

# 1 SEZNAM PŘÍLOH

1. Seznam použitých zkratk
2. Seznam obrázků a tabulek
3. Kódovaný přepis rozhovorů
4. Text e-mailu pro PL
5. Text emailu pro psychiatry
6. Odpovědi získané dotazníky pro PL
7. Odpovědi získané dotazníky pro psychiatry
8. Seznam psychiatrických diagnóz
9. Webové stránky organizací zabývajících se péčí o duševní zdraví
10. Projet DP

## **1. Seznam použitých zkratek**

ARP – ambulance s rozšířenou péčí

CDZ – centrum duševního zdraví

CMHT – Community mental health team

ČSL JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DO – duševní onemocnění

EHP fondy – Evropské hospodářské fondy

ESF – Evropský sociální fond

FN – fakultní nemocnice

HF – housing first

IROP – integrovaný regionální operační program

IZS – integrovaný záchranný systém

LF UK – Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MHC – Mental health centre

MMR – Ministerstvo pro místní rozvoj

MT – multidisciplinární tým

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NAPDZ – Národní akční plán duševního zdraví

NNO – nezisková organizace

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví

OPZ – Operační program zaměstnanost

PL – praktický lékař

PN – psychiatrická nemocnice

PO – psychiatrické oddělení

RIDZ – regionální institut duševního zdraví

SLP – Sdružení praktických lékařů

SRPP – strategie reformy psychiatrické péče

SVL – Společnost všeobecného lékařství

TQM – Total quality management

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

ZČU – Západočeská univerzita

WHO – World Health Organisation

## 2. Seznam grafů, obrázků a tabulek

Graf 1: V jakém zařízení lékař pracuje? ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Graf 2: Jaké výkony by dle jejich úsudku mohl vykonávat PL? .. **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 1: Reforma péče o duševní zdraví ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 2: Základní pilíře strategie ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 3: Centra duševního zdraví ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 4: Projekty reformy (2017 – 2022) ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 5: Model zotavení ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 6: Finance investované do oblasti duševního zdraví v nových zemích EU **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 7: Orientační plán PN Dobřany ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 8: Příklad komunitní sítě ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 9: Demingův PDCA cyklus zlepšování ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 10: Struktura a charakteristika Centra duševního zdraví (CDZ) ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 11: Struktura a charakteristika týmu Včasné intervence (VIZDOM).. **Chyba! Záložka není definována.**

Obrázek 12: Ideální model multidisciplinárního přístupu na 3. úrovni ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 1: Seznam psychiatrických nemocnic v ČR ..... **Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 2: Seznam psychiatrických oddělení v ČR k roku 2018 . **Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 3: Počet ordinací praktických lékařů v jednotlivých okresech Plzeňského kraje ..... **Chyba! Záložka není definována.**

### 3. Kódovaný přepis rozhovorů

(ponecháno v originálním znění pro zachování autenticity)

*1. Kódovaný přepis rozhovoru s krajským předsedou a okresním předsedou pro Plzeň–sever:*

#### **zdroj informací:**

MUDr. Petr Šonka – předseda Sdružení praktických lékařů České republiky  
okresní předseda praktických lékařů Plzeň – jih

#### **zkušenosti s DO:**

Pamatuju si doby, kdy jsme schizofreniky honili s policajty po obvodě, který prchali do polí a od té doby se toho moc nezměnilo.

Spolupráce nefunguje téměř vůbec.

Kontakt na MUDr. Kudrleho, využívá ho pro konzultace o psychiatrických pacientech.

#### **dg:**

Deprese nejčastěji – jedni to řeknou, léčí se a jiní se neléčí a neřeknou to.

Největší problémy jsou se schizofreniky, bipolární psychóza.

Pokud pacient o obtížích nemluví, nepozná, zda se jedná o schizofrenii či abusus drog, deprese se nemusí poznat vůbec, má zkušenost se suicidem pacienta, nevěděl, že má psychické obtíže.

Je potřeba, aby se pacient svěřil.

Krátká návštěva u lékařů, zahlcenost PL prací kolem, není čas na pacienta, abych si s ním popovídal.

Srovnání s cizinou, kde mají 20 pacientů/den, pak bych měl možnost si s tím pacientem sednout a poznat, že není něco v pořádku, ale nám přijde, do toho drnčí jeden telefon za druhým, lidé chtějí vystavovat léky po telefonu, což je v pořádku, vystavování karantén.

#### **Výkony:**

Nepíchá depotní injekce, záleží, jestli je potřeba jenom píchnout injekci nebo jestli je součástí také kontrola jeho psychického stavu. Pokud mu odborník napíše, že je v tak kompenzovaném stavu, abych mu to já podával, tak se nebrání. Ostatní vyjmenované úkony jsou běžnou součástí ordinace.

Musím zhodnotit z hlediska své erudice a zkušenosti, co jsem schopný a co nejsem schopný ošetřit. To je na každém praktikovi.

Když vyhodnotím, že na to mé síly nestačí, předávám pacienta odborníkovi.

Jsem schopen léčit nějakou jednoduchou depresi. Předávám odborníkovi tak,

že ho zkontaktuju a pošlu tam pacienta. Napíšu zprávu, že pacient je léčen pro depresivní syndrom, má tu a tu terapii a odešlu.

Ale když má někdo bércový vřed, tak nezáleží na tom, jestli má depresi nebo je veselej. Další odborníky nebo další služby je potřeba volit podle toho, co pacientovi je a co potřebuje.

### **Ostatní služby:**

Provozuju agenturu domácí péče. U pacienta se schizofrenií, který má bércový vřed, který je potřeba převazovat, tak tam pošlu domácí péči, ale se schizofrenií to nemá co dělat. Ale pokud pacient má jenom schizofrenii, tak tam ta domácí péče nemá co dělat. Ostatní odborníky a služby používám pro ostatní diagnózy, se kterými se pacient léčí, ale v případě psychiatrické péče zaléčím lehkou depresi, ale když mi to nepůjde, tak ho předám do rukou psychiatra. Pokud je tam potřeba ještě nějakou asistenci, tak buď mě zkontaktuje a řekne, že je tam potřeba to a to a nebo to rovnou sám zařídí.

Doplnění ostatní péči je běžné u všech pacientů, i když by tu psychiatrickou diagnózu neměl.

Když bude pacient se schizofrenií, tak nemám důvod tam posílat domácí péči, ani to nemůžu vykázat pojišťovně.

Já ošetřovat schizofrenika nebudu, protože na to moje kompetence nestačí, takže ho odešlu ke specialistovi a ten řekne, co je potřeba. Nebudu za takovým pacientem posílat sestru domácí péče, která je drahá a není erudovaná atd. Specialista si pacienta pozve za 14 dní nebo za tři týdny na kontrolu, popovídá si s ním, je zkušeněj, takže vidí, že se dekompenzuje, že pacient nebere léky nebo tak, ale tohle už si řídí podle svého psychiatr. S tím nemá praktik vůbec co dělat!

Je rozdíl, když já pošlu ke specialistovi člověka s depresí, ten mi napíše, že je to deprese a terapie, kterou mu dávám je dobrá, ale měl bych mu dávat o jednu tabletu víc a předá mi ho zpátky a já ho budu dál léčit. Je rozdíl, když pacienta odešlu k vyšetření ke specialistovi nebo mu ho předávám do péče. Když je to schizofrenik, tak já ho rovnou předávám do péče, protože vím, že já pro něj nic víc udělat nemůžu. Protože to nezvládám.

Pokud dojde k tomu, že člověk začne doma bláznit, protože nebere léky, tak já to sám nevyřeším, já to musím stejně konzultovat s tím psychiatrem. Takže to jde mimo mě.

## **Koncepce reformy**

Podle MUDr. Šonka se s praktickými lékaři jednalo v roce 2019 o nové koncepci psychiatrické péče ve dvou stupních: vyšší stupeň, že by existoval ambulantní psychiatr nebo psycholog, ke kterému já bych pacienta posílal, a pak by mělo být nějaké to Centrum duševního zdraví, které by bylo nadřazené těm psychiatrům. A v CDZ by mělo být to, co nám chybí, a to je ta výjezdová část, že by ti psychiatři, pokud by došlo k situaci, že by mi doma začal bláznit schizofrenik, tak já bych se obrátil na toho psychiatra nebo rovnou na to CDZ, a tam by mi jela nějaká výjezdová skupina s psychiatrem atd. A ošetřili by pacienta v jeho domácím prostředí nebo zvážili, jestli hospitalizovat.

## **Současný postup:**

Tohle dosud nemám, takže se to řeší alternativním způsobem, že pokud pacient neohrožuje sebe nebo své okolí, tak ho nemůžete poslat do nemocnice, takže pak tam udat, že ohrožuje sebe a své okolí, aby ho mohli převést do nemocnice. Já na něj nemám páku, když on s tím nesouhlasí, tak ho nikdo nikam neodveze.

Je strašnej problém najít psychiatra, je těžké najít psychiatra, který vám poskytne okamžitě tu péči o člověka.

## **Příklad z praxe:**

Syn kamarádky vyhrožoval suicidem a oni ho objednali za 14dní. Člověk, který vyžaduje akutní intervenci, což je většinou, tak nemám, kam bych se obrátil. Není, kam ho umístit. Každý řekne, že ho můžu odvézt do špitálu, ale když tam odmítne být, tak to nikoho nezajímá. To je to podstatný, co jsem vám chtěl říct.

Od ostatních praktiků se nedozvíte nic jiného než ode mě. Jsem ve výboru PL a mám nejčerstvější informace. Nedoporučoval bych kontaktovat Českou lékařskou komoru, protože tam spolupráce těžce vázne.

## **Současná praxe:**

Kdyby koncepce přes CDZ fungovala, tak by to bylo úžasný. V současné době pořád improvizují.

Když pacient odmítne jet do nemocnic, tak s ním nehnu. Sem patří nová koncepce psychiatrie, kdy za ním přijedou do jeho domácího prostředí.

Dělat práci navíc, jako škálování duševního stavu, není v běžném provozu nebo ani podpory domácí péče v současném zahlcení pacientama možné. Sestra je hnaná kupředu výkony zrovna jako ten doktor. Navíc to nikdo nezaplátí. Navíc ona není erudovaná.

SPL dává svoje stanoviska ke všem koncepcím, ale tady na stole ještě nic není.

### **Šíření informací:**

Dejte mi informace o organizaci: „Jsem Ledovec, dělám to a to, do mailu“ – a já to rozšířím do mailu.

Já, kdybych neměl Kudrleho, tak ani dodneška nevím o tom, co je to Ledovec. Ale já vůbec nevím o čem to je nebo k čemu to je. Mě nikdo nekontaktoval z těchto lidí.

Když začíná nějaká nová ambulance, kde chtějí mít pacienty, tak mi napíšu: vážený pane doktore, budeme dělat ortopedii informujte, prosím, svoje lékaře.

Děláme různé přednášky na okresní a krajské úrovni. Děláme je po celé republice. Není problém, aby vzešla nějaká iniciativa a řekli, že tam chtějí podat nějakou zprávu o tom, co je lepší v kraji nebo v regionu.

Buď jsou prací zavalení tak, že nepotřebují další pacienty asi.

Vždycky jsem při řešení takové situace zažil jenom komplikace. Opakovaně.

Když odmítl jít do nemocnice, ale do ambulance by třeba šel, ale já jsem tu ambulanci nesehnal.

Za 30 let, já jsem nevěděl, kam se obrátit, tak jsem zavolał Kudrlemu, aby mi někde něco domluvil. A takhle to běhalo. A takhle to běhá všude.

Nikde není jasná linka toho, jak postupovat. Jako je to s Covidem. Aby to všechno běželo. Je to jako za krále Klacka.

Já o tom nemám žádné informace, že v Ledovci vzniklo CDZ. (připomínám představení služby na zasedání SPL). V ČR je přibližně 5500 PL, v kraji podstatně méně, ale na zasedání přijede zlomek. Musíte to udělat 4krát.

### **Návštěvní služba:**

Popravdě řečeno se neprovádějí. Moje náplň je kurativa. Raději ošetřuji v ordinaci, mám tam nadstandardní vybavení. Potřebuji svoje zázemí. Mám tam svoje pohodlí.

Před 30lety jsem jezdil na 5 návštěv denně. Nevidím v ošetření doma extra přínos.

Když je imobilní, tak ho navštívím. Když je mobilní, tak by se měl umět dopravit. Je to jeho pohodlnost.

Depresivního pacienta pozvu do ordinace. Tak zhodnotím, zda je to nad mé síly a odešlu

hok odborníkovi. A odborník za ním taky nepřijede domů.

U pacientů, kteří jsou dekompenzovaní, je návštěva odborníka vhodná. Informace o takovém pacientovi přijde z rodiny, s tím se prakticky nesetkávám. Ptám se, zda mohou člena rodiny někam odvézt, když to nejde, tak přijedu. Mým úkolem je pacienta přemluvit, aby se nechal někde léčit. Chce to velkou zkušenost a tu já mám. Musíte s tím člověkem umět jednat, tam už je zapotřebí psychiatra nebo velmi zkušeného praktika.

### **Úkolem dobrého PL:**

PL by neměl umět všechno, dobrá diferenciální diagnostika, zaléčit základní věci, ale měl by mít také soudnost a měl by vědět, kam až jeho schopnosti sahají. Když nevím, co s kožní vyrážkou, pošlu ke kožaři, a když vidím, že má člověk depresi, protože mu zemřel partner, tak se mu pokusím pomoci, ale když jí má čtvrt roku, tak ho pošlu za odborníkem, a tak si myslím, že by to mělo fungovat.

