

Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici

MUDr. Marek Páv, Ph.D.¹, Bc. Jana Pluhaříková Pomajzlová², MUDr. Jana Šťastná¹

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

²Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha

Proces psychosociální rehabilitace pomáhá lidem s duševním onemocněním (lidem s psychosociálními obtížemi) zvyšovat kvalitu jejich života a může významně pomoci na jejich osobní cestě zotavení. Staví na posilování silných stránek a zdrojů podpory, významně využívá práci s prostředím, s cílem maximálně podpořit začlenění lidí s duševním onemocněním do jejich běžného prostředí. Základním východiskem je zotavení jako nové paradigma péče, zplnomocňování, znovuvytváření vlastní identity a smyslu života. Důležité je vycházet z přání a potřeb samotného člověka s duševním onemocněním. S jedincem se systematicky pracuje na jeho přáních a potřebách v hlavních oblastech života, stanovují se dílčí cíle a postup k jejich naplnění. V lůžkové péči, i přes určitá omezení, lze uplatňovat psychosociálně rehabilitační přístup s výraznějším zapojením nemocných a jejich blízkých do rozhodování o léčbě. Lze také snížit míru restriktivity danou režimem oddělení a léčbu individualizovat. Týmy oddělení lze řídit více horizontálním způsobem s důrazem na multidisciplinární spolupráci. Nutné je zajistit týmům supervizní vedení, vzdělávání v teorii i praxi psychosociální rehabilitace a vytvořit podpůrné personální a materiální podmínky pro poskytování individualizované péče.

Klíčová slova: dlouhodobý průběh duševní nemoci, psychiatrická (psychosociální) rehabilitace, zotavení, závažné duševní onemocnění, péče v lůžkových zařízeních

Possibilities of psychosocial rehabilitation in long term inpatient care

The process of psychosocial rehabilitation helps people with mental health problems increase their quality of life and may have important role in the personal recovery process. It stands on supporting of strengths and sources of support, there is a major work with the environment with the goal to maximise possibilities of inclusion to the community. Tenets are the principles of recovery and empowerment, help in rebuilding personal identity and finding new meaning of life. It is important to step from wishes and needs perceived by the person him/herself. The person systematically works towards fulfilling his/her needs in major areas of life, setting individual targeted goals and progress towards their achievement. Psychosocial rehabilitation can/should be used in inpatient care by application of greater involvement of people with mental health problems and their families in treatment decision-making. Restrictivity of the therapeutic regime can be reduced and treatment can/should be individualised. Teams can be managed in a horizontal manner, with an emphasis on multidisciplinary collaboration. It is also important to ensure the teams are supervised, educated in rehabilitation theory and practice and create supportive recovery oriented environment promoting individualised care.

Key words: longer-term mental illness, psychiatric (psychosocial) rehabilitation, recovery, serious mental illness, inpatient care

Psychosociální rehabilitace

Lidé s dlouhodobým průběhem duševního onemocnění, zvláště schizofrenie, jsou zranitelnou podskupinou lidí s duševním onemocněním. Mají vážné obtíže v psychosociálním fungování, zapojení do běžného života i pracovního procesu. Tito lidé potřebují vysokou úroveň podpory a je nutná komplexní péče, kde jsou integrované zdravotní i sociální intervence. Proces rehabilitace pomáhá lidem s duševním postižením vytěžít co nejvíce ze schopností, které jim zůstaly pro to, aby mohli dosáhnout optimální existenční úrovně (1). Definice WHO pak psychosociální rehabilitaci definuje jako proces, který dává člověku příležitost dosáhnout optimální úrovně nezávislého fungování ve společnosti (2). Zahrnuje jednak posílení schopností dotyčného jedince, jednak uplatnění změn v jeho

okolním prostředí s cílem umožnit život v co nejvyšší možné kvalitě (3). Cílem je pak zajištění optimální úrovně fungování jednotlivců ve společnosti.

