



Jihočeský kraj

značka Jihočeského kraje

**KONCEPCE SYSTÉMU PÉČE
O OSOBY S DUŠEVNÍM
ONEMOCNĚNÍM
V JIHOČESKÉM KRAJI**

OBSAH

1	CÍLE KONCEPCE ROZVOJE SYSTÉMU PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V JIHOČESKÉM KRAJI:	3
2	VÝCHOZÍ DOKUMENTY PRO NÁVRH SYSTÉMU PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V JIHOČESKÉM KRAJI:	3
3	ZAJIŠTĚNÍ IMPLEMENTACE SYSTÉMOVÝCH ZMĚN KONCEPCE ROZVOJE SYSTÉMU PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V JIHOČESKÉM KRAJI:	3
3.1.	Úloha koordinační skupiny:	3
3.2.	Složení koordinační skupiny:	3
4	ODKAZ NA STRATEGICKÉ DOKUMENTY	4
4.1.	Celorepubliková úroveň	4
4.2.	Krajská úroveň	5
4.2.1.	Plán rozvoje Jihočeského kraje	5
4.2.2.	Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje 2015-2020	5
5	GEOGRAFICKÁ A DEMOGRAFICKÁ SITUACE	5
6	VYMEZENÍ ČINNOSTI OBORU A POJMŮ	6
6.1.	Úvod	6
6.2.	Popis klientely, nejčastější diagnostické okruhy	6
6.3.	Vymezení pojmů	7
7	ANALÝZA STAVU PSYCHIATRICKÉ PÉČE V JIHOČESKÉM KRAJI	8
7.1.	Analýza současného stavu	8
7.1.1.	Lůžková péče	8
7.1.2.	Ambulantní péče	10
7.1.3.	Sociální služby	10
7.2.	Komentář k současnému stavu	11
7.2.1.	Ambulantní péče	11
7.2.2.	Lůžková péče	11
7.2.3.	Sociální služby	12
8	NÁVRH ROZVOJE	12
8.1.	Akutní lůžková péče	12
8.2.	Psychiatrické nemocnice/léčebny	13
8.3.	Ambulantní péče	13
8.4.	Centra duševního zdraví (CDZ)	13
8.4.1.	Rozvoj sítě CDZ na území Jihočeského kraje	14
8.4.2.	Aplikace popsaného modelu CDZ na podmínky Jihočeského kraje	15
8.4.3.	Financování vzniku CDZ	15
9	NÁVAZNÉ SLUŽBY	16
10	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	17

PRACOVNÍ SKUPINA JIHOČESKÉHO KRAJE

V souladu se Strategií reformy psychiatrické péče (10/2013) schválenou Ministerstvem zdravotnictví předkládáme Koncepci systému péče o osoby s duševním onemocněním v Jihočeském kraji. Cílem zpracované koncepce je změna přístupu a způsobu poskytování péče o osoby s duševním onemocněním a to jak v oblasti zdravotní, tak v oblasti sociální.

1 CÍLE KONCEPCE ROZVOJE SYSTÉMU PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V JIHOČESKÉM KRAJI:

- Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování
- Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně
- Zvýšit spokojenost pacientů/uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí
- Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci
- Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti
- Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb
- Humanizovat psychiatrickou péči

2 VÝCHOZÍ DOKUMENTY PRO NÁVRH SYSTÉMU PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V JIHOČESKÉM KRAJI:

- Strategie reformy psychiatrické péče (MZ, 10/2013)
- Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje 2015-2020
- Analýza stavu psychiatrické péče v Jihočeském kraji (2015)
- Standard akutní psychiatrické péče (2016)
- Standard ambulantní psychiatrické péče (2016)
- Standard Centra duševního zdraví (2016)

3 ZAJIŠTĚNÍ IMPLEMENTACE SYSTÉMOVÝCH ZMĚN KONCEPCE ROZVOJE SYSTÉMU PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V JIHOČESKÉM KRAJI:

Proces tvorby a realizace reformy je dynamický a déletrvající (2016-2026). Pro dosažení cílů reformy je potřeba koordinovat probíhající proces v Jihočeském kraji v souladu s republikovou Strategií reformy psychiatrické péče České republiky, včetně implementačních dokumentů, a legislativními úpravami v této oblasti. Z důvodu výše uvedených navrhujeme zřízení koordinační skupiny v Jihočeském kraji.

3.1. Úloha koordinační skupiny:

- Nastavení a hodnocení vstupních kritérií pro vstup do systému péče o osoby s duševním onemocněním
- Koordinace vývoje systému péče o osoby s duševním onemocněním v souladu s republikovými strategiemi a dokumenty
- Zadávání a vyhodnocování analýz sloužících ke koordinaci systému péče o osoby s duševním onemocněním
- Posuzování efektu systému péče o osoby s duševním onemocněním
- Koordinace a implementace jednotlivých kroků reformy psychiatrické péče v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče České republiky

3.2. Složení koordinační skupiny:

Navrhujeme toto složení jedenáctičlenné koordinační skupiny

- Vedoucí odborů sociálních věcí a zdravotnictví KÚ JčK
- Zástupce ambulantních psychiatrů
- Zástupce akutní psychiatrické péče
- Zástupce psychiatrické nemocnice/léčebny
- Zástupce poskytovatelů sociálních služeb
- 2 zástupci zdravotních pojišťoven (VZP a SZP)
- Zástupce ministerstva zdravotnictví
- 2 zástupci uživatelů péče
- Zástupce rodinných příslušníků

4 ODKAZ NA STRATEGICKÉ DOKUMENTY

4.1. Celorepubliková úroveň

Strategie reformy psychiatrické péče

Strategie reformy psychiatrické péče (dále SRPP) byla schválena ministrem zdravotnictví v říjnu 2013. V srpnu 2014 byla podepsána Dohoda o partnerství, která vymezuje rámec ESIF pro programové období EU 2014-2020. Dohoda o partnerství zahrnuje také reformu psychiatrie, na kterou byly vyčleněny prostředky z operačního programu Zaměstnanost (1,5 mld.) a z Integrovaného regionálního operačního programu (2,25 mld.). **Implementace Strategie reformy psychiatrické péče je naplánována na období 2014-2023.**

Vize Strategie reformy psychiatrické péče:

„Chceme zlepšit život lidem s duševním onemocněním tím, že zlepšíme kvalitu, dostupnost a provázanost potřebných zdravotních a sociálních služeb. Chceme snížit míru odmítání a stigmatizace ve společnosti a zlepšit sociální integraci.“

Zdroj: www.reformapsychiatrie.cz

Od schválení SRPP v říjnu 2013 pracovaly na její přípravě pracovní skupiny pod vedením pracovníků oddělení poradců a strategií Ministerstva zdravotnictví ČR (dále jen MZ). Na jaře 2015, krátce po svém uvedení do funkce, byla hlavním gestorem SRPP jmenována náměstkyně ministra zdravotnictví pro strategii Mgr. Lenka Ptáčková Melicharová, MBA, a přípravu implementace SRPP organizačně převzal odbor koncepcí a strategií (OKS). Během letních měsíců 2015 byla posílena řídicí struktura reformy psychiatrie organizačními změnami, které zajistily její intenzivní řešení. Bylo aktualizováno složení Řídicího výboru (dále ŘV), do něhož byli jmenováni náměstci MZ, kteří se stali gestory jednotlivých odborných oblastí. Tímto je zajištěna maximální flexibilita v rozhodovacích procesech. Na přelomu roku 2015/2016 byl ŘV rozšířen také o zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV), Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT), Ministerstva obrany (dále MO) a Ministerstva financí (dále MF).

