

HODNOCENÍ EFEKTIVITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

Petr Hejzlar^{b)}, Martin Halíř^{a)}, Hana Herelová^{a)}

^{a)}občanské sdružení Péče o duševní zdraví – region Pardubice, ^{b)}Pardubická krajská nemocnice a.s., Psychiatrické oddělení

Abstract: *The article concerns with advantages for professional social services' development thank to effectiveness review. It comments and explain the implementation of Camberwell Assesment of Needs into community mental health care services provider's evaluation process. The study results are presented.*

Keywords: *Community Services for Mentally Ill, Effectivness Evaluation, Assessment of Need*

1. Úvod

Sociální služby v České republice existují v nestálém legislativním a ekonomickém prostředí. Mnoho typů služeb zajišťují neziskové organizace často vzniklé z entuziasmu malých zájmových skupin, mnohdy neprofesionálů. Jen před několika málo lety byly zákonem ustaveny požadavky na odbornou výbavu lidí, kteří sociální služby poskytují, a na standardy, jak mají fungovat jejich zaměstnavatelé.

To je jen několik hlavních důvodů, proč je profesionalizace oblasti sociálních služeb stále ve vývoji. K profesionalizaci patří i hodnocení efektivity. Tázání se, zda služby skutečně pomáhají svým uživatelům (a případně kolik to stojí peněz v poměru k výsledkům). Standardy kvality tento aspekt zdůrazňují spíše na rovině individuálního hodnocení, zda služba pomáhá konkrétnímu klientovi. Z jednotlivých případů ale nelze poskládat věrohodný a reprodukovatelný obraz efektivity služby jako celku.

Pomáhat někomu v sociální oblasti je obtížné vzhledem k pestrosti potíží a projevů, které odpovídají široké škále mezilidských situací a způsobů života. Stejně tak je obtížné jednoznačně ověřit, že pomoc je účinná. Toto ověřování, hodnocení efektivity, je přitom klíčové pro zkvalitňování sociálních služeb, protože jeho výstupy umožňují plánovat změny v kapacitě, pracovních postupech a organizaci služeb.

O efektivitu je zvláště třeba se zajímat u služeb se specifickými cílovými skupinami, mezi které patří i lidé s duševním onemocněním. Práce s nimi je náročná a skýtá nástrahy v podobě rizika zhoršení zdravotního stavu, které může navodit i jinak nekomplikovaná sociální intervence. I ty nejlepší úmysly mohou klienta poškodit – zvláště, když služba neumí hodnotit svou efektivitu.

2. Formulace problematiky

2.1. Komunitní a rehabilitační služby pro duševně nemocné

V posledních 20 letech se v České republice pomalu rozšiřují možnosti a dostupnost rehabilitačních programů pro vážně duševně nemocné. Rehabilitační služby jsou převážně komunitního charakteru a bývají registrované jako sociální služby (např. regionální komunitní týmy, chráněná bydlení či volnočasové kluby) nebo spadají do kategorie služeb zaměstnanosti (chráněné dílny).

Rehabilitační programy rozšiřují spektrum nástrojů, jak vážně duševně nemocným pomáhat v jejich adaptaci v běžném životě. Metody a pracovní postupy rehabilitace jsou přebírány ze zahraničí. Rámec rehabilitace má podpořit zotavení nemocného z duševní choroby. Koncept zotavení se odlišuje od zavedeného chápání úzdravy jako absence příznaků nemoci nebo sociálně maladaptivního chování. Zotavení akcentuje individuální rozvoj nemocného, respektive jeho přijetí či dokonce využití omezení, které z nemoci a/nebo jejích následků vyplývají, a úsilí o získání smysluplných sociálních rolí a aktivit i s tímto omezením.

2.1.1. Občanské sdružení Péče o duševní zdraví

Péče o duševní zdraví (PDZ) je nejvýznamnější poskytovatel komunitních služeb pro duševně nemocné ve východních Čechách. V šesti okresech Pardubického a Královéhradeckého kraje provozuje organizační střediska. V každém působí regionální komunitní tým, který je mobilní a schopný pomáhat duševně nemocným v místě jejich bydliště. Týmy vedle individuální práce zajišťují i volnočasové kluby a v krajských městech i tréninkové rehabilitační byty. Sedmé středisko (Výměník) zřizuje v Pardubicích chráněné dílny.

V PDZ působí autoři příspěvku a právě mobilní komunitní služby byly předmětem hodnocení efektivity, o kterém dále v textu.

2.2. Hodnocení efektivity služeb pro duševně nemocné

V oblasti komunitních služeb, podobně jako třeba v psychoterapii, narážíme na problém, jak efektivitu služeb sledovat a poměřovat. Na jednom pólu je tendence k co nejobjektivnějšímu měření, které ovšem často opomíjí komplexnější proměnné subjektivního rázu (viz např. koncept kvality života). Na druhé straně jsou subjektivní výpovědi zpochybnitelné z hlediska metodologie a neposkytují dostatečný prostor pro srovnávací studie a porovnání v čase.

