

KONCEPCE OBORU PSYCHIATRIE

VERZE PO ZAPRACOVÁNÍ PŘIPOMÍNEK ZE 4. 4. 2000, ZATÍM NEPROŠLÁ
DEFINITIVNÍM SCHVÁLENÍM

1. KLASIFIKACE A NÁPLŇ OBORU

1.1. Číslo odbornosti

dle vyhlášky MZ č. 134/1998Sb., kterou se vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami:

305 Psychiatrie

306 Dětská psychiatrie

308 návykové nemoci

309 sexuologie

901 Klinická psychologie

902 Rehabilitační VŠ pracovník

911 Zdravotní sestra

918 Rehabilitační pracovník SZŠ

925 Domácí zdravotní péče

a další profese: VŠ sociální pracovníci, SŠ sociální pracovníci, sociální pedagogové

1.2. Definice, předmět a cíl oboru, jeho konkrétní úkoly, metody

Psychiatrie hledá hranice své působnosti. Obor se vymezuje oproti nechorobným stavům nespokojenosti a sociálního selhání i vůči psychickým následkům různých chronických onemocnění a s nimi spojeným úpadkem sil. Předmětem a náplní oboru psychiatrie je prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace osob s duševní poruchou.

Cílem systému péče o osoby s duševní poruchou je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta i jeho přirozeného zázemí tak, aby nemocný byl schopen se co nejvíce sám vypořádat se svými potížemi a nedostačivostmi, co možná nejvíce mu napomoci k produktivnímu a subjektivně uspokojivému životu v co nejpřírodnějších podmínkách.

K tomuto cíli využívá obor psychiatrie terapeutické postupy biologické, psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační.

Pro dlouhodobě duševně nemocné je nezbytné doplnění zdravotní péče péčí sociální a rehabilitační v širokém slova smyslu. Zdravotní a sociální péče u těchto nemocných se navzájem prolínají a doplňují.

Z širokého hlediska je potřeba věnovat pozornost podpoře duševního zdraví. V užší oblasti problematiky oboru psychiatrie neexistuje zatím mnoho prokazatelně účinných metod primární prevence. Je potřeba usilovat o zmenšování následků již vzniklých duševních poruch (tzv. sekundární a terciární prevence).

Všechny diagnostické, léčebné, rehabilitační postupy musí respektovat a chránit důstojnost a práva nemocných. Prostředky omezující osobní svobodu nemocných mohou být použity až v krajním případě, po vyčerpání všech jiných řešení. Veškerá rozhodnutí o léčbě, přijetí a propuštění musí být činěna v souladu s ustanovením plyných zákonů a etických norem.

V psychiatrii zatím v podstatě neexistuje systém prokazatelně účinné primární prevence, úsilí však lze zaměřit na zmenšování následků již vzniklých duševních poruch (tzv. sekundární prevence).

Všechny tyto postupy musí respektovat a chránit důstojnost a práva nemocných. Veškerá rozhodnutí o léčbě, přijetí a propuštění do léčebných zařízení a posuzování stavu pacienta musí být činěna v souladu s ustanoveními platných zákonů.

1.3. Vymezení činnosti oboru a nároků kladených na obor

1.3.1. Popis klientely, nejčastější diagnostické okruhy:

Klienty oboru jsou osoby trpící některou z duševních poruch, jak jsou definovány v MKN-10 u všech věkových kategorií. Obor spolupracuje i s ostatními klinickými obory medicíny, kde se psychické vlivy podílejí na vzniku, na udržování somatických chorob anebo kde somatické choroby vyvolávají psychické poruchy. V oboru psychiatrie existuje ve větší míře než ve všeobecné medicíně velký podíl tzv. skryté nemocnosti. To jsou psychické poruchy (větší anebo častěji menší intenzity), které buď nejsou vůbec rozpoznávány a léčeny ve zdravotnických zařízeních, nebo jsou léčeny v jiných oborech medicíny i mimo oblast zdravotnictví (např. larvované deprese, psychosomatická onemocnění apod.)

Duševní poruchy často probíhají dlouhodobě. Mnohé mají periodický průběh. Mnohé z nich zkracují život (například schizofrenie, deprese, závislosti). Mnohé z nich se pro nedostatečnou znalost jejich velmi složité etiologie a patogeneze obtížně léčí. Všechny výrazně zhoršují kvalitu života z hlediska jedince a kvalitu vztahů z hlediska rodinného a sociálního a nepříznivě ovlivňují životní spokojenost, a to má vliv na mnohé oblasti života jedince, včetně rodinných funkcí a pracovního výkonu.

Velká, někdy převážná, část diagnostické a léčebné péče je věnována zejména v ambulantních a intermediálních zařízeních pacientům s funkčními poruchami adaptace nebo reaktivními psychickými poruchami (tzv. "malá psychiatrie").

Současná doba klade před psychiatrii zvláště tyto problémy a nároky:

- stárnutí populace zvyšuje riziko vzniku duševních poruch typu demence
- zdraví populace je stále více ohroženo zvýšenou konzumací alkoholu a návykových látek
- oblast klasické psychopatologie (tzv. "velká psychiatrie", zabývající se psychozami) je relativně zanedbaná v péči o chronické, residuální postpsychotické poruchy,
- péče v oblasti neurotických poruch (tzv. "malá psychiatrie") se rozrostla a určitá její část se přesunula do primární zdravotnické péče - hrozí určitá medicinizace, resp. psychiatrizace životních problémů, zvláště při nárůstu životních zátěží
- spolupráce v mnoha oblastech (gerontologická péče, závislosti, oligofrenie) se sférou sociální péče není koordinována
- psychiatrie spolupracuje na řadě společenských problémů, jako je sebevražednost, návykové choroby, nezaměstnanost, násilné jednání duševně nemocných, výchova k psychické odolnosti, prevence psychických poruch, péče o psychicky defektní aj.¹

1.3.2. Rozsah působnosti, mezioborové výkony, výhradní oborová kompetence

Ačkoliv psychiatrickou péči lze rozšiřovat až za mez ekonomických možností státu, je třeba především nalézt optimální řešení zvláště v těch oblastech, které

¹Blíže viz Duševní zdraví obyvatel ČR včera, dnes a zítra. C. Škoda a kol., * Psychiatrické centrum, Praha, 1996. 100 s.

a) hrubě narušují život, lidskou důstojnost a spokojenost nejen nemocných, ale i jejich rodin (například chronické psychózy, mentální retardace s psychickými problémy, ale i těžké reaktivní stavy nebo invalidizující neurotické či osobnostní poruchy),

b) přerůstají v závažný celospolečenský problém (například závislosti a demence).

Psychiatrie spolupracuje se zdravotnickými zařízeními mimo odbornost psychiatrie, např. klinicko-psychologickými, psychosomatickými, psychoterapeutickými, centry pro léčbu bolestivých stavů, rodinnými centry, agenturami domácí péče apod. a s dalšími zařízeními mimo zdravotnictví, např. poradnami pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy, pedagogicko-psychologickými poradnami apod. a se sociálními službami a zařízeními.

Psychiatrii a psychologové poskytují též odborné konziliární, poradenské, popřípadě i psychoterapeutické služby na nepsychiatrických odděleních i mimo resortzdravotnictví.

Tato konziliární a poradenská služba, popřípadě i psychoterapeutická péče a týmová spolupráce se týká mimo jiné:

- pacientů s tělesným onemocněním a souběžnou duševní poruchou
- pacientů, u nichž psychologická komponenta ovlivňuje průběh a léčbu onemocnění, pro které jsou léčeni /vč. např. kardiochirurgických výkonů, transplantací a j./
- pacientů s psychosomatickými poruchami a funkčními poruchami, kteří potřebují odborný psychiatrický a/nebo psychoterapeutický zásah
- sestavování preventivního a rehabilitačního plánu pro pacienty, u nichž psychické faktory jsou mezi příčinnými nebo následnými faktory tělesného onemocnění.

1.3.3. Standardy diagnostických a terapeutických postupů*

- výčet připravených, rozpracovaných, navrhovaných standardů (u již publikovaných citační odkaz).

Doporučené léčebné postupy u jednotlivých psychických poruch byly zpracovány zvláštními skupinami odborníků, oponovány na sjezdu Psychiatrické společnosti /VI. 1998/, publikovány a jsou průběžně doplňovány.²

1.4. Použití základních právních norem vztahujících se k oboru

1.4.1. Výčet resortních (zdravotnických) norem

Vedle obecně platných právních norem mezinárodních i českých se na obor psychiatrie speciálně vztahuje Kodex práv psychiatrických pacientů, schválený Psychiatrickou společností ČLS JEP v r. 1996³. Všechny zmíněné dokumenty musí být respektovány.

1.4.2. Výčet mimoresortních norem:

K nedobrovolné hospitalizaci a ke zbavení způsobilosti k právním úkonům Občanský zákoník, Občanský soudní řád. Ke stanovení trestní odpovědnosti trestní zákon, trestní řád.

²Doporučené postupy psychiatrické péče. Psychiatrie, Galén, Praha, 1999, 180 s.

³Česká a slovenská psychiatrie 91, Supplementum 1, S 53-56, květen 1995 a doplněk Česká a Slovenská psychiatrie 92, 3, 193, 1996.

1.5. Povinná hlášení a zpracování statistických dat

Povinná hlášení u psychických poruch se nepožadují, pouze svýjimkou hlášení dokonaných sebevražd všemi zdravotnickými pracovníky.

1.6. Registry vedené a navrhované

Registry osob s psychickými poruchami u nás vedeny nebyly a nejsou. Nejsou považovány za vhodné s výjimkou nově doporučeného registru osob určených k ochranné léčbě - ambulantní i ústavní - a ochrannou léčbu vykonávající.

1.7. Dispenzarizace

Dispenzarizaci v psychiatrii považujeme za nezbytnou, zvláště pro chronický průběh závažných duševních poruch a pro nezdání se vyskytující nekritičnost k vlastnímu duševnímu stavu u psychóz a nedostatečný zájem na léčení a prevenci vlastní poruchy.

Potřebná se jeví u psychóz s recidivujícím nebo vleklým průběhem, u osob mladšího věku, u osob, které uskutečnily sebevražedný pokus v souvislosti s duševní poruchou a u osob se závislostmi (alkohol i ostatní drogy) ve stadiu léčbou ovlivnitelném.

2. NAVRHOVANÁ STRUKTURA OBORU

2.1. SÍŤ

2.1.1. Navrhovaná síť péče v oboru

Psychiatrická zařízení jsou zřizována buď jako součást jiného zdravotnického zařízení, anebo jako pracoviště samostatná. Mohou též vznikat vzájemné kombinace různých nemocničních, intermediárních a ambulantních zařízení podle místních podmínek, potřeb a možností. Cílem je, aby byla v každém geografickém regionu přístupná potřebná nabídka psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb. Ty se spolu navzájem doplňují, koordinují svou činnost a vytvářejí funkční celek podle specifických potřeb regionů.

Potřebná kapacita řady služeb závisí mimo jiné na existenci či neexistenci dalších prvků sítě. Potřebu zařízení, služeb a počtů personálu je třeba průběžně upřesňovat. Přesněji jsou určeny počty personálu v tradičních zařízeních, zatímco v nově vzniklých zařízeních a službách jsou počty odhadnuty ze zahraničních poznatků a našich dosavadních krátkodobých zkušeností.

Ze zkušeností vyplývá i vyšší potřeba psychiatrických a sociálních služeb velkoměstských aglomerací. (Větší výskyt závislostí a stahování osob s chronickými duševními nemocemi do nich.)

2.1.1.1. Technická a prostorová vybavenost se řídí pravidly pro zdravotnická zařízení. Akutní lůžková psychiatrická zařízení musí mít bezprostředně dostupnou konziliární službu a laboratorní komplement. Pohotovost musí být ve větších aglomeracích.

Sít' psychiatrických zařízení tvoří:

Ambulantní péče

Intermediární péče

Lůžková péče

Meziresortní péče

Zařízení mimo resort zdravotnictví

2.1.1.2. Ambulantní péče

Psychiatrická ambulance

je základním článkem ambulantní psychiatrické péče. Úkolem psychiatrických ambulancí je prvotní diagnostika, léčba, rehabilitace, posuzování a prevence všech duševních poruch. V indikovaných případech odesílá do lůžkového nebo intermediárního zařízení.

Provádí dispensární péči o závažně duševně nemocné podle platných předpisů. Pečuje o osoby v

ambulantním ochranném léčení. Součástí práce ambulancí může být návštěvní služba. V rámci základní ambulantní služby jsou:

Specializované ambulance

Ambulance veřejné psychiatrické péče

Určitá část psychiatrické péče by měla být zajišťována prostřednictvím tzv. psychiatrické péče ve zvýšeném veřejném zájmu, jejímž úkolem bude zvláště psychiatrická péče o osoby léčbě se vyhýbající, o osoby sociálně selhávající, o osoby v ochranné léčbě; dále aktivní vyhledávání osob se závislostmi a dispensární péče o všechny tyto skupiny.

Veřejná psychiatrická péče se zřizuje jednak pro dospělé, jednak pro děti a dorost, a to včetně péče o osoby v ochranném léčení sexuologickém.

Tzv. veřejná psychiatrická péče může být prováděna v kterékoliv psychiatrické ambulanci i na část pracovního úvazku.

Ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí

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

Psychiatrická ambulance pro děti a dorost

Provádí psychiatrickou diagnostiku a uskutečňuje a zprostředkovává další psychiatrické služby pro děti a dorost ve spolupráci se zdravotníky i nezdravotnickými zařízeními. Provádí dispensarizaci. Zajišťuje komplexní terapii, rehabilitaci, reedukaci, eventuálně resocializaci dětí a dorostu.

Používá všech forem psychoterapeutických přístupů individuálních i skupinových, včetně rodičovské a rodinné terapie.

Ambulance psychiatrické sexuologie

se zabývá diagnostikou, terapií, posuzováním a prevencí sexuálních poruch v ochranném sexuologickém léčení

Ambulance pro poruchy příjmu potravy

Zajišťují systematickou ambulantní léčbu. Spolu s krizovými centry zabezpečují i bezprostřední psychologickou, psychiatrickou a socioterapeutickou pomoc v náhle vzniklých dekompenzacích pacienta.

Ambulance klinického psychologa

Část sítě ambulancí klinické psychologie pečuje o osoby s psychickými poruchami, které se dostaly do psychiatrické péče.

Počty pracovníků na 100 000 obyvatel

Psychiatr celkem 4-7

z toho veřejná péče 1,0

z toho AT ordinace 1,0 –1,5

z toho sexuolog 0,2-0,3

Pedopsychiatr 1,0-1,5

z toho veřejná péče 0,25

Klinický psycholog 5-6

z toho veřejná péče 1,0

z toho AT 0,5

- * Z toho pro pedopsychiatrickou ambulanci 1,25
- * Střední zdravotní personál vč. sociálních pracovníků 7-9
 - * z toho veřejná péče 1-2
 - * z toho AT 2-3
 - * z toho sexuologie 0,4-0,6

2.1.1.3. Intermediární péče

Zahrnuje služby, které svým charakterem nejsou ani ryze ambulantní, ani nemocniční. Tvoří v systému psychiatrické péče článek mezi péčí lůžkovou a ambulantní, popřípadě zajišťují péči následnou a péči sociální. Tyto služby se začaly rozvíjet počátkem 90. let a jsou u nás stále ještě značně zanedbané. Tvoří určitou alternativu psychiatrické hospitalizace. Každé z dále uváděných zařízení může být všeobecně zaměřené nebo specializované, třeba jen některými svými programy, na určitou věkovou skupinu, diagnostickou skupinu či problém.

Krizové centrum (KC)

je zařízením prvního kontaktu, volně dostupným, bez objednacích lhůt. Úkolem krizového centra je pomoc lidem, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. Cílem je též omezení konzumace jiných zdravotnických služeb včetně hospitalizace.

KC by mělo by pracovat 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Součástí KC může být malý počet lůžek k několikadennímu pobytu.

Minimální služby KC zahrnují možnost telefonického kontaktu a možnost osobního kontaktu. Další vhodné programy jsou krizová intervence formou výjezdu nebo návštěvy, krátkodobý pobyt na krizovém lůžku nebo krátkodobý stacionární pobyt.

Může být specializováno na péči o děti a dorost.

