

PECC - NOVÁ MOŽNOST HODNOCENÍ A MĚŘENÍ PSYCHÓZ ...NEJEN PRO LÉKAŘE A KLINICKÉ PSYCHOLOGY?

Mgr. Barbora Wenigová

Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Praha

PECC (Nástroj pro vyhodnocování psychóz k běžnému použití pro ošetřovatele – Psychosis evaluation tool for common use by caregivers) je nově v Belgii vyvinutý nástroj pro vyhodnocování a sledování psychotických pacientů jak hospitalizovaných, tak ambulantních. Umožňuje přesné a průběžné vyhodnocování různých oblastí, které souvisejí jak s pacientem samotným, tak s plánováním a vyhodnocením zásahů.

Přestože jsou pro posuzování jednotlivých stránek symptomatických a funkčních výsledků psychotických poruch k dispozici různé nástroje, existuje potřeba *integrovaného nástroje hodnocení vhodného pro každodenní ošetrovatelskou práci*. Nástroje, jež by bral v potaz nejen klinické, ale i rehabilitační a společensko-rodinné aspekty onemocnění.

Toto semi-strukturované interview je určeno především pro zdravotní sestry. Ty hrají mnohdy klíčovou roli v léčbě a v péči o psychotické pacienty.

Užívání PECC se datuje v České republice od r. 2000, a to především v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov a v Psychiatrické klinice Hradec Králové. Do této doby prošlo programem padesát pacientů s diagnózou schizofrenního okruhu.

Zavádění PECC farmaceutickou firmou JANSSEN CILAG do běžné zdravotní péče nepochybně přispěje ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče a léčebných postupů.

Úvod

Konstatování, že obor psychiatrie se nyní nachází ve velmi dynamické fázi, není v žádném případě přehnaný. S potěšením lze zaznamenat, že tato dynamika má svůj původ v oboru samotném. Ve zdravotní péči dochází ke stále rostoucí diferenciaci, a to především ve snaze nabídnout účinnější odezvu na různorodost potíží, se kterými se lidé na tento obor obrací o pomoc. Náležitý popis těchto obtíží je proto nezbytný.

Orientace na klienta a nezbytnost účinného využití omezených zdrojů a pracovních sil vedou k lepší péči o nemocného, mimo jiné proto, aby se zabránilo hospitalizaci pacienta na delší než nezbytně dlouhou dobu nebo opakovaně.

Rostoucí profesionalita v oboru – především mezi zdravotními sestrami – vytváří potřebu nástrojů pro registraci, hodnocení a komunikaci. V kontextu zlepšování zdravotní péče je důležitým úkolem systematické a průběžné sledování (individuálního) pacienta. To platí také pro PECC.

Pro skupinu pacientů s psychotickými poruchami je PECC užitečný nástroj. Je určen k použití pro zdravotní sestry, a další ho mohou využít k základnímu výcviku pro práci v oblasti duševního zdraví – jak k vyhodnocení pacienta, tak účinku intervencí.

Přínos PECC do lůžkové a ambulantní praxe

Hlavním přínosem používání PECC je **včasné integrované hodnocení všech relevantních oblastí pacienta** a jeho okolí, zejména v čase po nástupu na oddělení. Díky přispění k včasnému stanovení psychiatrické a rehabilitační diagnózy a naplánování adekvátního léčebného postupu v začátku péče o pacienta je možno *předcházet relapsům nemoci a zkvalitňovat pacientův život*.

Součástí je, díky dotazování a vysvětlování, také edukace. Nejvíce o nemoci (k získání náhledu) a léčbě.

Dalším přínosem je kvalitnější **zahrnutí zdravotních sester do péče o pacienta**. Je to logické, protože právě zdravot-

ní sestry jsou mnohdy v nejintenzivnějším kontaktu s pacienty, zvláště pak na lůžkových odděleních. Dále je od nich v rámci psychiatrické péče žádáno „pozorování a podávání zpráv“ o tom, co se kolem pacienta děje v kteroukoliv denní i noční hodinu. K větší objektivizaci hodnocení je vhodné použití hodnotících stupnic, které umožňují také opakované měření. Takto vytvořené zprávy jsou *prvním základním komplexním zhodnocením stavu pacienta* pro další členy týmu i pro samotného pacienta.

Vedlejším, přesto neméně důležitým přínosem PECC, je *zlepšení znalostí, vědomostí a dovedností zdravotních sester*.

