

Doporučené postupy pro vznik ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD)

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

Obsah

SEZNAM ZKRATEK	4
1. Úvodní slovo	5
2. Reforma péče o duševní zdraví v ČR	6
2.1. - Základní informace o reformě péče o duševní zdraví v ČR	6
2.2. Ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty	6
3. Vznik služby	8
3.1. Cílová skupina, spádová oblast	8
3.2. Registrace nové služby ARP-AD	9
3.2.1. Postup pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb	9
4. Multidisciplinární tým	11
4.1. Personální zajištění	11
4.2. Dovednosti a kompetence všech členů týmu	12
5. Služby, metody a způsoby práce v multidisciplinárním týmu	15
5.1. Služby poskytované v CDZ	15
5.2. Case Management	16
6. Financování	18
6.1. Financování zdravotní části	18
7. Přímá práce s pacientem	21
7.1. Příjem pacientů	21
7.2. Plán zotavení	23
7.3. Krize a krizový plán	23
7.4. Plán rozvolňování, propouštění pacienta ze služby	24
7.5. Princip Zotavení	25
8. Dokumentace	26
8.1. Zdravotní dokumentace	26

9. Spolupráce s ostatními subjekty	28
Seznam užitečných kontaktů	29
Seznam zdrojů	31

SEZNAM ZKRATEK

AQoL – Assessment of Quality of Life
BOZP – Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CARE – Comprehensive approach to psychosocial rehabilitation
CDZ – Centrum duševního zdraví
CM – case management
CÚV – Centrální úložiště výkazů
ČLK – Česká lékařská komora
ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR – Česká republika
FACT – Flexible Assertive Community Treatment
FB – fact board
IČ – identifikační číslo
IPS – individual placement and support
KÚ – Krajský úřad
MDT – multidisciplinární tým
MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NN – nemocniční nákaza
NZIS – Národní zdravotnický informační systém
PO – požární ochrana
SMI – Serious/severe Mental Illness
VHB – Virus hepatitidy B
ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky

1. Úvodní slovo

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

V rámci návazných projektů vznikly další služby, mezi ně patří ambulance s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním (dále jen „ARP“) nebo ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (dále jen ARP-AD“).

ARP-AD je významným článkem v komplexu služeb pro osoby s adiktologickou poruchou. Klade si za cíl poskytnout těmto pacientům komplexní péči zajišťovanou multidisciplinárním týmem. Rozšířená péče spočívá ve zvýšení podílu zdravotních služeb poskytovaných nelékařskými zdravotnickými pracovníky a vyšším podílem týmové práce a ve spolupráci s poskytovateli sociálních služeb v daném regionu. Jedná se tedy o poskytovatele zdravotních služeb v oblasti adiktologie. Péče v ARP-AD je flexibilní, individualizovaná a reaguje na lokální potřeby a specifika pacientů, kterým je poskytována zdravotní péče v oblasti adiktologie. Část služeb je poskytována ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

ARP-AD v rámci poskytování zdravotních služeb zajišťuje pacientům zdravotní péči preventivní, léčebnou a léčebně rehabilitační. K zajištění léčebné a léčebně rehabilitační péče ARP-AD spolupracuje s dalšími poskytovateli zdravotních služeb (lůžková péče v oboru psychiatrie, centra duševního zdraví, praktičtí lékaři, popřípadě praktičtí lékaři pro děti a dorost) a s poskytovateli sociálních služeb.

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

2. Reforma péče o duševní zdraví v ČR

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

Reforma péče o duševní zdraví je systémová změna, jejímž cílem je zvýšení efektivity, a zvýšení kvality života a omezení stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Strategie reformy péče o duševní zdraví byla schválena na Ministerstvu zdravotnictví v roce 2013. Praktické kroky započaly až napojením na Evropské investiční a strukturální fondy s počátkem realizace projektů v roce 2017. Reforma péče o duševní zdraví je plánovaný dlouhodobý a komplexní proces, který nezahrnuje pouze změny v medicínském oboru psychiatrie, nebo v oblasti zdravotní péče, ale k její úspěšné realizaci je třeba provést i významné změny v dalších oblastech, jako jsou sociální systémy, oblast vzdělávání, zaměstnávání či právního postavení osob s duševním onemocněním. Důležitou součástí reformy péče o duševní zdraví je aktivní zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním do celého procesu, tak aby udělaná rozhodnutí a změny v systému psychiatrické péče odrážela skutečné potřeby, zájmy a přání těchto lidí.¹

Jedním ze základních kamenů reformy péče o duševní zdraví by měla být provázanost, koordinovanost a kontinuita péče. Spolupráce by měla být podpořena multidisciplinárním přístupem, který má plně podporovat zotavení lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Nově vzniklý systém by měl plně respektovat práva pacientů a zajistit jim maximálně možné zapojení do běžného života, a to za účasti jejich plnohodnotné svobodné účasti. Důraz ve změně systému péče by měl být kladen na primární zdravotní a psychiatrickou péči tak, aby její pracovníci byli schopni zajistit včasnou diagnostiku a léčbu. Podpořena bude spolupráce mezi primární a specializovanou psychiatrickou péčí. V plánu je výrazně rozšířit komunitní péči s vytvořením nových služeb, jako jsou centra duševního zdraví a ambulance s rozšířenou péčí. Paralelně by mělo docházet k postupné redukci dlouhodobé psychiatrické lůžkové péče.²

2.2. Ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty

Charakteristika služby

ARP-AD je místní víceúčelová služba, která individuálně pracuje se všemi typy adiktologických problémů a s tím spojenými komorbiditami. K cílové skupině přistupuje univerzálně bez diagnosticky-diferenciálních filtrů pro vstup do služby. V rámci vlastní služby poskytuje, pokud možno veškerou potřebnou péči pacientům a na základě toho zřizuje vhodné ambulantní, stacionární nebo terénní programy. Hlavním pilířem je multiprofesní tým, který pracuje formou kontaktní práce, poradenství, individuálního

¹ Průvodce reformou psychiatrické péče. (2019). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

² Malý průvodce reformou psychiatrické péče. (2017). Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP

případového vedení léčebných postupů a case managementu, skupinové práce nebo práce s rodinou.³

Mezi základní principy ARP-AD patří:

- včasný kontakt
- pomoc v krizi
- bio-psycho-socio-spirituální přístup
- indikace vhodného postupu
- zjišťování potřeb pacienta
- kontrakt a plánování léčby
- zajištění kontinuity v individuálním případovém vedení
- podpora motivace pacienta
- monitorování procesu léčby a zotavení
- koordinace vedení případu v rámci ARP-AD

V případech spolupráce s dalšími poskytovateli služeb a/nebo využitím zdrojů pomoci pacienta v jeho přirozeném sociálním prostředí zajišťuje “case manager”. V případě hospitalizace nebo přerušení léčebného procesu z neodkladných důvodů nepřerušuje a neukončuje garant nebo case manager kontakt a podporu pacienta. Cílem je udržení kontaktu pro možnost pokračování v další spolupráci, nikoliv duplicitně působit na půdě jiných zařízení. Zároveň v rámci individuálního plánu je počítáno s ukončením léčby nebo převedením pacienta do jiného typu zařízení. Cílem ARP–AD je předejít pobytové léčbě a poskytovat intenzivní léčebnou péči v přirozeném prostředí.