Lůžková rehabilitace (rehabilitace v lůžkových zařízeních)

Strategie reformy psychiatrické péče vymezuje úkol psychiatrických nemocnic jako zařízení poskytujících převážně rehabilitační služby (4). Strategie počítá s budováním komunitní péče a terénních týmů poskytujících péči v komunitě. Je však faktem, že někteří lidé nejsou schopni ani v podmínkách plně rozvinutého komunitního systému (např. Velká Británie) po ukončení akutní léčby komunitních služeb využít (lidé dlouhodobě neléčení, ochranné léčby, komorbidita, sociálně problematické

chování) a je nutné jim poskytovat další péči v lůžkových zařízeních (5); náš systém jistě není výjimkou. Požadavky na rehabilitační oddělení by mohly být formulovány následovně: oddělení navazuje na péči poskytovanou na akutních lůžkách a směřuje k zapojení do komunitní péče. V průběhu pobytu je zahájeno hodnocení individuálních potřeb lidí s duševním onemocněním, včetně mapování jejich přání, silných stránek a zdrojů, spolu s člověkem je vytvářen osobní plán (plán psychosociální rehabilitace). Jsou vypracovány strategie k naplnění těchto přání a potřeb, je navázána spolupráce s komunitními službami a blízkým okolím člověka. Poskytovaná terapie vede k posílení žádoucích dovedností vedoucích k samostatnosti, u jedinců jsou identifikovány oblasti s nutností podpory a tato podpora je zajišťována. Oddělení či jejich

pracovníci by měla vytvářet příležitosti ke zmocnění/ňování, podporovat sebedůvěru, naději a optimismus do budoucnosti a posilovat odvalu lidí s duševním onemocněním překonávat obtíže vzniklé jejich nemocí a stigmatem, jež s sebou nese. V současné době v ČR však neexistuje jednotná metodika takovéto léčby, projekt S.U.P.R si proto klade za cíl definovat rehabilitační postupy na odděleních následné péče psychiatrických nemocnic (6).

Principy psychosociální rehabilitace

Základní paradigma poskytování péče lidem se závažným duševním onemocněním ve vyspělých zemích je zotavení (recovery). Nejpoužívanější definice zotavení: „jde o hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu vlastního života tak, jak jedinec překonává závažný dopad duševního onemocnění“ (7). „Úzdrava je stav, kdy má člověk s duševním onemocněním pouze běžné, každodenní starosti“ (neznámý autor).

Jedná se o ústup od poskytování péče v rámci medicínského modelu, kde je kladen důraz na nemoc, deficit, diagnózu, deskriptivní psychopatologii, což vytváří asymetrii ve vztahu zdravotník – nemocný. Medicínský model po dosažení stabilizace zdravotního stavu vyžaduje spolupráci a podrobení se zdravotnickému postupu, naopak model zaměřený na zotavení se snaží o motivaci nemocného a aktivní spolupráci, podporuje v lidech naději, že je možné žít kvalitní život i přes dopady duševního (či jiného) onemocnění (8). Tento proces je osobní cestou člověka, je řízen jím samotným a posiluje jeho vlastní odpovědnost. Úlohou profesionálů je co nejvíce tento jedinečný osobní proces podpořit, vytvářet příležitosti pro větší uplatnění a posilovat naději v zotavení prostřednictvím blízkého osobně-profesionálního vztahu (spolupráce). V procesu zotavení je klíčové posilovat přirozené sociální vazby daného člověka a jeho začlenění (inkluzi) do komunity.

Proces zotavení probíhá v určitých fázích, které je nutné respektovat: ve fázi stabilizace je cílem získání kontroly nad projevy onemocnění, ve fázi reorientace je pak nutné zpracování prožitých zkušeností, hledání nové perspektivy, nalézání silných stránek a posílení či znovunalezení vlastní identity, smysluplných životních cílů a sociálních rolí. Ve fázi reintegrace pak dochází k postupnému uplatnění člověka ve funkčních rolích a začlenění do běžného života v co nejvyšší míře s co nejmenší mírou profesionální pomoci (8).

