

# **Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008**

**Psychiatrická společnost ČLS J.E.P.**

## 1.0. Úvod

Psychiatrie je medicínský obor zahrnující psychiatrii dospělých, dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, psychiatrickou adiktologii, psychiatrickou sexuologii a psychiatrickou rehabilitaci. Zabývá se prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a výzkumem duševních poruch. Psychiatrie je úzce propojena s oborem klinické psychologie, společnou funkční specializací je psychoterapie. Cílem je poskytování kvalitní diferencované péče, dle potřeb jednotlivce i společnosti.

Psychiatrická péče je realizovaná prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě péče o duševně nemocné. Základními prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, která je průnikem psychiatrie do oblasti sociálních služeb.

Česká republika patří mezi menšinové země v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče. Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v České republice dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory. Mimo jiné i proto, že z principu věci psychiatrie nevykazuje množství drahých instrumentálních výkonů a diagnostická i léčebná vysoce specializovaná a psychicky náročná práce v psychiatrii je podceněná. Toto zanedbání oboru se projevuje ve všech jeho hlavních složkách – ambulantní, komunitní a lůžkové.

Koncepce oboru psychiatrie poskytuje podklad pro politická rozhodování, která by měla vést k nezbytnému zlepšení systému psychiatrické péče v České republice.

Revize je periodickou aktualizací „Koncepce oboru psychiatrie“ (KOP), která byla přijata na sjezdu Psychiatrické společnosti ve Špindlerově Mlýně v roce 2000 a Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2002.

Cílem revize (R-KOP) je vyhodnocení stávající sítě psychiatrických služeb a stanovení potřeb jejich dalšího rozvoje. V komplexu psychiatrických služeb definovat služby zdravotnické a služby sociální.

Pro přípravu R-KOP jmenovala PS ČLS J.E.P. třináctičlennou pracovní skupinu ve složení: MUDr. Zdeněk Bašný – koordinátor pracovní skupiny, MUDr. František Čihák (dětská a dorostová psychiatrie), MUDr. Petr Jeřábek Ph.D. (adiktologie), MUDr. Erik Herman (ambulantní psychiatrie), MUDr. Martin Hollý (sexuologie, ochranné léčení), PhDr. Karel Koblíček (psychologie), MUDr. Jiří Konrád (gerontopsychiatrie), MUDr. Petr Možný (lůžková péče), MUDr. Ondřej Pěch (komunitní péče), MUDr. Juraj Rektor (ambulantní péče), MUDr. Ivan Tůma, CSc. (lůžková péče), MUDr. Irena Zrzavecká (lůžková péče), MUDr. Vladislav Žižka (lůžková péče).

Před zahájením činnosti pracovní skupiny byly jejím koordinátorem osobně vyzvány všechny skupiny poskytovatelů psychiatrické péče ke spolupráci na R-KOP s tím, že pro jejich náměty a připomínky jsou k dispozici veřejně dostupné webové stránky psychiatrické společnosti, aby byla kontrola nad tím, jaké podněty a návrhy byly pracovní skupině k dispozici, a s jakým výsledkem byly zpracovány do R-KOP.

R-KOP by měla být konsensuálním materiálem přijatelným pro všechny skupiny poskytovatelů psychiatrické péče, o který se mohou opírat při prosazování svých potřeb ve prospěch zkvalitnění péče o osoby trpící duševní poruchou.

## 2.0. R-KOP -výchozí stav psychiatrických služeb

Základními kameny diferencovaného přístupu k prevenci, terapii a rehabilitaci u duševních poruch je systém propojené péče ambulantní, lůžkové a komunitní.

V současnosti se v psychiatrických ambulancích odehrává většina psychiatrické péče, a to z hlediska kvantity (v psychiatrických ambulancích 2,66 vyšetření, u 458 000 nemocných šlo o první vyšetření, ÚZIS 2006), tak i z hlediska časového. Zatímco hospitalizace zachycují určitou krátkou, i když významnou, část onemocnění, kontakt i vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je dlouhodobý a zahrnuje kontinuitu pacientovy psychiatrické problematiky. Významným faktorem pak je i obeznamenost ambulantního psychiatra s pacientovým sociálním vztahovým prostředím, možnost kontaktu s ním a intervence v něm.

Přestože jsou klady stávajícího systému nesporné, lze v něm najít i četné nedostatky, které se dotýkají péče v psychiatrických ambulancích:

- dominantním tématem je pro ambulantního psychiatra už od poloviny 90. let starost o existenci a financování. Petrifikovaný systém úhrad nutí psychiatra ošetřovat vysoký počet pacientů, na které mu zákonitě nezůstává dostatek času. Nemá dostatečný prostor pro komunikaci s pacientem, pro sociálně-psychiatrické intervence a pro psychoterapii. Stávající systém tedy stimuluje kvantitu péče a působí proti zvyšování jeho kvality.
- rizikem systému je vysoká skrytá nemocnost, která potencionálně zvýší tlak na kvantitu péče na úkor její kvality. Podobný trend může způsobit případná redukce lůžek a přesun péče do ambulancí bez jejich výrazného posílení a rozvinutí intermediární péče.
- ve většině regionů (mimo některá velká města) chybí dostatečná nabídka psychoterapie poskytovaná psychoterapeuticky kvalifikovanými psychiatry a klinickými psychology, je nedostatek sociálně-psychiatrických služeb. Podstata péče tak spočívá v psychofarmakologii, která je sice na kvalitní úrovni, zůstává však jednostranná – biologická, nikoliv bio-psycho-sociální, jak postulují standardy moderní psychiatrické péče.
- nejsou dostatečně rozvinuty specializované ambulance
- není dostupná krizová psychiatrická pomoc v terénu
- provázanost péče není dostatečná a to jak spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak kooperace s praktickými lékaři, klinickými psychology apod.

Psychiatrická lůžková zařízení zajišťují akutní i následnou psychiatrickou léčbu a rehabilitaci psychicky nemocných všech věkových kategorií. V roce 2006 bylo v ČR celkem 11 260 psychiatrických lůžek ( ÚZIS) . Z tohoto počtu bylo 9 692 lůžek (86%) v psychiatrických léčebnách a 1 567 lůžek (14%) v psychiatrických odděleních nemocnic. Počet psychiatrických lůžek se v posledních 5 letech stále snižuje – za rok 2007 bylo zrušeno 110 lůžek. Z důvodů nedostatečného financování nevznikají nová nemocniční psychiatrická oddělení a existence dosavadních je ohrožena

Psychiatrická lůžková zařízení jsou trojího typu – psychiatrické léčebny , psychiatrická oddělení nemocnic či samostatná zařízení. Dle svého typu a možností přijímají pacienty k dobrovolné léčbě, nedobrovolné léčbě i ústavní ochranné léčbě a mají po 24 hodin zajištěnou nepřetržitou psychiatrickou lékařskou službu. Hospitalizují též z nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně-posudkové účely.

V psychiatrických lůžkových zařízeních pracují psychiatři a další odborní lékaři, kliničtí psychologové, vyšší zdravotničtí pracovníci, střední, nižší a pomocní zdravotničtí pracovníci, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, terapeuti pro léčbu prací a další terapeuti (např. arteterapeuti, dramaterapeuti), a provozně techničtí pracovníci.

Rozložení lůžkové péče je v ČR velmi nerovnoměrné a regionálně se velmi liší, v českých krajích je situace výrazně horší oproti krajům moravským. V některých krajích se nachází jak léčebna, tak lůžkové psychiatrické oddělení v nemocnici, v jiných je pouze jeden lůžkový subjekt, přičemž tam kde není léčebna se nachází úplné minimum lůžek (např. kraj Karlovarský 45 a Liberecký 51). Dostupnost lůžkové péče navíc zhoršuje skutečnost, že zákonem byla zrušena spádovost zdravotnických zařízení a v praxi se dodržuje v různé formě pouze zvykově.

Do psychiatrických léčeben bylo v průběhu roku 2007 přijato 40.000 pacientů. Průměrná obloženost ve všech léčebnách dosahovala v roce 2007 93%. Akutní příjmy obsazují v léčebnách zhruba 30% lůžkové kapacity, ostatní lůžková kapacita připadá na péči následnou.

Problémem psychiatrických léčeben jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých nemají alternativu pro lůžkovou péči, materiálně technické opotřeby v důsledku nedostatečného financování a nedostatku investičních zdrojů, a také nedostatečné personální vybavení vyplývající jednak z nedostatku finančních prostředků, ale také nedostatku kvalifikovaných zdravotníků na trhu práce.

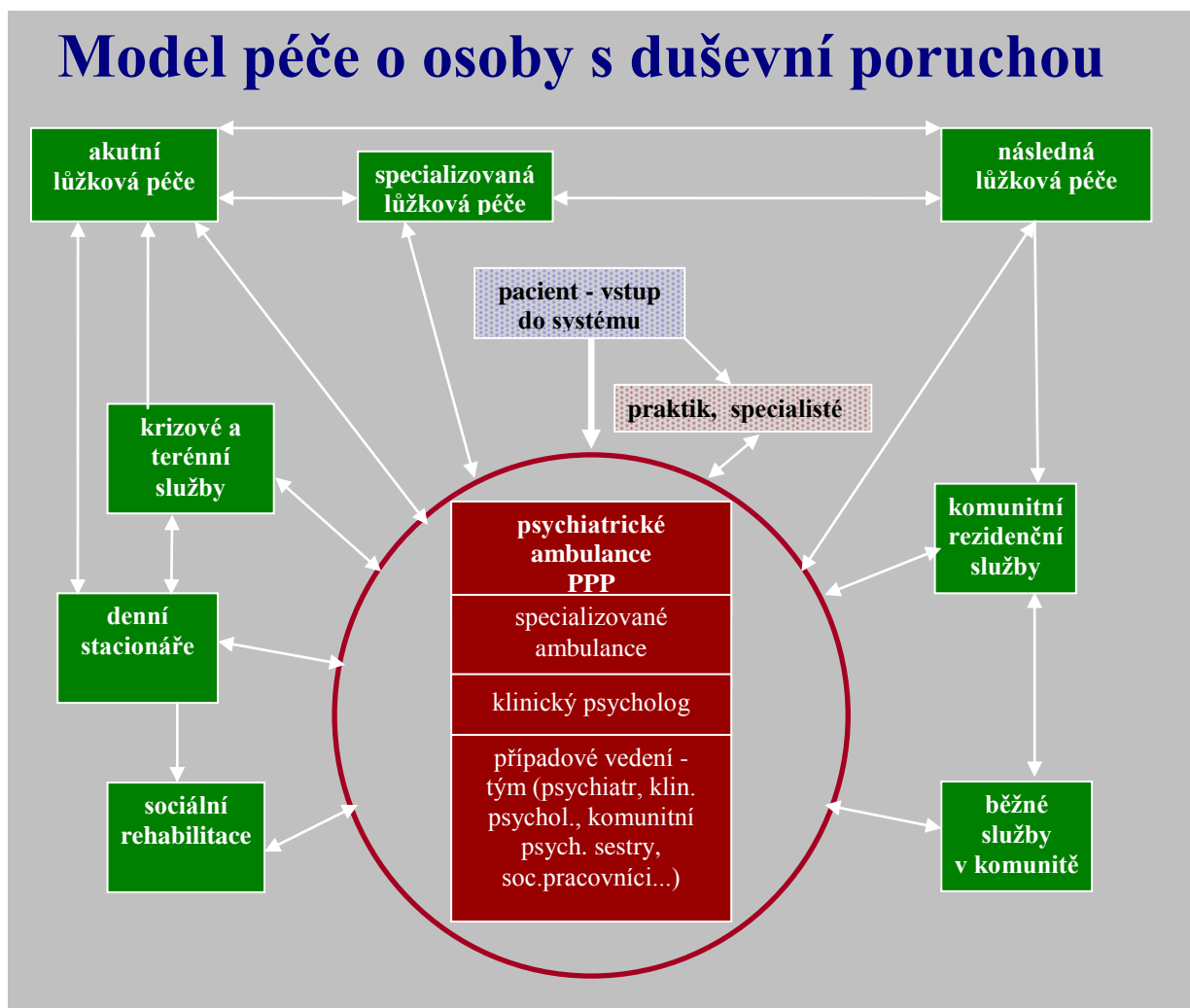
Psychiatrická oddělení nemocnic disponují 14% z celkového počtu psychiatrických lůžek a poskytují akutní lůžkovou péči, která je vzhledem k nedostatečné kapacitě lůžek psychiatrických oddělení poskytovaná také v léčebnách. Lze tedy konstatovat, že z celkového počtu psychiatrických lůžek – 11 260, jich pro akutní péči v psychiatrických léčebnách a psychiatrických oddělení nemocnic slouží cca 4 797, tj. přibližně 43 %, což odpovídá doporučenému poměru akutních a následných lůžek ( 40 : 60 ). Problém je pouze v tom, že psychiatrické léčebny provozují akutní péči, kterou nemají ve smluvním vztahu s pojišťovny. Tím dochází kromě rozporů ve financování lůžkové péče také ke statistickému zkreslování skutečného počtu a potřeby akutních psychiatrických lůžek.

Velký rozdíl také panuje mezi jednotlivými ( nasmlouvanými ) poskytovateli akutní lůžkové péče. Jsou oddělení, která skutečně poskytují akutní lůžkovou péči, tedy jsou schopna nepřetržitě přijímat pacienty v akutním stavu z celého spektra psychiatrických diagnóz ( jsou k tomu vybaveny jak personálně, tak věcně a technicky), ale existuje také řada oddělení, která mají nasmlouvanou akutní péči, ale vzhledem ke svému personálnímu a materiálně technickému vybavení tento typ péče nemohou reálně provozovat (např. oddělení otevřená s 1 sestrou na noc, bez ECT přístroje apod.) a jejich metoda léčby je převážně psychoterapeutická. Tyto nesrovnalosti mezi jednotlivými akutními lůžkovými odděleními jsou dalším faktorem, který vytváří rozpor ve financování akutní péče a zkresluje počet a potřebu akutních psychiatrických lůžek.

Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má z velké části institucionální charakter. Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče. V současné době je dle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center v České republice 22 denních stacionářů v resortu zdravotnictví. Zhruba polovina z nich je součástí lůžkových zařízení, u druhé poloviny jde o zařízení samostatná. Tato zařízení však převážně vznikala do roku 1999, po roce 2000 téměř žádná nová nevznikají. Existují pouze 3 krizová centra v ČR s nepřetržitou dostupností psychiatra. Další krizové služby, které se snaží v některých místech pokrýt tento nedostatek, jsou omezeny časovou dostupností nebo nedostatečným vybavením odborného personálu a mají povahu spíše experimentálního pracoviště. Nízkoprahová kontaktní centra a terénní služby jsou nedostatečně rozvinuty.

V některých oblastech se podařilo rozvinout služby psychiatrické rehabilitace a rezidenční služby provozované neziskovými organizacemi. Podle evidence Asociace komunitních služeb v roce 2002 existovalo 35 těchto organizací. Přitom 2 organizace poskytovaly chráněné bydlení, 11 organizací bydlení na půl cesty a 7 organizací podporované bydlení. V oblasti pracovní rehabilitace existovalo 24 chráněných dílen, 5 organizací poskytujících přechodné zaměstnávání a 5 organizací podporované zaměstnávání, 33 organizací provozovalo centrum denních aktivit. Případovým vedením (case management) se zabývalo 9 organizací, některé formy krizové pomoci vyvíjely 3 organizace a 13 organizací poskytovalo poradenské služby. Z údajů z roku 2000 vyplývá, že 18 z těchto organizací mělo v péči 2668 pacientů. Geografické rozmístění jak denních stacionářů, tak i služeb psychiatrické rehabilitace, je nerovnoměrné. Nejvíce těchto služeb je rozšířeno ve velkých městech a v některých krajích. Největším nedostatek těchto služeb je například v Karlovarském, Plzeňském a Zlínském.

Organizace uživatelů péče či příbuzných pacientů postupně získávají na významu. V současnosti existuje 7 samostatných organizací duševně nemocných a dalších 12 svépomocných skupin při různých zařízeních. Příbuzní duševně nemocných jsou organizováni v 10- ti samostatných organizacích a 6- ti dalších svépomocných skupinách (dle evidence o.s.VIDA). Jednotlivé složky komunitní péče jsou však málo propojeny a jen velmi obtížně se daří poskytovat pacientům péči ucelenou a koordinovanou.



### 3.0. Psychiatrické ambulance v systému psychiatrické péče – primární psychiatrická péče.

Psychiatrická ambulance je základním článkem provázaného a kooperujícího systému psychiatrické péče. Podstatným prvkem v koncepci systému psychiatrické péče je zdůraznění postavení ambulantního psychiatra jako nositele „**primární psychiatrické péče**“ (PPP). Psychiatrická ambulance je v převážné míře místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Tento kontakt bývá velmi často dlouhodobý, kontinuální a ambulantní psychiatr se stává koordinátorem pacientovy péče – jeho průvodcem v systému psychiatrických služeb i následných zdravotně-sociálních služeb.

#### Charakteristika PPP

- a) **přímý přístup** pacienta k psychiatrovi. Existuje i v současnosti a musí být zachován v zájmu zajištění dostupnosti péče. Duševní porucha či nemoc je stále velmi stigmatizující a omezení např. formou gate-keepingu by vedlo k podstatnému zhoršení dostupnosti s velkými zdravotními riziky pro nemocné. Psychiatrická péče proto musí být bezbariérová, nízkoprahová.
- b) **kontinuální** dlouhodobá péče. Vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je většinou dlouhodobý a zahrnuje kontinuitu pacientovy psychiatrické problematiky. Ambulantní psychiatr bývá obeznámen s pacientovou osobní historií, vývojem jeho nemoci. Zná pacientovo vztahové prostředí a má možnost kontaktu s ním a intervence v něm.
- c) **komplexní** péče. V souladu se standardy moderní psychiatrické péče je v ambulancích PPP poskytována komplexní péče, která zahrnuje diagnostické a terapeutické zaměření psychiatra na biologickou, psychologickou a sociální dimenzi pacientova zdraví a nemoci. Komplexní péči zajišťuje psychiatr ve spolupráci s dalšími odborníky a institucemi v rámci systému psychiatrických služeb i mimo něj.
- d) **koordinovaná** péče. Ambulantní psychiatr je koordinátorem pacientovy odborné péče – jeho průvodcem v systému psychiatrických i následných zdravotně-sociálních služeb.
- e) **komunitní** péče. Snahou psychiatrické primární péče je udržení a léčení pacienta v jeho přirozené komunitě, minimalizace jeho psychosociální alterace a izolace.
- f) systém **kooperující** péče. Ambulantní psychiatr v zájmu pacienta kooperuje se všemi články systému psychiatrické péče. Ze stejného důvodu kooperuje s dalšími částmi systému zdravotnických služeb (praktickými lékaři, klinickými psychology a specialisty jiných medicínských oborů, nemocnicemi) i s relevantními institucemi jiných resortů, převážně v navazující péči sociální.

#### 3.1. Specializovaná ambulantní péče

##### PSYCHIATRICKÁ AMBULANCE PRO DĚTI A DOROST.

Provádí pedopsychiatrickou diagnostiku a komplexní léčbu duševních poruch u dětí a adolescentů biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními postupy. Pracuje s celými rodinami, se školskými institucemi a orgány sociální právní ochrany dětí, provádí dispenzární péči.

##### GERONTOPSYCHIATRICKÁ AMBULANCE

Provádí komplexní psychiatrickou diagnostiku, léčbu a rehabilitaci u osob s psychickými poruchami ve stáří. Zaměřuje se především na léčbu organických poruchy (sy demence) a dalších psychických poruch s charakteristickým průběhem ve stáří. Spolupracuje s ostatními psychiatrickými, zdravotnickými i sociálními institucemi činnými v oblasti péče o gerontopsychiatrické pacienty.

### **ORDINACE PRO PREVENCI A LÉČBU ZÁVISLOSTÍ.**

Zaměřuje se na vyhledávání, podchycení, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, resocializaci, prevenci a registraci osob se vznikající nebo vzniklou závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách.

### **SUBSTITUČNÍ CENTRA.**

Jsou specializované instituce, které poskytují ambulantní udržovací substituční léčbu pacientům závislým na opioidních látkách. Dle potřeby metodicky zajišťují, koordinují a supervidují provádění substituční léčby ostatními poskytovateli v regionu.

### **AMBULANCE PSYCHIATRICKÉ SEXUOLOGIE.**

Zabývá se diagnostikou, terapií, posuzováním a prevencí sexuálních poruch a ochranným ambulantním sexuologickým léčením.

### **PSYCHOTERAPEUTICKÉ AMBULANCE A CENTRA**

Specializovaná zařízení, které se koncentrují na poskytování psychoterapeutické péče pacientům. Může jít i o běžnou psychiatrickou či klinicko-psychologickou ambulanci s převážně (nad 50%) psychoterapeutickým zaměřením. Poskytování psychoterapeutické péče je podmíněné specializovaným vzděláním.

### **JINÉ SPECIALIZOVANÉ AMBULANCE**

V rámci psychiatrického ambulantního systému mohou působit i ambulance, které se specializují na léčbu určité diagnostické skupiny či úžeji vymezené poruchy (ambulance pro léčbu depresí, úzkostných poruch, spánkových poruch, poruchy paměti, poruch příjmu potravy atp.)

### **AMBULANCE V LŮŽKOVÝCH PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH**

V lůžkových zařízeních jsou běžně zřizovány příjmové a doléčovací ambulance, které nemají extramurální charakter. Ambulance v lůžkových zařízeních mohou výjimečně fungovat jako ambulance PPP nebo specializované psychiatrické ambulance.

## **3.2. Další charakteristiky systému ambulantní psychiatrické péče.**

- a) ambulantní psychiatrické péče může být poskytována formou individuální lékařské praxe, v zařízení sdružené praxe, nebo v centrech psychiatrické či psychiatricko-psychologické péče, kde může být poskytována zároveň péče ambulantní i intermediární (např. DS).
- b) v rámci ambulantních psychiatrických služeb zpravidla funguje týmový model péče koordinovaný většinou amb. psychiatrem, a to ve formě **multiprofesních týmů**, kde vedle psychiatra působí kliničtí psychologové, sociální pracovníci, SZP apod. Příkladem týmové práce je případové vedení (case management) nebo krizová intervence v terénu.
- c) psychiatrická péče může být poskytována i **mimo ordinace** např. formou psychiatrické návštěvní služby nebo asertivní týmové práce v terénu
- d) Součástí náplně primární psychiatrické péče je i zajišťování psychiatrické péče „**ve veřejném zájmu**“ Jejím úkolem je zvláště péče o osoby pro léčbu nedostatečně motivované, o osoby sociálně selhávající, o osoby v ochranné léčbě (psychiatrické,

sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické). Součástí této služby je dispenzární péče pro všechny uvedené skupiny. Veřejná psychiatrická péče může být prováděna i samostatně ve specializované ambulanci zřízené pro tento účel (např. ve velkých aglomeracích).

- e) v rámci systému ambulantních psychiatrických služeb je rozvíjen systém **krizové psychiatrické pomoci** jak institucionální, tak terénní.
- f) v rámci psychiatrické péče jsou mj. prováděny tyto úkony:

- konziliární činnost pro lůžková nemocniční a ústavní zařízení bez vlastní psychiatrické péče
- psychiatrická péče v zařízeních sociální péče
- ochranná léčení nařízená soudy
- dispenzarizace vyhláškou určených skupin pacientů s chronickým průběhem onemocnění.

### **3.3. Podmínky efektivity systému ambulantní psychiatrické péče.**

K tomu, aby byl vybudován moderní provázaný kooperující systém musí být z hlediska ambulantní psychiatrie splněno několik podmínek:

#### **1. změna kvantitativního modelu financování na kvalitativní.**

Aby mohl psychiatr plnit všechny úkoly v rámci PPP, musí mít více času na komunikaci s pacientem (*komunikace je v psychiatrii významným diagnostickým i terapeutickým prostředkem*) i na koordinaci péče o něj. To znamená, že by měl psychiatr průměrně denně ošetřit podstatně méně pacientů (*cca 12-15*) a věnovat jim více času. Výsledkem by měla být hustá ambulantní síť s personálním obsazením 11-13 l.m. na 100 tis. obyvatel (*viz. přiložená tabulka*).

#### **2. doplnění systému.**

Systém musí být doplněn o chybějící služby: specializované psychiatrické ordinace, psychoterapeutické služby, krizové služby a rozvinutí komunitní péče. Nezbytné je i posílení sítě klinických psychologů.

#### **3. zdravotní politika.**

K podstatné změně systému nedojde bez politické zakázky a jasné zdravotní politiky pro psychiatrii. Iniciativa odborníků („zdola“) je důležitá, zdravotní politika státu („shora“) je pro transformaci psychiatrie nutností.

### **3.4. Minimální personální a věcné vybavení psychiatrické ambulance**

Personální zabezpečení: lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie.

Technické a věcné vybavení: tonometr, fonendoskop, osobní váha.



### 3.5. Ambulantní péče o osoby s psych. poruchou – personální obsazení na 100 tis. obyvatel (jedná se o síť ambulantních zařízení mimo ambulance v lůžkových zařízeních).

	Počet l.m.
Ambulance primární psychiatrické péče	9,0/10,0 <sup>1)</sup>
Gerontopsychiatrie <sup>2)</sup>	0,50/1,0 <sup>1)</sup>
Amb. pro léčbu závislostí <sup>2)</sup>	1,50/2,0
Dětská psychiatrická ambulance <sup>2)</sup>	1,50/2,0
Ambulance poruch příjmu potravy <sup>2)</sup>	0,25/0,50
Ambulance psychiatr. sexuologie <sup>2)</sup>	0,75/1,0
Psychoterapeutická ordinace <sup>3)</sup>	2,0/3,0
Ambulance klinických psychologů	15/17 <sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> Údaje kurzívou platí pro velkoměstské aglomerace.

<sup>2)</sup> Pokud v regionu není zařízení specializované psychiatr. péče, pak péči o tyto pacienty zajišťuje zařízení prim. psychiatr. péče (PPP). To by bylo zohledněno v navýšení úvazku PPP.

<sup>3)</sup> Jde o psychiatrická ordinace, kde se psychiatr věnuje v převážné míře (nad 50 %) psychoterapeutické péči.

<sup>4)</sup> Počty klinických psychologů jsou dány menší průchodností ambulance klinického psychologa, než v odbornosti psychiatrie. Detailnější údaje viz Koncepce oboru klinická psychologie.

## 4.0 Ambulance klinického psychologa

Ambulance klinického psychologa je součástí systému ambulantní péče o duševně nemocné. Klinický psycholog úzce spolupracuje s lékaři primární psychiatrické péče, se specializovanými ambulancemi, praktickými lékaři a ostatními specialisty. Provádí psychologickou diagnostiku, psychologické intervence a podle získané kvalifikace psychoterapeutické léčení osob s psychickými poruchami. Pacienti mají v případě akutních krizí a traumat zajištěn přímý přístup do ambulance klinického psychologa.

## 5.0 Role praktického lékaře v systému psychiatrické péče

Praktický lékař má významné místo v rozpoznávání - detekci duševních nemocí a poruch. Oproti jiným oborům plní funkci první linie jen zčásti. Má však velmi významnou roli v odkrývání skryté psychiatrické nemocnosti – v identifikaci depresivních, úzkostných a

psychosomatických poruch. Vzhledem ke svým časovým a odborným možnostem se může věnovat terapii některých lehkých poruch, pacienty se závažnější poruchou předává do primární psychiatrické péče se kterou úzce spolupracuje. *Podobně praktický lékař pro děti a dorost spolupracuje s specializovanou psychiatrickou ambulancí pro děti a dorost.* Praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost také spolupracuje s ambulancí klinického psychologa.

