové organizace. Pemová a Ptáček (2012) v publikaci o sociálně právní ochraně dětí vyčlenili této problematice case managementu celou kapitolu. V ní popsali case managera jako sociálního pracovníka jehož úkolem je koordinovat služby pro jednotlivce a celé rodiny s tím, že klienty je nezbytné současně zapojit do všech aktivit, které proces zahrnuje. Dlouholeté zkušenosti prokazují, že je velmi účelné a efektivní zapojit klienty také do pracovního procesu včetně dalších aktivit, které jsou přirozenými zdroji podpory.

Pemová a Ptáček (2012) představují případovou konferenci v kontextu se zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. V ustanovení § 10 odst. 3 je deklarována povinnost obecního úřadu obce s rozšířenou působností „*pořádat případové konference pro řešení konkrétních situací ohrožených dětí a jejich rodin.*“

Důležitou úlohu případových konferencích oceňují Hrdinová, Krupičková a kol. (2010), také Bechyňová (2012). Nelze ztotožňovat s case managementem, konference je jen jeden z nástrojů.

Dvořáček, Popov a Miovský (2012) navrhují, aby roli case managera měl v budoucnu pracovník v tzv. adiktologických ambulancích, které by měly být klíčovým prvkem v systému péče o osoby se závislostí. Skutečností je, že pojem case management je v současné době velmi často používán jako sousloví, což je de facto určitým problémem najít český ekvivalent.

Matoušek a kol. (2003) pojem překládají např. jako činnost vést, organizovat, dosáhnout cíle. Szotáková (2013, s. 62) uvádí, že neexistuje shoda, co přesně case management je a co zahrnuje. Szotáková (2013) připomíná některé existující překlady tohoto termínu do češtiny, přičemž uvádí, že samotný překlad odráží určité pojetí case managementu.

Musil (in Matoušek, 2013) připomíná Encyklopedii sociální práce, ve které heslo *case management překládá jako „hospodaření v rámci případu“* apod. Szotáková (2013, s. 62) je názoru, že je možný širší překlad, např. „*koordinovaná spolupráce v rámci případu*“. Autorka zároveň zdůraznila, že je možné rozdělení do dvou proudů case managementu, a to na americký model, který deklaruje spíše provázení klienta, který využívá koordinované služby a dále britský model, který spíše zahrnuje hospodaření včetně nasmlouvání služeb (Szotáková 2013, s. 63-64).

Szotáková (2013) tak zdůrazňuje, že zásadním problémem zatím je, že metoda case managementu si jen těžko hledá cestu k sociálním pracovníkům v obcích, aby ji efektivně zaváděli se svými klienty žijícími v menších obcích do praxe. Metoda podle autorky pro ně stále není známá, neví přesně co znamená. Není pro ně tedy v tomto smyslu pro jejich práci důležitá. Příčinou potíží, byť pravděpodobně ne přímo nepřekonatelnou bariérou s širším začleněním case managementu do sociální práce na obecních úřadech, může být nedostatečné legislativní zakotvení sociální práce na obecních úřadech.

„*Agenda a kompetence sociálních pracovníků obce jsou legislativně vymezeny poměrně obecně, což umožňuje různé interpretace účelu sociální práce jak ze strany samotných sociálních pracovníků, tak i jejich zaměstnavatelů, představitelů samospráv a přirozeně veřejnosti.*“, konstatují autoři Metodiky koordinované spolupráce sociálních pracovníků obcí a sociálních služeb. (Blabolová a kol., 2015, s. 13). Autoři metodiky zároveň upozornili na další záležitost, kterou musí obecní úřady řešit. Problematika je vyjádřena pojmy „dobrovolnost“ a „nedobrovolnost“. Doplnují, že se jedná o zjednodušená opatření vyjadřující míru autonomie a volby, kterou člověk v kontaktu s pracovníkem nebo institucí musí absolvovat (Blabolová a kol., 2015, s. 13).

V příručce klienta rozdělili na „dobrovolného klienta“ a „nedobrovolného klienta“. První klient je osobou, která má zájem svou nepříznivou situaci řešit, se sociálním pracovníkem jedná dobrovolně, aktivně spolupracuje, umožňuje mu, aby činil kroky, které mají pomoci. „*Dobrovolnost je chápána ve vztahu klienta ke spolupráci na konkrétním cíli, nikoli obecně*“ (Blabolová a kol., 2015, s. 6).

„Nedobrovolný klient“ má odlišné představy, cíl definuje sociální pracovník. Klient nespupracuje, nepodílí se na jejich plnění, intervence sociálního pracovníka často odmítá, pravděpodobně je chápe jako direktivní, často jako represivní nebo jim nerozumí. Sociální pracovník musí své postupy vždy odůvodnit, pokud možno musí být dočasné (Blabolová a kol., 2015, s. 6).

Stávající právní úprava nevyklučuje komplexní metody sociální práce, není ani v rozporu s uplatňováním case managementu. Problémem spíše je, že metody dostatečně nepodporuje či explicitněji nevyžaduje. To může být problém zejména v obcích, kde vedení úřadu či samospráva není výkonu sociální práce nakloněna. Metodika koordinované spolupráce sociálních pracovníků obcí a sociálních služeb z roku 2015 odkazuje na ustanovení § 92, 93a) a § 94 zákona 108/2006, O sociálních službách a na § 63 a 64 zákona o pomoci v hmotné nouzi.

Autoři metodiky (Blabolová a kol., 2015) označují legislativní zakotvení sociální práce na obcích za spíše „*strohé*“, navzdory tomu, že samotný rozsah sociální práce na obcích je široký, týká se všech cílových skupin, zahrnuje širokou variantu rozmanitých životních situací a vztahuje se na klienty, kteří se sociálními pracovníky spolupracují s různou mírou dobrovolnosti.

Ekonomickým pohledem na case management se zabýval Musil (2013, str. 131), který označuje case management jako „*hospodaření v rámci případu – přičemž tímto výrazem se rozumí „nákup sociálních služeb z veřejného rozpočtu za účelem uspokojení uznatelných potřeb spotřebitele při přijatelných nákladech na pořízení daných služeb trhu.“*

1.1.2 Historie case managementu v zahraničí

Z mnoha odborných zdrojů lze interpretovat názor, že case management vznikl v USA, přičemž jeho zakladatele ovlivnilo hned několik faktorů. Holt (2002) tvrdí, že zejména reagovali na rozmanitost tehdy poskytovaných služeb. Navíc se v jednotlivých regionech vyskytoval velký nedostatek zejména dostupného bydlení. Chyběla jak navazující lékařská péče, tak péče o lidi, které by bylo možné přesunout z institucionální péče do péče komunitní včetně péče, která by byla schopna výrazněji redukovat recidivu (Walsh a Holton 2008).

Z tehdejších vydání různých knih a autorských příspěvků v odborných časopisech lze odvodit, že počátky vzniku této metody jsou datovány značně rozdílně. Například Siegal (1998), Walsh a Holton (2008) datují počátek vzniku metody do období 70. let 20. století. Na druhé straně se Holt (2002) domníval, že počátek je nutné zařadit do období deinstitutionalizace, které bylo charakteristické začínající koordinací služeb a péčí o potřebné klienty.

Péče o ně se postupně rozšiřovala, což mělo za důsledek růst poptávky po těchto službách. Aby se situace mohla zvládnout, bylo nutné vytvářet úřední soupisy konkrétních služeb a možnosti jejich nabídky.

Pro nečekaně velký zájem od lidí bylo nutné organizovat různé programy a začít testovat rozličné vhodné přístupy jak na státní tak i komunitní úrovni. První výsledky prokázaly, že koordinovaná péče si vyžaduje méně nákladů a je celkově efektivnější. Zároveň se objevil další problém, kdy bylo nutné najít způsob kvalitního a efektivního vykazování těchto služeb, zvláště když se objevily snahy zařazovat klienty více do domácí péče (Holt, 2008).

Mosher a Burti (1989) napsali, že pouhá koordinace a organizace této činnosti nestačí. Odůvodnili to skutečností, že lidé potřebují především cítit lidský vztah. Ten může poskytnout case management společně s péčí a návaznými službami včetně koordinací již zmíněných programů zahrnujících všechny složky systémů.

Na základě zjištěných výsledků americká komise doporučila zřídit služby case managementu ve všech regionech. Počátkem 80. let 20. století začal v USA rychlý rozvoj následně zkvalitněný tvorbou platných předpisů a standardů pro systémy asertivní komunitní léčby (Stuchlík, 2002).

Stuchlík (2002) zároveň uvedl, že case management má v této aktivitě ústřední roli z toho důvodů, že dokáže zhodnotit potřeby klientů. Kromě toho rozhoduje o využití finančních prostředků včetně koordinace jejich rozdělování. Nepustil a kol. (2003, s. 14-15) v této souvislosti napsali: „*V zásadě jde o vytvoření tržní situace rozdělením státního zdravotnictví na část nakupující sociální služby pro klienty ve spádové oblasti a část, která poskytuje služby na základě smlouvy. Podle jejich názoru ve světě existují dva různé proudy case managementu. Jeden je odvozený z amerického modelu. Je charakteristický provázením klienta přes síť služeb, a druhý, odvozený z britského modelu, je charakteristický důrazem na ekonomickou úsporu nákupem balíku služeb*“.

Zajímavý je názor Dustina (2007) týkající se rozdílu při poskytování služeb jako sociální práce s využitím vztahu, který pomáhá s péčí case managementu. Jedná se o rozdíl mezi ekonomicky přijatelným způsobem a smluvně zajištěným uznatelným způsobem. Ve druhém případě by se mohlo stát, že budování dobrého vztahu by mohlo být překážkou.

Solařová (2013) definovala case managera jako koordinátora všech aktivit v procesu case managementu. Jedná se dle autorky o profesionála jímž je nejčastěji sociální pracovník či psycholog. Takový profesionál pracuje s klientem, který má k němu důvěru. Spolupracuje také s dalšími osobami z řad odborníků, kteří profesně jeho situaci ovlivňují a pomáhají mu hledat cestu z nepříznivé sociální situace. Někdy je koordinátor nazýván klíčovým pracovníkem.

1.2 Typy (dělení) case managementu

1.2.1 Brokerský model

Názory autorů na využití tohoto modelu jsou různé. Nepustil a kol. (2013, s. 15) uvádějí, že „*Hlavním cílem brokerského case managementu je snížení institucionální péče mezi ohroženými klienty a přijetí dlouhodobé domácí ošetrovatelské péče prostřednictvím přístupu k dostupným zdrojům komunity*“.

Haasová (2008 in Janoušková, Nedělková, 2008, s. 309) připomněla názor autorů Scotta a Lehmana. Byli přesvědčeni, že case manager musí koordinovat služby v konkrétní oblasti. Znamená to, že jeden pracovník se stará o mnoho klientů, je uváděn počet až čtyřicet klientů a více. Jaká bude v tomto případě kvalita, záleží na počtu a dostupnosti služeb v daném regionu. Manager musí pracovat převážně v kanceláři, nemá možnost navázat s klientem běžný pracovní vztah, protože jinak by svou práci nestíhal.

Holt (2002) vidí úlohu case managera jinak. Jeho roli charakterizuje Holt (2002) jako roli makléře nebo aranžéra služeb. Stará se o to, aby překonal nedostatek informací, nekoordinované služby apod. Je to také o tom, že veřejné a soukromé neziskové organizace, které potřebné služby poskytují, mají minimální nebo žádný mandát, aby mohly pro klienta služby nakupovat. Case management agentura má za úkol koordinační funkci, takže může být také poskytovatelem služeb.

Autoři Walsch a Holton (2008) upozorňují, že case manager nemá žádnou finanční odpovědnost za klienta. Má za úkol pouze posuzovat, naplánovat, odkázat a monitorovat jeho činnost. To s sebou nese nejistotu za kvalitu služeb a také vyvstává otázka, zda vybraná služba bude pro klienta prospěšná.

1.2.2 Intenzivní case management (ICM)

Podle Scotta a Lehmana (Haasová, 2008) case manager poskytuje služby, které učí dovednostem. Odborné poradenství učí vyhledávat a zároveň zprostředkovávat a koordinovat potřebné služby.

Aby vše bylo efektivní, má každý klient přiděleného case managera, nepracuje se tedy v týmu. Jeden pracovník má na starosti (samostatně) deset až třicet klientů. Pracovník postupně poznává silné a slabé stránky klienta. Pokud je přesvědčen,

že je klient již stabilizovaný, vědomě službu odmítá nebo dojde k situaci, že musí klient nastoupit z důvodu zhoršení svého zdravotního stavu do nemocnice, péče končí (Haasová, 2008). Walsch a Holton (2008) konstatují, že se jedná o situaci, že klient je záměrně v kontaktu pouze s jedním case managerem, který je zodpovědný za trávení velkého množství času s klienty.

V praxi to znamená, že je nutné zajistit kontaktní osobu, která by byla, kdykoli to bude nutné, k dispozici. Pokud i tato varianta nebude možná, je nezbytné, aby byla kdykoli k dispozici jiná kontaktní osoba, která bude k dispozici po večerech a víkendech. Všeobecně platí, že case manager musí pracovat především v komunitě, aby si klient zvykl na stabilní životní struktury (Haasová, 2008).

