

ROZVOJ PSYCHIATRICKÉ PÉČE V LIBERECKÉM KRAJI

V OBDOBÍ 2016–2022

Dokument Rozvoj psychiatrické péče v Libereckém kraji v období 2016–2022 byl vzat na vědomí usnesením Rady Libereckého kraje č. 1363/16/RK ze dne 16. srpna 2016 a usnesením Zastupitelstva Libereckého kraje č. 511/16/ZK ze dne 30. srpna 2016.

OBSAH

1	ÚVOD	3
2	ZAŘÍZENÍ PSYCHIATRICKÉ A NAVAZUJÍCÍ PÉČE V LIBERECKÉM KRAJI	5
	2.1 PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE	5
	2.2 PSYCHIATRICKÁ ODDĚLENÍ VŠEOBECNÝCH NEMOCNIC	6
	2.3 PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE A AMBULANCE KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ	6
	2.4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	9
3	VÝSKYT DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ V LIBERECKÉM KRAJI	14
4	IMPLEMENTACE SRPP V PODMÍNKÁCH LIBERECKÉHO KRAJE	16
	4.1 OBLAST 1: TVORBA STANDARDŮ A METODIK	17
	Standard akutní lůžkové psychiatrické péče	18
	Standard ambulantní psychiatrické péče	19
	Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví	19
	4.2 OBLAST 2: ROZVOJ SÍŤE PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	21
	4.3 OBLAST 3: HUMANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE	28
	4.4 OBLAST 4: DESTIGMATIZACE A KOMUNIKACE	29
	4.5 OBLAST 5: VZDĚLÁVÁNÍ.....	30
	4.6 OBLAST 6: LEGISLATIVNÍ ZMĚNY	31
	4.7 OBLAST 7: UDRŽITELNÉ FINANCOVÁNÍ.....	32
	4.8 OBLAST 8: MEZIRESORTNÍ SPOLUPRÁCE	33
5	SHRNUTÍ	34
6	SEZNAM TABULEK	36
7	SEZNAM OBRÁZKŮ	36
8	SEZNAM ZKRATEK	37
9	PŘÍLOHY	38

1 ÚVOD

Tento dokument vznikl jakožto výchozí souhrn možných postupů při naplňování konceptu Reformy péče o duševní zdraví v podmínkách Libereckého kraje. Výchozím dokumentem je **Strategie reformy psychiatrické péče** (dále jen SRPP), schválená Ministerstvem zdravotnictví ČR v říjnu 2013. Jejím globálním cílem je zlepšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním s důrazem na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv duševně nemocných v nejširším možném výkladu. K dosažení žádoucího stavu bylo definováno celkem 7 strategických cílů:

1. **Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.**
2. **Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.**
3. **Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.**
4. **Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.**
5. **Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání, bydlení aj.).**
6. **Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.**
7. **Humanizovat psychiatrickou péči.**

Prostředkem k naplnění uvedených cílů je restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči napříč celou společností. Komplexní péče bude stát na čtyřech základních pilířích (bližší vymezení jednotlivých typů péče včetně jejich standardů bude uvedeno dále v textu):

A. Psychiatrické léčebny/nemocnice

Lůžková zdravotnická zařízení poskytující komplexní psychiatrickou péči pacientům, kteří s péčí souhlasí, a též těm, kteří jsou hospitalizováni bez souhlasu (za zákonem stanovených podmínek). Zdravotní služby jiných odborností jsou poskytovány jako podpůrný servis s cílem zajistit komplexní zdravotní péči o pacienty ze spádové oblasti. Zaměřují se převážně na následnou a specializovanou lůžkovou péči. Mohou poskytovat akutní péči pro přiměřenou územní a spádovou oblast.

B. Psychiatrická oddělení nemocnic

Nemocniční oddělení akutní lůžkové psychiatrické péče poskytují bezprostřední péči po vzniku nebo zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci, osobám, které s péčí souhlasí, a též těm, které jsou hospitalizovány bez souhlasu (za zákonem stanovených podmínek). Poskytují také konsiliární servis pro nemocnici.

C. Ambulantní péče

Psychiatrické a klinickopsychologické ambulance představují primární psychiatrickou péči, která nezastupitelně zajišťuje péči pro většinu klientů psychiatrických služeb. Odborná zdravotní péče je primárně určena docházejícím pacientům a ve většině případů je poskytována subjekty soukromého sektoru na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, přičemž velká část této péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. SRPP v tomto pilíři předjímá také vznik ambulancí s rozšířenou péčí, které přinesou prvek individualizace péče

o duševně nemocné přímým zapojením nelékařských profesí v ambulancích (např. psychiatrická sestra, specialista na závislosti, sociální pracovnice, terapeut).

D. Centra duševního zdraví (dále jen CDZ)

CDZ je soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi, zajišťujícími v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním (Severe Mental Illness – SMI). Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí.

Důležitým krokem směrem k implementaci SRPP bylo uzavření Dohody o partnerství pro programové období 2014–2020, která vymezuje rámec podpory z Evropských strukturálních a investičních fondů. Tato Dohoda o partnerství uzavřená mezi Evropskou komisí a Českou republikou v srpnu 2014, zahrnuje i reformu psychiatrie. Konkrétně byly k tomuto účelu vyčleněny prostředky ve dvou operačních programech:

- **v Integrovaném regionálním operačním programu je alokováno 2,25 mld. Kč na investiční projekty;**
- **v Operačním programu Zaměstnanost je alokováno 1,5 mld. Kč na neinvestiční projekty.**

Reforma psychiatrické péče je zároveň v souladu i s místními strategiemi. Na národní úrovni je klíčovým dokumentem Akční plán Ministerstva zdravotnictví ČR č. 3 – Zvládání stresu a duševní zdraví (součást Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí „Zdraví 2020“). V kontextu Libereckého kraje se problematiky duševního zdraví dotýkají zejména Zdravotní politika LK – program dlouhodobého zlepšování zdravotního stavu obyvatel LK a Zásady řízení zdravotnictví v LK v oblasti lůžkové péče včetně návaznosti na Zdravotnickou záchrannou službu v období 2015-2020.

V průběhu vyjednávání o budoucí podobě krajské sítě psychiatrické péče a v návaznosti na plánovanou podobu Center duševního zdraví došlo k zúžení na **oblast psychiatrické péče pouze pro dospělé** – jakožto nejexponovanějšího oboru, navíc s nejvýraznějšími změnami v rámci SRPP. Specializovaná péče (dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie, léčba závislostí, sexuologie aj.) bude okrajově zachycena pouze v analytické části dokumentu.

Dokument Rozvoj psychiatrické péče v Libereckém kraji v období 2015-2022 připravil externí zpracovatel EUMONIA, spol. s r.o. (Mgr. Radka Davidová, Ing. Mgr. Miroslav Mach) ve spolupráci s odborem zdravotnictví Krajského úřadu Libereckého kraje (Mgr. Blanka Ptáčková), odborem sociálních věcí (Ing. Monika Musilová) a pod odborným vedením níže uvedených osob:

- MUDr. Jaromír Hons, Ph.D.,
Krajská nemocnice Liberec, a.s., primář Oddělení psychiatrie
- PhDr. Jana Horáková
FOKUS Liberec o.p.s., ředitelka
- Ludka Kanclířová
FOKUS Turnov, z.s., předsedkyně
- PhDr. Alena Riegerová
vedoucí odboru zdravotnictví Krajského úřadu Libereckého kraje

2 ZAŘÍZENÍ PSYCHIATRICKÉ A NAVAZUJÍCÍ PÉČE V LIBERECKÉM KRAJI

V členění dle pilířů SRPP využívají v současné době obyvatelé Libereckého kraje následující zdravotnická zařízení a další navazující služby:

2.1 PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE

Psychiatrické nemocnice jsou primárně určeny pro poskytování následné lůžkové péče (určena pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces a nastavena terapie a jejichž projevy psychopatologie přitom neumožňují propuštění do domácího ošetřování s podporou komunitních služeb nebo zařízení sociální péče¹). Poskytují přitom souběžně i péči akutní (viz dále), což v systému psychiatrické péče působí určitou disharmonií, snad vyjma akutní podoby specializované lůžkové péče (specializovaná na určitou diagnózu, věk či způsob léčby – např. léčba poruch příjmu potravy, léčba závislostí, léčba gerontopsychiatrických pacientů, psychoterapeuticky zaměřená léčba apod.²)

V psychiatrických nemocnicích v ČR se dle SRPP nalézá 85,6 % psychiatrických lůžek. Akutní příjmy obsazují zhruba 30 % kapacity, zbylých 70 % připadá na péči specializovanou a následnou.

Na území Libereckého kraje se nenachází žádná psychiatrická nemocnice³. Odpovídající péče je pacientům z Libereckého kraje poskytována v psychiatrických nemocnicích Kosmonosy (okres Mladá Boleslav) a Horní Beřkovice (okres Litoměřice – dostupné především pro českolipský region). V obou případech se jedná o lůžkové zařízení poskytující specializovanou následnou, ale i akutní péči. Jsou zřizovány jako příspěvkové organizace Ministerstvem zdravotnictví ČR. **Psychiatrická nemocnice Kosmonosy** uvádí na svých webových stránkách kapacitu 600 lůžek, **Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice** více než 500 lůžek. Obě uvedená zařízení jsou srovnatelná i ve svém odborném zaměření a poskytují vedle všeobecné psychiatrické péče také specializovanou péči v oborech gerontopsychiatrie, léčby závislostí a sexuologie. V obou PN bylo v průběhu roku 2015 hospitalizováno 973 pacientů z LK.

Pro děti a dorost je nejbližším zařízením tohoto typu dětské oddělení psychiatrické nemocnice Bohnice, případně přichází v úvahu Dětská PN Louny, vzhledem k poloze, a tím i s horším časem dojezdu zejména z východní poloviny kraje, je taktéž přijatelně dostupná spíše pro českolipský region.

¹ Jiří Raboch a Barbora Wenigová (eds.): Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí), Česká psychiatrická společnost, 2012.

² Tamtéž.

³ Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb uvádí ve veřejné části 14 psychiatrických nemocnic a 1 psychiatrická léčebna pro dospělé a 3 dětské psychiatrické nemocnice (státní příspěvkové organizace). Také jsou zde registrovány 2 psychiatrické léčebny zřizované kraji (Ústecký a Jihočeský).

2.2 PSYCHIATRICKÁ ODDĚLENÍ VŠEOBECNÝCH NEMOCNIC

Prvotní úlohou psychiatrických oddělení je poskytování akutní lůžkové péče (poskytována bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci osob, které o tuto péči požádají, nebo psychiatrickou péči odmítají, ale v důsledku duševní poruchy ohrožují sebe nebo své okolí⁴).

Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic v ČR disponují 14,4 % z celkového počtu psychiatrických lůžek, která jsou zde využívána k poskytování akutní lůžkové péče. Vzhledem k nedostatečné kapacitě lůžek psychiatrických oddělení je však akutní lůžková péče poskytována i výše zmíněnými psychiatrickými nemocnicemi.

Psychiatrické oddělení je v celém Libereckém kraji zřízeno pouze **při Krajské nemocnici Liberec**, jeho aktuální kapacita je 51 lůžek (diferencováno dle vymezení účelu jejich využití, tj. akutní příjmová stanice – 24 lůžek, léčebná rehabilitační stanice – 12 lůžek, střednědobá ústavní odvykací léčba pacientů závislých na alkoholu – 10 lůžek; detoxifikace – 5 lůžek). Jedná se o **jediné zařízení poskytující akutní lůžkovou péči v kraji**.

Materiální zázemí oddělení je i přes průběžné rekonstrukční zásahy nevyhovující. Vzhledem k tomu, že v LK se jiné lůžkové zařízení akutní péče nenachází, nedosahuje kapacita oddělení hodnot doporučených Standardem akutní lůžkové psychiatrické péče (40 akutních lůžek na 100 tis. obyvatel, tj. pro Liberecký kraj cca 175 lůžek). Umístění celé lůžkové kapacity pouze na jediném místě v kraji nadto znamená překročení optimální doporučené dostupnosti stanovené SRPP na 60 minut, přestože nejzazší možná dojezdová doba daná současným nařízením vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb je pro lůžkovou psychiatrickou péči 120 minut (díky centrální poloze Liberce dodržena prakticky pro celé území Libereckého kraje).

Jediné oddělení dětské a dorostové psychiatrie v Libereckém kraji je zřízeno rovněž při KNL. Stávající kapacita 25 lůžek přibližně odpovídá doporučení 6 lůžek na 100 tis. obyvatel.

2.3 PSYCHIATRICKÉ AMBULANCE A AMBULANCE KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ

Ambulantní péče dle SRPP zahrnuje psychiatrické ambulance, které úzce spolupracují s ambulancemi klinických psychologů (absolvent akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie a specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie). Psychiatrické ambulance představují základní složku psychiatrické péče, která zajišťuje péči pro většinu psychiatrických klientů. Dle definice v SRPP se jedná o zařízení s nízkým prahem, dobrou dostupností, jehož součástí jsou též i samostatné ambulance klinického psychologa, a v systému slouží jako vstupní brána do psychiatrické péče.

Dostupnost primární ambulantní psychiatrické péče v Libereckém kraji je determinována počtem a lokalizací ambulantních psychiatrů a klinických psychologů. Jako zdroj pro získání základních dat o poskytovatelích slouží Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb. Upřesnění v podobě zjištění

⁴ Jiří Raboch a Barbora Wenigová (eds.): Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí) Česká psychiatrická společnost, 2012

aktuálních úvazků dotčených specialistů bylo provedeno na základě údajů poskytnutých regionální pobočkou Všeobecné zdravotní pojišťovny (odchylky vyplývající z pominutí případných smluvních vztahů specialistů s ostatními zdravotními pojišťovnami jsou pro účely daného zjišťování nepodstatné).

Na celém území LK bylo k 31. 3. 2016 oficiálně zaregistrováno celkem 24 poskytovatelů zdravotních služeb v oboru psychiatrie, kteří poskytují své služby ve **26 ambulancích** (někteří poskytovatelé nabízejí své služby na více místech). V oboru dětské a dorostové psychiatrie je zaregistrováno 7 poskytovatelů se shodným počtem míst poskytování. Stejná shoda v počtu registrovaných poskytovatelů a míst poskytování platí i v oboru klinická psychologie – celkem 22. V těchto počtech je zahrnuta i KNL a to jako jedno místo poskytování ve všech třech uvedených oborech.