## 6.0 Lůžková psychiatrická péče

Lůžková psychiatrická péče se dělí na **akutní a následnou**.

V současných podmínkách psychiatrické léčby v ČR je potřeba cca 100 lůžek na 100 000 obyvatel, z toho 30% by měla tvořit lůžka akutní, přičemž dostupnost akutní lůžkové péče by neměla přesáhnout 50km.

Lůžková psychiatrická péče je poskytována v **psychiatrických odděleních nemocnic** (akutní lůžka), **psychiatrických nemocnicích** ( péče akutní, následná, specializovaná), **psychiatrických léčebnách** ( péče následná) a **specializovaných lůžkových zařízeních** (léčba specializovaná na vybraný okruh diagnóz nebo typ terapie)

Všichni poskytovatelé lůžkové psychiatrické péče musí splňovat kritéria, daná pro typ lůžek, která chtějí provozovat.

### 6.1. Lůžka akutní psychiatrické péče

#### **Definice:**

Akutní lůžková psychiatrická péče je taková péče, která je poskytována bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci osob, které o tuto péči požádají, nebo psychiatrickou péči odmítají, ale v důsledku duševní poruchy ohrožují sebe nebo své okolí.

Psychiatrická akutní lůžková oddělení jsou určena k poskytování psychiatrické péče, kterou nelze poskytnout ambulantně, a při které je potřebný pobyt na lůžku ve zdravotnickém zařízení po dobu nejméně 24 hodin. Psychiatrická léčba je poskytována v nepřetržité provozní době. Z hlediska délky pobytu jsou určena pro krátkodobou až střednědobou hospitalizaci pacientů s akutní psychickou poruchou nebo s akutní dekompenzací poruchy chronické.

Psychiatrická akutní lůžková oddělení provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování psychických poruch. Poskytují konziliární službu pro ostatní oddělení nemocnice ( v případě umístění ve všeobecné nemocnici.). Musí mít zajištěny nepřetržitě (laboratoř) a denní dostupnost konziliárních služeb jiných oborů ( neurolog, internista). U nemocných, kteří vyžadují dlouhodobou ústavní léčbu spolupracují se spádovými psychiatrickými léčebnami.

### **Minimální personální, věcné a technické vybavení (30 lůžek)**

#### **Věcné a technické vybavení:**

- elektrokonvulzivní přístroj vč. anesteziologického vybavení s EKG přístrojem
- alkotest
- glukometr
- váha

- kurtovací pásy
- tonometr, fonendoskop, teploměr
- stavební dispozice musí odpovídat charakteru práce s pacienty v akutním stavu duševní poruchy

### **Personální vybavení:**

L3 – 0,5

L2 - 1

L1 - 2

VNP ( psycholog) – 0,5

JVP ( jiný nezdrav VŠ) – 0,5

ÚPS – 0,3

ZPBD spec. 1,5

ZPBD, ZPOD 8

ZPOD bez mat. 8

Sociální pracovnice – 0,3

Rhb, ergo, arte - 1,5

### **Umístění a dostupnost:**

Oddělení poskytující akutní lůžkovou péči mohou být součástí všeobecných nemocnic či psychiatrických nemocnic. Speciálním typem psychiatrických oddělení jsou psychiatrická oddělení fakultních nemocnic. Mají statut kliniky, která je součástí lékařské fakulty. Poskytují kromě zdravotnických služeb pregraduální výuku vysokoškolských studentů a postgraduální vědecké studium a zabývají se výzkumnou činností. Slouží také jako superkonziliární pracoviště a poskytují psychiatrickou péči ve zvláště složitých případech.

Psychiatrické akutní lůžkové oddělení by mělo sloužit pro oblast s minimálně 100.000 obyvateli, což odpovídá dostupnosti do cca 50 km. V tomto dosahu by mělo být oddělení, které je schopno nepřetržitě přijímat všechny pacienty s akutní duševní poruchou .

## **6.2. Lůžka následné psychiatrické péče**

Jsou určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces, nastavena terapie a stav stabilizován do takové míry, že nevyžadují denní kontrolu lékařem a těžiště péče se přesouvá do oblasti ošetrovatelství. Přítomné projevy psychopatologie přitom neumožňují jejich propuštění do domácího ošetrování nebo zařízení sociální péče.

### **Minimální personální, věcné a technické vybavení (30 lůžek)**

#### **Věcné a technické vybavení**

- glukometr
- alkotest
- váha
- tonometr, fonendoskop, teploměr

### Personální vybavení

L3	0,3	
L2 + VNP	0,7	(VNP – vysokoškolsky vzdělaný nelékařský pracovník, který je nositelem výkonu podle zákona č. 48/1997 Sb., § 41, odst. 5, písm. d – tj. <b>klinický psycholog, klinický logoped a absolvent vysoké školy ve studijním oboru tělesná výchova a sport a rehabilitace</b> )
L1 + VNP	0,2	(VNP rozšířit o <b>stejně vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky</b> , jako je tomu u L 2 + VNP, ovšem <b>bez atestace</b> , jako jsou i lékaři bez atestace)
ÚPS	0,08	
VNP J4	0,2	(zařadit vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky – <b>jiné, než je uvedeno výše</b> , např. výtvarníky, pedagogy, vedoucí laboratoří apod., takové, kteří jsou pro práci s psych. pacientem nezbytní)
ZPBD spec	1	
ZPBD, ZPOD	7	
ZPOD bez mat.	5	
JOP	0,5	(vytvořit novou kategorii a zařadit jiné odborné pracovníky s maturitou nebo jen vyučené v jiných oborech než zdravotnických, např. košíkáře, malíře, ..., kteří by pracovali pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka. Tito pracovníci jsou pro výkon terapeutických aktivit nezbytní).

### 6.3 Lůžka specializované psychiatrické péče

Lůžková zařízení, která se specializují na vybraný druh diagnózy, případně určitý typ terapie.

### 6.4. Podmínky zkvalitnění a rozvoje lůžkové psychiatrické péče

Vytvoření ekonomických podmínek pro:

- investice do nových lůžkových kapacit v regionech, kde lůžková péče není dostupná a do stavebních úprav stávajících objektů vedoucích k snížení počtu lůžek na pokojích s odpovídajícím vybavením a hygienickým zázemím.
- optimalizaci počtu a strukturu personálu všech kategorií tak, aby došlo k postupnému přibližování k standardům obvyklého personálního vybavení v zemích EU. V přímé péči o osoby s duševní poruchou uznání kategorie nezdravotnických pracovníků.
- diferencované pokrytí nákladů jednotlivých typů ošetrovacího dne.

### 7.0. Komunitní péče

Komunitní péče je soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů, podpora vztahů s rodinou přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče

jsou nejenom osoby s duševní poruchou, ale i další členové komunity, kteří jsou podporováni tak, aby mohli těmto lidem poskytovat pomoc. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny typy péče, včetně péče lůžkové, určuje jim však pozměněnou roli.

Komunitní péče je od poloviny 20. století dominantním trendem v řadě vyspělých zemí a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, sledující redukcí velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhradou službami komunitními. Prostředkem těchto změn je vytváření komunitních týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, ve které působí. Tyto týmy se specializují na diferencované služby změřené na péči poskytovanou co nejbližší přirozenému prostředí pacientů, nebo sloužící jako alternativa jejich hospitalizace. V novějším konceptu tzv. vyvážené péče (balanced care) jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, včetně alternativ akutní lůžkové péče jako jsou krizové služby a denní stacionáře. Patří sem také dlouhodobá rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. Je zdůrazňována mobilita služeb, jejich propojenost, péče ve vlastním prostředí pacientů, orientace na lidská práva a potřeby pacientů. V našich podmínkách do tohoto systému péče spadá kromě péče praktických lékařů zejména ambulantní psychiatrická a psychologická péče, akutní lůžková péče, denní stacionáře, krizové služby, rezidenční rehabilitační služby a další služby psychiatrické rehabilitace. Pro systém komunitní péče jsou důležité aktivity uživatelů péče a jejich rodinných příslušníků.

Přesun těžiště poskytování péče z velkých psychiatrických institucí do péče komunitního typu je trendem Evropského společenství a je vyjádřen v dokumentech, ke kterým se Česká republika připojila: Deklarace o duševním zdraví a Akční plán duševního zdraví pro Evropu (2005) a Zelená kniha Komise evropských společenství (2005).

## **7.1. Popis komunitních služeb a zařízení**

Ambulantní psychiatrická péče a akutní lůžková péče jsou popsány na jiném místě. Další služby lze podle postavení v systému rozdělit na služby **intermediární** a **meziřesortní**. Intermediární služby pracují na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí (denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy, komunitní psychiatrické sestry) a spadají do resortu zdravotnictví. Služby meziřesortní jsou většinou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi a formálně spadají do sociálních služeb. Charakter jejich činnosti je však zdravotně sociální.

Podle místních podmínek, potřeb a možností mohou vznikat kombinace různých lůžkových, intermediárních a ambulantních zařízení. Je důležité, aby mezi zařízeními ambulantními, intermediárními, lůžkovými a meziřesortními existovala úzká spolupráce, nejlépe formou společného týmu. Cílem je, aby v každém geografickém regionu byla dostupná potřebná nabídka psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a rehabilitačních služeb. Ty se spolu navzájem doplňují, koordinují činnost a vytvářejí funkční celek.

## **7.2. Instituce intermediární péče**

### **KRIZOVÉ CENTRUM.**

Krizová centra poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči i formou krizové intervence, neodkladného psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, krátkodobé systematické individuální, rodinné a skupinové psychoterapie, farmakoterapie, a také krátkodobého pobytu na lůžku. Jednotlivé činnosti jsou v závislosti na

povaze krizové situace a zdravotního stavu pacienta kombinovány v komplexní léčebný program, který je realizován týmem krizového centra (psychiatr, psycholog, zdravotní sestra). Intervence krizových služeb je indikována jednak u neodkladných psychických krizí, které vyžadují akutní psychiatrickou nebo psychologickou intervenci. Cílem těchto intervencí je omezit potřebu hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení.

Krizové centrum pracuje nepřetržitě, 24hodin denně 7 dní v týdnu. Potřebná je nepřetržitá dostupnost psychiatra. Služby krizového centra zahrnují trvalou možnost telefonického kontaktu a osobního kontaktu. Jeho součástí může být malý počet lůžek, která slouží k několikadennímu pobytu. Nejde formálně o lůžka nemocniční.

Krizové centrum může být specializováno na děti a dorost.

## MOBILNÍ KRIZOVÝ TÝM

Mobilní krizový tým může být kombinován s činnostmi krizového centra nebo zřízen jako samostatná služba. Odborný tým (psychiatr, klinický psycholog, psychiatrická sestra) poskytuje krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo v místě rozvoje krizové situace.

## DENNÍ STACIONÁŘ (sanatorium).

Denní stacionář slouží pro denní pobyt psychiatrických pacientů. Funkcí denních stacionářů je buď alternativa nebo návaznost hospitalizace, také alternativa nebo rozšíření ambulanti léčby), případně dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro dlouhodobě duševně nemocné. Programy denního stacionáře se využívají i jako příprava na zařazení do programů psychiatrické rehabilitace.

Základním prvkem péče v denních stacionářích je psychoterapeutický program, který je obvykle kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací dle povahy duševní poruchy. Program realizuje tým, který je sestaven z lékařů nebo klinických psychologů a zdravotních sester. Psychoterapeutický program může mít buď formu denní (trvá alespoň 6 hodin v jednom dni a je určen pro pacienty, kteří docházejí do denního stacionáře každý všední den) nebo frakcionovanou (jednou či vícekrát týdně a trvá alespoň 3 hodiny v jednom dni nebo 4 hodiny v jednom týdnu).

Denní stacionář může být součástí jiného zdravotnického zařízení: lůžkového zařízení, psychiatrické ambulance, nebo kombinován s krizovými službami, případně ambulancí klinického psychologa.

Denní stacionář může poskytovat specializované programy pro určité skupiny psychiatrických nemocných (psychózy, afektivní poruchy, úzkostné poruchy, závislosti, děti a dorost, organické psychické poruchy, osoby s poruchami příjmu potravy).

## KOMUNITNÍ PSYCHIATRICKÉ SESTRY

Komunitní psychiatrické sestry poskytují péči jak na specializovaném pracovišti, tak zejména v přirozeném prostředí pacientů. Poskytují případové vedení psychiatrickým pacientům, individuální rehabilitaci a krizovou intervenci. Součástí jejich péče je posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí, zpracování rehabilitačního a krizového plánu a jejich pravidelné revize, týmové konzultace případu, podpora užívání perorální medikace, postupy na zvládnání stresu nebo krize, trénink komunikačních dovedností, techniky zaměřené na

zvládání běžných situací, péče o somatický stav pacienta a psychoedukace pacienta i jeho blízkých. Komunitní psychiatrická sestra ve své roli případového vedoucího koordinuje další potřebné služby pro pacienta a tím zlepšuje spolupráci lůžkových, ambulantních, intermediárních a meziresortních služeb.

Komunitní psychiatrická sestra úzce spolupracuje s psychiatrem, její péče je psychiatrem pravidelně indikována a vyhodnocována. Služba komunitních psychiatrických sester může být zřízena buď jako samostatné zařízení nebo být součástí jiných zařízení ambulantní a intermediární péče.

### **7.3. Instituce meziresortní**

Meziresortní zařízení zahrnují širokou škálu služeb včetně psychiatrické rehabilitace, případového vedení, poradenství a vlastních aktivit duševně nemocných či jejich rodinných příslušníků. Jsou zřizovány v převážné míře nestátními neziskovými organizacemi.

