



## Pacient s psychickými ťažkosťami:

Navštívi ambulantného psychiatra, ten mu diagnostikuje psychickú poruchu (depresívnu úzkostnú, schizofréniu, inú) a posúdi, či postačí ambulantná liečba:

- A. AK ÁNO: začne liečbu, na kontrolách vyhodnocuje, či sa stav zlepšuje:
- AK ÁNO a nezostávajú reziduálne príznaky, ktoré významne limitujú funkčnosť pacienta (posúdi to ambulantný psychiater objektívne podľa psychometrického inštrumentu, napr. GAF) – pokračuje v ambulantnej psychiatickej liečbe.
  - AK ÁNO, ale nedostatočne a zostávajú reziduálne príznaky, ktoré významne limitujú funkčnosť pacienta (posúdi to objektívne podľa psychometrického inštrumentu, napr. GAF) – pošle pacienta do ZKPS (príp. iného zariadenia komunitnej psychiatrie, podľa regionálnej dostupnosti (napr. DPS, PSC)).
  - AK NIE a zostávajú reziduálne príznaky, ktoré významne limitujú funkčnosť pacienta (posúdi to objektívne podľa psychometrického inštrumentu, napr. GAF) – pošle pacienta do ZKPS (príp. iného zariadenia komunitnej psychiatrie, podľa regionálnej dostupnosti (napr. DPS, PSC)).
  - AK NIE a stav sa ďalej zhoršuje do tej miery, že vyžaduje hospitalizáciu – odporučí hospitalizáciu v ústavnom psychiatrickom zariadení.
- B. AK NIE: odporučí hospitalizáciu, alebo dá pacienta RZP (niekedy aj za asistencie polície) previezť do ústavného psychiatrického zariadenia, ktorého lekár rozhodne o potrebe hospitalizácie.

Pacient môže byť na psychiatrickú hospitalizáciu privezený aj priamo (príbuznými, RZP, políciou) alebo sa sám dostaví do pohotovostnej služby v ústavnom zariadení.

Po prepustení z hospitalizácie:

- I. Pacient pokračuje v liečbe u svojho ambulantného psychiatra.

ALEBO

- II. Ak u pacienta zostávajú reziduálne príznaky a funkčný deficit, príp. nekritickosť k ochoreniu, ktorá limituje jeho spoluprácu v ambulantnej psychiatickej liečbe – odporúča sa liečba v ZKPS (príp. v inom zariadení komunitnej psychiatrie, podľa regionálnej dostupnosti a závažnosti stavu (napr. DPS, PSC)).

Odporúčenie liečby v ZKPS (príp. DPS, PSC) môže dať ústavné zdravotnícke zariadenie, kde je pacient hospitalizovaný, alebo ambulantný psychiater po hospitalizácii pacienta.

## Liečba v ZKPS

### súčasti ZKPS:

- a) vždy sú súčasťou ZKPS:
- Psychiatrická ambulancia
  - Psychosociálne centrum
  - Mobilný tím

- Rôzne formy psychosociálnej rehabilitácie (ergoterapia, biblioterapia, muzikoterapia, pohybová terapia, arteterapia, kognitívny tréning, nácvik sociálnych zručností...)
- Rôzne formy psychoterapie (individuálnej, skupinovej)
- Psychoedukácia

b) môžu byť zriadené v ZKPS:

- Denný psychiatrický stacionár
- Centrum krízovej intervencie

Ak psychosociálne centrum existuje samostatne (t. j. nie je súčasťou ZKPS), jeho nevyhnutnou súčasťou je aj mobilný tím. Samostatne môžu existovať aj denný psychiatrický stacionár a centrum krízovej intervencie – v takomto prípade je vhodné nadviazať spoluprácu s najbližším ZKPS a najbližším ústavným psychiatrickým zariadením.

### Indikácie služieb/starostlivosti v ZKPS:

#### Kontakt pacienta so ZKPS

Pacient, ktorý nespolupracuje alebo spolupracuje veľmi nedostatočne a nepoznáme jeho sociálne možnosti v domácom prostredí, resp. jeho sociálna situácia je nepriaznivá – podnet na liečbu v ZKPS môže ohľadom tohto pacienta dať ambulantný psychiater, ústavné psychiatrické zariadenie ku koncu jeho hospitalizácie, miestny úrad, príbuzní a pod.: takémuto pacientovi poskytne starostlivosť mobilný tím (asertívny kontakt) – výjazdy – cieľ: motivovať ho k spolupráci, nastaviť mu režim, zabezpečiť mu lieky, príp. podať mu lieky v domácom prostredí a motivovať ho k návštevám ZKPS, kde je možné mu poskytnúť viac rehabilitačnej starostlivosti a tiež ho resocializovať.

