Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním
na území Karlovarského kraje

Model optimálně fungující sítě sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje

evropský sociální fond v ČR

EVROPSKÁ UNIE

OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

KARLOVARSKÝ KRAJ

PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Autorský kolektiv:

Mgr. Barbora Wenigová
MUDr. Ondřej Pěč
Jaroslav Hodboď
MUDr. Jan Stuchlík
Mgr. Pavel Říčan
Mgr. Pavla Šelepová
Bc. Lenka Vagnerová

Publikace byla vydána v rámci projektu Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje, který je financován prostřednictvím Evropského sociálního fondu Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.

Vydalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014
Řehořova 10, 130 00 Praha 3
www.cmhcd.cz
cmhcd@cmhcd.cz

ve spolupráci s:

FOKUS MLADÁ BOLESLAV - sdružení pro péči o duševně nemocné, Jaselská 1304/2, 293 01 Mladá Boleslav
www.fokus-mb.cz

FOKUS MLADÁ BOLESLAV - pobočka Karlovy Vary, Stará Kysibelská 602/45, 360 09 Karlovy Vary
www.fokus-mb.cz

FOKUS Vysočina, 5. května 356, 580 01 Havlíčkův Brod
www.fokusvysocina.cz

PROTEQ, s.r.o., Horova 36, 500 02 Hradec Králové

Psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov, U nemocnice 1161, 363 01 Ostrov
www.nemostrov.cz

Ambulantními psychiatry a klinickými psychology v Karlovarském kraji

Na této publikaci se dále podílela
Academia Medica Pragensis
www.amepra.cz

Copyright© Mgr. Barbora Wenigová, MUDr. Ondřej Pěč, MUDr. Jan Stuchlík, Jaroslav Hodboď, Mgr. Pavel Říčan, Mgr. Pavla Šelepová, Bc. Lenka Vagnerová

Copyright© Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014

Obsah

1 Úvod . . . 3

2 O projektu . . . 4

3 Systém péče v zahraničí (s důrazem na způsob spolupráce) . . . 5

4 Systém péče o osoby s duševním onemocněním v ČR (s důrazem na způsob spolupráce) . . . 8

5 Stav péče o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji . . . 10

5.1 Osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji . . . 10
5.2 Demografická a socioekonomická situace Karlovarského kraje . . . 10
5.3 Stav sociálních a zdravotních služeb v Karlovarském kraji . . . 11
5.3.1 Zařízení v resortu zdravotnictví . . . 11
5.3.2 Zařízení v resortu sociálních služeb . . . 12
5.3.3 Zařízení v resortu školství . . . 14
5.3.4 Svépomocné aktivity . . . 14
5.4 Srovnání služeb pro osoby s duševním onemocněním v KK s normativem . . . 14

6 Zjišťování regionální spolupráce jako východisko pro tvorbu modelu sítě . . . 17

6.1 Focus group s odborníky o spolupráci v Karlovarském kraji . . . 17
6.2 Dotazníkové šetření mezi odborníky a uživateli . . . 18
6.3 Dotazníkové šetření: průchodnost uživatelů péče mezi službami . . . 20

7 Model sítě - multidisciplinární týmy (okresy Karlovy Vary, Sokolov, Cheb) . . . 22

7.1 Činnost multidisciplinárních týmů . . . 22
7.2 Struktura setkání multidisciplinárních týmů . . . 24
7.3 Příklad případové práce v multidisciplinárním týmu . . . 24
7.4 Přínosy fungování multidisciplinárních týmů . . . 26

8 Model sítě - Koordinační tým (a jeho spolupráce s multidisciplinárními týmy) . . . 27

8.1 Koordinační tým duševního zdraví v Praze 11 – Jižní Město . . . 27
8.2 Úvodní workshop v Karlovarském kraji . . . 28
8.3 Popis práce koordinačního týmu v rámci vytváření sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje (2013) . . . 28
8.4 Spolupráce multidisciplinárních týmů a koordinačního týmu . . . 29
8.5 Fáze po projektu . . . 29
8.6 Vzor jednacího řádu koordinačního týmu . . . 30
8.7 Návrh obsazení koordinačního týmu . . . 31
8.8 Doprovodné akce – spolupráce sociální a zdravotní péče . . . 32
8.9 Fungování koordinačního týmu . . . 32

9 Doporučení a závěr . . . 34

Použitá literatura a zdroje . . . 35

Příloha č. 1
Doplnění implementačního plánu vzniklého v projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ (2010–2011) o plán péče pro Sokolovsko a Chebsko . . . **37**

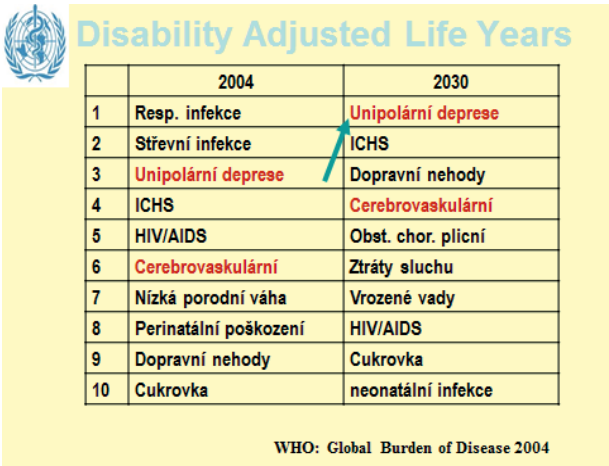
Příloha č. 2
Případová konference jako nástroj pro zlepšování kvality týmové práce . . . **47**