Personál zařízení (pro základní provoz)

Odborný lékař nebo klinický psycholog	1,0
vyšší zdravotničtí psychiatři pracovníci	1,0
zdravotní sestra	2,0
sociální pracovník	1,0

Počet zařízení na 100 000 obyvatel - 1

Denní stacionáře (DS)

Slouží pro denní pobyt pacientů. Úkolem DS je poskytovat léčebnou a rehabilitační péči nemocným, kteří vyžadují intenzivnější ambulantní léčbu, s cílem zkrátit anebo zamezit hospitalizaci. Programy DS slouží i jako příprava na zařazení do programů chráněného či samostatného bydlení či programů podpory práce a zaměstnávání. Programy DS slouží i pro ještě hospitalizované pacienty, kteří procházejí rehabilitačním programem směřujícím k usnadnění přechodu z hospitalizace do normálního života. DS může poskytovat sociální a právní pomoc.

Denní stacionář může být kombinován s lůžkovou psychiatrickou péčí, s psychiatrickou ambulancí anebo se službami krizové intervence, s ambulancí klinické psychologie.

DS může poskytovat specializované programy pro specifické skupiny nemocných (viz programy), ve větších městech mohou vznikat specializované typy DS, jako jsou například psychogeriatrické DS, DS pro děti a adolescenty se školní výukou a DS pro léčbu závislostí a jiné.

Personál zařízení

Pro základní provoz DS s přibližně 25 místy je třeba:

psychiatr	0,5 - 1	klinický psycholog 1-2	= 2 psychiatr nebo klinický psycholog
vyšší zdravotničtí pracovníci	1,0		
<u>9-18 míst /2 VŠ</u>			
zdravotní sestra	2,0		
sociální pracovník/sestra pro sociální službu	1,0		

rehabilitační pracovníci, ergoterapeuti 1,0

Počet zařízení na 100 000 obyvatel: 1-2

Počet míst na 100 000 obyvatel: 50

Domácí péče a domácí léčba

Domácí péče je určena lidem, kteří potřebují pomoc a podporu při bydlení doma. Kromě toho může nabýt i podoby léčby v domácím prostředí (farmakoterapie, ošetrovatelská péče, podpůrná psychoterapie, práce s rodinou). Může být zavedena po hospitalizaci, a tak lze zkrátit dobu pobytu v lůžkovém zařízení a usnadnit propuštění. V některých případech může hospitalizaci nahradit.

Domácí péče může být součástí činnosti kteréhokoliv psychiatrického zařízení anebo může být vykonávána v rámci agentury domácí péče.

Personál zařízení na 100 000 obyvatel (kapacita 6 – 12 pacientů denně)

vyšší zdravotničtí pracovníci 1,0

zdravotní sestra 2,0

sociální pracovník 1,0

rehabilitační pracovník 0,5

Dále je zajištěna spolupráce psychiatra, klinického psychologa a pečovatele.

2.1.1.4. Lůžková péče

Nemocniční psychiatrická péče je nyní realizována na 11 400 lůžkách, přičemž 88% je jich umístěno v psychiatrických léčebnách a jen 12% v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Změny v počtu lůžek a jejich restrukturalizace budou záviset na rozvoji ambulantních a intermediárních psychiatrických služeb a adekvátních sociálních služeb v souladu s potřebami jednotlivých regionů. Pouhé snižování počtu lůžek v léčebnách by vedlo ke zhoršení péče. Jako první krok by mělo být dosaženo obecně závazných hygienických norem v zařízení psychiatrických léčen.

Péče o akutní psychiatrické nemocné (definovaná 50 dny hospitalizace) by se měla postupně přesouvat do psychiatrických oddělení nemocnic.

Výhledově by počet lůžek v psychiatrických léčebnách měl společně s počtem lůžek na psychiatrických odděleních nemocnic dosáhnout v ČR počtu 100 lůžek na 100 000 obyvatel. Z toho by měl počet lůžek následné péče činit 55% a počet lůžek akutní péče 45%.

Psychiatrická oddělení

Jsou zaměřena na krátkodobou dobrovolnou i nedobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutní psychickou poruchou. Provádějí diagnostiku, terapii, rehabilitaci a posuzování. Poskytují konziliární služby pro ostatní oddělení nemocnice.

Jsou obvykle součástí všeobecných nemocnic nebo jsou samostatnými zařízeními. Pro výkon jejich činnosti musí být zajištěna základní konziliární, laboratorní a pomocná vyšetření, a to po plných 24 hodin. Mohou zřídit jednotky intenzivní psychiatrické péče. Některá psychiatrická oddělení mají

specializovaná pracoviště pro děti a mladistvé, psychogeriatrické oddělení, oddělení pro léčbu poruch paměti, popř. další specializovaná oddělení.

Personál zařízení: psychiatři a další lékaři, kliničtí psychologové, další odborníci vysokoškolských pracovníků, vyšší zdravotničtí pracovníci, střední, nižší a pomocní zdravotní pracovníci, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další.

Počet akutních lůžek na 100 000 obyvatel: cca 45

Dostupnost: Psychiatrické oddělení je většinou zřizováno pro oblast s minimálně 100 000 obyvateli, což znamená dostupnost do cca 40 km.

Psychiatrická lůžka pro vybrané akutní případy mohou být zřizována pro více okresů nebo mohou existovat i při denních stacionářích nebo krizových centrech.

Psychiatrické kliniky a oborová výzkumná zařízení

Specializovaným typem psychiatrických oddělení jsou zařízení, která mají v rámci nemocnice statut kliniky, pokud jsou součástí lékařské fakulty. Slouží propojení psychiatrie s klinickou vědou a výchovou v medicíně. Nad rámec běžného lůžkového zařízení poskytují též superkonziliární služby a zabývají se diagnostikou a léčbou ve zvláště složitých případech.

Na psychiatrických klinikách je soustředěna odborná a materiální kapacita k zajištění psychiatrického výzkumu a vzdělávání v psychiatrii na pregraduální i postgraduální úrovni.

Oborová výzkumná zařízení se převážně zaměřují na výzkum.

Personál zařízení: Tvoří jej zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci. Pro léčebný provoz jsou počty a složení personálu zvýšeny a přizpůsobeny jejich úkolům.

Počet lůžek: Psychiatrické kliniky jsou součástí celkové sítě akutních lůžek.

Personál oddělení poskytujícího akutní psychiatrickou péči

Pro oddělení (2 - 3 stanice)

Primář + zástupce (II. atestace z psychiatrie)

1 sociální pracovníce

Pro stanici (cca 25 lůžek)

1 vedoucí lékař - atestace z psychiatrie

2 lékaři

0,5-1 klinický psycholog

9 SZP

2 NZP, PZP

0,5 terapeut (ergo-, socioterapie)

0,3 fyzioterapeut (zajišťováno oddělením rehabilitace)

Psychiatrické léčebny

Jejich úkolem je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných všech věkových kategorií. Zároveň plní úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde tyto dosud neexistují, nebo nemají odpovídající kapacitu. Pro poskytování akutní psychiatrické péče jsou vyčleněna lůžka, pro něž platí režim a normativy určené pro psychiatrická oddělení. Předpokládá se, že v budoucnu převzou akutní psychiatrickou péči psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic. Psychiatrické léčebny přijímají pacienty k dobrovolné i nedobrovolné léčbě. PL vytvářejí podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení typu příjmových, doléčovacích, rehabilitačních, psychoterapeutických, psychogeriatrických, pro léčbu závislostí, dětských a adolescentních,

sexuologických, somatických. Pro své pacienty zajišťují služby dalších medicínských oborů. Psychiatrické léčebny rovněž zajišťují výkon ústavního ochranného léčení. Psychiatrické léčebny též hospitalizují osoby k pozorování duševního stavu v rámci soudně znalecké činnosti.

Kromě psychiatrických léčeben se všeobecným zaměřením existují ještě psychiatrické léčebny specializované na děti a adolescenty, na léčbu osob závislých na alkoholu či jiných návykových látkách.

Personál oddělení poskytujícího následnou psychiatrickou péči

Pro oddělení (2-3 stanice)

Primář (II. atestace z psychiatrie)

Pro stanici (30 lůžek)

1 vedoucí lékař (atestace z psychiatrie)

1 lékař

0,5 psycholog

0,5 sociální pracovníce

9 SZP

3 NZP, PZP

1,5 terapeut (ergo-, socioterapie)

0,4 fyzioterapeut (zajištěno odd. rehabilitace)

Lázeňská zařízení

slouží k doléčování duševně nemocných.

2.1.1.5. Část meziresortní

Centra denních sociálních služeb a denních aktivit, protidrogová kontaktní centra

Jde o zařízení na pomezí zdravotnické a sociální péče; jsou to zařízení docházkového typu s volným přístupem, určená převážně pro osoby s dlouhodobou duševní poruchou a pro osoby se závislostí. Mohou být místem prvního kontaktu a vstupem do dalších služeb. Dávají možnost trávení volného času, navazování společenských vztahů, možnost zdokonalit praktické, pracovní a sociální dovednosti, příležitost získat právní informace. Kluby také mohou organizovat osvětové a informativní programy, rekreační pobyty.

Personál zařízení s denní kapacitou cca 50 osob:

Profese pracovníků jsou vybírány podle programu zařízení (sociální pracovník, rehabilitační pracovník, ergoterapeut, sociální pedagog a jiní)

Na provozu zařízení se větší měrou podílejí samotní pacienti.

Počet zařízení na 200 000 obyvatel:

1 sociální centrum pro dlouhodobě duševně nemocné

1 kontaktní centrum pro závislé

Chráněné bydlení a příprava na samostatné bydlení

je služba na pomezí následné zdravotnické péče a sociální péče. Cílem chráněného bydlení je buď resocializovat nemocného a připravit jej k samostatnému a soběstačnému způsobu života, anebo umožnit mu dlouhodobý pobyt mimo lůžkové zařízení při menší či větší podpoře. Je možná celá škála míry sociální podpory od kolektivního bydlení se čtyřicetihodinovým dohledem až po bydlení v samostatném bytě s občasným dohledem.

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

Personál zařízení: na 40 míst

zdravotní sestry

sociální pracovníci

rehabilitační pracovníci

speciální pedagog a jiní

celkem 10 až 12 podle formy chráněného bydlení

Je zajištěna spolupráce s klinickým psychologem, psychiatrem.

Počet míst na 100 000 obyvatel cca 40 míst

Zařízení a programy podpory práce a zaměstnávání

Programy podpory práce a zaměstnávání

Smyslem programů podpory práce a zaměstnávání je obnovení, zlepšení a udržení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny. V návaznosti na to je dalším cílem těchto programů posílení sebedůvěry a zlepšení zdravotního stavu. Služby jsou přizpůsobeny individuálním potřebám uživatelů, kteří jsou znevýhodněni na trhu práce takovým způsobem, že potřebují podporu přímo na pracovišti.

Formy podpory práce a zaměstnávání

Liší se podle toho, zda je více kladen důraz na obnovení, zlepšení či udržení dovedností. Jsou to například:

Rehabilitační dílna

Je to pracoviště pro 5-15 osob se zkrácenou pracovní dobou, vhodným výrobním programem, prostředím s nízkým tlakem na výkon, přátelským klimatem a odbornou supervizí.

Sociální firmy a sociální družstva

Specifickou formou je vytváření sociálních firem, což jsou samostatné provozy či podniky. Představují specifická pracoviště pro osoby s duševním onemocněním. Setrvání na pracovním místě není časově omezeno. Součástí takového podniku bývá obvykle i účast nemocných na řízení a rozhodování. Provoz takového podniku je podporován státem a je zapojen v běžném tržním prostředí, často ve sféře služeb.

Přechodné zaměstnávání

Na vybraná pracovní místa v běžných podnicích jsou zařazováni na časově omezenou dobu nemocní za podpory sociálních pracovníků či sociálních terapeutů. Mohou tak absolvovat více přechodných pracovních míst. V případě výpadku či selhávání je nemocný nahrazen jiným klientem nebo dočasně pracovním terapeutem či sociálním pracovníkem. Součástí systému je klub zájemců o pracovní zařazení a služba vyhledávající vhodná místa.

Podporované zaměstnávání

Spoluprací se zaměstnavateli je možné nalézat vhodná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách. V podporovaném zaměstnávání jsou lidé s duševním onemocněním zaměstnáni na běžných pracovních místech bez časového omezení. Sociální pracovníci či pracovní terapeuti jim podle potřeby poskytují podporu.

Rehabilitační pracovní programy (Chráněná dílna)

Sociální firmy a sociální družstva

Programy podpory a přípravy pro zaměstnávání (např. Přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání a chráněná pracovní místa)

Personál zařízení:

sociální pracovník; pracovní terapeut, jiní: celkem cca 7-10 podle formy chráněné práce.

Je zajištěna spolupráce s klinickým psychologem, psychiatrem a dalšími odborníky.

Počet chráněných míst na 100 000 obyvatel: 30-50

2.1.1.6. Zařízení mimo resort zdravotnictví s psychiatrickou, eventuálně psychologickou péčí

Specializované ústavy sociální péče

Slouží pro psychogeriatrické pacienty, pro osoby závislé na návykových látkách a pro jiné chronicky duševně nemocné. Zde je rozvinuta zvláště ošetrovací a asylová péče pro osoby, které není možné umístit v podmínkách chráněného bytu a které nemusí být trvale v psychiatrické léčebně.

Detenční ústav

pro osoby v ústavní ochranné léčbě, s duševní poruchou, společensky nebezpečné, které sabotují ochranné léčení.

60-100 míst pro celou ČR

Střediska sexuologického ochranného léčení

Středisko ochranných léčeb v době výkonu trestu.(sexuologického a toxikologického v podmínkách výkonu trestu.)

Středisko protialkoholního a protitoxikomanického ochranného léčení během výkonu trestu odnětí svobody

Diagnostické ústavy pro děti a mladistvé

Pedagogicko psychologické poradny

Manželské poradny

a jiné.

2.2. personální zajištění psychiatrických služeb

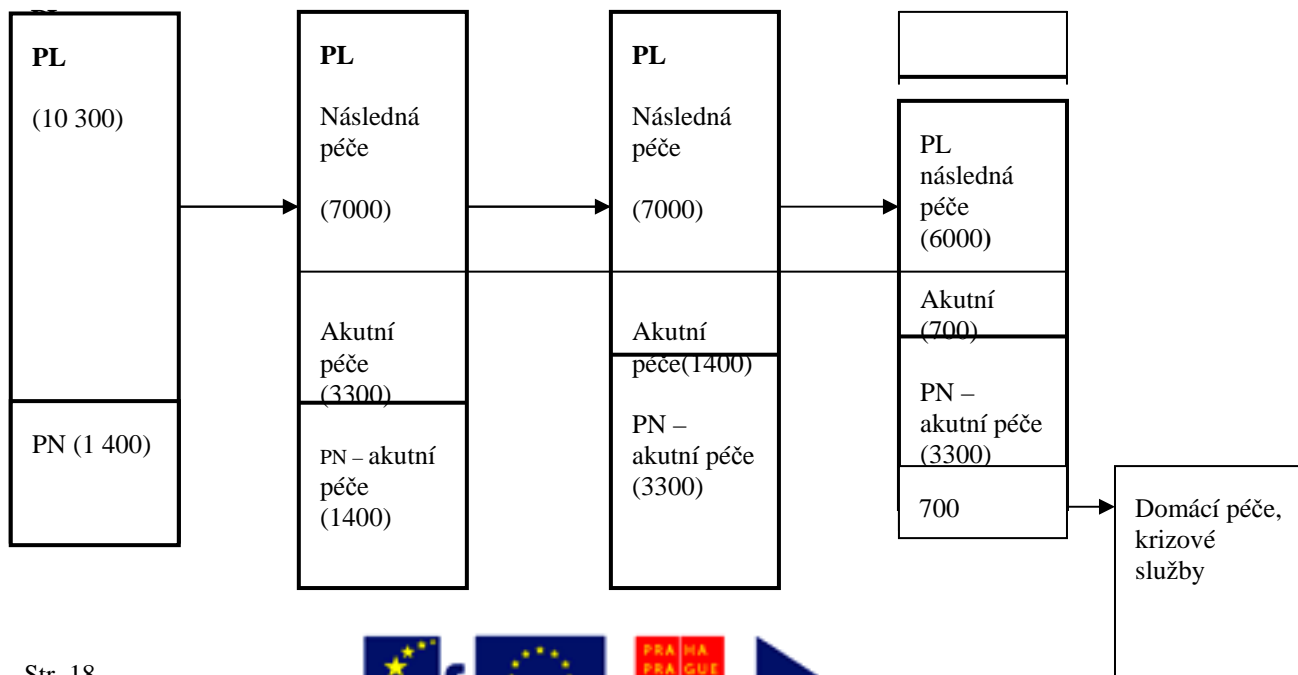
V psychiatrických zařízeních pracují odborníci podle jejich zaměření. V první řadě k nim patří psychiatři, kliničtí psychologové, střední, nižší a pomocní zdravotničtí pracovníci, lékaři jiných odborností, rehabilitační pracovníci, fyzioterapeuti a ergoterapeuti, arteterapeuti, pedagogové, sociální pracovníci, případně i laičtí terapeuti, dobrovolní pracovníci, případně i uživatelé služeb a jiní

Počty klinických psychologů v síti služeb oboru psychiatrie nezahrnují všechny klinické psychology. Část z nich pracuje i pro jiné obory ve zdravotnictví.

