



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Zápis z jednání

Název projektu:	Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné		
Příjemce:	MZ ČR		
Číslo zápisu:	01/2020	Ze dne:	11.03. 2020
Tým:		Téma:	Odborná rada
Zapsal:	Marek Šíma	Upravil:	Prof. MUDr. Pavel Mohr
Datum příštího jednání:	17.6. 2020		

Seznam účastníků :	Nepřítomni
MUDr. Martin Anders; MUDr. Jiří Dvořáček; MUDr. Michal Goetz; MUDr. Martin Hollý; PhDr. Karel Koblic; prof. MUDr. Pavel Mohr; Pavel Novák, prof. MUDr. Hana Papežová; MUDr. Simona Papežová; MUDr. Ondřej Pěč; Mgr. Tomáš Petr; MUDr. Jan Pfeiffer; MUDr. Dita Protopopová; MUDr. Juraj Rektor; Mgr. Pavel Říčan; PaedDr. Blanka Veškrnová; PhDr. Petr Winkler; Mgr. Jana Poljaková; Marek Šíma	Omluveni: RNDr. Dana Chrtková, CSc., MUDr. Jiří Konrád; MUDr. Jan Tuček, Ph.D.; Bc. Blanka Novotná Hosté: PhDr. Pavel Král, Ph.D.; PhDr. Jiří Libra; PhDr. Ivan Duškov;

Číslo :	Text:
1	<p>POJETÍ ADIKTOLOGICKÝCH MULTIDISCIPLINÁRNÍCH TÝMŮ (AMT) (PhDr. Jiří Libra) <i>Podklady viz prezentace</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Služby v adiktologii vznikaly již od začátku jako multidisciplinární - spolupráce mezi sociálními pracovníky, zdravotníky a psychiatry.• V závislosti na dotačních programech• V adiktologii existuje v rámci ČR několik malých týmů, nabízejících různé styly přístupů a postupů při poskytování služeb pro širokou cílovou - neexistuje jeden univerzální přístup – jeho nalezení by mělo být naším cílem - case management.• Co mají AMT pilotovat? Týmy cca 10 profesionálů, poskytující v rámci „víceúčelová ambulance“. Velký vliv má osobnostní složení týmu – nejen profesí, ale i osobnostní. Projekt potřebuje solidní manažerské zázemí (supervize, agenda). Psychiatr může být lídrem týmu, a neměl by být zahlcen agendou (posto pro osobní profesionální růst a podobně). Sdílení názorů, poradenství od zkušenějších kolegů.• Hledání inspirace v zahraničí.• Možnost sledovat pacienty na pracovišti a terénní služby přináší zásadní výhodu - možnost vidět pacienty v jejich reálném prostředí <p>Dotazy:</p> <ul style="list-style-type: none">• PhDr. Winkler: „Odkud k vám budou přicházet klienti? Jak si představujete své klienty? PhDr. Libra: „Klienty kontaktních center zestárlí (věk často 30+), dlouhodobá „kariéra“ užívání. Jsou