Hodnocení

Pacient během psychotické fáze obvykle postrádá jakékoliv pochopení své nemoci a potřeby psychiatrické medicíny. Tvrdí, že není nemocný, prožívá své bludy a halucinace jako realitu; cítí, že je sledován, ohrožován, odposloucháván nebo že dostává zprávy, slyší hlasy atd. Během této fáze je obvykle nutná hospitalizace, kde může být pečlivě sledován a mohou mu být *podávány potřebné léky*. Po akutní péči mu musí být poskytnuta podpora v ambulantním zařízení, aby zde znovu získal své pracovní-společenské postavení. Postupně jsou mu nabízeny konkrétní *psychoterapeutické a rehabilitační programy, které jsou upraveny podle úrovně pacienta a rychlosti rekonvalescence*. V každé z těchto fází je nutné se vyvarovat příliš brzkému uložení nadměrně vysokých požadavků, které by pacienta přetížily – to by mohlo vést k zesílení a znovuvyvolání psychotických zážitků. Naopak příliš malá stimulace a povzbuzování by vedly k regresi, delší hospitalizaci či docházení do stacionáře a omezení společenské a pracovní integrace.

Schizofrenní psychóza je zátěžová nejen pro pacienta samotného. Také pro jeho rodinu je toto onemocnění zdrojem stresu a trvalých obav. **Hodnocení a léčba by měla probíhat na různých úrovních se zaměřením pozornosti jak na**

biologicko-psychologické pozadí a individuální rehabilitační aspekty, tak i na rodinné faktory.

Hodnocení problematických oblastí, potřeb, dovedností a potenciálu a možných zdrojů pomoci je ústředním bodem nástroje PECC. Základním principem tvorby hodnocení je přímé pozorování chování. Tam, kde nelze pacienta přímo pozorovat ve všech situacích, je třeba dbát na skutečnost, že pečlivé, strukturované dotazování se na anamnézu či současné problematické oblasti může poskytnout také mnoho informací. *Pacientův vlastní názor je v tomto procesu nepostradatelnou součástí každého procesu hodnocení.*

Součástí léčby je také průběžné hodnocení. Shepherd (1989) mluví o „průběžném sondování hranic změny“. Vyhodnocování ukáže, zda měl léčebný zásah nějaký vliv. Dále je třeba brát v úvahu konečný cíl hodnocení. V případě PECC povaha hodnocení závisí na tom, že se používá k vytvoření a vyhodnocování individuální, konkrétní pomoci pacientovi.

Protože výsledek léčby závisí v mnohém na znalostech a dovednostech pacienta a pomoci, které mu poskytne okolí, a nejen na současných příznacích, musí i tato diagnostická technika **kombinovat tradiční psychiatrickou diagnostiku a rehabilitační diagnostiku.** Psychiatrická diagnostika poskytuje důležitou klasifikaci.

Nabízí však málo užitečných informací o možném rehabilitačním potenciálu pacienta. Diagnostika pro účely rehabilitace musí poskytovat praktické informace o současných obtížích a dovednostech, které jsou nutné k soběstačnosti ve společnosti. Kromě toho je zde také vyhodnocení prostředí pro vyhledávání možných zdrojů pomoci.

Jinými slovy, je nutno sledovat u pacienta příznaky, které ho v současnosti limitují a možnosti jejich odstranění, ale také neschopnosti vzniklé v důsledku příznaků a cesty, jak s nimi zacházet. Na druhou stranu není možno zapomínat na pozitivní potenciál pacienta a jeho zdůraznění.

Shepherd (1990) popisuje *12 oblastí, do kterých lze situovat potřeby pacienta.* Pro každou tuto oblast se snaží formulovat popis možných problémů a pozitivních aspektů a snaží se získat představu o závažnosti problému a potřebě zásahu.

Pro příklad uvádím přehled těchto různých oblastí:

- právní oblast (*ochranná opatření*)
- finanční oblast (*zdroj příjmů, hospodaření s penězi*)
- bydlení (*druh ubytování, bydlí pacient sám*)
- každodenní činnosti (*hygiena, domácnost, vaření, mezilidská komunikace*)
- zaměstnání (*spokojenost s prací, pracovní cíle, nezaměstnanost a druh pomoci*)
- pomoc ze strany rodiny (*vztahy s rodinou, možnost pomoci*)
- sociální pomoc ve společnosti (*sociální síť, společenské kontakty*)
- fyzická kondice (*tělesná kondice, tělesné potíže, kontakt s odborníky*)
- duševní zdraví (*předchozí hospitalizace, současné obtíže, funkční omezení*)

- podávání léků (*současná medikace, vedlejší účinky léků, compliance s medikací*)
- vztah mezi ošetřovatelem a pacientem (*kvalita a povaha vztahu*)
- zapojení dalších odborníků (*další osoby zapojené do pomoci pacientovi*).

