

POSKYTOVÁNÍ NÁSLEDNÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE V LŮŽKOVÝCH ZAŘÍZENÍCH V ČR A MOŽNOSTI ZLEPŠENÍ REALIZOVANÉ V RÁMCI PROJEKTU SUPR

původní práce

Marek Páv¹
Lucie Kališová²
Martin Holý¹

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice,
Praha

²Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN,
Praha

Kontaktní adresa:

MUDr. Marek Páv, Ph.D.
Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
180 00 Praha 8
e-mail: marek.pav@bohnice.cz

Podpořeno grantem 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“.

SOUHRN

Páv M, Kališová L, Martin Holý M. Současný stav poskytování následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních v České republice a možnosti zlepšení realizované v rámci projektu SUPR

Článek přináší informaci o záměru a cílech projektu SUPR (Systém ucelené psychiatrické rehabilitace), jenž byl financován norským finančním mechanismem a kterého se zúčastnila vybraná oddělení následné péče psychiatrických nemocnic v České republice v letech 2014–2016. Shrnujeme současný stav poskytování následné psychiatrické péče na těchto odděleních a popisujeme cíle projektu a možnosti změn péče za stávajících podmínek.

Klíčová slova: dlouhodobý průběh duševní nemoci, psychiatrická rehabilitace, zotavení, závažné duševní onemocnění.

SUMMARY

Páv M, Kališová L, Martin Holý M. Contemporary state of provision of psychosocial rehabilitation in the Czech Republic and possible improvements resulting from the grant project SUPR

The article provides information about the national project SUPR (System of complex psychiatric rehabilitation). This project, funded by Norway grants, took place from 2014 till 2016. Selected wards from all major psychiatric hospitals taking care of patients with longer-term severe mental illness participated in the project. Monitoring of contemporary state of provided psychiatric rehabilitation at these wards is summarised and objectives of the project together with suggestions of possible changes of care at current conditions in the Czech Republic are presented.

Key words: longer-term mental illness, psychiatric rehabilitation, recovery, serious mental illness.

ÚVOD

Problematika dlouhodobě psychiatricky nemocných s nižší úrovní funkčnosti vyžadujících každodenní péči byla

v našem systému péče poněkud opomíjena a doposud jí není věnována adekvátní pozornost. Jedná o specifickou

podskupinu nemocných, zejména s diagnózou schizofrenie. Lze konstatovat, že jde o nemocné s vysokou potřebou podpory a komplexity péče, s vysokou mírou pracovní neschopnosti a invalidizace, u nichž vzhledem k zranitelnosti a snížené sociální adaptabilitě dané chorobou může docházet také k porušování jejich práv. Péče o tuto skupinu nemocných je náročná a specifická a v národním měřítku představuje významnou finanční i společenskou zátěž, a to jak pro zdravotnický systém, tak i pro systém sociální péče.¹

Krátce po roce 1989 byly zahájeny první snahy o reformu psychiatrické péče v naší zemi, jejichž záměrem bylo rozšíření komunitní péče a omezení počtu psychiatrických lůžek. Tyto snahy probíhaly v souladu a v návaznosti na deinstitucionalizaci duševně nemocných ve většině evropských zemí. O dalších deset let později však byl odrazem těchto snah částečný pokles lůžkové kapacity v psychiatrických nemocnicích, investice do rozvoje péče v komunitě zůstávají nedostatečné. V roce 2013 byla zahájena další fáze reformy psychiatrické péče, která aktuálně probíhá a za hlavní cíl si klade zvýšení kvality života duševně nemocných.²

Koncept psychosociální rehabilitace u duševně nemocných („recovery concept“) spočívá nejen v podpoře schopnosti nemocných dostat příznaky onemocnění pod kontrolu, což se nám díky moderní psychofarmakologii velkou měrou daří, ale hlavně ve zvýšení schopnosti fungovat v běžném životě tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si k životu vybrali, a to s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.³

Dodnes je většina lůžkového fondu v oblasti psychiatrické péče v ČR lokalizována v psychiatrických nemocnicích, kdy značnou část z nich představují lůžka tzv. následné péče, tedy rehabilitační péče.⁴ Určitá podskupina nemocných je zde hospitalizována déle než rok, někteří i desetiletí a jenom část z nich je po propuštění schopna žít běžný život mimo psychiatrickou nemocnici, což lze přičítat chybějící podpoře v extramurálním prostředí.⁵ Strategie reformy psychiatrické péče definuje roli psychiatrických nemocnic jako zařízení poskytujících především rehabilitační péči. V současné době v ČR však neexistuje jednotná metodika přístupu k této skupině nemocných, která by se v těchto zařízeních uplatňovala, umožňovala mapovat psychosociální potřeby nemocných, individualizovat proces péče a řídit průběh léčby s ohledem na cíle a potřeby nemocných a zároveň byla v souladu s cíli reformy psychiatrické péče.

Je faktem, že někteří nemocní nejsou schopni ani v podmínkách plně rozvinutého komunitního systému (Velká Británie, Nizozemsko) po ukončení akutní léčby těchto služeb využít a je nutné jim poskytovat další péči v lůžkových zařízeních.⁶ Počty pacientů vyžadujících vysokou míru profesionální péče a podpory jsou však v ostatních („západních“) evropských zemích výrazně nižší než počty nemocných umístěných na odděleních následné péče psychiatrických nemocnic v České republice.

V roce 2014 byl zahájen projekt SUPR, na kterém se podílejí všechny velké psychiatrické nemocnice a léčebny v naší zemi, které poskytují dlouhodobou léčbu vážně duševně nemocných. Záměrem projektu bylo zvážit možnost zavedení prvků moderní psychosociální rehabilitace za stávajících podmínek péče o nemocné s dlouhodobým průběhem nemoci v České republice. Projekt vychází z předpokladu, že při realistickém náhledu na rychlost a možnosti

současné reformy psychiatrické péče je stále možné implementovat určité postupy, které zlepší kvalitu psychiatrické péče a povedou ke zvýšení psychosociálního fungování nemocných. V neposlední řadě je také nutné co nejširší okruh profesionálů seznamovat s novými koncepty a nalézat způsoby poněkud odlišného fungování v reformovaném systému, včetně hledání smysluplných rolí pro všechny účastníky. Vzhledem k tomu, že následná oddělení jsou obecně dlouhodobě na okraji zájmu investic do psychiatrické péče, bylo důležité začít s monitorováním současného stavu psychosociální rehabilitace právě na těchto odděleních.

