



Rubrika přináší učební texty určené celoživotnímu vzdělávání lékařů. Je připravována redakcí ve spolupráci a s garancí České neuropsychofarmakologické společnosti (akreditace ČLK č. 0011/16/2001). Cílem je poskytnout lékařské veřejnosti ucelený pohled na vybrané psychiatrické problémy z hlediska nejnovějšího vývoje oboru a umožnit zpětnovazební vyhodnocení didaktické účinnosti textu formou testů. Věříme, že tato korespondenční forma celoživotního vzdělávání lékařů bude pro většinu zájemců o kontinuální vzdělávání v psychiatrii užitečným pomocníkem.

prim. MUDr. Ivan Tůma, CSc.

KOMUNITNÍ PŘÍSTUP V PÉČI O DLOUHODOBĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

COMMUNITY APPROACH IN CARE FOR LONGTERM MENTALLY ILL

PETR HEJZLAR^{1,2}, MARTIN HALÍŘ², MAREK FIALA²

¹občanské sdružení Péče o duševní zdraví

²Pardubická krajská nemocnice a.s., Psychiatrické oddělení

SOUHRN

Komunitní sociální služby mohou pomoci vážně duševně nemocným lidem, aby dokázali fungovat v běžném životě. Mezi pracovní metody patří především psychosociální rehabilitace a case management. Zatím nenaplněnou vizí jsou mobilní multidisciplinární týmy. Kvalitní komunitní služby úzce spolupracují nejen s psychiatrickými zařízeními, ale se všemi zdroji podpory v komunitě, které nemocnému mohou pomoci. Vhodným nástrojem k hodnocení efektivity komunitních služeb je Camberwellský dotazník potřeb.

Klíčová slova: komunitní psychiatrie, psychiatrická rehabilitace, case management, multidisciplinární tým

SUMMARY

Community based services can help severely mentally ill people to function in practical life. Psychosocial Rehabilitation and Case Management are preferred working methods. Mobile multidisciplinary teams have not been involved in practice yet. Camberwell Assessment of Need seems to be a useful tool for services' effectiveness evaluation.

Key words: community psychiatry, psychiatric rehabilitation, case management, multidisciplinary teams

Hejzlar P, Halíř M, Fiala M. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie* 2010; 14(3): 146–152.

Motto:

„...zjistil jsem, že většinou ti, které považujeme za zlé nebo hrozné, jsou prostě jen osamělí a chybí jim společenské uznání.“

(Tim Burton: *Big Fish*)

Komunitní psychiatrie

Ve všeobecném povědomí se u nás v pojmech komunitní psychiatrie (Thornicroft et al., 2001) a komunitní služby zaměřuje celek za jednu z jeho částí. Služby působící v komunitě (mobilní nebo stacionární, sociální nebo multidis-

ciplinární) jsou jednou ze součástí komunitní psychiatrie. O komunitní psychiatrii můžeme hovořit, když vychází z potřeb komunity (souboru obyvatel v konkrétním prostředí a čase) cestou analýzy epidemiologických a sociodemografických ukazatelů konkrétního územně správního celku. Formy a kapacity různých druhů péče by měly těmto potřebám odpovídat. Různé složky péče musí spolupracovat, navazovat a být pro nemocné dobře dostupné. Smyslem činnosti zdravotně sociálních intervencí je, aby duševně nemocní žili v běžných životních podmínkách, vykonávali obvyklé sociální a osobní role a fungovali co nejvíce samostatně (Anthony et al., 2002). Proces uspořádání má psychosociálně rehabilitační

účel. Integrovaná zdravotně sociální péče je zvláště pro vážně duševně nemocné z dlouhodobého hlediska nejvýhodnější (Kopelowicz et al., 2003; Maone et al., 2002-3).

Je efektivní a praktické, když se těžiště péče o nemocného nachází v jeho přirozeném prostředí, v komunitě. Jinak řečeno, systém služeb koordinuje složka, která je mobilní, flexibilní a jde za nemocným – ideálně jsou to multidisciplinární komunitní týmy. V neposlední řadě je v intencích komunitní psychiatrie potřeba sledovat přímé i nepřímé ukazatele efektu komplexu služeb na duševní zdraví komunity a zjištěné poznatky využít pro obměny a rozvoj systému.

I ze stručného popisu lze vytušit náročnost a komplexnost takových organizačních procesů a dovodit, že jejich předpokladem je shoda ve veřejném zadání, jež samospráva (státní správa) od psychiatrie očekává a požaduje.

Psychiatrická rehabilitace

Na rovině péče o individuálního klienta je účelem komunitní psychiatrie rehabilitovat nemocné v jejich sociálních rolích, funkcích a zařazení. Poslání psychiatrické rehabilitace definoval Anthony (Anthony, 2002): „Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat do té míry, že budou úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, a to s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.“ Uživatel služeb je léčen a zároveň mu jsou poskytovány sociální služby, aby byl schopen se „udržet“ ve svém přirozeném prostředí. Ale také, jak uvedeme níže, aby i prostředí bylo schopno přijmout nemocného a nevykloučovat ho.

