

Doporučené postupy pro vznik ambulancí s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním (ARP)

Program Podpory nových služeb v péči o duševně nemocné
(CZ.03.2.63/0.0/15_039/0008217037)



Obsah

SEZNAM ZKRATEK	4
1. Úvodní slovo	5
2. Reforma péče o duševní zdraví v ČR	6
2.1. Základní informace o reformě péče o duševní zdraví v ČR	6
2.2. Ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním	6
3. Vznik služby	8
3.1. Cílová skupina, spádová oblast ARP	8
3.2. Registrace nové služby ARP	9
3.2.1. Postup pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb	9
4. Multidisciplinární tým	11
4.1. - Personální zajištění	11
4.2. Dovednosti a kompetence všech členů týmů	12
5. Služby, metody a způsoby práce v multidisciplinárním týmu	15
5.1. Služby poskytované v ambulanci s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním	15
5.2. Case management	16
6. Financování	18
6.1. Financování zdravotní části	18
7. Přímá práce s pacienty	21
7.1. Princip Zotavení	21
7.2. Příjem pacientů	21
7.3. Plán zotavení	23
7.4. Krize a krizový plán	24
7.5. Plán rozvolňování, propouštění pacienta ze služby ARP	24

8. Dokumentace	26
8.1. Zdravotní dokumentace	26
9. Spolupráce s dalšími subjekty	28
Seznam užitečných kontaktů	30
Seznam zdrojů	31

SEZNAM ZKRATEK

AQoL – Assessment of Quality of Life

BOZP – Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

CARe – Comprehensive approach to psychosocial rehabilitation

CDZ – Centrum duševního zdraví

CM – case management

CÚV – Centrální úložiště výkazů

ČLK – Česká lékařská komora

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

FACT – Flexible Assertive Community Treatment

FB – fact board

IČ – identifikační číslo

IPS – individual placement and support

KÚ – Krajský úřad

MDT – multidisciplinární tým

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NN – nemocniční nákaza

NZIS – Národní zdravotnický informační systém

PO – požární ochrana

SMI – Serious/severe Mental Illness

VHB – Virus hepatitidy B

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky

1. Úvodní slovo

Péče o osoby s duševním onemocněním prochází v současnosti výraznou změnou struktury poskytované péče. Reforma péče o duševní zdraví stojí na principu práce multidisciplinárních týmů a rozvoji péče v přirozeném prostředí osob s duševním onemocněním. Základním pilířem v systému psychiatrické péče se mají postupně stát centra duševního zdraví (dále jen „CDZ“). CDZ jsou zdravotně – sociální služba, jejímž cílem je podpořit přesun péče o osoby s duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí. Ideálním stavem je v komunitě etablované CDZ v každém jasně určeném regionu.

V rámci návazných projektů vznikly další služby, mezi ně patří ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním (dále jen „ARP“) nebo ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (dále jen „ARP-AD“). Primárním cílem ARP je garance celkové péče o osoby s duševním onemocněním. Důraz je kladen na zvýšení podílu služeb prováděných nelékařskými profesemi. Včasné poskytování ambulantní psychiatrické péče, její dostatečná účinnost a komplexnost jsou důležitými faktory nejen pro rychlou úzdravu pacientů, ale také proto, aby nedošlo k dalšímu zhoršení jejich zdravotního stavu, které by vyžadovalo dražší a intenzivnější péči jak v rámci lůžkové psychiatrické péče, tak v rámci somatické medicíny. Nedílnou součástí zavedení pilotního provozu ARP je práce se sítí spolupracujících služeb. Zásadním cílem bude především navázat a rozvíjet mezioborovou spolupráci s praktickými lékaři v daném regionu. Tato spolupráce by měla lépe propojit psychiatrickou a primární péči a vést k lepší organizaci zdravotního systému.¹

Dokument „Doporučené postupy pro vznik ambulancí s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním (ARP)“ vznikl rámci projektu „Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné“, (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/15_039/0008217037), který vychází ze Strategie reformy péče o duševní zdraví a byl realizován Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost, prioritní osa – Sociální začleňování a boj s chudobou.

¹ *Standard ambulantní psychiatrické péče a ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním.* (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

2. Reforma péče o duševní zdraví v ČR

2.1. Základní informace o reformě péče o duševní zdraví v ČR

Reforma péče o duševní zdraví je systémová změna, jejímž cílem je zvýšení efektivity a především zvýšením kvality života a omezení stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Strategie reformy péče o duševní zdraví byla schválena na Ministerstvu zdravotnictví v roce 2013. Praktické kroky započaly až napojením na Evropské investiční a strukturální fondy s počátkem realizace projektů v roce 2017. Reforma péče o duševní zdraví je plánovaný dlouhodobý a komplexní proces, který nezahrnuje pouze změny v medicínském oboru psychiatrie, nebo v oblasti zdravotní péče, ale k její úspěšné realizaci je třeba provést i významné změny v dalších oblastech, jako jsou sociální systémy, oblast vzdělávání, zaměstnávání či právního postavení osob s duševním onemocněním. Důležitou součástí reformy psychiatrické péče je aktivní zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním do celého procesu, tak aby udělaná rozhodnutí a změny v systému psychiatrické péče odrážela skutečné potřeby, zájmy a přání těchto lidí.²

Jedním ze základních kamenů reformy péče o duševní zdraví by měla být provázanost, kordinovanost a kontinuita péče. Spolupráce by měla být podpořena multidisciplinárním přístupem, který má plně podporovat zotavení lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Nově vzniklý systém by měl plně respektovat práva pacientů a zajistit jim maximálně možné zapojení do běžného života, a to za účasti jejich plnohodnotné svobodné účasti. Důraz ve změně systému péče by měl být kladen na primární zdravotní a psychiatrickou péči tak, aby její pracovníci byli schopni zajistit včasnou diagnostiku a léčbu. Podpořena bude spolupráce mezi primární a specializovanou psychiatrickou péčí. V plánu je výrazně rozšířit komunitní péči s vytvořením nových služeb, jako jsou centra duševního zdraví a ambulance s rozšířenou péčí. Paralelně by mělo docházet k postupné redukci dlouhodobé psychiatrické lůžkové péče.³

2.2. Ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním

ARP má za cíl otevřít cestu k doplnění služeb osobám s duševním onemocněním, které vyhledávají léčbu v různých typech ambulantních i lůžkových zařízení. ARP je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou – akutní i specializovanou péčí. Její funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a pomoc k reintegraci duševně nemocných do komunity. Konkrétně by se nová situace měla projevit zvýšením podílu služeb prováděných nelékařskými profesemi a vyšším podílem týmové práce.

K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení pacientů (recovery), spolupracuje ARP ve svém regionu s dalšími potřebnými

² Průvodce reformou psychiatrické péče. (2019). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

³ Malý průvodce reformou psychiatrické péče. (2017). Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP

subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit, aj.

V současné psychiatrii je kladen důraz na koncept zotavení (recovery), které vede k samostatnému, uspokojivému a plnohodnotnému životu bez ohledu na omezení, které duševní onemocnění přináší. Je třeba řešit problematiku duševně nemocných komplexněji, v souladu s bio-psycho-sociálním modelem. ARP si klade za cíl poskytnout pacientům s duševním onemocněním komplexní péči zajišťovanou multidisciplinárním týmem.