Zplnomocňování je proces přebírání kontroly a odpovědnosti za jednání, které mají záměr a potenciál směřovat k naplnění (uplatnění) vlastní kapacity ve věcech, které člověk sám považuje za významné (9). Nedílnou součástí zplnomocňování je posilování schopností člověka s duševním onemocněním k získání kontroly nad projevy své nemoci (selfmanagement) a nad situací, do které se dostal. Toto znovuzískání kontroly je založeno na vtahování člověka do rozhodování o svých krocích, volené léčbě a získávání stále větší autonomie. Kromě individuálního procesu zplnomocňování můžeme uvažovat také o zplnomocnění na úrovni organizace (služby) či na úrovni komunity. Proces duševního onemocnění často vede k zásadnímu snížení důvěry ve vlastní schopnosti, síla osobní identity bývá oslabena, a je tedy k jejímu posílení nutné stavět na zachovalých dovednostech a silných stránkách. Pracovníci mohou plnit roli facilitátorů v procesu zplnomocňování prostřednictvím budování respektujícího partnerského vztahu, vytvářením vhodných podmínek, poskytováním přístupu ke zdrojům a informacím, vytvářením příležitostí a možností volby pro člověka, propojováním s přirozenou sociální sítí a posilováním kapacity jedince k získání a zvýšení vlastní síly řídit svůj život (10). Je také důležité pracovat s tím, že i přes přítomné zdroje v prostředí člověk sám nemusí být schopen dané možnosti vnímat (11). Pokud se staví primárně na přáních a aspiracích samotného člověka, lze využít toho, že jde o silné motivační zdroje, které vedou k ochotě investovat čas a energii do určité činnosti či léčby (12).

Princip přítomnosti je jeden z klíčových prvků psychosociální rehabilitace. Duševní onemocnění často vede k narušení přirozené vztahovosti. V tomto kontextu je budování terapeutického vztahu základní dovedností pracovníků v pomáhajících profesích. Vnímání každého člověka s duševním onemocněním jako jedinečnou lidskou bytost, nikoliv jen jako obraz určité diagnózy či symptomů, je nezbytné pro kvalitní terapeutickou práci. Imperativem je, že každý člověk je schopný činit svá vlastní rozhodnutí ohledně záležitostí, které se ho týkají. Cílem je podpora poskytování individualizované péče tak, aby člověk trpící duševním onemocněním mohl získat důvěru ke své klíčové osobě, jež je mu k dispozici. Princip přítomnosti znamená být otevřen naslouchání jedinečnému příběhu člověka bez posuzování, validizovat to, co nám druhý člověk říká, „být tady a teď“ svou pozorností a osobním zapojením. Teprve poté se v rámci důvěrného vztahu otevírá prostor pro řešení důležitých otázek, umožní se „spolu-práce“. Rehabilitační proces optimálně probíhá v triadické spolupráci klient-profesionál-rodina (13).

Model CARE

Pro prostředí psychiatrických nemocnic v České republice byl zvolen Model CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation) (14). Jde o eklektický, integrativní přístup zahrnující všechny výše popisované principy – zotavení, posilování silných stránek, přítomnost. Tato metodika holandských autorů se zaměřuje v první řadě na zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním, je tedy v souladu s hlavním cílem reformy psychiatrické péče. Přístup funkčně propojuje prvky různých rehabilitačních škol, bostonské školy W. Anthonyho, kalifornské školy R. P. Libermana a kanadský model Ch. Rappa a R. Goshi (15). Metodika je použitelná jak v lůžkových zařízeních, tak i v komunitních službách, a může tedy sloužit jako univerzální pracovní metoda při dlouhodobé práci s lidmi s vážným duševním onemocněním, která umožní hladký prostup jedince celým systémem péče i díky reflektované zkušenosti s tímto typem práce v českých podmínkách (16).

Základní nástroje, způsob práce

Přístup se primárně celostně zaměřuje na jedince v kontextu jeho životní situace a sociálního kontextu. Práce probíhá ve třech dimenzích: vztahové, dimenzi činnosti a času, v němž se proces odehrává. Zaměřuje se na zvýšení kvality života prostřednictvím podpory v realizaci osobních přání a cílů, ve vyrovnávání se s vlastní zranitelností a skrze usnadňování přístupu k prostředí, které je s osobními cíli jedince v souladu.

Zásadní je budování a udržování rovnocenného vztahu s člověkem, pomoc při formulaci jeho přání, pomoc při rozhodování, při plánování a uplatňování jeho schopností v činnostech či prostředích dle jeho výběru.