Pro naplnění poslání rehabilitace je klíčová spolupráce pracovníků „složky léčebné“ (psychiatři, praktičtí lékaři, zdravotní sestry, psychoterapeuti) a „složky sociální“ (sociální pracovníci, ergoterapeuti). Dále je podstatné do rehabilitace zapojovat i profesionály jiných oborů a neprofesionály z okolí nemocného (viz kapitolu case management). Mechanizmy spolupráce jsou předpokladem koordinovanosti a kontinuity poskytovaných služeb. Na obrázku 1 je znázorněn komunitní podpůrný systém podle Carlinga (1995):

Hlavním cílem rehabilitačních programů je dovést člověka s duševním onemocněním k úzdavě/zotavení. Pro anglický



Obrázek 1: Komunitní podpůrný systém

pojem *recovery* (Anthony, 1993) se dříve nepřesně užíval překlad *úzdava*, který navozuje představu absence příznaků a/nebo sociálně nepřizpůsobivých projevů. V posledních letech se více používá termín *zotavení*. Nemocný nemusí být v plné sociální a klinické remisi a přesto (i díky fungující podpoře přirozených zdrojů či rehabilitačních služeb) může být zotavený, tedy žít relativně spokojený a naplněný život v prostředí podle své volby.

Multidisciplinární týmy

Široká rehabilitační spolupráce se obtížně organizuje, když relevantní osoby pracují v různých institucích (službách) s odlišně nastavenými pravidly a kompetencemi. Optimálním řešením jsou tzv. multidisciplinární týmy, ve kterých konsenzuálně a koordinovaně působí jednotliví specialisté. Nejčastěji bývají v týmech zastoupeny profese psychiatra, sociálního pracovníka, psychiatrické zdravotní sestry, psychologa a ergoterapeuta. Vedoucím týmu může být pracovník jakékoliv uvedené profese.

Multidisciplinární týmová spolupráce i v ČR funguje uvnitř některých zařízení, např. v denních sanatoriích (Pěč et al., 2003; Probstová, 2005). Z pohledu poslání rehabilitace a komunitních služeb nám ale jde o multidisciplinární týmy, které fungují mobilním způsobem v komunitě a svou činností propojují různé složky péče od psychiatrických lůžkových až po sociálně rezidenční (chráněné bydlení, domy na půli cesty). Takové týmy mají k propojování ostatních složek péče potřebné řídicí kompetence a jejich působení známe např. z Nizozemska, Velké Británie či Finska. Pro práci multidisciplinárních týmů, které intenzivně celodenně pracují s těžkými případy a kombinují metody případového vedení a psychiatrické domácí péče, se vžil pojem *asertivní komunitní léčba* (Phillips, 2001).

Snahy zavádět v ČR mobilní multidisciplinární týmy naráží na odlišné mechanismy financování sociálních a zdravotních služeb a na legislativní vakuum, kdy je nereálné přidělit takovým týmům odpovídající koordinační kompetence (pokud se např. ambulantní psychiatr rozhodne s takovou péčí nespolupracovat, není legální způsob, jak ho k tomu přimět). V řadě regionů fungují mobilní týmy sociálních pracovníků, pro které se vžil termín *regionální komunitní týmy*. Pokud chtějí poskytovat kvalitní služby, je pro ně nutné přesvědčit ke spolupráci ambulantní lékaře, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a psychiatrické léčebny v regionu.

Case management

Navázání spolupráce s lékařskými zařízeními je však pouze jedním z předpokladů realizace kvalitních služeb. Poskytovatel služeb pro duševně nemocné se musí „zasíťovat“ do regionálního systému sociálních služeb a využívat přirozené zdroje (např. rodinná a sousedská výpomoc). Dalším rysem kvalitních služeb je jejich koordinace a individuální přizpůsobení jednotlivým klientům (nenabízet univerzální program všem). Uvedené postupy obsahuje *metoda case managementu*, kterou používá většina regionálních komunitních týmů. V českém prostředí a literatuře se také někdy používá pojem *případové vedení*. Mezi základní prvky case managementu patří (Stuchlík, 2002):

1. přehled o potřebách a schopnostech klienta,
2. plánování péče – plán obsahuje jasně definované cíle,

3. uskutečňování plánu – s využitím zdrojů z jeho sociálního okolí,
4. monitorování dosaženého,
5. vyhodnocování práce a dosažených výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

„Potřeba case managementu se objevila se změnou systému péče o duševně nemocné. Omezení psychiatrických hospitalizací a institucionální péče a přenesení těžiště práce s klienty do komunity zdůraznilo potřebu spolupráce mezi jednotlivými službami a asertivní nabídky služeb špatně spolupracujícím klientům.“ (Stuchlík, 2009)

Komunitní péče v České republice

Léčebné možnosti jsou u nás srovnatelné s vyspělými zeměmi. V kontrastu s tím přetrvává tradiční systém, který zdaleka nemůže splňovat parametry komunitní psychiatrie, jak jsme je popsali v úvodu. Systém péče je fragmentarizovaný mezi zdravotnický a sociální sektor. Psychiatrická léčebná zařízení jsou zřizována státem, kraji či privátními subjekty. Státní zařízení (převážně psychiatrické léčebny) lokalizací odpovídají potřebám, kdy vznikaly, tedy přelomu 19. a 20. století.

