



KRAJSKÝ PLÁN PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ PRO KARLOVARSKÝ KRAJ

Analytická část

RESUMÉ

*„Jednomu není tak veselo jako
dvěma, kteří mohou držet spolu.“
Alan Alexander Milne*



KRAJSKÝ PLÁN PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ PRO KARLOVARSKÝ KRAJ

A. Analytická část

1. Úvod – záměr a cíl dokumentu
2. Popis nového stavu péče
3. Popis cílových skupin
4. SWOT analýza – SMI
5. Charakteristika kraje
6. Počty pacientů v PN
7. Počty příjmu pacientů z kraje do akutní a následné péče PN
8. Zdravotní služby
9. Sociální služby
10. Mapa služeb v kraji
11. Náklady na služby v kraji
12. Dostupné bydlení
13. Zaměstnávání a vzdělávání

Příloha: Transformační plán PN Dobřany - obecný rámec



A. Analytická část

1. Záměr a cíl dokumentu

Záměrem tohoto dokumentu je analyzovat a popsat současnou situaci v poskytování a sociální péči osobám s duševním onemocněním v Karlovarském kraji a navrhnout takové postupy, které povedou k propojení jednotlivých prvků systému tak, aby vznikla efektivní síť péče o duševní zdraví, která je v co nejvyšší míře poskytována v komunitě.

Dokument vzniká v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví s názvem Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné, aktivita KA3: Regionální síť péče, kdy záměrem je vytvořit systém vzájemně na sebe navazující péče o duševně nemocné v regionech ČR.

Dokument je koncipován jako pracovní, proměnný, s potřebou zapracování mnoha podnětů a připomínek. V průběhu času dochází k mnoha schvalování na mnoha úrovních, v konečné fázi by měl být schválen Zastupitelstvem Karlovarského kraje a využit pro relevantní dokumenty kraje či obcí.

Cílem dokumentu je hledat a nacházet taková řešení, která v maximální míře přispějí ke zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním, jejich rodin či neformálních pečovateli. Dokument se soustředí zejména na ty prvky sítě, které podpoří osoby s duševním onemocněním přímo v komunitě, tzn. v místě, kde žijí, tak aby se předešlo zbytečným hospitalizacím a rehospitalizacím a snížil se tlak na lůžka následné péče.

Důležité zdroje, o které se tento dokument opírá:

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 2030 - Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 (dále též NAPDZ) je implementačním dokumentem hned tří strategických dokumentů. Stanovuje konkrétní postupy pro naplňování těch částí Strategie reformy psychiatrické péče 2013—2023 (MZČR, 2013). Je jedním z implementačních dokumentů vládou ČR schváleného Strategického rámce Česká republika 2030 (MŽp, 2017) a v neposlední řadě rozpracovává konkrétní oblast paralelně vznikajícího Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 „Zdraví 2030“ (t. č. v přípravě k předložení vládě ČR ke schválení) vč. implementačního plánu (Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče – část za reformu péče o duševní zdraví).¹

Strategie reformy péče o duševní zdraví - dokument Strategie reformy psychiatrické péče byl schválen Ministerstvem zdravotnictví jako vládní strategie dne 7. 9. 2013. V preambuli uvádí hlavní záměr reformy, a to hlavně naplňování lidských práv duševně nemocných v nejširším možném výkladu. Specifické cíle jsou následující:

- a) Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- b) Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- c) Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- d) Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti.
- e) Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).

¹[Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 - 2030](#)



f) Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb. Humanizovat psychiatrickou péči.²

Dalším dokumentem je „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Karlovarského kraje 2018-2020“ – tento dokument je podstatným dokumentem v oblasti plánování, je to dokument, který vymezuje priority v oblasti rozvoje a investic, navrhuje cíle a opatření v oblasti řízení a organizace sítě sociálních služeb Karlovarského kraje, obsahuje finanční výhled vývoje sítě sociálních služeb. Tento plán předpokládá, že se na naplňování cílů Střednědobého plánu budou spolupodílet obce a poskytovatelé sociálních služeb. Naplňování dokumentu je též závislé na vývoji financování sociálních služeb z prostředků státního rozpočtu.

Součástí Střednědobého plánu je Síť veřejně podporovaných sociálních služeb v Karlovarském kraji – přehled podporovaných služeb (dále síť sociálních služeb), která je vytvářena na období platnosti Střednědobého plánu. Je to dokument, který se osobám s duševním onemocněním v jedné z prioritních os věnuje.³ Na tento dokument navazuje „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Karlovarského kraje 2021-2023“.⁴

Dalším velmi podstatným dokumentem je „Koncepte péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“, vydaného kolektivem autorů (Wenigová et al., 2014, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví).⁵

A v neposlední řadě jsou to komunitní plány obcí - plánování sociální péče ani sociálních služeb v obcích není povinné, obce mají povinnost (dle ZoSS) spolupracovat s krajem při přípravě a vyhodnocování Střednědobého plánu. Z toho vyplývá, že případné plánování obcí by mělo být zohledněno ve Střednědobém plánu kraje. Proto, aby potřeby obyvatel daného kraje mohly být efektivně zabezpečeny (efektivní řízení sítě sociálních služeb), potřebuje kraj aktivitu a spolupráci obcí.

² [Strategie reformy psychiatrické péče](#)

³ [STŘEDNĚDOBÝ PLÁN ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V KARLOVARSKÉM KRAJI NA OBDOBÍ 2018 – 2020](#)

⁴ [AKČNÍ PLÁN ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V KARLOVARSKÉM KRAJI NA ROK 2021](#)

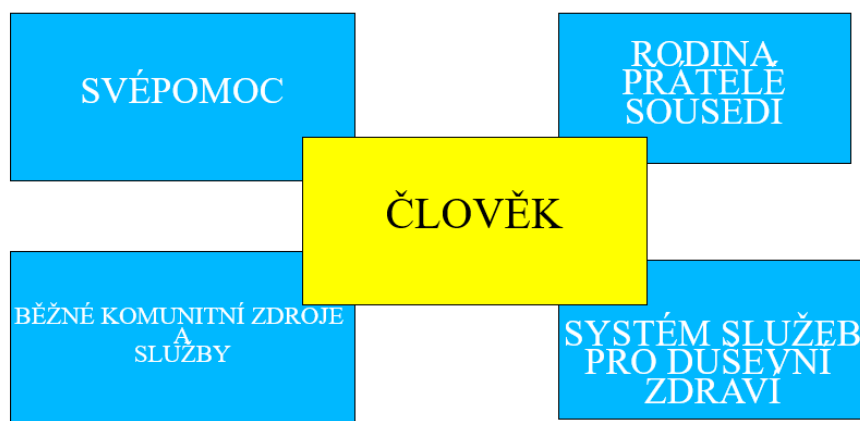
⁵ [Model optimálně fungující sítě sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním KK](#)



2. Popis nového stavu péče

V Karlovarském kraji vznikla v rámci Reformy péče o duševní zdraví Krajská koordinační skupina Karlovarského kraje pro zajištění změn v systému péče o osoby s duševním onemocněním. Cílem činnosti této skupiny je vytvoření krajského plánu sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním, který v co nejvyšší míře přispěje ke zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním a jejich rodin či neformálních pečovateli.⁶

Východiska k perspektivě rozvoje komunitní sítě péče.



Trainor a Church 1984

Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče, včetně péče lůžkové, určuje jí však pozměněnou roli.

Komunitní péče je od poloviny 20. století dominantním trendem v řadě vyspělých zemí a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, sledující redukcí velkých psychiatrických léčeben a jejich alespoň částečnou přeměnou ve služby komunitní. Prostředkem těchto změn je vytváření komunitních týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, ve které působí. V novějším konceptu tzv. **vyvážené péče (balanced care)** jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni:

- samotní uživatelé péče v rámci svépomoci
- rodina a přirozená síť nemocného
- praktičtí lékaři
- sociální služby
- běžné zdroje dostupné v komunitě
- specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy
- psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic
- krizové služby a denní stacionáře
- rezidenční péče v komunitě
- služby psychiatrické rehabilitace.

⁶ [Reforma psychiatrické péče v České republice](#)



Principy péče:

- mobilita služeb
- propojenost služeb
- péče ve vlastním prostředí
- orientace na lidská práva a potřeby⁷

Popsaná východiska ukazují širší perspektivu při rozvoji nového komunitního systému péče o duševní zdraví.

Práce na regionálních (krajských) plánech komplexní sítě - transformace sítě ve smyslu transformace ústavní v komunitní služby **musí jít paralelně** s plánem transformace psychiatrických nemocnic.

Je potřeba přejít od vidění služeb jako izolovaných komponent (pilířů) v **propojený systém** vztahující se k potřebám jednotlivých cílových skupin, **kde cílem je zotavení lidí.**

Následující materiál představuje **strukturu** plánu na úrovni krajů. Tedy souhrn oblastí, kroků, cílů a opatření, které je zapotřebí mít na zřeteli, pokud chceme jít cestou skutečné transformace sítě péče o duševně nemocné.

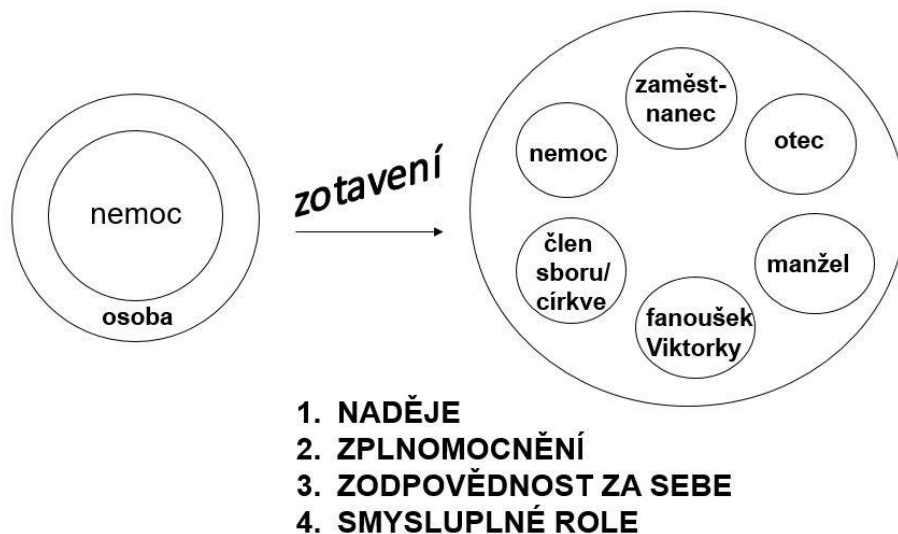
Krátce k zotavení - ideovému motoru reformy

Recovery vzniklo jako artikulace zkušenosti lidí, kteří prošli duševním onemocněním. Od lidí se zkušeností se máme „nakazit“ my, poskytovatelé služeb a v dalším kroku (jak se ukazuje v zemích, kde se recovery rozvíjí déle) celá společnost. Protože zotavení není konstrukt nějaké úzké skupiny badatelů, ale žitá zkušenost tisíců osob, je definic zotavení mnoho. Osobně se nám líbí definice profesora Anthonyho z bostonské univerzity. V jednom článku z roku 1993 uvádí, že recovery je „hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“ (Anthony, 1993). Tato definice ukazuje, že zotavení není metoda, nástroj, nebo terapeutický přístup. Domnívám se, že se do jisté míry jedná o nové paradigma, tzn. systém postavený na odlišných základních principech. Přejít od tradičních modelů péče v psychiatrii (klinický model, model ústavní péče) k recovery modelu připomíná „vědeckou revoluci“ (Kuhn, 1997), pro kterou by mohla platit analogie s přechodem od geocentrismu k heliocentrismu, nebo od newtonovské fyziky k relativistické. V osobním prožívání jednotlivců bychom se klonili k analogiím z psychologie náboženství – rozhodnutí pro zotavení v mnoha aspektech připomíná náboženské obrácení. Ve starém paradigmatu pohledy nového paradigmatu nedávají smysl, naopak v novém paradigmatu se staré otázky jeví mnohem méně důležité, platící jen v určitém kontextu. To můžeme do jisté míry zažít v debatě o recovery v české psychiatrii. Podle Kuhna nový model zpočátku vypadá podezřele, nevědecky, bláznivě. Postupně získává na síle a posléze převezme funkci hlavního paradigmatu. V některých zemích (Nový Zéland, Austrálie, USA) toto lze již pozorovat.

Určitým rozvinutím definice směrem k praxi může být model, který přináší Dr. Ragins (viz Obrázek 1).

⁷ [Principy péče](#)

MODEL ZOTAVENÍ



Obrázek 1

Model ukazuje, že tradiční model zdravotní péče podsouvá klientovi takové chápání sebe sama, které je soustředěné na problém – nemoc (v praxi se klienti často prostřednictvím nemoci dokonce představují – „jsem XY a jsem schizofrenik“). Zotavení pak chápání sebe sama rozšiřuje a tím se nemoc dostává v hierarchii toho, čemu věnuji pozornost, na nižší pozici. Jsem v první řadě dobrovolník, dobrý soused, bratr, syn, vnuk, partner, kamarád ...

Zároveň Ragins poukazuje na důrazy, které v zotavení hrají klíčovou roli: naději, zmocnění, převzetí zodpovědnosti a zastávání smysluplných životních rolí.

Na základě patnáctileté zkušenosti z Ledovce (nezisková organizace Plzeň) přidáváme konstatování, že smysluplné životní role jsou pro velkou část dospělé populace role, ve kterých dáváme, ve kterých „jsme pro někoho nebo pro něco“, spíše než role, ve kterých přijímáme a ve kterých jsme opečovávaní.

Nemáme prostor se zde těmto důrazům příliš věnovat, domnívám se nicméně, že se v praxi neobjevují často a na některých pracovištích je s nimi někdy provoz v přímém protikladu. Ragins trefně konstatuje, že naději, zmocnění, zodpovědnost a smysluplné životní role mohou klientům nabízet jen takoví lidé, kteří tyto věci sami mají a jimi žijí (Ragins, 2002). Realita české psychiatrie je ale často jiná.⁸

⁸ [Model zotavení](#)



3. Popis cílových skupin

V počáteční fázi reformy jsou primární cílovou skupinou dospělí lidé se závažným duševním onemocněním (podle mezinárodní definice „severe mental illness“ – SMI), v Karlovarském kraji dále je „KK“ jde přepočtem o cca 1 100 osob (293 789 počet obyvatel Karlovarského kraje x 0,75 dospělí x 0,005 SMI).

Dále pak osoby, hospitalizované v lůžkových psychiatrických zařízeních nebo užívajících psychiatrickou péči, a to služeb adiktologických, gerontopsychiatrických, pedopsychiatrických ambulancí a forenzní psychiatrie. Komunitní plán péče bude navazovat na postup Reformy péče o duševní zdraví i pro další cílové skupiny jako např. služeb pro osoby s mentálním postižením, pro další cílové skupiny z oblasti poruch duševních a poruch chování (dle MKN 10 mezinárodní klasifikace nemocí).

Stručná charakteristika podskupin:

1) Osoby s těžkou duševní nemocí (Severe Mental Illness – SMI)

“Severe mental illness” neboli „závažné duševní onemocnění“ je charakterizováno třemi znaky:

- délka kontaktu se službami duševního zdraví je delší než 2 roky (nemocnění trvá déle než 2 roky),
- nemoc způsobuje funkční postižení (obvykle se udává méně než 50 nebo 70 bodů na škále GAF⁹,
- bylo diagnostikováno onemocnění schizofrenního okruhu, bipolární poruchy (těžší forma afektivních poruch obecně), těžká forma poruchy osobnosti, případně těžká forma úzkostné poruchy, zvláště obsedantně kompulzivní (tzn. diagnostické okruhy F2, F3, eventuálně F42 a F6).

Vzhledem k dlouhodobému průběhu, vážnosti příznaků a tendenci ke vzniku funkčního postižení konzumují lidé s potížemi typu SMI největší podíl ambulantní i hospitalizační psychiatrické péče. Potíže typu SMI mohou způsobovat velkou zátěž pro blízké osoby a mnohdy dochází k rozpadu rodinných vazeb. Pro lidi s vážným duševním onemocněním bývá obtížné dokončit školu, získat a udržet si zaměstnání, bydlení nebo navázat přátelské a intimní vztahy. Komplexní rozsah potřeb vyžaduje multidisciplinární přístup, s důrazem na principy case managementu, rehabilitace a podpory zotavení.

Specifickým průnikem se skupinou B je oblast duálních diagnóz, čili kombinace závislosti a jiné duševní poruchy. Výskyt duálních diagnóz je velmi častý a vyžaduje integrovanou léčbu, která dosud není zavedena s výjimkou několik terapeutických komunit (mimo území kraje).

2) Osoby ohrožené závislostí

Skupina může být dále diferencována podle druhu závislosti. Různé druhy závislosti mívají odlišné charakteristiky věku nástupu, osobnostního profilu, podílu muži/ženy, sociální „kariéry“ a souvisejících zdravotních a sociálních rizik.

Společná je potřeba specifických poradenských a léčebných programů z oblasti adiktologie. V případě hlavně drogových závislostí jsou účinné nízkoprahové a terénní programy a uplatnění case management přístupu. Velký význam mají programy primární prevence a programy harm reduction. Problémem je častá dlouhodobost potíží, resp. jejich vysoká revertence. Např. lidé s alkoholovou závislostí v současné době hodně vytěžují kapacity akutní psychiatrické lůžkové péče.

⁹ z Global Assessment of Functioning, škála pro celkové hodnocení fungování. Používá se v psychiatrii k hodnocení psychických, sociálních a pracovních funkcí. Je to klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění. Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



3) Osoby s duševním onemocněním v seniorském věku

Z pohledu potřeby tvoří skupinu především lidé s demencemi nejrůznějšího původu. Jejich počet se zvyšuje s prodlužováním průměrné délky života. Včasná detekce onemocnění výrazně zlepšuje prognózu ve smyslu délky života, jeho kvality a zátěže pro přirozené pečovatele. Naopak pozdní detekce predikuje výraznou zátěž rodiny a vysokou potřebu hospitalizační péče akutní (psychiatrické, neurologické, interní) i následné.

V seniorském věku se ovšem může vyskytnout téměř celé spektrum duševní poruch (afektivní poruchy, poruchy schizofrenního okruhu) někdy v souvislosti se stárnutím či jiným organickým narušením mozku, někdy bez této souvislosti. Společnou charakteristikou bývá delší průběh poruchy, než tomu je v mladším věku, větší rezistence na léčbu a nárůst odkázanosti na péči druhých osob. Velmi častá je komorbidita s tělesnými poruchami, což zhoršuje prognózu údravy a mnohdy také limituje využitelnost terapeutických postupů. Situace vyžaduje velkou míru spolupráce mezi obory medicíny, kvalitní ošetrovatelskou péčí a stejně jako u demencí vysokou míru podpory přirozeným pečovatelům.

4) Osoby s duševním onemocněním v dětském a dorostovém věku

Tato skupina je velmi různorodá z klinického pohledu (spektrum diagnóz a různé průběhové formy). Pojítkem je věk nástupu potíží a tudíž i zásadní kontext rodinného systému. Pracovat se samotným dítětem bez podpory celého systému rodiny je zcela neefektivní. Bohužel dostupnost ambulantních specialistů a terapeutických či edukačních programů je bez přehánění katastrofální. Důsledkem je nadbytečné množství hospitalizací dětských pacientů a sociální i ekonomická zátěž rodin.

Podstatná je potřeba propojení veškerých terapeutických a rehabilitačních intervencí s oblastí vzdělávání a vůbec systém školství. Výhodou je rozvinutost speciálního školství a rozvíjející se systém péstounství a vůbec sanace ohrožených rodin. Výzvu k rozvoji představuje oblast školské inkluze dětí se zdravotním handicapem. Funkční je také screening vývojových vad včetně poruch učení se zapojením primární dětské ambulantní péče.

5) Osoby, které se pod vlivem duševní nemoci dostaly do konfliktu se zákonem (forenzní oblast)

Skupina je rozmanitá co do druhu duševních potíží, pohlaví i věku, ale převažují v ní muži mladšího dospělého věku se závažnou duševní nemocí a/nebo se závislostí. Je tu tedy významný průnik se skupinami A. a B. Společným jmenovatelem této skupiny je dlouhodobé či přechodné narušení rozpoznávacích a ovládacích schopností vlivem duševní poruchy, které vede k chování trestního charakteru.

Lidé z této skupiny jsou často mimo kontakt se zdravotní péčí a sociální pomocí. Důvody mohou být zapříčiněné duševní poruchou (nedostatek náhledu, odmítání léčby) i nedostatečným podpůrným systémem (absence asertivní služby vyhledávající klienta, nepřehledný systém služeb, špatné zkušenosti s léčbou, zneužívající rodina).

Existují samozřejmě i případy lidí adherentních k léčbě s dobrou sociální podporou, u kterých vznikne rychlé zhoršení stavu s nelegálními dopady. Vždy se nabízí otázka, zda byla poskytována léčba a podpora dostatečná, flexibilní a schopná včas zachytit blížící se krizi.

Ochranné prostředky, které soud může uložit, tedy zejména ambulantní či ústavní ochranná léčba, bývají subjektivně vnímány jako forma trestu či v lepším případě jako nutné zlo. V některých případech se tím posiluje odpor k jakékoliv léčbě či vnější pomoci.



4. SWOT ANALÝZA – pro SMI

Silné stránky - Strengths	Slabé stránky - Weaknesses
<ul style="list-style-type: none"> • Podpora Reformy psychiatrické péče Karlovarským krajem • Vybudovaná páteří síť služeb sociální rehabilitace jako základ budoucích CDZ (v každém okrese jeden multifunkční tým 7-11 členný) • V okrese Karlovy Vary a Cheb fungují dvě CDZ • Poskytovatelé sociálních služeb jsou ochotni růst • Karlovarský kraj má rozvoj služeb pro osoby s duševním onemocněním ve strategických dokumentech jako jednu z priorit • Existence psychiatrického oddělení v Ostrově • Možnost spolupráce s psychiatrickým oddělením nemocnice v Ostrově • Prohlubování spolupráce s PN Dobřany • Dobrá kvalita sociálních pracovníků vycházejících z VOŠ Cheb • Každý MěÚ má konkrétního pracovníka = funkční poradenství • Provazování/ zasílování mezi službami jak sociálními tak zdravotními ¹⁰ • Fungující rodičovská skupina • Probíhají aktivity v rámci projektu Destigmatizace – pro různé cílové skupiny • Zapojení Peer pracovníků do systému péče • Rozvíjení služby Chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním v okrese Karlovy Vary a Cheb • Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 - 2030 - legislativní podpora • Podpora v rámci financování sociálních služeb v oblasti duševního zdraví ze strany MPSV 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedostatek kvalifikovaných lidí na trhu práce – ambulantní psychiatrii, zdravotní sestry, sociální pracovníci • Nedostatečná legislativní kompetence nelékařských oborů (např. arteterapeut) • Neudržení kvalifikovaného personálu • Nedostatečná kapacita služeb pro osoby s potřebou vyšší mírou podpory – vč. pobytové • Pouze jedna sociální organizace věnující se klientům s SMI – severe mental illness • Psychiatrická nemocnice – v jiném kraji, vyvážíme pacienty, klienty nejdál v republice • Protialkoholní záchytná stanice - pouze jedna funkční v okrese Sokolov • V Karlovarském kraji není nasmlouván jediný adiktolog • Dlouhé čekací lhůty na přijetí klienta k AP • Nedostatečná kapacita nebo žádná v oborech psychiatrie – dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie, adiktologie a s tím souvisí obtížná implementace nového druhu péče (ambulace s rozšířenou péčí) • Nedostatečná kapacita lůžkové péče - akutní lůžka v Karlovarském kraji, zcela chybí dětská lůžka, velká vzdálenost a s tím související odloučení od rodiny u dětských klientů • Nedostatečná komunikace pojišťovny a zdravotníků • Malá informovanost jednotlivých aktérů o službách a jejich roli • Financování CDZ – dva zdroje – zdravotní, sociální • Stigmatizace klientů s psychiatrickou diagnózou • Malá míra zapojení pečovatелů a uživatelů do rozhodovacích procesů • Absence služeb pro osoby s PAS a jejich rodiny • Absence znalosti potřeb/ poptávky jednotlivých cílových skupin • Nedostatečná kapacita služeb aktivizačních, sociálně terapeutických

¹⁰ [Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. Model optimální sítě](#)



Příležitosti – Opportunities	Hrozby – Threats
<ul style="list-style-type: none">• Ochota kraje rozšiřovat sociální služby• Ochota VZP podpořit další akutní lůžka v KK, a navýšení kapacity ambulantních psychiatrů, pedopsychiatrů• Podpora změn z prostředků SF EU• Reforma péče o duševní zdraví ČR• Otevřenost VZP – jednání financování „psychiatrických sester“• Podpora nových služeb, vznik CDZ ve všech okresech Karlovarského kraje – komunitní forma práce• Stipendijní podpora budoucích lékařů• SŽŠ a VOŠ Cheb – obor Sociální práce• Částečně zpracovaný transformační plán PN Dobřany - zdroj informací• Vybudování specializovaných lůžek –adiktologie, dětské – dorostové psychiatrie, gerontopsychiatrie• Trendy v sociálním bydlení – využití běžných a dostupných forem bydlení• Trendy v zahraničí – příklady dobré praxe• Dodržování práv lidí s duševním onemocněním• Připravované legislativní změny a vznik zákona o péči o duševním zdraví• Zavedení systém pracovních skupin na Kraji věnující se osobám s duševním onemocněním – monitoring, návrhy, aktualizace	<ul style="list-style-type: none">• Vysoká míra stigmatizace osob s duševním onemocněním• Nedostatek kvalifikovaného personálu – lékaři, sestry, sociální pracovníci, psychologové• Udržitelnost financování po skončení projektů EU• Absence uceleného systému služeb pro osoby s duální diagnózou• Některé kvalifikační kurzy pro pracovníky v sociálních službách v KK nejsou dostatečně kvalitní• Snížení úhrad zdravotní péče ze systému péče veřejného zdravotního pojištění• Tlak na obloženost lůžek• Nárůst gerontopsychiatrických pacientů – stárnutí populace• Nenaplnění cílů strategie reformy• CDZ – nenaplnění personálních požadavků – prodleva ve vzniku• Složitě vyřizování sociálních dávek pro osoby s duševním onemocněním (PnP, ID) – regionálně odlišný postup posuzování• Lidem v nepříznivé životní situaci se v rámci činnosti sociální práce nedostávají informace o celém spektru možných řešení jejich situace• Humanizace PN = Transformace PN (důraz na dodržování lidských práv, dodržování práv osob se zdravotním postižením)• Politický cyklus – změna priorit, ohrožení dlouhodobých cílů v rámci procesu Deinstitutionalizace• Byrokratizace v poskytování služeb, snaha o unifikaci služeb a tím i jejich snadnější kontrolu – návrat k neindividualizovaným službám



5. Charakteristika

Území Karlovarského kraje se nachází v nejzápadnější části České republiky. Na severu a na západě sousedí se Spolkovou republikou Německo, na východě s Ústeckým a na jihu s Plzeňským krajem. KK vznikl rozdělením kraje Západočeského na Plzeňský a Karlovarský. Karlovarský kraj je druhý nejmenší v České republice, jeho rozloha je 3 315 km² (to je pouze 4,2 % území ČR). K 31. 12. 2020 zde žilo 293 789 obyvatel, což představuje necelé 3 % obyvatel České republiky, a Karlovarský kraj je tak nejméně lidnatým krajem ČR. Přírodní osu kraje tvoří řeka Ohře, která protéká Chebskou a Sokolovskou pánví od jihozápadu k severovýchodu, v její kotlině jsou lokalizovány nejdůležitější dopravní tahy kraje.