ARP-AD je regionální službou, která spolupracuje se zdravotnickými profesionály, specializovanými ambulancemi, pedagogicko-psychologickými a sociálními službami, úřady, orgány činnými v trestním řízení či jinými institucemi. Působí také jako zdroj platných informací o potřebách pacientů a mezerách v systému služeb.⁴

³ Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

⁴ Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

3. Vznik služby

3.1. Cílová skupina, spádová oblast

Cílová skupina

Cílovou skupinou ARP-AD jsou riziková uživatelská skupina alkoholu, tabáku, nelegálních návykových látek, včetně problematiky nelátkových závislostí. Dle MKN-10 se jedná o skupiny F1x.1, F 1x.2 (škodlivé užívání a závislost na psychoaktivních látkách) a F 63.0 (patologické hráčství). ARP-AD se zaměřuje na pacienty ve všech fázích vývoje adiktologických poruch, s různou fází motivace ke změně, tj. od experimentující přes problémové uživatele až po závislé a současně neopomíjí ani přidružené komorbidity a rodinné příslušníky či blízké okolí pacientů. ARP-AD věnuje pozornost nastavení spolupráce s centry péče o duševní zdraví v rámci provázanosti služeb péče o pacienty/pacienty v celém diagnostickém spektru duševních poruch dle MKN-10, pokud je spolu s ním diagnostikována adiktologická porucha F10-F19, F63.⁵ Pravidelně hodnotí, zda je naplňován veřejný závazek s touto cílovou skupinou.

Nedílnou a nezbytnou součástí ARP-AD je práce s blízkým okolím pacienta, často prvním kontaktem, který se obrací s prosbou o pomoc. Řada prokazatelně efektivních postupů při úzdavě pacienta s adiktologickou poruchou vnímá práci s rodinou jako stěžejní. Je založena na intenzivním zapojení blízkých a soustředí se např. na včasnou intervenci, podporu, otevřený dialog, systemický přístup, práce s emocemi. Spolupráce s ARP-AD může blízkým přinést úlevu od dosavadní zátěže, adaptace na změnu nebo naději ve zlepšení. Spolu s pacientem si nastavují nové hranice, nároky a podmínky pro budoucí fungování celého rodinného systému tak, aby byly akceptovatelné pro všechny zúčastněné. Členové týmu pracují formou case managementu v přirozeném prostředí pacientů.⁶

Přirozený region

Při zajištění dostupnosti ambulantní péče o pacienty s duševním onemocněním spolupracují Ministerstvo zdravotnictví s krajskými úřady, místní samosprávou a zdravotními pojišťovnami. Vytváření sítě ambulantních zařízení respektuje lokální potřeby cílových skupin a regionální odlišnosti.

Časová a místní dostupnost je určena Nařízením vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb., dále vyplývá z doporučení uvedených v Strategii reformy psychiatrické péče a koncepce oboru. Služba má plnit nejen parametry dostupnosti, ale také profesionální způsobilosti, vhodného umístění a věcně technického vybavení nejen pro práci v ordinaci, ale také v přirozeném prostředí pacienta.

⁵ Standard ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

⁶ Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

3.2. Registrace nové služby ARP-AD

K provozu služeb v ARP-AD je třeba získat oprávnění k poskytování zdravotních služeb, které je definováno zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách⁷ v minimálním rozsahu oborů a forem zdravotní péče:

- Psychiatrie: ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- Klinická psychologie: ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- Ošetrovatelská péče v psychiatrii: ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- Adiktologie: ambulantní zdravotní péče, zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

3.2.1. Postup pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb

I. Podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

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

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

II. Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

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

⁷ Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

poskytování nebo na Magistrátu hlavního města Prahy. Potřebné formuláře lze nalézt na jejich webových stránkách, kde jsou k dispozici formuláře žádostí ke stažení.

K žádosti je nutné zejména doložit:

- doklady o způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání;
- doklady o vzdělání;
- doklad o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání (lékařský posudek);
- doklad o bezúhonnosti (v určitých případech si může krajský úřad zajistit sám, např. u cizinců je však nutno získat dle zákona určité doklady);
- provozní řád a rozhodnutí o schválení provozního řádu zdravotnického zařízení vydané orgánem ochrany veřejného zdraví;
- doklad, z něhož vyplývá oprávnění žadatele užívat prostory k poskytování zdravotních služeb;
- prohlášení, že zdravotnické zařízení je pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno;
- seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Doklady k personálnímu zabezpečení (doklady o vzdělání atd.) se na KÚ nepředkládají, ale je žádoucí doklady o zaměstnancích mít k dispozici.⁸

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

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

Ambulantní specializovaná péče v oboru

- psychiatrie, klinická psychologie, ošetrovatelská péče v psychiatrii, adiktologie

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

- psychiatrie, klinická psychologie, ošetrovatelská péče v psychiatrii, adiktologie⁹

⁸ Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách.

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

4. Multidisciplinární tým

4.1. Personální zajištění

Multidisciplinární přístup zahrnuje multiprofesní tým pracovníků, který mezi sebou především účelně komunikují a společně se podílí na realizaci individuálních plánů svých pacientů. Cílem týmu je vnímat pacienta v podstatných bio-psycho-sociálních souvislostech, porozumět a respektovat jeho pohled na svůj život a potřeby. Je kladen důraz na komplexní přístup, individualizace péče, užití evidence-based postupů, kreativita a podpora silných stránek pacienta. Složení týmu je navrženo s ohledem na širokou škálu potřebných činností zdravotní služby a zároveň odpovídá kvalifikaci jednotlivých profesí.

Lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie 1,0 úvazek

Splňuje požadavky dle § 5 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 95/2004 Sb.). Zvláštní specializovaná způsobilost v návykových nemocech (odbornost 308) a ukončený psychoterapeutický výcvik je výhodou.

Klinický psycholog 0,2 úvazku

Klinický psycholog, vykonává činnosti dle § 122 Vyhlášky č. 55/2011Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, (dále jen „Vyhláška o činnostech pracovníků“)

Adiktolog 1,0 úvazek

Splňují požadavky dle § 21a zákona č. 96/2004 Sb., resp. § 20a Vyhlášky 39/2005 Sb. Ustanovení vyhlášky. č. 55/2011 Sb.¹⁰

Sestra pro péči v psychiatrii 0,5 úvazku

Sestra pro péči v psychiatrii splňuje požadavky § 5 Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních včetně specializace v oboru Ošetrovatelská péče v psychiatrii.

V případě potřeby je možné uvedené personální obsazení ARP-AD navýšit.

¹⁰ *Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD).* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

4.2. Dovednosti a kompetence všech členů týmu

Důležitou součástí spolupráce členů týmu je otevřená, účelná a respektující komunikace. Členové týmu se vzájemně podporují a sdílejí hodnotu respektující člověka.