Historie rehabilitačního přístupu v Československu sahá do šedesátých let 20. století, kdy v psychiatrických léčebnách vznikaly specializované psychoterapeutické přístupy a od 70. let i režimová oddělení zaměřená na komplexní péči o nemocné schizofrenií.^{7,8} Nejstarší takové oddělení bylo založeno v roce 1972 v opavské léčebně a díky svému zaměření na rehabilitaci a resocializaci psychóz se stalo středoškolským a posléze i vysokoškolským vzdělávacím střediskem.^{9,10} Po vzoru opavské léčebny vznikala další obdobná oddělení pro doléčování zvláště nemocných se schizofrenií.¹⁰ V současnosti téměř v každé psychiatrické nemocnici funguje oddělení, které nabízí integrovaný program kombinující farmakoterapii, skupinovou a individuální psychoterapii a doplňkové terapeutické aktivity.^{8,10} Programy oddělení a cílové skupiny jsou však poměrně heterogenní, podléhající místním možnostem technického a personálního vybavení.¹¹ V českých podmínkách byly od počátku 90. let zakládány organizace věnující se psychosociální rehabilitaci (Fokus od roku 1990), tyto organizace vycházely zvláště ze zahraničních rehabilitačních škol a jejich propojení s poskytovateli rehabilitační péče v psychiatrických léčebnách (nyní nemocnicích) nikdy nebylo dostatečné k tomu, aby tito poskytovatelé systémově dostatečně účinně spolupracovali, jakkoliv na mnoha místech již kvalitní spolupráce probíhá.

Data hodnocení kvality péče na tomto typu oddělení v roce 2011 ukázala, že moderní koncept péče vedoucí k úzdravě je kvalitněji poskytován v komunitních zařízeních (např. chráněných bydleních) než v psychiatrických nemocnicích, přičemž mezi odděleními následné péče v rámci psychiatrických nemocnic v České republice jsou velké rozdíly.¹² Z tohoto výzkumu také vyplynulo, že přímé srovnání komunitního charakteru péče a nemocniční péče je obtížné. Komunitní služby v naší zemi poskytují péči jen velmi malému procentu nemocných z celkového počtu potřebných a někdy uplatňují určitá vstupní kritéria. Není tedy zřejmé, zda se jedná o dvě srovnatelné skupiny a zda nemůže na následných odděleních psychiatrických nemocnic docházet k určité segregaci nemocných (např. s duální problematikou).

Cíli předkládaného projektu SUPR byly analýza současného stavu rehabilitace v psychiatrických nemocnicích, navržení možnosti změn současné praxe dle světových trendů, doplnění současného systému terapie a pilotní zavedení prvků metodiky psychosociální rehabilitace. Dále bylo součástí proškolení personálu v navržené metodice a podpora změn v režimu oddělení a systému léčby. Dalším cílem projektu SUPR bylo též měření účinnosti upraveného rehabilitačního systému. Velký důraz byl kladen na propojování lůžkové a extramurální péče, na práci s rodinou nemocných a na preventivní aktivity na lokální úrovni poskytovatelů.

METODA

Do projektu SUPR se zapojily psychiatrické nemocnice a léčebny: Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická nemocnice Dobřany, Psychiatrická léčebna Petrohrad, Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice, Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, Psychiatrická nemocnice Jihlava, Psychiatrická nemocnice Brno, Psychiatrická nemocnice Kroměříž, Psychiatrická léčebna Šternberk, Psychiatrická nemocnice Opava, Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské; všechny alespoň jedním svým oddělením (tab. 1). Výběr oddělení byl ponechán na zařízeních samotných dle uvážení managementu či přímé iniciativě pracovníků oddělení. Tyto nemocnice spolupracovaly na projektu s akademickými partnery Psychiatrickou klinikou VFN a 1. LF UK, Národním ústavem duševního zdraví a partnerem v rámci mezinárodní spolupráce DPS Nydalen (denní psychiatrická klinika) spadajícím pod norskou Univerzitu v Oslu.

Zařazená oddělení musela poskytovat následnou péči o nemocné s dlouhodobým průběhem nemoci zejména z okruhu F 2x.x a F3x.x dle MKN 10, nebyla zahrnuta oddělení gerontopsychiatrická ani oddělení léčby závislosti. Na oddělení nebyl kladen jakýkoliv předběžný požadavek týkající se personálního vybavení, spektra hospitalizovaných nemocných nebo charakteru péče.

K monitoraci stávajícího stavu péče na těchto odděleních jsme použili dotazník nazvaný SUPR I, jehož obsahem byl standardizovaný mezinárodní nástroj hodnotící kvalitu péče QuIRC^{12,13} (www.quirc.eu), který byl doplněn o některé specifické otázky sledující strukturální faktory jednotlivých zařízení. Oblasti, v rámci kterých jsme hodnotili kvalitu péče prostřednictvím 145 otázek hodnotícího nástroje QuIRC, byly: Prostředí (PR), Terapeutické prostředí (TP), Léčebné intervence (LI), Sebepečer a autonomie (SA), Sociální začlenění (SZ), Dodržování lidských práv (LP) a Praxe vedoucí k úzdavě (PVU).

Druhým monitoračním nástrojem byl otevřený dotazník SUPR II vytvořený týmem projektu, který zjišťoval stav péče v následujících doménách: A. Náplň rehabilitační péče na odděleních (22 otázek), B. Možnosti návaznosti péče (6 otázek), C. Plán psychiatrické rehabilitace (7 otázek), D. Diagnostické a terapeutické nástroje a školení (9 otázek), E. Otázky týkající se dokumentace a provádění školení (8 otázek), F. Možnosti poskytování preventivních aktivit (26 otázek). Hodnocení stavu proběhlo v září až říjnu 2014. Projekt byl schválen etickou komisí Psychiatrické nemocnice Bohnice.