Ne, že já se teď začnu vzdělávat, abych uměl zvládat složitější a složitější věci.

Podstatné je, abych měl přehled o tom, co všechno možný je, co by se mohlo dělat a nemohlo a abych odhadl své zkušenosti.

### **Vzdělání PL:**

V rámci studia medicíny, když se dělají kolečka po odborných odděleních, by měli studenti získat zkušenost i z lůžkového oddělení psychiatrie, kde získají přehled.

Máme vzdělávací kurzy „přístup k pacientovi“, to si myslím, že je dobrý k získání těch dovedností v komunikaci s pacientem. V tom by se měl lékař vzdělávat, nelze to získat online kurzem. Komunikace je jeden ze základních pilířů praktického doktora.

Nemyslím si, že se lze takto naučit mluvit se schizofrenikem, to vyžaduje zkušenost. Ale měl by se naučit ho přemluvit k návštěvě psychiatra a léky předepisuje už odborník.

### **Jak navazovat s ostatními:**

Kardinální je, abyste ty odborníky znala. Abyste věděla, co dělají za práci. Co vám poskytnou a podle toho ty pacienty správně nasměrovala. To neexistuje.

Já bych měl znát odborníky, kterým ho můžu poslat, měl bych znát jejich možnosti a komunikovat o stavu toho pacienta.



### **Příklad ze zahraničí:**

V Německu, když můj pacient bude mít infarkt a nechám ho odvézt do špitálu, tak se za ním mohu přijet podívat, jak je léčen, co se s ním děje, jak se má. To je výborné z hlediska psychiky pacienta, protože vidí svého doktora, na kterého je zvyklý, vidí jeho zájem, ale hlavně doktor má neustálý kontakt se špitálem. On vidí nové přístroje, nové léky, nové přístupy, což já takhle nevidím. Já dostanu zprávu, kde jsou zkratky, kterým ani nerozumím.

### **Služby duševní péče v kraji:**

Vůbec nevím, jak funguje Ledovec. Ledovec mě v životě nekontaktoval ani jako lékaře ve Zruči, ani jako krajského předsedu.

Není udělaný kontakt. Je to to nejtriviálnější.

Kontakt, který já si představuju mezi odborníkem a praktikem. Takový kontakt mám třeba s kardiologem, se kterým pravidelně telefonicky komunikuju. Tak by to mělo být.

Sice se vymlouváme, že na to nemáme čas, no nemáme, ale být by to mohlo.

2200 pacientů na Plzeň – sever

Snažím se léčit tak, jako bych léčil sebe nebo své nejmilejší.

Znám 2–3 základní antidepresiva. Neznám jemné nuance, neznám tu praxi. Běžný psychiatr ošetří 10 depresivních pacientů za den a já udělám jednoho za týden nebo za 14 dní.

Soudnost, hranice, týmová spolupráce by to měla být. Mě to přijde jednoduchý.

### **Navázání spolupráce:**

Zavolají mi z Ledovce a řeknou mi hele, nechceš se někdy zastavit nebo pojd' dáme si někde oběd nebo jenom zavolají, řeknou my děláme tohle a tohle a můžeme poslat mail s informacema?

Poslat mail nestačí. Raději zvednout nejprve telefon.

Mám špičkové technické vybavení ordinace.

### **Problémy v navazování spolupráce:**

V dřívější době byla komunikace lepší, komunikace je na základě osobních vazeb. Nemám moc přehled o tom, co nově se objevuje. Pořádám jednou za 6týdnů/2 měsíce okresní setkání, teď už dlouho ne, tam vždycky byla nějaká přednáška nebo se tam někdo prezentoval. V životě mě nekontaktovali psychiatři.

V CDZ dělají psychiatři, co se znají ze školy, ale já je neznám.

Novou generaci psychiatrů neznám. Já jsem z generace Jirky Bláhovce, Kudrle je v důchod...

Ty mladý teď kontakty vůbec neobnovujou.

Kolegové chodí na Purkyňky (krajské setkání PL), tam nepřijdou všichni, ale to je asi 20 % z PL z kraji. Nikoho nedonutíte, aby si studoval, co jsou novinky v psychiatrii, ale ab věděl, kam se má obrátit, že by měl vědět.

Když je něco nového z různých oborů, tak mi pošlou mail a já to rozešlu po všech doktorech. To funguje dobře.

## 2. Okresní předseda pro okres Klatovy

### **Dg:**

Maniodepresivní psychóza – minimum, výjimečné. Potkávám se s diagnostikovanými a léčenými pacienty. Mám zkušenosti s tím, když ty léky vysadí, co s tím pacientem, když si nedá říct.

Když jsou kompenzovaní, tak pohoda, chodí na psychiatrii, my moderní léky, co předepisuje psychiatr, ve většině případů předepisovat nemůžeme. Když léky přestane brát a rozjede se, tak my s takovým pacientem máme starost.

Pacientů s depresivní poruchou je hodně, ať už je to primárně depresivní rozlad nebo sekundárně spojeno se somatickými potížemi.

### **Výkony:**

Předpis antidepresiv často.

Včasný záchyt demence – nově se vykazuje na pojišťovny.

### **Dostupnost služeb:**

Moje ordinace je na vesnici a dostupnost specializované péče je o něco horší než ve městě nebo na poliklinice, kde jsou všichni odborníci na jednom místě.

### **Problémy:**

Přemluvit pacienta, aby bral léky. To se děje často. U všech dg.

### **Postup práce:**

Snažím se rozhovorem zjistit co nejvíce informací, potíží je, že při běžném provozu je velký tlak, pacientů je hodně, takže si ho pozvu na někdy, abych měla čas, aspoň půl hodiny – my objednáváme. A když mám pocit, že bychom to mohli zvládnout spolu, tak to zkusíme, a když mám pocit, že bych to nezvládla, tak toho pacienta posouvám dál do specializované péče. Dostane ode mě doporučení a objednávat je ke specialistovi.

### **Výkony, které by dělat nechtěl:**

Nemá.

## **Pacienti:**

100 klientů v domově pro seniory.

150 klientů DOZP – mentální postižení a psychické problémy.

## **Jiné služby, organizace:**

OA – neindikuje

Domácí péče – určitě využívá, ale v oblasti duševního zdraví toho není moc

Lázně – neodesílá

IZS – využívá, když je potřeba, u duševního zdraví výjimečně

Psychiatr – když je to nový pacient, tak toho člověka objednávám, pokud by byl pozdější termín, snažím se dohodnout, co by kolegové mohli pro pacienta udělat hned. Častěji, když už je pacient v péči psychiatra, tak konzultace připadají v úvahu u imobilních pacientů (Domov pro seniory, DOZP)

Psycholog, psychoterapeut – nevelká zkušenost, doporučuje, ale nechává iniciativu na pacientovi

Sociální pracovník – v případě potřeby

## **Psychiatrické služby v kraji:**

Přehled o regionálních psychiatrických ambulancích.

Nemá zkušenost s CDZ ani ARP – ukáže čas.

Zmiňuje finanční motivace ve spolupráci a rozšíření ochoty a výkonů.

Včasný záchyt duševního onemocnění a škálování psychiatrického onemocnění si dovede představit, ale není na to čas.

Zájem o to dozvědět se o práci CDZ, o spolupráci, i když je ve věku před důchodem, se žádným novým věcem nebrání.

Problém obecné informovanosti ve zdravotnictví – my se často nedovíme o tom, že je pacient v péči nějakého specialisty, pokud to člověk neřekne sám, tak se to nedovíme. A u psychiatrie je to hodně, bych řekla. Já se to dozvím náhodně, když dělám preventivní prohlídku a ptám se: chodíte ještě někam, berete nějaké léky a dozvím se, že je ten člověk rok, dva v péči psychiatra. Čili tam je ten problém té neinformovanosti. Pokud má PL plnit úlohu průvodce pacienta zdravotním systémem, tak by o něm měl vědět všechno. Byla by potřeba kvalitní zabezpečená elektronická komunikace, kde by každý ten specialista poslal tomu praktikovi zprávu. To je zásadní věc.

Bývalý ministr Vojtěch měl do toho dobře našlápnuto, bohužel do toho přišel COVID, který ten svět i vztahy změnil. Tak uvidíme, co bude dál.

**Zkušenost s odborníky v regionu:**

převážně dobrá zkušenost, nemám ve zvyku nasazovat na kolegy. Určitě by se dalo něco zlepšit, ale dalo by se to zlepšit i z naší strany. Hlavně komunikace a vnímání ze strany specialistů je takové, že praktik je člověk, se kterým se nemusím bavit, protože to nepotřebuju. Např. když je pacient hospitalizovaný v nemocnici, tak nikdo nezavolá PL a nekonzultuje s ním, co si myslí nebo jaký byl pacient před hospitalizací, v řadě případů bychom mohli pomoci třeba správné diagnostice i terapii. Ať už se to týká somatických či psychických problémů.

Znám pacienty i jejich rodiny v místě a myslím, že to je důležité vědět i o sociálním zázemí pacienta, kde bydlí, s kým bydlí a další a další.

**Špatná zkušenost:**

Většinou všechny ukecám.

Za poslední dobu jsem se setkala s případem, že jsem potřebovala home care u jedné pacientky, ale ta byla z jiného okresu, takže službu home care pojišťovna neproplatila. Jedná se spíše o administrativní překážky.

**Obeznamená:**

S ambulantními psychiatry a psychologů v regionu

Lůžkové odd. v nemocnici v Klatovech

PND Dobřany

Charitní pečovatelská služba, domácí péče, pečovatelská služba v Klatovech

**Návštěvní služba:**

Ano, často, a do zařízení dojíždí.

Případové konference by se nebránila.

**Informace:**

Několik cest – písemná forma i elektronická – souhrnné informace o těch institucích – adresa, kontakt, v jednom balíčku, abych to nemusela různě vyhledávat na internetu.

Formou semináře nebo workshopu, když by to dovolila doba, nebyl COVID. Ráda navštěvuji školení a kongresy, protože se tam vždycky dozvím něco nového, i lidský kontakt má svůj význam. Spoustu věcí se člověk dozví i v kuloárech.

Je to vždycky o lidech, není praktik jako praktik. Naše ordinace nemá pacientů moc, máme asi 1500, a snažíme se o ně postarat komplexně. Ne vždycky se dočkáme nějakého ocenění, ale pro vnitřní pocit je to důležité.

Předává svoji ordinaci dceři, a to je pro ni velká motivace a smysl.

### 3. Okresní předseda pro okres Tachov

#### **Druhy psychiatrických dg.:**

Deprese, bipolární porucha, s drogovou závislostí, onemocnění z okruhu psychóz, deprese nejčastěji.

#### **Výkony:**

Povídání, pustím písničku nebo přečtu básničku, co skládám– nevykazuje.

#### **Postup práce:**

Představa klasifikace, skóre nebo škálu, do jaké diagnostické kategorie by asi člověk patřil. Symptomy, podle kterých mohu onemocnění klasifikovat, příklad depresi lehkou, střední, těžkou. Je to hodně intuitivní.

Rozhovorem a vcítěním se. Diagnózu si dovolím postavit v případě deprese, v případě vážnějších projevů napíši, že se jedná o to a to, a odešlu k psychiatrovi. I když se pak vídáme dál, ale hlavní péči přenechám odborníkovi psychiatrovi.

Nabízím možnost farmakoterapie a psychoterapie, mluvím o pro a proti. Individuálně se domlouváme, co komu vyhovuje. Dost často se tyto péče prolínají. Farmakoterapii řídím já a psychoterapii terapeut, který nemusí být lékař, např. psycholog.

#### **Dostupnost služeb:**

Lidé dojíždí na psychoterapii do Plzně, v tomto regionu z hlediska času a dojíždění je obtížné docházet pravidelně.

#### **Spolupráce s psychiatrem ze zkušenosti:**

S psychiatrem MUDr. Janů, který je ve Stříbře a mají dobrý nadstandardní vztah. Můžu kdykoliv zavolat, poradí po telefonu nebo si pacienta převezme. Pacientovi dá doporučení a často také předjedná kontakt.

**Další služby:**

Domácí péči u psychiatricky nemocných nevyužívám.

Asi dvakrát kontaktoval centrum pro substituční terapii, spolupráce skončila kvůli nespolupráci pacienta.

**Výkony, které nechci vykonávat:**

Elektrokonvulzivní tp.

**Výkony, které by zahrnul:**

Depotní injekce.

**Potřeby PL pro navazování spolupráce:**

Oslovit PL není úplně jednoduché, protože jsou dost často individualistického ražení, komunikace bývá obtížná a je otázka, prostřednictvím koho nebo jaké organizace je oslovit. Mně se zdá, že jediné, co funguje, je Sdružení praktických lékařů (SPL), kde však členství není povinné. Nevím ani, kolik praktických lékařů je v mém okrese, ale členů SPL je 16 nebo 18, na které mám

e-mailové adresy, ty projevují o spolupráci alespoň nějaký zájem. Z tohoto počtu jsou asi 4 více aktivní a ochotní k nějaké iniciativě, včetně mě.

Lékaři se navzájem potřebují, doplňují, je dle mého názoru legitimní, aby se spolupráce jednotlivých odborníků navazovala, ale v praxi se to neděje. O spolupráci lékaři v tachovském okrese jeví pramalý zájem.

Sám přemýšlím, jak komunitu praktických lékařů aktivovat. Zatím se mi to moc nepovedlo. Uspořádal jsem seminář s diabetoložkou, zájem byl malý, nakonec se akce neuskutečnila.

