



## **SOCIÁLNÍ REHABILITACE HOŘICE – analytický dokument**

Zhodnocení indikátoru 80500 v rámci projektu **Sociální rehabilitace Hořice**, registrační číslo **CZ.03.2.65/0.0/0.0/16\_047/0009416**, prioritní osa OPZ: 2 Sociální začleňování a boj s chudobou (dále jen „projekt“) Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zpráva předkládá průběžnou evaluaci (hodnocení) sledovaného indikátoru 80500 (počet zveřejněných analytických dat).

Hlavním cílem a posláním sociální rehabilitace je zmapovat potřeby v rámci individuálního plánu klienta a ty postupně naplňovat dle možností a schopností klienta.

Ke sběru dat bylo použito **Camberwellského dotazníku (CAN)** pro šetření potřeb lidí s duševním onemocněním. Tento dotazník vznikl jako výsledek snah kolektivu autorů z londýnského Psychiatrického institutu při King's College. Jedná se o standardizovaný nástroj pro mapování potřeb lidí s dlouhodobým duševním onemocněním. Verze určená pro praxi existuje od roku 1999. Do českého jazyka byl později přeložen kolektivem autorů z pražského Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví. Specifikem tohoto dotazníku je, že se také zaměřuje na psychotické příznaky a jejich zvládnutí u klienta. Kromě mapování potřeb na úrovni jednotlivce je tento dotazník využíván ke zjišťování efektivit sociálních služeb.

Potřeby člověka se týkají tří základních oblastí lidské existence – udržení fyziologické rovnováhy člověka jako organismu, duševního života člověka jako individua a oblasti sociálních vztahů, kterých je každý člověk součástí. Podle Maslowa jsou základní potřeby člověka uspořádány hierarchicky, to znamená, že pokud nejsou potřeby na nižší úrovni dostatečně uspokojeny, nemohou být naplněny ani potřeby vyšší úrovně, tj. sociální. Do vyšších potřeb řadí Maslow potřebu lásky a úcty, které zajišťují duševní pohodu a rozvoj osobnosti.

Autoři CAN vyzdvihují především nenáročnost administrace tohoto nástroje. Pomáhající pracovník nebo výzkumník by měl být schopen používat CAN bez formálního tréninku, pouze s použitím manuálu, nezabere více jak 30 minut. Měří naplněné a nenaplněné potřeby uživatelů sociální služby a pomoc, kterou již v procesu naplňování potřeb dostávají nebo by požadovali od okolí.



V monitorovací zprávě se zaměřujeme konkrétně na oblast zdravotně-sociálních potřeb. Otázky CAN se týkají 22 oblastí života. Mapuje se, zda potřeba v dané oblasti existuje nebo je již naplněna. Takto získané informace od klienta/uživatele sociální služby se stávají východiskem pro další mapování, podporu, pomoc, léčbu a případně indikaci sociálních služeb. CAN mapuje konkrétně tyto oblasti – bydlení, strava, péče o domácnost, péče o sebe, denní činnosti, tělesné zdraví, psychotické symptomy, informace o zdravotním stavu a léčbě, psychické potíže, ohrožuje sebe, ohrožuje ostatní, alkohol, drogy (psychoaktivní látky), přátelé, intimní vztahy, sexualita, péče o děti, základní vzdělání, telefon, doprava, peníze, finanční dávky. Účelem šetření je zjistit, ve kterých z těchto oblastí potřebuje klient pomoc. Nepřítomnost naplněné nebo nenaplněné potřeby rovná se žádná potřeba. Odpovědi jsou 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, protože není poskytnuta pomoc nebo podpora (nenaplněná potřeba)

Dotazník CAN je sestaven tak, aby bylo možné jej vyplnit nezávisle na sobě jak uživatelem (klientem), tak profesionálem (poskytovatelem péče). Hodnocení obou stran je poté vzájemně porovnáváno a použito pro sestavení individuálního terapeutického/rehabilitačního plánu. Metodu lze opakovat poté v průběhu určitého časového intervalu k měření efektivity intervencí nebo ke kontrole plnění individuálního plánu. Camberwellské šetření je rozděleno do tří sestav – 1. Zkrácená verze dotazníku CANSAS, 2. Klinické použití CAN (CAN-C) a 3. Výzkumné použití (CAN- R).

V naší monitorovací zprávě bylo využito k monitoraci podpořených osob zkrácené verze CAN – CANSAS, která je pro tyto účely dostačující.

Ve formuláři je nejprve důležité zakroužkovat, kdo hodnocení potřeb provádí – U jako uživatel péče, P jako poskytovatel péče nebo B jako blízká osoba uživatele. Tazatel by měl uživateli anebo jeho blízkému srozumitelně přiblížit



smysl šetření, sdělit mu, že pokud mu bude nějaké téma nepříjemné, nemusí na otázku odpovídat (v takovém případě potom kódujeme 9 = není známo) a zdůraznit, že problémy nebo potřeby ve všech 22 oblastech, na které bude dotazován, se týkají časového období posledního měsíce.

