

Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021 - 2030

Analytická část

Rok 2020, 1. verze

Obsah

Abecední seznam zkratk.....	3
ÚVOD	5
ANALYTICKÁ ČÁST.....	8
1 Východiska k perspektivě rozvoje komunitní sítě péče	8
1.1 Zotavení z nemoci jako cíl pro plánování komunitní sítě péče	9
1.2 Společné cíle a hodnoty	9
2 Popis cílových skupin	11
2.1 Osoby s těžkou duševní nemocí (Severe Mental Illness – SMI)	11
2.2 Osoby v adiktologické péči	12
2.3 Osoby s duševním onemocněním v seniorském věku.....	12
2.4 Osoby s duševním onemocněním v dětském a dorostovém věku.....	13
2.5 Osoby, které se pod vlivem duševní nemoci dostaly do konfliktu se zákonem (forenzní oblast)	13
3 Řízení procesu reformy péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji	14
3.1 Koordinační skupina Královéhradeckého kraje	14
3.2 Pracovní podskupiny	14
3.3 Projektová koordinační platforma v kraji.....	15
4 Klíčové dokumenty pro zajištění návaznosti aktivit	17
4.1 Strategie reformy psychiatrické péče.....	17
4.2 Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030	17
4.3 Koncepce péče o duševní zdraví Královéhradeckého kraje 2016 – 2020.....	17
4.4 Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018–2026.....	18
4.5 Střednědobý plán sociálních služeb Královéhradeckého kraje 2018–2020	19
4.6 Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016–2020	20
4.7 Strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním 2015–2023.....	20
4.8 Plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje pro období 2018–2020	20
4.9 Komunitní plány obcí.....	20
4.10 Výběr z dalších dokumentů	21
5 Oblast zdravotnictví	23
5.1 Lůžková psychiatrická péče na území Královéhradeckého kraje.....	23
5.1.1 Psychiatrická klinika fakultní nemocnice Hradec Králové	24
5.1.2 Psychiatrické oddělení Oblastní nemocnice Jičín	27
5.1.3 Psychiatrické oddělení Oblastní nemocnice Náchod	29

5.1.4	Ilustrace dojezdových vzdáleností na psychiatrická oddělení v Královéhradeckém kraji.	30
5.1.5	Zajištění dostupnosti akutní psychiatrické péče v Královéhradeckém kraji.....	31
5.2	Psychiatrické nemocnice obvyklého příjmu obyvatel Královéhradeckého kraje	32
5.2.1	Psychiatrická nemocnice Kosmonosy.....	33
5.2.2	Psychiatrická nemocnice Havlíčkův brod	34
5.2.3	Odborný léčebný ústav ALBERTINUM, Žamberk.....	35
5.2.4	Dojezdová vzdálenost do příjmem obvyklých psychiatrických nemocnic z Královéhradeckého kraje.....	36
5.2.5	Škálování v psychiatrických nemocnicích, transformační plány.....	37
5.2.6	Hospitalizovaní pacienti v PN na území ČR s trvalým bydlištěm v Královéhradeckém kraji	37
5.2.7	Hospitalizace v psychiatrické nemocnici Kosmonosy.....	38
5.2.8	Hospitalizace v psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod	42
5.2.9	Hospitalizace v OLU ALBERTINUM Žamberk	47
5.2.10	Hospitalizované osoby z Královéhradeckého kraje z cílové skupiny SMI dle okresu trvalého bydliště.....	47
5.3	Ambulantní psychiatrická péče	48
5.4	Shrnutí	52
6	Oblast sociálních služeb a sociální práce	56
6.1	Terénní a ambulantní služby	56
6.2	Pobytové služby.....	58
6.3	Financování sociálních služeb péče o duševní zdraví	60
6.4	Shrnutí	62
7	Připravenost sítě služeb na rozvoj center duševního zdraví	63
7.1	Okres Hradec Králové	63
7.2	Okres Jičín.....	64
7.3	Okres Trutnov.....	65
7.4	Okres Náchod	65
7.5	Okres Rychnov nad Kněžnou	66
8	Předpoklady pro návrat hospitalizovaných do komunity	67
8.1	Proces integrace	69
9	Metodika hodnocení pacientů dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích – výstupy ke Královéhradeckému kraji.....	71
	ZÁVĚR.....	72
	NÁVRHOVÁ ČÁST.....	73
	Seznam tabulek, obrázků a grafů	74

Abecední seznam zkratk

CDZ	Centrum duševního zdraví
ČLS JEP	Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
ČR	Česká republika
DZR	Domov se zvláštním režimem
EU	Evropská unie
F0	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F1	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním návykových látek
F2	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F3	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F4	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F5	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F6	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F7	Mentální retardace
F8	Poruchy psychického vývoje
F9	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
G30 – G32	Jiné degenerativní nemoci nervové soustavy
GAF	Global assessment of Functioning (globální hodnocení fungování)
HK	Hradec Králové
IP	Individuální projekt
KH kraj	Královéhradecký kraj
KS	Koordinační skupina pro zajištění změn v systému péče o duševně nemocné
KÚ	Krajský úřad
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných

LNN Nechanice	Léčebna návykových nemocí Nechanice
MT	Multidisciplinární tým
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030
NUDZ	Národní ústav pro duševní zdraví
OL	Ochranná léčba
OLU	Odborný léčebný ústav
ON	Oblastní nemocnice
ORP	Obec s rozšířenou působností
PK FN HK	Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové
PN	Psychiatrická nemocnice
PNHB	Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
PNK	Psychiatrická nemocnice Kosmonosy
PO	Psychiatrické oddělení
RPP	Reforma psychiatrické péče
SMI	Severe mental illness (závažné duševní onemocnění)
SRPP	Strategie reformy psychiatrické péče 2013 – 2023
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZoSS	Zákon o sociálních službách

ÚVOD

Oblast péče o duševní zdraví zůstává nadále aktuální a týká se všech obyvatel KH kraje. Trend nárůstu osob vyhledávajících odbornou pomoc pro psychické obtíže pokračuje, **jeden z pěti dospělých má zkušenost s duševním onemocněním**. V celé ČR **narůstá počet hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic**, kapacita psychiatrických lůžek ve všeobecných nemocnicích není efektivně využívána. Systém psychiatrické péče v ČR stále spočívá na velkokapacitních zařízeních zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie. **Dlouhodobé hospitalizace** nenaplňují principy dané Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a jejich důvodem bývá omezená dostupnost služeb psychiatrické péče v přirozeném prostředí. V oblasti péče o duševní zdraví dětí chybí v ČR síť služeb, čekací doby na péči jsou v řádech měsíců. **Komunitní péče¹ není dostatečně rozvinutá**, rezervy vidíme v oblasti prevence, rehabilitace a integrace lidí s duševním onemocněním do běžného života (bydlení, zaměstnávání). **Služby** v péči o lidi s duševním onemocněním v komunitě **nejsou propojené**, i když se postupem času situace na některých místech zlepšuje. **Multidisciplinární způsob práce je minoritní složkou péče**, komunitní multidisciplinární týmy pro lidi s vážným duševním onemocněním jsou ve fázi pilotování provozů. Lidé s vážným duševním onemocněním často žijí v chudobě, zažívají stigmatizaci a diskriminaci. Dostupnost psychoterapie je nízká.

S ohledem na alarmující trend duševního zdraví populace byla před několika lety přijata celostátní Reforma psychiatrické péče². **Hlavními principy** Reformy psychiatrické péče jsou:

- ☞ poskytování zdravotní péče lidem s duševním onemocněním co nejbližší místu jejich bydliště,
- ☞ upřednostnění ambulantní péče před lůžkovou péčí,
- ☞ snížení počtu dlouhodobých následných psychiatrických lůžek,
- ☞ v případě nutnosti psychiatrické hospitalizace maximální možné zkrácení její délky a zapojení pacienta i jeho okolí do procesu rozhodování o jeho léčbě,
- ☞ provádět služby zdravotní, sociální a další návazné
- ☞ uplatňovat lidská práva obsažená v Českou republikou ratifikované Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Královéhradecký kraj schválil na jednání Zastupitelstva dne 7. 12. 2015 usnesením č. ZK/25/1722/2015 Koncepti zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2016 – 2020, v níž mimo jiné v návaznosti na reformu psychiatrické péče v České republice a Strategii reformy psychiatrické péče 2013 – 2023 stanovil jako jeden z úkolů zpracování samostatného dokumentu Koncepte péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji. Tato **Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016 – 2020** (dále Koncepce péče o duševní zdraví) byla zpracována a schválena usnesením Zastupitelstva Královéhradeckého kraje ze dne 12. 9. 2016 pod č. ZK/31/2186/2016.

Cílem Koncepce péče o duševní zdraví bylo **formulovat priority pro zvýšení takových služeb pro osoby s duševním onemocněním, které umožňují kvalitní život v běžné komunitě**. Koncepce byla současně deklarací úzké součinnosti resortu zdravotnictví a sociálních věcí na regionální úrovni, jejímž společným cílem bylo efektivní provázání sociálních a zdravotních služeb.

Od roku 2017 je realizována řada projektových aktivit, které i v Královéhradeckém kraji podporují naplnění výše uvedených hlavních principů Reformy psychiatrické péče.

¹ Pojem komunitní péče je v kontextu reformy péče o duševní zdraví používán v souladu s mezinárodní definicí, kdy označuje péči ve vlastním sociálním prostředí, ne jednotlivé služby.

² SRPP

dostupná na: <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie>

Hlavní dosavadní aktivity v podpoře reformy psychiatrické péče ze strany Královéhradeckého kraje jsou:

- Zmíněné schválení Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji do roku 2020. Reflexe potřeb rozvoje sociálních služeb terénních i pobytových pro duševně nemocné v relevantních plánovacích dokumentech – Strategii Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018 – 2026 a Střednědobém plánu sociálních služeb v Královéhradeckém kraji 2018 – 2020.
- Podpora realizace pilotního projektu Centrum duševního zdraví RIAPS Trutnov (pod organizací SOL Trutnov) a Centrum duševního zdraví v Hradci Králové (pod organizací Péče o duševní zdraví, z. s.).
- Dlouhodobá dotační podpora služeb duševního zdraví v sociální oblasti.
- Reflexe potřeb a otázek spojených s reformou psychiatrické péče při přípravě Střednědobého plánu sociálních služeb pro období 2021 – 2023 a při přípravě Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2021 – 2025.
- Vznik a činnost Koordinační skupiny pro zajištění změn v systému péče o duševně nemocné, jež byla iniciována v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále MZ ČR) s názvem Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné.

Realizace řady aktivit je podporována odborem sociálních věcí KÚ a odborem zdravotnictví KÚ, tak jako realizace řady aktivit pracovníky projektů reformy psychiatrické péče a zejména některými poskytovateli služeb. Ze strany státu dochází postupně k podpoře a rozpracování cílů reformy psychiatrické péče, dochází k dohodám o spolupráci³ a snahám ukotvit stěžejní body do právních předpisů. Strategie a jiné dokumenty zde nejsou vytvářeny pro vlastní účel, jsou nástrojem a deklarací změny, které chceme dosáhnout. Ukázalo se, že původní záměry Strategie reformy psychiatrické péče (dále SRPP) jsou obtížně realizovatelné, dopady reformy psychiatrické péče jsou meziresortní. Z tohoto důvodu je politiku duševního zdraví nutné koordinovat meziresortně, a to jak na státní, tak regionální úrovni.

Důležitým mezníkem za účelem koordinace politiky duševního zdraví, meziresortní spolupráce a naplnění strategických dokumentů pro tuto oblast vznikla v říjnu 2019 **Rada vlády pro duševní zdraví**, která v listopadu 2019 projednala Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030 (dále NAPDZ)⁴, který byl následně dne 27. 1. 2020 schválen Vládou ČR.

Mezi **očekávané dopady**⁵ v souvislosti s NAPDZ pro Královéhradecký kraj patří:

- ➔ Potřeba navýšení počtu akutních psychiatrických lůžek.
- ➔ Potřeba terénních zdravotně sociálních týmů typu Center duševního zdraví v každém okrese kraje.
- ➔ Potřeba služeb sociální péče pro lidi vyžadující intenzivnější míru podpory v důsledku snížené soběstačnosti.
- ➔ Potřeba různých forem bydlení pro lidi s duševní nemocí.

³ Memorandum o udržitelném financování mezi MZ ČR (dne 16. 6. 2016). Memorandum k pilotnímu provozu akutní péče v psychiatrii pro rok 2019 mezi Ministerstvem zdravotnictví České republiky, zdravotními pojišťovkami a zástupci českých a moravských nemocnic.

⁴ Jedná se o implementační dokument, který stanovuje konkrétní postupy pro naplňování těch částí Strategie reformy psychiatrické péče 2013–2023 (MZ ČR, 2013), u kterých existují zjevné implementační deficity. Dokument dostupný na: <https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-4114-3.html>

⁵ Stávající personální kapacity vyžadují **nutnost zapojení stávajících aktérů v síti**.

Ve shodě s výše uvedenými a dalšími aktivitami na území České republiky je třeba pokračovat v naplňování a rozpracování stanovených cílů, deklarovaných v Konceptci péče o duševní zdraví. Tuto je třeba aktualizovat a reflektovat změny, ke kterým v období její platnosti došlo. Řešená agenda je multidisciplinární, proto vyžaduje zapojení a intenzivní spolupráci více orgánů veřejné správy.

Koordinační skupina Královéhradeckého kraje pro zajištění změn v systému péče o duševně nemocné **vypracovala** dokument **Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji (dále Plán sítě služeb)**, který navazuje na Konceptci péče o duševní zdraví, jejíž funkční období končí v roce 2020. Plán sítě služeb doplňuje v oblasti psychiatrické péče dva připravované krajské dokumenty, Konceptci zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2020 – 2025 a Střednědobý plán sociálních služeb 2021 – 2023.

Plán sítě služeb se **soustředí zejména na ty prvky sítě, které podpoří osoby s duševním onemocněním přímo v komunitě**, tzn. v místě kde žijí tak, **aby se předešlo zbytečným hospitalizacím a rehospitalizacím** a snížil se tím tlak zejména na lůžka následné péče v Psychiatrických nemocnicích Kosmonosy a Havlíčkův Brod. Analytická část je výchozím zdrojem informací pro definování vizí budoucího stavu a potřebných cílů. Tyto jsou v návrhové části formulovány pro **sedm oblastí** se zaměřením na cílovou skupinu osob s vážným duševním onemocněním a s přípravou pro další cílové skupiny (děti a adolescenty, seniory, osoby závislé na návykových látkách a osoby vyžadující ochrannou léčbu). S ohledem na předpokládaný průběh reformy psychiatrické péče tento dokument **bude vyžadovat v čase revizi a aktualizaci, která stanoví, kdo bude realizaci potřebných kroků vedoucích ke změnám aktivně podporovat a koordinovat**. Plán sítě péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji je v souladu se Strategickým rámcem zdraví 2030, Strategií reformy psychiatrické péče v ČR a Národním akčním plánem péče o duševní zdraví 2020 – 2030.

Cílem Plánu sítě služeb, a především s ním souvisejících kroků, je v praxi hledat a nacházet taková řešení, která přispějí v maximální možné míře ke zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním, jejich rodin a neformálních pečovateli. Na úrovni služeb si klade za cíl upozornit a opatřeními cílit na rozvoj komunitní péče, jejímž důležitým aspektem je včasnost, propojenost a návaznost vedoucí k realizaci podpory samostatnosti a zapojování lidí s duševním onemocněním do společnosti. **Intenzita a komplexnost poskytnuté péče jsou velmi důležitými faktory pro rychlou a účinnou pomoc, která předchází zhoršení zdravotního stavu a potřebě dražší intenzivnější péče v lůžkovém zařízení.**

Analytická část dává nahlédnout do některých dat, která s tématem duševního zdraví souvisí a jež je potřebné v čase doplňovat, návrhová část představuje souhrn oblastí, kroků, cílů a opatření, které je zapotřebí mít na zřeteli, pokud chceme jít cestou skutečné transformace sítě péče o duševně nemocné. Celý dokument je koncipován jako v čase proměnný, s potřebou rozšíření o další cílové skupiny a případné nové poznatky.

ANALYTICKÁ ČÁST

1 Východiska k perspektivě rozvoje komunitní sítě péče

Komunitní péče o duševní zdraví je kombinací podpory uživatelů, lidí ze sociálních sítí, rodiny, přátel a odborníků, vyžaduje interdisciplinární a víceúrovňovou spolupráci. Existuje několik vrstev integrace komunitní péče duševního zdraví: integraci zdravotnických a sociálních intervencí, integraci komunitních a nemocničních týmů a integraci mezi různými služebními týmy duševního zdraví (např. léčba duálních diagnóz).

Mezi běžné prvky modelů komunitních služeb duševního zdraví patří:

- multidisciplinární přístup,
- časová dostupnost,
- nízkoprahový vstup do služeb,
- místní dostupnost a flexibilita,
- procesní flexibilita, která umožňuje slevit z některých postupů zavedené praxe, když je to třeba a péči tak individualizovat,
- domácí péče nebo péče v přirozeném prostředí klienta, zaměření se na sociální potřeby, a psychologickou péči a blízkou spolupráci komunitních služeb s psychiatrickými nemocnicemi v případě příjmu pacienta.

Prostor pro komunitní péči o duševní zdraví není omezen na vážné duševní nemoci, ale zahrnuje všechny duševní potřeby.

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

Od počátku je potřeba pracovat s rozměrem celé sítě a jednotlivé složky, zvláště komunitní a lůžkovou péči, vnímat jako propojené partnery.

Transformační plány psychiatrických nemocnic, pokud mají skutečně obsahovat komponentu transformace ústavní péče v komunitní péči, nesmí pracovat s psychiatrickou nemocnicí jako izolovaným subjektem, ale musí být viděny v rámci sítě služeb v jejich „spádové oblasti“. Důraz na regionalitu je jedním z podstatných prvků NAPDZ. Geografická pozice spádem obvyklých psychiatrických nemocnic limituje využití některých služeb a personální kapacity pro potřeby jejich zajištění v Královéhradeckém kraji.

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

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

1.1 Zotavení z nemoci jako cíl pro plánování komunitní sítě péče

Přístup zaměřený na zotavení poskytuje naději, že je možné žít kvalitní život v rámci běžné komunity a společnosti i přes narušené psychické zdraví (ať dočasné nebo trvalé) skrze duševní onemocnění. Je to přístup, který vychází z individuálních potřeb, respektuje práva a přání nemocného a zásadně posiluje jeho vlastní odpovědnost. V procesu zotavení se posilují vztahy, sociální vazby daného nemocného a jeho začlenění do komunity. Jde o proces celostní, který respektuje nejen vliv nemoci a její příznaky, ale vnímá také vliv ostatních životních událostí a okolností ve všech oblastech života, které sehrávají důležitou roli v jeho kvalitě nejen u nemocného.

- Zotavení je cesta člověka, kterému do života vstoupila nemoc. Úkolem a posláním odborníků na duševní zdraví je podporovat tuto cestu, a ne ji bránit.
- Léčba orientovaná na zotavení se zaměřuje na silné stránky nemocného a využívá existující zdroje v jeho okolí.
- Lidé se mohou zotavit i z těch nejvážnějších duševních problémů.
- Je mnoho způsobů, jak podpořit zotavování. Nejdůležitější je nabídnout naději.
- Základem úspěšného zotavení je společná cesta na všech úrovních léčby, respektující přání nemocného a jeho participaci při samotném rozhodování o průběhu léčby.
- Nemocný není jen konzumentem nabízené péče, ale je zplnomocňován k řešení své životní situace.

Lidé žijící s duševními obtížemi se nemusí vyléčit (ve smyslu nemít příznaky nemoci), nemusí se stát „normálními“, aby mohli žít v komunitě spolu s ostatními. Mohou se samostatně rozhodovat, jít za svými sny, věnovat se oblíbeným nebo pro ně smysluplným aktivitám v prostředí, které si sami zvolí. O zotavení je nutno usilovat, nedostaví se samo jen díky farmakologické léčbě. Hlavní silou, která pohání tento proces, je úsilí samotného člověka, jeho energie, zájmy a naděje.

1.2 Společné cíle a hodnoty

Základním předpokladem pro úspěšný proces transformace psychiatrické péče je nezbytné vymezit a kultivovat společné cíle a hodnoty, které vychází z hodnot Reformy psychiatrie a vládou schváleného dokumentu „Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030“. Níže uvedené jsou základní premisy pro úspěšný proces implementace Strategie psychiatrické péče.

- Jsou naplňovány cíle definované Strategií reformy psychiatrické péče a NAPDZ
- Přesun služeb z institucí do komunit jde ruku v ruce se zkvalitňováním péče o pacienty s duševní poruchou.
- Je rozvíjena komunitní péče a nabídka služeb komunitní péče, jako systém péče o duševně nemocné (systém jasně stanovený, oficiálně přijatý, legislativně zakotvený), nemocný je minimálně vytrhován z domácího prostředí.
- Je-li nutná hospitalizace, pak na psychiatrickém oddělení všeobecných nemocnic.
- Jsou rozvíjeny preventivní programy, které pomáhají předcházet hospitalizacím.
- Je usilováno o finanční a legislativní zajištění systému péče.
- Lidé se zkušeností s duševním onemocněním jsou zapojováni do rozhodovacích procesů.
- Důraz je kladen na naplňování práv lidí s duševním onemocněním v nejširším možném výkladu.
- Pomoc a podpora je poskytována ve všech potřebných oblastech života (zdravotní stav, sociální vazby, bydlení, vzdělání, práce, spiritualita atd.).

- Multidisciplinární přístup je standardně využíván.
- Je rozvíjena praxe zotavení (recovery) jako cesta ke spokojenému, smysluplnému, bezpečnému, důstojnému, samostatnému a neděje plnému životu.
- Nabízená a poskytovaná péče je kvalitní, zaměřená na potřeby a kontinuitu péče.
- Veřejnost je informována o povaze duševních onemocnění, je usilováno o destigmatizaci a nediskriminaci psychicky nemocných.
- Pozornost odklááme od zaměření na poruchu, deficit či disabilitu (regulaci patologie) a zaměřujeme se na rozvoj schopností a dovedností i při přetrvávající disabilitě.

2 Popis cílových skupin

Duševní onemocnění patří mezi ty, jejichž prevalence stále stoupá. Cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním nelze vnímat jako jednolitou. Některé nemoci mají lehčí průběh a jsou relativně dobře léčitelné, jiné výrazně ovlivňují život člověka v oblasti psychické, ale i fyzické. Každý člověk s duševním onemocněním zažívá jinou zkušenost, včetně lidí se stejnou diagnózou. Nemoc ovlivňuje myšlení, pocity, nálady, schopnost vztahovat se k druhým a fungovat v každodenním životě. Je to stav, který má závažné dopady na celý život člověka.

K opakovaným hospitalizacím často dochází v případě, že se nepodaří člověka získat ke spolupráci v léčbě nebo léčba není účinná, podpora je nedostatečná. Při dlouhodobé hospitalizaci u lidí s duševním onemocněním dochází ke snižování kompetencí v řadě oblastí, snižuje se jejich sebevědomí a pocit vlastní úspěšnosti.

Nastavení specifických podskupin pro potřeby zpracování krajského plánu vychází z nastavení celostátní reformy duševního zdraví. Ta definuje skupiny lidí s duševní poruchou, kterým nevyhovuje současné fungování systému psychiatrické péče. Tyto skupiny jsou výrazně ohrožené tendencí systému řešit jejich potřeby cestou institucionální péče namísto péče v komunitě, je u nich zvýšená potřeba multidisciplinárního přístupu a potřeba funkčně propojovat různé sektory veřejných služeb (zdravotnictví, sociální oblast, školství, oblast zaměstnávání atd.).

V prvních verzích dokumentu bude pozornost zaměřena především na skupinu dospělých osob, jejichž potíže mají charakter tzv. závažného duševního onemocnění (Severe mental illness – SMI).

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

“Severe mental illness” (dále SMI) neboli „závažné duševní onemocnění“ je často definováno délkou trvání a zdravotním postižením. Mezi tato onemocnění patří poruchy, které vyvolávají psychotické příznaky, jako jsou různé typy schizofrenie, schizoafektivních poruch a závažné formy jiných poruch, jako je např. těžká deprese a bipolární afektivní porucha.

Tři znaky SMI:

- délka kontaktu se službami duševního zdraví je delší než 2 roky (onemocnění trvá déle než 2 roky),
- nemoc způsobuje funkční postižení (obvykle se udává méně než 50 nebo 70 bodů na škále GAF⁶),
- bylo diagnostikováno onemocnění schizofrenního okruhu, bipolární poruchy (těžší forma afektivních poruch obecně), těžká forma poruchy osobnosti, případně těžká forma úzkostné poruchy, zvláště obsedantně kompulzivní (tzn. diagnostické okruhy F2, F3, eventuálně F42 a F6).

Prevalence v populaci je 1 %, tedy 1 % lidí žije s vážným duševním onemocněním. V rámci celé ČR je to přibližně 100 000 občanů a v rámci Královéhradeckého kraje odhadem 5 510 obyvatel, kteří jsou ve zvýšené míře závislí na pomoci okolí z důvodu závažného duševního onemocnění.

Vzhledem k dlouhodobému průběhu onemocnění, vážnosti příznaků a tendenci ke vzniku funkčního postižení konzumují lidé s potížemi typu SMI největší podíl ambulantní i hospitalizační psychiatrické péče. Tato se stává nákladnou nejen z pohledu finančního, ale i v souvislosti s náklady nepřímými, dopady celospolečenskými (pracovní neschopnost, invalidizace, život v osamění). Onemocnění

⁶ GAF: zkratka Global Assessment of Functioning-škála, která se používá k hodnocení závažnosti duševního onemocnění. Používá se v psychiatrii k hodnocení psychických, sociálních a pracovních funkcí – na škále od 0 do 100 měří, jak symptomy člověka ovlivňují jeho každodenní život.

propuká často kolem dvacátého roku života, tedy v době, kdy člověk nemá naspořeny finanční rezervy a je plně závislý na podpoře primární rodiny. Pro lidi s vážným duševním onemocněním bývá obtížné dokončit školu, začít pracovat nebo získat a udržet si zaměstnání, bydlení nebo navázat přátelské a intimní vztahy. Potíže typu SMI mohou způsobovat velkou zátěž pro blízké osoby a mnohdy dochází k rozpadu rodinných vazeb. Pokud není dostupná podpora, dochází k četným a dlouhodobým hospitalizacím a každá hospitalizace predikuje hospitalizaci další, náklady na péči se tím zvyšují. Systém pomoci musí být tudíž nastavený na pomoci v přirozeném prostředí, nikoliv na hospitalizačních kapacitách. Dlouhodobé pobyty v institucionálních zařízeních mimo běžné prostředí negativně ovlivňují schopnost adaptace v běžném prostředí, žít a bydlet obvyklým způsobem.

Komplexní rozsah potřeb vyžaduje multidisciplinární přístup, s důrazem na principy case managementu⁷, rehabilitace a podpory zotavení.

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

2.2 Osoby v adiktologické péči

Skupina může být dále diferencována podle druhu závislosti⁸. Různé druhy závislosti mívají odlišné charakteristiky věku nástupu, osobnostního profilu, podílu muži/ženy, „uživatelské kariéry“ a souvisejících zdravotních a sociálních rizik.

