



**Krajský úřad Královéhradeckého kraje  
odbor zdravotnictví**

# **KONCEPCE PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V KRÁLOVÉHRADECKÉM KRAJI 2016 – 2020**

Hradec Králové

srpen 2016

## Obsah

KONCEPCE PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V KRÁLOVÉHRADECKÉM KRAJI 2016 – 2020 .....	1
Abecední seznam zkratk.....	3
I. Úvod .....	4
II. Analytická část.....	6
2.1 Oblast zdravotnictví.....	6
A. Psychiatrická péče o dospělé .....	6
1. Přehled psychiatrické péče poskytnuté na území KHK v roce 2013 .....	6
2. Obložnost a využitelnost lůžek nemocnic v KHK – obor psychiatrie.....	6
3. Dostupnost zdravotní péče na území Královéhradeckého kraje .....	7
3.1 Nemocniční péče (lůžková i ambulantní) .....	7
3.2 Ambulantní péče – samostatné psychiatrické ambulance provozované mimo lůžková zařízení.....	8
3.3 Ambulance klinické psychologie a psychoterapie.....	8
4. Rozsah poskytované péče – nemocniční zařízení .....	9
B. Psychiatrie pro děti a dorost, dětská psychologie .....	10
2.2 Oblast sociálních služeb a sociální práce.....	11
Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním v Královéhradeckém kraji.....	11
III. SWOT analýza .....	16
IV. Reforma psychiatrické péče .....	19
3. 1 Strategie reformy psychiatrické péče.....	19
3.2 Implementace Reformy psychiatrické péče v Královéhradeckém kraji.....	20
3.2.1 Ambulantní péče .....	20
3.2.2 CDZ .....	21
3.2.3 Psychiatrická oddělení nemocnic (akutní lůžková péče).....	21
3.2.4 Psychiatrické nemocnice (následná lůžková péče) .....	22
3.2.5 Další reformní opatření v Královéhradeckém kraji .....	22
IV. Cíle pro období 2016 - 2020.....	24
Cíle pro období 2016 - 2020:.....	24
V. Závěr.....	27
Abecední seznam osob podílejících se na zpracování.....	28

## Abecední seznam zkratk

CDZ	Centrum duševního zdraví
ČLS JEP	Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
ČR	Česká republika
DPN	Dětská psychiatrická nemocnice
ESIF	Evropské strukturální a investiční fondy
FN	Fakultní nemocnice
FN HK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
JC	Jičín
KHK	Královéhradecký kraj
Koncepce	Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016 -2020
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NA	Náchod
OLÚ	Odborný léčebný ústav
ON JC	Oblastní nemocnice Jičín, a.s.
ON NA	Oblastní nemocnice Náchod, a.s.
ON TU	Oblastní nemocnice Trutnov, a.s.
PAS	Poruchy autistického spektra
PDZ	Péče o duševní zdraví, z.s.
PK FN HK	Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové
PN	Psychiatrická nemocnice
PnP	Příspěvek na péči
PS	Pracovní skupina
Reforma	Reforma psychiatrické péče v ČR
SB	Sociální bydlení
Strategie	Strategie reformy psychiatrické péče v ČR
RK	Rychnov nad Kněžnou
TU	Trutnov
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

## I. Úvod

Královéhradecký kraj schválil na jednání Zastupitelstva dne 7. 12. 2015, usnesením č. ZK/25/1722/2015, Koncepti zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2016 – 2020, v níž mj. stanovil jako jeden z úkolů zpracování samostatného dokumentu - Koncepte péče

o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji v návaznosti na Reformu péče o duševní zdraví v ČR a Strategii reformy psychiatrické péče.

V uplynulém desetiletí došlo v České republice k výraznému nárůstu osob trpících duševní poruchou, které vyhledávají odbornou pomoc v různých typech ambulantních i lůžkových zařízení. Z dostupných informací vyplývá, že tento trend bude pravděpodobně pokračovat.

Včasné poskytování ambulantní psychiatrické péče, či přímo poskytnuté péče odborníkem v domácím prostředí pacienta/klienta, její intenzita a komplexnost, jsou velmi důležitými faktory pro rychlou a účinnou pomoc, aby nedošlo ke zhoršení jejich stavu, které by vyžadovalo dražší a intenzivnější péči v lůžkovém zařízení.

Psychiatrická péče v ČR nyní prochází procesem reformy, Ministerstvo zdravotnictví převzalo do gesce Strategii reformy psychiatrické péče, z níž vzešel i Akční plán „Duševního zdraví“. Globálním cílem Strategie je zlepšení kvality života lidem s duševním onemocněním, hlavním motivem je důraz na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv v nejširším pojetí – zvýšením kvality psychiatrické péče, destigmatizací nemocných, zvýšením spokojenosti uživatelů a jejich rodin s poskytovanou péčí, včasnou diagnostikou a efektivnější psychiatrickou péčí, zvýšením začleňování duševně nemocných apod. Strategie reformy psychiatrické péče by měla být v roce 2016 rozšířena o tři cílové skupiny uživatelů psychiatrické péče, a to děti a dorost, pacienty s neurodegenerativním onemocněním a pacienty trpící závislostmi.

Dalším z dokumentů zásadního významu pro realizaci reformních kroků je Memorandum<sup>1</sup> o spolupráci na realizaci reformy psychiatrické péče v ČR podepsané dne 16. 06. 2016 Ministerstvem zdravotnictví ČR, Psychiatrickou společností ČLS JEP a zdravotními pojišťovnami.

Posláním Koncepte je zmapovat aktuální stav v Královéhradeckém kraji ve spolupráci s odborníky na danou problematiku, zformulovat optimální stav po realizaci reformních kroků a stanovit cíle pro nejbližší období.

Komplexní reforma péče o duševní zdraví vyžaduje podporu, zapojení a součinnost poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, ale i orgánů státní správy a územních samospráv, jak je uvedeno výše. Z tohoto důvodu Královéhradecký kraj přistoupil k tvorbě Koncepte péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016 – 2020. Cílem Koncepte je formulovat priority pro zvýšení dostupnosti takových služeb pro osoby s duševním onemocněním, které umožňují kvalitní život v běžné komunitě.

---

<sup>1</sup><http://www.reformapsychiatrie.cz/2016/06/16/memorandum-o-spolupraci-na-realizaci-reformy-psychiatricke-pece-v-cr-bylo-dnes-podepsano-mz-cr-zdravotnimi-pojistovnami-a-ps-cls-jep/>

Koncepce je současně deklarací úzké součinnosti resortů zdravotnictví a sociálních věcí na regionální úrovni, jejímž společným cílem je efektivní provázání sociálních a zdravotních služeb.

## II. Analytická část

### 2.1 Oblast zdravotnictví

#### A. Psychiatrická péče o dospělé<sup>2</sup>

##### 1. Přehled psychiatrické péče poskytnuté na území KHK v roce 2013<sup>3</sup>

Celkově bylo v roce 2013 ošetřeno 31 133 pacientů, psychiatrickou péčí vyhledávaly častěji ženy. Celkem bylo v kraji poskytnuto více než 129 tisíc ambulantních psychiatrických vyšetření - ošetření 31 133 pacientům, tj. proti roku 2012 o 1,7 % méně ošetření a o 5,0 % více pacientů. Na jednoho léčeného pacienta připadlo 4,1 vyšetření (ČR 4,8). Celých 60 % pacientů jsou ženy, děti do 14 let se na počtu léčených podílely 7,9 % a dorost 15–19 let 5,8 %. V počtu léčených je zahrnuto 65 mužů a 25 žen v substituční léčbě závislosti na opioidech a opiátech, z 90 léčených závislých byli všichni pacienti ve věku nad 20 let, a dále 102 pacientů (27 mužů a 75 žen), kteří se rozhodli vyřešit nepříjemný stav či nežádoucí pocit sebepoškozením, z nichž bylo 21 mladistvých ve stáří 15–19 let

##### 2. Obložnost a využitelnost lůžek nemocnic v KHK – obor psychiatrie

(Přehled za r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmílovaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JC	JC	Psychiatrie	21	92,28%	31,28	154	4 817	14,66	62,84%
ON NA	Nové Město nad Metují	Psychiatrie	30	95,07%	21,74	307	6 674	20,32	60,95%
FN HK		Psychiatrie	60	88,21%	20,92	904	18 912	57,57	86,36%
<b>Celkem</b>		<b>Psychiatrie</b>	<b>111</b>	<b>91,85%</b>	<b>24,65</b>	<b>1 365</b>	<b>30 403</b>	<b>92,55</b>	<b>75,04%</b>

Obložnost je ve všech lůžkových zařízeních opravdu vysoká, navíc v kombinaci s krátkou ošetrovací dobou (mimo NEM JC) – alespoň v relaci k obvyklé době trvání duševních poruch. Např. průměrná hospitalizace při léčbě schizofrenie je obecně 3 měsíce (včetně pobytů v psychiatrických nemocnicích). Data v tabulce tedy svědčí o vysokém „obratu“ pacientů na lůžkách, a tedy přetížení stávající lůžkové kapacity.