	<p><i>moudřejší, překvapivě ne tolik nemocní. Jsou ale sociálně zdevastovaní. Krize středního věku, mění se jejich hodnoty - důležitá je sociální pomoc. Další zdroj jsou komunity - jinak nastavené služby - asertivnější adiktologická služba - účinnější, méně rodičovská. Často stačí služby CDZ. U adiktologických služeb v multidisciplinárním týmu chybí přítomnost lékaře (specialista) – mohl by pomoci např. při předepisování léků a podobně. PhDr. Winkler: „Takže se jedná o osoby, které nemají dlouhodobě rozvinutou dlouhodobou závislost (na hraně).“</i></p> <p><i>PhDr. Koblic: „Jakou službu/profesi je/není potřeba zabudovat do AMT? PhDr. Libra: „Z důvodu způsobu uvažování je určitě potřeba zapojení adiktologa. Sociální pracovníci nejsou příliš připraveni pro klinickou práci - upřednostňuji více klinických sester než pracovníků v sociálních službách.“</i></p> <p><i>MUDr. Pfeiffer: „Problém nedostatku odborného profesí řešíme i u CDZ pro SMI. Z toho vyvstává problém s financováním provozu CDZ. Zatím to pojišťovny řeší na základě úvazků. Pokud chybí psychiatrické sestry, klinický psycholog, atestovaný psychiatr – není na koho vykazovat a subjekt se neužívá.“ PhDr. Libra: „To zatím neumíme vyřešit.“</i></p>
2	<p>SHRNUTÍ AKTUÁLNÍHO STAVU REFORMY (MUDr. Simona Papežová)</p> <ul style="list-style-type: none">• Cíle Reformy psychiatrické péče:<ul style="list-style-type: none">○ Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.○ Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.○ Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.○ Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.○ Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.) – podaří se splnit až v případě většího zapojení MPSV○ Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.○ Humanizovat psychiatrickou péči.• Psychiatrický lůžkový fond - klesá počet lůžek v aktuální péči – snažíme se narovnat - špatně rozložení lůžek akut. péče, respektive následné péče v některých krajích• V ambulancích je více pacientů, péče na úkor lehčích diagnóz, převážně depresí. Zásluhou destigmatizace žádají pacienti pomoc i při lehčích stádiích. Je to dobře, ale je potřeba vyřešit péči s praktiky.• Špatné používání pojmu Deinstacionalizace služeb nerovná se propouštění pacientů, ale služby mají být jiné.• Redukce lůžek – je potřeba rozvíjet i sociální služby a péče, aby lidi nezůstali na ulicích• Základní pilíře Reformy<ul style="list-style-type: none">○ Řešení financí○ Edukace veřejnosti, pacientů• Transformační plány - probírala PS VV, s doporučeními schválil VV. Pokud budou PN své TF dodržovat, tak projekt splníme. Snížení počtu lůžek – uvolní se personál, je potřeba jeho přesun na akutní lůžka, do CDZ.• P. Novák: „V PN Bohnicích bylo doporučeno zřízovat denní stacionáře pro různé cílové skupiny. Nebudou tito lidé chybět v komunitních službách? MUDr. Papežová: „Pokud stacionář nevznikne, pacienti zůstanou na lůžku 24/7 = větší potřeba personálu. Ve stacionáři pacient dochází.“ MUDr. Goetz: „Netýká se pedopsychiatrie, pacient nemůže zůstat doma bez přítomnosti rodičů = dlouhodobě neúnosné pro rodiny (doprovod dítěte do stacionáře a podobně).“ MUDr. Papežová: „Koncepte pedopsychiatrické péče se bude probírat na PS pedopsychiatrické péče, očekáváme návrhy koncepce.“ MUDr. Goetz: „Předám stanovisko Sekce.“