Není možné zajistit velké množství služeb, častěji se používá doporučení a odkazování. Oproti brokerskému modelu má ale určitou výhodu. Usiluje o aktivní zapojení klienta do různých osobních vztahů u lidí majících předpoklad, že mají konkrétní znalosti, jak v případě nutnosti pomoci doporučenými zdroji a provázením klienta skrze doporučené zdroje, procesem vývoje klienta. Uvádí příklad pracovníků, kteří chodí třikrát až čtyřikrát týdně do rizikových rodin domů, tráví čas se všemi členy rodiny a pomáhají jim s vážnými a dlouhodobými problémy.

Celý intervenční proces pak může trvat šest měsíců i déle. Vzhledem k tomu, že služby poskytované v domácnostech jsou v principu poměrně invazivní, jsou nezbytné schopnosti sociálního pracovníka napojit se a navazovat vztahy. Sociální pracovník je zodpovědný za trávení velkého množství času s klienty, což také obnáší být kdykoli k dispozici nebo zprostředkovat jinou kontaktní osobu, která bude k dispozici po večerech nebo o víkendech (Nepustil a Szotáková, 2013).

Schaedle (1999) uvádí, že největší rozdíl mezi typickým (brokerským) case managementem a intenzivním case managementem (ICM) viděl v zacílení intervence. Vyslovil názor, že výsledky výzkumů potvrzují, že model ICM má intervenci orientovanou na klienta (řízenou klientem), naopak brokerský model case managementu s ním kontrastuje. Jeho intervence je řízena systémem (zakázkou donátora). Rapp et al. (1992) připomněli ve své knize událost z roku 1985, kdy vytvořili na základě tehdejších zjištění nový přístup pro osoby, které jsou mentálně postižené. Cílem bylo vymyslet a ověřit postup umožňující mentálně postiženým osobám odejít z institucionalizovaného prostředí do nezávislého života. O mnoho let na jejich postup navázal Samhsa (2015),

který zařadil mezi nejdůležitější faktory kladení důrazu na pomoc při hledání nejsilnějších stránek klienta, využití jeho předností a schopností v protikladu k podpurným léčebným modelům, které se spíše zaměřovaly na nemoc a patologii. Stuchlík (2001, s. 17) konstatoval: „*Diagnóza vnáší zmatek do chaosu, umožňuje efektivní komunikaci mezi odborníky. Často 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*“.

1.2.3 Asertivní komunitní léčba (Assertive Community Treatment)

Asertivní komunitní přístup/léčba (Assertive Community Treatment – ACT) je komprehenzivní komunitní model zajišťující péči, podporu a rehabilitaci lidem, kteří mají diagnostikovanou poruchu se závažným duševním onemocněním (Phillips et al., 2001, s. 1-9).

V zahraničí je velmi rozvinutý, takže inspiruje mnoho klinických odborníků světa. Významným přínosem ACT je posun psychiatrické péče z institucí do komunity i pro lidi, kteří by k ní neměli v jiné podobě přístup (Van Veldhuizen, 2007, s. 11). Zásadním kritériem je týmová práce a multidisciplinarita. ACT tým zahrnuje: case managery (sociální pracovníci), psychiatra, psychologa a v ideálním případě i odborníka na práci s lidmi se závislostí (zapojeni v důsledku přibývajících jedinců s tzv. duální diagnózou – vážné duševní onemocnění v kombinaci se závislostí).

„V ideálním případě tyto odborníci poskytují komplexní péči v podobě: farmakoléčby, psychoedukace, práce s rodinou klienta a KBT (kognitivně-behaviorální terapii). Tyto týmy pracují se sdíleným počtem klientů, jsou k dispozici 24 hodin denně a jejich funkce je v nadneseném slova smyslu „vrátný u dveří psychiatrické péče“ (Van Veldhuizen, 2007, s. 2-3).

Takto popsáný model funguje v zahraničí, konkrétně v Nizozemsku. Stuchlík (2001, s. 74), Foitová, Pěč, Wenigová (2014, s. 5) uvedli, že podobné služby již řadu let úspěšně pomáhají i v České republice.

Stuchlík (2001, s. 74) definoval klíčové faktory ACT, které poskytují v rámci case managementu tento přístup. Klíčovými faktory jsou: práce s psychiatrickou medikací, obhajoba zájmů klienta a zaměření na praktické problémy všedního dne.

Case manageri pracují podle Scotta a Lehmana (cit. dle Haasová, 2008) v týmu, který je velmi různorodý a na řešení zjištěných případů se podílí celý tým, který je většinou potencionálně nezávislý na dalších službách v regionu. Jeden pracovník má na starost osm až deset klientů. Převažuje medicínská orientace.

Siegal (1998) uvedl, že asertivní komunitní léčba by měla obsahovat komponenty:

- *„navazování vztahů s klienty v jejich přirozeném prostředí,*
- *zaměření na praktické problémy každodenního života,*
- *asertivní zastupování,*
- *zvládnutelnou velikost a počet případů,*
- *časté kontakty mezi pracovníkem a klientem,*
- *týmový přístup a sdílení případů,*
- *dlouhodobý závazek ke klientům“.*

Scott a Lehmann (cit. dle Haasová, 2008), jsou názoru, že case manager musí podporovat úzké jádro poskytovatelů služeb, kteří následně společně ponosou zodpovědnost za poskytnutí služeb.

Autoři Walsch a Holton (2008) tvrdí, že model je direktivní a intenzivní, proto doporučují, aby se členové týmu setkávali. Zároveň definovali jasnou programovou identitu, nutnost vysoké frekvence kontaktů, jasně strukturovaný program, povinnou týmovou zodpovědnost za návaznost a efektivitu všech poskytovaných služeb.

Dále by měl obsahovat ještě tyto aspekty:

- prodloužení hodin kontaktu,
- kapacitu na okamžitou reakci v případě krize,
- mobilnost,
- úzké spojení s rodinou a blízkými, kteří by mohli podporovat klienta, a konečně úzké spojení terapeutických, rehabilitačních a sociálních potřeb (Scott, Lehmann).

Haasová (2008) v této souvislosti uvádí další odlišení u tohoto case managementu, a to dle rozsahu funkcí podle Kerra a Clennigera.

Minimální case management, kdy je nutné se zaměřit na:

- vyhledávání klientů,
- posouzení problému,
- nutnost případ naplánovat
- doporučení služeb. (Haasová in Janoušková, Nedělková, 2008, s. 310).

Koordinující case management:

Funkce vyjmenované výše, je nutné doplnit o:

- „hájení klientů advokátem,
- *případová studie,*
- *rozvoj podpůrných systémů,*
- *opakované posuzování, prozkoumávání, přehodnocování“* (Haasová in Janoušková, Nedělková, 2008, s. 309-310).

Komprenhezivní (ucelený) case management:

Totéž, co v koordinujícím modelu, a navíc:

- „*monitorování kvality života klienta a kvality služeb,*
- *vzdělávání veřejnosti,*
- *krizová intervence“* (Haasová in Janoušková, Nedělková, 2008, s. 310).

1.2.4 FACT (Function Assertive Community Treatment)

FACT model je model poskytování služeb. V jeho rámci může tým poskytovat péči v souladu s pravidly „*sedmi C*“, za předpokladu, že je správně koordinovaný. Je nezbytné rozhodovat o různých postupech, které určí pravidla, jak se bude postupovat, jaké bude pořadí, kdo bude první nebo kdo bude moci počkat na pozdější dobu (Szoťáková, 2013).

Za efektivní nástroj je považována FACT tabule. Jaký bude program dne, je řešeno na každodenní ranní poradě FACT týmu. Nutné je také pravidelně projednávat tvorbu a aktualizaci léčebného plánu. Povinností je činit tak u každého pacienta dvakrát ročně. Plánování nových, tzv. navazujících aktivit, se musí dít vždy v souladu s původním plánem. Správná koordinace je zásadní podmínkou pro správnou léčbu a dohled, z toho důvodu, že pověřené týmy jsou povinny pomáhat udržovat kontakt pacienta s jeho rodinou, přáteli a známými (Szoťáková, 2018).

Pro pacienty je také důležité vědomí, že se o něj zajímají lidé, kteří s ním nejsou v klasickém příbuzenském vztahu, ale často patří mezi jeho dlouholeté přátele. V modelu FACT je tento postup doporučováno využívat pouze v případech, které jsou prokazatelně nutné. Proto se FACT tým označuje jako „*integrováný*“.

Pojetí vychází ze zkušeností těchto týmů v 90. letech 20. století v USA. Potvrdilo se, že tzv. „*zprostředkovatelský model*“, na základě, kterého case manager zajišťuje klientům pomoc z různých zdrojů, není natolik efektivní jako práce jediného integrovaného týmu. (Szotáková, 2018, s. 19). Můžeme říct, že model FACT znovu objevil výhody terénní podpory a léčby.

Terénní práce (tzv. outreach) znamená péči poskytovanou mimo instituce či ordinace. Jsou to návštěvy klientů u nich doma, péče či konzultace v sociální oblasti, dále například i to, že se pracovník dostaví na místo, v situaci, kdy je klient předveden na policii, a v případě péče o lidi bez domova se s klientem setkává přímo na ulici (Szotáková, 2018, s. 21).

Domácí návštěvy a terénní práce jsou zpravidla velkým přínosem pro vytváření vztahu mezi klientem a pracovníkem. Zásadní podmínkou úspěšnosti je sladění profesionální péče s klientovým prostředím. Pracovníci vstupují už ne jako „*odpovědné osoby*“ do klientova „území“ a přijímají jej takového, jaký je. Vztah, který se takto vytváří, doznává velkých změn (Szotáková, 2018, s. 22).

Odborníci se v této souvislosti domnívali, že klienti ACT a FACT týmů nejsou schopni vykonávat placené zaměstnání, takže pro ně není možné zajistit pracovní místo. Výzkumy v zahraničí prokázaly, že pokud mají klienti k dispozici poradce, který jim v pracovních záležitostech radí, dosahují mnohem lepších výsledků, a to dokonce také klienti, kteří o zaměstnání neměli původně zájem (Szotáková, 2018).

Nejúspěšnějším modelem pracovní rehabilitace pro lidi dlouhodobě vážně duševně nemocné je Individual Placement and Support (IPS) (Bond et al. 1997). Vychází z několika zásadních zásad. Cílem je získat placené zaměstnání, což znamená, že je nutné hledat práci co nejdříve. Další zásadou je, že podpora klienta, který má zájem pracovat, musí být dlouhodobá, aby klient viděl, že se před ním objevuje nová perspektiva jeho života. To vše musí být zároveň podpořeno pracovním poradenstvím, které musí být běžnou součástí služeb v kontextu s péčí o duševní zdraví (Bond et al., 1997).

Další podmínkou, která výrazně pomůže řešit potřebný problém je integrace dalších forem pomoci do práce FACT týmů. Pokud bude vše potřebné podchyceno včas, přínos se určitě dostaví (Szotáková, 2018).

Celý proces je lépe koordinován, zlepšuje se koordinace podpory, což znamená, že se mnohem rychleji dostávají potřebné výsledky. Klienti navíc mohou využívat kvalitních služeb profesionálů z personálních agentur. Peer pracovníci aktivně vyhledávají klienta, dbají o pravidelné udržování potřebných kontaktů. *„Poskytují jim informace o zotavení a rehabilitaci, o právech klientů a dělí se s nimi o znalosti založené na zkušenosti (své vlastní i jiných peer pracovníků) v oblasti procesu zotavení a forem léčby a péče. Peer pracovníci pracují nejrozličnějšími způsoby, individuálně i skupinově, například ve formě WRAP skupin“* (Cook et al. 2012).

Cílem je aktivně podporovat zotavení a zplnomocnění klientů. Mohou napomáhat sdílenému rozhodování a podílet se na motivačních rozhovorech. Vhodnou formou hovoří s klientem z pozice různých životních zkušeností.

Výhodou je, že se mohou setkávat u klienta doma nebo tam, kde klient na přechodnou dobu bydlí. Mnohé zkušenosti potvrzují, že klienti bez domova uvítají, když první kontakt se koná z popudu peer pracovníka než profesionál-zdravotníka (Cook et al. 2012)

Peer pracovník může hned v úvodu pomoci klientovi zařídit administrativní záležitosti, se kterými si sám neumí poradit. Ne vše se ale může podařit. Pokud se tak nestane, mohla by situace směřovat k tomu, že by Aserktivní komunitní léčba byla hodnocena jako *„méně funkční“* či nestejně efektivní. Ve skutečnosti je tomu opačně.

Každý model má své využití pro specifické klienty. FACT model je kombinací ICM (Intenzivního case managementu) a ACT (Aserktivní komunitní léčby).

