



## ZALECENIA

### Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

*w sprawie opieki czynnej w poradniach zdrowia psychicznego\**

#### RECOMMENDATIONS

#### *of the National Consultant in Psychiatry and the National Consultant in Child and Adolescent Psychiatry*

*concerning active care provision in outpatient psychiatric clinics*

#### 1. Grupy poradniane

1.1. Pacjentów poradni zdrowia psychicznego, zwanej dalej poradnią, należy zakwalifikować do jednej z dwu grup poradnianych:

*Grupa 1* – pacjenci wymagający czynnego kierowania przebiegiem leczenia. Chorzy ci stanowią grupę opieki czynnej. O zaliczeniu do grupy czynnej informuje się pacjenta,

*Grupa 2* – pacjenci nie wymagający czynnego kierowania przebiegiem leczenia. Chorzy ci stanowią grupę opieki biernej.

1.2. Decyzję o kwalifikacji pacjenta do właściwej grupy poradnianej podejmuje lekarz na podstawie wyników badania psychiatrycznego, ewentualnie uzupełnionych badaniem psychologicznym.

1.3. Kwalifikowanie do grup poradnianych przeprowadza się co najmniej jeden raz w każdym roku leczenia chorego – przy jego pierwszej wizycie w danym roku. Kwalifikacja ta może być zmieniona w wyniku kolejnych kontaktów z pacjentem w danym roku.

#### 2. Definicja opieki czynnej i kryteria kwalifikacji

2.1. Czynna opieka w ambulatoryjnym leczeniu psychiatrycznym oznacza aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego poradni, mające na celu przywrócenie bądź poprawę stanu zdrowia psychicznego pacjentów oraz ułatwienia im samodzielnego życia w środowisku społecznym.

2.2. Opieką czynną należy objąć pacjentów, których stan zdrowia wymaga systematycznej farmakoterapii, psychoterapii lub socjoterapii. Opieką czynną należy objąć w szczególności chorych:

- z nasilonymi objawami zaburzeń psychiatrycznych,
- z częstymi zaostrzeniami i nawrotami choroby,
- z całościowymi zaburzeniami rozwoju psychicznego,
- z zaburzeniami odżywiania, jeśli stan somatyczny zagraża ich zdrowiu,
- wymagających w okresie remisji systematycznego leczenia zapobiegającego nawrotom,
- niezdolnych do samodzielnej egzystencji, a pozbawionych dostatecznej opieki osób bliskich,

\* Zalecenia są zaktualizowaną wersją Wytucznych Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie Psychiatrii z dnia 27.06.1988 r. w sprawie opieki czynnej w poradniach zdrowia psychicznego.

- pozostających w konfliktowej sytuacji środowiskowej,
  - nieletnich w sytuacji zaniedbania opieki ze strony rodziny,
  - nieletnich skierowanych do opieki poradnianej przez Sąd Rodzinny.
- 2.3. Podjęcie decyzji o czynnym kierowaniu przebiegiem leczenia pacjenta zobowiązuje poradnię do:
- sporządzenia i korygowania planu terapeutycznego,
  - zapewnienia odpowiedniej częstości kontaktów zespołu terapeutycznego z chorym, a w przypadku nieletnich także z jego rodzicami,
  - współpracy ze środowiskiem społecznym pacjenta, a w przypadku nieletnich także z rodziną i szkołą, oraz do pomocy w rozwiązywaniu problemów socjalno-bytowych, jeśli zachodzi taka potrzeba,
  - współpracy i współdziałania z oddziałem szpitalnym oraz placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, gdy stan chorego wymaga ich udziału w leczeniu.

W stosunku do chorych objętych opieką czynną zaleca się rozszerzenie (w miarę możliwości kadrowych i organizacyjnych) świadczeń poradni o świadczenie zespołu środowiskowego i hospitalizacji dziennej oraz tworzenie lub wspieranie grup samopomocy pacjentów i ich rodzin.

### 3. Sprawowanie opieki czynnej

- 3.1. W stosunku do każdego pacjenta zakwalifikowanego do opieki czynnej, lekarz zobowiązany jest do sporządzenia – po konsultacji z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego – planu terapeutycznego i zamieszczenia go w historii choroby. Plan terapeutyczny powinien zawierać listę podstawowych problemów zdrowotnych i społecznych chorego, celów terapii oraz planowanych metod ich osiągnięcia.
- 3.2. W stosunku do wszystkich chorych grupy opieki czynnej obowiązuje zasada zorga-

nizowania co najmniej jednego kontaktu z pacjentem w okresie 2 miesięcy. Personel poradni zobowiązany jest do:

- wyznaczania przy każdym kontakcie terminu i miejsca następnego kontaktu z poradnią,
  - określenia terminów wizyt pacjentom wypisanym z oddziału psychiatrycznego z zaleceniem opieki czynnej w okresie nie przekraczającym 3 tygodni od daty wypisu (jeżeli zalecenia szpitala nie są inne),
  - kontroli zgłaszania się pacjentów w wyznaczonym terminie,
  - podjęcia odpowiednich działań w przypadku niezgłoszenia się chorego.
- 3.2.1. W przypadku niezgłoszenia się pacjenta w wyznaczonym terminie lekarz poradni zdrowia psychicznego ustala dopuszczalny okres zwłoki w kontakcie z pacjentem oraz podejmuje co najmniej jeden spośród następujących sposobów nawiązania kontaktu:
- kontakt telefoniczny z pacjentem lub jego rodziną,
  - kontakt listowny (wysłanie listu z prośbą o zgłoszenie się do poradni, na kopercie nie należy przystawiać pieczętki poradni zdrowia psychicznego),
  - kontakt bezpośredni (najczęściej wizyta lekarza lub innego fachowego pracownika w domu pacjenta).