Cílová skupina ARP

Cílovou skupinou jsou osoby s duševním onemocněním v celém diagnostickém spektru duševních poruch dle MKN 10. Těmto osobám je poskytována psychiatrická ambulantní péče a rozšířená péče (zejm. služby terénních psychiatrických sester, služby psychoterapeutické).⁴

Multidisciplinární tým

Úzká spolupráce všech nezbytných – základních profesí (psychiatrii, lékaři specialisté, kliničtí psychologové, sestry pro péči v psychiatrii i ostatní nelékařské profese např. ergoterapeut, adiktolog) v rámci jednoho funkčního týmu, je základem úspěšnosti ARP.

Jednou z priorit multidisciplinárního týmu ARP je i včasná detekce duševního onemocnění povětšinou u osob mladšího věku, u kterých se duševní onemocnění rozvíjí, či u kterých je značné riziko jeho propuknutí. V takových případech jde o to, aby dotyčná osoba "kariéru" duševně nemocného v podstatě nenastoupila.

Ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním poskytuje zejména tyto služby:

- služby psychiatrické;
- služby klinického psychologa;
- služby ošetrovatelské péče v psychiatrii;
- dle potřeb regionu se péče rozšiřuje o další služby dle kvalifikace pracovníků:
 - služby sexuologické;
 - služby gerontopsychiatrické;
 - služby v oboru návykové nemoci;
 - služby v oboru poruchy příjmu potravy;
 - služby v oboru psychosomatické péče;
 - služby adiktologické;
 - služby psychoterapeutické – individuální, skupinové, rodinné;
 - služby denního stacionáře;
 - služby jiné (ergoterapie);

⁴ *Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy ambulancí s rozšířenou péčí (ARP).* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

- služby ambulance veřejného zájmu (léčba pacientů s nařízeným ochranným ambulantním léčením).⁵

3. Vznik služby

3.1. Cílová skupina, spádová oblast ARP

Cílovou skupinou jsou osoby s duševním onemocněním v celém diagnostickém spektru duševních poruch dle MKN 10. Těmto osobám je poskytována psychiatrická ambulantní péče a rozšířená péče (zejm. služby terénních psychiatrických sester, služby psychoterapeutické).⁶

ARP v rámci poskytování zdravotních služeb zajišťuje pacientům zdravotní péči preventivní, léčebnou a léčebně rehabilitační. K zajištění léčebné a léčebně rehabilitační péče ARP spolupracuje s ostatními články systému zdravotních služeb – s poskytovateli lůžkové péče, péče poskytované v centrech duševního zdraví. Klíčová je spolupráce s lékaři primární péče, zejm. s praktickými lékaři pro dospělé, a popřípadě v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (dále jen „dětský praktičtí lékaři“). Tato spolupráce by měla lépe propojit psychiatrickou a primární péči a vést k lepší organizaci zdravotního systému. Současně je zásadním prvkem v péči o pacienta v ARP práce s jeho okolím/rodinou/komunitou. Je zapotřebí podporovat rodinu tak, aby byla schopna se s tím, že jeden její člen je osobou s duševním onemocněním, co nejlépe vyrovnat a aby měla dostatek kapacit na potřebnou podporu. Ne vždy je zájem rodiny a zájem pacienta zcela shodný. Může docházet i k odlišným představám, jak kterou situaci řešit. Velice často dochází i k situacím, kdy si pacient nepřeje, aby členové jeho rodiny byli informováni o tom, jak probíhá jeho léčba nebo se jeho rodina (či klíčový rodinný příslušník) nechce začlenit do procesu zotavení pacienta. I při maximální podpoře rodiny a spolupráci s ní je nutné respektovat přání pacienta i ohledně toho, jak a do jaké míry rodinu do jeho plánu zotavení zapojovat. Je třeba mít na zřeteli, že hlavním posláním týmu je starost o pacienta a hájení jeho zájmů. Je nezbytné se vyhnout situaci, kdy tým naplňuje potřeby rodiny na úkor naplňování potřeb pacienta.⁷

⁵ Standard ambulantní psychiatrické péče a ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

⁶ Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy ambulancí s rozšířenou péčí (ARP). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

⁷ Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy ambulancí s rozšířenou péčí (ARP). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

Dostupnost péče

Psychiatrické ambulance a ambulance poskytující rozšířené ambulantní služby v péči o osoby s duševním onemocněním jsou v provozu v ordinační době dané ambulance. Psychiatrické ambulance a ambulance s rozšířenou péčí poskytují svoje služby zejména ve své ordinaci, ale i ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Regionalita

V rámci ČR není síť psychiatrických ambulancí rovnoměrně rozložená a v některých oblastech je třeba ji doplnit. K tomu by měly přispět i ARP. Definování realistické spádové oblasti je proto úkolem pro pilotní ARP. Psychiatrické ambulance poskytující běžnou psychiatrickou péči zůstanou zachovány, protože jsou důležité pro zajištění nízkého práhu, dostupnosti a možnosti svobodné volby lékaře, což jsou parametry obzvláště významné v oblasti léčby osob s duševním onemocněním.

Péče ambulantních psychiatrů o osoby s duševním onemocněním je výrazně ztěžována zásadním nedostatkem hlavně nelékařských odborníků (zejm. psychiatrických sester, adiktologů, klinických psychologů apod.), ale také služeb (např. terénních, psychoterapeutických apod.), které tito odborníci vykonávají.⁸

3.2. Registrace nové služby ARP

K provozu služeb v Ambulanci s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním (ARP) je třeba získat oprávnění k poskytování zdravotních služeb, které je definováno zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.⁹

Pro zajištění služeb ARP se doporučuje tento minimální rozsah poskytovaných služeb:

- Oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách v rozsahu oborů a formy zdravotní péče:
- Psychiatrie: ambulantní zdravotní péče, případně zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta
- Klinická psychologie: ambulantní zdravotní péče, případně zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta
- ošetrovatelská péče v psychiatrii: ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta
-

3.2.1. Postup pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb

I. Podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb fyzické nebo právnické osobě upravuje část třetí zákona o zdravotních službách, a to zejména § 16.

O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje krajský úřad, v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení, v němž budou zdravotní služby poskytovány.

⁸ Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy ambulancí s rozšířenou péčí (ARP). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

⁹ Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

II. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Náležitosti žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb stanoví § 18 uvedeného zákona. Žadatelem může být fyzická nebo právnická osoba (dále jen „poskytovatel“). O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb může žádat fyzická nebo právnická osoba, která je plně způsobilá k právním úkonům, je bezúhonná a má odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu poskytované zdravotní péče. Je-li poskytovatelem právnická osoba nebo fyzická osoba, která nemá odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované poskytovatelem, je povinna ustanovit odborného zástupce, který musí splňovat podmínky plné způsobilosti k právním úkonům, bezúhonnosti a odborné způsobilosti odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované poskytovatelem podle ustanovení § 14 zákona o zdravotních službách. O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb lze požádat, a to osobně, poštou nebo datovou schránkou podle ustanovení § 18 zákona o zdravotních službách. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb lze podat na příslušném krajském úřadu podle místa poskytování nebo na Magistrátu hlavního města Prahy. Potřebné formuláře lze nalézt na jejich webových stránkách, kde jsou k dispozici formuláře žádostí ke stažení.