Změny systému blokuje především absence veřejného zadání. Jednotlivé profesní skupiny nemohou za stát ani územně správní celky formulovat potřeby komunity. Respektive mohou, ale s rizikem, že předkládané koncepce nemusí dojít naplnění (viz osud první verze Koncepce oboru psychiatrie). Zadání tvoří ten, kdo rozhoduje o alokaci finančních zdrojů na dosažení potřebných změn.

Nemáme komunitní psychiatrii, ale máme řadu poskytovatelů komunitních služeb. Celkem jde v ČR o zhruba 30 subjektů, které usilují o komunitní přístup. Jejich služby jsou komunitní, protože jsou v komunitě integrované a kopírují obvyklá veřejná nebo podnikatelská zařízení (zájmové kluby, chráněná bydlení, chráněné dílny, sociální firmy), nebo aktivně vstupují do vztahů nemocného s prostředím komunity za účelem, aby nemocný obstál v nárocích života v běžném prostředí (regionální komunitní týmy).

Téměř bez výjimky jde o neziskové nestátní organizace, které své služby akreditují podle zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách nebo podle zákona č. 435/2004 Sb., O zaměstnanosti (chráněné dílny). Toto zařazení má důvody primárně finanční, protože jiné zdroje než dotace na provoz sociálních služeb (resp. služeb zaměstnanosti) tuto činnost prakticky zajistit nemohou. I když mají některé úkony komunitních služeb zdravotně sociální charakter, nelze je zatím hradit ze zdravotního pojištění.

Praxe konkrétního poskytovatele komunitních služeb

Jak fungují komunitní služby, můžeme demonstrovat na praxi konkrétního poskytovatele, *občanského sdružení Péče o duševní zdraví* (PDZ). Sdružení vzniklo v roce 1995 s působností v Pardubicích. Za 15 let se rozrostlo na 6 poboček, které svou činností pokrývají okresy Hradec Králové, Chrudim, Jičín, Pardubice, Rychnov nad Kněžnou a Ústí nad Orlicí; celkově jde o území čítající na 700 000 obyvatel. PDZ má v současnosti 32 zaměstnanců, z toho 5 provozních, ostatní přímo pracují s duševně nemocnými klienty. V jednotlivých pobočkách pracují komunitní týmy o 3 až 7 sociálních pracovnících na plný úvazek. V každém místě funguje mobilní komunitní

služba, která jako hlavní pracovní metody používá postupy psychosociální rehabilitace a case managementu. Vedle toho pobočky provozují stacionární docházkové volnočasové kluby. V pobočkách Pardubice a Hradec Králové navíc PDZ nabízí tréninkové bydlení s celkovou kapacitou 13 lůžek.

Popsaný rozsah služeb odpovídá dlouhodobé vizi PDZ nabízet co nejvíce dostupné služby. Vize je zatím nenaplněná, neboť týmy jsou unidisciplinární. Do budoucna bychom chtěli týmy doplnit o psychiatrické sestry, jejichž činnost by mohly pokrýt příjmy ze zdravotního pojištění (výkony domácí psychiatrické péče), pokud je pojišťovny budou ochotny nasmlouvat. Vlivem finančních limitů jsou služby dostupné pouze v pracovní dny a v běžnou pracovní dobu.

V roce 2009 služby PDZ využilo 565 osob. Celkový počet kontaktů a intervencí činil 12 841. Na jednoho uživatele služeb připadly v průměru 23 kontakty. Roční náklady představovaly 9 318 000 Kč. Bez odfiltrování nákladů na jiné (např. vzdělávací) činnosti byly hrubé náklady na péči o jednoho uživatele zhruba 16,5 tisíc Kč ročně. 39 % příjmů na činnost PDZ v roce 2009 pocházelo z Evropského sociálního fondu, 36 % z dotací na sociální služby od MPSV ČR a 21 % z dotací městských a krajských samospráv.

Spolupráce komunitních služeb s psychiatrickými zařízeními

PDZ na několika úrovních a s různou intenzitou spolupracuje prakticky se všemi zařízeními psychiatrické péče na území, kde působí. Konkrétně jde o Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě a Kosmonosích, Psychiatrickou kliniku Fakultní nemocnice Hradec Králové, psychiatrická oddělení Odborného léčebného ústavu Albertinum v Žamberku a jednotlivé psychiatrické ambulance. Jako příklad, jak probíhá komunikace a spolupráce a co je jejich obsah, uvedeme praxi komunitního týmu PDZ, který působí na Jičínsku.

Spolupráce s psychiatrickou léčebnou (PL Kosmonosy) a psychiatrickým oddělením oblastní nemocnice Jičín probíhá formou pravidelných schůzek (1 × za měsíc) v každém z uvedených zařízení. Způsob spolupráce s léčebnou iniciovaly před necelými deseti lety Fokus Mladá Boleslav a Fokus Liberec.