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

- **PaedDr. Veškrnová:** „Budou se znění doporučení měnit? Některé body doporučení byly textově stejné (např. PN Bohnice a PN Brno).“ **MUDr. Papežová:** „Body, týkající se všech nemocnic byly stejné, ale všechna doporučení jsou individualizovaná.“
- MUDr. Papežová: „Transformace – chceme akutní péči ve všeobecných nemocnicích, ale to bude chvíli trvat. V případě PN chceme, aby byla poskytována kvalitně a v místech, kde je dobrá dostupnost, v blízkosti všeobecné nemocnice apod. Psychiatrická rehabilitace v rámci multidisciplinární spolupráce vně PN. Léčba závislosti pro lidi - v PN zůstává ochranné léčení (min 15 let). Většina nemocnic mění systém a buduje samostatné oddělení pro ochranné léčení a léčbu závislosti (oddělení se střední mírou dohledu). Zřizování služeb ve vlastním soc. prostředí (CDZ, ambulance s rozšířenou péčí, denní stacionáře) v návaznosti na spolupráci s extramurálním týmem.“
- Došlo ke snížení počtu lůžek o 631 a dle plánu do roku 2022 dojde ke snížení o dalších 1000 lůžek. Koeficient pro zavírání lůžek je 1,3. Nejedná se jenom o přejmenování lůžek.
- Vývoj počtu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů SMI od I/2018 do VII/2019 - pokles SMI pacientů o 10%.
- Financování následné péče – úhradová vyhláška - do 120 dne péče – nárůst v platbě o 11% = na žádném pacientovi nemocnice netratí. V nárůstu jsou náklady na transformační změny. Nárůst platí pouze v případě, že PN mají schválený transformační plán, který musí plnit.
- **Charakteristika pacientů:** Bydlení: 43% dlouhodobě hospitalizovaných pacientů má závažný problém s bydlením, 23% bydlení nemá, 20% očekává, že bude bydlet v institucionalizované péči (sociální nebo zdravotní). Příjem: 43% má příjem nižší než 8.500,-. Svěprávnost: 55% úprava svěprávnosti. Zdravotní stav: 20% má závažné zdravotní problémy (psychotické prožitky, deprese, suicidální myšlenky apod. – zůstanou na lůžkách následné péče, protože nejsme schopni zajistit odpovídající péči 24/7.
- **CDZ:** 5x CDZ v ostrém povelu – náběh na průběžné financování ze zdravotního pojištění. Sociální část ve spolupráci s kraji zařazeny do sítí. CDZ II. Výzva, začínají fungovat. CDZ III – plánujeme 9x CDZ. Měli bychom splnit počet 30x CDZ. Legislativa: zakotvíme CDZ do legislativy – novela zákonů o zdravotních a sociálních službách. Udržitelné financování: zdrav. pojišťovny mají alokovány finance na úhradu zdravotní části. Stěžejní výkony: samostatná odbornost 350 do seznamu zdravotních výkonů (psycholog, psychiatr, zdravotní sestry). Je potřeba dodržovat personální standardy - hrozí vrácení financí. Vyšší hodnota bodů: CDZ(1,22) – obsahuje provozní náklady. Novela Zákona o zdravotních službách - **MUDr. Rektor:** „Píše se, že CDZ bude mít adiktologii nebo psychoterapii. Je to záměr nebo posun? **MUDr. Papežová:** „Psychiatrie by ve standardech měla mít psychologa a psychoterapii (standardy).“ **MUDr. Protopopová:** „V současné době v pilotních projektech u multidisciplinárních a adiktologických týmů ověřujeme, jestli pro cílovou skupinu nebude stačit přítomnost klinického psychologa (např. pro diagnostiku a podobně) a pro přímou práci s klienty adiktologové, než systematická psychoterapie. V ideálním případě mohou být obě složky - ty dvě varianty jsou tam s ohledem na personální možnosti – aby v případě, že jedna vypadne, pak by služba neztratila zákonnou normu.“ **MUDr. Pfeiffer:** „Potýkáme se s personálními problémy a pokud nechceme proces zastavit, musíme to nastavovat pragmaticky.“ **MUDr. Papežová:** „Jedná se o zákonnou normu. V případě personální vyhlášky už to bude muset být pro jednotlivé CDZ přesněji definované podle zaměření.“ **MUDr. Pfeiffer:** „Čeká nás diskuze.“ **MUDr. Papežová:** „Asociace dostanou materiál k opřipomínkování“.
- **Ambulantní péče:** Psycholog a další odbornosti dle standardu. Psycholog není součástí standardů všeobecné psychiatrické ambulance ani ambulance s rozšířenou péčí. Modelování sítě dle požadavků pojišťoven. Úhrady – navýšení hodnoty bodu. Péče bez limitů. Nové výkony: nasmlouvání výkonů ze strany ambulancí, spolupracujících s CDZ - rodinná psychoedukace,