MZ iniciovalo setkání všech pracovních skupin, která proběhla v průběhu měsíců leden – únor 2016 s tím, že PS se budou scházet v pravidelném režimu čtyř až šesti týdnů. Pracovní skupiny si redefinovaly cíle v daných oblastech, stanovily úkoly a termíny k jejich plnění. (Viz Shrnutí z pracovních skupin na portálu www.reformapsychiatrie.cz.) Nejdůležitějšími kroky roku 2015 bylo zahájení intenzivní komunikace s krajskými úřady a zmapování budoucí páteří sítě Center duševního zdraví (dále CDZ). Dále pak důkladné zapojení uživatelů psychiatrické péče a také poskytovatelů sociální péče do diskuzí, pracovních skupin a dalších rozhodovacích procesů SRPP. Byly připraveny návrhy standardů akutní lůžkové péče ve všeobecných nemocnicích, ambulantní psychiatrické péče a CDZ, které prošly vnitrosortním připomínkovým řízením a procesem vypořádání připomínek.

Standardy byly schváleny poradou vedení Ministerstva zdravotnictví 23. 3. 2016 a byly publikovány ve Věstníku MZ č.5/2016 ze dne 27. 4. 2016.

Za zcela rozhodující milník v procesu implementace považujeme shodu mezi MZ, garanty reformy a ředitelem VZP ohledně financování nových pilířů péče včetně CDZ. Tato finanční podpora by měla být garantována podpisem **Memoranda mezi MZ, zdravotními pojišťovny (ZP) a Psychiatrickou společností ČLS JEP, která byla podepsána dne 16. 6. 2016** (<http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/2016/Memorandum.pdf>). Pravidelné aktualizace o pokroku v implementaci Strategie reformy psychiatrické péče lze nalézt na portálu www.reformapsychiatrie.cz.

Koncepce reformy se snaží nalézt řešení, jak učinit segment psychiatrie komfortnější pro pacienty i poskytovatele, jak českou psychiatrii modernizovat.

MZČR přistoupilo k iniciaci přípravy této Strategie reformy psychiatrické péče na základě rigidnosti stávajícího systému institucionální psychiatrické péče, který má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální, a také kvůli absenci služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízké míře koordinace jednotlivých složek psychiatrické péče. Psychiatrická péče v České republice nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a potýká se s dlouhodobou podfinancovaností. Strategie reformy psychiatrické péče byla tvořena v souladu s evropskými i národními dokumenty revidujícími koncepci psychiatrické péče obecně.

Nejvýraznější změnou v systému psychiatrické péče by měl být vznik a rozvoj Center duševního zdraví, podpora komunitní péče, rozšíření ambulantních pracovišť i psychiatrických oddělení v rámci lůžkové péče. To vše iniciuje systémovou a legislativní změnu a k tomu odpovídající úhradové systémy.

Implementace Strategie bude probíhat v jednotlivých etapách – zajištění podmínek, realizace, vyhodnocení.

Reforma psychiatrické péče – základní pilíře

Reforma psychiatrické péče v ČR povede k restrukturalizaci služeb a sítě zařízení poskytujících péči napříč celou společností od dětství do stáří. Nově se počítá s rozvojem Center duševního zdraví jako dalšího pilíře, který rozšiřuje stávající psychiatrickou péči, komplexně ji doplňuje a přibližuje tak uživatelům péče. Strategie se opírá o čtyři základní pilíře

- Ambulantní péče
- Centra duševního zdraví
- Psychiatrická oddělení nemocnic
- Psychiatrické nemocnice/léčebny

4.2. Krajská úroveň

4.2.1. Plán rozvoje Jihočeského kraje

Základním cílem kraje v oblasti zdravotnictví je vysoká kvalita života obyvatelstva. Strategickým cílem prioritní osy – lidské zdroje je i zlepšování kvality zdravotních a sociálních služeb a jejich optimalizace. S ohledem na demografické trendy, stárnutí a zdravotní stav populace je nutné systém těchto služeb průběžně vyhodnocovat a přizpůsobovat potřebám společnosti. Podpora Jihočeského kraje proto směřuje k aktivitám spojeným se zdravým životním stylem, k prevenci civilizačních chorob, k podpoře přeshraniční spolupráce, k zajištění dostupnosti a kvality zdravotních a sociálních služeb.

4.2.2. Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje 2015-2020

S ohledem na shora uvedené i Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje 2015- 2020 byla zpracována v souladu s Plánem rozvoje Jihočeského kraje 2014-2020.

Je nutné nadále pokračovat v modernizaci technického a věcného vybavení zdravotnických zařízení. Řešit problematiku stárnutí a nedostatku zdravotnických pracovníků, ale i stárnutí a zhoršení zdravotního stavu obyvatel kraje. Negativní vliv má určité nerovnoměrné zalidnění kraje a nejnižší hustota obyvatel z celé České republiky. Naopak výhodou může být optimální síť lůžkových zdravotnických zařízení – nemocnic zajišťujících akutní zdravotní péči.

V rámci Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje 2015-2020 byla proto přijata opatření v oblasti psychiatrické péče, a to schválení Koncepce psychiatrické péče v Jihočeském kraji, neboť takovýto koncepční materiál chyběl. Na základě schválené Koncepce budou vytvořeny podmínky pro doporučené změny s tím, že bude maximální snaha podporovat čerpání prostředků ESF na řešení dané problematiky.

5 GEOGRAFICKÁ A DEMOGRAFICKÁ SITUACE

Jihočeský kraj leží převážně na jihu Čech, kdy střed kraje tvoří Jihočeská kotlina obklopená přírodními celky s vyšší nadmořskou výškou. Důsledkem jsou i horší klimatické podmínky. Celková hustota osídlení v kraji je nejmenší v České republice a zároveň svou rozlohou je druhým největším krajem. Tato skutečnost spolu s absencí přímého napojení na dálniční síť a nevyhovující stav příjezdových komunikací má nemalý vliv i na nerovnoměrnou síť ambulantních zdravotnických zařízení.

Stejně jako v celé České republice, tak i v Jihočeském kraji pokračuje proces demografického stárnutí. Zvyšuje se nejen průměrný věk obyvatelstva, ale i index stáří a počet seniorů ve věku 65 a více let. Tento nepříznivý vliv se negativně projevuje nejen u obyvatel kraje, kteří ve stále větší míře potřebují zdravotní péči, tzn. i psychiatrickou, tak ale i u samotných zdravotnických pracovníků, u kterých dochází k odchodům do důchodu a k úmrtím,

což způsobuje nerovnoměrný pokles lékařů a vzniká tak problém se zajištěním zdravotní péče. V kumulaci s dalšími faktory, jako je nesystémovost vzdělání, neochota nových mladých lékařů vykonávat lékařskou praxi v odlehlých částech kraje a malých obcích, podfinancování psychiatrické péče, nárůst psychiatrických onemocnění, pak dochází k přetížení ambulantní sféry a k nesystémovým řešením potřeb obyvatel s duševními poruchami.