Na schůzky přijíždějí pracovníci komunitních služeb pro duševně nemocné ze spádové oblasti psychiatrické léčebny (vedle PDZ zvl. zmíněné Fokusy) a psychiatrického oddělení a týmy jednotlivých oddělení. Schůzky neprobíhají na všech odděleních PL, ale pouze na příjmových a rehabilitačních odděleních. Z personálu oddělení přichází primář nebo jeho zástupce, psycholog a sociální pracovník/pracovnice. Struktura schůzek je předem určená.

Nejprve zástupci zdravotnického zařízení informují o pacientech, kteří jsou aktuálně hospitalizováni na oddělení a sami požádali o podporu komunitní služby po propuštění, nebo o pacientech, kteří o podporu nepožádali, ale pracovníci zdravotnického zařízení vyhodnotili jejich situaci jako natolik složitou nebo ohrožující (v sociální oblasti), že by spolupráce s komunitní službou mohla být pro pacienta přínosem. Obecně platí, že předávání informací probíhá se souhlasem pacientů. Pokud souhlas nedali, pak je o nich referováno anonymně. Zmínění pacienti jsou následně individuálně osloveni zástupci komunitních služeb. Kontaktování zájemců o službu a vytipovaných pacientů, které zdravotnický personál vyhodnotil jako potřebné, probíhá přímo v psychiatrické léčebně (resp. oddělení). Pracovník během kontaktování pacientům

představí službu – co nabízí, jaké jsou možnosti a modely spolupráce s klienty. Společně naplánují další postup.

Dalším úkolem je projednat případy klientů, kteří již spolupracují s komunitními službami a nyní jsou hospitalizováni. Zdravotníci hovoří o současném zdravotním stavu klientů, prognóze, možnosti propuštění, potřebách podpory po propuštění. V případě, že klient, který je aktuálně hospitalizován, nemá rodinu nebo rodina o něj nemá zájem, mohou pracovníci komunitních služeb klientovi přivést osobní věci nebo zařídit naléhavé praktické záležitosti v místě jeho bydliště.

Bodem číslo tři jsou informace od zástupců komunitních týmů o klientech, kteří byli v minulosti na doporučení psychiatrického personálu kontaktováni. Zdravotníci se tak dozví, zda se podařila navázat spolupráce s vytipovanými pacienty/klienty a jak pokračuje.

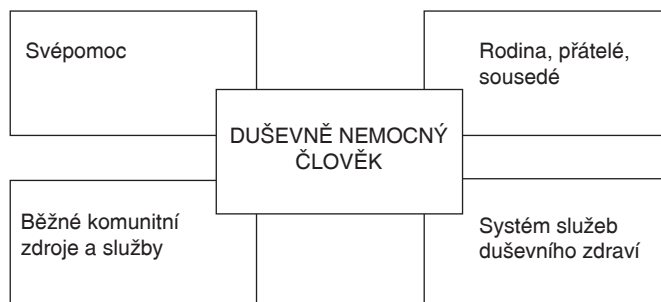
Posledním bodem schůzek jsou informace technicko-organizačního charakteru. Tzn. termín další schůzky, termín, kdy přijedou pracovníci komunitních služeb kontaktovat vytipované pacienty, vzájemné hodnocení přínosu spolupráce a návrhy změn.

V některých shora uvedených zařízeních pracovníci PDZ nemají dohodu o cílených separátních schůzkách, jak jsme je popsali, ale účastní se velkých vizit a v rámci jejich „papírových“ částí se účastní diskuze nad plánem další péče o pacienta. Do tohoto plánování vnáší pohled sociálně rehabilitační a nabízejí možnost cílených intervencí k vyřešení naléhavých existenčních starostí pacientů, zejména cestou individuální práce v období po propuštění z hospitalizace. To je případ spolupráce s psychiatrickými odděleními v Pardubicích a Žamberku.

Spolupráce komunitních služeb s ambulantními psychiatry probíhá v jiné formě. Frekvence a struktura kontaktu s ambulantními psychiatry je individuální. Záleží na každém jednotlivém lékaři, na jeho časových možnostech i ochotě a na jeho předchozí zkušenosti (pozitivní či negativní) ze spolupráce. Schůzky se většinou uskutečňují dle potřeby. Na jednu stranu je to flexibilnější, ale na druhou stranu je rizikem formálnost kontaktu. Jak dojde k navázání kontaktu s psychiatrem? Pracovníci služeb jdou v rámci „síťování“ představit službu ambulantnímu psychiatrovi a domlouvají možnosti následné kooperace – předávání informací o službě pacientům, vytipování a nakontaktování pacientů, kterým by služby mohly pomoci. Jindy ke kontaktu s ambulantním psychiatrem dojde přes klienty komunitních služeb, kteří již jsou v kontaktu s pracovníky regionálních týmů (doporučení z jiného zdroje) a v rámci rehabilitační práce je potřeba koordinovat intervence s léčebným plánem. Psychiatr má možnost vyžádat si kdykoliv návštěvu komunitního pracovníka za účelem kontaktování pacienta v jeho ambulanci nebo probrání naléhavých situací, které nemocného sociálně ohrožují. Sjednání schůzky s klientem probíhá většinou ještě ten den (pokud na to pracovníci komunitních služeb mají kapacitu) nebo v nejbližším možném termínu (nejdéle však do jednoho týdne). Stejně tak i pracovníci komunitních služeb kontaktují psychiatry dle aktuální potřeby klientů, se kterými spolupracují, např. při zhoršení zdravotního stavu, při nenadálých zátěžových situacích pro klienta apod.