Je třeba zmínit skutečnost, že v praxi řada poskytovatelů v oboru psychiatrie pro dospělé poskytuje služby i v oboru dětské a dorostové psychiatrie. Jeden poskytovatel v tomto oboru např. poskytuje službu ve frekvenci 1x za 14 dnů v Libereckém kraji, podstatnou část své odborné služby však zajišťuje pacientům – klientům mimo území kraje.

Pro následné posouzení pokrytí území kraje je tak výrazně vhodnější vycházet z počtu pracovních úvazků pro jednotlivé odbornosti. V případě lékařů **v oboru psychiatrie** se jedná o **20,62 úvazků** bez započtení KNL, vztaženo k počtu 23 poskytovatelů. V oboru dětské a dorostové psychiatrie vychází na 6 míst poskytování 3,14 úvazků. Odlišná je pak situace v případě klinických psychologů, kde při pominutí KNL je v kraji evidováno 23,45 úvazků na 21 míst poskytování (na některých místech tedy poskytuje služby více specialistů – klinických psychologů).

V KNL, která je největším poskytovatelem zdravotních služeb v LK, je pro obor psychiatrie k dispozici 11 lékařů v rozsahu 8,6 úvazku, pro obor dětská a dorostová psychiatrie 3 lékaři s celkovým úvazkem 3,0 a v oboru klinická psychologie je to 8 psychologů v 6,15 úvazku. Je však třeba připomenout, že tito specialisté působí na odděleních, která mají též svoji lůžkovou část.

Celková výše přepočtených úvazků za jednotlivé odbornosti v Libereckém kraji tak činí:

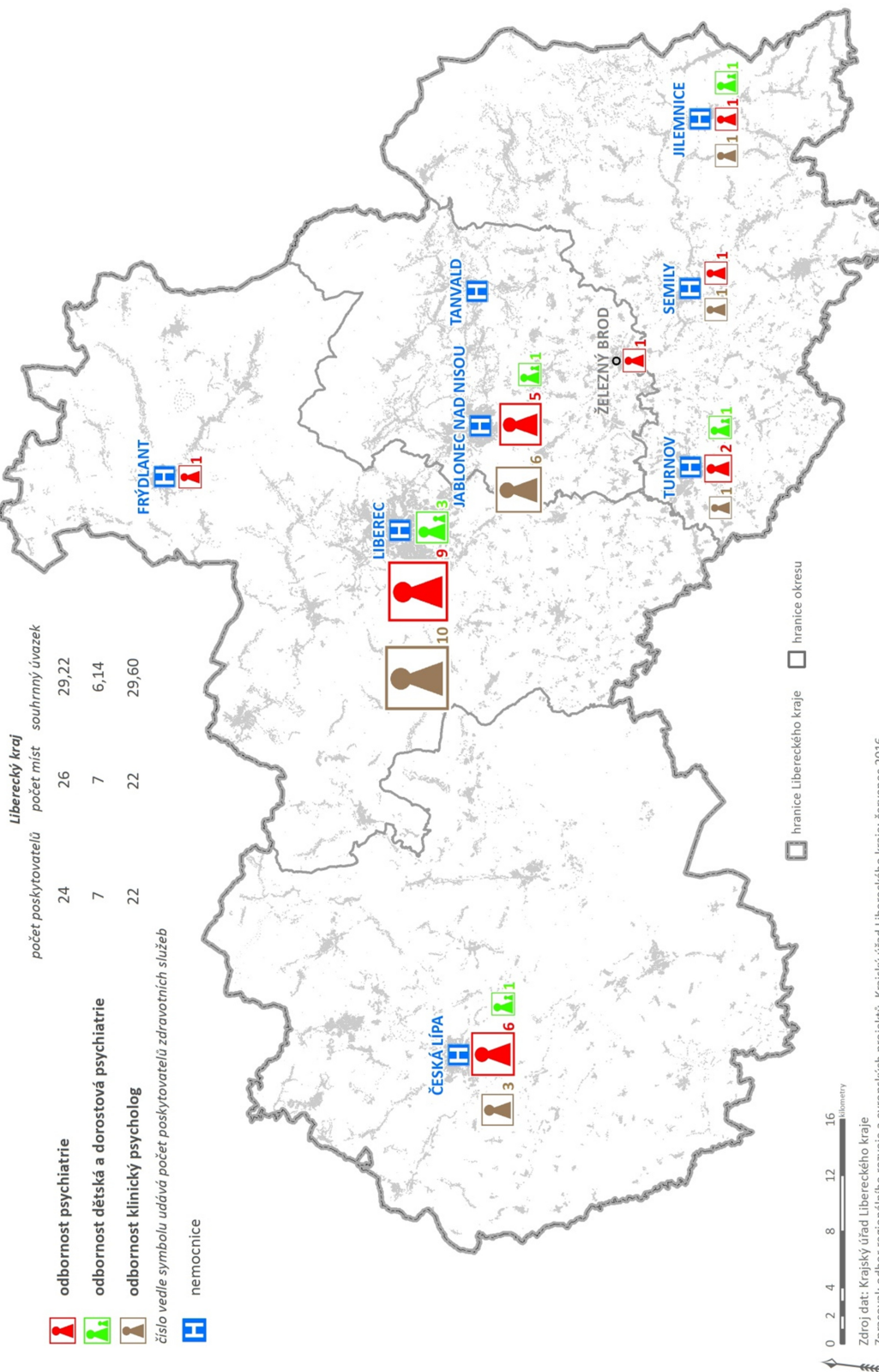
obor psychiatrie	29,22
obor dětská a dorostová psychiatrie	6,14
obor klinická psychologie	29,60

Výše popsané hodnoty jsou pak zachyceny v následujícím obrázku č. 1. Do mapy Libereckého kraje jsou v grafickém vyjádření umístěny počty míst poskytování popsaných zdravotních služeb přiřazené jednotlivým místům. Souhrn číselných údajů u symbolů jednotlivých odborností tedy představuje **počet míst poskytování** daných zdravotních služeb a je reprezentován těmito hodnotami:

obor psychiatrie	26
obor dětská a dorostová psychiatrie	7
obor klinická psychologie	22

Obrázek č. 1: Přehled poskytovatelů zdravotních služeb, míst poskytování a úvazků pro odbornost psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, klinický psycholog v Libereckém kraji (stav k 31. 3. 2016)

PŘEHLED POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB, MÍST POSKYTOVÁNÍ A ÚVAZKŮ PRO ODBORNOST PSYCHIATRIE, DĚTSKÁ A DOROSTOVÁ PSYCHIATRIE A KLINICKÝ PSYCHOLOG V LK
stav k 31. 3. 2016



Obrázek obsahuje souhrnný přehled, ve kterém je uveden i počet poskytovatelů příslušných zdravotních služeb a počet úvazků v jednotlivých odbornostech. Pro možnost přímého porovnání je zde zachyceno i umístění nemocnic v Libereckém kraji.

Při pohledu na znázornění rozmístění samostatně působících pracovišť je patrná **dostupnost ve všech okresech s nejvyšší koncentrací služeb v Liberci**. Zjevná je zde i další skutečnost, a sice, že žádná ordinace klinického psychologa není umístěna samostatně v místě, kdy by se nevyskytovala též psychiatrická ambulance.

Ojedinělým zařízením je **denní stacionář ISIDA centrum v České Lípě**, který pracuje na bázi skupinové psychoterapie s využitím řady dalších přístupů a prvků a je navázán na psychiatrickou ambulanci.

Dle doporučení SRPP je pro dosažení dostatečné dostupnosti ambulantní psychiatrické péče potřebné zajistit psychiatry v počtu 12 na 100 tis. obyvatel⁵; v tomto kontextu by vzhledem k počtu obyvatel kraje mělo odpovídající síť ambulantní psychiatrické péče tvořit minimálně 51 lékařů. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS) připadlo v roce 2013 na 100 tis. obyvatel Libereckého kraje průměrně 5,3 lékaře – psychiatra v ambulantních pracovištích. Tato hodnota je nejen mimořádně nízká v souvislosti s výše uvedeným doporučením, ale je i významně pod celostátním průměrem, který ve stejném období činil 7,4 lékaře na 100 tis. obyvatel. Z uvedeného je patrné, že **nedostatek ambulantních psychiatrů** je celostátním problémem, který je ale v Libereckém kraji ještě zvýrazněn. Nedostatek ambulantních psychiatrů, ale i psychiatrů vůbec, současně s nárůstem počtu léčených onemocnění v posledních letech přináší přetížení ambulancí, prodloužení objednací doby pacientů a v řadě případů i omezení příjmu nových pacientů.

Rozvoj sítě psychiatrické péče je v rámci SRPP a návazných dokumentů vymezen mimo jiné stanovením personálního obsazení jednotlivých typů psychiatrických zařízení. V rámci plánovaného rozšíření spektra péče poskytované psychiatrickými ordinacemi je značný důraz kladen také na **specializované psychiatrické sestry** (viz dále v textu – část Oblast 1: Tvorba standardů a metodik). Přesný počet psychiatrických sester v Libereckém kraji není znám, obecně je však vnímán jejich nedostatek. Specializační studium v oboru Ošetřovatelství v psychiatrii v současné době nabízejí tři vzdělávací centra v ČR, absolvuje jej tedy cca 60 sester ročně. Pro realizaci SRPP v plném rozsahu byla přitom odhadnuta potřeba psychiatrických sester na celkem 3 500⁶.

2.4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Jak již bylo uvedeno, přináší SRPP nový nízkoprahový pilíř reformy péče o duševní zdraví v podobě **Center duševního zdraví (CDZ)**. Ta představují zcela nový prvek v systému péče o duševně nemocné. Integrují v sobě sociální služby se službami zdravotnickými, s cílem prevence hospitalizací (či jejich zkracování) a podpory reintegrace dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Rozšiřuje se tak systém péče a ta se přibližuje blíže duševně nemocným. V CDZ bude **poskytována individualizovaná**

⁵ Dle SRPP se jedná o expertní odhad na základě analýzy stavu v době jejího zpracování (2013).

⁶ Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.: Reforma psychiatrické péče v ČR v roce 2015. Článek, dostupný na <http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/reforma-psychiatricke-pece/reforma-psychiatricke-pece-v-cr-v-roce-2015.html>

péče zejména vážně duševně nemocným (SMI) a budou koordinovány dostupné služby **s ohledem na potřeby klientů v jejich přirozeném prostředí.**

Předobraz pro CDZ tak lze spatřovat ve stávajících sociálních a komunitních službách, kde jsou však klienty také osoby, které již prošly či stále procházejí některým typem psychiatrické péče.

Tabulka č. 1: Přehled sociálních služeb, dostupných i pro osoby s chronickým duševním onemocněním

Poskytovatel	Služba	Místo poskytování služby
CENTRUM PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ Libereckého kraje o.p.s.	Odborné sociální poradenství	ORP Česká Lípa, Nový Bor, Semily, Jilemnice, Turnov, Liberec, Tanvald, Jablonec nad Nisou, Frýdlant, Železný Brod
	Osobní asistence	ORP Česká Lípa, Nový Bor, Semily, Jilemnice, Turnov, Liberec, Tanvald, Jablonec nad Nisou, Frýdlant
	Odlehčovací služby	ORP Česká Lípa, Liberec
ELVA HELP z.s.	Odborné sociální poradenství	Liberecký kraj
	Sociální rehabilitace	ORP Liberec
Rodina24 z.ú.	Osobní asistence	ORP Turnov
	Domov se zvláštním režimem	ORP Liberec
	Sociálně aktivizační služby pro seniory a OZP	ORP Tanvald, Liberec, Jablonec nad Nisou
Spokojený domov, o.p.s.	Osobní asistence	ORP Turnov
Město Lomnice nad Popelkou	Pečovatelská služba	Lomnice nad Popelkou
FOKUS Liberec o.p.s.	Podpora samostatného bydlení	ORP Tanvald, Jablonec nad Nisou, Semily, Česká Lípa, Liberec, Frýdlant, Nový Bor
	Chráněné bydlení	ORP Česká Lípa, Liberec
	Sociálně terapeutické dílny	ORP Jablonec nad Nisou, Liberec
	Sociální rehabilitace	ORP Tanvald, Jablonec nad Nisou, Česká Lípa, Liberec, Nový Bor, Turnov
FOKUS Turnov, z.s.	Podpora samostatného bydlení	ORP Turnov, Semily, Jilemnice
	Centrum denních služeb	ORP Turnov
	Sociálně terapeutické dílny	ORP Turnov
Služby sociální péče TEREZA, příspěvková organizace	Odlehčovací služby	Liberecký kraj
	Denní stacionář	ORP Semily
	Týdenní stacionář	Liberecký kraj
SeniA	Centrum denních služeb	ORP Jablonec nad Nisou
Dětské centrum Jilemnice, příspěvková organizace	Denní stacionář	ORP Jilemnice
	Týdenní stacionář	ORP Jilemnice
Dětské centrum Semily	Denní stacionář	ORP Semily
PAMPELIŠKA, o.p.s.	Domov se zvláštním režimem	ORP Česká Lípa
Centrum intervenčních a psychosociálních služeb Libereckého kraje, příspěvková organizace	Telefonická krizová pomoc – linka důvěry	Liberecký kraj
FOKUS Semily, z.s.	Sociálně terapeutické dílny	ORP Semily
Rytmus Liberec, o.p.s.	Sociální rehabilitace	ORP Jablonec nad Nisou, Česká Lípa, Semily, Jilemnice, Liberec, Nový Bor, Frýdlant, Turnov

Zdroj: Akční plán 2017 – prováděcí část Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje 2014–2017; příloha 1

Přehled o sociálních službách na území Libereckého kraje poskytuje Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje. V rámci Akčního plánu pro rok 2017 byli do základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje zařazeni poskytovatelé sociálních služeb, kteří mezi své cílové skupiny zařadili osoby s chronickým duševním onemocněním (viz Tabulka č. 1).