6 VYMEZENÍ ČINNOSTI OBORU A POJMŮ

6.1. Úvod

Předmětem a náplní oboru psychiatrie je prevence, diagnostika, léčba a rehabilitace osob s duševními poruchami v rozsahu dg. F0-F99, jak jsou vymezeny podle kritérií současné 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, platné v České republice od r. 1994. Rovněž se zabývá výzkumem etiologie a terapie těchto duševních poruch.

Obor psychiatrie vymezuje hranice oproti nechorobným stavům nespokojenosti, sociálního selhání, proti přirozeným reakcím na životní zátěže, extrémním názorům a postojům politickým a filosofickým. Cílem péče o osoby s duševním onemocněním je co nejvíce podpořit schopnosti člověka a jeho přirozeného zázemí tak, aby byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. K těmto cílům využívá psychiatrie léčebné postupy biologické, psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační. Pro osoby s dlouhodobým duševním onemocněním je nezbytné propojit zdravotní péči s péčí sociální. Zdravotní a sociální péče se u těchto nemocných vzájemně prolínají a doplňují.

Problémy psychiatrie (diagnostika, léčení, posuzování) často úzce souvisí s celospolečenskými problémy této doby (závislosti, sebevražednost, extrémní názory, stigmatizace, trestná činnost), a často přesahují kompetence i možnosti psychiatrie a zdravotnictví vůbec.

6.2. Popis klientely, nejčastější diagnostické okruhy

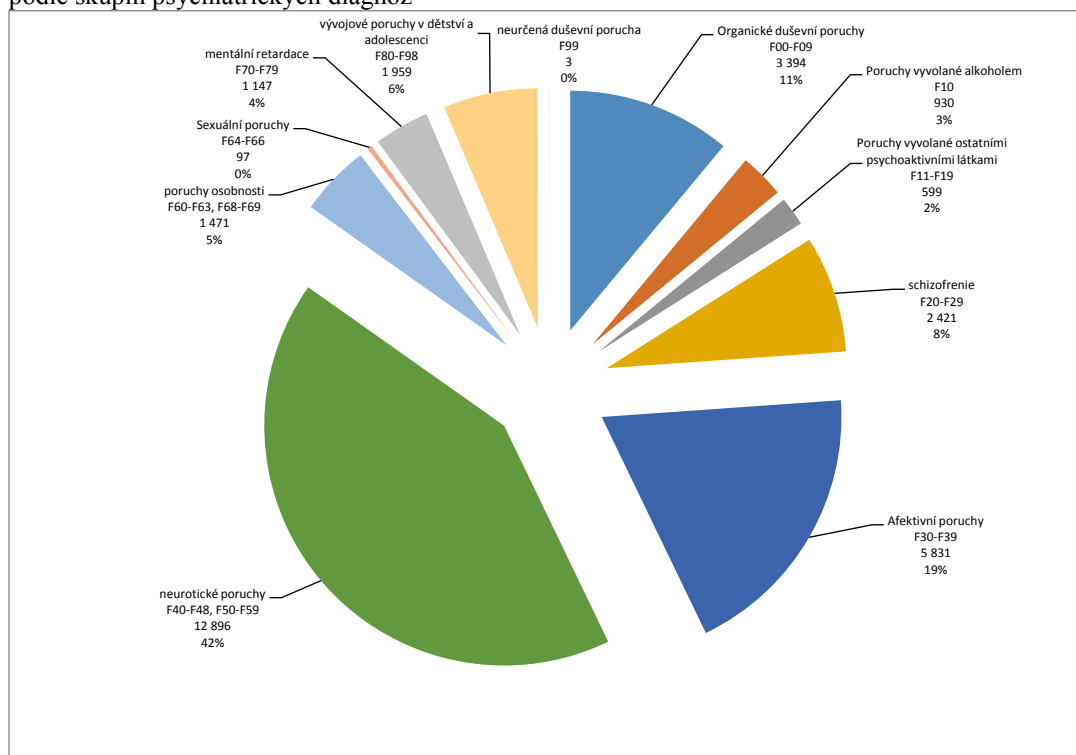
Zájmem oboru jsou osoby trpící některou z duševních poruch, jak jsou popsány v MKN-10 (F0-F99), u všech věkových kategorií. Obor spolupracuje s ostatními klinickými obory medicíny, kde se psychické vlivy podílejí na vzniku a na udržování somatických chorob anebo kde somatické choroby psychické poruchy vyvolávají.

Duševní poruchy často probíhají dlouhodobě a mívají periodický průběh. Mnohé z nich zkracují život (např. schizofrenie, deprese, závislosti). Protože neznáme doposud u většiny psychických poruch ani etiologii, ani patogenezi, je jejich léčení někdy obtížné a dlouhodobé. Všechny ale výrazně zhoršují kvalitu života jedince a kvalitu vztahů rodinných, partnerských, pracovních i sociálních a omezují životní spokojenost. To vše má vliv na mnohé oblasti života duševně nemocného i jeho okolí.

Na území JČK se v roce 2013 léčilo s duševním onemocněním celkem 34 360 osob. Největší část psychiatrické péče je věnována zejména v ambulantních a v intermediárních zařízeních pacientům s funkčními neurotickými poruchami, s poruchami adaptace a s poruchami reaktivními. Jejich podíl tvoří cca 42%.

Pacienti s vážnějšími poruchami (psychotickou, případně organickou poruchou) vyžadujícími intenzivnější a obvykle dlouhodobou multioborovou (zdravotně-sociální) péči pak tvoří okolo 25- 30%. Níže uvedený graf zobrazuje podíly jednotlivých skupin psychiatrických diagnóz.

Počet léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních na území Jihočeského kraje podle skupin psychiatrických diagnóz



6.3. Vymezení pojmů

Ambulance psychiatrická (dospělí)

Představuje primární psychiatrickou péči. Její činnost je zaměřena na léčbu a prevenci celého spektra duševních poruch, pracuje dispensárním systémem. Jejím úkolem je zejména péče o osoby pro léčbu nedostatečně motivované, o osoby sociálně selhávající, o osoby v ochranné léčbě (psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické). Dalším jejím úkolem je vyhledávání osob se závislostí a dispensární péče pro všechny uvedené skupiny. Veřejná psychiatrická péče se zřizuje jednak pro dospělé, jednak pro děti a dorost. Veřejná psychiatrická péče může být prováděna buď samostatně, anebo v kterémkoli ambulantním psychiatrickém zařízení, a to i na část pracovního úvazku.