Spolupráce komunitních služeb se sociální sítí

V rámci tzv. *Integračního modelu* popsal Carling (1995) model podpurného prostředí pro osoby s duševním onemocněním



Obrázek 2: *Rámec pro podporu*

(*Framework for support*), který jednoduše zpřehledňuje rozložení profesionálních a neprofesionálních zdrojů při rehabilitaci a podpoře duševně nemocných. Model vychází ze čtyř pilířů podpory a spektrum služeb pro duševně nemocné je jedním z nich. Úkolem služeb duševního zdraví v tomto systému je aktivizovat a zapojit do spolupráce ostatní složky.

Regionální komunitní týmy by měly pracovat s přirozenými zdroji v sociálním okolí klienta a zapojovat je do rehabilitačního procesu duševně nemocných. Podstatným principem je hledat pomoc nejprve z běžných komunitních zdrojů a služeb (princip *community first*) a teprve potom využívat specializované služby pro duševně nemocné.

Převážně institucionální psychiatrická péče má negativní dopad na představy veřejnosti o „správné péči“ o duševně nemocné. V praxi se nejednou setkáváme s názorem, že nejlepším řešením situace toho kterého duševně nemocného by bylo, kdyby „žil v nějakém ústavu“. V lepším případě s požadavkem, aby se o nemocného postarala specializovaná služba a on „nezatěžoval úřady a služby pro normální občany“. Přesvědčit dotyčné zdroje, že integrace duševně nemocného v běžném prostředí je vzájemně prospěšná, nebývá snadné.

Komunitní týmy by také měly podporovat vznik svépomocných skupin a formou advokacie a destigmatizace bojovat proti předsudkům a negativním konotacím spojeným s duševními onemocněními. Když týmy kooperují s rodinami, přirozeným sociálním okolím klienta, jinými poskytovateli sociálních služeb, úřady a dalšími subjekty, jejich služby jsou efektivnější a flexibilnější, protože tak mohou pro své klienty zprostředkovat druhy pomoci, které samy z principu poskytovat nemohou.

Jako ilustraci spolupráce se sociální sítí uvádíme 2 příklady dobré praxe:

- *Mladý muž, 20 let, duální dg. schizofrenie a závislost THC. Konflikty v rodině, matka odmítá jeho pobyt doma. Bezdomovectví. Komunitní tým vyjedná pobyt v domě na půli cesty pro mládež z dětských domovů. Duševní nemoc kontraindikací pro přijetí, ale zařízení na ně přistupuje za podmínky, že mobilní tým bude dále individuálně pracovat s klientem. Vzniká rehabilitační plán, rozdělení úkolů mezi klienta a obě služby. Probíhá trénink finančního hospodaření, obsluhy domácnosti, jednání na úřadech, souběžně práce s rodinou. Po roce pobytu v domě na půli cesty se stav stabilizuje, klient se vrací k rodině. Je schopen tam fungovat a rodina je schopna žít s ním a jeho nemocí. Stabilní stav trvá 6 let.*
- *Klientka 23 let, od 13 léčena pro juvenilní schizofrenii, opakované dlouhé hospitalizace v PL. Bydlela s matkou, která sama sociálně nefungovala. Klientka pacientka ve svých 18 letech umístěna do domova důchodců (odd. pro duševně nemocné). 1,5 roku*

spolupráce s komunitní službou, práce na náplni volného času, zprostředkování chráněné dílny. Projevila přání odejít z DD, kde jsou sami výrazně starší lidé než ona. Příprava přechodu do jiné formy bydlení, náročnější na samostatnost. Zapojení pracovníků DD do přípravy. V tréninkovém bytě dobře funguje třetím rokem.

Hodnocení efektivity služeb

Obtíže pomoci v sociální oblasti vyplývají z pestrosti potíží a projevů, které odpovídají široké škále mezilidských situací a způsobů života. Stejně tak je obtížné jednoznačně ověřit, že metoda pomoci je účinná. Toto ověřování, hodnocení efektivity, je přitom klíčové pro zkvalitňování sociálních služeb, protože jeho výstupy umožňují plánovat změny v kapacitě, pracovních postupech a organizaci služeb.

V oblasti komunitních služeb, podobně jako třeba v psychoterapii, narážíme na problém, jak efektivitu služeb sledovat a poměřovat. Na jednom pólu je tendence k co neobjektivnějšímu měření, které ovšem často opomíjí komplexnější proměnné subjektivního rázu (viz např. koncept kvality života). Na druhé straně jsou subjektivní výpovědi zpochybnitelné z hlediska metodologie a neposkytují dostatečný prostor pro srovnávací studie a porovnání v čase.