Podobně jako v ostatních regionech ČR je i v Karlovarském kraji vývoj věkové struktury obyvatelstva v posledních letech ne příliš příznivý. Klesá počet obyvatel v předproduktivním a produktivním věku, zatímco počet obyvatel v poproduktivním věku vytrvale stoupá. Společně s postupným snižováním přirozené reprodukce obyvatelstva může tato skutečnost působit do budoucna problém jak z ekonomického hlediska, tak v oblasti zajišťování zejména sociálních služeb pro jednotlivé věkové skupiny obyvatel.

Další významnou charakteristikou je národnostní složení obyvatelstva. V tomto ohledu se Karlovarský kraj se 4,3% podílu cizinců v počtu obyvatel řadí na druhé místo za Prahu. Dle posledních údajů na území Karlovarského kraje žije 19 395 cizinců, zejména občanů Vietnamu (6 680), Ukrajiny (téměř 2 394), Ruska (necelých 2 346), Slovenska (1 972). V Karlovarském kraji je také významným faktorem existence vyloučených komunit národnostních menšin, a to zejména romského etnika.

Z hlediska hospodářství má Karlovarský kraj ve srovnání s ostatními regiony ČR specifické postavení. Nacházejí se zde bohaté přírodní zdroje minerálních a léčivých vod, díky kterým se v kraji velkou měrou rozvinulo lázeňství a cestovní ruch. Nejznámější je v tomto ohledu lázeňský trojúhelník Karlovy Vary – Mariánské Lázně – Františkovy Lázně. Díky zásobám kaolínu a keramických jíílů zde vznikla také řada výroben porcelánu. Mezi další významné zdroje surovin patří naleziště hnědého uhlí na Sokolovsku, kde se nachází několik významných průmyslových podniků.

Dalším faktorem ovlivňujícím poskytování sociální i zdravotní péče o osoby s duševním onemocněním je situace na trhu práce a míra nezaměstnanosti, která činí 5,45 %.¹¹ Tato situace je zapříčiněna hlavně jednostranným zaměřením na těžební a energetický průmysl v minulých letech. Nezaměstnanost úzce souvisí se vzdělaností a kvalifikační strukturou obyvatelstva, která není v Karlovarském kraji příliš příznivá. Podíl vysokoškolsky vzdělaných obyvatel se zde pohybuje hluboko pod celorepublikovým průměrem. Vývoj na trhu práce v Karlovarském kraji je dále ovlivněn zejména nízkou mobilitou pracovní síly, nedostatkem dopravních spojů, vysokým počtem občanů s nedokončeným nebo základním vzděláním, rozdíly mezi nabídkou vzdělávací soustavy a poptávkou na trhu práce.

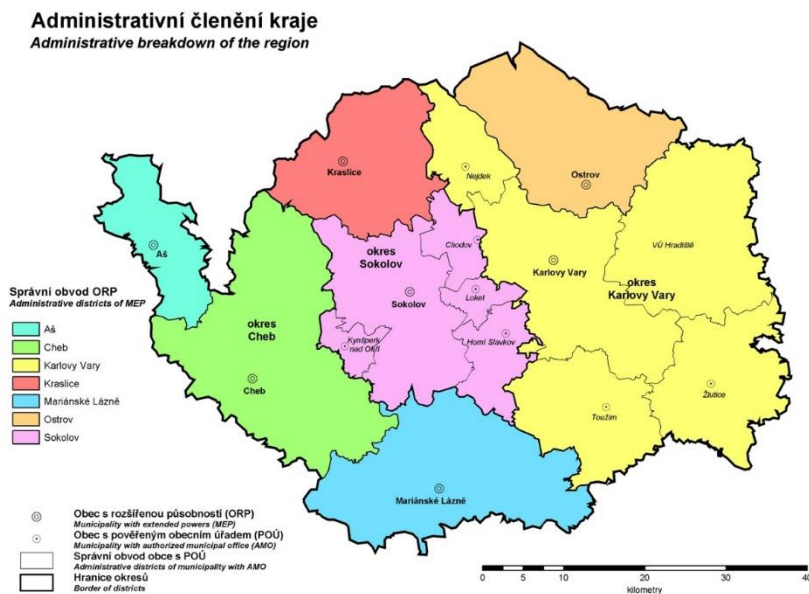
Od roku 1991 došlo v oblasti vzdělání obyvatelstva k posunu ve směru vyššího podílu středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných díky tomu, že v Chebu byla zřízena pobočka Západočeské univerzity v Plzni, konzultační středisko Provozně ekonomické fakulty České zemědělské univerzity v Praze, v Mariánských Lázních bylo zřízeno studijní středisko 1. lékařské fakulty UK v Praze. V Karlových Varech byla v roce 2000 zřízena první soukromá Vysoká škola Karlovy Vary, o.p.s. Nezaměstnanost, nedostatek finančních prostředků, nedostatečný počet bytů a jejich relativně vysoká cena mají za následek zvyšování počtu sociálně slabých obyvatel a osob bez přístřeší. Problémem regionu je také pokračující migrace zvláště mladého a vzdělaného obyvatelstva do metropolitních regionů České republiky, především do Prahy a do zahraničí.

Dojezdová vzdálenost osobním automobilem z nejzápadnějšího místa na východ kraje může trvat cca 1,5 hodiny.

¹¹ [Míra nezaměstnanosti v KK](#)



MAPA KRAJE – členění okresy



Základní demografická data ¹²

Okres region	rozloha km ²	počet obyvatel okresu	počet obcí	města ve statutu	počet obyv. města
Karlovy Vary	1 515	114 435	53	15	87 589
Cheb	1 046	91 052	40	10	50 151
Sokolov	753	88 302	38	13	75 858
Kraj	3 314	293 789	131	38	214 8

¹² [Počet obyvatel KK](#)



POČET PACIENTŮ Z KK V PN/PL

Ostatní PN/PL ¹⁴	celkem kraj	Cheb	Sokolov	Karlovy Vary	
Počet všech pacientů z KK v PN/PL	34	11	7	16	
PN Petrohrad	5	2	1	2	
PN Štemberk	1	1	0	0	
PL Lnáře	6	1	2	3	
PL Červený Dvůr	6	2	1	3	
PN Bohnice	11	4	3	4	
PN Kosmonosy	3	0	0	3	
PN Opařany	2	1	0	1	

7. Počet příjmů pacientů z kraje do akutní a následné péče PN

	Celkem kraj	Cheb	Sokolov	Karlovy Vary
PN Dobřany/pacienti hospitalizovaní do 30 dní ¹⁵	33	10	10	13

¹⁴ Data byla získána z výstupů PN/PL k 30. 9. 2020

¹⁵ Cenzus PN Dobřany k 31. 12. 2020 - jedná se o kvalifikovaný odhad. PN Dobřany poskytují akutní péči od r. 2020, celkem na 55 lůžkách (25 akutních lůžek pro ženy, 30 koedukovaných lůžek, akutní lůžka pro muže jsou tedy omezena). Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



8. Zdravotní služby

Na území Karlovarského kraje je pouze jedno lůžkové psychiatrické oddělení v Ostrově. Disponuje 52 lůžky, všechna jsou vedena jako akutní, avšak část z nich (20) jsou v praxi psychoterapeutická. Karlovarský kraj nemá lůžka následné péče. Spádovou psychiatrickou nemocnicí (dále jen „PN“) pro Karlovarský kraj je PN Dobřany nedaleko Plzně s kapacitou 1213 lůžek vč. 55 dětských lůžek.¹⁶

Ostrovská nemocnice v rámci psychiatrického oddělení disponuje od 2021 23 geriatrickými lůžky a jedním pokojem intenzivní psychiatrické péče (izolační místnost). Lůžky dětské psychiatrie Karlovarský kraj nedisponuje vůbec. Akutní pedopsychiatrická lůžka pro Karlovarský kraj se nacházejí v naprosté většině příjmu ve FN Plzeň, lůžka následné péče pro pedopsychiatrii opět v PN Dobřany.

Akutní lůžka

Název zařízení	Počet lůžek	Z toho akutní	Z toho následná	Obložnost
Psychiatrické oddělení nemocnice v Ostrově	52	52/30	0	Dle ústní informace stále přes 90%

Nejčastější překlady pacientů při nutnosti dlouhodobé hospitalizace probíhají do PN Dobřany, jelikož je to spádová PN pro Karlovarský kraj, který zde má historicky alokováno 300 lůžek.

Ambulantní psychiatrická péče

Na území Karlovarského kraje je 13,1 úvazku ambulantních psychiatrů pro dospělé (odbornost 305) a 2,5 úvazku ambulantních psychiatrů pro děti a dorost (odbornost 306, dále synonymum pedopsychiatrie). V Karlovarském kraji neexistuje ani jeden specializovaný úvazek pro gerontopsychiatrii ani pro adiktologii. V Karlovarském kraji je 12,0 úvazků klinických psychologů, přičemž nerozlišujeme mezi klinickými psychology pro dospělé a pro děti a dorost.

Psychiatrická ambulance (odbornost)	Současný stav počtu úvazků v kraji	Cílový stav počtu úvazků v kraji (cca 300 tis. obyvatel)
Psychiatrie pro dospělé	19/13,1	36
Pedopsychiatrie	4/2,5	6
Adiktologie	0	3
Gerontopsychiatrie	0	2
Ambulance klinického psychologa	16/12,2	51

Dle zatím sebraných údajů od ambulantních psychiatrů je čekací doba pro přijetí nového pacienta do ambulantní péče v rozmezí od 3 týdnů do 4 měsíců. Nejdelší čekací doby jsou v ambulancích pedopsychiatrických to až měsíců 6.

¹⁶ [Psychiatrická nemocnice v Dobřanech](#)

Počet psychiatrických ambulancí

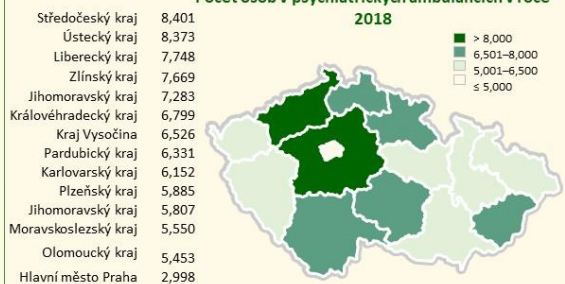
Počet psychiatrických ambulancí v letech 2010–2018

	Dospělí	Děti
2010	775	122
2011	774	122
2012	757	119
2013	746	121
2014	747	126
2015	744	126
2016	751	128
2017	753	129
2018	764	125

Počet psychiatrických ambulancí v krajích v roce 2018 dle krajů

Kraj	Dospělí	Děti
Hlavní město Praha	191	26
Středočeský kraj	69	5
Jihočeský kraj	35	10
Plzeňský kraj	43	7
Karlovarský kraj	24	4
Ústecký kraj	40	8
Liberecký kraj	26	5
Královéhradecký kraj	35	7
Pardubický kraj	34	5
Kraj Vysočina	37	6
Jihomoravský kraj	89	13
Olomoucký kraj	47	13
Zlínský kraj	30	4
Moravskoslezský kraj	64	12
Česká republika	764	125

Počet osob v psychiatrických ambulancích v roce 2018



¹⁷ [Ambulantní psychiatrická péče](#)



9. Sociální služby

Do roku 2011 v Karlovarském kraji nebyly žádné služby pečující o osoby s SMI (vážné duševní onemocnění) a v této době ani kraj neměl žádný plán psychiatrické péče. Toto se změnilo na základě šetření WHO (Mezinárodní zdravotnická organizace) a Ministerstva zdravotnictví z roku 2009, kdy bylo zjištěno, že Karlovarský kraj má nejméně služeb pro osoby s duševním onemocněním.¹⁸

Služby pro osoby s SMI¹⁹

Domov se zvláštním režimem		
Okres	Kapacita - počet lůžek 2021	Vyhodnocení, jestli je to dostačující (podle jednotných normativ na 100 tis. ob) - 16 míst na 100 tis.
Cheb 96 lůžek	439 lůžek (působnost Karlovarský kraj)	Kapacita zařízení se při stávajícím způsobu podpory a péče jeví jako nedostatečná, zařízení mají velmi dlouhé pořadníky zájemců o službu, je pravdou, že žádosti mohou být duplicitní ve více zařízeních. V některých zařízeních evidují několik desítek žádostí.
Sokolov 238 lůžek		
Karlovy Vary 105 lůžek		

Chráněné bydlení		
Okres	Kapacita - počet lůžek 2021	Pro Karlovarský kraj je vhodné počítat odhadem s celkem 110 lůžky ve službě Chráněného bydlení (z toho cca 30 lůžek v tzv. skupinovém bydlení a 80 lůžky v samostatných bytových jednotkách pro 1-3 klienty)
Cheb	12	Kapacita chráněného bydlení je nedostatečná s ohledem na počet osob umístěných v domově se zvláštním režimem a osob hospitalizovaných dlouhodobě v zařízeních lůžkové péče mimo Karlovarský kraj, kdy část z nich bude potřebovat vyšší míru podpory, část nižší míru podpory
Sokolov	0	
Karlovy Vary	10	

Ambulantní služby (následná péče, sociálně terapeutické dílny, ambulantní forma sociální rehabilitace)		
Okres	Kapacita - úvazky v přímé péči 2021	Vyhodnocení, jestli je to dostačující (podle jednotných normativ na 100 tis. 15 míst na 100 tis. pokrytí v kraji)
Cheb	1	V některých částech kraje chybí ambulantní služby pro danou cílovou skupinu, zejména osoby, které nejsou zaměstnané, potřebují sociální kontakty a pracovní a terapeutické aktivity.
Sokolov	0	
Karlovy Vary	4,5	

¹⁸ [Model optimální sítě](#)

¹⁹ [Sociální služby pro SMI](#)



Terénní služby (sociální rehabilitace)		
Okres/16/26 úvazků	Kapacita - úvazky v přímé péči 2021	V rámci Karlovarského kraje lze předpokládat, že velikost cílové skupiny této služby se pohybuje kolem 1 tis. osob, za předpokladu 25 klientů na 1 pracovníka
Cheb	12	Stávající pokrytí kraje službou Sociální rehabilitace se začíná blížit dostatečnému pokrytí službou. Tato služba je klíčová pro podporu osob se závažným duševním onemocněním na jejich cestě k zotavení.
Sokolov	10	
Karlovy Vary	13	

Podpora samostatného bydlení		
Okres/11 úvazků	Kapacita - úvazky v přímé péči 2021	
Cheb	0	Služba PSB je dlouhodobě pro osoby se závažným duševním onemocněním nevyhovující, a to z důvodu, že se jedná ze zákona o placenou službu. Přičemž minimálně 60 % osob se závažným duševním onemocněním není přiznán Příspěvek na péči. Zároveň velkou část z těchto osob lze považovat za nízkopříjmovou. Tuto službu lze nahradit terénní formou služby Sociální rehabilitace, případně u osob s přiznaným PnP službami Osobní asistence nebo Pečovatelskou službou.
Sokolov	0	
Karlovy Vary	0	

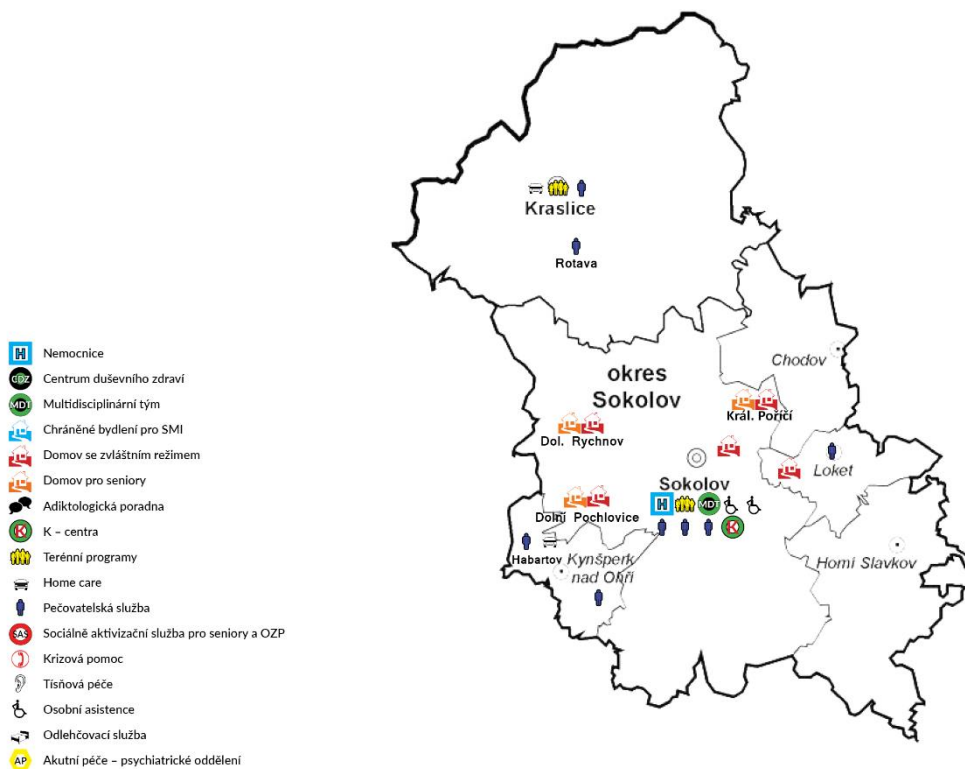
V Karlovarském kraji působí tři komunitní týmy, a to ve všech okresech - Chebu, Sokolově, Karlových Varech. Od 1. 5 2019 zde fungují CDZ – Centra duševního zdraví, a to v Chebu a v Karlových Varech. Složení týmů je - case manager, psychiatrická sestra, IPS pracovník, peer konzultant pro klienty, peer konzultant pro rodinné příslušníky. V CDZ působí psychiatr a klinický psycholog. Tyto týmy se snaží o spolupráci s psychiatrickým oddělením nemocnice v kraji v Ostrově – pravidelné návštěvy klientů, pravidelné schůzky s primářem tohoto oddělení (od 2020 nový primář, zatím schůzky neprobíhají). S psychiatrickou nemocnicí v Dobřanech spolupracují v rámci návštěv klientů z Karlovarského kraje a v současné době probíhá intenzivnější komunikace mezi týmy a pracovníky PN Dobřany nad vytipovanými klienty/pacienty, kteří by se mohli vrátit do komunity. Týmy v Karlovarském kraji se snaží pracovat metodou FACT, v minulosti prošly všechny tři týmy FACT auditem s velmi dobrým výsledkem. V roce 2020 – aktivity značně omezeny z důvodu pandemie Covid 19.

Od roku 2014 v Karlovarském kraji ve všech třech okresech fungují tzv. „multitýmy“, které se pravidelně jednou za dva měsíce scházejí na společné schůzce. Složení těchto multidisciplinárních týmů jsou především zástupci sociálního odboru z jednotlivých měst spadající do daného okresu, veřejní opatrovníci, pracovníci z odboru OSPOD, zástupci sociálních služeb, kteří sdílí klienty se službami Fokusu MB. Dále se schůzek účastní sociální pracovníce z psychiatrického oddělení Ostrovské nemocnice, předsedkyně Národní rady osob se zdravotním postižením a také zástupce z úřadu práce. Do týmů jsou zváni i zástupci Policie ČR a ZZS, jelikož spolupráce s nimi je čím dál častější.



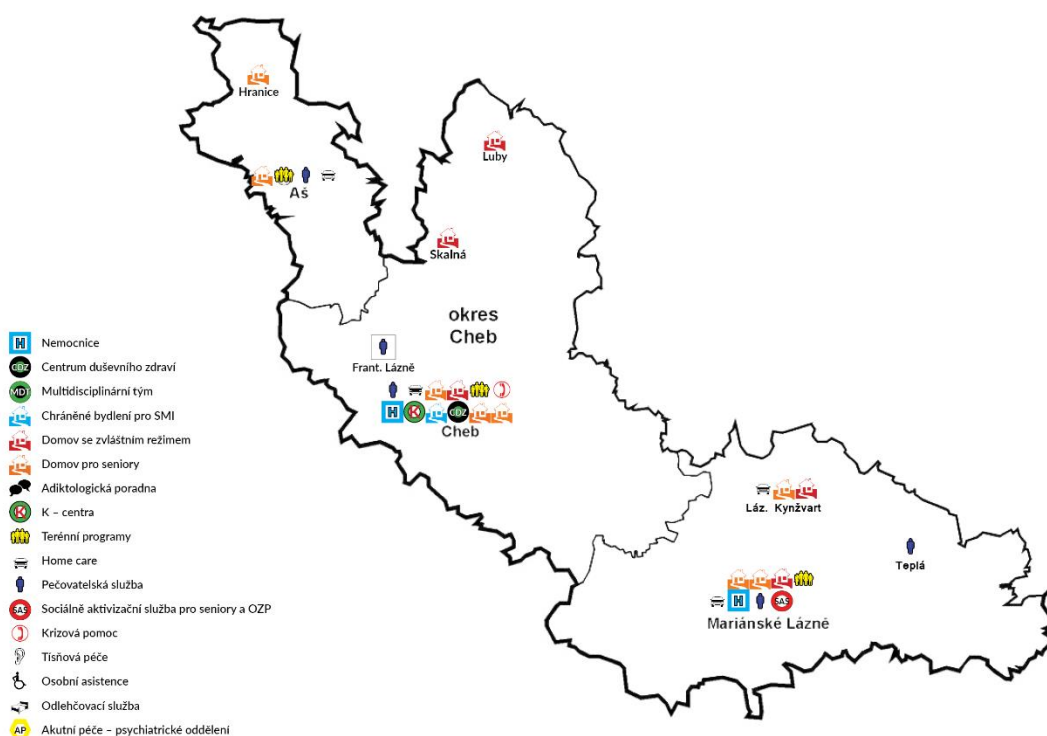
10. Mapa služeb v kraji.

Okres Sokolov



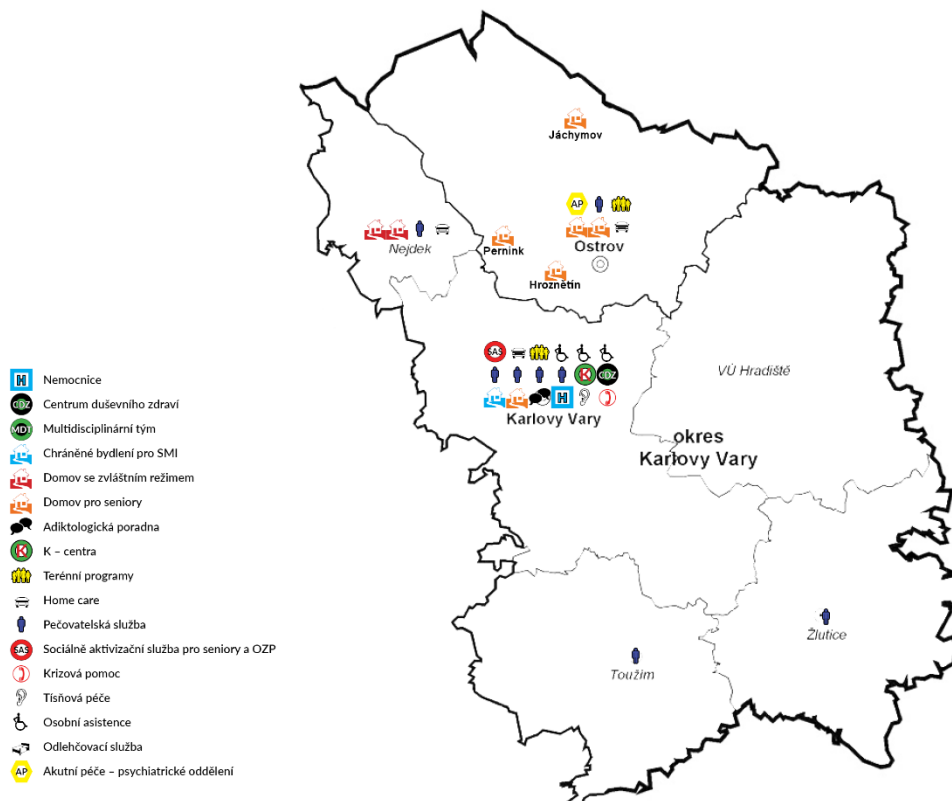


Okres Cheb





Okres Karlovy Vary





11. Náklady na péči v kraji

(Pokud se podaří zmapovat. V části plánování pak budou potencionální finanční zdroje, anebo bude zpracováno podle akčního plánu rozvoje sociálních služeb pro KK, nebo přiznaných finančních prostředků)

Zařízení	2017	2018	2019	2020
Psychiatrické oddělení Ostrov	26 021 382/ dle analýzy VZP str. 83			
Psychiatrická léčebna Dobřany/ Plzeňský kraj ²⁰	Cca 900 000 000,-	881 084 676,49	966 571 511,26	1 004 990 000,-
Ambulance				
Chráněné bydlení	0	0	0	2 498 100,-
Multidisciplinární týmy/CDZ/SR/STD/ PSB	16090500	16540900	31379184	37 699 144,-
DZR/ 415 lůžek/ 1300,- lůžko den ²¹	132 801 600,-	141 620 000,-	186 493 100,-	204 055 980,-

²⁰ [Rozpočet PND](#)

²¹ [Akční plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji na rok 2021](#)



12. Dostupné bydlení

V oblasti bydlení osob s SMI v Karlovarském kraji působí organizace Mravenec s.r.o., DOZP Pata Hazlov a FOKUS Mladá Boleslav z.s., Rytmus - Od klienta k občanovi o.p.s., Farní charita Sokolov, Chráněné bydlení Sokolov z. s., Společnost Dolmen z. ú. a další. Výhradně klientům s SMI se věnuje pouze spolek FOKUS Mladá Boleslav z.s. Ostatní poskytovatelé pracují spíše s lidmi s kombinovaným postižením včetně duševního onemocnění (např. organizace Rytmus pracuje s lidmi s komorbiditou mentální retardace a duševního onemocnění). Osoby s SMI také využívají Azylové domy a Noclehárny.