Psychiatrická ambulance pro děti a dorost

Provádí psychiatrickou diagnostiku a komplexní léčbu, rehabilitaci, redukaci event. resocializaci dětí a dorostu s psychickým onemocněním. Zprostředkuje další psychiatrické, pedagogické nebo sociální služby se zdravotnickými i nezdravotnickými zařízeními. Provádí dispensarizaci. Používá všech forem terapie včetně psychoterapeutických přístupů individuálních a skupinových, rodičovské a rodinné terapie.

Ambulance pro léčbu návykových nemocí

Zaměřuje se na vyhledávání, podchycení, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, resocializaci, prevenci a registraci osob se vznikající nebo vzniklou závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách a v ochranné léčbě protialkoholní či protitoxikomanické spojené se znaleckou činností. Její součástí je také program substituční terapie závislosti na opiátech.

Sexuologická ambulance

Její činnost spočívá v diagnostice a léčbě sexuálních neorganických poruch a v ochranné léčbě sexuologické spojené se znaleckou činností.

Centrum duševního zdraví (CDZ)

Je soubor vzájemně propojených služeb, poskytovaných jednou nebo více organizacemi, zajišťujících v daném regionu služby osobám s psychickým onemocněním. Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotních a přímo navazujících sociálních služeb multidisciplinárním týmem s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí a prevence relapsu. Součástí služeb CDZ je i krizová služba.

Psychiatrické oddělení nemocnic

Oddělení akutní lůžkové péče pro dospělé zajišťuje diagnostickou, léčebnou, ošetrovatelskou a konziliární péči v plném diagnostickém spektru oboru, a zajišťuje sociální péči po propuštění pacienta. Součástí náplně oddělení je rovněž úzká spolupráce s komunitními službami (zejména CDZ) a psychiatrickými ambulancemi (PA), které zajišťují pacienta po jeho propuštění. Součástí náplně je dále poskytování péče preventivní, ambulantní, krizové, rehabilitační a psychosociální. Dále se podílí na vzdělávání zdravotnických pracovníků. Akutní psychiatrická péče je poskytována nepřetržitě osobám, u kterých došlo k potřebě hospitalizace na lůžkovém oddělení na podkladě vzniku či zhoršení duševního onemocnění ze všech diagnostických okruhů platné Mezinárodní klasifikace nemoci a jejichž somatický stav je natolik kompenzován, že nevyžaduje akutní péči na oddělení jiné odbornosti.

Psychiatrické nemocnice/léčebny

Úkolem psychiatrických nemocnic/léčeben je dlouhodobá léčba a rehabilitace psychicky nemocných všech věkových kategorií. Zároveň zatím plní i úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud psychiatrická oddělení nejsou zřízena, nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. V psychiatrických nemocnicích/léčebnách se uskutečňuje ústavní ochranné léčení podle stanovené rajonizace. Psychiatrické nemocnice/léčebny vytvářejí podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení typu pracovišť příjmových, doléčovacích, rehabilitačních, psychoterapeutických, psychogeriatrických, pro léčbu závislostí, dětských a adolescentních, pro ochranné léčení, sexuologických, somatických a jiných. Psychiatrické nemocnice/léčebny hospitalizují též z nařízení orgánů činných v trestním řízení a soudů osoby k vyšetření duševního stavu pro soudně - posudkové účely.

Kromě víceoborových psychiatrických nemocnic/léčeben existují i psychiatrické nemocnice/léčebny jednooborové, specializované na psychické poruchy u dětí a mladistvých, na osoby se závislostmi na alkoholu a jiných návykových látkách.

Léčba závislostí

Péče o pacienta závislého na psychoaktivních látkách by měla být poskytována ve spektru zařízení (tak, aby poskytovaná péče odpovídala potřebám a možnostem uživatele) a snahou odborné veřejnosti je vytvořit ze spektra služeb logický systém. Péče o pacienty se závislostí spočívá jednak v poskytování služeb v jeho přirozeném prostředí, nebo naopak v jeho vyloučení z původního prostředí (ústavní, rezidenční služba).

7 ANALÝZA STAVU PSYCHIATRICKÉ PÉČE V JIHOČESKÉM KRAJI

7.1. Analýza současného stavu

Zdravotnická a sociální zařízení, která se v Jihočeském kraji podílejí na léčbě duševních poruch

7.1.1. Lůžková péče

Vzhledem k nedostatku akutních lůžek je nutná úzká spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi v Dobřanech a Jihlavě. Mimo území kraje je hospitalizováno cca 28 % pacientů, kteří mají trvalý pobyt na území Jihočeského kraje.

Akutní lůžková péče

Psychiatrické oddělení Nemocnice Č. Budějovice, a.s.

V současné době je pro spádovou oblast Jihočeského kraje, kterou toto oddělení pokrývá, k dispozici 42 akutních lůžek. Pro potřeby oddělení slouží také denní stacionář. Součástí oddělení je také psychologická laboratoř, ambulance psychiatrická, ambulance dětské a dorostové psychiatrie, ambulance protialkoholní a protitoxikomanická a ambulance sexuologická.

Psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., v současné době poskytuje specializovanou akutní péči pro psychicky nemocné z celého Jihočeského kraje. Jedná se o jediné oddělení v kraji s akutní péčí, které má charakter uzavřeného oddělení, a proto je zde možné v souladu s platnou legislativou hospitalizovat pacienty, kteří svým jednáním mohou ohrožovat sebe nebo své okolí. Poskytuje postgraduální výukovou činnost lékařů. Součástí práce oddělení je také výkon konziliárních služeb na ostatních odděleních nemocnice, specializovaná péče o děti a dorost s významným zaměřením na poruchy příjmu potravy a ochranná ambulantní sexuologická léčba. Nedílnou součástí je také ambulantní péče o závislé na alkoholu a ostatních nealkoholových drogách včetně ochranné ambulantní protitoxikomanické léčby.

	Počet lůžek	Počet hospitalizovaných pacientů	Průměrná ošetrovací doba	Využití lůžek v %
2013	42	664	20,1	87,1
2014	42	652	20,2	91,2
2015	42	721	19,6	92,1

Zdroj: výroční zpráva Nemocnice České Budějovice, a.s., 2014, 2015

Psychiatrické oddělení Nemocnice Tábor, a.s.

Součástí Nemocnice Tábor, a.s., je oddělení s kapacitou 23 lůžek, které poskytuje akutní péči pro specifický okruh pacientů. Toto oddělení nemá charakter uzavřeného oddělení, nemohou zde proto být léčeni neklidní pacienti vyžadující režim uzavřeného oddělení. Toto oddělení jako součást nemocnice má dobře dostupné ostatní konziliární služby. Stejně tak poskytuje konziliární služby ostatním oddělením tábořské nemocnice. Součástí oddělení jsou také ambulance dospělé a dětské psychiatrie.