Při bližším pohledu na vlastní prezentace uvedených organizací se ukazuje, že zařazení mezi poskytovatele sociálních služeb pro osoby s psychickými poruchami ne zcela koresponduje s náplní jednotlivých organizací. **Často se jedná o sociální služby pro jinou hlavní cílovou skupinu** (seniory, zdravotně nebo mentálně postižené), které připouštějí obsazení určité kapacity (části poskytovaných služeb) též klienty s psychickými obtížemi. Na druhé straně je třeba konstatovat, že duševně nemocní klienti využívají z důvodu nedostatečné kapacity služeb přímo pro ně určených k zajištění svých základních potřeb také tyto jinak specializované sociální služby (např. osobní asistenci nebo pečovatelskou službu), pokud splňují podmínky pro poskytování služeb stanovené jejich poskytovateli. Další popis tedy zachycuje organizace, které se zaměřují prakticky výhradně na klienty s duševními poruchami.

V současné době se spektru služeb, které by měly být poskytovány a zprostředkovány Centry duševního zdraví po jejich založení, nejvíce přibližují aktivity organizace FOKUS. Jedná se o platformu, která je partnerem Reformy péče o duševní zdraví a sdružuje 10 samostatných členů – neziskových organizací, které působí v 7 krajích ČR. Objevují se od 90. let jako reakce na soudobý stav systému psychiatrické péče. Přicházejí s ověřenými postupy i moderními trendy ze zahraničí, přičemž hlavní důraz je kladen na systém komunitní péče, založený na multidisciplinarity týmů, terénní práci, dostupnosti služeb a vysoké kvalitě a odbornosti péče. V rámci národního sdružení FOKUS fungují v Libereckém kraji dva subjekty – FOKUS Liberec o.p.s. a FOKUS Turnov, z.s. Je však třeba zmínit, že v kraji existuje ještě další spolek, jenž má ve svém účelu činnosti podporu péče o duševně nemocné, a to FOKUS Semily, z.s.

Pro účely tohoto dokumentu představuje hlavní hybnou sílu **FOKUS Liberec**. Jeho činnost zasahuje do tří ze čtyř okresů Libereckého kraje. Zaměřuje se téměř výhradně na duševně nemocné klienty starší 16 let. Spektrum poskytovaných služeb (sociálních, které podléhají registraci dle ZSS, i dalších služeb) je následující:

- podpora samostatného bydlení
terénní služba, kapacita 50 klientů
slouží jako sociální nácvik s cílem samostatného fungování v běžném prostředí
- chráněné bydlení
pobytová služba, kapacita 18 míst
dosažení a udržení soběstačnosti klientů ve všech ohledech
- sociálně terapeutické dílny
ambulantní služba, kapacita 22 klientů
pracovní nácvik pro výkon práce na chráněných pracovištích / arteterapie
- sociální rehabilitace
terénní služba, kapacita 36 klientů
flexibilní, individualizovaná podpora klientů s cílem jejich stabilizace

- chráněné zaměstnání
(Liberec, Jablonec nad Nisou), kapacita 35 míst
zaměstnávání OZP na chráněných pracovištích a chráněných pracovních místech
- volnočasový klub
(Liberec, Jablonec nad Nisou), kapacita 25/10 klientů
svěpomocné kluby se zaměřením na volnočasové aktivity
- nájemní bydlení
(Liberec, Jablonec, Česká Lípa), kapacita 37 míst
poskytnutí dvouletého podnájmu vybaveného bytu klientům bez vlastního bydlení a bez finančních prostředků, s podporou terénní služby – typicky po ukončení dlouhodobé hospitalizace v psychiatrické nemocnici

FOKUS Turnov poskytuje podporu samostatného bydlení v Turnově, Semilech a Jilemnici (s denní kapacitou 4 klientů) a provozuje centrum denních služeb a sociálně terapeutické dílny (kapacita 15 a 25 míst, oboje v Turnově).

FOKUS Semily provozuje sociálně terapeutické dílny se zaměřením na nácvik pracovních dovedností (výtvarnou, keramickou a šicí, s celkovou kapacitou 15 míst) v Semilech. Obě uvedené organizace poskytují služby klientům s duševním onemocněním a/nebo mentálním postižením.

Zařízení zaměřená specificky na duševní zdraví dětí a dospívajících se v kraji nevyskytují.

Senioři s duševními poruchami vyžadují specifickou péči, kterou jim standardní pobytové služby pro seniory nejsou schopny poskytnout. S ohledem na skupinu klientů zasaženou zejména demencemi, ovlivňujícími jejich soběstačnost, jsou zřizovány tzv. domovy se zvláštním režimem. **Specializovaný domov se zvláštním režimem**, který by poskytl útočiště osobám s duševním onemocněním a přidruženými somatickými problémy, nebo duševně nemocným nesoběstačným seniorům, však **v kraji chybí**.

Z předchozího popisu (i s ohledem na dosažitelný rozsah informací) je patrné, že **dostupnost komunitních služeb zaměřených na podporu fungování duševně nemocných klientů je v Libereckém kraji minimální**. Služby jsou poskytovány v různých právních režimech, ne všechny jsou evidovány jako sociální služby. Do oblasti péče pro duševně nemocné tak nelze v plné míře zahrnout všechny výše uvedené organizace jako poskytovatele komunitních služeb ve smyslu odpovídajícím budovaným CDZ. Výše uvedené pobočky FOKUSu jsou tedy patrně jedinými poskytovateli komunitních služeb s primárním určením pro duševně nemocné v kraji. Dostupnost jimi poskytovaných služeb je limitována nejen dojezdností (**téměř bez jakýchkoliv služeb jsou dlouhodobě oblasti Jilemnicka, Semilská, zcela nezajištěné potom regiony Tanvaldsko a Frýdlantsko**), ale i omezenou kapacitou. Vedle vzniku CDZ je proto žádoucí podpořit také rozvoj návazných sociálních služeb, které by klienti CDZ mohli nadále využívat.

ZÁVĚR

V Libereckém kraji se v současné době nenachází žádná psychiatrická nemocnice, psychiatrické oddělení funguje pouze v Krajské nemocnici Liberec. V celém kraji je tak k dispozici pouze

51 lůžek psychiatrické péče, a to převážně akutních. Chybějící kapacitu akutní i následné a specializované lůžkové péče poskytují pacientům z kraje psychiatrické nemocnice v Kosmonosech a Horních Beřkovicích, takto zajištěná akutní péče však nesplňuje kritérium snadné dostupnosti dle SRPP.

Síť psychiatrických ambulancí je svým počtem vzhledem k počtu obyvatel kraje rovněž silně poddimenzovaná. Důsledkem je omezení příjmu nových pacientů a neustálé prodlužování objednacích dob.

Komunitní služby jsou poskytovány pouze ve vybraných městech, jejich kapacita je velmi nízká a nestabilní financování neumožňuje jejich další rozvoj. Nejvýznamnějším poskytovatelem sociálních služeb se zaměřením na duševně nemocné v kraji je FOKUS Liberec o.p.s.

3 VÝSKYT DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ V LIBERECKÉM KRAJI

Údaje o výskytu duševních onemocnění v populaci Libereckého kraje shromažďuje v rámci své činnosti ÚZIS. Nejnovější zpracovaná data zachycují stav a činnost oboru psychiatrie za rok 2013. Potřebné šetření je prováděno ve dvouletém cyklu. **Data za rok 2015 nebyla v době zpracování tohoto dokumentu dosud k dispozici.**

Za rok 2013 bylo celkem 21 171 pacientům poskytnuto více než 91 tisíc ambulantních psychiatrických vyšetření / ošetření. Děti a mládež do 19 let tvořily 13 % pacientů. Výskyt diagnóz je popsán ve skupinách; nejčastěji léčenými jsou nemoci zařazené do skupin neurotických poruch, poruch příjmu potravy a sexuálních dysfunkcí (9354, tj. 44,2 %), dále pak afektivních poruch (4037, tj. 19,1 %) a schizofrenie (1966, tj. 9,3 %). Právě osoby se schizofrenií (skupina kódů F20 až F29 dle Mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize – MKN-10) a afektivními poruchami (F30 až F39) představují po zohlednění trvání onemocnění a úrovně funkčního narušení (dle funkčního nástroje GAF pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění) rozhodující část klientů budoucích Center duševního zdraví.

Tabulka č. 2: Vývoj počtu léčených onemocnění podle vybraných diagnóz

Onemocnění	kódy MKN-10	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Organické duševní poruchy	F00 - F09	1104	1042	1136	1217	1386	1182	1491
Poruchy vyvolané alkoholem	F10	788	714	1002	856	844	1076	1087
Poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami	F11 - F19	261	272	365	598	320	367	587
Schizofrenie	F20 - F29	1603	1536	1577	1620	1810	1840	1966
Afektivní poruchy	F30 - F39	3197	2848	3019	3268	3813	3827	4037
Neurotické poruchy	F40 - F48 F50 - F59	6564	5784	6384	6791	8254	8402	9354
Poruchy osobnosti	F60 - F63 F68 - F69	684	589	606	675	839	742	1015
Sexuální poruchy/deviace	F64 - F66	133	138	96	118	186	155	142
Mentální retardace	F70 - F79	457	453	521	656	742	731	753
Vývojové poruchy v dětství a adolescenci	F80 - F98	1150	790	1041	1462	1468	1543	1576
Neurčená duševní porucha	F99	20	27	61	29	29	43	27

Zdroj: ÚZIS, Činnost oboru psychiatrie vč. AT a sexuologie v Libereckém kraji v roce 2013

Na základě absolutních hodnot uvedených v Tabulce č. 2 je stanovována prevalence, tedy počet léčených onemocnění na 10 tisíc obyvatel. Ta přirozeně pořadí kopíruje absolutní hodnoty a činí tak v roce 2013 v případě neurotických poruch 213,33, afektivních poruch 92,07 a schizofrenie 44,84. Dalším sledovaným údajem je incidence, tedy počet nově zjištěných onemocnění na 10 tisíc obyvatel.

Ta v roce 2013 představuje hodnotu 44,79 u nejrozšířenější skupiny diagnóz, tedy neurotických poruch, 13,57 u afektivních poruch a 2,55 v případě schizofrenie. Vysoká hodnota incidence byla v roce 2013 zaznamenána též u organických duševních poruch, a to 8,60. Sem patří mimo jiné i demence, včetně demence vyvolané Alzheimerovou chorobou s přibližně 20 % podílem na uvedené hodnotě incidence.

ZÁVĚR

Výskyt duševních onemocnění v Libereckém vykazuje dle dostupných údajů vzrůstající tendenci. Situace v kraji odpovídá celospolečenskému trendu.

Nejčastěji jsou léčeni pacienti s neurotickými poruchami (včetně poruch příjmu potravy a sexuální dysfunkce – ve 44,2 % případů), afektivními poruchami (v 19,1 % případů) a se schizofrenií (v 9,3 % případů).

4 IMPLEMENTACE SRPP V PODMÍNKÁCH LIBERECKÉHO KRAJE

K popisu žádoucího výsledku reformy psychiatrické péče bylo v rámci SRPP stanoveno celkem 7 strategických cílů:

- Cíl 1 Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování
Dojde ke vzniku CDZ jakožto nového pilíře poskytování psychiatrické péče s návazností na sociální oblast, dále bude rozšířena síť poskytovatelů psychiatrické péče včetně návazné péče, lůžková péče bude restrukturalizována pro zlepšení dostupnosti. Tyto změny povedou ke zkvalitnění poskytovaných služeb a k zavedení nástrojů pro reflexi péče samotnými poskytovateli.
- Cíl 2 Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně
Na základě vytvoření dlouhodobých a efektivních destigmatizačních a vzdělávacích programů bude zajištěna edukace veřejnosti, bude dosaženo vyšší otevřenosti psychiatrické péče, celý systém bude podroben nezávislé a jasně metodicky ukotvené kontrole. Omezení stigmatizace a souvisejícího vyčleňování duševně nemocných ze společnosti povede ke zlepšení kvality jejich života a k rozšíření možností jejich uplatnění ve společnosti.
- Cíl 3 Zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou psychiatrickou péčí
Bude posílena komunikace odborné veřejnosti s duševně nemocnými a jejich rodinami. Ke zvýšení spokojenosti této cílové skupiny přispěje definice standardů kvality poskytované péče a stanovení kvalitativních požadavků na prostředí, ve kterém je péče poskytována. Zároveň bude kladen důraz na edukaci odborné veřejnosti a zvýšení provázanosti zdravotnických a sociálních služeb.
- Cíl 4 Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemocnosti
Bude zlepšeno a rozšířeno vzdělávání lékařů a odborných pracovníků mimo oblast psychiatrie tak, aby vzrostla schopnost odhalovat psychiatrickou nemocnost. Časná léčba a bezodkladné předání duševně nemocného do rukou odborníků přispěje k omezení zhoršení kvality jeho života následkem neodhaleného a neléčeného onemocnění.
- Cíl 5 Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělání, bydlení aj.)
Zvětšení provázanosti mezi zdravotní a sociální oblastí, zejména zavedením CDZ, a rozšíření poskytovatelů psychiatrické péče doprovází zvýšení důrazu na podporu fungování nemocného v jeho sociálním prostředí.
- Cíl 6 Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb
V současné době není pevně ukotvena návaznost zdravotních a sociálních služeb, zcela dostupná není ani oblast dalšího vzdělávání. Dosažení vysoké úrovně spolupráce nezdravotnických složek státní správy a územních samospráv je nezbytné pro zlepšení uplatnění duševně nemocných ve společnosti.

Cíl 7 Humanizovat psychiatrickou péči

Zlepšení podmínek poskytování psychiatrické a návazné péče bude dosaženo ve dvou rovinách. V rovině konkrétní bude dosaženo kultivace prostředí psychiatrických lůžkových zařízení, zejména investicemi. V rovině obecné dojde díky rozšíření komunitních služeb k navýšení podílu péče poskytované v sociálním prostředí klienta, čímž bude omezena nutnost hospitalizace na nezbytné minimum.

Pro jednoznačné vymezení kompetencí byly strategické cíle SRPP převedeny pro implementační fázi do osmi realizačních oblastí:

Oblast 1	Tvorba standardů a metodik
Oblast 2	Rozvoj sítě psychiatrické péče
Oblast 3	Humanizace psychiatrické péče
Oblast 4	Destigmatizace a komunikace
Oblast 5	Vzdělávání a výzkum
Oblast 6	Legislativní změny
Oblast 7	Udržitelné financování
Oblast 8	Meziresortní spolupráce

Na národní úrovni funguje pro každou oblast pracovní skupina ustavená ministrem zdravotnictví. Výstupy z jednání všech skupin jsou průběžně zveřejňovány na webových stránkách Reformy péče o duševní zdraví (www.reformapsychiatrie.cz) a dále rozvíjeny. Výsledky činností všech skupin za rok 2015 a výhled na nejbližší chystané kroky byly shrnuty do zprávy nazvané Stav realizace Strategie reformy psychiatrické péče (k březnu 2016), uveřejněné tamtéž.