V praxi je k dispozici multidisciplinární tým, který se podílí na řešení situace, ve které se klient nachází. Platí ale jedna zásadní podmínka. Za účasti jednoho case managera musí klient individuálně spolupracovat. Cílem je snaha navýšit pokračování v léčbě, včas reagovat na klientovu aktuální situaci, který se nachází v různých fázích svého života, v sociální inkluzi a zároveň je propojen se zdravotnickou a komunitní péčí. Opět platí, že také pracují multidisciplinární týmy působící v rámci určitého regionu. Pro každého klienta je běžně dostupná v jakémkoli čase potřebná péče, je možné v případě nečekané potřeby zajistit další odbornou péči, která bude zajištěna následnou

léčbou a poté rehabilitací. Jednoznačně platí, že se dále upevňuje síť spolupráce mezi lékaři a sociálními pracovníky, protože je nutná podpora pro aktivní zapojení klienta v jeho přirozeném prostředí. Cílem je snaha o motivaci klientů. Také oni touží po změně a úspěchu při dosažení cíle, který tvoří psychiatr, psycholog, peer specialista, sociální pracovník, specialista, manager, „know-how“ odborník. FACT model navazuje také kontakty v sousedství a s policií, snaží se o inkluzi a hledá přirozené zdroje. Snahou a cílem je co nejvíce snížit remisi onemocnění u klientů (Veldhuizen, 2007).

1.3 Zásady case managementu

Při zabývání se problematikou case managementu a jeho využitím při péči o osoby, které sociální a další pomoc potřebují, se naskytá otázka, proč s nimi pracovat tímto způsobem (Janoušková, Nedělníková, 2008). Zásadní důvod je jednoznačný. Jedná se o osoby, které se potýkají s vážnými nemocemi, jako jsou např. psychické a sociální problémy, které vyvolávají několik vážných problémů:

- Existuje nerovnováha mezi potřebami klientů a poskytovanými paušálními službami, které nereflektují na skutečné potřeby klientů.
- Služby jsou fragmentované, chybí jim návaznost.
- Klíčové služby jsou podceňovány, jsou vytvářeny spíše pro „snadněji integrovatelné“ klienty a potřebnější klienti systémem propadají (Janoušková, Nedělníková, 2008).
- „Dobrovolníci a osoby, které jsou klientům blízké, jsou nedostatečně zapojováni.
- *Existuje nerovnováha mezi náklady a efektivitou služeb*“ (Haasová in Janoušková, Nedělníková, 2008, s. 307).

1.3.1 Využití case managementu v sociálních službách

Každá lidská činnost, která je prováděna s konkrétním cílem, má vždy určité výhody a nevýhody. Záleží na subjektu, který si konkrétní činnosti plánuje a řídí, záleží na tom, které faktory bude považovat za výhody a nevýhody.

VÝHODY

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

- **Dostupnost** – mnoho praktických příkladů potvrzuje, že nepřehlednost některých systémů může odrazovat klienty, jejich příbuzné a další poskytovatele. V dobrém systému je jednoznačně stanoveno, který subjekt kontaktovat. Case manager může kontaktovat klienty, kteří nejsou schopni navštívit sami psychiatrické služby.
- **Kontinuita** – typický průběh psychotického onemocnění zahrnuje fáze zlepšení a zhoršení. Case manager je v dlouhodobém kontaktu s klientem také po dobu remise, může včas zachytit počínající relaps onemocnění a také zvolit nejlepší způsoby řešení.
- **Koordinace** – Case manager odpovídá za zajištění komplexních služeb vzhledem k potřebám klienta.
- **Přizpůsobivost** – Case management nabízí klientovi individuální přístup, který citlivě reaguje na jeho dlouhodobé i okamžité potřeby. V některých systémech case managementu je flexibilita zvýšená tím, že case manager disponuje financemi na nákup služeb, které jsou potřebné pro klienta.
- **Výkonnost** – služba musí být efektivní, pokud používá finanční 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 dělí na:
 - a) efektivitu vstupů (hodnotí se schopnost spolupráce poskytování všech služeb v plném rozsahu),
 - b) technickou efektivitu (hodnotí se, zda systém využívá dostupné prostředky k dosažení konkrétních výsledků),
 - c) horizontálně cílenou efektivitu (hodnotí, zda servis kontaktuje všechny své potenciální klienty),
 - d) vertikálně cílenou efektivitu (hodnotí, zda služby poskytují kvalitní péči klientům své skupiny a jak efektivně přeměrovává ostatní klienty na služby, kde je péče přiměřenějších jejich problémů
 - e) efektivitu výdajů (case management je procesem sběru dat o individuálních potřebách klienta včetně hledání možností, kterými mají být naplňovány, case manageri mají dobrou pozici pro vyhodnocení tohoto bodu).

Jak píše Nepustil (2011): „Často zapomínáme, že lidem, kteří nás – pomáhající pracovníky – vyhledají, už většinou někdo pomáhá. Může to být někdo z jejich rodiny, kamarádka, kolega anebo jiný sociální pracovník. Navíc mají často v okolí někoho, kdo jim může pomoci. Anebo naopak někoho, kdo zlepšení jejich situace vytrvale brání. Vlastně někdy zapomínáme na to, že klienti vůbec nějaké okolí mají.“

Česká republika zajišťuje kvalitnější poskytovanou službu, snaží se předcházet, aby kroky a také rozhodnutí jednotlivých odborníků a institucí nebyly v protikladu. Case management je povinen poskytovat klientovi komplexní, účelnou a jemu přesně odpovídající podporu (Nepustil, 2011).

NEVÝHODY

Po prostudování vybrané literatury k tomu tématu je nutné konstatovat, že se poznatky týkající se výhod i nyní zmiňovaných nevýhod zaměřovaly především na oblast sociální práce na obecních úřadech, kterých se problematika bezprostředně dotýká. Z kvantitativního šetření, zorganizované Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí ve vybraných obecních úřadech v České republice, vyplynuly tyto poznatky zaměřené na nevýhody:

- „na tuto metodu nejsou zodpovědní zaměstnanci dobře proškolení,
- nefunguje dobře spolupráce s odborníky a s organizacemi, kterých se problém dotýká,
- sociální pracovníci v příslušných odborech jsou vytíženi i jinou prací,
- nefunguje předávání informací mezi subjekty navzájem,
- chybí metodická podpora při využívání case managementu,
- není vyjasněn způsob vedení administrativy“ (Hubíková, 2018, s. 71).

1.3.2 Využití case managementu v sociálních službách

Case management v sociální a zdravotní péči, jako nový obor péče o člověka, vznikl v Severní Americe, když se v novém sociálním pojetí vydal směrem od institucionální ke komunitně legislativně zajištěnému poskytování péče. Jeho hlavním úkolem v první fázi, aby byl celý systém životaschopný včetně dalšího vývoje, bylo nezbytné prvotně hledat nákladově efektivní alternativy pro lidi, kteří potřebovali zejména dlouhodobou péči s komplexním zajištěním (Dustin, 2007).

V počátcích rozvoje case managementu bylo definováno šest faktorů (Reilly, Hughes, Challis, 2010):

- *„deinstitutionalizace,*
- *decentralizovaný charakter komunitních služeb,*
- *vzrůstající počet klientů s mnohačetnými potřebami žijících doma,*
- *fragmentace služeb péče,*
- *vzrůstající povědomí o nezbytnosti sociální podpory a důležitosti pečujících a rovněž potřeba kontroly či omezení výdajů na zajištění péče a podpory“ (Reilly, Hughes, Challis, 2010, s. 125-126).*

S nově získávanými zkušenostmi se možnosti metody rozšiřovaly, což vedlo k tomu, že byly přebírány do systémů sociální péče nebo sociálních služeb mnoha zemí. Např. Payne (2000) podrobně analyzoval způsob šíření tohoto přístupu ve Velké Británii, ve které již měl stát dlouholeté zkušenosti s case managementem do prvních experimentů v 80. letech 20. století. O deset let později byl systém implementován v různých formách jako součást reformy britské komunitní péče v 90. letech.

Mnoho států v posledních letech stále intenzivněji řeší uplatnění case managementu v zajištění pomoci v péči o seniory, kterých neustále přibývá. Především se prosazuje nutnost, aby senioři mohli co nejdéle žít ve svém přirozeném prostředí, aby nemuseli být odkázáni na institucionální péči.

V kontextu s case managementem stále přetrvává problém, že se neodborně mísí různé směry a koncepty case managementu, což k jeho kvalitě příliš neprospívá. Např. Lukersmith, Millington a Salvator-Carulla (2016) ostře kritizovali fakt, že není ochota jednat o širším konsensu, co v praktické podobě case managementu je a co chybí pro jeho efektivnější pochopení a rozšíření.

Vážnou překážkou je jeho terminologická nejednotnost, což vede subjekty, které chtějí tímto způsobem pracovat, k nejistotě zda svou roli v praktickém životě správně uplatňují.

Že se nejedná o nové poznatky, svědčí kniha a v ní prezentované názory Austina (2002, s. 178), který také upozorňoval, že po letech zkušeností s case managementem stále nejsou vyřešeny dvě otázky směrem k praxi case managementu, a to za prvé, kdo ho potřebuje, tedy, komu je péče case managementem zajišťována. Druhá otázka zní, zda funguje vůbec case management. Autor byl názoru, že otázky, které kladl, jsou sice klíčové, ale chyběly mu odpovědi v kontextu pokračujícího tlaku na fiskální

zodpovědnost. Dále mu chyběly odpovědi na otázky, zda vzrůstající požadavky na praxi, které jsou založeny na získaných poznatcích, skutečně fungují.

Solařová (2013) definuje case management jako proces, který je obvykle charakterizován řadou činností prováděnými tak, aby reagoval na nedostatek zdrojů na straně klienta. To, které činnosti jsou do definice case managementu zařazovány, pokud je definice nastavena formou výčtu činností, je právě jednou z oblastí, kde nepanuje shoda. Goger a Tordy (2006) vymezili case management jako „*spolupráci v procesu posouzení, plánování, facilitace a advokacie možností a služeb k upokojení potřeb jednotlivce; prostřednictvím komunikace a dostupných zdrojů podporovat kvalitu nákladově efektivních výsledků*“ (Goger a Tordy, 2006, s. 10-13).

Podobně, včetně zdůraznění otázky nákladů, vymezuje case management komise pro certifikaci case managerů (Commision for Case Manager Certification, ve zkratce CCMC). Komisi je case management definován jako „*proces spolupráce, v němž se posuzují, plánují, implementují, koordinují, monitorují a vyhodnocují možnosti a služby, které vyžaduje uspokojení potřeb klienta v oblasti zdravotních a dalších pomáhajících služeb. Je charakterizován advokací, komunikací, řízením zdrojů a podporuje kvalitu a nákladovou efektivitu intervencí a výsledků*“ (CCMC :13).

Nicméně tato definice není ani vyčerpávající ani všeobecně přijímaná. Otázka definice case managementu není uzavřena ani v současnosti. To neznamená, že definice case managementu neexistuje, spíše naopak. Lukersmith, Millington a Salvator-Carulla (2016) uskutečnili rozsáhlé zmapování literatury z období let 1988-2013. Zaměřili se na analyzované případy case managementu, které se týkaly konkrétní události popisujících složité dlouhodobě nepříznivé zdravotní stavy. Cílem jejich analýzy bylo získat co nejvíce informací až do okamžiku, kdy již nemohli získat nové informace a ty následně analyzovat. Našli 22 definicí, 5 modelů, 69 aktivit či úkolů case managerů a 17 klíčových komponentů. Po provedené analýze a jejím vyhodnocení prezentovali své poznatky s tím, že je case management označován různými názvy a nabývá průběžně stále nové podoby.

Přestože ho různí autoři umísťují do různých sociálních podmínek, stále plní svou úlohu koordinovat, integrovat a řídit zdravotní a sociální péči v různých podmínkách pro osoby, které mají rozdílné zdravotní problémy. Panye (2000, s. 82) „*k tomu uvedl, že se všemi různými variantami CR prolíná jeden pojem, a to koordinace*“. Payna je názoru,

že v tomto případě je case management nutné charakterizovat jako způsob organizace sociálního zaopatření, protože právě to má za legislativně stanovenou úlohu koordinace služeb, aby si klienti uvědomili, že se jedná o služby poskytované v rámci integrovaného celku.

1.4 Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách účinný od 1. ledna 2007 měl zdůraznit občanům, že stát chápe všechny občany jako rovnoprávné subjekty práv a povinností s tím, že stát nebude o občanech rozhodovat jednostranně.

Jak uvedl Sladký (2008, s. 16-17): „*nový zákon ukončil období direktivy, naopak vytvořil základ pro vytváření podmínek a vztahů mezi uživateli sociálních služeb a jejich poskytovateli*“.

1.4.1 Členění sociálních služeb dle legislativy

Služby jsou legislativně rozdělovány podle několika způsobů tak, aby se pomoc dostala brzy k osobě, která se nachází v nepříznivé sociální situaci. Důraz je kladen zejména na individuální služby, na aktivizaci a podporu samostatnosti uživatelů.

Díky tomu vznikla nová kategorizace sociálních služeb, která získala podobu jednoznačné typologie druhů a forem služeb. Navíc byl nastaven smluvní princip poskytování sociálních služeb, systém registrace a kontroly poskytovatelů sociálních služeb a rovněž předpoklady pro výkon jejich poskytování.