Zaměření psychiatrické rehabilitace je pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svojí schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory. Rehabilitace napomáhá člověku s psychiatrickým postižením v jeho procesu uzdravy (recovery). Úzdrava zahrnuje vývoj nového smyslu života a úspěšnou životní adaptaci i přes přetrvávající symptomy duševní poruchy. Podle oblasti podpory lze specializované služby psychiatrické rehabilitace zhruba rozdělit na podporu v oblasti práce, zaměstnání, bydlení, volnočasových aktivit a sociálních kontaktů.

#### **7.3.1. Zařízení pro podporu práce a zaměstnání**

Cílem zařízení a programů pro podporu práce a zaměstnávání je obnovení, udržení a zlepšení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny. Tím lze dosáhnout zlepšení výkonnosti, zvýšení sebedůvěry a zlepšení psychického stavu. Z hlediska pacienta je pracovní rehabilitace podporou k výběru, získání, udržení vhodného zaměstnání i jeho ukončení. Služby jsou přizpůsobeny individuálním potřebám nemocných, kteří jsou na trhu práce znevýhodněni takovým způsobem, že vyžadují podporu. Jednotlivá zařízení se liší podle míry potřebné podpory:

##### **REHABILITAČNÍ A CHRÁNĚNÁ DÍLNA**

Je pracovištěm pro 5-15 osob s vhodným výrobním programem. Pracovní doba je zkrácena a prostředí vykonává jen nízký tlak na pracovní výkon. Je určena pro osoby, které mají ztíženou možnost, případně vůbec nemohou, uplatnit se na trhu práce. Poskytuje jim pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti. Je vyžadováno přátelské ovzduší a pravidelná supervize.

Do této skupiny také patří tréninkové resocializační kavárny či obchody. Spojují pracovní rehabilitaci s kontaktem s běžnou populací, tréninkem komunikace a antistigmatizačním působením.

##### **SOCIÁLNÍ FIRMY A SOCIÁLNÍ DRUŽSTVA**

Sociální firmy jsou samostatné provozy či podniky, které představují specifická pracoviště pro osoby s duševní poruchou. Provoz je podporován státními institucemi, event. sponzory a je zapojen do běžného tržního prostředí, často v oblasti služeb. Setrvání nemocného na pracovním místě není časově omezeno.

## PŘECHODNÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ

Rehabilitované osoby jsou zařazovány na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách mimo vlastní organizaci (nejčastěji pomocné administrativní práce, úklid apod.) na časově omezenou dobu (obvykle šesti měsíců), na zkrácený úvazek. Rehabilitace probíhá za individuální podpory sociálních pracovníků či sociálních terapeutů. Jedinec je za práci finančně odměňován (obvykle podle počtu odpracovaných hodin). Může absolvovat následně i více přechodných pracovních míst. Při výpadku či selhávání pacienta je nahrazen jiným nemocným nebo dočasně pracovním terapeutem, případně sociálním pracovníkem. Součástí podpůrného systému je vytváření klubů zájemců o pracovní zařazení a vyhledávání vhodných pracovních míst.

## PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁNÍ

Podporované zaměstnání nabízí podporu lidem s duševním onemocněním, kteří si chtějí vybrat, získat a udržet placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Probíhá jako placená práce v běžných pracovních podmínkách za kontinuální podpory pracovního konzultanta. Pracovní konzultant podporuje uživatele služby při výběru a hledání vhodného typu práce, při kontaktování zaměstnavatele a udržení se v pracovním místě. Míra podpory a doba jejího poskytování se odvíjí od potřeb jednotlivých uživatelů služeb.

## PODPŮRNÉ EDUKATIVNÍ PROGRAMY PŘI PRACOVNÍ REHABILITACI (JOB CLUB)

Program job klubu učí jak a kde hledat zaměstnání, seznamuje s právy a povinnostmi v pozici uchazeče o zaměstnání a následně zaměstnance. Dává praktické rady, jak obstát v konkrétních situacích souvisejících s hledáním zaměstnání (životopis, inzerát, pohovor, první den v zaměstnání atd.).

### **7.3.2. Zařízení pro podporu v oblasti bydlení**

Cílem rehabilitačních služeb pro podporu bydlení je umožnit duševně nemocným lidem i přes individuální omezení a překážky samostatně a nezávisle bydlet, udržet, získat nebo zlepšit dovednosti a sebedůvěru potřebné ke kvalitnímu životu v běžném prostředí, pomoci vytvořit stálý domov, umožnit separaci od primární rodiny, vytvářet alternativu dlouhodobým hospitalizacím v psychiatrických léčebnách a snižovat jejich počet, umožnit využívat veřejné služby určené běžné populaci.

Existuje celá škála intenzity sociální podpory počínaje zařízením s 24hodinovým dohledem až po bydlení v samostatném bytě s minimální podporou a občasným dohledem.

Zvláštní formou chráněného bydlení jsou terapeutické komunity pro osoby závislé na drogách a rehabilitační zařízení pro dlouhodobý pobyt chronicky duševně nemocných.

## KOMUNITNÍ (SKUPINOVÉ) BYDLENÍ

Je zvláštní formou kolektivního bydlení s intenzivní podporou. Často jde o alternativu dlouhodobé institucionální péče. Služba probíhá ve zvláštních bytech nebo domech v blízkosti léčeben nebo v úplně běžné zástavbě. Podpora je zaměřená na každodenní život a je poskytována podle individuálních potřeb. Nezbytností je zajištění potřebné psychiatrické a ošetrovatelské péče.

## CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

Bydlení se službami ve zvláštním bytě, který představuje (buď trvale nebo na přechodnou dobu) pro uživatele domov při trvalém nebo dočasném omezení schopnosti či možnosti využívat jiné, např. terénní nebo ambulantní služby, nebo i pomoc rodiny. Byt, kde je tato služba poskytována, je součástí běžné zástavby a uvnitř jeví všechny základní znaky běžného bytu. Existuje celá škála intenzity sociální podpory počínaje kolektivním bydlením s 24hodinovým dohledem až po bydlení v samostatném bytě s minimální podporou a občasným dohledem. Poskytuje se bez časového omezení.



## DOMY A BYTY NA PŮL CESTY

Jedná se o střednědobé bydlení určené lidem, kteří opouštějí ústavní zařízení nebo institucionální léčbu nebo rodinu a jejichž schopnosti v oblasti péče o domácnost, prosazování práv a nároků a v dalších důležitých sférách psychosociálních dovedností jsou snižené. Dům na půli cesty je speciální ubytovací zařízení, částečně režimové, nenahrazující domov. Život v něm se má co nejvíce přibližovat běžné normě, zároveň se uplatňuje hledisko samostatnosti, nácviku sociálních dovedností a sociálního učení. Poskytování služby je omezeno obvykle půl až dva roky a s individuální možností prodloužení

### PODPOROVANÉ BYDLENÍ

Podporované bydlení je služba zaměřená na podporu a trénink dovedností potřebných pro samostatné bydlení, poskytovaná ve vlastním bytě pacienta. Z forem residenční péče nejvíce umožňuje život mezi běžnou populací.

### 7.3.3. Zařízení pro podporu v oblasti volného času a sociálních kontaktů

#### CENTRA DENNÍCH AKTIVIT A CENTRA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Jde o zařízení docházkového typu s volným přístupem. Mohou být místem prvního kontaktu a vstupem do dalších služeb. Poskytují emoční podporu, možnost trávení volného času, navazování společenských vztahů, tréninku praktických, pracovních a sociálních dovedností. Poskytují příležitost získávat právní informace. Mohou organizovat osvětové, informační anebo rekreační programy.

Zvláštní formou jsou protidrogová kontaktní centra. Jsou určena pro osoby s se závislostí. Poskytují všestrannou pomoc včetně aktivit snižujících riziko komplikací užívání drog (harm reduction).

#### SVÉPOMOCNÉ AKTIVITY LIDÍ S DUŠEVNÍ PORUCHOU A JEJICH RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Svépomocné organizace a hnutí se soustřeďují na obhajování a prosazování práv pacientů, poskytování informací (informační centra uživatelů), organizování klubových a rekreačních aktivit, popřípadě některých rehabilitačních služeb.

### 7.3.4. Další služby

#### PŘÍPADOVÉ VEDENÍ, ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA

Případové vedení (case management) je přístup, který má napomoci lepší koordinaci poskytování služeb ve fragmentovaném systému péče. Případový vedoucí jednak koordinuje péči o pacienta mezi několika potřebnými poskytovateli podle jeho individuálních potřeb, jednak poskytuje i přímou podporu pacientovi, zejména v jeho vlastním prostředí.

Asertivní komunitní léčbu (assertive community treatment - ACT) charakterizují tyto prvky: multiprofesní tým včetně psychiatra, péče o pacienta je sdílena celým týmem, přímé poskytování služeb členy týmu, vysoká četnost kontaktů s pacientem, méně pacientů na jeden tým, asertivní „vyhledávání“ pacienta v jeho prostředí a nepřetržitá služba. Asertivní komunitní léčba je zvláště indikována pro pacienty s vysokým rizikem hospitalizace, obtížně spolupracující s tradičními službami či recentní bezdomovce.

Případové vedení zřizují některé nestátní neziskové organizace jako samostatnou službu nebo tuto funkci mohou zastávat komunitní psychiatrické sestry. Důraz je třeba klást na koordinaci jak zdravotních, tak rehabilitačních a sociálních služeb.

## PORADENSTVÍ

Poradenské služby jsou zřizována za účelem poskytování informací o službách, léčebných a rehabilitačních programech, dále informací týkající se sociální problematiky a sociálního zabezpečení a konečně jako poradenství právní.

### 8.0. Tabulky kapacit služeb

#### 8.1. Intermediární služby

Zařízení	Kapacita
Kriz. centrum / mobil. kriz. tým	2 lůžka / 100 000 obyv. *
Denní stacionář	18 míst / 100 000 obyv.
Komunitní psychiatrická sestra	3 sestry / 100 000 obyv.

\* Minimálně 1 zařízení v každém krajském městě, 3 zařízení v Praze, 2 v Brně, 2 v Ostravě

#### 8.2. Meziřesortní služby

Zařízení	Kapacita
Chráněné a rehabilitační dílny	10 míst/ 100 000 obyv.
Přechodné a podporované zaměstnání	25 míst/ 100 000 obyv.
Komunitní a chráněné bydlení	20 míst/ 100 000 obyv.
Domy a byty na půl cesty	10 míst/ 100 000 obyv.
Podporované bydlení	2 sociální pracovníci / 100 000 obyv.
Centrum denních aktivit	50 míst / 100 000 obyv.
Případové vedení	1 sociální pracovník / 100 000 obyv.

## 9.0 GERONTOPSYCHIATRIE

### 9.1. Vymezení oboru

Obor gerontopsychiatrie se zabývá duševně nemocnými, kteří kromě zdravotních služeb potřebují ve zvýšené míře i služby zdravotně sociální a sociální. V této koncepci je definován především stav a potřeby medicínského oboru GERONTOPSYCHIATRIE.

Sociální a zdravotně sociální služby jsou stručně popsány odděleně pod čarou. Jejich podrobný popis není náplní této koncepce, byť jsou nedílnou součástí péče o duševně i jinak nemocné seniory.

Nemocemi stáří se zabývá obecněji obor vnitřního lékařství GERIATRIE. Koncepční záměry GERIATRIE a GERONTOPSYCHIATRIE jsou v mnoha oblastech společné.

Obor gerontopsychiatrie se zabývá především prevencí, diagnostikou, léčbou, doléčováním a výzkumem psychických poruch u osob starších 65 let (hranice senia dle WHO). Důvodem jsou specifické bio-psycho-sociální charakteristiky starší populace s odlišnostmi v klinickém obrazu, průběhu a léčbě duševních poruch, oproti nemocným ve středním a mladším věku. Mnohem častější je také somatická polymorbidita s obdobnými důsledky.

Zároveň se gerontopsychiatrie zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, doléčováním a výzkumem některých organických poruch (nap. demence s časným začátkem) u osob mladších než 65 let. **Věková hranice 65 let je orientační.**

## 9.2. Diagnostické okruhy a kompetence oboru gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrie se zabývá především, ne však výhradně, organickými duševními poruchami. Nejčastějšími a nejvýznamnějšími organickými duševními poruchami jsou DEMENCE a DELIRIA. Gerontopsychiatrie se věnuje i DEPRESÍM ve stáří, ZÁVISLOSTEM na návykových látkách u seniorů (analgetika, hypnotika a jiné léky a alkohol), PARANOIDNÍM a HALUCINATORNÍM STAVŮM u seniorů a dalším psychickým poruchám seniorů především se vznikem ve vyšším věku. Duševní poruchy přecházející z nižšího věku (schizofrenie, schizoafektivní porucha, bipolární porucha, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti, mentální retardace a další) u osob, které překročily hranici 65 let věku, nejsou typickou doménou ambulantní a konziliární gerontopsychiatrie. Zabývají se jimi často všeobecní psychiatři, kteří tyto nemocné léčili i v mladším věku. Značnou část duševně nemocných ve věku nad 65 let budou i nadále léčit všeobecní psychiatři, praktičtí lékaři a další specialisté.

V oblasti lůžkové psychiatrie existuje tendence, aby byli na gerontopsychiatrických stanicích léčeni všichni psychiatrickí pacienti ve věku od 65 let výše. To není reálné ani opodstatněné. Oblasti všeobecné psychiatrie a gerontopsychiatrie se překrývají. Vzhledem k populačnímu vývoji zasahuje geriatrická problematika stále více do všech oborů medicíny a **gerontopsychiatr bude častěji v roli konziliáře.**

## 9.3. Charakteristika potřebných služeb zdravotních a zdravotně sociálních

Nejvhodnější, nejúčinnější, etické a ekonomicky výhodné je pečovat o seniory s duševními poruchami v jejich vlastním domově.

