

Psychiatrie pro praxi

2017

1E

www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1213-0508 | Ročník 18 | 2017

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Praktické řízení rizik na psychiatrii: přínosy kořenové analýzy a analýzy možných příčin a následků, doporučení do praxe

Poruchy příjmu potravy

SDĚLENÍ Z PRAXE

Efekt programu pracovní rehabilitace u pacientky s chronickým průběhem schizofrenie

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Časopis je indexován
v Bibliographia Medica
Čechoslovaca a v EMcare.



SLOVO ÚVODEM

Vážení a milí čtenáři,
opět jsme pro Vás připravili rozšířenou elektronickou verzi časopisu Psychiatrie pro praxi.

Doplňuje tištěnou verzi – nabízí Vám další články.

Pěkné čtení Vám přeje

redakce časopisu Psychiatrie pro praxi

V dalších číslech...



... co v tištěném časopisu nenajdete

- ▶ bonusové články
- ▶ abstrakta z kongresů
- ▶ celé prezentace...

... a co papír neumí

- ▶ videa z kongresů
- ▶ vyhledávání v článcích
- ▶ odkazy na web...

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

- 3** MUDr. Adam Žaludek, MBA
Praktické řízení rizik na psychiatrii: přínosy kořenové analýzy a analýzy možných příčin a následků, doporučení do praxe
- 10** PhDr. František Krch, Ph.D.
Poruchy příjmu potravy

SDĚLENÍ Z PRAXE

- 14** MUDr. Simona Venclíková
Efekt programu pracovní rehabilitace u pacientky s chronickým průběhem schizofrenie



Praktické řízení rizik na psychiatrii: přínosy kořenové analýzy a analýzy možných příčin a následků, doporučení do praxe

MUDr. Adam Žaludek, MBA

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

Rizika ve zdravotnictví jsou nevyhnutelná, proto je velmi důležité jejich řízení. Psychiatrická péče představuje oblast zdravotnictví se specifickými riziky, mezi nimiž je i sebevražda pacienta. Na tomto tématu budou demonstrovány přínosy využití nástrojů managementu rizik. Článek se zaměřuje na analytické nástroje kořenovou analýzu a analýzu možných příčin a následků s cílem jejich doporučení do praxe.

Klíčová slova: řízení rizik, kořenová analýza, analýza příčin a následků, sebevražda pacienta.

Practical risk management in psychiatric care: benefits of root cause analysis and failure modes and effects analysis and their practical use

We cannot avoid risks in healthcare, so that risk management becomes very important. Psychiatric care is an area with specific risks that include inpatient suicide. On this event benefits of tools of risk analysis will be presented.

The article focuses on root cause analysis and failure modes and effects analysis and their practical use.

Key words: risk management, root cause analysis, failure modes and effects analysis, inpatient suicide.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Adam Žaludek, MBA, adam.zaludek@bohnice.cz
Psychiatrická nemocnice Bohnice,
Ústavní 91, 181 02 Praha 8

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2017; 18(1e): e3–e9
Článek přijat redakcí: 13. 11. 2016
Článek přijat k publikaci: 23. 2. 2017



Riziko ve zdravotnictví

Když Avedis Donabedian definoval kvalitu zdravotních služeb jako míru pravděpodobnosti dostavení se pozitivního výsledku péče pro pacienta (1), vyjádřil zároveň i fakt, že zdravotní péče je vždy zatížena rizikem neúspěchu.

Pojem riziko pochází zhruba ze 17. století, kdy výraz *risico* využívali italští plavci pro označení úskalí, jemuž bylo třeba se vyhnout (2).

Řízení rizik ve zdravotnictví nemá staletou historii, avšak s ohledem na fakt, že zdravotní péče se týká živých bytostí, se jedná o to důležitější oblast. V roce 1999 vyšla publikace *To err is human. Building a safer health system*, která zásadním způsobem ovlivnila přístup k zajišťování bezpečí ve zdravotnictví – vždyť v USA tehdy mezi 44 000 a 98 000 pacienty ročně zemřelo vlivem medicínských pochybení. Jedním z nejvýznamnějších současných zdrojů informací o předcházení negativním událostem ve zdravotnictví je *Joint commission international* (3).

Medicínská pochybení a rizika jsou nejlépe zvládnutelná úpravou procesů a systémů, nikoliv nápravou jednotlivců – chyby jsou ve většině případů zapříčiněny selháním systému, ne lidského jedince (4).

Příklady nástrojů řízení rizika

Eliminace chyb je nejlépe možná pomocí modifikace procesů, nikoliv zaměřením se na jednotlivce či konkrétní pochybení. Nesankční přístup v organizaci je pak východiskem pro využití chyb jako mocného zdroje informací. Snížení závislosti na paměti či koncentraci jednotlivců a zjednodušení činností jsou dalšími přístupy (5).

Analýza rizik je základem pro zjištění kritických míst v procesech probíhajících ve zdravotnickém zařízení. Mezi základní nástroje patří kořenová

analýza (*root cause analysis – RCA*) a analýza možných příčin a následků (*failure modes and effects analysis – FMEA*). Pomocí nich získává organizace cenné informace o slabínách v nastavených procesech, a tedy může efektivně cílit nápravná opatření (6).

Retroaktivní nástroj – Kořenová analýza

Kořenová analýza (*RCA, root cause analysis*) je retroaktivním nástrojem. Jedná se o strukturovaný postup, který má své místo v managementu rizik až po výskytu závažné události (7).

Je mimo jiné využíván *Joint commission international* (přední světová organizace zajišťující externí audit kvality) při zkoumání sentinelových – výstražných – událostí. Tato organizace vyžaduje bezpodmínečně využití tohoto nástroje po sebevražděném pokusu pacienta, který mezi takové události patří (8).

V České republice není tato povinnost dána, avšak sebevraždy pacientů patří mezi tzv. nežádoucí události. Doprovodná metodika zřizovatele psychiatrických nemocnic, tedy Ministerstva zdravotnictví, jednoznačně doporučuje využití kořenové analýzy po výskytu nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení. Cílem je odhalení příčin a implementace nápravných opatření (9).

Kořenová analýza odpovídá na otázky (10):

1. Co se stalo?
2. Proč se to stalo?
3. Co udělat, aby se to neopakovalo?

Postup kořenové analýzy

Praktický postup kořenové analýzy zahrnuje kroky (11):

1. Zjištění události
2. Sestavení týmu pro analýzu
3. Prioritizace rizika
4. Nalezení kořenů problému (s využitím metody „Pětkrát proč“, diagramu Ishikawa)
5. Nalezení nápravného opatření
6. Implementace změn a kontrolních mechanismů

Obr. 1. Průběh kořenové analýzy. Zdroj: Adaptováno z: NPSF: RCA² Improving root cause analysis and actions to prevent harm