- Základní dovedností je porozumění znakům a symptomům adiktologických poruch s ohledem na individuální potřeby a přání pacienta. Rozumět případu pacienta, respektovat jeho zkušenosti a strategie, identifikovat důsledky těchto strategií.
- Zaujímat dospělý přístup ke pacientovi a jeho blízkému okolí. Jednat v zájmu pacienta a rozumět střetu zájmů pacienta s jeho okolím. Umět se vyhnout předsudkům, stereotypům a stigmatizaci pacienta.
- Schopnost dobré komunikace s pacienty, členy týmu a dalšími zúčastněnými subjekty. Při konfrontaci postupovat tak, aby výsledkem nebylo jen prohloubení rozdílných stanovisek.
- Schopnost vytvořit, udržet i ukončit odpovídající profesionální vztah s pacientem.
- Schopnost řídit a být řízen, spolupracovat s kolegy s pochopením pro jejich týmové role.
- Schopnost porozumět a znát farmakologické, psychologické, sociální, ošetrovatelské léčebné postupy a intervence.
- Schopnost se orientovat v systému adiktologických služeb včetně znalosti patřičné legislativy.
- Schopnost zapojení pacienta do služby, hodnocení jeho situace, uzavírání kontraktu, hodnocení rizik, vypracování a realizace léčebného plánu, propojování ke zdrojům, krizové intervence, podpora motivace, monitorování a hodnocení průběhu a výstupů péče, obhajoba práv a ukončování služby.
- Schopnost podporovat pacienta i jeho blízké sociální okolí ve vyjadřování jeho vlastních názorů, rozpoznávání potřeb jím samotným.
- Dokumentace je vedena přesně, úplně a srozumitelně s respektem ke pacientovi tak, aby nedošlo k jeho traumatizaci, ztrátě důvěry či narušení vztahu, pokud by do ní chtěl nahlédnout.
- Být si vědom neustálé přítomnosti možnosti střetu zájmů, umět tyto střety identifikovat a účinně řešit tak, aby nedošlo k poškození účastníků.
- Neustále se ve svém oboru vzdělávat a své poznatky sdílet se členy ARP-AD.

Kompetence vedoucího ARP-AD

- Vedoucí ARP-AD řídí a koordinuje chod multidisciplinárního týmu. Formální požadované vzdělání je vysokoškolské ve zdravotnickém, psychologickém, sociálním či pedagogickém směru s praxí minimálně 4 roky. Ve službě je přítomen denně.
- Je ztotožněn a plně rozumí principům a organizačním nárokům služby, odborným nárokům na členy týmu a jejich roli.
- Řídí se etickými standardy a má dobré komunikační schopnosti potřebné k vedení týmu.
- Přímě řídí pracovníky ARP-AD, zároveň může v různých oblastech pověřit jiné členy týmu. Jeho úkolem je vytvořit srozumitelnou a bezpečnou strukturu organizace služby.

- Zastupuje ARP-AD a jedná ve spolupráci s vedením organizace zřizovatele v zájmu služby s dalšími subjekty.
 - Je organizačně schopný. ARP-AD bude v počátcích své činnosti potřebovat investice úsilí a prostředky, aby měl svou původní podobu. Ta se odvíjí od primárního cíle služby. V rámci toho umožňuje a stanovuje plán vzdělávání jednotlivých členů týmu.
- Zabezpečuje svým pracovníkům prostor pro klinické a provozní porady, intervize a externí supervize.¹¹

Lékař se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie

Garantem zdravotní péče v ARP-AD je psychiatr s atestací, který odborně hodnotí stav pacienta v průběhu léčby. Konzultuje jeho stav a potřebné intervence s ostatními pracovníky, kteří se na případu podílejí. Je zodpovědný za psychiatrickou diagnostiku, dispenzarizaci, indikaci dalších zdravotních služeb, součinnosti při poskytování krizové intervence a adiktologické terapie. Kontakt s pacienty by neměl být omezen pouze na prostředí ambulance, ale může také probíhat v přirozeném prostředí pacienta. Jako konzultant je k dispozici všem členům týmu. Jako efektivní se nejeví ho zatížit rolí vedoucího týmu. Zároveň může být garantem individuálního plánu. V rámci zkvalitnění péče je výhodou ukončený terapeutický výcvik.

Klinický psycholog

V ARP-AD posiluje odbornost týmu v oblastech psychologie osobnosti, sociální psychologie a klinické psychologie. Klinický psycholog se spolupodílí na vytváření individuálních plánů péče. Dále se může podílet na metodickém vedení, zajišťuje a provádí celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků, poskytuje intervizní podporu, metodické vedení interpersonálního a psychoterapeutického přístupu členů týmu ke pacientům. Klíčovým je pro klinického psychologa přímá práce s pacientem, především ve formě psychoterapie a individuálního poradenství, která probíhá v prostorách ARP-AD nebo v přirozeném prostředí pacienta. Dle svých kompetencí se podílí na prevenci, diagnostice, edukaci, práci s rodinou, krizové intervenci, skupinových či rehabilitačních aktivitách. Svou činnost pravidelně konzultuje s klinickým psychologem se specializovanou odborností. Může se podílet na tvorbě a vedení programů pro širší veřejnost. Může být v roli garanta. Výhodou je ukončený psychoterapeutický výcvik.

Adiktolog

Provádí komplexní adiktologickou diagnostiku, může provádět neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření na přítomnost návykových látek, provádí včasnou diagnostiku a intervenci, identifikuje osoby ohrožené adiktologickými poruchami, provádí systematickou individuální, skupinovou a rodinnou podpůrnou psychoterapii a poradenství. Na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru návykové nemoci může vypracovávat v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí komplexní léčebný plán a koordinovat jeho realizaci. Může asistovat při psychiatrických vyšetřeních. Spolu s psychiatrem, psychologem a psychiatrickou

¹¹ *Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD).* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

sestrou je nositelem zdravotnických výkonů. Jeho týmová role počítá s jeho angažmá v celém rozsahu činností ARP -AD. Klíčový je jeho podíl na sestavení individuálních léčebných plánů. Počítá se s ním pro roli garanta a case managera. Výhodou je ukončený psychoterapeutický výcvik.¹²

Sestra pro péči v psychiatrii

Úzce spolupracuje s ostatními členy týmu a těžištěm její práce poskytování zdravotní péče. Na základě rozhovoru s pacientem zjišťuje biologické, psychické, sociální a duchovní potřeby pacienta a formuje je. Pomáhá pacientovi v adaptaci na změnu životních podmínek a podporuje zachování fyzických, kognitivních i psychických funkcí pacienta prostřednictvím cílených aktivit. Provádí psychoterapeutickou podporu. Asistuje nebo sama vykonává ošetrovatelskou činnost v prostoru ordinace nebo přirozeném prostředí pacienta. Podpůrným psychoterapeutickým rozhovorem pomáhá při začleňování pacienta s poruchou duševního zdraví do vlastního sociálního prostředí. Může být přínosné ji angažovat v roli garanta.