Společná je potřeba specifických poradenských a léčebných programů z oblasti adiktologie. V případě hlavně drogových závislostí jsou účinné nízkoprahové a terénní programy a uplatnění case managementového přístupu. Velký význam mají programy primární prevence a programy harm reduction.

Problémem je častá dlouhodobost potíží, resp. jejich vysoká revertence (návratnost). Např. lidé s alkoholovou závislostí v současné době hodně vytěžují kapacity akutní psychiatrické lůžkové péče.

2.3 Osoby s duševním onemocněním v seniorském věku

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

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

⁷ Case management není pouze o práci s klienty (pomoci zorientovat se v neznámém nebo nepřehledném prostředí, hledat, jak jít dál a efektivně využít podpůrné zdroje, které jsou k dispozici). Je také o tom, jak komunikujeme mezi sebou jako odborníci, kolegové z různých oborů – jak spolu pracujeme, tedy jak spolupracujeme. Koordinaci a navigaci – tzn. pomoci člověku zorientovat se v neznámém nebo nepřehledném prostředí, najít směr, jak jít dál a zároveň efektivně využít podpůrné zdroje, které jsou k dispozici.

⁸ Rozlišujeme závislosti látkové (alkohol, ilegální psychotropní látky, léky) a procesuální závislosti (zejména patologické hráčství).

Zvyšující se průměrný věk a stárnutí populace vyvolá vyšší potřebu gerontopsychiatrické péče. S tím souvisí zřizování specializovaných gerontopsychiatrických ambulancí a konziliární péče na somatických odděleních (LDN, interna).

2.4 Osoby s duševním onemocněním v dětském a dorostovém věku

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

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

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

Tato skupina osob je rozmanitá co do druhu duševních potíží, pohlaví i věku, s převahou mužů mladšího dospělého věku se závažnou duševní nemocí a/nebo se závislostí. Je tu tedy významný průnik se skupinou osob vážně duševně nemocných a skupinou osob závislých. Společným jmenovatelem této skupiny je dlouhodobé či přechodné narušení rozpoznávacích a ovládacích schopností vlivem duševní poruchy, které vede k chování trestního charakteru.

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

Existují samozřejmě i případy lidí adherentních⁹ k léčbě s dobrou sociální podporou, u kterých vznikne rychlé zhoršení stavu s nelegálními dopady. Vždy se nabízí otázka, zda byla poskytnutá léčba a podpora dostatečná, flexibilní a schopná včas zachytit blížící se krizi.

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

⁹ Adherence = rozsah, ve kterém je pacientovo chování ve shodě s radami odborníka.

3 Řízení procesu reformy péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji

Komplexní reforma péče o duševní zdraví vyžaduje podporu, zapojení a součinnost poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, tak jako orgánů státní správy a územních samospráv. Důležitá je koordinace a pružnost celého procesu plánování, zajištění dobrého přenosu informací mezi všemi úrovněmi a vytvoření prostředí pro zapojení všech dotčených aktérů. Pracovní skupiny, tak jako stávající koordinační skupina, nemají rozhodovací pravomoci, nenesou odpovědnost za plánování, přesto jsou významným a neopomenutelným prvkem v procesu tvorby plánů a mohou výrazně přispět ke zlepšení situace v oblasti sociálních a zdravotních služeb na celém území Královéhradeckého kraje. Jejich stanoviska by měla být velmi důležitým podkladem pro rozhodování orgánů kraje, měst i obcí.

3.1 Koordinační skupina Královéhradeckého kraje

Vznik koordinační skupiny (dále KS) byl iniciován v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví s názvem Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné a také v návaznosti na potřebu naplnění koncepčního dokumentu „Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016 - 2020“.

Efekty koordinační skupiny:

- předávání zkušeností, sdílení hodnot,
- stanovování priorit,
- sjednocování cílů, kooperace a koordinace,
- plánování postupů a kroků realizace cílů aj.

Cílem činnosti KS je vytvoření Plánu sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji (dále Plán sítě služeb), který v maximální možné míře přispěje ke zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním a jejich rodin či neformálních pečovateli. Skupina navrhne konkrétní aktivity a definuje postupy, které povedou k realizaci plánu sítě péče a postupně zformuluje pravidla spolupráce a komunikace mezi poskytovateli, zadavateli a plátcí. Zastoupení členů této skupiny nemá aktuálně kompetence rozhodovací.

Návrh Plánu sítě služeb a jeho realizace bude předložen k projednání a schválení orgánům kraje, čímž bude otevřena cesta k implementaci potřebných opatření. Plán sítě služeb, jakožto výstup práce skupiny, se v případě jeho schválení stane oficiálním krajským dokumentem.

Výstupy Plánu sítě služeb směrem k odborné i laické veřejnosti, k lidem s duševním onemocněním a k jejich rodinným příslušníkům budou primárně prezentovány a komunikovány krajem (dotčenými odbory), a to ideálně se současným zapojením odborníků, kteří na tvorbě výše zmíněného plánu participovali.

Zápisy ze setkání KS jsou dostupné na webových stránkách kraje, odkaz: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/reforma-pece-o-dusevni-zdravi-111103/>.

3.2 Pracovní podskupiny

Oficiálně nebyly pracovní podskupiny ustanoveny, bude tak učiněno na základě aktuálních potřeb, respektive diskusí nad cíli a opatřeními pro jednotlivé cílové skupiny.

Nastavení specifických podskupin pro potřeby zpracování krajského plánu vychází z nastavení celostátní reformy psychiatrické péče. Ta definuje skupiny lidí s duševní poruchou, kterým nevyhovuje zejména současné fungování systému psychiatrické péče. Tyto skupiny jsou výrazně ohrožené tendencí systému řešit jejich potřeby cestou institucionální péče namísto péče v komunitě, je u nich zvýšená potřeba multidisciplinárního přístupu a potřeba funkčně propojovat různé sektory veřejných služeb (zdravotnictví, sociální oblast, školství, oblast zaměstnávání atd.).

Pracovní podskupiny by měly vznikat s ohledem na užší fokus řešené problematiky, dle vymezených cílových skupin nebo na základě okruhu řešených problémů.

S ohledem na profesní obsazení současné koordinační skupiny bylo 14. 11. 2018 na 5. jednání koordinační skupiny dojednáno, že toto uskupení rovněž vyhovuje aktuálním potřebám v plánování pro cílovou skupinu SMI. V kraji nebylo založeno jiné pracovní uskupení. Je-li potřeba, probíhají menší skupinová setkání v užším kruhu aktérů sítě.

Koncem jara 2019 byla zahájena meziresortní setkávání (dále **pracovní skupina pro děti s potřebami v oblasti duševního zdraví**). Byla představena koncepce multidisciplinárního týmu pro děti (MTD) a zjištěno, že není v kraji kapacita přihlásit se k možnosti zapojení do připravovaných pilotních projektů v rámci projektu Podpora nových služeb (MZ ČR). Skupinová setkávání vedou k hledání možností posílení spolupráce a kapacit, postupně vznikají formulace cílů a opatření, která povedou ke zlepšení stávající situace. V tomto ohledu je důležité získávat k problematice informace z pracovní skupiny na MZ ČR.

Na úrovni kraje je založena **pracovní skupina pro osoby ohrožené závislostí**, v gesci protidrogového koordinátora kraje. Na jaře 2019 byla ve spolupráci s protidrogovým koordinátorem a v souvislosti s RPP podpořena meziresortní setkávání aktérů sítě služeb v oblasti adiktologie. Aktéři byli seznámeni s konceptem AMT (adiktologický multidisciplinární tým) a bylo projednáváno zapojení do pilotního projektu v rámci projektu Podpora nových služeb (MZ ČR). V Královéhradeckém kraji pilotáž neproběhne. Setkávání pracovní skupiny vedou k formulaci problematických oblastí, sdílení informací a k podpoře vzájemné spolupráce. Byla revidována SWOT analýza z roku 2016 a postupně je směřováno k formulování cílů a opatření k rozvoji stávající sítě služeb pro osoby ohrožené závislostí. Oblast služeb spojených s tématem závislosti byla preferována též s ohledem na procesy transformace v Léčebně návykových nemocí Nechanice, jež je důležitou součástí krajské sítě služeb.

Pracovní skupina pro osoby s duševním onemocněním v seniorském věku aktuálně založena není, plánované setkání odborníků bylo z důvodu událostí v ČR (nouzový stav) neuskutečněno. Aktivitu v této oblasti směrem k propojení systému iniciuje MUDr. Jurášková (geriatrická péče), ve snaze pilotovat multidisciplinární tým pro gerontopsychiatrické pacienty (GMT). V současné chvíli hledá potřebnou personální podporu pro realizaci.

Pracovní skupina pro osoby, které se pod vlivem duševní nemoci dostaly do konfliktu se zákonem aktuálně založena není.

Od poloviny roku 2019 podporuje konzultant RPP pro Královéhradecký kraj **setkávání pracovní skupiny osob se zkušeností s duševním onemocněním**. Tato setkávání směřují k podpoře zapojení aktivních osob se zkušeností s duševním onemocněním do procesů RPP na krajské úrovni, tak jako k iniciaci a rozvoji uživatelského hnutí, případně zájmového spolku.

3.3 Projektová koordinační platforma v kraji

Vznik této platformy byl v reflexi na potřebu zajištění provázanosti jednotlivých aktivit ve všech projektech (koordinaci a implementaci projektů MZ ČR) a v souvislosti s jejich přesahy do Královéhradeckého kraje. První společné setkání se uskutečnilo 1. 11. 2018, frekvence setkávání je minimálně jednou za dva měsíce. S ohledem na účelnost setkávání bude skutečné složení a frekvence setkávání odvislá od aktuálních potřeb a možností všech zainteresovaných.

V současné době se platformy účastní zástupci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (v gesci MZ ČR), a to následujících aktivit:

- KA 2: Kvalita péče – tzv. manažer kvality,
- KA 3: Regionální síť péče – tzv. regionální konzultant, garant pro sociální oblast, garant pro zdravotní oblast,

- KA 4: Deinstitutionalizace – tzv. specialisté transformace v jednotlivých nemocnicích (PNK, PNHB, LNN Nechanice, ALBERTINUM - Odborný léčebný ústav Žamberk)

a dále zástupce projektu Multidisciplinarita – metodik multidisciplinarity a zástupce projektu Destigmatizace (v gesci NUDZ) – specialista destigmatizace.

Jednotlivé projektové role/pozice mají svá jasná zadání, některé role mohou více či méně reagovat na aktuální situační potřeby. Abychom přínosy všech rolí/pozic využili ve prospěch reformních kroků, je důležité sladit aktivity a zájmy tak, aby podporované procesy byly koordinovány. Cílem je vědět, kdo, co a proč dělá, jak si můžeme být vzájemně ku prospěchu a v co největší míře sladit postupy / projektové cíle. Postupem času bude ideální zapojení odboru sociálních věcí, odboru zdravotnictví a odboru školství KÚ.

4 Klíčové dokumenty pro zajištění návaznosti aktivit

Plán sítě služeb je zpracován ve vazbě na níže uvedené klíčové dokumenty na úrovni kraje a na národní dokumenty, které přímo souvisí s RPP. Níže zmíněné dokumenty jsou zároveň východiskem pro zachování konzistence, plynulosti a vzájemné návaznosti myšlenek a cílů. Výčet relevantních nadřazených dokumentů a mezinárodních úmluv, které se ČR zavázala dodržovat a jsou ve vztahu k RPP, podrobněji zpracovává NAPDZ a jeho příloha č. 1.

4.1 Strategie reformy psychiatrické péče

Dokument Strategie reformy psychiatrické péče 2013 - 2023¹⁰ byl schválen Ministerstvem zdravotnictví jako vládní strategie dne 7. 9. 2013. V preambuli uvádí hlavní záměr reformy, a to naplňování lidských práv duševně nemocných v nejširším možném výkladu. Specifické cíle jsou následující:

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

4.2 Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030

NAPDZ byl 27. ledna 2020 schválen vládou ČR. Jedná se o implementační dokument tří strategických dokumentů¹¹, který stanovuje konkrétní postupy pro naplňování těch částí SRPP 2013–2023, u kterých existují zjevné implementační deficity. NAPDZ definuje, jak bude vypadat oblast duševního zdraví v roce 2030, ve smyslu koordinace a řízení poskytované péče, sítě služeb v komunitě, lidských zdrojů, odborné přípravy, legislativy, ochrany práv a zplnomocnění osob s duševním onemocněním, oblastí financování, destigmatizace, systému kvality péče, výzkumu a informačních systémů. Hovoří o potřebách koordinace veřejné politiky ve dvou základních úrovních - horizontální a vertikální.

Návrhová část NAPDZ shrnuje vize do pěti strategických priorit a rozpracovává do specifických cílů a opatření, viz tabulka v úvodu návrhové části Plánu sítě služeb.

4.3 Koncept péče o duševní zdraví Královéhradeckého kraje 2016 – 2020

Tento dokument vznikl v reakci na Strategii reformy psychiatrické péče a ve spolupráci s odborníky na danou problematiku. Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje byl schválen dne 12. 9. 2016, usnesením č. ZK/31/2186/2016¹². Deklaruje postoj, že pro úspěch reformy péče o duševní zdraví je vyžadována součinnost, podpora a zapojení poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, jakož i orgánů státní správy a územních samospráv. Dokument je deklarácí úzké součinnosti resortů zdravotnictví a sociálních věcí na regionální úrovni, s cílem efektivního provázání sociálních a zdravotních služeb.

¹⁰ Dostupná z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2013/10/08/vydani-strategie-reformy-psychiatricke-pece/>

¹¹ Dále - Strategický rámec Česká republika 2030 (MŽp, 2017), Zdraví 2030 (MZ, 2020). Dokument dostupný na: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi_4114_3.html

¹² Dostupná z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/KONCEPCE-PECE-O-DZ-RKZK-2_.pdf

Obecný cíl souzní s cílem reformy psychiatrické péče. Má být dosaženo zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním.

Důležitými principy jsou:

- Přesun těžiště péče směrem ke komunitnímu způsobu práce – do přirozeného prostředí cílových skupin.
- Důraz na ambulantní a terénní péči.

Pro období 2016-2020 byly v Konceptci péče o duševní zdraví stanoveny níže formulované cíle. Tyto jsou shledány jako stále platné. U řady z nich nedojde do roku 2020 k jejich naplnění (viz červený bod).

- A. Cíle zaměřené na zavedení nových prvků sítě odborných služeb
 - A1 V Královéhradeckém kraji fungují Centra duševního zdraví – do roku 2020 nejméně dvě, optimálně tři.
 - A2 Fungují psychiatrické ambulance s rozšířenou působností – do roku 2020 vznikne v každém okrese ambulance s rozšířenou působností. ●
 - A3 Dětsí a dorostoví pacienti mohou být v případě potřeby hospitalizováni na území kraje. ●
- B. Cíle zaměřené na posílení kapacit stávajících prvků sítě odborných služeb
 - B1 Akutní psychiatrické hospitalizace se uskutečňují v lůžkových zařízeních na území kraje – do roku 2020 se navýší kapacita psychiatrických lůžek v kraji na 130; lůžková zařízení fungují způsobem, který odpovídá Standardu akutní lůžkové péče. ●
 - B2 Funguje optimální kapacita ambulantních zdravotnických zařízení – podpořit rozšíření sítě ambulancí a ambulancí s rozšířenou působností v souladu se Standardem ambulantní psychiatrické péče a požadavky Reformy. ●
- C. Cíle zaměřené systémově
 - C1 Známe potřeby lidí s duševním onemocněním na území Královéhradeckého kraje. ●
 - C2 Lidé se zkušeností a zástupci pečujících osob jsou zapojeni do rozhodování. ●
 - C3 Veřejnost zná reformní opatření. ●
 - C4 Nové a rozvíjející se služby mají dostatek personálu. ●
 - C5 Funguje výměna zkušeností dobré praxe a rozvoj vzdělávání. ●
 - C6 Spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi snižuje počty a délky pobytů v zařízeních následné péče. ●
 - C7 Konceptce péče o duševní zdraví je průběžně aktualizována a reflektuje další strategické dokumenty kraje. ●

Na výše zmíněné je navázáno a některé z těchto jsou více specifikovány v návrhové části tohoto dokumentu.

4.4 Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018–2026

Aktuálně platným a základním (strategickým) dokumentem, který formuluje dlouhodobou politiku KH kraje v oblasti sociálních služeb, je Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018-2026¹³ (dále Strategie). Tento strategický dokument byl schválen Zastupitelstvem kraje dne 4. 12. 2017, číslo usnesení ZK/9/666/2017, s platností od 18. 6. 2018. Pravidelně, dvakrát ročně dochází na jednání Zastupitelstva kraje k jeho revizi. K dnešnímu datu je platná revize č. 3 schválená Zastupitelstvem kraje dne 18. 12. 2019, číslo usnesení ZK/24/1934/2019.

¹³ Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategicke-dokumenty/soc-sluzby/Revize-c--3-Strategie.pdf>.

Kraj vychází z předpokladu partnerství obcí a poskytovatelů sociálních služeb. Předpokládá, že obce přispějí svojí aktivitou (investiční, provozní), aby byly zajištěny odpovídající sociální služby tak, že nedochází k vyčleňování některých občanů na okraj společnosti, tzn. nebyli nuceni žít v nedůstojném prostředí či společenské izolaci. Poskytovatelé sociálních služeb realizují navržená opatření, přispívají k tomu, aby se klienti sociálních služeb cítili spokojeně a bezpečně. O vzniku, zohledněných strategiích a plánech při tvorbě materiálu více v samotném dokumentu.

Za vyzdvihnutí stojí uváděná základní strategická východiska, která jsou následující:

- a) Podpora života v běžném prostředí
- b) Podpora života obdobného vrstevníkům
- c) Subsidiarita pomoci
- d) Posilování odpovědnosti rodiny
- e) Vytváření podmínek pro individuální péči
- f) Podpora řešení na lokální úrovni
- g) Investice do lidí
- h) Účelné využití zdrojů

Pro účely tohoto dokumentu a plánování je stěžejní východisko, které odkazuje na podporu života v běžném prostředí, tedy principu, kdy přednost mají terénní a ambulantní služby před službami pobytovými, přičemž investiční prostředky mají primárně směřovat do těchto služeb.

4.5 Střednědobý plán sociálních služeb Královéhradeckého kraje 2018–2020

Podstatným dokumentem v oblasti plánování na úrovni odboru sociálních věcí KÚ KH kraje je Střednědobý plán sociálních služeb Královéhradeckého kraje 2018–2020¹⁴ (dále Střednědobý plán), který vymezuje priority v oblasti rozvoje a investic, navrhuje cíle a opatření v oblasti řízení a organizace sítě sociálních služeb KH kraje, obsahuje finanční výhled vývoje sítě sociálních služeb. Vše s cílem zamezení sociálního vylučování osob. KH kraj předpokládá, že se na naplňování cílů Střednědobého plánu budou spolupodílet obce a poskytovatelé sociálních služeb. Naplňování dokumentu je též závislé na vývoji financování sociálních služeb z prostředků státního rozpočtu. Formulované cíle vychází ze Strategie, případně z revizí aktuálně platného Střednědobého plánu a vymezují případná konkrétní opatření.

Součástí Střednědobého plánu je Síť veřejně podporovaných sociálních služeb v Královéhradeckém kraji – přehled podporovaných služeb¹⁵ (dále síť sociálních služeb), která je vytvářena na období platnosti Střednědobého plánu. Dvakrát ročně probíhá na základě zveřejněné výzvy její aktualizace, podnět pro rozšíření podává obec nebo poskytovatel sociálních služeb.

Tento plán je ideálním implementačním nástrojem pro realizaci potřebných kroků v oblasti zajištění kapacit sociálních služeb, tak jako pro naplňování dalších oblastí, které svým obsahem náleží do agendy odboru sociálních věcí.

¹⁴ Aktuálně platná verze dostupná z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategicke-dokumenty/soc-sluzby/Revize-c--10-Strednedobeho-planu.pdf>.

¹⁵ Aktuálně platná verze dostupná z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategicke-dokumenty/soc-sluzby/Sit-verejne-podporovanych-socialnich-sluzeb-2018---2020.pdf>.

4.6 Konceptce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016-2020

Koncepčním dokumentem v oblasti zdravotní je Konceptce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016-2020¹⁶ (dále Konceptce zdravotnictví), schválena na jednání Zastupitelstva dne 7. 12. 2015, usnesením č. ZK/25/1722/2015 a usnesením Zastupitelstva Královéhradeckého kraje č. ZK/32/2287/2016, aktualizace (Rozvoj „eHealth“¹⁷). Na současnou Konceptci zdravotnictví naváže nový strategický dokument Konceptce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2021-2025, jehož přípravu odsouhlasila Rada Královéhradeckého kraje. Kromě demografických východisek zapracuje dokument také dostupnost zdravotní péče v kraji i personální vybavenost jednotlivých zařízení. Cílem bude dostupná a kvalitní péče ve všech okresech regionu, stanovení opatření pro naplnění vytyčených cílů.

S ohledem na stávající personální zajištění v jednotlivých nemocnicích bude diskutováno nad strukturou, vedením a personálním zajištěním krajského zdravotnictví.

Zpracované podklady koordinační skupinou by měly být vodítkem pro oblast psychiatrické péči a tuto oblast podrobněji rozvíjet.

4.7 Strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním 2015–2023

Strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním 2015–2023¹⁸ formuluje klíčové priority rozvoje sociálních služeb. Tato strategie byla schválena Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje usnesením č. ZK/26/1813/2016 ze dne 1. 2. 2016. Formulované aktivity zohledňují priority v oblasti sociálních služeb na národní úrovni. Strategie si klade za cíl zvýšit dostupnost služeb pro osoby s postižením a duševním onemocněním, které jim umožní život v běžné komunitě.

4.8 Plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje pro období 2018–2020

Plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje pro období 2018–2020¹⁹ byl připraven Komisí Rady Královéhradeckého kraje pro občany se zdravotním postižením, jakožto poradním a iniciativním orgánem Rady Královéhradeckého kraje a schválen Zastupitelstvem Královéhradeckého kraje usnesením č. ZK/11/812/2018 ze dne 26. 3. 2018. Klíčovým dokumentem pro zpracování je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020.

4.9 Komunitní plány obcí

Plánování sociální péče ani sociálních služeb v obcích není povinné, obce mají povinnost (dle ZoSS) spolupracovat s krajem při přípravě a vyhodnocování Střednědobého plánu. Z toho vyplývá, že případné plánování obcí by mělo být zohledněno ve Střednědobém plánu kraje.

Obec z právního hlediska může sociální služby plánovat bez triády (partnerství mezi uživatelem, poskytovatelem a zadavatelem sociálních služeb, resp. trojice, kterou osobně tvoří) - mimo rámec

¹⁶ Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/Koncepce_zdravotnictvi_khk_2016_2020.pdf.

¹⁷ Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/koncepce_ehealth_khk1d.pdf.

¹⁸ Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/socialni-oblast/rozvoj-soc-sluzeb/Strategie_VS_FINAL_2.pdf.

¹⁹ Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/krajsky-urad/socialni-oblast/rovne-prilezitosti/Plan-podpory-OZP_unor-2018_web.pdf.

Zákona o sociálních službách²⁰. Zvolení komunitního přístupu je věcí politického rozhodnutí, projevu vůle řídit se zásadami dobré správy. Přesto je pro subsidiární řešení potřeb místní spolupráce poskytovatelů, samospráv uživatelů sociálních služeb a jejich rodin základem a je tudíž podstatné tuto činnost podporovat.

Proto, aby potřeby obyvatel KH kraje mohly být efektivně zabezpečeny (efektivní řízení sítě sociálních služeb), potřebuje kraj aktivitu a spolupráci obcí. Proto obce při plánování sociálních služeb podporuje, např. tím, že odbor sociálních věcí a odbor zdravotnictví zajišťoval v období od 1. 12. 2016 do 31. 5. 2019 službu „Podpora procesu plánování sociálních služeb a rozvoje místního partnerství v sociální oblasti na území obce Hradec Králové“ v rámci projektu "Rozvoj regionálního partnerství v sociální oblasti na území obcí Královéhradeckého kraje", na jehož realizaci získal Královéhradecký kraj finanční prostředky z Operačního programu Zaměstnanost, prioritní osa OPZ: 2 – Sociální začleňování a boj s chudobou, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_007/0002819.

Města, která o projekt projevila zájem²¹, realizují dílčí projektové aktivity:

- analýzu vybraných sociálních služeb,
- analýzu bytového fondu ve městě,
- zvýšení odbornosti pracovních skupin komunitního plánování sociálních služeb,
- podklad pro tvorbu plánu rozvoje sociálních služeb,
- vzdělávání neformálních pečujících a osvětovou činnost v oblasti podpory osob s demencí.

4.10 Výběr z dalších dokumentů

Níže uveden výběr z relevantních standardů, norem a metodik.

- Věstník MZ ČR, částka 5/2016
 - ➔ **Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví / str. 35.** Vymezena cílová skupina, poskytované služby, personální kritéria, materiálně technická kritéria, organizační kritéria, ostatní kritéria.
 - ➔ **Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním / str. 46.** Vymezena cílová skupina, dostupnost péče určena Nařízením vlády o místní a časové dostupnosti zdravotnických služeb č. 307/2012 Sb. a dále vyplývá z doporučení uvedených ve Strategii reformy psychiatrické péče a koncepce oboru. Dále jsou vymezeny poskytované zdravotní služby, personální kritéria a obsazení (nejsou specifikovány výše úvazků, uveden je pouhý výčet možných profesí), materiálně technická kritéria.
 - ➔ **Standard akutní lůžkové psychiatrické péče / str. 51.** Vymezena cílová skupina, služby poskytované akutním psychiatrickým oddělením, personální kritéria a obsazení, materiálně technická kritéria, organizační kritéria.
 - ➔ Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví.²²
 - ➔ Metodické pokyny vznikají v rámci reformních projektů, např. metodika CDZ, metodika multidisciplinární spolupráce, metodika pro praktické lékaře.

²⁰ Dle ust. § 94 písm. a) – e) zákona o sociálních službách je obsažena úprava povinností obce v oblasti plánování sociálních služeb.

²¹ Hradec Králové, Dvůr Králové nad Labem, Náchod, Trutnov, Broumov, Kostelec nad Orlicí, Vrchlabí, Nová Paka, Jičín, Nové Město nad Metují.

²² Dostupný z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporučený_postup_2_2017_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c.

- ➔ Návrhy standardů vznikající v rámci reformních projektů / projektu Nové služby, jako např. Standard péče poskytované Multidisciplinárním týmem (dále též MT) duševního zdraví pro děti a adolescenty, Standard péče poskytované MT pro lidi se závislostí, Standard péče poskytované MT pro duševně nemocné v seniorském věku.

Dále platné právní dokumenty.