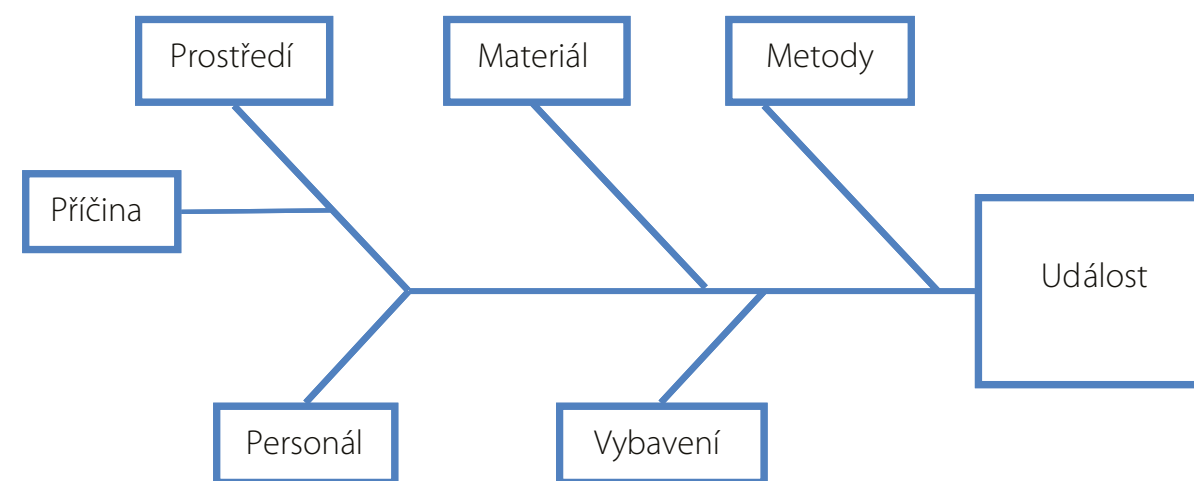
Časová náročnost pro správně provedenou kořenovou analýzu je dle srovnání uživatelů mezi 20 a 90 pracovními hodinami. Využití tohoto nástroje pro zdravotnictví znamená příležitost pro odhalení slabých míst procesů a ustálení nesankčního prostředí, tedy úbytek obviňování jednotlivců a nárůst hlášení chyb jako potentního zdroje informací pro zlepšení (12).

Nástroje pro odhalení kořenových příčin – Pětkrát proč a Ishikawa diagram

Proces objevení důvodu selhání je samostatný analytický krok. Doporučovaná metodika je pomocí postupu „Pětkrát proč“, někdy rovněž „Pět pravidel kauzality“. Jedná se o nejjednodušší metodu dobrání se podstaty selhání procesu, kdy se pomocí pěti odpovědí na otázku „Proč proces selhal?“ postupně dostáváme k jádrové příčině (13).

Diagram dle Ishikawa, čili diagram rybí kosti, je nástrojem objevení kauzalit, který je možno využít i mimo proces kořenové analýzy (je možné jej využít i u FMEA). Principem je zanesení negativní události na místo pomyslné „hlavy“ rybí kosti. Z hlavy je vedena horizontální „páteř“, na kterou jako kosti nasedají větve, které pomohou seskupit selhání procesu do skupin: materiálů, metod, vybavení, prostředí a personálu. Na tyto větve jsou nanášeny týmem určené příčiny selhání, přičemž opětovným využitím metody „Pětkrát proč“ je možno se dobrat detailních zjištění (14).

Obr. 2. Ishikawa diagram. Zdroj: Adaptováno z: Institute for healthcare improvement: Cause and effects diagram





Proaktivní nástroj – Analýza možných příčin a následků

Analýza příčin a následků (*failure modes and effects analysis, FMEA*) je technika analýzy rizika, která se využívá v redukci výskytu negativních událostí ještě před jejich výskytem. Její uplatnění je různé a široké, například při analýze rizik, která přináší nové vybavení na oddělení, jako například zavedení nových infuzních pump či defibrilátorů (15).

V psychiatrické péči se FMEA výborně hodí pro analýzu technik observačních režimů pacientů s rizikem sebevražedného jednání – zdánlivě snadného procesu, který obsahuje množství kroků a potenciálních možností pro pochybení pracovníků (16).

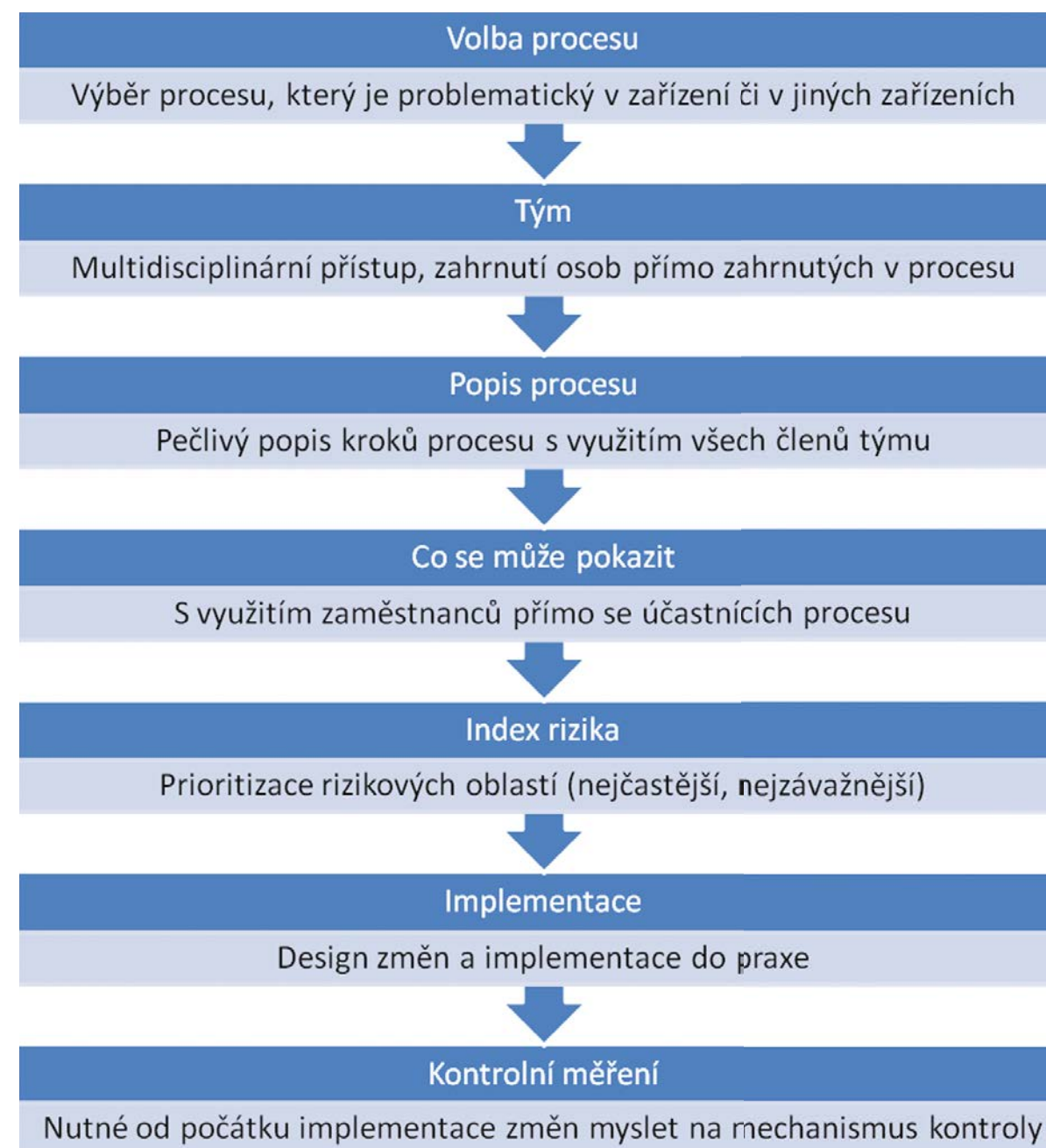
Postup analýzy možných příčin a následků

Obecné kroky, které FMEA zahrnuje, jsou následující (17):