Objektivní hodnocení efektivity se nejčastěji opírají o sledování symptomů nemoci a jejich proměn v čase. V Čechách dobře známe výzkumy prof. Kratochvíla, které pro zjišťování efektivity psychotherapeutického programu užívaly dotazník N5 (Kratochvíl, 2007). Obvykle se jedná o použití standardizovaných psychiatrických škál pro hodnocení příznaků nemoci, které se administrují opakovaně v průběhu čerpání služeb. Použitelné je také sledování nepřímých ukazatelů. Těmi mohou být počet hospitalizací a počet dní hospitalizace ve sledovaném období, množství podávaných léků či sebevražednost. Výzkumy tohoto druhu jsou podmíněny dobrou spoluprací se zdravotnickými zařízeními a sledováním kontrolní skupiny, která služby nečerpá.

Hodnocení parametrů životní spokojenosti naráží na tradiční problém kvalitativních výzkumů. Subjektivní výpověď je obtížně klasifikovatelná a nenabízí možnost srovnání v čase. Přesto právě životní spokojenost (well-being) je klíčovým konceptem na poli komunitní péče. Zlepšení schopnosti žít v přirozeném prostředí, uplatnit se a participovat v interpersonálních vztazích není jednoznačně vázáno na redukci symptomů. Šetření kvality života sice může poskytovat obraz efektu komunitních služeb, ale neodliší vlivy dalších zdrojů a služeb (není z nich vždy jasné, která pomoc kvalitu života ovlivňuje). Úskalí subjektivní výpovědi je obvykle vyvažováno dvojím hodnocením, kdy je vedle výpovědi sledované osoby zohledněn pohled posuzovatele. Příkladem takové metody je dotazník SQUALA, který do českých podmínek adaptovala Dragomírecká a spolupracovníci (Dragomírecká et al., 2006).

Dalším přístupem je sledování spokojenosti s péčí (spokojenosti klientů se službami). Nejčastěji používanou je Veronská škála spokojenosti se službami (VSSS-54, Verona Service Satisfaction Scale; Ruggeri, Dall'Agola, 1993). Jde o sebeposuzující dotazník, ve kterém respondenti hodnotí spokojenost s intervencemi, které jim byly poskytnuty, a mají prostor vyjádřit se slovním popisem.

Hodnocení potřeb a jejich saturace během péče, jako další způsob hodnocení, stojí na pomezí objektivních a subjektivních přístupů. Na jedné straně nabízí teoreticky podložený koncept s možností srovnávání a kvantifikace. Na straně

druhé postihuje změny v oblasti životní spokojenosti, které nejsou čistě symptomatické povahy. Reprezentantem této skupiny šetření je Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb (CAN, Camberwell Assessment of Need; Phellan et al., 1995). Vychází z vlastní definice potřeb coby „schopnosti mít nějaký prospěch ze zdravotní a sociální péče“. Potřeba se mění z přání na dynamický koncept schopnosti čerpat podporu.

CAN je nástroj, který nabízí odpovídající psychometrické kvality a je nenáročný na administraci a zaškolení. V neposlední řadě je také pomocníkem při plánování individuální péče o nemocného. Kromě pohledu samotného probanda šetří i pohled poskytovatele péče či blízké osoby (příbuzného, pečovatele). Do českého prostředí CAN převedl kolektiv autorů Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví v roce (Probstová et al., 2006). Pilotní praktické odzkoušení provedly Fokusy Mladá Boleslav, Vysočina a Ústí na Labem (Stuchlík, 2007).

Zmíněné sdružení PDZ vyvinulo některé vlastní nestandardizované dotazníkové nástroje k hodnocení kvality služeb. Nástroj CAN zařazuje do interního systému sledování efektivity služeb od roku 2009 mj. proto, že je výhodný z hlediska dlouhodobého sledování probanda. Doporučené období pro opakovanou administraci je půl roku bez omezení doby sledování. CAN nabízí kvantifikaci výstupů v jednoduchém záznamovém archu a statistické zpracování. Nabízí pohled na změnu v čase čerpání služby. Předpokládáme, že klienti služeb vstupují do péče s neuspokojenými potřebami, na které by efektivně a kvalitně poskytovaná služba měla reagovat, načež při opakované administraci poklesne naléhavost potřeb. Právě tento aspekt CAN se nám jeví jako vhodný pro sledování efektivity služeb s ohledem na kvalitu života klientů.

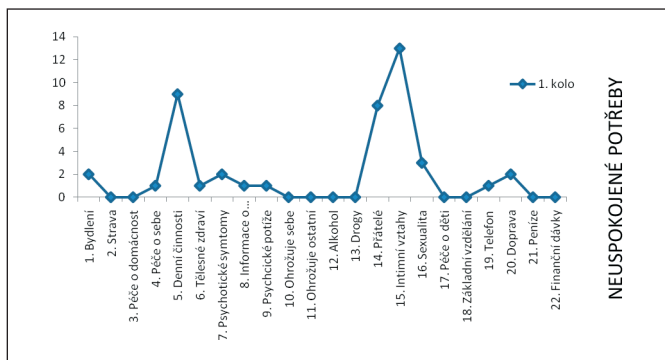
Pro samotné služby je vždy důležitá široká škála nástrojů, které informují o její kvalitě a efektivitě. Nemůžeme spoléhat pouze na subjektivní hodnocení klientů, které ovšem nechceme opomíjet. Je také potřebné zohlednit efektivitu vzhledem k cílům, které si služby kladou, a tak nelze vycházet pouze z přání klientů. Dynamicky formulovaný koncept potřeb tak odpovídá nejen pohledu klienta, ale i strategickým cílům služeb.