- Standardy kvality sociálních služeb, Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
- Zákon č. 108 / 2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, která byla vyhlášena ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 10 / 2010 Sb. m. s.²³
- Vyhláška č. 505 / 2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění
- Zákon č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění
- Vyhláška č. 99 / 2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, v platném znění
- Vyhláška č. 92 / 2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, v platném znění
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění
- Vyhláška č. 185 / 2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, v platném znění
- Zákon č. 96 / 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění
- Vyhláška č. 55 / 2011 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických povolání, v platném znění
- Zákon č. 373 / 2011 Sb., o specifických zdravotních službách, v platném znění
- Vyhláška č. 98 / 2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění
- Zákon č. 89 / 2012 Sb., Nový občanský zákoník, díl 3 - Zákonné zastoupení a opatrovnictví²⁴, v platném znění

²³ V platnosti od 28. 10. 2009.

²⁴ Opatrovnictví je primárně bezplatná činnost. Soud může stanovit úhradu nákladů opatrovnictví, ale pouze u správy jmění. Je-li opatrovníkem obec, vykonává tzv. přenesenou působnost a tím od státu dostává finanční prostředky ve výši 29 000 Kč ročně na 1 opatrovaného, které ovšem nejsou účelově vázány.

5 Oblast zdravotnictví

Na území ČR je psychiatrická péče v oblasti zdravotnictví poskytována převážně ambulantní a lůžkovou formou. Nově vznikají multidisciplinární týmy, které se mají stát mezičlánkem mezi primární péčí (včetně ambulantní psychiatrické) a péčí lůžkovou (akutní i následnou).

Na lůžkách psychiatrické péče je zajišťována akutní i následná léčba a rehabilitace osob s duševním onemocněním. Tato péče je poskytována na:

- a) psychiatrických odděleních nemocnic,
- b) v psychiatrických nemocnicích/léčebnách²⁵,
- c) ve specializovaných lůžkových zařízeních.

Lůžková péče je poskytována **v případě, nelze-li zdravotní péči poskytnout ambulantně** a hospitalizace pro pacienta je nezbytná²⁶, a to v rámci akutní péče lůžkové intenzivní, akutní lůžkové péče standardní, následné lůžkové péče a dlouhodobé lůžkové péče, viz. zákon č. 372 / 2011 Sb., §9. Poskytovatelé musí naplňovat kritéria, která jsou dána pro typ provozovaných lůžek.

V roce 2018 byla na území ČR lůžková psychiatrická péče poskytována na 32 psychiatrických odděleních (s 1317 lůžky) všeobecných nemocnic, v 19 psychiatrických nemocnicích/léčebnách pro dospělé (s 8 684 lůžky) a ve 3 psychiatrických nemocnicích/léčebnách pro děti (s 210 lůžky)²⁷.

V roce 2018 proběhlo ve všech lůžkových zařízeních psychiatrické péče **celkem 58 667 hospitalizací pro poruchy duševní a poruchy chování**. Na psychiatrických odděleních nemocnic jich z celkového počtu proběhlo 20 499 a v psychiatrických nemocnicích/léčebnách pro dospělé proběhlo 36 811 hospitalizací. Oproti předchozímu roku došlo k mírnému nárůstu počtu všech hospitalizací - o 790 hospitalizací, tj. o více než 1 %, ²⁸ a to ve všech psychiatrických lůžkových zařízeních s výjimkou psychiatrických nemocnic/léčeben.

5.1 Lůžková psychiatrická péče na území Královéhradeckého kraje

Na území KH kraje jsou ve třech veřejných zdravotnických zařízeních-dvou všeobecných nemocnicích a jedné fakultní nemocnici²⁹, **3 psychiatrická oddělení** (dále PO). Jedná se o:

1. PO v Jičíně-ON Jičín a.s. (okres Jičín), zřizovatel Zdravotnický holding KH kraje, a.s.,
2. PO v Novém Městě nad Metují-ON Náchod, a. s. (okres Náchod), zřizovatel Zdravotnický holding KH kraje, a.s.,
3. Psychiatrickou kliniku Fakultní nemocnice Hradec Králové (okres Hradec Králové), zřizovatel MZ ČR.

²⁵ Název léčebna v průběhu času v jednotlivých zařízeních měněn na název nemocnice – výraz symbolického otevření cesty ke kultivaci a destigmatizaci lůžkové psychiatrie.

²⁶ Zákon č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách; část druhá, hlava I, §9 - lůžková péče.

²⁷ Zdroj: Psychiatrická péče 2018, ÚZIS ČR, 2019.

²⁸ Zdroj: Psychiatrická péče 2018, ÚZIS ČR, 2019.

²⁹ Speciálním typem psychiatrického oddělení jsou psychiatrická oddělení fakultních nemocnic. Tyto mají statut kliniky, která je součástí lékařské fakulty. Kromě služeb zdravotnických se zabývají výzkumnou činností a poskytují pregraduální výuku vysokoškolských studentů a postgraduální vědecké studium.

Obr. č. 1: Rozmístění lůžkových psychiatrických oddělení a všeobecných nemocnic v KH kraji



Jednotlivá **psychiatrická oddělení** jsou **rozdílná** nejen co do velikosti, ale také co do možnosti poskytování akutní psychiatrické péče se zajištěním nepřetržité ambulantní služby i nepřetržitého příjmu pacientů, a také co do intenzity poskytování akutní lůžkové péče³⁰, tedy nepřetržitého příjmu pacientů v akutním stavu z celého spektra psychiatrických diagnóz.

Žádné PO v kraji nenabízí službu denního stacionáře pro lidi s psychotickým onemocněním. Jediný denní stacionář s terapeutickým programem je na Psychiatrické klinice v Hradci Králové, kde probíhá doléčování osob s poruchami neurotickými (F4) a afektivními (F3).

Celková lůžková kapacita je **95 lůžek akutní péče** v KH kraji. Personální normativ pro zajištění péče na lůžkových odděleních popisuje vyhláška č. 99 / 2012 Sb.

5.1.1 Psychiatrická klinika fakultní nemocnice Hradec Králové

- > Jako **jediné pracoviště** na území kraje přijímá pacienty v akutním stavu z celého spektra psychiatrických diagnóz, **zajišťuje kompletní rozsah psychiatrické lůžkové péče, včetně péče pohotovostní.**
- > Akutní lůžka slouží k diagnostice a léčbě celého spektra duševních poruch a nemocí, včetně akutních psychóz, nemocných s psychomotorickým neklidem, delirantních stavů a komplikovaných somaticky komorbidních stavů, detoxifikací a akutní péče o gerontopsychiatricky nemocné.
- > Celkem je k dispozici 60 nasmlouvaných (63 defacto) lůžek.

³⁰ Zřizování a funkce akutního psychiatrického oddělení se řídí podle platné legislativy, zejména zákona č. 372 / 2011 Sb. a zákony č. 95 / 2004 a č. 96 / 2004 Sb.

- > Péče je realizována na třech odděleních: odd. A / nasmlouváno 15 lůžek, lůžka v uzavřeném režimu; odd. B / nasmlouváno 25 lůžek, lůžka v polootevřeném režimu; odd. C / nasmlouváno 20 lůžek, lůžka v otevřeném režimu, doléčovací.
- > Kontraindikací přijetí je převažující somatická problematika a potřeba péče na jednotce intenzivní péče.
- > Péče je poskytována pouze dospělým pacientům. Spádem obvyklým pracovištěm pro hospitalizaci nedospělého psychiatrického pacienta je FN Motol či některá z PN s dětskými psychiatrickými lůžky. Při nedostupnosti dětského psychiatrického lůžka na takovém specializovaném pracovišti je nedospělý psychiatrický pacient umístěn na konkrétní z klinik FN Hradec Králové podle stanoveného rozdělovníku.
- > Ošetrovací doba v průběhu let klesá, na jaře 2018 se průměrná ošetrovací doba pohybovala v rozmezí 19 dní, v předchozích letech se dlouhodobě pohybovala mezi 20-21 dny.
- > Součástí kliniky je nemocniční ambulance s poskytovanou nepřetržitou pohotovostí.
- > Klinika má dále ambulanci adiktologickou, pro děti a dorost, poradnu pro afektivní poruchy, poradnu pro psychosomatické poruchy, poradnu pro poruchy spánku v rámci mezioborového centra spánkové medicíny Fakultní nemocnice HK.
- > Ambulantní péče je též poskytována v denním stacionáři pro poruchy neurotické (F40 – F48), afektivní / poruchy nálady (skupiny F40-F48 a F30-F39 dle MHK 10 s kapacitou max. 12 osob. Není stacionář pro lidi s vážným duševním onemocněním.
- > Detašovaným pracovištěm kliniky je Léčebna návykových nemocí v Nechanicích s lůžkovou kapacitou 56 míst na třech odděleních následné péče pro léčbu závislostí. Léčebna slouží pro specializovanou střednědobou odvykací léčbu pacientům z území celé České republiky. Oddělení detox (příjmové oddělení) – 6 lůžek, oddělení N1- 25 lůžek a oddělení N2 – 25 lůžek. Průměrná délka hospitalizace v roce 2019 byla 65 dní. Program je určen pro dospělé pacienty (látkové i nelátkové závislosti), a to vždy na základě objednání přes nemocniční AT ambulanci. Podmínkou pro přijetí k hospitalizaci je, že se pacient k léčbě dostaví ve střízlivém stavu. Lékař není v léčebně přítomen během víkendů a svátků. Léčebna je součástí projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné, aktivita KA 4 – Deinstitutionalizace. V této souvislosti je postupně vytvářen transformační plán LNN Nechanice.
- > Na doléčování bývají pacienti (s ohledem na místo svého bydliště) odesíláni dle zvyklostí historického spádu (PNHB, PNK, ALBERTINUM-OLU Žamberk³¹).

³¹ V ALBERTINU-OLU Žamberk dochází ke změnám v poskytování psychiatrické péče, od května 2020 je s ohledem na personální kapacitu (lékařskou) poskytována péče na ošetrovatelských lůžkách. Otevřen bude denní stacionář a ambulance s rozšířenou péčí.

Tab. č. 1: Srov. počtu hospitalizovaných pacientů podle dg. a okresu místa trvalého bydliště na PK FN HK v r. 2018 (n = 897) a v roce 2019 (n=763)³²

Okresy	Hradec Králové		Jičín		Trutnov		Náchod		Rychnov nad Kněžnou		Bydliště mimo KH kraj		Celkem	
	Rok 2018	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2019
F0 + G3	117	95	6	6	8	4	14	15	20	14	7	11	172	145
F1	53	51	5	6	11	14	6	8	14	12	15	24	104	115
F2	76	53	7	10	14	18	16	17	24	15	14	12	151	125
F3	44	43	10	5	11	12	18	16	11	11	21	16	115	103
F4	104	60	8	12	24	18	15	22	30	14	28	23	209	149
F6	14	19	5	4	12	6	6	6	5	8	6	6	48	49
F7	9	6	1	0	3	2	2	0	11	2	3	3	29	13
F8 + F9	6	1	0	1	4	1	4	1	3	0	0	3	17	7
Ostatní dg.	28	32	4	4	4	2	6	5	4	7	6	7	52	57
Celkem	451	360	46	48	91	77	87	90	122	83	100	105	897	763

Celkem bylo v roce 2018 na PK FN HK hospitalizováno 897 osob, přičemž:

- 451 osob s trvalým bydlištěm v okrese Hradec Králové
- 346 osob s trvalým bydlištěm z ostatních okresů KH kraje
- 100 osob s trvalým bydlištěm mimo KH kraj

Celkem bylo v roce 2019 na PK FN HK hospitalizováno 763 osob, přičemž:

- 360 osob s trvalým bydlištěm v okrese Hradec Králové
- 298 osob s trvalým bydlištěm z ostatních okresů KH kraje
- 105 osob s trvalým bydlištěm mimo KH kraj

V roce 2019 bylo na PK FN HK **celkem 851 příjmů**, v roce 2018 celkem 905 příjmů, v roce 2017 celkem 882 příjmů a v roce 2016 celkem 866 příjmů osob. Počet příjmů se do roku 2019 zvyšoval, v roce 2019 došlo k významnému poklesu hospitalizovaných pacientů, zejména pacientů z diagnostického okruhu F4 – neurotické, stresové a somatoformní poruchy. O více než dvě desítky se též snížil počet hospitalizovaných pacientů z diagnostického okruhu F2 – schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.

Statistika VZP za rok 2018 uvádí celkový počet 453 hospitalizovaných unicitních pacientů.

Hospitalizovaných osob na dospělých lůžkách a mladších 18 let (v den přijetí k hospitalizaci nedosahovaly 18. roku věku) bylo v roce 2018 celkem 29 osob (v roce 2017 celkem 30 osob, v roce 2016 celkem 22 osob).

³² Zdroj dat: PK FN HK

Tab. č. 2: Procentuální zastoupení diagnostických okruhů u hospitalizovaných na PK FN HK v roce 2018 a 2019

Diagnózy	F0 a G3	F1	F2	F3	F4	F6	F7	F8 + F9	Ostatní diagnózy
Rok									
2019	19 %	15 %	16,4 %	13,5 %	19,5 %	6,4 %	1,7 %	0,9 %	7,4 %
2018	19 %	11,6 %	16,8 %	12,8 %	23,3 %	5,4 %	3,2 %	1,9 %	5,8 %

Na PK FN HK v roce 2019 nedošlo celkově k procentuálnímu poklesu hospitalizovaných z diagnostického okruhu F2, avšak meziročně došlo ke snížení počtu hospitalizovaných pacientů z diagnostického okruhu F2 s trvalým bydlištěm v okrese Hradec Králové o 18 %³³. Z cílové skupiny SMI (vymezení F2, F3, F6)³⁴. Celkově došlo (o necelá 4 %) k poklesu hospitalizací osob s neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami.

5.1.2 Psychiatrické oddělení Oblastní nemocnice Jičín

- > Celkem nasmlouváno 21 lůžek, defacto péče poskytována na 15 lůžkách, charakter otevřeného oddělení.
- > Plné využívání nasmlouvané kapacity není možné z důvodu technického stavu budovy, kde se oddělení nachází.
- > Absence akutního uzavřeného oddělení. S ohledem na personální (lékař není přítomen přes noc) a materiálně technické vybavení **nezajišťuje příjem akutních pacientů ani příjem osob z celého spektra psychiatrických diagnóz**. Oddělení zajišťuje pouze dobrovolné hospitalizace, pracuje v tzv. otevřeném režimu a **čekací lhůta** na hospitalizaci je v řádech týdnů (cca 6-8 týdnů; přijetí na objednání). Metoda léčby je převážně psychoterapeutická, skupinová i individuální.
- > **Kontraindikace přijetí:** závislostní problematika; pacienti v dětském a dorostovém věku; pacienti s akutním psychomotorickým neklidem; pacienti s těžší psychopatií; těžké organické syndromy, demence, deliriózní stavy.
- > Průměrná délka hospitalizace (ošetřovací doba) byla v roce 2016 - 31,83 dní (obložnost 93,05 %) a v roce 2017 - 19dní (95,36 %).
- > Součástí oddělení je **všeobecná nemocniční psychiatrická ambulance**, bez specializované ambulance (příjem celého spektra diagnóz). V nemocniční ambulanci bylo v roce 2016 = 1510 unicitních pacientů a v roce 2017 = 1475 unicitních pacientů. Počet kontrol byl v roce 2016 = 6 582 a v roce 2017 = 6 608, cca 25 pacientů v ambulanci každý den.
- > Nemocnice nedrží regionalitu, pacienti jsou přijímáni též z okolních krajů. Jsou přijímáni pacienti dospělého věku.
- > V případě naplněné kapacity a pro zajištění akutní péče je pacient odeslán: primárně do PN Kosmonosy, jinak dle dostupných možností – volného místa (PK FN HK, PN HB).

³³ Bylo by dobré vyhodnocovat souvislost (počet, délka) s ohledem na vznik CDZ v Hradci Králové.

³⁴ F42 nejsme schopni vyčíslit.

Tab. č. 3: Hospitalizovaní pacienti /počet hospitalizací podle dg. na psychiatrickém oddělení ON Jičín v r. 2018 (n =159) a v r. 2019 (n = 176)³⁵

Diagnózy	Počet hospitalizovaných		Počet hospitalizací	
	Rok 2018	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2019
F0 + G3	7	9	7	10
F1	2	0	2	0
F2	15	20	16	21
F3	40	38	41	40
F4	67	58	73	66
F5	0	4	0	4
F6	27	31	28	34
F7	1	0	1	0
F8 + 9	0	1	0	1
Celkem	159	161	168	176

Celkem bylo na psychiatrickém oddělení v Jičíně **v roce 2019** hospitalizováno **161 osob** (176 příjmů) a **v roce 2018** celkem hospitalizováno **159 osob** (168 příjmů). Příjmů v roce 2017 bylo celkem na psychiatrickém oddělení 176 a v roce 2016 celkem 160.

Nejvíce pacientů bylo v obou letech hospitalizováno v souvislosti s afektivními poruchami (poruchami nálady) a neurotickými poruchami (v roce 2019–60 % hospitalizací, v roce 2018–68 % hospitalizací). Lidé z cílové skupiny F2 se na hospitalizacích podíleli 11 %.

Statistika VZP za rok 2018 uvádí celkový počet 84 hospitalizovaných unicitních pacientů.

Tab. č. 4: Hospitalizovaní pacienti podle dg. a okresu místa trvalého bydliště na psych. odd. ON Jičín v r. 2019³⁶

Okresy	Hradec Králové	Jičín	Trutnov	Náchod	Rychnov nad Kněžnou	Bydliště mimo KH kraj	Celkem	% zastoupení
F0 + G3	0	5	0	0	0	4	9	5,6
F1	0	0	0	0	0	0	0	0
F2	0	9	1	0	0	10	20	12,4
F3	1	14	12	2	0	9	38	23,6
F4	1	12	22	1	3	19	58	36
F6	1	7	11	0	1	11	31	19,3
F7	0	0	0	0	0	0	0	0
F8 + F9	0	0	0	0	0	1	1	0,6
Ostatní dg.	0	3	0	0	0	1	4	2,5
Celkem	3	50	46	3	4	55	161	100

Celkem bylo **v roce 2019** na psych. odd. ON Jičín hospitalizováno **161 osob**, přičemž:

- 50 osob s trvalým bydlištěm v okrese Jičín
- 46 osob s trvalým bydlištěm v okrese Trutnov
- 10 osob s trvalým bydlištěm z ostatních okresů KH kraje

³⁵ Zdroj dat: ON Jičín

³⁶ Zdroj dat: ON Jičín

- 55 osob s trvalým bydlištěm mimo KH kraj, zejména z okresu Semily

5.1.3 Psychiatrické oddělení Oblastní nemocnice Náchod

- Nachází se v Novém Městě nad Metují, okres Náchod.
- Disponuje 20 lůžky (využíváno 23 lůžek). Celkem nasmlouváno 30 lůžek, tato nejsou využívána z důvodu personální nedostatečnosti. Stávající lůžka v polootevřeném režimu.
- Kapacita lůžek by mohla být rozšířena o místa v prvním patře budovy, která jsou nyní nevyužita.
- Oddělení poskytuje pohotovostní služby, má charakter fakultativně otevřeného oddělení
- Přijímání jsou pacienti dospělého věku v akutním stavu včetně stavů psychotických, pokud není přítomen výraznější psychomotorický neklid, agresivita; oddělení je schopno zajistit adekvátní péči při závažném somatickém stavu pacienta.
- Kontraindikace přijetí: výraznější auto či heteroagresivní projevy; pacient v dětském a dorostovém věku; plně obsazená lůžka.
- Neprobíhá systematická psychoterapie, neprobíhá systematická protialkoholní léčba.
- Lékař přítomen 24 hodin denně.
- V případě naplněné kapacity a kontraindikací přijetí je dospělý pacient odeslán: primárně do PNHB; jinak se zkouší, kde je místo (PNK, PK FN HK).

Tab. č. 5: Hospitalizovaní pacienti podle dg. a okresu místa trvalého bydliště na psych. odd. ON Náchod v r. 2019³⁷

Okresy Diagnózy	Hradec Králové	Jičín	Trutnov	Náchod	Rychnov nad Kněžnou	Bydliště mimo KH kraj	Celkem	% zastoupení
F0 + G3	0	1	10	46	11	2	70	23,8
F1	6	1	10	24	6	4	51	17,4
F2	0	1	10	43	3	2	59	20,0
F3	0	0	1	12	1	0	14	4,8
F4	1	0	17	33	5	3	59	20,0
F6	2	0	4	13	2	0	21	7,1
F7	0	0	0	5	7	0	12	4,1
F8 + F9	0	0	0	0	0	1	1	0,3
Ostatní dg.	0	0	0	5	2	0	7	2,4
Celkem	9	3	52	181	37	12	294	100

Celkem bylo v roce 2019 na psych. odd. ON Náchod hospitalizováno **294 osob**, přičemž:

- 181 osob s trvalým bydlištěm v okrese Náchod
- 101 osob s trvalým bydlištěm z ostatních okresů KH kraje
- 12 osob s trvalým bydlištěm mimo KH kraj

Celkem na psych. odd. ON Náchod v roce 2019 proběhlo **338 hospitalizací**.

³⁷ Zdroj dat: ON Náchod

Tab. č. 6: Hospitalizovaní pacienti / počet hospitalizací podle dg. na psychiatrickém oddělení ON Náchod v r. 2019 (n = 287)³⁸

Diagnózy	Počet hospitalizovaných	
	Rok 2019	Počet hospitalizací
F0 + G3	70	80
F1	51	54
F2	59	72
F3	14	16
F4	59	70
F5	0	0
F6	21	28
F7	12	17
F8 + 9	1	1
Celkem	287	338

Celkem bylo na psychiatrickém oddělení v Novém Městě nad Metují v roce 2019 hospitalizováno 287 pacientů a 338 hospitalizací. V roce 2018 proběhlo celkem 369 hospitalizací, v roce 2017 celkem 332 hospitalizací a v roce 2016 celkem 361 hospitalizací. Lidé z cílové skupiny F2 se na hospitalizacích podíleli 21 %.

Statistika VZP za rok 2018 uvádí celkový počet 217 unicitních pacientů.

5.1.4 Ilustrace dojezdových vzdáleností na psychiatrická oddělení v Královéhradeckém kraji

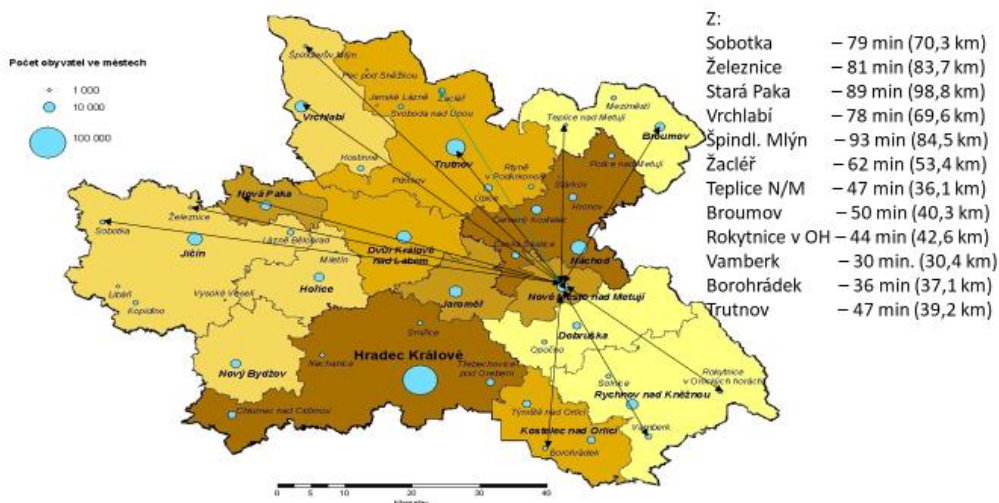
Obr. č. 2: Ilustrace dojezdových vzdáleností z PK FN HK do vybraných míst v KH kraji



³⁸ Zdroj dat: ON Náchod

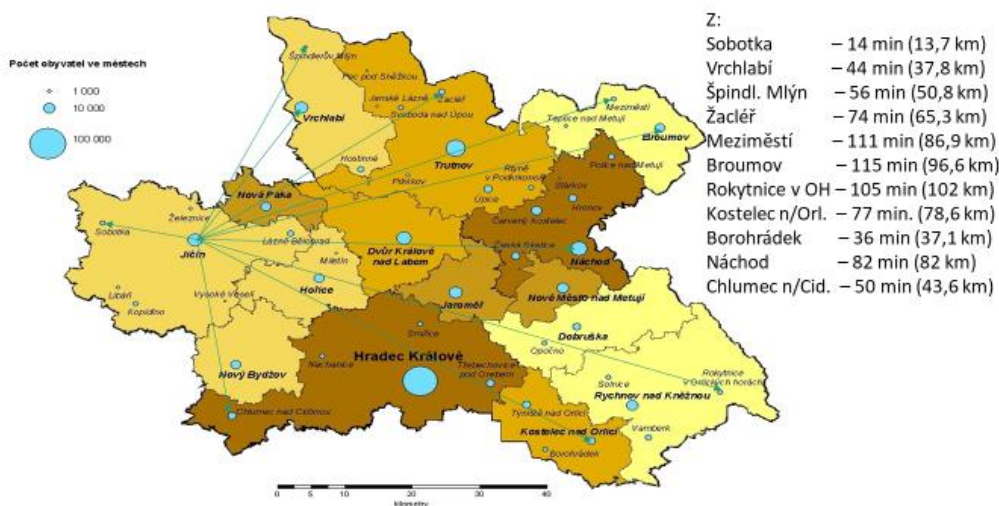
Obr. č. 3: Ilustrace dojezdových vzdáleností z psychiatrického oddělení v Novém Městě nad Metují do vybraných míst v KH kraji

Dojezdové vzdálenosti – Nové Město nad Metují



Obr. č. 4: Ilustrace dojezdových vzdáleností z psychiatrického oddělení v Jičíně do vybraných míst v KH kraji

Dojezdové vzdálenosti – Jičín



5.1.5 Zajištění dostupnosti akutní psychiatrické péče v Královéhradeckém kraji

Akutní psychiatrická péče by měla být v KH kraji zajištěna:

- dle Psychiatrické společnosti ČLS JEP a její koncepce oboru psychiatrie je potřeba zajištění 550 psychiatrických lůžek na počet obyvatel KH kraje. Z toho 165 lůžek akutní psychiatrické péče a 385 lůžek následné psychiatrické péče.

- Vlastní psychiatrická porucha či nemoc - 259 lůžek, z toho 78 standard akutní péče a 181 v režimu následné péče.
- 110 gerontopsychiatrických lůžek.
- 148 lůžek pro léčbu závislostí včetně patologického hráčství.
- 33 lůžek dětské psychiatrie

b) Dle doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR potřeba zajištění 220 psychiatrickými lůžky akutní péče na počet obyvatel KH kraje³⁹.

Potřebu zajištění dostupnosti je potřeba vnímat dle zjištěných potřeb v systému péče. Jak ukážeme dále, počet hospitalizací na psychiatrických odděleních v Královéhradeckém kraji se snížil, nedošlo však ke snížení počtu příjmů / přijatých pacientů na psychiatrická oddělení spádem obvyklých psychiatrických nemocnic.

Rozložení psychiatrických oddělení na území KH kraje zajišťuje kvalitní předpoklad pro zajištění dostupné lůžkové péče.