<sup>2</sup> Převzato z Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016 - 2020

<sup>3</sup> Informace ze zdravotnictví Královéhradeckého kraje č. 10/2014, ÚZIS ČR

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území Královéhradeckého kraje

#### Migrace za psychiatrickými hospitalizacemi mimo území kraje<sup>4</sup>

V roce 2011 bylo hospitalizováno celkem 2 294 pacientů z Královéhradeckého kraje. Téměř 1/3 pacientů byla hospitalizována na PK FN Hradec Králové. Další významný podíl mají léčebny Havlíčkův Brod (22 %) a Kosmonosy (20 %). Podrobné údaje v následující tabulce:

Zdravotnické zařízení	Okres					celkem	%
	HK	JC	NA	RK	TU		
PN Bohnice	12	14	12	6	30	74	3%
PN Havlíčkův Brod	173	12	204	93	29	511	22%
PN Kroměříž	8	2	1	6	6	23	1%
PN Jihlava	4	1	2	4	3	14	1%
PL Bílá Voda	4	1	4	2	7	18	1%
PN Kosmonosy	26	161	17	3	244	451	20%
PK VFN Praha	4	4	3	4	12	27	1%
PK FN HK	364	42	68	72	94	640	28%
PO Náchod	8	6	193	42	81	330	14%
PO Jičín	3	59	2	2	36	102	4%
<b>Celkový počet pacientů z kraje</b>						<b>2 294</b>	

Podle výše uvedených údajů se v roce 2011 54 % psychiatrických hospitalizací uskutečnilo v zařízeních mimo území kraje. Skutečná migrace bude vyšší, neboť v tabulce chybí další zařízení, zejména OLÚ Albertinum Žamberk, kde bývá hospitalizováno i obyvatelstvo z Rychnovska.

I když je psychiatrická klinika FN HK hlavní místo hospitalizací a hospitalizuje významné počty osob z okresů kraje mimo Hradec Králové, tak z ostatních okresů je migrace značná, což ukazuje na zcela nedostatečný počet (a funkci) psychiatrických lůžek v jiných zařízeních v kraji.

#### 3.1 Nemocniční péče (lůžková i ambulantní)

##### FN HK

- psychiatrická klinika
  - oddělení A, oddělení B, oddělení C
  - denní stacionář
  - Léčebna návykových nemocí Nechanice (následná péče)
  - ambulance (adiktologická, pro děti a dorost, pro afektivní poruchy, psychotické poruchy, poruchy spánku)

##### ON Jičín

- psychiatrické oddělení

<sup>4</sup> Jiří Raboch a Barbora Wenigová (eds.): Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. Česká psychiatrická společnost, Praha, 2012.

- psychiatrická ambulance
- ambulance klinické psychologie

#### **ON Náchod – Nemocnice Nové Město nad Metují**

- psychiatrické oddělení
- psychiatrická ambulance

### **3.2 Ambulantní péče – samostatné psychiatrické ambulance provozované mimo lůžková zařízení**

Výkonová charakteristika:<sup>5</sup>

Území / kraj	Počet ošetřených r. č. na úvazek a rok
Olomoucký	554
Moravskoslezský	677
Jihomoravský	737
Praha	766
Plzeňský	1 085
Zlínský	1 103
Středočeský	1 371
<b>Královéhradecký</b>	<b>1 442</b>
Jihočeský	1 475
Karlovarský	1 519
Ústecký	1 724
Liberecký	1 753
Vysočina	1 819
Pardubický	2 161
<b>Průměr ČR</b>	<b>1 047</b>

Z tabulky lze dovodit, že ambulance pro dospělé v KHK patří k těm vytíženějším v rámci ČR (skoro o polovinu větší hodnota než průměr ČR).

#### **Personální zabezpečení poskytování psychiatrické péče v KHK:**

- Nemocniční zařízení (FN HK, ON JC, ON NA): 30 lékařů (21,71 úvazku)
- Ambulantní zařízení (fyzické i právnické osoby): 30 samostatných poskytovatelů  
*Pozn. může se jednat zároveň o lékaře pracující v lůžkovém zařízení, kteří současně provozují vlastní praxi.*
- Standard ambulantní péče uvádí počet lékařů v oboru psychiatrie v počtu 12/100 000 obyv., tedy 66 v KHK.

### **3.3 Ambulance klinické psychologie a psychoterapie**

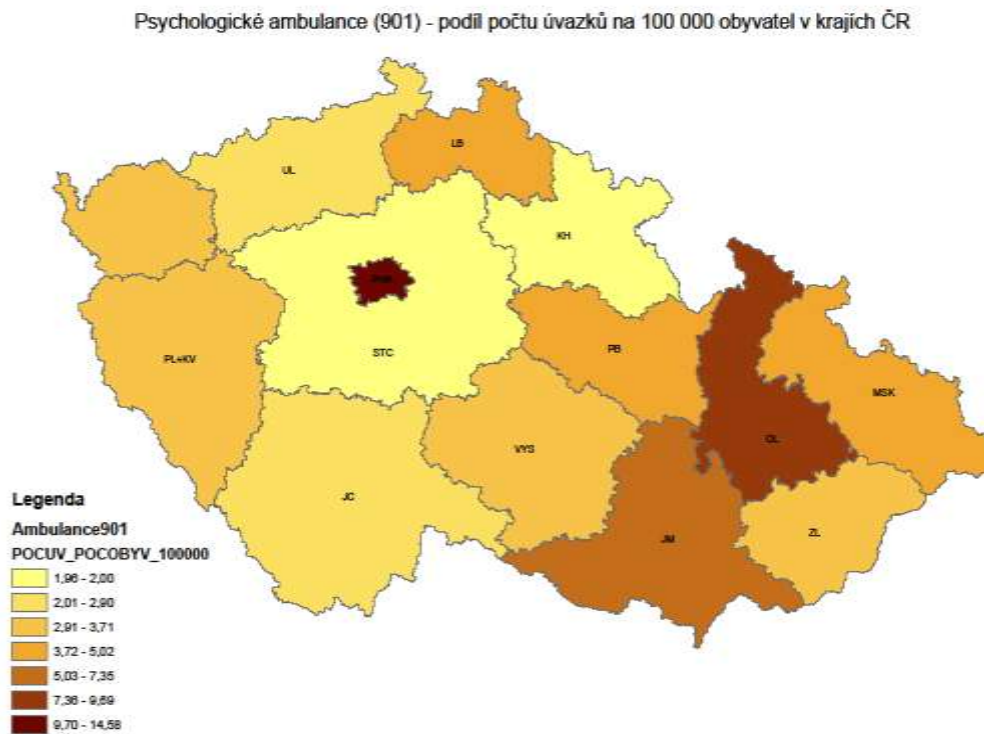
Kliničtí psychologové mohou účinně léčit pacienty s úzkostnými poruchami, adaptačními poruchami či lehčími depresemi, nejsou tak přetěžovány (nedostačující) psychiatrické ambulance. Nabídka ambulantní psychoterapie je vysoká pouze v krajském městě, ale velká

<sup>5</sup> Zdroj: Jiří Raboch a Barbora Wenigová (eds.): Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. Česká psychiatrická společnost, Praha, 2012.



většina zařízení nefunguje v rámci zdravotního pojištění, pacienti platí péči sami. Zde se jedná hlavně o dvě skupiny. Zaprvé lidé s psychózami, často invalidní důchodce: už dávno neplatí, že psychoterapie u psychóz nemá místo. Zadruhé zmiňme cílovou skupinu osob pečujících o jiné vážně nemocné v rodině (pacienty s demencemi, psychózami, onkologickými nemocemi atd.), kteří často strádají i psychicky a nedostatek dostupné psychoterapie (i finančně dostupné) snižuje jejich kapacitu a výdrž péči poskytovat.

Hustota psychologických ambulancí podle počtu úvazků k počtu obyvatel:<sup>6</sup>



#### 4. Rozsah poskytované péče – nemocniční zařízení

**FN HK** – kompletní rozsah psychiatrické péče lůžkové (akutní lůžka v areálu FN slouží k diagnostice a léčbě celého spektra duševních poruch a nemocí včetně akutních psychóz, nemocných s psychomotorickým neklidem, delirantních stavů a komplikovaných somaticky komorbidních stavů, detoxifikací a akutní péče o gerontopsychiatrické nemocné). V ambulantní péči klinika poskytuje péči v denním stacionáři pro úzkostné a afektivní nemocné (F3 a F4<sup>7</sup> skupiny dle MKN - 10), kromě příjmové ambulance má klinika ambulanci pro děti a dorost, poradnu pro afektivní poruchy, poradnu pro psychotické poruchy a poradnu pro poruchy spánku v rámci mezioborového centra spánkové medicíny FN HK. Lůžka následné péče má klinika detašované v Nechanicích. Léčebna slouží pro středně dobou odvykací léčbu při návykových nemocech.