Průmět realizačních oblastí do podmínek Libereckého kraje je s ohledem na jejich náplň velmi různorodý. Představují však nejvhodnější nástroj pro strukturování návrhů rozvoje psychiatrické péče v Libereckém kraji.

4.1 OBLAST 1: TVORBA STANDARDŮ A METODIK

Oblast tvorby standardů a metodik představuje vlastní nástroj pro správnou implementaci strategie. Vytvoření a následné schválení standardů péče je tak v rámci SRPP základním praktickým krokem k realizaci rozvoje sítě psychiatrické péče. Jako výsledek činnosti příslušné pracovní skupiny (PS standardy a metodiky) byly ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 5/2016 publikovány

- **standard akutní lůžkové psychiatrické péče,**
- **standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním a**
- **standard péče poskytované v CDZ.**

Standard následné a dlouhodobé péče (v psychiatrických nemocnicích) dosud nebyl publikován, jeho příprava by však dle harmonogramu měla být dokončena v následujících měsících.

Klíčovou aktuální otázkou je závaznost těchto standardů. Podle závěrů jednání uvedené PS se očekává, že podle výstupů z jejich ověřování ve zkušebním provozu a v pilotních projektech bude nejspíše nutné již vydané standardy v budoucnu upravovat. Až poté bude možné je vydat v podobě

vyhlášky a tímto ukotvením v legislativě je učinit plně závaznými. Stávající podoba standardů je však základním vodítkem pro plánování dalších kroků v pilířích reformy, které zachycují, a je třeba je vnímat jako momentálně závazné. Poznatky vzešlé z jejich aplikace pak budou předány jako podklad pro případné úpravy standardů.

Standard akutní lůžkové psychiatrické péče

Akutní lůžková péče je poskytována bezprostředně po vzniku nebo zhoršení psychické poruchy vyžadující hospitalizaci, při naplnění zákonných podmínek i hospitalizaci nedobrovolnou. Zahrnuje diagnostickou, léčebnou, ošetrovatelskou a konziliární péči v celém rozsahu psychiatrických diagnóz. Součástí akutní lůžkové péče je i péče sociální, pokud ji pacient po propuštění potřebuje. Dále zde může být poskytována i péče preventivní, ambulantní, krizová, rehabilitační a psychosociální.

Cílem akutní péče je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu, komplexní diagnostika, časné nastavení adekvátní léčby, stabilizace stavu pacienta a jeho předání do návazných služeb. Po stabilizaci stavu je pacient předáván do ambulantní péče, komunitní péče (včetně CDZ), případně do následné péče (psychiatrické nemocnice) nebo péče dlouhodobé (sociální ústavy).

Příjem pacientů musí být zajištěn nepřetržitě, v dostatečné kapacitě pro všechny pacienty vyžadující akutní hospitalizaci. Nepřetržitě musí být k dispozici psychiatr, nejdéle do hodiny také konziliární služby vybraných lékařských oborů (anesteziologie, gynekologie – porodnictví, chirurgie, interna, neurologie) a služby komplementu (zobrazovací metody, laboratoř). Dále musí být zajištěny služby klinického psychologa, ošetrovatelská péče, psychoterapeutické činnosti, aktivizační činnosti, sociální činnosti, spolupráce s dalšími službami pro duševně nemocné a dostupnost konziliárních služeb ostatních odborností.

Akutní lůžkovou péči by měly primárně poskytovat psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic. SRPP považuje za **adekvátní kapacitu 40 lůžek na 100 tis. obyvatel, a to při optimálně 60 minutové dojezdnosti veřejnou dopravou**. K personálnímu zajištění jednotky akutní psychiatrické péče s 30 lůžky jsou vyžadováni 2 psychiatři, 3 lékaři s odbornou způsobilostí, klinický psycholog, 16 všeobecných sester a zdravotnických asistentů (z toho minimálně 7 všeobecných sester bez dohledu se specializací Ošetrovatelská péče v psychiatrii), 1 aktivizační pracovník (fyzioterapeut, ergoterapeut, specializovaná všeobecná sestra, zdravotně sociální pracovník nebo arteterapeut), zdravotně sociální pracovník v rozsahu 0,5 úvazku a 5 sanitářů nebo ošetrovatelů. V rámci nemocnice musí být k dispozici nutriční terapeut bez dohledu. Zároveň je v rámci týmu vyžadována úplná psychoterapeutická kvalifikace se specializací v systematické psychoterapii.

Oddělení může být členěno do více částí s odlišnými režimy, přizpůsobenými potřebám pacientů. Organizačně lze rozdělit oddělení i podle závažnosti psychopatologie nebo podle diagnóz na jednotky poskytující standardní a zvýšenou/intenzivní psychiatrickou péči (toto členění je považováno za minimální požadavek). Organizační součástí akutní lůžkové péče mohou být i jednotky poskytující ambulantní a stacionární služby.

Standard ambulantní psychiatrické péče

Psychiatrické a klinickopsychologické ordinace představují dle SRPP primární psychiatrickou péči, zajišťující základní péči pro většinu klientů psychiatrických služeb. Osobám s duševním onemocněním v celém diagnostickém spektru duševních poruch poskytují primární základní péči, do budoucna i péči rozšířenou, a při průchodu pacienta systémem předchází, následuje a doplňuje poskytování dalších druhů péče.

Odpověď SRPP na vzrůstající tendenci výskytu osob trpících psychickou poruchou je zefektivnění a zlepšení ambulantní péče je **zvýšení podílu služeb prováděných nelékařskými profesemi v rámci rozšířené ambulantní péče**. Psychiatrické ordinace ve stávajícím rozsahu péče (vyšetření, diagnostika, edukace, léčba, psychoterapie, aj. dle kvalifikace personálu) je však z důvodu snadné dostupnosti, možnosti volby lékaře a zajištění nízkoprahovosti péče rovněž nutno zachovat.

Rozšířená ambulantní péče vedle psychiatrických služeb poskytuje i další služby, zřízené na základě identifikovaných potřeb spádového regionu a kvalifikace dalších pracovníků ambulance. Může se jednat o **rozšíření lékařských služeb do dalších, souvisejících specializací (klinická psychologie, dětská klinická psychologie, psychiatrie se specializací – dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie, sexuologie, psychoterapie, psychosomatika, návykové nemoci, poruchy příjmu potravy) a dalších služeb, poskytovaných nelékařskými pracovníky (služby psychiatrické sestry s možností poskytování terénních komunitních služeb, služby denního stacionáře, sociální poradenství, fyzioterapie, ergoterapie, krizová intervence)**. Personální obsazení ambulancí je tedy proměnlivé, v přímé návaznosti na volbu spektra poskytovaných služeb.

Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví

Dle SRPP představuje CDZ soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných v daném regionu služby téměř výhradně osobám s vážným psychiatrickým onemocněním (Severe Mental Illness – SMI). Primárním posláním těchto center je **poskytování psychiatrických zdravotnických a zároveň také přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí**. Prakticky by CDZ mělo působit jako mezičlánek mezi primární (ambulantní) psychiatrickou péčí a péčí lůžkovou. Poskytnutím okamžité individualizované péče snižuje nezbytnost hospitalizace klienta nebo alespoň napomáhá zkrátit její délku a celkově tak zprostředkuje reintegraci dlouhodobě nemocných, dříve často vyčleněných do psychiatrických léčeben, do běžné komunity.

Standard péče poskytované v CDZ definuje dva typy center: základní CDZ a centra s nepřetržitou krizovou službou (CDZ-K).

Cílovou skupinou „standardního“ CDZ jsou klienti se závažným duševním onemocněním – SMI, tj. s vybranými diagnózami (schizofrenie, afektivní poruchy, eventuálně obsedantně-nutková porucha a poruchy osobnosti), při délce trvání onemocnění překračující dva roky a vykazující tzv. funkční narušení (vyjádřeno pomocí skóre GAF hodnotou 70 a nižší) – a osoby s potřebou včasné intervence, tj. ti, u kterých je identifikováno riziko vzniku SMI.

Služby CDZ budou poskytovány multidisciplinárním týmem, tvořeným zdravotnickým personálem a personálem zajišťujícím sociální služby. Pro modelový spádový region se 100 tis.

obyvateli, což dle předpokládané prevalence odpovídá cca 200 registrovaným klientům, by multidisciplinární tým měl být tvořen jedním kmenovým a jedním externím psychiatrem, klinickým psychologem, devíti zdravotními sestrami (z nichž dvě třetiny musí být sestry psychiatrické) a devíti sociálními pracovníky (alespoň polovina z uvedeného počtu)/ pracovníky v sociálních službách. Toto podrobné vymezení týmu je dále doplněno vedlejšími požadavky na některé z uvedených pozic (úplná psychoterapeutická kvalifikace, zaměření na problematiku práce s lidmi s duální diagnózou⁷, zastoupení role peer⁸ konzultanta, zaměření na problematiku zaměstnávání osob se SMI). **Uvedená personální kritéria jsou přitom chápána jako cílová; pro samotné založení CDZ jsou stanoveny minimální počty (0,5 úvazku psychiatra, 0,5 úvazku klinického psychologa, 4 zdravotní sestry a 4 sociální pracovníci / pracovníci v sociálních službách).**

Multidisciplinární tým poskytuje služby terénní i ambulantní. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí klientů, případně v institucích, kde se klienti zrovna nacházejí (za účelem přípravy jejich propuštění). V rámci CDZ jsou poskytovány služby psychiatrické a klinickopsychologické ambulance. Ambulantně je dále provozováno centrum denních aktivit, zahrnující strukturované aktivity i prostor pro trávení volného času, a denní stacionář s psychoterapeutickým programem. CDZ poskytuje svým klientům také **krizové služby**, do budoucna je tak plánováno také začlenění 2–10 zdravotních lůžek pro krátkodobé pobyty.

Krizová centra (CDZ-K) jsou oproti poměrně úzkému vymezení klientely CDZ **určena osobám v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadujícím hospitalizaci, většinou klientům v akutních stavech nebo s dekompenzací chronických psychiatrických onemocnění,** a to bez přesnějšího vymezení diagnózy. Cílem služeb CDZ-K je krátkodobá intervence a předání do další péče. Složení multidisciplinárního týmu je obdobné jako u CDZ, personální zajištění však musí být vyšší (nezbytná fixace 14 pracovníků na 100 tis. obyvatel). CDZ-K se zřizuje pro spádový region 200-500 tis. obyvatel. Rozsah poskytovaných služeb odpovídá rozsahu u standardního CDZ. Navíc je zde provozována nepřetržitá krizová služba pro osoby v psychické krizi.

Vytvoření standardů a metodik definujících rámec poskytování psychiatrických služeb, včetně nově zřízených CDZ, prostupuje prakticky všemi cíli reformy psychiatrické péče. Je samozřejmé, že stanovení obsahových, personálních, organizačních a materiálně technických kritérií pro jednotlivé pilíře reformy není samospatitelné. Teprve jejich aplikace v praxi může přinést skutečné posouzení významu standardů pro implementaci reformy. Také je třeba vzít v úvahu skutečnost, že úloha jednotlivých standardů je pro naplňování jednotlivých cílů rozdílná. Například pro naplňování Cíle 1 – Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou jejího poskytování je zcela klíčový standard péče poskytované v CDZ, neboť tato systémová změna spočívá právě ve vzniku Center duševního zdraví. Vzhledem k úloze CDZ je jejich standard mimořádně podstatný i pro zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (Cíl 5) a zcela klíčový pro Cíl 6 – Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb. Uplatnění všech standardů pak zcela jednoznačně přispěje ke zvýšení spokojenosti uživatelů a jejich rodin s poskytovanou

⁷ Pojmem duální diagnóza se v psychiatrii označuje nejčastěji souběh závislosti na alkoholu či drogách s další psychiatrickou poruchou.

⁸ Peer konzultant je osoba s přímou osobní zkušeností s duševním onemocněním, která svou vlastní zkušenost s jejím zvládnutím využívá pro podporu klientů v obdobné situaci.

psychiatrickou péčí (Cíl 3) a bude mít výrazný podíl i na její humanizaci (Cíl 7). Obtížněji vysledovatelný je význam standardů pro omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně (Cíl 2), kde mohou patrně významně napomoci CDZ svým přímým kontaktem s veřejností. Nejméně zřetelný je pak dopad standardů na zvýšení efektivity psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci (Cíl 4), kde hraje významnou úlohu edukace.

Tvorba standardů a metodik ze své podstaty musí probíhat centrálně. Z pozice Libereckého kraje je tak předmětná zejména spolupráce jednotlivých odborníků na jejich tvorbě, přičemž vzniká prostor k promítnutí konkrétních podmínek do jejich podoby. Vždy však dochází k nezbytné konsensuální úpravě takto předkládaných námětů. V institucionální rovině jsou pak možnosti kraje omezeny na připomínkování výsledných návrhů.

4.2 OBLAST 2: ROZVOJ SÍTĚ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Oblast rozvoje sítě psychiatrické péče v celé ČR se věnuje samotné transformaci systému péče v několika po sobě logicky následujících krocích. **V první fázi byly připraveny pilotní projekty CDZ**, včetně výběru jejich realizátorů a byly podniknuty první přípravné kroky k dobudování sítě psychiatrických nemocničních oddělení – zmapování potřeb k dobudování lůžek na stávajících odděleních, tvorba rozpočtu a harmonogramu dobudování sítě. **Druhá fáze zahrnuje pilotní provoz vybraných CDZ**, jeho vyhodnocení a následné využití získaných poznatků pro naplánování a vytvoření sítě CDZ v celé ČR. Zároveň bude probíhat dobudování kapacit psychiatrických oddělení nemocnic dle implementačního plánu, včetně náborů a školení zaměstnanců. **Třetí a poslední fáze proběhne ve znamení vyhodnocení úspěšnosti zavedení CDZ.** Veškeré plánované změny směřují k ověření efektivního fungování CDZ, které by v případě pozitivních výsledků **v období po implementaci SRPP** umožnily **přistoupit k významnějším změnám stávajícího systému, zejména k postupnému omezování lůžkové kapacity nebo její relokaci.** Jak již bylo uvedeno, standard poskytování následné a dlouhodobé péče v psychiatrických nemocnicích je teprve zpracováván. Souběžně s ním ovšem tyto nemocnice zpracovávají své transformační plány. Ty by se tak nejspíše měly stát základním vodítkem pro rozvoj tohoto pilíře psychiatrické péče.