Uvádí příklad z Rokycanska, kde v léčebně v Janově dělal několik let PL. Je zde donátor, který zorganizuje pohoštění, na kterém se všichni sejdou a dostanou večeři. PL mají pak větší trpělivost to tam přečkat.

**Šíření informací:**

E-mailem šíří informace mezi členy SPL – stavovská profesní organizace, jež hájí zájmy PL.

Druhá organizace Společnost všeobecného lékařství (SVL) – vzdělávací organizace. Asi jednou měsíčně se v Šafránkově pavilonu koná schůze pro lékaře z celého kraje. Jsou zde přednášena různá medicínská témata, organizuje je a obsah řídí MUDr. Rudolf Červený. Účast je hojná, potkávám zde kolegy ze všech ostatních okresů z kraje. Doporučil bych získat možnost tam



vystoupit. Konkrétní témata jsou pak šířena celorepublikově. Nebo se jedná o lokální problematiku, např. tam přednášel někdo z FN nebo zástupce pojišťovny. Další důležitou osobou v rozhodování o tématech schůzí je okresní předsedkyně sdružení pro Plzeň – město MUDr. Eva Baxová.

Informace jsou zasílány z centra SVL okresním předsedům PL a ti je rozešlou svým kolegům členům SVL) v okrese. Aktuálně se setkávání SVL nekoná.

### **Mechanismy, na základě, kterých vzniká spolupráce mezi komunitními službami a PL:**

Přesun těžké péče do ambulantní sféry, ARP.

### **Zkušenosti se spoluprací s ostatními službami:**

Malá, propojení moc není.

Když taková spolupráce vznikne, je to z mojí iniciativy a jednorázově to vyřešíme konkrétní problém.

Větší zkušenosti mám s mobilním hospicem, kde jsem se účastnil případového setkání v Tachově a vypadá to, že bychom mohli nějak spolupracovat, ale zase díky vzdálenosti a geografické poloze ne moc často, vybavení máme podobné jako oni.

Organizace, se kterou spolupracujeme nejvíc a pravidelně je domácí péče. Se sestřičkou se pravidelně setkávám a plánujeme různé věci, paliativní péče, převazy ...

A teď je dobrá spolupráce mezi mnou a městským úřadem v současné situaci postupování v rámci COVID 19.

### **Charakteristika PL:**

PL je svou povahou dost často svérázný, málo kooperující, proto se také pro tuto profesi rozhoduje. Není zvyklý pracovat v týmu. Je to u PL pozorovatelný jev, oproti lékařům jiné odbornosti, že jsou často uzavření do sebe. Možná je to otázka generační. Mladí lidé, co do toho přicházejí, jsou zvyklí více kooperovat v životě vůbec, takže jim to nepřijde divné v rámci péče využívat sociální síť a tam to probírat. PL jsou značně individualističtí, a jejich zapojování do jakékoliv komunity je složité. Také mají hodně práce.

### **Co by pomohlo:**

Bylo by to výhodné pro systém, ale z časových a kapacitních důvodů to v současné situaci není možné, aby někam šli a něco tam domlouvali. PL mají jen krátkodobý pohled, ve kterém nevnímají výsledky jejich úsilí.

Zbavit se některých zbytečných úkonů ve prospěch tvoření komunitní spolupráce – z oblasti

pracovně–lékařských služeb nebo vyplňování nekonečných a nesmyslných formulářů pro zdravotní pojišťovny, aby měli více času. Na komunitní setkávání, což by bylo ku prospěchu věci.

### **Současné nastavení:**

PL pracují individuálně. Jediný, s kým sdílím nějaké věci a společně plánujeme je ta domácí péče, sestřička sem pravidelně jezdí a mně to dělá dobře se s někým domlouvat a působit trochu v nějakém společenství. Chápu tu myšlenku.

PL si brání svůj rajón a svoje postupy a přístupy, do toho mě nikdo nekoukejte, trochu si to přikrývají. Kdyby s tím šli ven, mohli by se něco naučit, i když by byl z počátku nejistý, mohl by se tím někam posunout.

### **Co pro to udělat:**

No to, co děláte vy, ale nečekat, že se to změní naráz.

*Kódovaný rozhovor s p. Fišarovou 30. 1. 2021*

### **Složení týmu metodiků projektu Multidisciplinarity pro Plzeňský kraj:**

Hlavní metodička Bc. Zuzana Fišarová, malá metodička ve na psychiatrické klinice FN Plzeň  
Mgr. Pavlína Faboková, dvě malé metodičky pro PN Dobřany, a Mgr. et Mgr. Drahomíra Franzová.

Velcí metodici ze všech krajů České republiky se scházejí jednou za měsíc. Velký metodik s malými metodiky konkrétního kraje se schází také jednou za měsíc skupinově a ještě individuálně – jak jde navazování Ledovce s klinikou, s úřady...?

### **Schůzka s metodičkami Plzeňského kraje:**

Dámy z PND se ke spolupráci nevyjádřily, prioritou je covid. Paní Faboková je k dispozici, ochotná se mnou konzultovat konkrétně, co mě zajímá a potřebuji pro doplnění DP. Drahuška Franzová si myslí, že už jsem ji vytěžila naplno.

Říci konkrétně, co čekáte, že vám řeknou.

### **Zapojování praktických lékařů:**

Přestože myšlenka zapojování praktických lékařů se všem moc líbí, tak praktici zase ani tak moc nespolupracují.

Navázání spolupráce s PL přes 2 ARP, která v kraji vznikla.

Zákonná povinnost mít praktického lékaře, avšak u psychiatrických pacientů tomu tak často nebývá, často nechodí k praktikovi.

PL často nevědí a občas se něco dozvědí z nějakého letáku, ale ten vyhodí.

### **Metodický plán:**

Co jaká pozice v týmu má za kompetence, co se od něj očekává (praktický lékař, jeho zdravotní sestra, psychiatrické ambulance, lůžková zařízení), jaké role by v tom měli hrát.

Vyjasnit si, co znamená spolupráce PL s jinými odborníky a konkrétně popsat činnosti, kterých se to týká, co konkrétně by se od něj očekávalo.

Ambulantní a praktičtí lékaři pracují většinou samostatně a individuálně, popřípadě se sestrou.

Základní otázka je, zda jedna či druhá strana je ochotná k nějaké multidisciplinární spolupráci. Ale je potřeba specifikovat, co to vlastně znamená konkrétně ta spolupráce.

Konkrétní služby, které v regionu existují, pak by to šlo, až si budete dělat doktorát, tak tenhle informační materiál by se rozšířil po celé České republice.

A4 služeb, přehledně a s kontaktama by snad nevyhodili, ale někam si ho přilípnu.

### **Dotazníkové šetření:**

Ambulantní psychiatři: Oslovení alespoň 10 psychiatrů z různých oblastí – ARP, z PN Dobřany, Z kliniky, CDZ Plzeň a Klatovy, zjistit přesně, co by očekávali od PL.

Průřez lékaři psychiatrické péče, oslovit ve všech organizacích v Plzeňském kraji.

PL – Dotazník zaměřený na jejich očekávání a ochotu, co je nebo není reálné. Jako zpětná vazba zaslat PL několik konkrétních očekávání psychiatrů a zjistit, zda jsou nebo nejsou ochotni takovou činnost vykonávat. Dát jim vědět, že jsem se prací opravdu dál zabývala.

Oslovením obou skupin vám může vypadnout realita té spolupráce. Přejde mi to velmi smysluplné a přínosné tohle zjistit, protože je to použitelné. Ptát se na 3–4 konkrétní oblasti, věci, které by psychiatři chtěli, zaškrťovací otázky. Co jsou schopní a co nejsou schopní a proč toho nejsou schopní, z jakého důvodu (časový, finanční).

Když PL navrhnete něco zcela konkrétního, jak ta spolupráce má vypadat, tak trochu eliminujete takový to jako apriory „ne“, nechci to dělat. Popsat, co bychom očekávali, že budou dělat. PL může spolupracovat jen s týmy (CDZ, ARP), to nemusí být doktor ambulance.

### **Výstupy z rozhovoru:**

Nabídka možnosti rozeslat e-maily psychiatrům ve spolupráci a podpořit mne v komunikaci s vedoucím psychiatrické kliniky FN a Gestorem zdravotní části reformy pro Plzeňský kraj MUDr. Vevera.

Žádost o zaslání dotazníku pro PL k nahlédnutí.

Zaslání kontaktu na paní Fabokovou, která je připravená se mnou o reformě mluvit a poskytnout mi informace.

Nabídka možnosti další spolupráce po dokončení DP na dané téma v rámci Ledovce nebo Projektů multidisciplinarity, mohly bychom se domluvit.

Domluva na zaslání informací o úrovni implementace multidisciplinárního přístupu po dokončení karet CDZ týmů

### **Karty CDZ týmů:**

Do konce února mají malé metodičky vytvořit Karty CDZ týmů – první a druhé úrovně. Tím se zpřehlední, kde, kdo pracuje, kolik je tam lidí, v jakých pozicích. A pak se budou dělat takové přehledy, jak vy popisujete, služby, které jsou v tom kraji.

Dají informace o úrovni implementace multidisciplinárního přístupu v Plzeňském kraji, protože budu vědět, že v kraji funguje 40 multidisciplinárních týmů na první úrovni a 20 na druhé úrovni. V tuto chvíli to nevím.

## **Programy, akce, stáže v roce 2020:**

V první etapě byly stáže do zahraničí.

Stáže se nedá popsat a uchopit, ale dá se říct, že byly sebezkušenostní. Možnost, aby jezdily ty týmy na jiný místo v České republice, který vykonávají tu stejnou práci, aby to viděli anebo naopak aby lůžka jezdili do VDZ, CDZ na lůžka. Je to zážitková stáž, aby člověk viděl, jak to funguje jinde. Konkrétní příklad: z Kliniky z Plzně se byli u nás na klinice podívat (VFN Praha) na to, jak implementujeme ten multidisciplinární přístup.

Probíhají různé webináře se zahraničními lektory nebo hosty (Anglie, Itálie). Oni popisují, jak probíhá multidisciplinarita u nich. Oni mají většinou ty „Trusts“, že pracují dohromady lůžková část a u toho je něco jako CDZ.

Webináře na různá témata: akutní a dlouhodobá péče, téma děti se zátěží.

Sborník dobré praxe a střídají se metodiky dobré praxe. Má jich být celkem 14, zatím je doplňujeme a upravujeme. Jsou to popisy jednotlivých postupů dobré praxe.

Probíhá individuální plánování. Setkávání skupiny metodiků nad tématem individuálního plánování, kde se sladují postupy a přístupy, aby to mělo nějaký řád. To je zatím úplně na začátku. A předávat týmům, jak by to mělo vypadat, aby to mělo hlavu a patu.

Akcí proběhlo hodně, jsem v projektu od samého začátku – 4 roky.

Stáže jsou teď omezené kvůli pandemii. Ale aktivit projektu je celá řada: síťování, vyhledávání těch služeb, napojování jednotlivých zařízení, aby spolupracovali, aby se znali.

## **Práce v projektu multidisciplinarita:**

Gró práce v projektu je metodická podpora. Já, jako metodik multidisciplinarity, mám jet do zařízení nebo ho kontaktovat jedno nebo druhý nebo obě společně a podporovat je v tom, aby spolupracovali multidisciplinárně. To je můj úkol.

Role metodika tým vytvořit, pak s ním pracovat a podporovat ho v tom, aby pracoval multidisciplinárně. V tom jsou principy jako triáda, že by v tom měl být pacient, někdo z komunity a zdravotník z lůžek. Potom, aby na případových konferencích byli zastoupeni všichni. Pořád lidi učit, že nepracuje jeden, že nerozhoduje jeden, ale že je to vlastně celý tým. Že na prvním místě je pacient, což ve zdravotnictví je hrozně komplikovaný, na to není nikdo zvyklý a co si budeme povídat, ono to taky není snadný.

Já jsem byla dlouho jediný metodik zdravotník a musela jsem to složitě vysvětlovat i ostatním metodikům. Jsem člověk, co vyhledává změny, jinak bych tuhle nemohla dělat. Na klinice pracuji od roku 1991 a když jsem se rozhodla, že tenhle přístup je správný, pak jsem to musela vymyslet a předat kolegům, motivovat lidi k tomu, že to jde jinak.

## **Problémy:**

V PN a na lůžkových odděleních se první 2–3 měsíce pacient sice aktivizuje, ale neplánuje se.

Ze stran komunitní péče jsou zdravotníci také stigmatizováni, že pacienti vážou a nemluví s nimi. Často koukají na ty zdravotníky lůžek spatra, že jsou to blbci, co se s těma lidma neumí bavit.

To budí rivalitu. Ale je potřeba to nějak pospojovat. Musí se to vzít z obou stran.

CDZ Podskalí – bylo zpočátku těžké najít společnou řeč, ale dneska pořádáme společné schůzky, společné supervize, plánujeme společně, hodnocení máme každý trochu jiný, protože my pacienti známe ještě trochu jinak. Až když začali chodit dovnitř na oddělení, viděli svého klienta, jak sprostě nadává, leze po zdech a rozbíjí věci, tak na to také nahlížíjí jinak.