Předpokládá se, že se budou zvyšovat nároky na kvalifikaci, zvláště u zdravotních sester a sociálních pracovníků a že bude docházet k jejich užší specializaci. U vysokoškolských pracovníků se předpokládá rovněž zvyšování kvalifikace a dosahování specializace v dílčích oblastech, jako jsou psychoterapie, pedopsychiatrie, psychogeratrie, sexuologie, AT oblasti.

Přehled plánovaných změn v síti služeb

Současný stav	Rozdělení lůžek	Přesun akutní péče	Redukce lůžek
(11 700 lůžek)	akutní a následná péče (11 700 lůžek)	z PL (11 700 lůžek)	(10 000 lůžek)



2.2.4. Odborné řízení na úrovni republiky, regionu, okresu

Odborné řízení oboru na úrovni republiky i krajů vykonává skupina v čele s psychiatrem. Skupinu tvoří zástupci všech typů zařízení a profesí. Skupina spolupracuje se zájmovými skupinami v oblasti duševního zdraví včetně pacientského hnutí.

2.3. Vzdělávání pracovníků v oboru

2.3.1. Systém kvalifikačního vzdělávání

Pro obor psychiatrie je typická různorodost zapojených profesí a tím i význam mezioborové a týmové spolupráce. V souvislosti s proměnami forem poskytování psychiatrické péče se objevuje potřeba vzniku nových specializací.

Základní způsobilost odborníci získávají především na středních, vyšších a vysokých školách se zdravotnickým zaměřením, ale i na dalších středních, vyšších a vysokých školách. U většiny profesí se předpokládá specializační vzdělávání, u všech profesí ukládá povinnost celoživotního vzdělávání. Způsob vzdělávání a nároky na kvalifikaci sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních by měly být stanoveny na základě jednání mezi Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Odborníci s úplným univerzitním vzděláním lékařským: psychiatři (vč. pedopsychiatrů)

Jiní odborníci s úplným univerzitním vzděláním: kliničtí psychologové, logopedi, fyzioterapeuti, ošetřovatelé, sociální pracovníci, speciální pedagogové, Odborníci s vyšším vzděláním: diplomované psychiatrické sestry, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti

Odborníci se středním vzděláním: psychiatrické sestry, socioterapeuti

2.3.2. Celoživotní vzdělávání

Všichni odborní pracovníci jsou povinni se trvale vzdělávat samostaným studiem odborných informací a každodenně absolvovat stanovený rozsah vybraných vzdělávacích akcí pořádaných Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Českou lékařskou komorou a Českou lékařskou společností, případně dalšími institucemi. Plnění této povinnosti kontroluje Ministerstvo zdravotnictví ČR, Česká lékařská komora, které rovněž stanoví požadovaný rozsah i zaměření vzdělávací akce. U lékařů též podle stavovského předpisu ČLK.

2.3.3. Kvalifikační vzdělávání pro vedoucí funkce

Předpokladem pro výkon vedoucí funkce je u lékařů a klinických psychologů je kvalifikační atestace nebo zkouška, minimálně 5 let praxe v oboru a absolvování vzdělávacích akcí ve zdravotnickém managementu, jejichž rozsah určí Ministerstvo zdravotnictví ČR v Zákonu o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

Předpokladem pro výkon vedoucí funkce u středních zdravotnických pracovníků je ukončené vzdělání nejméně na vyšší škole psychiatrického zaměření a tři roky praxe.

2.3.4. Specializační vzdělávání

Probíhá v souladu se Zákonem o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, který byl připraven Ministerstvem zdravotnictví.

3. ROZVOJ A VÝVOJOVÉ TRENDY OBORU:

3.1. HLAVNÍ PROGRAMY OBORU

PROGRAMY PRO SPECIFICKÉ SKUPINY KLIENTŮ

Velká část psychiatrické klientely potřebuje jednorázové či krátkodobé intervence, nebo i dlouhodobou péči poskytovanou pouze jedním typem služby. Jsou však skupiny nemocných, u kterých míra a typ postižení jsou takového rázu, že vyžadují, dlouhodobou, průběžnou terapii, rehabilitaci, podporu a pomoc. Na poskytování takové péče se pak musí podílet několik služeb, zařízení, odborníků, což vyžaduje vyšší míru propojení a koordinace poskytovatelů služeb na regionální úrovni. Mimo to existují služby a intervence specifické pouze pro určitý typ klientely.

Zvláštní potřeba koordinace a návaznosti služeb a potřeba cílených služeb je důvodem k vytváření programů pro specifické skupiny klientů.

Jde o:

- psychogeriatrické pacienty
- pedopsychiatrické pacienty
- osoby s návykovými nemocemi
- osoby s dlouhodobým duševním postižením
- osoby s poruchou příjmu potravy

pachatele trestné činnosti s duševní poruchou



3.1.1. Program péče o psychogeriatrické pacienty

Charakteristika potřebné péče

Nezbytné je rozvinutí péče o staré osoby s duševními poruchami pokud možno v jejich vlastním domově. Je nezbytná úzká spolupráce sektoru sociální a zdravotní péče.

V péči o osoby vyššího věku nelze oddělovat postižení psychické od postižení somatického. Proto se musí na komplexní zdravotnické péči o gerontologické nemocné podílet psychiatrická péče v úzké spolupráci s gerontologií. V mnoha oblastech proto budou koncepční záměry společné.

Provozně i ekonomicky jsou výhodná zařízení částečné hospitalizace (denní stacionáře, domovinky, denní pobyty). Preferována má být krátkodobá hospitalizace na specializovaných odděleních či stanicích při větších nemocnicích.

O část starých osob s duševními poruchami pečuje sektor sociálního zabezpečení v domovech důchodců, ošetrovatelských domech aj., o část pečuje sektor zdravotnický v LDN, psychogeriatrických odděleních psychiatrických léčeben.

Rodina se starým postiženým občanem by měla mít možnost jeho umístění ve zdravotnickém zařízení a mělo by se jí dostat přiměřené podpory.

3.1.2. Program péče o pedopsychiatrické pacienty

Charakteristika potřebné péče

Komplexní kombinované terapeutické postupy (psychofarmako edukativně rehabilitační a psychoterapeutické) v pedopsychiatrii odpovídají multifaktoriální etiologii většiny psychiatrických poruch diagnostikovaných u dětí a adolescentů. Léčebného procesu se účastní dětský a dorostový psychiatr, psycholog, pedagog, sociální pracovníce a další odborníci, často formou týmové spolupráce. Práce s rodinou, klíčovými osobnostmi dítěte, školou a vrstevníky je nedílnou součástí komplexní terapie. Problematika nemocných má styčná pole a přesahy do různých oblastí medicíny a psychosociální sféry - pedagogické, výchovné, právní. Při stanovování terapeutických a preventivních cílů je nutné respektovat specifika těchto styčných oblastí.

Rostoucí výskyt duševních poruch v dětství a adolescenci vychází z obecného nárůstu sociálně patologických jevů ve společnosti, zejména nárůstu násilí na dětech a mezi dětmi, nárůstu delinkvence mladistvých, ale i celosvětového nárůstu kriminality, jakož i dramatickému stoupání zneužívání návykových látek. Řada longitudinálních studií prokázala, že mezi výskytem těchto negativních jevů a výskytem psychických poruch v dětství a adolescenci je přímá souvislost. Prevence v oblasti duševního zdraví dětí a dospívajících se týká jednak odstraňování tzv. rizikových faktorů, jednak posilování tzv. protektivních faktorů.

U n i v e r z á l n í p r e v e n c e je zaměřena na veřejnost, u které nebyl definován žádný rizikový faktor vzniku duševní poruchy. Mezi tyto preventivní akce patří informace veřejnosti o významu odpovídající péče o děti, o významu emočního a sociálního zázemí rodiny pro zdravý vývoj nové generace, atd.

D o s e l e k t i v n í p r e v e n c e patří aktivity zaměřené na jedince a skupiny, u kterých je riziko rozvoje duševní poruchy významně vyšší.

Mezi cílové skupiny **i n d i k o v a n é** prevence můžeme zařadit např. děti a dospívající zneužívající návykové látky, děti s výchovnými problémy, děti a dospívající s maladaptivními sociálními vzorci chování a trestnou činností.

P r e v e n c e v p e d o p s y c h i a t r i i se týká prevence kontinuity poruch v dospělosti a prevence chronifikace poruch v dětství. Vyžaduje významný a trvalý závazek na straně národní, regionální, místní zdravotní a sociální péče pro potřeby 2,5 milionové dětské populace. Tento závazek by měl být reflektován jak v koncepci zdravotní politiky státu, tak ve způsobu financování pedopsychiatrické péče.

3.1.3. Program péče o návykové nemoci

Charakteristika potřebné péče

Péče o osoby, jejichž problémy jsou způsobeny škodlivým užíváním návykových látek a patologickým hráčstvím, jsou problematikou interdisciplinární, která přesahuje nejen oblast psychiatrie, ale i celé zdravotnictví. Pouze odborná cílená a komplexní péče (kombinace medicínských, výchovných, resocializačních, ale i represivních opatření) prováděná v síti zařízení využívajících různorodých metod, má v rozvinuté společnosti naději na konečný efekt a na omezení nemalých škod, které užíváním návykových látek vznikají.

Pro efektivní léčbu závislosti je nezbytná velmi diferencovaná péče podle závažnosti a stupně závislosti, fáze rozvoje onemocnění, typu drogy, věku, přítomnosti somatických komplikací, psychosociálních dispozic jedince a případně komorbidit. Nezbytná je specializace pedopsychiatrů na léčbu návykových nemocí a jejich úzká spolupráce s odborníky na léčbu toxikomanií dospělého věku. Do spektra účinných postupů patří:

včasná intervence u osob experimentujících nebo v počátečním stadiu rozvoje onemocnění, ale i u závislých s akutní potřebou zdravotní nebo sociální péče;

ambulantní péče zahrnující formu od jednorázového poradenství přes motivační trénink, až po dlouhodobou a intenzivní péči u osob se škodlivým užíváním návykových látek a se závislostí na návykových látkách;

lůžková péče v rámci psychiatrických léčeben a klinik (krátkodobá i střednědobá, v průměru od 1 do 6 měsíců hospitalizace);

dlouhodobá lůžková péče ve specializovaných zařízeních typu terapeutických komunit, zaměřená na léčení i resocializaci;

programy následné péče zahrnující chráněné dílny, chráněná obydlí, doléčovací a svépomocné skupiny;

programy zaměřené na snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog (tzv. "harm reduction").

3.1.4. Program péče o osoby s dlouhodobým psychickým postižením

Charakteristika potřebné péče

Nejsou známy specifické efektivní způsoby primární prevence. Významná je však sekundární a terciární prevence, které jsou schopny výrazně snížit negativní průběh nemoci a jeho sociální dopady na nemocného. Jde o včasnou pomoc ve všech oblastech psychologických, sociálních a pracovních funkcí. Péče musí být uspořádána tak, aby v rámci léčení docházelo co nejméně ke ztrátě kontaktu pacienta s jeho běžným životním prostředím, aby pomoc byla maximálně nasměrována na běžné životní podmínky.

Z tohoto hlediska mají v potřebné síti zařízení výjimečné postavení ty její složky, které v systému péče doposud chyběly nebo byly nedostatečně zastoupeny: domácí léčení a péče, denní stacionář, denní sociální centrum, zařízení a programy podpory práce a zaměstnávání, chráněné bydlení a příprava pro samostatné bydlení a centra krizové intervence pro dlouhodobě duševně nemocné. Optimálním zařízením je takové, které podává služby komplexní.

Zvláště u této skupiny je důležité, aby pomoc měla kontinuální charakter, aby byl vytvářen multidisciplinární přístup a princip případového vedení (case managementu). Je nezbytná návaznost a koordinovanost různých typů pomoci a podpory, včetně spolupráce mezi intermediární, lůžkovou a ambulantní péčí, a péčí sociální a zdravotní. Systém péče musí být schopen aktivně vyhledávat nemocné, kteří nejsou schopni si sami zajistit adekvátní pomoc a kteří jsou v riziku zhoršení zdravotního stavu či výrazné sociální nouze, a vhodně je motivovat ke spolupráci. V každé fázi nemoci je zapotřebí hledat co nejméně restriktivní formy pomoci a i v případě, kdy je potřeba rozhodnout o dalším postupu péče bez souhlasu pacienta, je důležité jej co nejvíce do rozhodovacího procesu zapojit.

Důležitá je včasná, dlouhodobá práce s rodinou a i její podpora.

3.1.5. Program pro léčbu poruch příjmu potravy

Charakteristika potřebné péče

Povaha onemocnění vyžaduje komplexní a diferencovanou péči s přihlédnutím k somatickému a psychickému stavu, k poruše osobnosti i k dalším komorbiditám, k průběhu onemocnění, k sociálnímu a především rodinnému prostředí. Pro zajištění kvalitní péče je třeba edukace zdravotníků v primární péči, specialistů, psychiatrů a psychologů, dále je nezbytná i specializovaná terapeutická síť zařízení a interdisciplinární spolupráce včetně programů, které mohou být společné i pro ostatní psychosomatické poruchy, event. pro návykové stavy. V některých případech lze mimo pacienty s PPP ošetřovat i další psychosomatické nemocné (má-li lůžkové či ambulantní pracoviště potenciál péče somatické i psychoterapeutické rodinné terapie, individuální a skupinové psychoterapie a rehabilitace).

Za nezbytné lze považovat programy postupné diferencované péče od poradenství, časnou intervenci u pacientů i u rodinných příslušníků u počínajících onemocnění, svépomocných skupin s různým podílem profesionální supervize či spolupráce, svépomocných manuálů, telefonní pomoc, práce s rodinou, rodinnou terapii, krátkodobé cílené, střednědobé i dlouhodobé ambulantní intervence, hospitalizace na psychiatrických odděleních i na specializovaných jednotkách, popřípadě i v psychiatrických léčebnách, možnosti realimentace na specializovaných metabolických jednotkách, intermediární psychiatrickou péči.

3.1.6. Program péče o pachatele trestné činnosti s duševní poruchou

Charakteristika potřebné péče

Soudní znalci podléhají orgánům Ministerstva spravedlnosti a soudům ve smyslu zákona o znalcích a tlumočnících. Soustavné doškolování organizuje zdravotnictví prostřednictvím kabinetu soudní psychiatrie IPVZ. Zpřístupnění zdravotnické dokumentace znalcům, nutné k vypracování posudku, vyžaduje novelizaci příslušných právních norem. Je nutno zřídit expertní komise při krajských soudech, které by kontrolovaly kvalitu posuzování pro OL.

Je ekonomické zahajovat OL v době výkonu trestu, k tomu je zapotřebí zřídit specializovaná střediska OL ve věznicích. Informace o chování, zdravotním stavu a průběhu výkonu trestu odsouzených mají být průběžně předávány navazující zdravotnické péči v zařízení vykonávajícím OL. Pracovníkům resortů Ministerstva vnitra, spravedlnosti a zdravotnictví je nutno zajistit doškolování v systematickém zacházení s těmito odsouzenými. Vhodná se jeví forma společných vzdělávacích akcí a stáží. Probační a mediační služba justice převezme část úkolů ve sledování a kontrole OLA.

Prioritní potřebou je vypracování standardů ochranného léčení ve všech jeho podobách. IPVZ musí věnovat zvýšenou pozornost přípravě odborníků pro výkon OL. O ukončení nebo přeměně formy OL má zpravidla rozhodovat nový znalecký posudek. Nařizování OL na dobu určitou může ochránit pacienty před neúměrným prodlužováním OLÚ. Nařizování OL i příčetným pachatelům má přinést rekodifikace trestního zákona. Nahodile zvolená pracoviště pro OLA je třeba nahradit sítí veřejné zdravotní péče, jasně rajonizované pro výkon OL.