Kapacita v rámci pobytových služeb v KK je v současné chvíli nedostatečná. Od 1. 1. 2021 je k dispozici 22 lůžek v rámci služby Chráněného bydlení. S ohledem k počtu osob dlouhodobě hospitalizovaných v PN Dobřany je odhadovaná potřebná kapacita cca 110 lůžek pro tuto cílovou skupinu v rámci KK.

V rámci mapování potřebné kapacity v oblasti bydlení na jednotlivých ORP v Karlovarském kraji, byla uvedena jako jedna z potřeb pacientů propuštěných z PN Dobřany do komunitní péče poskytnutí sociálních bytů nebo bytů, které mají ve vlastnictví jednotlivá města. V některých městech vznikají nebo budou vznikat nové byty ve vlastnictví města, o možnostech přidělení těchto bytů osobám s SMI bude jednáno individuálně.

13. Zaměstnávání a vzdělávání

Ve všech okresech Karlovarského kraje v jednotlivých týmech Fokus Mladá Boleslav působí IPS pracovníci, do roku 2017 bylo zaměstnáno na volném trhu cca 120 klientů, v roce 2018 to bylo nově 44 klientů, v roce 2019 nově 51 klientů a v roce 2020 42 klientů (je potřeba přihlídnout ke skutečnosti, že rok 2020, byl výrazně omezen pandemií Covid).

Dále jsou klienti zaměstnávání v rámci různých chráněných dílen působících v Karlovarském kraji nebo v rámci chráněných pracovních míst vytvořených jednotlivými zaměstnavateli.

V rámci reformy péče o duševní zdraví aktivně spolupracujeme s ÚP v KK a jsme členy pracovní skupiny poskytovatelů sociálních služeb a zainteresovaných pracovníků ÚP ČR Krajské pobočky v Karlových Varech.

V oblasti vzdělávání neexistují na území Karlovarského kraje specifické programy takto zaměřené. Individuálně se tomuto v případě potřeby věnují pracovníci služeb Sociální rehabilitace nebo CDZ. Toto úzce souvisí i s absencí specializovaného týmu Early Intervention. Potřeba vzdělávání u lidí na počátku vzniku jejich duševního onemocnění je zásadní.

14. Svépomocné skupiny, podpora pečujících osob

V současné chvíli jsou uživatelé a pečovatelé zapojeni do „Koordinační skupiny Karlovarského kraje pro zajištění změn v systému péče o osoby s duševním onemocněním“. Podle dalších zjištění v jiné pracovní skupině na Krajském úřadě Karlovarského kraje, ať už na odboru sociálních věcí anebo na odboru zdravotnictví, uživatelé ani pečovatelé zapojeni nejsou. Informace o potřebách rodinných příslušníků a pečujících osob předává v rámci koordinační skupiny Peer konzultant pro rodinné příslušníky. Ten je také členem svépomocné skupiny pro rodiče a pečující osoby, kde tyto informace získává. Další možností získávání podnětů jsou tzv. zrcadlová setkání, kde se setkávají uživatelé, pečovatelé, přátelé, rodinní příslušníci, peer konzultanti a pracovníci FOKUSu Mladá Boleslav. Na těchto setkáních se diskutuje o službách, pomoci, podpoře a kvalitě jejího poskytování osobám s

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



duševním onemocněním a jejich blízkým. Na základě vyřčených názorů a připomínek je možno hledat způsoby, jak služby zlepšovat a přizpůsobovat požadavkům a potřebám ze strany klientů a jejich blízkých. Shrme-li situaci v Karlovarském kraji zapojení uživatelů do procesu reformy, není dostatečně institucionalizováno, ale je podporováno a postupně bude prohlubováno, a to ve spolupráci s projektem NUDZ - Destigmatizace.

Příloha: Transformační plán PN Dobřany – obecný rámec²²

Záměry v rámci 10 let

Do roku 2025 poskytovat na 60 lůžkách akutní psychiatrickou péči, která by splňovala všechny podmínky uvedené ve standardu akutní lůžkové psychiatrické péče.

V roce 2025 navýšit o 30 lůžek akutní péči z důvodu restrukturalizace služeb psychiatrické péče.

V roce 2025 pokud budeme navyšovat o 30 lůžek akutní péči, tak zredukujeme 39 lůžek následné péče podle koeficientu 1,3.

V roce 2025 snížit počet používání omezovacích prostředků o 5 % za podpory metodiky WHO zabývající se prevencí omezovacích prostředků.

Do roku 2025 snížit počet dlouhodobě hospitalizovaných pacientů s diagnostickým okruhem F7 o 20 % za předpokladu rozvoje sociální a komunitní služby pro tyto pacienty.

Do roku 2030 udržet si stávající a získávat nové kvalifikované zdravotnické zaměstnance pro poskytování diferencované a vysoce specializované psychiatrické péče.

Do roku 2030, pokud nedojde k rovnoměrnému rozmístění a rozvoji akutní lůžkové péče ve všeobecných nemocnicích ve spádových oblastech a nadále bude převyšovat poptávka po akutní péči než je stávající kapacita akutní péče v nemocnici, postavit nový pavilón, který by splňoval všechny požadavky na poskytování moderní léčby v důstojných podmínkách v souladu se standardem akutní lůžkové psychiatrické péče.

Do roku 2030 průběžně odstraňovat vícelůžkové pokoje tak, aby na pokojích nebylo více jak 4 lůžka.

Do roku 2030 průběžně snižovat počet nově vzniklých dlouhodobých hospitalizací (nad 0,5 roku déle) minimálně o 30 % za aktivní spolupráce extramurálních služeb a za podmínky rozvoje sociálních služeb ve spádových oblastech nemocnice.

Do roku 2030 být rovnocenným partnerem s krajem při řešení problémů spojených s péčí o pacienty s duševním onemocněním.

Vize nad 10 let

Psychiatrická nemocnice by chtěla do budoucna být špičkovým pracovištěm poskytujícím moderní psychiatrickou péči na vysoké odborné úrovni, kdy bezpečí, spokojenost a kvalitní péče zohledňující lidská práva je jejím prvořadým zájmem.

Ve svých dlouhodobých strategiích a plánech zohledňuje měnící se prostředí, potřeby a očekávání pacientů, technický pokrok, konkurenční tlaky, ale i požadavky zřizovatele a plátců.

²² čerpáno z transformačního plánu PN Dobřany
Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.








B - Krajský plán péče o duševní zdraví pro KK

Návrhová část plánu pro SMI, děti a seniory

Sítě služeb pro osoby s těžkou duševní nemocí (Severe Mental Illness – SMI)
Sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním v dětském a dorostovém věku
Sítě služeb pro osoby se závislostí
Sítě služeb pro osoby v seniorském věku

Plán je provázán na NAPDZ 2020-2030

-  Strategický cíl č. 1 Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.
 -  Strategický cíl č. 2 Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.
 -  Strategický cíl č. 3 Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.
 -  Strategický cíl č. 4 Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.
 -  Strategický cíl č. 5 Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.
- kde nejsou vyčísleny náklady, bude doplněno v průběhu realizace



1. ŘÍZENÍ A KOORDINACE REFORMY A SÍTĚ SLUŽEB V KRAJI

Vize (klíčová myšlenka):

Vytvořit systém péče o duševně nemocné v Karlovarském kraji, který bude v souladu s Národním akčním plánem duševního zdraví 2020-2030. Tento systém bude koordinovaný a v souladu s plány Karlovarského kraje a jednotlivých ORP. Tento systém péče by měl klást důraz na poskytování péče v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním a vytvoření optimální a profesionální sítě zdravotních a sociálních služeb.

Současný stav: / popis problému, potřeby lidí /

Na úrovni kraje:

Od roku 2018 funguje na úrovni kraje koordinační skupina ve složení:

- Regionální konzultant pro Karlovarský kraj
- Odborný garant pro zdravotnictví
- Odborný garant pro sociální služby
- Zástupce ambulantních psychiatrů a pedopsychiatrů
- Zástupce klinických psychologů
- Zástupce pojišťovny (VZP)
- Zástupce sociálního odboru KÚKK
- Zástupce zdravotního odboru KÚKK
- Zástupce uživatelů
- Zástupce pečujících osob
- Manažer kvality pro Karlovarský kraj
- Zástupce projektu Destigmatizace
- Transformační specialista PN Dobřany

Koordinační skupina se schází cca 1x za 2 měsíce. Hlavním úkolem je příprava aktivit spojených s realizací Reformy péče o duševní zdraví v Karlovarském kraji.



Na úrovni jednotlivých okresů:

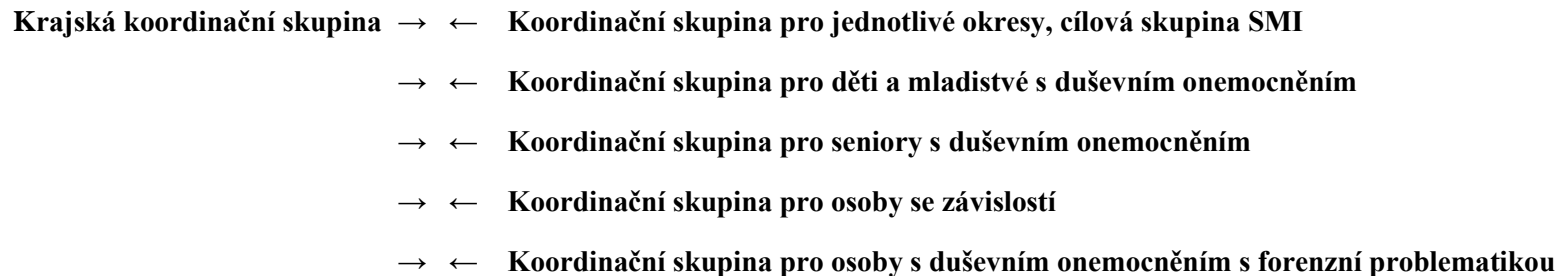
V jednotlivých okresech Karlovarského kraje (okres Karlovy Vary, okres Sokolov a okres Cheb) fungují tzv. „Multidisciplinární týmy“, které realizuje FOKUS Mladá Boleslav z.s.. Tyto týmy se scházejí cca 1 x 2 měsíce. Jsou složené ze zástupců neziskových organizací poskytujících sociální služby, zástupců sociálních odborů obcí a veřejných opatrovníků, zdravotníků a PČR a dalších organizací. Cílem je koordinace péče pro jednotlivé osoby s duševním onemocněním v rámci daného okresu.

Na úrovni jednotlivých obcí:

Zástupci FOKUSu Mladá Boleslav se také účastní komunitního plánování v obcích Karlovy Vary, Sokolov a Cheb, a mohou tak ovlivnit plánování služeb pro osoby s duševním onemocněním v těchto ORP.

Budoucí stav:

Schéma spolupráce:



Plány kraje jsou konkrétní a závazné/kontrolovatelné, obsahují pokud možno jasně identifikované potřeby obyvatel a jejich konkrétní řešení. Plány jsou navázány na zdroje (ví se, co si můžeme dovolit), jsou hodnotově a ne ekonomicky orientované, jsou otevřené změnám, zohledňují vůli uživatelů („nic o nás bez nás“). V systému je vytvořen prostor (a zdroje) pro pilotní projekty, které se vyhodnocují a v případě úspěchu implementují širěji. Pracuje se mezirezortně, v oblasti změny systému péče o duševní zdraví pracuje koordinační skupina, podporovaná skupinami v jednotlivých okresech a multidisciplinárními týmy.



Krajská koordinační skupina:

Jejím cílem je řídit průběh reformy péče o duševní zdraví na úrovni kraje a vychází z Národního akčního plánu duševního zdraví pro roky 2020-2030 a ze Strategie Reformy psychiatrické péče v ČR a vytvářet Krajský plán péče o duševní zdraví pro Karlovarský kraj, při jehož tvorbě spolupracuje s Pracovními skupinami v jednotlivých okresech a jednotlivými „Multidisciplinárními týmy“, tak aby docházelo k propojování jednotlivých strategických dokumentů a plánů jednotlivých obcí, s Krajským plánem péče o duševní zdraví pro KK, a to pro všechny cílové skupiny zapojené do reformy péče o duševní zdraví.

Strategické dokumenty:

- Národní akční plán pro duševního zdraví 2020-2030¹
- Strategie reformy psychiatrické péče²

Koordinační skupina pro jednotlivé okresy, cílová skupina SMI

Jejím cílem je zajistit propojení Komunitního plánu péče o duševní zdraví v Karlovarském kraji s Komunitními plány jednotlivých obcí.

Koordinační skupina pro děti a mladistvé s duševním onemocněním, pro seniory s duševním onemocněním, pro osoby se závislostí a pro osoby s duševním onemocněním s forenzní problematikou (Specializované koordinační skupiny)

Cílem těchto pracovních skupin je propojení Komunitního plánu péče o duševní zdraví v Karlovarském kraji s potřebami těchto cílových skupin.

¹ [NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020 - 2030](#)

² https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf



Strategické cíle:

Strategický cíl 1: Zavedení systému řízení péče o duševně nemocné v Karlovarském kraji v souladu s reformou psychiatrické péče.

Strategický cíl 2: Ukotvení koordinační skupiny v rámci Krajského úřadu Karlovarského kraje.

Strategický cíl 3: Vznik koordinačních skupin na úrovni jednotlivých okresů pro SMI (obce, které mají samostatný komunitní plán).

Strategický cíl 4: Zajištění meziresortní spolupráce na úrovni kraje a jednotlivých okresů, ORP a obcí.

Strategický cíl 5: Ukotvení jednotlivých pozic v rámci systému řízení. (koordinátor, garanti atd.)

Strategický cíl 6: Provázání problematiky dětské a dorostové psychiatrie s předchozími strategickými cíli, tak aby vznikla jednotná strategie řízení a koordinace.

Strategický cíl 7: Provázání problematiky geronto-psychiatrie a psychiatrie s předchozími strategickými cíli tak, aby vznikla jednotná strategie řízení a koordinace.

Strategický cíl 8: Provázání problematiky adiktologie předchozími strategickými cíli tak, aby vznikla jednotná strategie řízení a koordinace.

Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav - řešení	Opatření – kroky	Kdo	Termín	Náklady provozní	Náklady Investiční	Indikátory
Nedostatečná koordinace poskytovaných služeb pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji	Strategický cíl 1: Zavedení systému řízení péče o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji v souladu s reformou psychiatrické péče	Opatření 1.1 Zajištění fungování krajské koordinační skupiny v rámci projektů psychiatrické reformy, a to i po jejím skončení minimálně však do roku 2030	MZČR po dobu projektu a KUKK	Probíhá od roku 2018	➤	0	Prezenční listiny, zápisy z jednání
1.2		Opatření 1.2 Nastavení komunikace mezi krajskou koordinační skupinou a pracovními skupinami pro jednotlivé okresy a Specializované koordinační skupiny	MZČR, Krajská koordinační skupina, Specializované koordinační skupiny	2021	0	0	Prezenční listiny, zápisy z jednání a organizační schéma




Nejasné a nespecifikované kompetence krajské koordinační skupiny	Strategický cíl 2: Ukotvení koordinační skupiny v rámci Krajského úřadu Karlovarského kraje	Opatření 2.1 Vyjednat statut a kompetence krajské koordinační skupiny v rámci struktury Krajského úřadu Karlovarského kraje	KK	2019	0	0	Vzato na vědomí Radou Karlovarského kraje (2019)
V současné době tyto pracovní skupiny neexistují a není zajištěna provázanost jednotlivých strategických dokumentů reformy s dokumenty jednotlivých obcí	Strategický cíl 3: Vznik koordinačních skupin na úrovni jednotlivých okresů pro SMI (obce, které mají samostatný komunitní plán). ● 5.2	Opatření 3.1. Zjištění které obce mají samostatné komunitní plány a které obce je tímto třeba do procesu reformy psychiatrické péče vznikem pracovních skupin zapojit. Opatření 3.2 Uskutečnit setkání se zástupci zjištěných obcí a iniciovat tak vytvoření pracovních skupin pro jednotlivé okresy.	Regionální konzultant (po dobu trvání projektu), poskytovatelé služeb a obce	2022	0	0	Prezenční listiny, skupiny se pravidelně schází a řeší danou problematiku.
Jednotlivé resorty nejsou dostatečně propojeny, tak aby bylo možné realizovat všechny potřebné kroky k realizaci reformy psychiatrické péče.	Strategický cíl 4: Zajištění meziresortní spolupráce na úrovni kraje a jednotlivých okresů, ORP a obcí.	Opatření 4.1 Vyjasnění a oslovení všech zainteresovaných subjektů (školský, PČR, ZZS, PPP, OSSZ, atd.). Opatření 4.2 Zajištění informovanosti o průběhu reformy Péče o duševní zdraví (jednotlivé poskytovatele péče a další zainteresované subjekty). Opatření 4.3 Vytvoření prostoru ke společnému jednání se všemi dotčenými subjekty jako např.	Tým MZČR (regionální konzultant, malý a velký metodik projektu „multidisciplinarita“ - po dobu trvání projektu), a kraj Tým MZČR (regionální konzultant, malý a velký metodik projektu „multidisciplinarita“, regionální specialisté destigmatizace - po dobu trvání projektu) a kraj Jednotlivé zainteresované subjekty	2021 2018 - 2030 2021	0 ➤	0 0	Zainteresované subjekty Realizace setkání - prezenční listina Pozvánky, prezenční listiny, komunitní



		pravidelné setkávání e-komunikace, pravidelná účast v rámci komunitního plánování jednotlivých obcí s cílem implementace Reformy péče o duševní zdraví do komunitních plánů jednotlivých obcí (např. komunitní plán města Cheb počítá s rozšířením služby Chráněného bydlení pro osoby s SMI)			z rozpočtu jednotlivých obcí		plány obcí obsahující cíle reformy péče o duševní zdraví
Veškeré klíčové pozice jsou navázány na evropské projekty a jsou tím pádem časově omezené	Strategický cíl 5: Ukotvení jednotlivých pozic v rámci systému řízení. (koordinátor, garanti atd.)	Opatření 5.1 Provázáno s opatřením 2.1 a vyjednat pokračování těchto pozic v rámci KÚKK	KUKK, MZČR (po dobu trvání projektu)	do 03/2022	650 000,-	0	Dohoda MZČR a KK (pracovní smlouvy daných pozic v rámci struktury KK) 0,5 úvazek koordinátora duševního zdraví – ve struktuře KUKK



<p>Služby pro dětské a adolescentní pacienty jsou v KK významně poddimenzované a dlouhodobě není systematicky řešen jejich rozvoj.</p>	<p>Strategický cíl 6: Provázání problematiky dětské a dorostové psychiatrie s předchozími strategickými cíli, tak aby vznikla jednotná strategie řízení a koordinace</p>	<p>Opatření 6.1 V oblasti řízení je v problematice dětské a dorostové psychiatrii je nutné postupovat jako u skupiny SMI, kde jsou jednotlivá opatření rozepsána v č. 1 - 5. Nelze postupovat samostatně, a to s ohledem nedostatečných personálních kapacit. Nutné je řešit jednotlivé skupiny provázaně tak, aby vznikl funkční celek a nedošlo k tomu, aby jedna z cílových skupin byla řešena na úkor jiných.</p>	<p>MZČR (po dobu trvání projektu), KK, koordinační skupina a Specializovaná koordinační skupina</p>	<p>2021</p>	<p>sdílený náklad za mzdu krajského koordinátora (vyčísleno viz výše)</p>	<p>0</p>	<p>Krajský plán péče o duševní zdraví pro KK, který obsahuje plán a popis opatření pro tuto cílovou skupinu, a který je výstupem společné práce jednotlivých poskytovatelů péče</p>
<p>Služby pro seniorskou populaci jsou v KK v dostatečné kapacitě, avšak dlouhodobě nereagují na potřeby seniorů s duševním onemocněním (reagují převážně na potřebu osob se stařeckou s demencí). Problematika propojování služeb pro tuto cílovou skupinu není systematicky řešena.</p> <p> 4.1.</p>	<p>Strategický cíl 7: Provázání problematiky geronto-psychiatrie s předchozími strategickými cíli, tak aby vznikla jednotná strategie řízení a koordinace.</p>	<p>Opatření 7.1 V oblasti řízení péče o osoby v seniorském věku s duševním onemocněním je nutné postupovat jako u skupiny SMI, kde jsou jednotlivá opatření rozepsána v č. 1 - 5. Nelze postupovat samostatně, a to s ohledem nedostatečných personálních kapacit. Nutné je řešit jednotlivé skupiny provázaně tak, aby vznikl funkční celek a nedošlo k tomu, aby jedna z cílových skupin byla řešena na úkor jiných.</p>	<p>MZČR (po dobu trvání projektu), KK, koordinační skupina a Specializovaná koordinační skupina</p>	<p>2021</p>	<p>sdílený náklad za mzdu krajského koordinátora (vyčísleno viz výše)</p>	<p>0</p>	<p>Krajský plán péče o duševní zdraví pro KK, který obsahuje plán a popis opatření pro tuto cílovou skupinu, a který je výstupem práce jednotlivých poskytovatelů péče</p>

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví

ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



V KK existují služby pro adiktologické pacienty/klienty, nepokrývají však celé spektrum potřeb této cílové skupiny (např. chybí dostatečná kapacita služeb následné péče pro celý KK, zcela chybí pobytová služba, síť AT ambulancí).	Strategický cíl 8: Provázání problematiky adiktologie s předchozími strategickými cíli tak, aby vznikla jednotná strategie řízení a koordinace.	Opatření 8.1 V oblasti řízení péče o osoby se závislostí je nutné postupovat jako u skupiny SMI, kde jsou jednotlivá opatření rozepsána v č. 1 - 5. Nelze postupovat samostatně, a to s ohledem nedostatečných personálních kapacit. Nutné je řešit jednotlivé skupiny provázaně tak, aby vznikl funkční celek a nedošlo k tomu, aby jedna z cílových skupin byla řešena na úkor jiných.	MZČR (po dobu trvání projektu), KK, koordinační skupina a Specializovaná koordinační skupina	2021	sdílený náklad za mzdu krajského koordinátora (vyčísleno viz výše)	0	Krajský plán péče o duševní zdraví pro KK, který obsahuje plán a popis opatření pro tuto cílovou skupinu, a který je výstupem společné práce jednotlivých poskytovatelů péče
---	---	---	--	------	--	---	--



2. FINANCOVÁNÍ

Vize (klíčová myšlenka):

Financování podporuje změnu struktury péče v souladu s NAPDZ 2020-2030 – důraz na ambulance, terénní multidisciplinární týmy, akutní lůžka ve všeobecných nemocnicích, snižování počtu lůžek následné péče.

Udržitelné financování s (na přechodnou dobu) každoročním nárůstem podpory terénní multidisciplinární péče.

Současný stav: / popis problému, potřeby lidí /

Stávající financování prioritizuje udržení stávajících léčebenských a sociálních pobytových zařízení.

Principy úspěšného podnikání v oboru jsou často ve sporu s principy reformy (obložnost versus důraz na život v komunitě, vykazání bodů versus zaměření na klienta)

Je snazší udržovat v chodu velká zařízení místo diverzifikace do zařízení malých, je ekonomicky výhodnější pacienty a klienty podržet déle, nežli je dříve propustit do služeb s nižší mírou podpory a přijmout nové.

Pro zdravotnické profesionály je výhodnější pracovat v blízkém Německu (pro lékaře i v UK apod.), případně jen s vybranou klientelou (obtížnost pacientů, platby depotů, nezáměr o ambulantní ochrannou péči, ...)

Budoucí stav:

Kraj je angažovaný v nastavení udržitelného financování (řídí financování, nemůže ale financovat změny z vlastních zdrojů). Hledá rozumný mix služeb s důrazem na potřeby klienta. Finančně zvýhodňuje „lehké“ služby v komunitě proti službám ve velkých ústavních zařízeních. Kraj hlídá efektivitu využívání (zejména sociálních) služeb, tj. že klientům (a pacientům) není poskytována „nadbytečná“ péče. Hledá způsob, jak pracovat s „finančními balíčky“ pro jednotlivé klienty.



Strategické cíle:

Strategické cíle v oblasti lidské zdroje a odborná příprava jsou společné pro všechny cílové skupiny Reformy péče o duševní zdraví.

Strategický cíl 1: Zpřehlednění současných poskytovaných služeb v rámci péče o duševní zdraví pro všechny cílové skupiny (děti, senioři, lidé se závislostí), plánu jejich rozvoje, v souvislosti s jejich finančním zajištěním

Strategický cíl 2: Kraj při financování a rozvoji služeb reaguje na finanční pobídky z centra, plánuje využívání a využívá pro reformu všechny dostupné zdroje (SF EU, EHP, atd.)

