

Od kad imam svog "case managera", vratila sam se u život... (Since I have my "case manager", I got back into life...)

E. N. Gruber (1), S. Ivezić-Štrkalj (2), S. Martić Biočina (3), M. Agius (4), S. Gotovac (5), Z. Cazi Gotovac (5)

1 Neuropsihijatrijska bolnica "Dr.I.Barbot", Popovača, Tim za liječenje duševnih bolesti u zajednici (Community Mental Health Team), Centar za rehabilitaciju

2 Psihijatrijska bolnica Vrapče, Tim za liječenje duševnih bolesti u zajednici (Community Mental Health Team), Centar za rehabilitaciju

3 Psihijatrijska bolnica Vrapče,

4 Bedfordshire Centre for Mental Health Research in Association with University of Cambridge, Luton trust, London, England

5 Udruga "Duga", Centar za rehabilitaciju

Uvod

Autori prikazuju primjer duševne bolesnice rehabilitirane po principu "case managementa" od strane "case managera", člana Tima za liječenje duševnih bolesti u zajednici (Community Mental Health Team). Principi "case managementa" bazirani su na preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO 2004.) i IRIS preporukama (NBMH Trust, 1999.), uzimajući u obzir osnovne standarde za menadžment bolesnika s teškom duševnom bolešću (Basic standards for management of patients with serious mental illness in the community, Agius 2005.).

U prikazanom slučaju upotrijebljen je Aertivni model liječenja u zajednici (Assertive outreach treatment, Burns 1995, Scot 1995, Wolfsan 1990.).

Za bolesnicu čiji slučaj prikazujemo, kao i za neke kronične duševne bolesnike oboljele od psihotičnih poremećaja koji se učestalo hospitaliziraju u psihijatrijskim ustanovama, potrebe liječenja i rehabilitacije razlikuju se od potreba ostalih duševnih bolesnika. Naime, program rehabilitacije u njihovu je slučaju kombiniran i intenzivan, odnosno prilagođen svakom bolesniku posebno, zbog čega i postoji tzv. "case manager", odnosno menadžer bolesnikova slučaja, osoba koja za bolesnika određuje program i ciljeve, procjenjuje njegove potrebe, što mu pomaže da se snađe u rascjepkanom sustavu ponude različitih sadržaja i posebnostima svojih potreba nakon otpusta iz bolnice, te ga na taj način sprječava da ponovno završava na čestim bolničkim liječenjima (Gruber 2007.).

"Case manager" također procjenjuje i potrebe članova obitelji bolesnice kako bi ih, prema potrebi, također uključio u tretman (Gruber 2006.), kao i procjenu rizika kojima je bolesnik izložen, uključujući i rizik od samoozljeđivanja.

Prikaz slučaja

Bolesnica S.G., 1976. god., nezaposlena, srednje stručne spreme, neudana, bez djece, živi s majkom, liječi se pod dg. F 20.1 (Schizophrenia) od svoje 19-te godine, unatrag 10 godina. Od tog vremena hospitalizirana je 8 puta u dvije psihijatrijske bolnice. Zadnja hospitalizacija bila je prije godinu dana. Redovito se ambulantno kontrolira jednom mjesečno, od lijekova uzima Leponex (klozapin) 100mg 3x1 tbl, Rispolept (risperidon) 3mg 2x1 tbl, ne navodi nuspojave lijekova.

Uključena je u program "case managementa" Tima za liječenje duševnih bolesti u zajednici, Centra za rehabilitaciju PB Vrapče od prosinca 2006. do ožujka 2007. godine.

Metode

Sastavljen je individualni plan, program i ciljevi rehabilitacije, prema procijenjenim potrebama bolesnice. Plan je napravljen zajedno s bolesnicom, obitelji, "case managerom" i Timom za liječenje duševnih bolesnika u zajednici. Plan je u tri navrata tijekom provođenja programa procijenjen i nadopunjen te prilagođen bolesnici u dogovoru s njom. U radu su rabljene individualne i grupne kognitivno-bihevioralne intervencije. Rađena je psihoedukacija, anti-stigma program, wellness program, učenje socijalnih vještina, radno-okupaciona terapija i prepoznavanje ranih znakova relapsa bolesti metodom karata.