<sup>6</sup> Zdroj: Jiří Raboch a Barbora Wenigová (eds.): Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. Česká psychiatrická společnost, Praha, 2012.

<sup>7</sup> Pozn. F3 – afektivní poruchy, F4 – neurotické poruchy

**ON Jičín** – lůžkové oddělení: pracuje v otevřeném režimu, přijetí na objednání, výhradně dobrovolné hospitalizace. Diagnostické spektrum: převážně úzkostné a depresivní reakce a poruchy, periodické depresivní poruchy, lehčí poruchy osobnosti, psychózy k doléčení a u pacientů s náhledem, lehčí organické poruchy. Neléčí závislosti na alkoholu a psychoaktivních látkách, těžké poruchy osobnosti a těžké organické syndromy, demence, delirantní stavy. Provádí psychoterapii skupinovou i individuální. Ambulance: celé spektrum diagnóz ve všeobecné ambulanci, bez specializované ambulance.

**Nové Město nad Metují** – všeobecná péče, vyjma akutních stavů s výrazným psychomotorickým neklidem, vyjma systematické psychoterapie, neprovádí systematickou protialkoholní léčbu.

## B. Psychiatrie pro děti a dorost, dětská psychologie

V oboru psychiatrie pro děti a dorost neexistuje v Královéhradeckém kraji lůžková péče. Dětské pacienti jsou tak hospitalizováni v rámci celé republiky. V KHK je též nízký počet ambulantních specialistů. Mladiství ve věku 15-18 let bývají umisťováni na lůžkách pro dospělé.

Je žádoucí věnovat se v dalším výhledu řešení problematiky akutní hospitalizace dětských psychiatrických pacientů na území KHK.

### Dostupnost psychiatrické péče pro děti a dorost na území KHK:

#### 1. Lůžková péče

- žádný poskytovatel

#### 2. Ambulantní péče (nemocniční a mimonemocniční)<sup>8</sup>

- 7 samostatných poskytovatelů: 3 poskytovatelé v okrese HK, 1 poskytovatel v okrese JC, 1 poskytovatel v okrese NA, 1 poskytovatel v okrese TU, 1 poskytovatel v okrese RK

### Dostupnost lůžkové psychiatrické péče pro děti a dorost mimo území KHK:

Pacienti jsou nejčastěji hospitalizováni v PN Havlíčkův Brod - kapacita 34 lůžek/1 500 000 obyv. spádové oblasti/2,0 dětský psychiatr (od 1. 1. 2017 bude pouze 1,0)

Dětská psychiatrická nemocnice	Počet přijatých pacientů z KHK v r. 2015
DPN Velká Bíteš	15
DPN Louny	0
PN Havlíčkův Brod – dětské odd.	29
PN Bohnice – dětské odd.	12
FN Motol – Dětská psychiatrická klinika	15
DPN Opařany	9

**Zdravotní služby v oboru dětská psychologie poskytuje v Královéhradeckém kraji jeden poskytovatel zdravotních služeb.**

<sup>8</sup> Počet samostatných poskytovatelů vychází z přehledu oprávnění k poskytování zdravotních služeb vydaných Krajským úřadem Královéhradeckého kraje (stav k 03. 08. 2016).

## 2.2 Oblast sociálních služeb a sociální práce

### *Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním v Královéhradeckém kraji*

Zajištění služeb by mělo „vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování.“<sup>9</sup>

Síť podpůrných sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním je velmi omezená, vyvíjí se od roku 2009 a reaguje na nové trendy ve způsobu zajišťování zdravotnických služeb této cílové skupině. Cílem je především předcházet institucionalizaci lidí s duševním onemocněním odpovídající podporou v běžném prostředí. Síť podpůrných služeb je postupně doplňována.

Terénní a ambulantní forma podpory osob s duševním onemocněním je zajišťována prostřednictvím služby sociální rehabilitace v Trutnově, v Jičíně, Náchodě, Hradci Králové a Rychnově nad Kněžnou (páteřní síť služeb – viz níže). Ve všech střediscích je kapacita služeb naplněna a je třeba nadále navyšováním kapacity terénních a ambulantních služeb podporujících samostatný život lidí s duševním onemocněním reagovat na zvyšující se poptávku po těchto službách a zajistit tak dostatečnou kapacitní dostupnost k zajištění podpory osob s duševním onemocněním v přirozeném prostředí (podpora v oblasti bydlení, zaměstnávání a organizaci dne). **Existující a postupně se rozvíjející páteřní síť služeb sociální rehabilitace je příležitostí a současně zdrojem výchozích kapacit pro personální zajištění sociální složky multidisciplinárních týmů center duševního zdraví.**

Co se týče pobytových služeb pro osoby s vysokou mírou podpory, pokrývá potřeby domov se zvláštním režimem Domov Na Stříbrném vrchu v Rokytnici v Orlických horách. Stávající kapacita 41 lůžek se do budoucna mírně zvýší s ohledem na útlum domova pro osoby se zdravotním postižením, který má kapacitu 9 lůžek. Zařízení realizovalo projekt přípravy na transformaci, jehož cílem je přizpůsobovat služby uživatelům, zajistit vyšší dostupnost služeb směrem k životu v komunitě a zajistit případnou nižší míru podpory v bydlení. Řadu sociálních situací však zařízení Domov Na Stříbrném vrchu není schopno pokrýt, je nezbytné popsat tyto cílové skupiny a reagovat na jejich potřeby, tj. případně zajistit 1 – 2 zařízení zajišťující až 24 hodinovou péči v území Královéhradeckého kraje mimo okres Rychnov nad Kněžnou. Abstinujícím osobám závislým na alkoholu s potřebou komplexní podpory a péče je určena služba domov se zvláštním režimem Domova Dolní Zámek v Teplicích nad Metují.

Co se týče pobytových služeb pro osoby s duševním onemocněním s nižší mírou podpory, je pokrytí území kraje velmi nízké. Od roku 2015 je poskytována pobytová služba chráněné bydlení v Jičíně s počtem 10 lůžek (od r. 2016), od roku 2016 v omezené kapacitě v Rokytnici v Orlických horách. Je žádoucí postupně zajistit pokrytí celého území kraje tak, aby byla dostupná podpora zajištěna v přirozeném prostředí. Tréninkové byty (3 byty s kapacitou celkem 8 míst) pro osoby s duševním onemocněním s nízkou mírou potřebné podpory a jeden rehabilitační byt s kapacitou 4 míst pro osoby se střední mírou podpory jsou dostupné v Hradci Králové v rámci terénní formy sociální rehabilitace. Tréninkové byty fungují také v rámci služby sociální rehabilitace v Rokytnici v Orlických horách.

---

<sup>9</sup> §2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Informace o síti sociálních služeb zachycují stav k 1. 1. 2016, resp. stav dle Plánu rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji 2011 – 2016 po revizi č. 10 přijaté Zastupitelstvem kraje dne 7. 12. 2015, číslo usnesení ZK/25/1730/2015. Revize aktualizovala přílohu 4.1 - Síť veřejně podporovaných sociálních služeb v Královéhradeckém kraji.