Matoušek a kol. (2007) poukázali na částečné překrývání pojmu sociální služby s pojmem veřejné služby, což jsou služby poskytované v zájmu veřejnosti a jsou financovány z veřejných rozpočtů. Zároveň však upozorňují, že sociální služby mohou být poskytovány také jako služby komerční. Podle Matouška (2007, s. 9): „*se jedná o sociální služby, které stát legislativně určil jako výraznou pomoc společensky sociálně znevýhodněným lidem*“.

Cílem této aktivity je především zlepšit kvalitu jejich života. Pokud to bude, podle vyhodnocení jejich zdravotního stavu možné, v maximálně možné míře je zapojit aktivně do společenského života, přitom je ale chránit před celospolečenskými riziky, která mohou být s ohledem na jejich zjištěný zdravotní stav nebezpečné, protože tito lidé jsou sami nositeli konkrétních rizik. Z tohoto důvodu sociální služby zohledňují jejich uživatele, jeho rodinu, skupiny, do kterých patří, popřípadě širšího společenství (Matoušek a kol. 2007).

Molek (2009, s. 8) definuje služby jako „*nehmotné produkty směřované přímo mezi poskytovatelem a zákazníkem bez uplatnění autorských práv. Obecně lze o službách hovořit jako o aktivitě, která naplňuje určitý cíl a může být orientována buď na člověka (zdraví a sociální služby) nebo na předmět (opravárenské služby)*“.

Východiskem pro právní úpravu sociálních služeb, které spolu s celým systémem sociální péče spadají do resortu MPSV České republiky, byla nutnost a potřebnost odstranění problémů, které s sebou nesla právní úprava před rokem 1989. Byla příliš rozsáhlá, nepřehledná, z legislativy v mnoha případech nevyplývalo či vlastně kompetence jsou, kdo zodpovídá. A hlavně, jak řešit případně vzniklé nedostatky, které mohly v některých případech skončit soudními spory se státem. K této větě je vhodné připojit názor Matouška (2007, s. 35), který na rovinu uvedl: „*že panovala velká nerovnost mezi státem, pracovníky sociálních služeb a klienty*“. Podle Matouška (2007) byly jmenované subjekty „*posledních sedmnáct let nuceni přizpůsobovat se režimu zastaralého a nevyhovujícího systému sociální péče*“.

Změny v oblasti sociálních služeb nastaly relativně nedávno přijetím nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti dne 1. 1. 2007. Spolu s dalšími právními předpisy (zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi) tak došlo k výrazné změně v celém systému sociální pomoci v České republice. Základní zásady poskytování sociálních služeb jsou obsaženy v ustanovení § 2 tohoto zákona a v nich je přímo patrná změna koncepce proti dosavadnímu stavu.

Základní zásady

„(1) Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

(2) Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé situace, a posilovat jejich sociální začleňování. (Krejčíková a Treznerová, 2011).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje základní druhy (sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence) a formy sociálních služeb (sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní) včetně výčtu zařízení sociálních služeb, která tyto služby mohou poskytovat.

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství:

- **Základní sociální poradenství** poskytuje informace o nárocích, službách a také možnostech, které mohou pomoci vyřešit nebo aspoň zmírnit obtížnou situaci člověka. Získané informace vyplývají ze systému sociální ochrany občana. *„Cílem rozvinutého sociálního poradenství je poskytovat informace co nejbližší bydlišti nebo pracovišti, příp. zařízení, v němž se člověk nachází. Součástí základního poradenství je i zprostředkování další potřebné odborné pomoci“* (Matoušek a kol., 2003, s. 84).
- **Odborné sociální poradenství** poskytuje pomoc lidem, kteří potřebují řešit nebo vyřešit určitý sociální problém. Příkladem mohou být např. problémy v manželském nebo mezigeneračním soužití, v péči o děti, o zdravotně postižené

osoby, osoby, které byly propuštěny z výkonu trestu. V každém případě se jedná o zajištění konkrétní pomoci a praktické řešení krizové situace, ve které se osoba ocitla. Mnohé statistiky dokazují, že se často jedná o pomoc v hmotné nouzi nebo o pomoc v sociální nouzi nebo o souběh obou. V této souvislosti nelze opomenout odborné poradenství a terapeutické činnosti. Často je nezbytné řešit problémy pachatelů trestné činnosti, delikventních jedinců, drogových a jiných závislostí. Patří sem i životní krize, např. rozvody (Matoušek, 2003, s. 84).

Zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Odborné sociální poradenství obsahuje tyto základní činnosti – zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Matoušek, 2003).

Služby sociální péče. Služby sociální péče jsou zaměřeny na to, aby pomáhaly lidem zajistit si fyzickou a psychickou soběstačnost. Nabízí pomoc při zvládání úkonů péče o vlastní osobu a podporují soběstačnost. K zajištění poskytování těchto služeb je možné použít příspěvek na péči.

Služby sociální péče se pak mohou dále členit v návaznosti na konkrétní náplň poskytovaných pečovatelských činností na (Pevná, Petrželka, 2014, s. 78):

- *„Osobní asistenci,*
- *pečovatelskou službu,*
- *Tísňovou péčí,*
- *Průvodcovskou a předčitatelskou službu,*
- *Podporu samostatného bydlení,*
- *Odlehčovací služby (respitní péče),*
- *Centra denních služeb,*
- *Denní stacionáře a týdenní stacionáře,*
- *Domovy pro osoby se zdravotním postižením,*
- *Domovy pro seniory,*
- *Domovy se zvláštním režimem,*
- *Chráněné bydlení,*
- *Sociální služby ve zdravotnických zřízeních ústavní péče“.*

Služby sociální prevence se zaměřují na jevy a situace, které mohou vést za určitých podmínek k sociálnímu vyloučení, přičemž ale nejsou způsobeny neschopností pečovat o sebe z důvodu věku nebo zdravotního stavu. Zaměřují se především na oblast tzv. „sociálně negativních jevů“ jako je např. kriminalita, bezdomovectví, zneužívání návykových látek, krize v rodině apod. I služby sociální prevence jsou dále členěny dle jejich specifické náplně na: „ *Služby sociální prevence jsou – raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení, pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace*“ (Pevná, Petrželka, 2014, s. 79).

Dle **místa poskytování** se systém sociálních služeb člení na pobytové, ambulantní a terénní formy:

- **pobytové služby** – jsou poskytovány v zařízeních, kde uživatel v určitém období života žije. Patří sem především domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním či tělesným postižením.
- **ambulantní služby** – zajišťují docházku osob do specializovaných zařízení sociálních služeb, například denní stacionáře pro děti, seniory, osoby se zdravotním postižením. Patří sem také kontaktní centra pro osoby ohrožené závislostí na návykových látkách. Součástí těchto služeb není ubytování.
- **terénní služby** – jedná se o docházku do přirozeného prostředí, ve kterém člověk žije, tj. do domácnosti, do místa, ve kterém pracuje, kde se vzdělává, anebo tráví volný čas. Patří sem sociální služby, pečovatelské služby, služby osobních asistencí, terénní programy pro ohrožené děti a mládež. (Pevná, Petrželka, 2014)

Standardy kvality poskytování sociálních služeb

Standardy kvality jsou nedílnou součástí celkové sociální práce, které nelze nikdy opomenout, protože garantují, že veškeré služby, které jsou ve smyslu služeb sociálních poskytovány, musí mít velmi dobrou kvalitu. Např. Kloučková (2010) jako kvalitu charakterizuje zjištěný výsledek, který vznikl mezi očekáváním a výkonem.

Předpokladem je, že by se obě proměnné měly v ideálním případě rovnat. Kloučková ve své knize neopomněla zmínit se o definici Evropské charty kvality, která ji definuje jako „*cíl snažení po dokonalosti, je metodou a způsobem podpory aktivní účasti pracovníků založená na angažovanosti a odpovědnosti každého jednotlivce*“ (Kloučková, 2010, s. 197).

Standardy kvality nově upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Shrnují představu, jaké by mělo být kvalitní poskytování sociálních služeb. Jedná o soubor měřitelných a ověřitelných kritérií, které stanovují minimální úroveň kvality sociálních služeb v České republice v oblasti personálního a provozního zabezpečení a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživateli služby. Standardů kvality je 15, obsahují 49 kritérií, z toho 17 má zásadní povahu. Pokud by došlo k situaci, že nebudou naplněny, může dojít ke zrušení registrace poskytovatele dané sociální služby. Další definicí kvality péče nabízí slovník sociální práce, který ji definuje jako péči, která je poskytována komukoli a kdykoli, je nejméně vázanou na cenu a natolik pružnou, aby dokázala reagovat na měnící se potřeby klienta (Matoušek, 2003).

Jednotlivé procedurální standardy popisuje Pevná a Petrželka (2014) jako.

1. **Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb** – je uložena povinnost definovat cíle, poslání a zásady poskytování této služby včetně cílové skupiny, na kterou se zaměřuje.
2. **Ochrana práv osob** – povinností je zpracovat pravidla zajišťující ochranu základních lidských práv a svobod osob. Je povinností popsat postup v případě jejich porušení.
3. **Jednání se zájemcem o službu** – povinností je informovat z jaké jsou možnosti a podmínky poskytování sociální služby, zásadně platí, že jsou se zájemcem projednávány jeho požadavky a očekávání od služby.
4. **Smlouva o poskytování sociální služby** – uživatelem musí být uzavřena smlouva o poskytování, poskytovatel je povinen postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy.
5. **Individuální plánování sociální služby** – základním krokem individuálního plánování je jednání se zájemcem, je povinností zjistit jeho potřeby a cíle, následně podle nich potom poskytovatel bude průběžně hodnotit jejich naplňování.

6. **Dokumentace o poskytování sociální služby** – poskytovatel musí vypracovat pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o uživateli služby. Standard je důležitý ve vztahu k ochraně práv klientů.

7. **Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby** – poskytovatel je povinen zpracovat pravidla pro podávání a vyřizování stížností na kvalitu služby, které bude zařízení poskytovat. Je povinen o této možnosti informovat uživatele.

8. **Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje** – poskytovanou službu nelze nahrazovat jinou veřejnou službou, ale naopak je povinností umožnit klientům jejich využívání. Podporuje tak udržování kontaktů a vztahů s přirozeným sociálním prostředím (Pevná, Petrželka, 2014, s. 84-85).

Tabulka č. 1 - Rozdělení sociálních služeb

Sociální služby			
sociální poradenství		sociální péče	sociální prevence
základní	odborné	<ul style="list-style-type: none"> • Osobní asistence • Pečovatelská služba • Tísňová péče • Průvodcovské a předčitatelské služby • Podpora samostatného bydlení • Odlehčovací služby • Centra denních služeb • Denní stacionáře • Týdenní stacionáře • Domovy pro osoby se zdravotním postižením • Domovy pro seniory • Domovy se zvláštním režimem • Chráněné bydlení • Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče 	<ul style="list-style-type: none"> • Raná péče • Telefonická krizová pomoc • Tlumočnické služby • Azylové domy • Domy na půl cesty • Kontaktní centra • Krizová pomoc • Intervenční centra • Nízkoprahová denní centra • Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež • Noclehárny • Služby následné péče • Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi • Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením • Sociálně terapeutické dílny • Terapeutické komunity • Terénní programy • Sociální rehabilitace

Zdroj: KREJČÍKOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I. (2011), s. 28.

Tabulka 1 názorně prezentuje rozdělení sociálních sužeb poskytovaných subjekty v rámci České republiky. Z výčtu jednotlivých povinností je patrné, že nejvíce je zatěžována služba sociální prevence. Z jednotlivých úkonů, které jsou poskytovány, je nepopíratelné, že se jedná o služby, které jsou kromě finančních nákladů velmi zatíženy potřebou odborných i pomocných zaměstnanců (Krejčíková, Treznerová, 2011).

Sociální služby se dále dělí na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociálního poradenství.

Služby sociální péče pomáhají osobám se „*stabilizovaným zdravotním stavem*“ zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim zapojení do běžného života (Matoušek, 2013). V ostatních případech mají služby potřebným osobám pomáhat překonávat každodenní životní problémy a zajistit, aby měli možnost žít důstojný život.

Podle ust. § 38 „*Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí*“.

Služby sociální péče:

- **Osobní asistence** - terénní služba pro lidi se zdravotním postižením a seniorům. Důležitá je pomoc osobních asistentů (ust. § 39).
- **Pečovatelská služba** - převážně terénní služba poskytovaná především v domácnosti. Služba je určena zejména lidem se zdravotním postižením, seniorům a případně i rodinám s dětmi (ust. § 40).
- **Tísňová péče** - nepřetržitá telefonická nebo jiná elektronická komunikace s lidmi, kteří jsou vysoce riziková - ohrožení zdraví nebo života (ust. § 41).
- **Průvodcovské a předčitatelské služby** - jsou určeny lidem, kteří mají sníženou schopnost komunikovat či se orientovat v prostoru. Služba pomáhá zejména při obstarávání osobních záležitostí (ust. § 42).
- **Podpora samostatného bydlení** - zaměřuje se více na posilování osobních schopností člověka samostatně bydlet (ust. § 43).