Příloha č. 3
Zpráva o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji . . . **53**

1 Úvod

Velká studie organizovaná v 90. letech Světovou zdravotnickou organizací, Světovou bankou a Harvardovou univerzitou pod názvem Global Burden Disease prokázala, že především v rozvinutých zemích mají největší podíl na ztrátě pracovní schopnosti neuropsychiatrické choroby. V Severní Americe a v západní a střední Evropě představují tyto poruchy až 22 % z celkového množství let ztracených předčasnou mortalitou a morbiditou (DALY), což je vyšší podíl než u onemocnění kardiovaskulárních (20,4 %) a onkologických (13,7 %)! Nejčastěji se při tom vyskytují ischemická choroba srdeční, rekurentní depresivní porucha a cerebrovaskulární choroby (Raboch, 2012).

Graf č. 1: Disability Adjusted Life Years (DALY) – Nemoci podle počtu let strávených v pracovní neschopnosti



	2004	2030
1	Resp. infekce	Unipolární deprese
2	Střevní infekce	ICHS
3	Unipolární deprese	Dopravní nehody
4	ICHS	Cerebrovaskulární
5	HIV/AIDS	Obst. chor. plicní
6	Cerebrovaskulární	Ztráty sluchu
7	Nízká porodní váha	Vrozené vady
8	Perinatální poškození	HIV/AIDS
9	Dopravní nehody	Cukrovka
10	Cukrovka	neonatální infekce

Z tohoto důvodu všechny vyspělejší země zvolily duševní zdraví jako jednu ze svých priorit. I v České republice je léčba duševních poruch řešena v řadě strategických národních i regionálních dokumentů.

Pro přehlednost uvádíme, že duševní poruchy zahrnují celou škálu onemocnění, která jsou v Mezinárodní klasifikaci nemocí a příčin smrti (MKN -10) vymezena diagnózami s písmeny F (F00-F99). Patří sem:

- organické duševní poruchy, dg. F00-F09 (způsobené chorobou mozku);
- poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek, dg. F10-F19 (alkohol, tabák, drogy), včetně závislostí na těchto látkách;
- schizofrenie a schizotypální poruchy, dg. F20-F29 (schizofrenie a jiné psychotické poruchy, bludy);
- afektivní poruchy, dg. F30-F39 (mánie, bipolární afektivní porucha, deprese);
- neurotické poruchy, dg. F40-F48 (fobické úzkostné poruchy, obsedantně-nutkavá porucha, reakce na stres a poruchy přizpůsobení);
- syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami, dg. F50-F59 (poruchy příjmu potravy, poruchy spánku);
- poruchy osobnosti, dg. F60-F69;
- mentální retardace, dg. F70-F79;
- poruchy psychického vývoje, dg. F80-F89;
- poruchy spojené s obdobím dětství a dospívání, dg. F90-F98.

2 O projektu

V období od 1. 5. 2012 do 30. 4. 2014 realizoval Karlovarský kraj individuální projekt s názvem **„Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“** (dále jen „projekt“). Základním cílem projektu bylo vytvoření základů vzájemně efektivně spolupracující sítě sociálních a jiných služeb (zejména zdravotnických) pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. Projekt realizoval Karlovarský kraj, hlavním organizátorem aktivit bylo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Kontext projektu

Projekt navazuje na předchozí individuální projekt „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ (2010-2011). Jeho hlavním cílem bylo podpořit přesun péče ze zdravotnických ústavních zařízení do přirozeného prostředí (tzv. komunitní péče) a posílit rozvoj potřebných sociálních služeb. K tomu měly přispět i další doprovodné aktivity, které měly za cíl zmapovat stav služeb pro osoby s duševním onemocněním, zjistit, jaké zdravotní a sociální služby jsou pro tuto cílovou skupinu potřebné, a vytvořit koncepci péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. Jedním z nejdůležitějších výstupů projektu byl vznik dvou nových sociálních služeb, sociální rehabilitace a sociálněterapeutické dílny, které poskytuje Fokus Mladá Boleslav na pracovišti v Karlových Varech.

Klíčové aktivity projektu „Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ (dále také KK) byly následující:

1. vyhodnocení fungování služeb pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje a jejich spolupráce v okresech Sokolov a Cheb;
2. podpora procesu zahájení činnosti sociálních služeb v okrese Sokolov a Cheb;
3. **vytvoření modelu sítě sociálních služeb a ostatních složek systému péče o osoby s duševním onemocněním**;
4. vzdělávání a stáže;
5. destigmatizace a odborná publicita projektu.

Inovativnost projektu spočívala především ve vytvoření modelu sítě služeb v kraji, které probíhalo od prosince 2012 do března 2014.

Předkládaná publikace zachycuje postup vytváření modelu sítě sociálních služeb a ostatních složek systému péče o osoby s duševním onemocněním a je určena především pro účely replikace tvorby sítě v dalších krajích, kde síť multidisciplinárních nebo koordinačních týmů dosud neexistuje nebo není tolik rozvinuta.

Nejprve se v krátkosti podíváme, jaká je situace v zahraničí, zejména v zemích, kde má péče o osoby s duševním onemocněním (dále ODO) dlouhou tradici a systémy péče jsou funkční a efektivní.