Objektivní hodnocení efektivity se nejčastěji opírají o sledování symptomů nemoci a jejich proměn v čase. V Čechách dobře známe výzkumy prof. Kratochvíla, které pro zjišťování efektivity psychoterapeutického programu užívaly dotazník N5 [1]. Obvykle se jedná o použití standardizovaných psychiatrických škál pro hodnocení příznaků nemoci, které se administrují opakovaně v průběhu čerpání služeb. Použitelné je také sledování nepřímých ukazatelů. Těmi mohou být počet hospitalizací a počet dní hospitalizace ve sledovaném období, množství podávaných léků či

sebevražednost. Výzkumy tohoto druhu jsou podmíněny dobrou spoluprací se zdravotnickými zařízeními a sledováním kontrolní skupiny, která služby nečerpá.

Hodnocení parametrů životní spokojenosti naráží na tradiční problém kvalitativních výzkumů. Subjektivní výpověď je obtížně klasifikovatelná a nenabízí možnost srovnání v čase. Přesto právě životní spokojenost (well-being) je klíčovým konceptem na poli komunitní péče. Zlepšení schopnosti žít v přirozeném prostředí, uplatnit se a participovat v interpersonálních vztazích není jednoznačně vázáno na redukci symptomů. Šetření kvality života sice může poskytovat obraz efektu komunitních služeb, ale neodliší vlivy dalších zdrojů a služeb (není z nich vždy jasné, která pomoc kvalitu života ovlivňuje). Úskalí subjektivní výpovědi je obvykle vyvažováno dvojím hodnocením, kdy je vedle výpovědi sledované osoby zohledněn pohled posuzovatele. Příkladem takové metody je dotazník SQUALA , který do českých podmínek adaptovala Dragomirecká a spolupracovníci [2].

Dalším přístupem je sledování spokojenosti s péčí (spokojenosti klientů se službami). Nejčastěji používanou je Veronská škála spokojenosti se službami (VSSS-54, Verona Service Satisfaction Scale) [3]. Jde o sebeposuzující dotazník, ve kterém respondenti hodnotí spokojenost s intervencemi.

Hodnocení potřeb a jejich saturace během péče, jako další způsob hodnocení, stojí na pomezí objektivních a subjektivních přístupů. Na jedné straně nabízí teoreticky podložený koncept s možností srovnávání a kvantifikace. Na straně druhé postihuje změny v oblasti životní spokojenosti, které nejsou čistě symptomatické povahy. Reprezentantem této skupiny šetření je Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb (CAN, Camberwell Assessment of Need) [4]. Vychází z vlastní definice potřeb coby „schopnosti mít nějaký prospěch ze zdravotní a sociální péče“. Potřeba se mění z přání na dynamický koncept schopnosti čerpat podporu.

Formulář CAN šetří celkem 22 oblastí sociálních a zdravotních potřeb. Odpovědi respondentů jsou ve všech verzích CAN hodnoceny na tříbodové škále: 0 = v oblasti není žádný závažný problém (žádná potřeba); 1 = není závažný problém nebo existuje jen mírný problém, protože je poskytována účinná pomoc (naplněná potřeba); 2 = závažný problém, nezávisle na tom, zda je či není poskytována pomoc, podpora (nenaplněná potřeba).

CAN je nástroj, který nabízí odpovídající psychometrické kvality a je nenáročný na administraci a zaškolení. V neposlední řadě je také pomocníkem při plánování individuální péče o nemocného. Kromě pohledu samotného probanda šetří i pohled poskytovatele péče či blízké osoby (příbuzného, pečovatele). Do českého prostředí CAN převedl kolektiv autorů Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví v roce 2006 [5]. Pilotní praktické odzkoušení provedly Fokusy Mladá Boleslav, Vysočina a Ústí na Labem [6].

3. Řešení problému

3.1. Přístup k hodnocení efektivity v Péči o duševní zdraví

Zmíněné sdružení PDZ vyvinulo některé vlastní dotazníkové nástroje k hodnocení kvality služeb. Šetříme spokojenost uživatelů se službami s využitím jednoduché škály. Druhou oblastí šetření je míra dosahování vytyčených cílů sociálních služeb. Výhodou vlastních nástrojů je jejich flexibilita: možnost upravit na míru naši praxi. Nevýhodou je pochopitelně to, že nejsou standardizované, což snižuje jejich reliabilitu i validitu.