1. Volba vysoce rizikového procesu
2. Seskupení týmu odborníků, multidisciplinární přístup
3. Vytvoření procesního (vývojového) diagramu, který popisuje současný stav procesu
4. Na základě diagramu se navrhují možné příčiny a následky, které se mohou objevit v každém z kroků procesu
5. Výpočet indexu rizika pro každou příčinu, což pomůže určit priority
6. Implementace změn
7. Optimalizace procesu a upevnění změn
8. Kontrolní měření

Index rizika (*risk priority number, RPN*) se počítá jako součin indexu pravděpodobnosti výskytu, detekce a závažnosti selhání procesu. Hodnoty pro každou událost jsou na stupnici od 1 do 5 (1 = nejméně

Obr. 3. Průběh FMEA. Zdroj: Adaptováno z: Lighter E. Douglas DF. *Quality management in health care. Principles and methods*



závažné). Nejedná se o dané hodnoty, jejichž určení záleží na zkušenostech týmu v daném zařízení. Organizace by se měla zaměřit na modifikaci

**Tab. 1.** FMEA tabulka. Zdroj: Graficky podle: Janofsky JS. Reducing inpatient suicide risk: Using human factors analysis to improve observation practices

Název procesu:								
Kroky v procesu	Druh selhání	Příčina selhání	Důsledek	Výskyt	Pravděpodobnost zjištění	Závažnost	Index rizika	Opatření

oblastí s nejvyššími indexy rizika. Pro přehlednost lze údaje z analýzy zanést do tabulky (18).

Rizika psychiatrické péče

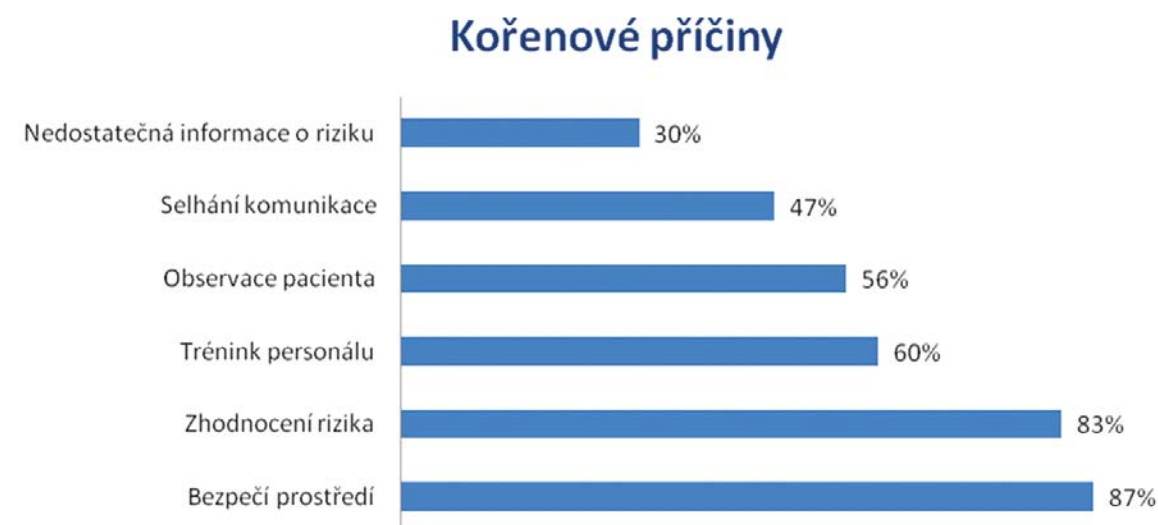
Rizika v psychiatrické péči není možné ani při nevyšším možném úsilí eliminovat, stejně jako v celém zdravotnictví. Je příznačné, že pacienti konzumující tyto služby z podstaty svého onemocnění prezentují jednání, jímž jsou nebezpeční buď sobě nebo svému okolí. „Špatná“ klinická praxe tedy není v rámci činění nesprávných rozhodnutí, ale v tom, že není učiněno rozhodnutí žádné a riziko je ponecháno bez povšimnutí – nebylo adekvátně zhodnoceno (19).

Nejčastějšími riziky na poli psychiatrie jsou sebevražda pacienta, agrese, zanedbání péče o sebe sama a sebepoškození (20).

Sebevražda pacienta jako riziko a využití analytických nástrojů pro jeho řízení

Sebevraždy pacientů jsou velmi závažnou nežádoucí a sentinelovou událostí, která svými dopady poškozuje pacienta (v případě dokonání jej připravuje o život), poznamenává jeho rodinu, stejně jako zdravotnické zařízení a personál. Je tomu tak i přes jejich nízkou prevalenci, která činí v psychiatrických lůžkových zařízeních podle odborných zdrojů 0,1–0,4 % (21).

Joint commission international od zavedení strategie pro prevenci výstražných událostí považuje sebevraždy pacientů za prioritní oblast. Při svých snahách pro doporučení do praxe vycházela z principů managementu rizik. Pomocí nástroje kořenové analýzy identifikovala nejčastější selhání systému v prevenci sebevražedného jednání (22):

Obr. 4. Kořenové příčiny sebevražd hospitalizovaných pacientů. Zdroj: Adaptováno z: Joint commission international. Reducing risk of suicide

Mezi neuvedenými, a neméně důležitými příčinami, na které je potřeba se při redukci rizika zaměřit, je kvalita kontinuity péče, kompetence personálu, dostatečný počet personálu, plán péče a organizační kultura. Všechny tyto uvedené byly citovány jako kořenové příčiny v méně než 30 % případů (23).



S využitím těchto kořenových příčin podle jejich rizikovosti může zdravotnické zařízení cílit na konkrétní oblasti, které vnímá jako potencionální zdroje ohrožení pacienta. Proaktivně tak může s využitím FMEA zkoumat své prostředí, například, zda jsou na oddělení nerozbitná skla či odlomitelné kliky proti oběšením, u nichž byl zároveň proveden váhový test.

FMEA byla prakticky využita v rámci redukce rizika sebevraždy v zahraničí ve více studiích. Jednou z klinicky významných oblastí, kde je tento analytický nástroj možno využít, je ve zlepšení procesu dohledu na pacienty, který zahrnuje několik kroků a potencionálních příležitostí k pochybení. Ze zahraničních zkušeností lze pro využití v České republice převzít poznatek, že nejrizikovějším krokem v procesu dohledu je komunikace mezi lékaři, sestrami a přímými vykonavateli dohledu a dále nedokonalá dokumentace procesu (24).

Diskuze

Každý z uvedených analytických nástrojů přináší svá pozitiva, zároveň se jedná o naprosto odlišné postupy. Zatímco RCA nastupuje až po výskytu události, a tedy je možné snadno změřit implementovaná nápravná opatření, FMEA je zacílena do budoucnosti. To přináší sice horší možnost měření účinnosti (jelikož není známa četnost výskytu selhání, jimž bylo zabráněno), na druhou stranu doporučení do praxe mohou zdravotnická zařízení bez problémů sdílet mezi sebou (což u retroaktivního nástroje může ve sdílení absolutních počtů sebevražd činit problém). Výstupy z RCA mohou být zatíženy právně komplikovanými informacemi, jelikož se týkají konkrétních činů (25).

LITERATURA

1. Donabedian A. The quality of medical care. Science 1987; 856–864.
2. Smejkal V, Rais K. Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích. Grada 2013; 90–91.

Zahraniční zkušenosti mohou pomoci českým psychiatrickým nemocnicím vytipovat oblasti, v nichž míní maximalizovat své úsilí v prevenci rizik, zejména sebevražedného jednání. Nejčastější kořenovou příčinou je nezabezpečené prostředí poskytující příležitost ke spáchání sebevraždy. S ohledem na podfinancování oboru lze ovšem předpokládat spíše snahy o zpřesnění hodnocení rizika a trénink zaměstnanců. I v této oblasti poskytují analytické nástroje řízení rizika mocný prvek v odhalení klíčových slabin v procesech.