Strategický cíl 3: Financování podporuje změnu struktury péče v souladu s Krajským plánem péče o duševní zdraví pro KK – důraz na ambulance, terénní multidisciplinární týmy, akutní lůžka ve všeobecných nemocnicích, snižování počtu lůžek následné péče.

Strategický cíl 4: Udržitelné financování s (na přechodnou dobu) každoročním nárůstem podpory terénní multidisciplinární péče.

Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav - řešení	Opatření – kroky	Kdo	Termín	Náklady provozní	Náklady investiční	Indikátory
V současné době je nejasné, které subjekty se spolupodílí na financování péče o duševní zdraví v KK. A kolik finančních prostředků, je do systému péče o duševní zdraví v KK vynaloženo. ● 1.5.4	Strategický cíl 1: Zpřehlednění současných poskytovaných služeb v rámci péče o duševní zdraví pro všechny cílové skupiny (děti, senioři, lidé se závislostí), plánu jejich rozvoje, v souvislosti s jejich finančním zajištěním.	Opatření 1.1 Zmapování veškerých subjektů zapojených do financování systému péče o duševní zdraví v KK. Taktéž zmapování v současnosti vynakládaných finančních prostředků na současný systém péče o duševní zdraví v KK.	krajský koordinátor, KUKK	2021	0	0	Úplný přehled subjektů zapojených do poskytování péče v KK
Financování péče je nedostatečné. ● 1.5.4	Strategický cíl 2: Kraj při financování a rozvoji služeb reaguje na finanční pobídky z centra, plánuje využívání a využívá pro reformu všechny dostupné zdroje (SF EU, EHP, atd.)	Opatření 2.1 Kraj má přehled o aktuálních možnostech financování péče z maximálního počtu zdrojů, jejich využívání plánuje a využití poskytovatelům aktivně nabízí.	KUKK	2020 - 2030	0	0	Poskytovatelé péče jsou financováni vícezdrojově ji než dosud. Podíl čerpání financí z EU a EHP se zvýší.
Nejsou definovány veškeré aktivity, které by měly být	Strategický cíl 3: Financování podporuje změnu struktury péče	Opatření 3.1	KUKK, krajská koordináční skupin	2020	0	0	Definovaná síť služeb - Krajský plán péče o

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



realizovány v rámci optimální sítě péče o duševní zdraví v KK	v souladu s Národním akčním plánem pro duševní zdraví 2020 - 2030 – důraz na ambulance, terénní multidisciplinární týmy, akutní lůžka ve všeobecných nemocnicích, snižování počtu lůžek následné péče.	Definovat veškeré aktivity, které by měly být financovány v rámci optimální sítě péče o DZ v KK	financování, jednotliví poskytovatelé péče				duševní zdraví pro KK
V rámci reformy péče o duševní zdraví v KK není pro všechny poskytovatele péče jasně definována finanční motivace k rozvoji komunitně a multidisciplinárně založených služeb. Nárůst prostředků ze strany MPSV přichází se zpožděním.	Strategický cíl 4: Udržitelné financování s (na přechodnou dobu) každoročním nárůstem podpory terénní multidisciplinární péče.	Opatření 4.1 Je potřeba sladit Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v KK, Akční plán rozvoje sociálních služeb v KK pro daná období s Akčním plánem pro duševní zdraví 2020 - 2030.	KUKK, MZČR, MPSV a jednotliví poskytovatelé	2021 - 2030	0	0	Plán udržitelného financování



3. SÍŤE SLUŽEB

Tato kapitola bude rozpracována v příloze C pro cílovou skupinu SMÍ, v příloze D pro cílovou skupinu děti a mladiství a v příloze E pro cílovou skupinu seniři.

4. LIDSKÉ ZDROJE A ODBORNÁ PŘÍPRAVA

Vize (klíčová myšlenka):

Kvalitní a profesionálně zajištěná síť péče o duševní zdraví musí být poskytována dostatečným množstvím kvalifikovaných odborníků všech potřebných odborností.

Současný stav / popis problému, potřeby lidí:

Současná personální situace kopíruje současný stav na trhu práce, tzn. lze ji definovat nedostatkem kvalifikovaného personálu. Zároveň je však významně horší u více profesí s vyšším vzděláním, a to hlavně u lékařů, lékařů s odborností psychiatr a počet pedopsychiatrů v KK je až kritickým nízký, podobný nedostatek personálu je u klinických psychologů. Fenomémem Karlovarského kraje je v posledních letech jeho postupné vylidňování, to se týká zcela zásadně lidí s vysokoškolským vzděláním, kteří odcházejí studovat mimo kraj a již se nevrací zpět. Velkým problémem u odbornosti psychiatr a klinický psycholog je stav, kdy v Karlovarském kraji jsou pouze 1 a 1 místo pro absolvování předatestační přípravy jak lékařů, tak i klinických psychologů. Tomuto v současné době nepomohla ani situace se změnou akreditací míst předatestační přípravy. Kraj v současné době nedisponuje ani dostatečnou kapacitou pro získání odbornosti všeobecná sestra, v současné době je možné získat odbornost všeobecné sestry pouze na VŠO v Karlových Varech, která disponuje vždy jedním ročníkem. V rámci sociálních služeb je situace obdobná pro získání odbornosti sociální pracovník je v KK k dispozici SZŠ a VOŠ Cheb, zároveň je však potřeba uvést, že celkem ročně řádně ukončí studium kolem 15 studentů, z nichž si většina doplňuje vzdělání a pracuje v oboru. V KK také nepůsobí žádný vzdělávací, který by nabízel dostatečné kvalitní doplňkové vzdělání zaměřené na oblast duševního zdraví, za kvalitní není možné považovat ani kvalifikační kurzy pro pracovníky v sociálních službách, které jsou v kraji k dispozici. Pro získání specializovaných dovedností, je pak možné využívat kurzů, které nabízí Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Vzdělávací středisko Fokusu Praha, nebo v případě krizové intervence Remedium taktéž pražské. Toto může také vést k tomu, že specializované dovednosti a znalosti z oblasti péče o duševní zdraví, jsou hůře dostupné i sociálním pracovníkům a veřejným opatrovníkům jednotlivých obcí KK. Personální situace v KK je největším rizikem pro úspěšné dokončení změn v zavádění nového systému péče o duševní zdraví v KK.

Budoucí stav:

- Více míst předatestační přípravy přímo v KK, a to jak pro odbornost psychiatr tak i odbornost klinický psycholog
- Vytvoření pobočky některého ze vzdělávatelů nabízejícího specializované vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví přímo v KK
- Motivace studentů vybraných oborů již v průběhu VŠ a VOŠ studia, tak aby volili potřebné a preferované obory již v průběhu studia
- Usnadnění administrativní zátěže a snížení požadavku na vytvoření míst předatestační přípravy, tak, aby je bylo možné realizovat i v rámci ambulancí či Center duševního zdraví
- Vytvoření systému pobídek pro klíčové profese, a to hlavně psychiatr a klinický psycholog (např. bydlení, náborový příspěvek, příspěvek na získání psychoterapeutické kvalifikace)



- Vytvoření dohod s velkými psychiatrickými nemocnicemi, které jsou přímo zřizovány MZ a které disponují největším počtem míst pro předatestační přípravu, a to jak psychiatru, tak i klinických psychologů, ze které by plynula povinnost těchto nemocnic vysílat lékaře a psychology na dlouhodobější praxe do ambulantních a komunitních služeb typu CDZ.
- Zvýšení kapacit pro studium oboru všeobecná zdravotní sestra a sociální pracovník. A zároveň zvýšení prestiže těchto oborů.
- Srovnání rozdílů mezi středním zdravotnickým personálem (všeobecnými sestrami) a sociálními pracovníky pracujícími v oblasti péče o duševní zdraví. A zároveň vyšší finanční ohodnocení v rámci systému péče o duševní zdraví, které klade vysoké nároky na všestrannost pomáhajících profesionálů.
- Podpořit vzdělávání neformálních pečovatелů a osob s vlastní zkušeností a jejich zapojování do systému poskytované péče.
- Zavedení povinného kurikula pro sociální pracovníky obcí a úředníky veřejné správy, osobních asistentů a profesionálních pečovatелů a IZS, PČR a Školství, které by obsahovalo alespoň základní vzdělání v problematice péče o osoby s duševním onemocněním.
- Destigmatizační aktivity směřované na jednotlivé skupiny pomáhajících profesionálů, a to včetně zdravotnických profesí.

Strategické cíle:

Strategické cíle v oblasti lidské zdroje a odborná příprava jsou společné pro všechny cílové skupiny Reformy péče o duševní zdraví.

Strategický cíl 1: Podpora vzdělávání zdravotníků (lékaři – psychiatři, psychiatři se specializací pro děti a dorost, kliničtí psychologové, všeobecné sestry, psychiatrické sestry).

Strategický cíl 2: Podpora vzdělávání v sociální oblasti.

Strategický cíl 3: Podpora dalšího vzdělávání v problematice duševního zdraví.

Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav - řešení	Opatření – kroky	Kdo	Termín	Náklady provozní	Náklady investiční	Indikátory
Nedostatek kvalifikovaného personálu ve všech zdravotních oborech. ● 1.3.2	<u>Strategický cíl 1:</u> Podpora vzdělávání zdravotníků (lékaři – psychiatři, psychiatři se specializací pro děti a dorost, kliničtí psychologové, všeobecné sestry, psychiatrické sestry).	Opatření 1.1 Vytvoření více míst předatestační přípravy přímo v KK, a to jak pro odbornost psychiatr tak i pro odbornost klinický psycholog Opatření 1.2 Motivace studentů vybraných oborů již v průběhu VŠ a VOŠ studia, tak aby volili potřebné a preferované obory již v průběhu studia	KUKK, jednotliví poskytovatelé péče, MPSV, MŠMT atd.	2021 - 2030	➤	0	Počet zapojených osob, Plán opatření pro stabilizaci situace, uzavřené dohody s velkými psychiatrickými nemocnicemi o stážování lékařů

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



		Zajištění nabídky rekvalifikačních a vzdělávání pro zaměstnance v přímé péči.					v předatestační přípravě na území KK
		Opatření 1.3 Usnadnění administrativní zátěže a snížení požadavku na vytvoření míst předatestační přípravy tak, aby je bylo možné realizovat i v rámci ambulancí či Center duševního zdraví. Je třeba, aby KK a poskytovatelé péče vedli aktivní dialog o této problematice spolu s MPSV a odbornými společnostmi, a aby hledali inovativní řešení v rámci tohoto problému.					
		Opatření 1.4 Navýšení kapacity pro získání odborné kvalifikace ve všech relevantních oborech.					
		Opatření 1.5 Vytvoření systému pobídek pro klíčové profese, a to hlavně psychiatr a klinický psycholog (např. bydlení, náborový příspěvek, příspěvek na získání psychoterapeutické kvalifikace a další).					
Nedostatek sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. ● 1.3.2	Strategický cíl 2: Podpora vzdělávání v sociální oblasti.	Opatření 2.1 Zvýšení kapacit pro studium oboru sociální práce a zároveň zvýšit prestiž tohoto oboru.	MPSV, KK, jednotliví vzdělavatelé, MŠMT	2021 - 2030	➤ neumíme vyčíslit	0	Počet zapojených a v daném oboru vzdělaných osob, Plán opatření pro stabilizaci situace



		<p>Opatření 2.2 Motivace studentů vybraných oborů již v průběhu VOŠ studia, tak aby volili potřebné a preferované obory již v průběhu studia. Formou placených stáží nebo stipendií, tak jako je to možné pro zdravotnické profese. Specializované motivační semináře v oblasti DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ pro studenty SŠ a VOŠ soc. práce. Zajištění nabídky rekvalifikačních a vzdělávání pro zaměstnance v přímé péči.</p>					
<p>V KK také nepůsobí žádný vzdělavatel, který by nabízel dostatečně kvalitní doplňkové vzdělání zaměřené na oblast duševního zdraví, za kvalitní není možné považovat ani kvalifikační kurzy pro pracovníky v sociálních službách, které jsou v kraji k dispozici. Toto může také vést k tomu, že specializované dovednosti a znalosti z oblasti péče o duševní zdraví, jsou hůře dostupné i sociálním pracovníkům a</p>	<p>Strategický cíl 3: Podpora dalšího vzdělávání v problematice duševního zdraví.</p>	<p>Opatření 3.1 Podpořit vzdělávání neformálních pečovatелů a osob s vlastní zkušeností a jejich zapojování do systému poskytované péče.</p>	<p>jednotliví poskytovatelé sociálních služeb, vzdělavatelé, sociální odbory měst a obcí</p>	<p>2021 - 2030</p>	<p>➤ neumíme vyčíslit</p>	<p>0</p>	<p>Počet zapojených a vyškolených osob</p>
		<p>Opatření 3.2 Zavedení doporučeného kurikula pro sociální pracovníky obcí a úředníky veřejné správy, osobních asistentů a profesionálních pečovatелů a IZS, PČR a školství, které by obsahovalo alespoň základní vzdělání v problematice péče o osoby s duševním onemocněním</p>					
		<p>Opatření 3.3 Doplňkové vzdělávání je koncipováno s důrazem na principy recovery a nestigmatizujícího přístupu duševně nemocných.</p>					



veřejným opatrovníkům jednotlivých obcí KK. ● 1.3.2		Opatření 3.4 Vytvoření pobočky některého ze vzdělavatelů nabízejícího specializované vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví přímo v KK. Pořádání otevřených kurzů zaměřených na oblast duševního zdraví na území KK.					
---	--	--	--	--	--	--	--



5. DESTIGMATIZACE

Vize (klíčová myšlenka):

Otevřená společnost k problematice duševního zdraví, která nepodporuje stigma duševní nemoci.

Současný stav / popis problému, potřeby lidí:

V současné době se na území Karlovarského kraje odehrávají destigmatizační aktivity, a to v rámci programu Blázníš? No A!, které realizuje FOKUS Mladá Boleslav z.s. a akce v rámci iniciativy Na Rovinu, které však nemají celospolečenský dopad.

Budoucí stav:

Zajistit rozšíření a propojení současných destigmatizačních aktivit v rámci KK, zajistit destigmatizační akce, které budou mít celospolečenský dopad a zahájí veřejnou diskusi na téma duševního zdraví a budou zacílené na jednotlivé cílové skupiny v populaci (studenti, lékaři, komunity, rodinní příslušníci, samotní uživatelé péče).

Strategické cíle:

Strategické cíle v oblasti Destigmatizace jsou společné pro všechny cílové skupiny Reformy péče o duševní zdraví.

Strategický cíl 1: Vymezení jednotlivých cílových skupin, ke kterým mají být destigmatizační akce směřované a zvolit výběr vhodných nástrojů k tomu určených.

Strategický cíl 2: Zajištění dlouhodobého a trvale udržitelného financování těchto aktivit do roku 2030.

Strategický cíl 3: Realizace destigmatizačních aktivit pro jednotlivé cílové skupiny.

Strategický cíl 4: Vytvořit síť veřejně známých ambasadů z regionu, kteří podpoří veřejnou diskusi a nestigmatizující přístup.

Strategický cíl 5: Ukotvení základů péče o duševní zdraví do systému vzdělávání v mateřských, základních a středních školách.

Strategický cíl 6: Karlovarský kraj je známý v celé republice Karlovarským filmovým festivalem, proto se jako nástroj s významným regionálním přesahem může využít vytvoření nové sekce festivalu, který by byl zaměřený na projekce filmů s tématem duševního zdraví, doprovázeny odborně-popularizačními přednáškami.



Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav - řešení	Opatření – kroky	Kdo	Termín	Náklady provozní	Náklady investiční	Indikátory
Nedostatečná informovanost o problematice duševního zdraví u všech cílových skupin. ● 2.4.1	Strategický cíl 1: Vymezení jednotlivých cílových skupin, ke kterým mají být destigmatizační akce směřované a zvolit výběr vhodných nástrojů	Opatření 1.1 Definování jednotlivých cílových skupin, na které destigmatizační aktivity mají působit. Výběr vhodných nástrojů pro práci s jednotlivými cílovými skupinami.	NUDZ	2020 - 2024	➤	0	popsané destigmatizační strategie pro jednotlivé cílové skupiny
Neznáme výši alokovaných finančních prostředků na realizaci destigmatizačních programů pro jednotlivé cílové skupiny v KK. ● 2.1.1	Strategický cíl 2: Zajištění dlouhodobého a trvale udržitelného financování těchto aktivit do roku 2030.	Opatření 2.1 Finanční plán, který bude obsahovat náklady na takto zvolená destigmatizační opatření v KK a alokované finanční zdroje, ze kterých budou realizovány.	NUDZ, KK	2020 - 2024	➤	0	finanční plán včetně navržených zdrojů financování
Nedostatek destigmatizačních aktivit pro jednotlivé cílové skupiny – některé skupiny vůbec nejsou zahrnuty ● 2.4.1	Strategický cíl 3: Realizace destigmatizačních aktivit pro jednotlivé cílové skupiny (nezapomenou na zaměstnavatele, vzdělavatele-školy).	Opatření 3.1 Realizace destigmatizačních aktivit pro jednotlivé cílové skupiny popsané v destigmatizační strategii pro KK (viz. Opatření destigmatizace 1.1)	NUDZ, poskytovatelé služeb, média, KK	2020 - 2030	➤	0	počet realizovaných destigmatizačních aktivit
Neexistuje síť regionálních ambasadorů.	Strategický cíl 4: Vytvořit síť veřejně známých ambasadorů z regionu, kteří podpoří veřejnou diskusi a nestigmatizující přístup.	Opatření 4.1 Koordinační skupina, jednotliví poskytovatelé a Národní ústav duševního zdraví budou spolupracovat na vytvoření sítě ambasadorů, kteří se aktivně	NUDZ, poskytovatelé služeb, média, KK	2020 - 2030	➤	0	počet zapojených ambasadorů



		zapojí do destigmatizačních aktivit v rámci KK.					
Současný vzdělávací systém nabízí možnost vzdělávání v oblasti péče o duševní zdraví až od SŠ a vždy na zvážení vedení školy ● 2.3.3	Strategický cíl 5: Ukotvení základů péče o duševní zdraví do systému vzdělávání v mateřských, základních a středních školách.	Opatření 5.1 Rozšíření destigmatizačních nástrojů (v současné době pouze BNA) zaměřených na cílovou skupinu děti a dorost. Realizace těchto aktivit a jejich ukotvení v systému vzdělávání.	NUDZ, poskytovatelé služeb, KK, školy	2020 - 2030	➤	0	počet realizovaných programů
V KK není duševnímu zdraví věnována pozornost na žádné kulturní akci. ● 2.4	Strategický cíl 6: Karlovarský kraj je známý v celé republice Karlovarským filmovým festivalem, proto se jako nástroj s významným regionálním přesahem může využít vytvoření nové sekce festivalu, který by byl zaměřený na projekce filmů s tématem duševního zdraví, doprovázeny odborně-popularizačními přednáškami.	Opatření 6.1 Zahájit jednání s organizátory Mezinárodního filmového festivalu v Karlových Varech o zřízení speciální sekce, která by se věnovala filmům s problematikou duševního zdraví, která by byla doplněna o popularizační a destigmatizační akce pro veřejnost.	NUDZ, poskytovatelé služeb, KK, Jiří Bartoška	2022	➤	0	realizace v rámci Karlovarského filmového festivalu



6. ADVOCACY – OBHAJOBA ZÁJMŮ KLIENTŮ A RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Vize (klíčová myšlenka):

Lidé se zkušeností, rodinní příslušníci a další jim blízké osoby jsou partnerem pro rozvoj, hodnocení a zkvalitňování systému péče o duševní zdraví v KK.

Současný stav / popis problému, potřeby lidí:

Hlas lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním není dostatečně slyšet, uživatelské hnutí je řídké a „krotké“. Politiky péče o duševní zdraví s hlasem uživatelů nepočítají, nebo počítají málo. Uživatelé jsou k jednání o reformě přizýváni „ze soucitu“ nebo „protože se to má“, nikoli proto, že je zřejmé, že nejvíc vědí, co potřebují. V rámci Karlovarského kraje jsou aktivity, do kterých jsou zapojováni uživatelé a rodinní příslušníci.

Budoucí stav:

- Udržení a rozšiřování stávajících aktivit
- Zapojení uživatelů a jim blízkých osob do pracovních skupin, komunitního plánování obcí
- Nastavení procesů jak mohou uživatelé, tak i rodinní příslušníci podávat podmínky, a to jak ke kvalitě péče ve všech segmentech tak rozvoji služeb a je jim umožněno zapojit se i do hodnocení kvality jednotlivých služeb
- Podpora vzniku a rozvoje svépomocných aktivit osob se zkušeností i jejich blízkých
- Pravidelná podpora vzdělávacích aktivit uživatelů a jejich blízkých v oblasti práv

Strategické cíle:

Strategické cíle v oblasti Advocacy - obhajoba zájmu klientů a rodinných příslušníků, jsou společné pro všechny cílové skupiny Reformy péče o duševní zdraví.

Strategický cíl 1: Lidé se zkušeností a zástupci pečujících osob jsou zapojeni do rozhodovacích procesů

Strategický cíl 2: Funguje program podpory svépomocných aktivit uživatelů služeb z cílové skupiny

Strategický cíl 3: Nastavení procesů jak mohou uživatelé, tak i rodinní příslušníci podávat podmínky, a to jak ke kvalitě péče ve všech segmentech tak rozvoji služeb a je jim umožněno zapojit se i do hodnocení kvality jednotlivých služeb



Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav - řešení	Opatření – kroky	Kdo	Termín	Náklady provozní	Náklady investiční	Indikátory
<p>Lidé se zkušeností a zástupci pečujících osob nejsou přizváni k jednáním na obcích, v kraji a nemají možnost se k přijímaným plánům a opatřením vyjadřovat.</p> <p>● 1.5.5 ● 3.2.2 ● 4.4.1</p>	<p>Strategický cíl 1: Lidé se zkušeností a zástupci pečujících osob jsou zapojeni do rozhodovacích procesů na úrovni kraje a obcí.</p>	<p>Opatření 1.1 Přizvat a zapojit uživatele, zástupce pečovatelů do pracovní skupiny a komunitního plánování.</p>	<p>obce, KK, uživatelé, pečovatelé</p>	<p>2021 - 2030</p>	<p>➤</p>	<p>0</p>	<p>počet zapojených osob / náklady na DPČ, DPP pro uživatele a pečovatele</p>
<p>V Karlovarském kraji není cíleně a systematicky podporováno uživatelské hnutí.</p> <p>● 1.6.3 ● 4.4.1</p>	<p>Strategický cíl 2: Funguje program podpory svépomocných aktivit uživatelů služeb z cílové skupiny</p>	<p>Opatření 2.1 Aktivně podporovat vznik uživatelského hnutí a dále pak v podpoře pokračovat, a to nejen materiálně technickým vybavením.</p>	<p>organizace, uživatelé, pečovatelé, KK, obce</p>	<p>2021 - 2030</p>	<p>250 000,- / rok</p>	<p>150 000,- / rok</p>	<p>fungující uživatelské hnutí</p>
<p>Všechny segmenty péče nemají dostatečně users friendly nastavené procesy podávání námětů a stížností.</p> <p>● 3.2.2 ● 4.4.1</p>	<p>Strategický cíl 3: Nastavení procesů a jejich ukotvení, jak mohou uživatelé, tak i rodinní příslušníci podávat podněty, a to jak ke kvalitě péče ve všech segmentech, tak rozvoji služeb a je jim umožněno zapojit se i do hodnocení kvality jednotlivých služeb.</p>	<p>Opatření 3.1 Zavedení platformy pro řešení komplikovaných klientských případů a optimalizaci spolupráce mezi různými službami v síti – případové konference, příklady dobré praxe, kazuistické semináře.</p>	<p>organizace, uživatelé, pečovatelé, KK, obce</p>	<p>2021 - 2030</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>fungující platforma pro podávání podnětů, zpracované postupy</p>



7. KVALITA - Zlepšení kvality systému péče o duševní zdraví a lidská práva – bude dopracováno v dalším plánu

Vize (klíčová myšlenka):

Systém péče o duševní zdraví je nastaven tak, aby v něm nebyla pošlapána důstojnost osob, které ho využívají, a tak aby vedl k osobnímu zotavení a ne stigmatizaci a sebestigmatizaci. Všechny segmenty v systému péče jsou poskytovány na co nejvyšší úrovni s důrazem na dodržování lidských práv a dle moderních přístupů péče o DO.

Současný stav / popis problému, potřeby lidí:

Současný systém péče je rezortní a institucionalizovaný. Kvůli resortnosti péče nesměruje vždy k podpoře klienta k samostatnému životu v běžném prostředí. Péče v řadě nemocnic a pobytových služeb v kraji má často ústavní charakter a nerespektuje lidská práva. Řada zařízení ubytovává v mnohólůžkových ložnicích, neposkytují dostatečné soukromí, sociální zařízení jsou společná, bez soukromí.

Z důvodu chybějících komunitních služeb a nedostatku možností dostupného bydlení, setrvávají osoby ve zdravotních i pobytových sociálních službách nadměrně dlouho, ztrácejí dovednosti pro život v běžném prostředí a jejich přechod zpět do běžného prostředí není automaticky plánován a podporován.

Budoucí stav / popis problému, potřeby lidí:

Změnit postoj v poskytování péče tak aby byl kladen důraz na dodržování lidských práv, jedinečnost každého komu je péče poskytována a snížilo se tak stigma psychiatrie jako takové. Poskytování péče bylo pacienty/klienty vnímáno jednoznačně jako pomoc, služba a podpora a nikoli jako trauma, trest nebo ochrana společnosti. Tato postojová změna není jen tématem pro velké psychiatrické nemocnice, je třeba ji posilovat ve všech segmentech péče včetně péče ambulantní a terénní. S kvalitou péče souvisí zásadně to, aby byl doplněn systém péče ve všech jejich segmentech (viz. Kapitola služby) a nedocházelo tak poskytování těchto služeb mimo Karlovarský kraj. K tomuto by všem poskytovatelům měly být vytvořeny odpovídající podmínky, které by minimalizovaly byrokratickou zátěž a podporovaly je v poskytování kvalitních služeb tak, aby nedocházelo k unifikaci poskytované péče, ale aby každému byla poskytnuta podpora „ušitá na míru“.