Sociální služby (registrované dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zařazené do Sítě veřejně podporovaných sociálních služeb v Královéhradeckém kraji) pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním:

### **Sociální rehabilitace**

*Páteří sítí služeb<sup>10</sup> sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním zajišťují:*

- Hradec Králové: Péče o duševní zdraví, z.s., středisko Hradec Králové – 8,5 úvazku přímé práce/32 uživatelů (ambulantní, terénní, včetně tréninkových bytů)
- Náchod: Péče o duševní zdraví, z.s., středisko Náchod – 5 úvazků přímé práce/30 uživatelů (ambulantní, terénní)
- Rychnov nad Kněžnou: Péče o duševní zdraví, z.s., středisko Rychnov nad Kněžnou – 5,5 pracovníků přímé práce/30 uživatelů (ambulantní, terénní)
- Jičín: Péče o duševní zdraví, z.s., středisko Jičín – 5,5 pracovníků přímé práce/30 uživatelů (ambulantní, terénní, včetně tréninkového bytu)
- Trutnov: Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov – Stacionář Riaps – 6,1 pracovníků přímé práce/15 uživatelů (forma: ambulantní, terénní)

*Další dostupné služby sociální rehabilitace, dostupné lidem s duševním onemocněním:*

- Nová Paka: Život bez bariér Nová Paka (podpora osob s duševním onemocněním s cílem posilovat kompetence v oblasti hospodaření a správy domácnosti, trávení volného času či zaměstnání),
- Nové Město nad Metují: NONA 92, o. p. s. (jiná primární cílová skupina),
- Rychnov nad Kněžnou: PFERDA z.ú. (Tréninkový byt, Tréninková Kavárna Láry Fáry, pro osoby s mentálním postižením, případně duševním onemocněním)
- Náchod: PFERDA z.ú., (Tréninková Kavárna Láry Fáry2, pro osoby s mentálním postižením, případně duševním onemocněním)
- Rokytnice v Orlických horách: DOMOV NA STRÍBRNÉM VRCHU (primárně návazná služba pro uživatele domova se zvláštním režimem k podpoře přechodu do běžného prostředí)
- Náchod, Rychnov nad Kněžnou: Aspekt z. s. (podporované zaměstnávání)

### **Sociálně terapeutické dílny**

- Kvasiny (Rychnov nad Kněžnou): Pferda, z. ú. Tréninková pekárna Láry Fáry (pro osoby s mentálním postižením, případně duševním onemocněním)

### **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením**

- Hradec Králové: Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, Hradec Králové – 3 úvazky přímé práce/30 uživatelů (ambulantní)

### **Podpora samostatného bydlení**

- Hradec Králové: SKOK do života o. p. s. – 3 úvazky přímé práce/ 20 uživatelů (primární cílovou skupinou jsou osoby s mentálním postižením)

---

<sup>10</sup> Obvykle jsou využívány služby v okresních městech.

- Náchod: PFERDA z.ú.– 0,85 úvazku přímé práce/ 8 uživatelů (osoby s mentálním postižením, případně duševním onemocněním)
- Rychnov nad Kněžnou, Pferda: PFERDA z.ú. – 1,25 úvazku přímé práce/8 uživatelů (osoby s mentálním postižením, případně duševním onemocněním)

### Chráněné bydlení

Jičín: Sociální služby města Jičína – 3,8 úvazku přímé práce/10 lůžek

Rokytnice v Orlických horách: DOMOV NA STŘÍBRNÉM VRCHU – 2 úvazky přímé práce/4 lůžka (primárně návazná služba pro uživatele domova se zvláštním režimem k podpoře přechodu do běžného prostředí)

### Domov se zvláštním režimem

Rokytnice v Orlických horách: Domov na Stříbrném vrchu – 30,7 úvazku přímé práce/41 lůžek<sup>11</sup>

Teplice nad Metují: Domov Dolní Zámek – 33 úvazků přímé práce/49 lůžek

Osobám v seniorském věku s demencí (nejčastěji s Alzheimerovou chorobou) poskytují služby domovy se zvláštním režimem, zpravidla jsou poskytovatelé těchto služeb současně poskytovateli služby domova pro seniory.

Dále podporu lidem s duševním onemocněním poskytují **pečovatelské služby (případně osobní asistence)** jako klíčové terénní služby sociální péče podporující setrvání lidí v běžném prostředí. Je žádoucí rozšiřovat zaměření pečovatelských služeb na cílovou skupinu osob s postižením a duševním onemocněním (ne všude je pravidlem, že je pečovatelská služba pro osoby s duševním onemocněním dostupná) a současně rozšiřovat časovou dostupnost pečovatelské služby (ve večerních hodinách, o víkendech, svátcích).

Dostupné jsou rovněž *služby odborného sociálního poradenství*.

**Osobám s poruchou autistického spektra je určena služba sociální rehabilitace** dostupná v krajském městě, poskytovatelem služby je KŘESADLO HK – Centrum pomoci lidem s PAS, z.ú.

### Vývoj kapacit a uživatelů vybraných sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v letech 2012 - 2015<sup>12</sup> v KHK

Druh sociální služby	Kapacita počtu uživatelů	Počet uživatelů služeb 2012	Kapacita počtu uživatelů	Počet uživatelů služeb 2013	Kapacita počtu uživatelů	Počet uživatelů služeb 2014	Kapacita počtu uživatelů	Počet uživatelů služeb 2015
§ 70 - Sociální rehabilitace (pouze páteřní síť služeb pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním)	107	202	107	293	107	303	122	378
§ 66 - Sociálně aktivizační	30	246	30	258	30	268	30	279

<sup>11</sup> 64 evidovaných žádostí o službu, v roce 2015 nebyla se 14 žadateli uzavřena smlouva z kapacitních důvodů.  
Zdroj: Benchmarking sociálních služeb v Královéhradeckém kraji – data za rok 2015

<sup>12</sup> Zdroj: Benchmarking sociálních služeb v Královéhradeckém kraji

služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním)								
---	--	--	--	--	--	--	--	--

**Sociální práce na obcích, veřejné opatrovnictví, bydlení a zaměstnanost<sup>13</sup>**

Co se týče podpory života lidí s postižením a duševním onemocněním v přirozeném prostředí, je obecně klíčovým problémem dostupnost bydlení a zaměstnání. Politika obcí v oblasti zajištění dostupného bydlení se liší, v mnoha případech je pro osoby s mentálním či duševním onemocněním v podstatě nemožné na bydlení dosáhnout (městské byty v běžné zástavbě, podporované byty apod.), a to z důvodu vymezení cílových skupin či pro nastavené podmínky (např. výše kauce u městských bytů). Obce zpravidla nemají nastavený systém podpory těchto osob v oblasti bydlení, zpravidla se jedná o hledání individuálních řešení, pokud se taková potřeba objeví.

Co se týče možností pracovního uplatnění osob s postižením a duševním onemocněním, je rovněž problematické, a to jak na otevřeném, tak na velmi omezeném chráněném trhu práce. V oblasti rozvoje sociálního podnikání se situace mění velmi pomalu. Ač bylo v programovém období 2007 – 2013 jednou z priorit, zahájilo svou činnost v Královéhradeckém kraji jen minimum sociálních podniků. Další příležitosti, jichž je žádoucí využít, nabízí stávající programové období.

Nedostupnost bydlení spolu s nedostatkem finančních prostředků pak logicky komplikuje přístup k běžně dostupným veřejným službám, plné zapojení do společnosti a život, který je ve společnosti považován za běžný. Zejména u osob s duševním onemocněním je reálné ohrožení chudobou. Odpovídající podmínky pro bydlení osob s duševním onemocněním jsou základním předpokladem ke stabilizaci situace osob s duševním onemocněním. Příležitostí v této věci je příprava zákona o sociálním bydlení, jehož účinnost se předpokládá od 1. 1. 2017.

Pobytové služby v podobě domovů pro osoby se zdravotním postižením pak v případě některých uživatelů řeší problém bytový a problém nedostatku finančních prostředků, než že by reagovaly na skutečnou potřebu podpory uživatele. Obdobně jsou v psychiatrických nemocnicích hospitalizováni někteří lidé spíše ze sociálních než ze zdravotních důvodů, kdy důvodem dlouhodobých či opakovaných hospitalizací je nepříznivá sociální situace a absence vhodných sociálních služeb či jejich nedostatečná kapacita. Dlouhodobá hospitalizace současně snižuje úroveň každodenních dovedností potřebných pro běžný život a závislost na službách tak zvyšuje.

Tento přístup je však nežádoucí, a to jak ve vztahu k samotným uživatelům, kteří odebírají službu neodpovídající jejich potřebě, ale také ve vztahu k síti služeb, kdy jsou finančně nákladná lůžka pobytových služeb obsazena lidmi, jež takové služby nepotřebují. Tento přístup rozhodně není odůvodněný. Jak stávající právní úprava, tak nastavený systém financování Sítě veřejně podporovaných sociálních služeb v Královéhradeckém kraji umožňuje, aby pomoc vycházela z individuálně určených potřeb osob, působila na osoby aktivně a podporovala rozvoj jejich samostatnosti a motivovala je k takovým činnostem,

<sup>13</sup> Zdroj: Strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním (<http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/socialni-oblast/rozvoj-soc-sluzeb/kralovehradecky-kraj-schvalil-strategii-pro-zvyseni-dostupnosti-komunitnich-sluzeb-pro-osoby-s-postizenim-a-dusevnim-onemocnenim--86572/>)

které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovala jejich sociální začleňování.