Závěr

Řízení rizik na psychiatrii je významná oblast v systémech managementu kvality. Cílem práce bylo nabídnout poskytovatelům zdravotní péče návod pro praktické využití analytických nástrojů, které v zahraničí měly jasně průkazné přínosy při redukci negativních událostí, včetně rizika sebevražedného jednání.

S ohledem na to, že využití RCA a FMEA nejsou v České republice standardizované přístupy (a to i přes doporučení RCA při šetření negativních událostí Ministerstvem zdravotnictví), není jejich využití celoplošné.

Jedná se o výzvu a úkol do budoucna, zavést tyto nástroje do běžné klinické praxe, neboť standardizace je základním nástrojem zvyšování kvality, snižujícím variabilitu ve výstupech (26). Jejich začlenění do praxe psychiatrických nemocnic by znamenalo odpovědný přístup v zajišťování bezpečného prostředí a kvalitní péče.

3. Carroll R. Risk management handbook for health care organizations. American society for healthcare risk management 2009; 2–3.



4. Janofsky JS. Reducing inpatient suicide risk: Using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37: 15–24.
5. Janofsky JS. Reducing inpatient suicide risk: Using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37: 15–24.
6. Joint commission international. Reducing risk of suicide. Oakbrook Terrace 2005; 3–4.
7. Carroll LR. Risk management handbook for health care organisations. A Wiley print 2009; 200–201.
8. Wu AW, et al. Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *American medical association* 2008; 209(6): 685–687.
9. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Věstník* č. 8/2012: 23–24.
10. Wu AW, et al. Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *American medical association* 2008; 209(6): 685–687.
11. NPSF: RCA2 Improving root cause analysis and actions to prevent harm. National patient safety organisation 2015; 15–16.
12. Wu AW, et al. Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *American medical association* 2008; 209(6): 685–687.
13. NPSF: RCA2 Improving root cause analysis and actions to prevent harm. National patient safety organisation 2015; 15–16.
14. Institute for healthcare improvement: Cause and effects diagram. *IHI* 2004: 1–4.
15. Williams PM. Techniques for root cause analysis. *Proceedings* 2001; 14(2): 154–157.
16. Janofsky JS. Reducing inpatient suicide risk: Using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37: 15–24.
17. Lighter E, Douglas DF. Quality management in health care. Principles and methods. Jones and Barlet 2004; 84–88.
18. Janofsky JS. Reducing inpatient suicide risk: Using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37: 15–24.
19. Holloway F. The assessment and management of risk in psychiatry: can we do better? *Psychiatric bulletin* 1998; 21: 283–285.
20. Petr T. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. *Česká a slovenská psychiatrie* 2011; 108(2): 106–109.
21. Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. *Primary psychiatry* 2007; 14(12): 67–74.
22. Joint commission international. Reducing risk of suicide. Oakbrook Terrace 2005; 2–5.
23. Joint commission international. Reducing risk of suicide. Oakbrook Terrace 2005; 2–5.
24. Janofsky JS. Reducing inpatient suicide risk: Using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37: 15–24.
25. Janofsky JS. Reducing inpatient suicide risk: Using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009; 37: 15–24.
26. 23. Byers JF, White SV. Patient safety: Principles and practice. Springer publishing company 2004; 560.



Poruchy příjmu potravy

PhDr. František Krch, Ph.D.

Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Nemocní s mentální anorexií, bulimií nebo záchvatovitým přejídáním představují velmi rozsáhlou a vnitřně diferencovanou skupinu s rozdílnou komorbiditou a dynamikou rozvoje problému. V tomto kontextu lze snadno učinit určitý, omezeně platný závěr a zobecnit ho. Zabývat se poruchami příjmu potravy proto vyžaduje respekt jak k charakteru problému, který se týká narušení základní lidské potřeby, tak k individuálním, věkovým a sociálním zvláštnostem nemocného. Článek si klade za cíl představit poruchy příjmu potravy jako srozumitelný problém, připomenout významné souvislosti jeho rozvoje a nastínit možnosti léčby.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, bulimie, rizikové faktory, léčba.

Eating disorders

Patients with anorexia nervosa, bulimia or binge eating represent a very large and intrinsically differentiated group with distinct comorbidity as well as dynamics of developing the problem. In this context, a certain conclusion with limited validity can be easily made and generalized. Dealing with eating disorders thus requires respect to both the nature of the problem that involves the impairment of a basic human need, and the individual, age, and social characteristics of the patient. The article aims at presenting eating disorders as a comprehensible problem, highlighting the important implications in developing it, and outlining the treatment options.

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia, risk factors, treatment.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: PhDr. František Krch, Ph.D., Frantisek.Krch@vfn.cz
Psychiatrická klinika VFN a 1. LF UK
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha

Převzato z: Pediatr. praxi. 2016; 17(4): 238–239
Článek přijat redakcí: 13. 6. 2016
Článek přijat k publikaci: 28. 7. 2016



Poruchy příjmu potravy (PPP) patří mezi nejčastější a současně také mezi nejzávažnější problémy dospívajících děvčat a mladých žen. Přestože mentální anorexie postihuje mladé ženy napříč společenským a kulturním spektrem jsou nemocní často vnímáni v rámci klinické zkušenosti platné před třiceti nebo padesáti lety. Vedle ctižádostivých děvčat s dobrým rodinným zázemím a pedantických premiantek od té doby významně přibýlo nemocných z různých společenských vrstev, s nižším intelektem a s různou psychiatrickou komorbiditou. Roste výskyt PPP u některých etnických a sociálních skupin, kde byly předtím vzácné, i mezi chlapci, a rozšiřuje se věk počátku rozvoje poruchy. Kolem šesti procent děvčat má koncem puberty nějaké anorektické příznaky a téměř čtyři procenta žen někdy v životě trpěla mentální anorexií. Chlapci však stále představují méně než 10 % nemocných. Zatímco poruchy příjmu potravy u děvčat většinou souvisí s omezením energetického příjmu, u chlapců bývá rozvoj poruchy spojen s nadměrným, často nutkavým pohybem.

Vymezení a průběh

Jak pro mentální anorexii, tak bulimii je příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšováním energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a váze. Nemocní se neustále zabývají tím, jak vypadají, kolik váží a vytrvale se snaží zhubnout nebo alespoň nepřibrat. Omezování se v jídle je zpravidla doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo. Problematickým kritériem je strach z tloušťky, který může být popírán nebo zaměňován za snahu jíst zdravě. Pokles tělesné hmotnosti je nejzávažnějším a nejviditelnějším příznakem anorexie. Snaha zhubnout a s ní spojený vzrůstající zájem o tělesné proporce a příjem potravy postupně nabývají stále větší význam

a přitahují více pozornosti nemocného. Jídelní změny jsou dodržovány s větší důsledností a obhajovány se stále větší rafinovaností. Přibývá pohybu. Případný přechod k bulimii bývá spojen s porušením už dále neudržitelného jídelního standardu. Vzrůstá hodnota zakázaných potravin a dietní chyba je vnímána jako osobní selhání. Hladovky, zvracení a projímadla jen zvyšují riziko přejedení. Asi jedna třetina mladých nemocných s anorexií se začne časem přejídat a většina nemocných s bulimií uvádí období anorexie nebo výraznějších redukčních diet v minulosti.