K žádosti je nutné zejména doložit:

- doklady o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání;
- doklady o vzdělání;
- doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání (lékařský posudek);
- doklad o bezúhonnosti (v určitých případech si může krajský úřad zajistit sám, např. u cizinců je však nutno získat dle zákona určité doklady);
- provozní řád a rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví;
- doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb;
- prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno;
- seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Doklady k personálnímu zabezpečení (doklady o vzdělání atd.) se na KÚ nepředkládají, ale je žádoucí doklady o zaměstnancích mít k dispozici.¹⁰

Úřad rozhodne do 30 dnů, ve složitých případech do 60 dnů.

Je nutné, aby byly v žádosti zvolené tyto formy a obory zdravotní péče:

Ambulantní specializovaná péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru psychiatrie, klinická psychologie, ošetrovatelská péče v psychiatrii.

¹⁰ Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách.*

4. Multidisciplinární tým

4.1. - Personální zajištění

Dle Standardu¹¹ pro ARP je nutné zajistit minimální personální obsazení:

Psychiatr/dětský a dorostový psychiatr¹² (1,0 úvazek) - splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 95/2004 Sb.)

Klinický psycholog (1,0 úvazek)¹³ - splňuje požadavky dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 96/2004 Sb.) a současně splňuje vzdělání podle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.)

Sestra pro péči v psychiatrii (1,0 úvazku) - splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb. a v případě sestry pro péči v psychiatrii současně splňuje vzdělání podle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.

Dle potřeb regionu je možné personální obsazení ARP rozšířit o lékařské a/nebo nelékařské profese:

- **lékař v oboru sexuologie, návykové nemoci, gerontopsychiatrie, psychosomatiky**
- **ergoterapeut**
- **adiktolog¹⁴**

¹¹ Standard ambulantní psychiatrické péče a ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

¹² Psychoterapii povinně provádí min. jeden zaměstnanec ARP (psychiatr, klinický psycholog, nebo psychiatr specialista) s úplnou psychoterapeutickou kvalifikací – odbornost 910, dle potřeb zdravotního stavu pacienta.

¹³ Celkový úvazek lze v případě odborného dohledu rozdělit s psychologem ve zdravotnictví (max. 0,25 úvazku), který zahájil specializační vzdělávání v oboru klinická psychologie, či alespoň splňuje kvalifikaci psychologa ve zdravotnictví dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních“)

¹⁴ Standard ambulantní psychiatrické péče a ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

4.2. Dovednosti a kompetence všech členů týmů

Nejzákladnější kompetencí všech pracovníků týmu ARP je otevřenost, schopnost komunikace a dovednost učit se od sebe navzájem. Zásadním faktorem při práci v týmu je vyznávání společných hodnot respektujících člověka.

- Základní dovedností všech pracovníků ARP je porozumění člověku jako lidské bytosti s respektem k jeho potřebám.
- Porozumění znakům a symptomům duševních onemocnění a tomu, jak se osoby s duševním onemocněním mohou cítit a jak mohou vnímat okolní svět.
- Neodsuzující, nenálepkující postoj.
- Schopnost dobře komunikovat s pacienty, dalšími členy týmu, dalšími subjekty a partnery (další psychiatrické služby, praktický lékař pro dospělé atd.).
- Schopnost pozorovat, monitorovat stav pacienta a rozpoznat, kdy je potřeba do péče zapojit další osobu, expertízu.
- Schopnost vytvořit, udržet i ukončit “pracovní” vztah s pacientem.
- Porozumění a znalost základních farmakologických, psychologických, sociálních léčebných metod a intervencí.
- Schopnost flexibilně provádět, zařizovat potřebnou podporu a pomoc ve všech základních oblastech (sociální potřeby, bydlení, finance, práce atd.).
- Schopnost podporovat pacienta i jeho blízké sociální okolí ve vyjadřování jeho vlastních názorů, rozpoznávání potřeb jím samotným.
- Umět přijmout roli „nezávislého advokáta“ pacienta (někoho, kdo bude plně na straně pacienta), pokud je třeba, a být schopen s ním spolupracovat.
- Porozumění celkovému systému péče o duševně nemocné, znalost patřičné legislativy (včetně lidskoprávní).
- Znalosti a dovednosti týkající se hodnocení rizika. Dovednosti v prevenci a zacházení s chováním pacienta, které je ohrožující pro něj či pro jeho okolí.
- Porozumění problematice závislostí, jak ji rozpoznat, monitorovat, řešit.
- Přesné, srozumitelné, pacienta respektující vedení záznamů. Většina dokumentace by měla být přístupná pacientům, respektive by měla být vedena tak, aby bylo možno umožnit k ní pacientům přístup, a zároveň, aby v ní byly všechny potřebné informace.
- Zvládání krize, základů krizové intervence, včetně telefonické i v terénu.¹⁵

¹⁵ *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ.* (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

Psychiatr

Psychiatr se specializovanou způsobilostí je garantem zdravotní péče a je odpovědný za vedení týmu ARP. Nestačí, aby byl jen externím spolupracovníkem.

Mezi dovednosti psychiatra patří integrace bio – psycho – sociálních přístupů péče. Zásadní je schopnost dobré komunikace při práci s pacienty i členy týmu. Zároveň je třeba, aby byl psychiatr vyzrálou osobností a dokázal respektovat a přijímat jiné názory, byl otevřený pro různá řešení a měl schopnosti přijmout zodpovědnost za svá rozhodnutí. Psychiatr hodnotí stav pacienta během prvního kontaktu s ním a během následných kontrol, konzultuje jeho změny s ostatními pracovníky ARP, kteří mají pacienta také v péči. Podle toho určuje lékové a nelékové postupy léčby, je zodpovědný za psychiatrickou diagnostiku a indikaci dalších zdravotních služeb (konziliární vyšetření, komunikace s praktickými lékaři pro dospělé, dispenzární péče atd.). Měl by mít dostatek prostoru a flexibility na intervence ad hoc.

Klinický psycholog

Klinický psycholog (dále jen psycholog) je neodmyslitelnou součástí multidisciplinárního týmu ARP. Těžištěm jeho práce je přímá práce s pacienty ARP, zejména ve formě individuální psychoterapie a poradenství. Psycholog se může podílet i na vedení programů pro širší veřejnost či širší okolí pacientů. Měl by se vyjadřovat ze svého profesního úhlu ke stanovování léčebných postupů, způsobů rehabilitace i konkrétních intervencí. Provádí v případě potřeby komplexní psychodiagnostickou činnost. Psycholog může rovněž poskytovat intenzivní podporu ostatním členům týmu a metodické vedení interpersonálního a psychoterapeutického přístupu členů týmu k pacientům.

Psychoterapeut

Jeden z kmenových zaměstnanců (psychiatr nebo klinický psycholog) s úplným vzděláním v psychoterapii (odb. 910) je oprávněný provádět všechny druhy psychoterapie (individuální, skupinovou, rodinnou, párovou atd.)