Další výhodou CAN je propracovaný systém dotazování, které je prováděno formou strukturovaného interview. Tím se vyhýbá prostému zjišťování přání uživatele a poskytuje prostor pro posouzení ze strany pracovníka. Díky širokému záběru oblastí, v nichž jsou potřeby zjišťovány, nabízí celkový pohled na kvalitu života probanda. Systém dotazování a možnost administrace formou rozhovoru jsou vhodné pro práci s lidmi s psychiatrickým onemocněním. CAN je navíc specificky orientován na psychotické příznaky.

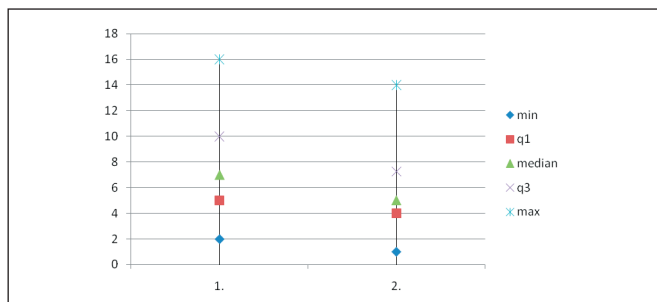
Vlastní šetření

V praxi komunitních služeb poskytovaných sdružením Péče o duševní zdraví CAN obvykle administrujeme při vstupu klienta do služby. Administrace probíhá ve fázi formulace zakázky a přípravy plánu poskytování služby. CAN tak organicky začleňujeme do práce s klientem, čímž se stává jedním z podnětů při sestavování individuálního plánu.

CAN aplikujeme u klientů léčených pro onemocnění z okruhu F2 MKN 10 a zároveň u těch klientů, kde předpokládáme dlouhodobější spolupráci (zjednodušeně lze rozlišit spolupráci krátkodobou – orientovanou na řešení problematických sociálních situací, a rozvojově orientovanou dlouhodobou spolupráci).



Graf 1: Počet odpovědí „neuspokojené potřeby“ dle domén v celém sledovaném vzorku při vstupu do služby (1. kolo)



Graf 2: Kvantilové rozdělení, 1. a 2. kolo aplikace CAN

Provedli jsme studii, které se účastnilo celkem 31 osob (21 mužů a 10 žen). Druhého kola se již účastnilo pouze 30 osob (20 mužů a 10 žen). U všech byl CAN administrován při vstupu do služby. Protože dotazník mapuje potřeby v horizontu uplynulého kalendářního měsíce, lze předpokládat, že vstupní administrace odráží stav klientů před vstupem do služeb. Druhá administrace byla provedena po uplynutí 6 měsíců od první a ukazuje změny, které nastaly v období, během něhož klienti služby využívali.

Studie má pilotní charakter jednak proto, že jde o první pokus statisticky zpracovat a vyhodnotit výsledky používání standardizovaného nástroje v rámci naší praxe poskytování sociálních služeb, a jednak proto, že jsme nemohli ve způsobu zpracování dat vycházet z tradice porovnatelných výzkumů efektivity sociálních služeb na území Česka.

Pro účely studie jsme používali základní položky dotazníku, jež zjišťují potřeby klientů na třítobodové škále. Oblasti šetření potřeb jsou členěny na 22 domén (bydlení, péče o domácnost, psychotické symptomy atd.). Každá potřeba je posuzována klientem a zároveň pracovníkem, který administraci provádí (obvykle klíčový pracovník, který s klientem přímo pracuje). Potřeby jsou klasifikovány jako neuspokojené (klient potřebu pociťuje a potřeba není saturována), uspokojené (klient potřebu stále pociťuje, ale potřeba je ve sledovaném období saturována) a žádné (klient potřeby nepociťuje). Výstupem jsou pak souhrnné skóre pro každou z 22 oblastí.

Z rozložení výsledků podle domén vyplývá, že hlavními oblastmi, ve kterých klienti často uvádí potřeby (ať již uspokojované, či ne) jsou domény „denních činností“, „přátel“ a „intimních vztahů“. To potvrzuje naši zkušenost, že nejčastějším důvodem vstupu klientů do sociálních služeb je potřeba smysluplného trávení volného času ve společnosti druhých lidí.

Naši hypotézou bylo, že v čase (kontrola po 6 měsících) dojde ke snížení celkových skóreů dotazníku CAN. Z hlediska kvantifikace lze CAN interpretovat tak, že čím vyšší je celkový skóre, tím větší je potřeba klienta čerpat sociálně zdravotní služby, tedy „závažnost“ sociálních dopadů nemoci.

Vedle možnosti srovnání v čase vypovídajícím o efektu služeb jsme analyzovali obsahovou stránku výstupů. Díky struktuře 22 oblastí vzniká profil potřeb čerpat podporu formou sociálních služeb, zejména pak oblastí, ve kterých je potřeba čerpat péči ve sledované skupině výrazně zastoupena. Tato část má spíše informativní a přehledový charakter a je východiskem pro plánování rozvoje služeb (tedy oblastí péče, která je ve velké míře požadována).