Podpora osob s duševním onemocněním v přirozeném prostředí se může odehrávat také prostřednictvím sociálních pracovníků měst. Sociální práce je vykonávána na úrovni obcí s rozšířenou působností a na území obcí s pověřeným obecním úřadem<sup>14</sup>. Velmi často není oddělena podpora prostřednictvím sociální práce s výkonem funkce veřejného opatrovníka<sup>15</sup>. Mnohé obce vykonávají komplexní podporu osobám s omezenou svéprávností, často na hranici svých kapacitních možností. Podporu osob s duševním onemocněním by však mohli vykonávat nejen opatrovníci, sociální pracovníci, ale také další specializované služby. To vyžaduje posílení případové práce a multidisciplinární spolupráce více subjektů při řešení klientovy situace. Kapacitní možnosti veřejných opatrovníků a současně absence dostupných podpůrných služeb a dostupného bydlení brzdí přechod osob s duševním onemocněním zpět do přirozeného prostředí.<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> V roce 2015 vykonávalo v Královéhradeckém kraji na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností a obcích s pověřeným obecním úřadem činnosti sociální práce 76 sociálních pracovníků a pracovníků na 46,7 úvazků.

<sup>15</sup> V roce 2015 v Královéhradeckém kraji vykonávalo agendu veřejného opatrovníka minimálně 102 veřejných opatrovníků pro minimálně 600 opatrovanců. Pozn. uvedeno je minimálně, neboť informace nebyly zjištěny od všech obcí z Královéhradeckého kraje. Vysoký je počet opatrovanců v obcích, v nichž sídlí velkokapacitní pobytové sociální služby. V rámci projektu Rozvoj dostupnosti a kvality sociálních služeb v Královéhradeckém kraji V je zpracovávána analýza aktuální situace výkonu veřejného opatrovnictví v Královéhradeckém kraji. Výstupy analýzy budou k dispozici do konce roku 2016.

<sup>16</sup> Zdroj: Analýza sítě dostupných služeb ve vazbě na transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním, pracovní materiál

### III. SWOT analýza

<b>SILNÉ STRÁNKY</b>	<b>SLABÉ STRÁNKY</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Podpora Reformy psychiatrické péče Královéhradeckým krajem, tvorba Koncepce péče o duševní zdraví v KHK</li> <li>▪ Vybudovaná páteří síť služeb sociální rehabilitace a rozvíjející se kapacity terénní zdravotní psychiatrické péče, rozšiřování regionálních komunitních týmů - základna budoucích CDZ</li> <li>▪ Další fungující sociální služby pro osoby s duševním onemocněním v KHK</li> <li>▪ Dobrá spolupráce s PN pro dospělé v rámci republiky</li> <li>▪ Dobrá spolupráce s PN pro děti a odděleními dětské psychiatrie v rámci republiky</li> <li>▪ Tři lůžková nemocniční psychiatrická oddělení v KHK</li> <li>▪ KHK má rozvoj komunitních sociálních služeb ukotven v základních strategických dokumentech se střednědobou platností - schválená Strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním – formuluje priority pro období 2015 - 2023</li> <li>▪ Schválená Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016-2020 – formuluje strategii rozvoje v oblasti zdravotnictví na území KHK v daném období</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nedostatek kvalifikovaných lidí na trhu práce a nedostatek nových zájemců o obor psychiatrie - jedná zejména o zdravotní sestry s psychiatrickou specializací, a lékaře s psychiatrickou specializací</li> <li>▪ CDZ - nejasný způsob financování, nejsou nastavena pravidla pro udržitelné financování</li> <li>▪ Nedostatečná kapacita lůžkové péče v oboru na území KHK – nedostatek lůžek v uzavřeném režimu</li> <li>▪ Nedostatečná kapacita stávající ambulantní péče, související obtížná implementace nového druhu péče (ambulance s rozšířenou působností)</li> <li>▪ Nedostatečná personální kapacita v oborech psychiatrie pro děti a dorost, adiktologie, sexuologie, gerontopsychiatrie</li> <li>▪ Přetíženost ambulantních psychiatrů (nedostatek času na klienta)</li> <li>▪ Dlouhé čekací doby na umístění pacienta na psychiatrickém odd. nemocnic; častým problémem je nemožnost umístit indikovaného pacienta na akutní uzavřené oddělení v jiných zařízeních z důvodu naplněné kapacity</li> <li>▪ Prodlužování čekací doby na přijetí do ambulantní péče, zároveň prodloužení doby do další kontrolní návštěvy</li> <li>▪ Stigmatizace klientů žijících s psychiatrickou diagnózou</li> <li>▪ Špatná geografická dostupnost lůžek následné péče</li> <li>▪ Chybějící komunitní služby multidisciplinárního charakteru péče na principu komunitní práce – obdoba CDZ</li> <li>▪ Nedostatečná kapacita pobytových sociálních služeb pro osoby s vyšší mírou potřebné podpory, u kterých pominuly důvody k hospitalizaci, služby nejsou diverzifikovány dle potřebné míry podpory</li> <li>▪ Dvojkolejnost řízení oblasti zdravotní a sociální</li> <li>▪ Udržení stávajícího a získání nového odborného personálu</li> <li>▪ Absence stálé řídicí/koordinační platformy péče o duševní zdraví v regionu</li> <li>▪ Nedostatečné informace o struktuře a potřebách lidí s duševním onemocněním (v kraji, v zařízení v Královéhradeckém kraji,</li> </ul>



	<p>i službách zdravotních i sociálních mimo Královéhradecký kraj), absence znalosti poptávky ze strany cílových skupin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Omezená dostupnost sociálních služeb spojených s bydlením na území kraje pro osoby s duševním onemocněním, nerovnoměrné pokrytí území kraje službami</li> <li>▪ Omezená dostupnost služeb aktivizačních, sociálně terapeutických služeb</li> <li>▪ Omezené personální kapacity pro výkon sociální práce ve zdravotnických zařízeních</li> <li>▪ Chybějící ambulantní psychoterapeutické služby hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění</li> <li>▪ Nedostatečně využitý potenciál sociálního podnikání</li> <li>▪ Nedostatečná nabídka služeb zaměstnanosti (chráněný trh práce, pracovní příležitosti, pracovní rehabilitace)</li> <li>▪ Malá informovanost jednotlivých aktérů o službách a jejich roli</li> <li>▪ Chybí systém předávání informací o nezařazených („obtížně umístitelných“) klientech, na jejichž potřeby aktuálně síť služeb/poskytovatelé neumí reagovat</li> <li>▪ Nedostatečná komunikace zdravotníků a pojišťoven</li> <li>▪ Minimální zapojení pečujících osob – tj. rodičů, opatrovníků a dalších zainteresovaných stran do budování systému péče</li> <li>▪ Absence péče o pacienty s PAS a jejich rodiny</li> <li>▪ Nemožnost specializace v oboru dětská a dorostová psychiatrie v akreditovaném zařízení v KHK</li> </ul>
<p><b>PŘÍLEŽITOSTI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Podpora komunitní péče a vznik CDZ ve všech okresech KHK – podpora forem komunitní práce propojující sociální a zdravotní služby, která v důsledku přináší snížení nákladů na hospitalizaci, včetně zkrácení její doby a rychlejší návrat pacienta do domácího prostředí</li> <li>▪ Stipendijní programy na podporu zájmu začínajících lékařů o obor</li> <li>▪ Stipendijní programy pro nelékařská zdravotnická povolání</li> <li>▪ Využití financování z ESIF</li> <li>▪ Reforma psychiatrické péče a realizace Koncepce péče o duševní zdraví v KHK</li> <li>▪ Navýšení počtu lůžek akutní péče ON JC na 30, navýšení ON NA na 40 – tím vznikne 130 lůžek, což je považováno za minimální kapacitu pro</li> </ul>	<p><b>HROZBY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Udržitelné financování není dosud definované – návrh PS pro udržitelné financování: sociální část z veřejných rozpočtů, zdravotní část z veřejných rozpočtů a systému veřejného zdravotního pojištění (veřejné ZP část z paušálu a část z výkonů)</li> <li>▪ Nedostatek školeného personálu (lékařský i nelékařský)</li> <li>▪ Nárůst pacientů - stárnutí populace, životní debaklové situace, závislosti</li> <li>▪ Nárůst gerontopsychiatrických pacientů – nyní tvoří cca ¼ pacientů LDN, kde chybí psychiatrická péče v základním rozsahu, nutno řešit konsiliárně</li> <li>▪ Nenaplnění cílů Strategie reformy psychiatrické péče a Koncepce KHK</li> <li>▪ Snížení úhrad zdravotní péče ze systému</li> </ul>