Základem podpory pečujících rodin by měly být **specializované gerontopsychiatrické ambulance a komunitní gerontopsychiatrické týmy** spolupracující s rodinou nemocného, s geriatry, internisty, dalšími konziliáři, se sociálními službami a s lůžkovými zdravotnickými zařízeními.

**Potřebu gerontopsychiatrů v České republice lze odhadnout na minimálně 100 – 150** (ambulantní služba, konzultanti, konziliáři, vedoucí gerontopsychiatrických oddělení).

Při hospitalizaci má být preferována krátkodobá hospitalizace na specializovaných gerontopsychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, psychiatrických nemocnic a léčeben. Ve všeobecných nemocnicích taková oddělení v současné době prakticky neexistují a bude třeba je vybudovat v zařízeních s větší spádovou oblastí. U těžkých poruch, kdy

nemocný ohrožuje sám sebe nebo své okolí je často nutná hospitalizace na uzavřených gerontopsychiatrických odděleních psychiatrických nemocnic nebo léčeben.

Rodiny pečující o své příbuzné trpící syndromem demence nebo i jinými duševními poruchami ve stáří potřebují i podporu a nabídku sociálních a sociálně zdravotnických služeb ve směru edukace, sdílení problémů, respitní péče a intermediární péče (stacionáře, domovinky). Nabídka těchto služeb se v poslední době zlepšila, ale bude nutné je do budoucna rozšířit.

O značnou část starých osob s duševními poruchami má pečovat **sektor sociálních a zdravotně sociálních služeb** v domovech pro seniory a domech s pečovatelskou službou.

#### 9.4. Navrhovaná síť gerontopsychiatrických služeb.

Páteří gerontopsychiatrie by měly být specializované gerontopsychiatrické ambulance s minimálním personálním vybavením 0,5 gerontopsychiatra ( s výhledem 1,0 do 10 let), 0,5 klinického psychologa s praxí v gerontopsychiatrii a 1,0 gerontopsychiatrické sestry na 100 000 obyvatel.

**Gerontopsychiatrickou lůžkovou péči** by měla zajišťovat gerontopsychiatrická lůžka a oddělení všeobecných nemocnic (t. č. prakticky neexistující) a gerontopsychiatrická oddělení psychiatrických nemocnic a léčeben. Na činnosti ostatních geriatrických zařízení se podílejí psychiatři jako konzultanti, případně jako spolupracovníci v týmu..

V současné době je gerontopsychiatrických lůžek (převážně v psychiatrických léčebnách) kolem 2000 (to je 20/100 000 obyvatel). Vzhledem k epidemii demencí redukce těchto lůžek není reálná. Bude nutný i přesun části dlouhodobě hospitalizovaných do sociálně zdravotnických zařízení. Část lůžek v psychiatrických nemocnicích a léčebnách bude dál sloužit jako lůžka „detenční“ pro těžce nemocné, neschopné pobytu v sociálních ústavech.

#### 9.5. Navrhovaná síť zařízení gerontopsychiatrických zdravotnických služeb:

V návrhu sítě jsou odděleny služby zdravotnické od služeb sociálních přesto, že se v mnoha směrech prolínají.

- **praktický lékař** proškolený v problematice je prvním kontaktem s gerontopsychiatrickým nemocným, bude zajišťovat i udržovací léčbu stabilizovaných nemocných.
- **všeobecná psychiatrická ambulance**, která bude ještě dlouho suplovat nebo doplňovat specializované gerontopsychiatrické ambulance.
- **gerontopsychiatrická ambulance** jako součást komunitního týmu (personální vybavení – gerontopsychiatr, gerontopsychiatrická sestra, psycholog):
- **komunitní gerontopsychiatrický tým** je zaměřen na podporu pacienta a jeho rodiny v přirozených podmínkách. Pracuje i formou návštěvní služby a domácí péče. Spolupracuje s pracovníky primární péče, odborníky a se sociálními službami. Personální složení týmu: gerontopsychiatr, geriatr, klinický psycholog, geriatrická sestra, gerontopsychiatrická sestra, sociální pracovnice, rehabilitační sestra.
- **gerontopsychiatrická lůžka psychiatrických oddělení** – slouží pro léčení akutních psychických poruch, přičemž pobyt zpravidla netrvá déle než 8 týdnů. Ve větších zařízeních s větším spádovým územím mohou vznikat samostatná gerontopsychiatrická oddělení.
- **gerontopsychiatrická oddělení psychiatrických nemocnic a léčeben** – slouží k léčení akutních a střednědobých psychických poruch s maximální délkou pobytu 3 měsíce. Část lůžek slouží také k detenci těžce nemocných neschopných pobytu v sociálně

zdravotnických ústavech (demence s nezvládnutelnými poruchami chování či nasedajícími delirii, chronické psychotické poruchy atd). Další péče u stabilizovaných nemocných probíhá v ústavech resortu sociální péče v podobě gerontopsychiatrické konziliární péče.

- **ošetřovatelský ústav s gerontopsychiatrickou a geriatrickou péčí** – zařízení pro dlouhodobý pobyt geriatrických pacientů s demencí. Péče je zaměřena na udržení a posílení kognitivních funkcí a funkčních schopností, ošetřovatelskou péčí a zabezpečení důstojného konce života. Zařízení má 50-80 lůžek. Může být součástí všeobecné nemocnice, psychiatrické léčebny nebo nemocnice i existovat samostatně. Personální vybavení: geriatr, vyšší zdravotničtí pracovníci, ošetřovatelský personál. Konziliář: gerontopsychiatr.

---

### **Základní sociální služby pro gerontopsychiatrické nemocné:**

- **geriatrický (psychogeriatrický) stacionář** je zařízení pro denní a týdenní péči o seniory s psychiatrickou problematikou. Maximální kapacita 20 pacientů. Provoz 8-24 hodin denně. Personální vybavení: vyšší zdravotničtí pracovníci, zdravotní sestry, pomocní zdravotníci, rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci. Konziliáři: praktický lékař, geriatr, gerontopsychiatr.
- **specializované domovy pro seniory** (ústavy sociální péče) trpící demencí či jinými duševními poruchami

## **9.6. Prostředky k dosažení optimálního stavu**

**1. Vládní program rozvoje geriatrického, gerontopsychiatrického a zdravotně sociálního zabezpečení seniorů.** Program musí reagovat na stárnutí populace a a s tím spojený stoupající výskyt duševních onemocnění včetně epidemie demencí. Podstatné je jeho propojení s místními komunitními plány.

- zajištění kvalitní specializované gerontopsychiatrické péče: podpora vzniku specializovaných gerontopsychiatrických ambulancí a komunitních gerontopsychiatrických týmů s cílem co nejdelšího udržení seniora v domácí péči zabezpečené rodinou, popř. za pomoci sociálních služeb (pečovatelky, stacionáře)
- zabezpečení dostatečného počtu lůžek a míst pro specializovanou gerontopsychiatrickou péči: gerontopsychiatrická lůžka v rámci psychiatrických léčeben, psychiatrických i somatických odděleních nemocnic a léčeben dlouhodobě nemocných, vybudování specializovaných ošetřovatelských ústavů či zařízení s gerontopsychiatrickou a geriatrickou péčí, vybudování sítě denních a týdenních stacionářů a domovů pro seniory se specializovanou gerontopsychiatrickou péčí
- program duševní hygieny ve stáří: podpora programu pro prevenci vzniku duševních poruch ve stáří, programu trénování paměti a další rehabilitace kognitivních funkcí, spolupráce s neziskovými organizacemi zabývajícími se problematikou seniorů apod.
- podpora časného záchytu kognitivních poruch a dalších duševních poruch ve stáří v první linii – vzdělávací programy pro praktické lékaře a pro lékaře somatických oborů

**2. Zavedení speciálních kódů** pro testové vyšetřování kognitivních funkcí a kódu pro rehabilitaci kognitivních funkcí.

## **10.0. Návykové nemoci (lékařská a nelékařská adiktologie)<sup>1</sup>**

### **10.1. Vymezení oboru a jeho další rozvoj**

V předloženém materiálu se jedná o koncepční řešení specializačního oboru „návykové nemoci“ (dle Vyhlášky MZ ČR č.233/2008 Sb). Cílem koncepce je řešení některých zásadních problémů oboru a jeho další rozvoj. Dle MKN-10 se jedná o diagnostické kategorie F1x.x, F55.x, F63.x a F99.

V celé šíři oboru včetně jeho praktické aplikace se vychází z bio-psycho-socio-existenciálního modelu závislosti. Takové pojetí naznačuje, že vývoj a udržování problémů spojených s užíváním návykových látek, či s jinými, zdraví škodlivými návyky (např. s patologickým hráčstvím) jsou u konkrétního jedince podmíněny komplexním systémem vzájemně spolupůsobících a posilujících se rizikových faktorů na úrovních: konstituce jedince determinovaná především biologicky, jeho psychologické charakteristiky, mikro- a makrosociální pozice a vazby a hodnotová orientace.

Obor návykových nemocí se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, následnou péčí, minimalizací rizik a komplikací a výzkumem návykových nemocí a poruch. Vedle původního lékařského oboru „návykové nemoci“ (t.č. zakotveném v lékařské specializaci v oboru návykových nemocí), existuje nověji také nelékařský zdravotnický obor „Adiktologie“ (zakotvený v nové zdravotnické odbornosti „adiktolog“). Tento obor se rovněž zabývá zdravotní péčí, a to paralelně s lékařem, před ním, po něm nebo místo něho - v závislosti na ohnisku klinické intervence. V praktické aplikaci využívá adiktologie specifické léčebné, výchovné, sociální a preventivní postupy. Obor návykových nemocí je v současné době relativně vysokoprahový. Adiktologie má nižší práh dostupnosti a vyvíjí se na základě dosud existujících meziresortních adiktologických služeb (tj. služeb na zdravotně-sociálním pomezí, t.č. většinou registrovaných jako služby sociální), které často nemají dostatečné vazby na zdravotnický systém a jsou nedostatečně finančně zajištěné.

Obor návykových nemocí i adiktologie ve své teorii a praxi společně integrují mohutné empirické, kulturní a historické zdroje a vlivy a sledují společné cíle. V současné době se adaptují na nový makrosociální kontext návykových poruch (k jehož změně došlo v České republice během posledních 20 let) a na nový právní rámec zdravotnických povolání. Ze zavedení bio-psycho-socio-existenciálního modelu současně vyplývá nutnost mezioborového přístupu

Předložená koncepce popisuje systém péče o osoby s návykovými nemocemi a poruchami, se zvláštním důrazem na organizaci, síť a programy, které bezprostředně souvisejí se zdravotní (a tím i psychiatrickou) péčí.

### **10.2. Současná situace**

Jak vyplývá z dostupných epidemiologických a statistických dat a expertních odhadů, je v České republice asi 300-400 tisíc osob trpících syndromem závislosti na alkoholu a asi 30-

---

<sup>1</sup> Vzhledem k nedostatečnému prodiskutování, m.j. v oblasti terminologie, si Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP vyhrazuje právo změn této části ve svých vlastních dokumentech.

40 tisíc závislých na nelegálních drogách. Do stávající léčebné sítě vstupuje jen menší část aktivní klientely (odhady nejčastěji kolísají mezi cca 10-20%) zatímco u problémových uživatelů nelegálních drog zachycují dosavadní předléčebné (tzv. nízkoprahové programy) cca 60% odhadnutého počtu uživatelů.

### **10.3. Rozsah potřebné péče**

Vzhledem k údajům o počtu osob léčených pro některý z návykových/závislostních problémů lze konstatovat, že současná kapacita léčebných služeb je v minimální (nikoli optimální) podobě. Pro efektivní léčbu návykových poruch je nezbytná diferencovaná péče podle závažnosti, stupně či fáze rozvoje onemocnění, typu psychoaktivní látky, věku, přítomnosti somatických a psychických komplikací a dalších hledisek. V této souvislosti se hovoří o matchingu (uplatnění specifických léčebných postupů podle specifických potřeb pacienta).

### **10.4. Ambulantní péče**

Ze spektra účinných postupů v současné době ambulance pro návykové nemoci poskytují převážně vysokoprahovou ambulantní léčbu. Programy harm reduction, terénní programy, a poradenství jsou z podstatné části zajišťovány mimo zdravotnický systém.

Rozsah primární prevence a včasné intervence není dosud blíže specifikován, nevyjasněné jsou otázky případového managementu. Všechny tyto oblasti by měly být dále řešeny, přičemž bez odpovídajícího posílení materiální základny se dosažení optimálního stavu nejeví v současné době jako reálné.

#### **10.4.1. Ambulance pro návykové nemoci („lékařské adiktologické ambulance“)**

Ambulance pro návykové nemoci (v minulosti označované jako AT ambulance) by měla nadále zaujímat centrální úlohu v poskytování ambulantní péče. Počet ambulancí by měl být v optimální podobě 1,5/100.000 obyvatel. Protože dosavadních lékařů specializovaných v oboru návykové nemoci je tak málo, že by stěží byli schopni zajistit konzultační službu v rozsahu jednoho lékařského místa v jednom kraji, zajišťuje stávající ambulantní péči většinou ambulance psychiatrická, někde dokonce ambulance praktického lékaře. Potřebný rozsah ambulantní péče není takovým systémem dosud plněn, na což poukazují i výše uvedená závažná epidemiologická data.