	Počet lůžek	Počet hospitalizovaných pacientů	Průměrná ošetrovací doba	Využití lůžek v %
2013	23	430	12,5	64,20
2014	23	442	13,3	70,21
2015	23	431	13,3	68,27

Zdroj: výroční zpráva Nemocnice Tábor, a.s., 2014, 2015

Následná lůžková péče

Psychiatrická léčebna Lnáře

Hlavní náplní Psychiatrické léčebny Lnáře (kapacita 70 lůžek) je léčba a rehabilitace chronicky duševně nemocných pacientů, dále léčba pacientů s již stanovenými diagnózami, jejichž léčba vyžaduje dlouhodobý pobyt na psychiatrickém lůžku a nemůže být proto poskytována na akutních odděleních nemocnic. Vzhledem k nedostatku akutních lůžek v Jihočeském kraji toto zařízení často nahrazuje i akutní péči. Tato péče je ale v tomto zařízení obtížná vzhledem k horší dostupnosti konziliárních služeb jiných oborů a možnosti specializovaných vyšetření (např. CT mozku). V případě potřeby jsou tyto pacienti převáženi do Nemocnice Písek, a.s., či Nemocnice Strakonice, a.s. Součástí této léčebny jsou psychiatrické ambulance pro dospělé.

	Počet lůžek	Počet hospitalizovaných pacientů	Průměrná ošetrovací doba	Využití lůžek v %
2013	70	511	49,4	99,0
2014	70	565	46,3	102,0
2015	70	524	49,9	102,1

Psychiatrická nemocnice Písek

Psychiatrická nemocnice Písek po přestěhování do nových prostor poskytuje při maximální kapacitě 120 lůžek a reálné kapacitě 112 lůžek aktuálně od roku 2016 na 96 lůžkách psychiatrickou, léčebnou a rehabilitační péči duševně nemocným pacientům. Stejně jako PL Lnáře částečně supluje akutní péči vzhledem k nepřítomnosti akutního oddělení v této oblasti. V rámci konziliárních služeb spolupracuje především s Nemocnicí Písek, a.s. Psychiatrická nemocnice má vypracovaný systém ucelené rehabilitace, pracuje s komplexním přístupem k pacientovi, a individualizovanou péčí. Součástí PNP jsou psychiatrické ambulance pro dospělé.

	Počet lůžek	Počet hospitalizovaných pacientů	Průměrná ošetrovací doba	Využití lůžek v %
2013	57	433	46,5	97,4
2014	57	426	49,8	100,8
2015	57/81	414	nelze hodnotit	nelze hodnotit

Zdroj: NIS HIPPO (pozn.: rok 2015 pro období stěhování do prostor nové budovy nelze řádně zhodnotit)

Dětská psychiatrická nemocnice Opařany

Kromě zařízení pro dospělé pacienty působí na území Jihočeského kraje i Dětská psychiatrická nemocnice Opařany, což je zařízení s celostátní působností zřízené Ministerstvem zdravotnictví. Její kapacita je 130 lůžek. V této kapacitě je zahrnuto i 15 lůžek využívaných pro akutní stavy (bez smluvního vztahu se ZP).

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Tato léčebna s celostátní působností poskytuje péči klientům závislým na psychoaktivních látkách (alkohol a jiné drogy) a okrajově i patologickým hráčům. Kapacita tohoto zařízení je 103 lůžek.

7.1.2. Ambulantní péče

Kromě lůžkových zařízení působí na území Jihočeského kraje také síť psychiatrických ambulancí většinou soukromých, jen některé jsou součástí nemocnic (např. Strakonice, v omezené míře i Č. Budějovice), nebo léčeben (Strakonice, Blatná – PL Lnáře, DPN Opařany).

7.1.3. Sociální služby

Na území Jihočeského kraje jsou až na výjimky relativně dostupné sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů zaměřené na osoby s duševním onemocněním a se závislostí. Postupně se také rozvíjí síť služeb pro osoby s demencí. V případě osob s psychotickou poruchou poskytování služeb zajišťují neziskové organizace FOKUS České Budějovice, z.ú., FOKUS Tábor, z.s., a FOKUS - Písek, o.s. Služby jsou zaměřené na individuální podporu klienta primárně v jeho sociálním prostředí (§ 70 sociální rehabilitace) a jsou doplněny pracovní-rehabilitačními a aktivizačními činnostmi (§ 67 sociálně terapeutická dílna) a službami v oblasti bydlení (§ 50 chráněné bydlení). Svoji spádovou oblastí pokrývají cca 90% území Jihočeského kraje, nicméně dostupná kapacita se pohybuje okolo 20 – 22 % odhadované potřeby (přibližně 500 - 650 uživatelů ročně z odhadovaných 2900 potřebných). Dále své služby v dané cílové skupině poskytuje Městská charita České Budějovice – středisko Domino v Českých Budějovicích (§ 64 Služby následné péče). Další cílovou skupinou pokrytou poměrně rozvinutým systémem sociálně zdravotních služeb jsou osoby ohrožené závislostí či osoby závislé. Zde figurují zejména PREVENT 99, z.ú. (Českobudějovicko, Strakonicko, Prachaticko), Farní charita Tábor, Metha, z.ú., (Jindřichohradecko), Centrum pro pomoc dětem a mládeži o.p.s. (Českokrumlovsko) a Arkáda – sociálně psychologické centrum, z.ú. (Písecko).

O osoby s duševním onemocněním pečují kromě zdravotnických lůžkových zařízení i pobytová zařízení sociálních služeb, například Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie se zaměřením převážně na osoby s duševním onemocněním (kapacita 113 klientů). Kromě výše uvedených zařízení jsou v rámci JČK poskytovateli pobytových sociálních služeb typu domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením.

7.2. Komentář k současnému stavu

Podle Strategie reformy psychiatrické péče by měly být v každém regionu rovnoměrně zastoupeny všechny složky odborné psychiatrické péče, tzn. jak ambulantní, lůžkové (akutní i následná, dlouhodobé), tak i zdravotně sociálních služeb se zaměřením na péči o osoby se závažným duševním onemocněním („komunitní“)

V tomto návrhu se zabýváme vytvořením komplexního systému péče o lidi se závažným duševním onemocněním v Jihočeském kraji (na základě propojení především zdravotně sociálního a sociálně zdravotního pomezí spektra služeb) na základě naplňování republikové Strategie reformy psychiatrické péče České republiky a jejích čtyř základních pilířů. I když jsou okrajově zmíněny další segmenty jako například dětská, gerontopsychiatrická, adiktologická, sexuologická péče, nebudou tyto segmenty dále v návrhu koncepce rozpracovány. Koordinační skupina Jihočeského kraje bude připravena na základě případného zařazení těchto segmentů do Národního plánu péče tyto segmenty rozpracovat a zařadit do Koncepce systému péče o lidi se závažným duševním onemocněním v Jihočeském kraji.

7.2.1. Ambulantní péče

V současné době je v JČK 33,9 úvazků v odbornosti 305 – dospělá psychiatrie, což odpovídá 5,32 úvazku na 100 000 obyvatel. Podle Strategie reformy psychiatrické péče by mělo dojít k navýšení úvazků tak, aby bylo 10 úvazků na 100 000 obyvatel. Stejná situace je i v oblasti dětské a dorostové psychiatrie, kde počet úvazků v JČK nesplňuje požadavky dle současné koncepce psychiatrické péče.