Sestra pro péči v psychiatrii

Sestra pro péči v psychiatrii provádí vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů. Spolu s pacientem identifikuje jeho potřeby. Je schopna rozpoznat známky zlepšení či zhoršení psychického stavu pacienta. Vyhodnocuje, zda pacient není nebezpečný vůči sobě či okolí a v případě potřeby zajišťuje nezbytná opatření. K hodnocení soběstačnosti a rizikových faktorů používá standardizované ošetrovatelské měřicí techniky (např. screening rizika agrese a autoagrese).

Napomáhá pacientovi při adaptaci na životní podmínky změněné duševním onemocněním. Je schopná používat cílené aktivity (trénink kognitivních funkcí, edukace, relaxace) k podpoře a zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí pacienta.

Provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace. Vykonává činnost při krizové intervenci a při zajišťování psychologické pomoci rodině pacienta. Zná a používá pomocné psychoterapeutické techniky, včetně podpůrných psychoterapeutických rozhovorů.

Neméně důležitou součástí náplně práce sestry pro péči v psychiatrii je i návštěvní služba v přirozeném prostředí pacienta na základě indikace ambulantního psychiatra, popř. praktického lékaře pro dospělé. Jedná se převážně o zhodnocení funkčního stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí, podávání medikace předepsané lékařem, terénní krizová intervence apod.

V neposlední řadě aplikuje depotní injekce a sleduje parametry fyzického zdraví (měření fyziologických funkcí, BMI, měření obvodu pasu, stanovení glykémie, apod.).

Další odborníci dle volby poskytovatele a potřeb regionu

- Psychiatr specialista (sexuolog, gerontopsychiatr, návykové nemoci, psychosomatik, psychiatr poruchy příjmu potravy)
- Nelékařský zdravotnický pracovník (ergoterapeut, zdravotně-sociální pracovník)

5. Služby, metody a způsoby práce v multidisciplinárním týmu

5.1. Služby poskytované v ambulanci s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním

V moderní psychiatrii je kladen důraz na koncept zotavení (recovery), které vede k samostatnému, uspokojivému a plnohodnotnému životu bez ohledu na omezení, které duševní onemocnění přináší. Je třeba řešit problematiku duševně nemocných komplexněji, v souladu s bio-psycho-sociálním modelem. ARP si klade za cíl poskytnout pacientům s duševním onemocněním komplexní péči zajišťovanou multidisciplinárním týmem. Rozšířená péče spočívá ve zvýšení podílu služeb prováděných nelékařskými profesemi, vyšším podílem týmové práce a ve spolupráci se sociálními terénními službami v daném regionu.

ARP v rámci poskytování zdravotních služeb zajišťuje pacientům zdravotní péči preventivní, léčebnou a léčebně rehabilitační. K zajištění léčebné a léčebně rehabilitační péče ARP spolupracuje s ostatními články systému zdravotních služeb – s poskytovateli lůžkové péče, péče poskytované v centrech duševního zdraví a s registrujícími poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství (dále jen „praktičtí lékaři“) a popřípadě v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (dále jen „dětské praktičtí lékaři“).

Pro zajištění služeb v ARP se doporučuje tento minimální rozsah poskytovaných služeb:

- Oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách v rozsahu odborností a formy zdravotní péče:
 - Psychiatrie – forma zdravotní péče: ambulantní a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
 - Klinická psychologie – forma zdravotní péče: ambulantní a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
 - ošetrovatelská péče v psychiatrii – forma zdravotní péče: ambulantní a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
 - Psychiatr specialista, anebo nelékařský zdravotnický pracovník – forma zdravotní péče: ambulantní a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb je vázáno na místo realizace ambulantního provozu ARP.

Síťování

ARP se aktivně podílí na propojování a spolupráci všech relevantních služeb. Součástí těchto služeb je spolupráce se zdravotnickými zařízeními, psychiatrickými nemocnicemi, centry duševního zdraví a sociálními službami.

Spolupráce s praktickými lékaři

Cílem je navázat a rozvíjet mezioborovou spolupráci s praktickými lékaři daného regionu. Tato spolupráce by měla lépe propojit psychiatrickou a primární péči a vést k

lepší organizaci zdravotního systému. Lékaři primární péče hrají důležitou roli v odkrývání skryté psychiatrické nemocnosti – v identifikaci depresivních, úzkostných a psychosomatických poruch či včasné detekci psychóz nebo závislostí na alkoholu. V posledních letech stoupá počet duševně nemocných, z nichž valná většina z nich je ve vyšším riziku somatických komorbidit.¹⁶

5.2. Case management

Rozvoj postupů označovaných jako case management (případové vedení) začal vznikat v 70. letech 20. století v USA. Hlavním cílem tohoto rozvoje bylo, aby pro pacienty opouštějící lůžková zařízení (deinstitucionalizace), byla při řešení jejich individuálních potřeb zároveň zabezpečena propojenost služeb a návaznost poskytované péče v jejich přirozeném prostředí.¹⁷ Systém case managementu se u nás začal používat v 90. letech 20. století. V ARP je jedním z možných efektivních přístupů. Reaguje na individuální potřeby pacienta, propojuje a zajišťuje dostupnost, koordinaci, komplexnost a kontinuitu všech služeb, které pacient využívá.

Mezi základní prvky case managementu patří:¹⁸

- přehled o potřebách a schopnostech pacientů
- plánování péče
- uskutečňování plánu – za pomoci pacienta a jeho vlastního sociálního okolí
- monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku
- vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s pacientem podílejí.

Zásady case managementu:

- zaměření na zdravé stránky pacienta více než na psychopatologii
- podstatný je vztah pacienta a case managera
- intervence jsou založeny na pacientově rozhodnutí
- asertivita intervencí
- i lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat
- využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity, společenství, ve kterém pacient žije, je zdroj, nikoliv překážka
- podpora zotavení rodinného prostředí
- multidisciplinární spolupráce.¹⁹

16 Standard ambulantní psychiatrické péče a ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

17 Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. (2005). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál.

18 Stuchlík, J. (2001). Asertivní komunitní léčba a case management. (2001). Praha: Fokus Praha.

19 Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví. (2017). Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.

Specifikem case managementu v ARP je spolupráce s poskytovateli lůžkové péče, s centry duševního zdraví a s registrujícími poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství, popřípadě v oboru praktické lékařství pro děti a dorost.²⁰

²⁰ *Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy ambulancí s rozšířenou péčí (ARP)*. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

6. Financování

6.1. Financování zdravotní části

Financování zdravotní části probíhá výhradně pomocí úhrad zdravotních výkonů zdravotní pojišťovnou. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování stanovuje vyhláškou MZČR, a to na základě zmocnění z § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Postup je s účinností od 1. ledna 2016 specifikován § 17b zákona.

Jakékoliv změny – zařazení výkonu, zrušení výkonu, úpravu bodové hodnoty nebo podmínek vykazování, schvaluje MZČR na základě podaného návrhu o změnu. Návrhy změn předkládají buď jednotlivé zdravotní pojišťovny nebo jiné odborné společnosti (např. Psychiatrická společnost ČLS JEP, Česká psychiatrická společnost z.s.) nebo různé profesní organizace (např. ČLK). Návrhy změn jsou vždy po odborné stránce pečlivě zhodnoceny „Pracovní skupinou k seznamu zdravotních výkonů“, což je poradní orgán zřízený MZČR k tomuto účelu. Pracovní skupina má 12 stálých členů a k jednání o daném návrhu je vždy přizván zástupce odborné společnosti, která návrh podala. Implementaci nových výkonů a revizi dosavadních výkonů provádí MZČR průběžně tak, aby výkony korespondovaly ve vývoji v poskytované zdravotní péči, a hlavně jejich nákladovosti.