Administrativní pracovník

Administrativní pracovník vytváří zejména potřebné zázemí vedoucímu ARP-AD. Podílí se na zpracování administrativní agendy v nejširším slova smyslu a může spolupracovat při zajišťování technického a materiálního zabezpečení práce týmu.¹³

¹² Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

¹³ Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

5. Služby, metody a způsoby práce v multidisciplinárním týmu

5.1. Služby poskytované v CDZ

ARP-AD poskytuje služby, na kterých spolupracuje a podílí se celý multidisciplinární tým. Všichni členové pracují formou case managementu v rámci zázemí služby a v přirozeném prostředí pacienta dle jeho aktuálních potřeb. Základními principy poskytování péče je individuální vedení případu, koordinace péče, flexibilita, zajištění kontinuity péče, podpora dospělého přístupu, samostatnosti a zodpovědnosti pacienta, využívání přirozených zdrojů vlastního sociálního prostředí pacienta, práce s rodinou a blízkými, etický přístup v poskytování služeb směřující k prospěchu a bezpečí pacienta.¹⁴

Poskytované služby

Psychiatrická ambulance

- služby psychiatrické

Ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty

- služby psychiatrické, včetně substituční léčby
- služby klinického psychologa/psychologa ve zdravotnictví
- služby sestry pro péči v psychiatrii
- služby adiktologické
- dle potřeb regionu se péče může rozšířit o další služby dle kvalifikace pracovníků: služby denního stacionáře, jiné služby (např. ergoterapie), služby ambulance veřejného zájmu (např. pacienti s nařízeným OL).

Typové rozlišení služeb

Denní služby

ARP-AD poskytuje denní ambulantní služby. Provozuje individuální ale i skupinovou léčebnou a preventivní péči. Do skupinových aktivit může být pacient indikován na základě individuálního léčebného plánu. Péče může být organizovaná ve formě centra denních aktivit neboli stacionáře, denního nebo kontaktního centra.

Terénní služby

ARP-AD poskytuje také služby v přirozeném prostředí pacienta. Členové týmu pracují formou case managementu. V rámci kontinuity péče, udržují kontakt s pacientem bez přerušení, i pokud je pacient hospitalizován. Zde je stěžejní efektivní spolupráce s danou institucí, aby nedocházelo k duplicitě poskytování služby. V přirozeném prostředí pacienta mohou být i služby poskytované v rámci přístupu harm reduction. ARP-AD neplní roli Zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS), ale provádí krizovou intervenci v případě, že není potřeba zásah ZZS, a to pouze v pracovní době ARP-AD v rámci individuálního plánu pacienta. Cílem krizové intervence je podpora pacienta a jejich blízkých při zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizaci.

¹⁴ *Standard ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty.* (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

Další služby

ARP-AD poskytuje pravdivé a vyvážené informace veřejnosti ve spádové oblasti o své činnosti s cílem zabezpečit dostupnost služby, možnosti podpory potencionálních pacientů a jejich blízkého okolí. Na základě potřeb konkrétního pacienta se aktivně zavazuje ke spolupráci s dalšími službami (např. zdravotnická zařízení v místní komunitě, pedagogicko-psychologickými a sociálnímu službami, tj. primárně pedagogicko-psychologické poradny, školy, OSPOD, sociální pracovníci lokálních organizací, Armáda spásy, nízkoprahové kluby, domovy pro seniory atd.).¹⁵

5.2. Case Management

Case management vznikl v 70. letech 20. století v USA. Hlavním cílem této rozvíjející se strategie je, aby pacienti, kteří opouštějí lůžková zařízení, zabezpečeno koordinace a návaznost poskytování péče v jejich přirozeném prostředí. U nás se začal rozvíjet v 90. letech 20. století a stal se hlavním efektivním přístupem poskytování služeb pro pacienty s duševním onemocněním.¹⁶

Indikace k zařazení do programu case managementu se mohou lišit. Pacient, který přichází do programu, je indikován na základě posouzení potřeby intenzivnější péče v rámci jeho individuálního léčebného plánu. Ve světě je case management považován velmi účinný doplněk tradičních terapeutických služeb a je vhodný pro pacienty s vícečetnými potřebami, dalšími komorbiditami, kteří nejsou motivováni k aktivní účasti v intenzivní léčbě, z léčby vypadávají a nevykazují dlouhodobě pozitivní vývoj své zdravotní a sociální situace. Ukazuje se, že case management je účinným nástrojem u dospívajících pacientů jako prevence nepříznivého trendu vývoje. Též je tento přístup uplatňován při práci s geriatrickými pacienty, kteří jsou zranitelní a mají problémy ve vztazích a se sebeobsluhou.

V ARP-AD je potřeba, aby každý pacient měl svého case managera (klíčového pracovníka). Jedná se o konkrétního člena týmu, který koordinuje péči a zapojuje další členy týmu či další subjekty do spolupráce dle aktuálních individuálních potřeb pacienta.

ARP-AD poskytuje model asertivní komunitní léčby. Pacienti jsou buď sdílení celým týmem nebo kombinovanou formou s přístupy intenzivního case managementu, kdy jsou především v individuálním kontaktu se svým case managerem. V posledních letech se využívá obou přístupů neboli "FACT" (flexibilní asertivní komunitní léčba). Všichni členové týmu průběžně sdílejí důležité informace, koordinují týmovou spolupráci, část svých intervencí aplikují v přirozeném prostředí pacienta, kde spolupracují s dalšími subjekty a podporují ho k využití dalších zdrojů.

Činnosti v rámci case managementu:¹⁷

¹⁵ Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

¹⁶ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

¹⁷ Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

- Angažování pacienta do služby
- Posouzení a posuzování pacienta
- Kontraktování služby
- Vytváření individuálního plánu péče založeného na respektu ke pacientovým významným cílům
- Nastavení cílů
- Realizace plánu (včetně možnosti poskytování různých poradenských a terapeutických, ošetrovatelských, aktivizačních i pečovatelských služeb samotným case managerem)
- Monitorování průběhu, vyhodnocování
- Vyhledávání zdrojů a propojování ke zdrojům
- Zastupování zájmů pacienta
- Doporučení další péče
- Ukončování péče

Důležitým nástrojem case managera je schopnost vytvořit s pacientem profesionální a důvěrný vztah. Case Manager se primárně zaměřuje na pacientovy zdravé stránky a nepohlíží na pacienta optikou psychopatologie. Věří, že i lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat. Do procesu resocializace zapojuje širší okolí nebo rodinu pacienta a podporuje v úzdravě jako celek. Veškeré intervence, které provádí, jsou založeny na rozhodnutí pacienta. Umí jednat asertivně a dokáže podporovat pacienta i v rámci jeho individuálních potřeb. Dokáže využít nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity, ve které pacient žije. Efektivně spolupracuje se všemi členy týmu, případně s dalšími zainteresovanými subjekty.