Model CARE rozděluje oblasti života do 4 osobních a 4 životních domén. Tyto domény jsou vzájemně provázané a určují oblasti spolupráce a možné podpory.

Osobní profil je klíčovým nástrojem, který tyto domény odráží. Slouží jako průvodce spoluprací, mapuje přání, silné stránky a zdroje podpory jedince.

Použití Osobního profilu může významně změnit perspektivu nahlížení na situaci člověka. Příklad níže dokládá zásadní proměnu pohledu na příběh

klientky, který umožnil individuální přístup a specifický terapeutický plán v rámci léčby na otevřeném oddělení následné péče. Klientka byla opakovaně hospitalizovaná s postupně se rozvíjející a prohlubující psychotickou poruchou. Nástup do léčby byl vždy nedobrovolný a spojený s rostoucí agresí klientky vůči jejímu okolí. Myšlení klientky bylo rozbíhavé, neměla zájem spolupracovat, vyjadřovala nedůvěru k léčbě a její porozumění nemoci bylo velmi malé, opakovaně odmítala užívat medikaci.

Důležitým základním principem v rámci metodiky CARE je jednat v souladu s přáními, která mají pro člověka velký význam. Jsou to přání, která jsou pro něj důležitá, protože jsou spojena s potřebami, ambicemi nebo jeho výrazným zaujetím. Osobní profil je nástroj určený primárně člověku samému, který mu umožňuje přehledně si uspořádat svá přání, preference, předchozí zkušenosti a současné možnosti. Slouží pak jako podklad pro vypracování Osobního plánu – akčního plánu zotavení (Graf 1).

Proces spolupráce začíná navázáním kontaktu, vytvořením důvěry a vztahu spolupráce. Začínáme mapováním přání a silných stránek v jednotlivých doménách a formulujeme nejvýznamnější přání, která směřují k udržení či získání žádané životní situace

(např. získání bydlení, obnovu vztahů s rodinou). Z tohoto přání vyplyne konkrétní, pozitivně formulovaný dlouhodobý cíl, který dává člověku smysl a perspektivu do budoucnosti. Po stanovení hlavního cíle je nutné se zabývat konkrétními kroky k jeho naplnění. V praxi se osvědčuje vytvářet krátkodobé „akční“ plány (na týden až dva), které obsahují velmi konkrétní splnitelné aktivity s jasným určením, kdo co bude dělat, respektující pacientovo tempo a jeho současné schopnosti. Je velmi efektivní zahrnovat do procesu plánování blízké lidi a profesionály, kteří se spolupodílí na aktivitách v plánu. Stanovením dosažitelného a konkrétního cíle umožníme jeho splnění a posílíme motivace nemocného ke stanovování dalších postupných cílů, které jsou kladeny jako schody jeden nad druhý směrem k naplnění hlavního přání daného člověka.

Vrátíme-li se k příběhu klientky výše, jako největší přání vystoupila touha dokončit magisterské studium. Toto přání bylo pro klientku významné z mnoha důvodů. Pracovníci vyšli tomuto přání vstříc i přes své obavy a s klientkou sestavili Osobní plán a uzpůsobili aktivity na oddělení tak, aby klientka mohla na svém cíli pracovat: klientce