Proto od roku 2009 zařazujeme do interního systému sledování efektivity služeb nástroj CAN. Výsledky pilotního šetření jsme zveřejnili v časopise Psychiatrie [7]. Výběr vedl ke CANu mj. proto, že je výhodný z hlediska dlouhodobého sledování probanda. Doporučené období pro opakovanou administraci je půl roku bez omezení celkové doby sledování. CAN nabízí kvantifikaci výstupů v jednoduchém záznamovém archu a statistické zpracování. Nabízí pohled na změnu v čase čerpání služby. Předpokládáme, že klienti vstupují do péče s neuspokojenými potřebami, na které by efektivně a kvalitně poskytovaná služba měla reagovat, načež při opakované administraci poklesne naléhavost potřeb. Právě tento aspekt CAN se nám jeví jako vhodný pro sledování efektivity služeb s ohledem na kvalitu života klientů.

Pro samotné služby je vždy důležitá široká škála nástrojů, které informují o její kvalitě a efektivitě. Nemůžeme spoléhat pouze na subjektivní hodnocení klientů, které ovšem nechceme opomíjet. Je také potřebné zohlednit efektivitu vzhledem k posláním, které si služby kladou, a tak nelze vycházet pouze z přání klientů. Dynamicky formulovaný koncept potřeb tak odpovídá nejen pohledu klienta, ale i strategickým cílům služeb.

Další výhodou CAN je propracovaný systém dotazování, které je prováděno formou strukturovaného interview. Tím se vyhýbá prostému zjišťování přání uživatele a poskytuje prostor pro posouzení ze strany pracovníka. Díky širokému záběru oblastí, v nichž jsou potřeby zjišťovány, nabízí celkový pohled na kvalitu života probanda. Systém dotazování a možnost administrace formou rozhovoru jsou vhodné pro práci s lidmi psychiatrickým onemocněním. CAN je navíc specificky orientován i na psychotické příznaky.

3.2. Vlastní šetření

V praxi komunitních služeb poskytovaných sdružením Péče o duševní zdraví CAN obvykle administrujeme při vstupu klienta do služby. Administrace probíhá ve fázi formulace zakázky a přípravy plánu poskytování služby, poté je opakována po každém uplynulém půlroce. CAN aplikujeme u klientů léčených pro onemocnění schizofrenního okruhu (skupina F2 MKN 10) a zároveň u těch, kde předpokládáme dlouhodobější spolupráci. Vzhledem k tomu, že CAN používáme od roku 2009, předkládané výsledky jsou za téměř 2 roky práce. U některých klientů se podařilo šetření již 5x opakovat.

3.2.1. Výzkumný vzorek

Prvním šetřením (tj. administrace při vstupu) prošlo dosud 82 osob (35 žen, 47 mužů). Druhým šetřením (tj. administrace po půl roce ve službách) prošlo dosud 47 (20 žen, 27 mužů). Počet osob, které prošly už třetím až pátým kolem šetření, je pro účely sledování prozatím nevýznamný počet (pod 30 osob).

3.2.2. Design studie

Data získáváme na dvou úrovních:

A. **profil potřeb** - struktura (mapa) oblastí, ve kterých klienti potřebují intervenci

Sledovali jsme četnosti skóru 2 (závažný problém, nezávisle na tom, zda je či není poskytována pomoc - *nenaplněná potřeba*) a tím dostali křivku „závažných“ oblastí. Poté jsme postupovali součtem všech skóru napříč celou sledovanou skupinou a dostali tak „celkový skór závažnosti dané oblasti“ (v CAN domény).

B. **sledování změn v čase**

B1. kvalitativní popis = oblasti, v nichž dochází k významným změnám. Zde jsme sledovali změny v jednotlivých oblastech (doménách) mezi prvním a druhým kolem a získali významné rozdíly pro každou z 22. oblastí.

B2. kvantitativní zpracování statistickými metodami = t-test

T-test byl proveden ve dvou verzích. První nepárový (porovnání všech výstupů 1. a 2. kola s $N_1=82$ a $N_2=47$) a párový s $N=47$.

Také vždy vycházíme z toho, že zvlášť skórování provádí klient (ve výsledcích prezentujeme jako „z pohledu klienta“) a pracovník („z pohledu pracovníka“).