Kako bi se na svakom susretu s "case managerom" procijenile potrebe bolesnice i zabilježili ishod i rezultati za preglednije praćenje, "case manager" je sastavio poseban oblik dnevnika praćenja, prikazan na Tablici 1.

Rezultati

Bolesnica se 20 puta sastala sa svojim "case managerom". U njezinu slučaju "case manager" je bila specijalizantica psihijatrije, član Tima za liječenje duševnih bolesnika u zajednici.

Case management iskustvo pokazalo se kao dobro za "case managera", budući da je mogao vidjeti bolesnicu izvan bolnice kao osobu koja radi svakodnevne poslove, osobu iza simptoma, kao i različite perspektive njezine bolesti. Dnevnik "case managera" s razlozima susreta s "case managerom", dogovorima, procjenama potrebe, postavljenim i zajednički dogovorenim ciljevima, procjenom potrebe obitelji i primjenom dijagnostičkih skala prikazan je na tablici 1.

Tijekom četiri mjeseca rada, "case manager" je 4 puta bio u kućnoj posjeti kod bolesnice, u tri navrata zajedno su otišli na izlet u mjesta izvan Zagreba, a u 11 navrata zajedno su sudjelovali na društvenom događaju. Ostale aktivnosti opisane u dnevniku bolesnica je obavljala sama.

Bolesnica je kontinuirano, kod kuće i na kreativnoj radionici za odrasle u Centru za zapošljavanje, angažirana radno-okupacionom terapijom, izrađivanjem nakita "Tiffany" tehnikom, izradom "Vitrage" u staklu i staklenih predmeta "Fuzija" tehnikom.

Uloga "case managera" u ovom slučaju bila je: procjena potreba, kontinuirana potpora, promatranje i usklađivanje bolesničkih potreba i interesa sa službama i sadržajima u zajednici, zajednički rad s bolesnicom oko ostvarivanja dogovorenih ciljeva, rad i komunikacija s ostalim članovima tima i s obitelji bolesnice.

Završnom procjenom individualnog plana bolesnice pokazalo se da je bolesnica ispunila ciljeve i potrebe dogovorene na početku programa. Povećala je broj socijalnih kontakata, počela se koristiti računalom i Internetom, poboljšala je znanje računalnih programa, u stanju je izraditi poster/plakat, poboljšala je znanje o svojoj bolesti i prepoznavanje ranih znakova relapsa, samostalno kod kuće kuha za sebe i za majku, odlazi u nabavku hrane, frizeru, na svoje tečajeve kao i na grupne aktivnosti u Centar za rehabilitaciju. Naučila je osnovne principe zdrave prehrane, zdravog životnog stila i navika, izradom nakita koji prodaje zarađuje za svoj džeparac.

Evaluacija rada

Na početku i kraju liječenja primijenjena je Threshold assesment grid (TAG) procjenska skala koja obuhvaća 7 domena, a služi za procjenu problema bolesnika vezanih za mentalno zdravlje. Domene pokrivaju područja sigurnosti, rizika, potreba i nesposobnosti od razine minimalne do teške oštećenosti (www.iop.kcl.ac.uk/prism/tag).

Procjena rizika (za sebe, za okolinu, za relaps bolesti), učinjena je na početku i kraju programa, pokazala je da je rizik bio minimalan, a bolesnica nije bila opasna niti za sebe niti za okolinu (domena 1,2,3,4).