V další části přineseme shrnutí toho, jaký je stav a péče o ODO v České republice s důrazem na systém, vytváření sítě služeb a jejich fungování.

Ještě předtím, než se dostaneme k samotnému jádru publikace, tedy k popisu vytváření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním v KK, uvedeme krátké shrnutí aktuálního stavu péče o ODO v KK. Budeme přitom vycházet zejména z vlastních zjištění, k nimž jsme dospěli v rámci mapování péče pro předchozí projekt „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji“.

Nakonec se zmíníme o vytvoření krajského **koordinačního týmu** a **multidisciplinárních týmů** pro oblast duševního zdraví v jednotlivých okresech, které jsou složeny především ze zástupců odborných organizací a místní správy.

3 Systém péče v zahraničí (s důrazem na způsob spolupráce)

Řada vyspělých zemí již od poloviny dvacátého století dává před tradičními službami přednost komunitní péči, která je spojena s tzv. deinstitucionalizací, tedy postupným omezováním počtu velkých psychiatrických nemocnic a jejich nahrazováním službami komunitními.

S těmito změnami v západních zemích souvisí zakládání komunitních týmů duševního zdraví s vymezenou teritoriální působností. Vedle nich mohou vznikat i specializované týmy a služby zaměřené na poskytování péče co nejblíže přirozenému prostředí pacientů nebo přímo jako alternativa hospitalizace. Dlouholeté diskuse mezi zastánci tradiční a komunitní péče vyústily v koncept tzv. vyvážené péče (balanced care) (Thornicroft & Tansella 2004). V tomto integrativním modelu se do systému péče zapojují praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, včetně psychoterapeutických programů, akutní lůžková psychiatrická péče na odděleních všeobecných nemocnic, včetně jejích alternativ (krizové služby a denní stacionáře), dlouhodobá rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. Převaha komunitní péče nad tradičními formami již v současnosti existuje například ve Finsku, Švédsku, Dánsku, Velké Británii, Španělsku, Portugalsku, Itálii a Řecku (MHE, 2012).

Pro služby komunitní péče jsou charakteristické tyto principy (Thornicroft a Tansella 2003):

- mobilita služeb;
- propojenost služeb;
- péče ve vlastním prostředí pacientů;
- orientace na lidská práva a potřeby pacientů.

Přechod od institucionální péče k péči komunitní byl již předmětem řady studií. Šlo zejména o sledování kohort pacientů v Anglii, Austrálii či Japonsku, kteří byli propuštěni po uzavření psychiatrických léčeben a byly jim poskytovány různé formy komunitní péče. Výsledky ukázaly:

- nezhoršování či zlepšení symptomů duševní nemoci, zlepšení poruch chování a zlepšení sociálních funkcí (Leff a kol. 2000, Trieman a kol. 1996, Ryu a kol. 2006);
- zlepšení kvality života pacientů (Leff a kol. 2000, Hobbs a kol. 2002);
- snížení množství užívaných psychofarmak (Hobbs a kol. 2002);
- neutrální vliv tohoto přechodu jak na kriminalitu nebo násilné chování (Leff a kol. 2000, Shanda 2005, Maone a Rossi 2003), tak i na sebevražednost nebo bezdomovectví u duševně nemocných (Leff a kol. 2000, Maone a Rossi 2003);
- přímé náklady na komunitní péči nepřevyšovaly původní náklady na péči v léčebně (Leff a kol. 2000).

Na druhou stranu Priebe a kol. (2005) poukazují na mírný nárůst forenzních lůžek a nedobrovolných přijetí po deinstitucionalizaci. Existuje i určité riziko viktimizace, izolace a horšího zabezpečení zdravotní péče propuštěných duševně nemocných, s nímž se mají vypořádat za tím účelem nově vytvářené služby (Kelly a kol. 2004, Nilsson a Logberg 2008).

Míra zatížení širší populace vlivem pacientů propuštěných z institucí nejspíše klesá časem, jak ukázala práce Sealyové a Whiteheada (2006) srovnáním zatížení obyvatelstva v různých provinciích Kanady, kde proběhla deinstitucionalizace v různých obdobích.