Zdravotní sestry

Jak již bylo uvedeno výše, pozorování a podávání zpráv je jednou z hlavních náplní práce zdravotních sester. Výhodou je, že se stýkají s pacientem často a nejméně formálním způsobem. Mnohdy znají i příbuzné. Nicméně je zde potřeba opatrnosti. Z důvodu přímého kontaktu a angažovanosti vůči pacientovi je riziko, že hodnocení nebude objektivní. Používání hodnotící stupnice může výrazně eliminovat subjektivní vlivy a usnadnit popisy chování pacienta. Předchází také situaci, kdy by mohly být některé funkční aspekty pacienta opomenuty.

Tyto výhody ale neznamenají, že zdravotní sestry vidí zavádění posuzovacích stupnic do své práce s nadšením. *Nejčastějšími výhradami jsou:* skepse vůči možnosti vyjádřit složitost chování člověka číselnými údaji, nárok na další čas, zvětšení objemu administrativní práce, nezáměr ostatních členů týmu o výsledky sledování.

Možností, jak zvýšit jejich motivaci, je odborné školení, zvýšení kompetence a důležitosti postavení v týmu, *zkvalitnění vlastní odbornosti.* Ze své zkušenosti vím, že není-li možno motivovat sestru také finančním přispěním (což pojišťovna nedovoluje), je zásadním důvodem pro práci s PECC to, že sestra získá v rámci týmu vlastní odborné pole a nástroj, ve kterém je kompetentní. Čím dříve přichází pacienti na PECC, tím jsou informace získané sestrou cennější, protože členům týmu dosud neznámé.

Administrace testu

Hodnocení se provádí vždy po přijetí pacienta na oddělení a dále se v pravidelných intervalech opakuje. K opakování dochází také tehdy, je-li nějaká změna ve stavu či okolnostech pacienta.

Administraci provádí vždy jedna sestra s pacientem a trvá cca 1,5 hodiny. Sestra se dotazuje na jednotlivé dané položky a odpovědi zaškrťává do záznamového archu. Po ukončení rozhovoru údaje přepisuje do PC verze programu. PC verze není nezbytná, je však výhodná pro možnost vizuální zpětné vazby vůči pacientovi, možnost dokumentace o ošetřovatelské péči a užívaných antipsychotik a dále možnost statistických analýz (je-li k dispozici potřebný vzorek probandů).

Celkem tedy trvá administrace i s vyhodnocením nálezu a zapsáním do PC verze cca 2 hodiny.

Ve fázi hodnocení je největší možnost zkreslení výsledků ze strany sestry tehdy, zhodnocuje-li intenzitu příznaku či omezení funkčnosti číselným vyjádřením. Jestliže však hodnocení vychází ze strukturovaného pohovoru, toto zkreslení do určité míry překonává. Dále doporučuji provádět hodnocení sestrami, které mají zkušenosti z práce s pacienty již na určité úrovni. K užití PECC je třeba umět vést rozhovor s pacientem.

Pro možnost srovnání výsledků testů je nutno sladit vidění sester a jejich měření pacientových problematických oblastí. K tomuto účelu byla vypracována metoda se specifickým školicím kurzem. Ten se skládá z hodnocení výcvikového videa ve skupině. Dále je pokračováno hodnocením výcvikového videa ve dvojicích (jedna sestra vede pohovor spolu s druhou sestrou, která pozoruje a poslouchá; pacienta hodnotí nezávisle na sobě a tyto výsledky pak probírají s psychiatrem či jiným odborným vedoucím).

Od zavedení PECC do praxe na dvou pracovištích (Praha a Hradec Králové) se třikrát sešli všichni pracovníci s PECC z obou míst. Pomocí videa, společného hodnocení, srovnávání a výměny zkušeností se postupně sladila hodnotící kritéria všech zúčastněných zdravotních sester.

