

Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách

MUDr. Petr Hejzlar

Pardubická krajská nemocnice a.s., Psychiatrické oddělení
o.s. Péče o duševní zdraví – region Pardubice

Článek se zabývá možnostmi sociální rehabilitace duševně nemocných v České republice. Klade důraz na celostní pojetí rehabilitace, které je předpokladem integrace zdravotních a sociálních intervencí v zájmu duševně nemocných. Uvádí příklady dobré praxe rehabilitačních aktivit v lůžkových psychiatrických zařízeních, denních stacionářích a komunitních sociálních službách. Zabývá se indikací rehabilitačních programů. Hodnotí současnou realitu spolupráce zdravotních a sociálních služeb a uvádí fungující příklady spolupráce.

Klíčová slova: sociální rehabilitace, integrovaná péče, komunitní psychiatrie, rehabilitační programy.

Social rehabilitation of mentally ill persons in contemporary conditions

The article concerns with social rehabilitation of mentally ill persons in Czech Republic. This text emphasises the comprehensive approach to rehabilitation as an assumption for integration of medical and social interventions. The examples of good practice are submitted both in psychiatric hospitals, day-care centers and social services. The indication for rehabilitation programs are discussed. The evaluation of contemporary level of co-operation between medical and social services is proposed as well as the presentation of the providers' collaboration.

Key words: social rehabilitation, integrative care, community psychiatry, rehabilitation programs.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(5): 226–230

Úvod

Pojem sociální rehabilitace lze vyložit parciálně jako proces obsahující konkrétní úkony a programy zlepšující sociální dovednosti a postavení duševně nemocných. Tento článek klade důraz na celostní výklad pojmu rehabilitace jako hlavního společného cíle veškerých zdravotních i sociálních intervencí: aby duševně nemocní pokud možno žili v běžných životních podmínkách, vykonávali obvyklé sociální a osobní role a fungovali co nejvíce samostatně (1). Takový výklad přináší integraci širokého spektra péče o duševně nemocné lidi. Integrovaná zdravotně sociální péče je zvláště pro vážně duševně nemocné z dlouhodobého hlediska nejvýhodnější (2). Z tohoto hlediska je efektivní a praktické, když se těžiště péče o nemocného nachází v jeho přirozeném prostředí, v komunitě. Podmínkou je dostatečně hustá a dostupná síť ambulantí a lůžkových zařízení, existence sociálních služeb pomáhajících nemocnému v jeho bytě, městě, vesnici a koordinované propojení různých odborných nástrojů pomoci. O pozitivních výsledcích přeměny péče o psychiatrické pacienty do vyvážené podoby se zastoupením komunitních služeb existuje řada dokladů (3, 4, 5, 6, 7). Tento prorehabilitační integrovaný celek nazýváme komunitní psychiatrií (8). Jinými slovy – komunitní psychiatrie nezahrnuje pouze segment komunitních psychosociálních služeb, ale jde o celý komplex od lůžkových zaří-

zení, přes denní stacionáře, ambulance, rezidenční zařízení, chráněná pracoviště až po terénní služby, který společně pracuje v zájmu duševně nemocného na globálních rehabilitačních cílech, s aktivním zapojením jeho samého i jeho blízkých. Pokusme se o rámcový přehled, jak se této vizi blíží realita v naší zemi a jaké jsou naše možnosti rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách.

Současné možnosti sociální rehabilitace duševně nemocných v České republice

Jestliže odstranění nebo zmírnění symptomů nemoci není účelem, ale prostředkem, abychom dosáhli rehabilitace nemocného, pak rehabilitace začíná již při první návštěvě nemocného v ordinaci či při přijetí do lůžkového zařízení. V České republice nicméně stále převládá názor, alespoň u psychiatrů, že rehabilitace je jakýmsi následným doplňkem léčebných procesů. Jestli je tento názor příčinou nebo důsledkem toho, že rehabilitační zařízení a služby jsou prozatím málo rozšířené, nelze s určitostí tvrdit. Ještě méně než rehabilitačních služeb je příkladů dobré praxe úzké spolupráce lůžkových zařízení a terénních služeb. Tato tvrzení ilustrují realitu rozpolcenosti rehabilitace mezi dva sektory, zdravotnictví a sociální služby.