#### **10.4.2. Adiktologické ambulance („nelékařské adiktologické ambulance“)**

Z výše uvedených důvodů se doporučuje koncepční řešení ambulantní a to jejím rozšířením o systémově zakotvené **nelékařské adiktologické ambulance**, které by plnily úkoly v rozsahu svých odborných kompetencí, a to především v oblasti snižování zdravotních a zdravotně-sociálních škod z užívání návykových látek („harm reduction“), adiktologického poradenství (včetně práce s motivací) a intermediární péče. Specificky lékařská složka péče (např. komplexní psychopatologická a somatická diagnostika, farmakoterapie, posudková problematika) by zde měla být dostatečně zajištěna smluvně začleněným lékařem – specialistou v oboru návykové nemoci, případně patřičně proškoleným psychiatrem. Takovým mechanismem by měla být zajištěna plošně dostupná a garantovaná síť ambulantních služeb, poskytující i širší spektrum činností, jako např. depistáž osob ohrožených užíváním návykových látek, včasná intervence, adiktologické poradenství a intermediární služby. Personálně by měl nelékařskou adiktologickou péči zajistit nositel odbornosti „adiktolog“ (absolvent nelékařského studia lékařské fakulty) s minimálním gradem bakaláře. Počet nelékařských adiktologických ambulancí by měl být v optimální podobě 3/100.000 obyvatel.

#### **10.4.3. Denní stacionář a doléčovací program**

Denní stacionář a doléčovací program formálně náleží do ambulantního segmentu služeb. Vzhledem ke složitosti problematiky (z hlediska koncepčního, organizačního a alokace

zdrojů) je záležitosti věnován oddíl 10.6.

#### **10.4.4. Substituční léčba, Centrum substituční léčby**

Substituční léčba je standardním léčebným postupem (viz Standard substituční léčby, Věstník Ministerstva zdravotnictví, Ročník 2008, Částka 3, str. 10-26), určeným pacientům, kteří nejsou objektivně a/nebo subjektivně schopni podstoupit léčbu bez použití agonistů opiátových receptorů. Jedná se buď o časově limitovanou, nebo o časově předem neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. abstinence bez užívání substituční látky, na dobu, kdy ji bude pacient objektivně i subjektivně schopen podstoupit. Do té doby chce udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav a podpořit jeho motivaci ke změně životního stylu. Nástrojem této léčby je poskytování substituční látky, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožňují všestranně zlepšit kvalitu jeho života. Poskytování substituční látky účinně doplňují psychosociální metody.

Cíle substituční léčby:

- udržení nebo zlepšení psychického a somatického stavu,
- ukončení rizikových způsobů aplikace návykových látek,
- snížení nebo ukončení užívání nezákonných návykových látek,
- snížení nebo ukončení rizikového chování při užívání návykových látek,
- omezení nebo ukončení kriminálního chování
- zlepšení sociálních vztahů, případně
- příprava pro zahájení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci (viz příloha 11.1.5) a abstinenci bez užívání substitučních látek.

Substituční léčba je poskytována pacientům v substitučních centrech (viz kapitola 3.1.), nebo prostřednictvím jiných ambulantních lékařů s atestací v oboru návykových nemocí, či psychiatrů, výjimečně i prostřednictvím lékařů jiných odborností. Diagnózu a indikaci k zařazení do substituční léčby však vždy stanovuje lékař s atestací v oboru léčby návykových nemocí nebo psychiatrie. Pokud je lékař atestován pouze v oboru psychiatrie, je nutné, aby byl současně držitelem osvědčení o úspěšném absolvování výcviku (kurzu) v substituční terapii.

### **10.5. Lůžková péče**

V oblasti lůžkové (rezidenční) péče je v současné době uspokojivě zajištěna lůžková detoxifikace. Krátkodobá, střednědobá i dlouhodobá ústavní léčba je dobře propracovaná v léčení následných komplikací. V léčbě vlastního syndromu závislosti se kromě abstinence považuje za klíčový terapeutický úkol podpora adaptačního potenciálu jedince pro jeho návrat do přirozeného životního prostředí.

Základní částí segmentů lůžkové péče v léčbě závislostí jsou specializovaná zařízení (odborné léčebné ústavy), často nadregionálního charakteru. Tato jsou doplněna dalšími psychiatrickými zařízeními (psychiatrickými odděleními nemocnic, psychiatrickými léčebnami, psychiatrickými klinikami), která nejsou pro léčbu závislostí přímo specializovaná a jejichž spádovost bývá regionální.

V současných podmínkách ústavní léčby závislostí je v ČR potřeba cca 27 lůžek na 100.000 obyvatel. Z tohoto počtu by mělo být vyčleněno nejméně 2/3 kapacity, tj. 18 lůžek na 100.000 obyvatel, pro účely komplexní, specializované, na abstinenci zaměřené rezidenční léčby závislostí.

#### **10.5.1. Detox, detoxifikační stanice, detoxifikační oddělení**

Specializovaná samostatná zařízení či specializované části zdravotnických zařízení (nemocnice, psychiatrické léčebny, psychiatrické kliniky) určené k léčení odvykacího stavu (abstinenčních příznaků) vyvolaného přerušением nebo podstatným snížením užívání návykové látky (v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu).



Personální zabezpečení lůžkové detoxifikační péče (na 30 lůžek) je shodné s návrhem na personální zabezpečení akutní lůžkové psychiatrické péče (viz oddíl 6.1. R-KOP 2008).

### **10.5.2. Ústavní léčba (psychiatrická léčebna specializovaná na závislosti, specializované oddělení psychiatrické léčebny pro léčbu závislosti, specializované oddělení nemocnice pro léčbu závislosti)**

Hlavním programem těchto specializovaných zdravotnických zařízení či částí zařízení je krátkodobá, střednědobá nebo dlouhodobá ústavní léčba závislosti, zaměřená na dosažení a udržení abstinence a na maximálně možnou resocializaci pacienta. Program ústavní léčby je komplexně strukturován, obsahuje odpovídající terapeutické aktivity zdravotnické, psychoterapeutické, výchovně-režimové, resocializační, volnočasové a další. Oddělení pacientů jsou organizována jako terapeutické komunity, prostředí zařízení by mělo mít méně institucionální charakter a mělo by využívat prvky pozitivní distrakce. Může se jednat i o provoz vlastní terapeutické komunity v rámci zdravotnického systému (zařízení).

Se zřetelem k výše uvedeným léčebným cílům zavádí současná koncepce modalitu **specializované (specifické) lůžkové péče – léčby závislosti**. Na rozdíl od akutní lůžkové péče, a to zvláště intenzivní, se orientuje na prorůstové a rekonstrukční cíle (nikoliv jen na symptomatické klidnění stavu). Specializovaná lůžková péče může navazovat na akutní lůžkovou péči nebo se do ní vstupuje přímo (pokud to dovoluje zdravotní stav). V porovnání s následnou péčí se zabývá poruchami, jejichž stav není stabilizován.

Mimo jiné ji charakterizuje individualizovaný přístup a živá dynamika terapeutického procesu, které sledují základní priority:

1. Intenzivní a kontinuální specifickou terapeutickou péčí s akcentem léčebně komunitní a psychoterapeutické složky.
2. Kontinuální práci s motivačním cyklem změny
3. Ovlivnění nebo rekonstrukci komplexního mechanismu dříve vedoucího k automatické tvorbě a produkci symptomů.
4. Podporu autonomie jedince, což zahrnuje i rozvoj řady schopností, dovedností a odpovědnosti.

Takový léčebný cíl předpokládá existenci autonomního léčebného společenství (terapeutická komunita)."

Nástroje k aplikaci specializované lůžkové péče vyžadují specifické materiálové, technické a personální zajištění, které se zcela nekryje s obdobnými požadavky na akutní nebo následnou péči. V tomto smyslu je nutno dopracovat a legislativně ukotvit odpovídající normativy.

### **Navrhované personální zabezpečení specializované (specifické) lůžkové péče (pro komplexní, na abstinenci zaměřenou léčbu závislosti na specializovaných lůžkových odděleních včetně terapeutické komunity; na 30 lůžek)**

- a)- L3 – 0,5 úvazku
- b)- L2 nebo klinický psycholog – 1,0
- c)- L1 (včetně ÚPS) – 1,0
- d)- zdravotní sestra se specializací nebo adiktolog (viz též § 21a, odst.1, zák.č.189/2008 Sb.) nebo zdravotně sociální pracovník (viz též § 10, zák.č.96/2004 Sb.) – 3,0
- e)- ZPBD nebo ZPOD – 7,00
- f)- ZPOD bez maturity – 4,0

### **10.5.3. Terapeutická komunita**

Specializované zařízení či samostatná část zdravotnického zařízení zaměřená na střednědobou a dlouhodobou rezidenční léčbu závislosti v obvyklém rozsahu 4 – 12, případně více měsíců (zde možná zvláště při léčbě duálních diagnóz). Principy jsou uvedeny v 10.5.2. (Poznámka: převážně odpovídá § 20, odst. h) zák. č. 379/2005 Sb.)

### **10.5.4. Všeobecná oddělení psychiatrických léčeben a psychiatrických nemocnic**

Část klientely podstupuje léčbu ve všeobecných psychiatrických zařízeních či psychiatrických částech zdravotnických zařízení bez specializace na návykové nemoci. Tato část sítě je důležitá zejména v péči o komplikace návykových poruch, u nichž z různých důvodů není aktuálně indikována léčba zaměřená na udržení abstinence, a dále v léčbě pacientů s duálními diagnózami.

#### **10.5.5. Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice**

Poskytuje akutní mezioborovou péči osobám, ovlivněným alkoholem, či jinou drogou zjevně ohrožujícím sebe nebo okolí. Péče současně obsahuje represivní prvek (např. fyzické omezení, pacifikaci). Neposkytuje péči osobám s ohrožením vitálních funkcí.

#### **10.6. Programy intermediární péče**

Jedná se o stacionární (semimurální) strukturované programy denních či odpoledních stacionářů, které mají charakter: (1) intenzivních programů ambulantní léčby, nebo (2) doléčovacích programů. V druhém případě se komplex služeb doplňuje o služby mezioborovní (se sociálním charakterem), zejména o chráněné bydlení nebo zaměstnání.

Jakkoliv se jedná o velmi potřebný a efektivní léčebný nástroj, obor návykových nemocí jej prakticky nemá k dispozici a je odkázán na spolupráci s mezioborovními službami. Ani u nich však neexistují dostatečné garance dostupnosti a ekonomické, materiální a personální vybavenosti. Zásadní problémy v této oblasti jsou shodné pro celý okruh odborné péče o osoby s psychickými poruchami a vyžadují systémové řešení.

Cílový stav kapacit intermediárních služeb se zde doporučuje v analogické výši, jak je uvedeno výše v odstavci 8.1. R-KOP 2008 (tabulky kapacit služeb - intermediární služby).

#### **10.7. Síť služeb v oboru návykových nemocí („adiktologické služby“)**

Péče o pacienty s návykovými nemocemi probíhá v zařízeních ambulantních, lůžkových (residenčních) a intermediárních. Vzhledem k dynamice léčby závislosti a k potřebě dlouhodobé terapie bývá využití zmíněných segmentů péče postupné, pacient v různých etapách své terapie a rehabilitace využívá často návazně některý z typů služeb. Nelze proto péči v oboru návykových nemocí redukovat jen např. na ambulantní či lůžkovou či intermediární.

Jednotlivé typy služeb uplatňujících se v oboru návykových nemocí a v adiktologii by měly být specializované na potřeby pacientů/klientů. Obecným trendem je poskytování péče co nejbližší původní komunitě pacienta, nicméně v určitých fázích terapie může být odůvodněno poskytování péče transregionálně (např. ústavní léčba nebo léčba v terapeutické komunitě, zaměřené na abstinenci). Specifikem je úzká provázanost služeb zdravotních a sociálních. Klíčové a centrální místo při poskytování péče by měl zaujímat **případový pracovník** (case manager), který provází konzumenta péče její sítí. Takovou péči může poskytovat např. ambulance návykových nemocí a adiktologická ambulance.

## **11.0 Dětská a dorostová psychiatrie**

### **11.1 Vymezení oboru a cílové populace**

Dětská a dorostová psychiatrie (resp. pedopsychiatrie) je samostatný medicínský obor, vyžadující dlouhodobou systematickou a specifickou postgraduální přípravu, která se jen

z malé části kryje s přípravou pro obor psychiatrie dospělých, a není proto zastupitelný v plném rozsahu žádným jiným medicínským oborem.

Komplexní pedopsychiatrická péče se poskytuje dětem a adolescentům do 18 let.

Pedopsychiatr diagnostikuje a léčí biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními postupy všechny poruchy uvedené v sekci F00-99 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí.

Dětská a dorostová psychiatrie je úzce propojena s oborem dětské klinické psychologie, s kterým má společnou funkční specializaci psychoterapii.

Pedopsychiatrie má v současné době široké spektrum nových moderních diagnostických i léčebných metod, které umožňují včasným odborným zásahem nejen odstranit aktuální psychické problémy, ale dokonce zabránit nepříznivému vývoji osobnosti dítěte až do dospělosti, proto má obrovský celospolečensky významný potenciál.

## 11.2 Současný stav

Populace dětí ve věku 0-18 let tvoří 21 % obyvatel České republiky. Asi 13 % dětské a adolescentní populace trpí během vývoje nějakou duševní poruchou. Rostoucí výskyt duševních poruch v dětství a v adolescenci souvisí se zvyšujícím se tlakem škol a rodin na výkon dětí v průběhu celého školního roku, s krizí rodiny, s výrazným nárůstem sociálně patologických jevů včetně zneužívání psychoaktivních látek včetně alkoholu. Stoupá počet tělesně a psychicky týraných a sexuálně zneužívaných dětí, výskyt dětské pornografie a dětské prostituce. U traumatizovaných dětí se objevují akutní i chronické posttraumatické stresové poruchy, úzkostné a depresivní stavy, které se u dětí často projevují poruchami chování. Stoupá počet sebevražd adolescentů. Moderní perinatální medicína a neonatologie umožňuje zachránit podstatně vyšší počet nezralých novorozenců nebo dětí s vrozenými vadami a handicap, u kterých se později mohou objevit různé poruchy psychického vývoje nebo mentální retardace. Trvale se zvyšuje výskyt poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů se závažným dopadem na tělesné zdraví a rizikem letálního zakončení. Pedagogové dokáží rozpoznat děti se specifickými vývojovými poruchami učení nebo s hyperkinetickými poruchami s poruchou pozornosti (ADHD) a doporučují jejich odborné pedopsychiatrické vyšetření a léčbu. Včasná stanovení psychiatrické diagnózy (včetně diferenciální diagnózy) a léčba psychických poruch u dětí patří do rukou pedopsychiatra.