Příslušná pracovní skupina (PS pro rozvoj sítě psychiatrické péče) inzeruje ve zprávě Stav realizace Strategie reformy psychiatrické péče návrh struktury sítě CDZ, který prezentuje jako kompromisní řešení, které bude v rámci návazné diskuse s kraji a poskytovateli zdravotních a sociálních služeb upřesňováno. Řešení sítě psychiatrické péče se pak má opírat o tři základní hlediska:

- **kvalitativní** – prvky v síti jsou definovány v platných standardech;
- **kvantitativní** – určení, kolik prvků má v síti být v návaznosti na existující potřeby (je nutné analyzovat současný stav, provést revizi a/nebo aktualizaci údajů uvedených v Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)⁹ s využitím využití dat pojišťoven a ÚZIS);
- **procesní** – nutnost řešit síť v její provázanosti a souvisejících vazbách.

Za mimořádně důležité (a citlivé) pak tato pracovní skupina označuje vyřešení rozhodovacích pravomocí a kompetencí k tvorbě sítě, zejména mezi zdravotními pojišťovnami a kraji.

⁹ Jiří Raboch a Barbora Wenigová (eds.), Česká psychiatrická společnost, 2012

V kontextu Libereckého kraje bylo v rámci první fáze provedeno zmapování možností pro vytvoření prvního CDZ. Nejvýhodnějším postupem se jeví využít pro vznik CZD již zavedených komunitních služeb, které v Liberci a okolí dlouhodobě poskytuje místní pobočka FOKUSu. Organizační kritéria Standardu péče poskytované v CDZ označují CDZ jako poskytovatele zdravotních služeb, který je současně oprávněn provozovat i sociální služby dle příslušného zákona, případně poskytovatel sociálních služeb, který je současně oprávněn poskytovat i zdravotní služby dle příslušného zákona, nebo je spoluprací smluvně zavázaných poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Na základě posouzení situace v kraji byla zahájena příprava FOKUSu Liberec k získání k oprávnění k poskytování zdravotních služeb, čímž byly podniknuty první kroky k založení CDZ jako právního subjektu.

Standardem popsané služby poskytované v CDZ do značné míry odpovídají současným aktivitám **FOKUSu Liberec**. Sociálně aktivizační služba je poskytována ambulantně i v terénu s cílem přípravy dlouhodobě hospitalizovaných klientů na propuštění, udržení samostatného bydlení, podpory při dodržování léčebného režimu a pravidelných denních aktivit, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zlepšení komunikace s okolím, koordinace sociálně-zdravotnických služeb. Služba úzce spolupracuje s ostatními službami Fokusu, s týmy chráněného a podporovaného bydlení a sociálně rehabilitační dílny, s dalšími poskytovateli služeb i mimo organizaci Fokus, s institucemi, orgány státní správy i samosprávy a s dalšími subjekty ve prospěch klienta. **Odpovídá tak rámcově vymezení mobilních služeb poskytovaných CDZ.** Denní služby poskytuje FOKUS také, a to ve formě sociálně terapeutických dílen, které jsou organizovány formou pracovní rehabilitace pro získání, obnovení, zdokonalení a zvýšení dovedností a schopností potřebných pro pracovní uplatnění osob s duševním onemocněním, a tím tak předchází jejich sociální izolaci a přispívá k sociálnímu začleňování. Prostor pro trávení volného času poskytuje svépomocný MYKLUB, jemuž FOKUS poskytuje prostory a podporu. **Rozsah poskytovaných služeb je do šíře definované Standardem péče poskytované v CDZ třeba doplnit o psychiatrickou a klinickopsychologickou ambulanci a denní stacionář s psychoterapeutickým programem.**

Zároveň s vyjednáváním vzniku CDZ probíhá v Libereckém kraji kontinuální **proces komunitního plánování sociálních služeb**. Kraj tvoří Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje (dále také jen „SPRSS LK“), který je jedním z klíčových nástrojů kraje pro tvorbu kvalitní, efektivní a dostupné sítě sociálních služeb. Prováděcí částí Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb je krátkodobý Akční plán, který zároveň slouží jako prostředek pro pravidelné vyhodnocování (monitorování) Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb. Akční plán pro rok 2017 mezi své priority zahrnuje následující:

- podpora sociálních služeb určených osobám s duševním onemocněním,
- podpora sociálních služeb, které řeší potřeby osob s neurodegenerativními poruchami, s kombinovanými vadami a poruchami autistického spektra,
- podpora sociálních služeb řešící potřeby uživatelů s psychiatrickou diagnózou.

Ve vztahu ke klientům s chronickým duševním onemocněním definuje Akční plán rozvojové záměry – potřebnou kapacitu vybraných typů sociálních služeb v následné struktuře:

I. Rozšíření sítě chráněného bydlení (§ 51 ZSS) pro osoby s chronickým duševním onemocněním

Pro duševně nemocné s převahou negativní symptomatologie – tedy klienty se SMI – v Libereckém kraji je potřebná kapacita odhadována na 40 lůžek. V současné době je tato služba k dispozici pouze v Liberci a České Lípě v celkové kapacitě 22 lůžek. K optimalizaci sítě je tak nezbytné zajistit zvýšení kapacity, nejlépe ve formě dvou chráněných bydlení komunitního typu s kapacitou 8-10 osob.

II. Podpora komunitních služeb pro osoby se zdravotním postižením, osoby chronicky duševně nemocné, osoby s kombinovanými vadami

Byla definována optimální dostupnost služeb v druzích osobní asistence (§ 39 ZSS), podpora samostatného bydlení (§ 43 ZSS), sociálně terapeutické dílny (§ 67 ZSS) a sociální rehabilitace (§ 70 ZSS), jejichž optimální kapacita a zároveň vhodné rozmístění (včetně rozšíření do dosud nezajištěných lokalit) bude po dobu tří let podpořeno prostřednictvím individuálního projektu Libereckého kraje „Podpora služeb v komunitě pro osoby se zdravotním postižením v Libereckém kraji“. Rozšíření je plánováno v následující struktuře:

Tabulka č. 3: Definovaná optimální kapacita služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním

Služba	ORP poskytování	Úvazky pracovníků	Cílová skupina
Podpora samostatného bydlení	Liberec, Frýdlant, Jablonec n.N., Tanvald	8	osoby s chronickým duševním onemocněním
	Česká Lípa, Nový Bor	3	osoby s chronickým duševním onemocněním
	Jilemnice, Semily, Turnov, Železný Brod	5	osoby s mentálním postižením, osoby s chronickým duševním onemocněním
Sociální rehabilitace	Liberec, Frýdlant, Jablonec n.N., Tanvald	4	osoby s chronickým duševním onemocněním
	Česká Lípa, Nový Bor	2	osoby s chronickým duševním onemocněním
	Jilemnice, Semily, Turnov, Železný Brod	2	osoby s mentálním postižením, osoby s kombinovanými vadami, osoby s chronickým duševním onemocněním
Sociálně terapeutické dílny	Liberec	2	osoby s chronickým duševním onemocněním
	Jilemnice, Semily	3	osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s chronickým duševním onemocněním,
	Turnov, Železný Brod	3	osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s chronickým duševním onemocněním
	Jablonec n.N., Tanvald	2	osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s chronickým duševním onemocněním
	Česká Lípa, Nový Bor	2	osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s chronickým duševním onemocněním

Zdroj: Akční plán 2017 – prováděcí část Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje 2014–2017

Uvedené rozšíření sociálních služeb je svým rozmístěním a plánovanou kapacitou předstupněm pro vytvoření CDZ. Prostřednictvím realizace Akčního plánu budou rozšířeny stávající terénní týmy a založeny nové pro pokrytí dosud nezajištěných lokalit, plánován je i rozvoj sociálně terapeutických dílen. **Tyto služby budou následně** – po upřesnění podmínek pro vznik a fungování CDZ, případně po vyhodnocení počátečního provozu prvního CDZ v Libereckém kraji – **postupně navázány na CDZ.**

III. Rozšíření kapacit služeb domovů se zvláštním režimem (max. 20 lůžek)

Bude se jednat o specializované zařízení pro lidi s chronickým duševním onemocněním, osoby s poruchami autistického spektra, které významně narušují soužití ve skupině a nemohou tak využít současné nabídky sociálních služeb a jejich zdravotní a duševní stav neumožňuje setrvat v přirozeném domácím prostředí za podpory terénních služeb. Jedná se o osoby bez rodinného zázemí, osoby s nízkými příjmy, osoby, jejichž pečující rodina je již fyzicky i psychicky vyčerpána. V rámci tohoto zařízení by měla být poskytována i odlehčovací služba. V LK není v současné době žádné specializované zařízení služeb sociální péče v pobytové formě s 24 hodinovou péčí pro tuto cílovou skupinu.

Zřízení CDZ transformací FOKUSu v Liberci představuje v rámci Libereckého kraje pilotní projekt. Pro vytvoření sítě s dostatečnou kapacitou a zároveň se zachováním snadné dostupnosti je **po ověření fungování CDZ** na tomto pilotu **nezbytné uvažovat i o dalších CDZ na území kraje.** O zřízení CDZ **v České Lípě** lze výhledově uvažovat navázáním spolupráce tamní pobočky FOKUSu Liberec s psychoterapeutickým denním stacionářem (ISIDA), který je spojen s psychiatrickou ambulancí a zaměstnává také klinického psychologa (zde by bylo nutno ukotvit smluvně spolupráci a rozšířit rozsah sociálních služeb – v současné době je připravováno na rok 2017 v rámci výše popsaného plánovaného rozšíření v rámci Akčního plánu SPRSS LK). Dalšími logickými místy pro založení CDZ mohou být **Turnov, případně Semily**, kde působí místní FOKUSy; způsob zajištění zdravotních služeb by byl zajištěn buď spoluprací s místními psychiatrickými a klinickopsychologickými ambulancemi, nebo obdobně jako v Liberci zřízením vlastní registrace k poskytování zdravotních služeb, pokud by bylo reálné získat dostatek zdravotnického personálu pro naplnění personálních kritérií Standardu péče poskytované v CDZ. V další fázi rozvoje sítě by se nabízelo **rozšíření CDZ v Liberci o nepřetržitou krizovou službu** dle popsaného standardu CDZ-K.

Z personálního hlediska lze předpokládat, že FOKUS Liberec disponuje dostatečnou základnou pro zabezpečení personálu zajišťujícího sociální služby v požadované kapacitě a struktuře. Konkrétně to při vzniku CDZ znamená alespoň 4 sociální pracovníky (minimálně 2 ze 4) a pracovníky v sociálních službách (z toho alespoň 0,5 úvazku peer konzultant). Jako problematické se v současné době jeví zabezpečení požadovaného rozsahu kmenových zaměstnanců zajišťujících zdravotní služby. Za nepodrobitelné minimum pro zahájení činnosti je považováno 0,5 úvazku psychiatra (s podmínkou denní přítomnosti) a 0,5 úvazku klinického psychologa, přičemž jeden z uvedených musí splňovat požadavek na úplnou psychoterapeutickou kvalifikaci – specializaci v systematické psychoterapii, a dále alespoň 4 všeobecné zdravotní sestry, z nichž alespoň dvě musí mít specializaci psychiatrická sestra. V neposlední řadě je požadována i specializace na problematiku práce s lidmi s duální diagnózou u jednoho ze sociálních pracovníků nebo zdravotních sester.

Obecně je třeba konstatovat, že **organizační a personální požadavky standardu pro CDZ se v současné době zdají nejproblematictější.** Jak již bylo uvedeno, ambulantních psychiatrů je v kraji nedostatek, v současné době jich zde nepůsobí ani polovina z počtu, který SRPP udává pro zajištění

dostatečné dostupnosti jejich služeb. Ani dostupnost psychiatrických sester není dostatečná, v tomto případě je však situace příznivější díky možnosti doplnění kvalifikace ve lhůtě tří let po nástupu na pozici. Dalším problémem komplikujícím průběh transformace FOKUSu Liberec jsou **nevyjasněné podmínky financování**; spuštění provozu CDZ vyžaduje nabírání personálu, ovšem zvýšené personální výdaje nejsou do doby vyjasnění systému úhrad kryty adekvátními příjmy (blíže viz Oblast 7).

Potřeba rychlého vytvoření základů nového pilíře CDZ na úrovni SRPP odsunula oblast ambulantní psychiatrické péče do pozadí. Již konstatovaný významný nedostatek ambulantních psychiatrů je ovšem velkým problémem, a to s určitostí nejen pro Liberecký kraj. SRPP uvádí, že **nárůst počtu pacientů s duševním onemocněním vyhledávajících ambulantní psychiatrickou péči je mnohonásobně vyšší než nárůst počtu lékařů – psychiatrů, kteří by jim tuto péči měli poskytovat**. Liberecký kraj má však pouze minimální možnosti ovlivnit tento celospolečenský problém. Zejména na odborné a rezortní úrovni je však třeba soustavně upozorňovat na jeho existenci a zcela klíčový význam pro reformu péče o duševní zdraví. V praktické oblasti pak lze poskytnout především informační podporu zájemcům o zřízení psychiatrické ambulance v kraji při výběrovém řízení před uzavřením smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

Jednou z cest ke zvýšení kvality poskytované ambulantní psychiatrické péče je také rozšíření poskytované péče o služby dalších nelékařských pracovníků v části ambulancí. Podmínky poskytování rozšířené ambulantní péče však nejsou lékařům známy. Do doby vyjasnění úhrad za jednotlivé úkony dalších zaměstnanců ordinací nelze zodpovědně posoudit skutečný zájem psychiatrů o poskytování rozšířených služeb.