VÝSLEDKY

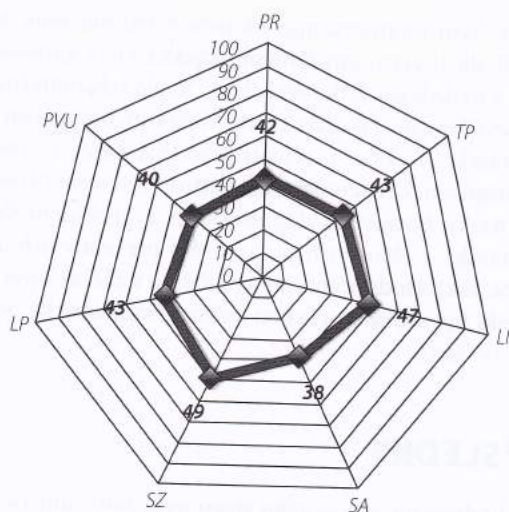
Do hodnocení současného stavu bylo zahrnuto 14 oddělení následné péče psychiatrických nemocnic v ČR. Ze zařazených oddělení bylo 6 koedukovaných, 6 jen pro muže a 2 jen pro ženy (celková kapacita 462 pacientů, průměrný počet pacientů na oddělení byl 35).

Z výsledků monitorace současného stavu péče použitím dotazníku SUPR I vyplynulo, že kvalita péče dle standardizovaného dotazníku QuIRC, tj. procentuální naplnění kvality péče ve výše uvedených 7 doménách, které odrážejí soudobý koncept „úzdavy“ a péče o duševně nemocné, je spíše nižší. Z mezinárodního hlediska je za „dobrý“ výsledek bráno naplnění kvality péče v jednotlivých doménách 70 %. V našich podmínkách vychází, že pouze některá zahrnutá oddělení naplňovala kvalitu péče z 50 % (graf 1).

Z výsledků také vyplynulo, že nejméně je naplněna péče v doméně autonomie a sebepečer, kdy ani jedno zařízení nezaplnilo 50 %. Dalšími oblastmi, kde existuje velký prostor pro zlepšení, je prostředí oddělení a praxe napomáhající zotavení. Je zřejmé, že jsou výrazné rozdíly mezi odděleními v různých zařízeních, kdy oddělení zvláště s rehabilitačním programem dosahovala relativně průměrného výsledku. Výsledky jako celek je však nutné hodnotit jako nejlépe průměrné ve srovnání s evropským standardem. Z dalších

Tab. 1. Přehled zařízení zapojených do projektu SUPR a jejich personální včetně možnosti

Zařízení	Personál celkem/1 pac.	Psychiatr /1 pac.	SZP/1 pac.	Sociální pracovníci/1 pac.	Psycholog /1 pac.	Terapeut /1 pac.
PN Bílá Voda	0,5	0,03	0,4	0,03	0,01	0,03
PN Brno	0,47	0,04	0,41	0,01	0,02	0
PN Dobřany	0,31	0,05	0,23	0,02	0,02	0
PN Havlíčkův Brod	0,46	0,06	0,34	0,01	0,04	0
PN Horní Beřkovice	0,47	0,04	0,43	0,02	0,01	0
PN Jihlava	0,4	0,04	0,34	0,01	0,01	0,03
PN Kosmonosy	0,33	0,01	0,3	0,02	0	0
PN Kroměříž	0,6	0,05	0,46	0,02	0,038	0,038
PN Opava	0,57	0,05	0,39	0,02	0,02	0,08
PN Petrohrad	0,42	0,04	0,34	0,02	0,02	0,004
PN Praha Bohnice oddělení 30	0,43	0,06	0,28	0,03	0,03	0,016
PN Praha Bohnice oddělení 13	0,77	0,09	0,62	0,01	0,01	0,03
PN Praha Bohnice oddělení 15	0,36	0,02	0,26	0,05	0,02	0,02
PN Šternberk	0,49	0,05	0,4	0,01	0,025	0
Celkem	0,47	0,05	0,37	0,04	0,02	0,017



Graf 1. Procentuální naplnění kvality péče v jednotlivých doménách dle dotazníku Quirc.

Poznámka: Průměr zařazených oddělení. PR – prostředí, TP – terapeutické prostředí, LI – léčebné intervence, SA – sebeopéče, autonomie, SZ – sociální začlenění, LP – lidská práva, PVU – praxe vedoucí k uzdravě.

strukturálních faktorů je potřeba zmínit, že oddělení, na kterých jsou umístěni nemocní dlouhodobě (měsíce až roky), jsou poměrně velká (až 50 lůžek na oddělení) a prostředí je spíše neútulné, nemocničního typu. Pokoje jsou pro několik nemocných (někdy i 8) a to snižuje šanci nemocných na soukromí. Tab. 2 zobrazuje strukturální faktory zařazených oddělení včetně počtu personálu na 1 pacienta.

Souhrn výsledků podle hodnocených oblastí (A–F) získaných na základě vyplnění dotazníku SUPR II:

A. Náplň rehabilitační péče na odděleních

Z analyzovaných 14 oddělení používala rozvinutou psychotherapii pouze čtyři z nich. Častý byl případ, kdy bylo personální vybavení poddimenzováno a školený pracovník, který by mohl vykonávat psychotherapii, byl blokován jinou prací, například psychologickou diagnostikou nebo běžnou prací sestry apod. Psychotherapeutické přístupy se lišily podle zaměření jednotlivých osob, které byly schopny psychotherapii poskytovat. Zhruba v polovině zařízení je věnována pozornost přípravě pacientů na získání zaměstnání – její intenzita a formy se však v různých zařízeních liší. Kroky směřující

k zaměstnání pacienta dělá sociální pracovníce, případně se pacient naváže na extramurální organizaci. V šesti zařízeních se tyto aktivity nerealizují. Sestry s lékaři často komunikují jen formou vizit, chybí rady, které by měly intervizní charakter. Sestry zaujímají převážně roli pečujících dozorců, v popředí zájmu je hlavně klid na oddělení a jeho bezproblémový chod, chybí týmy sdílená představa o budoucnosti jednotlivých pacientů a sdílený plán léčby. Psychoedukace je ve většině zařízení dostupná, není však poskytována v dostatečné míře. Používány jsou například programy PREDUKA nebo Program pro dobré zdraví.^{14,15} Někde se rutinně používá nácvik kognitivních funkcí, nejznámější a nejpoužívanější je Integrovaný psychotherapeutický program.¹⁵ Zástupci zařazených oddělení uvedli, že pacienti stráví organizovanou aktivitou odhadem průměrně 4,1 hodiny denně (2,5–6,5 h). Zároveň uvedli, že průměrně 48% nemocných na sledovaných odděleních je, dle jejich názoru, obtížné zapojit do jakýchkoli aktivit (8–83%). Příprava pacientů na pobyt mimo lůžkové zařízení v samoobslužných činnostech – finanční gramotnost, nákupy, běžná komunikace na úřadech, praní, vaření atd. – není dostatečná.