## **Síťování:**

Síťování je vlastně vyhledávání nových služeb, subjektů, které chceme v rámci reformy oslovit a motivovat je k multidisciplinární spolupráci. Teď přišli specifické služby, takže se dá vyhledat např. adiktologické služby, dětský a gerontopsychiatrický

Když vidím, že to funguje, tak mě to prostě připadá skvělý. Ono se to neustále rozvíjí. Do ambulance přijde člověk z CDZ s pacientem, nemusí být doktor, domlouvají se o přijetí, které je nutné i podle nich. Lékař ho nenazývá „někdo z Fokusu“, ale klíčový pracovník.

Když je člověk hospitalizovaný, ještě ten den nebo druhý za ním přijde někdo z týmu, koho zná. Někteří pracovníci mají sdílené úvazky, hezky to funguje.

Funguje to na klinice, v PND změnu nepodporují, chtějí obložnost, nebudou propouštět nestabilizovaný lidi. Lůžka drží, aby nemohlo dojít k redukci jejich počtu v rámci reformy. Je to největší výzva, dobře dojednané s pojišťovnou. Můžou vydělat na akutní péči a nemusí řešit, jestli ty lůžka mají obsazena. My máme obložnost 60 %, zbytek pokryje akutní péče. Prosperujeme.

Veliká motivace jsou finance, protože my na klinice nemůžeme mít pacienti moc dlouho hospitalizovaný. Máme povinnost od pojišťoven pacienty. My překládáme 5 % lidí, většinou gerontopsychiatrické. My je překládáme co nejmíň a pošleme je domů s tou terénní podporou.

## **Financování:**

Psychiatrické ambulance a CDZ (zdravotní část) – výkony

Lůžková zařízení – akutní péče – DRG systém

PN – následná péče – lůžko/den, po půl roce snížená sazba

Virtuální změny lůžek – překládání tak, aby se to zařízení vyplatilo. Např. 30dní na akutních lůžkách, půl roku následná péče, zhoršení stavu – zpět na měsíc na akutní lůžko a opět půl roku

na následnou péči atd.

Sociální lůžka – platí MPSV, je jich málo. Některé léčebny nemají vůbec, resp. je vykazují jako následnou péči a vznikají oddělení, kde je 30 pacientů v pokoji a jsou tam 3 roky, jsou tam 2 sestry, ale nedělají zdravotní péči.

Financování je velký problém. Navrhuje namátkové kontroly vykazování u konkrétních pacientů (stran pojišťoven).

Probíhá třetí změna v projektu. Neustále se to proměňuje, mění se lidi. Vyvstaly nové potřeby: např. malí metodici nebo individuální plány. Není to rigidní projekt, jako např. Destigmatizace.

Metodika je také potřetí upravená, je to živý dokument a vkládají se tam pořád nové věci.

Podle PN si komunitní péče pacienty vybírají. Je to člověk od člověka. Mnoho psychiatrického personálu je proti Terstu.

#### 4. Text e-mailu pro PL

Vážený pane doktore .....,

dokončuji studium na UK obor Management zdravotních a sociálních organizací a ve své diplomové práci se zabývám **zapojováním praktických lékařů do multidisciplinárního přístupu v péči o klienta v rámci Reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji.**

V příloze svého e-mailu zasílám stručné aktuální informace k Reformě psychiatrické péče s odkazy na další zdroje a vysvětlení mého záměru.

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění krátkého anonymního dotazníku, který naleznete na této stránce:

<https://forms.gle/...PP8>

– z něhož budu čerpat informace k vypracování praktické části mojí diplomové práce.

Mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas.

Přeji pěkné dny a pevné zdraví.

Bc. et Bc. Jitka Křemenáková



## 5. Text e-mailu pro psychiatry

Vážená paní doktorko .....,

dokončuji studium na UK obor Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích a ve své diplomové práci se zabývám **zapojováním praktických lékařů do multidisciplinárního přístupu v péči o klienta/pacienta v rámci Reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji**. Záměrem práce je vytvoření manuálu pro mezioborovou spolupráci mezi praktickými lékaři a ostatními odborníky v oblasti duševního zdraví v Plzeňském kraji.

V praktické části DP zjišťuji potřeby a postoje praktických lékařů a psychiatrů pro snazší navázání profesní spolupráce a vytvoření komplexního přístupu v péči o pacienta. Výzkumem získaná data budou kromě dokončení méjí DP využita pro vytvoření jedné z metodik projektu MZ ČR "Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným".

Příležitost podílet se na spolutvorbě metodických podkladů zmiňovaného projektu jsem dostala od hlavní metodičky projektu multidisciplinarity pro Plzeňský kraj paní Bc. Zuzany Fišarové.

Za tímto účelem bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého anonymního dotazníku, který naleznete na této stránce:

<https://forms.gle/...PDA>

Mnohokrát děkuji za Váš čas a ochotu.

S pozdravem a přáním hezkých dnů,

Bc. et Bc. Jitka Křemenáková

## 6. Odpovědi získané dotazníky pro PL

(ponecháno v originálním znění pro zachování autenticity informací)

*1. PL se ve své ordinaci setkávají s těmito psychickými obtížemi. Odpovědělo 24 respondentů.*

- deprese, nespavost, úzkost, schizofrenie
- deprese/úzkosti, demence, nespavost, závislosti. Psychózy a mentální retardace v malé míře.
- poruchy osobnosti, deprese vč. larvované a organické, úzkost, abúzus návykových látek, transsexualismus, schizofrenie
- úzkost, deprese, bludy, halucinace
- deprese, úzkosti, abúzus, méně často panické ataky, v menšině jsou psychotické poruchy
- deprese, závislosti, schizofrenie
- úzkost, deprese, psychotické poruchy, mánie
- depresivní a úzkostné stavy nejčastěji
- úzkost, nespavost, deprese, abusus, GIT potíže, demence, poruchy paměti, výjimečně halucinace, psychózy
- deprese, demence, úzkostné poruchy, schizofrenie, bipolární porucha, insomnie
- depresivní choroba, úzkostná choroba
- poruchy spánku, úzkost
- deprese, úzkosti, nespavost
- deprese, schizofrenie, alkoholismus
- deprese, anxiozita, porucha kognice
- neurasthenie, anxio–depresivní syndrom s častou těžkou somatizací, insomnie, maladaptace sílícího tlaku psycho–sociálního, primárně nefunkční rodinná zázemí s řadou poruch osobnosti, hypochondrie
- úzkost, deprese, psychosomatické potíže, reakce na akutní stresovou zátěž, demence, závislost na alkoholu, porucha osobnosti
- depresivní syndrom, stavy zmatenosti u senilní demence
- zejména úzkostné stavy, deprese, panické ataky
- úzkostné poruchy, sociální fobie, depresivní syndrom, syndrom závislosti na NL a hazardu, neurastenie, schizofrenie, poruchy přizpůsobení
- nejčastěji úzkost a deprese
- depresivní stavy, situační neurózy, psychózy

- úzkost, deprese, schizofrenie
- nejčastěji nespavost a smíšená úzkostně depresivní porucha, reakce na těžký stres

*2. Výkony, které by PL dovedl zahrnout do své praxe. Odpovědělo 27 respondentů.*

- 18 respondentů – depotní injekce
- 26 respondentů – předepisování antidepresiv
- 26 respondentů – kontaktování jiného lékaře/specialisty
- 18 respondentů – kontaktování jiné služby – domácí péče, sociální služby, CDZ
- 25 respondentů – vystavení žádanky na vyšetření u specialisty
- 3 respondenti – jiné: základní psychoterapeutický rozhovor
- 1 respondent – všechno již dávno běžnou součástí ordinace

*3. Výkony, které by PL nechtěl provádět. Odpovědělo 26 respondentů.*

- psychoterapie, předepisovat léky na SIM
- elektrošoky. Nemám rád akutní neklid, ale to asi nikdo.
- nedokážu říct
- nechtěla bych být v dosahu na telefonu mimo ordinačních hodin
- intervence ve skutečně závažných a do odborných rukou patřících akutních stavech (psychotici, suicidální pacienti), ale to si pacient ani lékař předem nenaplánuje
- psychoterapie
- EKT (elektrokonvulzivní terapie)
- není čas na dlouhodobé výkony
- asi ty depoty, dále péče o akutní psychózy, agresivitu, péče o abuzery; trochu mimo otázku – nechtěl bych být opatrovníkem
- léčba komplikovaných či nestabilních pacientů, na kterou nemám kvalifikaci. Výkony zmíněné v bodě 2 běžně v ordinaci vykonáváme
- takové výkony nejsou
- nebudu píchat injekce
- depotní injekce, předepisování antidepresiv bez provádění psychoterapie
- dotazníkové šetření
- z časových důvodů i z nedostatku erudice (nemohu všemu podrobně rozumět) nechci provádět intervence u chroniků – vyšetřovat podrobněji poruchy kognice, ráda udělám orientační screening

pomocí dotazníků, ale závěrečné hodnocení a léčba patří do rukou specialisty, spolupráci neodmítnu

- nevybavím si žádný "bych nechtěla", dělám co je třeba a jak mi svědomí a zkušenost káže
- péče o psychotické pacienty, závislosti
- psychoterapie, odborné konzultace –bez potřebné erudice
- skupinovou terapii
- komplexní psychologické vyšetření a pohovory trvající déle jak 20 minut z důvodu nedostatečné kapacity a nízkého bodového ohodnocení. Takto časově náročné výkony nejsou rentabilní a v provozu ordinace je nelze kvalitně provádět, navíc na ně nejsme vyškoleni
- aplikace depotních inj.
- nevím
- všechny
- péče o agresivní pacienty
- nemám čas na psychoterapii

*4. Jaké jiné odborníky/služby a jejich výkony využívají PL pro doplnění své péče o duševní zdraví pacientů. Odpovědělo 26 respondentů.*

- nic
- znalost aktuální medikace, jejich změn a adherence nemocného k léčbě (specialista; mnohdy insuficientní zprávy nebo jejich absence)

kontrola užívání medikace, zvl. u dementních nemocných – lékovky apod. (osobní asistence/domácí péče)

kontrola termínů vyšetření, případně doprovod na vyšetření (osobní asistence, v Plzni celkem dobře funguje – CDZ)

domácí péče – pomoc s obstaráním domácnosti + hygiena apod. (domácí péče v součinnosti s rodinou – často nefunguje)

v praxi mám problém s tím, že nevím, jakého psychiatra nemocným doporučit – dlouhé objednací doby, nespokojenost s péčí (krátký kontakt, preskripce medikace bez vysvětlení léčby, často i nevhodná medikace – BDZ). Stran dostupných psychologů/psychoterapeutů je má neorientovanost ještě horší a jejich potřeba asi naléhavější.

- psychiatr, ev. psycholog + psychoterapeut
- osobní asistence, domácí péče, složky IZS, pracovník sociální služby, psychiatr, psycholog,

psychoterapeut

– osobní asistence, domácí péče, rehabilitační zařízení a lázně, pracovník sociální služby, psychiatr, psycholog, psychoterapeut

– psychiatr, psycholog

– domácí péče, psychiatr, psycholog, psychoterapeut

– psychiatr a psycholog

– osobní asistence – ne, domácí péče – okrajově, složky IZS okrajově, sociální pracovník a psychiatr

– ano, psycholog a psychoterapeut – okrajově

– psychiatr–péče o komplikované pacienty či pacienty, kde jsem limitována omezeními v preskripci. Dále je-li to přání pacienta. Psycholog–pomoc pacientům ve složitých životních situacích, kteří nevyžadují farmakoterapii.

Domácí péče–u pacientů s demencí (podávání medikamentů, rhc, apod.)

Lázně – z indikace psychiatra

– psychiatr, psycholog, domácí péče

– psychiatr, psycholog, psychoterapeut

– rehabilitační zařízení a lázně, sociální pracovník, psycholog

– domácí péče, pracovník sociální služby, psychiatr, psycholog, psychoterapeut

– domácí péče, rehabilitační zařízení a lázně – musí indikovat specialista já nemohu, psychiatr...

tyto nejčastěji

– psychiatr a psycholog – jiné nemám k dispozici v režimu hrazeném ZP

– domácí péče, pracovník sociální služby, psychiatr, psycholog, psychoterapeut

– psychiatr

– pracovník sociálních služeb

– domácí péče, pracovník sociální služby

– rehabilitační zařízení a lázně, psychiatr, psycholog, psychoterapeut

– psychiatr a psycholog

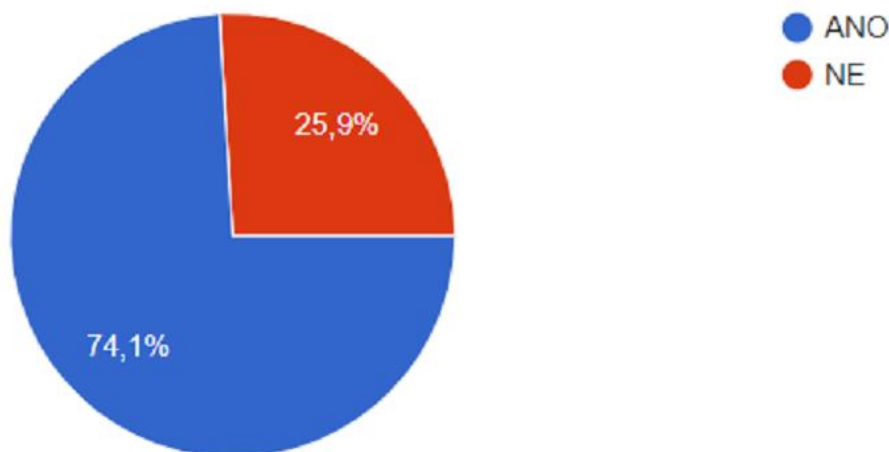
– podle potřeby konkrétního pacienta

– rehabilitační zařízení a lázně, psychiatr, psycholog, psychoterapeut

– domácí péče, složky IZS, pracovník sociální služby, psychiatr, psycholog, psychoterapeut