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

	<p>návštěva v sociálním prostředí. Výkony psychiatrické sestry - pokud do ambulancí dokážeme pouštět psychiatrické sestry, může se psycholog věnovat primárně vysoce kvalifikované péči. Podařilo se navýšit hodnoty sestry na úroveň domácí péče.</p> <ul style="list-style-type: none">• Denní stacionáře otevřené, s psychiatrickou péčí. Jsou v číselníku zdrav. pojišťoven. Pilotní projekty zdravotních pojišťoven – probíhá ověřování.• Řešení krizové péče: Kde by měla být poskytována - u akutního oddělení, u ambulancí, v CDZ? Je potřeba připravit koncept - zařadit na červnové zasedání Odborné rady do programu bod krizová péče.• Akutní péče: je ve vyhlášce. Navýšení financí a koeficientů pro psychiatrii - na případ v rámci BRG 1,5x tolik jako pro všeobecné nemocnice – úhrada transformačních nákladů. Psychiatrické lůžka na internách se neplánují.• PROJEKTY: Deinstucionalizace - řízení reformy – Výkonný výbor, specialisté transformace, gestoři projektů. Multidisciplinarita – systematizace - zajišťujeme, aby v každé nemocnici byl metodik multidisciplinarity, který má pomáhat standardizaci procesů v nemocnici, předávání pacientů do komunitních týmů. Organizace stáží do zahraničí. Nové služby – pilotní projekty. CDZ – 30x, zajištění kvality péče, zdravotní a sociální část. UZIS - analytická část, sběr dat z CDZ. Zpřístupnění informací – spuštěný web v skryté formě – možnost připomínek, podnětů a změn. NUDZ/Destigmatizace - implementují se programy pro všechny cílové skupiny. Projekt se plní, existují rozdíly mezi kraji. Probíhají semináře. Tvrdé (finanční) milníky jsou naplněny, měkké milníky se naplňují. Kvalita – schválení strategického dokumentu. Komunikace: Kvůli komunikaci je potřeba poskytovat členům OR data, aby se dalo lépe hájit a prezentovat Reformu.
3	<p>BOD ZÁKON 372 (MUDr. Dita Protopopová)</p> <ul style="list-style-type: none">• CDZ poskytuje zdravotní služby A sociální služby. Poskytování v úzké součinnosti zdravotních a sociálních pracovníků.• Sdílení informací - nepodařilo se s MZd dojednat nahlížení do dokumentace.• Podařilo se prosadit, že CDZ může poskytovat služby tam, kde najdou pacienta - pro zdravotnické služby (kromě záchranné služby) je poskytování služeb mimo zdravotnické zařízení a byt pacienta nestandardní (musí se ošetřit zvlášť)
4	<p>PROHLÁŠENÍ VÝBORU SEKCE DĚTSKÉ DOROSTOVÉ PEDOPSYCHIATRIE „STANOVISKO K PROBLEMATICE NEDOSTATKU LŮŽKOVÉ KAPACITY PRO LÉČBU AKUTNÍCH PACIENTŮ A K NÁVRHŮM MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ“ (MUDr. Michal Goetz)</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>V současné době chybí dostatečná lůžková kapacita pro léčbu akutních pedopsychiatrických pacientů. Počet lůžek určených pro akutní a neodkladné příjmy je pouze 140 v celé republice (lůžková kapacita klinických pracovišť), všechna ostatní lůžka nejsou v současné době určena pro akutní příjmy. Na uvedenou situaci jsme mnohokrát upozorňovali odpovědná místa MZ. Neobdrželi jsme dosud žádné vyjádření k uvedené situaci, která přímo ohrožuje urgentní pedopsychiatrické pacienty.</i> <p><i>Na jednání s ministrem Vojtěchem, ing. Michálkem a Dr. Protopopovou jsme byli informováni o dosud s odbornou společností nediskutovaném záměru MZ realizovat akutní psychiatrické hospitalizace na pediatrických pracovištích ve vybraných severočeských nemocnicích. Tedy v kraji, kde již lůžková pedopsychiatrická kapacita je. Nikoliv v krajích, kde lůžka zcela chybí kam patří kraje Pardubický, Královéhradecký, Karlovarský.</i></p> <p><i>Tvrzení ministerstva a garantů reformy, že tento záměr MZ je vyjádřen ve větě z Národního akčního plánu „zajistit rozvoj širokého spektra dostupných služeb v komunitě, včetně rozvoje kapacit pro akutní péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic“ je účelovou interpretací. Všichni odborníci pracující v pedopsychiatrii, kteří Nár. akční plán připomínkovali, tuto větu chápali jako zajištění konziliární péče. Nikoliv jako zřízení</i></p>



pedopsychiatrických lůžek na pediatriích. Ministerstvo o tomto záměru, který zjevně existoval již před dokončením Nár. akčního plánu, do té doby pedopsychiatry neinformovalo, zároveň však po nich žádalo jeho připomínkování.