B. Možnosti návaznosti péče

Většina zařízení spolupracuje s neziskovými organizacemi komunitní psychiatrické péče v daném regionu. Nejčastěji jde o regionální organizaci Fokusu. Dalšími organizacemi jsou například o. s. Kolumbus, Nadace Bona, o. s. Vida, Baobab, Mana. DS Horizont, místní Charita atd. Plány na rozšíření komunitní péče a preventivních aktivit ve třech zařízeních počítají s větší spoluprací s neziskovými organizacemi. V pěti zařízeních žádná výraznější účast na komunitní péči neexistuje. Problémem se dle hodnocení jeví zapojení nemocných do aktivit mimo nemocnici. Kontinuita péče je většinou zajišťována zasláním propouštěcí zprávy obsahující pouze základní data. V komunikaci s pracovníky extramurálních služeb existuje velká variabilita. V nejhorší pozici jsou zařízení, která nemají v okolí vybudované možnosti komunitní následné péče, jejichž síť je velmi nerovnoměrně rozvinuta. Přestože některá zařízení mají možnost kontaktu s extramurálními organizacemi, systematicky ji nevyužívají. Pokud je nemocný přece jen navázán na komunitní služby, pak často vážně předávání informací podstatných pro další léčbu. V osmi zařízeních chybí denní stacionář, který by mohl tvořit most mezi lůžkovou péčí a péčí v komunitě. Až na jedinou výjimku chybí krizová centra s možností krátkodobé hospitalizace zaměřená na krizovou pomoc

Tab. 2. Fáze procesu zotavení z pohledu metodiky CARE

STABILIZACE	REORIENTACE	REINTEGRACE
Důraz na zvládnutí symptomů a snížení utrpení	Důraz na zkoumání důsledků nemoci pro blízkou budoucnost	Život nad rámec duševního onemocnění nebo poruchy
Podpora péče o duševní zdraví: – pomoc při získávání kontroly nad jednáním a prožíváním – farmakoterapie – nabídka bezpečí – osobní péče	Podpora péče o duševní zdraví: – zpracování zkušeností s nemocí, psychotherapie – zkoumání toho, co znamená být zranitelný z pohledu duševních obtíží – upevnění pocitu identity a hledání nového smyslu – pomoc při plánování budoucnosti – pomoc při vyrovnávání se s vlastní zranitelností	Podpora péče o duševní zdraví: – hledání vlastních silných stránek – práce na příběhu zotavení – zapojení do smysluplných aktivit uvnitř i vně nemocnice – budování smysluplných vztahů a rolí – nácvik dovedností – pomoc při dosažení požadované životní situace z hlediska bydlení, práce, učení a volného času

v terénu. Většina zařízení se nepodílí na poskytování komunitní péče ve svém regionu, nebo tak činí pouze okrajově. Zhruba v polovině zařízení se zapojují také osoby, které mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním (bývalí pacienti, většinou prostřednictvím patientských organizací – například o. s. Kolumbus, o. s. Vida).

C. Plán psychiatrické rehabilitace

Ve většině zařízení není u jednotlivých pacientů vypracován plán péče se zohledněním individuálních faktorů. Většina zařízení postupuje pouze dle povinného ošetrovatelského procesu. Jeho obsah je obecně dán vyhláškou a doplňován kritérii akreditačních procesů např. Spojené akreditační komise a je z velké části formální. Hodnocení individuálních potřeb nemocných není prováděno. Není zřejmé, co jsou cíle hospitalizace a léčby, pokud ano, nemocní s nimi systematicky nejsou seznamováni. Zapojení samotných nemocných do plánování péče je tedy minimální. Koordinace léčebného postupu je zabezpečena obvykle poradami týmů či vizitami vedenými s různou frekvencí a zastoupením členů terapeutického týmu. Délka hospitalizace není systematicky plánovaná, v zapojených zařízeních je velmi nejednotná, volná, neformalizovaná s délkou od 6 týdnů po několik let, s průměrem okolo 3 měsíců. U nemocných nejsou před propuštěním vypracovávány krizové plány navazující na systematickou psychoedukaci probíhající po dobu hospitalizace.

D. Diagnostické a terapeutické nástroje a školení

Při plánování léčby nejsou používány standardizované nástroje či postupy, v některých zařízeních jsou pracovníci školeni v práci s některými diagnostickými dotazníky. Sesterské škály jsou používány rutinně a velmi formálně. Nástroje mapování potřeb nemocných a měření jejich funkčnosti nejsou rutinně uplatňovány, personál s nimi nemá zkušenosti. Ani v jednom zapojeném zařízení nebylo na počátku projektu standardně zavedené supervizní vedení týmů oddělení na týmové či případové úrovni.

E. Otázky týkající se dokumentace

Z odpovědí vyplynulo, že pracovníci jsou zavaleni administrativou, je poptávka po jejím zjednodušení, zaznamenávání pouze důležitých věcí a jejich sdílení. Opakovaně bylo ventilováno, že pro nutnost vyhotovování zápisů není dostatek času na terapeutickou práci s nemocnými. Jsou vypracovávány formální ošetrovatelské plány, jsou přítomny rutinně zpracované epikrízy, evidují se aktivity. Pokud je zaznamenáván plán léčby, nebývá sdílen členy terapeutického týmu. Stávající softwarové prostředí pak neobsahuje možnost záznamu strukturovaného rehabilitačního plánu, je nepřehledné, není možné kontrolovat termíny, úkoly apod., nicméně v některých zařízeních toto zcela vyhovuje. Terapeutický plán je někdy s nemocnými konzultován, pouze v jednom případě však průkazným způsobem, tedy písemně.