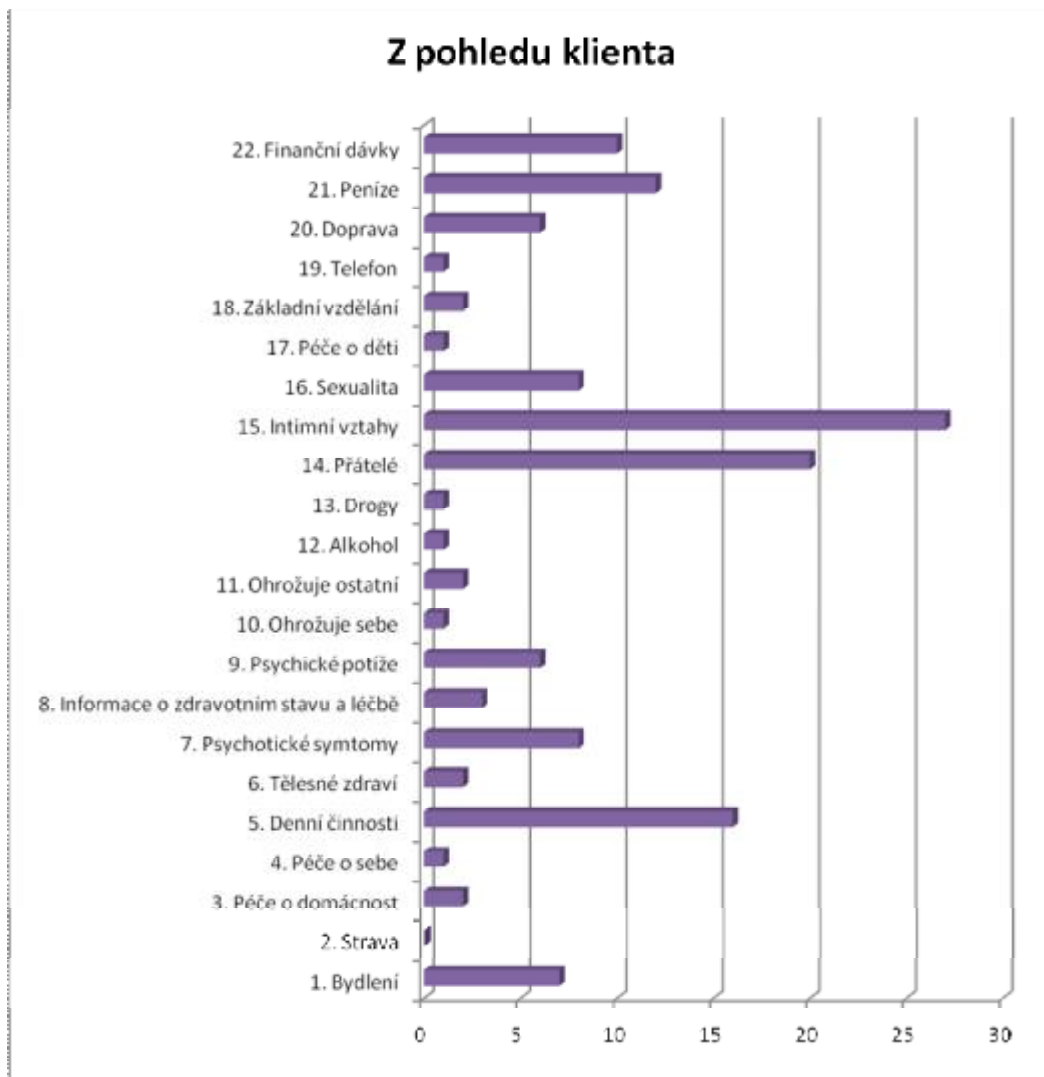
3.2.3. Výsledky

A. PROFILY POTŘEB

Následující profily potřeb pocházejí z úvodních vstupních šetření pomocí nástroje CAN. Představují zajímavý pohled na spektrum oblastí, ve kterých se vyskytují neuspokojené i celkové potřeby duševně nemocných před tím, než začnou využívat služby.

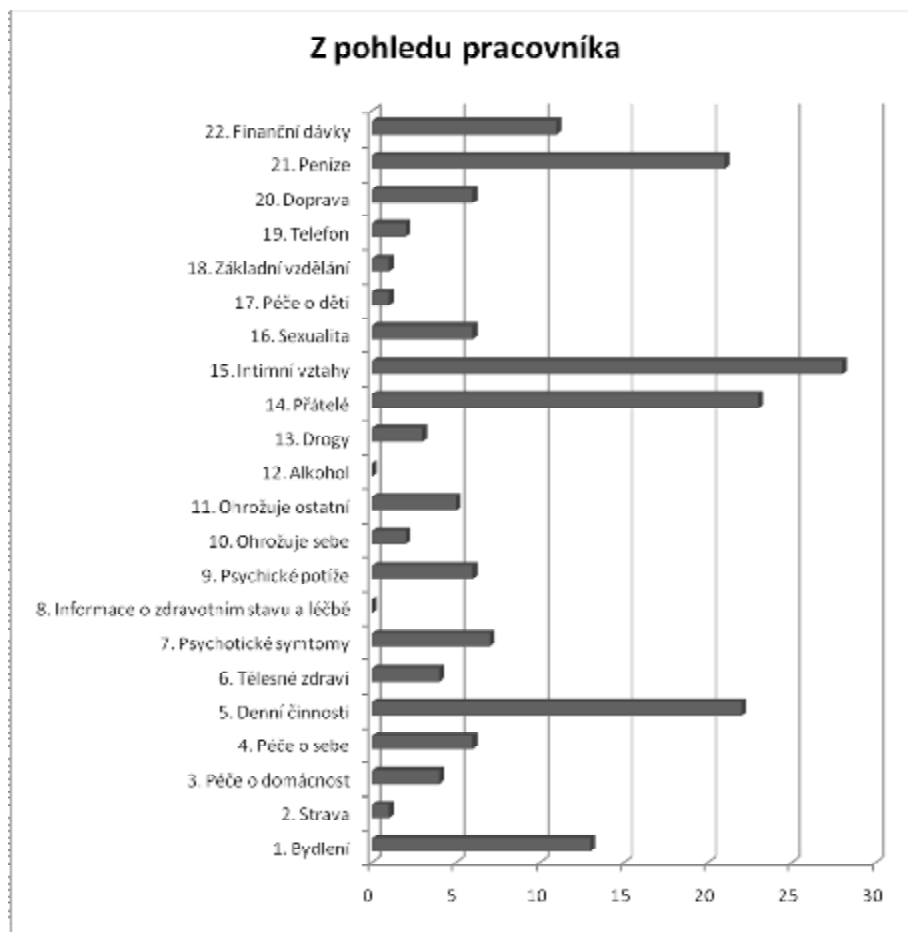
A1. Profil domén, ve kterých jsou nenaplněné potřeby