<p>zajištění psychiatrické péče na území kraje</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Využití možností zvýšení kapacity LNN Nechanice, případně reorganizačního začlenění – následná péče</li> <li>▪ Příprava transformačních plánů PN - transformační plány jako zdroj informací (poptávka po službách, disponibilní personální kapacity apod.?)</li> <li>▪ Vybudování lůžek v oboru dětská a dorostová psychiatrie (akutní lůžka i lůžka následné péče) ve stávajících nemocnicích v kraji – např. formou omezeného počtu lůžek při dětském odd.</li> <li>▪ Programové období 2014 – 2020 (je otevřeno rozvoji služeb poskytovaných v komunitě, procesům transformace a deinstitutionalizace)</li> <li>▪ Trend v oblasti sociálního bydlení (snaha o institucionalizaci SB) - využití běžných a dostupných forem bydlení v komunitě za podpory terénních služeb</li> <li>▪ Trendy péče v zemích EU – jednoznačné směřování ke komunitní péči</li> <li>▪ Požadavek na dodržování práv lidí s duševním onemocněním</li> <li>▪ Lékařská fakulta jako zdroj budoucích odborných personálních kapacit</li> <li>▪ Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové jako zdroj odborných personálních kapacit</li> <li>▪ Připravované legislativní změny a vznik zákona o péči o duševní zdraví</li> <li>▪ Ustanovit na úrovni kraje pracovní skupinu/tým k reformě/koncepci: monitoring, návrhy směrem k implementaci, aktualizace apod.</li> </ul>	<p>veřejného zdravotního pojištění</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Snížení absorpční kapacity PN Havlíčkův Brod jako důsledek poklesu počtu lékařů PN, zároveň však dochází ke zvýšení spádové oblasti PN Havlíčkův Brod</li> <li>▪ Prodlevy ve vzniku CDZ</li> <li>▪ Ne/udržitelnost - financování založené na dočasných fondech z evropské unie</li> <li>▪ Nejasné zadání (poptávka) společnosti, zadavatele (obce, kraje)</li> <li>▪ Obtížnost získání příspěvku na péči u duševně nemocných – systém posuzování, regionálně odlišný přístup v posuzování pro účely získání PnP</li> <li>▪ Lidem v nepříznivé sociální situaci se v rámci činností sociální práce nedostávají informace o celém spektru možností řešení</li> <li>▪ Vnímání humanizace pobytových sociálních služeb ústavního typu odbornou veřejností jako dostatečného opatření směřující k naplňování práv lidí s postižením a duševním onemocněním</li> <li>▪ Politický cyklus – změna priorit, ohrožení dlouhodobých cílů v rámci procesu deinstitutionalizace</li> <li>▪ Podoba transformace PN/humanizace PN?</li> <li>▪ Netransparentní a nesystémový přístup zdravotních pojišťoven (VZP) k proplácení adiktologických úkonů</li> </ul>
---	---

## IV. Reforma psychiatrické péče

### 3. 1 Strategie reformy psychiatrické péče

Psychiatrická péče v České republice nyní prochází procesem reformy, kterou má v gesci Ministerstvo zdravotnictví a jejímž výsledkem je Strategie reformy psychiatrické péče. V rámci rozpracování Strategie na jednotlivé detailní plány bylo vytvořeno několik Pracovních skupin složených z odborníků na danou oblast (zástupci MZ ČR, PS ČLS JEP, MPSV ČR, Svazu zdravotních pojišťoven, Asociace zdravotních sester, Asociace krajů ČR etc.).

Strategie reformy psychiatrické péče má za globální cíl zlepšit kvalitu života duševně nemocných prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči.

Strategie se opírá o čtyři základní pilíře:

1. Ambulantní péče
2. Centra duševního zdraví (CDZ)
3. Psychiatrická oddělení nemocnic
4. Psychiatrické nemocnice

**AD 1. Ambulantní péče** – je v prvním kontaktu s osobou s duševním onemocněním. Primárním cílem ambulantní péče není poskytování sociálních služeb, ale služeb zdravotních, byť se předpokládá úzká spolupráce se segmentem sociálních služeb. Primární psychiatrická péče (včetně ambulance klinickopsychologické péče) je určena zejména docházejícím pacientům a převážně poskytována subjekty soukromého sektoru na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami, přičemž většina péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Rozšířená ambulantní péče pro osoby trpící duševní poruchou by se měla věnovat ostatním psychiatrickým diagnózám, jež jsou mimo spektrum CDZ.

**AD 2. Centra duševního zdraví (CDZ)** – tento prvek se v současné době v síti péče nevyskytuje. Měl by jej tvořit soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných multidisciplinárním týmem. Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb klientům s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.

**AD 3. Psychiatrická oddělení nemocnic** – akutní lůžková péče (= péče poskytovaná bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci se souhlasem, či bez souhlasu klienta za zákonem stanovených podmínek), konsiliární servis pro nemocnici.

**AD 4. Psychiatrické nemocnice** – lůžková zdravotnická zařízení, především určená jako zařízení následné dlouhodobé péče, poskytující komplexní zdravotní péči pacientům, a to s jejich souhlasem, ale i bez souhlasu pacientů za zákonem stanovených podmínek.

V rámci reformy jsou vytvořeny Standardy<sup>17</sup> pro jednotlivé pilíře Strategie. Dne 26. 4. 2016 byl ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (částka 5/2016) zveřejněn Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví (CDZ), Standard ambulantní psychiatrické péče

---

<sup>17</sup> Jednotlivé Standardy jsou k dispozici na [www.reformapsychiatrie.cz](http://www.reformapsychiatrie.cz)

a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním a Standard akutní lůžkové psychiatrické péče. Standard pro následnou péči je připravován.

### **3.2 Implementace Reformy psychiatrické péče v Královéhradeckém kraji**

V rámci vytváření Koncepce péče o duševní zdraví v KHK proběhlo několik pracovních setkání, na která byli přizváni odborníci z oboru psychiatrie, zástupci MZ ČR, VZP, dále zástupci FN HK a všeobecných nemocnic i ambulantní péče z Královéhradeckého kraje, ale i psychiatrických nemocnic mimo území kraje, zároveň zástupci organizací věnujících se terénním sociálním a zdravotním službám a organizací podporujících osoby s duševním onemocněním.

Primárním cílem v oblasti reformy psychiatrické péče v KHK je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním a jejich destigmatizace. Důležitým principem Reformy je přesun péče směrem ke komunitnímu způsobu práce, do přirozeného prostředí cílových skupin

s důrazem na ambulantní a terénní péči, a to v kombinaci zdravotních a sociálních služeb.

Cestou k dosažení tohoto cíle je optimalizace procesu péče o duševně nemocné a vytvoření zázemí poskytovatelům této péče. Technickým zázemím by měly být ambulance s rozšířenou péčí, funkční CDZ se spádem pro 100 000 - 150 000 obyvatel, dostatečný počet akutních lůžek v KHK a dostupná následná péče v psychiatrických nemocnicích.

Zásadními prvky v uplatňování reformních principů jsou především dostatečné personální kapacity (lékařská i nelékařská povolání), a v neposlední řadě jasný a zejména udržitelný systém financování jednotlivých druhů péče, a to péče sociální i zdravotní.

#### **3.2.1 Ambulantní péče**

- Základní článek v systému péče garantovaný zdravotními pojišťovnami, místo prvního kontaktu s osobami s duševním onemocněním.
- Strategie uvádí, že je tento druh péče je rozvinutý nerovnoměrně a nedostatečně, což potvrdili účastníci pracovních schůzek podílející se na vytvoření Koncepce péče o duševní zdraví KHK. Péče ambulantních psychiatrů o osoby trpící duševní poruchou je výrazně ztěžována nedostatkem dalších článků ambulantní péče, zejm. terénních psychiatrických sester, stacionárních služeb, psychoterapeutických služeb atd.
- Ambulance s rozšířenou působností – bude nově zaváděným prvkem v systému péče o duševně nemocné, který by měl řešit péči o diagnostické spektrum, které nespadá do cílové skupiny CDZ (organické poruchy – demence, závislosti, depresivní a úzkostné poruchy, psychotické poruchy s lehčím průběhem...)
- V rámci implementace reformy v Královéhradeckém kraji bude usilováno o rozšíření sítě ambulantních zařízení, aby její kapacity byly v souladu se Standardem ambulantní psychiatrické péče a s požadavky Reformy. Doporučované kapacity jsou následující:
  - Psychiatr v oboru dospělá psychiatrie 12/100 000 obyvatel
    - požadavek pro KHK: 66; aktuální stav: 21,71 úvazků lékařů v lůžkových zařízeních v KHK + 30 samostatných poskytovatelů (*Pozn. bez znalosti rozsahu úvazků*)
  - Psychiatr v oboru dětská a dorostová psychiatrie v počtu 2/100 000 obyvatel
    - požadavek pro KHK: 11; aktuální stav: 7 poskytovatelů, vč. FN HK (*Pozn. bez znalosti rozsahu úvazků*)
  - Specialista psychiatr v oboru gerontopsychiatrie v počtu 1/100 000 obyvatel
    - požadavek v KHK: 5,5; aktuální stav: z dostupných dat nebylo možné zjistit