- **Odlehčovací služby** - jedná se o různou kombinaci činností péče, které mají za cíl umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek, tj. sdílí péči či na určitou dobu převezmou péči o člověka, který má sníženou soběstačnost (ust. § 44).
- **Centra denních služeb** - jedná se o ambulantní službu, kterou mohou v průběhu dne (pravidelně i občasně) využívat osoby se sníženou soběstačností s cílem zajištění pomoci s osobní hygienou a současně pomoci s vyřízením osobních záležitostí či nabídkou sociálně terapeutických činností. Denní stacionáře jsou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby mající sníženou soběstačnost (ust. § 45).
- **Týdenní stacionáře** - pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba nabízí komplexní péči a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (ust. § 46).
- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** - pobytová služba s celoročním provozem, pomoc osobám se sníženou soběstačností. Je určena především lidem, kterým není možné zabezpečit pomoc v jejich přirozeném prostředí (ust. § 47).
- **Domovy pro seniory** - pobytová služba s celoročním provozem, pomoc seniorům se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc komplexní péči a současně již nedostačující pomoc v domácím prostředí (ust. § 48).
- **Domovy se zvláštním režimem** - pobytová služba s celoročním provozem, jsou určeny především lidem např. s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence (ust. § 50).
- **Chráněné bydlení** - moderní typ pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením, situace vyžaduje pomoc jiné osoby, ke schopnosti žít samostatně v prostředí, které je charakterem fakticky totožné s běžným bytem (ust. § 51).
- **Sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče** - (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny) se poskytují osobám, které se neobejdou bez pomoci jiné osoby a současně nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení, protože není v danou chvíli možné jim zabezpečit péči v domácnosti či v zařízení sociálních služeb (ust. § 51).

Služby sociální prevence

Jejich účel spočívá v zabránění sociálnímu vyloučení osob, které se ocitly v krizové sociální situaci, jejich život nebyl vždy v souladu s klasickými životními standardy většinové společnosti. Prevence má za cíl těmto osobám pomoci překonat situaci, ve které se zpravidla dlouhodobě nacházejí. S ohledem na velmi dlouhý výčet této pomoci jsou prezentovány pouze některé možnosti.

Raná péče – terénní služba, doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby (ust. § 54).

Telefonická krizová pomoc – služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami (ust. § 55).

Tlumočnické služby – terénní, popřípadě ambulantní služby osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby (ust. § 56).

Azylové domy – pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení (ust. § 57).

Domy na půl cesty - pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy apod. Způsob služeb je přizpůsoben potřebám těchto osob (ust. § 58).

Kontaktní centra – nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby, osobám ohroženým závislostí na návykových látkách (ust. § 59).

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež - služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy (ust. § 62).

1.5 Terénní sociální služby

1.5.1 Specifika domácí péče

V praxi se lze setkat s případy, kdy si rodinní příslušníci neumí představit, že by měli některého člena rodiny, v případě, že vážně onemocní a bude nutná celodenní péče, umístit do některého sociálního zařízení. Jiná je představa a předsevzetí, jiná je pozdější skutečnost. Kdo nezažil, co to je pečovat o svého vážně nemocného člena rodiny za běžných podmínek v domácnosti, neví, co to znamená.

Posláním domácí péče je zajistit péči o klienta v jeho vlastním sociálním prostředí v potřebném rozsahu a kvalitě v té míře, aby k případné hospitalizaci nebo umístění do ústavu sociální péče docházelo pouze v nezbytně nutných případech. To je teorie, která se v mnoha případech v praxi zcela odlišuje.

Domácí péče je nedílnou součástí systému zdravotní a sociální péče. Komplexní domácí péče je propojenou formou zdravotní, sociální a laické pomoci. Komplexní domácí péče zahrnuje lékaře prvního kontaktu, agenturu domácí ošetrovatelské péče, sociální službu, rodinné příslušníky nemocného. Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná na základě indikace praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře v nemocnici, kde je pacient hospitalizován (Horáková, 2020).

U nevyléčitelně a terminálně nemocných je domácí péče zaměřena na zmírnění utrpení, zajištění klidného umírání a smrti. To je realita, která je neodvratná. Cílovou skupinou domácí zdravotní péče jsou nemocní všech věkových kategorií, jimž jejich zdravotní stav umožňuje setrávat v prostředí svého domova. Poskytovateli domácí péče jsou agentury domácí péče. Zpravidla jsou však zaměstnanci agentur domácí péče především kvalifikované všeobecné sestry či rehabilitační pracovníci, kteří s pracovníky ostatních profesí úzce spolupracují (Horáková, 2020).

1.5.2 Klient v domácím prostředí

Ošetrovatelskou péči zajišťují zdravotníci (lékaři, všeobecné sestry, rehabilitační pracovníci), kteří tvoří tým. Spolupracují se sociálními pracovníky, ergoterapeuty, psychology a jinými profesemi, vše záleží na fyzickém a psychickém stavu pacienta. Složení týmu závisí na typu organizace, rozsahu registrace organizace.

Pracovníci zajišťující domácí ošetrovatelskou péči musí splňovat kritéria jako je například vzdělání, délka předchozí praxe v lůžkovém zdravotnickém zařízení, která jsou dána legislativními podmínkami. Poskytovatelé domácí péče, kteří vykonávají péči indikovanou praktickým či ošetrojícím lékařem spolupracují také s orgány státní správy, s nevládními organizacemi a jinými subjekty zdravotní nebo sociální sféry (Horáková, 2020)

Preventivní domácí péče je určena pro nemocné, kterým jejich ošetrojící lékař znající jejich diagnózu doporučí preventivní monitoraci zdravotního a duševního stavu na základu pravidelných intervalů. Sestry domácí péče monitorují fyziologické funkce, celkový stav nemocného, jehož změny ihned hlásí ošetrojícímu lékaři.

Domácí hospicová péče – představuje péči o nemocné v terminálním stádiu života. Péče o tyto nemocné je nejnáročnější. Období umírání je náročným životním obdobím jak pro nemocného, tak pro jeho blízké. Domácí péče o takové nemocné musí být komplexní a využívat jak sociální, tak odborné zdravotní služby. Přínosem pro nemocné a jejich blízké jsou také služby psychoterapeutů a dobrovolníků.

Ošetrovatelskou péči v domácím prostředí poskytují zdravotníci (lékaři, všeobecné sestry, rehabilitační pracovníci), pracují v týmech. Zpravidla také spolupracují se sociálními pracovníky, ergoterapeuty, psychology a jinými profesemi dle potřeby klienta. Složení týmu závisí na typu organizace, rozsahu registrace organizace a na typu a složení klientely. Pracovníci, kteří domácí ošetrovatelskou péči poskytují, musí splňovat kritéria, např. vzdělání, délku předchozí praxe v lůžkovém zdravotnickém zařízení, která jsou dána legislativními podmínkami. Poskytovatelé jsou povinni spolupracovat s orgány státní správy, s nevládními organizacemi a jinými subjekty zdravotní nebo sociální sféry.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Tématem mé diplomové práce je case management u klientů v domácím prostředí, cílem mé práce je: *„Zmapovat implementaci case managementu při práci s klienty u vybraných terénních sociálních služeb v Jihočeském kraji“*. Case management je chápán jako metoda, která přináší své výhody a i bariéry.

Protože se jedná o cíl a téma velice široké, bylo mapování implementace omezeno pouze na organizace poskytující registrovanou sociální službu terénní program, dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to v Jihočeském kraji.

Ve svém výzkumném šetření se zaměřuji konkrétně na sociální služby, které mají registrované terénní programy. Terénní program je vymezen zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách.

2.1 Výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky

Výzkumná otázka zněla: **„Jakým způsobem terénní sociální služby v Jihočeském kraji poskytují case management?“**

K zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly stanoveny následující dílčí výzkumné otázky:

DVO 1: Jakou formou je poskytován case management při terénní sociální práci v Jihočeském kraji?

DVO 2: Jaké výhody metody case managementu organizace identifikují?

DVO 3: Jaké bariéry metody case managementu organizace identifikují?

2.2 Operacionalizace výzkumné otázky

Case management: V české odborné literatuře není ustálený pojem pro case management. Odborníky je však označován jako; *případová sociální práce* či *případové vedení*. Dle Nepustila (2013) se můžeme setkat s pojmem koordinované vedení případu nebo koordinovaná spolupráce, v rámci případu.

Case manager: Jedná se o klientova společníka a průvodce, který mu pomáhá najít cestu v systému služeb. Szotáková (2013) vyžaduje od case managera, aby dokázal identifikovat všechny klientovy potřeby a vytvořil tak individuální plán služeb a síť zdrojů.

Terénní sociální služby: Bednářová a Pelech (2000) terénní sociální služby definují jako metodu, která namísto pasivních stacionárních modelů řešení sociálních konfliktů nabízí aktivní vyhledávající formu sociální intervence a krizové pomoci. Jde tak o službu široce využitelnou a vhodnou tam, kde je forma sociální práce nedostupná, nebo odmítaná.

3 Metodologie

3.1 Metody a techniky sběru dat

K dosažení stanového cíle, byla zvolena strategie kvalitativního charakteru. Vzhledem k tomu, že můj výzkumný soubor je menší, byla zvolena tato strategie, abych mohla hlouběji a detailněji proniknout a porozumět názorům pracovníků na case management. Jak uvádí Reichel (2009), jedním ze základních principů kvalitativního výzkumu je zkoumat daný proces, prvek, fenomén v jeho přirozených podmínkách, kterým se snažíme rozumět a vytvořit tak jeho souhrnný obraz. Hendl (1997) uvádí, že kvalitativní výzkum se snaží o porozumění jevů, které zkoumá. Tento proces má vést k podrobným informacím zachycujících se v přirozených podmínkách. Disman (2000) uvádí, že kvalitativní výzkum pomáhá porozumět pozorované realitě.

Kvalitativní charakter výzkumného šetření byl zvolen metodou dotazování a to technikou polostrukturovaného rozhovoru. Pomocí rozhovorů došlo k získání informací, ve kterých byly nadále identifikovány určité shodné prvky, což je základním předpokladem formulace prvních závěrů. Ty jsou v průběhu dalšího zkoumání prohlubovány a doplňovány (Gavora, 2010).

Jako techniku pro sběr dat jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor, pro který je typické předem vytvořené schéma otázek, doplněný otázkami, které nastanou v průběhu samotného rozhovoru. Poté co proběhl první rozhovor bez komplikací a osvědčila se mi struktura rozhovoru a otázek, jsem se rozhodla nějak neměnit. Dle Gavory (2000, s. 111) je: „*interview velmi dobrý explorativní nástroj – nástroj na zmapování problematiky, se kterou výzkumník dosud neměl zkušenosti anebo která není zpracována ani v literatuře.*“

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen 11 organizacemi v Jihočeském kraji, kde byl výzkum veden s vedoucími sociálními pracovníky. Pro zařazení organizací do výběru bylo nutné, aby měly registrovanou sociální služby „terénní program“ dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění.

Celkem tak bylo osloveno 9 žen a 2 muži zastupujících způsobilé organizace, přičemž jejich praxe se pohybovala od 1,5 do 12 let. Cílem bylo získat takový výzkumný soubor, aby organizace splnili následující požadavky:

- vedoucí pracovník v sociálních službách;
- organizace s registrovanou sociální službou terénní program dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
- organizace poskytuje služby na území jihočeského kraje.

V tabulce nabízím stručný přehled a popis jednotlivých respondentů, délka praxe a dosažené vzdělání. Z důvodu zachování anonymity došlo ke změně jmen respondentů.

Tabulka č. 2 - Charakteristika respondentů

Jméno:	Vzdělání:	Nejčastější cílová skupina:	Délka praxe:
Martina	Mgr. Etika v sociální práci	Oběti obchodu s lidmi, oběti trestné činnosti	6 let
Klára	Mgr. Sociální práce a vychovatelství, speciální pedagog	Oběti obchodu s lidmi, osoby komerčně zneužívané	10 let
Lucie	Dis. Obor sociálněprávní činnost	Osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách	3 roky

Tomáš	Dis. Obor s sociální práce	Osoby bez přístřeší, osoby v krizi, etnické menšiny	1,5 roku
Linda	Bc. Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory	Osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách	2,5 roku
Nikola	Mgr. Speciální pedagogika	Oběti obchodu s lidmi, osoby bez přístřeší	12 let
Denisa	Bc. Vychovatelství	Osoby komerčně zneužívané, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách	7 let
Petr	Bc. Obor psychologie	Osoby v krizi, osoby bez přístřeší	7 let
Anna	Bc. Sociální práce ve veřejné správě	Etnické menšiny, osoby bez přístřeší	9 let
Hana	Dis. Sociální práce	Osoby v krizi, osoby v sociálně vyloučených komunitách	1 rok
Pavla	Ph. D. Charitativní práce	Osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy	2 roky

Zdroj: vlastní výzkum

3.3 Vstup do terénu

Po konzultaci s vedoucí diplomové práce, jsem si vyhledala v registru sociálních služeb všechny registrované terénní programy pro Jihočeský kraj. Díky uvedenému emailovému kontaktu, jsem všech 11 služeb kontaktovala e-mailem s žádostí o zapojení do polostrukturovaného rozhovoru v rámci výzkumné části diplomové práce.