Pacient, ktorý spolupracuje a je schopný sám navštíviť ZKPS – takémuto pacientovi termín prvej návštevy v ZKPS dohodne ambulantný psychiater alebo ústavné psychiatrické zariadenie ešte počas hospitalizácie pacienta.

#### Pacient v ZKPS:

Pacient, ktorý trpí „miernejšou“ psychickou poruchou (väčšinou pôjde o depresívne a úzkostné poruchy s reziduálnymi príznakmi a pod.) a potrebuje doliečiť reziduálne príznaky psychickej poruchy: jeho case manažér v ZKPS mu vytvorí a kontroluje jeho individuálny liečebný plán (ILP) spočívajúci v:

- návšteve psychiatra (v ZKPS alebo ak bude preferovať vlastného ambulatného psychiatra, tak môže pokračovať v liečbe u neho), ktorý manažuje farmakoterapiu,
- psychoterapii (individuálnej alebo skupinovej),
- rehabilitácii (sociálny tréning, ergo-, muziko-, biblioterapia, atď.)

Takýto pacient chodí na psychoterapeutické a/alebo rehabilitačné aktivity v ZKPS niekoľkokrát do týždňa v stanovený čas (napr. utorok a štvrtok od 13:00 do 14:30 hod.). Profituje z tohto komplexného liečebného postupu.

Pacient, ktorý trpí „závažnejšou“ psychickou poruchou a potrebuje stabilizovať psychický stav (lebo napr. mu hrozí hospitalizácia) a/alebo doliečiť reziduálne príznaky obmedzujúce jeho funkčnosť – odporučí sa mu pobyt v dennom psychiatrickom stacionári, kde dochádza denne min. na 6 hodín a zúčastňuje sa liečebného programu (pobyt v DPS je možný v závislosti od zdravotnej poisťovne max. 3 mesiace/rok).

Ak je tento DPS súčasťou ZKPS, tento pacient dostane svojho case-manažéra, ktorý mu pripraví ILP. Jeho ILP bude zahŕňať pobyt v DPS, ale keď tento skončí, môže ešte pokračovať v ZKPS v ďalšej psychoterapii, rehabilitácii atď. Samozrejme, ak to bude potrebné, sociálny pracovník v ZKPS mu bude pomáhať pri využívaní sociálnych služieb.

Pacient, ktorý trpí „závažnou“ duševnou poruchou (väčšinou schizofrénia a závažné chronické depresívne poruchy, dospelí pacienti s autizmom, závažné OCD) a potrebuje stabilizovať psychický stav, príp. ho udržať, aby nedošlo k zhoršeniu (prevencia hospitalizácie) a bol sebestačný (mohol zostať v domácom prostredí a nebyť umiestnený v sociálnej inštitúcii):

- odporučí sa mu navštevovať psychosociálne centrum, kde pre neho jeho case manažér vytvorí ILP – napr. bude absolvovať psychosociálnu rehabilitáciu v miere, ktorá bude pre neho možná a prospešná (napr. 2x do týždňa po 1 hod.)
- ak nebude schopný dochádzať do PSC, bude za ním výjazdovo chodiť mobilný tím. Po zlepšení stavu vplyvom starostlivosti mobilného tímu bude môcť chodiť do PSC na viac aktivít psychosociálnej rehabilitácie.

V prípade, že PSC alebo DPS sú zriadené samostatne, je potrebné ich prepojenie so ZKPS a službami v komunite (napr. voľnočasové a záujmové aktivity a pod.).

V prípade, že sa stav pacienta zhorší, je možný v rámci **ZKPS** prechod medzi jednotlivými formami starostlivosti. Ak sa jeho stav zhorší do tej miery, že nepostačuje ani starostlivosť mobilného tímu, psychiater v ambulancii ZKPS stav posúdi a odošle pacienta na hospitalizáciu.

Keď sa stav pacienta zlepší do tej miery, že nepotrebuje starostlivosť/služby v ZKPS, PSC alebo DPS, vráti sa do starostlivosti svojho ambulantného psychiatra.