5.2 Psychiatrické nemocnice obvyklého příjmu obyvatel Královéhradeckého kraje

Na území Královéhradeckého kraje se **psychiatrická nemocnice nenachází**. V případě nedostatečné kapacity v lůžkových zařízeních (na psychiatrických odděleních) a v případě nezajištění péče z důvodu charakteru zajišťované péče, jsou pacienti odesíláni do historicky (i dle dnes aktuální praxe) spádem obvyklých psychiatrických nemocnic mimo území kraje, které jsou v rámci dostupnosti nejbližší. Psychiatrická nemocnice **Kosmonosy** (Středočeský kraj) zajišťuje péči především osobám z okresů Trutnov a Jičín, psychiatrická nemocnici **Havlíčkův Brod** (Kraj Vysočina) zajišťuje péči především osobám z okresů Hradec Králové, Náchod, Rychnov nad Kněžnou. Pacienti z jednotlivých okresů Královéhradeckého kraje mohou být hospitalizováni i v jiných psychiatrických nemocnicích než ve výše uvedených, a to s ohledem na možnost výběru zdravotnického zařízení.

Na území KH kraje jsou dostupná specializovaná lůžka následné zdravotní péče, a to 56 lůžek v Léčebně návykových nemocí Nechanice (detašované pracoviště PK FN HK), která jsou zaměřena na léčbu mužů a žen závislých na psychoaktivních látkách, včetně závislých na alkoholu a patologickém hráčství.

V souvislosti s procesem transformace ve všech PN na území ČR dochází ke zveřejňování údajů o hospitalizovaných pacientech. Každá nemocnice v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné formuluje transformační plány. Doposud se příliš nedařilo propojovat transformační plány PN s krajskými.

Ve spolupráci s PN byla v první fázi pozornost a aktivita zaměřena na spolupráci s cílovou skupinou lidí s vážným duševním onemocněním, posléze bude pozornost věnována více též dalším cílovým skupinám.

Dle informací z censů PN vyplývá, že se historická spádovost v praxi stále uplatňuje. Přestože jsou tato zařízení poskytovateli následné lůžkové péče, v praxi poskytují také vysoce akutní péči. V souvislosti s procesy RPP dochází mimo jiné k narovnání stávajícího stavu a všechny psychiatrické nemocnice/léčebny, které tuto péči zajišťují, jsou motivovány k nasmlouvání akutní péče s pojišťovnami.

³⁹ Viz. Věstník MZ ČR, částka 5/2016, str. 52

5.2.1 Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy (dále PNK) poskytuje kompletní spektrum odborných činností (včetně ambulantní formy) s výjimkou dětské psychiatrie. Oblast příjmů pacientů kopíruje část tří krajů – Libereckého (okresy Liberec, Jablonec nad Nisou, Semily), Královéhradeckého (okresy Jičín, Trutnov, část okresu Hradec Králové-Novobydžovsko) a Středočeského (okresy Mladá Boleslav, Nymburk, část okresu Mělník, Praha-východ-Brandýs nad Labem, Stará Boleslav a okolí). Z výše uvedených okresů je nejvyšší počet hospitalizovaných pacientů. V daleko menším počtu jsou v PNK Kosmonosy hospitalizováni též pacienti z jiných okresů KH kraje. Tabulka níže porovnává pro ilustraci počet hospitalizovaných v PNK ze všech oblastí příjmů.

Tab. č. 7: Počet hospitalizovaných v PNK dle krajů místa trvalého bydliště pacientů ve vybraných měsících

	Královéhradecký kraj	Liberecký kraj	Středočeský kraj	Ostatní kraje + cizinci	Celkem	Počet lůžek v PN ⁴⁰
K 31.3.2020	89	139	169	21	418	581
K 29.2.2020	116	167	229	43	555	581
K 31.1.2020	106	169	249	38	562	581

Ke konci března 2020 bylo hospitalizováno v PNK o 163 pacientů méně, než je 100 % obloženost⁴¹.

K dubnu 2020 disponuje PNK **581⁴² lůžky**, a to ve dvou areálech. V areálu Kosmonosy s kapacitou 495 lůžek a v areálu Sadská s kapacitou 86 lůžek. **Od prosince 2019** je v PNK **vedeno 30 lůžek** jako lůžka **akutní péče**. Akutní péče je prozatím nasmlouvána pouze s VZP (PNK postupuje dle Memoranda o akutní péči.) Pro ostatní zdravotní pojišťovny jsou tato lůžka stále vedená jako lůžka následné péče. Z toho důvodu jsou lůžka akutní péče obsazována pacienty, kteří mají zdravotní pojištění sjednané u VZP. PNK neřeší místo bydliště pacientů.

Níže uvedená tabulka ilustruje kapacity PNK ve vztahu ke Královéhradeckému kraji. Obrázek o kapacitách je pouze ilustrační, PNK nemá jasně vymezené kapacity (počet lůžek) pro jednotlivé kraje. Údaje jsou výsledkem průměrování dle počtu obyvatel všech „spádových“ oblastí. Do budoucna je potřeba z hlediska standardů akutní péče sledovat i dojezdovou vzdálenost. Ta by měla být max 60 minut (výjimečně 120 minut) a tomuto požadavku odpovídají pouze okresy Mladá Boleslav a Nymburk (cca 59 % lůžkové kapacity), Jičín (cca 21 % lůžkové kapacity) a Semily (cca 20 % lůžkové kapacity). Ostatní okresy mají příliš velké dojezdové vzdálenosti nebo mají na svém území psychiatrické odd. či psychiatrickou nemocnici, kde je (měla by být) akutní péče poskytována.

⁴⁰ 495 lůžek v Kosmonosech, 86 lůžek v Sadské

⁴¹ ČR v období nouzového stavu v souvislosti s COVID-19. PNK realizovala krizová opatření, uvolňovala možné kapacity – převážně z terapeutických oddělení.

⁴² V souvislosti s transformačními procesy odsmlouvala PNK 9 lůžek následné péče.

Tab. č. 8: PNK – lůžková kapacita ve vztahu ke kapacitě pro KH kraj pro rok 2020

	Kapacity nemocnice celkem (počet lůžek)	Kapacity pro KHK (počet lůžek)	% využití pro KH kraj
Akutní péče	30	nelze určit	nelze určit
Gerontopsychiatrie	175	35	20 %
Návykové nemoci	47	9	20 %
Následná a dlouhodobá péče bez geronto lůžek, adiktologických lůžek a lůžek pro ochrannou léčbu	277	56	20 %
Ochranné léčení	52	10	20 %
Dětská psychiatrie	0	0	0 %
Kapacity celkem	581	110 (bez lůžek akutní péče)	100 %

Pozn.: Do tabulky zahrnuta lůžka ze Sadské, nelze je z celkového počtu lůžek oddělovat. Ostatní lůžka mimo lůžek akutní péče (AP) jsou vedena jako lůžka následné péče (NP) – i přesto je na nich poskytována v případě potřeby péče akutní. V lednu 2020 mělo potřebu akutní péče v PNK cca 35 % pacientů všech dg. skupin, vč. pacientů umístěných na lůžkách AP.

V PNK zůstávají dlouhodobě hospitalizovaní pacienti ze skupiny SMI a dalších cílových skupin z regionů, kde sociální služby nenabízejí vysokou míru podpory.

Informace ve vztahu k hospitalizovaným osobám z KH kraje v kapitole: 5.3. Příjmy obyvatel KH kraje do spádem obvyklých nemocnic.

5.2.2 Psychiatrická nemocnice Havlíčkův brod

Psychiatrická nemocnice v Havlíčkově Brodu (dále PNHB) je nadregionálním poskytovatelem zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním, její historické spádové území zahrnuje oblast východních Čech a přilehlé části středních Čech (Havlíčkův Brod - Kraj Vysočina; Benešov, Kutná Hora, Kolín - Středočeský kraj; Pardubice, Chrudim, Ústí nad Orlicí, Svitavy - Pardubický kraj a Hradec Králové, Náchod, Rychnov nad Kněžnou - Královéhradecký kraj. Na základě rozhodnutí Krajského úřadu Kraje Vysočina (sp. zn. OZ 344/2019/2) s účinností od 1. 12. 2019 poskytuje:

- akutní lůžkovou zdravotní péči v oborech psychiatrie (52 lůžek) a dětská a dorostová psychiatrie (10 lůžek),
- následnou lůžkovou zdravotní péči v oborech psychiatrie (329 lůžek), dětská a dorostová psychiatrie (24 lůžek), gerontopsychiatrie (183 lůžek), návykové nemoci (64 lůžek), sexuologie (26 lůžek),
- ambulantní specializovanou péči v psychiatrických oborech psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, sexuologie, gerontopsychiatrie, klinický psycholog, sestra pro péči v psychiatrii
- kontaktní pracoviště domácí ošetrovatelské péče pro obor všeobecná sestra a sestra pro péči v psychiatrii,
- centrum duševního zdraví (od 1.8.2018) s ambulantní specializovanou péčí a péčí ve vlastním prostředí pacienta poskytovanou psychiatrem, klinickým psychologem, sestrou pro péči v psychiatrii, všeobecnou sestrou.
- zdravotnickou dopravní službu.

Tab. č. 9: Počet hospitalizovaných v PNHB dle krajů místa trvalého bydliště pacientů ve vybraných měsících

	Královéhradecký kraj	Pardubický kraj	Středočeský kraj	Kraj Vysočina	Ostatní Kraje + cizinci	Celkem	Počet lůžek v PN
K datu 31.3.2020	151	161	120	110	30	572	688
K datu 31.1.2020	150	167	136	147	42	642	688

Níže uvedená tabulka ilustruje kapacity PNHB ve vztahu ke KH kraji. Obrázek o kapacitách je pouze ilustrační. PNHB nemá jasně vymezené kapacity (počet lůžek) pro jednotlivé kraje, údaje jsou výsledkem průměrování dle počtu obyvatel všech „spádových“ oblastí.

Tab. č. 10: PNHB – lůžková kapacita ve vztahu ke kapacitě pro KH kraj k dubnu 2020

	Kapacity nemocnice celkem (počet lůžek)	Kapacity pro KHK (počet lůžek) ⁴³	% využití pro KH kraj ⁴⁴
„Akutní péče“	62	15,4	28,5 %
Gerontopsychiatrie	183	61,2	28,5 %
Návykové nemoci	64	18,2	28,5 %
Následná a dlouhodobá péče (není jen pro SMI)	329	90	28,5 %
Ochranné léčení	Není daný počet lůžek (není specifické oddělení); není limit na ochranné léčení		
Dětská psychiatrie	24	9,7	28,5 %
Sexuologie	26	7,4	28,5 %
Kapacity celkem	688	202	29,36 %

Informace ve vztahu k hospitalizovaným osobám z KH kraje v kapitole: 5.3. Příjmy obyvatel z KH kraje do spádem obvyklých nemocnic.

5.2.3 Odborný léčebný ústav ALBERTINUM, Žamberk

Oddělení psychiatrie léčebného ústavu ALBERTINUM, OLÚ Žamberk (příspěvková organizace Pardubického kraje) disponuje celkovým počtem 36 lůžek. Jedná se o uzavřené oddělení, zaměřené na doléčování, stabilizaci, motivaci a edukaci. Pacienti jsou přijímáni výhradně plánovaně, a to na základě objednání z psychiatrických ambulancí nebo plánovanými překlady z nemocničních zařízení. Pacienti

⁴³ Výpočet: počet obyvatel KH kraje / celkový počet spádové oblasti x počet celkové kapacity

⁴⁴ Výpočet: počet lůžek pro KH kraje / celkový počet lůžek x 100

z Královéhradeckého kraje jsou též k pobytu přijímáni. Vedení oddělení se od roku 2018 snažilo držet hranici definice následné péče a pacienty přijímá max. na dobu 3 měsíců, což se zpravidla daří.

V současné době se z důvodu nedostatku lékařů zařízení transformuje na oddělení dlouhodobé lůžkové péče se zaměřením na psychiatrii. Stávající lůžkový fond bude zachován. Toto oddělení bude sloužit pacientům, kteří potřebují převážně ošetrovatelskou péči. V souvislosti s těmito kroky dojde k posílení psychiatrické ambulance a psychiatrického stacionáře. Nadále probíhají jednání s lékaři, kteří by mohli posílit tým zařízení tak, aby byla poskytována péče na lůžkách následné péče.

S ohledem na pozici zařízení, spolupracuje OLU ALBERTINUM Žamberk s Rychnovskou pobočkou Péče o duševní zdraví, z.s. a tuto spolupráci hodnotí jako kvalitní. Z dotazů na zajištěnost sítě služeb pro hospitalizované pacienty z KH kraje vyplynuly problémy při zajištění umístění osob se závislostí na alkoholu (v jednotkách případů). Všechny další potřeby ve spojitosti se zajištěním návazné sítě jsou považovány za saturované.

Informace ve vztahu k hospitalizovaným osobám z KH kraje v kapitole: 5.3 Příjmy obyvatel KH kraje do spádem obvyklých nemocnic.

5.2.4 Dojezdová vzdálenost do příjmem obvyklých psychiatrických nemocnic z Královéhradeckého kraje

Vzdálenost dvou psychiatrických nemocnic, jejichž služby pacienti z KH kraje využívají, překračuje doporučenou dojezdovou vzdálenost pro poskytování péče. Vážně duševně nemocní z Královéhradeckého kraje dojíždí v případě potřeby následné, avšak někdy i akutní péče mnoho kilometrů, pro ilustraci tabulka níže. Standart akutních psychiatrických lůžek hovoří o dojezdové vzdálenosti do 60 minut (výjimečně 120 minut), což pro obyvatele z řady míst na území KH kraje není naplněno. Dle ČLS JEP by měli mít pacienti s akutním problémem zajištěn dostupný nepřetržitý příjem do 50 km z místa bydliště.

Z tabulky níže vyplývá, že zvykově pro hospitalizaci zvolené nemocnice nejsou vždy místem, kam se obyvatel kraje dostane nejrychleji.

Tab. č. 11: Ilustrace času dojezdu do spádově obvyklých PN⁴⁵

	PN Havlíčkův Brod		PN Kosmonosy	
	DV / km	DD / min.	DV / km	DD / min.
Hradec Králové	94 – 97	86 – 96	85 – 134	78 – 89
Náchod	126 – 143	123 – 134	106 – 140	99 – 110
Rychnov nad Kněžnou	99 – 104	108 – 114	142 – 174	118 – 127
Jičín	118 – 146	104 – 149	37,5	35
Nový Bydžov	86 – 80	80 – 104	65 – 70	61 – 64
Trutnov	137 – 150	128 – 141	88,8 – 104	86 – 106
Broumov	156 – 170	162 – 175	130 – 170	139 – 147
Vrchlabí	150 – 161	135 – 168	72 – 74	67 – 70
Nová Paka	131 – 150	117 – 155	53 – 68	47 – 70
Deštné v OH	116 – 145	126 – 138	124 – 154	122 – 124
Rokytnice v OH	115	125	139 – 158	134 – 151

Vysvětlivky: DV = dojezdová vzdálenost

⁴⁵ Barevně odlišeny „spádová“ nemocnice

Z údajů dále vyplývá překračování času dojezdu, který je standardem pro akutní péči. V některých případech je překračována horní/maximální hranice času dojezdu, především ze severních oblastí Královéhradeckého kraje.

5.2.5 Škálování v psychiatrických nemocnicích, transformační plány

Ve všech PN na území ČR probíhá postupně škálování hospitalizovaných pacientů, tedy zařazení pacientů nad půl roku do dotazníkového šetření ve škálách GAF, HoNOS, AQoL 8D reps. 6D a socio-demografický dotazník. V roce 2018 začaly PN se škálováním pacientů ze skupiny SMI, v dalších letech budou se škálováním pokračovat i v dalších diagnostických skupinách. Výsledky škálování by měly být v čase dostupné u specialisty transformace každé PN.

V rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné vytváří PN své transformační plány nemocnic a sledují pacienty, kteří jsou aktuálně dlouhodobě hospitalizovaní. Ne všichni tito pacienti byli zařazení do Kohortové studie NUDZ – Evaluace procesu deinstitutionalizace dlouhodobě hospitalizovaných pacientů SMI k 30. 9. 2018. Údaje uvedené v kapitole č. 9 Metodika hodnocení pacientů dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích – výstupy ke Královéhradeckému kraji se vztahují ke zjištěnému pouze u těch pacientů, kteří byli do této kohortové studie zařazení. Komunitní služby pracují s některými pacienty SMI v rámci krátkodobých i dlouhodobých (tzn. nad půl roku) hospitalizací. V každé spádem obvyklé nemocnici je odlišná praxe.

5.2.6 Hospitalizovaní pacienti v PN na území ČR s trvalým bydlištěm v Královéhradeckém kraji

Pro analýzy dat v souvislosti s hospitalizovanými osobami v PN máme k dispozici data z cenů PN, tedy soupis vybraných údajů (diagnóza, délka hospitalizace, věk, ochranná léčba, okres bydliště – případně ORP) ve vztahu k hospitalizovaným v PN.

Ke konci července 2019 bylo v PN v ČR hospitalizováno celkem **328 osob s trvalým bydlištěm v KH kraji, z celkového počtu 7 712 hospitalizovaných** ve všech psychiatrických nemocnicích. **200 osob** s trvalým bydlištěm v KH kraji bylo hospitalizováno **do půl roku a 128 osob nad půl roku**. Nad půl roku bylo ke konci července 2019 ve všech psychiatrických nemocnicích hospitalizováno celkem 2 521 osob.

Z Královéhradeckého kraje **nebyli** k datu 31. 7. 2019 **hospitalizováni pacienti** v těchto pěti psychiatrických nemocnicích: PN Lnáře, PN Petrohrad, PN Brno, PN Horní Beřkovice, PN Opava.

Do půl roku byli k datu 31. 7. 2019 z Královéhradeckého kraje **hospitalizováni pacienti** v psychiatrických nemocnicích:

- Šternberk = 4 lidé z celkového počtu 454 hospitalizovaných v PN
- Jihlava = 4 lidé z celkového počtu 474 hospitalizovaných v PN
- Bílá Voda = 2 lidé z KHK z celkového počtu 134 hospitalizovaných v PN
- Kroměříž = 2 lidé z KHK z celkového počtu 800 hospitalizovaných v PN
- Bohnice = 11 lidí z KHK z celkového počtu 1081 hospitalizovaných v PN
- Červený Dvůr = 2 lidé z KHK z celkového počtu 109 hospitalizovaných v PN
- LNN Nechanice = 24 lidí z KHK z celkového počtu 47 hospitalizovaných v PN
- Kosmonosy = 63 lidí z KHK z celkového počtu 543 hospitalizovaných v PN
- Havlíčkův Brod = 88 lidí z KHK z celkového počtu 606 hospitalizovaných v PN

V psychiatrických nemocnicích v ČR bylo k datu 31.7.2019 hospitalizováno do půl roku celkem 200 osob s trvalým bydlištěm v Královéhradeckém kraji (170 bez LNN Nechanice). Mezi uvedenými nemocnicemi jsou též nemocnice, které se výhradně specializují na léčbu závislostí (Červený Dvůr, LNN Nechanice). V porovnání k výstupům z censů k datu 30. 9. 2019 došlo k mírnému poklesu hospitalizovaných, kdy ke konci září 2018 bylo do půl roku ve všech psychiatrických nemocnicích (bez LNN Nechanice) hospitalizováno 188 osob s trvalým bydlištěm v Královéhradeckém kraji.

Nad půl roku byli z Královéhradeckého kraje k datu 31. 7. 2019 **hospitalizováni** pacienti v PN:

- Dobřany = 2 lidé z KHK (žena z okresu Náchod / F7 a muž z okresu Trutnov / F2 oba v délce nad 5 let a do věku 64 let, z celkového počtu hospitalizovaných 1 124 v PN Dobřany
- Kosmonosy = 48 lidí z KH kraje (více viz v textu níže)
- Havlíčkův Brod = 78 lidí z KH kraje (více viz v textu níže)

V psychiatrických nemocnicích v ČR bylo k datu 31. 7. 2019 hospitalizováno nad půl roku celkem 128 osob s trvalým bydlištěm v Královéhradeckém kraji. V porovnání s výstupy z censů k datu 30. 9. 2019 došlo k mírnému poklesu dlouhodobě hospitalizovaných, kdy ke konci září 2018 bylo ve všech psychiatrických nemocnicích hospitalizováno 142 osob s trvalým bydlištěm v Královéhradeckém kraji.

Hospitalizace osob s trvalým bydlištěm na území Královéhradeckého kraje probíhají zejména v PNK a PNHB. Údaje ke konci března 2020 mohou být ovlivněny situací v ČR – nouzový stav, pokles pacientů mohl být ovlivněn krizovou situací v souvislosti s COVID-19 a nařízeními MZ ČR. PNK dle krizového plánu propustila pacienty především z terapeutických oddělení a uspíšila propuštění těch, u kterých to bylo možné. V PNHB k výraznějšímu propuštění nedošlo.

5.2.7 Hospitalizace v psychiatrické nemocnici Kosmonosy

Tabulky níže uvádí základní informace o hospitalizovaných pacientech s trvalým bydlištěm na území Královéhradeckého kraje⁴⁶, se zaměřením na situaci k 31. 3. 2020 a dále v průběhu času dle vybraných parametrů (věku pacientů, délky hospitalizace, počtu hospitalizací).

Tab. č. 12: Hospitalizovaní pacienti v PNK k 31. 3. 2020 s trvalým bydlištěm v KH kraji

Počet dní	Okresy	ORP	Věk	Diagnostický okruh	M/Ž	OL	Celkem
do 7 dní	Jičín 2x	Hořice, Nová Paka	1x nad 65 let	F32 – F33, F30 – F39 (bez F32-F33)	2/0	0	2
8 – 14 dní	Jičín 1x, Trutnov 1x	Jičín, Trutnov	0x nad 65 let	F7, F11-F19	2/0	0	2
15 – 30 dní	Jičín 7x, Trutnov 2x	Jičín 5x, Hořice, Nová Paka, Trutnov 2x	0x nad 65 let	F 10 (2x), F11-F19, F2 (3x), F30 – F39 (bez F42), F32 – F33, F7	4/5	1	9
31 – 91 dní	Jičín 5x, Trutnov 11x, HK 1x	Jičín 4x, Hořice, Nová Paka, Trutnov 3x, Vrchlabí 3x,	4x nad 65 let	F0 a G30 (4x), F11-F19 (2x), F10, F2 (5x), F30 – F39 (bez F32-	7/10	3	17

⁴⁶ Data zpracována ze zasláných censů z PNK (census = soupis vybraných údajů ve vztahu k hospitalizovaným v PN).

Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 / analytická část

		Dvůr Králové nad Labem 5x		F33), F32 – F39, F60 – F61, F4 (bez F42)			
92 – 182 dní	7x Jičín, Trutnov 9x	Jičín 4x, Hořice 3x, Vrchlabí 3x, Trutnov 4x, Dvůr Králové nad Labem 2x	3x nad 65 let	F0 a G30 (4x), F11-F19, F2 (3x), F60 – F61 (2x), F 62 – F69 (2x), F7 (3x), ostatní	9/7	3	16
183 – 364 dní	5x Jičín, 4x Trutnov, Rychnov nad Kněžnou 1x, HK 1x	Jičín 4x, Dvůr Králové nad Labem 2x, Nová Paka, Trutnov 2x, Dobruška, HK	6x nad 65 let	F0 a G30 (3x), F11-F19, F10, F62 – F69, F2 (4x), F8 – F9	6/5	5	11
366 – 730 dní	1x Jičín, 4x Trutnov, 1x HK, 1x Náchod	Jičín, HK, Broumov, Trutnov 2x, Dvůr Králové n/Labem 2x	2x nad 65 let	F2 (2x), F32 – F33, F62 – F69 (2x), F7 (1x), F4 (bez F42)	4/3	3	7
2 – 5 let	4x Jičín, 5x Trutnov	Jičín 2x, Hořice, Vrchlabí 2x, Nová Paka, Trutnov 3x	5x nad 65 let	F2 (6x), F0 a G30 (2x), F 62 – F69	4/5	1	9
Nad 5 let	8x Jičín, 7x Trutnov, HK 1x	Jičín 5x, Hořice 2x, Nová Paka, Trutnov 5x, Dvůr Králové nad Labem 2x, HK	7x nad 65 let	F0 a G30 (2x), F2 (10x), F60 – F61, F42, F10	4/12	1	16
Celkem					42/47	17	89

Vysvětlivky OL = ochranná léčba, ORP = obec s rozšířenou působností

Celkem bylo v PNK **na konci března 2020 hospitalizováno 89 osob** s trvalým bydlištěm v KH kraji. Na hospitalizaci **do půl roku** se podílelo z celkového počtu těchto hospitalizovaných celkem **46 osob** a na hospitalizaci **nad půl roku celkem 43 osob**. Na poklesu počtu některých hospitalizovaných v tomto sledovaném měsíci se podílela zavedená opatření v rámci karantény COVID-19.

Tab. č. 13: Hospitalizovaní pacienti v PNK k 31. 3. 2020 z KH kraje dle místa okresu bydliště

Okres	Počet hospitalizovaných / do půl roku	Počet hospitalizovaných / nad půl roku	Celkem
Hradec Králové	1	3	4
Jičín	22	18	40
Trutnov	23	20	43
Náchod	0	1	1
Rychnov nad Kněžnou	0	1	1
Celkem	46	43	89

Tab. č. 14: Porovnání počtu krátkodobě a dlouhodobě hospitalizovaných osob v PNK s trvalým bydlištěm v KH kraji v čase

K datu	Počet hospitalizovaných / do půl roku	Počet hospitalizovaných / nad půl roku	Celkem
30. 9. 2018	53	53	106
31. 7. 2019	63	48	111
31. 1. 2020	64	42	106
29. 2. 2020	73	43	116
31. 3. 2020	46	43	89

Počet osob hospitalizovaných do půl roku do března 2020 nepatrně vzrostl. Od konce září 2018 je trend počtu krátkodobých hospitalizací stoupající. Pokles hospitalizací v březnu je ovlivněn mimořádnými opatřeními v souvislosti s pandemií COVID-19. **Počet hospitalizovaných nad půl roku klesl od konce září 2018 o 10 pacientů.**

Tab. č. 15: Hospitalizace osob v PNK s trvalým bydlištěm v KH kraji dle věku

K datu	Počet hospitalizovaných ve věku do 64 let	Počet hospitalizovaných ve věku nad 65 let	Celkem
30.9.2018	74	42	106
31.7.2019	77	34	111
31.1.2020	76	29	105 (jedna osoba do 18 let)
29.2.2020	87	29	116
31.3.2020	62	27	89

Tab. č. 16: Hospitalizovaní v PNK k 31. 3. 2020 do půl roku a nad půl roku z cílové skupiny SMI (dg. F2, F3, F42, F60-F61) dle trvalého bydliště – ORP

ORP	Jičín	Nová Paka	Hořice	Vrchlabí	Trutnov	Dvůr Králové n/L	Hradec Králové	Celkem
Hospitalizovaní do půl roku	5	1	3	5	1	1	1	17
Hospitalizovaní nad půl roku	4	2	3	2	7	4	2	24
Celkem	9	3	6	7	8	5	3	41

Z cílové skupiny SMI (vymezení dg. F2, F3, F42, F60-F61) bylo v PNK z celkového počtu 41 hospitalizovaných osob s trvalým bydlištěm v KH kraji hospitalizováno **nad půl roku celkem 24 osob a 17 osob z cílové skupiny SMI hospitalizováno do půl roku.** Oproti censu ze srpna 2019 došlo u této cílové skupiny k poklesu hospitalizovaných dlouhodobě i krátkodobě. Mezi pacienty hospitalizovanými do půl roku byly dvě osoby s nařízenou ústavní léčbou a 2 osoby ve věku nad 65 let. Z dlouhodobě hospitalizovaných pacientů měli dva nařízenou ochrannou léčbu a 10 osob bylo ve věku nad 65 let. Z této cílové skupiny bylo ve věku nad 65 let celkem 12 osob.