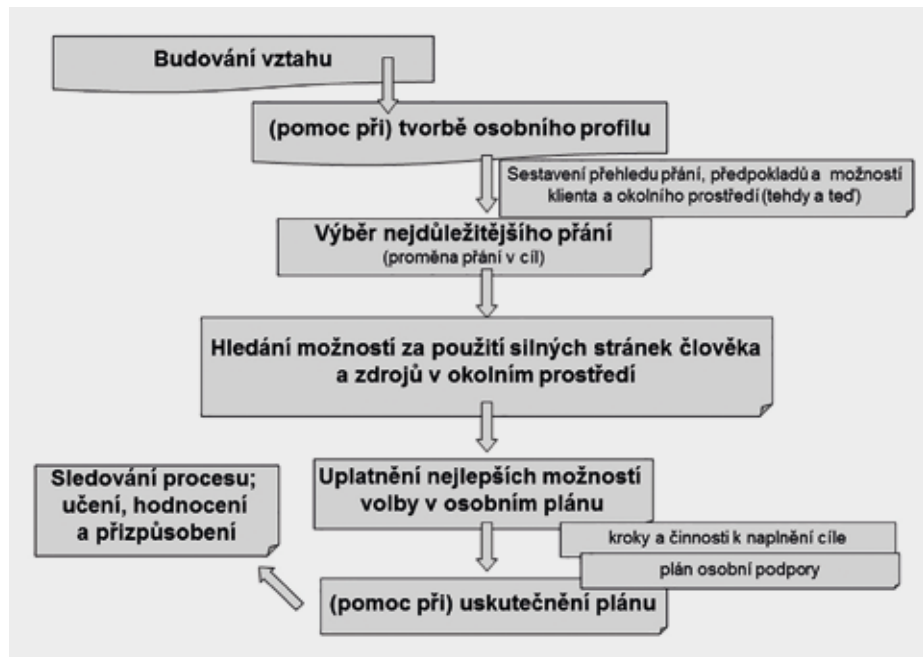
Tab. 1. Osobní profil – J. P. Wilken a D. den Hollander (2011; převzato od Rapp a Goscha, 2006)

| | | Jméno: Jméno pracovníka: |
|--|---|---|
| Současné schopnosti, předpoklady a zkušenosti | Přání a ambice | Schopnosti, předpoklady a zkušenosti v minulosti |
| Mám zažádáno o chráněné bydlení, na oddělení se dokážu o sebe postarat, umím hospodařit s penězi. | Bydlení Chci mít svůj byt a bydlet samostatně. | Bydlela jsem u rodičů, dokázala jsem bydlet sama v podnájmu. |
| Docházím na aktivity na oddělení, dokážu přijít včas na program, dobře vycházím s lidmi na oddělení. Mohu zkusit práci v tréninkové kavárně zde v nemocnici. | Práce, zaměstnání Chci pracovat mezi lidmi. | Pracovala jsem jako učitelka jazyků – angličtina, španělština, čeština pro cizince. |
| Mám přerušené magisterské studium. Dokážu se sama učit a připravovat na zkoušky, je to pro mě hodně důležité. | Učení se – vzdělávání se Chci dokončit vysokou školu – magisterské studium. | Dokončila jsem bakalářské studium, obor historie. |
| Ráda chodím na výlety. | Rekreace – volný čas Chtěla bych na dovolenou k moři. | Ráda jsem chodila do divadla, na výlety. |
| Jsem hospitalizovaná, cítím se lépe, s lékařkou mohu mluvit o vedlejších účincích léků. | Zdraví a pocit pohody Být zdravá. | Je to za mnou, nechci se k tomu vracet. |
| Dokážu se o sebe postarat, dodržuji základní hygienu, sestřičky mě občas povzbudí, to mi pomáhá. | Péče o sebe a o ostatní Zvládat péči o sebe. | Nechci se k tomu vracet. |
| Babička mě pravidelně navštěvuje, pomáhá mi, s tátou máme hezký vztah, s mámou je to složitější. | Vztahy Zlepšit vztahy s rodinou. | Měla jsem kamarády na škole, v rodině jsme měli hezké vztahy. |
| Nejvíce v bezpečí se cítím doma a teď na oddělení. | Bezpečí Cítím se v bezpečí u rodičů nebo ve svém bydlení. | Cítila jsem se v bezpečí, když mě lidé přijímali takovou, jaká jsem. |

Která přání jsou pro mě nejdůležitější?

1. Dokončit VŠ studium, získat titul Mgr., dokázat všem, že na to mám – na oddělení mi s tím pomohou a upraví mi terapeutický program (viz níže).
2. Zajistit si bydlení, osamostatnit se – mohu přestoupit do chráněného bydlení.
3. Práce mezi lidmi – později chráněná kavárna.