Definície:

**Psychiatrické stacionáre** – zámerom je dosiahnuť taký stupeň uzdravenia, ktorý umožňuje čo najlepšiu pracovno-sociálnu reintegráciu pacienta („menej závažný priebeh“: najmä schizofrénia, bipolárne afektívne poruchy, depresívne poruchy, úzkostné poruchy, OCD, poruchy osobnosti...), aby dosiahol čo najvyššiu funkčnosť. T. j. očakávame zlepšenie stavu, prípadne až uzdravenie pacienta, návrat do práce, kvalitné sociálne fungovanie... atď.

Príklad zo SR: 32-ročná pacientka, druhá epizóda schizofrénie, hospitalizovaná na psychiatrickom oddelení 4 týždne, absolvovala elektrokonvulzívnu liečbu, berie antipsychotiká, bludy a halucinácie už nemá. Odmieťa kontakt s ľuďmi okrem svojej rodiny, nevydrží dlho pri jednej činnosti. Je práceneschopná, má doma 6-ročné dieťa. Na konci hospitalizácie je jej odporučený pobyt v DPS, po 3 mesiacoch intenzívnej liečby v DPS je samostatnejšia,

postupne preberá na seba povinnosti v domácnosti a starostlivosť o dieťa. Plánuje návrat do práce na skrátený úväzok.

**Psychosociálne centrum** – zámerom je udržať pacienta, u ktorého nie je možné dosiahnuť vyliečenie chronicky prebiehajúcej psychickej poruchy, sebestačného v komunite v jeho prirodzenom sociálnom prostredí za podpory multidisciplinárneho tímu, bez potreby dlhodobej hospitalizácie alebo celoživotnej inštitucionalizácie („závažný priebeh“: najmä schizofrénia, bipolárne afektívne poruchy, farmakorezistentné depresívne poruchy, OCD, poruchy osobnosti...). T. j. už nečakáme významnejšie zlepšenie stavu a sfunkčnenie, ale cieľom je predísť hospitalizácii alebo inštitucionalizácii.

Príklad z ČR: „Paní M. je 55 let a je v dlouhodobé péči psychiatra i našich služeb (CDZ). Nedávno se její stav výrazně zhoršil. Dle obecných kritérií by to bylo na hospitalizaci. Ta však: a) nebyla možná (plný stav na oddělení psychiatrie), za b) nebyla z našeho pohledu ještě nutná (nevyzkoušely se všechny možnosti spolupráce) a za c) si ji klientka nepřála.

Na společné schůzce s psychiatrickou, klientkou a case manažerkou se vytvořila dohoda. Nastoupí intenzivní režim naší spolupráce, prozatím na 14 dní. Každý den ve stejný čas někdo z našich řad za klientkou dojede a pomůže ji dodržet podmínky, které stanovila její lékařka (udržení režimu): oblékne se, provede ranní hygienu, nají se, nakrmí zvířata, zatopí si. Lékařka tím chtěla předejít tomu, aby zase klientka neměla v domě 5 stupňů, nebo nebyla celý den v pyžamu a hladová. Klientka (nerada) na dohodu přistoupila. My ji poctivě plnili.

Klientka se snažila, co jí aktuální stav dovolil. Po 14 dnech proběhlo společné zhodnocení. Psychiatricka se divila, že jsme to společně dokázali. Nedoufala, že by v tomto stavu klientka zvládla situaci doma. V takovém stavu ji za roky spolupráce ještě neviděla. Vyhodnotila, že už hospitalizace není nutná. Následně jsme vytvořili další dohodu: pokračujeme v intenzivním režimu, ale více rozvolníme (kontakt 3krát týdně) a přidáváme aktivitu navíc: při naší návštěvě jdeme na chvíli ven.

Klientka situaci hodnotila slovy: „Strašně jste mě štváli! Večer už jsem měla úzkost, že zas ráno přijedete a budete mně v 55 letech říkat, že si mám vyčistit zuby! Ale zatla jsem zuby a vydržela. Teď jsem moc ráda, že jsem to zvládla doma.“

Komplikovaný případ paní M. se podařilo řešit díky práci multidisciplinárního týmu, který pracuje s režimem střídání běžného case managementu s režimem intenzivní péče (tzv. FACT - holandský model práce), jehož podstata spočívá v intenzivním kontaktu s klientem (denně, nebo i vícekrát za den), ve střídání pracovníků (zástupnost, udržitelnost) a úzké spolupráci s psychiatrem. Opět jsme se utvrdili v tom, že takhle má vypadat naše práce, že takhle vypadá budoucnost komunitní psychiatrické péče.