Poruchy příjmu potravy jsou překvapivě živým a fluktuujícím problémem (anorexie může přecházet pod obraz bulimie i naopak). S rozvojem základních příznaků a se změnami životního kontextu se mění i další komorbidita. S anorexií je spojena silná, na tělo a příjem potravy centrovaná úzkost, která má v průběhu rozvoje poruchy tendenci přecházet na jiné oblasti života nemocného. Také impulzivita a dominující pocit dramatické nekompetentnosti ve svém životě u bulimie, má tendenci expandovat. Významnou roli hraje věk nemocných a skutečnost, že jídlo má sociální charakter. Vyhýbání se jídlu nutně vede k narušení sociálních vztahů a přirozené separace od rodiny. S pocitem chorobnosti a s nadměrným zájmem okolí vzrůstá sebestřednost a přecitlivělost nemocných, kteří se adaptují na problém a vědomí odlišnosti. K iatrogenizaci pacientů může přispívat i nevhodná léčba. Velká část psychopatologie však ustoupí v případě, že nemocný získá přiměřenou kontrolu nad jídelním chováním a dojde k návratu přiměřené tělesné hmotnosti.

Etiologie

Diferencovanost problému PPP a dynamika jejich vývoje vylučuje jednoduchou odpověď na složitou otázku etiologie. I když neexistuje



žádný klíčový rizikový faktor, na počátku onemocnění bývá většinou dieta motivovaná často oprávněnou snahou zhubnout, jíst zdravě nebo změnit svoji postavu. Překročit přiměřenou míru v hubnutí nebo zdravé výživě je snadné. Významnou roli v tom zpravidla hrají společnost, rodina a vrstevníci, ať už svým vzorem nebo přílišným důrazem na výkon, štíhlost nebo určité stravovací návyky. V poslední době přibývá nemocných, kteří chtějí jíst zdravě, případně jsou svým okolím i lékaři vedeni ke změně svého jídelníčku a stravovacích návyků. Různé potravinové alergie nebo například jaterní dieta mohou být spojeny s významným omezením energetického příjmu a úbytkem tělesné hmotnosti. I když zhubnutí není primárním cílem, nemocný se rychle na váhový úbytek adaptuje a může být potom obtížné přimět ho ke změně („nechtěla jsem zhubnout, proto nemám ani anorexii“). V této souvislosti se někdy píše o ortorexii, která ale není nic jiného než anorexie se specifickou argumentací.

V současné době existuje konsenzus, že k rozvoji mentální anorexie nebo bulimie dochází v případě, že více či méně disponovaný jedinec je vystaven vlivu faktorů, které mohou vést k držení diet (nadváha v anamnéze nebo v rodině, fyzický růst, nemoc, některé zájmy a podobně), a některým dalším vlivům, které jsou nebezpečné z hlediska rozvoje jiných duševních poruch. Tyto rizikové vlivy posouvají hranice kam až je nemocný ochoten zajít nejenom v sebekontrolě, ale i v emočních reakcích, postojích a ve svém chování včetně například sebepoškozování. Podobné faktory, jako například rozvod, alkoholismus nebo duševní porucha v rodině, také nabízí zdánlivě srozumitelné vysvětlení obtíží, případně náhradní cíl léčby. Většinou rovněž vypovídají o tom, jakým vzorům chování a řešení problémů je nemocný vystaven.

Možnosti intervence, léčba

Nemocní někdy přichází s očekáváním, že léčba primárně povede k posílení nízkého sebevědomí a ke změně narušeného vnímání těla. Sebevědomí je ale něco živého, co se vyvíjí a odráží kvalitu jejich života. Není možné ho selektivně změnit nějakým terapeutickým trikem, zvláště když cílem terapie je zvýšení hmotnosti, které nemocný vnímá negativně. Stejně tak v souvislosti s úspěšnou léčbou vzrůstá u anorexie strach z nadváhy, nespokojenost s tělem a nadhodnocování některých tělesných proporcí. S tímto konceptem je sice možné zajímavě pracovat, má ale svoje přirozené hranice a mnoho vyléčených pacientek, podobně jako většina jejich zdravých vrstevnic, se dál nelíbí samy sobě. Očekávání, že změně nevhodných návyků předchází cíleně modifikovaná změna vnitřních pocitů, může být nebezpečným terapeutickým mýtem.

Určité zjednodušené představy ohledně zvláštnosti nebo výjimečnosti spojené s anorexií nebo bulimií vytváří sami nemocní, kteří se sdružují na sociální síti nebo kolem některých internetových portálů. Spojuje je jejich problém a potřeba vzájemné podpory. V tomto virtuálním prostoru bývají nejaktivnější většinou ti, kteří svůj problém nezvládají, adaptovali se na něj nebo jsou v silném odporu vůči okolí. Zdůrazňují svoji odlišnost a neschopnost zbavit se poruchy příjmu potravy, kterou mají sklon romantizovat nebo ji využívat k sebe prezentaci. Je to přirozené, k dospívání patří snaha vymezovat se vůči okolí a touha po jedinečnosti, ale současně nebezpečné nejenom pro nemocné, ale i pro některé rizikové adolescenty.

Překonat anorexii znamená překonat návyk, což nevyřeší jedna návštěva lékaře. Vyhublost a zvýšená sebekontrola v jídle přináší nemocným do určité míry uspokojení, proto je velmi obtížné je přimět ke spolupráci. V průběhu nemoci přibývají závažné psychické i somatické komorbidity,



které často vyžadují akutní intervenci. Léčba závislosti na psychoaktivních látkách má přednost před léčbou PPP. U příliš vyhublých, nespolupracujících, nutkavě zvracejících a depresivních nemocných je vhodná hospitalizace na specializovaném oddělení. V ČR je Specializovaná jednotka pro léčbu PPP u dětí ve FN v Motole, pro dospělé ve VFN v Praze a na PK v Brně. Bohatou zkušenost s léčbou mentální anorexie a bulimie však mají i jiná psychiatrická zařízení, například Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě nebo v Opařanech. První informace a kontakty mohou nemocní získat i v Kontaktních centrech Anabell. Léčba PPP je vždy komplexní, často dlouhodobou záležitostí.

S rozvojem problému sice přibývá zdravotních a psychických problémů, ale také promotivujících faktorů, které mohou znamenat zlom v ambivalenci nemocného a v jeho léčbě. Dlouhodobé studie ukazují, že více než 60% nemocných se nakonec vyléčí, i když otázkou zůstává za jakou cenu. Změna nevhodných návyků vyžaduje dlouhodobou a trpělivou práci, která nebývá uspokojivá ani pro pacienta, ani pro jeho terapeuta. Pro nemocného je někdy

snazší přijmout nálepku nevyléčitelně nemocného, nebo se schovat za jinou diagnózu, kterou mu jeho nespolupráci unavený a frustrovaný terapeut může nabídnout.

U počátku poruchy před 15. rokem věku je třeba vždy počítat s možnými zdravotními komplikacemi a závažnými důsledky pro psychosociální vývoj. Nemocné dítě by, bez ohledu na možné racionalizace (stres v rodině, nechutenství v souvislosti s nějakou nemocí, sportovní zatížení, nadváha v minulosti a podobně), mělo co nejrychleji vyhledat lékaře. Společně s rodinou, případně i za cenu hospitalizace, je třeba se snažit zabránit nejdramatičtějším následkům nedostatečné výživy (dehydratace, zástava tělesného růstu). Při práci s rodinou nesmíme zapomínat, že rodina může být vzorem nejenom rizikového chování, ale i v řešení problémů. Odmítání jídla a vyhublost rodiče zpravidla vyděsí. Mohou se proto chovat nepřiměřeně, hledat viníka a navzájem se obviňovat. Problémy ale nejde většinou zvládnout bez konfliktu s nemocným, respektive s anorexií. Odklady řešení a hledání nových argumentů většinou jen zvyšují riziko chronifikace.