Sociálně rehabilitační programy v lůžkových zařízeních

Řada lůžkových zařízení se přes finanční limity snaží o zlepšení ubytovacího standardu. V těchto snahách se odráží důraz na kvalitu života, akceptaci léčby ze strany pacientů a potřebu destigmatizace oboru psychiatrie. V mnohých psychiatrických léčebnách existují doléčovací či rehabilitační oddělení, která vedle farmakoterapie nabízejí aktivity přibližující pacienta k návratu do jeho přirozeného prostředí a zvyšují jeho připravenost na činnosti, kterých se bude muset ujmout po propuštění z léčby.

Informace o rehabilitačních programech v lůžkových zařízeních lze získat na webových stránkách některých léčeben a nemocnic. Celkový přehled za celou Českou republiku ale chybí, alespoň pokud je autorovi známo. Příklad dobré praxe zavedení rehabilitačních programů v prostředí psychiatrické léčebny (9) obsahuje tabulka 1.

Sociální rehabilitace v denních stacionářích

V České republice funguje 35 denních stacionářů pro duševně nemocné pacienty (10). Většina z nich vznikla v 90. letech 20. století. V posledním desetiletí nové stacionáře téměř nevznikají. Většina funguje ve velkých městech a pacientům z menších obcí je ve využívání stacionární péče

Tabulka 1. Příklad činností rehabilitačního oddělení psychiatrické léčebny – Primariát č. 6 Psychiatrické léčebny Havlíčkův Brod

Celková nabídka pro pacienty
■ Kvalitní a moderní farmakoterapie ■ Psychodiagnostika ■ Individuální i skupinové psychoterapie ■ Edukační program pro schizofrenní pacienty ■ Integrovaný program pro schizofrenní pacienty ■ Nácvik sociálních dovedností ■ Relaxační cvičení a cvičení jógy, tělová terapie ■ Klubové aktivity na odděleních ■ Pobyt v příjemném a hezky zařízeném prostředí ■ Zájmové a kulturní aktivity (návštěva kina, výstav, výlety) ■ Pomoc při řešení sociálních problémů ■ V letních měsících rehabilitační pobyty na táboře Bolechov
Aktivity mimo oddělení
■ Pracovní terapie ■ Animoterapie – hipoterapie, canisterapie ■ Arteterapie ■ Práce s keramickou hlinou ■ Návštěvy bazénu, tělocvičny, posilovny (vše v areálu PL) ■ Spolupráce s komunitními centry ve spádové oblasti léčebny
Aktivity prováděné zdravotními sestrami
■ Program pro dobré zdraví ■ Trénink kognitivních funkcí ■ Muzikoterapie ■ Taneční pohybová terapie ■ Výtvarné činnosti ■ Relaxace, progresivní svalová relaxace, tělová terapie ■ Autogenní trénink ■ Cvičení na velkých míčích ■ Práce s maskou – maskování ■ Činnostní terapie ■ Masáže, pedikúra ■ Socioterapie – nácvik sociálních dovedností ■ Trénink asertivity

překážkou dojíždění. Z hlediska celkové kapacity jsou denní stacionáře jednou z nejvíce opomíjených složek systému psychiatrické péče. Je to škoda, protože tato intermediární zařízení mohou efektivně spojit klinické a sociální intervence. Širší přehled činnosti denních stacionářů v ČR poskytla multicentrická studie EDEN (11).

Sociální rehabilitace patří k nejčastějším funkcím denních stacionářů vedle doplnění ambulantní péče a poskytování psychoterapie (11). Sociálně psychiatrický terapeutický model je zde nejvíce preferován. K nástrojům sociální rehabilitace ve stacionářích patří zejména ergoterapie/pracovní terapie či nácvik sociálních dovedností. Příklad dobré praxe (12) obsahuje tabulka 2. Denní stacionář podporuje fungování v sociálních rolích už tím, že pacient zůstává v kontaktu se svým přirozeným prostředím. Pro část pacientů v akutním stavu je stacionář plnohodnotnou alternativou hospitalizace a má

pozitivní vliv na subjektivní spokojenost s kvalitou života (13).

Sociálně rehabilitační služby v komunitě

Komunitně působící služby jsou téměř výhradně poskytovány různými druhy neziskových organizací. Většina z nich se specializuje na práci s cílovou skupinou duševně nemocných. Většina je sdružena v Asociaci komunitních služeb v oblasti duševního zdraví. Celková kapacita a územní dostupnost zaostává za potřebami. Poskytovatelé mají v evidenci zhruba 5 000 klientů, což je asi desetina nemocných, kteří by tyto služby mohli potřebovat a využívat. Pokus o co nejúplnější přehled organizací obsahuje tabulka 3.