Popis testu

PECC je nástroj pro hodnocení psychotických pacientů. Vývoj PECC je založen na práci Evy Lindströmové (Lindström et al., 1997). Autorka vypracovala ve Švédsku originální kontrolní seznam pro účely hodnocení schizofrenních pacientů.

Nástroje, ze kterých byly vypracovány oblasti hodnocení jsou:

- Měření celkového výsledku

Globální klinický dojem – CGI (Guy, 1976)

Globální funkční hodnocení – GAF (Jones et al., 1995)

- Závažnost příznaků

Stručná psychiatrická hodnotící stupnice – BPRS (Overall and Gorham, 1962)

Psychiatrická hodnotící stupnice – KGV (Kraweicka et al., 1977)

Stupnice pro hodnocení pozitivních příznaků – SAPS (Andreasen, 1984)

Stupnice pro hodnocení negativních příznaků – SANS (Andreasen, 1989)

Stupnice pozitivních a negativních syndromů – PANSS (Kay et al., 1989, Kay, 1991)

- Pozorovací stupnice chování a hodnocení funkční úrovně

Ošetřovatelská pozorovací stupnice pro hodnocení hospitalizovaných pacientů – NOSIE (Honigfeld, 1974)

Stupnice společenské přizpůsobivosti – SAS (Weisman et al., 1981)

Rehabilitační hodnotící stupnice – REHAB (Baker and Hall, 1988)

Stupnice sociálního fungování – SFS (Birchwood et al., 1990)

Profil životních dovedností – SFS (Parker et al., 1991)

- Hodnocení vedlejších účinků antipsychotických léků

Simpsonova a Agnusova stupnice (Simpson and Agnus, 1970)

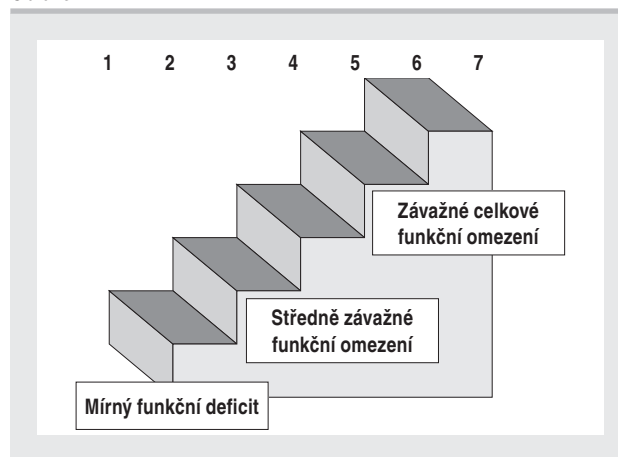
Stupnice abnormálních a mimovolních pohybů – AIMS (Guy, 1976)

Hodnotící stupnice pro extrapyramidový příznak – ESRS (Chouinard et al., 1980)

Stupnice pro hodnocení subjektivních a kognitivních vedlejších účinků (Awad et al., 1995; Naber, 1995).

Výzkumná práce Lindströmové (Lindström et al., 1997) byla východiskem pro další vývoj PECC. V tomto seznamu jsou oproti původnímu upraveny základní body a kromě toho byly vypracovány specifické pohovory za účelem zjednodušení hodnocení příznaků. Je použita 7bodová stupnice (pro většinu příznaků) nebo 4bodová stupnice (pro ostatní hodnocení) s vyznačením krajních hodnot nebo středového bodu.

Obrázek 1.



PECC se skládá ze šesti sledovaných oblastí:

- příznaky
- vedlejší účinky
- časné varovné signály
- psychosociální stresory
- každodenní činnosti
- osobní cíle.

Hodnocení a posouzení se zakládají na událostech a zkušenostech za **poslední týden**. Hodnocení příznaků je založeno na údajích z pozorování z denní praxe a na základě polostrukturovaného pohovoru PECC. Doplnuje se anamnestickými údaji a je-li potřeba i údaji od ostatních členů týmu.

Rozhovor začíná tím, že sestra znovu vysvětlí pacientovi účel setkání (na vyšetření posílá pacienta příjmový či ošetřující psychiatr). Vysvětlí mu, jak bude dále s těmito údaji nakládáno a požádá o souhlas.