Prakticky každoročně k 1.1. nabývá účinnosti nová vyhláška MZČR, kterou se nahrazuje dosavadní a upravuje se tak seznam platných zdravotních výkonů. (Dnem 1. ledna 2022 nabyla účinnosti vyhláška č. 482/2021 Sb.,)

Všechny registrované zdravotní výkony se dají nalézt v seznamu zdravotních výkonů, které jsou zveřejňovány na stránkách MZČR. Je zde také možno nalézt registrační list (popis nejdůležitějších údajů), které zdravotní výkon zahrnuje.

Databázi platných zdravotních výkonů lze nalézt na stránkách MZČR, a to na adrese: <https://szv.mzcr.cz/>. Pod kolonkou „Platné výkony“ se skrývá seznam aktuálních registračních listů.

Každý výkon hrazený zdravotní pojišťovnou má svůj specifický číselný kód. V seznamu je vždy uvedeno, jaký zdravotnický pracovník si může tento výkon vykazovat. Nositelem výkonu je vždy zdravotnický pracovník, který získal specializovanou způsobilost (je schopen samostatné práce a je k ní plně kvalifikován). V některých ojedinělých případech je možné, vždy po předchozí dohodě s konkrétní zdravotní pojišťovnou uzavřít dohodu o krátkém, přesně časově určeném období, kdy může být zdravotní výkon vykazován i jiným odborným zdravotnickým pracovníkem, a to za předpokladu, že nositel výkonu není aktuálně v regionu dostupný a došlo by k omezení péče na úkor pacientů.

V registračním listu je možno dále vidět, jak dlouho výkon trvá. Další vyplývající informací je omezení frekvence výkonu. Což znamená, jak často lze výkon vykazovat.

U většiny výkonů je omezení frekvence na 1x denně nebo 1x měsíčně. Vykazovací měsíc má jen 28 dní. Tudíž 1 vykazovací rok je 12 x 28 dní.

„Nejdůležitější“ hodnotou uvedenou v registračním listu je aktuální bodové hodnocení výkonu. Hodnota bodu je různá, odvíjí se od základní stanovené hodnoty a od

množství bonifikací (za získání diplomu celoživotního vzdělání, za délku pracovní doby apod.)

Každý registrační list také obsahuje popis jednotlivého výkonu, jeho obsah a rozsah a popis všech úkonů, které by měly být během něj provedeny.

Výkony, které budou hrazené v daném pracovišti zdravotní pojišťovnou, je nutné vždy předem písemně dojednat smlouvou. Pokud dochází k přibývání, ubývání nebo změně výkonů, je nutné tuto změnu postihnout dodatkem. V omezeném počtu případů kontaktuje zdravotní pojišťovna poskytovatele služeb, ve většině případů musí poskytovatel požádat zdravotní pojišťovnu o dodatek k úpravě výčtu placených zdravotních výkonů.²¹

Výběrová řízení o poskytování a úhradě hrazených služeb pojišťovnami

Výběrové řízení pro poskytovatele zdravotních služeb, fyzickou či právnickou osobu se koná před uzavřením smlouvy s příslušnou pojišťovnou. Informace ke způsobu vyhlašování výběrových řízení je definováno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se zdravotními pojišťovnami, odborem zdravotnictví, sociální péče a prevence.²²

Konání výběrového řízení může navrhnout, obec, zdravotní pojišťovna i uchazeč.²³

Uchazečem se rozumí poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru, nebo fyzická nebo právnická osoba, která bude poskytovat zdravotní služby a je schopna ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče. Uchazeč musí podat návrh na vyhlášení výběrového řízení, podat přihlášku do výběrového řízení ve lhůtě uvedené na úřední desce pro konkrétní výběrové řízení. K přihlášce uchazeč předkládá záměr k poskytování zdravotních služeb se stručným popisem, jakým způsobem bude zdravotní péče poskytována a v jakém rozsahu. Přihlášku je potřeba zaslat poštou, datovou schránkou nebo osobně podat na podatelnu daného krajského úřadu. V případech, kdy navrhuje konání výběrového řízení zdravotní pojišťovna, se uchazeči při podání prokazují, že mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Výběrová řízení jsou zveřejněna na úřední desce daného krajského úřadu po dobu nejméně 30 pracovních dnů. Jednání výběrové komise probíhá na krajském úřadě. Výsledek výběrového řízení, který bude rovněž zveřejněn na úřední desce krajského úřadu, obdrží i uchazeč. Vyhlášovatel je povinen zveřejnit výsledek výběrového řízení včetně počtu získaných hlasů. Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

²¹ *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR*

²² *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR*

²³ *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.*

Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem, pokud bylo uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno.²⁴

Smlouvy se zdravotními pojišťovnami

Uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou záleží na charakteru daného regionu a struktuře pacientů. Nejprve je nutné podat žádost na zdravotní pojišťovnu o nasmlouvání odbornosti 935 určenou pro ARP. Bezpodmínečnou přílohou je výsledek výběrového řízení, kterým žadatel prošel na krajském úřadě. Pokud daná pojišťovna souhlasí s uzavřením smlouvy, je nutné vyčkat na přidělení IČZ nebo-li identifikační číslo zařízení a IČP nebo-li identifikační číslo pracoviště. Identifikační údaje o novém pracovišti si další pojišťovny mezi sebou předají. Po přidělení IČZ a IČP, je nutné vyřídit podpisový certifikát, s tímto většinou pomáhá dodavatel zdravotního systému, ve kterém bude ARP vykazovat své výkony. Podpisový certifikát je důležitý pro lékaře-psychiatra. Zdravotní pojišťovna pošle rámcovou smlouvu, která určuje parametry systematické spolupráce mezi zdravotnickým zařízením s odborností 935 a danou pojišťovnou. Společně s rámcovou smlouvou bude zaslán úhradový dodatek, který bude určovat cenu bodu k odbornosti 935. Úhradový dodatek je každý rok aktualizován. Těmito dokumenty se nastavuje spolupráce mezi pojišťovnou a zdravotní částí týmu zařízení na jeden celý rok. V případě rámcové smlouvy dokonce na delší úsek.

K vyúčtování zdravotní péče je žádoucí využívat portál zdravotních pojišťoven. Ten slouží k vyúčtování zdravotní péče.