Konstatujeme, že zřízení akutních pedopsychiatrických lůžek na pediatriích odporuje všem nařízením k lege artis léčbě akutních psychiatrických pacientů. Dětské oddělení nedisponuje ani odbornými kapacitami, ani proškoleným středním personálem, nemá ani provozní a proporční stavební kapacity a z uvedených důvodů by byli pacienti v případě podobného systému péče přímo ohroženi. Kombinace pediatrických a pedopsychiatrických pacientů může vést k závažnému ohrožení dětí léčených pro somatická onemocnění, což by jistě konstatovali i rodiče pediatrických pacientů. Zdůrazňujeme, že k akutní pedopsychiatrické hospitalizaci jsou indikováni pacienti akutně suicidální, či jinak autoagresivní, heteroagresivní a psychotičtí. Dále, opominutí krajů kde pedopsychiatrická lůžka zcela chybí, je v rozporu s ministerstvem proklamovaným komunitním přístupem, neboť děti z těchto krajů musí být hospitalizovány vzdáleně od domova.

Zatímco byla v posledních letech realizována rekonstrukce nebo stavba kapacit pro dospělé psychiatrické pacienty, v oblasti pedopsychiatrických lůžek žádné kroky směrem ke zlepšení prostředí pro poskytování péče provedeny nebyly. Přitom na tento problém sekce upozorňuje již více než 10 let a návrhy na reformu péče sekce zpracovala a předala již v roce 2007 a znovu v roce 2013. Doporučené kroky však nebyly realizovány. Dále jsme žádali, aby v Národním akčním plánu byla reforma dětské psychiatrie řešena samostatně a systematicky, ani tento náš návrh nebyl akceptován. Místo toho jsou i přes výhrady odborných garantů péče ze strany MZ prosazovány izolované projekty, které neřeší hlavní problémy oboru, na které dlouhodobě upozorňujeme.

Výbor Sekce dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP, V Praze, 11.3. 2020

- **Diskuze: MUDr. Papežová:** „Na příštím jednání PS pro pedopsychiatrii pod panem ministrem očekáváme od Sekce, která je kompetentně odpovědná za řešení návrhu dětské a dorostové psychiatrie, návrh, jak situaci řešit, protože souhlasím s tím, že akutní péče pro děti není vůbec řešena. Proto nemůžeme řešit s psychiatrickými nemocnicemi.... V prohlášení jsou vytržené informace - pilotování v severočeském kraji bylo vybráno vzhledem k umístění DPN Louny. DPN je v areálu v nájmu, který je nevhodný pro poskytování dětské péče, natož akutní péče, takže se nedá vůbec transformovat a rozvíjet. Víme, že v kraji jsou kapacity, kde jsou na odděleních řešeny děti s psychiatrickou problematikou na pediatrických odděleních. Proto se jedná o podnět pro dětskou sekci a asociaci dorostové psychiatrie. Kdyby bylo tisíc pedopsychiatrů, tak můžeme do roku 2030 udělat v každém městě pedopsychiatrické oddělení. Protože je ale nemáme, je otázka, co může zvládnout pedopsychiatrické oddělení, co je zvládnutelné na pediatrii, jak posílit konsiliární službu – tohle zadání máte a my čekáme na vaši odpověď a podle toho se bude řídit doporučení, cíl a opatření v NAPDZ. Nic nebude splněno proti odporu vaší koncepce, ale očekáváme koncepční řešení. Pokud to bude řešeno stejně, tak naprosto zanedbáme potřeby dětí. Je potřeba hledat, jakým způsobem tuto problematiku vyřešit. Severočeský kraj, kde musíme propojit komunitní plán a transformační plán DPN Louny (která před sebou nemá žádný rozvoj) byl vybrán proto, že pojišťovny by rády zjistily, co je možné dělat a jak.“ **MUDr. Goetz:** „Plán jsme zpracovali už v roce 2007 a nepřijdeme s novými návrhy. Návrhy jsme předložili v roce 2008 a znovu v roce 2013. Co se udělalo je např., že akreditační komise vyzvala, aby zařízení s následnou lůžkovou péčí začaly realizovat i péči akutní. Za těchto okolností by tato zařízení mohla dostat residenční místa, což je další krok, který by situaci pomohl. Dále si myslím, že by bylo možné, aby si ambulantní pedopsychiatrie nechávali místa pro pacienty k propuštění, což by nám umožnilo zkracovat ošetrovací doby – dali by se propouštět pacienti do ambulancí.