Procjena problema u vještinama samostalnog preživljavanja (domena 5), koje se odnose na probleme sa stanovanjem, grijanjem, osobnom higijenom, sposobnošću samostalne brige za dom, održavanjem čistoće, kupovinom hrane i odjeće, privređivanjem dovoljno novca za život, sposobnošću samostalne upotrebe javnog prijevoza i sposobnošću da se nosi sa somatskim zdravstvenim poteškoćama, na početku programa bila je umjereno zastupljena, a na kraju programa blago zastupljena.

Psihološka procjena problema, koja se odnosi na pretjerano i neadekvatno ponašanje, probleme s halucinacijama, kognitivne probleme s pamćenjem, razumijevanjem i orijentacijom, probleme raspoloženja, probleme s čitanjem i pisanjem, manjak strategija nošenja sa životnim problemima, stav prema problemima, osjećaj otuđenosti (domena 6), na početku programa bila je umjereno zastupljena, a na kraju programa blago zastupljena.

Socijalna procjena problema u odnosima s drugima i aktivnostima, kao što su smanjena sposobnost stjecanja prijatelja, manjak podržavajućih odnosa s okolinom, manjak intimnih veza, problemi u seksualnim odnosima, problemi u komunikaciji s okolinom, nemogućnost savladavanja svakodnevnih malih stresnih odnosa, problemi u nalaženju posla, putovanju, obrazovanju (domena 7), na početku programa bila je umjereno zastupljena, a na kraju programa blago zastupljena.

Primijenjena je i Beckova skala depresivnosti (Beck A.T. 1966.), anksioznosti (Beck A.T. 1988.) i beznadnosti (Beck A.J. 1988.). Rezultati su bili BDI: 23, BAI: 16 i BHS: 2.

Prema rezultatima skala, bolesnica je imala blage promjene u raspoloženju u smislu sniženog raspoloženja ispod kliničke važnosti, bila je blago anksiozna i minimalnog suicidalnog rizika.

Ipak, dojam je „case manager“-a da bolesnica disimulira pri ispunjavanju samoprocjenskih skala u sklopu nedovoljne kritičnosti prema svojoj bolesti, te tu činjenicu treba uzeti u obzir.

Upitnici stigme koje je bolesnica ispunila pokazali su: Upitnik stigme J, Ritsher, V.A. Palo Alto Health Care System (scor 52), Upitnik stigme E, Rogers, 1997. (scor 43), upitnik stigme B. Link, 1999. (scor 33).

Bolesnica u sklopu specifičnosti svoje bolesti nije potpuno kritična prema svojem stanju, teško prepoznaje rane znakove relapsa svoje bolesti, kao i svoje simptome te u sklopu toga treba promatrati i rezultate njezinih stigma upitnika. Kad se ova činjenica ne bi uzela u obzir, prema ovim bi se rezultatima zaključilo da je bolesnica vrlo malo stigmatizirana svojom bolešću. Klinički status bolesnice tijekom programa ostao je nepromijenjen.

Učinjena je procjena tjelesnog zdravlja i zaključeno je da je bolesnica preteška sa BMI 36, no osim tjelesne mase, njezino tjelesno zdravlje bilo je u redu. Prepisana je dijeta i bolesnica je uključena u wellness grupu koju je redovito pohađala.