Profil oblastí, kde existuje závažný problém z pohledu klienta, vykázal průměrný skór 6,23, průměrná odchylka činila 6,93. Nadprůměrné skóry byly zaznamenány v doménách č. 4 denní činnosti, č. 14 přátelé a č. 15 intimní vztahy.



Graf 1: Profil nenaplněných potřeb z pohledu klientů

Z pohledu pracovníka činil průměrný skóre nenaplněných potřeb 7,82, směrodatná odchylka 8,13. Nadprůměrné skóre jsme zaznamenali v doménách č. 4 denní činnosti, č. 14 přátelé, č. 15 intimní vztahy a č. 21 peníze. Z pohledu klienta i pracovníka tedy nadprůměrné skóre vyšly v téměř shodných oblastech.



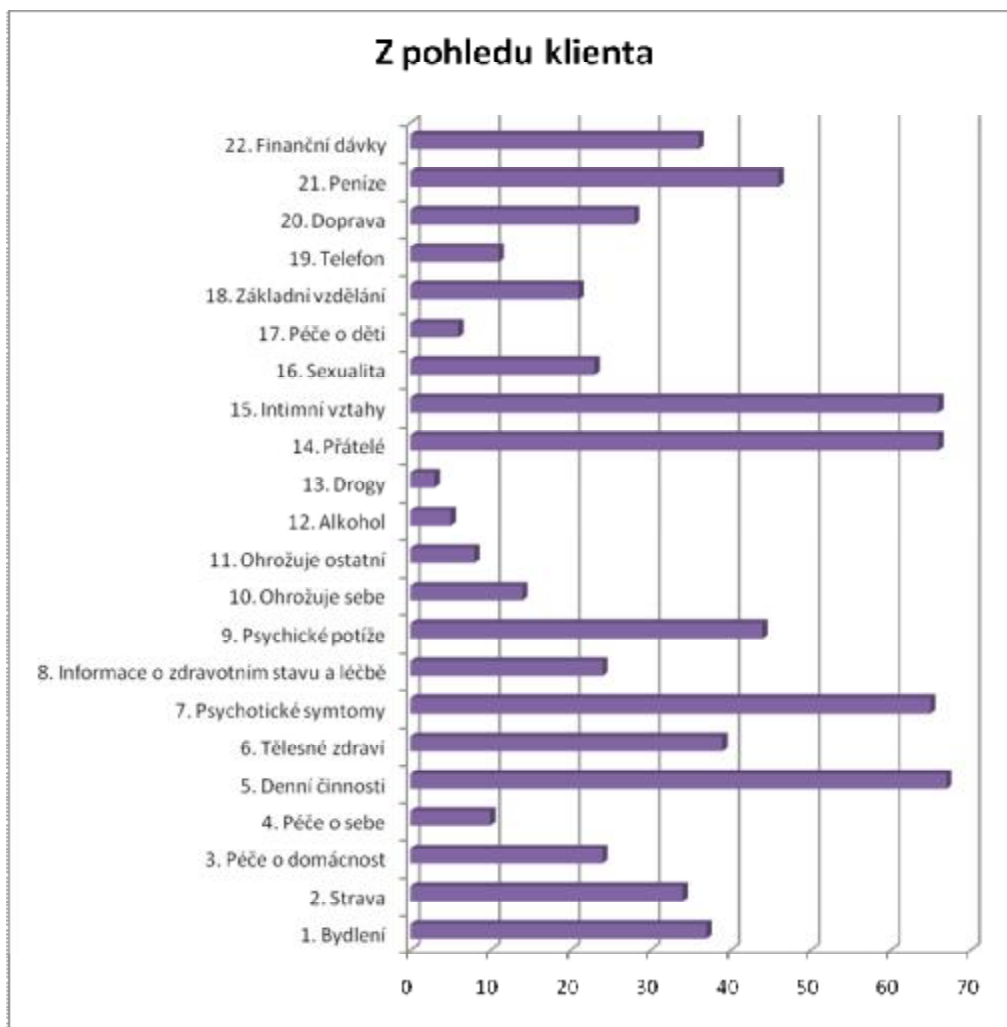
Graf 2: Profil nenaplněných potřeb z pohledu pracovníků