Poskytovatelé působí v sociálním sektoru a jejich služby jsou registrovány podle zákona o sociálních službách (14) nebo podle zákona o zaměstnanosti (15). Existují značné rozdíly v rozsahu a typech služeb, které jednotlivé organizace provozují. Řada realizuje jeden dva druhy služeb (např. chráněnou dílnu a sociálně terapeutickou dílnu), jiní vytvořili návazné spektrum programů (např. regionální komunitní tým, denní centrum, tréninkové byty atp.). Příklad dobré praxe poskytovatele, který disponuje funkčně provázanou skupinou služeb (16), obsahuje tabulka 4.

V praxi komunitních služeb se projevují vlivy všech tří hlavních rehabilitačních škol. Uplatňuje se důraz na podpůrné prostředí (Bennet a Shepherd) zohledňující funkční omezení navozená nemocí, zvl. v chráněných dílnách a chráněných bydleních (rehabilitace zaměřená na prostředí). Vliv má Libermanova škola zaměřená na zlepšení asertivity klienta a jeho schopnosti řešit různé problémové situace. Využívány jsou principy bostonského směru podle Anthonyho spočívající v rozvoji dovedností klienta a hledání zdrojů pro jeho uplatnění v komunitě. Je potřeba uvést také nizozemský ekletický směr CARE (Comprehensive approach of rehabilitation, 17), protože řada českých profesionálů měla příležitost projít výcvikem v této metodice. Vedle zmíněných rehabilitačních škol má v ČR uplatnění case management (CM), který v češtině obsáhle popsal Stuchlík (18). Modernější verze CM, známá jako asertivní komunitní léčba k nám proniká obtížně, protože zdejší terénní týmy nejsou – až na malé výjimky – skutečně multidisciplinární, nemají zdravotnickou působnost ani nepřetržitý provoz. Možnost zapojení zdravotních sester do terénní práce na sociální rehabilitaci otevírá začlenění úkonů psychiatrické domácí péče

do sazebníků zdravotních výkonů. Jako jedna z prvních vznikla psychiatrická domácí péče v Praze (klinika ESET).

Indikace pro sociální rehabilitaci

Z kapacitních důvodů není možné provádět sociální rehabilitační aktivity u všech duševně nemocných. Nebylo by to ale ani vhodné z hlediska postižení. U většiny duševních poruch je pokles funkce v přímé souvislosti se symptomatikou dané poruchy a po její úpravě se zlepšuje či normalizuje. Sociálně rehabilitační programy jsou tak přínosné hlavně pro pacienty, kterým nemoc navozuje přetrvávající poškození, zhoršení schopností a dovedností a jimi podmíněný handicap pro výkon praktických a sociálních rolí. Do úvahy je potřeba brát vývoj adaptačních a zvládacích dovedností, sociální situaci nemocného a míru sociální podpory, které se mu v jeho prostředí, zvl. rodinném, dostává.

Podrobnější diagnostika poškození a zneschopnění navozených nemocí není v našich podmínkách běžná. V klinické praxi často zůstáváme u povrchných dojmů a referencí a málo využíváme mezinárodních klasifikací poškození (19). V aktuálním vydání Postupů při léčbě psychických poruch (20) je sociální rehabilitace zmiňována okrajově u depresivní poruchy, u kombinace dystymie a rekurentní depresivní poruchy, dále u těžkých forem generalizované úzkostné poruchy, panické poruchy či agorafobie, u komorbidit úzkostných a afektivních poruch nebo úzkostných poruch a poruch osobnosti a také u posttraumatické stresové poruchy. V kapitole věnované léčbě schizofrenií je sociální rehabilitaci vyčleněno významnější místo, zmiňují se metody asertivní komunitní léčby, zaměstnání s podporou, chráněné bydlení, trénink kognitivních funkcí a nácvik sociálních dovedností.