Doplnění dosavadní soustavy zařízení pro výkon OL detenčním ústavem je nezbytné. Ostrahu nebezpečných kriminálních recidivistů nemůže zdravotnictví samo zajistit. Očekává se meziresortní spolupráce při zřízení tohoto ústavu. K tomu je třeba nového právního institutu ochranné detence.

3.2. Priority výzkumu

Mezi priority patří:

- hodnocení informačního systému
- efektivita, kvalita a ekonomika metod a služeb
- mechanismus účinku psychofarmak
- organizace péče o duševně nemocné
- zobrazovací metody u duševních poruch

Provádění výzkumu:

Výzkum se provádí na pracovištích Fakultních nemocnic, specializovaných výzkumných ústavů, popřípadě na dalších zdravotnických pracovištích, pokud disponují kvalifikovanými pracovníky.

Výzkumná činnost je schvalována příslušnou etickou komisí a je pod jejím dohledem.

Zkoušení nových psychofarmak se řídí zákonnými předpisy (Zákon o léčivech 79/87Sb.).

3.3. systém kontroly kvality poskytované péče v oboru

Použití a výzkum měřítek účinnosti psychiatrické péče jsou a budou nanejvýš potřebné.

Hlavními nástroji hodnocení kvality péče jsou:

- a) objektivní a subjektivní hodnocení psychopatologických projevů, míry handicapů
- b) potřeba zdravotní péče,
- c) a v poslední době stále více i kritéria kvality života a spokojenosti pacientů s poskytovanými službami. Posuzování kvality péče se děje ve spolupráci se samotnými pacienty a jejich rodinnými příslušníky a zaměřuje se i na kontrolu práv psychiatrických pacientů.

Léčebně preventivní činnost jednotlivých pracovišť kontrolují orgány zřizovatele, u nestátních zařízení orgány Lékařské komory. Dále se na kontrolní činnosti podílí VZP, dozorčí rady nemocnic a psychiatrických léčeben a konečně i regionálně ustanovení odborníci se svým poradním sborem.

Systém kontroly je třeba vypracovat pro všechna zařízení státní i nestátní péče.

3. 4. Srovnání oboru se zahraničím

V porovnání s vyspělými evropskými zeměmi naše péče o osoby s psychickými poruchami je podstatně méně rozvinuta. Stále se preferuje lůžková péče, nedochází ke zvýšení psychiatrických lůžek v nemocnicích, a hlavně se nedostatečně rozvíjí intermediární péče. Procentuální podíl výdajů pro psychiatrii je u nás podstatně nižší.

Personální vybavení je nedostatečné hlavně v oborech středních zdravotníků, sociálních pracovníků a specializovaných nezávodnických pracovníků.

Spolupráce a vliv samotných nemocných a jejich rodinných příslušníků je dosud omezená.

Zavádění nových, drahých, ale pro uživatele příjemnějších léků (méně vedlejších účinků) je omezené a opožděné.

3.5. Očekávané trendy oboru

Z popisu a hodnocení současného stavu psychiatrie při srovnání se světovými trendy vyplývají základní vývojové tendence, které se předkládaná koncepce snaží navrhnout a doporučit:

- Další funkční integrace psychiatrie do zdravotnictví
- Odstranění stigmatizovaného postavení psychiatrie ve zdravotnictví a ve společnosti
- Humanizace a zlepšení materiálních podmínek v některých oblastech psychiatrie (léčebny)
- Posílení role uživatelů péče - jejich podíl na rozhodování o poskytované péči, respektování důstojnosti a práv uživatelů, podpora svépomocných aktivit

Rozvoj psychiatrických lůžkových oddělení při všeobecných nemocnicích

Rozvoj tzv. intermediární péče (denní stacionáře, domácí péče, návštěvní služba, chráněné dílny a bydlení, kluby, svépomocné organizace)

Důraz na spolupráci mezi jednotlivými profesemi i mezi jednotlivými typy psychiatrických zařízení, a tím posílit kontinuitu a aktivní přístup v péči o duševně nemocné. Součinnost psychiatrických služeb se sociálním sektorem a otevření prostoru k další mezioborové spolupráci

Výzkum účinnosti psychiatrických léčebných metod spolu s výzkumem etiologických činitelů a faktorů ovlivňujících průběh duševního onemocnění

Sledování ekonomických ukazatelů a jejich vývoje ve vztahu k psychiatrické péči a k psychiatrickým nemocným.

3.6. Napojení na mezinárodní aktivity

Pokračovat ve spolupráci s WHO, WPA, EPA, WFMH, MHE-SME, EU a dalšími.

3.7. popis hlavních problémů oboru

Péče o duševně nemocné a o osoby s narušeným duševním zdravím stála v České republice až do 2. světové války stranou hlavního proudu vývoje medicíny. Předkládaná koncepce navazuje na tři předchozí koncepce oboru, z nichž poslední byla publikována v r. 1977 a doplněna v r. 1983, a dále je rozvíjí.

Teprve od třicátých let našeho století se pozvolna integruje do všeobecné sítě zdravotních služeb. Současná česká psychiatrie plně respektuje bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci.

Od druhé poloviny minulého století byl důraz v psychiatrické péči kladen na péči lůžkovou, která tehdy zahrnovala jak složku léčebnou, tak i složku ošetrovací a opatrovnickou.

Od padesátých let našeho století počala psychiatrie opouštět uzavřené a izolované ústavy a postupně se stále více zařazovala mezi ostatní medicínské obory. Prudký rozvoj ambulantních služeb a psychiatrických oddělení při všeobecných nemocnicích je ukazatelem tohoto vývoje. Protože ale nelze spoléhat na přímou úměru mezi společností vynaloženými prostředky a duševním zdravím, je nezbytné pokračovat v hledání optimální kvality i kvantity psychiatrické péče a ověřovat její účinnost.

Od šedesátých let našeho století se pohyboval počet lůžek v psychiatrických léčebnách kolem 150 na 100 000 obyvatel a vzdor všem plánovacím snahám se snižoval jen zcela nepatrně. Až v r. 1990 v

souvislosti s transformací společnosti a zdravotnictví počal prudčeji klesat a nyní se blíží 100 lůžkům na 100 000 obyvatel.

Naopak lůžka na psychiatrických odděleních nemocnic, v padesátých letech jen výjimečná, se rozšiřovala z 8 (r. 1960) na 11 (1995) na 100 000 obyvatel. Stále však zůstává značná část akutní psychiatrické péče na bedrech psychiatrických léčeben. Průměrné využití psychiatrických lůžek od r. 1985 též plynule klesá, a to jak v psychiatrických léčebnách, tak i na odděleních. Průměrná ošetrovací doba se zkracuje (v r. 1996 PL 80 dní, PO 30 dní).

Počty ambulantních psychiatrů pozvolna, ale plynule stoupají od r. 1960 z 1,0 na 4,5 na 100.000 obyvatel, a úměrně s tím se zvyšuje i počet ambulantních vyšetření. Měl by se zmenšovat rozdíl mezi městskými a venkovskými oblastmi. Jejich činnost by měla být zaměřena na všechny skupiny osob s duševními poruchami (chronicky duševně nemocní, osoby nevyhledávající péči apod.) Vývoj počtu lékařů, pracujících v AT ordinacích, byl od r. 1990 narušen.

Projevuje se nedostatek aktivní sociálně zdravotní činnosti, způsobený výpadkem sester pro sociální službu a sociálních pracovníků v ambulantní péči.

Vzhledem k tomu, že dnešní psychiatrické léčebny, které poskytují i péči akutně duševně nemocným, vznikly většinou v minulém století jako azylové ústavy, je v psychiatrii více než v ostatních medicínských oborech zapotřebí zlepšení podmínek v lůžkových zařízeních, a to nejen stavebních úprav a zlepšení podmínek hygienických, ale i personálních.

Psychiatrie má v očích veřejnosti mnohdy ještě pověst podmíněnou předsudky a strachem, spojenými s duševní poruchou a její léčbou. Tato pověst ztěžuje postavení psychiatrie i mezi ostatními medicínskými obory. Umístění kriminálních recidivistů s duševní poruchou mezi ostatními duševně nemocnými dosud zhoršuje jak prostředí pro efektivní léčbu, tak obraz psychiatrie jako oboru vůbec.

Denní psychiatrická sanatoria, chráněná pracoviště, kluby nemocných, chráněné formy bydlení a podobná intermediární zařízení počaly vznikat prakticky až v r. 1991 a od té doby se postupně rozvíjejí, stejně jako spolupráce s nezdravotnickými institucemi.

Nové formy psychiatrické péče vznikají obtížně, protože jde o dlouhodobý hlubší koncepční spor. Navíc pak nemají tradici a jejich financování není standardní.

3. 8. Připomínky a návrhy pro zlepšení stávající organizace odborných služeb

- 1) Prosazovat funkční propojení všech složek péče o osoby s duševní poruchou na regionální úrovni a jejich spolupráci se sociálními službami.
- 2) Nové služby zřizovat plánovitě podle schválené koncepce a v souladu s potřebami regionů. Na procesu plánování by se měli podílet odborníci, veřejná správa, zdravotní pojišťovny a uživatelé péče a jejich rodinní příslušníci.
- 3) Citlivě využívat a doplňovat legislativu pro psychiatrii s uplatněním zájmu pacienta, zvláště v situacích nedobrovolného přijetí do ústavní péče, ochranného léčení a posouzení způsobilosti k právním úkonům, nedobrovolné léčby, předání lékařské dokumentace bez pacientova souhlasu jinému zdravotnickému /psychiatrickému/ zařízení, ochrany dat o pacientech v databázích apod.
- 4) Podílet se na vytváření eticko-legislativních pravidel v ostatních medicínských oborech, kde psychické vlivy hrají významnou úlohu /transplantace, eutanázie, zásahy do lidské reprodukce, genové inženýrství apod./.
- 5) Dále propracovávat standardy psychiatrické péče, zvláště terapeutické, ošetrovatelské, rehabilitační, kvalifikační standardy pro pracovníky ve zdravotnictví i standardy pro provoz jednotlivých typů psychiatrických zařízení.
- 6) Vytvořit standardy a mechanismy pro hodnocení kvality péče.
- 7) Zlepšit stavební a hygienické podmínky v psychiatrických léčebnách, zvláště na psychogeriatrických a uzavřených odděleních v souvislosti se snižováním počtu lůžek.
- 8) Převést část lůžkového fondu psychiatrických léčen na lůžka pro akutní péči a postupně přesouvat akutní péči v psychiatrických léčebnách na samostatná psychiatrická oddělení při nemocnicích.
- 9) V dalším rozvoji psychiatrické péče se zaměřit na rozšíření péče intermediární, zvláště na denní sanatoria, krizová centra, domácí psychiatrickou péči, telefonní pomoc, kluby, chráněnou práci a chráněné bydlení.
- 10) Ve spolupráci s Geriatrickou společností ČLS propracovat koncepci gerontopsychiatrické péče a společně vytvářet lůžkovou i ambulantní síť služeb.
- 11) Rozvíjet diferencovanou péči o osoby závislé na alkoholu a na drogách, a to podle závažnosti a stupně závislosti zvláště pro alkoholickou a nealkoholovou závislost.
- 12) Orientovat pedopsychiatrickou péči i na prevenci a léčbu závislostí u dětí a mladistvých.
- 13) Zajistit síť zařízení pro výkon ochranného léčení ambulantního a zřídít další specializovaná oddělení pro výkon ochranného léčení ústavního.
- 14) Obnovit síť ordinací AT pro prevenci a léčbu závislostí na území celé ČR
- 15) Vyvolat jednání o vytvoření funkčního systému spolupodílení a spoluzodpovědnosti resortů Ministerstva spravedlnosti a zdravotnictví při výkonu ochranných léčen.
- 16) Vytvořit specializovaný forenzní detenční ústav s ostrahou.
- 17) Vypracování chybějícího systému pro vzdělávání v oboru psychiatrie pro všechny zdravotnické a jiné pracovníky zařízení psychiatrické péče .





Příloha Koncepce oboru psychiatrie

Seznam programů:

Program péče o psychogeriatrické pacienty – str. 3

Program péče o pedopsychiatrické pacienty – str. 6

Program péče o osoby s návykovými nemocemi – str. 11

Program péče o osoby s dlouhodobým duševním postižením – str. 16

Program péče o osoby s poruchou příjmu potravy – str. 21

Program péče o pachatele trestné činnosti s duševní poruchou str. 23

HLAVNÍ PROGRAMY OBORU

PROGRAMY PRO SPECIFICKÉ SKUPINY KLIENTŮ

Pro velkou část osob s psychickou poruchou je dostačující jednorázová či krátkodobá terapeutická intervence poskytovaná jen jedním typem služeb. Jsou však skupiny nemocných, u kterých míra a typ postižení jsou takového rázu, že vyžadují, dlouhodobou, průběžnou terapii, rehabilitaci, podporu a pomoc. Na poskytování takové péče se pak musí podílet několik služeb, zařízení, odborníků, což vyžaduje vyšší míru propojení a koordinace poskytovatelů služeb na regionální úrovni. Mimo to existují služby a intervence specifické pouze pro určitý typ klientely.

Zvláštní potřeba koordinace a návaznosti služeb a potřeba cílených služeb je důvodem k vytváření programů pro specifické skupiny klientů.

PROGRAM PÉČE O PSYCHOGERIATRICKÉ PACIENTY

1. Vymezení a charakteristika skupiny

Úkolem psychogeriatrického programu je všestranná péče o osoby starší pětadesáti let, které trpí psychickými poruchami v souvislosti se stárnutím.

Jde o skupinu osob, kde se často kombinuje psychické postižení se somatickými chorobami. Vyžadují ve větší míře péči ošetrovatelskou a somatickou. Někdy jde o poruchy dlouhodobé, jindy jen o přechodné psychické poruchy. Příčinou hospitalizace bývá často sociální izolace a postupná ztráta soběstačnosti. Někteří postižení sami zdravotnickou péčí nevyhledávají.

V závažnějších případech jsou postižení vážnou zátěží celé rodiny.

2. Popis současného stavu

V ČR je cca 10% osob ve věku nad 65 let trpících demencí. Z nich asi 20 % vyžaduje ústavní péči za předpokladu rozvinuté geriatrické a ošetrovatelské a domácí péče.

Část těchto nemocných je hospitalizována na interních a jiných lůžkách zdravotnických zařízení.

Současný systém psychogeriatrické péče je zcela rudimentární.

Prakticky obsahuje jen péči praktického lékaře, geriatrickou péči, péči psychiatrických lůžkových zařízení a nesystematickou péči jednotlivých medicínských oborů o vlastní staré nemocné. Vedle nich působí řada nestátních neziskových anebo charitativních organizací, jež se orientují na poradenství, rehabilitaci paměti a náplň volného času.

Dříve byla jedna geriatrická sestra na 8000 obyvatel, tato služba zcela zanikla. Kvalifikovaných psychogeriatrů je nyní v ČR nepatrné množství. Jejich potřebu lze odhadnout na 100 psychogeriatrů (v ambulantní službě, konzultanti, vedoucí gerontopsychiatrických oddělení).

3. Charakteristika potřebné péče

Nezbytné je rozvinutí péče o staré osoby s duševními poruchami pokud možno v jejich vlastním domově. Je nezbytná úzká spolupráce sektoru sociální a zdravotní péče.

V péči o osoby vyššího věku nelze oddělovat postižení psychické od postižení somatického. Proto se musí na komplexní zdravotnické péči o gerontologické nemocné podílet psychiatrická péče v úzké spolupráci s gerontologií. V mnoha oblastech proto budou koncepční záměry společné.

Provozně i ekonomicky jsou výhodná zařízení částečné hospitalizace (denní stacionáře, domovinky, denní pobyty). Preferována má být krátkodobá hospitalizace na specializovaných odděleních či stanicích při větších nemocnicích.

O část starých osob s duševními poruchami pečuje sektor sociálního zabezpečení v domovech důchodců, ošetrovatelských domech aj., o část pečuje sektor zdravotnický v LDN, psychogeriatrických odděleních psychiatrických léčeben.

Rodina se starým postiženým občanem by měla mít možnost jeho umístění ve zdravotnickém zařízení a mělo by se jí dostat přiměřené podpory.

4. Síť psychogeriatrické péče

Je tvořena řadou zařízení, služeb a programů, které vznikají v součinnosti se sítí primární péče včetně domácí péče, geriatrické péče a psychiatrické péče. Psychiatři a psychogeriatři se v geriatrické péči podílejí jako konzultanti, spolupracovníci v týmové spolupráci. Geriatrická péče zahrnuje i pacienty s psychogeriatrickou problematikou. Do výlučné péče psychiatrie patří psychogeriatrická oddělení PL, popřípadě psychogeriatrická oddělení všeobecných nemocnic, event. některé specializované ambulance.