– psychiatr, psycholog, psychoterapeut

5. *Zájem PL konzultovat zdravotní stav pacienta s jiným odborníkem v péči o duševní zdraví. Odpovědělo 27 respondentů.*



---

Zdroj: vlastní

6. *Kdy PL vykonává návštěvní službu nebo se účastní případového setkání. Odpovědělo 26 respondentů.* 26

- když pacienta dlouho nevidím; když mne o návštěvu požádá jeho rodina
- imobilní nemocný
- tato možnost se mi zdá dosti nadstandardní, zatím nevidím potřebu, nemám zkušenost, že by to situace/péče vyžadovala, snad u seniorů
- v případě zhoršení zdravotního stavu v důsledku komorbidit, při upozornění na zhoršení psych. stavu, nedochází-li pacient na pravidelné kontroly k psychiatrovi (ze zákona povinné)
- v momentě, kdy budu cítit, že se s pacientem nemůžeme hnout z místa a při setkání s ostatními pečujícími odborníky bych mohla přinést důležité informace, jinak ale je představa takových setkání velmi časově náročná, takže bych se do ní jistě nevrhala u každého pacienta. Jistě si ale dovedu představit situace (i konkrétní pacienty), u nichž by toto bylo velmi přínosné a určitě bych tuto možnost využila
- komplikace pacienta
- nevím
- komplikovaný pacient

- zejména při snaze ponechat pac. ve vlastním soc. prostředí, podpora rodiny
- případové setkání by bylo vhodné u komplikovanějších pacientů, kdy mezioborová spolupráce bude jistě přínosná. Obecně návštěvní služba je vhodná u pacientů, u kterých neznám sociální prostředí či u těch, kteří nejsou schopni navštívit ordinaci
- kdybych na to měl čas!!! Současný systém "galejí na obvodě" to neumožňuje!!
- pokud pacient není schopen přijít do ordinace
- nejasný případ, problematické vztahy v rodině
- při smysluplné spolupráci pacienta
- pokud to bude mít pro pacienta nějaký přínos
- spíše výjimečně, nedovedu si představit koordinaci času setkání, praktiků, psychologů i psychiatrů je málo
- návštěvy jsou běžnou součástí práce praktika–odborného lékaře jsem na návštěvu z mé iniciativy dostala za 24 let mé praxe 1x a byl to onkolog, jistě by to bylo přínosem, ale nedovedu si to v praxi představit
- návštěva v sociálním prostředí u pacienta s demencí, konzultace problémových pacientů, kteří např. nereagují dobře na léčbu, pacientů s problematickým chováním, nespolupracujících, s agresivními projevy, pac. s psychózou
- návštěvu u pacienta může provádět psychiatr
- v případě konzultace s rodinou, kdy nelze pacienta přimět k návštěvě v ordinaci
- pouze v případě imobility pacienta
- návštěvní služby nevykonávám, jsem již pracující důchodce
- návštěvní službu vykonávám, požádá-li o ni pacient a nemůže-li přijít do ordinace. Případové setkání si neumím představit
- nepovažuji za důležité, nic se tam nevyřeší
- pokud to uznám za přínosné
- návštěvní službu vykonávám, netýká se ovšem duševního zdraví

*7. Představa PL o spolupráci s dalšími odborníky v regionu. Odpovědělo 25 respondentů.*

- za podmínek, že mi nepřibude práce, a že se nebudu muset nic nového učit
- nerozumím otázce
- spíše bych ocenila poučení o možnostech v tomto směru, nemám představu

- spolupráce se sociálními službami je běžná a rozšířená, funguje – v současné době nejvíce využívaná. Spolupráci s policií u těchto nemocných využívám sporadicky, v krajních případech, spíše v minulosti. Podmínky: dosažitelnost, volná kapacita, dobrá vůle...
- aktuální problém je asi koordinace všech zúčastněných složek – jsou pacienti, kteří nejsou schopni si "oběhat" úřady a snadno se ocitnou na hraně bezdomovectví, nebo sociálního vyloučení a PL, i když vynaloží hodně umu a času, toto nemůže vše podchytit a zajistit. Týmy, které by mohly situaci pacienta uchopit komplexně a koordinovat veškerou problematiku, by u mnohých pacientů byly dle mého názoru spásné. Mám na mysli např. zajistit, aby se pacient dostavoval na kontroly k lékařům a na úřady, bral medikaci je-li předepsaná, měl zažádáno a využíval příspěvky na péči a dávky, na které má nárok. Zkrátka čerpal péči a podporu, která mu v jeho situaci náleží, měl zajištěn nějaký sociální kontakt...
- nevím
- dle mého soudu již funguje
- ochota a vstřícnost všech zúčastněných s cílem věc řešit, a ne vymýšlení proč to nejde, předávání zpráv např. E-zprávou, zjednodušení opatrovnictví, podpora chráněných bydlení, dílen, zaměstnání a pracovní rehabilitace
- spolupráce s CDZ, Amb. s rozšířenou působností či se sociálními službami je pro pacienta i lékaře přínosem, a jistě jejich služby budeme využívat i nadále. S úřady apod. je spolupráce spíše nutností, která ovšem k této problematice patří. Složky IZS budu i nadále, doufám, využívat co nejméně
- pokud bychom měli na pacienty dost času. Mám cca 5 minut na jednoho pacienta
- v akutních stavech IZS, při agresivitě policie. Dostatečné finanční ohodnocení zúčastněných složek
- myslím, v případě nutnosti, možná domluva
- větší informovanost zúčastněných
- museli bychom sdílet data, muselo by nás být dostatek a potřebuje to spoustu času, nemyslím, že je to reálné, kooperace záleží na jednotlivcích
- na tuto otázku nelze jednoduše odpovědět–stačil by prostý selský rozum, pokora a snaha hledat způsob pomoci, a ne důvod ji odmítnout, když je potřeba, praktik, jak slovo samo naznačuje, si musí v zájmu svěřené péče o svého pacienta vždy poradit k jeho prospěchu
- potřebuji mít možnost rychlé spolupráce, pokud se jedná o akutní psychické potíže, možnost objednání na odborné vyšetření v brzkém termínu. Zapojení sociálních služeb, pokud není pomoc ze strany rodiny. Jistě důležitá možnost telefonické konzultace
- spolupráce je špatná, pokud je pacient nemocný, vše má řešit lékař, jednotlivé složky jen dovážejí



pacienta k lékaři. Psychiatr je většinou nedostupný – díky nepéči pojišťoven. Nejvíce tyto složky uvítají, když se takový pacient umístí na LDN, INT odd., nebo psychiatrii a mají klid. To je realita.

– nevím

– velmi složité. Zákon hovoří, že policie či RZP má dát pacienta k akutní hospitalizaci – i přes nesouhlas, odpor pacienta – v případě, že ohrožuje sebe či 2.osobu na zdraví. ALE často se to nedodrží a sdělí se "No, když on nechce, tak ho nemůžeme zavřít na psychiatrii..."

– jsem ochoten ulevit ambulantním psychiatrům tím, že budu provádět kontroly, předpis medikace ev. aplikace depot. inj. u kompenzovaných pacientů za předpokladu, že oni pak budou schopni nejpozději do 3 dnů přijmout a vyšetřit nového nebo dekompenzovaného pacienta. V opačném případě nemám zájem přijímat na sebe kompetence za psychiatrické pacienty.

U agresivních pacientů jediné spolupráce s policií a převoz na psychiatrickou hospitalizaci funguje podle potřeby. Otázka je na slohovou práci. Spolupráce může fungovat, plní-li každá složka svoje povinnosti.

spolupráce policie, obecní úřad nefunguje pro zákonná omezení

finanční zajištění nutné

– spolupráce si myslím funguje, pokud je potřeba, i když je to otázka individuální angažovanosti.

*8. Instituce a služby duševního zdraví, které PL v regionu znají. Odpovědělo 27 respondentů.*

26 respondentů – Psychiatrická klinika FN Plzeň

26 respondentů – Psychiatrická nemocnice Dobruška

22 respondentů – Psychiatrické ambulance v regionu

12 respondentů – Ledovec z. s.

9 respondentů – Psychiatrické oddělení Klatovské nemocnice

9 respondentů – Centrum duševního zdraví Plzeň (CDZ)

7 respondentů – Krizová intervence Charita

7 respondentů – Krizová intervence Diakonie +

6 respondentů – Regionální institut duševního zdraví (RIDZ)

3 respondenti – Ambulance s rozšířenou péčí Plzeň

2 respondenti – Centrum duševního zdraví Klatovy (CDZ)

1 respondent – Občanské sdružení Krystal

1 respondentů – Fokus Písek – pobočka Sušice

1 respondent – jiné: K-centrum

0 respondentů – VIZDOM – tým pro včasnou intervenci (projekt NÚDZ).

9. *Zkušenost a očekávání překážek ve spolupráci s dalšími odborníky v regionu. Odpovědělo 25 respondentů.*

– ne

– Ano, neochotu spolupracovat; nedostatek času.

– Neočekávám, možná u PČR/úřadů nejistota v otázce lékařského tajemství. Občas jednám s úředními opatrovníky, zkušenost spíše dobrá.

– zkušenost nemám, pracuji pouze s amb. nebo lůžk. specialisty; problémem je bohužel čas, neumím si představit řešit problém s nezdrav. institucí

– ne, pozitivní zkušenost z IZS, policií, opatrovníky

– s jednotlivými složkami bych problémy neočekávala, spíš je v praxi problém s tím, kdo to má řešit, kdo má dané složky kontaktovat a dát věci do pohybu (např. jak zajistit opatrovníka, jak např. zajistit nesvéprávnost atd.)

– negativní

– pozitivní

– obecně neočekávám, potíže ale byly – nezáměr o opatrovnictví, potíže s dopravou morbidně obézního mentálně retardovaného pacienta, a hlavně péče o psychicky nemocné, kteří bezprostředně neohrožují sebe nebo své okolí, za negativní považují většinou zdlouhavé vyřizování všemožné agendy ze strany úřadů a justice. Ale vyloženě problémy či překážky neočekávám

– neočekávám, spolupráce s těmito složkami je minimální

– řešení této problematiky zřejmě pojišťovna praktickému lékaři nijak nehradí

– spíše dobré zkušenosti

– vše je o komunikaci, moje zkušenost je pozitivní

– problémy mají vždy řešení a přichází bez ohledu na naše očekávání, zkušeností: řada dobrých i těch složitějších

– bez vyjádření, zkušenost nemám. Snad se spolupráce s ostatními segmenty bude ubírat dobrým směrem

– pacient je nemocný patří do zdravotnictví

– nevím..

- jak kdy... ALE před 20–15 lety to bylo o dost horší!! Zlepšení je zřetelné, byť jsou pořád velké rezervy, ale často i proto "že nejsou prostě lidi"
- zatím jsem se neseťkal
- ano, negativní, policie nekoná, když pacient nechce
- nároky na čas
- neočekávám, s IZS zkušenosti obecně spíše negativní

#### 10. Způsob získávání potřebných informací z oblasti psychiatrické péče v regionu.

Odpovědělo 27 respondentů.

15 respondentů – ucelený manuál se všemi užitečnými informacemi a kontakty

10 respondentů – brožura s informacemi

10 respondentů – leták s kontakty na instituce zabývající se otázkami duševního zdraví

9 respondentů – certifikovaný on–line kurz

9 respondentů – představení služeb zástupcem konkrétní instituce (např. na zasedání praktických lékařů)

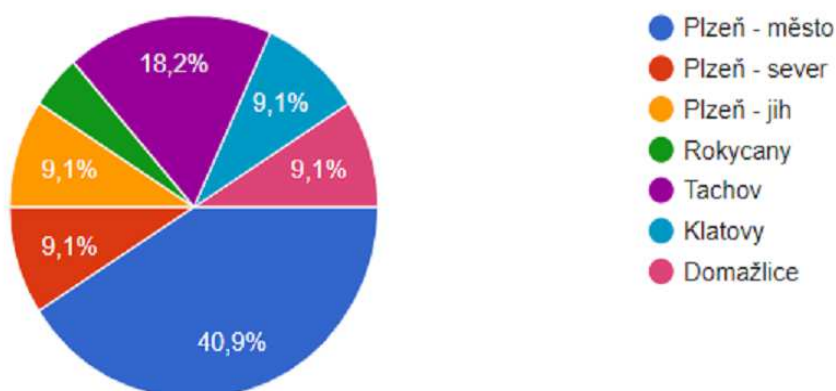
4 respondenti – kurz psychiatrické minimum

2 respondenti – certifikované školení na klíč

1 respondent – jiné: přeji si pouze co nejdříve ukončit praxi

1 respondent – jiné: ideálně v elektronické podobě.

#### 11. Okres, ve kterém PL ordinuje. Odpovědělo 22 respondentů.



Zdroj: vlastní

## 7. Odpovědi získané dotazníky pro psychiatry

(ponecháno v originálním znění pro zachování autenticity)

1. *V jakém zařízení/organizaci pracujete? (viz graf empirická část) Odpovědělo 25 respondentů.*

2. *Jaké výkony by mohl v péči o pacienta s duševním onemocněním provádět praktický lékař? (viz graf empirická část) Odpovědělo 25 respondentů.*

3. *Jak by podle Vás měla fungovat spolupráce s praktickým lékařem v péči o pacienta? Odpovědělo 25 respondentů.*

Spolupráce v monitoraci somatického stavu a řešení patologií, ev. odeslání k specialistovi.