24 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

7. Přímá práce s pacienty

7.1. Princip Zotavení

V moderní psychiatrii je kladen důraz na koncept zotavení (recovery), které vede k samostatnému, uspokojivému a plnohodnotnému životu bez ohledu na omezení, které duševní onemocnění přináší.²⁵ Princip zotavení vychází z poznání toho, že pouhá kontrola symptomů sama o sobě nezajistí nemocným kvalitní plnohodnotný život. Jedná se o přístup zaměřený na silné stránky člověka s duševním onemocněním, který klade důraz na jeho duševní sílu, přednosti a schopnosti. Léčba je individuální a zaměřuje se na člověka, jeho potřeby, sny, touhy a pomáhá jedinci pomocí jeho vlastních znalostí, dovedností a vlastností těchto cílů dosáhnout. Cílem je podpořit vznik nové životní energie, aktivizovat přirozenou pomoc a podpůrnou síť, jakožto součást řešení nežádoucích dopadů duševního onemocnění.²⁶

Respekt k člověku je zásadním přístupem a je třeba řešit problematiku duševně nemocných komplexněji, v souladu s bio-psycho-sociálním modelem. Ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním (dále jen „ARP“) si klade za cíl poskytnout pacientům s duševním onemocněním komplexní péči zajišťovanou multidisciplinárním týmem. Rozšířená péče spočívá ve zvýšení podílu služeb prováděných nelékařskými profesemi, vyšším podílem týmové práce a ve spolupráci se sociálními terénními službami v daném regionu.²⁷

Zotavení je děleno do čtyř fází:

Naděje – Každý, kdo prožívá zoufalství, potřebuje naději, pocit, že může být a bude lépe.

Zplnomocnění – K tomu, aby lidé dělali pokroky, je třeba aby věřili ve své vlastní schopnosti a byli si vědomi své vlastní moci.

Odpovědnost za sebe sama – Jak se lidé se zkušeností s duševním onemocněním postupně zotavují, uvědomují si, že za vlastní život musejí převzít zodpovědnost.

Smysluplná životní role – Pro úplné zotavení je nakonec třeba, aby lidé s duševním onemocněním získali v životě nějakou smysluplnou roli, která nemá s jejich nemocí nic společného.²⁸

7.2. Příjem pacientů

Rozhodování o přijetí pacienta

Pacienti se do péče týmu ARP dostávají nejrůznějšími cestami, a často i bez formálního doporučení:

- tým ARP kontaktují sami pacienti;
- na tým ARP se obracejí rodinní příslušníci;

25 Standard ambulantní psychiatrické péče a ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

26 Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

27 Standard ambulantní psychiatrické péče a ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

28 Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR



- týmy ARP jsou úzce propojeny se spádovými lůžkovými zařízeními odkud mohou přicházet pacienti;
- tým ARP kontaktují praktičtí lékaři a doporučí svého pacienta;
- tým ARP kontaktují ambulantní psychiatři;
- tým ARP kontaktují sociální služby, úřady, policie.²⁹

Po ověření diagnózy a spádu pacienta se určí jeden pracovník z týmu (sestra pro péči v psychiatrii), který bude mít za úkol kontaktovat pacienta, případně jeho rodinu, a zmapovat pacientovu situaci a jeho potřeby. Při kontaktu s pacientem, jeho rodinou a případně dalšími zdroji informací je důležité srozumitelně a vnímavě reagovat na jednotlivé situace, ve kterých se pacient, nebo rodina nachází. Týmy by měly mít vždy volnou kapacitu a být schopné reagovat na oslovení pacientem do týdne od prvního kontaktu s pacientem.

Definitivní rozhodnutí o příjmu pacienta do ARP by mělo proběhnout na týmovém setkání. Pro proces rozhodování je velmi užitečné mít vypracovaný systém, definující, jaká kritéria má pacient splňovat a jak je vyhodnocovat. Současně je třeba ke všem situacím pacientů přistupovat individuálně. Pokud je rozhodnuto, že pacient nesplňuje kritéria a není vhodné jeho přijetí do služby, je nutné tuto informaci pacientovi sdělit tak, aby to nevnímal jako osobní odmítnutí. Je zapotřebí přijít i s konstruktivním řešením, nápadem, co jiného může být pacientovi k dispozici a co pro něho může být užitečné. (Jiné služby v regionu – sociální služby, CDZ.)

V praxi probíhá příjem pacienta do péče ARP v několika krocích (fázích), které trvají s ohledem na konkrétní situaci osoby a její individuální potřeby, různě dlouhou dobu (od jedné schůzky po několik schůzek – obvykle tři) až po několik měsíců (např. při asertivním kontaktování, nebo při nutnosti delšího navazování vztahu). Vždy je třeba postupovat dle aktuální situace pacienta, způsobu jeho kontaktování, motivace, zakázky.³⁰

- **V první fázi je nutné informovat pacienta o službě ARP, podmínkách a pravidlech jejího poskytování**

- **Ve druhé fázi si pracovník určený na poradě sjedná s pacientem první mapující schůzku.** Na první schůzce je cílem zjistit jaké má pacient potřeby (diagnóza, bydliště, potřebnost, krizová situace, včasné intervence). Jak často bude potřebovat péči ARP a kteří členové týmu se do péče zapojí.

Po první schůzce (několika schůzkách) mohou nastat tyto možnosti:

- Pokud pacient **splňuje podmínky cílové skupiny ARP a žije/má vztah k regionu působnosti ARP**, začíná hlubší mapování jeho potřeb včetně jeho silných stránek a přirozených zdrojů podpory, zjišťování očekávání pacienta a formulování/pojmenování jeho zakázky (cílů spolupráce), plánu zotavení (ev. plánu spolupráce), při mapování využíváme specializací v rámci multidisciplinárního týmu. Jednou z možností je použít formuláře z metodiky CARE (Osobní profil, Plán osobní podpory).

²⁹Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

³⁰Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

- **Pacient nesplňuje kritéria**, např. nespadá bydlištěm. V případě, že pacient nespadá do služby ARP je vhodné se s pacientem ještě setkat na osobní schůzce a doporučit mu jiné pracoviště, nebo jiné služby pro něj vhodné (např. v místě jeho bydliště a předat pacientovi kontakty). Je velmi vhodné mít zmapovány aktuální možnosti služeb mimo ARP. (Volnočasové aktivity, stacionáře, služby s regionální působností). Každou situaci pacienta posuzujeme individuálně.
- **Pacient splňuje kritéria pouze částečně**, např. je ze spádové oblasti ARP, ale nesplňuje kritéria pro vstup do služby například nepotřebuje péči celého týmu, ani terénní službu. V takovém případě hledáme pro pacienta služby (psychologa nebo psychiatra mimo ARP). Kontakt s pacientem je v tomto případě omezen pouze na několik schůzek bez vstupu do ARP.

7.3. Plán zotavení

Pro efektivní spolupráci s pacientem je důležité po zmapování jeho situace vypracování plánu zotavení dle jeho individuálních potřeb, společně s poskytnutím konkrétních informací ze strany klíčového pracovníka, jakou podporu mu může tým ARP nabídnout k dosažení stanovených cílů. Pro tvorbu individuálního plánu zotavení je zásadní, aby se pacient na jeho tvorbě aktivně podílel a již v tomto procesu se tím nastavila cesta k posílení jeho kompetencí a důvěra v proces spolupráce směřující k zotavení.

Plán je potřeba průběžně vyhodnocovat a podle aktuální situace a potřeb pacienta flexibilně upravovat. Společné hodnocení plánu by mělo probíhat nejméně jednou za půl roku.

Při tvorbě individuálního plánu zotavení se používá princip sdíleného rozhodování, který znamená, že klíčový pracovník společně s pacientem zkoumají možné postupy na základě svých zkušeností k dosažení společného rozhodnutí k nastavení následné podoby spolupráce. Společné rozhodování je tedy modelem dvou expertů: odborník a odborník se zkušeností s duševním onemocněním.