Síť psychogeriatrické péče se skládá z následujících zařízení a služeb. Vzhledem k tomu, že uváděné služby a zařízení mají víceoborový charakter, není uvedena jejich kapacita a personální obsazení. Zpřesnění těchto otázek bude vyžadovat další mezioborovou diskusi.

Předběžně počítáme s potřebou 0,5 psychogeriatra a 1,0 geriatrické sestry v mimonemocničních službách na 100 000 obyvatel.

Praktický lékař

Je prvním kontaktem s pacientem, často zná jeho (dlouhodobou) předchozí celkovou zdravotní a sociální situaci i jeho podmínky rodinné.

Geriatrický /psychogeriatrický/ komunitní tým

Tým je zaměřen na podporu pacienta a jeho rodiny v přirozených podmínkách, pracuje i formou návštěvní služby a domácí péče. Úzce spolupracuje s všeobecným - rodinným lékařem a s geriatrickými službami. Je bezprostředně napojen na psychogeriatrické semimurální a intramurální služby.

Personál: geriatr, psychogeriatr, psycholog, geriatrická sestra, sociální pracovnice, rehabilitační sestra.

Geriatrické - psychogeriatrické stacionáře

Jsou zařízení pro denní péči o seniory s psychiatrickou problematikou, kteří nemohou být léčeni v síti geriatrických stacionářů.

Maximální kapacita 20 pacientů. Provoz zařízení 8-14 hodin denně.

Personál: vyšší zdravotničtí pracovníci, zdravotní sestry, pomocný zdr. personál, rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci. Konziliáři: psychogeriatr a praktický lékař

Psychogeriatrická lůžka psychiatrických oddělení

slouží pro léčbu akutních poruch, přičemž pobyt netrvá déle než 5 týdnů. Ve větších městech mohou vzniknout samostatná psychogeriatrická oddělení.

Personál zařízení: viz tabulka oddělení pro akutní péči

Psychogeriatrické oddělení PL

Slouží pro léčení akutních stavů s maximální délkou pobytu 3 měsíce. Další péče by měla probíhat mimo psychiatrická lůžka v ošetrovacích ústavech pro osoby s demencí.

Personál zařízení: viz tabulka oddělení pro následnou péči

Počty lůžek: V současné době je v PL celkem 2000 psychogeriatrických lůžek. Výhledově by se jejich počet měl snížit na cca 1300 lůžek.

Ošetrovatelský ústav s psychogeriatrickou péčí

Zařízení pro dlouhodobý pobyt geriatrických pacientů s demencí. Péče je zaměřena na udržení a posílení kognitivních psychických funkcí a zabezpečení důstojného průběhu konce života. Významné je stimulační prostředí s domácí atmosférou.

Zařízení s 50-80 lůžky mimo psychiatrické léčebny.

Personál zařízení: geriatr, psychogeriatr konziliárně, dále ošetrovatelský personál, ideálně na jednoho pacienta jeden z personálu, vyšší zdravotničtí pracovníci.

PROGRAM PÉČE O PEDOPSYCHIATRICKÉ PACIENTY

1. Vymezení a charakteristika skupiny

Dětská a dorostová psychiatrie (pedopsychiatrie) je lékařskou klinickou disciplínou, zabývající se péčí o duševní zdraví dětí.

Komplexní pedopsychiatrická péče je poskytována dětem a adolescentům (do 18 let), trpící duševní poruchou, nebo těm, kteří se ocitli v akutní životní krizové situaci.

Jejím úkolem je popis, diagnostika, klasifikace, léčení, rehabilitace, reedukace a prevence duševních poruch této věkové skupiny. Dále konziliární, konzultativní a posudková činnost. Nedílnou součástí je výzkum. Dle Úmluvy o právech dítěte se dítětem rozumí každá lidská bytost mladší 18 let.

Pedopsychiatrie (její specialisté) diagnostikuje a léčí (postupy biologickými, psychoterapeutickými, socioterapeutickými a rehabilitačními) všechny diagnostické kategorie podle MKN-10 (sekce F znaky 00-99), se zvláštním zřetelem na vývojové aspekty jak psychické, tak somatické.

2. Popis současného stavu

21% populace je ve věku do 18 let. Odhaduje se, že asi 13% dětské a dorostové populace během svého vývoje trpí nějakým typem psychické poruchy, a mělo by mít odbornou péči. V České republice existuje kolem 110 ambulancí pro děti a dorost, kde pracuje více než 80 lékařů. Stávající lůžkový fond disponuje 793 lůžky, z toho 209 lůžek je vyhrazeno pro akutní pedopsychiatrickou péči, 584 lůžek je zahrnuto do následné pedopsychiatrické péče. Tento fond (i po redukci) odpovídá trendu určeném Evropskou unií, což je 4-6 lůžek na 100 000 obyvatel. Pro ČR s 10 miliony obyvatel je to 600-800 lůžek pro nezletilé.

Početem lůžek je péče adekvátní, je však nutná vnitřní restrukturalizace a vytvoření tzv. *integrated péče*. Téměř chybí denní stacionáře, krizová centra a chráněné dílny; rovněž detoxifikační oddělení a centra pro děti, stejně jako oddělení pro léčbu nezletilých a mladistvých s návykovými chorobami. Neexistují lůžka pro děti závislé na psychoaktivních látkách - jak lůžka pro akutní detoxifikaci, tak lůžka pro následnou péči nezletilých závislých. Zřízení lůžek by bylo vhodné ve velkých léčebnách, kde by byly k dispozici budovy a komplement služeb, avšak za předpokladu finančního zajištění (přestavby pavilonů, restrukturalizace vybavení) ministerstvem zdravotnictví. T.č je možné jednat o zřizování těchto lůžek s řediteli DPL Opařany, PL Bohnice, PL Dobřany.

3. Charakteristika potřebné péče

Komplexní kombinované terapeutické postupy (psychofarmako edukativně rehabilitační a psychoterapeutické) v pedopsychiatrii odpovídají multifaktoriální etiologii většiny psychiatrických poruch diagnostikovaných u dětí a adolescentů. Léčebného procesu se účastní dětský a dorostový psychiatr, psycholog, pedagog, sociální pracovníci a další odborníci, často formou týmové spolupráce. Práce s rodinou, klíčovými osobnostmi dítěte, školou a vrstevníky je nedílnou součástí komplexní terapie. Problematika nemocných má styčná pole a přesahy do různých oblastí medicíny a psychosociální sféry - pedagogické, výchovné, právní. Při stanovování terapeutických a preventivních cílů je nutné respektovat specifika těchto styčných oblastí.

Rostoucí výskyt duševních poruch v dětství a adolescenci vychází z obecného nárůstu sociálně patologických jevů ve společnosti, zejména nárůstu násilí na dětech a mezi

děti, nárůstu delikvence mladistvých a dramatickému stoupání zneužívání návykových látek.

4. Síť pedopsychiatrické péče

Psychiatrická ambulance pro děti a dorost

je základním článkem ambulantní pedopsychiatrické péče. Úkolem ambulantních pedopsychiatrů je prvotní diagnostika, léčba, rehabilitace, reedukace, posuzování a prevence všech duševních poruch. V případech, kde ambulantní léčba nedostačuje, ambulantní lékař indikuje a odesílá dítě, adolescenta do lůžkového zařízení. Pracovníci pedopsychiatrické ambulance koordinují péči o pacienta v ostatních zařízeních sítě, spolupracují s nezdravotnickými zařízeními. Provádí dispenzární péči o závažně duševně nemocné a o nezletilé s rizikovým chováním. Podílí se zdravotní výchově a statistickém výkaznictví.

Péče je zajištěna jedním pedopsychiatrem na 100 000 obyvatel (přibližně jeden na 21 000 dětí a adolescentů).

Krizová centra

V krizových centrech pro děti a dorost je poskytována pedopsychiatrická péče zaměřená na akutní stavy, na pomoc dětem nebo adolescentům, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. Cílem je omezení konzumace jiných zdravotnických služeb, včetně hospitalizace. Proto je nutná možnost krátkodobé hospitalizace nebo krátkodobého denního stacionáře, v ojedinělých případech i několikadenním přijetím rodiče. Jde o zařízení prvního kontaktu, které může být samostatné nebo (zatím při stavu nouze) spojeno s jiným lůžkovým zařízením, výjimečně s krizovým centrem pro dospělé, avšak se specifickou odbornou pedopsychiatrickou péčí. Součástí krizového centra (eventuelně i samostatnou jednotkou) může být telefonní linka pro děti a dorost, provozně pokrývající celých 24 hodin, anebo pouze část dne.

Provoz zajišťují odborníci různých oborů.

Počet míst: na 100 000 obyvatel : 4 - 6

Denní stacionáře pro děti a adolescenty

Slouží pro denní pobyt pacientů. Úkolem DS je poskytovat léčebnou péči nemocným, kteří vyžadují intenzivnější ambulantní léčbu, s cílem zkrátit anebo zamezit hospitalizaci. Jsou zaměřené terapeuticky a poskytují kumulovanou léčebnou péči větší, než je možné v ambulantním rozsahu, s důrazem na psychoterapeutické, edukační, reedukační a rehabilitační programy / např. při doléčování chronicky psychiatricky nemocných dětí a adolescentů, programy pro děti se specifickými poruchami učení, atd/. Cílem DS je zkrácení hospitalizace.

Pracovníci DS poskytují též sociální a právní pomoc. V časově oddělených úsecích mohou tato centra být využívána i pro specifickou práci s adolescenty. Denní stacionáře jsou buď samostatné, nebo při dětských psychiatrických odděleních nemocnic a léčeben, nebo při krizových centrech.

Počet míst na 100 000 obyvatel: 7 - 14

Chráněné dílny

V ojedinělých případech by měla být možnost adolescenty ve věku 15-18 let zařadit do chráněné dílny se speciálním výrobním programem.

Psychiatrické dětské a dorostové kliniky a psychiatrická dětská a dorostová oddělení při psychiatrických klinikách

Součástí psychiatrických klinik jsou dětská a dorostová oddělení, která poskytují vysoce odbornou psychiatrickou péči v co nejširším slova smyslu ve všech jejích složkách. Diferencovaná péče je propojení psychiatrie s klinickým výzkumem a výchovou v medicíně.

Na dětských a dorostových psychiatrických klinikách je soustředěna odborná a materiální kapacita k zajištění psychiatrického výzkumu a vzdělávání v psychiatrii na pre i postgraduální úrovni. Kliniky jsou obvykle spojeny s lékařskými fakultami a IPVZ (Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví). Lékaři (s úvazkem jak zdravotnickým, tak pedagogickým) provádí speciální diferenciální diagnostiku (za použití nejmodernějšího technického vybavení), řeší superkonziliárně komplikované případy a poskytují diferencované komplexní terapeutické ovlivňování duševních poruch v souladu s posledními vědeckými a výzkumnými poznatky.

Psychiatrická dětská a dorostová oddělení při nemocnicích

Vznikají při nemocnicích se spádovou oblastí cca 100 000 obyvatel. Umožňují diagnostiku a léčbu dětských poruch s poměrně zachovaným kontaktem s rodinou. Jsou zaměřena na specializovanou pedopsychiatrickou péči, která vyžaduje mimo jiné i nácvik sociálních dovedností a často sociální zásahy (jak v rodině, tak okolí). Zafixování nových dovedností je proces, vyžadující určité časové sekvence, při nepřerušované školní docházce. Z tohoto důvodu mohou být lůžka zařazena jak akutní, tak následné péče.

Pro výkon jejich činností musí být zajištěna konziliární, laboratorní a pomocná vyšetření plných 24 hodin. Jsou-li na oddělení více než 4 děti (Vyhláška o spec. školství 127/97 - třída při zvl. zařízení do 8 žáků, minimálně 4 žáci) je nutné zřídit 1 třídu s 1 pedagogem (v ideálním případě speciálním pedagogem). Tato lůžka mohou existovat i při denních stacionářích nebo krizových centrech.

Počet lůžek na 100 000 obyvatel: 5

Psychiatrická dětská a dorostová oddělení při psychiatrických léčebnách

Jsou určena pro diagnostickou činnost v těch případech, kdy ambulantní vyšetření nepostačuje a kdy je žádoucí středně- a dlouhodobý pobyt (tzn. několikaměsíční = lůžka pro následnou péči). Na těchto odděleních, tak jako v léčebnách, je zajištěno pokračování ve školní docházce a edukace v rozsahu, který je dán zdravotním stavem pacienta.

Personál zařízení pro stanici 25-30 lůžek vykazující následnou péči

Dětské psychiatrické léčebny

(Specializovaná zdravotnická zařízení pro děti a dorost, cca 6-8 lůžek/100 000 obyvatel)

Tato zdravotnická zařízení jsou reprezentována jednak samostatnými celky-Dětskými psychiatrickými léčebnami, jednak dětskými a dorostovými odděleními při Psychiatrických léčebnách (dále v textu obojí DPL).

DPL poskytují odbornou diagnostickou a terapeutickou lůžkovou péči pacientům s komplikovanou problematikou medicínskou, pedagogickou a sociálně psychologickou, jejichž psychický stav vyžaduje komplexní a specializovanou péči. Těmto pacientům je poskytována zpravidla péče střednědobá a dlouhodobá. V regionech s nedostatkem, resp. absencí lůžek pro poskytování akutní pedopsychiatrické péče mohou DPL poskytovat i tuto péči.

Komplementární požadavky a konziliární služby

Povinností DPL je zajištění dostupnosti vyšetření a konziliárních služeb a nepřetržitě dostupnosti LPS nebo ÚSP podle charakteru a typu zařízení.

Přístrojové vybavení DPL je závislé na typu zařízení, struktuře a charakteru poskytované péče a kapacitě zařízení.

Interdisciplinární spolupráce

Spolupráce s pediatrií

Probíhá jak na úrovni konziliárních služeb, tak na úrovni dvojí péče (např. spolupráce dětského neurologa a dětského psychiatra u specifické skupiny epileptiků, atd.). V ČR nejsou zvláštní lůžková, ani ambulantní oddělení pro děti psychosomaticky nemocné. Péče probíhá konziliárně při hospitalizaci na pediatrii a pak formou péče dvou nebo více dětských odborníků.

Spolupráce s psychiatrií

Je inherentně dána tím, že náš obor je nástavbový na základní obor psychiatrie.

Spolupráce s psychology

Nejužší spolupráce se týká psychologů. Ti spolu se sociálními pracovníci tvoří základní tým pro pedopsychiatrickou péči. Nyní psychologové a psychiatři jsou samostatné subjekty, s individuálním vykazováním pojišťovně.

Spolupráce se školami

Velice důležitou součástí pedopsychiatrické péče je spolupráce s pedagogy základních škol a pedagogy, pracujícími ve všech formách speciálního školství (viz vyhláška 127/97).

Spolupráce se státními institucemi

Magistrát, obecní úřad, ministerstvo práce a sociálních věcí, soudy, policie- v součinnosti s pedopsychiatrem- řeší otázky nezletilých jak občanskoprávní, tak trestní.

PROGRAM PÉČE O NÁVYKOVÉ NEMOCI

Prevence a léčba návykových nemocí představuje multidisciplinární problematiku, zahrnující poruchy působené návykovými látkami a škodlivými návyky v širším slova smyslu. Obor má interdisciplinární charakter, ale zároveň využívá poměrně specifické léčebné i preventivní postupy.

1. Vymezení a charakteristika skupiny

Cílovou skupinou jsou osoby s duševními poruchami nebo poruchami chování, vzniklémi jako důsledek užívání psychoaktivních a návykových látek včetně alkoholu a tabáku, či jako důsledek patologického hráčství, a projevujícími se postupnými poruchami až konečnou ztrátou kontroly a vznikem závislosti, a osoby se somatickými komplikacemi při abuzu návykových látek.

Současně přibývá osob s vícečetnými poruchami, vzniklémi jako důsledek kombinace škodlivého užívání látek a jiného návyku. Do této skupiny patří také osoby s tzv. "duálními diagnózami" (kombinace duševní poruchy, či poruchy chování a závislosti na návykové látce nebo patologického hráčství). Řada osob z této skupiny má také závažné somatické onemocnění, vzniklé v souvislosti se škodlivým užíváním návykových látek.

Pacienti závislí na alkoholu nebo jiné návykové látce nebo závislostí ohrožení nejsou často ochotni vyhledat specializovanou léčbu, a jsou tedy léčeni např. u svého všeobecného lékaře, hepatologa apod.