Mezi základní prvky case managementu patří:¹⁸

- přehled o potřebách a schopnostech pacientů
- sestavení individuálního plánu péče
- realizace individuálního plánu – za pomoci pacienta a jeho blízkého okolí
- monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku
- vyhodnocování práce a výsledků s ostatními zainteresovanými subjekty

¹⁸ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

6. Financování

6.1. Financování zdravotní části

Financování zdravotní části probíhá výhradně pomocí úhrad zdravotních výkonů zdravotní pojišťovnou. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování stanovuje vyhláškou MZČR, a to na základě zmocnění z § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Postup je s účinností od 1. ledna 2016 specifikován § 17b zákona.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Výkony, které budou hrazené v daném pracovišti zdravotní pojišťovnou je nutné vždy předem písemně dojednat smlouvou. Pokud dochází k přibývání, ubývání nebo změně výkonů, je nutné tuto změnu postihnout dodatkem. V omezeném počtu případů kontaktuje zdravotní pojišťovna poskytovatele služeb ve většině případů musí poskytovatel požádat zdravotní pojišťovnu o dodatek k úpravě výčtu placených zdravotních výkonů.¹⁹

Výběrová řízení o poskytování a úhradě hrazených služeb pojišťovnami

Výběrové řízení pro poskytovatele zdravotních služeb, fyzickou či právnickou osobu se koná před uzavřením smlouvy s příslušnou pojišťovnou. Informace ke způsobu vyhlašování výběrových řízení je definováno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se zdravotními pojišťovnami, odborem zdravotnictví, sociální péče a prevence.²⁰

Konání výběrového řízení může navrhnout, obec, zdravotní pojišťovna nebo uchazeč.²¹ Uchazečem se rozumí poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru, nebo fyzická nebo právnická osoba, která bude poskytovat zdravotní služby a je schopna ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče. Uchazeč musí podat návrh na vyhlášení výběrového řízení, podat přihlášku do výběrového řízení ve lhůtě uvedené na úřední desce pro konkrétní výběrové řízení. K přihlášce uchazeč předkládá záměr k poskytování zdravotních služeb se stručným popisem, jakým způsobem bude zdravotní péče poskytována a v jakém rozsahu. Přihlášku je potřeba zaslat poštou, datovou schránkou nebo osobně podat na podatelnu daného krajského úřadu. V případech, kdy navrhuje konání výběrového řízení zdravotní pojišťovna, se uchazeči při podání prokazují, že mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

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

¹⁹ *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR*

²⁰ *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR*

²¹ *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.*

Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem, pokud bylo uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno.²²

Smlouvy se zdravotními pojišťovnami

Uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou záleží na charakteru daného regionu a struktuře pacientů. Nejprve je nutné podat žádost na zdravotní pojišťovnu o nasmlouvání příslušné odbornosti, tj. 920 pro ARP-AD. Bezpodmínečnou přílohou je výsledek výběrového řízení, kterým žadatelé prošli na krajském úřadě. Pokud daná pojišťovna souhlasí s uzavřením smlouvy, je nutné vyčkat na přidělení IČZ neboli identifikační číslo zařízení a IČP neboli identifikační číslo pracoviště. Identifikační údaje o novém pracovišti si další pojišťovny mezi sebou předají. Po přidělení IČZ a IČP, je nutné vyřídít podpisový certifikát, s tímto většinou pomáhá dodavatel zdravotního systému, ve kterém bude služba vykazovat své výkony. Podpisový certifikát je důležitý pro lékaře-psychiatra. Zdravotní pojišťovna pošle rámcovou smlouvu, která určuje parametry systematické spolupráce mezi zdravotnickým zařízením s příslušnou odborností a danou pojišťovnou. Společně s rámcovou smlouvou bude zaslán úhradový dodatek, který bude určovat cenu bodu k příslušné odbornosti. Úhradový dodatek je každý rok aktualizován. Těmito dokumenty se nastavuje spolupráce mezi pojišťovnou a zdravotní částí týmu zařízení na jeden celý rok. V případě rámcové smlouvy dokonce na delší úsek.

K vyúčtování zdravotní péče je žádoucí využívat portál zdravotních pojišťoven. Ten slouží k vyúčtování zdravotní péče. V případě, že zdravotnické zařízení bude provozovatelem i sociální části je nutné doložit registraci o sociální rehabilitaci. Pro případ, že na zřízení se budou podílet dvě organizace, je nutné doložit pojišťovně partnerskou smlouvu mezi organizacemi a registraci sociální rehabilitace u sociálního partnera.²³

²² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

²³ Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

7. Přímá práce s pacientem

7.1. Příjem pacientů

Pacienti se do péče ARP-AD mohou dostat různými cestami a často i bez formálního doporučení. Pacienti mohou tým kontaktovat sami nebo na něj se mohou obrátit i rodinní příslušníci pacienta. Pacienti jsou také aktivně vyhledávání týmem ARP-AD ve spádových lůžkových zařízeních nebo naopak může tým ARP-AD oslovit jiná služba (např. ambulantní lékař, policie, sociální služba, úřady, psychiatrická nemocnice).

Informace o potenciálních zájemcích o službu jsou předmětem nejbližších setkání týmu ARP-AD. V tomto případě je určen jeden člen z týmu, který má za úkol kontaktovat pacienta nebo jeho blízké okolí a získat dostatek podkladů pro rozhodnutí, zda splňuje kritéria cílové skupiny. V kontaktu s pacientem nebo jeho rodinou člen týmu citlivě sbírá informace a mapuje situaci. Poté je zájemce probrán na nejbližší poradě. ARP-AD by mělo mít vždy volnou kapacitu a být schopné reagovat na oslovení pacientem do týdne od prvního kontaktu. Proces zahájení spolupráce s pacientem by neměl trvat příliš dlouho a samotné rozhodnutí o příjmu pacienta do služby je vždy týmových rozhodnutím.

V případě, že z nějakých důvodů není možné kontaktovat zájemce o službu do týdne (např. personální nebo provozní důvody), se v praxi ukazuje jako vhodné mít předem vytvořený postup, jak se zájemcem o službu postupovat.

Při procesu rozhodování je efektivní mít vypracovaný systém, který definuje, jaká kritéria by měl pacient splňovat a jak je vyhodnotit. Je důležité mít na paměti, že ke každému pacientovi je potřeba přistupovat individuálně. Pokud je rozhodnuto, že pacient nespadá do cílové skupiny, tudíž nebude přijat do služby, je nutné tuto informaci citlivě pacientovi sdělit tak, aby rozhodnutí nepovažoval za odmítnutí. V této situaci je pacientovi nabídnout jiný, vhodnější typ služby.²⁴

V praxi probíhá navazování spolupráce v několika krocích s ohledem na individuální potřeby a situaci pacienta. Obvykle trvá 1-3 osobní schůzky nebo při nutnosti delšího navazování vztahu až několik měsíců. Na začátku je důležité informovat pacienta o službě, podmínkách a pravidlech jejího poskytování. Případ pacienta je vždy předmětem na poradě týmu, která probíhá každý den a do 3 pracovních dnů je pacient kontaktován týmem. Vybraný člen týmu si sjedná s pacientem první mapující schůzku, kde zjišťuje, zda pacient splňuje kritéria přijetí do služby (diagnóza, bydliště, potřebnost, krizová situace, včasná intervence). Člen týmu, který si s pacientem sjedná mapující schůzku, nemusí být automaticky klíčovým pracovníkem. Z praxe se ukazuje, že v případě terapeutického případového vedení je výhodnější přímé setkání s klíčovým pracovníkem.²⁵

²⁴ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

²⁵ Vejrych Tomáš, vedoucí Adiktologické ambulance, SANANIM z.ú., [písemný komentář]

Po první schůzce mohou nastat tyto možnosti:

- Pacient splňuje podmínky pro přijetí do služby

Pacient splňuje podmínky cílové skupiny a žije v regionu působnosti služby. V tomto případě začíná hlubší mapování jeho potřeb včetně jeho silných stránek a přirozených zdrojů podpory, očekávání pacienta, formulování jeho zakázky a plánu zotavení. Při mapování je využita odbornost a specializace celého multidisciplinárního týmu. Jednou z možností je využití formuláře z metodiky CARE (Osobní profil, plán osobní podpory).