F. Preventivní aktivity

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že preventivní aktivity nejsou jednotně organizovány a jejich financování není dostatečně zajištěno. Preventivní aktivity jsou poskytovány individuálně na základě dobrovolné iniciativy zdravotníků, bez finančního zajištění, někdy ve spolupráci s neziskovými

organizacemi nebo farmaceutickými firmami. Preventivní aktivity většinou nejsou zakotveny v koncepčních materiálech zdravotnických zařízení. Většina oddělení má pro pacienty k dispozici seznam poskytovatelů sociální rehabilitace, ne vždy jich aktivně využívá. Spolu s edukačními brožurami dává pacientům k dispozici i kontakty na neziskové organizace v regionu, které nabízejí služby lidem s duševním onemocněním. Pouze ve dvou zařízeních se tyto informace běžně neposkytují. Spolupráce s ambulantními psychiatry na poli prevence není v pěti zařízeních žádná. Tam, kde je navázána, týká se léčených pacientů (jejich hospitalizace), nebo účasti na nemocnicí pořádaných akcích. Většina zařízení se nepodílí na edukaci pro včasný záchyt onemocnění, ať jde o edukaci školských pracovníků, edukaci praktických lékařů, nebo o edukaci lékařů pro děti a dorost. Destigmatizační aktivity mají ve většině zařízení formu kulturních akcí, přednášek a festivalů. Čtyři zařízení se na destigmatizačních aktivitách nepodílejí.

DISKUSE

Z výsledků monitorování současného stavu poskytování rehabilitační péče v psychiatrických nemocnicích v České republice vyplynulo několik zásadních zjištění. Vzhledem k velké kapacitě a naplnění oddělení, malému počtu personálu na pacienta (počty jeden psycholog na 40 pacientů či jeden lékař na 30 pacientů jsou alarmující), nedostatku školených terapeutů a nedostatečné podpore shora odvíjí se možnosti psychosociální rehabilitace od motivace jednotlivců, případně vedení oddělení a jsou do jisté míry limitované. Prostředí oddělení je někdy neosobní, nemocniční, což je v rozporu s moderními doporučeními psychiatrické rehabilitace, kdy jedním z předpokladů dobré péče je co nejvíce domácí prostředí podobné tomu v běžném životě.^{6,17} Dozajista se na tomto deficitu odráží okrajový zájem o tato oddělení, včetně nedostatečných finančních investic. Podfinancovanost segmentu se také odráží v erudici personálu, jeho výcviku a vzdělání. Paternalistický systém péče, který je odrazem možností poskytovatelů při dané kapacitě a personálním vybavení, si klade za cíl udržet pomocí relativně striktního neindividualizovaného režimu pacienty klidné, bez rušivých projevů.¹⁸ Nemocní v tomto prostředí mají omezený kontakt s vnějším světem, jejich aktivity jsou kontrolovány a plánovány v rámci programu oddělení, toto zapadá do konceptu institucionalizace.¹⁷ V tomto prostředí také dochází s vyšší pravděpodobností k porušování práv nemocných, spokojenost nemocných s touto léčbou je nižší i s ohledem na pouze částečnou dobrovolnost jejich pobytu.¹⁹ Nemocní ztrácejí s délkou hospitalizace motivaci ke změně své životní situace, v neposlední řadě také dochází ke sebestigmatizaci s negativními důsledky na kvalitu jejich života.²⁰ V rámci projektu SUPR byly získané výstupy analyzovány a na jejich podkladě byly následně navrženy možnosti změn (cíle č. 1–6) konceptu péče v našich podmínkách.

Základní a zcela nezbytná je paradigma **změna pohledu na způsob řešení problémů vážně duševně nemocných (cílová změna č. 1)**. Každý nemocný se na cestě k uzdravě z jakéhokoliv, i duševního onemocnění, setkává s řadou překážek. Projevy onemocnění, ztráta hod-

notných rolí, finanční obtíže, narušení vztahů s rodinou a přáteli jsou faktory, na které je nutné se zaměřit a jež je třeba řešit na základě zmapování potřeb a cílů samotného nemocného.²¹ Zotavení nemocných se schizofrenií vede k získání kontroly nad symptomy onemocnění, ke zvýšení schopnosti nezávislého života, snížené závislosti na profesionální podpoře a k pevnějším sociálním vazbám.²² Pohled zaměřený na zotavení klade do popředí nutnost soustředit se na silné stránky jedince a využívat jejich potenciál ke znovuzapojení do běžného života.^{23,24} Pokud se zabýváme hlavně popisem psychopatologie, ztráty funkčnosti a nabízíme pouze farmakoterapeutické řešení, potlačujeme výše uvedené aspekty, což má na reintegraci nemocných negativní dopad.²⁴ Samozřejmě je cílem léčby potlačení příznaků nemoci, nicméně přístup zaměřený na zotavení tyto léčebné aspekty doplňuje o individuální stanovené cíle v kontextu schopností nemocných.^{24,25} V neposlední řadě existují důkazy, že uplatnění konceptu zotavení je v lůžkových zařízeních i mimo ně spojeno se sníženými náklady na péči v dlouhodobém průběhu.^{26,27}

Důležité je podporovat schopnosti nemocného k získání kontroly nejen nad projevy své nemoci, ale také opětovně nad celým svým životem („empowerment“). Toto znovuzískání kontroly je založeno na vtahování nemocného do rozhodování o léčbě s podporou stále větší autonomie v každém následujícím kroku.^{21,23} Každý člověk, i když důsledkem průběhu onemocnění ztratí mnohé schopnosti, stále má své silné stránky, jejichž posilování či využívání je spojené se zvýšeným pocitem sebedůvěry a subjektivně vnímanou kvalitou života. Proces duševního onemocnění často vede ke ztrátě sebedůvěry, síla jství bývá zásadně oslabena, a je tedy k jejímu posílení nutné stavět na zachovalých dovednostech a silných stránkách.^{21,24,28} Každý má svá přání, cíle, touhy, sny. Tyto jsou silnými motivačními zdroji, které vedou k ochotě investovat čas a energii do určité činnosti.^{29,30} Přirozená nadání, životní zkušenosti, ať jsou spirituálního, náboženského, nebo sportovního druhu, lze využít v procesu zotavení, v opětovném nacházení silných stránek a překonávání obtíží spojených s duševním onemocněním.^{29,30}