- Specialista psychiatr v oboru sexuologie v počtu 1/100 000 obyvatel
  - požadavek v KHK: 5,5; aktuální stav: 3 (*Pozn. bez znalosti rozsahu úvazků*)
- Specialista psychiatr v oboru poruchy příjmu potravy v počtu 0,5/100 000 obyvatel
  - požadavek v KHK: 2,75; aktuální stav: z dostupných dat nebylo možné zjistit
- Specialista psychiatr v oboru návykových nemocí v počtu 1/100 000 obyvatel
  - požadavek v KHK: 5,5; aktuální stav: z dostupných dat nebylo možné zjistit
- Specialista nelékař v oboru adiktologie v počtu 2/100 000 obyvatel
  - požadavek v KHK: 11; aktuální stav: 2 poskytovatelé (*Pozn. bez znalosti rozsahu úvazků*)
- Specialista v oboru klinická psychologie v počtu 10/100 000 obyvatel a v počtu 7/100 000 obyvatel pro obor dětská klinická psychologie
  - požadavek klinická psychologie v KHK: 55; aktuální stav: 17 poskytovatelů (*Pozn. bez znalosti rozsahu úvazků*)
  - požadavek dětská klinická psychologie v KHK: 38,5; aktuální stav: 1 poskytovatel (*Pozn. bez znalosti rozsahu úvazků*)
- Psychiatrická sestra v počtu 6/100 000 obyvatel. Vzhledem k trendu předávání kompetencí bude potřeba psychiatrických sester postupně vyšší.
  - požadavek v KHK: 33; aktuální stav: z dostupných dat nebylo možné zjistit
- Denní stacionář s počtem míst 18/100 000 obyvatel
  - požadavek v KHK: 99; aktuální stav: z dostupných dat nebylo možné zjistit

### 3.2.2 CDZ

- Základem CDZ = multidisciplinární tým odborníků v oblasti zdravotní a sociální péče
- CDZ se zaměřuje především na terénní výkony všech profesí a vedle toho provozuje i docházkové služby typu denní centrum a krizové služby
- Zajištění provozu 24 hodin denně/7 dní v týdnu
- Dle Zprávy o stavu Strategie reformy psychiatrické péče k březnu<sup>18</sup> 2016 jsou v rámci ČR vybrána některá zařízení do pilotního projektu vytváření sítě CDZ, neboť disponují klientelou vhodnou k zařazení do péče CDZ a přiměřeným personálním vybavením pro tento typ služby, případně mají reálnou možnost doplnění potřebné personálního vybavení. V KHK vytipování dva poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb vhodní k zařazení do 2. fáze projektu.
- Součástí začleňování reformních kroků na krajské úrovni je rovněž vybudování adekvátního počtu CDZ v KHK – Strategie Reformy doporučuje pro zajištění dostupnosti a efektivní poskytování služeb vybudovat 1 CDZ/100 000 – 150 000 obyv.

### 3.2.3 Psychiatrická oddělení nemocnic (akutní lůžková péče)

- Stávající stav: 60 lůžek FN HK, 15 O N JC, 30 ON NA (ON NA má se zdravotními pojišťovnami nasmlouvaných 40 lůžek, z důvodu personální nedostatečnosti je péče poskytována pouze pro 30 lůžek) – nedostatečný počet lůžek akutní i následné péče (následná péče poskytována v LNN Nechanice, ale výhradně pro specifickou skupinu pacientů)

<sup>18</sup> [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/03/160329\\_Stav-realizace-Strategie-reformy-psychiatrick%C3%A9-p%C3%A9%C4%8De\\_03-2016.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2016/03/160329_Stav-realizace-Strategie-reformy-psychiatrick%C3%A9-p%C3%A9%C4%8De_03-2016.pdf)

- Dle Standardů je optimální počet lůžek stanoven v počtu 30 /100 000 obyvatel, tzn. 165 lůžek v KHK. Prvním krokem je dosažení nepodkročitelného minima k zajištění psychiatrické péče v KHK, a to 130 lůžek – tohoto počtu lůžek by mělo být dosaženo navýšením o 15 lůžek po rekonstrukci ON JC na 30 lůžek (předpoklad: 15 lůžek otevřené odd., 15 lůžek uzavřené odd.), a dále navýšení o 10 lůžek ON NA k naplnění nasmlouvané lůžkové kapacity 40 lůžek (závisí na personálním zajištění péče).

### **3.2.4 Psychiatrické nemocnice (následná lůžková péče)**

- V Královéhradeckém kraji není zřízená žádná psychiatrická nemocnice, mimo 56 lůžek v LNN Nechanice zaměřených na léčbu mužů i žen závislých na psychoaktivních látkách, včetně závislých na alkoholu a patologických hráčů
- Očekávané jsou výstupy tzv. transformačních plánů PN na základě Reformy
- Dobrá spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi v rámci republiky – zejména s PN Havlíčkův Brod, PN Kosmonosy, PN Bohnice
- V rámci Reformy jsou upřednostňovány tendence přesunu péče směrem k terénní práci, do komunity a domácího prostředí pacienta. V souvislosti s těmito tendencemi se očekává pokles počtu lůžek následné péče z důvodu nadbytečnosti při aktivním zapojení terénních složek péče o nemocné a důrazu na poskytování služeb v přirozeném prostředí osob s duševním onemocněním.

### **3.2.5 Další reformní opatření v Královéhradeckém kraji**

- Priority, cíle a opatření pro oblast rozvoje sítě sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním do roku 2023 jsou formulovány dokumentem **Strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním**<sup>19</sup>, schváleným Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje usnesením č. ZK/26/1813/2016 ze dne 1. 2. 2016. Jde zejména o následující cíle:  
**Zvyšovat dostupnost komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním**
- Sociálně rehabilitačních služeb resp. case managementových týmů/multidisciplinárních, regionálních komunitních týmů (sociální složka CDZ; flexibilních, mobilních, založených na asertivním přístupu)<sup>20</sup>
- Aktivizačních služeb (podporovat individualizovanou smysluplnou podporu vedoucí k rozvoji schopností a dovedností, které umožní žít lidem s duševním onemocněním co nejvíce samostatně, zvyšovat časovou dostupnost služeb)
- Pečovatelské služby (doplňováním cílové skupiny osob s duševním onemocněním, rozšiřováním časové dostupnosti)

---

<sup>19</sup> Strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním (<http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/socialni-oblast/rozvoj-soc-sluzeb/kralovehradecky-kraj-schvalil-strategii-pro-zvyseni-dostupnosti-komunitnich-sluzeb-pro-osoby-s-postizenim-a-dusevnim-onemocnenim--86572/>)

<sup>20</sup> V plánovaných kapacitách služby sociální rehabilitace jsou přibližně zohledněny personální požadavky standardu Centra duševního zdraví (personál zajišťující sociální složku služby spádového regionu s cca 100 - 150 tis. obyvateli).

- Sociálních služeb terénní formy podporující samostatné bydlení
- Služeb spojených s pobytem<sup>21</sup> (sít služeb s diferencovaným rozsahem podpory)

V rámci Strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním je kladen důraz rovněž na posílení role obce v koordinaci pomoci občanům, zvyšování kvality sociálních služeb s důrazem na omezování a prevenci institucionálních prvků, podporu přechodu uživatelů z ústavních do komunitních služeb, vzdělávání sociálních pracovníků obcí, veřejných opatrovníků, pracovníků sociálních služeb a zástupců dalších relevantních subjektů v oblasti potřeb lidí s duševní nemocí s cílem zvýšení dostupnosti služeb a začlenění do komunity, podporu pečujících osob a podporu osvětových aktivit.

---

<sup>21</sup> Podrobněji viz dílčí cíle Strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním ve vztahu ke spádovým územím regionu.

## IV. Cíle pro období 2016 - 2020

### **Cíle pro období 2016 - 2020:**

**Obecným cílem reformy psychiatrické péče v KHK je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním.** Důležitým principem, který podporuje naplnění obecného cíle, je přesun těžiště péče směrem ke komunitnímu způsobu práce, do přirozeného prostředí cílových skupin s důrazem na ambulantní a terénní péči. Pro dosažení cíle je zapotřebí optimalizovat procesy péče o duševně nemocné a kapacity složek sítě služeb.

#### Přehled oblastí specifických cílů reformy psychiatrické péče v KHK:

- A. Cíle zaměřené na zavedení nových prvků sítě odborných služeb**
- B. Cíle zaměřené na posílení kapacit stávajících prvků sítě odborných služeb**
- C. Cíle zaměřené systémově**

#### Přehled specifických cílů reformy psychiatrické péče v KHK:

##### **A1. V Královéhradeckém kraji fungují Centra duševního zdraví**

Do roku 2020 fungují v kraji nejméně dvě, optimálně tři, Centra duševního zdraví (CDZ) jako zcela nový prvek systému péče, který se zaměřuje zejména na terénní péči o osoby s vážným duševním onemocněním.