LITERATURA

1. Kocourková J. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání, Galén, Praha 1997.
2. Krch FD, a kol. Poruchy příjmu potravy, Grada, Praha 2010.
3. Krch FD. Mentální anorexie, Portál, Praha 2010.
4. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses:

prospective study, Br J Psychiatry. 2005; 187: 573–578.

5. Nilsson K, Hägglöf B. Long-Term Follow-Up of Adolescent Onset Anorexia Nervosa in Northern Sweden. European Eating Disorders Review, 2005; 13: 89–100.

6. Pavlová B. Epidemiologie poruch příjmu potravy, In: Papežová H. (ed). Spektrum poruch příjmu potravy, Grada 2010; s. 25–35.



Efekt programu pracovní rehabilitace u pacientky s chronickým průběhem schizofrenie

MUDr. Simona Venclíková^{1, 2}

¹Psychiatrická nemocnice Brno

²Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Předkládaná kazuistika prezentuje případ pacientky s chronickým průběhem schizofrenní poruchy, odkázané na invalidní důchod, silně izolované od společnosti. Díky placenému programu pracovní rehabilitace se u pacientky podařilo natolik zrekonstruovat pracovní návyky, že bylo možné ji následně na částečný úvazek zaměstnat na otevřeném trhu práce. Na začátku a konci programu pracovní rehabilitace byly sledovány psychopatologické symptomy poruchy a byla hodnocena subjektivně prožívaná kvalita života.

Klíčová slova: schizofrenie, pracovní rehabilitace, zaměstnání, kvalita života.

The effect of work-based therapy on patient with chronic course of schizophrenia

This case report presents a female patient with chronic schizophrenia who was on disability, living completely isolated from society. This patient participated in a paid program of work – based therapy which resulted in such an improvement of her work habits that she was able to obtain a regular part – time employment. Psychopathological symptoms of this disorder were monitored at the beginning and at the end of the program. The quality of life was evaluated as well.

Key words: schizophrenia, work-based therapy, employment, quality of life.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Simona Venclíková, simona.venclikova@mujpsychiatr.cz
Psychiatrická nemocnice Brno
Húskova 2, 618 32 Brno

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2017; 18(1e): e14–e18
Článek přijat redakcí: 15. 7. 2016
Článek přijat k publikaci: 4. 3. 2017



Schizofrenie

Schizofrenie je jedním z nejzávažnějších duševních onemocnění. Objevuje se nejčastěji mezi 18. a 30. rokem života a postihuje muže i ženy ve stejné míře (u žen nastupuje onemocnění o něco později). Schizofrenie se projevuje poruchami myšlení, vnímání, jednání, emocí a vůle. Rozlišujeme tzv. pozitivní příznaky nemoci (kam patří halucinace, bludy, dezorganizovaná řeč, bizarní chování) a negativní příznaky (emoční oploštělost, ztráta zájmů, ztráta prožívání radosti, hypobulie, pasivita, celkový útlum činností). Příznaky poruchy nemocného stigmatizují, vedou k omezení sociálních kontaktů, ztrátě zaměstnání, ke zhoršení kvality života. Zhruba v jedné třetině případů se onemocnění chronifikuje. Klinickému obrazu pak dominují hlavně negativní příznaky. Čím více jsou vyjádřeny negativní příznaky, tím více je nemocný invalidizován (1).

Kvalita života

Všichni lidé touží od pradávna po kvalitním životě. Co se ale pod pojmem kvalita života skrývá? Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“. Nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci. Tato definice je jedním ze základních stavebních kamenů mnoha dalších vymezení pojmu kvalita života.

K hodnocení kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek: objektivního a subjektivního.

- Objektivní kvalita života je založena na materiálním zabezpečení. Objektivními indikátory jsou fakta o sociální situaci jedince, kam spadá například to, zda je či není nemocný zaměstnán, zda má či nemá partnera, zda má či nemá nezávislé bydlení a sociální kontakty. Jde

tedy o souhrn zdravotních, ekonomických a sociálních podmínek, které mají dopad na život jedince (2).

- Subjektivní kvalita života je založena na subjektivním hodnocení jedincem. Subjektivními indikátory jsou pocity a hodnocení nemocným, jeho pohled na jeho sociální situaci (2).

Kvalita života u schizofrenie

Většina prací na téma kvality života u nemocných se schizofrenií hovoří o její snížené úrovni u takto nemocných ve srovnání se zdravými jedinci. Je velký rozdíl v tom, jak kvalitu života vnímají nemocní se schizofrenií a jak jejich psychiatři. Studii na toto téma realizoval německý autor Angermeyer, který zjistil, že obě skupiny považují za důležité faktory práci, sociální vztahy, rodinu a nezávislost. Nemocní však kvalitu svého života vnímali spíše z pohledu své životní úrovně a životního stylu, zatímco psychiatry zajímala spíše absence postižení či hendikepu (3).

Nezaměstnanost

Práce je důležitou podmínkou důstojné existence člověka. Přináší mu nejen materiální prospěch, ale dává mu současně pocit seberealizace a společenské užitečnosti (4). Ztráta zaměstnání má na člověka negativní dopady v mnoha rovinách, jednak v rovině psychologické, ale také v rovině sociální a zdravotní. Nezaměstnaný člověk ztrácí pevně ohraničené rozvržení pracovního dne. Rozpadá se mu denní rytmus, vytrácí se z něj aktivity, které byly dříve jeho pevnou součástí. Nezaměstnaný ztrácí ekonomickou jistotu, dochází k finančnímu strádání. Obecně se hovoří o tom, že ztráta zaměstnání je provázána stresem, který (pokud není zvládnut) významně poškozuje fyzické i psychické zdraví.



Práceschopnost u schizofrenie

Práceschopnost je u nemocných se schizofrenií ovlivněna mnoha faktory. Mezi ty zásadní patří přítomnost a intenzita symptomů onemocnění (pozitivních i negativních) a přítomnost a míra kognitivního deficitu. Téměř 50 % osob s vážnou duševní poruchou se proto uplatňuje na chráněném trhu práce. V případě nemocných se schizofrenií je zaměstnáno pouze 10–20 % nemocných (5). A to i přesto, že je známo, že pravidelné zaměstnání, bez stresu a s jasně vymezenými povinnostmi, je pro nemocné zvládnutelné a prospěšné. Naopak napomáhá nemocnému zůstat mimo nemocnici (6). Nemocní s chronickým průběhem schizofrenie jsou tedy ze sociálního fungování vyřazeni jak psychopatologickými symptomy vlastní nemoci, tak dále i ztrátou zaměstnání. Svoji životní situaci prožívají výrazně negativně, kvalita jejich života je oproti zdravé populaci výrazně snížena.