Všech 11 respondentů odpovědělo kladně a domluvila jsem se s nimi na interview. Rozhovory byly realizovány v průběhu března a dubna. Před začátkem každého rozhovoru, jsem se na úvod představila, popsala svou diplomovou práci, cíl práce, poděkovala za možnost uskutečnit rozhovor a požádala o souhlas k participaci na výzkumu. Respondenty jsem ujistila o anonymitě a postupovala dle předem strukturovaného rozhovoru. Rozhovor probíhal pomocí telefonátu, případně spojením přes Skype. Délka rozhovoru se pohybovala okolo 35 až 50 minut.

Při rozhovorech jsem se nesešla s jakýmkoliv komplikacemi. Jednotlivé rozhovory, jsem si zaznamenávala na diktafon pomocí mobilního telefonu, po předchozím souhlasu. Dále jsem rozhovory přepisovala do elektronické podoby v plném znění a rovnou si poznamenávala shodu v rozhovorech. Respondenti byli velice sdílní, ochotni se mnou komunikovat a podělit se se mnou o své zkušenosti, postřehy a názory. Po ukončení rozhovoru a výzkumné části jsem vždy s respondenty ještě pár minut diskutovala nad danou problematikou case managementu a vždy mi popřáli hodně štěstí při tvorbě této práce.

Úvodní otázka byla kladena za účelem navodit atmosféru pro spontánní povídání. Jak zmiňuje Švaříček a Šed'ová (2007) úvodní otázky by měly být jednoduché a měly by dávat najevo empatii s účastníkem. Cílem tak bylo zjistit o respondentovi informace o náplni práce, délka jeho praxe, formální vzdělání, a zda organizace, o které se s respondentem bavíme, vůbec poskytuje case management, abych dále věděla, jaké otázky pokládat.

Další otázky byly kladeny formou otevřených otázek, popřípadě byly voleny otázky doptávající. Švaříček a Šed'ová (2007) označují tento druh otázek, jako otázky navazující, kde je cílem získat více detailů a jejich smyslem je dostat více do hloubky.

Po stěžejní části rozhovoru, jsem položila ukončovací otázky a dala respondentovi prostor, aby se mohl i dále vyjádřit k oblasti, kterou považuje za důležitou.

3.4 Časový harmonogram

Jako první krok mé diplomové práce byla rešerše aktuální odborné literatury, kterou jsem prováděla v podzimních měsících roku 2020. Začátkem nového roku, jsem uskutečnila mapování zařízení sociálních služeb s registrovanou sociální službou terénní programy na území Jihočeského kraje, s cílem zjistit implementaci case managementu při práci s klienty u vybraných terénních sociálních služeb. Začátkem roku jsem si připravila osnovu práce, na niž navazovalo vypracování teoretické části. V březnu proběhl výzkum diplomové práce a hned následná interpelace získaných výsledků a závěrečná úprava práce.

Období realizace:	Průběh realizovaných činností na diplomové práci:
Říjen–prosinec (2020)	rešerše odborné literatury
Prosinec–leden (2020–2021)	Mapování zařízení sociálních služeb s registrovanou sociální službou terénní programy, na území Jihočeského kraje
Únor–březen (2021)	Osnova práce a teoretická část
Březen (2021)	Výzkum diplomové práce
Duben (2021)	Zpracování výsledků a úprava diplomové práce

Zdroj: vlastní výzkum

3. 5 Předvýzkum

Podle Hendla (2016) předvýzkum slouží k ověření zamýšlené metody a postupů, jež chceme při výzkumu užít. A tak na jeho základě je možno zhodnotit jejich vhodnost, případně přepracovat plán postupu.

V průběhu předvýzkumu jsem oslovila dvě vedoucí sociální pracovnice v zařízení s registrovanou sociální službou terénní program na území Středočeského kraje. Tyto sociální pracovnice ukázaly, že podání otázky jsou srozumitelné a byl tak naplánován časový rámec pro další rozhovory do výzkumu.

3. 6 Etika výzkumu

Všichni respondenti se tohoto výzkumu zúčastnili dobrovolně. Na začátku každého rozhovoru jsem se na úvod představila, představila svou diplomovou práci, cíl práce a poté hned požádala respondenta o souhlas s účastí na výzkumném šetření.

Dále jsem respondentovi položila otázku, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru. Postupovala jsem dle návodu uvedeného v Švaříček, Šedřová (2007), který doporučuje se nejprve dotázat respondentů k povolení nahrávání a až poté zapnout diktafon, kam si znovu zaznamenat že respondent s nahráváním souhlasí.

Každého respondenta jsem ujistila o tom, že data budou zpracována anonymně a jak je budu zpracovávat. Všichni respondenti byli ochotní a svůj souhlas mi poskytli. Rozhovory probíhali telefonicky, po předchozí emailové domluvě.

Respondenti odpovídali spontánně a měli možnost na jakoukoliv otázku odmítnout odpověď či rozhovor ukončit. To se však ani v jednom z rozhovorů nestalo. V rámci výzkumného šetření jsou veškeré údaje anonymizovány a jednotlivé organizace jsou označeny pouze číselně. Dle Miovského (2006), je výzkumník zodpovědný za dodržení etických zásad během celého výzkumu.

3. 5 Zpracování výsledků

Metoda rozhovoru přináší velké množství informací s malým počtem respondentů a tyto informace je potřeba nadále výzkumně zpracovat. Proto jsem dále zvolila metodu otevřeného kódování, kdy se jedná o proces rozkrývání dat směřující k jejich následné interpelaci, konceptualizaci a následné integraci (Gavora, 2010).

4 Výsledky a jejich interpretace

První dílčí výzkumná otázka zněla: „*Jakým způsobem terénní sociální služby v Jihočeském kraji poskytují case management?*“

Po představení a zahájení výzkumu, jsem jako první otázku informantovi pokládala „*Jak dle Vás vnímáte case management?*“ Zde se ukázalo, že všichni vedoucí sociální pracovníci uváděli, mají povědomí o tom, co case management je a vnímají ho jako spolupráci při zakázce s klienty. Klára zde uvedla; „... *my tomu teda jako neříkáme ... to ... case management, ale týmová spolupráce.*“. Ostatní informanti a informantky odpovídali podobně, tj. case management nejmenovali, avšak základ metody jednoznačně charakterizovali a popis z jejich strany byl tedy spíše opisem odborné terminologie.

Dále jsem pokračovala hned otázkou; „*Využíváte ve vaší organizaci case management?*“

V tomto případě se ukázalo, že oslovení vedoucí sociální pracovníci nedokáží, jednoznačně identifikovat, zda využívají metodu case managementu. Označovali case management jako spolupráci a rozšiřování sítě služeb v organizaci. Lucie zde třeba uvedla; „*Myslím, že je to jako používáme, ale neříkáme tomu case managementu, říkáme tomu pouze jako spolupráce, že jako vím, kam toho klienta pošlu, vyřeším s ním to, co chce, proč přišel a pak ho pošlu dál, když je to třeba, když je to někdo ze sexbyznysu, tak že ho nasměruju do Rozkoše bez rizika.*“ V této odpovědi jednoznačně zaznělo, že při činnostech s klienty využívají metodu case managementu. Tato metoda není ovšem upravena ani ve standardech kvality či jiných interních dokumentech nebo ve smlouvě o poskytované sociální službě. Klára uvedla; „*Jo, to je jako když se na tom podílíme my, a i třeba někdo jinej ne? Nebo když máme poradu a já tam řeknu že mám klienta xy a chci od kolegů slyšet nějakou radu, to totiž děláme.*“ Zde je znatelná snaha identifikovat jednoznačně zakázku klienta a po její identifikaci nasměrovat do péče služby v níž je cílovou skupinou.

Poté následovala otázka: „*Jakým způsobem začleňujete metody a techniky case managementu do individuálního plánování?*“ Jak už bylo uvedeno výše v rámci předchozí otázky, tak informanti konstatovali, že to považují pouze za spolupráci mezi organizacemi. Odpověď u všech dotazovaných zněla, že takovouto terminologii žádným způsobem nezačleňují. Proto jsem použila doptávající otázku a to „*Jakým způsobem tedy case management využíváte?*“. Linda zde uvedla „*Máme velkou síť spolupracujících*

organizací, se kterými spolupracujeme dlouhodobě, jsou v tom všichni, úřady, léčebny, azyláky, dokoři, úředníci, ubytovny, prostě se všude snažíme mít nějakou tu hodnou Maruš, co nám pomůže, když k nám přijde třeba matka s dítětem, tak my víme hned jak ji poslat, aby se mohla ubytovat i s těma dítětem řešíme další problém, proč přišla, známe tu síť a víme kam klienta poslat“.

I zde je vidět, že informanti se snaží mít přehled o registru sociálních služeb a spolupracovat, ale nikde tento způsob práce neoznačují specificky za case management, který měli nějakým způsobem začleňovat do standardů kvality či vnitřní metodiky.

U otázky: **„Jakým způsobem změnil case management vaše standardy kvality poskytovaných sociálních služeb?“** informanti odpovídali shodně, že prostředky typické pro case management využívají v rámci každodenních kontaktů s klienty i rámci individuálního plánování. Tyto prostředky byly ovšem pojímány velmi všeobecně, přičemž specifické bylo pouze následné vedení individuálních rozhovorů v nichž při intervencích pracovníci sledují základní sociální diagnózu klienta. Pro příklad lze uvést specifické otázky směřované k užívání návykových látek, možnosti zajištění noclehu nebo postupech při poskytování sexuálních služeb.

Při další otázce: **„Využíváte ve své organizaci spíše individuální nebo týmový case management?“**, byla odpověď rozdílná. Část informantů usiluje o týmovou spolupráci nejen v rámci organizace, ale i napříč službami v místě kde působí. K tomuto využívá networking při vzdělávacích akcích nebo v rámci osvětových a propagačních akcích. Druhá část informantů pak popisuje, že má určité povědomí o službách v jejich okolí, avšak nemají navázanou žádnou spolupráci nebo vztahy, které by umožňovaly plně rozvíjet case management v praxi. U části služeb, které se v činnostech překrývají na určitých územích pak bylo znatelné konkurenční prostředí. Ještě specifičtější postoj pak informanti zaujímají vůči orgánům veřejné správy, jako třeba Lucie, která vypověděla: *„Nějak nespolečně pracujeme, protože úřednice, nás z nezisku považují za sluníčkáře, co musejí zachránit svět. Pro mě je zase ta ženská na úřadě nadbytečný článek, protože povětšinou klienta jen zdemotivuje ... ale pošlu ho tam, protože prostě pracák je pro něj třeba velkou výhodou pro řešení těch jeho problémů.“*

Z vyhodnocení hlavní výzkumné otázky; **„Jakým způsobem terénní sociální služby v Jihočeském kraji poskytují case management?“** vyplynulo, že všechny dotázané organizace case management využívají, ale nepovažují to za case management. Mluví

zde o něm jako o spolupráci, nebo síti sociálních služeb. Analýza dále ukázala tři hlavní trsy týkající se využívání case managementu v organizaci.

Spolupráce:

Organizace vidí velký potenciál ve využívání metody case managementu za předpokladu, že bude omezeno konkurenční prostředí v rámci sociálních služeb. Mnohé organizace se snaží nad rámec svých povinností vytvářet a pravidelně aktualizovat vlastní síť návazných služeb, které nejčastěji využívají jejich klienti. Tato spolupráce může mít v propracovaných případech dokonce formu memoranda o spolupráci či sdíleného kalendáře umožňujícího rychlejší umístění klienta do specifické návazné péče.

Týmová práce:

Dalším aspektem, který výrazně přispívá či omezuje využívání case managementu v sociálních službách, je týmová práce. Zapojení informanti a informantky se shodují, že pro zajištění úspěchu v rámci poskytovaných intervencí sehrává významnou roli nastavení týmu, který má společný cíl i způsoby, jakými ho dosahuje. V menších týmech je možné využívání neformálních nastavení, avšak při větší fluktuaci zaměstnanců či u větších týmů pak vyzdvihují nutnost vnitřní metodiky.

Zasítování klienta:

Základní premisa všech informantů a informantek směřuje k využívání síťování. Toto síťování má ve službách více úrovní, přičemž jejich překrývání není při správném využití nutně negativní. Pokud dochází k saturování potřeb klienta a jeho rozvoji bez dublování poskytovaných činností, pak je síťování úspěšné. Nenahraditelné místo nachází zejména při řešení situací, které jsou tzv. multidimenzionální a zasahují tak více oblasti života klienta.

DVO 2: Jaké výhody metody case managementu organizace identifikují?