- Pacient nespĺňuje kritéria pro přijetí

V tomto případě je vhodné se s pacientem domluvit na osobní schůzce a doporučit mu jinou službu pro něj vhodnou (např. v místě jeho bydliště). Důležité je mít zmapovány aktuální možnosti mimo působnost ARP-AD (např. volnočasové aktivity, stacionáře, služby s regionální působností). V případě, že se na tým ARP-AD obrátí pacient, který nespĺňuje podmínky přijetí, není odmítnut. Je-li to v personálních možnostech týmu, sjedná se s pacientem osobní schůzka v rámci řešení jeho aktuální situace. Pokud ne, doporučuje se poskytnout pacientovi informace ohledně dalších možností pomoci.²⁶

- Pacient splňuje kritéria pro přijetí částečně

Pacient je např. ze spádové oblasti, ale nespĺňuje kritéria z důvodu jiné diagnózy. V tomto případě je kontakt s pacientem omezen pouze na několik schůzek bez vstupu do služby a v rámci těchto schůzek je mu nabídnuta vhodná služba v místě jeho bydliště.

Úkolem ARP-AD je neodmítat zájemce z důvodu kapacity, ale zachovat si volnou kapacitu tím, že jsou pacienti průběžně propouštěni ze služby. Nedostatek volné kapacity je v rozporu s cíli a principy péče v ARP-AD.

Pokud je pacient přijat do péče ARP-AD je zapotřebí určit klíčového pracovníka. Rozhodnutí o tom, kdo bude klíčový pracovník daného pacienta, rozhoduje tým, přičemž je brán zřetel na jeho volné kapacity, kompetence, odborné zaměření a „kompatibilitu“ mezi pracovníkem a pacientem. Pacient má právo žádat o změnu klíčového pracovníka a stejně tak i pracovník po důkladném zvážení má možnost pacienta do péče nepřijmout. V případě nemoci nebo dovolené je důležité zajistit zástup za klíčového pracovníka. Zvláště v případě, kdy pacient sám o péči ARP-AD nežádá nebo ji dokonce odmítá. V tomto případě může jít o dlouhodobější, velmi citlivou práci. Je potřeba najít způsob komunikace, který podpoří pacientovu důvěru v pracovníka.²⁷

Při vstupu pacienta do služby je přesně stanoveno, jak bude v týmu vypadat sdílení informací o něm a s ním. Posouzení případu pacienta je efektivně koordinováno určenými členy týmu (lékař, adiktolog, psycholog zdravotní sestra). Je písemně zpracován a sdílen postup úvodního zhodnocení, včetně jeho časového průběhu. Cílem vstupního posouzení lékařského, adiktologického a případně psychologického je shromáždit vstupní informace pro stanovení úvodního kontraktu a plánu péče, zjistit

²⁶ Jedlička Ondřej, zástupce vedoucího, psycholog Adiktologické ambulance, SANANIM z.ú., [písemný komentář]

²⁷ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

komplikace, které vyžadují postupy pro zvládnání akutních rizikových situací, získat základní přehled o důležitých podmínkách a okolnostech případu. Tato práce pokračuje dalším procesem podrobnějšího posouzení multidisciplinárním týmem, ve kterém jsou zohledňovány vedle závažnosti adiktologické poruchy, přítomnosti komplikujících faktorů v oblasti somatické i psychosociální i osobní významné cíle a okolnosti z pohledu pacienta.²⁸ Z praxe se ukazuje, že k zhodnocení stavu pacienta je vhodné přistupovat jako k průběžnému procesu a je důležité diagnostické intervence volit individuálně dle specifik pacienta/pacienta. V praxi to může vypadat, tak že, vstupní vyšetření nemusí nutně obsahovat psychiatrické, psychologické a adiktologické vyšetření, ale je voleno to, které je pro pacienta aktuálně nejpotřebnější.²⁹ Prvním úkolem určeného klíčového pracovníka je navázat dobrý, partnerský kontakt s pacientem. Je důležité, aby celý proces navazování vztahu byl osobní, srozumitelný, partnerský a vedl k vzájemné spolupráci na společně nastavených cílech.

7.2. Plán zotavení

V rámci účinné spolupráce je základním předpokladem zmapování situace pacienta a vypracování individuálního plánu dle jeho potřeb. Klíčový pracovník poskytuje pacientovi konkrétní informace o tom, jakou podporu mu může multidisciplinární tým nabídnout k dosažení stanovených cílů. Pacient se aktivně podílí na tvorbě individuálního plánu, což vede k podpoře jeho kompetencí a důvěře v proces spolupráce směřující k zotavení.

Při tvorbě individuálního plánu se používá princip sdíleného rozhodování. Klíčový pracovník spolu s pacientem společně zkoumají, hodnotí a rozhodují o možných postupech k dosažení následné podoby spolupráce. Společné rozhodování je tedy modelem dvou expertů: odborník a odborník se zkušeností s duševním onemocněním. Tento plán je důležité kontinuálně aktualizovat podle situace a potřeb pacienta. Hodnocení individuálního plánu by mělo probíhat nejméně jednou za 3 měsíce. Individuální plánování vychází z principu filozofie zotavení, podporuje zkompetentnění pacientů. Pacient je aktivně zapojen, využívá veškeré zainteresované strany. Individuální plán také reflektuje silné stránky a přání pacienta a obsahuje nástroje pro mapování potřeb včetně krizového plánování. Tyto nástroje jsou využívány opakovaně, jsou pravidelně revidovány klíčovým pracovníkem a pacientem společně.³⁰

Klíčový pracovník odpovídá za sestavení individuálního plánu zotavení a následně jej konzultuje a vyhodnocuje se členy týmu, kteří se podílejí na spolupráci.

7.3. Krize a krizový plán

Nedílnou součástí individuálního plánu je sestavení krizového plánu sloužícího k prevenci a řešení krizové situace. Klíčový pracovník probírá spolu s pacientem, jaké

²⁸ Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

²⁹ Vejrych Tomáš, vedoucí Adiktologické ambulance, SANANIM z.ú., [písemný komentář]

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

jsou možnosti předcházení krize, jak projít krizí, jak rozpoznat blížící se krizi, jak se v těchto situacích chovat a případně jaké zdroje podpory využít. Proces zotavení dává pacientovi možnost zdravě riskovat a právo selhávat. V ideálním případě si krizový plán řídí sám pacient ve spolupráci s týmem. Krizový plán také obsahuje instrukce ohledně toho, jaké intervence a postupy pacient preferuje v případě krizové situace.