A2. Profil domén, kde byla zaznamenána jakákoliv potřeba – naplněná i nenaplněná (celkový profil potřeb)

Z pohledu klientů činil celkový skóre 30,77, standardní odchylka činila 20,72. Přehled oblastí pod a nad průměrem ukazuje tabulka 1.

Tabulka 1: Oblasti potřeb s nadprůměrným a podprůměrným skóre z pohledu klientů

| NADPRŮMĚRNÉ SKÓRY: | PODPRŮMĚRNÉ SKÓRY: |
|-------------------------|-------------------------|
| 4. DENNÍ ČINNOSTI | 4. PÉČE O SEBE |
| 7. PSYCHOTICKÉ SYMPTOMY | 11. OHROŽUJE OSTATNÍ |
| 14. PŘÁTELE | 12., 13. ALKOHOL, DROGY |
| 15. INTIMNÍ VZTAHY | 17. PÉČE O DĚTI |

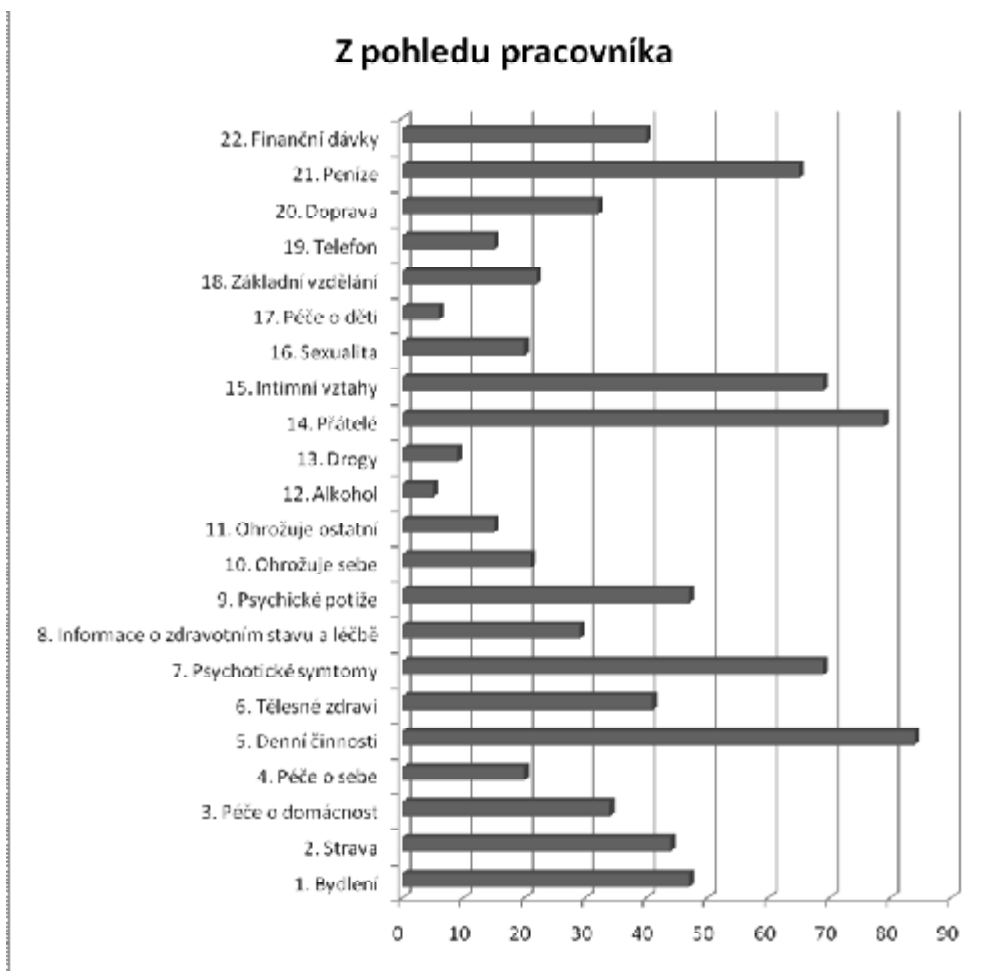


Graf 3: Celkový profil potřeb z pohledu klientů

Z pohledu pracovníků činil celkový skóre 36,95, standardní odchylka činila 23,33. Přehled oblastí pod a nad průměrem ukazuje tabulka 2.