	<p><i>Dále je žádoucí, aby službu konající doktor na zařízení vykonávající akutní péči, měl informace o tom, kde/na jakém pedopsychiatrickém oddělení, jsou volné kapacity. A mohl tam pacienty poslat. Akreditační komise udělala krok, který může zařízením pomoci, tím že budou mít nárok na školení/residenční místa.“</i> MUDr. Protopopová: „Cítím to jinak. Máme zmapováno, že v Ústeckém kraji je 200 dětských toxikovaných pacientů. Nelíbí se nám, že jsou na pediatrických odděleních a že nejsou zajištěni. Stejně přistupujeme k internám, kde chceme, aby toxikovaní psychiatrickí pacienti byli ošetřeni, aby tam leželi a dostali péči a až poté byli posláni na psychiatrii. Jsem členkou pracovní skupiny a snažíme se to vnímat koncepčně. Snažíme se tlačit na pojišťovny, aby posilovaly platby. Z mapování jsme zjistili, že do pedopsychiatrie (navzdory tomu, že se stala jednooborovým studiem a zvláštním oborem) se nikdo nehlásí. Pan ministr mluvil s děkany a řeší, jak do studia dostat více lidí, abychom měli komu navýšené platby dávat. Snažíme se vnímat problematiku komplexně.“ MUDr. Goetz: „Neřekli jsme, že se nic nedělá. V Německu student, který se v 5. ročníku rozhodne, že se po promoci bude věnovat pedopsychiatrii, dostává stipendium.“ MUDr. Protopopová: „Za tyto podněty budeme rádi. MZd má posílení pedopsychiatrie ve Zdraví 2030 jako jeden z hlavních cílů. Je to obor, který je ze všech somatických oborů v nejvíce krizové situaci. Proto nám vadí, když se tvrdí, že nic neděláme.“</p> <ul style="list-style-type: none">• Pedopsychiatrie nemá vlastní kapitolu v NAPDZ, ale má vlastní kapitolu ve „Zdraví 20-30“.
5	<p>VZDĚLÁVÁNÍ KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ (MUDr. Pavel Král; vedoucí katedry klinické psychologie) <i>Podklady viz prezentace</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Studium psychologie chystá věci na různá „povolání“. Od klinické psychologie, po sociální služby, vědu a podobně - během studia klinické psychologie se naučí spoustu věcí, které později vůbec nepoužije. Absolvuje 400 hodin stáží, kde je z kliniky a zdravotnictví jen minimum. Velká část studia se netýká klinické psychologie. Bylo řešeno zákonem o vzdělávání psychologů z roku 2004, který byl už tehdy špatně. Od roku 2008/2009 bylo plánováno, že se bude studovat jednooborové magisterské studium v oboru psychologie - ve spolupráci filosofických a lékařských fakult. K tomu nedošlo a následně se zjistilo, že obor neexistuje. Byla schválena novela, která stále platí – místo zdravotnického studia psychologie bude akreditovaný kurz psycholog ve zdravotnictví. Kurz se dělá během posledních ročníků studia a stojí 10.000 Kč. Praxe – stáže, za které musí studenti platit. <p>Jak jsou vlastně psychologové vzdělávání?</p> <ul style="list-style-type: none">• Vstupní podmínky: Jednooborové magisterské studium psychologie, AKK Psycholog ve zdravotnictví, Práce psychologa ve zdravotnictví alespoň v úvazku 0,5; Školitel• Průběh: Délka 60 měsíců (při úvazku 1,0), absolvování předepsaných vzdělávacích aktivit a stáží• Povinné vzdělávání: povinné kurzy a semináře• Povinné stáže - 60 měsíců pod odborným vedením a dohledem klinického psychologa• Úrovně vzdělávání: Praktická (alespoň 12 měsíců v akreditovaném zařízení), Teoreticko-praktická (10 seminářů za semestr), Teoretická (předepsané kurzy) Povinné vzdělávání (absolvování psychoterapeutického minima - povinné semináře a kurzy), povinné stáže a povinné výkony.• Cíl specializačního vzdělávání - kvalifikovaný klinický psycholog, který může pracovat bez odborného dohledu v kterékoli oblasti klinické psychologie.• Dělení specializačního vzdělávání<ul style="list-style-type: none">○ Základní kmen○ Vlastní specializační vzdělávání• Atestace - Po složení atestace je kvalifikovaný klinický psycholog. Jde o skutečně kvalifikovaného zdravotníka. Může pracovat bez odborného dohledu v kterékoli oblasti klinické psychologie.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