Spolupráce zdravotních a sociálních služeb

„Lidé s duševním onemocněním jsou jednou z cílových skupin, jež se nachází na pomezí působnosti více resortů, přičemž řešení její nepřiznivé sociální situace vychází z konceptu multidisciplinárního řešení, síťování a koordinované spolupráce“, říká strategický pracovní materiál „Priority rozvoje sociálních služeb“ vytvořený Ministerstvem práce a sociálních věcí (21). Rozvoj komunitní péče je jedním z hlavních úkolů podle Národního psychiatrického programu 2007, který doslova uvádí „potřebu rozvinutí komunitní péče jak v obsahu vlastní léčebné péče, tak v institucionálním zabezpečení“ (22). Jak ukázali

Tabulka 2. Příklad terapeuticko-rehabilitačních činností v denním stacionáři – Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov

■ Velký denní program
I. fáze: denní program po dobu 10 týdnů – skupinová psychoterapie, edukativní kurz, pobyty v přírodě
II. fáze: 10měsíční trvání, skupinová psychoterapie 1 x týdně
■ Malý denní program – povídací skupiny, nácvik pozornosti a paměti, nácvik sociálních dovedností, tréninkové cesty do města
■ Ambulantní docházkové a krizové psychoterapeutické skupiny
■ Pohybová terapie
■ Individuální psychoterapie
■ Rodinná psychoterapie
■ Edukativní program pro blízké osoby
■ Trénink kognitivních funkcí
■ Podpora ve studiu
■ Program pro rodiče a děti
■ Program pro dobré zdraví
■ Ambulantní psychiatrická péče
■ Focusing
■ Návrzné služby a programy:
Tréninkový byt, Krizové oddělení DPS „Ondřejov“, Svěpomocná skupina Ondřej, Jóga, Fyzioterapie, Terapeutická komunita „Mýto“

Tabulka 3. Poskytovatelé sociálních služeb pro duševně nemocné podle působnosti v krajích

Kraj	Název	Webové stránky
Hlavní město Praha	Baobab	www.osbaobab.cz
	Bona	www.bona-ops.cz
	Eset – Help	www.esethelp.cz
	Fokus Praha	www.fokus-praha.cz
	Green Doors	www.greendoors.cz
Jihočeský	Charita České Budějovice	www.mchcb.org
	Fokus České Budějovice	www.fokus-cb.cz
	Fokus Písek	www.fokus-pisek.cz
	Fokus Tábor	www.fokustabor.cz
Jihomoravský	Sdružení Práh	www.prah-brno.cz
Karlovarský	---	---
Královéhradecký	Péče o duševní zdraví	www.pdz.cz
Liberecký	Fokus Liberec	www.fokusliberec.unas.cz
	Fokus Turnov	www.fokusturnov.cz
Moravskoslezský	Anima Viva	www.animaviva.cz
	Charita Opava	www.charitaopava.cz
	Fokus Opava	www.fokusopava.cz
	Mens Sana	www.menssana.cz
Olomoucký	Ester	www.esterzalesi.eu
	Zahrada 2000	www.zahrada2000.cz
Pardubický	Charita Polička	www.charita.policcka.cz
	CEDR Pardubice	www.skp-cedr.cz
	Fokus Vysočina	www.fokusvysocina.cz
	Péče o duševní zdraví	www.pdz.cz
Plzeňský	Ledovec Plzeň	www.ledovec.cz
Středočeský	Fokus Mladá Boleslav	www.fokus-mb.cz
	Fokus Praha	www.fokus-praha.cz
Ústecký	Fokus Ústí nad Labem	www.fokusul.cz
Vysočina	Fokus Vysočina	www.fokusvysocina.cz
	VOR Jihlava	www.os-vor.cz
Zlínský	Centrum sociálních služeb Horizont	www.cspzlin.cz
	Iskérka	www.iskerka.info

Pěč a spolupracovníci, sami odborníci, ať už psychiatři nebo zástupci sociálních služeb, kladou důraz na propojenost všech segmentů péče, potřebu orientovat služby co nejvíce do přirozeného prostředí pacientů, zdůrazňují význam ambulantní psychiatrické péče a terapeutického vztahu mezi lékařem a pacientem (23).