Dále ho vybídne, aby stručně popsal svou situaci a aktuální problémy. Odpověď může být podnětem pro pozdější hlubší rozbor. U určitých příznaků a položek mohou být nutné specifické otázky týkající se například pacientova chápání poruchy. U některých položek např. u otázek na stupeň soběstačnosti, je dobré se dodatečně informovat u kolegů z týmu, kteří mají pacienta v péči, či u rodinných příslušníků.

Otázky nemusí být nutně kladeny v daném pořadí. Po určitém čase, když sestra získá zkušenosti s rozhovorem, může libovolně vybírat v tématech dle toho, jak plyne rozhovor s pacientem. Někdy může začít spíše emocionálními otázkami, ne přímo dotazy na psychotické problémy. Vždy je však třeba získat informace o všech oblastech.

Také je možno pozměnit znění otázek, zdají-li se příliš krkolomné. Je nutné pak změny konzultovat s vedoucím odborníkem, aby otázka neztratila platnost.

Hodnocení příznaků vychází ze základních bodů. Pokud je příznak přítomen, je nutno položit *doplňující otázky* týkající se četnosti, trvání nebo subjektivní závažnosti příznaku a jeho dopadu na soběstačnost za účelem vyhodnocení *závažnosti příznaku*.

Příznaky jsou seskupeny do pěti skupin po čtyřech příznacích se dvěma doplňujícími položkami týkajícími se pochopení nemoci a jednou položkou o sebevražedných představách nebo chování.

Příznaky

Pozitivní příznaky

- bludy
- grandiozita
- halucinace
- neobvyklý obsah myšlení

Negativní příznaky

- snížená pohyblivost
- emoční oploštělost
- chudý komunikační vztah mezi pacientem a jinými lidmi
- pasivní/apatické stažení

Depresivní příznaky

- úzkost
- deprese
- pocity viny
- somatické obavy

Excitační příznaky

- vzrušení
- špatné ovládání podnětů
- nepřátelství
- neochota spolupracovat

Kognitivní příznaky

- potíže s abstraktním myšlením
- dezorientace
- konceptuální dezorganizace
- nepozornost nebo stažení

Ostatní příznaky

- pochopení poruchy - příznaky
- pochopení poruchy - příčiny
- stupeň sebevražedných záměrů

Vedlejší účinky

Posouzení a hodnocení je založeno na událostech a zážitcích posledního týdne. Hodnocení vedlejších účinků se provádí na základě údajů odpozorovaných v denní praxi a z pacientových odpovědí na otázky. Vedlejší účinky se hodnotí na stupnici od 1 do 4.

Literatura

1. De Hert, M., Bussels, J., Lindstrom, E., Abrahams, F., Fransens, Ch., Peuskens, J. (1999): PECC - nástroj pro hodnocení psychózy k běžnému použití pro ošetřovatele. Kortenberg, Belgie. 53 pp.

Vedlejší účinky EPS

- parkinsonismus
- dystonie
- akathisie
- pozdní dyskineza

Anticholinergní vedlejší účinky

- sucho v ústech
- rozostřené vidění
- retence moči
- zácpa
- kognitivní porucha - potíže se soustředěním
- kognitivní porucha - potíže s pamětí

Hormonální vedlejší účinky

- galaktorhea
- gynekomastie
- amenorhea

Další vedlejší účinky

- závrať
- denní spavost
- ospalost
- sexuální dysfunkce
- nespavost
- váhový přírůstek
- ortostatická hypotenze

Další parametry

Stejně jako u příznaků a vedlejších účinků je obdobím, ve kterém se hodnotí následující parametry, období posledního týdne. Hodnotící stupnice má v každém případě rozsah od 1 do 4 a je specifická pro každý parametr.

Časné varovné signály

Psychosociální signály

Každodenní činnosti

Osobní cíle

Závěr

Pokud chce někdo pomoci vhodné podpory a vhodného prostředí pomoci psychotickému pacientovi dosáhnout co nejlepší funkční úrovně v rámci jeho omezení, pak je kromě znalosti příležitostí a možností, které nabízí okolí, nezbytné správné vyhodnocení problémů a potenciálu pacienta.

PECC je nedávno vypracovaný nástroj pro hodnocení a sledování psychotických pacientů. Tímto nástrojem lze přesně vyhodnotit a zaznamenat různé oblasti, které jsou relevantní pro pacienta a pro zavedení a vyhodnocení ošetřovatelských zásahů. Je to uživatelsky příjemný nástroj, který umožňuje průběžné sledování v přijatelném časovém rámci.