Rasprava

Specifičnosti "case management"-a koji se provodi u Centru za rehabilitaciju PB Vrapče od strane Tima za liječenje duševnih bolesnika u zajednici uključuje elemente Kliničkog "case management"-a (Clinical case management, Muser 1998.), Asertivnog modela liječenja u zajednici (Assertive outreach treatment, Burns 1995., Scot 1995., Wolfsan 1990.), Modela osobnog jačanja (The personal strength model, Rapp 1988.) i Rehabilitacijskog modela (Rehabilitation model, Anthony 1993.). Kombinacija navedenih modela, odnosno specifičnosti „case management“-a koji se provodi u Centru za rehabilitaciju PB Vrapče, sastoje se u tome da se potrebe bolesnika procjenjuju na inicijalnom intervjuu, odnosno sastanku bolesnika s multidisciplinarnim timom, koji i provodi preporučeni program psihosocijalnih intervencija, a veći dio intervencija se provodi u grupi. Grupa je medij u kojem pacijent stječe znanja o svojoj bolesti, uključujući psihološki odnos prema bolesti, uči životne, radne i komunikacijske vještine. „Case manager“ stvara povjerljiv odnos s pacijentom, njeguje pozitivan transfer i pomaže mu u ispunjenju plana liječenja. Cilj liječenja je poboljšanje sposobnosti i smanjenje nesposobnosti za suočavanje sa životom. Naglasak je na obnovi nade, sposobnosti, ojačavanju bolesnika ("empowerment"), aktivnom stavu prema okolini i oporavku te uključenju u društvo ("social inclusion"). "Case manager" pomaže bolesnici da ostvari dogovoreni plan s cijelim timom koji sudjeluju u liječenju. "Case manager" koji je vodio prikazanu bolesnicu koristio se pristupom Asertivnog modela liječenja u zajednici (Assertive outreach treatment, Burns 1995., Scot 1995., Wolfsan 1990.).

Cilj "case managera" je razumjeti potrebe bolesnika, voditi bolesnika kroz ostvarivanje planiranog programa, uključujući i komunikaciju sa službama iz zajednice.

Postoji 7 ključnih faktora na koje se "case manager" usredotočava kada razgovara s bolesnikom: 1. znati tko je bolesnik, 2. znati što bolesnik želi (na taj način može mjeriti bolesnikove sposobnosti i kapacitete da komunicira o svojim mislima, otkriti na koji način bolesnik najbolje uči ili kako iskustvo prolaska kroz program za bolesnika učiniti što ugodnijim i zanimljivijim, može pitati koje sposobnosti i vještine je bolesnik naučio, što ga zanima, je li njima zadovoljan, koliko je bolesnik fokusiran na traženje zapošljavanja i koliko su realistične njegove trenutne vještine i prošla iskustva u nalaženju zapošljavanja te koliko je to zaista potrebno), 3. pomoći bolesniku u postavljanju realističnih ciljeva (nije vjerojatno odmah dobiti visoko plaćeni posao na početku zapošljavanja, potreba za doškolovanjem, tečajevima, pokazati bolesniku što je realistično, a što nije), 4. usredotočiti bolesnikove napore na postizanje tih ciljeva, 5. pomoći re-formulirati bolesnikove negativne komentare o sebi u pozitivne, 6. obnoviti nadu, 7. pomoći u smanjenju utjecaja stigme na njegov život.

Da bi to bio u stanju, "case manager" mora svoje predrasude i moralna gledišta ostaviti postrani i mora vjerovati u boljitak i mogućnost poboljšanja bolesnika. Predrasude imaju negativan učinak i smanjuju mogućnost zadobivanja bolesnikova povjerenja, što je vrlo važno.

Nadalje, "case manager" mora biti predan želji da pomogne svojem bolesniku. On tome mora posvetiti vrijeme i pažnju, integrirati ovih 7 faktora u način na koji razgovara s bolesnikom, što ponekad zahtijeva pravo umijeće. Neki bolesnici trebaju re-formulirati svoja vjerovanja o sebi, a neki se trebaju usredotočiti na postizanje povjerenja prema okolini, itd. Pristup je individualan.

Nadalje, "case manager" mora prihvatiti da, ako pomogne bolesniku da postigne ono što su zajedno dogovorili na početku, onda to jest uspjeh i vodi do zadovoljstva bolesnika, iako ti dogovoreni ciljevi ponekad i nisu ono što je "case manager" zamislio kao idealno rješenje iz njegovog medicinskog, javnozdravstvenog ili osobnog kuta gledanja.

Nadalje, vezano za evaluaciju "case management" programa, dokazano je da se malo može dobiti ako se uspoređuje "case management" s tradicionalnim bolničkim uslugama, na načine i metodama kako se te standardne bolničke usluge i njihov učinak evaluiraju.