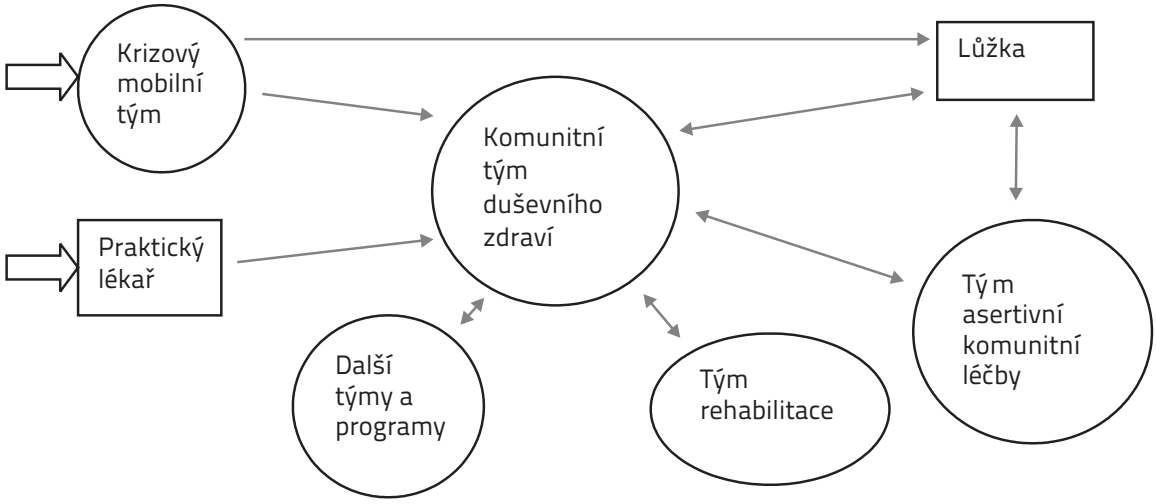
Indikací pro svěření klienta do péče komunitních služeb jsou především dlouhodobé stavy duševních poruch se sníženou funkční kapacitou, označované také jako tzv. závažné duševní poruchy (SMI – severe mental illness) (Ruggeri a kol. 2000). Spadá sem však i řešení řady akutních a subakutních stavů. U pacientů se schizofrenními a afektivními poruchami je cílem komunitní péče zlepšení funkčních a psychických kapacit, znovuzapojení do životních rolí. U závislostí je zvláštní pozornost věnována komorbiditám s dalšími duševními poruchami, tzv. duálním diagnózám, pro něž se vytvářejí specializované týmy. U organických psychických poruch je hlavním cílem péče udržení pacientů ve vlastním prostředí společně s udržením jejich sociálních a kognitivních funkcí. V případě mentálních retardací jsou komunitní formy péče zaměřeny především na integraci těchto lidí do přirozeného společenského a pracovního prostředí.

Rozvoj komunitní péče o duševně nemocné v každé zemi však potřebuje zdolat některá úskalí. Jedním z nich je nebezpečí akumulace stále stejných pacientů v komunitních službách a menší vtahování nových. S tímto problémem se musí vyrovnávat např. služby v Itálii (Maone et Rossi 2003) nebo v Nizozemsku (Pijl a kol. 2001). Jiným nebezpečím je nespolupráce a neprovázanost nových komunitních služeb a ještě přetrvávajících služeb institucionálních, např. v Nizozemsku se snížila potřebnost psychiatrických lůžek až po vytvoření jednotného provázaného systému (Ravelli 2006).

V každé zemi bylo proto nutné vytvořit systém péče, který je schopen koordinovat jednotlivé služby v zájmu cílové klientely. Dále uvádíme příklady systému péče ve Velké Británii, Finsku a Itálii.

Obrázek č. 1 ukazuje modelový příklad systému komunitní psychiatrické péče, který je obvyklý např. ve Velké Británii. Základ systému tvoří multiprofesní tým odborníků (psychiatři, psychiatrické sestry, sociální pracovníci), tzv. komunitní tým duševního zdraví, který je koordinován a hrazen z národního zdravotního systému. Zodpovědností komunitního týmu je zajišťovat kontinuální péči o pacienty/klienty se závažnými duševními poruchami, kteří bydlí v definované geografické oblasti, kde daný tým působí. Komunitní tým může vytvářet ještě další, úzce specializované týmy, spolupracuje s akutním lůžkovým psychiatrickým oddělením a získává do péče nové klienty prostřednictvím praktických lékařů nebo např. i mobilního krizového týmu.

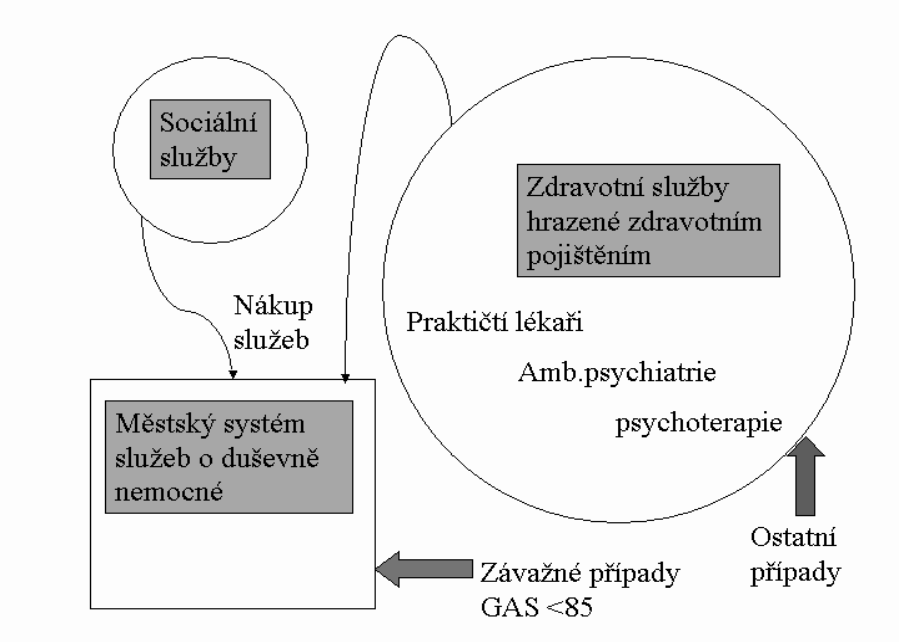
Obrázek č. 1: Modelový příklad systému komunitní psychiatrie