Zodpovědné autority proklamují nutnost spolupráce a odborníci cítí její potřebu. V praxi ale úzká spolupráce funguje na opravdu málo místech v republice. Když se na ta místa podíváme, zjistíme, že funguje tam, kde jedna či druhá strana (psychiatrie a sociální služby) iniciativně a cíleně rehabilitační propojení zorganizovaly. Prolomení bariér vzájemné nedůvěry a neznalosti často trvalo léta. Z jedné strany se iniciátory stala sdružení provozující terénní týmy (např. Péče o duševní zdraví v Pardubickém a Královéhradeckém kraji, Fokus na Mladoboleslavsku, Fokus Vysočina a další). Tyto organizace zahájily spolupráci s psychiatrickými ambulantními, léčebnami a psychiatrickými odděleními všeobecných nemocnic. Jejich pracovníci pravidelně docházejí za hospitalizovanými, účastní se porad v lůžkových zařízeních, probíhá společné plánování aktivit. Z druhé strany to byla některá zdravotnická zařízení, převážně stacionární, která pocítila potřebu nabídnout pomoc nemocným i v jejich sociálních problémech a tak své týmy rozšířila o sociální pracovníky, zavedla rehabilitační programy nebo jejich snahy vedly ke zřízení nových poskytovatelů sociálních služeb (např. Komunitní centrum v Břevnově při Fokusu Praha, Denní sanatorium Ondřejov, klinika ESET v Praze, Dům duševního zdraví v Ostravě, Psychosociální centrum v Přerově, ale také Psychiatrické léčebny v Jihlavě nebo ve Lnářích). Spolupráce v uvedených příkladech spočívá na osobní iniciativě a vzájemné dobré vůli a domluvě. Chybí normy, standardy, vymezení kompetencí opřené o legislativu.

Hodnocení kvality a efektivity sociální rehabilitace

Cíle rehabilitace mohou být velmi různorodé a měřítko úspěchu nejednoznačné. Problematika hodnocení rehabilitace proto není jednoduchá a obtížné se komparuje s postupy hodnocení medicíny založené na důkazech. Vzhledem k malé rozvinutosti sítě je liché argumentovat makroekonomicky. Komunitní služby náklady na péči o duševně nemocné samozřejmě zvýší, potřebujeme jich totiž daleko více. Finanční sanaci ale vyžadují všechny segmenty péče vzhledem k hrubému podfinancování celého systému.

Tabulka 4. Příklad regionálního spektra rehabilitačních služeb a programů – Fokus Mladá Boleslav

Název služby/programu	Stručný popis
Chráněná práce a pracovní rehabilitace v sociálně terapeutických dílnách	Dílny slouží jednak pro pracovní rehabilitaci, jednak pro dlouhodobou chráněnou práci. Klienti si zde mohou obnovit a zlepšit pracovní dovednosti. Část klientů přichází do dílen s cílem připravit se na práci v běžných podmínkách.
Centra sociální rehabilitace	Denní program včetně pracovní rehabilitace nabízejí centra sociální rehabilitace pro klienty, pro něž by chráněná práce v dílně byla zatím přílišnou zátěží.
Sociální rehabilitace – podporované zaměstnávání	Po odhadu míry pracovního a sociálního handicapu v chráněné dílně se klientovi pokoušíme vyhledat či jednat s zaměstnavateli vytvořit běžné pracovní místo v komunitě, které odpovídá jeho možnostem. Klienta podporuje terapeut, který mu pomáhá zvládnout nároky nového místa.
Podpora v bydlení	Jde o systematickou pomoc, podporu a trénink dovedností potřebných k samostatnému bydlení klientům buď v jejich vlastních bytech, nebo v garsoniére, kterou na zkušební dobu 1 rok zapůjčuje město.
Chráněné bydlení	Program zejména pro klienty po dlouhodobých nebo opakovaných hospitalizacích. Během maximálně dvouletého pobytu v chráněném bydlení mají možnost obnovit si dovednosti potřebné pro samostatný život.
Nácviky sociálních dovedností	Podle aktuálních potřeb klientů zařazených do ostatních programů vytváříme skupinové programy zaměřené na nácvik komunikačních dovedností, vaření, hospodaření s financemi a podobně.
Rehabilitační pobyty	Sdružení každoročně pořádá několik pobytových akcí v ČR, většinou ve spolupráci s ostatními sdruženími Fokus, které umožňují setkávání klientů z různých regionů a výměnu zkušeností.
Sociální a právní poradenství	Sociální servis se neomezuje na sociální a právní poradenství v otázkách sociálních dávek, žádostí o přidělení bytu a podobně. Často zahrnuje též pomoc klientovi při jednání s institucemi či jeho zastupování a zprostředkování či zajištění praktické pomoci například při stěhování a podobně.
Case management a návštěvní služba	Koordinace služeb poskytovaných nejen sdružením Fokus, ale i ostatními poskytovateli v regionu, které klient využívá na základě rehabilitačního plánu vypracovaném společně s klientem a revidovaném v pravidelných intervalech. Tým zajišťuje návštěvní službu a v nutných případech také aktivně vyhledává klienty, kteří ztratili kontakt s některou ze služeb.