Na doporučení psychiatra kontroly a předpis jednoduché medikace u nezávažně nemocných kompenzovaných pacientů, odeslání k psychiatrovi při nutnosti konzultace. Jinak běžně doporučení do péče psychiatra s poskytnutím informací o dalším zdravotním stavu, vyšetřeních a medikaci.

Průběžné konzultace o stavu pacienta, vzájemná upozornění na změny psychického stavu praktikem a naopak psychiatrem na změny somatického stavu psychiatrem, spolupráce při sledování např. metabolických parametrů– glykémie, lipidový metabolismus, krevního obrazu při léčbě clozapinem, neurologických změn při léčbě antipsychotiky.

E-mailem.

Viz výše zaškrtnuté, dále spolupráce při předep. léků, předejít nadbytečnému předep. BNZ, hypnotik, konzultace stavu.

"Bezbariérové" funkční telefonní propojení, možnost konzultací detailů týkajících se všeho výše uvedeného, kontinuální práce na odstraňování stigmatu spojeného s psychiatrickým oborem a psych. Pacienty.

Vzájemná komunikace.

Dobře.

Objednávání nových pacientů, standardní péče o kompenzované pacienty s nastavenou antidepressivní medikací, konzultace stavu u subkompenzovaných pacientů– funguje.

Bezproblémově.

Vzájemná informovanost.

Měli by si předávat informace o zdrav. stavu a léčbě.

Obousměrné předávání informací, obousměrné předávání pacientů.

Praktický lékař by měl včas rozpoznat duševní potíže pacienta vč. somatizace, měl by indikovat somatická vyšetření tak, aby psychiatr nebo psychoterapeut vědět, že potíže pac. jsou skutečně duševní a již se zaměřil na vhodnou terapii, ať už psychoterapii či medikaci. Někdy je i vhodné, pokud je objednávací doba k psychiatrovi delší, když praktický lékař nasadí antidepressivum ještě před první návštěvou u psychiatra. Je však třeba, aby byli pacienti i již zamedikovaní odesíláni k další léčbě, protože (alespoň v našem) psych. zařízení je na terapii těchto potíží více času a léčba nemusí být omezena pouze na léky. Za naopak nevhodnou považují dlouhodobější medikaci anxiolytiky a hypnotiky.

Informovat ho o somat. zdrav. stavu, rizicích vyplývajících z medikace psych. léky, změnách duš. stavu, provádět labor. vyš. , součinnost při nutnosti hospitalizace.

PL má mít informaci o diagnóze a užívané medikaci, může být nápomocen hlavně při doplnění potřebných laboratorních testů aj. vyšetření.

Viz výše.

Pokud neodesílá PL k vyšetření, kdy dostává zprávu s nálezem poté, zjistit PL pacienta a praktika kontaktovat– uvést tím do budoucna spolupráci. Stávající zkušenosti jsou uspokojivé sdílení podstatných informací, pokud jsou třeba pro dostatečnou péči, podpora pacienta ve smyslu bezpečného prostředí, a sociálního zabezpečení, porozumění, znalost pacientova rodinného prostředí, případně aplikace depotu u kompenzovaného klienta.

Viz předchozí bod – pravidelné konzultace PL se specialistou (v tomto případě psychiatrem).

Tipování klientů vhodných do péče cdz, předávání informací o stavu klienta (zhoršení stavu, hospitalizace, plánované propuštění z nemocnice).

Záleží na konkrétní dg. pacienta a na tom, důvěřuje-li pacient více psychiatrovi či PL. Každopádně PL by mohl vytipovávat pac. vhodné k vyš. u psychiatra a nejasné stavy s psychiatrem konzultovat. Dále se podílet na terapii vybraných dg. – např. nekomplikované deprese (zvláště preferuje-li pac. PL před psychiatrem) a v neposlední řadě může kontrolovat somatické komorbidity (zejména způsobené psychofarmaky) a konzultovat je s psychiatrem.

Praktický lékař by měl znát psychiatrické onemocnění svého pacienta a jeho léčbu a ideálně též alespoň přibližně jeho současný psychický stav. V případě zhoršení stavu by měl praktik psychiatra (či CDZ) rychle informovat. Bylo by skvělé, pokud by fungovala dobře výměna informací mezi psychiatrem a praktikem. Mnoho psychiatrických pacientů bere léky, které ovlivňují např. váhu, hl. cukru, mají nadváhu, kouří apod., praktik by tyto parametry měl sledovat a předávat v případě zhoršování informace psychiatrovi, který by mohl upravit psychiatrickou léčbu, která má na tyto parametry vliv.

Například laboratorní náběry iontů, JT, ledvinných testů, hladiny látek, které je potřeba sledovat, aplikace depotních injekcí, pomoc s domácí péčí, pomoc s umístováním do DD. apod.

Podrobnější informace na doporučení k psychiatrovi.

Velmi malo strukturovana otazka... nevime zda jde o praktickeho lekare neschopneho, pouze paralen predepisujiciho, mozna nekompetentniho ke slozitejsi spolupraci s psychiatrem či psychologem, mozna i nekompetentniho k posouzeni psychickeho stavu pacienta a odhadu vyvoje. pokud jde o takoveho praktickeho lekare, spoluprace s nim nema cenu, znechucuje psychiatra a zdrzuje. pokud jde o praktickeho lekare s talentem, intelektem a schopnosti presahu, tzv. "rodinneho lekare", ktery ma sirsi povedomi nejen o somatice, ale i o celkovem zazemi rodiny, o vztahovem poli, tak tam by mohla byt pacientova situace a eventuelni dekompenzace jeho stavu mezi psychiatrem a praktickym lekarem probirana, pochopitelne ku prospechu pacienta.

#### 4. Jaká je Vaše zkušenost se spoluprací s PL? Odpovědělo 25 respondentů.

Spolupráce dobře funguje ve většině případů.

Dobrá.

Vcelku dobrá.

Dobrá.

Jsou OL kteří spolupracují bez problémů, jde se s nimi domluvit na čemkoliv, je, ale i druhý opak. Pokud má OL zkušenost se soc. zařízením je převážně spolupráce dobrá, protože musíme kooperovat.

Pac. mnohdy neví jména a adresy a telefony svých praktických lékařů, praktičtí lékaři někdy nejsou informováni o podrobnostech psych. léčby svých pacientů, je vhodné pracovat na vylepšování komunikace mezi PL a psychiatry a pacienty.

Minimální – Žádná.

Jak s kterými.

Velmi dobrá, funguje k oboustranné spokojenosti.

Velmi dobrá.

Pro některé pacienty jsou dostupnější než ambulantní psychiatr a akutní dekompenzace či naopak dlouhodobé selhávání v domácím prostředí tedy občas řeší právě oni.

Fungující s převážnou většinou, postavené na osobní znalosti.

Většinou dobrá, často výše zmiňované věci již dělají.

Dobrá. Ale většina mých pacientů jsou hospitalizovaní.

Uspokojivá.

Odesílají pacienty bez domluvy k hospitalizaci, nezajímá je, ze napr. Není volné místo pro geriatrického pac., pac. Má kontraindikace k přijetí (napr. Je opilý, je nutné somatické vyšetření na interně atd), píše doporučení, aniž by pac. Videli...odesílají osoby v ebriete (a jelikož nezavolají předem, neví, že dotyčný může být odmítnut..).

Velmi dobrá, profesionální, respektující.

Převážně výborná.

Záleží na osobnosti praktického lékaře. Někteří jsou lidmi na svém místě, ale někteří, bohužel, nepochopili význam duševního zdraví pro kvalitu života člověka.

Dobrá, vždy se domluvíme

S PL komunikuji nejčastěji z důvodu ověření či doplnění anamnézy a většinou se setkávám s profesionálním přístupem. Spolupráci přesahující tento rámec vidím jen zřídka.

V rámci své současné práce v Ledovci jsem v kontaktu zejména s ambulantními psychiatry, PL oslovuji zatím velmi sporadicky. Pokud bylo potřeba, tak spolupráce zatím byla bez problémů.

Jak s kterými, někteří mají pocit, že psychiatrii mohou řešit sami.

Jak kdy, někdy jsou předsudky.

Moje spolupráce s praktiky je malá, ale pokud k ní dochází, je vcelku dobrá, řešíme většinou věci ohledně neschopnek, demenci a indikaci do pečovatelských ústavu, rodinně zazemi... více viz odpověď na předchozí otázku.



## 8. Seznam psychiatrických diagnóz

### Přehled skupin psychiatrických diagnóz MKN-10

#### List of groups of ICD-10 psychiatric diagnoses

Kód psychiatrické diagnózy	Název skupiny
F00–F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10	Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním alkoholu
F11–F19	Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním ostatních psychoaktivních látek
F20–F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30–F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40–F48; F50–F59	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60–F63; F68–F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých (mimo sexuálních poruch)
F64–F66	Sexuální poruchy
F70–F79	Mentální retardace
F80–F98	Poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha
	Ostatní nepsychiatrické diagnózy

Zdroj: ÚZIS 2018

## 9. Webové stránky organizací zabývajících se péčí o duševní zdraví

Psychiatrické nemocnice, oddělení	<a href="http://www.nudz.cz">www.nudz.cz</a> <a href="http://www.pnbohnice.cz">www.pnbohnice.cz</a> <a href="http://www.plhberkovice.cz">www.plhberkovice.cz</a> <a href="http://www.plkosmonosy.cz">www.plkosmonosy.cz</a> <a href="http://www.pldobrany.cz">www.pldobrany.cz</a> <a href="http://www.plpetrohrad.cz">www.plpetrohrad.cz</a> <a href="http://www.pnmo.cz">www.pnmo.cz</a> <a href="http://www.pllnare.cz">www.pllnare.cz</a>
Adresář psychiatrů	<a href="http://www.nudz.cz/informacni-stredisko/adresar-psychiatru">www.nudz.cz/informacni-stredisko/adresar-psychiatru</a>
Zařízení specializovaná na závislostní problematiku	<a href="http://www.cervenydvr.cz">www.cervenydvr.cz</a> <a href="http://www.pnmo.cz">www.pnmo.cz</a> <a href="http://www.anonymnialkoholici.cz">www.anonymnialkoholici.cz</a> <a href="http://www.dropin.cz">www.dropin.cz</a> <a href="http://www.drogy.net">www.drogy.net</a> <a href="http://www.adiktologie.cz">www.adiktologie.cz</a>
Další centra	<a href="http://www.vidacr.cz">www.vidacr.cz</a> <a href="http://www.fokus-cr.cz/">www.fokus-cr.cz/</a> <a href="http://www.esethelp.cz">www.esethelp.cz</a> <a href="http://www.ondrejov.cz">www.ondrejov.cz</a> <a href="http://www.vfn.cz/pracoviste/kliniky-a-oddeleni/denni-sanatorium-horni-palata">http://www.vfn.cz/pracoviste/kliniky-a-oddeleni/denni-sanatorium-horni-palata</a>
Stránky zaměřené na problematiku Alzheimerovy choroby	<a href="http://www.nudz.cz/adcentrum">www.nudz.cz/adcentrum</a> <a href="http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba">www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba</a> <a href="http://www.uniepacientu.cz/aktuality/az-do-morku-kosti-alzheimer-467">www.uniepacientu.cz/aktuality/az-do-morku-kosti-alzheimer-467</a> <a href="http://www.alzheimercentrum.cz">www.alzheimercentrum.cz</a>
Stránky zaměřené na problematiku deprese	<a href="http://www.deprese.com">www.deprese.com</a> <a href="http://www.nudz.cz/lecebna-pece/lecebne-programy/centrum-pro-lecbu-rezistentni-deprese">www.nudz.cz/lecebna-pece/lecebne-programy/centrum-pro-lecbu-rezistentni-deprese</a> <a href="http://www.deprese.psychoweb.cz">www.deprese.psychoweb.cz</a>
Fototerapie	<a href="http://www.svetlo-lecba.cz">www.svetlo-lecba.cz</a>
Rady pro dobrý spánek	<a href="http://www.dobry-spanek.cz">www.dobry-spanek.cz</a>

Panická porucha	<a href="http://www.panickaporucha.cz">www.panickaporucha.cz</a>
Informace o duševních poruchách	<a href="http://www.upsychiatra.cz">www.upsychiatra.cz</a> <a href="http://www.muymindset.cz">www.muymindset.cz</a>
Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví	<a href="http://www.cmhcd.cz">www.cmhcd.cz</a>
Linka bezpečí a jiná krizová pomoc	<a href="http://www.linkabezpeci.cz">www.linkabezpeci.cz</a> <a href="http://www.bkb.cz">www.bkb.cz</a>
Centra pomoci Help 24	<a href="http://www.help24.cz">www.help24.cz</a>
RIAPS	<a href="http://www.riaps.cz">www.riaps.cz</a>
Centrum krizové intervence	<a href="http://www.bohnice.cz/krizova-pomoc">www.bohnice.cz/krizova-pomoc</a>
Projekt destigmatizace a jiné	<a href="http://www.stopstigma.cz">www.stopstigma.cz</a>
Pomoc pečovatelům	<a href="http://www.pecujici.cz">www.pecujici.cz</a> <a href="http://www.nudz.cz/adcentrum/poradna_pro_pecovatele.html">http://www.nudz.cz/adcentrum/poradna_pro_pecovatele.html</a>
Poruchy příjmu potravy	<a href="http://www.anabell.cz">www.anabell.cz</a> <a href="http://www.healthyandfree.cz/index.php/svepomocny-program">http://www.healthyandfree.cz/index.php/svepomocny-program</a> <a href="http://www.psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy">www.psychiatrie.lf1.cuni.cz/centrum-pro-diagnostiku-a-lecbu-poruch-prijmu-potravy</a>
Asertivita	<a href="http://www.asertivita.cz">www.asertivita.cz</a>
Reforma psychiatrie	<a href="http://www.reformapsychiatrie.cz">www.reformapsychiatrie.cz</a>

Zdroj: Metodika spolupráce ARP a PL, 2019

**10. Projekt DP**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

**KATEDRA ŘÍZENÍ A SUPERVIZE  
V SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNICKÝCH ORGANIZACÍCH**

**Projekt diplomové práce**

**název**

**Význam zapojení praktických lékařů  
do multidisciplinárního přístupu v péči o klienta v rámci  
reformy psychiatrické péče v Plzeňském kraji**

**Bc. et Bc. Jitka Křemenáková**

Číslo studenta: 34725163

Imatrikulace: rok 2016

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Povolná, Ph.D.