Příkladem systémové souhry mezi systémem zdravotního pojištění a financováním ze strany obce může být uspořádání služeb ve Finsku, zde uvádíme konkrétní příklad z oblasti města Oulu. Prvním článkem systému jsou praktičtí lékaři jednotlivých zdravotních obvodů. Každý pacient má svého praktického lékaře a sociálního pracovníka. Tito lékaři a sociální pracovníci se sdružují spíše z praktických důvodů do několika zdravotních center. Ambulantní psychiatři, kliničtí psychologové, včetně psychoterapeutických služeb, jsou součástí zdravotního systému hrazeného ze zdravotního pojištění. V systému zdravotního pojištění jsou léčeni pacienti s lehčími formami duševního onemocnění, závažnější případy (tzv. severe mental illnesses - SMI) jsou ošetřováni v městském systému služeb o duševně nemocné. Existují kritéria umožňující vstup do systému městských služeb, jedním z nich je například funkční postižení (na škále funkčního postižení GAF s hodnotou menší než 85). Samostatným sektorem jsou sociální služby, kam spadají například komunitní rezidenční služby („foster homes“). Městský systém služeb může nakupovat pro svoje pacienty jak zdravotní služby ze sféry zdravotního pojištění, například psychoterapii, tak i služby sociální (viz Obrázek č. 2), a to i u neziskového sektoru.

Městský systém služeb se skládá z ambulantních a lůžkových složek. Ambulantní psychiatři úzce spolupracují s praktickými lékaři, některé případy jim předávají do další péče. Konzultace u psychiatra se konají zhruba 1x měsíčně. Nové případy duševního onemocnění a zhoršení onemocnění stávajících pacientů trpících psychózami zajišťuje akutní tým pro psychózy, provádí vstupní ošetření pacientů, a to i v jejich domácím prostředí, a předává pacienty jak na akutní lůžkové oddělení, tak dále do péče ambulantních psychiatrů. Dále v městském systému existuje tým případového vedení pro dlouhodobou koordinaci zá-

Obrázek č. 2: Systém péče ve Finsku (příklad oblasti Oulu)



važných případů (psychiatři a psychiatrické sestry). Spolupracuje s lůžkovými odděleními, zařizuje pro pacienty další potřebné služby po propuštění. Působí zde i tým podporovaného bydlení spolupracující jak s dalšími rezidenčními službami, tak s některými lůžkovými odděleními a ambulantními psychiatry. K vybavenosti službami v městském systému patří i specializovaný tým pro děti a adolescenty, tým pro léčbu alkoholových a nealkoholových závislostí, rehabilitační centrum a různé formy malých lůžkových zařízení, včetně lůžkového oddělení zajišťujícího krizovou intervenci.

Dalším příkladem deinstitucionalizace velké psychiatrické nemocnice je oblast Terstu v Itálii. Jednotlivé funkce již téměř uzavřené psychiatrické léčebny se zde podařilo přesunout do komunitních zařízení ve městě a vznikla 4 centra duševního zdraví s malými lůžkovými odděleními (6-8 lůžek), podpora bydlení formou 12 skupinových bydlení (70 lůžek), ergoterapie, 13 sociálních družstev. K dispozici je 6 lůžek akutní psychiatrické péče ve všeobecné nemocnici. Do systému se zapojují uživatelské organizace a organizace příbuzných.

4 Systém péče o osoby s duševním onemocněním v ČR (s důrazem na způsob spolupráce)

Rozvoj mimonemocničních komunitních zařízení, která již ve vyspělých zemích v systému péče o duševně nemocné dominují, započal v České republice teprve v devadesátých letech dvacátého století a v posledních letech navíc stagnuje. Na tato zařízení zbývá jen minimální část celkových zdrojů určených na péči o duševní zdraví, nejvíce prostředků plyne do psychiatrických léčeben a léků na předpis (Pěč et al. 2008, Dlouhý 2004). Komunitní péče je u nás dostupná pouze v omezené míře v některých velkých městech (Praha, částečně Brno, Ostrava), jinde jen zcela výjimečně (Pardubice, Mladá Boleslav) (Foitová 2009) a v některých regionech (Zlínský či Karlovarský kraj) se komunitní zařízení pro duševně nemocné prakticky nevyskytují.

V současné době existuje 21 denních stacionářů pro léčbu duševních poruch v resortu zdravotnictví, zhruba polovina je součástí větších lůžkových zařízení a polovina jsou zařízení samostatná. Krizová centra s 24hodinovou dostupností lékaře-psychiatra existují v ČR pouze tři (dvě v Praze a jedno v Brně), chybí zde systémové financování krizové psychiatrické péče v rámci systému zdravotního pojištění. Od roku 2006 je ve zdravotním systému zavedena nová péče psychiatrických sester, jejichž činnost se zaměřuje na případové vedení a individuální rehabilitaci ve vlastním prostředí pacientů. V současné době existují zatím pouze 3 pracoviště, kde tato služba existuje (2 v Praze, 1 v Ostravě).

Služby psychiatrické rehabilitace, které svým charakterem stojí na pomezí zdravotní a sociální péče, byly během vývoje zdravotnictví, sociální péče a legislativních změn v posledních dvou desetiletích zařazeny striktně do oblasti sociálních služeb. Tuto činnost v současnosti vykonává 29 neziskových organizací, které v roce 2007 zaměstnávaly 470 sociálních pracovníků v přímé péči o zhruba 4 600 klientů (zdroj Asociace komunitní péče). Na osoby s mentální retardací se orientuje několik sociálních služeb, které provozují chráněnou práci, podporované zaměstnání a chráněná bydlení.