Vlastní případ

Paní ZM je žena narozená v roce 1970. Je vyučena švadlenou a v tomto oboru také pracovala. Je vdaná, má dva syny, ale s manželem již mnoho let nežije, právě pro svoji duševní poruchu. Synové jsou svěření do výchovy otci. Od roku 2003 je léčena pro diagnózu Paranooidní schizofrenie. Pro svoji duševní poruchu byla 4krát hospitalizována v různých psychiatrických zařízeních. Rozpadu osobního života předcházela ztráta zaměstnání a odchod do invalidního důchodu. Paní ZM pobývala většinu času doma, neúčastnila se žádného programu, nedocházela do zaměstnání. Této pacientce byla nabídnuta účast v 18měsíčním placeném programu pracovní rehabilitace. Paní ZM byla před nástupem do projektu vysoce nejistá a úzkostná, její sebevědomí bylo velice nízké, sama se spíše sociálně izolovala. Její medikace sestávala z klopazinu, risperidonu, lamotrignu, procykolidinu, citalopramu a klonazepamu. Počáteční

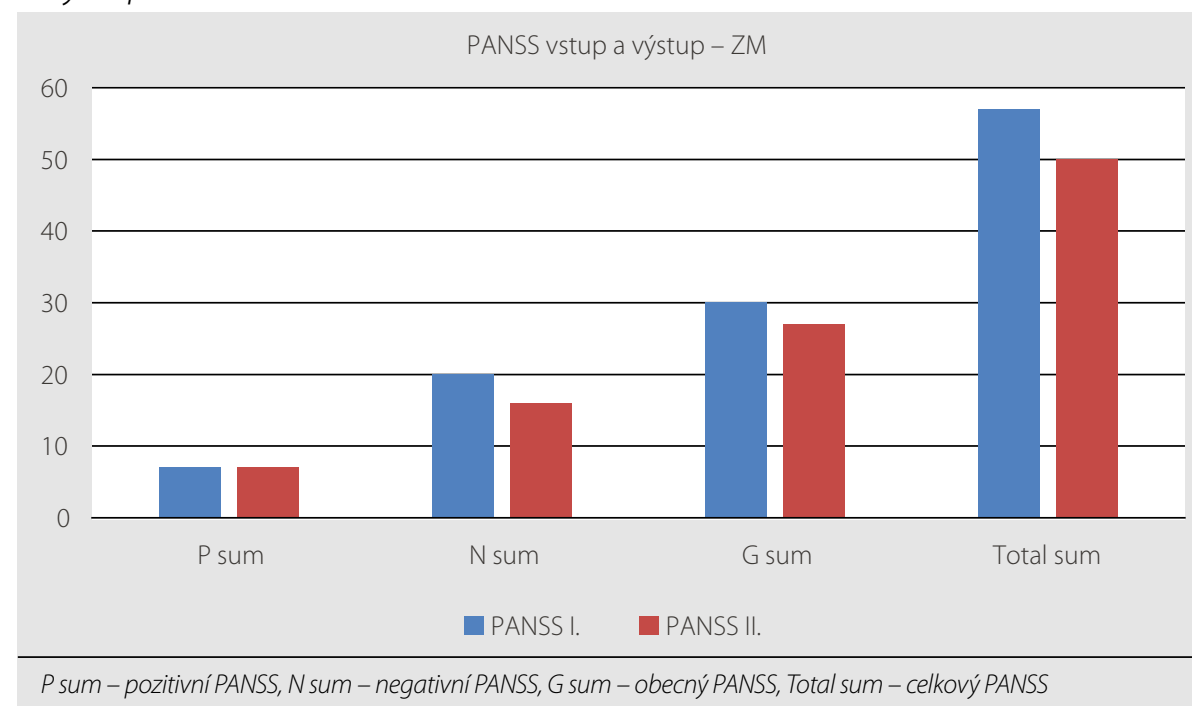
úvazek paní ZM v programu pracovní rehabilitace byl 0,3. Vykonávala úklidové práce a relativně rychle zvládla dodržovat obecné pracovní podmínky, jako čas příchodu do práce, dodržování předepsaných přestávek, komunikace se zaměstnavatelem apod. Zhruba v polovině projektu byl paní ZM pracovní úvazek navýšen na maximální výši, tedy 0,5. Nejenomže paní ZM zvládla toto pracovní nasazení, ale po skončení projektu se jí podařilo na poloviční úvazek zaměstnat na otevřeném trhu práce. Její dlouhodobá medikace nebyla měněna, pouze jí byl 2krát přechodně navyšován klonazepam (jejím ambulantním psychiatrem). Dodnes vykonává úklidové práce ve firmě vyrábějící zdravou stravu.

Přes tento klinický úspěch, kdy paní ZM zůstala v programu pracovní rehabilitace po celých 18 měsících, a přestože se jí následně podařilo zaměstnat na otevřeném trhu práce, v psychopatologickém profilu její poruchy došlo jen k velmi malým změnám. Na začátku a na konci programu byla psychopatologický obraz její poruchy ohodnocen pomocí škály PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale). PANSS je koncipován jako citlivý nástroj, kde je zajištěno vyvážené zastoupení pozitivních a negativních příznaků, je možno měřit jejich vztah k sobě i k celkovému psychopatologickému obrazu nemoci. Škála hodnotí 7 domén pozitivních příznaků, 7 domén negativních příznaků a 16 domén obecných příznaků. Pro pozitivní PANSS je rozmezí 7–49, pro negativní PANSS 7–49, a pro obecný PANSS 16–112.

V grafu 1 je u paní ZM patrný trend mírného zlepšení v negativním, obecném a celkovém PANSS, ale rozdíly v jednotlivých doménách jsou relativně malé. V negativní části PANSS je pokles o 4, v obecné části je pokles o 3, což v součtu celkového PANSS činí pokles o 7.

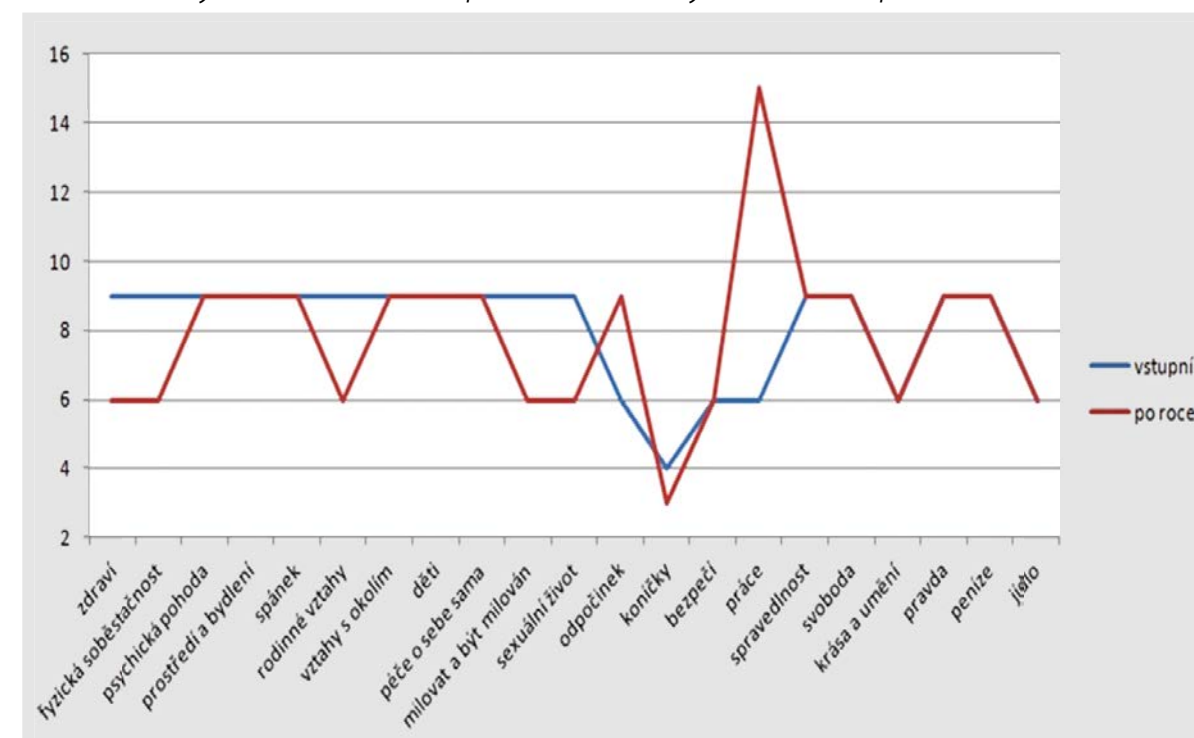
Zajímavým výstupem rovněž bylo, že paní ZM hodnotila svoji kvalitu života na konci programu téměř stejně jako na začátku programu. Na začátku a konci programu pracovní rehabilitace hodnotila pacientka