V procesu údravy je žádoucí posilovat vztahy, sociální vazby daného nemocného a jeho začlenění do kruhu rodiny, přátel, známých. Proces údravy probíhá v určitých fázích, které je nutné respektovat: ve fázi stabilizační je cílem získání kontroly nad projevy onemocnění po překonání krize vyvolané duševním onemocněním, ve fázi reorientační pak je nutné zpracování prožité zkušenosti a hledání nové perspektivy, znovuzískání pocitu identity a hledání smyslu a ve fázi reintegrační pak dochází k postupnému zotavení ve funkčních rolích, posílení silných stránek a začlenění do běžného života v co nejvyšší míře.²⁹

V projektu SUPR jsme se rozhodli v praktických aspektech aplikace konceptu zotavení do běžné klinické praxe využít komplexně vypracovanou metodiku psychosociální rehabilitace CARE.³⁰ Výhodou metodiky CARE je její univerzálnost, neomezenost na profesní skupinu, možnost zavřetí libovolné služby do plánu léčby, existence aktuálního studijního materiálu a existence e-learningové a trenérské platformy. Zásadním aspektem je pak reflektovaná zkušenost s použitím v našich podmínkách a možnost dalšího proškolení na národní úrovni („Train the trainer“). Toto umožní proškolení dostatečný počet pracovníků

nemocnic bez nutnosti vynaložení dalších nákladů a bude zárukou možnosti setrvalého zavádění metodiky na následných odděleních v jednotlivých zařízeních.

Cílem č. 2 je zvýšení provázanosti a míry spolupráce jednotlivých členů terapeutického týmu a jejich další spolupráce s extramurálními poskytovateli péče a rodinou pacienta. Tento cíl byl stanoven na základě poznatku, že systém poskytování péče vážně duševně nemocným je nedostatečně provázaný nejen mezi poskytovateli, ale i v rámci jednotlivých poskytovatelů. Poskytování péče v lůžkových zařízeních často vede ke střídání ošetřujících lékařů, sestry se střídají ve směnném provozu, další personál není trvale dostupný a dochází tak k nekontinuitě v předávání relevantních informací. Prostor pro navázání terapeutického vztahu je těmito faktory limitovaný. Základem je podpora individualizované péče nesené vztahem tak, aby nemocný mohl získat důvěru ke své klíčové osobě a spolupracoval s ní v rámci tohoto terapeutického vztahu, což se nemůže obejít bez zavádění prvků case managementu do stávajícího systému. Teprve poté se v důvěrném rámci vztahu otevírá prostor pro důležité otázky, umožní se „spolupráce“ na cílech důležitých pro nemocného. Rehabilitační proces optimálně probíhá v triadické spolupráci klient–profesionál–rodina. Práce s rodinou a sociálním okolím nemocného představuje další způsob, jak lze překonat stagnaci v léčbě a posilovat motivaci nemocného. Je faktem, že nejčastějším důvodem dlouhodobého pobytu v lůžkovém zařízení jsou chybějící zdroje v přirozeném prostředí nemocného, proto je nutné spolupráci s rodinou a poskytovateli mimo nemocnice považovat za zásadní zdroj možností k znovuzapojení do běžného života.³⁰ Nástrojem pro tuto změnu v rámci projektu je úprava nemocničních databází a vytvoření modulu plánování sloužící podpoře přenosu důležitých informací mezi členy týmu a také mezi poskytovateli. Potřebné je, aby personál oddělení komunikoval a spolupracoval jako multidisciplinární tým. Zdá se, že řada oddělení funguje na základě stereotypních pravidel, což jen zhoršuje tendenci k vyhoření personálu. V neposlední řadě to také neumožňuje reflektovat případovými kazuistikami práci oddělení. Ve většině zařízení personál možnost supervize a zpětné vazby neměl, a proto projekt zavádí supervizi na daných odděleních. Metodika CARE umožňuje s týmem oddělení pracovat metodou skupinového koučingu jako specializovanou formou případové supervize.

Každý pacient by měl mít vytvořený **individualizovaný plán péče (cílová změna č. 3)**, který vychází z mapování jeho potřeb a v rámci kterého by mohl personál v nemocnici i komunitě postupovat podle stanovených a realizovatelných cílů. Zásadním aspektem je spoluúčast nemocných na sestavování tohoto plánu, je nezbytné od počátku hospitalizace vtahovat nemocného do rozhodování o dalších krocích. Plánování musí vycházet z šetření potřeb nemocných, jejich přání a vlastních preferencí. Individuální plán péče by měl zahrnovat využití možností psychosociální rehabilitace a obsahovat i plány akutní a krizové. Zvýšení odolnosti na stresové podněty a schopnost adekvátně reagovat na změny životní situace jsou důležité aspekty prevence relapsu onemocnění a rehospitalizace. Je nezbytné také vytvořit systém komunikace a pravidelné setkávání s komunitními organizacemi jako součást práce oddělení a rehabilitačního plánování. Toto znamená i navázání

spolupráce s terénními case manažery při tvorbě a přehodnocování individuálních plánů. Perspektivní je také větší zapojení ex-uživatelů péče v roli tzv. peer terapeutů, přítomnost těchto pracovníků vede k zlepšení klimatu oddělení a posílení participace nemocných na léčbě.³¹ Součástí dobré praxe je také sestavení krizového plánu při přípravě na plánované propuštění, kdy na základě proběhlé psychoedukace nemocný zná své prodromální příznaky a díky tomuto plánu dokáže reagovat na známky relapsu kontaktováním podpory ve svém přirozeném okolí. Variantní možností je využití systému ITAREPS.³²