Strategické cíle:

Strategické cíle v oblasti Kvalita - Zlepšení kvality systému péče o duševní zdraví a lidská práva, jsou společné pro všechny cílové skupiny Reformy péče o duševní zdraví.

Strategický cíl 1: Změnit postoj v poskytování péče tak aby byl kladen důraz na dodržování lidských práv, jedinečnost každého komu je péče poskytována a snížilo se tak stigma psychiatrie jako takové

Strategický cíl 2: Definovat co znamená poskytování kvalitní péče osobám s duševním onemocněním a nastavit procesy, které by k tomuto vedly.

Strategický cíl 3: Změnit krajský systém monitoringu, tak aby nevedl k unifikaci poskytovaných sociálních služeb a velké byrokratické zátěži, ale naopak byl lehce kontrolovatelný a přispíval k individualizovanému (na míru ušitému) poskytování těchto služeb.




Strategický cíl 4: Zmapovat stav používání omezujících prostředků a dodržování lidských práv v rámci současných lůžkových zařízení pro osoby s duševním onemocněním, a to včetně DZR a DOZP.

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



Popis problému	Strategický cíl – budoucí stav - řešení	Opatření – kroky	Kdo	Termín	Náklady provozní	Náklady investiční	Indikátory
<p>V současném systému péče nejsou ve všech jeho částech nastaveny dostatečně procesy, které by zajišťovali dodržování lidských práv a podporovali zotavení.</p> <p>● 4.4.2</p> <p>● 1.3.2</p> <p>● 3.1.1.</p> <p>● 3.2.1</p>	<p>Strategický cíl 1: Změnit postoj v poskytování péče tak aby byl kladen důraz na dodržování lidských práv, jedinečnost každého komu je péče poskytována a snížilo se tak stigma psychiatrie jako takové.</p>	<p>Opatření 1.1 Zajistit a realizovat průběžné vzdělávání pracovníků, zapojených do systému péče o duševní zdraví v oblasti lidských práv a zotavení.</p>	poskytovatelé péče - zaměstnavatelé, vzdělavatelé	2020 - 2030	➤	0	počet proškolených osob/ cca 1 200,- / osoba
		<p>Opatření 1.2 Zavádění pozic peer konzultantů s vlastní zkušeností i peer konzultantů z řad pečujících osob.</p>	poskytovatelé péče - zaměstnavatelé	2019 - 2030	➤	0	počet zaměstnaných peer konzultantů/ 420 000,- / úvazek / rok
<p>V současném systému péče nejsou ve všech jeho částech nastaveny dostatečně procesy, které by zajišťovaly dodržování lidských práv a podporovaly zotavení.</p> <p>● 3.1.1,</p> <p>● 3.2.1</p> <p>● 1.4.1</p>	<p>Strategický cíl 2: Definovat, co znamená poskytování kvalitní péče osobám s duševním onemocněním a nastavit procesy, které by k tomuto vedly.</p>	<p>Opatření 2.1 Ke sledování kvality poskytované péče jsou využívány existující nástroje standardy kvality sociálních služeb, standardy WHO, a to v souladu s úmluvou o Právech osob se zdravotním postižením.</p>	poskytovatelé služeb, KK, MPSV, MZČR	2021 - 2030	0	0	metodika poskytování kvalitní péče osobám s duševním onemocněním



<p>Současný systém monitoringu kvality sociálních služeb je pro poskytovatele byrokraticky zatěžující a spíše přispívá k poskytování unifikované než individualizované péče osobám s duševním onemocněním.</p> <p> 1.4.1</p>	<p>Strategický cíl 3: Změnit krajský systém monitoringu, tak aby nevedl k unifikaci poskytovaných sociálních služeb a velké byrokratické zátěži, ale naopak byl lehce kontrolovatelný a přispíval k individualizovanému (na míru ušitému) poskytování těchto služeb.</p>	<p>Opatření 3.1 Podnítit změnu v současnosti nastaveného krajského systému monitoringu, tak aby byl více zaměřen na individualizaci péče a nepřispíval k jejímu unifikovanému poskytování, které může vést k stigmatizaci osob s duševním onemocněním. Toto pomocí vyjednávání s příslušným odborem KUKK.</p>	<p>poskytovatelé služeb, KK</p>	<p>2019 - 2030</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>změna systému</p>
<p>Není známo, jak jsou používány omezovací prostředky a jak je dohlíženo na dodržování lidských práv v některých segmentech péče.</p> <p> 3.1.2</p>	<p>Strategický cíl 4: Zmapovat stav používání omezujících prostředků a dodržování lidských práv v rámci současných lůžkových zařízení pro osoby s duševním onemocněním, a to včetně DZR a DOZP.</p> <p> 4.2.5</p>	<p>Opatření 4.1 Zmapování používání omezovacích prostředků a naplňování lidských práv v lůžkových zařízeních dle standardů WHO a standardů kvality sociálních služeb.</p>	<p>kraj, zřizovatelé, inspekce kvality MPSV</p>	<p>2022 - 2030</p>	<p>0</p>	<p>0</p>	<p>zmapování zařízení KK</p>

C - Krajský plán péče o duševní zdraví pro Karlovarský kraj - Návrhová část sítě pro SMI (Severe Mental Illness)





Popis cílové skupiny

V počáteční fázi reformy jsou primární cílovou skupinou dospělí lidé se závažným duševním onemocněním (podle mezinárodní definice „severe mental illness“ – SMI), v Karlovarském kraji (dále jen „KK“) jde přepočtem o cca 120 osob ($297\,697$ počet obyvatel Karlovarského kraje $\times 0,75$ dospělí $\times 0,005$ SMI).

Dále pak osoby, hospitalizované v lůžkových psychiatrických zařízeních nebo užívajících psychiatrickou péči, a to služeb adiktologických, gerontopsychiatrických, pedopsychiatrických ambulancí a forenzní psychiatrie. Komunitní plán péče bude navazovat na postup Reformy péče o duševní zdraví i pro další cílové skupiny jako např. služeb pro osoby s mentálním postižením, pro další cílové skupiny z oblasti poruch duševních a poruch chování (dle MKN 10- mezinárodní klasifikace nemocí).

Stručná charakteristika:

1) Osoby s těžkou duševní nemocí (Severe Mental Illness – SMI)

“Severe mental illness” neboli „závažné duševní onemocnění“ je charakterizováno třemi znaky:

- délka kontaktu se službami duševního zdraví je delší než 2 roky (nemocnění trvá déle než 2 roky),
- nemoc způsobuje funkční postižení (obvykle se udává méně než 50 nebo 70 bodů na škále GAF (zkratka Global Assessment of Functioning, škála pro celkové hodnocení fungování. Používá se v psychiatrii k hodnocení psychických, sociálních a pracovních funkcí. Je to klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění).
- bylo diagnostikováno onemocnění schizofrenního okruhu, bipolární poruchy (těžší forma afektivních poruch obecně), těžká forma poruchy osobnosti, případně těžká forma úzkostné poruchy, zvláště obsedantně kompulzivní (tzn. diagnostické okruhy F2, F3, eventuálně F42 a F6).

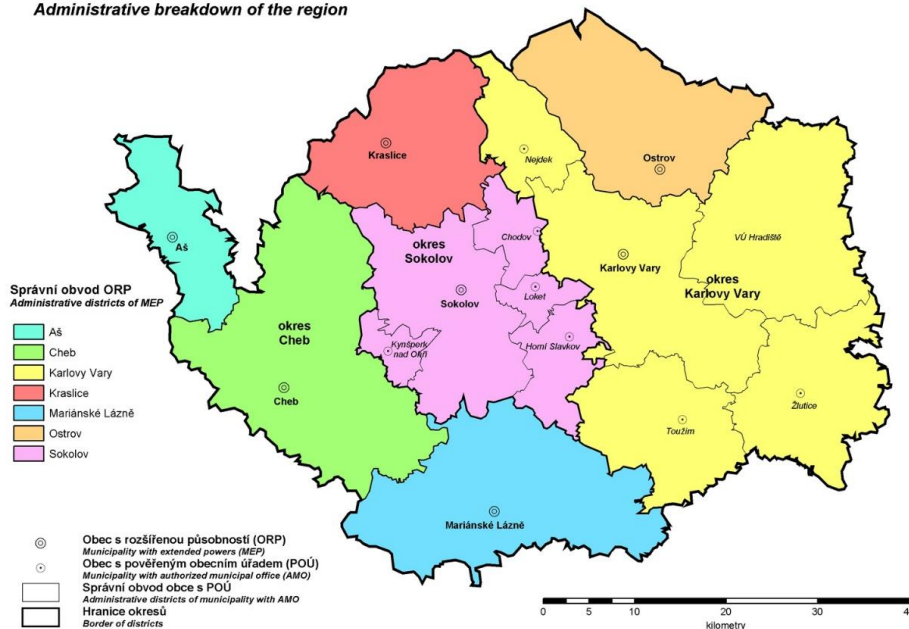
Vzhledem k dlouhodobému průběhu, vážnosti příznaků a tendenci ke vzniku funkčního postižení konzumují lidé s potížemi typu SMI největší podíl ambulantní i hospitalizační psychiatrické péče. Potíže typu SMI mohou způsobovat velkou zátěž pro blízké osoby a mnohdy dochází k rozpadu rodinných vazeb. Pro lidi s vážným duševním onemocněním bývá obtížné dokončit školu, získat a udržet si zaměstnání, bydlení nebo navázat přátelské a intimní vztahy.

Komplexní rozsah potřeb vyžaduje multidisciplinární přístup, s důrazem na principy case managementu, rehabilitace a podpory zotavení. Specifickým průnikem se skupinou B je oblast duálních diagnóz, čili kombinace závislosti a jiné duševní poruchy. Výskyt duálních diagnóz je velmi častý a vyžaduje integrovanou léčbu, která dosud není zavedena s výjimkou několik terapeutických komunit (mimo území kraje).



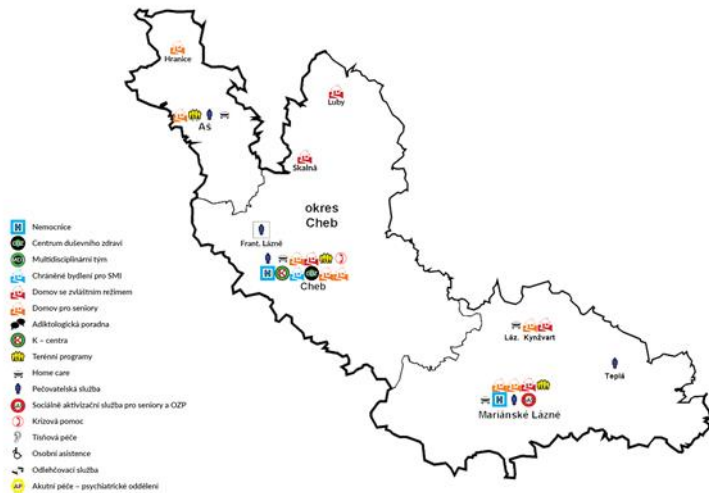
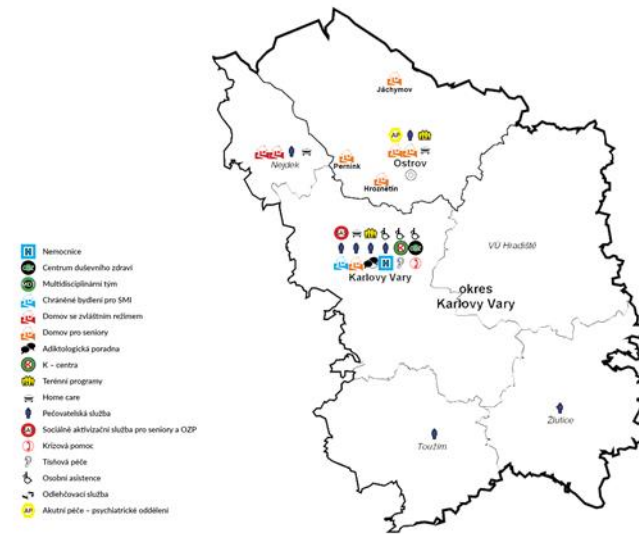
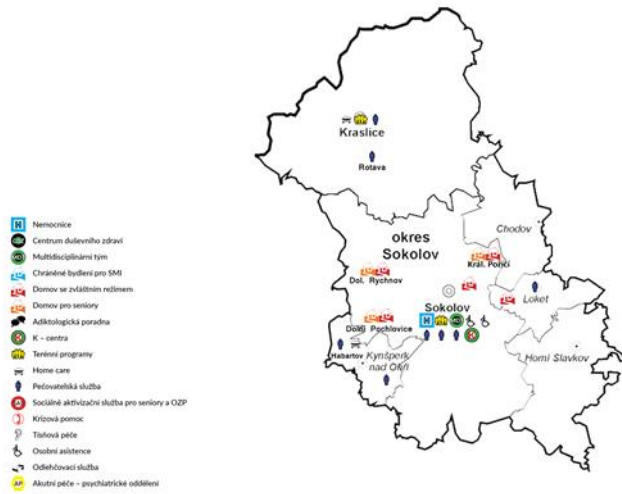
MAPA KRAJE – členění okresy, ORP – mapování služeb pro osoby s SMI

Administrativní členění kraje
Administrative breakdown of the region



https://www.czso.cz/csu/xk/1-xk					
Základní demografická data					
Okres region	rozloha km²	počet obyvatel okresu	počet obcí	města ve statutu	počet obyv. města
Karlovy Vary	1 515	114 435	53	15	87 589
Cheb	1 046	91 052	40	10	50 151
Sokolov	753	88 302	38	13	75 858
Kraj	3 314	293 789	131	38	2138

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.





Sít' služeb v KK.

Popis současné situace

V Karlovarském kraji působí tři komunitní týmy, a to ve všech okresech v Chebu, Sokolově, Karlových Varech, tyto týmy pracují s klienty v celém Karlovarském kraji. Od 1. 5 2019 zde fungují CDZ – Centra duševního zdraví, a to v Chebu a v Karlových Varech. Složení týmů je - case manager, psychiatrické sestry, IPS pracovník, peer konzultant, v CDZ navíc působí psychiatr a klinický psycholog. Tyto týmy se snaží o spolupráci s psychiatrickým oddělením nemocnice v kraji v Ostrově. S psychiatrickou nemocnicí v Dobřanech spolupracují v rámci návštěv klientů z Karlovarského kraje a v současné době probíhá intenzivnější komunikace mezi týmy a pracovníky PN Dobřany nad vytipovanými klienty/pacienty, kteří by se mohli vrátit do komunity.

Psychiatrická péče v KK - momentální stav:

Jediné lůžkové psychiatrické zařízení akutní péče je v nemocnici v Ostrově, konkrétně Psychiatrické a psychotherapeutické oddělení. Nejbližší psychiatrická zařízení, která přijímají pacienty na lůžka následné péče je Psychiatrická nemocnice v Dobřanech. Vzhledem ke vzdálenosti je poměrně problematické udržovat pro rodinu pravidelný a častý kontakt se svými blízkými. Ve spádové PN Dobřany je aktuálně déle než ½ roku 55 pacientů s SMI stav k 31. 12 2020.

Psychiatrická ambulance (odbornost)	Současný stav počtu úvazků v kraji	Cílový stav počtu úvazků v kraji (cca 300 tis. obyvatel)
Psychiatrie pro dospělé	19/13,1	36
Pedopsychiatrie	4/2,5	6
Adiktologie	0	3
Gerontopsychiatrie	0	3
Ambulance klinického psychologa	16/12,2	51



Služby, které v kraji pro klienty s SMI fungují:

- **Podpora samostatného bydlení (od 2021 nebude fungovat)**
- **Chráněné bydlení**
- **Sociální rehabilitace**
- **Centra duševního zdraví**
- **Domovy se zvláštním režimem/** cca 560 lůžek – v praxi je služba poskytována převážně osobám s demencí

Pro obyvatele kraje mimo okresní města je běžné (a mnohdy nutné) dojíždět nejen za sociálními službami, ale i dalšími z mezirezortních aktérů sítě služeb. Jsou jimi například sídla probační a mediační služby, soudy a státní zastupitelství, nemocnice a zdravotničtí specialisté a další. Pro celou řadu obyvatel je toto řešení náročné z hlediska logistiky (špatné i neexistující navazující dopravní spojení) a času, a pro ohrožené skupiny obyvatel – je i finančně nedostupné.

Příklady dobré praxe, aneb co se již osvědčilo:

- Setkání mini-týmů, kulaté stoly a tematické semináře mezioborové spolupráce za účelem nastavování spolupráce a vyjasňování kompetencí
- Případové a rodinné konference, a další typy setkání zaměřených na řešení dané situace
- Mezioborové komise, pracovní skupiny
- Společné akce aktérů na podporu prevence rizikových jevů, programy, přednášky s diskuzemi, dny prevence zaměřené na veřejnost.
- Komunikace a diskuze, sdílení příkladů dobré praxe, předávání informací o službách a navazování kontaktů s aktéry v síti
- Spolupráce s lékaři, sociálními pracovníky obcí, sociálně-zdravotními pracovníky nemocnic

Navrhovaná opatření:

- Rozšíření sítě bydlení komunitního typu
- Zaměřit se na posilování spolupráce, kompetencí a destigmatizaci duševních poruch u obvodních lékařů
- Síť nově vznikajících služeb primárně orientovat na – sociálně slabé, obávajících se stigmatizace, osaměle žijící
- Edukace – umět rozpoznat problematiku duševního onemocnění – obvodní lékaři, sociální služby, veřejnost
- Vytipovávat zájemce o nové služby
- Síťovat a provazovat aktuální zdroje

Navrhovaná opatření by měla podpořit osoby s duševním onemocněním a celou jejich rodinu v oblasti duševního zdraví, klade důraz na včasný záchyt a včasnou péči. Kladou si za cíl včasné rozpoznání potřeb a zajištění potřebné podpory, vyhledání nejvhodnější péče a adekvátní služby. Za velmi důležité považuje realizaci edukace osob, které mají možnost zachytit změny v chování osob. Je



uplatňován bio-psycho-sociální přístup. Je realizována komplexnost a provázanost péče. Dochází k zabezpečení mezioborového přístupu s dobrou provázaností služeb, zmapování a vyhodnocení adekvátnosti podpory a návazností podpůrných opatření, které vedou k prevenci zhoršení stavu. Klíčová je role case managera / koordinátora práce s osobou s duševním onemocněním/ péče je založena na individuálním přístupu k člověku a spolupráci s rodinou a dalšími subjekty, které mají vliv na život daného člověka.

Dochází ke komplexnímu vyhodnocení potřeb dané osoby (jiná situace a jiné zázemí), individuálnímu mapování a plánování.

Realizuje se flexibilní kombinování služeb, které není šablonovitě nastaveno, ale je možné ho docílit na základě individuálního přístupu, vhodnou koordinací podpory a služeb. Péče je postavena na aktivním zapojení klienta a jeho rodiny, je zohledněn názor klienta a jeho rodiny, jsou zapojeni do rozhodování, péče je směřována na duševní zdraví, nikoliv na nemoc a její symptomatologii. Je uplatňován přístup zotavení.

Klient a jeho rodina jsou podporováni v získávání vyšších kompetencí k self managementu. Co nejvíce intervencí se realizuje v práci s přirozeným prostředím klienta a komplexní podporou celé rodiny. Rodina je pojmána jako zdroj klientovi podpory, je proto realizována podpora a spolupráce s odborníky a case managery. Je realizována podpora fungování klienta v přirozeném prostředí, v komunitě, realizuje se podpora ve smysluplném trávení volného času a zapojení do svépomocných skupin. V systému je prioritou preference terénních a ambulantních služeb, které zajistí setrvání klienta v rodinném prostředí.

Péče se více přizpůsobí přirozenému prostředí klienta a jeho rodiny. Zajištění lepší dostupnosti služeb (jak časové, tak místní), jejich kontinuity a provázanosti, podpora služeb komunitních (včetně ambulantní psychiatrické péče a akutních lůžek, terénních mobilních týmů), to vše povede ke snížení počtu dlouhodobých hospitalizací na lůžkách následné péče.

Optimální stav:

Akutní péče by se osobám s duševním onemocněním poskytovala cca ve třech lůžkových odděleních v nemocnicích v Karlovarském kraji, kde by mělo být též zajištěno personální obsazení pracovníky v oboru psychiatrie (byla by tím zajištěna lepší dostupnost péče blízko bydliště klienta, snižovala by se stigmatizace). Tato akutní lůžka by byla provázaná na komunitní služby, které by zajišťovaly nejen následnou péči, případnou rehabilitaci a resocializaci pro dlouhodobě duševně nemocné, ale především preventivní péči, podporu při předcházení hospitalizacím. Dále by úzce spolupracovaly s ostatními odborníky, jako jsou obvodní lékaři, psychologové a ostatní odborníci, a to proto, aby se veškerá odborná pomoc dostala ke klientům/rodinám na jednom místě. Služby by pracovaly systémem case managementu, multidisciplinárně, a měly by koordinační roli při plánování a zjišťování podpory a péče pro osoby s duševním onemocněním a jejich rodiny.



Provázáno na NAPDZ 2020-2030

- Strategický cíl č. 1 Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.
- Strategický cíl č. 2 Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.
- Strategický cíl č. 3 Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.
- Strategický cíl č. 4 Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.
- Strategický cíl č. 5 Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.
 - Kde nejsou vyčísleny náklady, bude doplněno v průběhu realizace.

3. Sítě služeb

Strategické cíle:

Strategický cíl 1: Podpora vzniku a provozu Center duševního zdraví a dalších sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji.

TÝMY/CDZ /JINÉ/STACIONÁŘE/RESPITNÍ PÉČE

- Vznik 3 CDZ (centra duševního zdraví) ve všech okresech v kraji. S využitím podpory reformy z prostředků SF EU (2018 -2020) pro CDZ II. vznikla CDZ v Chebu a Karlových Varech.
- Navýšení kapacity služby SR
- Vznik krizových lůžek
- Funkční propojení týmu CDZ s lůžkovými zařízeními na jedné straně a ambulantními službami i obvodními lékaři na straně druhé.
- Vytvoření sítě multidisciplinární spolupráce péče o duševní zdraví – zdravotní služby, sociální služby, záchranné služby, policie, orgány státní správy a samosprávy a úřady práce – toto s využití projektu Multidisciplinarita.
- Celý kraj je pokryt terénní multidisciplinární službou pro osoby s duševním onemocněním, jsou to služby různého typu - CDZ, terénní mobilní týmy, sociální rehabilitace, pečovatelská služba, rozšířené ambulance (ne všechny navrhované služby budou vhodné pro všechny klienty s duševním onemocněním – některé se budou specializovat pouze na některé typy klientů/ pacientů).



- Vznik respitní péče pro osoby s duševním onemocněním v rámci DZR, DOZP, týdenního stacionáře.
- Rozšíření služeb pečovatelské služby a osobní asistence na osoby s duševním onemocněním – do vzdělání, stáže pro zvýšení sebedůvěry, kompetencí s touto cílovou skupinou
- Rozšíření sítě denních stacionářů pro všechny okresy KK.

Strategický cíl 2: Vytvoření možností bydlení různého typu: městské byty, sociální byty, byty na volném trhu, byty v rámci domů ve vlastnictví FOKUS Mladá Boleslav z. s. – s poskytováním služeb: sociální rehabilitace, chráněné bydlení. Ve službě DOZP, DZR bude možnost využívat různou míru podpory – jednotlivé kapacity budou nastaveny dle potřeb klientů, a to také v návaznosti na transformační plány PN.

Strategický cíl 3: V každém okrese působí specialista na zaměstnávání osob s duševním onemocněním a spolupracuje s daným úřadem práce

- Vytipování a realizace programů na podporu vzdělávání osob s duševním onemocněním

Strategický cíl 4: Vytvoření dostatečné a rovnoměrně rozmístěné sítě psychiatrických lůžek - akutní péče/podpora v krizi

- Rozšíření kapacit akutních lůžek /v současnosti pouze 52 (30). Při současné kapacitě v KK je velké procento překládů do PN Dobřany. Vyjednat s KK možnosti vybudování dalších lůžek v kraji, a to nejlépe v krajských zařízeních. Možná spolupráce s PN Dobřany při personálním zabezpečení.

Strategický cíl 5: Následná lůžková péče

- V Karlovarském kraji nejsou lůžka následné péče, pacienti z KK jsou překládáni na lůžka následné péče do PN v Dobřanech. Klienti/ pacienti budou krátkodobě hospitalizováni v PN Dobřany, po hospitalizaci odchází do péče CDZ, multidisciplinárních týmů, pečovatelské služby, DZR a dalších služeb dle možností kraje. Toto úzce souvisí s dostatečnou kapacitou v oblasti bydlení.

Strategický cíl 6: Rozšíření sítě ambulantních psychiatrů – ambulantní péče

- Karlovarský kraj podporuje vznik nových ordinací, zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy, je zde možnost náborových příspěvků a pobídek ze strany nemocnice i kraje

Strategický cíl 7: Self podpora/podpora pečovatelů /volný čas/rekreace/

- Vznik a podpora uživatelského hnutí/ rodičovských skupin ve všech okresech Karlovarského kraje – setkání, workshopy, vzdělávání. Zapojení uživatelů a pečujících do pracovních skupin týkajících se této cílové skupiny.