Část těchto osob není schopna (aktuálně či trvale) abstinovat od návykových látek a vedle medicínské péče vyžaduje péči sociální.

Problematika návykových nemocí se netýká bezprostředně jen postižených (nemocných) osob, ale také jejich rodin.

2. Současný stav

Obor návykových nemocí se v průběhu druhé poloviny 20. století postupně specializuje a stává se interdisciplinární problematikou zasahující i do rezortu sociálních věcí, školství a řady dalších oborů.

Před rokem 1989 existovala v tehdejším Československu síť ordinací AT (pro alkoholismus a jiné toxikomanie), psychiatrická lůžková zařízení, specializované protialkoholní léčebny a záchytné stanice.

Po roce 1989 řada ordinací AT změnila svůj název na různá centra a řada lékařů zabývající se problematikou AT zprivatizovala, ale jen někteří z nich pokračují v péči o závislé. Celostátní síť ordinací pro prevenci a léčbu závislostí tím byla hrubě narušena a vznikla mylná představa, že ji lze nahradit nezdravotnickými zařízeními /sdržení, nadace, atd./.

V uplynulých desetiletích se trvale zvyšovala v ČR průměrná spotřeba alkoholu (z 6,0 l 100% alkoholu na osobu v roce 1960 na 9,5 l v roce 1991). V roce 1993 došlo k mírnému statistickému poklesu průměrné spotřeby alkoholu a po roce 1995 je patrný opětovný nárůst. Podíl osob hospitalizovaných pro závislost na alkoholu či její

komplikace byl a je vysoký (ve střední věkové skupině u mužů činí až 50%). V roce 1990 byl zaznamenán pokles počtu léčených osob pro alkoholovou závislost, od roku 1995 je však patrný opětovný nárůst. V roce 1998 dosáhla spotřeba alkoholu v ČR 9,8 l na jednu osobu za rok.

Rozsah užívání nealkoholových drog v ČR se v posledním desetiletí také výrazně změnil. Po roce 1989 v důsledku politických a socioekonomických změn došlo k prudkému nárůstu dostupnosti nezákonných drog i rozsahu jejich užívání. V ČR bylo ke konci roku 1997 odhadováno řádově deset tisíc osob závislých převážně na pervitinu (metamfetaminu) a heroinu, dalších přibližně 40 000 bylo zařazeno do kategorie "problémový uživatel" (při užívání převážně pervitinu, heroinu, organických rozpouštědel, LSD, ecstasy, produktů konopí, analgetik či hypnotik, aj.). Výrazný je rovněž nárůst počtu osob hospitalizovaných pro patologické hráčství.

Již před rokem 1989 existovala celostátní síť ordinací AT pro prevenci a léčbu závislostí, které se staraly od konce šedesátých let o pacienty s drogovou závislostí stejně jako o pacienty se závislostí na alkoholu. Jedině v Praze se ordinace AT zabývaly jen pacienty závislými na alkoholu, protože v Praze existovalo středisko pro drogové závislosti. S narůstajícím rozsahem problémů působených užíváním nealkoholových drog začala vznikat nízkoprahová, nezdravotnická zařízení, pečující výhradně o pacienty závislé na ilegálních drogách. Koncem roku 1998 bylo registrováno 257 zařízení zabývajících se problematikou abuzu nealkoholových drog. Z nich pouze 57% pečovalo o více než 50 pacientů. Takových zařízení bylo jen 146. Podle zřizovatele to byly fyzické osoby = privátní psychiatři v 82 ordinacích, magistrát, okresní a městské úřady = většina státních ordinací AT v počtu 34 a ostatní zřizovatelé /MZ, církve, jiné právnické osoby atd./ "centra" pečující výhradně o uživatele ilegálních drog v počtu 30 zařízení.

3. Charakteristika potřebné péče

Péče o osoby, jejichž problémy jsou způsobeny škodlivým užíváním návykových látek a patologickým hráčstvím, jsou problematikou interdisciplinární, která přesahuje nejen oblast psychiatrie, ale i celé zdravotnictví. Pouze odborná cílená a komplexní péče (kombinace medicínských, výchovných, resocializačních, ale i represivních opatření) prováděná v síti zařízení využívajících různorodých metod, má v rozvinuté společnosti naději na konečný efekt a na omezení nemalých škod, které užíváním návykových látek vznikají.

Pro efektivní léčbu závislostí je nezbytná velmi diferencovaná péče podle závažnosti a stupně závislosti, fáze rozvoje onemocnění, typu drogy, věku, přítomnosti somatických komplikací, psychosociálních dispozic jedince a případně komorbidit. Nezbytná je specializace pedopsychiatrů na léčbu návykových nemocí a jejich úzká spolupráce s odborníky na léčbu toxikomanií dospělého věku. Do spektra účinných postupů patří:

včasná intervence u osob experimentujících nebo v počátečním stadiu rozvoje onemocnění, ale i u závislých s akutní potřebou zdravotní nebo sociální péče;

ambulantní péče zahrnující formu od jednorázového poradenství přes motivační trénink, až po dlouhodobou a intenzivní péči u osob se škodlivým užíváním návykových látek a se závislostí na návykových látkách

lůžková péče v rámci psychiatrických léčeben a klinik (krátkodobá i střednědobá, v průměru od 1 do 6 měsíců hospitalizace);

dlouhodobá lůžková péče ve specializovaných zařízeních typu terapeutických komunit, zaměřená na léčení i resocializaci;

programy následné péče zahrnující chráněné dílny, chráněná obydlí, doléčovací a svépomocné skupiny;

programy zaměřené na snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog (tzv. "harm reduction").

4. Síť zařízení a programů pro léčbu a prevenci závislostí

Detoxifikační zařízení

Provádí léčení odvykacího syndromu, abstinečních příznaků spojených s přerušáním užívání návykové látky v případech, kdy nejsou ohroženy vitální funkce organismu.

Program se provádí v rámci odborného oddělení nemocnice, psychiatrické kliniky nebo psychiatrické léčebny, jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, popřípadě funguje jako samostatné zdravotnické zařízení funkčně provázané s jinými zařízeními.

Terénní programy

Jde o služby prvního kontaktu v terénu včetně komplexního programu "harm reduction" s cílem ovlivnit motivaci pacienta/klienta ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání příslušných odborných zařízení.

Program se provádí jako součást komplexního systému péče v působnosti jedné organizace, jako součást činnosti nízkoprahového kontaktního centra, popřípadě funguje samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace. Není nutný statut zdravotnického zařízení.

Kontaktní a poradenské služby

Jde o kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy "harm reduction", diferenciatně diagnostický filtr v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech.

Ordinace AT pro prevenci a léčbu závislostí

Jde o ambulantní léčbu v ordinacích AT, popřípadě i jiných zdravotnických zařízeních.

Jde o prevenci, poradenství, diagnostiku, krizovou intervenci, krátkodobou i dlouhodobou ambulantní péči ve formě psychoterapie, farmakoterapie a socioterapie u pacientů užívajících návykové látky, včetně pacientů s uloženou ochrannou protialkoholní nebo protitoxikomanickou léčbou nebo s uloženou léčbou alternativní. Program je součástí systému komplexní péče v působnosti jedné organizace, popřípadě funguje jako samostatné zdravotnické zařízení s funkční provázaností na další odborná zařízení a organizace.

Stacionární programy

Jde o strukturované programy denních, popř. nočních či odpoledních stacionářů v délce 3-4 měsíce. Přípustný je i program v trvání 6 týdnů.

Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Týká se lůžkové péče na samostatných odděleních psychiatrických léčeben a klinik, na samostatných specializovaných odděleních všeobecných nemocnic, popřípadě v samostatných zdravotnických zařízeních, v trvání 1-6 měsíců pro osoby závislé na návykových látkách a pro patologické hráče.

Rezidenční péče v terapeutických komunitách

Jde o střednědobou a dlouhodobou lůžkovou odbornou péči v zařízeních typu terapeutických komunit, v délce 6-18 měsíců.

Programy jsou zaměřené na resocializaci závislých osob po ukončené odvykací léčbě, zahrnující jak samotné doléčovací programy, tak programy chráněných pracovišť, chráněného bydlení či svépomocné aktivity.

Ambulantní doléčovací programy

Jsou strukturované na intenzivním ambulantním doléčování, částečně na principu odpoledních stacionářů v délce minimálně 6 měsíců. Mezi ambulantní doléčovací programy patří i činnost organizací AA – anonymních alkoholiků a AT – anonymních toxikomanů. Součástí doléčovacích programů je i chráněné bydlení a chráněná pracoviště /lépe bydlení a pracoviště s dohledem/ - resocializace.

Speciální programy metadonové substituce

Jde o ambulantní udržovací léčbu metadonem s doprovodnou psychosociální komponentou s programem dosažení abstinence, nebo s programem dlouhodobé substituce na dobu delší než 12 měsíců.

Metadonová substituce nevylučuje i další substituční programy se závislostí na návykových látkách, neschopných aktuální či trvalé abstinence.

Ordinace ambulantních psychiatrů

zaměřené především na diferenciální diagnostiku a psychiatrické komplikace při užívání návykových látek. Tato pracoviště by měla poskytovat i léčbu osobám, kterým byla uložena ochranná nebo alternativní léčba.

Detenční ústavy

Jde o zařízení dlouhodobé péče pro osoby s těžkým organickým postižením, vzniklým jako důsledek závislosti na návykových látkách a ohrožující sebe nebo své okolí.

Specializovaná zařízení pro děti a mládež

Poskytující komplexní péči při poruchách způsobených užíváním návykových látek u dětí a mladistvých /pozn.: Zatím chybí/

Protialkoholní záchytné stanice

s prodlouženým pobytem pro osoby s ohrožením zdraví při intoxikaci alkoholem /kromě osob s postižením vitálních funkcí/

Telefonické linky pomoci

pro osoby s problematikou abuzu alkoholu a ostatních drog.

PROGRAM PÉČE O OSOBY S DLOUHODOÝM PSYCHICKÝM POSTIŽENÍM

1. Vymezení a charakteristika skupiny

Do této skupiny patří osoby s duševním onemocněním, jehož průběh má dlouhodobý charakter a v jehož důsledku již došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností, či toto nebezpečí hrozí.

Z klinického diagnostického hlediska jde o některé z pacientů s vážnější formou neurotického onemocnění či poruch osobnosti a o velkou část pacientů s diagnosou psychotického onemocnění. Do této skupiny taktéž patří pacienti s primární diagnosou mentálního postižení a přidruženou psychiatrickou diagnosou. Skupina je charakteristická značnou vulnerabilitou svého stavu, vysokou citlivostí na stresové situace různé povahy a rizikem selhávání v běžných životních aktivitách. U osob z této skupiny může docházet ke stavům, kdy v důsledku nemoci nejsou schopny rozpoznávat důsledky svého jednání, nejsou schopny toto jednání samy bezprostředně korigovat a někdy jim schází náhled na nemocnost svého stavu. Dochází k situacím, kdy samy pomoc nevyhledávají, i když jsou v akutním stavu nemoci. Pacienti z této skupiny si často nejsou schopni hájit své zájmy a svá práva. Onemocnění těchto osob může znamenat vysokou zátěž pro rodinu a nejbližší okolí, na druhé straně postoje rodiny mohou ovlivnit průběh onemocnění.

2. Popis současného stavu

Pacienti této skupiny tvoří až 40% klientely psychiatrických léčeben a jsou skupinou, která tvoří velký podíl klientely mnohočetných a dlouhodobých hospitalizací. Péče o tyto pacienty se v současné době odehrává převážně v psychiatrických léčebnách, v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a v psychiatrických ambulancích. Další typy péče, zvláště pak ty, které jsou orientované na readaptaci pacientů v běžných životních podmínkách, jsou zatím rozvinuty minimálně a v některých regionech vůbec ne. Na rozdíl od EU nejsou legislativně upraveny.

3. Charakteristika potřebné péče

Nejsou známy specifické efektivní způsoby primární prevence. Významná je však sekundární a terciární prevence, které jsou schopny výrazně snížit negativní průběh nemoci a jeho sociální dopady na nemocného. Jde o včasnou pomoc ve všech oblastech psychologických, sociálních a pracovních funkcí. Péče musí být uspořádána tak, aby v rámci léčení docházelo co nejméně ke ztrátě kontaktu pacienta s jeho běžným životním prostředím, aby pomoc byla maximálně nasměrována na běžné životní podmínky.

Z tohoto hlediska mají v potřebné síti zařízení výjimečné postavení ty její složky, které v systému péče doposud chyběly nebo byly nedostatečně zastoupeny: domácí léčení a péče, denní stacionář, denní sociální centrum, zařízení a programy podpory práce a zaměstnávání, chráněné bydlení a příprava pro samostatné bydlení a centra krizové intervence pro dlouhodobě duševně nemocné. Optimálním zařízením je takové, které podává služby komplexní.

Zvláště u této skupiny je důležité, aby pomoc měla kontinuální charakter, aby byl vytvářen multidisciplinární přístup a princip případového vedení (case managementu). Je nezbytná návaznost a koordinovanost různých typů pomoci a

podpory, včetně spolupráce mezi intermediární, lůžkovou a ambulantní péčí, a péčí sociální a zdravotní. Systém péče musí být schopen aktivně vyhledávat nemocné, kteří nejsou schopni si sami zajistit adekvátní pomoc a kteří jsou v riziku zhoršení zdravotního stavu či výrazné sociální nouze, a vhodně je motivovat ke spolupráci. V každé fázi nemoci je zapotřebí hledat co nejméně restriktivní formy pomoci a i v případech, kdy je potřeba rozhodnout o dalším postupu péče bez souhlasu pacienta, je důležité jej co nejvíce do rozhodovacího procesu zapojit.

Důležitá je včasná, dlouhodobá práce s rodinou a i její podpora.

4. Potřebná síť zařízení, služeb a programů

Praktický lékař

Je lékařem prvního kontaktu. Má největší možnost znát rodinné zázemí. Je důležitý v časném nasměrování pacienta na adekvátní odbornou pomoc a v další koordinaci postupu pomoci somatické, psychiatrické i sociálně pracovní. Zvláště v oblastech s nedostatkem odborných psychiatrických služeb může být jeho role v pomoci vážně duševně nemocným velmi významná.

Ambulantní psychiatr

je nejčastěji místem prvního kontaktu pacienta s odbornými psychiatrickými službami. Provádí základní diagnostiku, poskytuje farmakoterapeutickou a základní psychoterapeutickou péči. Má důležitou roli v dispenzarizaci a v dlouhodobé koordinaci péče o pacienta. Speciálně vzdělaní psychiatři poskytují systematickou psychoterapii.

Veřejný psychiatr

Vybraní psychiatři poskytují péči ve zvýšeném veřejném zájmu.

Klinický psycholog

Provádí psychologickou diagnostiku, poskytuje psychoterapii s cílem posílení schopnosti nemocného obstát v běžných životních podmínkách.

Krizové intervence

Jde o bezprostřední psychiatrickou, psychologickou, psychoterapeutickou a socioterapeutickou pomoc v náhle vzniklých situacích, které pacient není schopen sám zvládat (dekompenzacích stavu pacienta). Krizová intervence je poskytována dle aktuální situace např. v místě bydliště pacienta (mobilní výjezdová jednotka) nebo v zařízení k tomu uzpůsobeném. Pracoviště poskytující tuto službu zprostředkovává další následné potřebné služby.

Denní stacionář

Poskytuje specializovaný léčebně preventivní program pro dlouhodobě duševně nemocné jak v akutních fázích nemoci, tak pro následnou péči. Jeho činností je zejména poskytování systematické psychoterapie a psychosociální rehabilitace. Vedle toho poskytuje další zdravotní péči.

Lůžkové psychiatrické oddělení

Poskytuje krátkodobější pobyt na lůžku za účelem diagnostiky a odbornou pomoc v akutních stavech nemoci, včetně situací kdy pacient z důvodů nemoci ohrožuje sebe či své okolí. Provádí bezprostředně potřebnou terapii (farmakoterapie, psychoterapie, pracovní terapie...) a zajišťuje předání pacienta do dalších potřebných služeb.

Psychiatrická léčebna

V místech s prozatím nedostupnou lůžkovou péčí psychiatrických oddělení nahrazuje jejich funkci akutní, krátkodobé léčby. Převážně však slouží pro dlouhodobější terapii a rehabilitaci pacientů, kteří aktuálně nejsou schopni samostatného života v běžných životních podmínkách. Psychiatrické léčebny mají i funkci dlouhodobého asyly, jak pro pacienty, kteří by byli schopni života mimo ústavní zařízení, avšak za zvláště upravených podmínek, které v daném místě ještě nejsou vytvořeny, tak pro skupinu, která ani za těchto podmínek nebude schopna života v komunitě.