Cílem č. 4 je úprava režimu a prostředí oddělení. Prostorů na následných odděleních není v současnosti možné díky restrikcím daným závaznými předpisy (nároky na strukturální a hygienickou kvalitu, udržovatelnost, čistotu, omezené možnosti investic) jednoduchým způsobem zútlumit. Všechna oddělení mají velmi striktní a daný režim (budíček, večerka, přesně stanovený čas denních aktivit). Takový režim jednoznačně potlačuje autonomii pacientů. Je s otázkou, jak lze tento aspekt změnit při současném počtu pacientů na oddělení a poměru pacientů na počet personálu, tyto faktory jsou ekonomické povahy dané systémovým nastavením. Pacienti ve většině zařízení nemají výraznější možnosti ovlivňovat chod oddělení, jejich možnost volit aktivity na oddělení i mimo ně je limitovaná. Je nutné se snažit o změnu atmosféry oddělení, kdy se zútlumí prostředí, což zvýší pocit bezpečí, umožní přehlednost rolí a možnost jejich smysluplného nácviku ve smyslu milieu therapy.³² V projektu je též zaváděn nízkoprahový přístup pacientů k internetu a podpora nácviku kognitivních funkcí. Je tím podpořeno vyhledávání informací, kontakt s rodinou, případně přístup na sociální síť, což snižuje komunikační bariéru danou pobytem na oddělení.³⁴ Je vhodné zahrnout pacienty do spolupráce v léčbě zaváděním funkční patientské spoluprávy, povzbuzovat je k přebírání kompetencí v plánování programu a chodu oddělení. Je určitě vhodné vzít v úvahu, že koedukované oddělení je více odrazem běžné společnosti než oddělení rozdělené podle pohlaví, limitem však často jsou stavební dispozice daného oddělení.

5. cílem projektu je rozšíření spektra terapeutických aktivit, které pomohou nemocným nabýt dovedností, které jim následně umožní co největší sociální začlenění do běžné komunity. Opět je nutné změnit pohled na poskytovanou terapii, která byla dosud zejména zaplněním volného času. Poskytované cvičné aktivity by měly podporovat osvojení dovedností použitelných v běžném životě, jako jsou např. cvičné kuchyňky či nácvikové byty.³⁵ Cílem je zahrnout tyto terapie a nácviky dovedností, které jsou individualizované pro daného nemocného a snaží se podpořit jeho schopnosti nezávislého fungování v oblastech, ve kterých potřebuje podporu. Toto se nemůže obejít bez specializované ergoterapeutické diagnostiky, která však v zapojených zařízeních takřka absentuje. Na tyto nácviky lze poté navázat v extramurální péči. Sem patří nácvik praktických sociálních dovedností, kognitivních funkcí, rodinná terapie, techniky zvládání příznaků nemoci, sportovní terapie a mnohé další. Důležité je též soustavné poskytování psychoedukace, projekt zavádí na zúčastněných odděleních sestrami prováděnou psychoedukaci pomocí sestavy pomůcek CESTA.³⁶ Dalším aspektem je péče o tělesné zdraví nemocných, exis-

tuje dostatečný standard poskytování nutriční péče, tento je vhodné doplnit o nácvik pohybových aktivit, osvědčuje se například nordic walking. V rámci projektu SUPR jsou výše uvedené změny v různém rozsahu implementovány.

Jako 6. cíl byla stanovena podpora prevence duševních onemocnění. Jde primárně o prevenci sekundární a terciární. Základem je práce s rodinnými příslušníky duševně nemocných, jejich edukace a podpora. Důraz by měl být též kladen na prevenci na lokální úrovni pořádáním seminářů pro praktické lékaře, dětské lékaře a učitele na lokálních školách. V rámci aktivit byly vydány brožury pro tyto profese a také pro samotné nemocné a jejich rodinné příslušníky. Preventivní aktivity pak podpoří i webová stránka obsahující informace o duševních onemocněních a mapu lokálních poskytovatelů zdravotní a rehabilitační péče. Tato mapa podporuje propojování péče lůžkové a psychosociální na úrovni lokálních poskytovatelů.

ZÁVĚR

Komplexní rehabilitační péče o vážně duševně nemocné s vysokou potřebou podpory je v naší zemi nedostatečně rozvinutá s ohledem na moderní koncepty poskytování této péče. Zcela většinou je poskytována v rámci medicínského paradigmatu na lůžkových odděleních, kdy je nemocný víceméně pasivním příjemcem léčebných intervencí. Toto je vhodné změnit a při řešení dlouhodobých problémů nemocných vycházet z konceptu zotavení (úzdava, „recovery“), které dané osobě dává mnohem vyšší prostor pro její volbu a přání, což vede k její dlouhodobě lepší spolupráci v léčbě a je v dlouhodobém měřítku efektivnější. Přístup vyžaduje individualizovaný pohled na pacienta, posilování jeho silných stránek a autonomie. Současná následná péče autonomii nemocných spíše omezuje a dlouhodobé pobyty pak vedou spíše ke ztrátě pro život důležitých dovedností a postupnému vypořádání se z funkčních rolí než k jejich posilování. Terapeutický režim na odděleních psychiatrických nemocnic je léty prověřený, ale v mnoha ohledech dlouhodobě nemodernizovaný a nekoresponduje se současnými trendy rehabilitace v psychiatrii; nácvik v běžném životě použitelných dovedností často absentuje.

Z příčinných faktorů je nutné uvést zejména nedostatečné personální obsazení následné péče. V některých zařízeních chybí pestrost nabízených aktivit i jejich přínosnost v ohledu zlepšení schopnosti nemocných posunout se do vyšší funkční úrovně s nižší potřebou péče. Faktem také je, že v mnoha regionech psychiatrické nemocnice nemají dostatečně vybudovanou síť partnerů poskytujících pobytové či sociálně rehabilitační služby. Zdá se, že řada problémů je formálně obtížně řešitelná (podfinancování psychiatrické péče, striktní omezení pojišťovnamí, nedostatečná dostupnost komunitní péče atd.). Je kladen malý důraz na spolupráci s poskytovateli mimo lůžková zařízení, kdy po dobu hospitalizace mají nemocní limitované možnosti komunikace s vnějším světem, nedochází k žádoucímu propojování péče s extramurálními poskytovateli na rutinní bázi.