Evaluacija se treba pomaknuti prema individualnom konceptu i kompleksnim intervencijama, treba se evaluirati kvaliteta života, mreža socijalnih kontakata, ispunjenje potreba bolesnika, zadovoljstvo bolesnika tijekom i na kraju programa, pa tako i socijalne posljedice moderne psihijatrije u zajednici, kao što su nasilje, poremećaji ponašanja i stigma koji također trebaju biti mjereni i evaluirani ako se uspoređuju zdravstvene usluge (Burns T, 2001.). Ovakvi evaluacijski instrumenti u Hrvatskoj su tek u razvoju. Model korištenja tablice dnevnika "case managera", sastavljen u svrhu lakšeg praćenja rada, procjena potreba i rezultata, pokazao se korisnim u ovom slučaju, no to nije standardna procedura korištena od strane tima. Model je baziran na Access database računalnom programu i olakšao bi daljnje praćenje većeg broja bolesnika, kao i jedinstvenu evaluaciju. Od početka prezentacije ovakvog oblika praćenja primljeni su upiti od strane Timova za psihijatriju u zajednici iz Engleske koji bi željeli koristiti takav dnevnik.

Za sada je problem u činjenici da "case manageri" tima za liječenje duševnih bolesti u zajednici Centra za rehabilitaciju, u Centru rade manje od pola svojega radnog vremena, nisu plaćeni za prekovremeni rad niti za terenske intervencije, što ima utjecaja na njihovu motivaciju i dugoročno zadovoljstvo obavljenim poslom.

U nastavku programa planira se s bolesnicom dogovoriti i postaviti nove ciljeve koji bi pratili njezine potrebe, a koji bi mogli uključivati nošenje naočala, vožnju biciklom kao i druge oblike fizičke aktivnosti te druženje s vršnjacima, uključivanje najbolje prijateljice, također bolesnice u "case management" program, te njihovo zajedničko pohađanje programa i "peer" motivacija za uspjeh, plan honorarnog zapošljavanja i Internet prodaje radova.

Zaključak

Program "case managementa" prikazan u ovom radu nudi holističku procjenu bolesnikovih individualnih potreba s naglaskom na dobrobit bolesnika i uključanje u društvo.

Procijenjene potrebe bolesnika realizirane su tijekom četveromjesečnog programa, a zajednički postavljeni ciljevi su ispunjeni. Bolesnica je poboljšala svoje socijalno funkcioniranje, aktivnije se uključila u život, unaprijedila svoje vještine suočavanja sa životnim sadržajima, što je dovelo do poboljšanja kvalitete njezina života i života njezine obitelji.

Preporučamo daljnje razvijanje programa "case managementa" s individualnim pristupom i grupnim intervencijama, kao i razvoj službi Timova za liječenje duševnih poremećaja u zajednici u drugim mjestima u Hrvatskoj. Ovaj pristup je zahtjevniji od dosadašnjeg pružanja zdravstvenih usluga i intervencija u području mentalnog zdravlja jer s bolesnikom uključuje odnos "jedan na jedan", što smanjuje broj bolesnika kojima se pojedini terapeut u isto vrijeme "bavi". Pristup zahtijeva kućne posjete bolesniku, terenski rad i stalnu interakciju s različitim službama u društvu, razvoj pojedinih službi u društvu i reorganizaciju postojećih, no, kao što je u ovom primjeru prikazano, uvelike pomaže u uspješnoj rehabilitaciji bolesnika, smanjuje broj ponovnih hospitalizacija te podiže kvalitetu života i bolesnika i njegove obitelji, što ga u konačnici čini isplativijim za društvo.

Literatura:

WHO: Mental Health Declaration and action plan for Europe, 2004.

IRIS Guidelines: North Birmingham Mental Health Trust, 1999.

