

OŠETŘOVACÍ DEN V OTEVŘENÉM DENNÍM STACIONÁŘI S PSYCHIATRICKOU PÉČÍ

Číslo výkonu:

305-2021-03-22-10-44-16

Autorská odbornost:

(305) psychiatrie

Popis:

(Pokud má výkon jednoznačné indikace, uveďte je.)

Výkon popisuje den péče v otevřeném denním stacionáři s psychiatrickou péčí. Zahrnuje 6 hodin péče týmu psychiatra a psychologa v souhrnném úvazku 1,0, dále sestry pro péči v psychiatrii v úvazku 1,0 a všeobecné sestry v úvazku 0,5. Tato péče je alternativou léčby na psychiatrickém lůžku pro léčbu akutních stavů, kdy ji může nahradit, či jako pokračování léčby po hospitalizaci při jejím zkrácení.

Čím výkon začíná:

Přijetím pacienta k léčbě v DS, provedením vyšetření v rozsahu komplexního vyšetření.

Obsah a rozsah výkonu:

Pacient je přítomen každý pracovní den programu DS v rozsahu 6 hodin přímé péče. Každý den se účastní cca 30 minutového setkání všech pacientů s ošetřovacím personálem k seznámení se s programem dne. Každý den je u pacienta provedeno kontrolní vyšetření psychiatrem k individuálnímu posouzení zdravotního stavu, úpravě medikace, poskytnutí podpůrné psychoterapie a edukace o léčbě. Psychiatr nebo psycholog s psychoterapeutickou kvalifikací provádí u indikovaných pacientů skupinovou nebo individuální psychoterapii, pracují s rodinou a blízkými pacienta. Na péči se dále podílí psychiatrická sestra, která poskytuje jednak individuálně psychiatrickou rehabilitaci a edukaci, dále také skupinové podpůrné terapeutické aktivity (např. trénink kognitivních funkcí, intervence v oblasti správného životního stylu včetně relaxačních technik a přiměřených pohybových aktivit aj.). Všeobecná sestra se podílí na provozu DS, aplikuje injekce a provádí další ošetrovatelské úkony.

Čím výkon končí:

Při řádném ukončení péče je provedeno vyšetření v rozsahu cíleného psychiatrického vyšetření. Pacient je předán do péče ambulantního psychiatra, který dostává zprávu o průběhu léčby v denním stacionáři. Pokud pacient léčbu ukončí předčasně, je o tom ambulantní psychiatr pacienta informován formou lékařské zprávy.

Kategorie: P - hrazen plně;

Omezení místem: A - pouze ambulantně

Omezení frekvencí: 1/1 den

Obvyklá doba trvání celého výkonu v minutách: 300

Podmínky:

(Pokud je omezení místem "S",

popište, čím je pracoviště specializované.)

Důvod změnového řízení:

(V případě, že výkon nahrazuje staré metody,

doplňte čísla původních výkonů.)

V návaznosti na probíhající reformu psychiatrické péče se stávají denní stacionáře nedílnou součástí komplexních změn. Otevřený stacionář je nový koncept pro psychiatrickou stacionární péči. Jde o ambulantní péči o pacienty, kteří nepotřebují nezbytně péči lůžkovou. U mnohých pacientů včasnou a intenzivní ambulantní péčí (ve formě péče stacionární) můžeme hospitalizaci předejít. U jiných je možné výrazně hospitalizaci zkrátit. Jde především o pacienty, kteří by v rámci hospitalizace již měli otevřený režim s vycházkami a propustkami a často žádají o propuštění. U těchto pacientů je žádoucí ještě upravit medikaci, pomoci jim v zachování či obnovení denního režimu, dokončit některá vyšetření, věnovat se edukaci a práci na náhledu na onemocnění. Pacient může být propuštěn z hospitalizace dříve a léčba může intenzivně

pokračovat v otevřeném denním stacionáři s využitím základního aktivizačního programu. Toto v mnoha případech nebylo dosud možné, neboť neexistovala dostatečně efektivní alternativa k ústavní péči, uzavřené psychoterapeutické stacionáře tuto funkci plnit nemohou. Jejich role v systému je jiná.