Centrum denních aktivit

Poskytuje celodenní strukturované i nestrukturované programy se zaměřením na podporu sociálního zázemí pacientů, nácviku v oblasti každodenních praktických dovedností a pracovních dovedností. Podporuje aktivní zapojení pacientů i do vlastního vedení zařízení. Aktuální kapacita max. 30 pacientů denně.

Programy podpory práce a zaměstnávání

Smyslem programů podpory práce a zaměstnávání je obnovení, zlepšení a udržení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny. V návaznosti na to je dalším cílem těchto programů posílení sebedůvěry a zlepšení zdravotního stavu. Služby jsou přizpůsobeny individuálním potřebám uživatelů, kteří jsou znevýhodněni na trhu práce takovým způsobem, že potřebují podporu přímo na pracovišti.

Formy podpory práce a zaměstnávání

Liší se podle toho, zda je více kladen důraz na obnovení, zlepšení či udržení dovedností. Jsou to například:

Rehabilitační a chráněná dílna

Je to pracoviště pro 5-15 osob se zkrácenou pracovní dobou, vhodným výrobním programem, prostředím s nízkým tlakem na výkon, přátelským klimatem a odbornou supervizí.

Sociální firmy a sociální družstva

Specifickou formou je vytváření sociálních firem, což jsou samostatné provozy či podniky. Představují specifická pracoviště pro osoby s duševním onemocněním. Setrvání na pracovním místě není časově omezeno. Součástí takového podniku bývá obvykle i účast nemocných na řízení a rozhodování. Provoz takového podniku je podporován státem a je zapojen v běžném tržním prostředí, často ve sféře služeb.

Přechodné zaměstnávání

Na vybraná pracovní místa v běžných podnicích jsou zařazováni na časově omezenou dobu nemocní za podpory sociálních pracovníků či sociálních terapeutů. Mohou tak absolvovat více přechodných pracovních míst. V případě výpadku či selhávání je nemocný nahrazen jiným klientem nebo dočasně pracovním terapeutem či sociálním pracovníkem. Součástí systému je klub zájemců o pracovní zařazení a služba vyhledávající vhodná místa.

Podporované zaměstnávání

Spoluprací se zaměstnavateli je možné nalézat vhodná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách. V podporovaném zaměstnávání jsou lidé s duševním onemocněním zaměstnáni na běžných pracovních místech bez časového omezení. Sociální pracovníci či pracovní terapeuti jim podle potřeby poskytují podporu.

Podpora bydlení

Systém různých typů bydlení, odlišujících se mírou podpory a tréninku ze strany odborného personálu. Poskytuje podmínky pro nácvik v samostatnosti vedení domácnosti; umožňuje pacientům s dlouhodobě či celoživotně limitovanou mírou samostatnosti život mezi běžnou populací.

Dají se rozlišit například:

a/ společné bydlení cca 10 osob

se 24 hodinovou asistencí

b/ společné byty s externí pomocí poskytovanou odborným týmem

c/ samostatné byty s externí pomocí poskytovanou odborným týmem

Případové vedení (case management)

U duševně nemocných s potřebou komplexní dlouhodobé péče zajišťuje péči současně několik služeb v rámci jednoho léčebně - rehabilitačního plánu. Koordinátorem práce s klientem je pracovník, který společně s nemocným a ve spolupráci s dalšími odborníky a nemocným vytváří a reviduje léčebně - rehabilitační

plán, sleduje jeho plnění, zprostředkovává kontakt nemocného s potřebnými službami.

Tito pracovníci jsou zapojeni v týmu, aby byla zajištěna jejich zastupitelnost a nepřetržitost péče. Funkci případového vedení může zastávat jakýkoliv odborník z uváděných služeb, může ji zastávat výlučně či souběžně s poskytováním péče podle odbornosti či typu služby, kterou poskytuje.

Domácí péče a domácí léčba

Domácí péče je určena lidem, kteří potřebují podporu a trénink dovedností potřebných k bydlení doma. Kromě toho může nabýt i podoby léčby v domácím prostředí (farmakoterapie, ošetrovatelská péče, psychoterapie, práce s rodinou). Může být zavedena po hospitalizaci, a tak lze zkrátit dobu pobytu v lůžkovém zařízení a usnadnit propuštění. V některých případech může hospitalizaci nahradit.

Domácí péče může být součástí činnosti kteréhokoliv psychiatrického zařízení anebo může být vykonávána v rámci agentury domácí péče.

Dále je zajištěna spolupráce psychiatra, klinického psychologa a pečovatelek.

PROGRAM PRO LÉČBU PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

1. Vymezení a charakteristika skupiny



Poruchy příjmu potravy (dále PPP), mentální anorexie a bulimie, vznikají převážně u žen a dívek v adolescenci a v rané dospělosti. Představují modelovou psychosomatickou jednotku, která vyžaduje somatickou a specializovanou psychiatrickou a psychoterapeutickou léčbu. Onemocnění vede často k somatickým až invalidizujícím komplikacím, k ovlivnění reprodukčních schopností k chronickému průběhu se zvýšenou sebevražedností a mortalitou. Často má nepříznivé důsledky v sociální oblasti (rodina, škola, zaměstnání), včetně trestné činnosti. Pacientů s poruchami příjmu potravy i dalších typů psychosomatických onemocnění přibývá po celém civilizovaném světě. Zatímco v západních zemích se incidence zvýšila až desetkrát v posledních třiceti letech, u nás dle dostupných dat k podobnému nárůstu (i když zatím dokumentovanému pouze celkovým počtem hospitalizací) dochází v posledním desetiletí - v ČR se od roku 1993 do roku 1995 celkový počet hospitalizací zdvojnásobil (12 hospitalizací na 100 000 obyvatel); ve srovnání s rokem 1981 je pětinašobný.

2. Současný stav

Dosavadní specializovaná péče pro PPP a pro ostatní psychosomatické pacienty se rozvíjela neplánovitě v souvislosti s narůstajícími počty nemocných. Léčba PPP má oproti ostatním somatickým, psychiatrickým i psychosomatickým onemocněním své zvláštnosti, které je třeba respektovat při zřizování dalších zařízení i v postgraduální výchově specialistů, včetně supervizí. Celostátně vznikla potřeba dalších specializovaných zařízení.

3. Charakteristika potřebné péče

Povaha onemocnění vyžaduje komplexní a diferencovanou péči s přihlédnutím k somatickému a psychickému stavu, k poruše osobnosti i k dalším komorbiditám, k průběhu onemocnění, k sociálnímu a především rodinnému prostředí. Pro zajištění kvalitní péče je třeba edukace zdravotníků v primární péči, specialistů, psychiatrů a psychologů, dále je nezbytná i specializovaná terapeutická síť zařízení a interdisciplinární spolupráce včetně programů, které mohou být společné i pro ostatní psychosomatické poruchy, event. pro návykové stavy. V některých případech lze mimo pacienty s PPP ošetřovat i další psychosomatické nemocné (má-li lůžkové či ambulantní pracoviště potenciál péče somatické i psychoterapeutické rodinné terapie, individuální a skupinové psychoterapie a rehabilitace).

Za nezbytné lze považovat programy postupné diferencované péče od poradenství, časnou intervenci u pacientů i u rodinných příslušníků u počínajících onemocnění, svépomocných skupin s různým podílem profesionální supervize či spolupráce, svépomocných manuálů, telefonní pomoc, práce s rodinou, rodinnou terapii, krátkodobé cílené, střednědobé i dlouhodobé ambulantní intervence, hospitalizace na psychiatrických odděleních i na specializovaných jednotkách, popřípadě i v psychiatrických léčebnách, možnosti realimentace na specializovaných metabolických jednotkách, intermediární psychiatrickou péči.

4. Síť zařízení:

Ambulance praktických a odborných lékařů

jsou místem prvního kontaktu a měly by být schopny včas a správně diagnostikovat PPP, motivovat a předávat pacienta k další léčbě.

Specializované ambulance pro PPP

zajišťují systematickou ambulantní léčbu PPP. Spolu s krizovými centry zabezpečují i bezprostřední psychologickou, psychiatrickou a socioterapeutickou pomoc v náhle vzniklých dekompenzacích pacienta.

Denní stacionáře

mohou poskytovat specifické strukturované terapeutické a rehabilitační programy pro pacienty s PPP. V případě potřeby mohou být využity i další programy a služby intermediární péče (chráněné zaměstnání a bydlení, kontaktní protidrogová centra a podobně), případně lázeňská léčba.

Psychiatrická oddělení nemocnic či samostatné specializované jednotky pro poruchy příjmu potravy

Slouží především pro pacientky, které selhaly v ambulantní péči nebo s výraznou komorbiditou, nebo tam, kde není dostupná jiná specializovaná léčebná modalita.

K léčbě lze využít i vyhrazená lůžka somatických oddělení a metabolické jednotky interních oddělení určené pro těžké malnutriční stavy; zde je důležitá i konziliární psychiatrická služba

Psychiatrická léčebna

Slouží pro dlouhodobější terapii, především rehabilitaci a resocializaci pacientů.

Potřeba ambulantních míst a nespécializovaných lůžek je zahrnuta v počtech pro psychiatrii všeobecně. Specializovaná ambulance by měla být pro oblast 300 000 obyvatel (1 psychiatr, 1 psycholog, 1 zdravotní sestra a specializovaná lůžková jednotka (6 - 15 lůžek) by měla existovat pro spádovou oblast 500 000 obyvatel.

Léčebné programy je třeba průběžně a včas upravovat vzhledem k měnícím se podmínkám a rozvoji problematiky.

PROGRAM PÉČE O PACHATELE TRESTNÉ ČINNOSTI S DUŠEVNÍ PORUCHOU

1. Vymezení a charakteristika skupiny

Psychiatrická, sexuologická, protitoxikomanická a protialkoholní péče je poskytována všem osobám, u nichž soud určil ochranné léčení ústavní (OLÚ) nebo ambulantní (OLA). Ve věznicích ČR na OL čekají stovky osob (roku 1999 to byly 644 osoby). Často jde o pacienty prizonizované, nemotivované a extrémně společensky nebezpečné. Diagnosticky představují velký rozptyl (psychózy, organické poruchy, závislosti, mentální retardace, epilepsie, poruchy sexuální preference, poruchy osobnosti).

2. Současný stav

Úspěšnost OL je limitována kvalitou expertizy. Nekvalitní soudně znalecké posudky pak vedou k nařizování neindikovaných OL. Neexistují znalecké komise, které by se vyjadřovaly ke správnosti těchto indikací. Nikde v ČR není specializované soudně psychiatrické oddělení k pozorování duševního stavu osob stíhaných na svobodě.

Ačkoliv §72 odst. 7. Tr. Zák. předpokládá zahajování OL již v době výkonu trestu, je zatím zahajováno pouze OL sexuologické ve věznici Kuřim (32 míst). Ostatní druhy OL jsou vykonávány v psychiatrických léčebnách. Komunikace mezi vězeňskou službou a zdravotníky trpí nedostatkem informací o průběhu výkonu trestu a charakteristikách odsouzených. Pachatelé stíhaní na svobodě oddalují nástup OL a spolupráce s policií ČR není v tomto směru optimální.

Ústavní OL se provádí podle stanovené územní rajonizace, zatímco rajonizace OLA chybí. Rozpadla se síť ambulantních zařízení v bývalých OÚNZ, soudy nevědí, komu adresovat nařízení OLA, probační úředníci mají problémy při sledování OLA. Specializované OL není zdaleka poskytováno ve všech psychiatrických léčebnách. Pacienty určené pro OLÚ protialkoholní a protitoxikomanické některé PL zcela odmítají hospitalizovat. Chybějí metodické pokyny pro OL, sladěné s evropskými standardy.

OL je financováno výhradně z prostředků solidárního zdravotního pojištění, resort spravedlnosti na jeho výkon nepřispívá. Převádění pacientů z OLÚ do OLA vážně, na návrhy zdravotníků k přeměně formy OL reagují soudy s průtahy. Tím dochází ke značným ekonomickým ztrátám.

Menší komplikace v OL působí osoby nepřičetné pro duševní chorobu. Zato pacienti s poruchou osobnosti – sabotující léčbu – bývají neovzvládnutelní v běžných psychiatrických léčebnách, odkud utíkají, maří OL a ztěžují výkon OL ostatním pacientům. Na toto maření úředního rozhodnutí reagují orgány justice pomalu a nedůsledně.

Nemajetným pacientům se nepřispívá na cestovné při ambulantních kontrolách. Ambulance nejsou personálně ani technicky připraveny pro kvalitní výkon OL (sociální pracovníci, laboranti, přístrojové vybavení). Potřebnou agendu spojenou s OLA nikdo ambulantním lékařům neplatí.

3. Charakteristika potřebné péče

Soudní znalci podléhají orgánům Ministerstva spravedlnosti a soudům ve smyslu zákona o znalcích a tlumočnících. Soustavné doškolování organizuje zdravotnictví prostřednictvím kabinetu soudní psychiatrie IPVZ. Zpřístupnění zdravotnické dokumentace znalcům, nutné k vypracování posudku, vyžaduje novelizaci příslušných právních norem. Je nutno zřídit expertní komise při krajských soudech, které by kontrolovaly kvalitu posuzování pro OL.

Je ekonomické zahajovat OL v době výkonu trestu, k tomu je zapotřebí zřídit specializovaná střediska OL ve věznicích. Informace o chování, zdravotním stavu a průběhu výkonu trestu odsouzených mají být průběžně předávány navazující zdravotnické péči v zařízení vykonávajícím OL. Pracovníkům resortů Ministerstva vnitra, spravedlnosti a zdravotnictví je nutno zajistit doškolování v systematickém zacházení s těmito odsouzenými. Vhodná se jeví forma společných vzdělávacích akcí a stáží. Probační a mediační služba justice převezme část úkolů ve sledování a kontrole OLA.

Prioritní potřebou je vypracování standardů ochranného léčení ve všech jeho podobách. IPVZ musí věnovat zvýšenou pozornost přípravě odborníků pro výkon OL. O ukončení nebo přeměně formy OL má zpravidla rozhodovat nový znalecký posudek. Nařizování OL na dobu určitou může ochránit pacienty před neúměrným prodlužováním OLÚ. Nařizování OL i příčetným pachatelům má přinést rekodifikace trestního zákona. Nahodile zvolená pracoviště pro OLA je třeba nahradit sítí veřejné zdravotní péče, jasně rajonizované pro výkon OL.

Doplnění dosavadní soustavy zařízení pro výkon OL detenčním ústavem je nezbytné. Ostrahu nebezpečných kriminálních recidivistů nemůže zdravotnictví samo zajistit. Očekává se meziresortní spolupráce při zřízení tohoto ústavu. K tomu je třeba nového právního institutu ochranné detence.

4. Síť zařízení pro osoby v ochranném léčení

Specializovaná oddělení velkých psychiatrických léčeben

s kapacitou 20 lůžek na 1 milion obyvatel pro výkon OLÚ sexuologického a totéž pro výkon OLÚ protitoxikomanického, 40 lůžek na 1 milion obyvatel pro OLÚ psychiatrické, lůžek pro OLÚ protialkoholní.

Detenční ústav

s kapacitou 60-100 míst pro osoby zvláště společensky nebezpečné s duševní poruchou, odmítající OL, pro celou ČR.

Ambulantní péče o osoby v OL

bude součástí sítě veřejné zdravotní péče, pro sexuologické OLA je žádoucí 1 ambulance na 250 000 obyvatel (sexuolog, psycholog, sociální pracovníce, SZP, laborant). AT veřejná ambulance na 100 000 obyvatel.