Agius M., Martić-Biočina S., Alptekin K., Rotstein V., Morselli P & Persaud A: Basic Standards for Management of Patients with Serious Mental Illness in the Community *Psychiatrija Danubina*, 2005.; 17 (1-2): 42-57 .

Mueser: Models of Community care for Severe Mental Illness: a review of research on Case Management *Schizophrenia Bulletin*, 1998.; 24: 37-74.

Burns T., Santos A.B.: Assertive Community Treatment: an update of randomised controlled trials. *Psychiatric Services*, 1995.; 46: 669-75.

Scott J.E.: Assertive Community Treatment and „case management“ for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995.; 21: 657-67.

Wolfsan M.: Assertive Community Treatment: an evaluation of the experimental evidence. *Hospital & Community Psychiatry*, 1990.; 41: 634-41.

Rapp C.A.: The strengths perspectives of case management with patients suffering from severe mental disorder, NIMH University of Kansas, 1988.

Anthony W.A.: Rehabilitation oriented Case Management in M Harris and H Bergman (eds) *Case Management for mentally ill patients Theory and Practice* Chur, Switzerland, Harwood Academic, 1993.

Gruber E.N., Ivezić-Štrkalj S., Agius M., Đorđević V.: Since I have my case manager, I am back to life. *European Psychiatry Journal*, 2007, vol 22, Suppl 1, 101-220.

Gruber E.N., Kajević M., Agius M. & Martić-Biočina S.: Group psychotherapy for parents of patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 2006.; 52(6): 487-501.

www.iop.kcl.ac.uk/prism/tag.

Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K.: *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX, The Psychological corporation, 1996.

Beck A.T., Epstein N., Brown G. & Steer R.A.: An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988.; 56(6): 893-897.

Beck A.J., Steer R.A.: *Manual for the Beck hopelessness scale*. San Antonio, TX, The psychological corporation, 1988.

Ritsher B.J., Otilingam P.G., Grajales M.: Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 2003.; 121: 31-49.

Rogers E.S., Chamberlin J., Ellison M.L., & Crean T.: A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatr. Serv.*, 1997.; 48, 1042-1047.

Burns T., Fioritti A., Holloway F., Malm U. & Rossler W.: „Case management“ and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatric Services*, 2001.; 52:631-636.

Rad je prikazan na IV. Hrvatskim psihijatrijskim danima, Opatija 2007.

Zahvala Timu za liječenje duševnih bolesti u zajednici iz Bedforda, Engleska (Acknowledgment to 'Bedford East CMHT', UK)