##### **A2. Fungují psychiatrické ambulance s rozšířenou působností**

Do roku 2020 vznikne optimálně v každém okrese jedna psychiatrická ambulance s rozšířenou působností jako zařízení, kde spolupracuje psychiatr, psycholog, terénní psychiatrická sestra a případně další specializace (adiktolog), a které se zaměřuje na komplexní péči o duševně nemocné mimo okruh vážně duševně nemocných (mimo okruh klientely CDZ).

Pozn.- personální dopady viz cíl B2.

##### **A3. Dětsí a dorostoví pacienti mohou být v případě potřeby hospitalizováni na území kraje**

Do konce roku 2017 zorganizovat jednání odborné pracovní skupiny, jejímž úkolem bude navrhnout opatření, jak umožnit, aby pacienti této věkové skupiny nemuseli za hospitalizacemi cestovat do zařízení mimo území kraje, což narušuje vazby s rodinným prostředím.

##### **B1. Akutní psychiatrické hospitalizace se uskutečňují v lůžkových zařízeních na území kraje**

Do roku 2020 se navýší kapacita psychiatrických lůžek v kraji na 130 lůžek. Všechna lůžková zařízení fungují způsobem, který odpovídá Standardu akutní lůžkové péče. Výsledkem je minimalizace akutních psychiatrických hospitalizací v zařízeních mimo území kraje. Prvním krokem je dosažení nepodkročitelného minima k zajištění psychiatrické péče v KHK, a to 130 lůžek – tohoto počtu lůžek by mělo být dosaženo navýšením o 15 lůžek po rekonstrukci ON JC na 30 lůžek (předpoklad: 15 lůžek otevřené odd., 15 lůžek uzavřené odd.), a dále navýšení o 10 lůžek ON NA k naplnění nasmlouvané lůžkové kapacity 40 lůžek (závisí na personálním zajištění péče). V dlouhodobém výhledu po roce 2020 dojde k navýšení kapacity lůžkové péče na 30 lůžek/100 000 obyv.



## **B2. Funguje optimální kapacita ambulantních zdravotnických zařízení**

Do roku 2020 podpořit rozšíření sítě ambulancí a ambulancí s rozšířenou působností v souladu se Standardem ambulantní psychiatrické péče a požadavky Reformy a dosáhnout optimálních kapacit personálního zajištění, a to:

psychiatr v oboru dospělá psychiatrie 12/100 000 obyv.

psychiatr v oboru dětská a dorostová psychiatrie 2/100 000 obyv.

specialista psychiatr v oboru gerontopsychiatrie 1/100 000 obyv.

specialista psychiatr v oboru sexuologie 1/100 000 obyv.

specialista v oboru klinická psychologie v počtu 10/100 000 obyv. a v počtu 7/100 000 obyv.

pro obor dětská klinická psychologie

specialisté psychiatři v oboru poruch příjmu potravy, návykových nemocí, adiktologie apod.

psychiatrická sestra pro ošetrovatelskou péči v terénu v počtu 6/100 000 obyv. (včetně sester působících v nově vzniklých Centrech duševního zdraví)

denní stacionář s 18 místy

## **C1. Známe potřeby lidí s duševním onemocněním na území Královéhradeckého kraje**

Průběžně ve spolupráci s relevantními aktéry mapovat potřeby lidí s duševním onemocněním na území Královéhradeckého kraje, vč. osob s duální diagnózou a kombinovaným postižením, výstupy zohledňovat při plánování rozvoje dostupnosti služeb.

## **C2. Lidé se zkušeností a zástupci pečujících osob jsou zapojeni do rozhodování**

Aktivně zapojovat osoby se zkušeností a zástupce pečujících osob do rozhodnutí, která se jich týkají, vyčlenit místa v pracovních skupinách, umožnit připomínkovat klíčové dokumenty.

## **C3. Veřejnost zná reformní opatření**

Podporovat aktivity směřující k destigmatizaci, které pozitivně podpoří vnímání reformy psychiatrické péče ze strany veřejnosti, a to jak laické, tak i odborné.

## **C4. Nové a rozvíjející se odborné služby mají dostatek personálu**

Podporovat zájem o zaměstnání v lékařských i nelékařských oborech působících v oblasti péče o duševní zdraví, včetně snahy o udržení těchto profesionálů v kraji, a to např. prostřednictvím stipendijních programů.

## **C5. Funguje výměna zkušeností dobré praxe a rozvoj vzdělávání**

Podporovat odborná setkávání zástupců zdravotních i sociálních služeb poskytujících podporu duševně nemocným a jejich rodinám, příjemců péče a pečujících osob. Podporovat konání kasuistických seminářů, případových konferencí a setkání hodnotících efektivitu spolupráce v síti služeb. Podporovat psychologickou a psychoterapeutickou péči ve zdravotnických a sociálních službách. Posilovat výkon sociální práce ve zdravotnických zařízeních zřizovaných krajem (zvýšení personální kapacity, vzdělávání).

## **C6. Spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi snižuje počty a délky pobytů v zařízeních následné zdravotní péče**

Zavést pravidelné sledování počtu a délek hospitalizací osob s trvalým bydlištěm v Královéhradeckém kraji v zařízeních následné péče mimo území kraje a sledování dalších

ukazatelů (věk, diagnostické skupiny, doporučující subjekt atp.). Hodnotit, zda rozvoj sítě služeb v kraji má dopady na počty a délky hospitalizací v mimokrajských zařízeních.

**C7. Koncepce péče o duševní zdraví je průběžně aktualizovaná a reflektuje další strategické dokumenty kraje**

Jednou ročně uskutečnit jednání za účelem aktualizace koncepce v reakce na změny celostátní strategie reformy psychiatrické péče i na dosahování cílů strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje.

## V. Závěr

Cílem Královéhradeckého kraje v oblasti péče o duševní zdraví je snížení míry stigmatu duševně nemocných napříč společnostmi, zkvalitnění péče o osoby s takovým onemocněním především přesunem péče do přirozeného domácího prostředí uživatelů služeb, a tím předcházení jejich hospitalizace, dále zvýšení povědomí o významu, užitečnosti a záměrech psychiatrické péče u odborné a laické veřejnosti a v neposlední řadě též sladění vzdělávání a dostupnosti profesí s potřebami Strategie reformy psychiatrické péče a Koncepce KHK.

Cílovým stavem, který byl v průběhu pracovních setkání odborníků v oblasti péče o osoby trpící duševním onemocněním označen jako optimální, je navýšení lůžkové kapacity na počet 165 lůžek tak, aby byla v souladu s požadavky Standardů. Jedná se především o lůžka akutní, v dlouhodobém horizontu i o lůžka následné péče.

Dále by na území Královéhradeckého kraje mělo dojít ke vzniku adekvátního počtu CDZ s vhodnou geografickou dostupností (cca 1 CDZ v každém okrese KHK), což znamená vznik několika multidisciplinárních týmů, jejichž kompetence a struktura bude plně odpovídat požadavkům Standardů a bude v souladu s trendy v péči o osoby s duševním onemocněním. Rovněž tak by měla být psychiatrická a klinickopsychologická péče poskytována v tzv. ambulancích s rozšířenou působností.

Koncepce je současně deklarací úzké součinnosti resortů zdravotnictví a sociálních věcí na regionální úrovni, jejímž společným cílem je efektivní provázání sociálních a zdravotních služeb s cílem aktivně zapojovat do relevantních rozhodnutí osoby se zkušeností a zástupce pečujících osob.

## Abecední seznam osob podílejících se na zpracování

Ing. Karel Antoš, Ph.D.; Bc. et Mgr. Michal Balabán; Mgr. Karel Baše; Ing. Ludmila Bášová; PhDr. Mgr. Jan Bodnár, LL. M.; Mgr. Alexandra Bokůvková; MUDr. Zuzana Ernestová; Mgr. Jana Fiedlerová; Barbora Filková, DiS.; MUDr. Petr Hejzlar; MVDr., Ing. Jaromír Hejzlar; MUDr. Martin Hollý, MBA; MUDr. Jela Hrnčiarová; MUDr. Michal Hudík; Ing. Zbyněk Chotěborský; MUDr. Tomáš Jedlička, MHA; Ing. Dana Kolářová; MUDr. Jiří Konrád; MUDr. Zuzana Kozáková; Jana Kučerová; RNDr. Zita Kučerová; MUDr. Jaromír Mašek; Ing. Daniela Matějková; MUDr. Simona Papežová; Ing. Michal Provazník; MUDr. Alena Railová; Ing. Jana Smetanová; Irena Spiššáková; Ing. Jitka Šmehlíková; MUDr. Miroslav Švábl; MUDr. Iva Tlášková; PharmDr. Jana Třešňáková; MUDr. Ivan Tůma, CSc.; Jan Zíkl