V širším smyslu do systému komunitní péče patří i psychiatrické ambulance a psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic. Od roku 1995 sice počet úvazků ambulantních psychiatrů vzrostl o 46 %, avšak v posledních čtyřech letech se růst počtu míst ambulantních psychiatrů zastavil, a to navzdory narůstajícímu počtu ambulantně ošetřovaných psychiatrických pacientů. Kvalitativní analýzy ukazují (Pěč a kol. 2008, Raiter a kol 2005), že ambulantní psychiatři jsou přetíženi vysokými počty případů, nemají dostatek času na řešení problematiky pacientů a částečně i v důsledku toho nedostatečně spolupracují s dalšími poskytovateli péče. Chybí psychiatrická lůžka ve všeobecných nemocnicích, na rozdíl od řady vyspělých států je převážná část (80 %) psychiatrických lůžek umístěna v psychiatrických léčebnách. Proto je velká část akutní péče, namísto v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, prováděna na lůžkách následné péče.

Je zapotřebí zdůraznit, že mezi nejméně rozvinuté služby komunitní péče o duševně nemocné u nás patří: krizová centra a mobilní krizové týmy, rezidenční služby komunitního typu (chráněná bydlení, tréninkové byty), terénní týmy asertivní komunitní léčby, pro pacienty s demencí denní stacionáře provázané se sociálními službami, respitní programy a komunitní gerontopsychiatrické sestry (Pěč a kol. 2008).

Přestože za posledních 20 let došlo k určitému rozvoji komunitních forem psychiatrické péče, do služeb o duševně nemocné je komunitní péče doposud málo systémově zapojena. Netvoří logický propojený celek s ambulantními, lůžkovými a dalšími sociálními službami. Stále u nás nedošlo k deinstitucionalizaci jako v západních zemích a péče ve velkých lůžkových zařízeních a komunitních službách se často jeví jako paralelní. Služby psychiatrické rehabilitace, ač mají povahu přechodu mezi zdravotní a sociální péčí, byly u nás zařazeny do resortu sociálních služeb. Legislativa a odlišný způsob řízení mezi resorty sociálním a zdravotnickým ještě více prohlubují propast mezi „zdravotnickou“ a „sociální“ částí komunitních služeb.

U nás kromě podmínek systémových a finančních potřebujeme k zajištění dobře spolupracující a kvalitní komunitní péče rovněž dostatek vzdělaných odborných pracovníků: psychiatrů se znalostí psychiatrické rehabilitace a komunitní péče, sociálních pracovníků připravených pro práci s duševně nemocnými a komunitních psychiatrických sester.

Určité snahy o reformu péče se v minulosti odrážely v koncepcích psychiatrické péče, které připravovala Psychiatrická společnost ČLS JEP. Ta usilovala například o navýšení kapacity některých komunitních služeb nebo o restrukturalizaci lůžkových zařízení. Na tyto koncepce navazovaly implementační komise zřizované ministerstvem zdravotnictví, avšak jejich činnost byla vždy přerušena nebo ukončena. V roce 2007 vyhlásila Psychiatrická společnost ČLS JEP tzv. Národní psychiatrický program, který formuloval opět zejména potřebu restrukturalizace lůžkových psychiatrických služeb, navýšení kapacity služeb krizových center nebo komunitních služeb. Tento program však bohužel nebyl naplněn.

Až v roce 2013 se reforma psychiatrické péče stala součástí Národního programu reforem v gesci ministerstva zdravotnictví. Ministerstvo připravovalo v roce 2013 dokument Strategie reformy psychiatrické péče, která má současně sloužit jako plán pro čerpání financí z Evropských strukturálních fondů na léta 2014-2020. Hlavním cílem Strategie je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Usiluje o systémovou změnu organizace služeb, omezení stigmatizace, zvýšení spokojenosti uživatelů, zvýšení efektivity péče, sociálního začleňování, provázanosti zdravotních a sociálních služeb a o „humanizaci“ péče. Předmětem reformy má být i vzdělávání a výzkum, destigmatizace a legislativní změny. Reforma chce ponechat s menšími změnami současné „pilíře“ psychiatrické péče: psychiatrické léčebny/nemocnice, psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické ambulance a k nim přidat pilíř čtvrtý – centra duševního zdraví (CDZ). Ta by měla fungovat pro spádovou oblast zhruba 100 tis. obyvatel, kde by měla být zodpovědná za kontinuální a komplexní péči o klienty se závažnými duševními poruchami. Měla by být vytvářena v přirozeném mimonemocničním prostředí a měla by být dostupná 7 dní v týdnu a 24 hodin denně. Centrum by se mělo skládat ze čtyř základních služeb: multidisciplinárního terénního týmu (psychiatrické sestry a sociální pracovníci), krizového centra vybaveného několika lůžky s nepřetržitou dostupností, denní péče (zdravotnický psychoterapeutický denní stacionář nebo centrum denních aktivit) a psychiatrické ambulantní péče. Předpokládá se koordinace center duševního zdraví z úrovně kraje s vytvořením krajského koordinačního orgánu.