K úpravě by mělo dojít i ve specializovaných ambulancích (závislosti, gerontopsychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie). Podle návrhu dokumentu SNN ČLS JEP „Koncepce sítě adiktologických služeb“, verze listopad 2013¹ (dále jen „Koncepce sítě SNN“), je doporučovaný rozsah ambulantní péče pro oblast závislosti 1 zařízení (lékařská ordinace pro návykové poruchy) na 100 000 obyvatel, resp. území okresu, a jedno zařízení specializované na děti do osmnácti let na území kraje. K tomu patří jako doplněk adiktologická ambulance (nelékařská) ve stejném rozsahu.

7.2.2. Lůžková péče

V současné době je na území Jihočeského kraje v oboru psychiatrie a příbuzných oborech celkem **449 lůžek**, z nichž je 130 lůžek určeno pro potřeby dětské a dorostové psychiatrie v Psychiatrické nemocnici Opařany s celorepublikovou působností a 103 lůžek pro léčbu návykových nemocí v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr s celorepublikovou působností. Proto je reálné v současné době v Jihočeském kraji počítat s 65 akutními lůžky a 151 lůžky následnými pro obor všeobecné psychiatrie.

Dle „Koncepce sítě SNN“ je uvažováno pokrytí lůžkovou péčí v oblasti závislosti- detoxifikační lůžka (10 lůžek na 500 000 obyvatel), psychiatrická léčba závislosti (90 lůžek na 500 000 obyvatel, 10 lůžek pro mladší 18 let na 500 000 obyvatel, 5 lůžek na 100 000 obyvatel – terapeutické komunity, doléčovací programy – 2 lůžka na 100 000 obyvatel.)

Přehled lůžkové kapacity v Jihočeském kraji.

Zařízení	Akutní lůžka	Následná lůžka
Nemocnice České Budějovice a.s.	42	0
Nemocnice Tábor a.s.	23	0
PN Písek	0	81
PL Lnáře	0	70
PN Opařany	0	130
PL Červený Dvůr	0	103
Celkem	65	384

¹ Dostupná na: <http://snncls.cz/2013/11/11/koncepce-site-specializovanych-adiktologickych-sluzeb-finalni-verze/>

Podle Strategie reformy psychiatrické péče by měla být nemocniční oddělení dostupná do 60 minut veřejnou dopravou, psychiatrické nemocnice (léčebny) do 90 minut veřejnou dopravou.

Nemocniční oddělení by měla být schopna poskytnout komplexní akutní péči pro všechny skupiny pacientů, mohou se i užíjí specializovat (gerontopsychiatrie, poruchy příjmu potravy, závislosti apod.)

Psychiatrické nemocnice/léčebny by měly poskytovat hlavně následnou psychiatrickou lůžkovou péči se zaměřením na „psychiatrickou“ rehabilitaci, zároveň v případě nutnosti mohou zajistit akutní péči v rámci přiměřených spádových oblastí ČR.

7.2.3. Sociální služby

Sociální služby komunitní péče jsou v Jihočeském kraji poskytovány hlavně pro cílové skupiny osob s psychotickým onemocněním a se závislostmi. Rozvoj sociální péče („komunitní péče“) je řešen v rámci SRPP Centry duševního zdraví tak, jak je uvedeno dále.

8 NÁVRH ROZVOJE

8.1. Akutní lůžková péče

Zachování stávající sítě akutních lůžek současně s jejich navýšením v nemocnicích v Táboře a Českých Budějovicích. Není zapotřebí vytvářet další oddělení při okresních nemocnicích pro akutní péči vzhledem k velké náročnosti na prostor a personální vybavení. Z většiny míst Jihočeského kraje bude zachována podmínka dojezdové vzdálenosti do 60 minut. Doporučený počet je 40 akutních lůžek na 100 000 obyvatel.

Celkový počet níže uvedených lůžek akutní psychiatrické péče ve všeobecných nemocnicích je sice nižší než předpokládá schválený standard akutní lůžkové péče, ale vychází ze současné reálné potřeby a možností psychiatrické péče v Jihočeském kraji.

Psychiatrické oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s., má potenciál stát se centrálním pracovištěm pro diagnostiku a léčbu akutních stavů. Výjimečnost krajské nemocnice ho předurčuje k činnostem, které není možné provádět v rámci okresních nemocnic (diagnostika, dostupnost konziliárních služeb u jinak než jenom duševně nemocných pacientů, dostupnost laboratorních a zobrazovacích metod, vyšetřování pro posudkové účely, postgraduální výcvik). Pro pokrytí akutní psychiatrické péče ve spádové oblasti je nutným krokem navýšení kapacity lůžkové péče na **minimálně 68 lůžek**. Jednotlivé stanice budou strukturovány tak, aby umožnily zvládnutí celého spektra duševních poruch se zajištěním bezpečnosti a odpovídajícího komfortu pacientů. V rámci psychiatrického oddělení zůstane zachován počet současných ambulancí všeobecné psychiatrie, dětské a dorostové psychiatrie, léčby závislosti a sexuologické ambulance s možností rozvoje rozšířené ambulance podle konceptu reformy psychiatrické péče.

Psychiatrické oddělení Nemocnice Tábor, a.s., má potenciál stát se dalším centrem akutní psychiatrické péče pro severní část Jihočeského kraje. K tomu je ale nutné navýšení lůžkové kapacity na alespoň **40 lůžek**, z toho **15 lůžek** příjmových a **25 lůžek** s psychoterapeutickým a rehabilitačním programem. V rámci psychiatrického oddělení zůstane zachován provoz současných ambulancí s možností rozvoje rozšířené ambulance podle konceptu reformy psychiatrické péče.

Výrazně neklidní pacienti, kteří byli dosud umisťováni mimo území kraje, by byli hospitalizováni v nemocnici v Českých Budějovicích na specializované části příjmového oddělení.

V kraji chybí zcela detoxifikační lůžka (jsou sice součástí režimu léčby v PL Červený Dvůr, nicméně jsou určena pouze pro její pacienty). Předpokládaná potřeba cca 8 – 10 lůžek pro dospělé pacienty, cca 2 lůžka pro pacienty do 18 let (viz „Koncepce sítě SNN“).

Akutní lůžka

Nemocnice České Budějovice., a.s.	68 lůžek
Nemocnice Tábor, a.s.	40 lůžek
DPN Opařany	15 lůžek

8.2. Psychiatrické nemocnice/léčebny

Tento druh péče je určen pro pacienty k doléčení psychických stavů, které není možné zvládnout během pobytu na akutních odděleních a k zahájení jejich následné rehabilitace. Dále jsou zde lůžka pro chronicky nemocné pacienty, kteří nejsou díky svému onemocnění schopni být umístěni v pobytových zařízeních sociálních služeb a rovněž se nemohou ze svých zdravotních nebo jiných důvodů účastnit programů komunitní péče.