Posouzení medicínské efektivity: Studie dokazují jednak na srovnatelný klinický efekt s hospitalizací, ale s benefitem nižších nákladů (Marshall a kol., 2011). I v ČR probíhala multicentrická studie EDEN (Kallert et al., 2007), která dokumentovala i benefit v oblasti funkčních schopností. Studie EDEN (Kallert a kol., 2004) dokumentovala v roce 2001 372 denních stacionářů v Německu, 71 v Polsku, 102 v Anglii a 10 na Slovensku. Dle údajů DATPPP (Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken e.V.) stoupl v Německu počet denních stacionářů na 812 (v roce 2019), což by znamenalo přibližně 1 zařízení na 100 tis. obyvatel. U nás je dle poslední evidence ADSKC (Asociace denních stacionářů a krizových center) 29 denních stacionářů s rozdílnou kapacitou podle toho, kolik dané zařízení provozuje denních programů. Ve srovnání s Německem je tedy jejich hustota výrazně řidší a odpovídala by zhruba 1 zařízení na 350 tis. obyvatel. Existují rozdíly ve struktuře stacionářů a poukazuje na ně také výše zmíněná studie EDEN (Kallert a kol., 2004). Tak například v Německu a Anglii je kladen důraz na funkci alternativy k hospitalizaci, naproti tomu v Polsku, ČR a Slovensku na specializované programy (rehabilitace, psychoterapie). Dále oproti ČR jsou stacionáře v ostatních zemích umístěny ve větší míře i v malých městech. Pro všechny země ale platí stejně, že je vyžadována docházka každý všední den po dobu alespoň 6 hodin.

Ekonomický dopad:

(Doplňte odhadovaný počet pacientů za rok)

Pokud vycházíme z předpokladu, že DS je alternativou k hospitalizaci, měsíční léčba na lůžku následné péče činí náklady z v.z.p. cca 63 000,- Kč, měsíční léčba v DS je nákladově efektivní.

Porovnání s prokázaným léčebným přínosem: Denní stacionáře se zrodily v poválečném období a 50.letech dvacátého století. Na jejich vzniku se podílely hlavně dva proudy. Především to byl vliv konceptu terapeutické komunity (Thomas Main, Maxwell Jones), která přinášela větší podíl demokratické kultury do terapeutických vztahů, větší spoluzodpovědnost pacientů v léčbě. Tím druhým proudem byla deinstitucionalizace, která s sebou přinesla potřebu alternativy k lůžkové péči, která byla současně i usnadněna rozvojem nových psychofarmak. K nám se dostala léčebná forma denního stacionáře koncem šedesátých let zásluhou prof. Knoblocha a dalších jeho spolupracovníků. Alternativou k péči v DS je lůžková péče – hospitalizace pacienta na lůžku akutní či následné psychiatrické péče. Základním odlišujícím prvkem je to, že pacient pobývá v léčebném zařízení pouze v denní době, večerní a noční dobu tráví doma. Léčebný přínos je obdobný, ale pacient není vytržen z vlastního sociálního prostředí, kam se denně vrací. Je zde také výrazně větší důraz na individualizaci péče a lidská práva (pacient je léčen dobrovolně, na základě informovaného souhlasu s léčbou, režimová opatření jsou přizpůsobena v malé skupině jeho zdravotnímu stavu. než v lůžkovém zdr. zařízení

Způsob úhrady v dalších zemích: bude doplněno

Další odbornosti:

Kód	Název	Režie
308	návykové nemoci	3,38
306	dětská a dorostová psychiatrie	3,38

Nositelé:

Pořadí	Kategorie	Funkce	Praxe	Čas	Poznámka	Aktuální body
10	L3	psychiatr		37,5		387,12
10	K3	klinický psycholog		18		185,82
Celkem:						768,62

10	S3	sestra pro péči v psychiatrii	37,5	148,24
10	S2	všeobecná sestra	15	47,44
Celkem:				768,62

Přímo spotřebovaný materiál - PMAT:

Kód	Název	Doplňek	Množství	Jednotka	Cena	Body
Celkem:						0,00 0,00

Přímo spotřebované léčivé přípravky - PLP:

Kód	Název	Doplňek ATC	Omezení	Množství	Jednotka	Cena	Body
Celkem:							0,00 0,00

Přístroje:

Kód	Název	D.Ž.	N.Ú.	D.P.	Procento z výkonu	Cena	Body
Celkem:							0,00 0,00

ZUM:

Kód	Název
-----	-------

Položky mimo číselník

Název	Popis
-------	-------

ZULP:

Kód	Název
-----	-------

Položky mimo číselník

Název	Popis
-------	-------

Bodová hodnota	Přímé	Osobní	Režijní	Celkem
	0,00	768,62	1 014,00	1 783