5 Stav péče o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji

5.1 Osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji

Pro úplnost uvádíme demografické regionální údaje a popis stavu služeb v kraji z období zahájení obou projektů (2010-2011), kdy probíhal sběr dat pro potřeby vytvoření sítě služeb. Dle ÚZIS bylo v roce 2011 v Karlovarském kraji ošetřeno v psychiatrických ambulancích 10 779 pacientů (1. vyšetření ve sledovaném roce), celkem šlo o 53 181 vyšetření, tj. každý pacient byl ošetřen v průměru 5x za rok. V Psychiatrické léčebně Dobřany bylo současně hospitalizováno 528 pacientů s bydlištěm v Karlovarském kraji (ÚZIS, 2011). Na základě těchto dat lze konstatovat, že v kraji existuje zhruba 11 000 osob s duševní poruchou, které jsou ošetřovány ve zdravotnických zařízeních. Kromě osob léčených se vyskytují ještě další lidé trpící duševní poruchou, kteří však nejsou léčeni a představují tzv. skrytou psychiatrickou nemocnost. Na základě zjištění z předchozích šetření (provedených autory tohoto textu mimo individuální projekty KK) a údajů z dalších odborných publikací lze konstatovat, že tato skupina se skrytou nemocností je zhruba stejně početná, jako je skupina osob léčených. Avšak v Karlovarském kraji, vzhledem k nižšímu podílu léčených osob, by bylo možné předpokládat, že celkový počet psychiatricky nemocných bude vyšší. Celkově lze tedy odhadnout, že se počet lidí s duševní poruchou v Karlovarském kraji pohybuje mezi 17 000 a 45 000 osob (5-15 % obyvatel kraje).

5.2 Demografická a socioekonomická situace Karlovarského kraje

Území Karlovarského kraje se nachází v nejzápadnější části České republiky. Na severu a na západě sousedí se Spolkovou republikou Německo, na východě s Ústeckým a na jihu s Plzeňským krajem. Vznikl rozdělením kraje Západočeského na Plzeňský a Karlovarský. Karlovarský kraj je druhý nejmenší v České republice, jeho rozloha je 3 315 km^2 (to je pouze 4,2 % území ČR). K 31. 12. 2011 zde žilo 303 165 obyvatel, což představuje cca 2,9 % obyvatel České republiky, a Karlovarský kraj je tak nejméně lidnatým krajem ČR. Přírodní osu kraje tvoří řeka Ohře, která protéká Chebskou a Sokolovskou pánví od jihozápadu k severovýchodu, v její kotlině jsou lokalizovány nejdůležitější dopravní tahy kraje.

Hustota osídlení Karlovarského kraje byla k 31. 12. 2011 91,5 obyvatel na km^2. Tento údaj je ale poněkud zkreslený vzhledem k velmi málo osídlenému území vojenského újezdu Hradiště (bez tohoto území by hustota osídlení byla 102 obyvatel na km^2). Pro Karlovarský kraj je charakteristický nízký stupeň zalidnění venkova a poměrně vysoký stupeň urbanizace, tedy nadprůměrná koncentrace obyvatel do větších obcí a měst. Po Praze vykazuje Karlovarský kraj nejvyšší podíl městského obyvatelstva (82,7 % v roce 2011).

V Karlovarském kraji je celkem 132 obcí, z toho 30 měst. Území kraje tvoří tři okresy: chebský, karlovarský a sokolovský. Nejrozsáhlejší z okresů je karlovarský (1 628 km^2, 49 % rozlohy kraje) s největším počtem obcí (55, z toho 11 měst) a největším podílem obyvatel v kraji (118 548 osob, 39 % z celkového počtu obyvatel kraje).

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

Další významnou charakteristikou je národnostní složení obyvatelstva. V tomto ohledu se Karlovarský kraj se 4,6 % podílu cizinců v počtu obyvatel řadí na druhé místo za Prahu. K 31. 12. 2011 žilo na území Karlovarského kraje 19 411 cizinců, zejména občanů Vietnamu (přes 8 000), Ukrajiny (téměř 3 000),

Ruska (necelých 3 051), Slovenska (1 200). V Karlovarském kraji je také významným faktorem existence vyloučených komunit národnostních menšin, a to zejména romského etnika.

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

Dalším faktorem ovlivňujícím poskytování sociální i zdravotní péče o osoby s duševním onemocněním je situace na trhu práce a míra nezaměstnanosti. K 31. 12. roku 2012 činila míra nezaměstnanosti v Karlovarském kraji 10,84 %, přičemž průměr za ČR byl 9,6 %. Nejnižší nezaměstnanost v rámci kraje byla v chebském okresu, nejvyšší v sokolovském okresu (15,43 %). Tato situace je zapříčiněna hlavně jednostranným zaměřením na těžební a energetický průmysl v minulých letech. Nezaměstnanost úzce souvisí se vzdělanostní a kvalifikační strukturou obyvatelstva, která není v Karlovarském kraji příliš příznivá. Podíl vysokoškolsky vzdělaných obyvatel se zde pohybuje hluboko pod celorepublikovým průměrem. Vývoj na trhu práce v Karlovarském kraji je dále ovlivněn zejména nízkou mobilitou pracovní síly, nedostatkem dopravních spojů, vysokým počtem občanů s nedokončeným nebo základním vzděláním, rozdíly mezi nabídkou vzdělávací soustavy a poptávkou na trhu práce. Od roku 1991 došlo v oblasti vzdělání obyvatelstva k posunu ve směru vyššího podílu středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných díky tomu, že v Chebu byla zřízena pobočka Západočeské univerzity v Plzni, konzultační středisko Provozně ekonomické fakulty České zemědělské univerzity v Praze, v Mariánských Lázních bylo zřízeno studijní středisko 1. lékařské fakulty UK v Praze. V Karlových Varech byla v roce 2000 zřízena první soukromá Vysoká škola Karlovy Vary, o.p.s. Nezaměstnanost, nedostatek finančních prostředků, nedostatečný počet bytů a jejich relativně vysoká cena mají za následek zvyšování počtu sociálně slabých obyvatel a osob bez přístřeší. Problémem regionu je také pokračující migrace zvláště mladého a vzdělaného obyvatelstva do metropolitních regionů České republiky, především do Prahy.