Popis problému	Strategický cíl – řešení	Opatření – kroky	Kdo/součinnost	Termín	Náklady Tis provozní	Náklady investiční	Indikátory
Nedostatečná kapacita sociálních služeb pro osoby SMI 4.1.1	<p>Strategický cíl 1: Podpora vzniku a provozu Center duševního zdraví a dalších sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji.</p> <p>Viz Tabulka Plánování rozvoje sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji.</p> <p>2.1</p>	Opatření 1.1. CDZ Karlovy Vary Navýšení úvazků o 6 (2020-2022) Stávající kapacita 92, plánované navýšení o 138) Současný stav 4 sociální pracovníci/ 4 zdravotní sestry	FOKUS M. B.	Vznik 2019	15 milionů z projektu ESF, později cca 22 milionů ročně	0	Vznik nové služby CDZ 1-5-2019 Nové úvazky 6 Kapacita navýšena o 138 klientů 2019 4 úvazky 2020 1 úvazek 2021 5 úvazků
		Opatření 1.2 CDZ Cheb Navýšení úvazků o 4 (2020-2022) Stávající kapacita 92, plánované navýšení o 92) Současný stav 4 sociální pracovníci/ 4 zdravotní sestry	FOKUS M. B.	Vznik 2019	15 milionů z projektu ESF, později cca 22 milionů ročně	0	Vznik nové služby CDZ 1-5-2019 Nové úvazky 4 Kapacita navýšena o 92 klientů 2019 4 úvazky 2020 1 úvazek 2021 3 úvazků
		Opatření 1.3 Vytvoření CDZ Sokolov Navýšení úvazků o 8 (2020-2022). Stávající kapacita 0 navýšení o 178 klientů)	FOKUS M. B.	2022	cca 22 milionů ročně	0	Vznik nové služby CDZ Nové úvazky 8 Kapacita navýšena o 178 klientů
		Opatření 1.4 Navýšení kapacity služby sociální rehabilitace/ komunitní týmy v Karlových Varech	FOKUS M. B.	2022	cca 730 tis.	0	Navýšení kapacity služby úvazky navýšeny o 10 úvazků Kapacita navýšena o 24 klientů 2019 5 úvazků



		Navýšení úvazků o 10 (2020-2022). Současný Stav úvazků 5 Stávající stav 138 klientů navýšení o 24.					2020 5 úvazků 2021 o 4 úvazky 2022 o 6 úvazků
		Opatření 1.5 Navýšení kapacity služby sociální rehabilitace/komunitní týmy v Chebu Navýšení úvazků o 1 (2020-2022). Současný stav úvazků je 5. Stávající kapacita 100 navýšení o 25.	Fokus M. B.	2021	cca 730 tis.	0	Navýšení kapacity služby úvazky navýšeny o 9 úvazků Kapacita navýšena o 25 klientů 2019 4 úvazky 2020 4 úvazky 2021 o 5 úvazků 2022 o 4 úvazky
		Opatření 1.6 Navýšení kapacity služby sociální rehabilitace/komunitní týmy v Sokolově Navýšení úvazků o 8 (2020-2022). Současný stav úvazků je 5. Stávající kapacita 98 klientů navýšení o 24.	Fokus M. B.	2021-2022	cca 730 tis	0	Navýšení kapacity služby úvazky navýšeny o 8 úvazků Kapacita navýšena o 24 klientů 2019 4 úvazky 2020 o 1 úvazek 2021 o 3 úvazky 2022 o 4 úvazky
		Opatření 1.7 Vznik krizových lůžek v KK (např. v rámci CDZ – 2 lůžka pro okres) Stávající stav 0 navýšení o 6 lůžek.	FOKUS M. B.	2021-2025	Lůžka by byla personálně zajišťovány v rámci stávajících služeb CDZ/SR/CHB	Cca 1,5. mil lůžko	Vznik nové služby Kapacita navýšena o 6 lůžek
		Opatření 1.8 Vznik respitní péče v rámci DZR, DOZP	KUKK, poskytovatelé provozující DZR, DOZP, obce	2021-2025	2,5 miliónů – jedná se o odhad	Max. 2 milióny v případě potřeby- jedná se o odhad	Vznik nové služby/ Rozvoj služeb stávajících poskytovatelů



		Opatření 1.9 Rozšíření služeb pečovatelské služby a osobní asistence pro osoby s duševním onemocněním	KUKK, stávající poskytovatelé	2021-2025	V rámci stávajících personálních kapacit	15000/pracovník v rámci specializovaného vzdělávání /mohlo by jít cca o 100 pracovníků	Rozšíření služeb stávajících poskytovatelů
<p>Nedostatečná kapacita bydlení různého typu pro SMI, pro mnohá mají DOZP a DZR, je duševní onemocnění kontraindikací k přijetí.</p> <p>1.6.2</p>	<p>Strategický cíl 2: Vytvoření možností bydlení různého typu: městské byty, sociální byty, byty na volném trhu, byty v rámci domů ve vlastnictví FOKUS Mladá Boleslav z. s. – s poskytováním služeb: sociální rehabilitace, chráněné bydlení. Ve službě DOZP, DZR bude možnost využívat různou míru podpory – jednotlivé</p>	Opatření 2.1 Chráněné bydlení komunitního typu intenzivní podpora 24/7 pro 28 lidí ve všech okresech Navýšení o 14 úvazků pro celý KK (2020-2022). Stávající kapacita 0 navýšení o 28 lůžek.	FOKUS M. B., Poskytovatelé služeb chráněného bydlení, DZR, KUKK	2020-2030	cca 730 tis., /úvazek/rok včetně odvodů a režijních nákladů	➤	Navýšení kapacity služeb, vznik nových služeb Úvazky navýšeny o 14 Kapacita navýšena o 28 lůžek
		Opatření 2.2 Zajištění službou sociální rehabilitace a službou chráněné bydlení – v sociálních bytech / chráněných bytech pro 50 osob v celém kraji (návaznost na transformaci PN Dobřany). Navýšení o 2 úvazky (2020-2022). Současný počet úvazků 11.	Fokus M. B., obce	2021-2030	cca 730 tis., /úvazek/rok včetně odvodů a režijních nákladů	➤	Navýšení kapacity služeb Úvazky navýšeny o 2 Vznik 50 míst k bydlení
		Opatření 2.3 Lůžka v bytech v civilní zástavbě – 80 lůžek pro všechny	Obce, poskytovatelé služeb	2021 – 2023 – 2025	Lůžka by byla personálně zajišťována v rámci	➤	Vznik 80 lůžek v bytech v civilní zástavbě





	<p>kapacity budou nastaveny dle potřeb klientů, a to také v návaznosti na transformační plány PN.</p> <p>● 5.2.3</p>	<p>okresy podpora bude zajištěna službami sociální rehabilitace a chráněné bydlení.</p>		<p>2025 – 2027 2027 – 2030</p> <p>Každé období vznik 20ti lůžek</p>	<p>stávajících služeb CDZ/SR/CHB</p>		
		<p>Opatření 2.4 Lůžka v DZR – jako přestup z PN do komunity – věková kategorie od 18 let – využít stávající kapacity DZR v KK pro uživatele s vysokou mírou podpory 24/7 z důvodu komorbidit nebo těžkého kognitivního defektu. V případě zjištění že tyto osoby nejsou schopné přecházet do bydlení s nižší mírou podpory, vzniká v kraji specifické zařízení moderního stříhu s péčí 24/7.</p>	<p>KK, stávající DZR</p>	<p>2022 - 2024</p>			<p>Kapacita dle propuštěných pacientů v rámci transformace PN a možností DZR</p>
<p>Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním se věnuje Fokusu Mladá</p>	<p>Strategický cíl 3: V každém okrese působí</p>	<p>Opatření 3.1. IPS pracovník je součástí multidisciplinárního týmu v každém okrese</p>	<p>FOKUS M. B.</p>	<p>2020</p>	<p>Cca 1 milion ročně</p>	<p>0</p>	<p>Využití stávajících kapacit</p>




Boleslav, ÚP systematicky neřeší tuto cílovou skupinu. Studiu, přípravě na studium a na práci se v rámci kraje nikdo systematicky nevěnuje.	specialista na zaměstnávání osob s duševním onemocněním a spolupracuje s daným úřadem práce	Opatření 3.2 Aktivní spolupráce ÚP na zaměstnávání osob s duševním onemocněním	Poskytovatelé služeb sociální rehabilitace, ÚP, zaměstnavatelé	2020-2022	0	0	Počet zaměstnaných klientů/spolupráce poskytovatelů soc. služeb, klientů, zaměstnavatelů a ÚP; metoda práce IPS
Nedostatek lůžek akutní péče 52 (30) lůžek na 295 686 obyvatel ve strategii 40 lůžek na 100 000 obyvatel. Časté překlady do PN, propouštění před doléčením.	Strategický cíl 4: Vytvoření dostatečné a rovnoměrně rozmístěné sítě psychiatrických lůžek - akutní péče/podpora v krizi	Opatření 4.1 Zajistit, aby současné psychiatrické oddělení na území KK naplňovala standardy akutní lůžkové psychiatrické péče.	KUKK, zdravotní pojišťovny, MZČR, PENTA	2020-2022	0	0	Stávající oddělení bude naplňovat standardy akutní lůžkové péče
4.2.1		Opatření 4.2 Navýšení lůžek akutní péče – Cheb nebo Sokolov – vyjednávání se s PN Dobřany o zřízení detašovaného pracoviště v KK	KUKK, PN Dobřany, MZČR, VZP a další zdravotní pojišťovny, PENTA	2022 - 2024			Vznik nových lůžek v KK
		Opatření 4.3. Vznik Early intervence pro osoby s SMI, vznik v rámci subtýmů CDZ	FOKUS M. B., KUKK, MZČR, VZP a další pojišťovny, AP	2022 - 2024	cca15000/pracovník na specializované vzdělání ve specifickém přístupu práce odhadem 9-12 osob na celý karlovarský kraj	0	Vznik nových služeb



<p>V Karlovarském kraji neexistují lůžka následné péče, tyto jsou poskytována v PN Dobřany, která je dopravně z KK velmi špatně dopravně dostupná a zároveň její hospitalizace trvají nejdéle, což má za následek vytržení osob s duševním onemocněním z KK tedy z jejich přirozeného prostředí.</p>	<p>Strategický cíl 5: Následná lůžková péče Psychiatrická nemocnice snižuje počty a délky pobytů ve svých zařízeních následné zdravotní péče.</p>	<p>Opatření 5.1. Snížení počtu lůžek následné péče v PN Dobřany, které je spojeno s vytvořením sítě CDZ a dalších služeb pro osoby s duševním onemocněním, a to včetně těch v oblasti bydlení – přímo souvisí se strategickými cíli č. 1 a č. 2  4.2.3</p>	<p>PN Dobřany, KUKK, MZČR, Poskytovatelé služeb</p>	<p>2019-2030</p>	<p>Finance zahrnuty ve strategickém cíli č. 1 a č. 2</p>		<p>Statistické údaje z PN Dobřany/statistické údaje z CDZ KV a CHEB</p>
<p>Nedostatek personálních kapacit v ambulanci péči/ na počet obyvatel.</p>	<p>Strategický cíl 6: Rozšíření sítě ambulantních psychiatrů – ambulantní péče  4.3.3</p>	<p>Opatření 6.1 Navýšení počtu AP, klinických psychologů – spolupráce s PN, fakultními nemocnicemi, psychiatrickými odděleními – vyjednávání se spádovou PN o vytvoření detašovaného pracoviště, s tím</p>	<p>KUKK/Zdravotní pojišťovna/MZČR/ PN/AP/</p>	<p>2019 - 2030</p>			<p>Vznik nových ambulancí / dle strategie reformy</p>



		souvisí možnost předatestační přípravy v kraji					
		Opatření 6.2 Podpořit nábor odborného personálu	KUKK, obce, MZČR, stávající ambulance	2021 - 2030	➤	➤	Navýšení odborného personálu – stipendia, náborové příspěvky, byty a další benefity
		Opatření 6.3 Podpořit nábor psychiatrických sester – stipendia, přednášky na školách v KK - dvě zdravotnické školy, VOŠ – zvážit rozšíření akreditace na těchto školách	KUKK, obce, dotčené školy, MŠMT	2021- 2030			Vznik oboru v kraji
		Opatření 6.4 Vznik ambulancí s rozšířenou péčí – mimo projekty MZČR, na základě vyjednávání podmínek se zdravotními pojišťovnami (např. omezení vydávání nových smluv pro jednotlivé profese, ale pouze na pro soubor odborností – koncept rozšířené ambulance)	Zdravotní pojišťovny, KUKK, MZČR, AP	2021-2030			Vznik nových ambulancí
		 4.2.4					



<p>Minimální podpora a kapacita uživatelského hnutí včetně příbuzenského.</p>	<p>Strategický cíl 7: Vznik podpora uživatelského hnutí/ rodičovských skupin ve všech okresech Karlovarského kraje – setkání, workshopy, vzdělávání. Zapojení uživatelů a pečujících do pracovních skupin týkajících se této cílové skupiny.</p> <p>4.4</p>	<p>Opatření 7.1. Podpora setkávání, workshopy, vzdělávání – uživatelů, rodičů, pečovatelů ve všech okresech KK</p>	<p>Pracovníci ze služeb, KUKK, uživatelské organizace, svépomocné skupiny, obce</p>	<p>2019- 2023</p>	➤		<p>Počet zapojených osob/počet podpořených osob</p>
		<p>Opatření 7.2 Zapojení uživatelů a pečujících do pracovních skupin týkajících se této cílové skupiny. Cestou aktivní spolupráce a oslovování k jejich zapojení se do těchto pracovních skupin.</p>	<p>Pracovníci ze služeb, KK, svépomocné skupiny, patientské organizace</p>	<p>2020-2022</p>			<p>Počet zapojených osob</p>
		<p>Opatření 7.3 Vznik některé z následujících forem pro volnočasové setkávání – club-house, recovery college, drop in (případně jiné možné formy, dle zahraničních inspirací) ve všech okresech.</p>	<p>Poskytovatelé služeb, pracovníci projektu Destigmatizace, uživatelé</p>	<p>2022-2024</p>	➤	➤	<p>Vznik nových služeb, rozšíření spektra stávajících služeb, tyto aktivity by měly být realizovány již stávajícími službami CDZ/týmy sociální rehabilitace,</p>





D - Krajský plán péče o duševní zdraví pro Karlovarský kraj - Plán sítě péče o děti.





Popis cílové skupiny

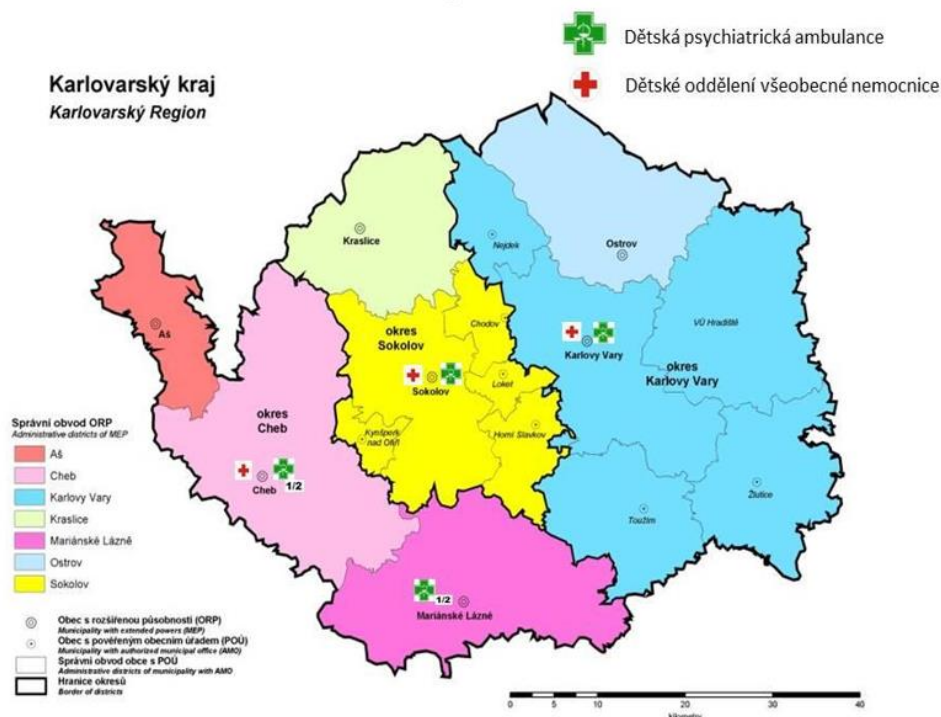
Tato skupina je z klinického pohledu velmi různorodá (spektrum diagnóz a různé průběhové formy). Pojítkem je věk nástupu nemoci, a tudíž i zásadní kontext rodinného systému. Pracovat se samotným dítětem bez podpory celého systému rodiny je zcela neefektivní a legislativně nemožné.

Bohužel dostupnost ambulantních specialistů, terapeutických či edukačních programů je zcela nedostatečná. Důsledkem dlouhého čekání na poskytnutí péče jsou hospitalizace dětských pacientů včetně setrvání některých v hospitalizaci déle, než je z klinického hlediska potřebné. Pro rodiny dětských pacientů je toto spojení s velkou sociální i ekonomickou zátěží.

Podstatná je změna v přemýšlení a zahájení systematického plánování změn do funkčně propojeného celku, založeného na multidisciplinární spolupráci. V současné době je výhodou rozvinutost speciálního školství a rozvíjející se systém péstounské péče a vůbec sanace ohrožených rodin. Funkční je také screening vývojových vad včetně poruch učení se zapojením primární dětské ambulantní péče. Výzvu k rozvoji představuje oblast školské inkluze dětí se zdravotním handicapem.



MAPA KRAJE – členění okresy, ORP, výstup z mapování služeb pro děti



1 https://www.czso.cz/csu/xk					
Základní demografická data					
Okres region	rozloha km ²	počet obyvatel okresu	počet obcí	města ve statutu	počet obyv. města
Karlovy Vary	1 515	114 435	53	15	87 589
Cheb	1 046	91 052	40	10	50 151
Sokolov	753	88 302	38	13	75 858
Kraj	3 314	293 789	131	38	2138

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



Popis současné situace:

Situace v péči o děti s duševním onemocněním nebo ohrožené jeho vznikem, lze považovat za kritickou v celé České republice (snad až na hlavní město Praha) a její řešení je i jednou z nejpálčivějších potřeb v rámci probíhající reformy péče o duševní zdraví v Karlovarském kraji.

Tato bezpochyby krizová situace je však příležitostí k celkové změně přístupu v této oblasti péče. Proto se nabízí umět využít a poradit si s tím co již v rámci kraje funguje, co máme k dispozici, vědět, kde čerpat jinde, podporovat se a rozvíjet se.

Je to problematika velmi komplexní a spojená s negativními sociálními, zdravotními, trestněprávními, bezpečnostními i ekonomickými dopady, které nepříznivě ovlivňují zdravý vývoj jedinců i společnosti v našem kraji.

Společným bodem, na kterém se dnes všechny složky v systému péče shodují, a na kterém mohou spolupracovat, je zájem dítěte, zapojování jeho rodiny a snaha o zlepšení jejich životní situace. S úsilím, aby se rodiny co nejméně dostávaly do stavu ohrožení, neprohlubovala se jejich špatná sociální situace, nebo aby negativní dopady byly co nejmenší a mohly fungovat v rámci většinové společnosti, participovat v ní, rozvíjet svůj potenciál a nepotřebovaly využívat níže zmíněných služeb.

Zdravotní služby:

Ambulantní pedopsychiatrická péče:

V Karlovarském kraji jsou v současné době dostupné čtyři ambulance psychiatrů se specializací dětské a dorostové psychiatrie. Bohužel se v reálu jedná však pouze o 2,5 úvazku lékaře (dle dostupných informací Všeobecné zdravotní pojišťovny). Dochází tak k přeplnění těchto ambulancí, kde část z nich toto řeší vyhlášením stop stavu na příjem nových pacientů, což v důsledku znamená prodlužování čekací doby až na 6 měsíců. U velké části psychiatrických poruch je pro následný průběh onemocnění klíčové rychlé zajištění odborné péče. Toto platí u dětských pacientů dvojnásob a z tohoto důvodu je tak tento stav velmi nešťastný. Přináší zároveň velkou nepřehlednost pro rodiny dětských pacientů, kteří s dětským pacientem hledají pomoc mezi ambulancemi v rámci kraje.

Akutní lůžková pedopsychiatrická péče:

V Karlovarském kraji neexistují akutní psychiatrická lůžka pro dětské pacienty. Nejbližší lůžková psychiatrická zařízení, která tyto klienty přijímají, jsou v Plzeňském kraji. Jedná se konkrétně o akutní lůžka ve Fakultní nemocnici Plzeň a Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. S ohledem ke značné vzdálenosti je pro velkou část rodin nemožné zapojit se do léčby např. v rámci rodinné terapie, která je nedílnou součástí pedopsychiatrické péče. Děti jsou kvůli tomu také vytrženy z jejich přirozeného a rodinného prostředí což má v mnoha případech negativní vliv na jejich léčbu.

Tento stav s sebou sekundárně přináší i absence předatestační přípravy lékařů v pedopsychiatrické specializaci přímo v Karlovarském kraji. V KK tak zcela chybí takto akreditované pracoviště. Příprava lékařů v rámci ambulance je složitá jak s ohledem k



náročnosti získání této akreditace, struktury povinných praxí v rámci této přípravy, tak i finanční udržitelnosti, kdy lékař v této přípravě nemůže vykazovat téměř žádné výkony.

Ambulance dětského klinického psychologa a klinického psychologa:

Klinická psychologie Monika Kopárková s. r. o., Cheb.¹

Psychiatrická ambulance (odbornost)	Současný stav počtu úvazků v kraji	Cílový stav počtu úvazků v kraji (cca 300 tis. obyvatel)
Psychiatrie pro dospělé	19/13,1	36
Pedopsychiatrie	4/2,5	6
Adiktologie	0	3
Gerontopsychiatrie	0	3
Ambulance klinického psychologa	16/12,2	51

Nedostatek psychologů pracujícími psychoterapeuticky s dětmi. Nikdo neprovozuje skupinovou psychoterapii.

¹ [Klinická psychologie Monika Kopárková s. r. o.](#)



Propojení zdravotnictví s ostatními obory (sociální, školství, neziskovky...) naráží na GDPR (obtížné ošetřit).

Služby, které v kraji pro děti a mladistvé fungují:

Služby z resortu MŠMT

Pedagogicko-psychologické poradny:

V každém okrese našeho kraje jsou pedagogicko-psychologické poradny (zkr. PPP) poskytující poradenské, diagnostické, reedukační a psychoterapeutické služby v oblasti výchovy a vzdělávání a v otázkách osobnostního, sociálního a profesního vývoje dětem od 3 let, žákům a studentům všech typů škol, jejich rodičům a pedagogům (např. výukové a prospěchové potíže; výchovné potíže; poruchy učení; rodinné nebo osobní problémy; logopedické obtíže; různé formy postižení; profesní poradenství a zprostředkování kontaktu na další odborníky). V rámci každé pedagogicko-psychologické poradny pracuje metodik prevence, který koordinuje práci školních metodiků prevence, odpovědných za snižování rizikového chování ve školách (<http://www.pppkv.cz/>).

Speciálně-pedagogická centra:

Tzv. SPC mají přímou návaznost v oblasti speciálního školství a poradenské služby zejména při výchově a vzdělávání. Jsou však cíleny na potřeby dětí a mladistvých s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem.

Střediska výchovné péče:

Odbornou pomoc v procesu pedagogické a sociální integrace poskytují ve spolupráci s rodinou, školami a dalšími odborníky, a to v obcích s rozšířenou působností Aš, Cheb, Mariánské Lázně, Sokolov, Karlovy Vary a Ostrov. Ve středisku výchovné péče, tzv. SVP je cílem preventivně výchovným působením předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dětí; narušení jejich zdravého vývoje; zmírňování, nebo odstraňování příčiny; důsledky již rozvinutých poruch chování a jevů v sociálním vývoji a přispívat ke zdravému osobnímu rozvoji dětí (školní neúspěšnost a záškoláctví, toulání a útěky z domova, problémy v rodinných vztazích, nerespektování autorit, konflikty s vrstevníky a další).

Ústavní a ochranná výchova:

Jsou to opatření navržena orgánem sociálně-právní ochrany dětí a schválena soudem. Do této kategorie patří školská zařízení v Karlovarském kraji: dětský domov (Dětský domov Cheb a Horní Slavkov; Dětský domov Mariánské Lázně a Aš; Dětský domov Plesná, Karlovy Vary a Ostrov); výchovný ústav a dětský domov se školou (Žlutice) a diagnostický ústav (Plzeň – odloučené pracoviště SVP v Karlových Varech).



Služby z resortu MPSV

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež:

Pro děti a mládež ohrožené sociálně patologickými jevy nebo sociálním vyloučením, kteří mají vyhraněný životní styl neakceptovaný většinou společnosti, či tráví rizikově a neorganizovaně svůj volný čas jsou určeny nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, tzv. NZDM.

Sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi:

V oblasti práce s rodinou a rodičovskými kompetencemi hrají nezastupitelnou roli sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, tzv. SAS pro rodiny s dětmi, které jsou v terénní i ambulantní formě poskytovány u rodin s dítětem, kde existuje riziko ohrožení jeho vývoje nebo je jeho zdárný vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě obtížné sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci vyřešit.

Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy:

V každém okrese kraje sídlí poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, která poskytuje podporu osobám v nepříznivé sociální situaci (např. lidé procházející krizí spojenou s osobními, partnerskými nebo rodinnými problémy, domácím násilím, pracovní či bytovou problematikou). Obě organizace, které tyto služby poskytují (Sociální služby v Kynšperku nad Ohří, p. o. a Res vitae, z.s.), mají registrovanou i telefonickou krizovou pomoc.

Krizová pomoc v pobytové formě:

Tuto službu poskytuje Diecézní charita Plzeň v Chebu, je určená pro rodiče s dětmi.

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc:

V Karlových Varech se nachází krizové zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (tzv. ZDVOP), které je určené pro děti, které se ocitly bez jakékoliv péče, kterou vzhledem ke svému věku potřebují, a jsou v bezprostředním ohrožení života, zdraví nebo příznivého vývoje (zejména děti týrané a zanedbávané, při úmrtí či akutní hospitalizaci rodičů...).

Náhradní rodinná péče:

Nejen k těmto situacím se vztahuje náhradní rodinná péče, která má blízkou spojitost i s matkami uživatelkami drog a službami, které pomáhají pěstounům, tzv. doprovázející organizace. Ty poskytují pěstounům poradenství, zajišťují jejich vzdělávání, podporují kontakt dítěte s jeho původní/biologickou rodinou a zprostředkovávají rodině i další pomoc a služby.