V českých podmínkách je nedostatek dat markantní, přesto existují kvalitní studie a výzkumy. Publikován byl vliv tří regionálních modelů péče na zkrácení celkové doby hospitalizace (24). Důkazy máme o úspěšnosti léčby v denních stacionářích (13). Pěč a kolektiv publikovali výsledky dvanáctiměsíčního sledování pacientů (N = 95) po ukončení docházení v délce 3 až 9 měsíců do programu denního stacionáře složeného ze skupinové psychoterapie, kognitivní rehabilitace a nácviku praktických a sociálních dovedností. U téměř 80 % pacientů došlo ke zlepšení jejich pracovního a sociálního začlenění (25).

Chybí kvalitativní data z péče komunitní. Příčinou může být zaměření realizátorů na provozně organizační aspekty, které je logické v období zavádění služeb. Podstatnějším důvodem byl i nedostatek hodnotících nástrojů validizovaných pro češtinu, které lze použít v tomto segmentu. Dva posuzovací nástroje převedl nedávno do češtiny tým odborníků Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví. Prvním z nich je klinická verze Camberwellského šetření potřeb (CAN, CANSAS; Slade et al., 1999) (26). Metoda pracuje s objektivizovanými potřebami a nabízí komplexní pohled, protože kombinuje pohled uživatele a pohled profesionála poskytujícího službu. Použitelnost metody testoval Stuchlík (27) u klientů regionálních sdružení Fokus (N = 123). Nástroj CAN-C je podle průzkumu prakticky použitelný a dostatečně citlivý. Výsledky také svědčily pro dobrou účinnost zařazených služeb psychosociální rehabilitace. Dalším nástrojem slibným pro praktické

užití se jeví Hodnocení zdravotního stavu (HoNOS; Wing et al., 1998), které slouží pro sledování vývoje zdravotního stavu a sociálních funkcí u jedinců s duševním onemocněním, ale také pro zhodnocení efektivity jednotlivých služeb v oblasti duševního zdraví. K dispozici je verze pro externí hodnotitele i verze sebeposuzovací s možností srovnání a získání komplexnějších výsledků (28). Širší použití v rehabilitačních službách by si zasloužily i v češtině dostupné nástroje pro hodnocení kvality života (29, 30).

Závěr

Koncept rehabilitace umožňuje překonat rozdílné pohledy různých modelů duševních poruch (31). Integrace péče o duševně nemocné je výzvou i pro českou psychiatrii (22). Větší respekt k lidské individualitě, důraz na kvalitu života a ohled na možnosti sociálního začleňování zdravotně handicapovaných a stigmatizovaných jsou ostatně trendem i farmakoterapie. Tento vývoj je příležitostí pro mezioborovou spolupráci a pro konvergenci léčebných a rehabilitačních plánů. Na druhou stranu legislativní, finanční a organizační překážky jsou dlouhodobě diskutované, ale v praxi nevyřešené. Byla by velká škoda především pro naše pacienty, kdyby se je nedařilo překonávat.

Literatura

1. Antony WA, Cohen M, Farkas M, Cagne Ch. Psychiatric rehabilitation. Boston: Center for psychiatric rehabilitation, Trustees of Boston University 2002: 406 s.

2. Kopelowicz A, Liberman RP. Integration of care: integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. Psychiatr. Serv. 2003; 54(11): 1491–1498.

3. Maone A, Rossi E. Care in the Community in Italy Twenty-five Years After the Psychiatric reform. International Journal of Mental Health Winter 2002–2003; 31(4): 78–89.

4. Leff J, Trieman N, Knapp M, Hallam A. The TAPS Project. A report on 13 years of research 1985–1998. Psychiatric Bulletin 2000; 24(5): 165–168.

5. Onyett SR, Tyrer P, Connolly J, et al. The Early Intervention Service: the first 18 months of an inner London demonstration project. Psychiatric Bulletin 1990; 14(5): 267–269.

6. Olsson M. Assertive community treatment: an evaluation of the experimental evidence. Hospital and Community psychiatry 1990; 46(6): 634–631.