Z odpovědi na otázku „*Povězte mi, jaké výhody shledáváte ve využívání case managementu?*“ vyplynulo, že všichni informanti se shodli na výhodě spolupráce s okolím, pokud klient potřebuje více různorodých cílů. Marie zde uvedla: „*No mě se líbí, že já poskytnu činnosti ve kterých se orientuju a poskytuju je běžně. Pokud pak potřebuje ta klientka něco dalšího, tak ji odkážu k dalšímu odborníkovi*“. Dále zde většinová část informantů uvedla jako výhodu, navazování nových kontaktů. Je pro ně velice výhodné, když se sejde více členů a diskutují nad daným klientem. Seznamují se tak s novými lidmi a tyto setkání pro ně mohou být poučná a lépe tak porozumí klientům. Petr zde uvádí: „*Neznám nic výhodnějšího pro klienta než je tým odborníků z různých oblastí, co hledají řešení jeho situací a nastaví optimální cestu...*“, avšak druhým dechem doplňuje: „*... ale to je mnohdy hudba budoucnosti, protože je to extrémně drahý a my jsme to mohli třeba dělat jen když jsem měli dotace Evropský unie...*“. Jeden z informantů zde uvedl, že je pro něj práce následně smysluplnější, řekl; „*Rád slyším zpětnou vazbu, na to, že to vlastně dělám správně a ta práce pro mě má pak hned jiný význam, cítím z toho, že to má smysl, je to jako smysluplnější*“.

„Jaké kladné výsledky shledáváte, když využijete při práci case managementem?“

U této otázky uváděli informanti a informantky jednomyslně klady týkající se efektivnosti vynaložených finančních prostředků, neboť se délka intervencí výrazně snížila a snížil se také počet klientů, kteří se do služby opakovaně vraceli se stejnou sociální situací. Kupříkladu lze uvést třeba konstatování Nikoli: „*Vidím v tom snižování celkových nákladů při té práci, ten klient neběhá od čerta k ďáblu, ale já mu řeknu kam jít, případně ho hned nasměřuji na tu pomoc, takže si myslí, že jsou pak ty náklady menší...*“

Z vyhodnocení 1. dílčí otázky; „**Jaké výhody metody case managementu organizace identifikují?**“ vyplynuly následující výsledky. Analýza ukázala na 3 hlavní trsy, které symbolizují stejné názory informantů týkající se výhod case managementu.

Podpora:

Pracovníci vnímají přínos case managementu v podpoře svých kolegů nejen v rámci organizaci, ale i v návazných službách. Tato podpora jim pomáhá rozvíjet jejich kompetence v rámci řešení případů a vede tak k efektivitě. Přináší mnohdy též ujištění, že dané postupy jsou správné a smysluplné, čímž přispívají k prevenci syndromu vyhoření.

Networking:

Nezastupitelné místo v rámci kladů má networking. Ten umožňuje organizacím vykonávat práci efektivněji. Sdílení, které v rámci něj probíhá, vede též k obohacování všech zúčastněných. Navázané neformální vztahy navíc nabízejí alternativní komunikační zdroje v případě, že je možné získat podporu na vybrané činnosti, které organizace poskytují. Spojení organizací je též využíváno v rámci společných projektů, k jejichž naplnění je třeba širšího společenského záběru, který je měřitelný tak, aby bylo možné dotace či nadační příspěvky apod. získat.

Nové hlediska:

Nespornou výhodou, které využívání case managementu informantům a informantkám přináší, jsou nové pohledy. Tyto pohledy nabízejí alternativní způsoby vedení intervencí, individuálního plánování.

DVO 3: Jaké bariéry metody case managementu organizace identifikují?

Následovali otázky na identifikaci bariér, kdy na otázku „*Shledáváte spíše více bariér nebo přínosu v case managementu pro vaši organizace?*“ odpovídali jednoznačně, že žádnou bariéru v case managementu neshledávají. Pouze jako největší problém v nevyužívání case managementu shledávají v malé rozvinutosti znalosti, kde to shrnula Anna: „*Není tedy moc poznatků, které bychom mohli uplatnit. Jako myslím vžitých v našich podmínkách, jasně, že v literatuře je toho dost. Ale pokud neumíte anglicky tak je to taky docela komplikovaný a moc toho nezískáte.*“ Čtyři informanti uvedli, že pro ně největší bariéra v konkurenčním boji o klienty, kdy uvedli, že stále jsou organizace, které se nechťejí spolupracovat z důvodu konkurenčního boje. To shrnul Tomáš, který uvedl: „*No ve chvíli, kdy prostě máme velmi podobnou cílovou skupinu nebo to můžeme napasovat na naše činnosti tak se docela předháníme a už se nám stálo, že se sdílení informací vymstilo, protože nám prostě sebrali klienty.*“

Jako poslední otázka v rozhovoru byla; „*Co Vám brání v tom, že metodu case managementu nevyužíváte?*“. Tady se odpovědi částečně lišili, někteří z informantů uváděli, že jim v tom brání málo vzdělávacích aktivit v dané oblasti, to také zmínil Petr: „*No jako u nás není moc vzdělávacích aktivit, které bychom mohli využít. Je důležitý, aby byly akreditovaný, abychom to mohli ufinancovat. Pak je taky důležitý, aby to vedl někdo zkušenější, co nám fakt něco předá. Ale všechno to troskotá pak taky na tom, že není dost metodik a hlavně organizací co by do toho šly stejně zapálený, víte...*“. Další častá vyskytovaná odpověď bylo málo studijního materiálu v českém jazyce. Jediná Denisa zde uvedla; „*.... mě na tom všem ještě vadí to, že to nemáme nikde v legislativě. Naše organizace si velmi zakládá na vysokých standardech a ověřených metodách. Tady ovšem narážíme, protože nemáme legislativu, která by tomu nějak více napomáhala. Díky tomu je třeba těžší získat financování nebo to v uvozovkách vyžadovat po dalších organizacích, kam bychom naše klienty dále směřovali.*“

Z výzkumu 3. dílčí otázky; „**Jaké bariéry metody case managementu organizace identifikují?**“ vplynuly následující výsledky. Analýza ukázala 4 hlavní trsy, kde se sjednocují názory informantů týkající se bariér case managementu.

Malá rozvinutost case managementu:

Základní bariérou, která omezuje implementaci case managementu, je malá rozvinutost ve smyslu povědomí o této metodě. Její uchopení je tedy pro mnohé organizace složité. Komplikaci pro praxi představuje též legislativní uchopení, které v našem právním řádu chybí.

Konkurenční boj:

Při současném způsobu financování sociálních služeb je case management spíše vnímán jako možný prostředek konkurenčního boje, pokud organizace poskytují činnosti, které se vzájemně překrývají.

Studijní materiály:

Další bariérou pro implementaci case managementu je malé množství literatury v českém jazyce. Pokud už literatura existuje, pak je spíše všeobecnou a nenabízí hlubší vhled či možnost porozumění souvislostem nutným pro efektivní využívání case managementu.

Vzdělávací akce:

Další bariérou jsou vzdělávací akce, které v současné době nabízí trh. Informanti a informantky se shodují, že množství nabízených školicích akcí je velmi nízké. Navíc i přes získanou akreditaci MPSV není jisté, že akce bude skutečně kvalitní

5 Diskuze

Cílem výzkumu bylo zmapovat implementaci case managementu při práci s klienty u vybraných terénních sociálních služeb v Jihočeském kraji. Dílčími cíli bylo zjistit, jakým způsobem implementují case management organizace poskytující registrovanou sociální službu terénní program dle zákona č. 108/2006 Sb., zákone o sociálních službách v aktuálním znění a jaké výhody a bariéry metody case managementu organizace identifikují. Na základě výzkumného šetření bylo shromážděno dostatečné množství informací, aby byly zodpovězeny všechny výzkumné otázky.

V teoretické části jsem vymezila čtyři typy case managementu; Brokerský model, intenzivní case management, asertivní komunitní léčba a FACT. Na základě nastudované této literatury jsem předpokládala, že informanti uvedou jeden z modelů, který využívají ve své organizaci. Této odpovědi jsem ale ve svém výzkumu nedosáhla.

Case management je stále nová metoda sociální práce, která se teprve dostává do podvědomí v pomáhajících profesích. Sociální pracovníci se učí nové možnosti spolupráce na případech klientů s odborníky ve stejných profesích, ale také z příbuzných oborů (Stuchlík, 2012). Všichni z informantů se shodli na tom, že využívají spolupráci, ale nenazvali by to metodou case managementu.

Definition and Philosophy of Case Management (2017) je americká organizace, která se zabývá atestací case managerů a definuje case management jako: „*Case management je kolaborativní proces, který zhodnocuje, plánuje, implementuje, koordinuje, monitoruje a evaluuje možnosti a služby nutné k uspokojení klientových zdravotních a lidských potřeb. Je pro ně charakteristická obhajoba, komunikace a management zdrojů a podporuje kvalitu, nákladově efektivní intervence a výsledky.*“ Informanti o case managementu hovořili jako o spolupráci, ale neuváděli, jaký ze čtyř modelů využívají, protože o case managementu hovořili jako o spolupráci mezi organizacemi a vytváření sítě registrovaných služeb.

Metoda síťování je v České republice též novým nástrojem v sociální práci, ale přesto se spolupráce mezi neziskovými sociálními službami děje již spoustu let. Jedná se o způsob dlouhodobé spolupráce vzájemně nezávislých neziskových organizací (Gojová, 2007). Pro informanty je síťování a spolupráce velkou podporou, která pak vede k zefektivnění jejich práce a dostatku informací. To také ve své literatuře zmiňuje Gojová

(2007) a Gojová a Musil (2013), kteří tvrdí, že sdílení dostatečných informací a komplexnost řešení problémů, zefektivňuje tak spolupráci.

Informanti tak uváděli, že mají díky spolupráci s dalšími odborníky detailnější a komplexnější pohled na situaci klienta. Umožňuje jim to při setkávání s dalšími odborníky vyjádření svých názorů a vyslechnout si tak odpověď na jejich případ s klientem. Musil (2012) uvádí, že souběžná a systémová pomoc sociální práce není součástí oficiální náplně práce. Jedná se tak o všeobecně známý typ, že každý sociální pracovník si má poradit sám bez předchozího školení, nebo jiného metodického návodu.

Samsa (2012) tak zmiňuje ve své práci, že pracovník připravuje zdroje pomoci pro klienta, a to spočívá hlavně v pravidelném setkávání pracovníka s klientem. Nepustil (2018) uvádí, že sociální pracovník a klient spolu nacházejí možnosti pro řešení klientovi situace. Ve výzkumu totéž uvádějí i informanti, že jim jako největší výhodou case management přináší setkávání se s odborníky, díky kterým navazují nové kontakty a upevňují tak společné vztahy. Nepustil (2011) píše, že získávání nových kontaktů, vytváření nových vztahů a navazování nových spolupráce je jako velice důležitý aspekt metody case managementu. To také ukázal výše zmíněný výzkum, že informanti to považují za velice důležité, získávají tak pocit podpory a povzbuzení. To, ale poukazuje na jednu z bariér z výzkumu, kdy jeden informant uvedl, že v poskytování spolupráce vidí konkurenční boj, a proto nechtějí case management poskytovat. Na druhou stranu, podle Škarabelové (2002) je konkurence něco, co nutí organizace k co nejefektivnějším výkonům. Pouze však za předpokladů, že organizace se orientují v dotační politice. Konkurence, proto může být zdrojem nepříjemných konfliktů. *„Marketing neziskových organizací nesmí být vnímán jenom jako technika. Je to základní přístup, jak činnosti organizace pojímat a organizovat.“* (Rektořík, 2007, s. 90). Proto se v neziskovém sektoru často stává, že největší konkurenti se spojí, aby společně dosáhli náročného cíle a zrealizovali tak projekt, na který by sami nestačili. Takové partnerství lze označit jako networking.

Za networking lze považovat jakousi platformu, která pomáhá sdílení informací a zefektivnění podnikání (Schánová, 2015). Žádná oficiální definice pro networking neexistuje, každý si toto spojení vykládá po svém. Schánová (2015) tedy tvrdí, že v praxi networking znamená, že čím více lidí známe, tím je jednodušší pro nás zkontaktovat kohokoliv na světě. Jedná se tak o výhodnou vazbu pro obě strany, jak na straně

spolupracovníka, tak i na straně poskytovatele a klienta. Dochází tak k vytváření sítě konexí (Schánová, 2015).

Aby se z case managementu stal účinný nástroj, musel by být nejprve do organizace zaveden, a to i do standardů služeb dané organizace. Zde se může jednat o realizační obtíže, způsobené nedostatečným studijním materiálem, nebo že se jedná o poměrně novou metodu v sociální práci. Proto Musil (2012) navrhuje k překonání těchto obtíží vedení záznamu o spolupráci. Do záznamu by se tak uváděl typ problému, které spolupracující organizace pomáhala klientům sociálních pracovníků řešit, dále také o konkrétních pracovnících a typech pomoci, kteří právě pomáhali klientovi jeho situaci řešit. Databáze by tak obsahovala seznam problému určité organizace, a to, jak daný problém řešit.

Respondenti však také naráželi na bariery, a to nejčastěji v nedostatku vzdělávacích aktivit v dané metodice. To se ale ukázalo jako nepravdivá informace, protože Hublíková (2018) ve své práci zaznamenala, že pracovníci by o tuto metodu práce neměli zájem, i kdyby nabízené kurzy byly poskytovány zdarma. Nepustil (2018) to komentuje jako ekonomické šetření z hlediska státu dále prohlubovat case management v organizacích a dodává tak, že neznalost case managementu by organizace mohla zlepšit tím, že si vzájemně poskytnou metodiky práce. Hublíková (2018), proto poukazuje na nedostatečné probádání metody v České republice.