Tab. č. 17: Srovnání počtu hospitalizovaných v PNK z cílové skupiny SMI (dg. F2, F3, F42, F60-F61) z KH kraje

	Okres Jičín	Okres Trutnov	Okres Hradec Králové	Okres Náchod
K datu 30. 9. 2018	14	16	0	1
K datu 31. 3. 2020	9	13	2	0

Počet pacientů z KH kraje hospitalizovaných v PNK nad půl roku z cílové skupiny SMI v čase poměrově poklesl. Transformační specialista PNK eviduje informace o propuštěných pacientech z cílové skupiny SMI.

Tab. č. 18: Hospitalizovaní v PNK k 31.3.2020 do půl roku a nad půl roku z dg. okruhů FO a G30 dle místa trvalého bydliště

ORP	Jičín	Nová Paka	Trutnov	Dvůr Králové nad Labem	Hradec Králové	Celkem
Hospitalizovaní do půl roku	2	0	2	3	1	8
Hospitalizovaní nad půl roku	2	1	2	1	1	7
Celkem	4	1	4	4	2	15

Z diagnostického okruhu FO a G30 bylo v PNK z celkového počtu 15 hospitalizovaných osob s trvalým bydlištěm v KH kraji hospitalizováno nad půl roku celkem 7 osob a 8 osob hospitalizováno do půl roku. Z dlouhodobě hospitalizovaných pacientů neměl ani jeden nařizenu ochrannou léčbu a všichni byli ve věku nad 65 let. Mezi pacienty hospitalizovanými do půl roku byla 1 osoba s nařízenou ochrannou léčbou a 2 osoby ve věku do 64 let.

Tab. č. 19: Hospitalizovaní z KH kraje v letech 2017 - 2019 v PNK na lůžkách, která by byla vykazována jako akutní / dle okresu trvalého bydliště⁴⁷

	Okres Jičín			Okres Trutnov			Okres Náchod			Okres Hradec Králové			Celkem akutních příjmů		
	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017
Odd. B1 (ženy do 64let)	34	30	40	50	35	34	3	5	4	5	4	8	92	74	86
Odd. A12 (muži do 64 let)	49	44	44	70	51	65	4	5	3	2	2	5	125	102	117
Odd. B3 (ženy nad 64 let)	9	16	12	15	23	17	1	0	2	1	2	2	26	41	33
Odd. A13 (muži nad 64 let)	1	5	2	3	12	9	0	1	0	0	1	0	4	19	11
Odd. D20 (detox pro všechny věkové skupiny)	10	7	11	3	4	9	3	1	1	1	4	1	17	16	22
Celkem	103	102	109	141	125	134	11	12	10	9	13	16	264	252	269

⁴⁷ PNK měla v uvedených letech pouze lůžka následné péče (dle plateb zdravotní pojišťovny), ale na těchto lůžkách poskytovala a poskytuje akutní a zvýšenou akutní péči. Příjmy na níže uvedených odděleních jsou vždy akutní, neakutní příjmy jsou odmítány.

Od roku 2017 počet příjmů na lůžka, která by byla vykazována v PNK jako akutní, velmi mírně kolísá. Do výčtu oddělení nebylo započítáno odd. S6 (oddělení, na které jsou přijímáni pacienti – s duševním onemocněním v seniorském věku). V roce 2019 bylo na těchto lůžkách hospitalizováno celkem 17 mužů nad 65 let z KH kraje, z toho 6 mužů z okresu Jičín a 11 mužů z okresu Trutnov.

Tab. č. 20: Meziroční srovnání počtu hospitalizovaných v PNK na odděleních, která by byla vykazována jako akutní, dle okresů trvalého bydliště

Rok	Okres Jičín	Okres Trutnov	Okres Náchod	Okres Hradec Králové	Celkem akutních příjmů
2019	110	140	11	9	275
2018	102	125	12	13	252
2017	109	134	10	16	269

Tab. č. 21: Meziroční srovnání celkového počtu příjmů pacientů do PNK z KH kraje

Rok	Počet příjmů
2019	394
2018	338
2017	335

5.2.8 Hospitalizace v psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod

Tabulky níže uvádí základní informace o hospitalizovaných pacientech s trvalým bydlištěm na území Královéhradeckého kraje⁴⁸, se zaměřením na situaci k 31. 3. 2020 a dále v průběhu času dle vybraných parametrů (věku pacientů, délky hospitalizace, počtu hospitalizací).

Tab. č. 22: Hospitalizovaní pacienti v PNHB k 31. 3. 2020 s trvalým bydlištěm v KH kraji

Počet dní	Okresy	Věk	Diagnostický okruh	OL	Celkem
do 1 měsíce	HK 5x, Náchod 5x, Rychnov nad Kněžnou 4 x, Jičín 2x, Trutnov 1x	6x nad 65 let 1x do 17 let	SMI (5x), F0 a G30 (5x), F1 (4x), F32-F33 bez F42 (2x), F8 a F9	0	17
1-3 měsíce	HK 17x, Náchod 7x, Rychnov nad Kněžnou 8x, Trutnov 1x	8x nad 65 let	SMI (13x), F0 a G30 (9x), F7, F1 (6x), F32-F33 bez F42 (2x), F6, ostatní	2	33
3-6 měsíců	HK 7x, Náchod 8x, Rychnov nad Kněžnou 1x	3x nad 65 let	SMI (9x), F0 a G30 (3x), F1 (4x)	1	16
0,5 – 1 rok	HK 15x Náchod 7x, Rychnov nad Kněžnou 2x, Trutnov	10x nad 65 let	SMI (11x), F7 (2x), F0 a G30 (8x), F1, F32-F33 bez F42, F6, F8 a F9	4	25
1 – 2 roky	HK 12x, Náchod 6x, Rychnov nad Kněžnou 3x, Jičín 1x, Trutnov 1x	7x nad 65 let	SMI (5x), F7, F0 a G30 (5x), F1 (4x), F32-F33 bez F42, F6 7x	13	23
nad 2 roky	HK 19x, Náchod 11x, Rychnov nad Kněžnou 7x	13x nad 65 let	SMI (7x), F0 a G30 (5x), F1	12	37
Celkem				32	151

Pozn.: SMI = dg okruhy F2, F3 (bez F32 -F33), F42

⁴⁸ Data zpracována ze zasláných censů z PNHB

Ke konci měsíce března 2020 bylo v PNHB hospitalizováno **celkem 151 osob** s trvalým bydlištěm v KH kraji, **z celkového počtu 452 hospitalizovaných**. Na hospitalizaci **do půl roku** se podílelo z celkového počtu těchto hospitalizovaných celkem **66 osob** a na hospitalizaci **nad půl roku celkem 85 osob**.

Tab. č. 23: Hospitalizovaní pacienti v PNHB k 31. 3. 2020 z KH kraje, dle místa okresu bydliště

Okres	Počet hospitalizovaných / do půl roku	Počet hospitalizovaných / nad půl roku	Celkem
Hradec Králové	29	46	75
Náchod	20	24	44
Rychnov nad Kněžnou	13	12	25
Trutnov	2	2	4
Jičín	2	1	3
Celkem	66	85	151

Celkový počet hospitalizovaných osob v PNHB na konci března 2020 činil 572 osob, 26 % hospitalizovaných osob bylo z KH kraje.

Tab. č. 24: Hospitalizovaní v PNHB k 31. 3. 2020 dle délky pobytu z cílové skupiny SMI (dg. F2, F3 – bez F32 -F33, F42) s trvalým bydlištěm v KH kraji

Okres	Hradec Králové	Náchod	Rychnov nad Kněžnou	Jičín	Trutnov	Celkem
Hospitalizovaní do 3 měsíců	7	5	5	1	0	18
Hospitalizovaní 3 – 6 měsíců	3	5	1	0	0	9
Hospitalizovaní nad půl roku	20	14	5	0	1	40
Celkem	30	24	11	1	1	67

Z cílové skupiny SMI (dg. F2, F3 – bez F32-F33, F42) bylo v PN HB z celkového počtu 67 hospitalizovaných osob s trvalým bydlištěm v KH kraji hospitalizováno **nad půl roku celkem 40 osob** a **27 osob** z cílové skupiny SMI hospitalizováno **do půl roku**. Mezi pacienty hospitalizovanými do půl roku byly 2 osoby s nařízenou ústavní léčbou a 1 osoba ve věku nad 65 let. Z dlouhodobě hospitalizovaných pacientů mělo 9 nařízenou ochrannou léčbu a 11 osob bylo ve věku nad 65 let. Z této cílové skupiny bylo ve věku nad 65 let celkem 12 osob.

Tab. č. 25: Srovnání počtu hospitalizovaných v PNHB z cílové skupiny SMI (dg. F2, F3 – bez F32 -F33, F42) z KH kraje

	Okres Hradec Králové	Okres Náchod	Okres Rychnov nad Kněžnou	Okres Trutnov
K datu 30. 9. 2018	37	27	10	0
K datu 31. 3. 2020	20	14	5	1

Počet pacientů z KH kraje hospitalizovaných v PNHB nad půl roku z cílové skupiny SMI v čase poměrově poklesl. Transformační specialista PNHB eviduje informace o propuštěných pacientech z cílové skupiny SMI. Celkově došlo od konce září 2018 do konce března 2020 k poklesu počtu osob dlouhodobě hospitalizovaných z KH kraje o 34 osob.

Tab. č. 26: Hospitalizovaní v PNHB k 31. 3. 2020 dle délky pobytu z dg. okruhů FO a G30 a dle okresu trvalého bydliště

Okres	Hradec Králové	Náchod	Rychnov nad Kněžnou	Jičín	Trutnov	Celkem
Hospitalizovaní do 3 měsíců	10	1	2	0	1	14
Hospitalizovaní 3 – 6 měsíců	2	1	0	0	0	3
Hospitalizovaní nad půl roku	14	2	3	0	0	19
Celkem	26	4	5	0	1	36

Z diagnostického okruhu FO a G30 bylo v PN HB z celkového počtu 36 hospitalizovaných osob s trvalým bydlištěm v KH kraji hospitalizováno nad půl roku celkem 19 osob a 17 osob hospitalizováno do půl roku. Z těchto dlouhodobě hospitalizovaných pacientů měli 2 nařízenou ochrannou a 1 pacient byl ve věku do 64 let. Mezi pacienty hospitalizovanými do půl roku byla 1 osoba s nařízenou ochrannou léčbou a 3 osoby ve věku do 64 let.

Tab. č. 27: Hospitalizovaní v PNHB k 31.3.2020 dle délky pobytu z dg. okruhů F1(závislosti) a okresu trvalého bydliště

Okres	Hradec Králové	Náchod	Rychnov n/Kněžnou	Jičín	Trutnov	Celkem
Hospitalizovaní do 3 měsíců	2	4	3	0	1	10
Hospitalizovaní 3 – 6 měsíců	2	2	0	0	0	4
Hospitalizovaní nad půl roku	3	1	2	1	1	8
Celkem	7	7	5	1	2	22

Z důvodu léčby závislosti bylo v PN HB z celkového počtu 22 hospitalizovaných osob s trvalým bydlištěm v KH kraji hospitalizováno nad půl roku celkem 8 osob a do půl roku hospitalizováno 14 osob. Mezi hospitalizovanými nad půl roku byli všichni ve věku do 64 let a 4 osoby měly nařízenou ochrannou léčbu. Mezi pacienty hospitalizovanými do půl roku byl 1 ve věku nad 65 let a 1 pacient s ochrannou léčbou.

Tab. č. 28: Porovnání počtu hospitalizovaných osob v PNHB s trvalým bydlištěm v KH kraji dle okresů v čase (do půl roku a nad půl roku)

K datu	Počet hospitalizovaných / do půl roku	Počet hospitalizovaných / nad půl roku	Celkem
30. 9. 2018	87	81	168
31. 7. 2019	88	78	166
31. 1. 2020	65	85	150
31. 3. 2020	66	85	151

Tab. č. 29: Hospitalizace osob v PNHB s trvalým bydlištěm v KH kraji dle věku

K datu	Počet hospitalizovaných ve věku do 64 let	Počet hospitalizovaných ve věku nad 65 let	Celkem
30.9.2018	122	46	168 (3 osoby 15-17let)
31.7.2019	117	47	166 (3 osoby 15-17), 2 osoby 7-14 let)
31.1.2020	108	42	150 (5 osob 15-17let)
31.3.2020	104	47	151 (2 osoby 15-17let)

Tab. č. 30: Počet celkových příjmů a počet přijatých pacientů v PNHB s trvalým bydlištěm v KH kraji v letech 2017-2019

Rok	Počet příjmů	Počet přijatých pacientů
2019	342	314
2018	372	339
2017	406	362

Počet celkových příjmů i počet přijatých pacientů z Královéhradeckého kraje v čase klesá, od roku 2017 klesl bezmála o 100 přijatých pacientů.

Tab. č. 31: Celkové příjmy do PNHB z KH kraje v letech 2017- 2019 dle okresu trvalého bydliště pacientů

Okres	Hradec Králové (163 671 obyv.)			Náchod (110 240 obyv.)			Rychnov nad Kněžnou (79 088 obyv.)			Ostatní (Jičín+Trutnov) (198 023 obyv.)		
	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017
Muži	71	72	85	88	68	79	24	33	35	15	25	30
Ženy	56	77	66	49	57	56	28	33	37	11	9	18
Celkem	127	149	151	137	125	135	52	66	72	26	34	48

Počet celkových příjmů pacientů s trvalým bydlištěm v okresech KH kraje do PNHB se v průběhu sledovaných let snižuje, a to ze všech okresů KH kraje.

Tab. č. 32: Meziroční srovnání počtu hospitalizovaných v PNHB na odděleních, která by byla vykazována jako akutní, dle okresů trvalého bydliště

Rok	Počet příjmů	Počet přijatých pacientů
2019	249	235
2018	272	254
2017	310	273

Počet příjmů a počet přijatých pacientů v PNHB z Královéhradeckého kraje v čase klesá. O roku 2017 se počet přijatých pacientů z KH kraje snížil o 38 (počet příjmů se snížil o 61).

Tab. č. 33: Akutní příjmy do PNHB obyvatel KH kraje na odděleních, která by byla vykazována jako akutní – meziroční srovnání

Okres	Hradec Králové (163 671 obyv.)			Náchod (110 240 obyv.)			Rychnov nad Kněžnou (79 088 obyv.)			Ostatní (Jičín+ Trutnov)		
	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017	Rok 2019	Rok 2018	Rok 2017
Muži	51	48	67	52	39	54	19	21	24	4	12	14
Ženy	52	70	56	38	45	44	24	31	36	9	6	15
Celkem	103	118	123	90	84	98	43	52	60	13	18	29

Počet příjmů pacientů s trvalým bydlištěm v Královéhradeckém kraji na lůžka v PNHB, která svým charakterem poskytují péči akutní a zvýšenou akutní⁴⁹, se v průběhu sledovaných let snižuje.

⁴⁹ PNHB měla v uvedených letech pouze lůžka následné péče (dle plateb zdravotní pojišťovny), ale na těchto lůžkách poskytovala a poskytuje akutní a zvýšenou akutní péči. Příjmy na níže uvedených odděleních jsou vždy akutní, neakutní příjmy jsou odmítány.

5.2.9 Hospitalizace v OLU ALBERTINUM Žamberk

Veškerá níže uvedená data byla získána komunikací s transformační specialistkou zařízení.

Tab. č. 34: Hospitalizovaní z KH kraje v OLU ALBERTIUM Žamberk v roce 2019

Přehled hospitalizovaných pacientů na psychiatrickém oddělení v ALBERTINUM, OLU Žamberk za rok 2019 ⁵⁰												
Okres	Leden	únor	březen	duben	Květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	Listopad	prosinec
Rychnov nad Kněžnou	1	4	3	2	2	5	5	4	4	2	3	5
Hradec Králové	3	3	2	4	3	4	6	4	1	7	3	10
Náchod	2	2	1	0	0	1	1	0	0	2	2	2
Jičín	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Trutnov	0	0	0	2	0	1	0	2	0	0	1	2
počet pacientů celkem	7	9	6	8	6	11	12	10	5	11	9	19

Za období roku **2019** bylo v OLU ALBERTINUM Žamberk hospitalizováno celkem **113 osob**. Většina osob byla přijata z důvodu dekompenzace zdravotního stavu, 17 osob z celkového počtu bylo přijato z důvodu potřeby detoxifikace (před léčbou v LNN Nechanice, pro vstup do terapeutického programu). Pacienti jsou též na lůžka překládáni z důvodu potřeby doléčení, někteří absolvovali psychoterapeutický program. V souvislosti se sociální oblastí bylo řešeno převážně téma bydlení a hospodaření s penězi, dále např. téma sociálních dávek, zaměstnání, vztahů.

5.2.10 Hospitalizované osoby z Královéhradeckého kraje z cílové skupiny SMI dle okresu trvalého bydliště

V mapách níže jsou vyčísleny počty krátkodobě a dlouhodobě hospitalizovaných osob s vážným duševním onemocněním (SMI)⁵¹ dle místa trvalého bydliště v PNHB / PNK, k poslednímu březnu 2020. Podrobněji rozpracované informace lze získat v tabulkách výše, z dostupných censů psychiatrických nemocnic a v rámci individuální komunikace na jednotlivých odděleních psychiatrických nemocnic a s týmy, které do PN jezdí.

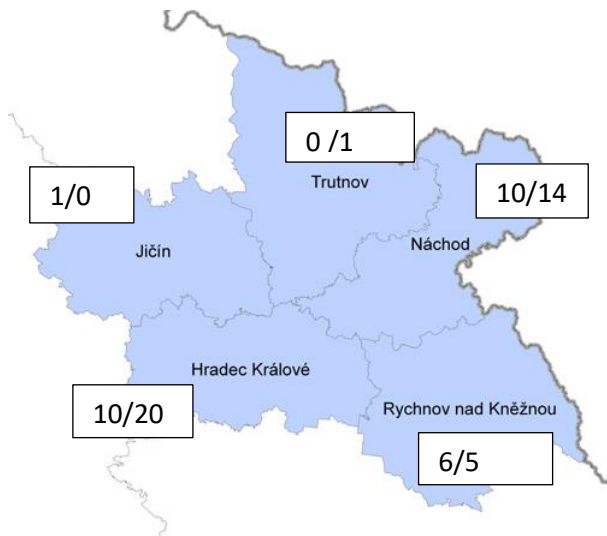
Celkem bylo ze skupiny vážně duševně nemocných na konci března 2020 hospitalizováno:

- a) V PNHB -> do půl roku 27 osob a nad půl roku 40 osob -> celkem 67 osob
- b) V PNK -> do půl roku 13 osob a nad půl roku 23 osob -> celkem 36 osob

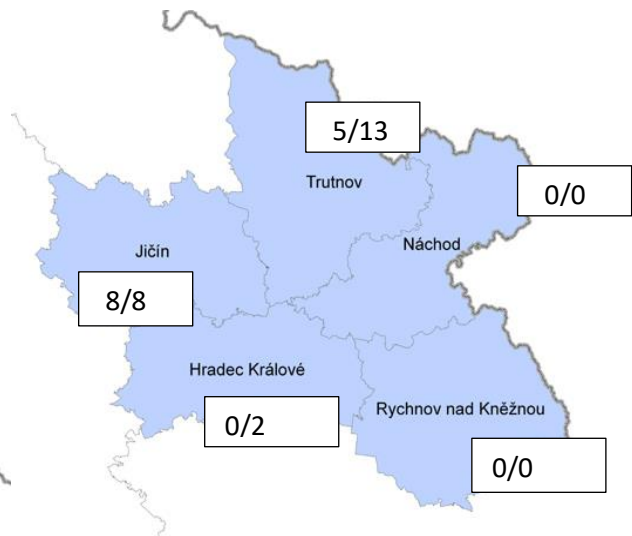
⁵⁰ Data od transformační specialistky.

⁵¹ Vymezení dg. okruhy F2, F3 (bez F32, F33), F42 – tzv. užší definice

Obr. č. 5: PNHB (do půl roku/nad půl roku)



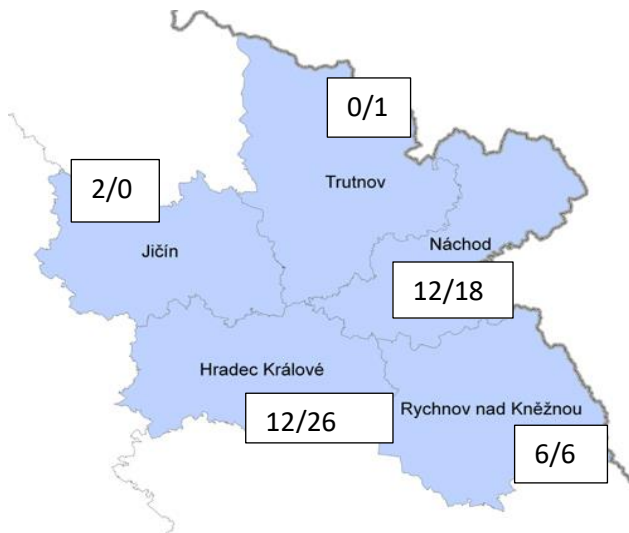
Obr. č. 6: PNK (do půl roku/nad půl roku)



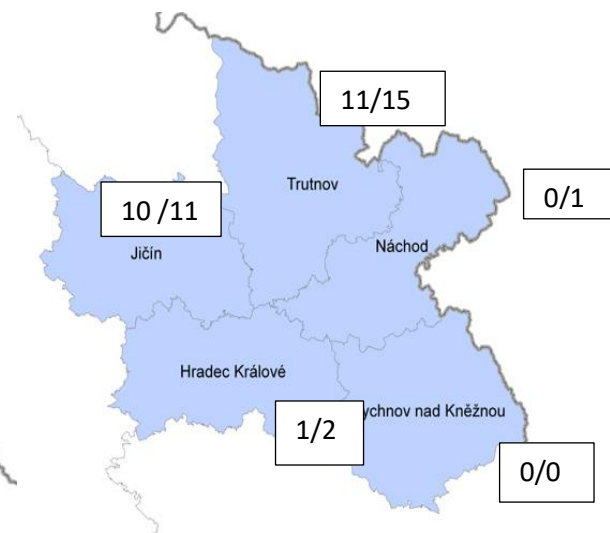
Dle vymezení cílové skupiny pro CDZ v aktuálně platném standardu CDZ (Věstník MZČR z roku 2016) je znázornění následující:

- V PNHB do půl roku 32 osob a nad půl roku 51 osob -> celkem 83 osob
- V PN Kosmonosy do půl roku 21 osob a nad půl roku 29 osob -> celkem 50 osob

Obr. č. 7: PNHB (do půl roku/nad půl roku)



Obr. č. 8: PNK (do půl roku/nad půl roku)



5.3 Ambulantní psychiatrická péče

Primární psychiatrickou a klinicko psychologickou péči představují ambulance psychiatrů a klinických psychologů, které zajišťují 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.

Většina pacientů, kteří jsou propuštěni z psychiatrického lůžkového zařízení, potřebuje další ambulantní péči. Asi polovina hospitalizovaných tuto péči potřebuje trvale, cca 28 % dočasně a pouze cca 5 % z hospitalizovaných nepotřebuje žádnou⁵².

Psychiatrická ambulance, jako hlavní složka celé psychiatrické péče, je nezbytná pro udržení a podporu zdraví nemocného. Kvalita léčby je zásadní pro setrvání nemocného v procesu léčby, pro prevenci hospitalizací i pro perspektivy jeho sociálního zapojení. Obecně lze konstatovat, že při současném trendu navyšování počtu pacientů, bude stále více prodlužována čekací doba v ambulanci i čekací doba na objednání, poroste tlak na nutnost snižovat frekvenci kontrol. Psychiatrické ambulance jsou přeplněny, nové pacienty přijímají pouze některé. Čas pro ošetření jednoho pacienta s ohledem na celkový počet pacientů je cca 10 min.

Tab. č. 35: Meziroční porovnání počtu vyšetření a počtu léčených psychiatrických pacientů v psychiatrických ambulancích na území KH kraje a v celé ČR⁵³

Rok	Celkový počet vyšetření	Počet léčených pacientů	Celá ČR	
			Celkový počet vyšetření	Počet léčených pacientů
2016	112 869 (muži = 41 438, ženy 71 431)	33 134	2 889 935	641 663
2017	122 698 (muži = 48 054, ženy 74 644)	33 005 (3 364 do 18 let)	2 923 918	652 780
2018	118 633 (muži = 48 178, ženy = 70 455)	30 583 (2 932 do 18 let)	2 969 090	650 188

V KH kraji došlo od roku 2016 k nárůstu počtu vyšetření a k poklesu počtu léčených pacientů, přičemž v celé ČR celkový počet pacientů i celkový počet vyšetření vzrostl. Psychiatrickou péčí vyhledávají častěji ženy. Na jednoho léčeného pacienta v ambulantním zařízení na území KH kraje připadalo v roce 2018 3,9 ošetření (ČR 4,6 ošetření). Děti do 14 let se na počtu léčených podílely 5,2 % a dorost od 15-19 let 4,4 %.

Tab. č. 36: Počet léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních dle skupin psychiatrických diagnóz a kraje sídla zařízení⁵⁴

Dg. okruh	F00-F09	F10	F11-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F48, F50-F59	F60-F63, F68-F69	F64-F66	F70-F79	F80-F98	F99	Celkem
Absolutně	4 682	1 428	1 199	2 002	4 342	13 999	1 508	94	1 261	1 811	44	30 583
Na 10 tis. obyv.	85,0	25,9	21,8	36,4	78,8	254,2	27,4	1,7	22,9	32,9	0,8	555,4

Největší podíl pacientů v ambulantních psychiatrické péči je z důvodu neurotických poruch, druhé místo zastávají osoby s organickými duševními poruchami a o něco málo méně osob je léčeno s diagnostikovanou afektivní poruchou.

⁵² Zdravotnická statistika a zdravotnická ročenka-Psychiatrická péče, ÚZIS 2018, str. 16

⁵³ Zdravotnická statistika a zdravotnická ročenka-Psychiatrická péče, ÚZIS 2018

⁵⁴ Zdravotnická statistika a zdravotnická ročenka-Psychiatrická péče, ÚZIS 2018

Pro ambulantní péči v oboru psychiatrie i oboru psychologie (odbornost 305 a 901) je stanovena maximální dojezdová doba ve výši 60 minut. Pro dětskou a dorostovou psychiatrii ve výši 90 minut (odbornost 306) a pro ambulantní sexuologii (odbornost 309) ve výši 120 minut.

