
Návrh novelizace Koncepce oboru psychiatrie z pohledu komunitní péče o duševně nemocné

Pěč O.

ÚVOD

Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče, včetně péče lůžkové, určuje ji však pozměněnou roli.

Komunitní péče je upřednostňována v řadě vyspělých zemí od poloviny dvacátého století a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, nebo-li redukcí velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhradou službami komunitními. Důsledkem těchto změn je vznik komunitních týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, kde působí. Jejich další specializací vznikají týmy a služby zaměřené na péči co nejbližší přirozenému prostředí pacientů nebo sloužící jako alternativa hospitalizace. V novějším konceptu, tzv. vyvážené péče (balanced care), jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, akutní lůžková psychiatrická péče na odděleních všeobecných nemocnic, včetně jejich alternativ (krizové služby a denní stacionáře), dlouhodobá rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. Je zdůrazňována mobilita služeb, jejich propojenost, péče ve vlastním prostředí pacientů, orientace na lidská práva a potřeby pacientů. V našich podmínkách do tohoto systému péče spadá kromě péče praktických lékařů zejména ambulantní psychiatrická a psychologická péče, akutní lůžková péče, denní stacionáře, krizové služby, rezidenční rehabilitační služby a další služby psychiatrické rehabilitace, aktivity samotných uživatelů péče a jejich rodinných příslušníků.

Přesun těžiště poskytování péče ve velkých psychiatrických institucích na péči převážně komunitního typu je trendem Evropského společenství a je vyjádřen v dokumentech, ke kterým se Česká

republika připojila: Deklarace o duševním zdraví a Akční plán duševního zdraví pro Evropu (2005) a Zelená kniha Komise evropských společenství (2005).

SOUČASNÝ STAV

U nás se zatím systém komunitní péče rozvinout nepodařilo, péče má charakter z velké části institucionální a je soustředěna do psychiatrických léčen. Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic jsou nedostatečně rozvinutá. V roce 2004 bylo u nás 11,4 psychiatrických lůžek na 10 tis. obyvatel, z toho 9,8 v psychiatrických léčebnách a 1,5 na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic (13 %). Medián počtu psychiatrických lůžek v Evropě je 8 lůžek na 10 tis. obyvatel, přičemž podíl počtu lůžek ve všeobecných nemocnicích je 21,8 % (WHO, Mental Health Atlas, 2005).

Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče. V současné době je dle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center v České republice 22 denních stacionářů v rezortu zdravotnictví. Zhruba polovina z nich je součástí lůžkových zařízení, u druhé poloviny jde o zařízení samostatná. Tato zařízení však vznikala převážně do roku 1999, po roce 2000 téměř žádná nová nevznikají. Krizová centra zůstávají spíše ojedinělá. Existují pouze 3 krizová centra v ČR s nepřetržitou dostupností psychiatra. Další krizové služby, které se snaží v některých místech pokrýt tento nedostatek, jsou často omezeny časovou dostupností nebo nedostatečným vybavením odborného personálu a mají povahu spíše experimentu.

V některých oblastech se podařilo rozvinout služby psychiatrické rehabilitace a rezidenční služby provozované neziskovými organizacemi. Podle evidence Asociace komunitních služeb v roce 2002 existovalo 35 těchto organizací. Přitom 2 organizace poskytovaly chráněné bydlení, 11 organizací bydlení na půl cesty a 7 organizací podporované bydlení. V oblasti pracovní rehabilitace existovalo 24 chráněných dílen, 5 organizací poskytujících přechodné zaměstnávání a 5 organizací podporované zaměstnávání, 33 organizací provozovalo centrum denních aktivit. Případovým vedením (case mana-

gement) se zabývalo 9 organizací, některé formy krizové pomoci vyvíjely 3 organizace a 13 organizací poskytovalo poradenské služby. Z údajů z roku 2000 vyplývá, že 18 z těchto organizací mělo v péči 2668 pacientů. Geografické rozmístění jak denních stacionářů tak i služeb psychiatrické rehabilitace je dosti nerovnoměrné. Nejvíce těchto služeb je rozšířeno ve velkých městech a v některých krajích. Největším nedostatkem těchto služeb trpí například Karlovarský kraj, Plzeňský nebo Zlínský kraj.