V návaznosti je nutné zajistit následnou péči pro pacienty, které není možné odléčit na akutních lůžkách. Dojezdová vzdálenost pro následnou péči by měla být 90 minut. V daném segmentu nepočítáme s rozšířením lůžkové kapacity, ale jejím udržením. Další vývoj bude závislý na úspěšnosti jednotlivých strategických cílů reformy psychiatrické péče.

Péči o chronicky nemocné lze diverzifikovat mezi Psychiatrickou léčebnu Lnáře a Psychiatrickou nemocnici Písek a případně nově vzniklá lůžka komunitních pobytových sociálních služeb.

	Celkem (včetně specializovaných) lůžek
Psychiatrická nemocnice Písek	96/81*
Psychiatrická léčebna Lnáře	70
PN Opařany	130
PL Červený Dvůr	103

*počet lůžek 96, smluvní vztah se ZP 81; na základě vývoje v oblasti SRPP možno uvažovat o případném navýšení či zaměření těchto kapacit pro léčbu osob s duševním onemocněním

8.3. Ambulantní péče

Je nutné podpořit další rozvoj sítě ambulantních psychiatrů, včetně dětských a dorostových psychiatrů, tak aby došlo ke zlepšení stavu v péči o ambulantní psychiatricky nemocné pacienty nárůstem počtu ambulantních psychiatrů a tím snížením kvantity poskytované péče (počtu ošetřených pacientů) jednotlivými lékaři. Časová a místní dostupnost je určena nařízením vlády č. 307/2012 Sb., a dále vyplývá z doporučení uvedených ve Strategii reformy psychiatrické péče a koncepcí oboru.

Z výše uvedeného vycházejí takováto doporučení:

- zajistit psychiatry v počtu 12/100 000 obyvatel,
- zajistit specialisty v oboru dětská a dorostová psychiatrie v počtu 2/100 000 obyvatel,
- zajistit specialisty v oboru gerontopsychiatrie v počtu 1/100 000 obyvatel,
- zajistit specialisty v oboru sexuologie v počtu 1/100 000 obyvatel,
- zajistit specialisty v oboru poruchy příjmu potravy v počtu 0,5/100 000 obyvatel,
- zajistit specialisty v oboru adiktologie v počtu 1/100 000 obyvatel,
- zajistit specialisty nelékaře v oboru adiktologie v počtu 2/100 000 obyvatel,
- zajištění specialistů v oboru klinická psychologie v počtu 10/100 000 obyvatel a v počtu 7/100 000 obyvatel pro obor dětská klinická psychologie,
- zajištění psychiatrických sester v počtu 6/100 000 obyvatel.

V souladu se standardy ambulantní péče podporovat vznik rozšířených ambulancí. V rámci ambulancí rozšířit možnosti o nelékařské pracovníky umožňující individualizaci péče. Podporovat spolupráci s praktickými lékaři a dalšími specialisty, s lůžkovými zařízeními v kraji.

Ambulantní léčba závislosti (lékařská) je v této chvíli na území kraje zcela nedostatečná, v některých regionech není dostupná vůbec.

8.4. Centra duševního zdraví (CDZ)

CDZ jsou novým prvkem v péči o duševně nemocné. Koncipována jsou jako nízkoprahová zařízení pro poskytování zdravotně sociálních služeb. Péči zajišťuje multidisciplinární tým složený z psychiatra, klinického psychologa, psychiatrických sester a sociálních pracovníků, a to primárně v přirozeném prostředí klienta. Kromě terénní práce jsou součástí služby denní aktivizační činnosti a psychoterapeutický program. Ročně by služeb jednoho CDZ mělo dle předpokladů využít nejméně 200 osob (viz Standard CDZ - http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Standard-CDZ_final leden2015.pdf).

Je potřeba zdůraznit, že CDZ jsou zřizována pouze pro část z cílové skupiny osob s duševním onemocněním, tj. pro osoby s vážným duševním onemocněním (SMI), osoby s rizikem rozvoje SMI a osoby v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci.

Předpokládaná velikost cílové skupiny klientů CDZ pro referenční spádovou oblast (100 tisíc obyvatel) v rámci Jihočeského kraje lze odhadnout z následujících statistických údajů (ÚZIS-Psychiatrická péče 2013) týkajících se dvou hlavních diagnostických skupin nemocí:

Schizofrenie (F2)	2 421
Afektivní poruchy (F3)	5 831
Pro tyto poruchy se v kraji léčilo celkem	8 252 osob

Potřebnost podpory je individuální a odvíjí se od mnoha faktorů zdravotních i sociálních. Podle kvalifikovaných odhadů holandských výzkumníků (Schene 2001 nepublikováno), potřebuje psychiatrickou rehabilitaci 60% osob se schizofrenií a 25% osob s afektivní poruchou.

Potřebnost tedy můžeme spočítat takto:

Schizofrenie (F2)	2 421	60%	1 452
Afektivní poruchy (F3)	5 831	25%	1 458
Celkem			2 910 osob v Jihočeském kraji

Na základě výše uvedeného lze dovodit, že přibližně 2 900 osob z dg. z okruhu psychotických onemocnění, tj. cca 460 osob/100 000 obyvatel (počet obyvatel JčK činil k 1. 1. 2015 celkem 637 300 obyvatel), potřebuje ročně větší podporu než pravidelnou návštěvu ambulantního psychiatra. Tento počet může být navýšen i o část osob, které trpí poruchou osobnosti, popř. těžší neurotickou poruchou:

Neurotické poruchy (F40 – F49, F50 – F59)	12 896
Poruchy osobnosti (F60 – F63, F68 – F69)	1 471

Služeb CDZ by tak v referenční spádové oblasti mohlo využít až 500 osob s vážným duševním onemocněním.

8.4.1. Rozvoj sítě CDZ na území Jihočeského kraje

Fáze rozvoje systému v Jihočeském kraji musí odpovídat doporučeným postupům Strategie reformy psychiatrické péče v České republice a budou dále rozpracovány na základě dalších dokumentů, které budou ze Strategie vycházet, například přijatý Národní plán péče, atd. Zodpovědnost za zajištění zavádění změn bude mít koordinační skupina Jihočeského kraje.

Vytváření potřebných kapacit v sociální oblasti bude dále koordinováno v rámci komunitního plánování jednotlivých obcí v souběhu se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje. Hlavním efektem terénní práce, kterou budou (mimo jiné činnosti) zajišťovat CDZ, bude snížení sociálně patologických jevů, předcházení chronifikace duševní nemoci a zvyšování sociálního začleňování. Tato prevence povede k udržení sociálních dovedností osob potřebných pro využívání běžných dostupných zdrojů pro práci a bydlení.

Kromě financování komplikuje vybudování celokrajské sítě nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu.

Lze však konstatovat, že na území JčK jsou regiony, kde je relativní dostatek základních služeb (sociálních i zdravotních), které je možné využít k rozvoji tohoto typu psychiatrické péče. Jedná se zároveň o nejhustěji obydlené oblasti osídlení v rámci Jihočeského kraje – České Budějovice, Tábor, Písek/Strakonice, čímž se nabízí možnost začít budovat síť CDZ právě tam.