Tabulka 2: Oblasti potřeb s nadprůměrným a podprůměrným skóreem z pohledu pracovníků

| NADPRŮMĚRNÉ SKÓRY: | PODPRŮMĚRNÉ SKÓRY: |
|--|--|
| 7. PSYCHOTICKÉ SMYPTOMY 14. PŘÁTELÉ 15. INTIMNÍ VZTAHY 21. PENÍZE | 12., 13. ALKOHOL, DROGY 17. PÉČE O DĚTI |



Graf 4: Celkový profil potřeb z pohledu pracovníků

BI. POPIS ZMĚN MEZI 1. A 2. KOLEM

Výsledky jsou vyjádřeny procentuálně a popisují nejvýraznější pozitivní a negativní trend z pohledu klienta a pracovníka. Procentuální vyjádření volíme, protože skupiny 1. a 2. kola nejsou stejně velké. Čísla v tabulkách níže lze interpretovat, že v dané oblasti uvádí zlepšení x% klientů/pracovníků a vice versa.

Tabulka 3. Změny mezi první a druhým kolem šetření z pohledu klienta

| POZITIVNÍ TREND | NEGATIVNÍ TREND |
|------------------------|---------------------------|
| DENNÍ ČINNOSTI – 45% | PSYCHOTICKÉ SYMPTOMY - 8% |
| FINANČNÍ DÁVKY – 28% | PÉČE O DĚTI - 4% |
| PENÍZE – 23% | DOPRAVA - 4% |
| PŘÁTELE – 22% | |

Tabulka 4. Změny mezi první a druhým kolem šetření z pohledu pracovníka

| POZITIVNÍ TREND | NEGATIVNÍ TREND |
|------------------------|------------------------|
| DENNÍ ČINNOSTI – 44% | PÉČE O SEBE – 5% |
| FINANČNÍ DÁVKY – 32% | PÉČE O DOMÁCNOST – 4% |
| INTIMNÍ VZTAHY – 31% | DROGY – 4% |
| PŘÁTELE – 29% | PÉČE O DĚTI – 4% |
| PENÍZE – 27% | |

B2. KVANTITATIVNÍ STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ

Zvolili jsme t-test jako metodu, která srovnává dva vzorky dat a určuje, zda jsou statisticky odlišné nebo se jedná o jednu velkou populaci. Při statisticky významném výsledku lze prohlásit, že změny mezi dvěma řadami dat nejsou výsledkem variability zkoumané populace, ale vlivem nějaké zásahu, intervence. Předpokládáme, že hlavním vlivem je poskytování služeb.

Nejprve k výsledkům nepárového t-testu výsledků z pohledu klienta a z pohledu pracovníka. Z pohledu pracovníka t-test jako statisticky významný ($p < 0,001$), nicméně při nízkém Fttestu (0,2) nelze prohlásit celé za vypovídající. Fttest variuje mezi 0 a 1, a čím bližší je hodnota k jedničce, tím menší je variabilita rozptylu, která snižuje statistickou hodnotu t-testu. Dalo by se říci, že při takto nízkém F by se t-test neměl ani použít. Výsledky t-testu nemusí nutně znamenat, že k posunu došlo vlivem poskytování sociálních služeb. Výsledek spíše ovlivnila velká variabilita rozptylu.

Tabulka 5. Nepárový t-test z pohledu klienta a pracovníka

| Z pohledu klienta | | Z pohledu pracovníka | |
|--------------------------|--------------|-----------------------------|-------------|
| P | 0,0616 | P | <0,001 |
| T | 1,8858 | t | 5,1700 |
| Df | 127 | df | 127 |
| Ftets | 0,418 | Fttest | 0,209 |
| Rozdíl □ | 1,48 | Rozdíl □ | 4,46 |
| 95% interval význ. | -0,07 – 3,04 | 95% interval význ. | 2,75 – 6,17 |
| N1 | 82 | N1 | 82 |
| N2 | 47 | N2 | 47 |
| □1 | 8,29 | □1 | 11,27 |
| □2 | 6,81 | □2 | 8,11 |
| SD1 | 4,47 | SD1 | 5,08 |
| SD2 | 4 | SD2 | 4,28 |

A nyní k výsledkům párového t-testu. Data jsou srovnána, že na řádcích vždy leží výsledky jednoho probanda, takže fakticky porovnáváme výsledky jedné skupiny ve dvou časech. Z pohledu klienta i z pohledu pracovníka jde o statisticky významný výsledek. V případě pohledu klienta o „velice významný“ ($P=0,0029$), z pohledu pracovníka o „silně statisticky významný“ ($P<0,001$). Při párovém srovnávání můžeme prohlásit, že změny v čase jsou statisticky významné. Jelikož se jedná o snížení skóre, které odpovídá celkové závažnosti potřeb klienta, aby se mu dostávalo služeb, lze prohlásit, že po půl roce ve službách dochází k statisticky významným změnám v souvislosti s poskytovanými službami. Neboli, že zlepšení sociální situace klienta je způsobeno specifickým postupem práce, která v jeho prospěch byla provedena.