## **Obsah**

<u>1. Teoretické východisko a formulace výzkumného problému.....</u>	III
<u>2. Cíl práce .....</u>	VIII
<u>3. Metodologie výzkumu.....</u>	IX
<u>4. Časový harmonogram.....</u>	XII
<u>5. Seznam použitých zdrojů.....</u>	XIII

## 1. Teoretické východisko a formulace výzkumného problému

Od doby osvícenství (polovina 17. století) bylo „šílenství“ nahlíženo jako důvod pro úplné odtržení od společnosti a izolaci. Lidé, označení za šílené, se stali objektem zájmu lékařů, kteří začali vnímat šílenství jako subjekt hodný studia a odlišnost v chování následně jako nemoc, kterou je potřeba léčit (Foucault, 2006). Moderní přístup ke konceptu šílenství přinesl konec 18. století zakládáním míst pro držení duševně nemocných pod dohledem lékařů. Později byl tento fenomén nazván institucionalizace. Předsudky vůči duševnímu onemocnění přetrvávají po stovky let dodnes a daří se je odstraňovat jen velmi pozvolně.

Teprve ve 20. století začíná psychiatrie prosazovat přístupy na základě výzkumů (Evidence Based). Roku 1961 byl v tehdejší ČSSR založen Výzkumný ústav psychiatrický (PCP, 2011) a psychiatrie jako specializační zdravotnický obor vstupuje více do popředí (Škoda, 2016).

Až nyní, ve 21. století, dochází k zásadním změnám v přístupu péče o duševní zdraví. Civilizovaná společnost se s psychickými obtížemi setkává čím dál častěji. V České republice se současná prevalence poruch duševního zdraví pohybuje okolo 22 % populace, to znamená, že téměř každý pátý Čech má potíže v oblasti duševního zdraví. Náklady vynaložené na léčbu duševního onemocnění a psychických poruch jsou enormní, dle celoevropské analýzy doktora Ehlera z roku 2010, činily v České republice 258 mld. Kč (Mohr, 2019). Důvodem pro reformu psychiatrické péče „je to, že psychiatrická péče v ČR nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a jako zdravotní obor se potýká s dlouhodobou podfinancovaností.“ (Reforma péče o duševní zdraví, MZ ČR, 2017)

V říjnu roku 2013 vydalo Ministerstvo zdravotnictví v čele s ministrem zdravotnictví MUDr. Martinem Holcátem, MBA, Strategii reformy psychiatrické péče jako součást dokumentu Národní strategie ochrany a podpory zdraví 2020. „Nosnou myšlenkou těchto dokumentů je podpora kvalitních služeb dostupných v blízkosti domovů lidí, které respektují lidská práva a funkčnost zajišťují skrze multidisciplinární týmy v dobře vymezených regionech. Služby péče o duševní zdraví mají poskytovat přístup orientovaný na zotavení a být dostupné v komunitě.“ (NAPDZ 2020–2030, MZ ČR)

Gestorem plánu je Ministerstvo zdravotnictví, avšak celé pojetí plánu vyžaduje propojení a kooperaci více resortů, institucí a subjektů – Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva školství, Ministerstva pro místní rozvoj, Ministerstva spravedlnosti, Sdružení měst a obcí atd.

Odborným garantem reformy v oblasti organizace systému psychiatrické péče je Psychiatrická společnost ČLS JEP, reforma probíhá na 4 úrovních, které se vzájemně doplňují:

1. Psychiatrické nemocnice
2. Vznik center-pro duševní zdraví (dále CDZ) – multidisciplinární týmy<sup>1</sup>
3. Psychiatrická oddělení fakultních nemocnic (kliniky)
4. Zakládání nových služeb – Ambulance s rozšířenou péčí (dále ARP)<sup>2</sup>

Na strategii reformy psychiatrické péče v ČR navazuje Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 (dále NAPDZ), jehož gestorem je Ministerstvo zdravotnictví, ve kterém jsou rozpracovány konkrétní cíle, zaměřené na komplexní přístup a prevenci v péči o duševní zdraví.

Cíle NAPDZ jsou orientovány na dodržování základních lidských práv lidí s duševním onemocněním, dostupnost péče, využívání přirozených zdrojů sociálního prostředí v komunitě, vytváření multidisciplinárních týmů a koordinované a kontinuální spolupráce všech dostupných subjektů v komunitě.

Účastníky koordinované spolupráce neboli komunitního síťování jsou např. policie ČR, složky integrovaného záchranného systému, opatrovníci, správci bytového fondu, podnikatelé, úředníci a další osoby a instituce. Klíčovou roli při utváření komunitní sítě podporující osoby s duševním onemocněním však hraje primární péče<sup>3</sup>. „Mnoho preventivních intervencí může být užíváno v kontextu s domácím prostředím uživatele. Včasná identifikace duševních problémů (včetně vyšetření a diagnóz) může být vykonávána v primární péči praktickými lékaři ve spolupráci se specializovanými odborníky. Praktičtí lékaři jsou často těmi, kteří buď onemocnění pacienta zvládnou řešit sami, nebo pacienta směřují do specializované péče. V mnoha evropských zdravotních systémech jsou prvními místy vstupu do zdravotního systému.“ (Metodika multidisciplinárního

---

1 Multidisciplinární tým – terénní tým složený z lidí různého profesního zaměření (sociální, zdravotní oblast) směřující ke společnému cíli. Složení týmu: psychiatr, klinický psycholog, psychoterapeut, psychiatrická sestra, sociální pracovník.

2 ARP - „má za cíl otevřít cestu k doplnění služeb osobám s duševním onemocněním, které vyhledávají léčbu v různých typech ambulantních i lůžkových zařízení. ARP je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou – akutní i specializovanou péčí. Její funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci duševně nemocných do běžné komunity. Konkrétně by se nová situace měla projevit zvýšením podílu služeb prováděných nelékařskými profesemi a vyšším podílem týmové práce. K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení pacientů (recovery), spolupracuje ARP ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit, aj.“ (Základní principy péče poskytované ARP, 2019) Složení týmu: psychiatr, klinický psycholog, psychoterapeut, psychiatrická sestra, administrativní pracovník, další nelékařští specialisti (ergoterapeut, zdravotně-sociální pracovník)

3 Primární péče „znamená základní zdravotnické profesionální služby poskytované většinou na ambulantní úrovni praktickými lékaři nebo specialisty. Zahrnuje výchovu ke zdraví, prevenci, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci.“ (Strejčková, 2007)

přístupu 2020, MZ ČR) Ve své diplomové práci bych se chtěla zabývat hledáním způsobu, jak navazovat pracovní spolupráci s představiteli primární péče, konkrétně s praktickými lékaři, jako ústřední a specifickou skupinou odborníků, a vytvořit manuál pro zapojení praktických lékařů do systému péče o duševní zdraví.

Multidisciplinární způsob kooperace a vytváření komplexní komunitní péče je v České republice úplně novým přístupem, který však prozatím není legislativně ukotven a systém poskytování zdravotní péče skrze Všeobecné zdravotní pojištění (bismarckovský model), integraci zdravotních a sociálních služeb v komunitě není příliš nakloněn.

Implementace cílů NAPDZ je podpořena z Evropských strukturálních fondů částkou 1 mld. Kč, jeho udržitelnost je však závislá na vytvoření legislativního zakotvení a finančního plánu podílejících se subjektů. Uvolnění finančních zdrojů z EU má několik podmínek, jednou z nich je vytvoření 30 Center duševní zdraví (CDZ) do roku 2022, přesněji řečeno vznik 30 terénních zdravotně–sociálních (multidisciplinárních) týmů. V roce 2018 vzniklo 5 CDZ v I. etapě. V II. etapě bylo založeno 15 CDZ a nyní probíhá III. fáze podpory vzniku CDZ, ve které má být sestaveno dalších 8 multidisciplinárních týmů v různých městech ČR. Jejich úkolem bude zajišťovat podporu a rehabilitaci osobám s vážným duševním onemocněním, propuštěným z dlouhodobé hospitalizace, což představuje přibližně 30 % pacientů psychiatrických nemocnic.

Multidisciplinární přístup je chápán jako způsob práce, „kde různé profese, různé organizace spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí se zkušeností s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám.“ (Metodika multidisciplinárního přístupu 2020, MZ ČR) Multidisciplinární způsob práce si klade za cíl zkracovat pobyt člověka s duševním onemocněním mimo jeho přirozené prostředí a předcházet negativním dopadům hospitalizace na běžný způsob života.



Multidisciplinární spolupráce má zajišťovat koordinovanou, komplexní a kontinuální péči, která probíhá na třech úrovních:

1. Spolupráce pracovníků akutní či lůžkové psychiatrické péče se zaměstnanci komunitního týmu v rámci jednoho multidisciplinárního týmu.
2. Multidisciplinární spolupráce mezi dvěma týmy (lůžkové oddělení nebo CDZ/komunitní tým), tzv. virtuální týmy, s cílem zajistit kontinuitu péče o klienta/pacienta.
3. Komunitní síť, vytvořená v rámci spádové oblasti o velikosti přibližně 100 000 obyvatel, je iniciována krajskými multidisciplinárními koordinátory, kteří komunikují se zástupci obcí a krajů dané spádové oblasti a zároveň s CDZ nebo komunitními týmy. Pozice krajského koordinátora v praxi zatím neexistuje, je součástí vize fungování mezioborové spolupráce. Zavedení této funkce je v kompetenci Ministerstva zdravotnictví v rámci projektu Zavádění multidisciplinárního přístupu.

Klíčovými dokumenty, o které se opírá téma mojí diplomové práce, jsou:

**1. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu**, která je aktuálně živě tvořena týmem metodiků z celé České republiky pod vedením gestorky Reformy pro duševní zdraví PhDr. Lenky Krbcové Mašínové, v projektu Deinstitutionalizace.

**2. Metodika pro spolupráci Ambulancí s rozšířenou působností (ARP) a Praktických lékařů (PL)**, příloha č. 8 Výzvy o dotaci v rámci podpory vzniku Ambulancí s rozšířenou působností, jako pilotního programu. Z obou dokumentů vyplývá důležitost zapojení praktických lékařů do komunitní sítě, jejich role a příklady dobré praxe ze zahraničí. „PL má významné místo v rozpoznávání (detekci) duševních onemocnění, má důležitou roli v odkrývání skryté psychiatrické nemoci – v identifikaci depresivních, úzkostných a psychosomatických poruch či včasné detekci psychóz nebo závislosti na alkoholu.“ (Metodika pro spolupráci ambulance s rozšířenou působností a praktického lékaře, MZ ČR, 2019).

„Bezbariérová“ spolupráce všech relevantních subjektů v rámci psychiatrické reformy má několik zjevných překážek a mnoho dalších, které zůstávají zatím nevyjádřeny. Mou ambicí je tyto dosud skryté překážky definovat v rámci výzkumu. První překážkou je, že „v současné době se mnoho PL necítí být dostatečně kompetentními v péči o osoby s duševním onemocněním. Dále je třeba říci, že péče o tyto pacienty je časově náročná.“ (Metodika pro spolupráci ambulance s rozšířenou působností a praktického lékaře, MZ ČR, 2019) V neposlední řadě se objevují otázky, jak řešit finanční stránku mezioborové spolupráce v systému zdravotní péče České republiky, když významná část příjmu PL je založena na kapitační platbě. Pro pilotní projekt ARP byl vytvořen

tzv. signální kód, kterým bude zaznamenávána mezioborová intervence, která bude hrazena z projektu Deinstitutionalizace v rámci ESF. Zatím však není jasné, jak bude spolupráce financována po skončení projektu, přesněji jak bude zajištěna udržitelnost takovéto spolupráce.

Pro fungující a kontinuální kooperaci jednotlivých subjektů bude zapotřebí stanovit regionálního koordinátora, člověka, který má přehled o sociálních, zdravotních a zdravotně–sociálních službách v regionu, sestaví plán komunitní sítě a bude svolávat pravidelná setkání zástupců ARP a registrujících PL za účelem edukace v psychiatrické problematice a sladění jazyka, postupů a metod v rámci mezioborové spolupráce (Metodika pro spolupráci ambulance s rozšířenou působností a praktického lékaře, MZ ČR, 2019). V Plzeňském kraji je regionální koordinátorkou psychiatrické reformy Mgr. Klára Vyletová.