V Libereckém kraji se nachází jediné akutní lůžkové psychiatrické oddělení – **Psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s.** V souvislosti s charakterem poskytované péče, diagnostickou strukturou populace a vzhledem k trendům incidence duševních poruch v libereckém regionu i celorepublikově a moderním trendům poskytování psychiatrické péče **je nutné rozšíření služeb psychiatrického oddělení o specializované ambulantní provozy a denní stacionáře**. Ambulantní péče je dlouhodobě poskytována v nevyhovujících prostorách pohotovostní a příjmové ambulance. V budově je jen jedna ambulantní vyšetřovna, ve stávajících podmínkách tedy vůbec nelze uvažovat o rozšíření poskytované ambulantní péče o specializovanou poradnu pro nemocné se schizofrenními poruchami a poradnu pro nemocné s poruchami nálady, které by měly k pracovišti krajského formátu patřit. Neuspokojivé ambulantní prostory nejsou dostačující ani pro stávající pohotovostní provoz ambulance, která vykazuje každý rok výrazně vyšší objem péče (mimo jiné z důvodu nedostatečné dostupnosti ambulantní psychiatrické péče v regionu). **Rozšíření ambulantního traktu o ambulance pro psychiatry i psychology je nezbytné**. V organizační struktuře psychiatrického oddělení je jako potřebné identifikováno zřízení denních doléčovacích stacionářů kombinovaných s ambulantními, rehabilitačními a psychoterapeutickými službami pro léčbu jednotlivých diagnostických skupin SMI (afektivní poruchy, psychotické poruchy) a denního stacionáře pro gerontopsychiatrické pacienty.

V první fázi rozvoje sítě psychiatrické péče byly v návaznosti na popsané problémy navrženy **rozšíření a modernizace oddělení**, zahrnující i zvýšení jeho lůžkové kapacity na 60 lůžek. Byl definován projektový záměr o dvou etapách:

1. **Celková rekonstrukce a pořízení vybavení budovy I** (bývalé Plicní oddělení) KNL ke zřízení diferencovaného ambulantního provozu, specializovaných doléčovacích denních stacionářů a 2 lůžkových stanic.
2. **Celková rekonstrukce budovy E** (Oddělení psychiatrie) KNL a modernizace vybavení k zajištění standardu poskytované akutní lůžkové péče na příjmové uzavřené a rehabilitačně-terapeutické stanici s diferenciací péče a zvýšením lůžkové kapacity oddělení.

Dle SRPP je nezbytné zajistit akutní lůžkovou psychiatrickou péči v rozsahu 40 lůžek na 100 tis. obyvatel, a to navíc s podmínkou optimální dostupnosti do 60 minut veřejnou dopravou. **Zajistit dostatečný počet lůžek pro celý kraj pouze v Liberci je tak nereálné** nejen pro překročení doporučené doby dojezdu, ale také proto, že adekvátní počet lůžek by v rámci jednoho psychiatrického oddělení nebylo reálné provozovat. V současné době část akutní lůžkové péče suplují psychiatrické nemocnice Kosmonosy a Horní Beřkovice. Do budoucna je však žádoucí opětovně posoudit potřeby LK ve vztahu k posílení kapacity akutních psychiatrických lůžek. Vzhledem ke stávajícímu rozložení nemocnic v kraji a vlastnickým poměrům LK k nemocnicím je vhodné primárně uvažovat o Nemocnici s poliklinikou Česká Lípa.

Psychiatrická nemocnice jakožto zařízení pro následnou a dlouhodobou psychiatrickou péči se v kraji nenachází, **příjem pacientů z Libereckého kraje je dostatečně zabezpečen** v obou uvedených **psychiatrických nemocnicích**. Vzhledem k vyšším hodnotám dojezdnosti to ovšem není vnímáno jako nedostatek a vzhledem k plánované restrukturalizaci sítě psychiatrické péče nebyla potřebnost vlastní psychiatrické nemocnice na území Libereckého kraje vůbec artikulována.

Oblast rozvoje sítě psychiatrické péče je nejširší definovanou částí procesu realizace reformy psychiatrické péče a zároveň jejím základním kamenem. Transformací celé sítě poskytovatelů psychiatrické péče bude naplněn zejména Cíl 1 – Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování. Provedené dílčí úpravy systému však přispějí také k naplňování dalších cílů, a to Cíle 3 – Zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou psychiatrickou péčí, Cíle 5 – Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti, Cíle 6 – Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb a Cíle 7 – Humanizovat psychiatrickou péči. Největší efekt je přitom očekáván od nově zavedeného pilíře – CDZ.

V kontextu Libereckého kraje již probíhá příprava prvních kroků z Oblasti 2. První fáze rozvoje sítě psychiatrické péče zahrnuje uvedené aktivity:

- **První CDZ v Libereckém kraji bude vytvořeno v Liberci transformací místního FOKUSu, respektive rozšířením jeho zaměření prostřednictvím oprávnění k poskytování zdravotních služeb. V letech 2017–2019 budou v rámci realizace SPRSS LK posíleny terénní sociální služby pro duševně nemocné klienty a zároveň vytvořeny první zdravotnické týmy. Vznik dvou CDZ alespoň v minimálním rozsahu definovaném příslušným standardem se předpokládá následně. Po úspěšném zkušebním provozu budou vzniklá CDZ posílena zavedenými multidisciplinárními terénními týmy a doplněna tak na doporučený personální rozsah. Prozatím budou služby dostupné na Českolipsku, Frýdlantsku a Liberecku.**

- **K rozšíření kapacity akutní lůžkové psychiatrické péče bude provedena modernizace psychiatrického oddělení KNL a jeho rozšíření. Dokončení projektu je plánováno v roce 2019.**

Po vyhodnocení získaných zkušeností a kvalifikovaném odhadu regionální potřeby jednotlivých služeb bude optimalizace sítě psychiatrické péče pokračovat.

Reforma psychiatrické péče jak v místním, tak i v celospolečenském měřítku bude prováděna řadu let. Změny vyžaduje nejen systém poskytování péče, ale i postoje odborné i laické veřejnosti. Část plánovaných změn je nutné vnímat v kontextu časové a logické souslednosti, jejíž zachování je pro úspěch celého procesu klíčové. Nelze tedy zcela předjímat stav celé sítě poskytovatelů psychiatrické péče v krátkém horizontu.

Pro konkretizaci směřování všech opatření byl vytyčen **ideální stav psychiatrické péče v kraji**, odpovídající cílům SRPP a dosud vydaným standardům péče. K naplnění těchto představ bude přitom nezbytná řada jednání a postupných kroků. Bez určení časových a dalších podmínek k jeho dosažení je žádoucí směřovat k následující vizi:

- Po vzniku CDZ v Liberci budou zavedena další CDZ – v České Lípě a v Turnově nebo Semilech. Liberecké CDZ bude rozšířeno o nepřetržitou krizovou službu (na CDZ-K).
- Díky systémovým změnám v poskytování ambulantní psychiatrické péče (změny v sazebníku výkonů, úhrady od zdravotních pojišťoven, změny v systému specializačního vzdělávání aj.) dojde alespoň k zdvojnásobení počtu psychiatrických ordinací v kraji. Část ordinací bude rozšířena o další nelékařské pracovníky a tím i o další, zejména terénní služby.
- Bude vyhodnocena potřeba navýšení kapacity akutní lůžkové psychiatrické péče v kraji a zvažena možnost zřízení akutního psychiatrického oddělení v dalších městech.
- Systémové změny povedou ke snížení počtu akutních hospitalizací v psychiatrických nemocnicích mimo území kraje. Dostupnost nemocnic v Kosmonosech a Horních Beřkovicích pro péči následnou a specializovanou zůstane dostačující.

4.3 OBLAST 3: HUMANIZACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Oblast humanizace je zaměřena na lůžkovou psychiatrickou péči, tedy prvotně na segment psychiatrických nemocnic, kde je soustředěna její převládající část (85,6 % psychiatrických lůžek) a samozřejmě nepomíjí ani lůžkové části psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic. SRPP si klade za **cíl přispět ke zvýšení úrovně respektování lidských práv, k humanizaci prostředí a zlepšení jeho estetiky, zlepšení technického, pracovního či logistického zázemí nemocnic**. Transformační plány psychiatrických nemocnic tak musí zahrnovat vedle analýzy současného stavu také plány změn do budoucna se specifickým důrazem na humanizační prvky obecně vytyčené v SRPP a následně konkretizované ve standardu následné a dlouhodobé péče.

Rozvoj sítě psychiatrické péče a především ukotvení a **vznik CDZ tak přivádí do popředí komunitní péči jakožto „humánnější“ alternativu k péči institucionální**. Důraz na humanizaci psychiatrické péče je tak jedním z motivů celkové transformace sítě, zahájené posílením ambulantních a komunitních služeb, provázené zvýšením počtu i dostupnosti akutních psychiatrických lůžek na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, a zakončené restrukturalizací, případně provázenou i snižováním počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích.

SRPP předznamenává **nezbytnost investic do infrastruktury**, které příslušná pracovní skupina (PS humanizace psychiatrické péče) přiřazuje zdrojům z evropských strukturálních a investičních fondů, konkrétně Integrovanému regionálnímu operačnímu programu. Vedle vzniku standardů následné a dlouhodobé péče pak ještě tato pracovní skupina stanovuje potřebu i dalších návazných standardů – stavebně technická podoba psychiatrických zařízení, chování personálu vůči pacientům, terapeutické postupy.

Oblast 3, jak už obdobný název dává tušit, naplňuje především Cíl 7 – Humanizovat psychiatrickou péči. V širší, obecné rovině, představované zejména rozšířením možností poskytování péče přímo

v sociálním prostředí klienta, potom zvýšení humánnosti péče přispěje i k naplnění Cíle 3 – Zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou psychiatrickou péčí a Cíle 5 – Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti. Jelikož vznik CDZ je z pohledu SRPP také nástrojem humanizace, je zde zřejmá i nutnost podpory zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších služeb (Cíl 6).

Oba uvedené ohledy humanizace psychiatrické péče budou v Libereckém kraji naplňovány v rámci všech dílčích kroků reformy sítě zařízení psychiatrické péče. Projekt rekonstrukce a rozšíření psychiatrického oddělení KNL (viz Oblast 2) byl připraven s ohledem na kultivaci nemocničního prostředí, čímž naplňuje i tuto oblast.

- **V užším pojetí představuje humanizace psychiatrické péče provedení modernizace a rozšíření psychiatrického oddělení KNL. Důraz je kladen na soulad prostor oddělení s nově připravovanými, aktualizovanými požadavky na minimální standard zdravotnických zařízení.**
- **V širším pojetí odpovídá pojmu humanizace poskytování služeb v přirozeném sociálním prostředí klienta. Koncept CDZ obecně je založen na podpoře fungování klienta v tomto jeho prostředí. Otevření CDZ v Liberci bude tedy naplněním Oblasti 2, potažmo cíle 7 na území Libereckého kraje.**

Stejně jako u předchozí oblasti, lze po vyhodnocení úspěšnosti těchto kroků předjímat další postupný vývoj. Vznik dalších psychiatrických oddělení a dalších CDZ v Libereckém kraji zvýší dostupnost jimi poskytovaných služeb a povede ke zkrácení dojezdových časů, čímž dále sníží nutnost klientů opouštět vlastní sociální prostředí.

Spádovost pacientů z Libereckého kraje do psychiatrických nemocnic Kosmonosy a Horní Beřkovic vede k jasnému zájmu, aby se Liberecký kraj intenzivně zajímal o transformační plány právě těchto zdravotnických zařízení. Jelikož se jedná o zařízení zřizovaná Ministerstvem zdravotnictví, bude toto možné buď na bázi ochoty managementu PN spolupracovat s LK, nebo specifického požadavku na jejich zřizovatele.

4.4 OBLAST 4: DESTIGMATIZACE A KOMUNIKACE

Oblast Destigmatizace a komunikace je zaměřena na změnu myšlení účastníků systému psychiatrické péče, jejich okolí i veřejnosti jako celku. S využitím inspirace destigmatizačními kampaněmi ze zahraničí budou připraveny aktivity seznamující veřejnost se SRPP, jejími dopady na síť psychiatrické péče, se zvláštním důrazem na nově vzniklá CDZ.

Na celostátní úrovni jsou plánovány **plošné kampaně a programy**. Programy určené ke **zvýšení povědomí veřejnosti o problematice duševního zdraví**, uvádějící na pravou míru řadu široce rozšířených mýtů a polopravd přispějí nejen ke zvýšení kvality života klientů psychiatrických služeb, ale pomohou také **snížit míru stigmatizace** spojené s pouhou představou možné psychiatrické nemoci, čímž přispějí také k odhalování skryté nemoci.

Dokument Stav realizace Strategie reformy psychiatrické péče (k březnu 2016) popisuje aktivity pro následující fázi projektu Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ), které zároveň představují velmi zřetelné určení konkrétních řešených problémů:

- celonárodní šetření míry stigmatizace a prevalence duševních onemocnění v populaci, zjištění velikosti neléčené populace, analýza vztahu mezi stigmatizací a vyhledáváním odborné pomoci, mezinárodní srovnání míry stigmatizace s nejméně dvěma dalšími státy EU;
- specializovaná šetření týkající se míry stigmatizace a možností jejího snížení;
- analýza zkušeností s diskriminací v souvislosti s duševním onemocněním mezi uživateli péče;
- mediální analýza a doporučení pro napravení mediálního obrazu duševních onemocnění;
- analýza dat ze zdravotních registrů s cílem zjistit, zda dochází k diskriminaci lidí s duševním onemocněním v rámci systému zdravotní péče.

Oblast 4 přímo naplňuje Cíl 2 – Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně. Destigmatizační aktivity dotýkající se duševně nemocných osob obsahuje i Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 až 2020, jehož nositelem je Národní rada zdravotně postižených. Při žádoucí koordinaci těchto aktivit bude přirozeným způsobem zlepšena provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb (Cíl 6).