Tablica 1. Dnevnik „Case manager“-a

Redni broj susreta	Razlog susreta s „case manager“-om. Dogovori i specifične intervencije učinjene.	Procjena potreba. Trenutne potrebe zajednički procijenjene.	Izrada plana, postavljanje i dogovaranje kratkotrajnih ciljeva, usklađivanje s dugoročnim ciljevima i potrebama.	Procjena potreba obitelji. Intervencije u obitelji, aktivnosti obitelji.	Evaluacija
1	Početni intervju s timom Procjena potreba, postavljanje kratkoročnih i dugoročnih ciljeva, dijagnostika, procjena težine problema.	Povećanje socijalnih kontakata, korištenje računala, nastavak radno-okupacione terapije, nošenje naočala, psihoeukacija, pravovremeno prepoznavanje prvih znakova relapsa bolesti.	Druženje, otvaranje Internet adrese i komunikacija preko Interneta s „case managerom“, surfanje Internetom, nastavak izrade staklenog nakita „Tiffani“ tehnikom, predstavljanje programa „case managementa“, dogovaranje o sudjelovanju u programu.	Razgovor s majkom, uzimanje anamnestičkih podataka, procjena potreba, predstavljanje i objašnjenje programa „case managementa“	Threshold assesment grid (TAG) Scor: 6 /domene 5,6,7 umjereno/, kognitivno bihevioralna procjena.
2	Setnja igralištem, ručak, kućna posjeta.	Pokazivanje kulinarskog umijeća i svojih radova u staklu, druženje.	Kuhanje makrobiotičkih specijaliteta.	Pomoć oko kuhanja ručka, podržavajuće ponašanje.	BDI scor:23 Hypomania self rating scale (HSRS) neg. BAI scor: 16 BHS scor: 2
3	Zajednički odlazak na bazen.	Druženje, fizička aktivnost.	Plivanje, druženje s ljudima, igre loptom.		
4	Prisustvovanje godišnjoj skupštini partnerske udruge, zajednički izlet u Popovaču.	Druženje, psihoeukacija, destigmatizacija.	Druženje, komuniciranje sa sudionicima, sudjelovanje na okruglom stolu udruga bolesnika i obitelji.	Druženje na skupštini, aktivno sudjelovanje na okruglom stolu.	
5	Zajedničko sudjelovanje na volonterskoj konferenciji.	Druženje, edukacija, destigmatizacija.	Dolazak na konferenciju, slušanje predavanja, razgovor s ljudima		
6	Sastanak s timom, zajednička procjena dosadašnjeg plana, prilagodba daljnjeg rada.	Procjena dosadašnjeg plana, ispunjenja ciljeva, zadovoljstva bolesnice, prilagodba daljnjeg rada.	Razgovor s članovima tima, iznošenje svojih potreba i problema.		
7	Zajednički odlazak na dane udruga.	Druženje, edukacija, destigmatizacija.	Druženje, komuniciranje sa sudionicima		
8	Zajednički dogovor o uključanju u grupu samopomoći duševnih bolesnika	Druženje, uzajamna pomoć i podrška	Sudjelovanje u grupnom radu, svaki četvrtak u 13.30h.		
9	Psihoedukacija grupna, zajednički izlet u Vrbovec.	Psihoedukacija, druženje.	Sudjelovanje u grupnom radu, slušanje predavanja o simptomima bolesti i uzimanju lijekova, nuspojavama lijekova, prepoznavanje ranih znakova relapsa bolesti	Pomoć u grupi psihoeukacije, suport ostalim članovima obitelji iz grupe.	
10	Razgovor o stigmati, razgovor o daljnjem tečaju obrade stakla tehnikom „Fuzije“.	Rad na samopoštovanju rad na kognitivnim distorzijama, stavovima prema sebi, destigmatizacija	Nastavak radno okupacione terapije, izrada nakita, „Fuzija“ tečaj, zapisivanje misli, ideja, osjećaja, zapisivanje dnevnog plana aktivnosti.	Financijska pomoć u odlasku na tečaj.	Ispunjavanje upitnika o stigmati i samostigmatizaciji.
11	Proslava rođendana, kućni posjet.	Druženje, makrobiotski ručak, puhanje svjećica na torti.	Kuhanje svečanog ručka od makrobiotičkih specijaliteta.	Minimalna pomoć u kuhanju svečanog ručka.	