	<ul style="list-style-type: none">○ část praktická – obhajoba písemné kazuistické práce○ část teoretická – 3 odborné otázky:<ul style="list-style-type: none">▪ psychopatologie a psychodiagnostika dětí a dospívajících▪ psychopatologie a psychodiagnostika dospělých▪ psychoterapie● Finance - náklady - vzdělání stojí řádově 250tis Kč (povinné kurzy cca 125.tis, nepovinné kurzy 125tis.). Kdo má platit vzdělávání – zaměstnavatel? Školeneček? Školeneček, který si na studium bere dovolenou? Postavení školenců - Je nutné, aby byli v pracovním poměru a náklady v režii zaměstnavatele s kvalifikační dohodou.● Problémy:<ul style="list-style-type: none">○ Rozdíl v pregraduálním vzdělávání lékařů a psychologů○ Rozdíl v tom, jak psychologové nahlíží na nutnost se učit○ Klinický psycholog není často nositelem zodpovědnosti za péči o pacienta○ Vystudovaný psycholog neumí nic.○ Psycholog dnes (často) dělá činnosti, které dříve dělal lékař○ Psychologie obecně málo dbá na prestiž vlastního oboru● Obecná kritéria:<ul style="list-style-type: none">○ Cokoli je povinné, musí být snadno dostupné pro všechny, kdo se vzdělávají. To znamená, že např. povinná stáž musí být definována tak, aby bylo dostatek pracovišť, kde je možné ji absolvovat.○ Vzdělávací program vždy definuje rozsah teoretických znalostí a praktických zkušeností. Ty se prokazují povinnými výkony - neměly by být definovány na základě počtu (např. deset vyšetření), ale podle diagnózy, nozologické jednotky, použitých metod, vyšetřované oblasti, atd.○ Cílem je definovat, jaké znalosti a dovednosti z práce psychologa v jednotlivých „podoborech“ by měl mít každý atestovaný klinický psycholog.● Co dále?<ul style="list-style-type: none">○ Zkrácení vzdělávacího programu na čtyři roky○ Základní kmen by měl probíhat „u lůžka“○ Rozšířené povinné praxe ze současných tří měsíců○ Změna struktury a definice povinných výkonů○ Definice povinného „instrumentária“○ Re-definice toho, kdo může být školitel● Diskuze: Prof. Mohr: „Co se stalo s myšlenkou typu vzdělávání z roku 2004?“ MUDr. Koblic: „Vysoké školy a MŠMT se postavili proti. Jako náhrada se vymyslelo AKK.“ MUDr. Rektor: „Část vzdělávání psychologů, věnovaná klinické psychiatrii, je velmi malá. Po skončení jsou znalosti minimální.“ Prof. Papežová: „Měli bychom zájem mít na oddělení stážisty, ale v případě, kdy by to šlo na delší dobu (3 měsíce). Můžeme to nějak z pozice OR ovlivnit podobu?“ MUDr. Král: „Je potřeba přehodnotit systém vzdělávání. Neodpovídá potřebám zdravotnictví, V Praze se studuje psychologie na 3 VŠ. Je problém sehnat praxi, kvalitního školitele.“ MUDr. Rektor: „Kolik % absolventů chce dělat klinickou psychologií?“ MUDr. Král: „Nízká motivace, velké lákadlo nabídky z jiných oborů. Liší se škola od školy. Rozdíl je i Praha a regiony. Mimo Prahu jsou často platy vyšší než v Praze, kde může být problém sehnat místo.“ MUDr. Rektor: „Jaký je poměr atestovaných psychologů vs. psycholog ve zdravotnictví?“ MUDr. Král: „V současné době se připravuje cca 500 lidí a z toho je cca 400 lidí aktivních.“
6.	<p>PS K ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY PSYCHOTERAPIE (MUDr. Dita Protopopová)</p> <ul style="list-style-type: none">● PS měla původně řešit jen vzdělávání psychoterapii, ale po zařazení psychoterapie do NAPDZ se vydefinovala širší náplň - skupina by nyní měla řešit nejen vzdělávání zdravotníků