Raná péče:

Pro rodiny s dětmi s ohroženým vývojem od narození nejvýše do 7 let (např. s těžkou nezralostí, komplikovaný porod, s nízkou



porodní vahou, děti, u kterých si rodiče nejsou jisti správným vývojem apod.), s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením a rodinám dětí s autismem, nebo podezřením a poruchu vývoje autistického spektra jsou k dispozici služby rané péče. V rámci KK službu poskytují dvě organizace v Karlových Varech a v Chebu.

Tyto služby působí většinou v rámci okresních měst a pro obyvatele kraje mimo okresní města je tedy běžné (a mnohdy nutné) pro jejich využití dojíždět. Pro celou řadu obyvatel je toto řešení náročné z hlediska logistiky (špatné i neexistující navazující dopravní spojení) a času, a pro ohrožené skupiny obyvatel i finančně nedostupné.

Příklady dobré praxe, aneb co se již osvědčilo:

- Mezioborová multidisciplinární spolupráce aktérů: např. OSPOD, školy, sociální služby, policie, Probační a mediační služba, volnočasová zařízení (DDM, rodinná centra atd.), lékaři, rodiče a dítě.
- Setkání mini-týmů, kulaté stoly a tematické semináře mezioborové spolupráce za účelem nastavování spolupráce a vyjasňování kompetencí, se zaměřením zejména na celou rodinu
- Případové a rodinné konference, a další typy setkání zaměřených na řešení dané situace
- Mezioborové komise, pracovní skupiny – týmy pro mládež, komise prevence kriminality, komise SPOD aj.
- Společné akce aktérů na podporu prevence rizikových jevů, programy, přednášky s diskuzemi, dny prevence zaměřené pro školáky i veřejnost.
- Komunikace a diskuze, sdílení příkladů dobré praxe, předávání informací o službách a navazování kontaktů s aktéry v síti.

Navrhovaná doporučení:

Z výše uvedených informací je jasné, že síť pro dětské pacienty je nevyvážená a roztržitá, chybí koordinace péče mezi jednotlivými resorty, některé služby chybí zcela. Cestou změny by mělo být zavedení multidisciplinární spolupráce koordinované kolem jedince, a to pomocí terénní case-managementové služby, která by toto zajišťovala. Z tohoto lze dále vyvodit dvě hlavní doporučení:

- Z již fungujících služeb vybrat a transformovat 3 služby, ze kterých by vznikly terénní multidisciplinární týmy, pracující metodou case managementu v jednotlivých okresech.
- Zajistit v Karlovarském kraji vznik akutního lůžkového oddělení pro děti a dorost s kapacitou alespoň 20 lůžek.

Další doporučená opatření:

- Rozšíření sítě školních psychologů
- Zaměřit se na posilování spolupráce, kompetencí a destigmatizaci duševních poruch u pediatriů při prvozáhytu psychických nemocí u dětí
- Zaměřit se na posilování spolupráce, kompetencí a destigmatizaci duševních poruch u školních psychologů a výchovných poradců ve školách
- Snížit věkovou hranici u dětí pro možnost ošetření v psychiatrické ambulanci pro dospělé na 16 let ale pro toto upravit bodové ohodnocení lékaře pro vyšetření dítěte, které trvá podstatně déle než u dospělého a pracuje se zde i s celou rodinou
- Edukace – umět rozpoznat problematiku duševního onemocnění – nízkoprahové služby



- Sít'ovat a provazovat aktuální zdroje
- Využití SPO

Navrhovaná doporučení by měla podpořit dítě a celou jeho rodinu v oblasti duševního zdraví s tím, že klade důraz na včasný záchyt a včasnou péči. Doporučení mají za cíl včasné rozpoznání potřeb a zajištění potřebné podpory, vyhledání nejvhodnější péče a adekvátní služby. Za velmi důležité se považuje realizace edukace osob, které mají možnost zachytit změny v chování dítěte.

Je uplatňován bio-psycho-sociální přístup. Je realizována komplexnost a provázanost péče. Dochází k zabezpečení mezioborového přístupu s dobrou provázaností služeb, zmapování a vyhodnocení adekvátnosti podpory a návazností podpůrných opatření, které vedou k prevenci zhoršení stavu. Klíčová je role Case managera, který zajišťuje péči založenou na individuálním přístupu k dítěti, spolupráci s rodinou dítěte a dalšími subjekty, které mají vliv na jeho vývoj. Dochází ke komplexnímu vyhodnocení potřeb dítěte a celého rodinného systému (jiné dítě, jiná situace a zázemí), individuálnímu mapování a plánování.

Realizuje se flexibilní kombinování služeb, které není šablonovitě nastaveno, ale je možné ho docílit na základě individuálního přístupu, vhodnou koordinací podpory a služeb. Péče je postavena na aktivním zapojení dítěte a jeho rodiny, je zohledněn názor dítěte a jeho rodiny, péče je směřována na duševní zdraví, nikoliv na nemoc a její symptomatologii. Je uplatňován přístup zotavení.

Dítě a jeho rodina jsou podporovány v získávání vyšších kompetencí k self managementu. Co nejvíce intervencí se realizuje v přirozeném prostředí dítěte a s komplexní podporou rodiny. Rodina je pojímána jako zdroj opory dítěte, je proto realizována podpora rodičovských kompetencí a spolupráce s odborníky a case managery. Je realizována podpora fungování dítěte/mladistvého ve vrstevnické komunitě, je podporováno smysluplné trávení volného času a zapojení peer organizací či hostitelských rodin. Preferované jsou terénní a ambulantní služby, které zajistí setrvání dítěte v rodinném prostředí.

Nově vybudovaný systém služeb pro děti s duševním onemocněním by měl logicky vyústit v to, že umístění dítěte do pobytové služby v horizontu deseti let nebude nutné. Bude také lépe zajištěna dostupnost služeb (jak časové, tak místní), jejich kontinuita a provázanost.

Optimální stav:

Optimální stav počítá s doplněním absentujících služeb, doplněním služeb s nedostatečnou kapacitou a systematickou koordinací individuálně poskytované péče.

Akutní lůžková pedopsychiatrická péče bude poskytována přímo v Karlovarském kraji. Takto vybudované oddělení bude splňovat minimální personální a materiálně technický standard. Bude úzce propojené se třemi multidisciplinárními case managementovými týmy z každého okresu Karlovarského kraje. Tyto týmy budou zajišťovat nejen následnou péči, případnou rehabilitaci a resocializaci pro dlouhodobě duševně nemocné, ale především preventivní péči a podporu při předcházení hospitalizacím. Tyto týmy budou úzce spolupracovat s ostatními odborníky, jako jsou výchovní poradci, školská zařízení, psychologové a ostatní odborníci.



Plán na období 2020–2030

Strategický cíl č. 1	Strategický cíl č. 2	Strategický cíl č. 3	Strategický cíl č. 4	Strategický cíl č. 5
Vznik tří CDZ pro děti a mládež ve všech třech okresech kraje.	Vznik akutního oddělení pro děti a mládež.	Vznik denního stacionáře V rámci psychiatrického oddělení pro děti	Rozšíření sítě pedopsychiatrických ambulancí	Svépomocné skupiny Zajistit vyšší míru self managementu v oblasti duševního zdraví dětí a mladých lidí.

- Nebudou-li vyčísleny náklady, bude doplněno v průběhu realizace.



7. Strategický cíl č. 1: Vznik tří Center duševních zdraví pro děti a mladistvé ve všech třech okresech Karlovarského kraje.

Založení mobilních multidisciplinárních týmů pracujících metodou case managementu pro děti a mladistvé ve všech třech okresech kraje. Zajištění péče v oblasti duševního zdraví těmito týmy pro tuto cílovou skupinu. Tyto týmy by měly vzniknout z již existujících služeb. Z těchto týmů vzniknou tři CDZ pro děti a mladistvé, a to jejich plánovanou a řízenou transformací v časovém horizontu deseti let.

Popis problému	Strategický cíl - řešení	Opatření – kroky	Kdo/součinnost	Termín	Náklady provozní	Náklady Investiční	Indikátory Služba/lidé
Současný stav péče o dětské pacienty s duševním onemocněním je roztržitý a nedostatečný.	Strategický cíl 1: Vznik tří CDZ pro děti a mladistvé ve všech třech okresech kraje.	Opatření 1.1 Vytipování již fungující služby v okrese Karlovy Vary , která se může transformovat do CDZ. Sestavení plánu transformace týmu.	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2020 - 2021	➤	0	Konkrétní tým, pro který je sestaven plán transformace na CDZ
		Opatření 1.2 Metodická podpora a vzdělávání vybraného týmu v okrese Karlovy Vary .	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2021-2022	➤	0	Počet vzdělaných pracovníků Cca 10000/pracovník týmu + navýšení finančních prostředků alokovaných na služby v rámci psychiatrické



							reformy ze strany MPSV
		Opatření 1.3. Vznik metodiky práce týmu pro okres Karlovy Vary .	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2021 - 2022	➤	0	Existující metodika práce
		Opatření 1.4 Řízená proměna na CDZ pro okres Karlovy Vary . CDZ tým tvoří deset case manažerů, mělo by se jednat o profese, které přímo souvisí s poskytováním služby této cílové skupině (sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, dětské psychiatrické sestry, všeobecné sestry, dětské sestry, speciální pedagogové atd), včetně 2 peer konzultantů/ 2 úvazky specialistů – lékař, psycholog. Každý tým bude mít kapacitu v tomto složení na cca 100 klientů / rodin.	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2022-2025	V plném personálním obsazení je možné náklady odhadovat cca 13-16 mil korun s ohledem že specialisti z řad lékařů budou významně dražší než u SMI skupiny	V případě tvrdých investic do nemovitost i kolem 20 mil korun bez odhadem kolem 2-3 k počtu automobilů a jiného pořizovaného vybavení Ideální je využití projektu IROP atd.	Existující a fungující CDZ
		Opatření 1.5 Vytipování již fungující služby v okrese Sokolov , která se může transformovat do CDZ.	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2020 - 2021	0	0	Konkrétní tým, pro který je sestaven plán



		Sestavení plánu transformace týmu.					transformace na CDZ
		Opatření 1.6 Metodická podpora a vzdělávání vybraného týmu v okrese Sokolov .	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2021-2022	➤	0	Počet vzdělaných pracovníků/ Cca 10000/pracovník týmu + navýšení finančních prostředků alokovaných na služby v rámci psychiatrické reformy ze strany MPSV
		Opatření 1.7 Vznik metodiky práce týmu pro okres Sokolov .	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2021 - 2022	➤	0	Existující metodika práce
		Opatření 1.8 Řízená proměna na CDZ pro okres Sokolov . CDZ tým tvoří deset case manažerů, mělo by se jednat o profese, které přímo souvisí s poskytováním služby této cílové skupině (sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, dětské psychiatrické sestry, všeobecné sestry, dětské	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2022 -2025	V plném personálním obsazení je možné náklady odhadovat cca 13-16 mil korun s ohledem že specialisti z řad lékařů budou	V případě tvrdých investic do nemovitosti i kolem 20 mil korun bez odhadem kolem 2-3	Existující a fungující CDZ

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



		sestry, speciální pedagogové atd), včetně 2 peer konzultantů/ 2 úvazky specialistů – lékař, psycholog. Každý tým bude mít kapacitu v tomto složení na cca 100 klientů / rodin.			významně dražší než u SMI skupiny	k počtu automobilů a jiného pořizovaného vybavení Ideální je využití projektu IROP atd.	
	Opatření 1.9 Vytipování již fungující služby v okrese Cheb , která se může transformovat do CDZ. Sestavení plánu transformace týmu.	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2020 - 2021	➤	0	Konkrétní tým, pro který je sestaven plán transformace na CDZ	
	Opatření 1.10 Metodická podpora a vzdělávání vybraného týmu v okrese Cheb .	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2021-2022	➤	0	Počet vzdělaných pracovníků/ Cca 10000/pracovník týmu + navýšení finančních prostředků alokovaných na služby v rámci psychiatrické reformy ze strany MPSV	



		Opatření 1. 11 Vznik metodiky práce týmu pro okres Cheb	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2021 - 2022	➤	0	Existující metodika práce
		Opatření 1.12 Řízená proměna na CDZ pro okres Cheb . CDZ tým tvoří deset case manažerů, mělo by se jednat o profese, které přímo souvisí s poskytováním služby této cílové skupině (sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, dětské psychiatrické sestry, všeobecné sestry, dětské sestry, speciální pedagogové atd), včetně 2 peer konzultantů/ 2 úvazky specialistů – lékař, psycholog. Každý tým bude mít kapacitu v tomto složení na cca 100 klientů / rodin.	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2022-2025	V plném personálním obsazení je možné náklady odhadovat cca 13-16 mil korun s ohledem že specialisti z řad lékařů budou významně dražší než u SMI skupiny	V případě tvrdých investic do nemovitost i kolem 20 mil Kč odhadem kolem 2-3 k počtu automobilů a jiného pořízované ho vybavení Ideální je využití projektu IROP atd.	Existující a fungující CDZ



Strategický cíl č. 2: Vznik akutního oddělení pro děti a mládež.

Lůžková péče pro děti a mládež je **v případě akutní či krizové situace** poskytována na tomto oddělení, které v případě potřeby poskytuje konsiliární péči pediatrickým oddělením ve všeobecných nemocnicích v kraji. Na toto oddělení jsou navázána CDZ pro děti a mládež, CDZ realizují podporu a péči i v době hospitalizace klienta na lůžku, realizují case management a zajišťuje kontinuitu péče v době před i po propuštění.

Popis problému	Strategický cíl č. 2	Opatření – kroky	Kdo/součinnost	Termín	Náklady provozní	Náklady Investiční	Indikátor Služba/lidé
V Karlovarském kraji neexistují lůžka pro děti a mladistvé s duševním onemocněním.	Strategický cíl 2: Vznik akutního oddělení pro děti a mládež	Opatření 2. 1 Vybudování akutního oddělení pro děti a mládež dle platných personálních a materiálně-technických standardů.	KK, MZČR, poskytovatelé zdravotní péče	2022 - 2025	➤	Cca 70 - 100 mil dle nutné investice	Existující a fungující akutní oddělení
		Opatření 2. 2 Zajištění fungování spolupráce akutního oddělení a CDZ pro tuto cílovou skupinu - jasně popsaná a standardizovaná spolupráce.	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2022 - 2025	0	0	Každému pacientovi / rodině je poskytována komplexní péče



Strategický cíl č. 3: Vznik denního stacionáře

Vznik v rámci psychiatrického oddělení pro děti. Stacionář bude pro různé spektrum diagnóz (poruch příjmu potravy, poruchy nálad atd.).

Popis problému	Strategický cíl - řešení	Opatření – kroky	Kdo/součinnost	Termín	Náklady provozní	Náklady investiční	Indikátor Služba/lidé
Chybí služby denních stacionářů, které by byly alternativou k intenzivní péči a podpoře v přirozeném prostředí, kdy dítě může čerpat intenzivní podporu spolu s rodinou a nemusí být vytrženo ze svého přirozeného prostředí.	<u>Strategický cíl 3</u> Vznik denního stacionáře v rámci dětského psychiatrického oddělení, stacionář bude podle Zákona o sociálních službách, nebo dle Zákona o zdravotních službách či ideálně bude zvolena jeho kombinace sociálně-zdravotního pomezí, což se ukazuje z hlediska potřeb dětí a mladých lidí jako neefektivnější. Stacionář bude realizován jako součást akutního oddělení a bude propojen s CDZ.	Opatření 2. 1 Vybudování denního stacionáře pro děti a mládež v rámci akutního oddělení dle platných personálních a materiálně-technických standardů.	KK, MZČR, poskytovatelé zdravotní a sociální péče	2022 - 2027	cca 15 - 20 mil. Kč	v rámci investice do akutního oddělení	Existující a fungující denní stacionář
		Opatření 2. 2 Zajištění fungování spolupráce denního stacionáře a CDZ pro tuto cílovou skupinu - jasně popsaná a standardizovaná spolupráce.	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2022 - 2025	0	0	Každému pacientovi / rodině je poskytována komplexní péče



Strategický cíl č. 4: Rozšíření sítě ambulantních pedopsychiatrů

Popis problému	Strategický cíl č. 4	Opatření – kroky	Kdo/součinnost	Termín	Náklady provozní	Náklady Investiční	Indikátor Služba/lid é
V Karlovarském kraji je nedostatečná síť těchto specialistů.	Strategický cíl 4 Rozšíření sítě ambulantních pedopsychiatrů	Opatření 4.1 Vytvoření minimálně dvou míst předatestační přípravy v oboru pedopsychiatrie na akutním psychiatrickém oddělení	akutní psychiatrické oddělení, MZČR, KK	2023 -2030	➤		existující místo předatestační přípravy v oboru pedopsychiatrie
		Opatření 4.2 Dohoda KK, MZČR a zdravotních pojišťoven o kontinuální podpoře v rozšiřování sítě pedopsychiatrických ambulancí	KK, MZČR, zdravotní pojišťovny	2021 - 2025	➤		existující dohoda o podpoře nově vzniklých pedopsychiatrických ambulancí



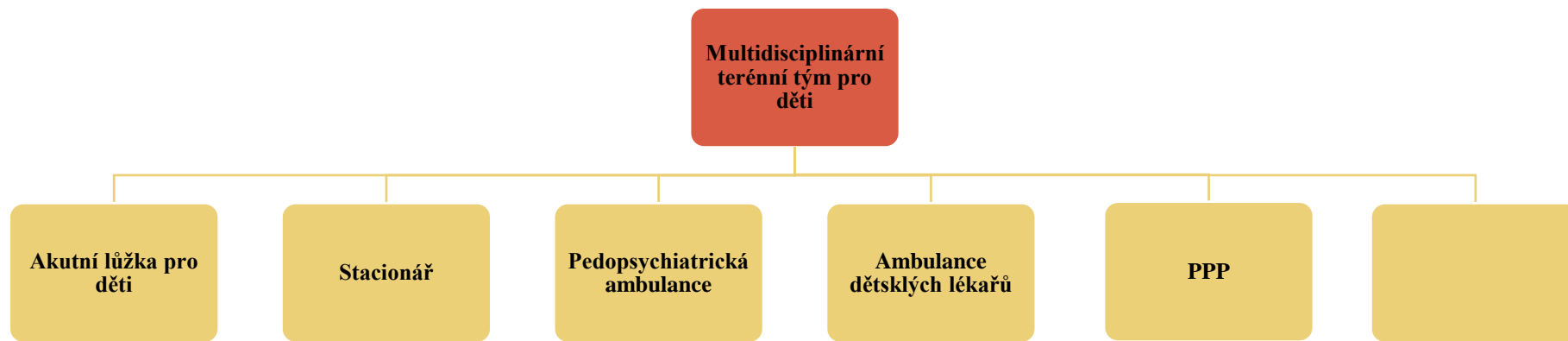
Strategický cíl 5: Self podpora uživatelů a pečovatелů

Zajistit vyšší míru self-managementu v oblasti duševního zdraví dětí a mladých lidí. Self-podpora rodin a uživatelů prostřednictvím funkčních svépomocných skupin uživatelů a rodičů.

Popis problému	Strategický cíl č. 5	Opatření – kroky	Kdo/součinnost	Termín	Náklady provozní	Náklady Investiční	Indikátor Služba/lidé
V KK není systematicky řešena neformální podpora dětí a rodin v oblasti péče o duševní zdraví	Self podpora uživatelů a pečovatелů	Opatření 5.1 V rámci každého ze tří CDZ funguje svépomocná skupina uživatelů a rodičů.	CDZ z daného regionu	2024 - 2030	➤	0	existující svépomocná skupina
		Opatření 5.2 V rámci každého ze tří CDZ jsou poskytovány systematické edukace uživatelům a rodinným příslušníkům, a to i v oblasti práv.	CDZ	2024 - 2030	➤	0	existující edukační program



Mapa sítě služeb pro děti



E - Krajský plán péče o duševní zdraví pro Karlovarský kraj - Plán sítě péče o seniory.





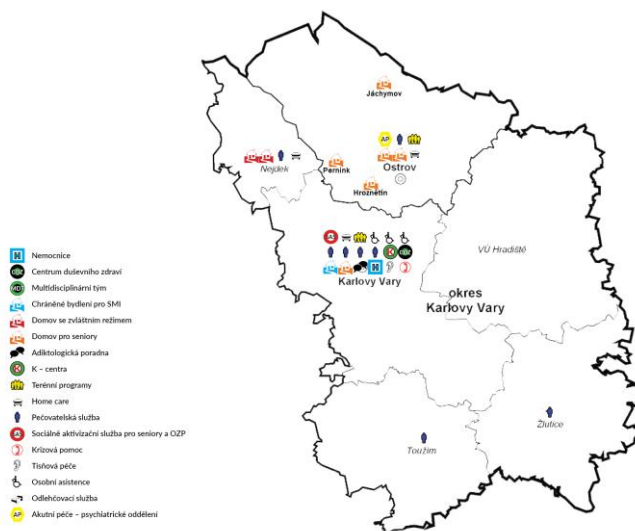
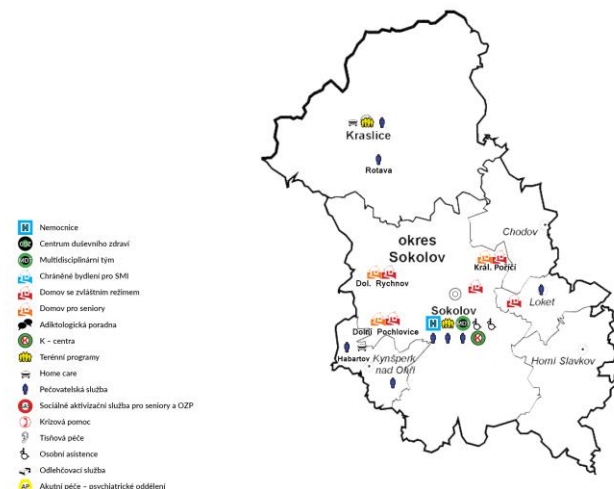
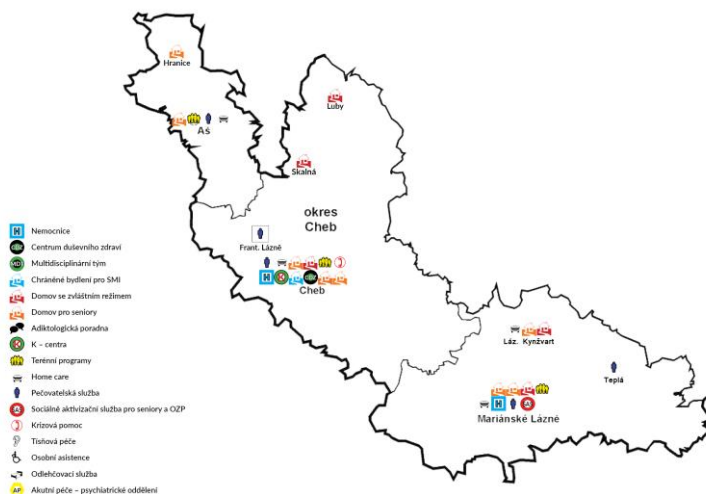
Popis cílové skupiny

Z pohledu potřebnosti tvoří skupinu především lidé s demencemi nejrůznějšího původu. Jejich počet se zvyšuje s prodlužováním průměrné délky života. Včasná detekce onemocnění výrazně zlepšuje prognózu ve smyslu délky života, jeho kvality a zátěže pro přirozené pečovatele. Naopak pozdní detekce predikuje výraznou zátěž rodiny a vysokou potřebu hospitalizační péče akutní (psychiatrické, neurologické, interní) i následné.

V seniorském věku se ovšem může vyskytnout téměř celé spektrum duševní poruch (afektivní poruchy, poruchy schizofrenního okruhu) někdy v souvislosti se stárnutím či jiným organickým narušením mozku, někdy bez této souvislosti. Společnou charakteristikou bývá delší průběh poruchy, než tomu je v mladším věku, větší rezistence na léčbu a nárůst odkázanosti na péči druhých osob. Velmi častá je komorbidita s tělesnými poruchami, což zhoršuje prognózu údravy a mnohdy také limituje využitelnost terapeutických postupů. Situace vyžaduje velkou míru spolupráce mezi obory medicíny, kvalitní ošetrovatelskou péčí a stejně jako u demencí vysokou míru podpory přirozeným pečovatelům.



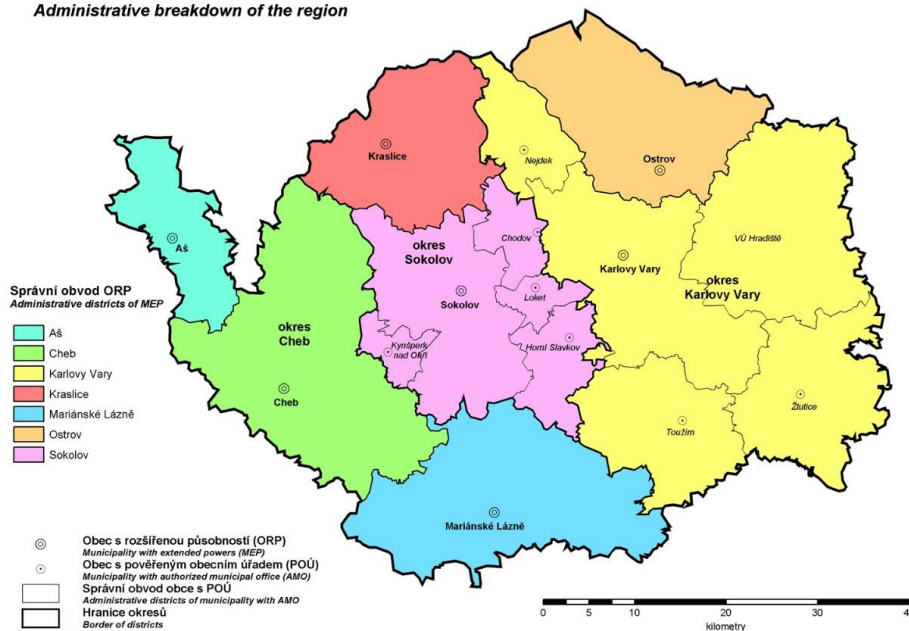
MAPA KRAJE – členění okresy, ORP – mapování služeb pro osoby seniorského věku



Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



Administrativní členění kraje
Administrative breakdown of the region



<https://www.czso.cz/csu/xk/1-xk>

Základní demografická data

Okres region	rozloha km ²	počet obyvatel okresu	počet obcí	města ve statutu	počet obyv. města
Karlovy Vary	1 515	114 435	53	15	87 589
Cheb	1 046	91 052	40	10	50 151
Sokolov	753	88 302	38	13	75 858
Kraj	3 314	293 789	131	38	2138

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



Popis současné situace:

Oblast problematiky péče o seniory s psychickým onemocněním se brzy stane velmi aktuální otázkou. V Karlovarském kraji je sice nejnižší počet seniorů ze všech krajů, ale podíl seniorů na počtu obyvatel v Karlovarském kraji činí 19,4 %¹, což je devátá nejvyšší hodnota mezi kraji. Dle výzkumu v Karlovarském kraji roste v posledních deseti letech nejrychleji počet seniorů; tento trend by měl pokračovat i v dalších letech.² Z hlediska projekce obyvatelstva je očekáván do roku 2050 přírůstek počtu seniorů ve všech věkových kategoriích.³ S vyšším věkem přibývá různých onemocnění vč. duševního. Jako řešení se nabízí umět využít a poradit si s tím, co už máme k dispozici, vědět, kde čerpat jinde, podporovat se a rozvíjet se potřeba spojit úsilí o to, aby se tito lidé co nejméně dostávali do stavu ohrožení, neprohlubovala se jejich špatná sociální situace, nebo aby negativní dopady byly co nejmenší a mohli žít ve většinové společnosti, participovat v ní, rozvíjet svůj potenciál a nepotřebovali využívat zde zmíněných služeb, myšleno institucionálního, velkokapacitního typu.