Pro zvládnutí krize je potřeba připravenosti celého multidisciplinárního týmu. Klíčový pracovník monitoruje stav pacienta v krizi. Pacienti, kteří mají zvýšené potřeby podpory a péče jsou častěji konzultováni na pravidelných schůzkách celého týmu. V praxi se osvědčilo používat FACT board jako podpůrný nástroj pro výměnu informací a koordinace péče mezi členy týmu.³¹ V případě, že je pacient v krizi, je nutné flexibilně reagovat na potřeby pacienta, zintenzivnit péči nebo navýšit frekvenci kontaktu s pacientem a tím předcházet situacím, které by mohly podpořit prohloubení krize.

Cílem krizového plánu je předejít hospitalizaci a zhoršenou situaci pacienta zvládnout v jeho přirozeném prostředí. Krizovými službami se rozumí zdravotní služby ve formě ambulantní a terénní formě.³²

7.4. Plán rozvolňování, propouštění pacienta ze služby

Pokud má multidisciplinární tým rychle a efektivně poskytovat podporu a pomoc pacientům, musí umět dobře zacházet se svými kapacitami a prioritami. Členové týmu mají různé nástroje k tomu, aby správně vyhodnotili, jakou péči pacient potřebuje. Z praxe se doporučuje zvolit péči na dobu určitou. Délka spolupráce s pacientem se domlouvá vždy předem s možností jejího prodloužení v budoucnu. Spolupráce na dobu neurčitou může podporovat závislost pacienta na odborné službě a ztrátu kompetencí, které na cestě k zotavení získal. Je nutné propuštění plánovat tak, aby bylo bezpečné. V rámci plánu propuštění je dobré stanovit mechanismy, kterými může multidisciplinární tým poskytnout potřebnou podporu v případě krize a nutnosti znovupřijetí pacienta. Je dobré zvážit, které zdroje podpory může využít pacient v rámci svého blízkého okolí. Pokud pacient přechází do péče další služby (např. ambulantní lékař), je důležité v rámci plánu propouštění popsat a předat se souhlasem pacienta průběh dosavadní spolupráce s pacientem.

Možné důvody pro ukončení spolupráce:

- Pacient nesplňuje kritéria cílové skupiny
- Pacient nepotřebuje intenzivní komplexní péči
- Stanovená zakázka je naplněna
- Pacient ukončuje spolupráci z vlastního rozhodnutí

Propouštění pacienta ze služby by mělo být předmětem a diskuzí na společných poradách týmu. Členové týmu vnímají ukončení spolupráce jako proces, na který je potřeba se s pacientem připravit a pečlivě naplánovat kroky včetně využití zdrojů mimo službu. Ukončovací proces obvykle trvá 3–6 měsíců, ale délka může být individuální

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

³² *Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD)*. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

dle charakteru služby, kterou ARP-AD poskytuje. Obzvlášť důležité je informovat pacienta, že službu může kdykoliv v budoucnu využít znovu. Ukončení spolupráce je jedním z indikátorů kvality.

7.5. Princip Zotavení

Během posledních let v Evropě i v ČR došlo ke změně přístupu u poskytovatelů služeb směrem k podpoře potřeb u osob s duševním onemocněním. Princip zotavení (recovery) se zaměřuje na osobní cíle pacienta, klade důraz na autonomii a podporuje jeho spoluúčast při léčbě. To může být vnímáno jako posun paradigmatu směrem k přístupu, který se zaměřuje na silné stránky osob s duševním onemocněním nikoliv na pouhou kontrolu symptomů. To vše transformuje celou podstatu péče o duševní zdraví. Léčba se zaměřuje na to, co člověk chce, vyžaduje, po čem touží, sní, a podporuje znalosti, dovednosti a vlastnosti jedince tak, aby jeho rozvoj vedl k uzdravení. Přístup zaměřený na silné stránky člověka zkoumá, jak vytvořit novou životní energii, aktivizovat přirozenou pomoc a podpůrné sítě, jakožto součást řešení problému. Od prvního kontaktu, přes zpracování diagnózy k pojmenování cílů, realizaci intervencí a vyhodnocení je celý proces pomoci založen na předpokladu, že lidé mají kapacitu a prostor k růstu, změně a zotavení, a to i v tzv. chronickém stavu onemocnění.³³

Každý proces zotavení je individuální a neustále se vyvíjí. Je to jediná cesta, která vede k plnohodnotnému životu u osob s duševním onemocněním. Pokud mají poskytovatelé služeb a multidisciplinární týmy efektivně zavádět kulturu zotavení do své každodenní činnosti i do řídicích a plánovacích mechanismů, je důležité, aby byly vybaveny dostatečnou znalostí a porozuměním problematice principu zotavení ve všech jejích aspektech.

Přístup recovery klade velký důraz na ztrátu smyslu a trauma z následků onemocnění jako zásadní překážku v zotavení z duševního onemocnění. Jedním z hlavních traumat je dozajista stigmatizace a sebestigmatizace, která negativně ovlivňuje kvalitu života pacienta, jeho sebevědomí, postoje, víru ve smysluplnou budoucnost, vztahy i fungování v běžných rolích. Cílem tohoto přístupu je soustředit se na obnovení běžných sociálních rolí a prožívání smysluplného života.³⁴

³³ Zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů. (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

³⁴ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

8. Dokumentace

8.1. Zdravotní dokumentace

Zdravotničtí pracovníci mají přesná pravidla na vedení dokumentace. Záznamy o vedení dokumentace musí být v souladu s platnou legislativou (Zákon č. 372/2011 Sb.). Existují různé programy elektronického vedení dokumentace (nejčastěji používaný software Hippo). Kromě vedení elektronické dokumentace je třeba vést dokumentaci také v papírové podobě.³⁵

Zdravotnická dokumentace, včetně jejích samostatných součástí, musí být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována. Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie pacient, osoba pověřená pacientem, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta a osoby blízké zemřelému. Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou bez jeho souhlasu nahlížet, jestliže je to v zájmu pacienta v nezbytném rozsahu, osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele, a další zaměstnanci poskytovatele v rozsahu nezbytně nutném pro výkon povolání, další subjekty spolupracující se zařízením (např. Národní ústav pro kontrolu léčiv). Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka nemohou do dokumentace nahlížet, jestliže pacient nahlížení prokazatelně zakázal. Každý zápis do zdravotnické dokumentace musí obsahovat datum provedení zápisu a identifikační údaje zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který záznam provedl.³⁶

Obsah zdravotnické dokumentace:

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

³⁵ Základní principy péče poskytované Adiktologickými multidisciplinárními týmy (AMT). (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

³⁶ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

- Informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům³⁷

³⁷ Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách.*

9. Spolupráce s ostatními subjekty

V rámci zajištění komplexní péče o pacienty s adiktologickou poruchou je zapotřebí spolupráce ARP-AD s dalšími relevantními službami v daném regionu. Cílem ARP-AD je předcházet hospitalizaci, nebo je významně zkrátit a následně přispět k resocializaci pacientů, proto je tato spolupráce nezbytnou součástí péče. Tato spolupráce by měla lépe propojit psychiatrickou, adiktologickou a ostatní zdravotní a sociální péči a vést k lepší organizaci systému.³⁸