Organizace uživatelů péče či příbuzných pacientů postupně získávají na významu. V současnosti existuje 7 samostatných organizací duševně nemocných a dalších 12 svépomocných skupin při různých zařízeních. Podobně i příbuzní duševně nemocných jsou organizováni v 10 samostatných organizacích a 6 dalších svépomocných skupinách (dle evidence o.s.VIDA).

Jednotlivé složky komunitní péče jsou však málo propojeny a jen velmi obtížně se daří poskytovat pacientům péči ucelenou a koordinovanou.

POPIS POTŘEBNÝCH SLUŽEB

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

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

INTERMEDIÁRNÍ PÉČE

KRIZOVÉ CENTRUM

Krizová centra poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči. Péči poskytují formou krizové intervence, neodkladného psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, krátkodobé systematické individuální, rodinné a skupinové psychoterapie, farmakoterapie a též krátkodobého pobytu na lůžku. Jednotlivé činnos-

ti jsou v závislosti na povaze krizové situace a zdravotního stavu pacienta kombinovány v komplexní léčebný program, který je realizován týmem krizového centra (psychiatr, psycholog, zdravotní sestra).

Intervence krizových služeb je indikována jednak u neodkladných psychických krizí, které vyžadují akutní psychiatrickou nebo psychologickou intervenci: suicidální problematika, reakce na akutní stres, poruchy přizpůsobení, akutní psychotické stavy, akutní stavy u neurotických poruch, akutní dekompenzace poruch osobnosti, vývojové, vztahové a rodinné krize a dále u akutních dekompenzací chronických psychických poruch. Cílem těchto intervencí je rovněž vyhnout se hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení nebo snížit jejich počet.

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

MOBILNÍ KRIZOVÝ TÝM

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

DENNÍ STACIONÁŘ (sanatorium)

Denní stacionář slouží pro denní pobyt psychiatrických pacientů. Funkcí denních stacionářů je buď alternativa či pokračování hospitalizace, nebo alternativa či rozšíření ambulantní léčby (v indikovaných případech, kdy nepostačuje ambulantní léčba), či dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro dlouhodobě duševně nemocné. Programy denního stacionáře se využívají i jako příprava na zařazení do programů psychiatrické rehabilitace.

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

Denní stacionář může být součástí jiného zdra-

votnického zařízení: lůžkového zařízení, psychiatrické ambulance anebo kombinován s krizovými službami nebo ambulancí klinického psychologa.

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

KOMUNITNÍ PSYCHIATRICKÉ SESTRY

Komunitní psychiatrické sestry poskytují péči jak na specializovaném pracovišti tak zejména v přirozeném prostředí pacientů. Poskytují případové vedení psychiatrických pacientů, individuální rehabilitaci a krizovou intervenci. Součástí jejich péče je posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí, zpracování rehabilitačního a krizového plánu a jejich pravidelné revize, týmové konzultace případu, podpora užívání perorální medikace, postupy na zvládání stresu nebo krize, trénink komunikačních dovedností, techniky zaměřené na zvládání běžných situací, péče o somatický stav pacienta, psychoedukace pacienta a jeho blízkých. Komunitní psychiatrická sestra ve své roli případového vedoucího koordinuje další potřebné služby pro pacienta, a tím také usnadňuje spolupráci lůžkových, ambulantních, intermediárních a mezi-rezortních služeb.

Komunitní psychiatrická sestra úzce spolupracuje s psychiatrem, její péče je psychiatrem pravidelně indikována a vyhodnocována. Služba komunitních psychiatrických sester může být zřízena buď jako samostatné zařízení, nebo být součástí jiných zařízení ambulantní a intermediární péče (tab. 1).