Při plánování komplexní sítě CDZ v rámci Jihočeského kraje je nutno počítat se zabezpečením v místech bez blízké dosažitelnosti akutní lůžkové péče. V těchto místech jde o vznik CDZ s nepřetržitou krizovou službou (péče 24/7), disponujících 2-8 krizovými lůžky pro stabilizační pobyt nepřesahující 10 dní. I zde však existuje reálné riziko nedostatku zdravotnického personálu a tím pádem nezajištění nepřetržité péče.

8.4.2. Aplikace popsaného modelu CDZ na podmínky Jihočeského kraje

Vznik CDZ v Jihočeském kraji podle naznačeného Standardu, bude vzhledem k nedostatku kvalifikovaného (zejména zdravotního) personálního zajištění a potřeby legislativních změn, patrně trvat několik let. Z tohoto důvodu bude proces budování sítě CDZ postupný a bude zahájen ve vytipovaných regionech, kde je relativní dostatek základních služeb.

Rok 2017

- Příprava vzniku a zahájení provozu 3 CDZ ve vytipovaných oblastech JčK a to alespoň v minimálním standardu jejich provozu
- Podrobná analýza zdravotní a sociální péče ve všech okresech Jihočeského kraje (akutní, následná, ambulantní) a vyhodnocení připravenosti na vznik dalších CDZ

Rok 2017-2019

- Vyhodnocení dopadu spolupráce mezi jednotlivými pilíři reformy psychiatrické péče v JčK a definování modelu CDZ v jednotlivých regionech
- Doplnění multidisciplinárního týmu o chybějící personální kapacity (zejm. dostatečný počet pracovních úvazků psychiatra a psychiatrických sester dle Standardu CDZ)
- Nastavení a vytváření potřebných kapacit v oblasti CHB, podpory samostatného bydlení, sociálního bydlení, oblasti podpory práce, strukturovaného volného času prostřednictvím komunitního plánování v obcích na základě určených potřeb a závěrů analýz
- Prohlubování spolupráce zdravotních a sociálních služeb, spolupráce s místními samosprávami, IZS JčK při řešení nepříznivé životní situace osob se závažným duševním onemocněním
- Příprava vzniku dalších CDZ

Rok 2018-2022

- Dokončení sítě CDZ na území Jihočeského kraje a vyhodnocení základních pilířů dle Strategie reformy psychiatrické péče v České republice a dle Koncepce rozvoje systému péče o osoby se závažným duševním onemocněním

8.4.3. Financování vzniku CDZ

Financování vzniku a provozu CDZ bude zajištěno prostředky z ESF. Náklady provozu ve sníženém Standardu CDZ lze odhadovat na **cca 8 mil. Kč**. Náklady CDZ ve všech spektrech jejich činnosti (dle standardu), by odhadem dosahovaly částky okolo **15,5 - 17 mil. Kč/1 CDZ**, přičemž výraznější podíl činí náklady spojené se zdravotní péčí. Uvedený rozpočet počítá s pracovními úvazky, tak jak je na 1 CDZ stanovuje standard – 20 úvazků pracovníků v přímé péči (8,5 úvazků sociálních pracovníků a 11,5 úvazků lékařů a zdravotnických pracovníků). Po ukončení podpory z ESF se bude jednat především o prostředky ze státního rozpočtu určené na sociální služby a dále prostředky z veřejného zdravotního pojištění.

Je nezbytné zajistit finanční stabilitu těch sociálních služeb (popř. jejich částí), které se budou podílet na rozvoji CDZ. Tato finanční podpora by měla umožnit udržení 3-4 členného týmu terénních sociálních pracovníků/100 tis. obyvatel jakožto jádra, které bude vznik CDZ v dané lokalitě připravovat.

Náklady na udržení tohoto subsystému se mohou pohybovat okolo 6,7 – 7 mil. Kč ročně. Výpočet vychází z doporučeného rozmezí nákladové ceny na 1,0 úvazek pracovníka v přímé péči (min. 35-45 tis.), což při 4členném týmu ve 4 předpokládaných regionech činí výše uvedenou částku.

9 NÁVAZNÉ SLUŽBY

V souvislosti s reformou psychiatrické péče a přesunem těžiště péče do komunity je nezbytné na úrovni obcí a kraje vyhodnocovat, plánovat a předkládat návrhy potřebných kapacit dalších sociálních a doplňkových služeb a programů, a to zejm. v oblasti bydlení a zaměstnávání. Jedná se o:

Chráněné bydlení - bydlení s intenzivní podporou v režimu 24h/7dní v týdnu (pro osoby bez náhledu na svoji nemoc, osoby s chronickou formou onemocnění, s forenzní historií, s duální dg.) – samostatný pracovní tým, v souladu s principy deinstitucionalizace péče by se mělo jednat o menší jednotky s max. 5-7 lůžky.

Podpora samostatného bydlení osob s DO - nižší míra podpory než u chráněného bydlení, probíhající v bytě, který patří klientovi, resp. organizaci poskytující službu. Zajišťuje terénní tým /CDZ.

Sociální bydlení – nejnižší míra podpory (nárazově při zhoršení stavu). Pro úspěšné završení procesu zotavení lidí s vážným duševním onemocněním je nutné, aby v daném regionu v běžné zástavbě existovalo dostupné bydlení. Zajišťuje terénní tým /CDZ.

Programy na podporu zaměstnávání - např. Individual placement and support (IPS) - Základem přístupu je přesvědčení, že každý je schopen pracovat, pokud se podaří najít mu správný druh práce, vyjednání vhodných pracovních podmínek a je mu poskytnuta správná podpora. Cílem není změnit klienta, ale najít místo, které odpovídá jeho individuálním dovednostem a zkušenostem.

Sociální firmy - Sociální firma je konkurenceschopný podnikatelský subjekt působící na běžném trhu, jehož účelem je vytvářet pracovní příležitosti pro osoby výrazně znevýhodněné na trhu práce a k tomu jim poskytovat přiměřenou pracovní a psychosociální podporu.

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CDZ	Centrum duševního zdraví
CHB	Chráněné bydlení
ČR	Česká republika
DO	Duševní onemocnění
ESF/ESIF	Evropské strukturální a investiční fondy
IZS	Integrovaný záchranný systém
JčK	Jihočeský kraj
KÚ JčK	Krajský úřad Jihočeského kraje
NNO	Nestátní nezisková organizace
MF	Ministerstvo financí
MKN	Mezinárodní kvalifikace nemocí
MO	Ministerstvo obrany
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NP	Následná péče
PA	Psychiatrická ambulance
PL	Psychiatrická léčebna
PN	Psychiatrická nemocnice
PS ČLS JEP	Psychiatrická společnost při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
ŘV	Řídící výbor
SNN ČLS JEP	Společnost pro návykové nemoci při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
SMI	Severe Mental Illness (pacienti se závažným duševním onemocněním)
SR	Sociální rehabilitace
SRPP	Strategie reformy psychiatrické péče
STD	Sociálně terapeutické dílny
SZP	Svaz zdravotních pojišťoven
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZP	Zdravotní pojišťovny