**Centrá krízovej intervencie (CKI):** poskytujú prvkontaktnú, bezbariérovú a nestigmatizujúcu zdravotnú starostlivosť zameranú na diagnostiku, liečbu a poradenstvo prostredníctvom nasledujúcich intervencií: psychologického vyšetrenia, psychiatrického vyšetrenia, krízovej intervencie, emergentnej psychoterapie, farmakoterapie, prípadne aj krátkodobého pobytu na lôžku. Cieľovou skupinou sú ľudia s psychickými ťažkosťami, ktoré vznikli náhle v stresujúcej (krízovej) životnej situácii.

Jednou zo skupín pacientov v CKI sú aj pacienti s kompenzovanými psychickými poruchami, ktorí sa ocitli v krízovej životnej situácii. Napojenie CKI na ZKPS umožní u týchto pacientov prevenciu dekompenzácie psychickej poruchy a hospitalizácie.

Príklad: 45-ročná pacientka so schizofréniou (lieči sa od svojich 20 rokov), kompenzovaná, invalidná dôchodkyňa, dlhodobo užíva liečbu, jej stav je stabilizovaný, 5 rokov nebola hospitalizovaná. Náhle jej zomrel partner, s ktorým žila 6 rokov, na infarkt. Rodina ich vzťah neschvaľovala, nemala s nimi kontakt. Prichádza do CKI. Za pomoci psychológa jej je poskytnutá krízová intervencia, podpora a je odporučená do ZKPS, kde pre ňu case manažér pripravuje ILP, vycestuje za ňou mobilný tím, aby zistil jej funkčnosť v domácom prostredí (doma je neporiadok, má tam veci po nebohom partnerovi, nevie si s tým poradiť), odporúča sa jej aktivita (psychoterapia, psychosociálna rehabilitácia) v ZKPS, kde prichádza dvakrát týždenne na 1 hodinu (každodenný pobyt v DPS by nezvládla a ani ho nepotrebuje, pobyt v PSC nie je indikovaný).

**ZKPS** – poskytne služby flexibilne všetkým vyššie uvedeným skupinám pacientov, dá možnosť vyskladať individuálny liečebný plán z viacerých aktivít, umožní stratifikovať starostlivosť podľa meniaceho sa stavu pacienta. Navyše poskytne starostlivosť aj tým pacientom, ktorým nepostačuje len ambulantná psychiatrická starostlivosť, ale ich stav ešte nie je indikáciou na pobyt v DPS alebo PSC. U týchto pacientov vplyvom kombinácie farmakoterapie, psychoterapie a psychosociálnej rehabilitácie poskytovanej formou ILP možno očakávať vyliečenie a návrat k plnej funkčnosti.

Príklad: 45-ročná pacientka s periodickou depresívnou poruchou, aktuálne v čiastočnej remisii aktuálnej depresívnej epizódy, s pretrvávajúcou únavou, nevykonnosťou, kognitívnymi poruchami, ktoré vedú k stavom zvýšenej úzkosti. V minulosti bola dlhodobo nezamestnaná, počas predchádzajúcich epizód depresie bola ambulantne liečená, užívala antidepresíva, ale pre reziduálne príznaky niekoľkokrát absolvovala aj mesačný pobyt v DPS. Teraz je situácia iná – pacientka po dlhej dobe získala zamestnanie, stále je v skúšobnej dobe, v práci sa jej veľmi páči, ale pre odznievajúcu depresiu sa jej nedarí dobre sa v práci sústrediť, všetko jej dlhšie trvá, bojí sa, že si to kolegovia aj šéf všimnú a prácu stratí. Sama konštatuje, že by asi popri farmakoterapii potrebovala psychoterapiu, ktorá v minulosti vždy pomohla, ale individuálne si ju nemôže dovoliť a pobyt v DPS neprichádza do úvahy, pretože sa veľmi obáva zostať na dlhšej PN. Ambulantný psychiater jej odporúča ZKPS, kde jej case manažér nastaví ILP – 2 x týždenne 1 hodina individuálnej psychoterapie a raz týždenne 1 hodina tréningu kognitívnych funkcií, všetko po pracovnej dobe.