V rámci Libereckého kraje bude pravděpodobně žádoucí realizovat vlastní destigmatizační a komunikační aktivity na podporu místních psychiatrických zařízení a souvisejících komunitních služeb. Vodítkem přitom mohou být výše uvedené aktivity projektu NUDZ. Možné je i propojení samostatných aktivit na úrovni kraje s národními programy. Propagace dokončených projektů v Libereckém kraji je vhodným prostředkem pro upoutání pozornosti veřejnosti k tomuto významnému tématu. Modernizace oddělení psychiatrie v Liberci bude vhodným způsobem medializována, stejně jako nově otevřené CDZ. Vzhledem ke komunitnímu systému práce navíc CDZ disponuje daleko širší škálou komunikačních kanálů – např. chráněné zaměstnávání má potenciál oslovit velké množství lidí z různých sociálních vrstev. Další možností je pořádání přednášek a seminářů především ve školách. Nabízí se využití znalostí a zkušeností osob, které v oboru psychiatrické péče a komunitních služeb dlouhodobě působí. Důležitou roli hrají rovněž peer programy a svépomocné pacientské a rodičovské skupiny.

4.5 OBLAST 5: VZDĚLÁVÁNÍ

Oblast vzdělávání zachycuje na prvním místě tvorbu osnov vlastního školského **vzdělávání lékařských, nelékařských i nezdravotnických pracovníků následně působících v rámci systému psychiatrické péče** s důrazem na dosažení potřebné kvalifikace již v této (pregraduální) fázi vzdělávání. Příslušná pracovní skupina provádí mapování stávajících personálních kapacit a vyčíslení odhadovaného nárůstu personálních potřeb v průběhu reformy; získaná data by měla napomoci nastavit adekvátní zastoupení vzdělávacích programů v jednotlivých dotčených odbornostech.

Další **výukové moduly** budou připraveny **pro pracovníky složek veřejného života** (složky IZS, pedagogové, úředníci aj.) a také pro poskytovatele péče. Příkladem mohou být akreditované vzdělávací programy pro komunitní a psychoterapeutické sestry, připravované ve spolupráci s Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Cílem všech aktivit je **zajistit napříč odbornou veřejností lepší pochopení diagnóz, potřeb a specifik skupiny osob s duševním onemocněním.**

Vyšší znalost problematiky duševních onemocnění s sebou přináší také snížení míry sociální stigmatizace nemocných, což v důsledku přispívá ke zvýšení kvality jejich života.

Oblast 5 neodpovídá svým zaměřením přímo žádnému z cílů. Sdružuje veškeré vzdělávací potřeby s různým účelem. Dílčí část, kterou představuje vzdělávání poskytovatelů primární lékařské péče, směřuje k naplňování Cíle 4 – Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci. Odhaduje se, že řada pacientů s duševním onemocněním prochází na základě somatických příznaků zdravotnickým systémem celé roky, než je stanovena správná diagnóza¹⁰. Zahrnutí problematiky duševního zdraví do všeobecného vzdělávání zároveň přispívá k naplnění Cíle 2 – Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.

Vzdělávací programy budou v základním rámci pravděpodobně vytvářeny centrálně a aplikovány na příslušných školách. V Libereckém kraji se nenachází lékařská fakulta. Na Technické univerzitě v Liberci byl založen Ústav zdravotnických studií (v srpnu 2016 transformován na Fakultu zdravotnických studií), kde se nabízí studium v několika programech – všeobecná sestra, zdravotnický záchranář, biomedicínský technik a biomedicínský inženýr. Dále na území kraje, konkrétně v Liberci a Turnově, působí dvě střední zdravotnické školy a vyšší odborná škola zdravotnická. Rozšíření výukových oborů směrem k specializacím pro psychiatrickou péči se v dohledné době nepředpokládá. Lékařské vzdělání v Libereckém kraji neprobíhá, nelze zde tudíž ovlivnit jeho podobu. U ostatních zdravotnických profesí, které jsou zde vyučovány, by bylo vhodné, ideálně ve spolupráci s KNL a vzniklým CDZ, pořádat tematické semináře se zaměřením na rozpoznání příznaků duševních onemocnění a jejich odlišení od nemocí somatických. K podobnému tématu, jen s nižší mírou podrobnosti a odborných poznatků, by mohly být pořádány také vzdělávací pořady pro základní či střední školy.

4.6 OBLAST 6: LEGISLATIVNÍ ZMĚNY

Reforma psychiatrické péče s sebou přináší rozsáhlé dopady do platné legislativy. Tu je potřeba aktualizovat včas, aby vznikající CDZ nebyla v rozporu s platnými zákonnými normami. Nové prvky psychiatrické péče je nezbytné do legislativy ukotvit.

Byla zahájena **příprava samostatného zákona o duševním zdraví**. Zároveň je výhledově třeba revidovat platné vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť, a č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, tak aby korespondovaly s nově vytvořenými standardy psychiatrické péče. Prosazení těchto legislativních změn potřebných pro realizaci SRPP vyžaduje vzdělávací aktivity (semináře), vysvětlování, získávání podpory dalších osob a subjektů, přípravu a distribuci podpůrných materiálů, jednání se zákonodárci a další činnosti.

Oblast 6 představuje jeden z oborů činnosti bez přímé tematické vazby k SRPP, jež je však pro její uvedení do praxe nezbytný. Legislativní změny jsou nástrojem pro ukotvení nových prvků a postupů.

¹⁰ Dle prof. MUDr. J. Praška, CSc., z Kliniky psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc se průměrný pacient s panickou poruchou od vzniku onemocnění do péče psychiatra dostává až po uplynutí 7 let, pacient s obsedantně kompulsivní poruchou až po 12 letech (viz Model péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Prahy – Záznam jednání závěrečné konference projektu „Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné“)

Jako takové spoluutvářejí náplň Cíle 1 – Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování, a to zejména definováním a kanonizací standardů jednotlivých typů psychiatrické péče. Prostřednictvím uvedených standardů přispívá oblast 6 také k naplnění Cíle 3 – Zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou psychiatrickou péčí, a přijetím standardů kladených na materiální a technické zázemí potom k naplnění Cíle 7 – Humanizovat psychiatrickou péči v jeho užším aspektu.

Legislativní činnosti jsou prováděny centrálně. Jako významný nástroj je vnímáno zapojení odborníků z psychiatrické praxe (KNL aj.). Liberecký kraj bude dále prostřednictvím určených míst či svých zástupců připomínkovat jednotlivé předpisy. Představitelé kraje mohou podpořit přijetí potřebných legislativních změn u zákonodárců delegovaných volebními obvody na území kraje. Vlastní zákonná iniciativa kraje se však nepředpokládá.

4.7 OBLAST 7: UDRŽITELNÉ FINANCOVÁNÍ

Financování oblasti psychiatrické péče je dlouhodobě hodnoceno jako nedostatečné. Proto bude v rámci reformy vytvořen **nový model financování psychiatrické péče zdravotními pojišťovnami**, který zohlední změny v rozsahu služeb poskytovaných jednotlivými pilíři péče, navýšení objemu a dostupnosti péče v rámci ČR. V rámci nového modelu budou definovány nové výkony a bodové ohodnocení stávajících výkonů bude revidováno. Bude navržen **systém udržitelného financování CDZ** (první návrh byl již připraven), psychiatrických ambulancí (s cílem rozšíření jejich sítě) a ambulancí s rozšířenou péčí o duševně nemocné. Předmětem dohody bude rovněž nasmlouvání nových typů péče ze strany zdravotních pojišťoven. Vypracovaný model bude po projednání se zdravotními pojišťovnami schválen a zaveden do praxe dle předem dohodnutého harmonogramu.

V rámci činnosti příslušné pracovní skupiny (PS udržitelné financování) vznikl Návrh úprav stávajících úhradových mechanismů (pro psychiatrické ambulance) a Návrh úhradového mechanismu pro CDZ, kde by měly být kombinovány úhrady výkonů a úhrady za "osoboden". Cílem je zařadit tyto návrhy do novely úhradové vyhlášky a seznamu výkonů již pro rok 2017.

Oblast 7 představuje další z nástrojů pro realizaci cílů SRPP jako celku. Vymezení zdrojů financování ve všech fázích implementace SRPP i pro následující období představuje zásadní úkol, jehož řešení je klíčové pro všech sedm definovaných cílů reformy.

Finanční účast Libereckého kraje realizace SRPP sama o sobě nevyžaduje. Určité závazky nicméně vyplývají z jeho zakladatelské role v nemocnicích a z účasti na optimalizaci sítě zdravotnických zařízení v kraji (realizace projektu modernizace a rozšíření psychiatrického oddělení KNL, případné zřízení psychiatrického oddělení v některé z dalších nemocnic v kraji). Financování provozu CDZ bude v prvních letech pravděpodobně kryto grantem, následně by měla dosáhnout soběstačnosti na základě vykazování činnosti v sociální i zdravotní oblasti svého fungování. Předpokládá se tak spoluúčast na zajišťování sociálních služeb z rozpočtu kraje.

Zapojení jednotlivých subjektů do financování psychiatrické péče na úrovni Libereckého kraje v podobě korespondující s plánovaným stavem dle SRPP dosud není zcela vyjasněno. V případě pořízení či modernizace prostor lze v první fázi alespoň částečně kalkulovat s možností spolufinancování z Integrovaného regionálního operačního programu. Potřebné vzdělávací aktivity

a část personálních nákladů pro zahajovací období patrně bude možno financovat z OPZ. Zbývající část nákladů pravděpodobně případně poskytovateli služby nebo jeho zřizovateli. Způsob financování běžného chodu CDZ nebo ordinací psychiatrů s rozšířenou péčí patrně bude řešen úpravou úhradové vyhlášky, případně i s deklarováním části služeb jako sociální.

4.8 OBLAST 8: MEZIRESORTNÍ SPOLUPRÁCE

Gestorem implementace SRPP je Ministerstvo zdravotnictví. Její naplňování však přesahuje jeho působnost a dotýká se i dalších rezortů. Značný dopad a společná témata lze identifikovat i v rezortech Ministerstva práce a sociálních věcí (zejména oblast sociálních služeb, sociálního bydlení), Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (zejména vzdělávání), Ministerstva vnitra (koordinace s IZS) a samozřejmě Ministerstva financí (zejména zajištění zdrojů pro financování celé reformy a plán udržitelného financování po ukončení její reformy). **Důležitým partnerem pro implementaci strategie jsou i územní samosprávné celky – kraje jako zřizovatelé / zakladatelé všeobecných nemocnic s psychiatrickými odděleními (výjimečně psychiatrických léčeben) i jako vykonavatelé působností v oblasti zdravotnictví a vybraná města jako zřizovatelé / zakladatelé všeobecných nemocnic s psychiatrickými odděleními.**

Zdárné plnění Oblasti 8 je předpokladem pro úspěšnou realizaci Cíle 6 – Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb. Zatímco ve fázi implementace jde zejména o spolupráci dotčených ministerstev, zdravotních pojišťoven, vzdělávacích institucí a odborných společností, po dosažení cílového stavu sítě psychiatrické péče se bude jednat o vysokou koordinaci státní správy a územní samosprávy s ohledem na individuální zájmy jednotlivých klientů.

V rámci SRPP je tato realizační oblast koncipována spíše institucionálně. Její implementace na úrovni Libereckého kraje bude samozřejmě vyžadovat obdobné zapojení jednotlivých dotčených rezortů kraje za koordinace rezortu zdravotnictví.

ZÁVĚR

Význam jednotlivých realizačních oblastí pro naplňování cílů Strategie reformy psychiatrické péče je výrazně diverzifikovaný. Tato různorodost se promítá i do možností působení Libereckého kraje v daných realizačních oblastech. Těžiště činnosti kraje ve spolupráci s partnery je zcela jednoznačně v oblasti rozvoje sítě psychiatrické péče. Významnější zapojení subjektů působících na krajské úrovni do přímého naplňování realizačních aktivit je plánováno ještě v oblasti destigmatizace a komunikace. V ostatních realizačních oblastech je úloha kraje a jeho partnerů rozhodující měrou posunuta směrem ke kooperaci s garanty a nositeli jejich naplňování na centrální úrovni.

5 SHRNU TÍ

I když Strategie reformy psychiatrické péče vznikla v rámci resortu zdravotnictví, je jejím zcela zásadním znakem věcný (obsahový) přesah do resortu sociálních věcí, tedy do oblasti sociálních služeb. To se promítlo již do procesu její tvorby, zejména ve složení pracovních skupin. Finálním vyjádřením tohoto přesahu je záměr vzniku Center duševního zdraví jakožto jednoho z pilířů reformy.

Obdobně je i pro naplňování implementačních záměrů kraje naprostou nezbytností spolupráce s partnery poskytujícími sociální služby. Právě v této spolupráci spočívá **hlavní úkol reformy** péče o duševní zdraví, tedy **zlepšit život lidem s duševním onemocněním tím, že jim bude možné poskytnout kvalitnější, dostupnější a provázanější zdravotní a sociální služby**. Ani druhý zásadní úkol reformy, tedy snížení míry odmítání a stigmatizace duševně nemocných ve společnosti a zlepšení jejich sociální integrace, se bez spolupráce subjektů poskytujících zdravotnické a sociální služby neobejde.

Tato spolupráce již byla na úrovni kraje navázána a odráží se v textu tohoto dokumentu. Průběh jeho tvorby je dokladem a vyjádřením fungování této spolupráce. Také v samotném resortu zdravotnictví půjde ze strany Libereckého kraje při implementaci SRPP o postupy výhradně na bázi partnerské spolupráce.

V rámci jednotlivých implementačních oblastí lze tedy úkoly, záměry a možnosti Libereckého kraje shrnout do následujících bodů:

- **spolupráce jednotlivých odborníků na tvorbě standardů a metodik a připomínkování výsledných návrhů;**
- **podpora a spolupráce při vzniku Center duševního zdraví, zohlednění jejich existence v plánu rozvoje sociálních služeb, monitorování potřeb psychiatrických ambulancí a jejich přenos k příslušným institucím, podpora rozvoje psychiatrických oddělení v krajem založených nemocnicích a jednání o potřebách navýšení lůžkových kapacit v kraji;**
- **sledování tvorby a naplňování transformačních plánů spádových psychiatrických nemocnic jakožto nástrojů humanizace psychiatrické péče;**
- **spolupráce na destigmatizačních programech jiných subjektů, případně i příprava vlastních, podpora komunikačních nástrojů přibližujících život duševně nemocných ostatním skupinám populace;**
- **podpora vzdělávání pracovníků organizací profesně pracujících s duševně nemocnými;**
- **zodpovědné a maximálně propracované připomínkování legislativních návrhů v souvislosti s implementací SRPP;**
- **aplikace pravidel pro financování sociálních služeb v rámci CDZ;**
- **spolupráce s resorty na centrální úrovni.**

Podrobnější popis, včetně zachycení významu a rozsahu jednotlivých činností v rámci těchto bodů, je obsahem kapitoly "Implementace SRPP v podmínkách Libereckého kraje".