Většina ordinací je alokována do krajského města (viz graf níže), nejméně ambulancí je v okrese Náchod. Služby pedopsychiatrické ambulance lze využít na čtyřech místech v kraji (2x Hradec Králové, 1x Jaroměř, 1x Rychnov nad Kněžnou), ordinace lékařky v Rychnově nad Kněžnou poskytuje péči jak dospělé populaci, tak dětem a adolescentům.

Psychiatrická ambulance pro alkoholismus a toxikomanii v kraji není (dle údajů MZ ČR), Reálně je této cílové skupině ambulantní péče poskytována ve FN HK a v Novém Městě nad Metují + adiktolog v SOL Trutnov a v Laxus z.ú.

Psychiatrické ambulance sexuologické jsou v kraji 3, s kapacitou dle VZP 1,5 úvazku⁵⁵.

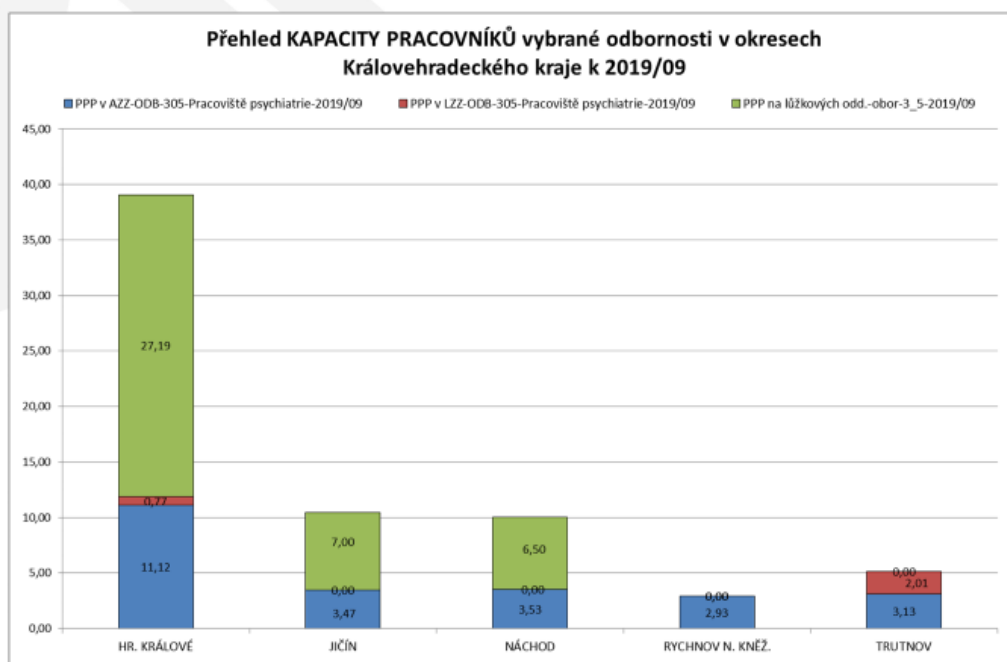
Ambulance gerontopsychiatrická v kraji dostupná není.

Na psychiatrické klinice FN HK je v provozu denní psychoterapeutický stacionář.

V KH kraji nejsou rozvinuty specializované ambulance. Není dostupná krizová psychiatrická pomoc v terénu.

Graf č. 1 Kapacita pracovníků v psychiatrických ambulancích v okresech KH kraje k 2019/9

1. PŘEHLED KAPACITY PRACOVNÍKŮ V AMBULANCÍCH PSYCHIATRIE



Není výjimkou, že ambulantní psychiatr poskytuje péči na několika místech v regionu, některý má až 3 místa výkonu práce. V současné době není praxe výjezdu lékařů do domácností pacientů. Ambulantní psychiatr by měl být obeznámen s pacientovým sociálním a vztahovým prostředím, měl by mít

⁵⁵ Péči poskytují MUDr. Zbytovský – HK, MUDr. Skřivánek – Jičín, MUDr. Mindžák – HK

možnost kontaktu s tímto prostředím a intervenovat v něm. Tomu tak nebývá. Praxí je nedostatečný časový prostor pro komunikaci s pacientem, pro sociálně-psychiatrické intervence a pro psychoterapii. Nutno podotknout, že tato praxe není založena na nevíli lékařů věnovat se pacientům (zpravidla), ovlivňuje ji nastavený výkonový systém financování / plateb ze zdravotního pojištění. Systém kvantity však působí na snižování kvality.

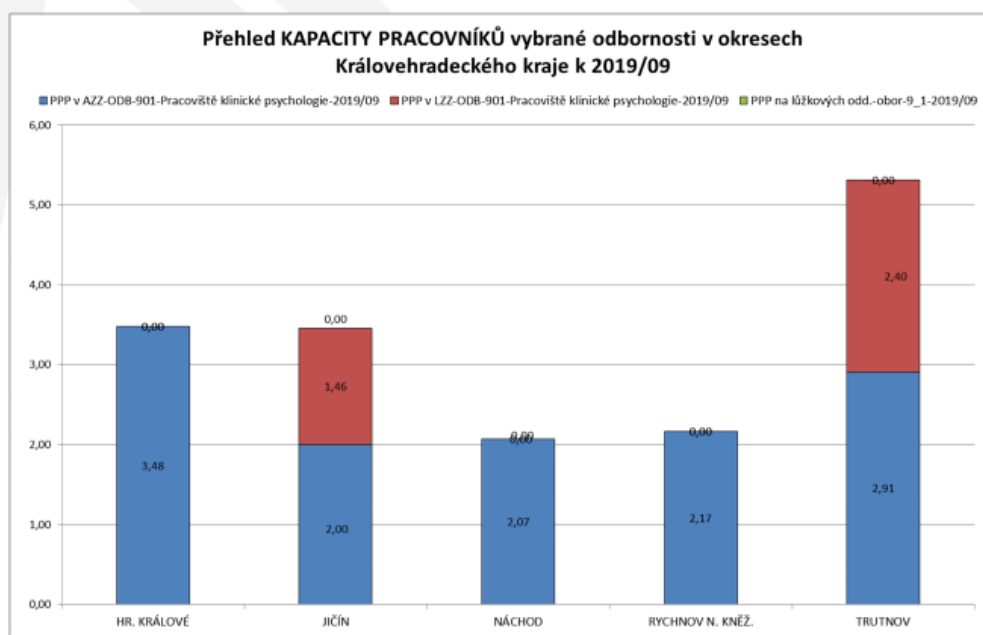
V oboru dětská psychiatrie je uváděn počet 6 lékařů⁵⁶, s kapacitou 4,5 úvazku. Výsledek detailnějšího mapování k listopadu 2019 je následující:

- 4 lékaři vykonávající praxi v oboru 306 v kraji,
- 1 lékař ordinuje na dvou místech okresu Náchod (Jaroměř, Náchod),
- v okresech Trutnov a Jičín není lékař této odbornosti,
- v okrese Rychnov nad Kněžnou tuto odbornost vykazuje též lékař 305,
- v okrese Hradec Králové jsou 2 lékaři odbornosti 306, z nichž jeden částečně ordinuje na psychiatrické klinice FN Hradec Králové.

Optimální zajištění personálních kapacit na 100 000 obyvatel definuje SRPP, str. 40.

Graf č. 2: Kapacita pracovníků v ambulancích klinické psychologie v okresech KH kraje k 2019/9

2. PŘEHLED KAPACITY PRACOVNÍKŮ V AMBULANCÍCH KLINICKÉ PSYCHOLOGIE



⁵⁶ MUDr. Mlynářová ukončila praxi; MUDr. Kozáková praxi nevykonává, případně v minimálním rozsahu (působnost v CDZ)

5.4 Shrnutí

Rovina počtu hospitalizovaných

V roce 2019 proběhlo na psychiatrických odděleních v KH kraji a ve spádem obvyklých nemocnicích PNHB a PNK celkem **1 936 hospitalizací osob s trvalým bydlištěm v KH kraji**.

Okolo 700 lidí ročně je hospitalizováno z důvodu léčby duševního onemocnění mimo území KH kraje. Příjmy obyvatel z KH kraje do spádem obvyklých PN dosahují více než 700 hospitalizací ročně.

Příjmy do PNHB od roku 2017 pozvolna klesají, počet přijatých pacientů naopak roste. V PNK došlo v roce 2019 k výraznějšímu nárůstu hospitalizací, o 56 (viz tabulka níže).

Tab. č. 37: Meziroční porovnání počtu příjmů obyvatel z KH kraje do PNK a PNHB - celkem

	Rok 2017	Rok 2018	Rok 2019
PN Kosmonosy	335	338	394
PN Havlíčkův Brod	406	372	342
Celkem	741	710	736

Na některá lůžka v PN jsou přijímáni pacienti, kteří vyžadují akutní péči, nikoli péči následnou. Ve spolupráci s IT specialisty a transformačními specialisty byla vytipována ve spádem obvyklých PN lůžka/oddělení, na která jsou přijímáni pacienti vždy akutní. Z pohledu akutní péče je trend hospitalizací v PNHB od roku 2017 klesající, v PNK oproti roku 2017 mírně vzrostl. Celkově došlo od roku 2017 k poklesu, respektive 2 roky po sobě se počet příjmů nezměnil. Lůžkovou kapacitu z důvodu akutního problému využívá ve spádem obvyklých PN více než 500 obyvatel KH kraje ročně (viz tabulka níže).

Tab. č. 38: Meziroční porovnání počtu akutních příjmů obyvatel z KH kraje do PNK a PNHB - na lůžka, která by byla vykazována jako akutní

	Rok 2017	Rok 2018	Rok 2019
PN Kosmonosy	269	252	275
PN Havlíčkův Brod	310	272	249
Celkem	579	524	524

Celkový počet hospitalizovaných z KH kraje a z cílové skupiny SMI klesl od konce září 2018 v obou spádem obvyklých PN. V PNHB o 34 osob (tab. č. 25) a v PNK o 9 osob (tab. č. 17).

Počet hospitalizovaných v PNK z KH kraje ve věku nad 65 let od konce září 2018 klesá, v PNHB se počet hospitalizovaných téměř nemění.

Na psychiatrických odděleních v KH kraji počet hospitalizací od roku 2016 do roku 2018 mírně stoupal, v roce 2019 došlo k poklesu počtu hospitalizací ve srovnání ke všem předchozím rokům. Příjmy obyvatel KH kraje dosáhly na těchto lůžkách v roce 2019 celkového počtu 1 200, 175 příjmů bylo poskytnuto osobám s trvalým bydlištěm mimo území KH kraje.

Tab. č. 39: Meziroční porovnání počtu hospitalizací na psychiatrických odděleních v KH kraji

	Rok 2016	Rok 2017	Rok 2018	Rok 2019
PK FN HK (bez LNN Nechanice) / 60 lůžek	866	882	905	851
ON Jičín a.s. / 15 lůžek	160	176	168	176
ON Náchod, a.s. / 20 lůžek	361	332	369	345
Celkem	1 387	1 390	1 442	1 372
Z toho obyvatel z KH kraje⁵⁷	?	?	?	1 200

Rovina diagnostická

Pohled směrem k diagnostickému zastoupení na jednotlivých psychiatrických odděleních v KH kraji nás může směřovat k dotazování a zkoumání možných souvislostí. Porovnáme-li vzájemně procentuální součet počtu hospitalizovaných ve vztahu ke kategorii vážně duševně nemocných⁵⁸ (F2, F3, F6) v roce 2019, nadpoloviční většinu z celkového počtu hospitalizovaných (55,3 %) tvoří pacienti psychiatrického oddělení v Jičíně. Přes 30 % (PK FN HK = 35 % a psych. odd. v Novém Městě nad Metují = 31,9 %). Konkrétní analytický rozbor a závěr se neobejde bez další společné diskuse aktérů sítě služeb.

Potřeby a limity

V kraji naléhavě **chybí lůžka akutní psychiatrie**, poptávka převyšuje nabídku, což vede k suplování jejich nedostatků hospitalizacemi pacientů v akutním stavu na následných lůžkách PN. Každý třetí akutní příjem se uskuteční v zařízeních mimo kraj (jde téměř o 700 lidí ročně). Počty osob akutně přijímaných mimo kraj odpovídají zhruba 40 chybějícím akutním lůžkům v kraji. **Stávající** akutní lůžka v kraji jsou **přetížena, což se týká zejména PK FN HK**, která jako jediná poskytuje péči pro akutně neklidné pacienty. Polovina přijímaných pacientů na psychiatrickou kliniku Fakultní nemocnice má bydliště jinde v Královéhradeckém kraji než v okrese HK.

Pokud by byl vytvořen podpůrný systém pro část pacientů, kteří přichází s naléháním na neindikovanou psychiatrickou hospitalizaci (např. po hádce, z důvodu sociálního debaklu, ze ztráty blízkých, s problémy v oblasti bydlení, se zadlužením-tito si pak druhotně vymáhají hospitalizaci proklamováním sebevraždy), nemusela by být hospitalizace vždy realizována.

Nedostatečné kapacity akutní péče vedou pacienty, zejména pak jejich rodiny, k nutnosti překonávat nemalé vzdálenosti. Psychiatrické nemocnice jsou umístěny tak, že z některých míst kraje nemůže být naplněn standard doby dojezdu. **Psychiatrické nemocnice jsou špatně dostupné** i pro příbuzné, přátele nemocných a pracovníky nově vznikajících CDZ. Ze stejného důvodu jsou problémem ověřovací propustky, **vážně tak udržování kontaktu, což jde proti prospěchu pacientů i proti smyslu reformy**. Bylo zjištěno, že ne vždy zvykové místo pro hospitalizaci je tím místem, které je místu bydliště pacienta nejlépe dosažitelné. Pro ilustraci, pacienti z okresu HK jezdí do PNH, přestože časová vzdálenost je kratší do Kosmonos. Pro pacienty z okresu Náchod by byla též časově dostupnější nemocnice Kosmonosy. Avšak, ani pro jednu oblast není naplněn Standart akutních psychiatrických lůžek (dojezd 60 min.) Pro některá místa není splněn ani výjimečný dojezdový čas 120 min. (Broumov – ani pro jednu PN). Například **vzdálenost Broumov-PNH je 166 km, cesta autem v délce cca 150 minut, cesta hromadnou dopravou cca 290 minut se 4 přestupy**.

Možnost hospitalizace v blízkosti bydliště je podstatná pro zachování sociálních vazeb, možnosti řešení všech potřebných oblastí. Pro rodinu, avšak i pro sociální či sociálně zdravotní služby je obtížné zajistit kontinuitu péče při mnoha kilometrové vzdálenosti.

⁵⁷ Údaje o místu trvalého bydliště hospitalizovaných máme od všech psychiatrických oddělení až od roku 2019.

⁵⁸ Dostupná data nám nedovolují zjistit diagnózu F42, která se k SMI též řadí – společně s dg. F6.

Nepřítomnost psychiatrické nemocnice na území KH kraje znamená nedostatek personálních zdrojů nutných pro rozvoj mnoha typů služeb. Kraj se potýká s nedostatkem lékařů s atestací v oboru psychiatrie, jakož i zdravotní psychiatrickou sestrou.

Kontinuitu péče nezajišťuje pouze vzdálenost hospitalizační péče, ale zejména dlouhodobý kontakt a vztah s ambulantním psychiatrem a dalšími službami v komunitě. Předpokladem úspěchu je kultivování mezi oborové spolupráce a dostatečný časový prostor pro jednotlivé intervence ve prospěch pacienta / klienta. Musíme cílit na provázanost péče, a to jak z hlediska spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak v oblasti kooperace s praktickými lékaři, psychology, sociálními pracovníky, rodinou atd. V KH kraji jsou psychiatrické ambulance pro vážně duševně nemocné dobře dostupné z hlediska regionálních vzdáleností (hustota sítě), ale vykazují malou časovou dotaci při péči o individuálního pacienta. V některých ambulancích jsou čekací doby v řádech týdnů. Jsou zaznamenány rozdíly v přístupu ambulantních lékařů ve smyslu aktivity a ochoty.

Výrazný nedostatek je v oblasti psychiatrické ambulantní péče pro děti a dorost, lidé se závislostí se též obtížně dostávají do péče psychiatra. Nedostatečná je též kapacita klinicko-psychologické ambulantní péče včetně psychoterapie (ve smyslu péče hrazené zdravotním pojištěním). Čekací doby jsou v řádech měsíců.

Počet léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních na úrovni ČR narůstá, tak jako počet vyšetření. **V KH kraji můžeme sledovat pokles.** V této souvislosti se však nabízí otázka, na níž v tuto chvíli nemáme odpověď, kolik pacientů využívá ambulantní péči mimo území KH kraje. Kapacita ambulantní psychiatrické péče nepostačuje pro poskytování kvalitní a individualizované péče. Dle Analýzy VZP u většiny pacientů byla po propuštění z psychiatrického lůžkového zařízení nutná další ambulantní péče, a to buď trvalá (u téměř 49 % hospitalizací) nebo dočasná (u 28 % hospitalizací). Trvalou ambulantní péči po propuštění nejčastěji potřebovali pacienti, kteří byli léčeni pro schizofrenii, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, a to 66 % z celkového počtu hospitalizací pro tuto diagnózu, a dále pacienti léčeni pro afektivní poruchy (dg. F30–F39; 64 %). Další ústavní léčbu po propuštění vyžadovali pacienti u téměř třetiny případů hospitalizace pro sexuální poruchy a pobytovou sociální službu u téměř pětiny hospitalizací pro dg. mentální postižení.

Deinstitucionalizace psychiatrické péče by měla vést k narovnání tohoto stavu, a to v souvislosti s rozvojem komunitní péče, rozšířením výkonově hrazené ambulantní péče a s **restrukturalizací lůžek ve smyslu snížení lůžek následné péče ve prospěch lůžek akutních.**

Podíváme-li se na situaci financování z pohledu zajištění ambulantní nebo ústavní péče, největší podíl nákladů za psychiatrickou péči nese lůžková péče následná. Systém úhrad přitom motivuje poskytovatele k tomu, aby bylo obsazeno co nejvíce lůžek po co nejdelší čas. Od ledna 2020 **dochází ke změnám v úhradách za péči na lůžkách následné psychiatrické péče,** což v čase pravděpodobně přispěje ke změnám v systému.

Dle provedené Analýzy (MZ ČR) je patrné, že zlepšování kvality života duševně nemocných, které je cílem reformy psychiatrické péče v České republice, bude vyžadovat rovněž revizi modelu financování v rámci systému veřejného zdravotního pojištění. Tento revidovaný model by měl jednak nastavit rovné podmínky pro všechny poskytovatele zdravotní péče a zdravotní pojišťovny, jednak reflektovat rostoucí poptávku po psychiatrické péči a změny ve struktuře poskytovaných zdravotních služeb.

Výrazný nedostatek je v oblasti psychiatrické ambulantní péče pro děti a dorost, lidé se závislostí se též obtížně dostávají do péče psychiatra. Nedostatečná je též kapacita klinicko-psychologické ambulantní péče včetně psychoterapie (ve smyslu péče hrazené zdravotním pojištěním). Čekací doby jsou v řádech měsíců.

Od roku 1997 dochází k postupnému snižování lůžkových kapacit v psychiatrických nemocnicích (léčebnách), z počtu 9781 na počet 8709 v roce 2017. **V dalších letech by se lůžková kapacita v psychiatrických nemocnicích měla nadále snižovat**, a to až o **2/3** do roku 2030 oproti stavu 8 490 lůžek (ke dni 31. 8. 2018).⁵⁹ V souvislosti s procesy transformace PN by v roce 2022 mělo být v PN v ČR 7 732 lůžek.

⁵⁹ Viz NAPDZ, str. 48

6 Oblast sociálních služeb a sociální práce

Celkový počet sociálních služeb v KH kraji není zanedbatelný. Dle registru poskytovatelů sociálních služeb je na území KH kraje poskytováno celkem 305 sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí si je vědomo obecného nastavení registru, proto připravuje jeho revizi, ve smyslu změny okruhu cílových osob a detailnějšího popisu způsobu poskytování sociální služby. Sociální služby, které registr poskytovatelů sociálních služeb uvádí, nemusí být zahrnuty v Síti veřejně podporovaných sociálních služeb 2018-2020 (dále Síť sociálních služeb). V rámci aktuálně platné (tj. k 1. 1. 2020) krajské Sítě sociálních služeb je na území KH kraje podporováno celkem **265 služeb**. Tato síť je koncipována regionálně, jedna služba může obsluhovat více regionů.

V KH kraji se síť podpůrných sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním rozvíjí od roku 2009. Stávající síť je zajišťována 81,54 úvazky (tj. k 1. 1. 2020). Služby nepostačují pokrýt veškeré potřeby obyvatel KH kraje. Někteří lidé žijí v sociální izolaci, případně dlouhodobě či opakovaně využívají služeb psychiatrických nemocnic. Sociální síť se snaží reagovat na nové trendy a potřeby svých klientů, proto usiluje o multidisciplinární spolupráci a rozvoj multidisciplinárních týmů. Cílem je předcházet institucionalizaci a zajistit odpovídající podporu lidem s duševními potížemi v jejich běžném prostředí. Rozvoj služeb je úzce navázán na probíhající reformu psychiatrické péče.

6.1 Terénní a ambulantní služby

Terénní a ambulantní forma podpory lidem s potížemi v oblasti duševního zdraví je zajišťována především prostřednictvím služby **sociální rehabilitace**, a to ve všech okresech Královéhradeckého kraje. Tato tzv. **páteří síť** sociálních služeb je základem pro rozvoj podpory a péče vedoucí k samostatnému a spokojenému životu osob s duševními potížemi, a to v přirozeném prostředí. Toto v KH kraji zajišťují dva poskytovatelé. Ze zjištěného vyplývá, že kapacita služeb je zcela naplněna (ve smyslu intenzivnější míry podpory) a je potřebné kapacity navyšovat. Činnost těchto sociálních služeb je v souladu se záměry RPP, jsou příležitostí a současně zdrojem výchozích kapacit pro personální zajištění sociální složky multidisciplinárních týmů Center duševního zdraví. Od července 2019 jsou v projektu CDZ II zapojeny dva týmy, a to z organizace SOL Trutnov-RIAPS Trutnov a Péče o duševní zdraví, z.s. – Hradec Králové. Obě zmíněné organizace mají registraci pro poskytování sociálních i zdravotních služeb.

Kapacita služby sociální rehabilitace by měla zohlednit celé spektrum potřeb lidí s duševním onemocněním, mimo jiné i potřeby v oblasti pracovního uplatnění (podporovaného zaměstnávání), práce s lidmi s duální diagnózou a terénní podpory v samostatném bydlení. Službu podporovaného zaměstnávání ve dvou okresech KH kraje (Náchod, Rychnov nad Kněžnou) poskytuje Aspekt, z.s., a to pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením.

Přehledová tabulka níže uvádí sociální služby terénní a ambulantní podpory pro lidi s vážným duševním onemocněním (registrované dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zařazené do Sítě sociálních služeb), které nabízí podporu cílové skupině osob s duševním onemocněním.

Tab. č. 40: Síť sociálních služeb ambulantní a terénní podpory pro cílovou skupinou osob s duševní onemocněním – porovnání k roku 2017

Druh služby	Název služby	Poskytovatel	Působnost	Cílová skupina	Stav sítě k 1.7.2017 přímý personál	Stav sítě k 1.7.2019 přímý personál	Stav sítě od 1.1.2020
§ 70 - Sociální rehabilitace	Sociální rehabilitace - středisko Jičín	Péče o duševní zdraví, z.s.	Jici	DUSO MENT	5,50	5,50 (od 1.1.2020 7,50)	7,50
§ 70 - Sociální rehabilitace	KŘESADLO HK - Centrum pomoci lidem s PAS, z.ú.	Křesadlo HK - centrum pomoci lidem s PAS, z. ú.	KHKr	DUSO	1,05	1,45	1,75
§ 70 - Sociální rehabilitace	Sociální rehabilitace - středisko Rychnov nad Kněžnou	Péče o duševní zdraví, z.s.	Nach	DUSO	5,00	5,00	5,00
§ 70 - Sociální rehabilitace	Sociální rehabilitace - středisko Rychnov nad Kněžnou	Péče o duševní zdraví, z.s.	Rych	DUSO	5,50	5,50	5,50
§ 70 - Sociální rehabilitace	Život bez bariér, o. s.	Život bez bariér, z.ú.	NoPa	DUSO MENT TELP	2,50	2,50	2,50
§ 70 - Sociální rehabilitace	Sociální rehabilitace NONA	NONA 92, o.p.s.	NovM	DUSO MENT ZRAK	1,15	1,15	1,15
§ 70 - Sociální rehabilitace	DOMOV NA STŘÍBRNÉM VRCHU	DOMOV NA STŘÍBRNÉM VRCHU	Rych	DUSO	4,30	4,31	4,61
§ 70 - Sociální rehabilitace	Sociální rehabilitace - středisko Hradec Králové	Péče o duševní zdraví, z.s.	HrKr	DUSO	8,50	10,50	10,50
§ 70 - Sociální rehabilitace	Stacionář RIAPS	Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov	Trut	DUSO	6,10	9,00	9,00
§ 70 - Sociální rehabilitace	Sociální rehabilitace Hořice	NAŠE ULITA z.s.	Hori	DUSO NAVL	0,00	3,20	3,2
§ 70 - Sociální rehabilitace	Podporované zaměstnávání	Aspekt, z.s.	Nach	ZDRP	2,0	2,0	2,0
§ 70 - Sociální rehabilitace	Podporované zaměstnávání	Aspekt, z.s.	Rych	ZDRP	2,0	2,0	2,0
§ 70 - Sociální rehabilitace	Tréninkový byt	PFERDA z.ú.	Rych	ZDRP MENT DUSO	0,00	1,35	3,5
§ 43 - Podpora samostatného bydlení	Takový normální život	PFERDA z.ú.	Rych	DUSO MENT	1,50	2,50	2,0
§ 43 - Podpora samostatného bydlení	Takový normální život	PFERDA z.ú.	Nach	DUSO MENT	0,00	0,75	0,75
§ 43 - Podpora samostatného bydlení	Takový normální život	PFERDA z.ú.	Trut	DUSO MENT	0,00	1,50	1,5

§ 43 - Podpora samostatného bydlení	Podporované BYDLENÍ v síti	SKOK do života o.p.s.	HrKr	DUSO MENT	3,00	4,00	4,00
§ 66 - Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	Centrum pro zdravotně postižené Královéhradeckého kraje	Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o. p. s.	HrKr.	DUSO	4,00	4,00	4,00

K začátku roku 2020 bylo v KH kraji formou služby sociální rehabilitace pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním zajišťováno 54,21 úvazků. Služby s uvedením cílové skupiny mentálně postižených a zdravotně postižených jsou primárně zaměřeny na tuto cílovou skupinu, lidé s duševním onemocněním jejich služeb také využívají-částečně.

Podporu lidem s duševním onemocněním poskytují též pečovatelské služby, a to převážně lidem v seniorském věku (k 1. 1. 2020 celkem 360,424 úvazky v KH kraji). Výrazným způsobem mohou podpořit setrvání člověka v jeho prostředí, proto je žádoucí rozšiřovat zaměření pečovatelských služeb i na cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním na potřebné mladší věkové kategorie⁶⁰ a budovat kooperaci s terénními týmy. Pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním jsou též dostupné služby odborného sociálního poradenství.