Tabulka 1: Průměrné skóre a směrodatné odchylky CAN

	Průměrný skóre	Směrodatná odch.	Průměrný skóre	Směrodatná odch.
1. kolo	7,84	3,58	9,32	3,91
2. kolo	6,04	3,41	7,60	3,88

Při vyhodnocení získaných výstupů jsme nejprve provedli statistické zpracování dat formou stanovení průměrných skóreů jednotlivých kol se standardními odchylkami. Poté jsme provedli metodou t-testu ověření, zda můžeme prohlásit zjištěné změny za statisticky významné.

Díky vysokému rozptýlu hodnot jsou vypočítané hodnoty t-testu na velmi nízké úrovni statistické významnosti a nelze tedy prokázat přímý efekt poskytování služeb (hodnoty t byly 0,0571 a 0,094). Nicméně údaje vykazují pozitivní trend ve smyslu poklesu celkových skóreů mezi oběma sledováními. Nadějný trend ukazuje i kvartilové zobrazení.

Ačkoli zjištěná data prozatím neprokázala spolehlivě efekt poskytování služeb, můžeme předpokládat, že při rozšíření počtu sledování bude možné nejen prokázat efekt poskytovaných služeb, ale používat dotazník CAN jako spolehlivý nástroj pro zlepšování kvality těchto služeb.

Závěr

Péče o vážně duševně nemocné vyžaduje mezioborovou spolupráci a zapojení přirozených možností pomoci v jejich bydlišti. Cílem je zotavení nemocného a prostředkem k němu rehabilitačně působící služby. Vhodným nástrojem organizace péče je case management a multidisciplinární spolupráce. Tyto prvky obsahují zahraniční modely komunitní psychiatrie.

V České republice systémové změny oboru stále čekají na uskutečnění. Prozatím máme v některých regionech k dispozici komunitní sociální služby, jejichž působnost se rozrůstá. Předpokladem kvalitních komunitních služeb je dobrá spolupráce se zdravotnickými zařízeními a komunitními zdroji. Projevem profesionálního rozvoje služeb je rostoucí akcent na hodnocení kvality a efektivity.

MUDr. Petr Hejzlar
občanské sdružení
Péče o duševní zdraví
Bělehradská 389
530 09 Pardubice
E-mail: petr.hejzlar@pdz.cz

Do redakce došlo: 3. 8. 2010
K publikaci přijato: 3. 8. 2010

LITERATURA

- Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16(4): 11-13.
- Antony WA, Cohen M, Farkas M, Cagne Ch. *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for psychiatric rehabilitation, Trustees of Boston University 2002. 406 s.
- Carling PJ. Foundation for a new approach (1995); In: Weeghel J. *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness*. Utrecht: GfP 2002.
- Carling PJ. Promoting social integration (1995); In: Weeghel J. *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with severe mental illness*. Utrecht: GfP 2002.
- Dragomirecká E, Bartoňová J, Motlová L, Papežová H, Kožnarová R, Šrámková T. SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2006. 68 s.
- Kopelowicz A, Liberman RP. Integration of care: integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatr. Serv.* 2003; 54(11): 1491-1498.
- Kratochvíl S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál 2007. 383 s.
- Maone A, Rossi E. Care in the Community in Italy Twenty-five Years After the Psychiatric reform. *International Journal of Mental Health Winter* 2002-3; 31(4): 78-89.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the Leeds of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167(5): 589-595.
- Phillips SD, Burns BJ, Mueser KT et al. Moving assertive community treatment into standard practice. *Psychiatric Services* 2001; 52(6): 771-779.
- Pěč O, Koblíček K, Lorenc J, Beránková A. Denní stacionáře s psychoterapeutickou péčí. *Čes. a slov. Psychiat.* 2003; 99(S2): 10-15.
- Probstová V. Sociální práce s duševně nemocnými; In: Matoušek O et al. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál 2005. 352 s.
- Probstová V, Šelepová P, Dragomirecká E, Kalvoda H, Sochorová G, Pěč O. CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: 2006. 64 s.
- Ruggeri M, Dall'Agnola R. The development nad use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and Professional. *Psychological Medicine* 1993; 23(2): 511-523.
- Stuchlík J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Books 2002. 88s.
- Stuchlík J. Výsledky práce s metodou CAN-C ve službách psychosociální rehabilitace poskytovaných regionálními sdruženími Fokus. Mladá Boleslav: Fokus Mladá Boleslav 2007.
- Stuchlík J. Case management; In: Probstová V, Pěč O. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton 2009. 256 s.
- Thornicroft G, Szmucler G, eds. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press 2001. 585 s.
- Výroční zpráva za rok 2009. Pardubice: Péče duševní zdraví 2010. (dostupné na http://www.pdz.cz/data/files/Vyrocní_zprava_Pece_o_dusevni_zdravi_2009.pdf)
- Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14.3.2006. O sociálních službách.
- Zákon č. 435/2004 Sb. ze dne 13.5.2004. O zaměstnanosti.

SPRÁVNÉ ODPOVĚDI Z ČÍSLA 2/2010: 1c, 2c, 3a, 4d, 5b, 6a, 7b, 8b, 9?, 10f