ZAŘÍZENÍ MEZIREZORTNÍ

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

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

ZAŘÍZENÍ PRO PODPORU PRÁCE A ZAMĚŠTNÁNÍ

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

Jednotlivá zařízení se liší podle míry potřebné podpory:

REHABILITAČNÍ A CHRÁNĚNÁ DÍLNA

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

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

SOCIÁLNÍ FIRMY A SOCIÁLNÍ DRUŽSTVA

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

PŘECHODNÉ ZAMĚŠTNÁVÁNÍ

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

PODPOROVANÉ ZAMĚŠTNÁNÍ

Podporované zaměstnání nabízí podporu lidem s duševním onemocněním, kteří si chtějí vybrat, zís-

Tab. 1. Intermediární služby.

A) Cílový stav po změnách uskutečněných v rámci koncepce												
Zařízení	Spád. oblast	Počet zařízení v oblasti	Kapacita	Psychiatri	Klin. psychol.	Psychiat. sestra nebo ošetřovatel VŠ	SZP	Soc. prac.	Rhb. prac.	Ergo-terap.	Jiní	Pozn.
Kriz. centrum / mobil. kriz. tým	200 000* 400 000**	1	8 lůžek	3	1	1	6	1				
Denní stacionář	200 000	1	81 míst***	4,5	4,5	4,5	4,5	****	****	3		Včetně specializovaných DS
Komunitní psychiatrická sestra	100 000	5	100 pacientů / rok									
B) Urgentní doplnění služeb v horizontu 3 let												
Zařízení	Spád. oblast	Počet zařízení v oblasti	Kapacita	Psychiatri	Klin. psychol.	Psychiat. sestra nebo ošetřovatel VŠ	SZP	Soc. prac.	Rhb. prac.	Ergo-terap.	Jiní	Pozn.
Kriz. centrum / mobil. kriz. tým	Minimálně 1 zařízení v každém krajském městě, 3 zařízení v Praze, 2 v Brně, 2 v Ostravě		8 lůžek	3	1	1	6	1				
Denní stacionář	200 000	1	36 míst***	4,5	4,5	4,5	4,5	****	****	3		Včetně specializovaných DS
Komunitní psychiatrická sestra	400 000	2	100 pacientů / rok									

* velkoměstská oblast nad 300 tis. obyvatel

** ostatní oblasti

*** 9 základních jednotek o velikosti 9 míst

**** úzce navazují na rehabilitační služby

Tab. 2. Meziřezortní služby.

A) Cílový stav po změnách uskutečněných v rámci koncepce												
Zařízení	Spád. oblast	Počet zařízení v oblasti	Kapacita	Psychiatri	Klin. psychol.	Psychiat. sestra nebo ošetřovatel VŠ	SZP	Soc. prac.	Rhb. prac.	Ergo-terap.	Jiní	Pozn.
Chráněné a rehabilitační dílny	100 000	25 míst	0,3					2	2			
Přechodné a podporované zaměstnání	100 000	25 míst	0,2					4				
Komunitní a chráněné bydlení	100 000	20 míst	0,3			1	3	3				
Domy a byty na půl cesty	100 000	10 míst	0,1					2				
Podporované bydlení	100 000							2				
Centrum denních aktivit	100 000	1 50 míst						2				
Případové vedení	100 000							2				
B) Urgentní doplnění služeb v horizontu 3 let												
Zařízení	Spád. oblast	Počet zařízení v oblasti	Kapacita	Psychiatri	Klin. psychol.	Psychiat. sestra nebo ošetřovatel VŠ	SZP	Soc. prac.	Rhb. prac.	Ergo-terap.	Jiní	Pozn.
Komunitní a chráněné bydlení	100 000		10 míst	0,15		0,5	1,5	1,5				
Domy a byty na půl cesty	100 000		5 míst	0,1				1				
Podporované bydlení	100 000							1				
Případové vedení	100 000							1				

kat a udržet placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Probíhá jako placená práce v běžných pracovních podmínkách za kontinuální podpory pracovního konzultanta. Pracovní konzultant podporuje uživatele služby při výběru a hledání vhodného typu práce, při kontaktování zaměstnavatele a udržení se v pracovním místě. Míra podpory a doba jejího poskytování se odvíjí od potřeb jednotlivých uživatelů služeb.