	<p>v psychoterapii, ale vyřešit jak zajistit vzdělávání a jak se postavit ke všem, kteří se v psychoterapii vzdělávají - definovat jejich role a kompetence v systému, určit názvosloví. Dále zajištění dostupnosti psychoterapie a jak odlišit systémovou zdravotníky poskytovanou psychoterapii od různých podpůrných intervencí a jiné „psychoterapie“.</p> <ul style="list-style-type: none">• Na OR bylo domluveno pokračování skupiny, jenom se rozšířila o pracovníky MZd a zástupce České asociace pro psychoterapii. Na první schůzce bylo konstatováno, že aktuální složení skupiny je nevyvážené + nedostatečné stejnoměrné zastoupení. Následně byl nastaven systém fungování skupiny, byly navrženy témata a úkoly – z toho vyšel návrh složení skupiny a témat. Žádáme OR o vyjádření k obsazení (doplnění), ke zvoleným tématům a určení prioritních témat. Vaše návrhy budou zapracovány, následně vše bude upraveno do podoby jednacího řádu, statutu a příkazu ministra. Následně to projde vnitřním připomínkovým řízením a poradou vedení. Pak budou odborné společnosti vyzvány k nominaci členů a skupina začne fungovat oficiálně. Členství ve skupině je čestné, ale práce a zpracovávání dokumentů je ohodnoceno. Návrh pracovního řádu bude probráno a odsouhlaseno přímo na PS.• Diskuze: PhDr. Koblic: „Ke složení - IPVZ má katedru klinické psychologie a katedru psychoterapie – bylo by dobré, kdyby obě byly zastoupeny v PS. Moninovat za AKP a její psychoterapeutickou sekci/skupinu 2 zástupce. Nesedí mi zastoupení adiktologové / Společnost pro návykové nemoci. Nechat Asociaci sester.“ Mgr. Petr: „Zástupce ne-lékařů.“ (?): „Chybí Asociace stacionářů – největší ambulantní poskytovatele péče.“ Mgr. Poljaková: „Zástupci rodičů sice formálně patří mezi zástupce uživatelů, ale bylo by dobré tam mít i zástupce uživatelů.“ PhDr. Koblic: „Je lepší přizvat zástupce adiktologů i pedopsychiatrů.“ MUDr. Protopopová: „Zpracuji to do statutu jednacího řádu a předložím ke schválení.“
7. Různé	<ul style="list-style-type: none">• ŽÁDOST UNIE PSYCHOLOGICKÝCH ASOCIACÍ ČR o představení a zapojení do OR Reformy Rozhodnutí - pozvat zástupce na OR 17.6. 2020, aby se představili OR.“• VYJÁDŘENÍ VV K ODMÍTNUTÍ AMBULANCÍ KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ (MUDr. Protopopová) Na základě jednání s AKP si zdr.poj. udělaly řešerši stran ambulancí klinických psychologů. Nechceme bránit, aby mohli vstupovat do systému veřejného zdravotního pojištění. Bylo zjištěno, že ambulance byly odmítnuty z důvodu nedostatečného vzdělání nebo z důvodu pokrytí služeb v oblasti / saturace sítě). Stanovisko VV: V případě odmítnutí mají zdr.poj. odmítnutým žadatelům zároveň navrhnout umístění ambulance v jiné oblasti (bez pokrytí/nízká saturace oblasti). PhDr. Koblic: „Bylo by vhodné, aby se zprůhlednilo jakým způsobem zdr.poj. hodnotí saturaci.“• NOVÉ SLUŽBY - PhDr. Koblic: „Nesouhlasím s preferencí Nových služeb, zejména v případě rozšířených psychiatrických ambulancí / psychiatrické ambulance s rozšířenou péčí.“ MUDr. Rektor: „Mám opačný názor.“• MUDr. Rektor: „V návaznosti na MUDr. Krále - hrozí přechod školitelů do ambulancí – je potřeba je motivovat, aby nehrozilo zachování vzdělávání v klinické psychologii.“
8.	Další zasedání OR: 17.6. 2020