7. Bond GR, Miller LD, Krumweid RD, Ward RS. Assertive case management in three CMHCs: a controlled study. Hospital and Community Psychiatry 1988; 39(4): 411–418.

8. Thornicroft G, Szmuckler G, eds. Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press 2001: 585 s.

9. Mikolaj M. www.plhb.cz: Terapeutické ošetrovatelské programy na rehabilitačním primariátu 6. Havlíčkův Brod: Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod 2008.

10. Pěč O, Koblic K, Lorenc J, Beránková A. Denní stacionáře s psychoterapeutickou péčí. Čes. a slov. Psychiat. 2003; 99(52): 10–15.

11. Kitzlerová E, Pěč O, Raboch J, Howardová A, Stárková L, Baková N, Sekot M, Peichlová J. Mapování denních stacionářů v České republice. Čes. a slov. Psychiat. 2003; 99(6): 299–305.

12. www.ondrejov.cz: Oddělení pro léčbu psychóz/Léčebné programy. Praha: Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov 2008.

13. Stárková L, Raboch J, Kitzlerová E, Baková N, Sekot M, Howardová A, Peichlová J, Kallert T. Hodnocení klinického stavu, spokojenosti s léčbou a kvality života u dvou skupin pacientů léčených formou denního stacionáře a klasickou hospitalizací – mezinárodní studie EDEN. Čes. a slov. Psychiat. 2003; 99(5): 260–264.

14. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. 3. 2006 o sociálních službách.

15. Zákon č. 435/2004 Sb. ze dne 13. 5. 2004 o zaměstnanosti.

16. www.fokus-mb.cz: Služby pro klienty/Přehled. Mladá Boleslav: Fokus Mladá Boleslav 2008.
17. Wilken JP, Hollander D. Rehabilitation and Recovery. Amsterdam: SWP Publishers 2005: 262 s.
18. Stuchlík J. Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Fokus Praha a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2001.
19. WHO, Geneva 1997; ICDH-2 International Classification of Impairments, Activities and Participation.
20. Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: Academia medica pragensis 2008: 615 s.
21. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, odbor sociálních služeb a sociálního začleňování. Priority rozvoje sociálních služeb – pracovní materiál: s.14. Praha 2009.
22. Národní psychiatrický program 2007. www.ceskapsychiatrie.cz/Text/npp?MenuItemId=127 Praha: Česká psychiatrická společnost ČSL JEP 2006.
23. Pěč O, Wenigová B, Raiter T, Bašný Z, Dlouhý M, Stuchlík J, Struk P, Šelepová P, Šístková V, Vepřek P. Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče pro vytvoření modelu služeb pro duševně nemocné v Praze. Psychiatrie 2009; 13(1): 10–14.
24. Pěč O. Vliv některých regionálních služeb na délku hospitalizace. In: Vyhodnocení tří regionálních modelů komunitní péče o duševně nemocné, CRPDZ Praha 1998, Edice Terénní modely: 48–56.
25. Pěč O, Dragomírečná E, Čechová D, Pěčová J. Změny v pracovně sociálním začlenění u pacientů propuštěných z denního stacionáře pro léčbu psychóz. Čes. a slov. Psychiat. 2008; 104(7): 343–349.
26. Probstová V, Šelepová P, Dragomírečná E, Kalvoda H, Sochorová G, Pěč O. Manuál CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2006.
27. Stuchlík J. Výsledky práce s metodou CAN-C ve službách psychosociální rehabilitace poskytovaných regionálními sdruženími Fokus. Mladá Boleslav: Fokus Mladá Boleslav 2007.
28. Pěč O, Šelepová P, Čechová D, Pěčová J, Dragomírečná E, Probstová V, Bubela M. HoNOS: Hodnocení zdravotního stavu. Health of the Nation Outcome Scales (manuál české verze). Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2007: 50 s.
29. Dragomírečná E, Bartoňová J. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2006: 92 s.
30. Dragomírečná E, Bartoňová J, Motlová L, Papežová H, Kožnarová R, Šrámková T. SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2006: 68 s.
31. Siegler M, Osmond H. Models of madness. New York: Macmillan Publishing Co. 1974; In: Chromý K. Duševní nemoc. Praha: Avicenum 1990.

MUDr. Petr Hejzlar

*Pardubická krajská nemocnice a. s.
Psychiatrické oddělení
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
petr.hejzlar@nemocnice-pardubice.cz*