Obr. 1. Osobní plán – akční plán (dle (14))



umožnili věnovat se každý den přípravě na státnice, babička klientku každý den doprovodila domů, kde se jí dobře učilo a večer ji přivedla zpět na oddělení, klientka byla uvolněna z některých povinností na oddělení a účastnila se pouze ranních komunit, klíčová pracovníce se jí dále intenzivně věnovala, podporovala ji a vyjadřovala důvěru ke schopnostem klientky, plynule se rozplánovávaly další potřebné kroky. Postupně se tvořící vztah důvěry umožnil klientce lépe naslouchat i ohledně tématu nemoci a užívání medikace, což vedlo k větší stabilizaci zdravotního stavu. Klientka s touto podporou dokončila svou diplomovou práci a úspěšně složila státní zkoušky, což přineslo velké posílení pro sebevědomí klientky i pro posílení pozitivního obrazu o ní v blízkých vztazích.

Abychom realizovali vytyčené aktivity v rámci dílčích cílů, čerpáme tedy ze silných stránek nemocného a zdrojů podpory; vlastně celý plán je založen na silných stránkách. Zároveň platí, že Osobní plán patří klientovi, a to znamená, že je sestavován klientem a má mu sloužit. Konkrétní činnosti podporují proveditelnost a úspěšnost daných aktivit. Úspěch je motorem pro další činnost. V procesu plánování nabízí metodika Modelu CARE pracovníkovi nástroj Plán osobní podpory, kde pracovník může rozplánovat své aktivity, jak podpořit člověka v jeho úsilí. Metodika CARE má

k dispozici další nástroje, které pracují např. se zranitelností nemocného, s jeho sociálním okolím, či fyzickým prostředím. Pracuje také s institucionálním prostředím a nabízí nástroje pro evaluaci na zotavení orientované praxe.

Omezení daná lůžkovou péčí

Výše stručně popsany rehabilitační model pracuje se všemi zdroji, které jsou nemocnému v daném prostředí dostupné a které může využít k dosahování svých cílů. Tento přístup tímto doplňuje stávající rehabilitační praxi, založenou převážně na psychoterapii a režimové léčbě (17). V prostředí psychiatrické nemocnice to může být libovolná aktivita, terapeutická modalita, poradenství či činnost v zařízení dostupná či poskytnutá. Zároveň však v lůžkových zařízeních existují zásadní limity v pomoci nemocným dosahovat jejich potenciálu (18). Prostředí nemocnice vytváří mnoho pravidel, která přestože jsou nutná pro chod zařízení samotného, pro dosahování cílů nemocných a jejich zotavování však mají pouze částečný přínos. Omezení daná zdravotnickou povahou zařízení také vstupují do základního principu psychosociální rehabilitace – a to, že péče je individualizovaná a nesena primárně budováním vztahu. Překládání nemocného mezi odděleními, střídání ošetřujících lékařů a směnových sester často neumožňuje navázání dostatečně hlubokého

vztahu mezi nemocným a zdravotníkem, svou roli také hraje faktor limitovaného času určeného pro zdravotnickou intervenci. Pobyt na lůžku však může sloužit k navázání kontaktu s extramurální službou, která může vhodně navázat na rehabilitační práci započatou v lůžkovém zařízení (18). Podstatné je vycházení se stejných principů, vzájemná multidisciplinární spolupráce a vytváření podmínek pro uplatňování na zotavení orientované praxe.

Zavádění metodiky na oddělení

Pro zavádění metodiky do praxe je nezbytné, aby se co nejvíce posílila individualizace léčby. K tomu je velmi výhodné, aby každý nemocný měl svého klíčového pracovníka, na kterého se obrací ve všech důležitých aspektech, které se týkají jeho pobytu v nemocnici a plánování léčby. Na „akutních“ či příjmových odděleních nemocnic tímto pracovníkem je ošetřující lékař, který má dostatečně hlubokou znalost o zdravotním stavu nemocného, komunikuje s jeho rodinou či blízkými a koordinuje postup léčby. Po překladech na oddělení následně péče však počet nemocných v péči jednoho lékaře prudce narůstá (při průzkumu v roce 2014 to bylo 20–100 nemocných na jednoho lékaře v různých zařízeních) (6, 18) a tento proto není schopen roli klíčového pracovníka řádně plnit. Role klíčového pracovníka v rámci metodiky psychosociální rehabilitace je širší a pracují v ní lidé napříč profesemi. Je tedy žádoucí, aby s nemocným pracoval klíčový pracovník, který člověka skutečně může provázet v průběhu léčby – sestra, psycholog, terapeut či sociální pracovník, který je erudovaný v psychosociální rehabilitaci. Tento pracovník (ve spolupráci s týmem) je schopný společně s jedincem pracovat na sestavení Osobního profilu, Osobního plánu, jeho plnění, vyhodnocování a koordinaci. Je také smysluplné zapojování pracovníků komunitní péče do tohoto procesu, zvláště v případech, kdy člověk s duševním onemocněním již před hospitalizací pracoval s klíčovým pracovníkem v rámci komunitních služeb. Zde se nabízí multidisciplinární spolupráce, koordinace péče a včasné zapojení pracovníků z komunitních služeb do péče.