Individuální plánování je základním metodickým nástrojem, který zajišťuje nastavení poskytování podpory, intervencí a služeb ARP s ohledem na potřeby, cíle, hodnoty, možnosti a schopnosti pacienta, jehož spolupodílení se na individuálním plánování posiluje jeho motivaci a pomáhá mu k rozvoji jeho dovedností a schopností řídit svůj život.

Při individuálním plánování různými plánovacími nástroji je důležité neodklonit se od základní metodologie:

- vychází z filozofie zotavení,
- podporuje zplnomocňování pacientů,
- do vytváření je pacient aktivně zapojen,
- je využívána všemi zainteresovanými stranami,
- reflektuje silné stránky pacienta a jeho přání,
- obsahuje nástroje pro mapování potřeb a přání, nástroje pro individuální plánování včetně krizového plánování,

- nástroje jsou využívány opakovaně, pravidelně revidovány společně se zapojenými pracovníky a pacientem.

V praxi klíčový pracovník pacienta zodpovídá za zhotovení individuálního plánu zotavení, který následně konzultuje s týmem, případně s konkrétními členy týmu, kteří jsou do spolupráce s pacientem zapojeni a společně s ním směřují k naplňování plánu, a to s jeho průběžným vyhodnocováním.³¹

7.4. Krize a krizový plán

Pro zvládnání krize je zapotřebí připravenosti celého týmu ARP. Je důležité stav pacientů monitorovat na každotýdenních setkáních týmu. V případě prvních známek krize tak s individuálním přístupem flexibilně reagovat na potřeby pacienta a tím předejít situacím, které by vedly k prohloubení krize. Pokud je pacient v krizi, je nutné zintenzivnit a přizpůsobit podporu. Podle potřeby zapojit do spolupráce další členy týmu, nebo další organizace - krizový tým, tým CDZ.

Důležitou součástí individuálního plánování je vytvoření krizového plánu k prevenci a řešení případné krize. Je vhodné probrat a zaznamenat s pacientem, jaké jsou možnosti předcházení krize, případně jak projít krizí, aby měl sám situaci co nejvíce pod kontrolou. Jak je možné rozpoznat blížící se krizi a co, kdo a jak v této situaci může činit, koho zapojit v případě, že pacient nebude plně v kontaktu s realitou apod.

Proces zotavení přiznává pacientovi „privilegium riskovat“ tedy zkoušet nové věci a „právo selhávat“. V ideálním případě si řídí krizové plánování sám pacient, a to ve spolupráci s celým týmem. V plánu jsou zaznamenány instrukce ohledně toho, jaké intervence a postupy si pacient přeje či preferuje pro případ krize.

Cílem krizových služeb je předejít hospitalizaci a zhoršenou situaci pacienta zvládnout v jeho přirozeném prostředí. Krizovými službami se rozumí, jde-li o

- zdravotní služby: zdravotní péče ve formě ambulantní a zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta

V praxi jsou pacienti se zvýšenými potřebami podpory a péče na pravidelných schůzkách týmu ARP konzultováni častěji.³²

7.5. Plán rozvolňování, propouštění pacienta ze služby ARP

Pokud mají týmy ARP být efektivní, schopné rychle poskytnout podporu a pomoc potřebným osobám, musí dobře zacházet se svými kapacitami a zvažovat priority. Je důležité mít různé nástroje na hodnocení toho, jak dalece osoba se zkušeností s duševním onemocněním potřebuje péči týmu. Je nutné proces propouštění plánovat tak, aby pacient byl propuštěn bezpečně. Je potřeba zvažovat, jak dalece mohou být běžné zdroje v komunitě, ale i osobní zdroje využity na podporu propouštěné osoby. V rámci plánu propouštění je dobré stanovit mechanismy, kterými může tým poskytnout potřebnou podporu v budoucnu, a to i v případě krize a nutnosti

³¹ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

³² Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

znovupřijetí pacienta do péče týmu. V rámci plánu propouštění může být zmíněna i fáze spolupráce mezi týmem a službou či službami, do jejichž péče pacient přejde. Například spolupráce s praktickým lékařem, ambulantním psychiatrem atd.

Z dobré praxe jednoznačně nejlépe vychází domluvená spolupráce, včetně určení období na počátku, jako předpoklad pro úspěšné ukončení poskytování péče v ARP. Ukončení poskytování péče v ARP by mělo být předmětem a diskuzí na týmových poradách. Osvědčuje se vnímat ukončení služby jako proces, nikoliv jednorázovou akci, na který je potřeba se s pacientem připravit a pečlivě plánovat jeho kroky, včetně napojení na zdroje podpory mimo ARP. Ukončovací proces obvykle trvá 3 až 6 měsíců. Důležité je informovat každého pacienta, že ukončení neznamena, že službu ARP již není možné v budoucnu využít.

Zde jsou uvedeny možnosti, z jakých důvodů lze ukončit péči s pacientem ARP:

- Osoba přestane splňovat kritéria cílové skupiny – obvykle dojde ke zlepšení, tedy zotavení pacienta.
- Osoba nebude potřebovat poskytování intenzivní péče v ARP, bude dostačující poskytování přirozených zdrojů pomoci či pouze ambulantní zdravotní služby či pouze sociální služby bez zdravotní komponenty.
- Naplnění sjednané zakázky.³³

³³ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

8. Dokumentace

8.1. Zdravotní dokumentace

Zdravotničtí pracovníci mají přesná pravidla na vedení dokumentace. Záznamy o vedení dokumentace musí být v souladu s platnou legislativou (Zákon č. 372/2011 Sb.). Existují různé programy elektronického vedení dokumentace (nejčastěji používaný software Hippo). Kromě vedení elektronické dokumentace je třeba vést dokumentaci také v papírové podobě.³⁴

Zdravotnická dokumentace, včetně jejích samostatných součástí, musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována. Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie pacient, osoba pověřená pacientem, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta a osoby blízké zemřelému. Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou bez jeho souhlasu nahlížet, jestliže je to v zájmu pacienta v nezbytném rozsahu, osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele, a další zaměstnanci poskytovatele v rozsahu nezbytně nutném pro výkon povolání, další subjekty spolupracující se zařízením (např. Národní ústav pro kontrolu léčiv). Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka nemohou do dokumentace nahlížet, jestliže pacient nahlížení prokazatelně zakázal. Každý zápis do zdravotnické dokumentace musí obsahovat datum provedení zápisu a identifikační údaje zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který záznam provedl.

Obsah zdravotnické dokumentace:

- Identifikační údaje poskytovatele (jméno, příjmení/název poskytovatele, adresa místa poskytování zdravotních služeb/adresa sídla, název oddělení) v případě fyzické osoby
- Identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, datum narození, číslo pojištěnce, kód zdravotní pojišťovny, adresa trvalého pobytu)
- Pohlaví pacienta
- Jméno, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace
- Datum provedení zápisu, datum a čas poskytnutí neodkladné zdravotní péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta
- Razítko poskytovatele, jde-li o součást zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi (nebo jiné fyzické nebo právnické osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentaci převzít)

³⁴ *Základní principy péče poskytované Adiktologickými multidisciplinárními týmy (AMT).* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR



- Informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům³⁵

³⁵ Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách.*

9. Spolupráce s dalšími subjekty

Při zřizování ARP je z důvodu poskytnutí komplexní péče nezbytnou součástí práce týmu ARP spolupráce s dalšími zdravotními a sociálními službami v daném regionu.