Nově vznikla legislativní nutnost stanovení relevantní klinické diagnózy lékařem pedopsychiatrem pro potřeby zařazování do speciálních vzdělávacích programů, sociálních programů a pro žádosti o sociální dávky, které jsou vázány na klinickou diagnosu)

Nově je stanovena pro pedopsychiatrii dispensární povinnost u duševních poruch dětského a dorostového věku (mentální retardace, pervazivní vývojové poruchy, psychotické poruchy).

### 11. 21 Ambulantní pedopsychiatrická péče – současný stav

V České republice je asi 110 psychiatrických ambulancí pro děti a dorost (DPA), ale smluvních lékařských míst v nich je dohromady jen 77 a územní pokrytí je velmi nerovnoměrné, v některých okresech DPA vůbec nejsou.

Kapacita ambulantní dětské a dorostové psychiatrie zůstává daleko za skutečnou potřebou psychiatrické péče v této věkové populaci, objednávací doby na první vyšetření se v některých oblastech prodloužily až na 3 měsíce, přitom u řady psychických poruch může opoždění léčby vážně ohrozit zdravotní stav a psychický vývoj dítěte (akutní reakce na stres, poruchy příjmu potravy, deprese, agresivita, ADHD a další).

Pedopsychiatra někdy „zastupuje-nahrazuje“psychiatr pro dospělé jen na základě smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami, aniž má pro tuto praxi odbornou způsobilost, což je postup non lege artis.

Prakticky nedostupná je konziliární pedopsychiatrická služba pro dětská oddělení nemocnic, kde proto dochází často k non lege artis postupu, když konziliární vyšetření provádějí lékaři bez odborné způsobilosti v oboru dětská a dorostová psychiatrie.

Finanční limity na léky diktované zdravotní pojišťovnou omezují v ambulantních i lůžkových pedopsychiatrických zařízeních použití moderních psychofarmak, která jsou většinou bezpečnější a účinnější alternativou pro dětské pacienty, ve srovnání se staršími, levnějšími preparáty.

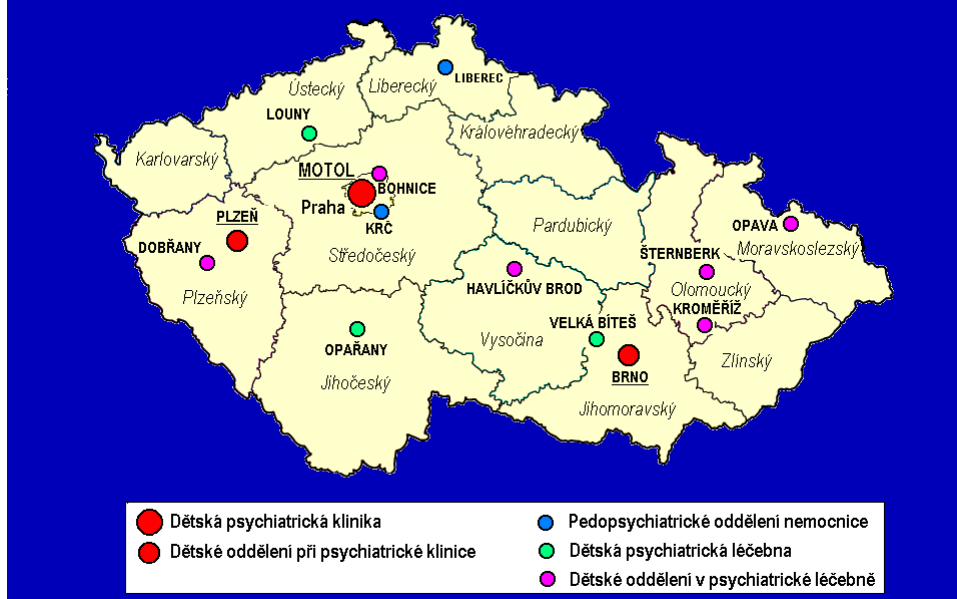
Přestože v koncepci pedopsychiatrické péče byl kladen důraz na vybudování intermediální péče (denní stacionáře, krizová centra, chráněné dílny), zatím nedošlo k jejich realizaci, jedinou výjimkou je denní stacionář pro adolescenty při PK VFN Praha 2.

## **11.22 Lůžková pedopsychiatrická péče – současný stav**

Lůžkový fond dětské a dorostové psychiatrie představuje 653 lůžek, z nichž je pro akutní pedopsychiatrickou péči oficiálně určeno 137 lůžek na nemocničních a klinických pracovištích, pro následnou péči 516 lůžek v dětských psychiatrických léčebnách a na dětských odděleních psychiatrických léčeben.

Lůžková zařízení určená pro poskytování akutní i následné péče v dětské psychiatrii jsou rozložena nerovnoměrně podle geografické dostupnosti (viz schéma). V Čechách jsou to tři pracoviště (Praha, Plzeň, Liberec), na Moravě pouze dětské oddělení na Psychiatrické klinice v Brně. Žádné lůžkové zařízení akutní ani následné péče nemají kraje Karlovarský, Královéhradecký, Pardubický a Zlínský. V roce 1989 měla pedopsychiatrická lůžková síť 1100 lůžek. Mezi roky 1989 - 2007 ubylo celkem 447 lůžek na současných 653, což představuje pokles o 40%. Další nesystémové snižování počtu pedopsychiatrických lůžek odůvodněné pouze jejich ekonomickou ztrátovostí, by bylo již ohrožující pro kvalitu a dostupnost pedopsychiatrické péče. Počet pedopsychiatrických lůžek je v porovnání s evropskými státy přiměřený, nedostačuje ale počet lůžek pro děti a mladistvé závislé na psychoaktivních látkách, zejména pro následnou péči. Jediné dětské a dorostové detoxikační centrum vzniklo v r. 2003 v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze. Disponuje 14 lůžky pro pacienty ve věku do 18 let a poskytuje detoxifikaci, skupinovou psychoterapii a ambulantní léčbu.

## Lůžková pedopsychiatrická zařízení v ČR 2005



Velká vzdálenost lůžkových zařízení od místa bydliště omezuje styk dětí s rodinami a lékařů s rodiči dětských pacientů.

Nedostatečné financování znemožňuje vybudování ošetrovacích jednotek s menším počtem pacientů a optimalizaci personálního vybavení a více diferencovanou péči.

Prakticky všechna pedopsychiatrická lůžková zařízení jsou nucena v období hlavních prázdnin omezit provoz, protože hospitalizace dětí je v tomto období požadována jen v mimořádně závažných a neodkladných případech – podobně jako na nepsychiatrických pediatrických odděleních.

### 11.3 Koncepce ambulantní psychiatrické péče o děti a adolescenty:

#### 11.31 Psychiatrická ambulance pro děti a dorost

DPA poskytuje komplexní pedopsychiatrickou péči, která zahrnuje diagnostické a terapeutické metody, zaměřené na biologickou, psychologickou a sociální dimenzi onemocnění, zajišťuje a koordinuje další specializovanou péči, provádí dispenzarizaci, podílí se na veřejné péči a na prevenci.

Dětská a dorostová psychiatrická ambulance je většinou místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Tento kontakt je často dlouhodobý a kontinuální až do pacientovy dospělosti.

Praktický lékař pro děti a dorost spolupracuje s specializovanou psychiatrickou ambulancí pro děti a dorost.

Pro rozvoj a zlepšení dostupnosti ambulantní pedopsychiatrické péče je nezbytné zlepšení finančního ohodnocení práce pedopsychiatrů a zvýšení limitů nákladů na léky a pomocná vyšetření.

Certifikované pedopsychiatrické ambulance jsou součástí systému vzdělávacích pracovišť pro pedopsychiatry, psychiatry a pediatri v odborné přípravě.

*Personální vybavení: 1 pedopsychiatr na 100.000 obyvatel (cca 21.000 dětí a adolescentů), výhledově 2 pedopsychiatři na 100.000 obyvatel.*

### 11.32 Krizové centrum

Poskytuje první pomoc a péči dětem a adolescentům, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. Disponují několika lůžky pro krátkodobý pobyt, s event. možností pobytu i rodičů. Jde o zařízení prvního kontaktu, které bývá spojeno s denním stacionářem, telefonní pomocí, event. s lůžkovým pedopsychiatrickým zařízením. Poskytuje služby nepřetržitě anebo část dne.

*Počet míst: 4-6 na 1.000.000 obyvatel (výhled) - pouze ve velkých aglomeracích*

### 11.33 Denní stacionář pro děti a adolescenty

Slouží pro denní pobyt pacientů. Úkolem je intenzivnější ambulantní léčení s cílem zamezit nebo omezit hospitalizaci nebo poskytnout péči po propuštění z hospitalizace. Důraz spočívá na psychoterapeutických, edukačních a rehabilitačních programech. Poskytuje též sociální a právní pomoc. Jde buď o zařízení samostatné, anebo spojené s dětským psychiatrickým oddělením nemocnice a léčebny nebo s krizovým centrem.

V pedopsychiatrii mají stacionáře kromě pomoci samotným dětským pacientům poskytovat i pomoc a edukaci rodičům, zákonným zástupcům pedopsychiatrických pacientů, kteří jsou v systému komplexní psychiatrické péče nezastupitelní jako tzv. „*laičtí terapeuti*“.

#### Personální zajištění

- Supervize a odborná garance pedopsychiatra.
- Psycholog k zajištění a zpracování individuálních programů, systemizované i nesystemizované psychoterapie individuální i rodinné.
- Speciální pedagogové pro oblast edukace dětí i rodičů.
- Psychoterapeuti s adekvátním vzděláním (certifikovaným výcvikem).

#### Prostorové a provozní náležitosti

Standardní potřeby jako u jiných psychiatrických stacionářů s ohledem na zajištění školních potřeb pacienta (stoly, židle k výuce, ke hře, k pracovní terapii, ...) a prostory pro rodinné a rodičovské „*tréninky*“.

*Počet míst: 7-14 na 1.000.000 obyvatel (výhled) - pouze ve velkých aglomeracích*

### 11.34 Chráněné dílny

pro pacienty ve věku 15-18 let se speciálním výrobním programem, mají za úkol rozvíjet nebo udržovat pracovní schopnosti pacientů s duševními poruchami, kteří se nemohou účastnit vzdělávacího procesu.

*- pouze ve velkých aglomeracích*

## 11.4 Koncepce lůžkové psychiatrické péče o děti a adolescenty:

Dětská psychiatrická lůžková zařízení zajišťují akutní i následnou psychiatrickou léčbu a rehabilitaci dětí a mládeže do 18 let s psychickými poruchami. Dostatečné prostorové vybavení je jednou ze základních podmínek správné léčby dětských psychiatrických pacientů. Je prevencí stresu a konfliktů, které vznikají při nedostatečném životním prostoru a u dětí přímo navozují exacerbaci psychopatologických fenoménů. Příjemné prostředí s malou koncentrací dětí umožňuje často redukci dávek psychofarmak. Dětským pacientům je nutné umožnit přiměřeně rozvíjet volnočasové aktivity v hernách, společenských místnostech,

učebnách i tělocvičnách. Na oddělení by měla být vyhrazena i nerušená místnost pro rodinnou terapii.

*Lůžková psychiatrická zařízení pro děti a dorost - nemocniční oddělení, dětská oddělení psychiatrických léčeben (nemocnic) a dětské psychiatrické léčebny (nemocnice) - se zřizují tak, aby bylo 6-8 lůžek na 100.000 obyvatel.*

#### **11.41 Dětské psychiatrické léčebny a dětská oddělení psychiatrických léčeben**

Dětské psychiatrické léčebny (DPL), dětské psychiatrické nemocnice (DPN) a dětská oddělení psychiatrických léčeben či psychiatrických nemocnic (DOPL, DOPN) jsou specializovaná a vysoce specializovaná pracoviště poskytující lůžkovou akutní i následnou péči v oboru dětská a dorostová psychiatrie, ve směř jsou organizována jako terapeutické komunity se speciálním léčebným režimem, nejsou určena k léčbě závislosti na alkoholu a psychoaktivních látkách.

Přijímají pacienty na doporučení dětského psychiatra, psychiatra, dětského lékaře, výjimečně bez doporučení odborníka na přání rodiny. Pacienti jsou přijímáni z velké části plánovaně, ale v urgentních stavech akutní duševní poruchy mohou být přijati k hospitalizaci kdykoli, mají zajištěnou nepřetržitou lékařskou službu. Provádějí komplexní diagnostickou a diferenciálně diagnostickou činnost, zahajují farmako- i psychoterapii, intenzivně spolupracují s rodinami a dle potřeby a dalšími orgány participujícími na péči o děti. Mají dostupná základní laboratorní vyšetření (biochemická, hematologická, hormonální a mikrobiologická), radiodiagnostická vyšetření včetně CT, EEG vyšetření a MRI mozku. Speciální nepsychiatrická lékařská vyšetření a ošetření (pediatr, internista, chirurg, neurolog, endokrinolog, kardiolog, oftalmolog, ORL, alergolog a další) jsou zajišťována konziliárně ve smluvních zdravotnických pracovištích. Rehabilitačně-resocializační programy zahrnují ergoterapii, různé typy arteterapií, hipoterapii, canisterapii, muzikoterapii, fytooterapii, fyzioterapii, kineziologické programy a další. DPL i DOPL jsou významnou součástí vzdělávacího systému v oboru dětská a dorostová psychiatrie a psychiatrie pro středně zdravotnické pracovníky i pro lékaře.

V letních měsících organizují některá oddělení specificky zaměřené rehabilitační tábory.