Rehabilitace v lůžkových zařízeních by měla být „na půl cesty“ mezi akutními lůžky a komunitní péčí. V rámci projektu SUPR navrhujeme možné změny, které by mohly vést ke zkvalitnění péče o tuto skupinu nemocných. Jde

zejména o zahájení hodnocení individuálních potřeb klientů včetně jejich přání a potřeb a vypracování strategie k naplnění těchto potřeb a posílení žádoucích dovedností nezávislého života. Z hlediska nezbytnosti zajištění kontinuity péče a jejímu zacílení je podstatné rutinní sestavování individuálního plánu, který by dával směr terapeutickým intervencím jak v průběhu terapie v lůžkovém zařízení, tak i po propuštění. Tento plán musí zohlednit dlouhodobé cíle nemocného a jeho potenciál, nikoli pouze popisovanou psychopatologii a funkční deficit. Je též nezbytné posílit spolupráci s rodinou nemocného a jeho

dalšími blízkými osobami. Dále je nutné zahájit spolupráci nemocného s komunitními službami (zejména s nově budovanými Centry duševního zdraví) již v průběhu pobytu a tím zajistit dlouhodobou kontinuitu péče. Změny v této oblasti však nejsou realizovatelné za současného počtu personálu na odděleních následné péče. Pro uplatnění individualizovaného přístupu je nutné nejen zvýšit počty personálu na těchto odděleních (případně snížit počty nemocných), ale především obnovit jeho erudici investicí do vzdělávání v psychosociální rehabilitaci a celá oddělení zapojit do systematické supervize týmové i případové.

LITERATURA

1. Dlouhý M. Mental health services in the health accounts: The Czech Republic. *Social Psychiatry* 2010; 3, doi:10.1007/s00127-010-0210-6.
2. Strategie reformy psychiatrické péče. MZ ČR: Praha 2013.
3. Anthony WA, Cohen MR, Cohen BF. Philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach. *New Dir Ment Health Serv* 1983; Mar (17): 67–79.
4. Höschl C, Winkler P, Pěč O. The state of psychiatry in the Czech Republic. *Int Rev Psych* 2012; 24 (4): 278–285.
5. Winkler P, Mladá K, Krupchanká D, Agius M, Ray MK, Höschl C. Long-term hospitalizations for schizophrenia in the Czech Republic 1998–2012. *Schizopr Res* 2016; 175 (1–3): 180–185.
6. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience. *Br Med Bull* 2006; 79–80: 245–258.
7. Kalina K. Psychoterapie II. – Psychoterapie u psychóz 1979. Zprávy VÚPs č. 44.
8. Syřišťová E. Skupinová psychoterapie psychóz (ve vztahu ke schizofrennímu onemocnění). Praha: Univerzita Karlova 1982.
9. Strossová I. Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi. Zprávy VÚPs č. 71. Praha: VÚPs 1984.
10. Meluzínová M. Komplexní terapie psychóz v léčebném zařízení. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2008.
11. Bartoš J. Prostředí jako terapeutický faktor – zkušenosti z psychiatrického oddělení, Integrativní přístup k léčbě pacientů se schizofrenií. Sborník. Ostrov: Psychiatrické oddělení nemocnice Ostrov 2001.
12. Kališová L, Raboch J, Nawka A, Černý M. Kvalita péče o dlouhodobě nemocné umístěné v psychiatrických zařízeních v ČR. Jaké možnosti máme? Čes a slov Psychiat 2013; 109 (5): 211–217.
13. Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Schützwohl M, Schuster M, Cervilla JA, Brangier P, Raboch J, Kališová L et al. The development of the Quality Indicator for Rehabilitation Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 2011; Mar 1 (11): 35.
14. Motlová L. PREDUKA: preventivně edukační program proti relapsu psychózy. Bratislava: EVYAN 2007.
15. Kitzlerová E. Program pro dobré zdraví – ohlédnutí za prvním rokem. Čes a slov Psychiat 2006; 102: 91–94.
16. Roder VH. Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT). Praha: Triton 1993.
17. Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry* 2013; Jun 18 (13): 169.
18. McInown Johnson M, Rhodes R. Institutionalization: a theory of human behavior and the social environment. *Adv Soc Work* 2007; 8: 219–236.
19. Sheehan KA, Burns T. Perceived coercion and the therapeutic relationship: a neglected association? *Psychiatr Serv* 2011; 62: 471–476.
20. Holubová M, Prasko J, Latalová K, Ocisková M, Grambal A, Kamarádová D, Vrbová K, Hruby R. Are self-stigma, quality of life, and clinical data interrelated in schizophrenia spectrum patients? A cross-sectional outpatient study. *Patient Prefer Adherence* 2016; 10: 265–274.
21. Anthony WA, Cohen MR, Farkas, Gagne C. *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Boston MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University 2002.
22. Liberman RP, Kopelowitz A, Venture J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002; 14: 256–272.
23. Liberman R. *Recovery from disability*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing 2008.
24. Anthony WA. Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (4): 11–23.
25. Davidson L, Rowe M, Tondora J, O'Connell MJ, Lawless M. *A practical Guide to Recovery Oriented Practice*. New York: Oxford University Press 2008.
26. Slade M, Longden E. The empirical evidence about mental health and recovery: how likely, how long, what helps? Victoria: MI Fellowship 2015.
27. Hjortsberg CL, Helldin, Jhaerthag E, Loethgren M. Cost for patients with psychotic illness: differences depending upon state of remission. *J Ment Health Policy Econ* 2011; 14 (2): 87–93.
28. Killaspy H, Marston L, Green N, Harrison I et al. Clinical outcomes and costs for people with complex psychosis: a naturalistic prospective cohort study of mental health rehabilitation service users in England. *BMC Psychiatry* 2016; Apr 7 (16): 95.
29. Anthony WA, Liberman, RP. The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull* 1996; 12: 542–559.
30. Wilken JP, den Hollander D. Podpora zotavení a začlenění, úvod do metodiky CARE. Praha: PN Bohnice 2016.
31. Foitová Z. Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví. Praha: CRPDZ 2016.
32. Spaniel F, Vohlídka P, Hrdlická J, Kozený J, Novák T, Motlová L, Cermák J, Bednarík J, Novák D, Höschl C. ITAREPS. Information technology aided relapse prevention programme in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; Jan, 98 (1–3): 312–317.
33. Hummelvoll JK, Barbosa da Silva A. A holistic existential model for psychiatric nursing. *Persp Psycho Care* 1994; 30: 7–14.
34. Kalckreuth S, Trefflich F, Rummel-Kluge Ch. Mental health related internet use among psychiatric patients: a cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 368.
35. Ammeraal MA, Coppers J. Understanding Living Skills: First Steps to Evidence based Practice. Lessons Learned from a Practice-based Journey in the Netherlands. *Occup Ther Int* 2012; 19 (1): 45–53.
36. Petr T, Bankovská Motlová L, Fišarová Z, Novotná B, Běhounek J. CESTA: Program pro lepší spolupráci při léčbě. Praha: ČAS 2012.