Na konci šetření se sečte počet naplněných potřeb (1) a tato hodnota se zaznamená do řádku A. Poté se sečte počet nenaplněných potřeb (2) a zaznamená do řádku B. Nakonec sečte řádky A a B, čímž dostane celkový počet oblastí, v nichž byla u klienta zaznamenána potřeba – tento výsledek se poté zaznamenává do řádku C.

## Analýza vlastních dat

získaných pomocí výše popsaného dotazníku CAN - zkrácená verze CANSAS. Klienti sociální rehabilitace jsou osoby s vážným duševním onemocněním (schizofrenie, schizoafektivní porucha, bipolární afektivní porucha, těžká depresivní porucha, organické poruchy a poruchy osobnosti) a osoby s návykovou poruchou (závislost na alkoholu či jiných psychoaktivních látkách), případně se jedná o osoby s duální diagnózou. Služba je poskytována formou ambulantní docházkovou a při vstupu do rehabilitace je vytvořen s klientem individuální plán na základě jeho potřeb, k čemuž slouží i výše zmíněný dotazník.

Mapována byla pomocí CANSAS dvě monitorovací období.

1. Monitorovací období (1. 9. 2018-28. 2. 2019)
2. Monitorovací období (1. 3. 2019-31. 8. 2019)

V průběhu **prvního monitorovacího období** bylo během měsíce přijato do sociální rehabilitace 12 klientů, čímž byla naplněna kapacita podpořených osob pro dané monitorovací období.

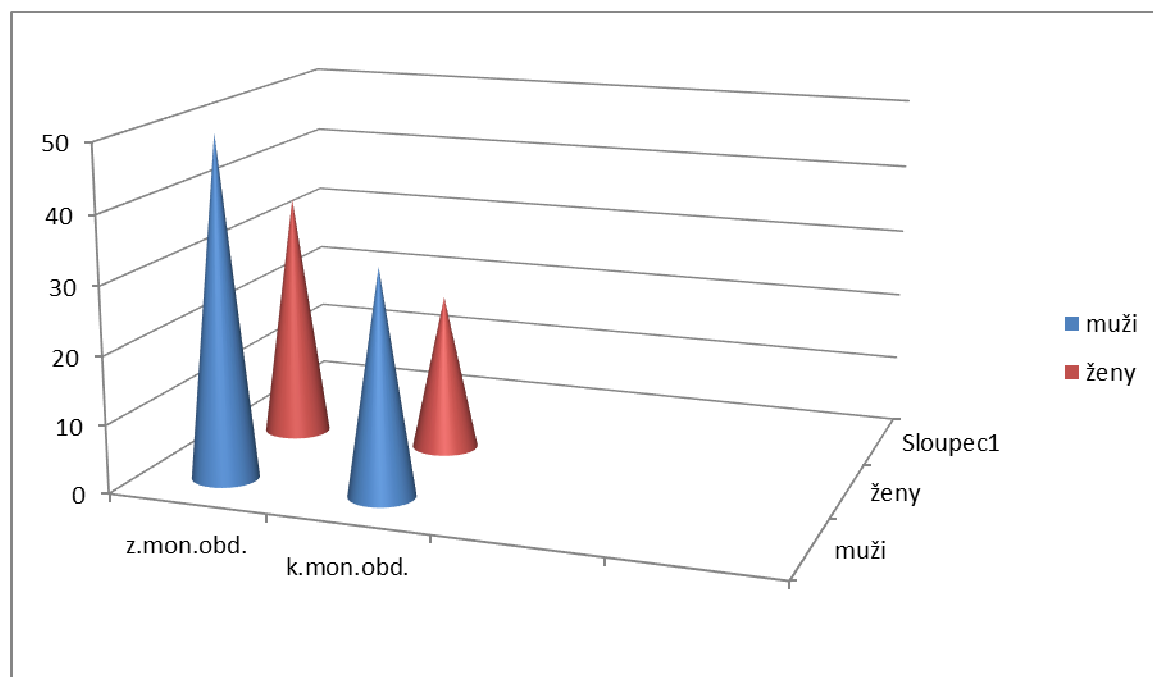
Z toho 7 mužů a 5 žen ve věku od 21 do 57 roků.

Celkový počet nenaplněných nebo mírně naplněných potřeb přijatých klientů do sociální rehabilitace bylo dle CANSAS dotazníku 86 (muži 50 a ženy 36). Na



konci monitorovacího období, po 6 měsících bylo dosaženo snížení nenaplněných nebo mírně naplněných potřeb na 56 (muži 33 a ženy 23). V grafu (viz níže Graf č. 1) jsou rozděleni muži a ženy zvlášť.