6 Závěr

Diplomová práce obsahuje teoretickou a praktickou část. V teoretické části se věnuji case managementu, historii v České republice i v zahraničí, typologii jeho členění, zásadám pro jeho správné uchopení nebo sociálním službám a specifikacím terénních sociálních služeb.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat implementaci case managementu při práci s klienty u vybraných terénních sociálních služeb v Jihočeském kraji.

Výzkum jsem realizovala za využití kvalitativní výzkumné strategie. Jako metodu jsem zvolila dotazování, jako techniku jsem pak zvolila polostrukturovaný rozhovor. Informanti a informantky zastupovali registrované sociální služby terénní program dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění, přičemž podmínkou pro jejich účast byla územní působnost v Jihočeském kraji. Výsledky byly zpracovány za pomoci techniky vytváření trsů.

Celkem se zapojilo 11 zástupců organizací, které splnily následujících podmínky: vedoucí pracovník v sociálních službách; organizace s registrovanou sociální službou terénní program dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v aktuálním znění, organizace poskytuje služby na území Jihočeského kraje. Celkem bylo osloveno 9 žen a 2 mužů zastupujících způsobilé organizace, přičemž jejich praxe se pohybovala od 1,5 roku do 12let.

Výsledky výzkumu identifikovaly následující trsy, týkající se využívání case managementu; spolupráce, týmová práce a zasíťování klienta.

Z výzkumu vyplynulo, že informanti a informantky vnímají následující výhody, které symbolizují trsy; podpora, networking a nové pohledy.

Jako bariéry byly v rámci výzkumu identifikovány následující trsy; malá rozvinutost case managementu, konkurenční boj, malé množství literatury a vzdělávací akce.

Celkově lze uvést, že práce poukazuje na výhody, které case management přináší na straně jedné a limity, jež brání implementaci case managementu v České republice na straně druhé.

Výsledky, které práce přináší lze využít v rámci implementace case managementu, na území Jihočeského kraje. Výsledky též mohou posloužit pro vzdělavatele v rámci přípravy vzdělávacích akcí nebo pro organizaci při tvorbě vnitřních metodik.

Základním doporučením do praxe je vyvolání odborné diskuse, jejímž vyústěním by mělo být legislativní ukotvení case managementu. Toto ukotvení umožní jeho následné uchopení při realizaci sociální práce.

Samotné ukotvení též iniciuje proces, který by přinesl nové studijní materiály v českém jazyce. Na tento přínos by bezesporu zareagovali vzdělavatelé, kteří by s těmito materiály mohli pracovat nejen v rámci dalšího vzdělávání, ale také u kvalifikačních kurzů pracovníků v sociálních službách.

Závěrem lze dodat, že při správném uchopení této metody může dojít k zefektivnění poskytovaných služeb a tím ke snížení nákladovosti.

7 Seznam použitých zdrojů

Austin CD. Case management: who needs it? Does it work? *Care Manag J.* 2002 Summer;3(4):178-84. doi: 10.1891/cmaj.3.4.178.57456. PMID: 12847934.

BLABLOVÁ, I., SUSÍKOVÁ, D., LOSKOTOVÁ, Š. a kol. 2015. Metodika koordinované spolupráce sociálních pracovníků obcí a sociálních služeb. Ostrava: Krajský úřad Moravskoslezského kraje. (BLABLOVÁ I., LOSKOTOVÁ Š., POLÁŠKOVÁ E., SUSÍKOVÁ D., VELČOVSKÁ I., ŽIVOTSKÝ D. 2015. Metodika koordinované spolupráce sociálních pracovníků obcí a sociálních služeb. /interní metodický materiál/)

BOND, G. R., DRAKE, R.E. 2007. Should we adopt the Dutch version of ACT? Commentary on "FACT: a Dutch version of ACT". *Community Ment Health J.* 2007 Aug;43(4):435-8. doi: 10.1007/s10597-007-9091-x. Epub 2007 Jun 22. PMID: 17588149.

BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L., 2000 *Sociální práce na ulici - streetwork*. Brno: Doplněk. Co-jak-proč. ISBN 80-7239-048-1.

COOK, J.A., COPELAND, M.E., FLOYD, C.B., et al. 2012 A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. *Psychiatr Serv.* 2012 Jun;63(6):541-7. doi: 10.1176/appi.ps.201100125. PMID: 22508435.

DISMAN, M., 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0139-7.

DOSOUDILOVÁ, K. 2008. Aplikace case managementu v terénní sociální práci. In: JANOUŠKOVÁ, K. a NEDĚLNÍKOVÁ, D. eds. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků. Sborník studijních textů pro sociální pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-504-1.

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

DVOŘÁČEK, J., POPOV, P., MIOVSKÝ, M. 2012. Popis stavu adiktologické péče v České republice. In J. RABOCH, B. WENIGOVÁ (eds.), *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a*

zahraničí): odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost ISBN 978 92 890 4279 6.

DVOŘÁKOVÁ, Z. a NEPUŠTIL, P. (2010). *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Interní materiál. Brno: Sdružení Podané ruce, o. s. ISBN 978-80-7440-076-6.

FOITOVÁ, Z., PĚČ, O., WENIGOVÁ, B. 2014. *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [cit. 18. 3. 2021]. Dostupné z: World Wide Web: <http://www.rpkk.cz/download/zakladykom-pece.pdf>.

GAVORA, P., 2010, *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-.

GÖGER, K., TORDY CH. 2006. Wozu case management? *SIO - Sozialarbeit in Oesterreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik*, 06 (1), s. 10 – 13.

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

HENDL, J., 1997 *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, ISBN 80-7184-549-3.

HLAVÁČKOVÁ, K. (2020). *Domácí péče*. [online] 2020. [cit. 2020-10-29]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=493>

HUBÍKOVÁ, O., 2018. *Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

HOLMEROVÁ I. a kol. 2014. *Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.

HOLT. B. J. 2008. *The Practise of Generalist Case Management*. USA: Allyn and Bacon ISBN: 978-0205287338.

HRDINOVÁ, A., KRUPÍČKOVÁ, P., HANUŠOVÁ, L. a kol. (2010). *Na jedné lodi aneb Jak uspořádat případovou konferenci v oblasti péče o ohrožené děti*. Praha: Rozum a cit.

(http://www.nadacesirius.cz/soubory/metodiky/Rozum_a_cit_Na_jedne_lodi_aneb_jak_uspoadat_pipadovou_konferenci_v_oblasti_pee_o_ohroene_dti.pdf).

HUBÍKOVÁ, O. (2018). *Možnosti a podmínky uplatňování Case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče*. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v. v. v.

https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt_VUPSV-S2-5_Hlavni_vystup.pdf/6ce2ac29-eeeb-f64c-4fdf-1f0126fe81f4

JANOŠKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D. (2008). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků. Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky*.

Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě Zdravotně sociální fakulta – katedra sociální práce ISBN 978-80-7368-504-1

KREJČÍKOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I. 2011. *Malý lexikon sociálních služeb*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc ISBN 9788024427546.

KRUPÍČKOVÁ, Petra. *Skripta pro dvoudenní tréninkový seminář FACILITAČNÍ DOVEDNOSTI nejen pro vedení případových konferencí*. Praha 2012 – Výukový materiál. Dostupné z http://www.benepal.cz/files/project_4_file/CASE-MANAGEMENT.PDF

Lukersmith, S., Millington, M., Salvador-Carulla, L., What Is Case Management? A Scoping and Mapping Review. *Int J Integr Care*. 16(4).

MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, O. a kol. (2007) *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál ISBN 978-80-7367-310-9.

Metodické doporučení MPSV č. 2/2010 pro postup orgánů sociálně-právní ochrany dětí při případové konferenci. (2010). Staženo z: <http://www.mpsv.cz>.

- MIOVSKÝ, M., 2006 *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, ISBN 8024713624.
- MOSHER, L. R. a BURTI, L. (1989). *Community Mental Health: Principles and Practice*. New York: Norton.ew York: Norton. Psychological Medicine, 20(2).
- MUSIL, L. 2012. Hospodaření v rámci případu case/care management. [rukopis]
- MOLEK, J. 2009. *Marketing sociálních služeb*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí ISBN 978-80-7416-026-4
- NEPUSTIL, P., SZOTÁZKOVÁ, M. a kol. (2013) *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Metodická příručka*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR ISBN 978-80-7440-076-6.
- NEPUSTIL, P. (2011). *Proč pracovat s klienty společně? Šest výhod, jedna nevýhoda. Case Management ČR* [online]. Dostupné z:<http://casemanagementcr.wordpress.com/2012/09/11/proc-pracovat-s-klienty-spolecne-sestvyhod-jedna-nevyhoda/>.
- PAYNE, M., (2002). The politics of case management and social work. *International Journal of Social Welfare*. 9. 82 – 91.
- PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R. 2012. *Sociálně právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada ISBN 978-80-247-4317-2.
- PHILLIPS, S. D. et al.(2001). Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatr Serv*. 2001 Jun;52(6):771-9. doi: 10.1176/appi.ps.52.6.771. PMID: 11376224.
- PEVNÁ, K., PETRŽELKA, D. 2014. *Sociální služby v České republice. Úvod do sociální pedagogiky: studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika*. Brno: Masarykova univerzita ISBN 978-80-210-7078-3.
- RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. (eds.) (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost. ISBN 978 92 890 4279 6.

- BRUN, C., RAPP, R., 2001. *Strengths-based case management: Individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship*. Social work, 46(3), 278-288.
- REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- REILLY, S., HUGHES, J., CHALLIS, D. 2010. *Case management for long-term conditions: Implementation and processes*. Ageing and Society, 30(1), 125-155. "
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No.27. HHS Publication No. (SMA) 12-4215.
- ROCKVILLE, MD: SAMHSA, 2015. Dostupné z: <http://www.store.samhsa.gov>
- SCHAEDLE, R. 1999. *Critical Ingredients of Intensive Case Management: Judgments of Researchers/administrators, Program Managers and Case Managers*. New York: City University ISBN 1581120508.
- SEIKKULA, J. a ARNKIL, T. T. 2013. *Otevřené dialogy: Setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ ISBN 978-80-260-4346-1.
- SIEGAL, H. A. 1998. *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment: Treatment Improvement Protocol*. (TIP) Series. Rockville: DIANE Publishing
- SOLAŘOVÁ, H. (2013). *Case management aneb případové konference v praxi*. 2. rozš. a uprav. vyd. Benepal.
- http://www.benepal.cz/files/project_4_file/CASE-MANAGEMENT.PDF
- STUHLÍK, K. 2001. *Asertivní komunitní léčba, case management*. Praha: Focus Books 978-80-87142-16-5.
- ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014 *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0644-6.

WALSCH, J., HOLTON, V. 2008. Case management. In: SOWERS, K. M. and C. N. DULMUS, eds. *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare: Social Work Practice*. Vol. 3. New Jersey: John Wiley et. Sons.

VELDHUIZEN, J. R. (2007). *A Dutch Version of ACT*. *Journal of Community Mental Health*, 43(4), p. 421-433.

VELDHUIZEN, J. R. VAN; BÄHLER, M. 2017. *Manuál Flexible ACT* [Manual Flexible ACT] [online]. 1. vydání. Z anglického originálu přeložila Martina Vavřínková. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., 2017. Dostupné z: www.cmhcd.cz a www.factfacts.nl

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách v aktuálním znění.

Seznam příloh:

Příloha č. 1. Otázky polostrukturovaného interview

Příloha č. 2 Informovaný souhlas

Příloha č. 1. Otázky polostrukturovaného interview

- 1. Jakým způsobem terénní sociální služby v Jihočeském kraji poskytují case management?**
- 2. Jak dle Vás vnímáte case management?**
- 3. Využíváte ve vaši organizaci case management?**
- 4. Jakým způsobem začleňujete metody a techniky case managementu do individuálního plánování?**
- 5. Jakým způsobem změnil case management vaše standardy kvality poskytovaných sociálních služeb**
- 6. Využíváte ve své organizaci spíše individuální nebo týmový case management?“,**
- 7. Povězte mi, jaké výhody shledáváte ve využívání case managementu?“**
- 8. Jaké kladné výsledky shledáváte, když využijete při práci case managementem?“**
- 9. Shledáváte spíše více barrier nebo přínosu v case managementu pro vaši organizace?**
- 10. „Co Vám brání v tom, že metodu case managementu nevyužíváte?“.**

Příloha č. 2 Informovaný souhlas

ÚSTNÍ INFORMOVANÝ SOUHLAS

Tazatelka:

„Nyní Vás telefonicky, ústně seznámím s informovaným souhlasem, který je nutný pro účast ve výzkumu. Po jeho přečtení Vás požádám o jeho odsouhlasení. V případě potřeby se mě určitě doptejte, případně jej celý nebo jeho část zopakují.“

Znění informovaného souhlasu:

„Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s účelem, cíle a podstatou diplomové práce s názvem Case management u klientů v domácím prostředí. Rozumím, jakým způsobem mi bude zachována anonymita. Dále souhlasím s tím, že můj rozhovor bude pro zpracování dat nahráván na diktafon.“

Pro vyjádření souhlasu prosím řekněte:

„Informovanému souhlasu jsem porozuměl/a a souhlasím s jeho zněním.“