Tabulka 6. Párový t-test z pohledu klienta a pracovníka

| Z pohledu klienta | | Z pohledu pracovníka | |
|--------------------|-------------|----------------------|-------------|
| P | 0,0029 | P | <0,001 |
| T | 3,1497 | t | 5,6617 |
| Df | 46 | df | 46 |
| Ftets | 0,797 | Ftest | 0,792 |
| Rozdíl □ | 1,47 | Rozdíl □ | 2,96 |
| 95% interval význ. | 0,53 – 2,41 | 95% interval význ. | 1,91 – 4,01 |
| N | 47 | N | 47 |
| □1 | 8,28 | □1 | 11,06 |
| □2 | 6,81 | □2 | 8,11 |
| SD1 | 4,15 | SD1 | 4,45 |
| SD2 | 4 | SD2 | 4,28 |

6. Závěr

Zavedení standardizovaného nástroje CAN rozšířilo možnosti i vypovídací hodnotu šetření efektivity služeb v občanském sdružení Péče o duševní zdraví. Rozhodli jsme se výstupy hodnotit ze tří hledisek.

Prvním hlediskem je položková analýza, ze které zjišťujeme, v jakých sociálně zdravotních oblastech mají duševně nemocní lidé nenaplněné potřeby. Tato zjištění jsou důležitá především pro praktickou stránku poskytování sociálních služeb individuálním uživatelům. Zajímavý je ale i pohled celkový, neboť souhrnem za celou skupinu respondentů dostáváme profil oblastí potřeb, ve kterých cílová skupina duševně nemocných častěji mívá potřebu podpory a intervence. Zjištěný profil naplněných a nenaplněných potřeb v prvním kole v našem případě do značné míry odpovídá zjištěním, ke kterým v českých podmínkách došel Stuchlík [6].

Druhým hlediskem je sledování změn saturování potřeb mezi prvním a druhým kolem šetření. Zajímalo nás v jakých doménách se mezi prvním a druhým kolem liší položková analýza (jinými slovy: v jakých doménách působí intervence). Na reprezentativním vzorku uživatel služeb jsme ověřili, že pomoc reaguje na potřeby klientů a že je efektivní, neboť vede k poklesu nenaplněných potřeb v různých sociálních a zdravotních oblastech. Pozitivní trend v naplňování potřeb mezi prvním a druhým kolem šetření nastal především v oblastech „denní činnosti“, „finanční dávky“, „peníze“ a „přátelé“.

A konečně třetím hlediskem je ověření, zda změny v saturaci potřeb jsou statisticky významné a nejsou pouhým nahodilým fenoménem. Konkrétní výsledky statistického zpracování svědčí v naší studii pro účinnost specifických pracovních postupů a individuálního přístupu k naplňování potřeb klientů služeb. K diskusi samozřejmě zůstává, zda tento efekt lze přičítat pouze využívání sociálních služeb. Do budoucna se proto nabízí provést srovnávací šetření mezi vzorkem lidí, kteří služby využívají, a skupinou nemocných, kteří z nejrůznějších důvodů služby využívat nechtějí nebo k nim nemají přístup.

Použité zdroje:

- [1] Kratochvíl, S. Základy psychoterapie. Praha: Portál 2007. 383 s.
- [2] Dragomirecká, 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.
- [3] Ruggeri, M., Dall'Agnola, R. The development nad use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patiens, relatives and Professional. *Psychological Medicine* 1993; 23(2): 511-523.
- [4] Phelan, M., Slade, M., Thornicroft G. et al. The Camberwell Assessment od Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1995; 167(5): 589-595.
- [5] Probstová, V., Šelepová, P., Dragomirecká E., Kalvoda, H., Sochorová, G., Pěč, O. CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: 2006. 64 s.
- [6] Stuchlík, J. Výsledky práce s metodou CAN-C ve službách psychosociální rehabilitace poskytovaných regionálními sdruženími Fokus. Mladá Boleslav: Fokus Mladá Boleslav 2007.
- [7] Hejzlar, P., Halíř, M., Fiala, M. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie* 2010; 14(3): 146–152.

Kontaktní adresa:

MUDr. Petr Hejzlar
Péče o duševní zdraví – region Pardubice
Bělehradská 389
530 09 Pardubice
e-mail: petr.hejzlar@pdz.cz
tel. č.: +420 777 915 740