Paradigma zotavení sice do určité míry zapadá do intuice klinických pracovníků, medicínský přístup však v našich podmínkách zcela dominuje, jsou mu přizpůsobeny vnitřní procesy nemocnice, většina personálu v tomto přístupu pracuje a považuje jej tedy ze svého pohledu oprávněně za správný. Není to však otázka oprávněnosti přístupu, ale přínos pro člověka s duševním onemocněním, co by mělo převažovat. Tým, který je dostatečně reflektující, činí rozhodnutí kolektivně, naslouchající nemocným a jejich potřebám zcela přirozeně hledá způsoby, jak nemocnému pomoci v souladu s jeho vlastními přáními, a zde může být metodika CARE neocenitelným pomocníkem. Pro hodnocení celých oddělení je možné využití nástroje Vitaminový profil, který je součástí CARE metodiky, nebo nástroje QuIRC (19). Oba nástroje obsahují dimenzi měření orientace na zotavení, mezi další potenciálně využitelné nástroje patří Organizační profil zotavení, pro práci s personálem oddělení a celkovou orientací organizace je možné využití Inventáře znalosti zotavení (RKI) (8).

Práce multidisciplinárního týmu oddělení

Ukazuje se být výhodné, pokud tým oddělení není veden přísně hierarchicky, pokud se mohou všichni členové týmu účastnit rozhodování o klinických otázkách (20). Je podstatné, aby byl kladen důraz na vlastní volbu nemocných od prvních okamžiků, kdy se dostanou do profesionální péče. Tento princip neznamená to, že vedoucí týmu není vedoucím, ale to, že každý člen týmu včetně samotného nemocného dostává dostatečný prostor pro vyjádření svého názoru k dané věci. Týmové rozhodování je dlouhodobě efektivnější a je zatížené nižší chybivostí než rozhodnutí činěná pouze jednou osobou, jakkoliv erudovanou. V neposlední řadě také snižuje zátěž spojenou s obtížnými klinickými rozhodnutími. Supervize týmu pak podporuje schopnosti reflexe vlastní práce pracovníků, včetně sebereflexe stavů, do kterých je jejich práce s lidmi uvádí, a pomáhá mapovat a pojmenovat nejen pozice a role pracovníků oddělení, ale i vztahy mezi nimi. Tím pomáhá pojme-

novat a definovat společné cíle a postoje k nim. Lidé, kteří prošli psychickou nemocí (tzv. peer terapeuti), jsou inspirací pro ostatní nemocné, zvláště když jsou dále v životě úspěšní a zapojení do funkčních rolí. Je známou věcí, že zkušenost od jiných lidí, kteří prošli obdobnou zkušeností s nemocí (nebo jejichž zdravotní stav se již zlepšil), je pro nemocné přijatelnější než reflexe a rady lékařů či sester. Nemocného, který se z vážné nemoci již zotavil, pak mohou brát jako vzor a naději do budoucnosti. Vidí, že nemoc a problémy s ní spojené jsou řešitelné a že se z ní lze zotavit. Zapojení peer terapeutů v týmu oddělení posiluje i tým samotný, neboť jsou nejen nositelé naděje a zotavení, ale přináší i nezaujatý pohled na situaci nemocného skrze vlastní prožitou zkušenost (21).