**Graf č.1**



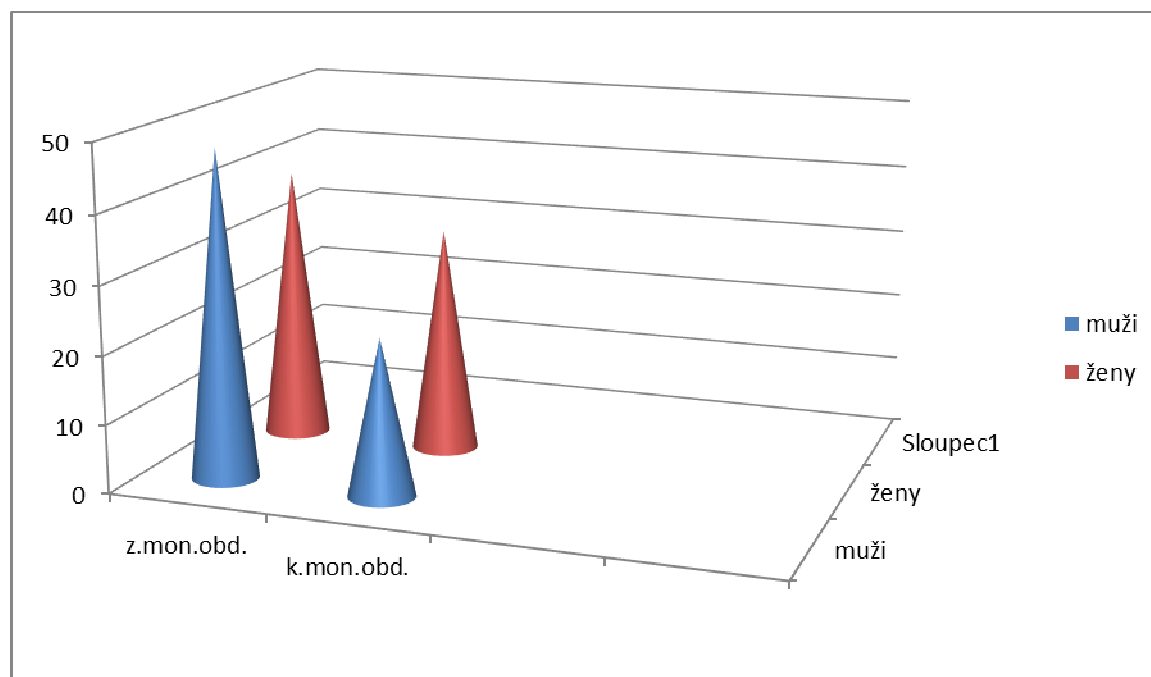
Graf č.1 – vyjadřuje efektivitu sociální služby v porovnání celkového počtu nenaplněných nebo mírně naplněných potřeb na začátku monitorovacího období (z. mon. obd.) a na konci monitorovacího období (k. mon. obd.). Je třeba doplnit, že 7 z 12 klientů se vrátilo do pracovního procesu. 2 klienti byli hospitalizováni pro zhoršení psychického stavu a jeden klient odešel předčasně po třech měsících pobytu v sociální službě. 6 klientů je v plném invalidním důchodu, avšak u všech osob došlo k významnému zlepšení celkového fungování a větší soběstačnosti a schopnosti se sám o sebe postarat a získat kontrolu nad svými symptomy. Z těchto osob bylo 5 klientů s duální diagnózou (psychické onemocnění + návyková porucha). 4 klienti trpí velmi vážným schizofrenním onemocněním, 2 klienti organickou poruchou, 1 klient bipolární afektivní poruchou, 1 klient poruchou osobnosti, 3 klienti depresivní poruchou a 1 klient vážnou úzkostnou poruchou.



Ve **druhém monitorovacím období** bylo přijato 12 klientů, z toho 5 mužů a 7 žen ve věku od 23 do 49 roků. Byla naplněna celková kapacita podpořených osob.

Celkový počet nenaplněných nebo mírně naplněných potřeb přijatých klientů do sociální rehabilitace bylo dle CANSAS dotazníku 88 (muži 48 a ženy 40). Na konci monitorovacího období, po 6 měsících, bylo dosaženo snížení nenaplněných nebo mírně naplněných potřeb na 56 (muži 23 a ženy 33). V grafu (viz níže Graf č. 2) jsou rozděleni muži a ženy zvlášť.