PŘÍLOHA - TABULKY:

2.1. navrhovaná síť péče

2.2.1. Přehled personálu sítě psychiatrických služeb (vztaženo na 100 000 obyvatel) - desetiletý výhled

2.2.3. Počet kvalifikovaných pracovníků v lůžkové péči

2.4. Restrukturalizace stávající sítě lůžkové péče - výhled na 10 let

Všechny tabulky jsou jenom vodítko; je nutno mít na paměti, že ve velkých aglomeracích je větší koncentrace problémů s většími důsledky a rovněž menší možnost spontánní pomoci ze strany okolí, proto musí být síť hustší

Tabulky 2.1. Navrhovaná síť péče, 2.2. Personální zajištění psychiatrických služeb a 2.2.1. Přehled personálu sítě psychiatrických služeb (na 100 000 obyvatel – desetiletý výhled) viz návrh Pěč /následuje za původními tabulkami/

2.1. Navrhovaná síť péče

Zařízení, služby	Počet zař. v regionu (100 tis. obyvatel)	Kapacita na 100 tis. obyv.	Poznámka (u zařízení nově se rozvíjejících nelze stanovit přesné počty)
ČÁST AMBULANTNÍ			
Psychiatrická ambulance	3		
Psychiatrická ambulance- veřejná péče	1		
AT /pro prevenci a léčbu závislostí/ (Hampl)	1		1 LM (Hampl)
Dětská psychiatrická ambulance	1		1 pedopsychiatr
Dětská psychiatrická ambulance - veřejná péče	1		součást DPA, 0,25 úvazku psychiatra
Ambulance poruch příjmu potravy	0,3		spádová oblast 300 tis. obyv.
Ambulance psychiatrické sexuologie	Brichecín: 1		
Ambulance klinických psychologů			
ČÁST INTERMEDIÁRNÍ			
Krizová centra (KC)	1		

Pedopsychiatrické krizové centrum	1*	4-6 míst	* ve velkých aglomeracích je nutný větší počet zařízení
Denní stacionáře (DS)	1-2	20-50 míst	
Geriatrický DS	1	35 míst	
Pedopsych. DS	1*	7-14 míst	* ve velkých aglomeracích je nutný větší počet zařízení
DS pro závislé			
DS pro poruchy příjmu potravy			
Domácí péče a léčba	1	5-10 pac/den	
Case management	1	5-10 pac/den	
Geriatrický komunitní tým	0,3		spádová oblast 300 tis. obyvatel
Záchytná stanice			
Kontaktní centrum pro závislé			
ČÁST LŮŽKOVÁ			
Lůžka akutní péče	0,5	40 lůžek	spádová oblast 200 tis. obyvatel
Pedopsychiatrické diagnosticko - terapeutické centrum			K diskusi
Pedopsychiatrické odd. Nemocnice (kliniky + pedopsychiatrické kliniky)		2 lůžka	
Odd. pro poruchy paměti	(0,1)	1 lůžko	spádová oblast 1 milion obyvatel
Psychogeriatrické odd. Nemocnice		1,6 lůžka	8 oddělení v ČR (a 20 lůžek)
Bričcín: lůžka pro ochranné léčení psychiatrické	4 lůžka		Nadregionálně 10 oddělení po 40 lůžkách ve velkých PL pro OLÚ psychiatrické
Bričcín: lůžka pro ochranné léčení sexuologické	2 lůžka		Nadregionálně 10 odd. po 20 lůžkách pro OLÚ sexuologické
Detox. Jednotka			
Lůžka následné péče		60 lůžek	
Lázně pro doléčování psychických poruch			
Pedopsychiatrické odd. psychiatrické léčebny		2-2,5	
Dětská psychiatrická léčebna		3,5-4 lůžek	současný stav

		6-8 lůžek	světový průměr
Psychogeriatrické odd. psychiatrické léčebny		20 lůžek 13 lůžek	současný stav výhled
ČÁST MEZIRESORTNÍ			
Sociální centra, kluby	2	20-30 míst ?	1 pro dlouhodobě duševně nemocné 1 pro závislé
Chráněné bydlení - kolektiv - chr. Byty	2 4-5	20 míst 20 míst	
Chráněná práce	3-6	30 míst	
Ošetrovací ústav s psychogeriatrickou péčí		5	6-10 ústavů v ČR
Terapeutická komunita pro závislé			
Brichcín: Detenční ústav meziřesortní		0,6-1	1 zařízení pro ČR

2.2. Personální zajištění psychiatrických služeb

Zařízení, služby	Počet zař. v regionu (100 tis. obyvatel)	Kapacita na 100 tis. obyv.	Poznámka
PA	3		
PA- veřejná péče	1		
AT	1		1,0 LM (Hampl)
DPA	1		1 lékař
DPA - veřejná péče	1		součást DPA, 0,25 úvazku psychiatra
Abulance PPP	0,3		spádová oblast 300 tis. obyvv.
Krizová centra	1		
Pedopsych. KC		4-6 míst	
KC pro závislé			
Denní stacionáře	1-2	20-50 míst	
Geriatr. DS	1	35 míst	
Pedopsych. DS	1*	7-14	* ve velkých aglomeracích bude třeba
DS pro závislé			
DS pro PPP			
Domácí péče a léčba	1	5-10 pac/den	
Case management	1	5-10 pac/den	
Soc. centra, kluby	2	20-30 míst	1 pro dlouhodobě duševně nemocné
Chr. bydlení - kolektivní	2	20 míst	

Chr. Práce	3-6	30 míst	
Ger. kom. Tým	0,3		spádová oblast 300 tis. obyvatel
Záchytná stanice			
Lůžka akut. Péče	0,5	40 lůžek	spádová oblast 200 tis. obyvatel
Pedopsych. dg-t.c.			
Pedopsych. odd. Nemocnice		2lůžek	
Odd. pro poruchy paměti	(0,1)	1 lůžko	spádová oblast 1 milion obyvatel
Psychoger. odd. Nemocnice		1,6 lůžka	8 oddělení v ČR (a 20 lůžek)
Detox. Jednotka			
Lůžka násl. Péče		60 lůžek	
Brichcín. Odd. OLÚ psychiatrického		4 lůžka	
Odd. OLÚ sexuologického		2 lůžka	
Pedopsych. odd. PL		2,5	
Dětské PL		3,5 lůžek	současný stav
Psychoger. odd. PL		20 lůžek	současný stav
Ošetř. ústav s psychoger. Péčí		5	6-10 ústavů v ČR
Ter. komunita pro záv.			
Forenz. zař. s ostrahou		0,6-1	1 zařízení pro ČR

2.2.1. Přehled personálu sítě psychiatrických služeb (na 100 000 obyvatel) - desetiletý výhled

AKP: klinický psycholog nemůže být v zařízeních ambulantní péče řešen jako součást psychiatrických zařízení, nýbrž buď vypuštěn zcela a řešen v síti oboru klinická psychologie či uveden ve dvou samostatných řádcích jako “ambulance klinického psychologa” a “ambulance dětského klinického psychologa”

Zařízení, Služby	Profese								
	Psychiatr	Jiný lékař		Vyš. ZP	Psych.ošetř	Soc. pr.	Rhb. pr.	Ergo/ prac.ter.	Jiní
PA	3				1,5	1,5			
PA- veřejná péče	1				0,5	0,5			
Brichcín: sexuol. Ambulance – veřejná péče	1		1		1	1			
AT	1variant. nebo	Variantn ě 1 LM (Hampl)			1,5	1,5			
DPA	1				0,5	0,5			
DPA - veřejná péče	0,25				0,25	0,25			
Ambulance PPP	0,3				0,3				
Krizová centra	1		1	1	2	1			
Denní stacionáře	1,5		1,5	1	2	1	1	1	
Domácí péče a léčba				1	2	1	0,5		
Case management				1,5	1	1			

Soc. centra, kluby						1	1	1	1	
Chr. bydlení				3	3	8	3		1	
Chr. Práce				2		1		6	1	
Psychoger. péče	0,5					1				
Lůžka akut. péče	7		1 AKP			18	1	0,6	1	4
Lůžka akut. Péče – pedo										
Lůžka násl. péče	5		1 AKP			18	1	0,8	3	6
Lůžka násl. Péče – pedo										
Pedopsych. dg-t.c.	1		1 AKP			1	0,5			
Detox. jednotka	Z technických důvodů nelze upravit do tabulky, ale: 1. OLPsych: psychiatr 2, klin.psychol.3, vyš.ZP 1, psych.ošetř. 30, soc.pr. 1, RHB 0,5, prac. Ter. 2, jiní OP 2 2. Oddělení sex. OL: psych. 0, jiný lékař 2, klin.psychol. 2, vyš. ZP 1, psych. Ošetř. 15, soc.pr. 1, RHB 0,5, prac.ter. 1, jiní OP 2									
Ter. komunita pro záv.										
Břichcín: Oddělení OLPsych.										
CELKEM	22,55	0	AKP 12,55	9,5	51,55	21,75	6,9	12	13	
Celková potřeba personálu	136,8									

SPECIÁLNÍ KOMIS – zvednout VMA? –

zrušit kolonku počet zařízení v regionu.

Rozpětí

U VMA je nutno počet navýšit na:....

Vaněk dá BAUDIŠOVI, Baudiš mě ty počty

Pěč: 2.1. Navrhovaná síť péče VMA – velkoměstská aglomerace, VO – venkovská oblast;

Zařízení, služby	Počet pracovníků (odborných VŠ – lékařů či kl. Psych.) v regionu (100 tis. obyvatel)	Kapacita na 100 tis. obyv.	Poznámka (u zařízení nově se rozvíjejících nelze stanovit přesné počty)
ČÁST AMBULANTNÍ			
Psychiatrická ambulance	VMA 3, VO 3		
Psychiatrická ambulance-veřejná péče	VMA 1,5, VO 1	Tento sloupec zrušit; <i>z technických důvodů nelze provést v režimu korektura</i>	



AT /pro prevenci a léčbu závislostí/ (Hampl)	VMA 1,5, VO 1		1 LM (Hampl)
Dětská psychiatrická ambulance	VMA 1, VO 1		1 pedopsychiatr
Dětská psychiatrická ambulance - veřejná péče	VMA 0,5, VO 0,25		součást DPA, 0,25 úvazku psychiatra
Ambulance poruch příjmu potravy	VO 0,3		spádová oblast 300 tis. obyv.
Ambulance psychiatrické sexuologie	Brichcín: 1		
Ambulance klinických psychologů	VMA 6, VO 5		
ČÁST INTERMEDIÁRNÍ			
	<i>Tento sloupec zrušit; z technických důvodů nelze provést v režimu korektura</i>		
Krizová centra (KC)			1 zařízení na 100 000 obyv.
Pedopsychiatrické krizové centrum		4-6 míst	
Denní stacionáře (DS)		50 míst	
Geriatrický DS		35 míst	
Pedopsych. DS		7-14 míst	
DS pro závislé			
DS pro poruchy příjmu potravy			
Domácí péče a léčba		8-12 pac/den	
Case management			? Nelze /den
Geriatrický komunitní tým			spádová oblast 300 tis. Obyvatel
Záchytná stanice			
Kontaktní centrum pro závislé			
ČÁST LŮŽKOVÁ			
Lůžka akutní péče	<i>Tento sloupec zrušit; z technických důvodů nelze provést v režimu korektura</i>	40 lůžek	spádová oblast 200 tis. obyvatel
Pedopsychiatrické diagnosticko - terapeutické centrum			K diskusi

Pedopsychiatrické odd. Nemocnice (kliniky + pedopsychiatrické kliniky)		2 lůžka	
Odd. pro poruchy paměti		1 lůžko	spádová oblast 1 milion obyvatel
Psychogeriatrické odd. nemocnice		1,6 lůžka	8 oddělení v ČR (a 20 lůžek)
Brihcín: lůžka pro ochranné léčení psychiatrické	4 lůžka		Nadregionálně 10 oddělení po 40 lůžkách ve velkých PL pro OLÚ psychiatrické
Brihcín: lůžka pro ochranné léčení sexuologické	2 lůžka		Nadregionálně 10 odd. po 20 lůžkách pro OLÚ sexuologické
Detox. jednotka			
Lůžka následné péče		60 lůžek	
Lázně pro doléčování psychických poruch			
Pedopsychiatrické odd. psychiatrické léčebny		2-2,5	
Dětská psychiatrická léčebna		3,5-4 lůžek 6-8 lůžek	současný stav světový průměr
Psychogeriatrické odd. psychiatrické léčebny		20 lůžek 13 lůžek	současný stav výhled
ČÁST MEZIRESORTNÍ			
Sociální centra, kluby	Tento sloupec zrušit; <i>z technických důvodů nelze provést v režimu korektura</i>	50-100 míst ?	1 pro dlouhodobě duševně nemocné 1 pro závislé
Chráněné bydlení - kolektiv - chr. Byty		20 míst 25 míst	
Chráněná práce		Chráněné dílny 20, rekvalifikace 18	
Ošetřovací ústav s psychogeriatrickou péčí		5	6-10 ústavů v ČR
Terapeutická komunita pro závislé			
Brihcín: Detenční ústav meziřesortní		0,6-1	1 zařízení pro ČR

Pěč: 2.2. Personální zajištění psychiatrických služeb Přepracovat – sjednotit do jedné tabulky



PA		3	3		1,5	1,5			
PA- veřejná péče		1-1,5	1-1,2		0,5-1	0,5-1			
Brichcín: sexuol. Ambulance – veřejná péče		1	1		1	1			
AT		1-1,5	0,5-0,8		1,5-2	1,5-2			
DPA		1	1,0		0,5	0,5			
DPA - veřejná péče		0,25-0,5	0,25-0,5		0,25	0,25			
Ambulance PPP		0,3			0,3				
Krizová centra		1	1	1	2	1			
Denní stacionáře		3	3	2	4	2	2	2	
Domácí péče a léčba				1	2	1	0,5		
Case management	3,5								
Soc. centra, kluby*	8					(2)	(2)	(2)	(2)
Chr. bydlení*				(3)	(4)	(8)	(3)		(1)
Chr. práce*	Dílna!!			(2)		(1!!)		(6)	(1)
Psychoger. Péče*		(0,5)				(1)			
Lůžka akut. Péče		7	1 AKP		18	1	0,6	1	4
Lůžka akut. Péče – pedo									
Lůžka násl. Péče		5	1 AKP		18	1	0,8	3	6
Lůžka násl. Péče – pedo									
Pedopsych. dg-t.c.		1	1 AKP		1	0,5			
Detox. Jednotka									
Ter. komunita pro záv.									
Brichcín: Oddělení OLPsych.									
CELKEM	136,8	22,55	AKP 12,55	9,5	51,55	21,75	6,9	12	13
Celková potřeba personálu	* Čísla v závorkách jsou pouze orientační, stanovená bez ...propočtu vzhledem k různým formám péče								

2.2.3. Personální obsazení lůžkových zařízení - počet kvalifikovaných pracovníků průměrný počet zdravotnických pracovníků přepočtený na 10 lůžek na jednotlivých specializovaných odděleních

Typ oddělení	současné počty	perspektivní počty
Příjemci		
Lékař	0.56	1.04
Psycholog	0.19 AKP –počty?	0.19
SZP	2.89	
SZP+NZP+PZP	3.74	3.9
sociální prac.	0.17	0.3
jiný terapeut	0.18	0.55
Fyzioterapeut	0.07	0.13
Doléčovací		
Lékař	0.18	0.77
Psycholog	0.08 AKP –počty?	0.28
SZP	2.33	
SZP+NZP+PZP	2.77	4.77
sociální prac.	0.13	0.28
jiný terapeut	0.15	0.55
Brichcín: Odd. ochr. léčení		
Lékař		0.5
Psycholog		0.75
Vyšší ZP		0.25
SZP		7.5
Soc.pr.		0.25
RHB		0.15
ERGO		0.5
Jiní OP		0.5
Fyzioterapeut	0.05	0.13
psychogeriatric		
Lékař	0.28	1.15
Psycholog	0.12 AKP –počty?	0.04
SZP	2.48	
SZP+NZP+PZP	3.45	7.25
sociální prac.	0.13	0.27
jiný terapeut	0.06	0.4
Fyzioterapeut	0.14	0.18
Léčba závislostí		
Lékař*	0.4	0.78
Psycholog	0.32 AKP –počty?	0.41
SZP	2.23	
SZP+NZP+PZP	2.75	2.79
sociální prac.	0.18	0.65
jiný terapeut	0.46	0.58
Fyzioterapeut	0.06	0.19
Dětské		
Lékař	0.56	1.14
Psycholog	0.4 AKP –počty?	0.61
SZP	3.66	
SZP+NZP+PZP	3.83	6.25

sociální prac.	0.25	0.48
jiný terapeut	0.69	1.02
Fvzioterapeut	0.19	0.21

* Odborníci s úplným univerzitním vzděláním lékařským: psychiatři nebo lékaři AT /s nástavbovou atestací AT na ev. jiný základní obor/ (Hampl)

Přehled plánovaných změn v síti služeb

Současný stav	Rozdělení lůžek	Přesun akutní péče	Redukce lůžek
(11 700 lůžek)	akutní a následné péče (11 700 lůžek)	z PL (11 700 lůžek)	(10 000 lůžek)