12	Sastanak sa timom, procjena dosadašnjeg provođenja plana, potreba, ciljeva.	Upoznavanje drugih korisnika programa, zajednički dogovor o svečanom otvorenju Centra za rehabilitaciju.	Predstavljanje svojih radova na otvorenju, donošenje radova u staklu.		
13	Dogovor o uključenju u wellness grupu.	Zdrava prehrana i fizička aktivnost, smanjenje tjelesne mase.	Sudjelovanje u grupi wellnessa, učenje principa zdrave prehrane, svaki utorak u 11.30h.		
14	Dogovor o izradi plakata s grafitima, pregled dnevnika, izrada plana aktivnosti	Želja i potreba za aktivnim sudjelovanjem u otvorenju Centra, potreba za pokazivanjem svojih grafitna javnosti.	Izrada plakata s grafitima, vođenje dnevnika aktivnosti.	Financijska pomoć bolesnici u izradi plakata.	
15	Odlazak na otvorenje Centra za rehabilitaciju Sastanak sa timom.	Sudjelovanje u javnoj manifestaciji, pokazivanje svojih radova.	Pokazivanje svojih radova, druženje, komunikacija s članovima tima i korisnicima programa.		
16	Zajednički dogovor oko nastavka wellness grupe, telefonski.		Dogovor o mogućnosti kuhanja u sklopu grupe.		
17	Zajednički dogovor o izradi postera, prezentacije slučaja za kongres, dogovor o uključivanju prijateljice u program, kućni posjet, procjena provođenja plana i programa.	Potreba za pokazivanjem svojih radova, izražavanjem kreativnosti, pokazivanje novog fotoaparata, potreba za uključivanjem prijateljice u program.	Izrada dva postera kompjuterski, s grafitima, fotografijama, tekstom. Pitati prijateljicu želi li se uključiti u program „case management“ pa da zajedno idu na aktivnosti.	Razgovor o rezultatima tromjesečnog sudjelovanja u programu „case management“, kupovina fotoaparata bolesnici, poticanje fotografiranja.	
18	Dogovor o zajedničkom odlasku na kongres u Opatiju, šetnja parkom, kućni posjet.	Druženje, pokazivanje svojih radova.	Odlazak i prisustvovanje kongresu, prikaz svoje bolesti, postavljanje svog postera.	Dogovor o odlasku na kongres i sudjelovanju na prikazu bolesti	Threshold assessment grid (TAG) Scor: 4 /domene 5,6,7 blago/
19	Kontinuirano dopisivanje internetom frekvencije od 1x tjedno do 1xmjesečno	Komunikacija s prijateljima i svijetom.	Dopisivanje i korištenje kompjutera i interneta.	Dopisivanje internetom, kupovina laptopa bolesnici i omogućavanje internet pristupa.	
20	Prisustvovanje kongresu prikaza slučajeva, izlet u Opatiju	Komunikacija sa svijetom, druženje, psihoedukacija.	Prikaz svog slučaja, postavljanje svog postera.	Sudjelovanje na kongresu.	

“Tako dobar slučaj“

Ime mi je S. G. Imam 30 godina. Bolujem od shizofrenije već deset godina. Liječena sam u dvije psihijatrijske bolnice.

Zbog bolesti sam izgubila tlo pod nogama, prekinula sam studij dizajna na prvoj godini. Dugo vremena slabo sam funkcionirala, dugo mi je trebalo da prihvatim svoje promijenjeno stanje i počnem sudjelovati u svojem liječenju. Cijelo vrijeme moje bolesti, imala sam veliku potporu psihijataru, sestara i tehničara, radnih terapeuta, dnevne bolnice, psihologa i moje mame. Povremeno imam krize, više puta sam bila hospitalizirana, jer sam prestajala uzimati lijekove. Kako vrijeme prolazi, sve se bolje nosim s kriznim stanjima. Kad sam upoznala svog “case managera“ moj oporavak se ubrzao. “Case managerica“ me uspjela motivirati da budem aktivnija tijekom dana. Dani su mi ispunjeniji, manje spavam. Kuham po vegeterijanskoj kuharici, pospremam, idem na tržnicu. Po prvi puta u životu dopisujem se preko Interneta s “case managerom“. “Case managerica“ me šalje na različite skupove udruga volontera, među kojima je i skup udruge “Sretna obitelj“. Izrađujem nakit tifany tehnikom, idem na tečaj fuzije gdje izrađujem predmete od stakla. Ponovno se bavim fotografijom. Izradila sam plakat za Centar za rehabilitaciju sa svojim grafitima i dva plakata o case managementu za dva stručna skupa. Na jednom od njih sam i ja sudjelovala. Kako sam ja taj Case nisam mogla vjerovati da sam tako dobar slučaj.

Pacijentica S. G.