PODPŮRNÉ EDUKATIVNÍ PROGRAMY PŘI PRACOVNÍ REHABILITACI (JOB CLUB)

Program job klubu učí jak a kde hledat zaměstnání, seznamuje s právy a povinnostmi v pozici uchazeče o zaměstnání a následně zaměstnance. Dává praktické rady, jak obstát v konkrétních situacích souvisejících s hledáním zaměstnání (životopis, inzerát, pohovor, první den v zaměstnání atd.) (tab. 2).

ZAŘÍZENÍ PRO PODPORU V OBLASTI BYDLENÍ

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

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

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

KOMUNITNÍ (SKUPINOVÉ) BYDLENÍ

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

CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

Bydlení se službami ve zvláštním bytě, který představuje (buď trvale nebo na přechodnou dobu) pro uživatele domov při trvalém nebo dočasném omezení schopnosti či možnosti využívat jiné, např. terénní nebo ambulantní služby, nebo i pomoc rodi-

ny. Byt, kde je tato služba poskytována, je součástí běžné zástavby a uvnitř jeví všechny základní znaky běžného bytu. Existuje celá škála intenzity sociální podpory počínaje kolektivním bydlením s 24hodinovým dohledem až po bydlení v samostatném bytě s minimální podporou a občasným dohledem. Poskytuje se bez časového omezení.

DOMY A BYTY NA PŮL CESTY

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

PODPOROVANÉ BYDLENÍ

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

ZAŘÍZENÍ PRO PODPORU V OBLASTI VOLNÉHO ČASU A SOCIÁLNÍCH KONTAKTŮ

CENTRA DENNÍCH AKTIVIT A CENTRA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

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

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

SVĚPOMOCNÉ AKTIVITY LIDÍ S DUŠEVNÍ PORUCHOU A JEJICH RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

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

DALŠÍ SLUŽBY

PŘÍPADOVÉ VEDENÍ, ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA

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

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

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

PORADENSTVÍ

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

NEFORMÁLNÍ SPOLEČENSKÁ PODPORA

Jedná se o neformální neodbornou podporu lidí s duševní nemocí v rámci různých skupin ve společnosti: rodinných příslušníků, církevních spolků, zájmových sdružení a podobně.

*MUDr. Ondřej Pěč
ESET, Psychoterapeutická
a psychosomatická klinika, Praha*

POCHYBENÍ A SANKCE PŘI POSKYTOVÁNÍ LÉKAŘSKÉ PÉČE

Lubomír Vondráček, Vladimíra Dvořáková

Autor (právník a lékař) upozorňuje poutavým a čtivým způsobem na problémy, které se mohou stát každému lékaři, nebude-li dodržovat právní zásady svého povolání. Knihu využijí jak začínající lékaři (i studenti medicíny), tak zkušení odborníci ze všech oborů pracujících jak na lůžkových, tak ambulantních zdravotnických zařízeních.

Publikace podává v obecné části lékařům potřebné informace týkající se práva, v části speciální pak ukazuje na konkrétních případech skutečného nebo domnělého pochybení, čeho se vyvarovat a jak při kolizi postupovat. Znalosti z této oblasti v povědomí nejširší lékařské veřejnosti často chybí a „opatrnosti není nikdy dost“. Autor má za sebou již několik úspěšných knih s podobnou tematikou, ve kterých vždy uplatnil bohaté zkušenosti ze své dlouholeté praxe.

Vydalo nakladatelství Grada Publishing, a.s., v roce 2007, formát A5, brožovaná vazba, 76 stran, cena 99 Kč, 159 Sk, ISBN 978-80-247-2181-1, kat. číslo 1642

Objednávku můžete poslat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: cls@nts.cz.

Na objednávce laskavě uveďte i jméno časopisu, v němž jste se o knize dozvěděli.