Spolupráce s ostatními subjekty má povahu multidisciplinární mezioborové spolupráce. Propojování psychiatrické, adiktologické a ostatní zdravotní a sociální péče je důležitým faktorem komplexní péče směrem k zotavení pacienta. Významná je také spolupráce s praktickým lékařem, neboť somatické zdraví pacientů s adiktologickou poruchou je často více zanedbávané, než je tomu u majoritní společnosti. Možností je i tzv. “joint work”, neboli asistence týmu praktickému lékaři podle potřeby, a to zejména v situaci, když je již pacient z péče týmu propuštěn, ale i v situaci, kdy by do péče týmu ani vstoupit nemusel. APR-AD také spolupracuje s návaznými lůžkovými službami jako jsou např. terapeutické komunity, psychiatrické nemocnice. Spolupráce s lůžkovým zařízením by měla v rámci zkvalitnění péče a odstranění stereotypů typu “náš-váš” pacient, aby byla zajištěna kontinuita péče.³⁹ Spolupráci je také nutné navazovat se specializovanými ambulancemi a službami, např. gynekologie, stomatologie, ambulance ve vězeňských zařízeních apod.

V rámci péče o zdravotní problematiku (psychiatrickou a psychologickou) ARP-AD rovněž propojuje mezioborovou spolupráci s organizacemi, které se věnují dětem pacientů. Jde o školy, psychologicko-pedagogické poradny, kluby s volnočasovými aktivitami, střediska výchovné péče, speciálně pedagogická centra nebo organizace pověřené výkonem sociálně-právní ochrany dětí. Nedílnou součástí spolupráce jsou další sociální služby podle určité cílové skupiny (nízkoprahové kluby, domovy pro seniory, práce s bezdomovci atd.) V rámci přístupu recovery ARP-AD spolupracuje se službami v oblasti vzdělávání, bydlení, zaměstnávání a volnočasových aktivit. Členové multidisciplinárního týmu by měli být kompetentní poskytnout alespoň základní informace o návazných službách. Možnosti spolupráce s jinými subjekty probírá case manager s pacientem dle jeho aktuálních potřeb.⁴⁰

Velmi často se stává, že se na zařízení obrací rodina se žádostí o pomoc. Pokud je to možné poskytuje ARP-AD komplexní péči nejen pacientovi, ale i jeho rodinným příslušníkům. Do této péče je zahrnuto sociální poradenství, psychoedukace, nabídka edukačních skupin pro blízké nebo může poskytovat i psychoterapii pro rodinné příslušníky a blízké okolí pacienta. Je třeba podporovat členy rodiny a osoby z blízkého okolí, které pacient označí jako účastníky léčby, aby byli schopni se adaptovat na nové podmínky a byli včas informováni o cílech a postupu práce ARP-AD. Rodinní příslušníci pacientů mohou z podpory ARP-AD týmu rovněž profitovat. Podpora v přirozeném prostředí formou case managementu může přinést úlevu v dosavadní

³⁸ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

³⁹ *Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD).* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

⁴⁰ Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. (2022). Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR

zátěži, prokazatelné změny, naději ve zlepšení.⁴¹ Nastavení nových hranic a podmínek pro další život rodinného systému vytváří nové nároky, na které je třeba se adaptovat.

ARP-AD spolupracuje s dalšími subjekty v přirozeném prostředí pacienta. Nezbytným prvkem práce týmu ARP-AD je, aby pacienti služby potřebovali jen po dobu nezbytnou k tomu, aby mohli využívat všechny zdroje běžně dostupné v dané komunitě. Znamená to využívat a propojovat je k těmto zdrojům již v době léčby. Je třeba preferovat jejich využití před využíváním dalších zdravotních a sociálních služeb. Přirozeným prostředím se rozumí takové místo, ve kterém pacient bydlí, využívá služby (banky, úřady, zájmové spolky, veřejné instituce atd.), nakupuje nebo má přátele. Je to místo, ze kterého může čerpat podporu a pomoc a sám být nápomocný ostatním. Úkolem ARP-AD je pomoci pacientům tak, aby v komunitě našli své místo. Důležitými přirozenými zdroji jsou dostupné spolky a organizace, které pomáhají tradičně lidem v problémech se závislostí – Anonymní alkoholici, Anonymní narkomani, A-Kluby, Dospělé děti alkoholiků, Al-Anon (pro příbuzné alkoholiků) atd. Case manager může pacientovi pomoci při navázání spolupráce s těmito službami. Jako zásadní se ukazuje asistence při jednání s institucemi místní samosprávy v sociální oblasti (např. přidělování sociálních bytů, posuzování příspěvku na bydlení, spolupráce s kurátory nebo opatrovníky).

Seznam užitečných kontaktů

Krizové linky

Linka důvěry CKI (Psychiatrická nemocnice Bohnice): 284 016 666 nonstop anonymní krizová pomoc pro dospělé

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

Národní linka pro odvykání: 800 350 000 Poskytuje bezplatné služby dospělým a mládeži (od 15 let), kteří potřebují pomoc s nadužíváním návykových látek a jejich blízkým.

Pražská linka důvěry: 222 580 697 Poskytuje volajícím nonstop telefonickou krizovou pomoc a základní poradenství.

Poradenská linka (Klinika adiktologie 1. LF UK): 224 968 208 Závislostní chování (legální i nelegální látky, nelátkové závislosti)

Poradenská linka (Sdružení SANANIM): 602 666 415 Problematika užívání návykových látek.

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

⁴¹ *Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD).* (2020). Praha: Ministerstvo zdravotnictví v ČR

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

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

Krizová centra

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

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

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

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

Mapa pomoci www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/ kontakty na zařízení poskytující léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislostí v České republice, rozčleněné do kategorií podle druhu služby a regionů.

Seznam zdrojů

Jedlička Ondřej, zástupce vedoucího, psycholog Adiktologické ambulance, SANANIM z.ú., [písemný komentář]

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

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

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2018. *Základní principy péče poskytované Psychiatrickou ambulancí s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty (ARP – AD) - cíle, principy, vodítka pro vznik, organizaci a provoz*. Praha.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2022. *Standard ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty*. Praha.

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

Pfeifer. J., Krbcová Mašínová. L., Krejčí. T., Fojtíček. M. (2022). *Zavádění kultury zotavení do multidisciplinárních týmů a organizací*. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha.

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

Papežová, S., Pfeiffer, J., Mašíňová Krbcová, L., Urbánková, M., Fišarová, Z., & Herbstová, H. (2020). *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním – Reforma psychiatrie*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/metodika-zavadeni-multidisciplinariho-pristupu-v-peci-podpore-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>

Pfeiffer, J., Svačina, G., Povolná, K., Mikulenka, J., Loudová, M., Říčanová, S., (2022). *Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Vejrych Tomáš, vedoucí Adiktologické ambulance, SANANIM z.ú., [písemný komentář]

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

Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*.

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

Zákon č. 101/2000 Sb. *Zákon o ochraně osobních údajů*.

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

- <https://www.mpsv.cz/web/cz/informace-o-aplikaci>
- <https://www.reformapsychiatrie.cz>

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