Důležitou roli v podpoře lidí s duševním onemocněním hraje sociální práce na obcích⁶¹ (důsledné řešení nepříznivé sociální situace), tak jako výkon veřejného opatrovnictví. Pro možnost podpory lidí s duševním onemocněním v přirozeném prostředí je obecně klíčová dostupnost bydlení a zaměstnání, a s tím spojená politika obcí v oblasti zajištění dostupného bydlení a politika v oblasti podpory a rozvoje sociálního podnikání. Obce zpravidla nemají nastavený systém podpory lidí s duševními potížemi v oblasti bydlení, nastavené podmínky (výše kauce, bezdlužnost, trvalé bydliště aj.) limitují přístup k bydlení, tak jako diskriminující postoje k této cílové skupině. Překážky na straně zajištění základní životní potřeby – bydlení – jsou limitem pro možnost poskytování terénní péče. Je tedy potřeba hledat individuální řešení v této souvislosti.

6.2 Pobytové služby

Pobytové služby s různou mírou podpory (chráněné bydlení, DZR) pro lidi s vážným duševním onemocněním produktivního věku pokrývají tři poskytovatelé sociálních služeb. Je zapotřebí zdůraznit, že cílem pobytových sociálních služeb ani lůžkových zdravotních služeb nesmí být řešení neuspokojivé bytové situace a nedostatek finančních prostředků.

Celková kapacita pobytových služeb **DZR** na území KH kraje, určených pro lidi s vyšší mírou podpory z důvodu snížené soběstačnosti v důsledku chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám s různými typy demencí je **536 lůžek**⁶². Převážná většina této lůžkové kapacity je určena pro osoby s duševním onemocněním v seniorském věku, zejména se zacílením na různé typy demencí. Výhradně pro cílovou skupinu osob s vážným duševním onemocněním v produktivním věku je dostupná kapacita 40 lůžek a 49 lůžek pro cílovou skupinu osob závislých.

⁶⁰ Služba za úhradu, limitem bývá přiznání příspěvku na péči.

⁶¹ Sociální práce je vykonávána na úrovni obcí s rozšířenou působností a na území obcí s pověřeným obecním úřadem.

⁶² K 1.1.2020

Poskytovatel služeb pro vážně duševně nemocné z okruhu SMI je **Domov na Stříbrném vrchu** (příspěvková organizace KH kraje), se zmíněnou kapacitou **40 lůžek**. Tato služba sociální péče prochází obdobím transformace, jejímž cílem je nejen zajistit co nejvyšší možnou míru soukromí (maximálně 2 lidé na pokoji), ale především zajistit možnost nižší míry podpory v bydlení, vyšší prostupnost služeb směrem k životu v komunitě. V této souvislosti je organizací rozvíjena služba chráněného bydlení.

Služby **chráněné bydlení**, které cílí na potřebu nižší míry podpory v KH kraji pro cílovou skupinu osob s vážným duševním onemocněním zajišťuje:

- Domov na Stříbrném vrchu – kapacita 8 míst (Rychnov nad Kněžnou, Rokytnice v Orlických horách) – primárně návazná služba pro uživatele DZR Domov na Stříbrném vrchu k podpoře přechodu do přirozeného prostředí,
- Sociální služby města Jičína – kapacita 11 míst (Jičín),

s celkovou kapacitou **19 lůžek**, v běžné zástavbě. Celková lůžková kapacita všech poskytovatelů služby chráněného bydlení je k lednu 2020 **169 lůžek**. Většina je určena pro cílovou skupinu osob s mentálním postižením, 2 lůžka pro osoby zdravotně postižené (roztroušená skleróza). Dle registru poskytovatelů sociálních služeb má na území KH kraje registrovanou sociální službu chráněného bydlení 11 organizací. Jako cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním má uvedenu také Domov Dědina, a to pro osoby s poruchami autistického spektra – Aspergerův syndrom (fakticky pro středisko v Novém Městě nad Metují).

V Hradci Králové je dostupné **tréninkové bydlení** ve čtyřech bytech v běžné zástavbě. Ve třech bytech s kapacitou 8 míst je poskytována služba s nízkou mírou podpory, střední míra podpory (6 hodin denně) je poskytována v jednom tzv. rehabilitačním bytě s kapacitou 4 místa. Na rozdíl od služby chráněné bydlení je tato limitována délkou maximálního pobytu 3 let. Tato služba je vykazována pod druhem služby sociální rehabilitace.

Tři služby nabízí tréninkové/cvičné byty, bez možnosti bydlení:

- Sociální služby města Jičína – 1 byt pro nácvik a trénování dovedností.
- Pferda, z.ú.: pronajímají si 1 byt od města – byt pro nácvik a trénování dovedností (v současné době více využívají lidé s mentálním postižením).
- Domov na Stříbrném vrchu – tréninkový byt 2+1 (v rámci sociální rehabilitace).

Osoby s duševním onemocněním patří též mezi cílovou skupinu osob bez domova a v této souvislosti využívají služeb azylových domů, denních center a nocleháren.

Na území Královéhradeckého kraje je celkem pět poskytovatelů služby **azylového domu**. V Hradci Králové, službu azylového domu poskytuje Oblastní charita Hradec Králové – Dům Matky Terezy HK s kapacitou 32 lůžek (6,8 úvazku) a ve Dvoře Králové nad Labem službu poskytuje Pečovatelská služba Města Dvůr Králové nad Labem – Dům Žofie s kapacitou 11 lůžek (2,5 úvazku). V azylových domech je celkem k dispozici **43 lůžek** pro dospělé z území celého kraje.

Čtyři poskytovatelé realizují službu **azylového domu pro matky/otce s dětmi**. V Jičíně službu azylového domu poskytují Sociální služby města Jičína s kapacitou 14 lůžek (5,85 úvazku), v Trutnově službu poskytuje Most k životu Trutnov s kapacitou 32 lůžek (6,0 úvazku), v Náchodě službu poskytuje Farní charita Náchod – SV. ANNA Domov pro matky s dětmi Náchod s kapacitou 72 lůžek (7,0 úvazku), přičemž 22 lůžek je určeno pro matky a 50 pro děti. V Hradci Králové službu poskytuje Oblastní charita Hradec Králové – Domov pro matky s dětmi Hradec Králové s kapacitou **64 lůžek** (15,96 úvazku)⁶³.

⁶³ Údaje platné k 1.1.2020

Noclehárny jsou v kraji zřizovány poskytovateli sociální služby azylového domu pro dospělé osoby, tedy v Jičíně (6 lůžek), v Hradci Králové (67 lůžek) a ve Dvoře Králové nad Labem (7 lůžek). V Královéhradeckém kraji je pro lidi bez přístřeší kapacita 80 lůžek v noclehárnách.

Je žádoucí, aby byla primárně rozvíjena flexibilní podpora zajištění potřeb v domácím prostředí. Terénní podpora spadá do kompetencí týmů sociální rehabilitace a multidisciplinárních týmů CDZ. V KH kraji je přítomna potřeba dostupného bydlení, které bude odpovídat finanční situaci osob s duševními potížemi, kteří mají často nízké příjmy. Při volbě typu služby je potřebné zohlednit souvislost, že pro tuto cílovou skupinu je téměř nedostupné čerpání příspěvku na péči ze systému sociálního zabezpečení.

6.3 Financování sociálních služeb péče o duševní zdraví

Níže uvedená data jsou získána ve spolupráci s odborem sociálních věcí KÚ KH kraje.

Tab. č. 41: Výše finančních prostředků na podporu činnosti služeb péče o duševní zdraví v KH kraji

	Dotace KHK	Příspěvek na provoz PO KHK	KHK z rozpočtu MPSV	Individuální projekt	Evropské fondy	Obce PO2	Státní rozpočet – ostatní / ostatní veřejné	Celkem
Centrum pro integraci osob se zdrav. post. KHK o.p.s./ §66 – SAS pro seniory a osoby se zdravotním postižením								
Rok 2018	-	-	2 107 672	-	-	428 000	-	2 535 672,-
Rok 2019	136 636	-	2 208 380	-	-	300 000	-	2 645 0116,-
Rok 2020	-	-	2 453 030	-	-	428 000	-	2 881 030,-
DOMOV NA STŘÍBRNÉM VRCHU / §50 – Domovy se zvláštním režimem								
Rok 2018	-	6 704 285	13 648 697	-	1 028 444	-	-	21 381 399,-
Rok 2019	-	6 931 748	13 910 117	-	1 213 478	-	-	22 055 343,-
Rok 2020	-	7 418 071	15 058 470	-	-	-	-	22 476 541,-
DOMOV NA STŘÍBRNÉM VRCHU / §51 – Chráněné bydlení								
Rok 2018	-	433 318	598 170	-	56 353	-	-	1 087 841,-
Rok 2019	-	767 219	907 690	-	112 716	-	-	1 787 625,-
Rok 2020	-	834 724	1 090 180	-	-	-	-	1 090 180,-
DOMOV NA STŘÍBRNÉM VRCHU / §70 – Sociální rehabilitace								
Rok 2018	-	983 742	624 140	1 141 136	130 235	-	-	2 879 253,-
Rok 2019	-	1 184 387	-	2 393 172	202 466	-	-	3 780 025,-
Rok 2020	-	1 378 304	150 000	2 511 960	-	-	-	4 040 264,-
NAŠE ULITA z.s. / §70 – Sociální rehabilitace								
Rok 2018	-	-	-	-	310 033	50 000	-	360 033,-
Rok 2019	150 000	-	465 100	-	856 252	50 000	-	1 521 352,-
Rok 2020	-	-	1 464 826	-	623 790	50 000	-	2 521 352,-

Plán sítě služeb v péči o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2021–2030 / analytická část

Péče o duševní zdraví z.s. - Jičín / §70 – Sociální rehabilitace								
Rok 2018	6 240	-	554 760	4 344 512	41 974	90 000	-	5 037 486,-
Rok 2019	-	-	2 508 240	2 172 273	173 277	215 000	-	5 068 790,-
Rok 2020	-	-	-	5 370 630	-	215 000	-	5 585 630,-
Péče o duševní zdraví z.s. – Rychnov nad Kněžnou / §70 – Sociální rehabilitace								
Rok 2018	1 090 000	-	-	6 184 936	119 256	201 800	-	7 595 992,-
Rok 2019	970 550	-	-	6 197 056	184 627	235 000	- / 98 000	7 685 233,-
Rok 2020	-	-	1 595 400	6 001 592	-	235 000	-	7 831 992,-
Péče o duševní zdraví z.s. – Hradec Králové / §70 – Sociální rehabilitace								
Rok 2018	740 000	-	-	5 006 856	60 381	250 000	-	6 057 237,-
Rok 2019	450 000	-	2 713 420	2 503 432	193 000	360 000	1 788 066	8 007 918,-
Rok 2020	-	-	4 660 760	-	-	450 000	3 578 225	8 688 985,-
Sdružení ozdravoven léčeben okresu Trutnov / §70 – Sociální rehabilitace								
Rok 2018	-	1 000 588	1 424 000	2 820 564	-	90 000	-	5 335 152,-
Rok 2019	-	876 589	2 766 100	1 410 292	-	101 900	1 500 000	6 654 880,-
Rok 2020	-	876 589	3 000 000	-	-	101 900	3 900 000	7 878 489,-
Sociální služby města Jičína / §51 – Chráněné bydlení								
Rok 2018	-	-	1 805 000	-	-	118 200	-	1 923 200,-
Rok 2019	-	-	1 909 423	-	-	113 447	-	2 022 870,-
Rok 2020	-	-	2 018 610	-	-	118 200	-	2 022 870,-
	Dotace KHK	Příspěvek na provoz PO KHK	KHK z rozpočtu MPSV	Individuální projekt	Evropské fondy	Obce PO2	Státní rozpočet – ostatní / ostatní veřejné	Celkem
Celkem rok 2018	1 836 240	9 121 933	20 762 439	19 498 004	1 746 676	1 228 000	-	54 193 292
Celkem rok 2019	1 707 186	9 759 942	27 388 470	14 676 225	2 935 816	1 375 347	3 288 066 / 98 000	61 131 052 / 61 229 052
Celkem rok 2020	0,-	10 507 688	31 491 276	13 884 182	623 790	1 598 100	7 478 225	65 583 261

Finanční prostředky investované do oblasti sociálních služeb pro duševně nemocné meziročně stoupají. Tabulka níže abstrahuje výše uvedené údaje.

Tab. č. 42: Finanční zdroje na zajištění služeb pro duševně nemocné dle donátorů

	Rok 2018	Rok 2019	Rok 2020
Dotace KH kraj	51 218 616	53 531 823	55 883 146
Dotace KH kraj bez zdrojů z IP	31 720 612	38 855 598	41 998 964
Obce	1 228 000	1 375 347	1 598 100
EU + MZ + projekty poskytovatelů	1 746 677	6 623 882	8 102 015

Z projektu CDZ II je v roce 2020 financováno 9,25 úvazků sociální rehabilitace, od 1. 11. 2020 bude financováno 10,5 úvazků. Možnost financování ke konci roku 2020 končí.

6.4 Shrnutí

Páteřní síť sociálních služeb pro lidi s SMI je v KH kraji rovnoměrně rozložená, avšak personální zajištění pro intenzivní práci není zajištěno v rovině časové dotace na klienta s potřebou vyšší míry podpory, ani širí dostupných odborností. Terénní týmy sociální rehabilitace a CDZ v pilotu podporovali v roce 2019 cca 700 osob s potížemi v oblasti duševního zdraví.

Podporu osobám s duševním onemocněním nabízí nejen specializované služby, ale také sociální pracovníci obcí, opatrovníci, některé z dalších sociálních služeb (zejména pečovatelské), neformální pečovatelé a jejich přátelé. Při řešení situace je nezbytná multidisciplinární spolupráce více subjektů, proto páteřní sociální služby usilují o multidisciplinární spolupráci s mnoha subjekty a o rozvoj zdravotně sociální služby s cílem mj. podpořit zachování přirozených vazeb lidí, kterým do života vstoupilo duševní onemocnění. Tato situace se zlepšuje v rámci pilotního provozu CDZ v Hradci Králové a v Trutnově.

Komunitní týmy jsou z velké části pouze sociální, ve službách chybí dostatečná zdravotní péče proto, aby bylo zajištěno lepší zvládnutí dekompenzací zdravotního stavu. V případě krizí se proto nemocní často obracují na psychiatrická lůžka. Sociální pracovníci týmů duševního zdraví se snaží využívat dostupných zdrojů podpory, síťují spolupracující subjekty v oblasti zdraví, bydlení, práce, volného času, vzdělávání apod. Tento způsob práce je základní premisou pro poskytování kvalitní práce. Tato jejich práce je podstatným zdrojem informací o možnostech podpory v daném místě a čase. S ohledem na potřeby klientů je důležité nejen provazovat dostupné zdroje podpory, ale i postupně navyšovat počty pracovníků, sociálních i zdravotních, kteří podpoří lidi přímo v místě bydliště. Současné personální zajištění neumožňuje ve větší míře intenzivnější podporu v místě bydliště.

Nevíme o skryté poptávce, možnost individuálního plánování se nedostává ve správný okamžik ke všem potřebným lidem, což je výsledkem nedostatečné koordinace služeb. Jsou zaznamenány příklady dobré praxe, na kterých můžeme dále stavět.

Má-li být zajištěna víceúrovňová péče o člověka s duševními potížemi, musí být sociální služby časem i místem dostupné, schopny zajistit naplnění opodstatněných potřeb a být rovnocennými partnery v komunikaci s těmi, kteří mohou ke zkvalitnění života duševně nemocných přispět.

7 Přípravenost sítě služeb na rozvoj center duševního zdraví

Reforma psychiatrické péče přibližuje zdravotní a sociální služby, jejichž fokus je na cílovou skupinou osob s duševním onemocněním a v této souvislosti zavádí CDZ, jako službu na zdravotně sociálním pomezí, tak jako postupně pilotuje multidisciplinární týmy pro další cílové skupiny. Multidisciplinární týmy by se do budoucna měly stát tzv. uzlovým bodem poskytované péče jednotlivým cílovým skupinám.

Myšlenku rozvoje CDZ pro vážně duševně nemocné realizují v KH kraji dvě organizace. Tyto se zapojily do pilotního projektu CDZ II a realizují jej v Trutnově (SOL Trutnov – RIAPS Trutnov) a v Hradci Králové (Péče o duševní zdraví, z.s.). V souvislosti se spádovou odpovědností a s ohledem na velikost KH kraje je potřebné zajištění CDZ v každém okrese. V každém okrese jsou týmy sociální rehabilitace, které jsou připraveny vyrůst v multidisciplinární týmy – v CDZ.

Jako téměř v celé ČR je nejohroženější situace stran zajištění lékařů L3 a klinických psychologů, v KH kraji též psychiatrických sester⁶⁴. Jako obtížné se ukazuje naplnění výše požadovaných úvazků – úvazky rozdrobené mezi vícero lidí znamenají složitější komunikaci a efektivitu práce v praxi.

Podíváme-li se na situaci čistě z pohledu čísel a s odkazem na aktuálně platný standard CDZ, můžeme si namodelovat potřeby zajištění personální kapacity v KH kraji následovně:

Tab. č. 43: Přepočtová tabulka na počet obyvatel okresů v KH kraji, potřeby personálního zajištění CDZ

Počet obyvatel v okresech ⁶⁵		Přepočet úvazků pro 9 /100 000 soc. prac. a zdrav. sestra v CDZ	Přepočet úvazků pro 7 / 100 000 soc. prac. a zdrav. sestra v CDZ ⁶⁶	Počet úv. lékař 1,5 / 100 000 ⁶⁷	Počet úv. lékař 0,5 / 100 000 ⁶⁸	Počet úv. psycholog 1/ 100 000 ⁶⁹	Počet úv. psycholog 0,5 / 100 000 ⁷⁰
HK	164 283	14,7	11,5	2,45	0,82	1,64	0,82
JI	80 045	7	5,6	1,2	0,4	0,8	0,4
TU	117 978	10,63	8,2	1,8	0,6	1,2	0,6
NA	109 958	9	7,7	1,7	0,6	1,1	0,6
RK	79 383	7	5,5	1,2	0,4	0,8	0,4

7.1 Okres Hradec Králové

- Poskytovatel multidisciplinárního týmu - Péče o duševní zdraví, z.s.
- Od července 2019 pilot CDZ II a s tím spojené personální kapacity dle požadavků projektu; ostrý provoz od ledna 2021.
- Při zachování stávajících personálních kritérií a při zachování velikosti spádu CZD pro okres bude nutné doplnit do:

⁶⁴ Např. PNH B celkem cca 145 zdravotních sester s psychiatrickou specializací

⁶⁵ Počet obyvatel v regionech soudržnosti, krajích a okresech České republiky k 1. 1. 2020 [online]. Český statistický úřad, 2020-04-30 [cit. 2020-05-04].

⁶⁶ Do tří let od vzniku CDZ (4/4 při vzniku CDZ)

⁶⁷ Do tří let od vzniku CDZ

⁶⁸ Nepodkročitelné minimum; podmínka denní přítomnosti

⁶⁹ Do tří let od vzniku CDZ

⁷⁰ Nepodkročitelné minimum; podmínka denní přítomnosti

- a) minimální varianty -> o 1 úvazek sociálního pracovníka⁷¹; 6,5 úvazku zdravotních sester⁷²
- b) optimální varianty -> o 4, 2 úvazku sociálního pracovníka; 9 úvazku zdravotních sester
- Praxe ukazuje, že pokud je jedno CZD na více než 100 000 obyvatel, je vhodné personál sociálních pracovníků a zdravotních sester rozdělit ve smyslu rozdělení do dvou spádových oblastí / týmů.

Tab. č. 44: Úvazky – Péče o duševní zdraví, z.s. – pobočka Hradec Králové

Celkem	SP	PSS	ZS všeobecná	ZS psych.	Psy klinický	Psy ve zdrav.	Lékař L3	Lékař kmen	Počet osob v podpoře ⁷³	Délka existence týmu
16,5	10,5	0	3	1	0,6	0,4	1	0	137	13 let

Vysvětlivky: SP = sociální pracovník, PSS = pracovník v sociálních službách, ZS = zdravotní sestra, psych. = psychiatrická, Psy = psycholog

7.2 Okres Jičín

- Poskytovatel týmu – sociální rehabilitace - Péče o duševní zdraví, z.s.
- Velká připravenost pro vznik CDZ co do zajištění soc. pracovníky, tak i spoluprací s psychiatrickým oddělením nemocnice v Jičíně. Tým bude nutné doplnit při zachování stávajících personálních kritérií do:
 - a) minimální varianty -> o 0 úvazku sociálních pracovníků⁷⁴; 5,6 úvazku zdravotních sester; 0,4 úvazku psychiatr a 0,4 úvazku psycholog
 - b) optimální varianty -> o 0 úvazku sociálních pracovníků; 7 úvazku zdravotních sester; 1,2 úvazku psychiatr a 0,8 úvazku psycholog
- S ohledem na velikost a dostupnost míst v okrese Jičín může být počítáno s jedním týmem CDZ.
- Připravenost města Jičín – rekonstrukce budovy pro služby CDZ.

Tab. č. 45: Úvazky – Péče o duševní zdraví, z.s. – pobočka Jičín

Celkem	SP	PSS	ZS všeobecná	ZS psych.	Psy klinický	Psy ve zdrav.	Lékař L3	Lékař kmen	Počet uživatelů v podpoře ⁷⁵	Délka existence týmu
7,5	7,5	0	0	0	0	0	0	0	97	11 let

Vysvětlivky: SP = sociální pracovník, PSS = pracovník v sociálních službách, ZS = zdravotní sestra, psych. = psychiatrická, Psy = psycholog

⁷¹ K lednu 2020 stav sítě 10,5 úvazku sociálních pracovníků.

⁷² Minimálně 2/3 úvazku zdravotní sestra se specializací psychiatrická sestra.

⁷³ Údaj ve vztahu k počtu uživatelů v podpoře nevypovídá o celkovém počtu klientů, kteří s organizací spolupracují a jimž jsou poskytovány služby sociální rehabilitace. Celkový zjištěný počet osob v podpoře v roce 2019 bylo 189 osob (sociální rehabilitace + CDZ).

⁷⁴ K lednu 2020 stav sítě 7,5 úvazku sociálních pracovníků.

⁷⁵ Údaj ve vztahu k počtu uživatelů v podpoře nevypovídá o celkovém počtu klientů, kteří s organizací spolupracují a jimž jsou poskytovány služby sociální rehabilitace. Celkový zjištěný počet osob v podpoře v roce 2019 bylo 118 osob.

7.3 Okres Trutnov

- Poskytovatel multidisciplinárního týmu – SOL Trutnov, RIAPS Trutnov (příspěvková organizace kraje).
- Od července 2019 pilot CDZ II + projekt IROP č. 54 - CDZ – personální kapacity dle požadavků projektu; ostrý provoz od ledna 2021.
- Při zachování stávajících personálních kritérií a při zachování velikosti spádu CDZ bude nutné doplnit do:
 - a) minimální varianty -> o 0 úvazku sociálního pracovníka⁷⁶; 3,2 úvazku zdravotní sestry
 - b) optimální varianty -> o 1,6 úvazku sociálního pracovníka; 5,6 úvazku zdravotní sestry
- Provoz CDZ jde nyní na úkor provozu ambulancí RIAPS, kde jsou čerpány personální kapacity a snahy situaci změnit jsou zatím neúspěšné.
- Nevýhoda vzdálenosti od kolegů na odděleních např. na DPP a naprosto finanční nelukrativnost ve vztahu k možnosti finančního zisku v soukromé ambulanci. Aktuální rezerva v jedné sestře, 3 sestry ve vzdělávání.

Tab. č. 46: Úvazky – SOL Trutnov – RIAPS Trutnov

Celkem	SP	PSS	ZS všeobecná	ZS psych.	Psy klinický	Psy ve zdrav.	Lékař L3	Lékař kmen	Počet uživatelů v podpoře ⁷⁷	Délka existence týmu
15	8,5	0,5	2	2	0,5	0,5	1	0	102	9 let

Vysvětlivky: SP = sociální pracovník, PSS = pracovník v sociálních službách, ZS = zdravotní sestra, psych. = psychiatrická, Psy = psycholog

7.4 Okres Náchod

- Poskytovatel týmu – sociální rehabilitace - Péče o duševní zdraví, z.s
- Historicky nejmladší tým v kraji, přesto již s letitou praxí a dynamickým rozvojem (s ohledem na velikost okresu). Potřeba více rozvinout spolupráci s akutním psychiatrickým oddělením v Novém městě nad Metují.
- Při zachování stávajících personálních kritérií bude nutné tým doplnit do:
 - a) minimální varianty -> o 2,1 úvazku sociálního pracovníka⁷⁸; 7,7 úvazku zdravotních sester; 0,6 psychiatra; 0,6 psychologa
 - b) maximální varianty -> o 3,5 úvazku soc. pracovníka; 9 úvazku zdravotních sester; 1,7 úvazku psychiatra; 1,1 úvazku psychologa
- S podporou KÚ plánován nárůst personální kapacity sociálních pracovníků.
- Rýsuje se spolupráce s psychiatrem a psychologem.

⁷⁶ K lednu 2020 stav sítě 9,0 úvazku soc. pracovníků.

⁷⁷ Údaj ve vztahu k počtu uživatelů v podpoře nevypovídá o celkovém počtu klientů, kteří s organizací spolupracují a jimž jsou poskytovány služby sociální rehabilitace.

⁷⁸ K lednu 2020 stav sítě 5,5 úvazku sociálních pracovníků.

Tab. č. 47: Úvazky – Péče o duševní zdraví, z.s. – pobočka Náchod

Celkem	SP	PSS	ZS všeobecná	ZS psych.	Psy klinický	Psy ve zdrav.	Lékař L3	Lékař kmen	Počet uživatelů v podpoře ⁷⁹	Délka existence týmu
5,5	5,5	0	0	0	0	0	0	0	55	6 let

Vysvětlivky: SP = sociální pracovník, PSS = pracovník v sociálních službách, ZS = zdravotní sestra, psych. = psychiatrická, Psy = psycholog

7.5 Okres Rychnov nad Kněžnou

- Poskytovatel týmu – sociální rehabilitace - Péče o duševní zdraví, z.s.
- Při zachování stávajících personálních kritérií bude nutné doplnit do:
 - a) minimální varianty -> o 0 úvazku sociálního pracovníka; 5,5 úvazku zdravotních sester; úvazku 0,4 psychiatra; 0,4 úvazku psychologa
 - b) optimální varianty - > o 1,5 úvazku sociálního pracovníka; 7 úvazku zdravotních sester; 1,2 úvazku psychiatra; 0,8 úvazku psychologa
- Současná praxe nyní ukazuje dostatečnou kapacitu co do vytíženosti sociálních pracovníků.
- Spolupráce s dalšími subjekty pro vytvoření multidisciplinárního týmu.