Rizikem spolupráce PL s ostatními segmenty je samotná organizační struktura a hierarchie PL v systému zdravotnictví. V České republice byly založeny tři odborné společnosti – Sdružení praktických lékařů ČR, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP a Česká lékařská komora, které v mnohých otázkách týkajících se organizace péče o zdraví a spolupráce s ostatními subjekty nejsou v souladu a které zásadním způsobem ovlivňují způsob práce a jednání jednotlivých praktických lékařů.

V našich podmínkách dosud nebyl nalezen efektivní způsob, jak praktické lékaře motivovat k aktivní spolupráci v rámci podpory pacientů s obtížemi v oblasti duševního zdraví.

Spolupráci s PL byl částečně věnován výzkum zaměřený na Screening podmínek pracovní, léčebné, sociální a pedagogické rehabilitace v ČR, z jehož závěrů je patrné, jak komplikované je motivovat PL k participaci nad rámec „běžných povinností“ (Džambasov, Dostál, Kotíková, Rücker, 2017). Proto bych se ráda zaměřila na získání názorů samotných praktických lékařů na zapojení do komunitní spolupráce. Na základě jejich potřeb a postojů by mohlo vzniknout doporučení či návrh taktického postupu, jak s lékaři systematicky navázat kooperaci při tvoření komunitní sítě.

## 2. Cíl práce

Cílem projektu je formulace motivačních faktorů a podmínek efektivního zapojení praktických lékařů (PL) do komunitní sítě v procesu reformy psychiatrické péče (RPP) v Plzeňském kraji. Záměrem je vytvoření manuálu pro mezioborovou spolupráci mezi PL a ostatními odborníky v oblasti duševního zdraví.

### **Výstupem projektu bude:**

- A) Formulace výstupů a závěrů z rozhovorů s praktickými lékaři a komparační analýza metodiky zavádění multidisciplinárního přístupu a metodiky pro spolupráci ARP s PL.
- B) Zjištění podmínek zapojení PL do komunitní sítě na základě definování jejich potřeb a postojů získaných v osobních rozhovorech s PL.
- C) Vytvoření manuálu pro spolupráci praktických lékařů s reformátory psychiatrické péče v České republice při tvorbě komunitní sítě.

### **Výzkumné otázky:**

Jaké jsou hlavní motivační faktory pro multidisciplinární spolupráci PL v rámci reformy psychiatrické péče?

Jakým způsobem mohou praktičtí lékaři v komunitní síti intervenovat? O jaký druh intervence by se jednalo? Za jakých podmínek a které úkony jsou PL ochotni v oblasti péče o své pacienty s duševním onemocněním dělat?

V jakých případech se praktický lékař zabývá psychickými obtížemi svého pacienta, které mají sociální dopady na pacienta i jeho rodinu a jak podobné případy „řeší“?

### 3. Metodologie výzkumu

Výzkum bude probíhat na území Plzeňského kraje, v sedmi jeho okresech: Plzeň–město, Plzeň – sever, Plzeň – jih, Rokycany, Domažlice, Klatovy a Tachov. Ke sběru dat využiji kombinaci kvalitativních metod a kvantitativních metod – strukturovaný rozhovor, dotazník s modifikovanými otevřenými otázkami a focus group.

Pro rozhovor oslovím celkem 21 respondentů – praktických lékařů a jejich krajských předsedů. Každý okres Plzeňského kraje má svého krajského předsedu a ti by mohli vytvořit dobrý základ pro šíření povědomí o významu mezioborové spolupráce mezi své kolegy v kraji.

Zkontaktuji všech 7 krajských předsedů Plzeňského kraje a požádám je o spolupráci ve výzkumu. Dále oslovím 2 praktické lékaře z každého okresu.

V každém okrese je více než 20 PL. Přestože jsem si vědoma rizika malého zájmu a ochoty PL o účast na výzkumu, předpokládám, že dva respondenty z každého okresu získám. Výběr respondentů bude náhodný. Odmítnutí bude anonymně zaznamenáno.

Osobní rozhovory budu nahrávat na diktafon a následně vyhotovím kódovaný přepis. V případě zájmu o výzkum, ale preference písemné formy, bude PL zaslán dotazník e-mailem.

Strukturovaný rozhovor obsahuje osm otázek:

1. S jakými potížemi v oblasti duševního zdraví se u svých pacientů setkáváte?
2. Jaké typy výkonů z oblasti péče o pacienta s duševním/psychickým onemocněním si dokážete představit zahrnout do své praxe (depotní injekce, předepisování antidepresiv, zkontaktování jiného lékaře/specialisty nebo jinou službu např. domácí péče, organizaci, která se v regionu zabývá problematikou duševního zdraví, CDZ nebo napsání žádanky na vyšetření u specialisty...)
3. Jaké výkony z oblasti péče o duševní zdraví byste určitě nechtěl provádět?
4. Co potřebujete od zástupců jiných specialistů/profesí pro své pacienty s potížemi v oblasti duševního zdraví, pro doplnění péče o pacienta? (osobní asistence, domácí péče, lázně, kontakt, doprovod klíčového pracovníka)
5. Ocenil/a byste možnost konzultovat zdravotní stav svého pacienta s psychiatrem nebo jiným odborníkem v péči o duševní zdraví? (místo doporučení, aby pacient navštívil jiného specialistu)
6. V jaké situaci považujete za užitečné vykonat návštěvní službu v sociálním prostředí pacienta nebo se účastnit tzv. případového setkání ke svému pacientovi?

7. Za jakých podmínek si dovedete představit spolupracovat s dalšími odborníky v rámci komunitního síťování (IZS, policie, úřady, představitelé justice, CDZ)?

8. Očekáváte nějaké problémy a překážky spolupráce s ostatními segmenty (IZS, policie, úřady, opatrovníci, justice? Máte v této oblasti již nějakou zkušenost? (pozitivní/negativní?)

Součástí rozhovoru bude krátké uvedení do problematiky reformy psychiatrické péče a vyjádření potřebnosti spolupráce primární lékařské péče v této oblasti, její zásadní význam v prevenci a včasného zásahu – Early intervention<sup>4</sup> a podílení se na tvoření komunitní sítě u lidí s obtížemi v oblasti duševního zdraví.

V případě, že praktický lékař bude ochoten na výzkumu spolupracovat, ale bude preferovat písemnou formu odpovědí na otázky, zašlu mu dotazník s modifikovanými otázkami e-mailem.

### **Jednotlivé fáze výzkumu:**

V první fázi telefonicky nebo e-mailem oslovím respondenty – praktické lékaře – vysvětlím jim stručně svůj záměr a požádám je o pomoc při sběru dat pro výzkum. Mým primárním zájmem je dohodnout si osobní schůzku, na které lze navázat těsnější kontakt s respondentem a reagovat na jeho osobnost formulací dotazů ve strukturovaném rozhovoru. Takto získaná data mají větší vypovídající hodnotu a vzniká prostor pro diskuzi. Nejprve oslovím 7 krajských předsedů, kteří jsou rovněž praktičtí lékaři. Následně budu náhodně (randomizovat) telefonicky kontaktovat další PL okres po okresu, dokud nezískám dva respondenty z každého okresu, tedy dalších 14 PL.

Cílem je rozšířit mezi PL a jejich krajské nadřízené povědomí o významu a efektivitě zdravotně–sociální spolupráce při péči o pacienty.

Účast na projektu je dobrovolná a anonymní.

Rizikem je vysoké procento odmítnutí spolupráce, které ale mohu kompenzovat svou vytrvalostí a zápallem pro věc. Nekalou výhodou je také skutečnost, že v lékařském prostředí se pohybuji již několik let a díky svým známým mám v oboru kontakty. Skutečností, která „hraje“ v můj prospěch je i to, že RPP je centrálně (tedy státem) řízena, předpokládám, že většina lékařů je prostřednictvím krajských předsedů odborné společnosti PL o RPP informována a tuší, že se jich věc nějakým způsobem dotkne.

Věřím, že tak bude snazší získat u PL prostor pro rozhovory.

---

4 Early intervention – znamená zajištění včasné a efektivní podpory dětem a dospívajícím. Řadí se mezi programy prevence a podpory při řešení široké škály životních obtíží. Přístup cílí na silné stránky a dovednosti jednotlivce a snaží se je rozvíjet. Zaměřuje se na čtyři základní aspekty dětského vývoje - fyzického vývoje, kognitivního vývoje, vývoj chování a limitů v chování, Sociální a emocionální vývoj (<https://www.eif.org.uk>).

V druhé fázi výzkumu budu přepisovat rozhovory a analyzovat získaná data.

Ve třetí části výzkumu uspořádám focus group s týmem odborníků, jež se zabývají zaváděním multidisciplinární spolupráce. Focus group bude probíhat na základě zjištěných informací a výstupů z rozhovorů a elektronických odpovědí praktických lékařů. Cílem focus group bude „přefiltrování“ posbíraných dat z praxe a aplikace výstupů do již popsanych metodických postupů, vytvoření doporučení či taktiky pro zapojení praktických lékařů do procesu tvorby komunitní sítě v podpoře duševního zdraví.

**Použité metody:**

- Strukturovaný rozhovor vedený osobně
- Dotazník s otevřenými otázkami zaslaný e-mailem
- Focus group

#### 4. Časový harmonogram

Rok		2020					2021						
Měsíc		VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	I.	II.	III.	IV.	X.	XI.	XII.
1	Domlouvání rozhovorů v jednotlivých okresech	X	X	X	X								
2	Realizace rozhovorů a sběr dat		X	X	X	X							
3	Přepis rozhovorů			X	X	X							
4	Analýza dat					X	X						
5	Focus group							X					
6	Závěrečná zpráva							X					
7	Zpracování výstupů focus group								X				





## 5. Seznam použitých zdrojů

ASP projects. 2007. *Multidisciplinary and innovation*. Milano: Telesma Edizioni – Alta Scuola Politecnica

BALOWSKI, M., et al. 2005. *Multidisciplinárni komunikace – problém a princip všeobecného vzdělání*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7290-199-0

DAVIDSONS, L., TONDORA, J., LAWLESS, M. S., O'CONNELL, M. J., ROWE, M. 2017. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení: nástroje transformace péče o duševní zdraví*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-9065-740-3

DŽAMBASOV, P., DOSTÁL, J., KOTÍKOVÁ, J., RÜCKER, P. 2017. *Screening podmínek pracovní, léčebné, sociální a pedagogické rehabilitace*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-305-0

FOUCAULT, M. 2006. *History of madness*. New York: Routledge . ISBN 978-04-1547-726-0

HRDÁ, K. 2018. *Multidisciplinárni tým v akci*. Praha: Domov Sue Ryder. ISBN 978-80-907190-1-9

KOLEKTIV AUTORŮ. 2007. *Multidisciplinárni přístupy pomáhajících profesí*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně. ISBN 978-80-7044-858-8

MOHR, P. 2019. *Cena léčby – a co nás stojí neléčit*. Galén: Česká a Slovenská psychiatrie 2020. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2019\\_4\\_153\\_154.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2019_4_153_154.pdf)

*Multidisciplinárni péče: časopis pro pracovníky a studenty působící ve zdravotní a sociální oblasti*. 2006 – 2007. Plzeň: EduCare

MZ ČR. 2013. *Strategie reformy duševního zdraví*. Praha. [online]. [cit. dne 13.10.2020] Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)

MZ ČR. 2019. *Metodika pro spolupráci ambulance s rozšířenou působností a praktického lékaře*. Praha. [online] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vyzva-k-predkladani-zadosti-o-dotaci-v-ramci-programu-podpory-ambulanci-s-rozsirenou-peci/>

MZ ČR. 2020. *Metodika zavádění multidisciplinárniho přístupu*. Praha. [online] Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/informace-o-projektu-podpora-zavedeni-multidisciplinariho-pristupu-k-dusevne-ne-15187\\_3837\\_8.html](https://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/informace-o-projektu-podpora-zavedeni-multidisciplinariho-pristupu-k-dusevne-ne-15187_3837_8.html)

MZ ČR. 2020. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030*. [online] Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi\\_4114\\_3.html](https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi_4114_3.html)

PCP. 2011. *Psychiatrické centrum Praha – 50let*. [online] Dostupné z: [https://www.nudz.cz/files/common/zprava1961\\_2011.pdf](https://www.nudz.cz/files/common/zprava1961_2011.pdf)

RABOCH, J. 2003. „Postavení psychiatrie mezi ostatními obory.“ In: *Transformace oboru psychiatrie*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP ve spolupráci s MZ ČR a společností Academia Pragensis

RAGINS, M. 2002. *A Road to recovery. Los Angeles*: MHALA. ASIN B00-45-DNN-2-A

SCHEFFLER, R., M. 2008. *Mental health care reform in the Czech a Slovak Republics, 1989 to the present*. Prague: Karolinum Press. ISBN 978-80-246-1466-3

STREJČKOVÁ, A. et al. 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ, obor zdravotnický asistent*. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7168-943-0

ŠKODA, M. 2018. „Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných.“ In: *Psychiatrie pre prax*, 2016; 17(2e): e24–e34 [online]. Dostupné z: [http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=9161&magazine\\_id=2](http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=9161&magazine_id=2)

TORESINI, L., MEZZIANA, R. 2010. *Beyond the walls. Oltre i muri. Deinstitutionalisation in european best practises in mental health*. Alpha & Beta. ISBN 978-88-7223-161-6

Zákony:

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

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

Zákon č. 95/2004 Sb., o lékařských povoláních