Zdravotní služby:

Ambulantní gerontopsychiatrická péče:

V Karlovarském kraji nejsou v současné době žádné ordinace se specializací – gerontopsychiatrie (dle analýzy VZP).

Akutní lůžková psychiatrická péče:

¹ <https://www.czso.cz/csu/czso/4-obyvatelstvo-0258xhx74z>)

² <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>)

³ <https://seniorivkrajich.mpsv.cz/wp-content/uploads/2020/12/Analyticka-zprava.pdf>



Jediné lůžkové psychiatrické zařízení v Karlovarském kraji je v nemocnici v Ostrově, konkrétně Psychiatrické a psychoterapeutické oddělení⁴, kde je od 2021 23 lůžek pro gerontopsychiatrii⁵. Dalším nejbližší psychiatrická zařízení, které tyto klienty přijímají, je Psychiatrická nemocnice v Dobřanech⁶. Vzhledem ke vzdálenosti je poměrně problematické udržovat pro rodinu pravidelný a častý kontakt se svými blízkými. Ve spádové PN je z Karlovarského kraje aktuálně 38 pacientů/občanů déle jak ½ roku.

Psychiatrická ambulance (odbornost)	Současný stav počtu úvazků v kraji	Cílový stav počtu úvazků v kraji (cca 300 tis. obyvatel)
Psychiatrie pro dospělé	19/13,1	36
Pedopsychiatrie	4/2,5	6
Adiktologie	0	3
Gerontopsychiatrie	0	3
Ambulance klinického psychologa	16/12,2	51

⁴ <https://www.pentahospitals.cz/nemocnice-ostrov/oddeleni/psychiatricke-a-psychoterapeuticke-oddeleni/>

⁵ <https://www.pentahospitals.cz/nemocnice-ostrov/oddeleni/psychiatricke-a-psychoterapeuticke-oddeleni/gerontopsychiatrie/>

⁶ <https://www.pnvd.cz/luzkova-pece.html>



Služby, které v kraji pro seniory fungují:

Služby z resortu MPSV

Pečovatelská služba

je seniorům poskytována terénní nebo ambulantní formou, v kraji je poměrně velká síť těchto služeb.

Odlehčovací služba

je poskytována terénně, pobytovou formou nebo ambulantně, v kraji je této služby nedostatek, pro seniory pouze jedna služba v Mariánských Lázních.

Osobní asistence

je poskytována terénně, v kraji je této služby nedostatek, např. okr. Cheb tato služba defakto chybí.

Domovy pro seniory

v kraji je cca 846 lůžek - i přes poměrně velký počet lůžek v DpS, každé z těchto zařízení eviduje od 15 -100 nových žádostí od žadatelů o umístění (žádosti mohou být a jsou duplicitní a mnohdy podávány s předstihem), ale i přes tento fakt je zřejmé, že poptávka o služby tohoto charakteru je veliká. Přijetí seniorů s psychiatrickou diagnózou je skoro nemožné.

Domovy se zvláštním režimem

v kraji cca 560 lůžek, 99% těchto lůžek je využíváno pro klienty s různými typy demencí. Psychiatrická diagnóza často kontraindikace k přijetí.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

pouze v Mariánských Lázních a Karlových Varech.

Denní stacionář

buduje se nově v Chebu a další je v Mariánských Lázních

Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

V každém okrese kraje sídlí poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, která poskytuje podporu osobám v nepříznivé sociální situaci (např. lidé procházející krizí spojenou s osobními, partnerskými nebo rodinnými problémy, domácím násilím, pracovní či bytovou problematikou). Obě organizace, které tyto služby poskytují (Sociální služby v Kynšperku nad Ohří, p. o. a Res vitae, z.s.), mají registrovanou i telefonickou krizovou pomoc.



Jak je vidět tyto služby působí většinou v rámci větších mnohdy jednotlivých měst je tedy běžné (a mnohdy nutné) pro jejich využití dojíždět. Pro celou řadu obyvatel je toto řešení náročné z hlediska logistiky (špatné i neexistující navazující dopravní spojení) a času, a pro ohrožené skupiny obyvatel i finančně nedostupné.

Příklady dobré praxe, aneb co se již osvědčilo:

- Setkání mini-týmů, kulaté stoly a tematické semináře mezioborové spolupráce za účelem nastavování spolupráce a vyjasňování kompetencí
- Případové a rodinné konference, a další typy setkání zaměřených na řešení dané situace
- Mezioborové komise, pracovní skupiny
- Společné akce aktérů na podporu prevence rizikových jevů, programy, přednášky s diskuzemi, dny prevence zaměřené na veřejnost.
- Komunikace a diskuze, sdílení příkladů dobré praxe, předávání informací o službách a navazování kontaktů s aktéry v síti
- Spolupráce s lékaři, sociálními pracovníky obcí, sociálně-zdravotními pracovníky nemocnic, kluby pro seniory

Navrhovaná opatření

Z výše uvedených informací je jasné, že síť klienty v seniorském věku je nevyvážená a roztržitá, chybí koordinace péče mezi jednotlivými resorty, některé služby chybí zcela. Cestou změny by mělo být zavedení multidisciplinární spolupráce koordinované kolem jedince, a to pomocí terénní case-managementové služby, která by toto zajišťovala. Z tohoto lze dále vyvodit dvě hlavní doporučení:

- Z již fungujících služeb vybrat a transformovat 3 služby, ze kterých by vznikly terénní multidisciplinární týmy, pracující metodou case managementu v jednotlivých okresech.

Další doporučená opatření:

- Rozšíření sítě bydlení komunitního typu
- Zaměřit se na posilování spolupráce, kompetencí a destigmatizaci duševních poruch u obvodních lékařů
- Síť nově vznikajících služeb pro seniory primárně orientovat na – sociálně slabé, obávající se stigmatizace, osaměle žijící
- Edukace – umět rozpoznat problematiku duševního onemocnění – obvodní lékaři, sociální služby, veřejnost
- Vytipovávat zájemce o nové služby
- Síťovat a provazovat aktuální zdroje

Navrhovaná opatření by měla podpořit osoby seniorského věku a celou jeho rodinu v oblasti duševního zdraví, klade důraz na včasný záchyt a včasnou péči. Kladou si za cíl včasné rozpoznání potřeb a zajištění potřebné podpory, vyhledání nejvhodnější péče a adekvátní služby. Za velmi důležité považuje realizaci edukace osob, které mají možnost zachytit změny v chování osob seniorského

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



věku.

Je uplatňován bio-psycho-sociální přístup. Je realizována komplexnost a provázanost péče. Dochází zabezpečení mezioborového přístupu s dobrou provázaností služeb, zmapování a vyhodnocení adekvátnosti podpory a návazností podpůrných opatření, které vedou k prevenci zhoršení stavu. Klíčovou je role case managera/ koordinátora práce s osobou seniorského věku /péče je založena na individuálním přístupu k člověku a spolupráci s rodinou a dalšími subjekty, které mají vliv na život daného člověka.

Dochází ke komplexnímu vyhodnocení potřeb dané osoby (jiná situace a jiné zázemí), individuálnímu mapování a plánování.

Realizuje se flexibilní kombinování služeb, které není šablonovitě nastaveno, ale je možné ho docílit na základě individuálního přístupu, vhodnou koordinací podpory a služeb. Péče je postavena na aktivním zapojení klienta a jeho rodiny, je zohledněn názor klienta a jeho rodiny, jsou zapojeni do rozhodování, péče je směřována na duševní zdraví, nikoliv na nemoc a její symptomatologii. Je uplatňován přístup zotavení.

Klient a jeho rodina jsou podporovány v získávání vyšších kompetencí k self managementu. Co nejvíce intervencí se realizuje v přirozeném prostředí klienta a komplexní podporou celé rodiny. Rodina je pojímána jako zdroj klientovi opory, je proto realizována podpora a spolupráce s odborníky a case managery. Je realizována podpora fungování klienta v přirozeném prostředí, v komunitě, realizuje se péče o prospěšné trávení volného času a zapojení do svépomocných skupin. V systému je prioritou podpora klienta a rodiny v přirozeném prostředí, preference terénních a ambulantních služeb, které zajistí setrvání klienta v rodinném prostředí.

Umístění seniora na lůžka následné péče v horizontu 10ti let nebude realizováno, nastavení komplexní péče o seniory s potřebami v oblasti duševního zdraví bude s ohledem na potřeby klientů a jejich rodin, péče se více přizpůsobí přirozenému prostředí klienta a jeho rodiny, zajištění lepší dostupnosti služeb (jak časové, tak místní), jejich kontinuity a provázanosti, podpora služeb komunitních (včetně ambulantní psychiatrické péče a akutních lůžek, terénních mobilních týmů).

Optimální stav:

Optimální stav počítá s doplněním absentujících služeb, doplněním služeb s nedostatečnou kapacitou a systematickou koordinací individuálně poskytované péče.

Akutní lůžková péče bude úzce propojené se třemi multidisciplinárními case managementovými týmy z každého okresu Karlovarského kraje. Tyto týmy budou zajišťovat nejen následnou péči, případnou rehabilitaci a resocializaci pro dlouhodobě duševně nemocné, ale především preventivní péči a podporu při předcházení hospitalizacím. Tyto týmy budou úzce spolupracovat s ostatními odborníky, jako jsou obvodní lékaři, psychologové.



Plán na období 2020-2030

Strategický cíl č. 1

Mobilní
multidisciplinární terénní
týmy pracující metodou
case managementu

Ve všech okresech KK

Strategický cíl č. 2

Denní stacionář
s odlehčovací službou
s propojením na akutní
oddělení

Strategický cíl č. 3

Akutní oddělení
propojené na mobilní
multidisciplinární týmy

Strategický cíl č. 4

DZR/ Domovy pro
seniory zapojení do
systému péče o duševní
zdraví seniorů
s duševním
onemocněním a seniory
s drogovou minulostí

Strategický cíl č. 5

Svépomocné skupiny

Zajistit vyšší míru self
managementu v oblasti
duševního zdraví seniorů



Strategický cíl č. 1 : Založení mobilních multidisciplinárních týmů pracujících metodou case managementu duševního pro seniory ve všech 3 okresech kraje. Tyto týmy by zajišťovaly péči v oblasti duševního zdraví osob 65+. Postupné vytvoření týmů, které vyrostou v CDZ seniory. Oslovení lídrů v oblasti současných poskytovatelů sociálních služeb v každém okrese, které budou motivováni transformovat své služby do modelu Center duševního zdraví pro seniory v časovém horizontu 10ti let.

Popis problému	Strategický cíl – řešení	Opatření – kroky	Kdo/součinnost	Termín	Náklady Tis provozní	Náklady Investiční	Indikátory Služba/klienti
Současný stav péče o pacienty s duševním onemocněním v seniorském věku je roztržitý a nedostačující.	Strategický cíl 1: Založení mobilních multidisciplinárních týmů pracujících metodou case managementu duševního pro seniory ve všech 3 okresech kraje. Tyto týmy by zajišťovaly péči v oblasti duševního zdraví osob 65+. Postupné vytvoření týmů, které vyrostou v CDZ seniory. Oslovení lídrů v oblasti současných poskytovatelů sociálních služeb v každém okrese, které budou motivováni transformovat své služby do modelu Center duševního zdraví pro seniory v časovém horizontu 10ti let.	Opatření 1.1 Vytipování již fungujících služeb, které by se mohli transformovat na takovéto multidisciplinární týmy. – okres Cheb / 91 052 obyvatel	Krajský koordinátor reformy (po dobu projektu), velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2022-2023	0	0	Vytipované služby
		Opatření 1.2	Krajský koordinátor	2022-2023		0	Počet vzdělaných

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



		Metodická podpora a vzdělávání vybraného týmu s jasně definovaným transformačním plánem	reformy (po dobu projektu), velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK				pracovník ů a jasně stanové transform ační plán15 tis/pracovník /
		Opatření 1.3 Řízená proměna na multidisciplinární tým pro okres Cheb 10 case manažerů mělo by se jednat o profese, které přímo souvisí s poskytováním této služby této cílové skupině (sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, psychiatrické sestry, všeobecné sestry, atd.), včetně 2 peer konzultantů/ 2 úvazky specialistů – lékař, psycholog. Každý tým bude mít kapacitu v tomto složení na cca 100 klientů. Velikost spádové oblasti – jednotlivé okresy. Každý tým má k dispozici zázemí kanceláří, diskusních místností a case manažerské místnosti. Každý tým má k dispozici 4 automobily.	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2022-2025	V plném personálním obsazení je možné náklady odhadovat cca 13-16 mil korun.	V případě tvrdých investic do nemovitosti kolem 20 mil korun bez odhadu kolem 2-3 k počtu automobilů a jiného pořizovaného vybavení Ideální je	Fungující a do systému péče etablovaný tým



						využití projektu IROP atd.	
		Opatření 1.4 Vytipování již fungujících služeb, které by se mohli transformovat na takovéto multidisciplinární týmy. – okres Sokolov / 88 302 obyvatel	Krajský koordinát or reformy (po dobu projektu), velký metodik multidisci plinary, poskytova telé služeb, KÚKK	2022- 2023	0	0	Vytipova né služby
		Opatření 1.5 Metodická podpora a vzdělávání vybraného týmu s jasně definovaným transformačním plánem	Krajský koordinát or reformy (po dobu projektu), velký metodik multidisci plinary, poskytova	2022- 2023		0	Počet vzdělanýc h pracovník ů a jasně stanové transform ač15 tis/pracov ník ní plán/



			telé služeb, KÚKK				
		Opatření 1.6 Řízená proměna na multidisciplinární tým pro okres Sokolov 10 case manažerů mělo by se jednat o profese, které přímo souvisí s poskytováním této služby této cílové skupině (sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, psychiatrické sestry, všeobecné sestry, atd.), včetně 2 peer konzultantů/ 2 úvazky specialistů – lékař, psycholog. Každý tým bude mít kapacitu v tomto složení na cca 100 klientů. Velikost spádové oblasti – jednotlivé okresy. Každý tým má k dispozici zázemí kancelářů, diskusních místností a case manažerské místnosti. Každý tým má k dispozici 4 automobily.	Krajský koordinátor reformy, velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2022-2025	V plném personálním obsazení je možné náklady odhadovat cca 13-16 mil korun.	V případě tvrdých investic do nemovitosti kolem 20 mil korun bez odhadu kolem 2-3 k počtu automobilů a jiného pořizovaného vybavení. Ideální je využití projektu IROP atd.	Fungující a do systému péče etablovaný tým
		Opatření 1.7 Vytipování již fungujících služeb, které by se mohli transformovat na takovéto multidisciplinární týmy.	Krajský koordinátor reformy (po dobu	2022-2023	0	0	



		– okres Karlovy Vary /114 435 obyvatel	projektu), velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK				
		Opatření 1.8 Metodická podpora a vzdělávání vybraného týmu s jasně definovaným transformačním plánem	Krajský koordinátor reformy (po dobu projektu), velký metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK	2022-2023			Proškolení pracovníků/15 tis/pracovníků
		Opatření 1.9 Řízená proměna na multidisciplinární tým pro okres Karlovy Vary 10 case manažerů mělo by se jednat o profese, které přímo souvisí s poskytováním této služby této cílové skupině (sociální pracovníci,	Krajský koordinátor reformy, velký	2022-2025	V plném personálním obsazení je	V případě tvrdých investic do nemovitostí	

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



		pracovníci v sociálních službách, psychiatrické sestry, všeobecné sestry, atd.), včetně 2 peer konzultantů/ 2 úvazky specialistů – lékař, psycholog. Každý tým bude mít kapacitu v tomto složení na cca 100 klientů. Velikost spádové oblasti – jednotlivé okresy. Každý tým má k dispozici zázemí kanceláří, diskusních místností a case manažerské místnosti. Každý tým má k dispozici 4 automobily.	metodik multidisciplinarity, poskytovatelé služeb, KÚKK		možné náklady odhadovat cca 13-16 mil korun.	ti kolem 20 mil korun bez odhadu kolem 2-3 k počtu automobilů a jiného pořizovaného vybavení. Ideální je využití projektu IROP atd.	



Strategický cíl č. 2: Denní stacionář s odlehčovací službou s propojením na akutní oddělení - v každém okrese funguje denní stacionář

<p>Vznik denních stacionářů, které by zajišťovaly nejen následnou péči, případnou rehabilitaci a resocializaci pro dlouhodobě duševně nemocné, ale především preventivní péči, podporu při předcházení hospitalizacím. Tyto stacionáře by mohly mít specializovaná centra (programy) pro vybrané psychiatrické diagnózy. Denní stacionáře by poskytovaly též prostor pro práci s rodinami, rodinné terapie, terapeutické skupiny a úzce by spolupracovaly s ostatními odborníky.</p>	<p>Strategický cíl č. 2 Denní stacionář - v KK fungují denní stacionáře s odlehčovací službou pro seniory s duševním onemocněním propojené na MD mobilní týmy a na akutní oddělení. Tato služba je rovnoměrně rozprostřena v rámci celého KK. Odhadem pro 15-20 klientů na 100tis obyvatel</p>	<p>Opatření 2.1 Realizace denního stacionáře s odlehčovací službou / okres Cheb</p>	<p>KK, MZČR, poskytovatelé zdravotní a sociální péče, obce</p>	<p>2022- 2025</p>	<p>cca 15 - 20 mil. Kč</p>		<p>Existují a fungující denní stacionář</p>
		<p>Opatření 2.2 Realizace stacionáře s odlehčovací službou/ okres Sokolov</p>	<p>KK, MZČR, poskytovatelé zdravotní a sociální péče, obce</p>	<p>2022- 2025</p>	<p>cca 15 - 20 mil. Kč</p>		<p>Existují a fungující denní stacionář</p>
		<p>Opatření 2.3 Realizace stacionáře s odlehčovací službou / okres Karlovy Vary</p>	<p>KK, MZČR, poskytovatelé zdravotní a sociální péče, obce</p>	<p>2022- 2024</p>	<p>cca 15 - 20 mil. Kč</p>		<p>Existují a fungující denní stacionář</p>



Strategický cíl č. 3 Akutní oddělení propojené na mobilní multidisciplinární týmy. Lůžková péče pro osoby 65+ v případě akutní či krizové situace je poskytována na tomto oddělení. Toto oddělení je provázáno na multidisciplinární týmy a jeho součástí může být i denní stacionář. Spolupracující týmy realizují podporu a péči i v době hospitalizace klienta na lůžku, realizují, case management a zajišťuje kontinuitu péče jak během hospitalizace tak při plánování propouštění a samotném propuštění klienta do domácího prostředí. Péče o seniory v oblasti duševního zdraví je integrována na interní oddělené všeobecných nemocnic, a to na základě vyjednané dohody s vytypovanými nemocnicemi, MD týmy, krajem a zdravotními pojišťovkami. Péče na těchto odděleních je podpořena, práci case manažerů spádového MD týmu pro seniory konziliárními lékaři a psychology a je provázána i na CDZ pro dospělé a další služby v daném regionu. Krizová a akutní péče nestojí sama o sobě, ale je integrována do celého systému péče o duševní zdraví.

Vytvořit propojený systém, který bude saturovat potřeby osoby 65+ a jeho rodiny v případě akutní či krizové situace, kdy by mohlo dojít k ohrožení duševního zdraví seniora. Cílem je propojit celý systém do vzájemně kontinuální jasně vymezené multidisciplinární spolupráce, kde je multidisciplinární tým stěžejním poskytovatelem péče a podpory a na základě smluvního vztahu má k dispozici lůžka na psychiatrickém oddělení a na vytypovaném interních oddělení	Strategický cíl 3: Akutní oddělení propojené na mobilní multidisciplinární týmy	Opatření 3.1 Vznik akutního oddělení/ ev. využití stávajících kapacit gerontopsychiatrických lůžek v KK	KK, MZČR, poskytovatelé zdravotní péče	2021-2025	Nevíme-soukromý subjekt		Existující a fungující akutní oddělení
	Opatření 3.2 Zavedení systému pravidelných setkání s klíčovými poskytovateli péče o pacienty v seniorském věku	KK, obce, poskytovatelé zdravotní péče	0	➤	0	Fungující spolupráce	



příslušné všeobecné nemocnice. Senior se tak na lůžkovou péči dostávají vždy ve spolupráci s Centrem duševního zdraví či Týmem duševního zdraví v daném spádovém regionu. Dochází zde ke změně řízení péče, kde stěžejní část vykonává tým v komunitě a lůžka využívá ke své potřebě, respektive potřebě svých pacientů. Nikoli opačně.		– napojení na nemocnici v Chebu, Sokolově, Karlových Varech					
		Opatření 3.3 Akutní oddělení a multidisciplinární týmy pro seniory spolupracují s dalšími subjekty – SAS pro seniory a OZP, domácí péče, služby osobní asistence	KK, obce, poskytovatelé zdravotní péče, poskytovatelé sociálních služeb		➤	0	



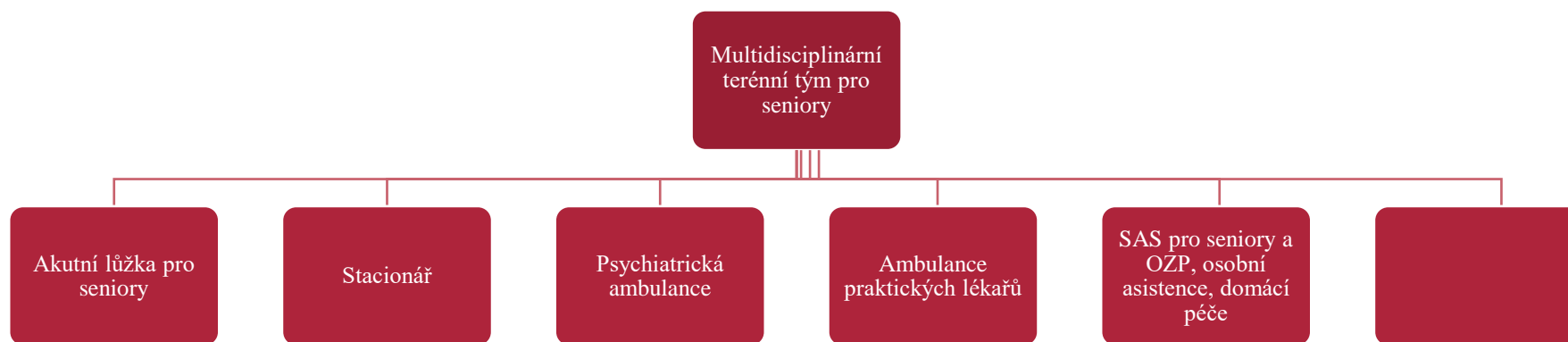
Strategický cíl č. 4: DZR/ Domovy pro seniory zapojení do systému péče o duševní zdraví seniorů s duševním onemocněním a seniory s drogovou minulostí

<p>V KK je poměrně hustá síť domovů pro seniory a DZR, ale bohužel jsou zde dlouhé pořadníky a psychiatrická Dg, či drogová minulost je často kontraindikací k přijetí do domova.</p>	<p>Strategický cíl 4: DZR/ Domovy pro seniory zapojení do systému péče o duševní zdraví seniorů s duševním onemocněním a seniory s drogovou minulostí</p>	<p>Opatření 4.1 Pracovníci stávajících pobytových služeb jsou vyškoleni v problematice duševního zdraví a jsou navázáni na MD mobilní týmy</p>	<p>Poskytovatelé, vzdělavatelé, KK a MZ</p>	<p>2021_2024</p>	<p>15 tis. /pracovník</p>	<p>0</p>	<p>Každému pacientovi / rodině poskytnout na komplexní péči</p>
---	--	--	---	------------------	---------------------------	----------	---



Strategický cíl č. 5: Zajistit vyšší míru self managementu v oblasti duševního zdraví osob seniorském věku. SELF PODPORA rodin a uživatelů prostřednictvím funkčních svépomocných skupin uživatelů a pečovatелů.

Je nutné podpořit rozvoj svépomocných skupin, jejich rekvalifikaci a zajistit jejich podporu. .	Strategický cíl č. 5: Zajistit vyšší míru self managementu v oblasti duševního zdraví osob seniorském věku. SELF PODPORA rodin a uživatelů prostřednictvím funkčních svépomocných skupin uživatelů a pečovatелů.	Opatření 5.1 V každém regionu funguje svépomocná skupina buď pro samotné uživatele, nebo jejich rodinné příslušníky	Služby pro osoby v seniorském věku transformované na MD týmy	2023-2030	V rámci financování služby MD pro seniory	0	existující svépomocná skupina
---	---	--	--	-----------	---	---	-------------------------------



MAPA SÍTĚ PRO SENIORY

Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.