Pedopsychiatrická oddělení psychiatrických léčeben si zajišťují prostorové podmínky pro možnost hospitalizace dítěte společně s matkou.

*Výhledy: je nezbytné, aby dětským psychiatrickým léčebnám i dětským oddělením psychiatrických léčeben byla v souladu s jejich dlouhodobou praxí i formálně přiznána schopnost poskytovat akutní lůžkovou pedopsychiatrickou péči, aby tato péče byla odpovídajícím způsobem finančně zajištěna a aby se tato oddělení v budoucnu stala plnohodnotnou součástí plánovaných psychiatrických nemocnic či samostatnými dětskými psychiatrickými nemocnicemi.*

#### **11.42 Lůžka akutní psychiatrické péče pro děti a dorost**

Jsou určena k poskytování zdravotní péče, kterou nelze poskytnout ambulantně a která vyžaduje pobyt na lůžku ve zdravotnickém zařízení po dobu nejméně 24 hodin; zdravotní péče je poskytována v nepřetržité provozní době.

**Dětská nemocniční lůžková psychiatrická oddělení / kliniky** jsou součástí psychiatrického oddělení / kliniky nebo jako samostatná pracoviště. Provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování psychických poruch. Musejí mít zajištěnou nepřetržitou lékařskou službu, laboratorní a další pomocná vyšetření. Zajišťují po 24 hodin denně konziliární psychiatrické služby pro jiné medicínské obory. Mohou zřídit jednotku intenzivní

pedopsychiatrické péče. Slouží jako superkonziliární pracoviště. Poskytují kromě zdravotnických služeb pregraduální výuku vysokoškolských studentů a postgraduální vědecké studium a zabývají se výzkumnou činností. Kliniky působí jako edukační centrum pro ambulantní pedopsychiatry a další zdravotníky z lůžkových pedopsychiatrických zařízení v regionu.

V České republice je pouze jedna samostatná dětská psychiatrická klinika ve Fakultní nemocnici v Praze-Motole, která má 50 lůžek pro akutní péči. Pedopsychiatrická oddělení fakulturních nemocnic mají statut kliniky, která je součástí lékařské fakulty.

Pedopsychiatrické oddělení pro akutní péči by mělo mít prostorové podmínky pro případnou hospitalizaci matky s dítětem.

Na klinickém pracovišti jsou dostupná laboratorní vyšetření pro diagnostiku a léčbu závažných neuropsychiatrických poruch zajištěná službami komplementu FN (biochemická, hematologická a hormonální laboratoř s možností vyšetření vrozených metabolických vad a sekundárních odchylek, mikrobiologické oddělení, radiodiagnostika, možnost zajištění CT a MRI mozku, EEG vyšetření, dostupná služba anesteziologa a možnost konziliárních, specializovaných vyšetření).

Dětské psychiatrické nemocniční oddělení spolupracuje s dětskými psychiatrickými ambulancemi a spádovými léčebnami, komunitními centry a sociálním oddělením nemocnice.

Vzdělávací proces dětí hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních je zajišťován v základní škole při těchto zdravotnických zařízeních s diferenciací na základní školu, školu praktickou a školu speciální. Školy jsou samostatné právní subjekty zřizované krajskými úřady.

## 11.43 Personální, věcné a technické vybavení

### Věcné a technické vybavení:

- glukometr
- váha
- kurtovací pásy
- tonometr, fonendoskop, teploměr
- dostupné EKG
- možnost realizace elektrokonvulzivní terapie

stavební dispozice musí odpovídat charakteru práce s pacienty v akutním stavu duševní poruchy

Personální vybavení:

Akutní péče

L3 – 0,5

L2 - 1

L1 - 2

VNP ( psycholog) – 0,5

JVP ( jiný nezdrav VŠ) – 0,5

ÚPS – 0,3

ZPBD spec. 1,5

ZPBD, ZPOD 8



ZPOD bez mat. 8  
Sociální pracovníce – 0,3  
Rhb, ergo, arte - 1,5

#### Následná péče

L3	0,3	
L2 + VNP	0,7	(VNP – vysokoškolsky vzdělaný nelékařský pracovník, který je nositelem výkonu podle zákona č. 48/1997 Sb., § 41, odst. 5, písm. d – tj. <b>klinický psycholog, klinický logoped a absolvent vysoké školy ve studijním oboru tělesná výchova a sport a rehabilitace</b> )
L1 + VNP	0,2	(VNP rozšířit o <b>stejně vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky</b> , jako je tomu u L 2 + VNP, ovšem <b>bez atestace</b> , jako jsou i lékaři bez atestace)
ÚPS	0,08	
VNP J4	0,2	(zařadit vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky – <b>jiné, než je uvedeno výše</b> , např. výtvarníky, pedagogy, vedoucí laboratoří apod., takové, kteří jsou pro práci s psych. pacientem nezbytní)
ZPBD spec	1	
ZPBD,ZPOD	7	
ZPOD bez mat.	5	
JOP	0,5	(vytvořit novou kategorii a zařadit jiné odborné pracovníky s maturitou nebo jen vyučené v jiných oborech než zdravotnických, kteří by pracovali pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka. Tito pracovníci jsou pro výkon terapeutických aktivit nezbytní).

#### 11.44 Podmínky zkvalitnění a rozvoje lůžkové pedopsychiatrické péče:

Snížit plánované využití lůžek v základu ošetrovacího dne na 80 – 85 % a počtu lůžek na stanici na 20 – 25 obdobně jako je tomu u jiných lůžkových zdravotnických zařízeních pro děti.

Transformovat DPL a i DOPL obdobně jako v psychiatrii pro dospělé na zařízení nemocničního typu a legalizovat využívání jejich lůžek pro akutní péči.

Koncepčně zapracovat do plánu využití lůžek kolísání poptávky po hospitalizacích v průběhu kalendářního roku v závislosti na průběhu školního roku.

Zvýšit úhrady za ošetrovací den tak, aby pokrývaly skutečnou potřebu jednotlivých oddělení a zařízení.

#### 11.5 Perspektivní úkoly oboru dětská a dorostová psychiatrie

- přispívat k odstranění stigmatizovaného postavení psychiatrie (včetně pedopsychiatrie) ve společnosti i mezi ostatními medicínskými obory a nadále integrovat dětskou a adolescentní psychiatrii do zdravotnictví

- usilovat o humanizaci a zlepšení materiálních (stavebních, hygienických, kulturních a personálních) podmínek v pedopsychiatrických lůžkových zařízeních, sledovat ekonomické ukazatele a jejich vývoj,

- usilovat o oficiální transformaci části pedopsychiatrických lůžek v léčebnách na lůžka akutní, změnit statut psychiatrických léčeben na psychiatrické nemocnice.

- zlepšovat dostupnost moderní pedopsychiatrické ambulantní péče zvyšováním počtu kvalifikovaných pedopsychiatrů,
- rozvíjet tzv. intermediární péči (denní stacionáře, domácí péče, návštěvní služba, chráněné dílny, chráněné bydlení, kluby, svépomocné organizace),
- zřídit specializovaná centra pro vybrané pedopsychiatrické diagnózy (dětský autismus, poruchy příjmu potravy, ADHD),
- spolupracovat s odbornými pracovišti, podílejícími se na péči o děti s duševními poruchami,
- zlepšovat spolupráci mezi jednotlivými psychiatrickými zařízeními s cílem dosáhnout kontinuity péče,
- orientovat pedopsychiatrickou péči na prevenci závislostí u dětí a mladistvých a na včasnou detekci týraných a zneužívaných dětí (syndrom CAN),
- ve spolupráci s oborem adiktologie vybudovat síť speciálních zařízení pro léčbu závislostí v dětském a adolescentním věku s odborně školeným personálem a speciálním režimem, protože léčbu závislostí nelze praktikovat v režimu běžných pedopsychiatrických zařízení.
- participovat na výzkumu v biologické i psychosociální dimenzi oboru a na tvorbě klinických vodítek léčby v souladu s EBM, využívat interdisciplinární spolupráce při řešení projektů výzkumu a vývoje,
- posilovat napojení na mezinárodní aktivity mezinárodních odborných společností a zdravotnických organizací (WHO, EU, AACAP, ESCAP a AEP).

## **12.0. PROGRAM PÉČE O PACHATELE TRESTNÉ ČINNOSTI S DUŠEVNÍ PORUCHOU**

### **12.1. Vymezení a charakteristika skupiny**

Zdravotnická, resp. psychiatrická zařízení poskytují odbornou péči všem osobám, kterým byla soudním rozhodnutím určeno ochranné léčení. V souvislosti s trestnou činností a se zmenšenou nebo vymizelou trestní odpovědností určuje soud při společenské nebezpečnosti pachatele psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické anebo kombinované ochranné léčení. To může být ambulantní (OLA) anebo ústavní (OLÚ). Soud určí i zařízení, v němž bude ochranná léčba probíhat.

O ukončení anebo o přeměně ochranné léčby rozhoduje soud, většinou na návrh zdravotnického zařízení.

Ochranná léčba je financována z prostředků zdravotního pojištění.

Diagnosticky představují osoby s psychózami, závislostmi, organickými mozkovými poruchami, poruchami osobnosti a poruchami sexuální preference.

Nezřídka jde o osoby s bohatou kriminální anamnézou, nemotivované k léčení a značně společensky nebezpečné.

### **12.2. Současný stav**

V současné době je v psychiatrických léčebnách 700-800 osob v ochranné léčbě a ve věznicích několik stovek čekatelů. Mimo to existují pořadníky na ochrannou léčbu protialkoholní a protitoxikomanickou.

Orgány vězeňské služby obvykle předávají kandidáty ochranného léčení do psychiatrické léčebny ihned po ukončení trestu odnětí svobody. Pro OLÚ protialkoholní a protitoxikomanickou existují pořadníky k přijetí.

OLÚ se provádí podle stanovené územní rajonizace. Nemocné k OLA prikazují soudy psychiatrickým ambulancím podle místa bydliště. Některé psychiatrické ambulance o pacienty v ochranné léčbě nejeví zájem. Sexuologická oddělení nejsou ve všech léčebnách a sexuologické ambulance existují pouze v krajských městech.

Protialkoholní, protitoxikomanická a sexuologická léčba se zahajuje ve specializovaných zařízeních ve věznicích již během výkonu trestu odnětí svobody.

Komunikace mezi vězeňskou zdravotnickou službou a zdravotníky je nedokonalá, zavádí se systém předávání důležitých informací.

Byl přijatý zákon výkonu zabezpečovací detence (129/2008), jsou zřizovány ústavy pro jeho výkon. Detenční ústavy spravuje Vězeňská služba ČR.

Velké problémy (dehumanizace, vykořisťování spolupacientů, nespolupráce, odmítání a sabotování léčby, útoky) působí v psychiatrických léčebnách osoby s poruchami osobnosti a se závislostmi, kteří značně zhoršují léčebné prostředí léčeben a působí negativně na ostatní pacienty.

Psychiatrické ambulance nejsou personálně /sociální sestry, laboranti/ ani přístrojově dostatečně vybaveny.

Znalecké posudky, podávané soudům znalci-psychiatry nejsou vždy dostatečně odborně zpracované a často navrhuje ochranné léčení neindikovaně (zjevná neúspěšnost a odmítání léčby). Komise pro znaleckou činnost u Krajských soudů většinou nevyvinují žádoucí činnost ke zkvalitňování znalecké činnosti. Neexistuje systém postgraduální výchovy a kontroly kvality znalecké činnosti.

V České republice neexistuje soudně-psychiatrické oddělení, které by umožnilo ústavní pozorování nemocných stíhaných na svobodě k vypracování znaleckého posudku.

### **12.3. Charakteristika potřebné péče**

Zvýšení kvalifikace soudních znalců v psychiatrii, adiktologii (AT problematice), sexuologii a klinické psychologii systémem doškolování prostřednictvím oddělení soudní psychiatrie katedry posudkového lékařství IPVZ, kontroly znalecké činnosti prostřednictvím komisí Krajských soudů pro znaleckou činnost.

Rozšiřovat výkon ochranného léčení již během výkonu trestu odnětí svobody. V souvislosti s tím doškolovat pracovníky vězeňské služby a podporovat spolupráci se zdravotnickými zařízeními.

Probační a mediační službu soudů zaměřit i na systematickou kontrolu výkonu ochranné léčby, zvláště ambulantní.

OLA provádět i v síti tzv. veřejné psychiatrické péče a v síti ordinací AT.

Usilovat o změnu legislativy v tom smyslu, aby bylo ochranné léčení nařizováno pachatelům trestné činnosti a nikoli zdravotnickým zařízením. Usilovat o možnost ukládat ochranné léčení sexuologické i u osob, které byly uznány příčetné. Změnit dosavadní systém a ukládat OLÚ na dobu určitou, a poté by soud znovu rozhodl o dalším výkonu ochranného léčení.

Dále prohlubovat předávání informací o nemocných mezi vězeňskou službou a zdravotnickými zařízeními.

#### **12.4. Síť zařízení pro osoby v ochranném léčení**

Určit v psychiatrických léčebnách počet lůžek, na která by byli přijímány osoby k výkonu ústavní protialkoholní a protitoxikomanické léčby.

Zřídit specializovaná soudně-psychiatrická oddělení pro psychiatrické znalecké vyšetřování osob stíhaných na svobodě.

Zřídit síť tzv. veřejné psychiatrické péče a síť ordinací AT, kde by se mj. soustřeďovaly osoby ve výkonu ambulantní ochranné léčby.

Zřídit síť sexuologických ambulancí, přičemž pro výkon ambulantních ochranných léčeb je potřeba 1 ambulance na cca 250.000 obyvatel.

Zřídit síť ordinací AT pro prevenci a léčbu závislostí, které by kromě komplexní péče o pacienty s problematikou abúzu návykových látek vykonávaly OLA a léčbu alternativní.