Graf. 1. Pozitivní, negativní, obecný a celkový PANSS paní ZM – vstup a výstup



svoji kvalitu života pomocí škály SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis). Škála SQUALA umožňuje hodnocení 21 oblastí lidského života z hlediska subjektivní spokojenosti a důležitosti, na jejichž základě lze poté určit i samotnou kvalitu života a pět zobecňujících dimenzí kvality života (abstraktní hodnoty, zdraví, volný čas, blízké vztahy a základní potřeby). V dimenzích kvality života byly u paní ZM největší rozdíly v položkách zdraví a blízké vztahy, které byly po absolvování programu méně důležité než na jeho začátku. V jednotlivých doménách škály SQUALA byl největší rozdíl zachycen v položce práce, kterou spolu s odpočinkem paní ZM hodnotila jako podstatně důležitější než na začátku programu. Naopak klesla důležitost položek: zdraví, fyzická soběstačnost, rodinné vztahy, milovat a být milován, sexuální život (graf 2).

Graf. 2. Dynamika v čase v položkách škály SQUALA u paní ZM



Diskuze

Z výsledků našeho sledování, ale i z výsledků světových prací např. T. Burnse (7) jednoznačně vyplývá, že zaměstnání hraje velmi významnou roli v životě člověka. Návrat duševně nemocných do placeného zaměstnání vede ke zmírnění projevů jejich nemoci a tím k nižšímu čerpání zdravotní péče. Ke stejnému závěru dospěl ve své práci i Bush (8), který vypočítal, že rozdíl průměrných nákladů na jednoho účastníka jeho výzkumu, za ambulantní služby a institucionální pobyty, přesáhl v průběhu deseti let částku \$ 166 350 (tj. cca 4 158 750 Kč) ve prospěch pracující skupiny.

Podle výsledků světových studií je subjektivní kvalita života nemocných se schizofrenií nižší než u zdravé populace (9). Zajímavé je, že u paní ZM nedošlo po ukončení programu pracovní rehabilitace k očekávanému zlepšení v jejím subjektivním hodnocení kvality života. K podobnému vý-



sledku dospěla ve své práci i Mona Eklund. Jejím výsledkem bylo zjištění, že zaměstnání na otevřeném trhu práce má pro subjektivní hodnocení kvality života menší význam (10). Většina ostatních autorů, kteří se zaměřili na vliv zaměstnávání na kvalitu života u duševně nemocných, dospěla k opačným výsledkům. Nordt (11) a Drake (12) dospěli k závěrům, že zaměstnání vede u duševně nemocných ke zlepšení kvality jejich života. Obě práce ale použily k posouzení kvality života odlišný dotazník a v obou studiích byli kromě nemocných se schizofrenií zařazeni také pacienti s poruchou nálady.

V České republice není tato problematika doposud zmapována. Existují práce, které hodnotí kvalitu života duševně nemocných jako jednu z položek výzkumu, ale bez vazby na zaměstnání/nezaměstnání účastníků. Studie zaměřená cíleně na vliv zaměstnání na kvalitu života a psychopatologický obraz nemoci u nemocných s chronickým průběhem schizofrenie je jen jedna (13).

LITERATURA

1. Villalta-Gil V, Vilaplana M, Ochoa S, Haro JM, Dolz M, Usall J, et al. Neurocognitive performance and negative symptoms: Are they equal in explaining disability in schizophrenia outpatients? *Schizophrenia Research* 2006; 87(1–3): 246–253.
2. Vaďurová H, Mühlpachr P. Kvalita života, teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova Univerzita, pedagogická fakulta 2005; 145 s.
3. Angermeyer MC, Holzinger A, Kilian R, Matschinger H. Quality of Life-as Defined By Schizophrenic Patients and Psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry* 47(2) : 34–42.
4. Buchtová B, Šmajs J, Boleloucký Z. Nezaměstnanost, 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. 2013; 192 s.
5. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39(5): 337–349.
6. Libiger J: Stigma duševního onemocnění. *Psych* 2001; 1: 48–52.
7. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146–1152.

Závěr

Jak vyplývá z této kazuistiky, i nemocné s chronickým průběhem schizofrenní poruchy je možné, při nastavení vhodných podmínek, zapojit a udržet v programu pracovní rehabilitace, pokud jsou dostatečně podporováni a motivováni. Největší motivací je mzda za odvedenou práci. I když zapojení do programu pracovní rehabilitace nepřinese zlepšení psychopatologického profilu nemoci, ani v subjektivním hodnocení kvality života, je nezbytným startovacím můstkem pro budoucí úspěch na otevřeném trhu práce. Z objektivního hlediska má program pracovní rehabilitace pozitivní dopad na celkové fungování nemocného, vede k navýšení jeho sociálních kontaktů. Díky odměně za vykonanou práci pak dochází i ke zlepšení ekonomické úrovně. Pokud bychom na případ paní ZM aplikovali objektivní indikátory kvality života, pak by díky jejímu návratu do zaměstnání došlo k podstatnému zlepšení její kvality života.

8. Bush PW, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Haslett WR: The long-term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2009; 60(8): 1024–1031.
9. Alptekin K, Akvardar Y, Akdede B, et al. Is Quality of Life Associated with Cognitive Impairment in Schizophrenia? *Prog NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005; 29(2): 239–244.
10. Eklund M: Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. *Qual Life Res* 2009; 18(2): 163–170.
11. Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C: Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Soc Sci Med* 2007; 65(7): 1420–1429.
12. Drake RE, Frey W, Bond GR, Goldman HH, Salkever D, Miller A, et al: Assisting social security disability insurance beneficiaries with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression in returning to work. *Am J Psychiatry* 2013; 170(12): 1433–1441.
13. Vencíková S: Kognitivní funkce a kvalita života v kontextu pracovního zařazení u pacientů s chronickou schizofrenií. Disertační práce v oboru psychiatrie. Brno, Czech Republic, LF MU; 2016.

The screenshot shows the 'Psychiatrie pro praxi' journal interface. The top bar includes the journal title, page number '29 / 30', a search bar, and the publisher 'SOLEN'. The left sidebar, titled 'Thumbnails', shows a list of document thumbnails numbered 1 to 4. The main content area displays the current page (page 29) with a search bar at the top right. The bottom of the interface features a navigation bar with icons for thumbnails, bookmarks, sharing, text, printing, downloading, and audio. A large blue box highlights the main content area, and various blue lines and boxes point to specific features and navigation elements.

Aktuální strana

Místo pro zobrazení:

- obsahu
- náhledů stránek
- záložek
- výsledků vyhledávání

Vyhledávání v dokumentu

Odkaz na časopis

Navigační prvky pro posun stránek

Náhledy stránek

Záložky

Nástroj ke sdílení časopisu na sociálních sítích

Nástroj k výběru textu

Tisk

Nástroje k uložení časopisu do vašeho počítače

Nástroj k ovládání zvuku

Nástroje k zvětšení strany



www.psychiatriepropraxi.cz