Primárně je spolupráce nastavována a rozvíjena s praktickými lékaři pro dospělé v daném regionu. Spolupráce by měla lépe propojit psychiatrickou a primární péči a vést k lepší organizaci zdravotního systému. Lékaři primární péče hrají důležitou roli v odkrývání skryté psychiatrické nemocnosti – v identifikaci depresivních, úzkostných a psychosomatických poruch či včasném rozpoznání onemocnění z okruhu psychóz nebo závislostí na alkoholu. V posledních letech stoupá počet duševně nemocných, z nichž valná většina z nich je ve vyšším riziku somatických komorbidit.³⁶

U pacientů s duševním onemocněním je větší riziko ohrožení somatického zdraví než u běžné populace, jelikož lidé s duševním onemocněním nemají vlivem své nemoci kapacitu soustředit se na své tělo a v důsledku negativních příznaků nemoci mohou více selhávat v péči o své somatické zdraví. (Včetně stomatologické péče.)

Praktický lékař může z velké míry zajišťovat i následnou péči pacienta po jeho propuštění z péče ARP (případně i jeho rychlé napojení na tým, pokud by bylo v budoucnu potřeba). Možná je i paralelní práce, respektive asistence týmu ARP praktickému lékaři podle potřeby, a to zejména v situaci, když je již pacient z péče týmu propuštěn, ale i v situaci, kdyby do péče týmu ani vstoupit nemusel, díky dobrému vedení praktickým lékařem, respektive díky odborné podpoře ze strany týmu ARP. Tato spolupráce je potřebná a účinná. Pro její posílení by však bylo potřeba motivovat zúčastněné subjekty prostřednictvím zdravotních pojišťoven.

Rovněž je důležitá spolupráce se spádovými lůžkovými zařízeními (psychiatrická oddělení a psychiatrické nemocnice). Spolupráce s lůžkovým zařízením by měla vést k větší spolupráci a respektu služeb navzájem a k zajištění kontinuity péče o společného pacienta. Samozřejmostí má být i oboustranná spolupráce se spádovými Centry duševního zdraví, které mohou přebírat do péče zhoršené pacienty, které ARP nemůže navštěvovat každý den, nebo potřebují ještě komplexnější péči a současně sociální podporu. Tým ARP naopak může přebírat pacienty z CDZ, kteří jsou ve fázi ukončování spolupráce v CDZ, nebo nepotřebují tak komplexní péči jako v CDZ.

Významným znakem práce týmu ARP je to, aby pacienti službu týmu potřebovali po co nejkratší dobu a aby mohli využívat všechny možnosti pomoci a podpory, které jsou běžně dostupné v daném území (komunitě) pro všechny ostatní obyvatele. To jednak znamená, aby tyto zdroje byly pacientům přístupné (aby pacienty neodmítaly), a jednak, aby se je pacienti naučili využívat a měli na jejich využívání i potřebné prostředky – doprava, finance atd. Za tímto účelem musí tým ARP pracovat na

³⁶ *Standard ambulantní psychiatrické péče a ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním.* (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

identifikování potřebných zdrojů komunity a pracovat s nimi tak, aby k jejich pacientům byly vstřícné a potřebně podpůrné (včetně práce na odstraňování stigmatu a předsudků). Důležitá je spolupráce s pracovníky místní samosprávy odpovědnými např. za posuzování invalidního důchodu, příspěvku na bydlení, s opatrovníky apod.³⁷

³⁷ *Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy ambulancí s rozšířenou péčí (ARP).* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

Seznam užitečných kontaktů

Krizové linky

Linka důvěry CKI (Centrum krizové intervence): **284 016 666** (nonstop) telefonická krizová pomoc

Pražská linka důvěry: 222 580 697 (nonstop) telefonická krizová pomoc

Linka první psychické pomoci (Cesta z krize): **116 123** (nonstop) krizová pomoc pro dospělé

Linka pomoci obětem kriminality a domácího násilí (Bílý kruh bezpečí): **116 006** (nonstop) pomoc pro oběti a pozůstalé

Linka naděje Brno (Fakultní nemocnice Brno): **547 212 333** (nonstop) krizová pomoc pro děti, dospělé, seniory

Linka důvěry Ostrava (Městská nemocnice Ostrava): **737 267 939** (nonstop) krizová pomoc pro dospělé

Krizová centra

Krizové centrum Praha (RIAPS Praha): **222 586 768** (nonstop) krizová intervence a pomoc v oblasti duševního zdraví pro dospělé

Centrum krizové intervence Praha (Psychiatrická nemocnice Bohnice): **284 016 110** (nonstop) psychiatrická či psychologická pomoc dospělým lidem s akutními obtížemi

Krizové centrum Brno (Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno): **532 232 078** (nonstop) krizová intervence a pomoc v oblasti duševního zdraví

Krizové centrum Ostrava (Krizové centrum Ostrava): **596 110 882** (nonstop) krizová intervence a pomoc v oblasti duševního zdraví

Užitečné odkazy na webové stránky:

<https://fokus-praha.cz/pomahame/centrum-podskali/krizova-sluzba-fokus-praha>

<https://psychoportal.cz/prehled-terennich-tymu-dusevniho-zdravi/>

<https://nevypustdusi.cz/kde-hledat-pomoc/>

<https://nepanikar.eu/jihomoravsky-kraj-4/>

<https://nepanikar.eu/moravskoslezsky-kraj-4/>

Seznam zdrojů

Kolitsch. K., Horová. E., Spálenková. M., Dvořáková. M., Teslíková. A., Jamarová. L., Pfeifer. J. 2022. Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha. [online]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/doporucene-postupy-pro-vznik-novych-cdz/>

Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2019). Průvodce reformou psychiatrické péče. Praha. [online]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2020. *Základní principy péče poskytované Multidisciplinárními týmy ambulancí s rozšířenou péčí (ARP)- principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz*. Praha.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2020. *Základní principy péče poskytované Adiktologickými multidisciplinárními týmy (AMT) - principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz*. Praha.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2022. *Standard ambulantní psychiatrické péče a ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním*. Praha.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2017. *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví*. [online]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_2_2017_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c

Pfeiffer. J., Svačina. G., Povolná. K., Mikulenka. J., Loudová. M., Říčančková. S. 2022. *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha. [online]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/centrum-dusevniho-zdravi-jeho-role-v-systemu-pece>

Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2017). Malý průvodce reformou psychiatrické péče. Praha. Galén, spol. s r.o., [online]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

- Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. (2001). Praha: Fokus Praha.
- Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.
- Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách.
- Zákon č. 101/2000 Sb. Zákon o ochraně osobních údajů.
- Zákon č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- <https://www.mpsv.cz/web/cz/informace-o-aplikaci>
- <https://www.reformapsychiatrie.cz>

Na textu se podíleli: Mgr. Karel Kolitsch, Mgr. Eva Horová, Mgr. Michaela Spálenková,
Mgr. Dita Horová, Mgr. Miloslava Vlková