Naplňování opatření a aktivit uvedených v SRPP je plánováno do roku 2022. Také pro záměry na úrovni kraje je toto referenční termín pro dosažení maximálních možných výsledků při využití všech

možností, které bude implementace SRPP na centrální úrovni přinášet. Probíhat bude i pravidelná revize záměrů s ohledem na jejich skutečnou realizovatelnost.

6 SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Přehled sociálních služeb, dostupných i pro osoby s chronickým duševním onemocněním	10
Tabulka č. 2: Vývoj počtu léčených onemocnění podle vybraných diagnóz	14
Tabulka č. 3: Definovaná optimální kapacita služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním	23

7 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Přehled poskytovatelů zdravotních služeb, míst poskytování a úvazků pro odbornost psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, klinický psycholog v Libereckém kraji (stav k 31. 3. 2016)	8
--	---

8 SEZNAM ZKRATEK

CDZ	Centrum duševního zdraví
CDZ-K	Centrum duševního zdraví s krizovou službou
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
IZS	Integrovaný záchranný systém
KNL	Krajská nemocnice Liberec, a.s.
LK	Liberecký kraj
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
OPZ	Operační program Zaměstnanost
ORP	Obec s rozšířenou působností (územněsprávní jednotka)
OZP	Osoby zdravotně postižené
PN	Psychiatrická nemocnice
PS	Pracovní skupina
SMI	Vážné duševní onemocnění (z anglického Severe Mental Illness)
SRPP	Strategie reformy psychiatrické péče
ZSS	Zákon o sociálních službách
Z. ú.	Zapsaný ústav

9 PŘÍLOHY

- Příloha 1** Odhad harmonogramu pro vznik CDZ zřizovaných Fokusem Liberec v Libereckém kraji
- Příloha 2** Harmonogram činností, které pomohou vzniku CDZ v okrese Semily
- Příloha 3** Memorandum Ministerstva zdravotnictví ČR, zdravotních pojišťoven a Psychiatrické společnosti ČLS JEP o spolupráci na realizaci Strategie reformy psychiatrické péče a zajištění dlouhodobě udržitelného financování psychiatrické péče

Příloha č. 1:



o.p.s.
 Nezvalova 662, 460 15 Liberec 15
 IČ: 46749411, číslo účtu: 19-7250350267/0100,
 tel: 485 163 440, <http://www.fokuslbc.eu>



Odhad harmonogramu pro vznik CDZ zřizovaných Fokusem Liberec v Libereckém kraji

Finální CDZ bude zřizovat Fokus Liberec z. ú. jako jediný poskytovatel zdravotních i sociálních služeb, CDZ vzniknou prozatím bez lůžek. Fokus Liberec předpokládá zřízení jednoho CDZ v regionu Frýdlantsko + část Liberecka a druhého CDZ Českolipsko + část Liberecka. Tato CDZ se budou skládat z více menších týmů rozmístěných v dané lokalitě. Kde přesně budou mít jednotlivé týmy zázemí, v tuto chvíli není podstatné.

1. Krok: Registrace zdravotnického zařízení Fokusem Liberec

přípravenost: Fokus Liberec je v procesu zřizování zapsaného ústavu. Z. ú. bude zřízen do konce srpna 2016. V průběhu září a října Fokus získá na minimální úvazek zdravotní sestru. Po získání zdravotní sestry zahájí kroky k registraci jakéhokoliv zdravotnického zařízení, aby mohl žádat z OPZ tam, kde budou oprávněnými žadateli jen zdravotnická zařízení.

Realizace kroku do konce roku 2016 (raději ale dříve).

2. Krok: Vytvoření týmů pro budoucí CDZ

Přípravenost: v rámci IP posílíme kapacity terénních sociálních služeb pro duševně nemocné – zde je vysoká pravděpodobnost realizace od dubna 2017. V rámci OPZ plánujeme vytvoření terénních zdravotnických týmů. Projektovou žádost podáme do OPZ v říjnu 2016, začátek realizace by mohl být od května 2017.

Realizace kroku 2017 – 2019

3. Krok: Podání a realizace 2 pilotních projektů „malých“ CDZ v rozsahu 4/4 (4sociální pracovníci, 4 zdravotní sestry) na 1 – 1,5 roku

Přípravenost: Záleží na znění výzev OPZ. Zatím nelze realizovat, musíme čekat na konkrétní podmínky výzev.

Realizace kroku - v ideálním případě 2018 - 2019.

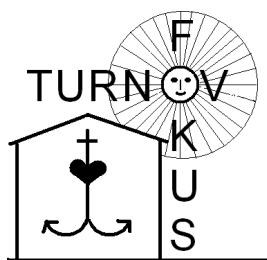
4. Krok: Propojení týmů vytvořených v rámci IP a OPZ s malými týmy CDZ a zahájení provozu dvou kompletních CDZ ve finálním rozsahu pracovníků 8/8 + 1,5 psychiatr + 1,0 klinický psycholog.

V ideálním případě při splnění předchozích kroků zahájíme provoz dvou „kompletních“ CDZ od 1. 1. 2020

Poznámka: Do CDZ budou postupně převáděny terénní služby Fokusu Liberec. Po realizaci projektů IP budeme disponovat kompletní kapacitou pro zajištění sociálních služeb v rámci CDZ, zásadní bude získání pracovníků v oblasti zdravotní.

V Liberci 1. 7. 2016 Jana Horáková, Lenka Schneiderová, Růžena Bergmanová

Příloha č. 2:



- 1 **FOKUS Turnov, z.s.**
- 2 **Skálova 415, 511 01 TURNOV**
 IČO 49 29 51 01
 tel. 481 321 424

Harmonogram činností, které pomohou vzniku CDZ v okrese Semily

Již řadu let je nastavena spolupráce s Městem Turnov a s Panochovou nemocnicí Turnov. Je to dáno tím, že Panochova nemocnice byla do nedávné doby majetkem Města Turnova. Jedná se především o spolupráci sociálního odboru MěÚ Turnov s primáři oddělení interny a následné rehabilitační péče. Akteři těchto institucí se pravidelně scházejí na jednáních komise Zdravotně sociálních služeb Turnov a řeší problémy týkající se především seniorů. Lze tedy z těchto zkušeností spolupráce čerpat dílčí otázky i v případě vzniku CDZ. FOKUS Turnov, z.s. poskytuje v okrese Semily a ještě v ORP Železný Brod registrovanou terénní sociální službu Podpora samostatného bydlení. Tato sociální služba pracuje především s osobami s chronickým duševním onemocněním. FOKUS Turnov má velmi dobře zmapován terén a ve spolupráci s městskými úřady kvalitně a odborně zasahuje tam, kde je potřeba. Co se týká vzniku CDZ v okrese Semily zatím žádná konkrétní jednání neproběhla.

Pokusíme se pojmenovat činnosti, které by mohly pomoci vzniku CDZ v našem regionu.

- 1) Jednání s ambulantními psychiatry a zdravotním personálem o možnosti zřízení CDZ nejlépe v Semilech (dobrá dojezdová vzdálenost z Turnova, z Železného Brodu, z Jilemnice a z Rokytnice nad Jizerou) o umístění, o náplni činnosti CDZ, o personálním zajištění začátek jednání podzim 2016
- 2) Hledání vhodných prostor pro CDZ, nejlépe v Semilech na základě výsledků jednání s odborným zdravotním personálem, se zástupci KÚLK a samospráv měst Turnov, Semily, Jilemnice a popř. Železného Brodu začátek jednání rok 2017
- 3) Vznik organizace a její registrace, která se ujme provozu CDZ (z řad lékařů, nestátní organizace...) začátek jednání rok 2018
- 4) Sestavení pracovního týmu CDZ dle standardů CDZ a terénních týmů nejspíše pro ORP Semily, Jilemnice a Turnov (event...vč. Železného Brodu). FOKUS Turnov dodá vyškolené odborníky ze sociální oblasti, dodá informace o terénu – v současné době v těchto ORP působí terénní službou Podpora samostatného bydlení. začátek jednání rok 2018
- 5) Podání projektu o finanční zajištění provozu CDZ a na základě vyhodnocení pilotního projektu Fokusu Liberec začátek jednání rok 2018
- 6) V případě naplnění všech výše vypsanych činností, tak nejpозději v roce 2020 zřízení CDZ v Semilech.

V Turnově 13. 7. 2016

za FOKUS Turnov, z.s. Ludka Kanclířová
za MěÚ Turnov Mgr. Hana Kocourová

Příloha č. 3:



MEMORANDUM

**Ministerstva zdravotnictví ČR, zdravotních pojišťoven a Psychiatrické společnosti ČLS JEP
o spolupráci na realizaci Strategie reformy psychiatrické péče
a zajištění dlouhodobě udržitelného financování psychiatrické péče**

Níže uvedeného dne, měsíce a roku podepsaly:

Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Palackého nám. 375/4, 128 01 Praha 2

kterou zastupuje: MUDr. Svatopluk Němeček, MBA, ministr
(dále jen "Ministerstvo")

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Orlická 4

130 00 Praha 3

kterou zastupuje: Ing. Zdeněk Kabátek, ředitel

a

Svaz zdravotních pojišťoven ČR

nám. W. Churchilla 2

130 00 Praha 3

který zastupuje: Ing. Ladislav Friedrich, CSc.,

ve kterém jsou sdruženy zaměstnanecké zdravotní pojišťovny České republiky a to:

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Husova 302

293 01 Mladá Boleslav

Ing. Darina Ulmanová, MBA, ředitelka

Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

Drahobejlova 1404

190 00 Praha 9

MUDr. Karel Štein, generální ředitel

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Jeremenkova 11

703 00 Ostrava

JUDr. Petr Vaněk, Ph.D., generální ředitel

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Roškotova 1225/1

140 00 Praha 4

Ing. Radovan Kouřil, generální ředitel

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR

Kodaňská 1441/46

100 10 Praha 10

MUDr. David Kostka, MBA, generální ředitel

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna

Michálkovicá 108

710 15 Ostrava

Ing. Lubomír Káňa, ředitel

a

Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

Psychiatrická klinika 1. LF UK

Ke Karlovu 11

120 00 Praha 2

kterou zastupují: doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D., předseda

a MUDr. Martin Hollý, MBA, odborný garant Reformy psychiatrické péče

(dále jen „odborná společnost“)

toto Memorandum:

Čl. I

PREAMBULE

1. Účelem tohoto Memoranda je vytvoření podmínek efektivní spolupráce pro naplnění cílů Strategie reformy psychiatrické péče a zajištění dlouhodobě udržitelného financování péče o duševně nemocné.
2. Obdobné memorandum o udržitelném financování sociálních služeb podepíše Ministerstvo zdravotnictví ČR s Ministerstvem práce a sociálních věcí a s Asociací krajů ČR.
2. Cíle Strategie reformy psychiatrické péče jsou:
 - zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním;
 - zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování;
 - omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně;
 - zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí;
 - zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci;
 - zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb;
 - humanizovat psychiatrickou péči.
3. Zúčastněné strany prohlašují, že objem úhrad za zdravotní služby bude upravován v kontinuitě s celkovým objemem zdrojů závislých na výši výběru pojistného a v souladu s možnostmi zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven.

Čl. II

NAPLNĚNÍ CÍLŮ STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

1. Všichni signatáři Memoranda prohlašují, že budou společně usilovat o naplnění cílů Strategie reformy psychiatrické péče.

2. Spolupráce všech signatářů Memoranda bude spočívat zejména ve sdílení informací, účasti zástupců všech stran na práci odborných a expertních týmů a naplnění rolí jednotlivých stran memoranda při realizaci Strategie reformy psychiatrické péče, kterými jsou:

- Ministerstvo zdravotnictví zajišťuje naplnění Strategie reformy psychiatrické péče, řídí a koordinuje veškeré strategické aktivity v rámci reformy.
- Zdravotní pojišťovny zajistí pro své klienty odpovídající místní a časovou dostupnost kvalitních a bezpečných zdravotních služeb poskytovaných osobám s duševním onemocněním, a to prostřednictvím sítě smluvních poskytovatelů. Podmínkou pro uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovateli zdravotních služeb je splnění všech standardních zákonných a podzákonných pravidel.
- Odborná společnost je odborným garantem Strategie reformy psychiatrické péče, odpovídá za její věcný obsah, definuje odborné standardy jednotlivých typů zdravotní péče a metodiky práce, odborně posuzuje, garantuje nebo zajišťuje výzkumné, vzdělávací a destigmatizační aktivity (v rámci reformy), je nositelem komunikace problematiky psychiatrické péče a postavení duševně nemocných směrem do odborné i laické veřejnosti.

Čl. III

ZAJIŠTĚNÍ DLOUHODOBÉ UDRŽITELNOSTI FINANCOVÁNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

1. Realizace Strategie reformy psychiatrické péče předpokládá restrukturalizaci psychiatrické péče, v rámci které budou zřizována Centra duševního zdraví (dále jen CDZ), bude optimalizována ambulantní psychiatrická síť a síť ambulancí rozšířené péče pro osoby trpící duševní poruchou, bude rozvíjena síť akutní lůžkové psychiatrické péče a bude změněna struktura sítě následné a dlouhodobé lůžkové psychiatrické péče. Pro posuzování návrhů na rozšiřování nebo vznik nových zdravotních služeb v síti signatáři Memoranda vytvoří společné mechanismy posuzující rozvoj sítě zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve vztahu k potřebnosti a dostupným zdrojům na jejich financování. K těmto aktivitám budou přizváni i zástupci Asociace krajů a Ministerstva práce a sociálních věcí.

2. Konkrétní návrhy na vznik, případně rozšíření sítě zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním budou posouzeny všemi signatáři v rámci výběrové komise, a pokud budou návrhy příslušnými zdravotními pojišťovnami schváleny a tyto budou mít dostatečné zdroje pro udržitelné financování, pak zahájí s předkladatelem návrhu jednání o uzavření nebo rozšíření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb. Podmínkami k uzavření smlouvy bude splnění všech standardních zákonných a podzákonných pravidel podmiňujících uzavření smlouvy a naplnění nepodkročitelného minima standardu péče definovaného odbornou společností.