Tab. č. 48: Úvazky – Péče o duševní zdraví, z.s. – pobočka Rychnov nad Kněžnou

Celkem	SP	PSS	ZS všeobecná	ZS psych.	Psy klinický	Psy ve zdrav.	Lékař L3	Lékař kmen	Počet uživatelů v podpoře ⁸⁰	Délka existence týmu
5,5	5,5	0	0	0	0	0	0	0	47	11 let

Vysvětlivky: SP = sociální pracovník, PSS = pracovník v sociálních službách, ZS = zdravotní sestra, psych. = psychiatrická, Psy = psycholog

⁷⁹ Údaj ve vztahu k počtu uživatelů v podpoře nevypovídá o celkovém počtu klientů, kteří s organizací spolupracují a jimž jsou poskytovány služby soc. rehabilitace. Celkový zjištěný počet osob v podpoře v roce 2019 bylo 141 osob.

⁸⁰ Údaj ve vztahu k počtu uživatelů v podpoře nevypovídá o celkovém počtu klientů, kteří s organizací spolupracují a jimž jsou poskytovány služby soc. rehabilitace. Celkový zjištěný počet osob v podpoře v roce 2019 bylo 78 osob.

8 Předpoklady pro návrat hospitalizovaných do komunity

Na proces návratu hospitalizovaných z psychiatrických nemocnic nahlížíme z pohledu dvou rovin. Z roviny lidí, kteří jsou v PN hospitalizováni krátkodobě, tedy do půl roku a z roviny dlouhodobé hospitalizace, tedy hospitalizace nad půl roku. Předpokládáme, že stávající týmy, které poskytují formu terénní sociální rehabilitace zaměřenou na cílovou skupinu lidí s vážným duševním onemocněním a nově vzniklé týmy CDZ, budou intenzivně zapojeni do procesu podpory pro hospitalizované v psychiatrických nemocnicích, se kterými jsou již v různé míře v kontaktu. Postupem času bude více cíleno i na další cílové skupiny.

Definovali jsme **čtyři základní předpoklady pro úspěšnou integraci** lidí s vážným duševním onemocněním:

- a) Posílení personální kapacity stávajících týmů, poskytující terénní a ambulantní formu služby sociální rehabilitace a rozvoj služby CDZ.
- b) Kvalitní spolupráce v síti potřebných služeb, spolupráce meziresortní.
- c) Posílení a rozvoj spolupráce komunitních týmů a spádem obvyklých psychiatrických nemocnic
- d) Dostupnost bydlení.

Limitem pro úspěšný přechod do komunity může být také fakt, že nemocniční prostředí svým charakterem neumožňuje rozvoj potřebných dovedností pro běžný život a nepodporuje hospitalizované směrem k soběstačnosti. Čím delší je hospitalizace, tím se míra schopností potřebných pro samostatný život může snižovat. Ze spolupráce komunitních služeb a PN se ukazuje, že adaptace na nemocniční prostředí u některých hospitalizovaných je tak výrazná, že tito nechtějí stávající stav změnit.

Add a) U pacientů z cílové skupiny SMI předpokládáme koordinační roli stávajících terénních týmů sociální rehabilitace či CDZ, u dalších diagnostických skupin musíme vyjednávat, kdo bude průchod potřebným systémem koordinovat. Kapacity stávajících týmů je potřebné opakovaně ověřovat, a to s ohledem na jejich rozvoj a potřebné kapacity pro možnost vyšší míry podpory.

Add b) Počet krátkodobých hospitalizací ukazuje na potřebu zintenzivnit komunikaci mezi prvky systému. Musíme se zabývat otázkou navýšování možnosti akutní hospitalizace, multidisciplinární spolupráce, možnostmi (personálními, znalostními) terénních týmů, zvyšováním efektivity komunikace mezi zainteresovanými subjekty v péči o pacienta. Předpokládáme intenzivní komunikaci s úřadem (odborem sociálních věcí) dle místa trvalého bydliště pacienta.

Spolupráce komunitních služeb a lůžkových psychiatrických zařízení v kraji je nutná, nicméně toto opatření nebude mít přímý efekt na skupinu již dlouhodobě hospitalizovaných. Jejich spolupráce by měla mít vliv na to, aby se na následná lůžka v PN nedostávali duševně nemocní jen proto, že se lůžkové oddělení není schopno efektivně domluvit s komunitní službou.

Add c) Je nezbytný rozvoj spolupráce a kazuistických setkávání s cílem detailního zmapování situace a potřeb kolem dlouhodobě hospitalizovaných. Je žádoucí, aby byly popsány žádoucí, závazná a nějakým způsobem vymahatelná pravidla a postupy spolupráce. Je nutné, aby existoval jeden společný plán přípravy na propuštění z PN a následných kroků podpory. PN by se měla naučit používat nástrojů individuálního plánování a komunitní služby se musí naučit na něm participovat. Z principu by tedy plánování měla organizovat PN, kde nyní člověk je a při jeho tvoření spolupracovat s terénním týmem (s ohledem na spád). Plánování se musí díť s účastí pacienta/klienta.

Postup spolupráce:

Na základě uvedeného trvalého bydliště bude zahájena užší spolupráce se současnými terénními týmy duševního zdraví⁸¹. Do spolupráce by měly být zapojeny všechny služby, které jsou relevantní pro zajištění péče o daného člověka. Předpokládáme systémové nastavení spolupráce mezi jednotlivými odděleními, které bude obsahovat zejména⁸²:

- > Sdílený systém posuzování potřebnosti pacientů/klientů, respektive identifikaci jejich potřeb a zvažování indikace k zařazení do komunitní služby.
- > Sdílený, případně společně vytvářený plán zotavení pacienta/klienta i jeho vyhodnocování a aktualizace.
- > Domluvený obsah a způsob informování pacienta/klienta.
- > Motivování pacienta/klienta pro zajištění kontinuity péče napříč službami.
- > Nastavení způsobu a četnosti setkávání (pracovníci oddělení – pracovníci komunitní služby, pacient/klient – komunitní služba). Při prvním setkání mezi pacientem/klientem a pracovníkem komunitní služby je přítomen pracovník oddělení (klíčový pracovník oddělení).
- > Koordinované a plánované propouštění pacientů ve spolupráci s týmem oddělení i komunitní službou, se zajištěním předání potřebných informací do komunitní služby a do péče psychiatrické ambulance.
- > Společné hodnocení průběhu integračního procesu.

Je-li kapacita sociální služby naplněna, pracuje se po uvolnění kapacity.

Vždy by měla probíhat intenzivní komunikace též s úřadem (odborem sociálních věcí) dle místa bydliště pacienta/klienta.

Paralelně předpokládáme nastavení úzké spolupráce komunitních týmů s odděleními, kde jsou lidé hospitalizováni krátkodobě, resp. kratší dobu než 6 měsíců tak, aby docházelo k co nejrychlejšímu propouštění a omezilo se prodlužování hospitalizace. K modelaci této spolupráce bude docházet v roce 2020. Výraznou podporou by v tomto ohledu měla být aktivita v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné – Kvalita péče.

Zjištěné poznatky o limitech při zajišťování potřeb ve stávající síti služeb budou komunikovány s KÚ KH kraje a podkladem pro rozvoj a vznik nových služeb.

Add d) Ve vztahu k potřebám bydlení je vždy nutné analyzovat možnosti zajištění odpovídající potřeby. Jsou-li zjištěny bariéry v oblasti zajištění bydlení, je vždy potřebné vstoupit do komunikace se soc. odborem příslušného města/obce a řešit zapojení/zdroje podpory v oblasti zajištění bydlení na obecní úrovni. Vždy se musíme opírat o zjištěné potřeby aktuálně hospitalizovaných, tak jako analyzovat možnosti ve vztahu s bydlením.

- Kolik z dlouhodobě hospitalizovaných nějakou formu bydlení má, mohlo by se tam vrátit, jen by potřebovali větší podporu, aby to zvládali (viz bod A.).
- U těch, kteří nemají bydlení, a nemají se kam vrátit, by bylo potřeba zjistit jejich finanční možnosti – kolik může dosáhnout na nějakou formu nájemního bydlení, kolik ne a dále analyzovat předpokládanou míru podpory.
- Kolik hospitalizovaných bude potřebovat celodenní podporu, minimálně po nějakou dobu

⁸¹ Spolupráce může být modelována nejdříve s vytipovaným oddělením následné péče a za spolupráce metodika multidisciplinární spolupráce a manažera kvality bude model aplikován na další oddělení.

⁸² V tomto procesu by měla být nápomocna aktivita RPP - manažerů kvality.

(nestačí pouze holé konstatování potřeby, zásadní je jejich popis -> v jakých oblastech, proč, intenzita, frekvence apod.).

- Kolik hospitalizovaných by celodenní podporu nepotřebovalo.

Z těchto informací můžeme následně usuzovat, kolik a kde potřebujeme jakých služeb pro oblast bydlení, případně kolik ubytovacích kapacit pro nízkopříjmové klienty (což je aspekt zatím chybějícího sociálního bydlení).

8.1 Proces integrace

Je nutné zajistit, aby proces integrace hospitalizovaných byl pro člověka bezpečný, proto je předpokladem kvalitní a srozumitelná komunikace o jeho přáních a potřebách, s cílem rozvoje informovanosti, možnostech změny stávajících postojů a názorů. Změny v kvalitě, intenzitě a ochotě ke spolupráci musí být též napříč celým systémem péče, která se kolem konkrétního člověka pohybuje, který dotyčný využívá, potřebuje.

Za klíčové považujeme, aby existoval jeden společný plán přípravy na propuštění z PN a plán následných kroků podpory. PN by se měla naučit používat nástrojů individuálního plánování a komunitní služby se musí naučit na něm participovat. Z principu by tedy plánování měla organizovat PN, kde nyní člověk je a při jeho tvoření spolupracovat s terénním týmem (s ohledem na spád) a dalšími, pro řešení situace potřebnými zdroji podpory. Postup plánování se musí dít s účastí pacienta/klienta. Je žádoucí, aby byla popsána potřebná, závazná a nějakým způsobem vymahatelná pravidla a postupy spolupráce. Do spolupráce by měly být zapojeny všechny služby, které jsou relevantní pro zajištění péče o daného člověka.

Postupem času se v praxi potvrzuje důležitost kvalitní spolupráce v rámci celé sítě podpory, od práce v PN, soc. pracovníků obcí, pracovníků odboru sociálního KÚ, sociálních služeb a dalších. Na základě zkušeností inicioval regionální konzultant, společně s odpovědnými pracovníky odboru sociálního KÚ, setkání se spádovými psychiatrickými nemocnicemi, s cílem společné diskuse nad zajištěním potřebného, jako předpokladu pro úspěšnou deinstitucionalizaci pacientů, vyjasnění aktuálních zvyklostí/postupů, rolí, kompetencí a definování potřebných změn v rovině spolupráce i v rovině rozvoje služeb. Setkání nedošlo očekávaného naplnění, proto jej bude nutné opakovat, případně co nejintenzivněji využít stávající projektovou aktivitu projektu Deinstitucionalizace „kvalita péče⁸³“ a projekt Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu. Míra spolupráce všech zúčastněných na podpoře bude pro realizaci různých typů řešení rozhodující. Je-li zjištěna potřeba v oblasti bydlení, je odůvodněné / nezbytné zajištění intenzivní komunikace též s úřadem (odborem sociálních věcí), gestorem sociální oblasti a starostou dle místa bydliště pacienta. Některé z projektových aktivit projektu Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné podpoří vznik metodického nástroje k práci.

Je nezbytné zacílit na jednotlivé potřeby pacientů/klientů (ze všech diagnostických skupin), pro které se nedaří v systému, bez zapojení Krajského úřadu KHK, nalézt vhodnou podporu na území kraje a nejlépe v místě, odkud člověk pochází. Zjištěné poznatky o limitech při zajišťování potřeb ve stávající síti služeb musí být komunikovány s KÚ KHK a dotčenými obcemi a mají sloužit jako relevantní podklad pro rozvoj a vznik nových služeb na území kraje.

⁸³ Projekt Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné, aktivita KA 2: Kvalita péče

Obecně jsou platné strategické oblasti, definované ve Strategii rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním

- a) Posílení spolupráce
- b) Nastavení systémových opatření
- c) Zajištění vzdělávacích aktivit
- d) Zvyšování povědomí o právu na život v komunitě
- e) Zajištění dostupnosti služeb

9 Metodika hodnocení pacientů dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích – výstupy ke Královéhradeckému kraji

Národní ústav pro duševní zdraví zpracoval výstupy ze škálování ve všech psychiatrických nemocnicích ČR (květen 2019), a to dle cenzu k 30. 9. 2018. Škálováním prošly cca 2/3 hospitalizovaných pacientů⁸⁴.

Zveřejněné výstupy ve vztahu k osobám s trvalým bydlištěm v KH kraji:

- 78 pacientů by nemělo po propuštění kde bydlet (důvodem může být neexistence vlastního bydlení, neexistence rodinného zázemí, nemožnost návratu k rodině),
- z cílové skupiny SMI by nemělo po propuštění kde bydlet celkem 56 pacientů,
- institucionální bydlení by z celkového počtu 78 pacientů využilo 33 osob (42 %),
- z celkového počtu 56 pacientů z cílové skupiny SMI by institucionální typ bydlení využilo celkem 18 pacientů (32 %),
- výše příjmu od 0 do 8 500,- Kč se v tomto rozmezí z celkového počtu 78 pacientů pohybovala u dvou osob,
- 47 % z celkového počtu 78 pacientů mělo opatrovníka (37 osob),
- z cílové skupiny SMI mělo opatrovníka celkem 59 % z celkového počtu 56 pacientů (33 osob),
- u 78 hospitalizovaných vyšla v rámci hodnocení funkčních dovedností na škále GAF průměrná hodnota 35,2⁸⁵,
- u 56 hospitalizovaných z cílové skupiny SMI vyšla v rámci hodnocení funkčních dovedností na škále GAF průměrná hodnota 36,2.

Délka hospitalizace závisí na mnoha faktorech. Včasná péče, podpora rodiny, dostupnost podpůrných služeb, tak jako zajištění bydlení jsou důležitými faktory pro zkrácení délky případné hospitalizace. V PN zůstávají déle ti pacienti, kteří nemají naplněny potřeby v oblasti zajištění financí, bydlení a dále mají vyšší potřeby spojené s ošetrovatelskou péčí (nižší skóre na škále GAF).

⁸⁴ Výstupy ze škálování je potřebné brát pouze jako orientační, a to s ohledem na možné nedostatky v metodice sběru dat a úhlu pohledu pracovníků, kteří pacienty škálovali.

⁸⁵ Průměrovat v tomto případě může být velmi zavádějící, vždy je směřovatné individuální posouzení.

ZÁVĚR

Síť služeb pro osoby s vážným duševním onemocněním se v Královéhradeckém kraji v čase rozvíjí. Jejím specifikem je výrazná potřeba prolínání služeb zdravotních a sociálních. Jedním z podstatných kroků směrem k uskutečnění reformy psychiatrické péče na úrovni Královéhradeckého kraje je zapojení dvou organizací do pilotních projektů Centra duševního zdraví (dále CDZ), kdy vznikl nový systém v péči o lidi s duševním onemocněním, založený na multidisciplinárních týmech složených ze zdravotních profesí psychiatra, psychologa, zdravotních sester, z profesí sociálního zaměření v zastoupení sociálního pracovníka a peer konzultanta.

Kapacitní a koordinační možnosti v celé síti dostupných podpůrných služeb pro lidi s potížemi v oblasti duševního zdraví⁸⁶, tak jako nezajištěná dostupnost bydlení, brzdí flexibilitu a možnost zajištění potřebné podpory v přirozeném prostředí. Limity v této souvislosti přispívají k prodlužování hospitalizací v PN a k prodlužování návratu osob s duševními potížemi zpět do přirozeného prostředí. Prodlužování délky psychiatrických hospitalizací snižuje zároveň míru schopností potřebných pro samostatný život.

V souvislosti s cíli RPP a NAPDZ by měly být upřednostňovány tendence přesunu péče směrem k terénní práci v přirozené komunitě. Podaří-li se nám vytvořit spolupracující a aktivní síť služeb v péči o duševní zdraví co nejlíže místu bydliště, minimalizujeme tak potřebu hospitalizací ve zdravotních zařízeních následné péče.

Důsledná preference zajištění terénní péče před péčí ústavní a lůžkovou je jednou ze základních premis při rozhodování o podobě sítě služeb v oblasti zdravotní i sociální, a to pro všechny cílové skupiny. Oblast duševního zdraví je oblastí typicky multidisciplinární – zahrnuje aspekty zdravotní, duševní i sociální, proto je důležité vytvořit také úzkou součinnost resortů zdravotnictví, sociálních věcí a školství na regionální úrovni, jejímž cílem bude podpora efektivního provázání všech služeb. Klíčové v rámci potřebných změn je do relevantních rozhodnutí zapojovat osoby se zkušeností s duševním onemocněním, jako i zástupce pečujících osob.

V KH kraji máme potenciál vybudovat kvalitní a provázanou síť sociálních a zdravotních služeb, které nebudou založeny na institucionální péči. Máme-li se postarat o lidi doposud hospitalizované nebo o ty, kteří hospitalizace opakovaně využívají, bude potřebné personální posílení terénních týmů, intenzivnější spolupráce aktérů celé sítě služeb (zdravotní i sociální, v oblasti bydlení a zaměstnávání), tak jako usilování o systémové změny.

Na závěr je nutno dodat, že jednou ze stěžejních potřeb všech lidí je bydlení. Nedostatečné kapacity sociálního bydlení⁸⁷ pro určitou skupinu osob s vážným duševním onemocněním mají za následek potřebu prioritního řešení oblasti bydlení. Časná invalidizace a případná dlouhodobá nezaměstnanost vedou k nízkým příjmům/invalidním důchodům a tyto příjmové podmínky limitují dostupnost vlastního bydlení. V důsledku toho je nutná podpora rodiny, která když chybí, nastávají v této oblasti problémy. Někteří lidé s duševním onemocněním mívají problém v oblasti hospodaření s penězi, velmi rychle se mohou dostávat do dluhové pastí.

⁸⁶ Od ambulantních a terénních služeb zdravotních a sociálních, služeb sociálních pobytových, psychiatrických lůžkových akutních, po výkon opatrovníka, sociální práce na obcích ...).

⁸⁷ Obce sociální bydlení soustředí do domů s byt tzv. zvláštního určení, cílovou skupinou bývají často senioři.

NÁVRHOVÁ ČÁST

Návrhová část plánu je podložena analytickými daty, výstupy ze setkání Koordinační skupiny pro zajištění změn v systému péče o duševně nemocné a koreluje s cíli Reformy psychiatrické péče, tak jako vládou schváleným dokumentem Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030.

S ohledem na formát dokumentu je návrhová část uvedena v samostatném dokumentu. Jejím smyslem je navrhnout takové cíle a postupy, které povedou k propojování jednotlivých prvků systému tak, aby vznikla synergická a efektivní síť péče o duševní zdraví, která je v co největší míře poskytována v komunitě.

Seznam tabulek, obrázků a grafů

- Tab. č. 1: Srov. počtu hospitalizovaných pacientů podle dg. a okresu místa trvalého bydliště na PK FN HK v r. 2018 (n = 897) a v roce 2019 (n=763)str. 26
- Tab. č. 2: Procentuální zastoupení diagnostických okruhů na PK FN HK v roce 2018 a 2019 u hospitalizovanýchstr. 27
- Tab. č. 3: Hospitalizovaní pacienti /počet hospitalizací podle dg. na psychiatrickém oddělení ON Jičín v r. 2018 (n =159) a v r. 2019 (n = 176)str. 28
- Tab. č. 4: Hospitalizovaní pacienti podle dg. a okresu místa trvalého bydliště na psych. odd. ON Jičín v r. 2019.....str. 28
- Tab. č. 5: Hospitalizovaní pacienti podle dg. a okresu místa trvalého bydliště na psych. odd. ON Náchod v r. 2019str. 29
- Tab. č. 6: Hospitalizovaní pacienti / počet hospitalizací podle dg. na psychiatrickém oddělení ON Náchod v r. 2019 (n = 287)str. 30
- Tab. č. 7: Počet hospitalizovaných v PNK dle krajů místa trvalého bydliště pacientů ve vybraných měsícíchstr. 33
- Tab. č. 8: PNK – lůžková kapacita ve vztahu ke kapacitě pro KH kraj pro rok 2020str. 34
- Tab. č. 9: Počet hospitalizovaných v PNHB dle krajů místa trvalého bydliště pacientů ve vybraných měsícíchstr. 35
- Tab. č. 10: PNHB – lůžková kapacita ve vztahu ke kapacitě pro KH kraj k dubnu 2020.....str. 35
- Tab. č. 11: Ilustrace času dojezdu do spádově obvyklých PNstr. 36
- Tab. č. 12: Hospitalizovaní pacienti v PNK k 31. 3. 2020 s trvalým bydlištěm v KH krajistr. 38
- Tab. č. 13: Hospitalizovaní pacienti v PNK k 31. 3. 2020 z KH kraje dle místa okresu bydlištěstr. 39
- Tab. č. 14: Porovnání počtu krátkodobě a dlouhodobě hospitalizovaných osob v PNK s trvalým bydlištěm v KH kraji v časestr. 40
- Tab. č. 15: Hospitalizace osob v PNK s trvalým bydlištěm v KH kraji dle věku str. 40
- Tab. č. 16: Hospitalizovaní v PNK k 31. 3. 2020 do půl roku a nad půl roku z cílové skupiny SMI (dg. F2, F3, F42, F60-F61) dle trvalého bydliště – ORP str. 40
- Tab. č. 17: Srovnání počtu hospitalizovaných v PNK z cílové skupiny SMI (dg. F2, F3, F42, F60-F61) z KH krajestr. 40
- Tab. č. 18: Hospitalizovaní v PNK k 31. 3. 2020 do půl roku a nad půl roku z dg. okruhů F0 a G30 dle místa trvalého bydlištěstr. 41
- Tab. č. 19: Hospitalizovaní z KH kraje v letech 2017-2019 v PNK na lůžkách, která by byla vykazována jako akutní / dle okresu trvalého bydlištěstr. 41
- Tab. č. 20: Meziroční srovnání počtu hospitalizovaných v PNK na odděleních, která by byla vykazována jako akutní / dle okresů trvalého bydlištěstr. 42
- Tab. č. 21: Meziroční srovnání celkového počtu příjmů pacientů do PNK z KH krajestr. 42
- Tab. č. 22: Hospitalizovaní pacienti v PNHB k 31. 3. 2020 s trvalým bydlištěm v KH kraji....str. 42
- Tab. č. 23: Hospitalizovaní pacienti v PNHB k 31. 3. 2020 z KH kraje, dle místa okresu bydlištěstr. 43
- Tab. č. 24: Hospitalizovaní v PNHB k 31. 3. 2020 dle délky pobytu z cílové skupiny SMI (dg. F2, F3 – bez F32-F33, F42) s trvalým bydlištěm v KH krajistr. 43
- Tab. č. 25: Srovnání počtu hospitalizovaných v PNHB z cílové skupiny SMI (dg. F2, F3 – bez F32-F33, F42) z KH krajestr. 43
- Tab. č. 26: Hospitalizovaní v PNHB k 31. 3. 2020 dle délky pobytu z dg. okruhů FO a G30 a dle okresu trvalého bydlištěstr. 44
- Tab. č. 27: Hospitalizovaní v PNHB k 31.3.2020 dle délky pobytu z dg. okruhů F1(závislosti) a okresu trvalého bydlištěstr. 44

- Tab. č. 28: Porovnání počtu hospitalizovaných osob v PNHB s trvalým bydlištěm v KH kraji dle okresů v čase (do půl roku a nad půl roku)str. 44
- Tab. č. 29: Hospitalizace osob v PNHB s trvalým bydlištěm v KH kraji dle věkustr. 45
- Tab. č. 30: Počet celkových příjmů a počet přijatých pacientů v PNHB s trvalým bydlištěm v KH kraji v letech 2017-2019str. 45
- Tab. č. 31: Celkové příjmy do PNHB z KH kraje v letech 2017-2019 dle okresu trvalého bydliště pacientůstr. 45
- Tab. č. 32: Meziroční srovnání počtu hospitalizovaných v PNHB na odděleních, která by byla vykazována jako akutní, dle okresů trvalého bydlištěstr. 45
- Tab. č. 33: Akutní příjmy do PNHB obyvatel KH kraje na odděleních, která by byla vykazována jako akutní – meziroční srovnánístr. 46
- Tab. č. 34: Hospitalizovaní z KH kraje v OLU ALBERTIUM Žamberk v roce 2019str. 47
- Tab. č. 35: Meziroční porovnání počtu vyšetření a počtu léčených psychiatrických pacientů v psychiatrických ambulancích na území KH kraje a v celé ČRstr.49
- Tab. č. 36: Počet léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních dle skupin psychiatrických diagnóz a kraje sídla zařízenístr. 49
- Tab. č. 37: Meziroční porovnání počtu příjmů obyvatel z KH kraje do PNK a PNHB-celkemstr. 52
- Tab. č. 38: Meziroční porovnání počtu akutních příjmů obyvatel z KH kraje do PNK a PNHB-na lůžka, která by byla vykazována jako akutnístr. 52
- Tab. č. 39: Meziroční porovnání počtu hospitalizací na psychiatrických odděleních v KH krajistr. 53
- Tab. č. 40: Síť sociálních služeb ambulantní a terénní podpory pro cílovou skupinou osob s duševní onemocněním – porovnání k roku 2017str.57
- Tab. č. 41: Výše finančních prostředků na podporu činnosti služeb péče o duševní zdraví v KH krajistr. 60
- Tab. č. 42: Finanční zdroje na zajištění služeb pro duševně nemocné dle donátorůstr. 62
- Tab. č. 43: Přepočtová tabulka na počet obyvatel okresů v KH kraji, potřeby personálního zajištění CDZstr. 63
- Tab. č. 44: Úvazky – Péče o duševní zdraví, z.s. – pobočka Hradec Královéstr. 64
- Tab. č. 45: Úvazky – Péče o duševní zdraví, z.s. – pobočka Jičínstr. 64
- Tab. č. 46: Úvazky – SOL Trutnov – RIAPS Trutnovstr. 65
- Tab. č. 47: Úvazky – Péče o duševní zdraví, z.s. – pobočka Náchodstr. 66
- Tab. č. 48: Úvazky – Péče o duševní zdraví, z.s. – pobočka Rychnov nad Kněžnou.....str. 66
- Obr. č. 1: Rozmístění lůžkových psychiatrických oddělení a všeobecných nemocnic v KH krajistr. 24
- Obr. č. 2: Ilustrace dojezdových vzdáleností z PK FN HK do vybraných míst v KH kraji.....str. 30
- Obr. č. 3: Ilustrace dojezdových vzdáleností z psychiatrického oddělení v Novém Městě nad Metují do vybraných míst v KH krajistr. 31
- Obr. č. 4: Ilustrace dojezdových vzdáleností z psychiatrického oddělení v Jičíně do vybraných míst v KH krajistr. 31
- Obr. č. 5: PNHB (do půl roku/nad půl roku)str. 48
- Obr. č. 6: PNK (do půl roku/nad půl roku)str. 48
- Obr. č. 7: PNHB (do půl roku/nad půl roku)str. 48
- Obr. č. 8: PNK (do půl roku/nad půl roku)str. 48
- Graf č. 1 Kapacita pracovníků v psychiatrických ambulancích v okresech KH kraje k 2019/9str.50
- Graf č. 2: Kapacita pracovníků v ambulancích klinické psychologie v okresech KH kraje k 2019/9str. 51