Podjęte działania mają na celu utrzymanie kontaktu pracownika poradni z pacjentem w terminie nie przekraczającym ustalonego okresu zwłoki.

- 3.2.2. Środki transportu, ułatwiające personelowi poradni bezpośredni kontakt z pacjentami udostępnia dyrekcja zespołu opieki zdrowotnej.
- 3.2.3. Nawiązanie kontaktu telefonicznego, listownego bądź bezpośredniego nie może być inicjowane przez poradnię w przypadku zdecydowanego sprzeciwu pacjenta lub – jeśli jest on niezdolny do wyrażenia woli – w razie wyraźnego sprzeciwu ustawowego przedstawiciela chorego, a w przypadku nieletnich – sprzeciwu

rodziców. Zasada nienawiązywania kontaktu z chorym bez jego zgody nie obowiązuje w przypadku pacjentów, których zachowanie, będące następstwem choroby psychicznej, stanowi bezpośrednie zagrożenie dla ich życia lub zdrowia i życia innych osób, a któremu można zapobiec poprzez niezwłoczną interwencję (zgodnie z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego).

- 3.3. Zespół terapeutyczny poradni zobowiązany jest do utrzymania ciągłego kontaktu ze środowiskiem społecznym pacjenta. Kontakty te winny służyć:
- uzyskaniu niezbędnych danych o stanie zdrowia i funkcjonowaniu społecznym chorego,
  - rozwiązywaniu jego problemów środowiskowych.

Rozwiązaniu problemów środowiskowych pacjenta służyć może organizowanie sesji rodzinnych, prowadzenie rozmów o charakterze konsultacyjnym z bliskimi pacjenta oraz w niezbędnym zakresie z jego sąsiadami bądź współpracownikami. Wskazane jest prowadzenie różnych form pomocy i interwencji psychoterapeutycznych i socjoterapeutycznych, których zakres i intensywność zależne są od możliwości lokalowych, kadrowych i organizacyjnych poradni. Wykonywanie tych zadań pozostaje w kompetencji całego zespołu terapeutycznego poradni, a zwłaszcza psychologa, pracownika socjalnego oraz pielęgniarki. Podjęcie takich działań powinny poprzedzać analiza sytuacji środowiskowej pacjenta oraz – poza wyjątkowymi przypadkami – uzyskanie jego zgody.

- 3.3.1. Poradnia zobowiązana jest do pomocy w uzyskaniu oparcia socjalno-bytowego dla pacjentów grupy opieki czynnej znajdujących się w złych warunkach bytowych. Szczególnie aktywnej pomocy wymagają ci, którzy ze względu na zły stan zdrowia psychicznego oraz brak opieki bliskich nie są zdolni do samodzielnego rozwiązywania swych proble-

mów. Obowiązkiem poradni jest wtedy zainicjowanie kontaktu z właściwymi placówkami, przygotowanie i przekazanie wymaganych wniosków oraz nadzorowanie skuteczności uzyskiwanej pomocy w zakresie:

- spraw mieszkaniowych,
- orzecznictwa inwalidzkiego,
- zaopatrzenia emerytalnego,
- opieki nad dzieckiem,
- kontynuacji nauki lub zatrudnienia,
- świadczeń bytowych (pieniężnych, w naturze lub usługach),
- umieszczenia w placówkach opiekuńczych (np. środowiskowym domu samopomocy, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, domu pomocy społecznej).

- 3.3.2. W zakresie pomocy udzielanej pacjentom, poradnia jest zobowiązana czynnie współpracować z innymi działającymi w rejonie poradni placówkami lecznictwa psychiatrycznego, terenowymi organami administracji rządowej i samorządowej oraz organizacjami i stowarzyszeniami społecznymi oferującymi pomoc lub samopomoc w zakresie oparcia społecznego.

- 3.4. Niezbędnym warunkiem zachowania ciągłości leczenia jest utrzymywanie przez poradnię stałego kontaktu z właściwym oddziałem szpitala psychiatrycznego bądź ogólnego. Zaleca się systematyczne utrzymywanie takiego kontaktu w formie:
- wymiany informacji oraz przekazywania dokumentów pacjentów opuszczających szpital i rozpoczynających hospitalizację,
  - wzajemnych konsultacji w trudnych przypadkach diagnostycznych i terapeutycznych,
  - okresowych spotkań z ordynatorem i zespołem oddziału.

## 4. Opieka bierna

- 4.1. Pacjentom zakwalifikowanym do grupy drugiej (opieka bierna) pozostawiona jest inicjatywa częstości kontaktu z poradnią zdrowia psychicznego.

- 4.2. Pacjentom zakwalifikowanym do opieki biernej, znajdującym się w szczególnie złych warunkach socjalno-bytowych, poradnia zobowiązana jest udzielić informacji dotyczącej placówki kompetentnej w udzieleniu pomocy oraz trybu załatwiania sprawy.
- 4.3. W sytuacjach szczególnych, kiedy niezbędna jest natychmiastowa poprawa warunków socjalno-bytowych pacjenta zakwalifikowanego do opieki biernej, poradnia zobowiązana jest do udzielenia mu pomocy na zasadach określonych w pkt. 3.3.1.

KONSULTANT KRAJOWY  
W DZIEDZINIE PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY  
( ) *Prof. dr hab. Irena Namysłowska*

KONSULTANT KRAJOWY  
W DZIEDZINIE PSYCHIATRII  
( ) *Prof. dr hab. Stanisław Pużyński*