**Graf č.2**



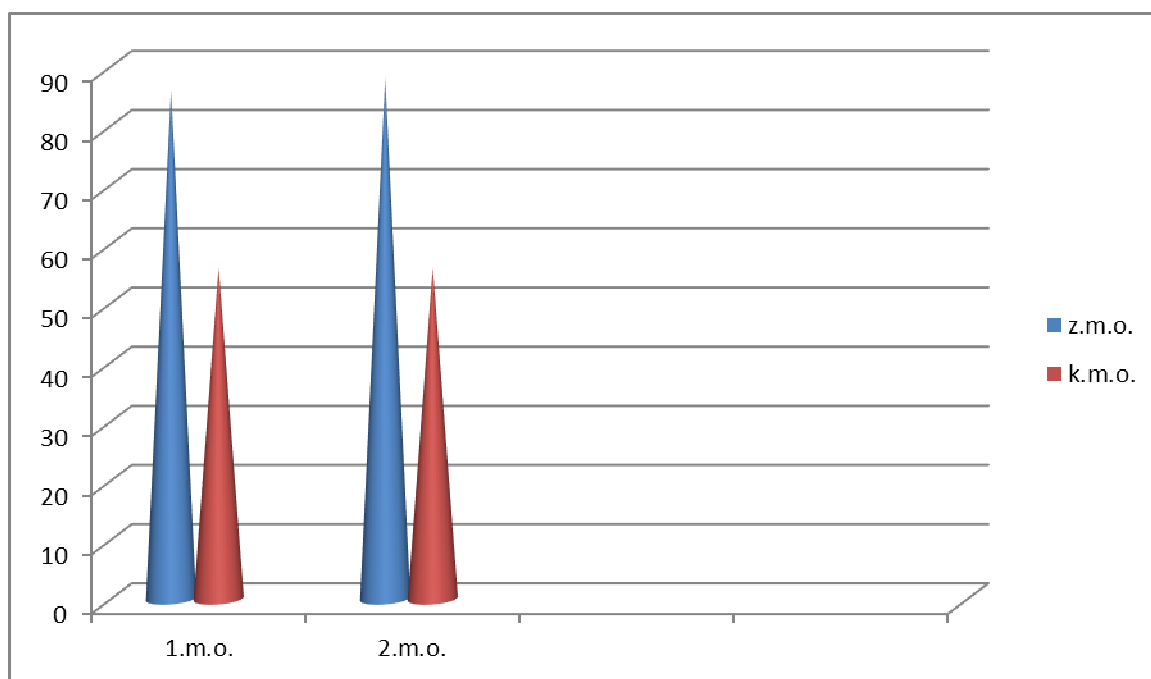
Graf č.2 – vyjadřuje efektivitu sociální služby v porovnání celkového počtu nenaplněných nebo mírně naplněných potřeb na začátku monitorovacího období (z. mon. obd.) a na konci monitorovacího období (k. mon. obd.). Je třeba doplnit, že 5 z 12 klientů se vrátilo do pracovního procesu. 3 klienti byli hospitalizováni pro zhoršení psychického stavu a jeden klient odešel předčasně po třech měsících pobytu v sociální službě. 5 klientů je v plném invalidním důchodu. 1 klient nastoupil po ukončení sociální služby na komplexní lázeňskou léčbu. 2 klienti trpí těžkou schizofrenní poruchou s defektem osobnosti, 1 klient



trpí bipolární afektivní poruchou, 2 klienti návykovou poruchou, 2 klienti těžkou poruchou osobnosti, 2 klienti depresivní poruchou, 1 klient trpí organickým psychosyndromem, 1 klient trpí poruchou s bludy a 1 klient těžkou úzkostnou poruchou.

Celkové zhodnocení za 12 měsíců poskytování sociální rehabilitace pro klienty s vážným duševním onemocněním nebo s návykovou poruchou ve stadiu abstinence po ústavní léčbě vyjadřuje graf č.3.

**Graf č. 3** – 1.m.o. (9/2018-2/2019), 2.m.o. (3/2019-8/2019)



Graf č.3 popisuje přehledně úspěšnost v naplnění nenaplněných nebo jen částečně naplněných potřeb klientů. Modrý sloupec představuje zmapování potřeb na začátku monitorovacího období v prvním a druhém sledovaném období. Červené sloupce pak představují pokles v počtu nenaplněných potřeb klientů a celkové zlepšení fungování klientů v rámci poskytované služby.

Výsledná analýza efektivnosti poskytované služby bude provedena na konci projektu včetně rozboru konkrétních individuálních plánů a rozdělení klientů dle diagnóz. Analýza se zaměří také na neúspěch v konkrétních případech a možnostech řešení.



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

Zpracovala: MUDr. Andrea Wolna

V Hořicích dne 13.2.2020

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu Sociální rehabilitace Hořice, reg. č. CZ.03.2.65/0.0/0.0/16\_047/0009416 spolufinancovaného Evropskou unií.