Zavádění metodiky do lůžkových zařízení

Jako každá komplexní změna, i změna přístupu k rehabilitaci na lůžkových odděleních je procesem dlouhodobým, ve kterém musí panovat shoda a který by měl být v neposlední řadě zajištěn investicemi do posílení personálního obsazení a do vzdělávání a výcviku personálu (18). Je nezbytné, aby management zařízení či daného oddělení podporoval zavádění prvků psychosociální rehabilitace a péče zaměřené na zotavení. Tyto principy pak jsou součástí strategického plánu rozvoje nemocnice či organizace, služby dané organizace jsou budovány a poskytovány v souladu s těmito principy (14). Změna stylu práce následných oddělení pak podpoří jejich propojování s dalšími poskytovateli (např. Centry duševního zdraví) a plynulejší předávání nemocných mezi lůžkovou a extramurální péčí (22).

Grant SUPR: Vytvoření Systému Ucelené Psychiatrické Rehabilitace a jeho implementace v lůžkových zařízeních následné péče, NF-CZ11-PDP-1-002-2014, Program CZ11 „Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“.

Literatura

1. Watts FN, Bennett DH. Theory and practice of Psychiatric Rehabilitation, Chichester: Wiley, 1991.
2. WHO Psychosocial Rehabilitation- a consensus document. Geneva: WHO, 1996.

3. Liberman R. Recovery from disability. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2008.
4. Strategie reformy psychiatrické péče. MZ ČR. Praha; 2013.
5. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience. Br Med Bull. 2006; 79–80: 245–258.
6. Páv M, Kališová L, Holý M. Současný stav poskytování následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních v České Republice a možnosti zlepšení realizované v rámci projektu S.U.P.R. (Systém ucelené psychiatrické rehabilitace). Čes a slov Psychiat 2017; 113(2): 51–58.
7. 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): 11–23.
8. Davidson L, Rowe M, Tondora J, O'Connell MJ, Lawless M. Praktický průvodce péči orientovanou na zotavení. Praha: PN Bohnice, 2017.
9. User Empowerment in Mental Health – a statement by the WHO Regional Office of Europe. WHO 2010.
10. Staples LH. Consumer empowerment in a mental health system: Stakeholders roles and responsibilities, 1999 in Linhorst, D.M., Empowering People with Severe Mental Illness, A Practical Guide. New York: Oxford University Press. 2006.
11. Rapp CA, Gosha RJ. The Strengths Model, a recovery oriented approach to mental health services. Third edition. New York: Oxford University Press. 2006.
12. Rapp CA, Goscha RJ. The Strengths Model. Second edition. New York: Oxford University Press. 2006.
13. Baart A. A Presence Approach: an introductory sketch of a practice. Utrecht: Actioma. 2002.
14. Wilken JP, den Hollander D. Podpora zotavení a začlení, úvod do metodiky CARE. PN Bohnice, Praha; 2016.
15. Anthony WA, Cohen MR, Farkas, Gagne C. Psychiatric rehabilitation (2nd ed.). Boston MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University; 2002.
16. Pěč O, Probstová V. Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton. 2009.
17. Meluzínová M. Komplexní terapie psychóz v léčebném zařízení. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci; 2008.
18. Páv M, Kališová L, Příhoda P, Tatarko J, Šťastný M, Pastucha M, Gabriel J, Běhounek J. Metodika následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních. Výstupní zpráva a metodika, projekt S.U.P.R. – Systém Ucelené Psychiatrické Rehabilitace. Praha: PN Bohnice. 2017.
19. Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Schützwahl M, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kališová L, Onchev G, Alexiev S, Mezzina R, Ridente P, Wiersma D, Visser E, Kiejna A, Adamowski T, Ploumpidis D, Gonidakis F, Caldas-de-Almeida J, Cardoso G, King MB. The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. BMC Psychiatry. 2011; 11: 35.
20. Liberman RP, Hilty DM, Drake RE, Tsang HW. Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. Psychiatr Serv. 2001; 52(10): 1331–1342.
21. Foitova Z. Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví. Praha: CRPDZ; 2016.
22. www.psychiatrikarehabilitace.cz

Článek je převzatý z:
Psychiatr. praxi 2017; 18(2): 69–74

MUDr. Marek Páv, Ph.D.

Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91, 180 00 Praha 8
marek.pav@bohnic.cz