5.3 Stav sociálních a zdravotních služeb v Karlovarském kraji

5.3.1 Zařízení v resortu zdravotnictví

Stav služeb pro osoby s duševním onemocněním v rámci resortu zdravotnictví byl zjištěn v rámci projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ (2010) a údaje byly doplněny na základě šetření z veřejně dostupných informačních zdrojů: ÚZIS (2011), webové stránky.

Ambulantní psychiatrická péče

V Karlovarském kraji působilo 16 ambulantních psychiatrů (11,1 úvazků) jako samostatná zdravotnická zařízení. Na jednu psychiatrickou ambulanci tak mohlo připadat asi 600 - 700 pacientů ročně. Doporučení pro Českou republiku (1. revize, Koncepce oboru psychiatrie, 2008) je 9 úvazků na 100 000 obyvatel. V Karlovarském kraji (cca 303 165 obyvatel) je to pouze 3,66 úvazku. Spektrum diagnóz postihuje celou šíři psychiatrické nomenklatury, tj. demence, závislosti, psychózy, neurotické poruchy, poruchy adaptace, poruchy osobnosti a další. Poskytována byla jak akutní pomoc, tak komplexní psychiatrická péče (klinické vyšetření, diferenciálně diagnostické postupy, návrh terapie, psychofarmakoterapie, psychoterapie), rovněž základní sociální péče (pracovní neschopnosti, důchody). Dále byla poskytována konsiliární činnost pro praktické lékaře a ambulantní specialisty somatických oborů, v některých lokalitách i pro lůžková zařízení.

Návaznost na lůžkovou péči je i přes velmi dobrou spolupráci s léčebnou problémová pro nízkou kapacitu a velkou vzdálenost (PL Dobřany leží cca 80 km od krajského města Karlovy Vary). Návaznost na stacionární péči byla většinou limitována malou (nebo nulovou) kapacitou a malou dostupností těchto zařízení, zásadně chyběla větší nabídka skupinové a individuální psychoterapie pro pacienty z okruhu schizofrenních, neurotických a depresivních poruch a rovněž pro pacienty s poruchami osobnosti.

Pro celý kraj bylo k dispozici 14 ordinací psychologa s 11 klinickými psychology (někteří s rozdělenými úvazky ve dvou ordinacích). Pouze minimum z nich se orientovalo na problematiku dětí a adolescentů).

Pro skupinu uživatelů závislých na návykových látkách existovala v kraji jedna protialkoholní a protitoxikomanická poradna. Centrum substituční terapie zaniklo v roce 2012 z důvodu nedostatečného financování. I přes snahy Karlovarského kraje se jeho fungování nepodařilo obnovit.

Lůžková psychiatrická péče

V Karlovarském kraji bylo pouze jediné lůžkové oddělení, a to v soukromé Nemocnici Ostrov, kde bylo k dispozici celkem 40 lůžek. Neexistovalo ani jedno specializované lůžko.

Lůžka následné i akutní péče byla v počtu 200–300 tradičně k dispozici v Psychiatrické léčebně Dobřany. Nevýhodou byla zmíněná velká vzdálenost léčebny.

Denní stacionáře s psychiatricko-psychoterapeutickou péčí

V karlovarském regionu byly s VZP nasmlouvány dva denní stacionáře s celkem 17 místy. Organizační uspořádání stacionářů bylo odlišné: první z nich je samostatné zdravotnické zařízení v Karlových Varech (7 míst), to ale dle dostupných informací již od roku 2008 nepřijímá pacienty. Druhý stacionář (10 míst) byl součástí zdravotnického zařízení a byl přímo integrován s lůžkovou péčí na psychiatrickém oddělení (Nemocnice Ostrov). Nevýhodou byla jeho vzdálenost a horší dopravní dostupnost.

Komunitní psychiatrické sestry

V Karlovarském kraji nebyla evidována činnost terénních psychiatrických sester.

V době tvorby sítě služeb (2013) je situace zdravotnických služeb pro osoby s duševním onemocněním takřka stejná. Vzniká problém s personálním obsazováním psychiatrických ambulancí, které jsou z důvodu nemoci nebo nástupu do důchodu uvolněny.

5.3.2 Zařízení v resortu sociálních služeb

Dotazníkové šetření v rámci projektu

Z dostupných veřejných zdrojů nebylo možné zcela přesně zjistit využití existujících sociálních služeb v Karlovarském kraji pro osoby s duševním onemocněním, proto organizátoři aktivit předchozího projektu provedli vlastní dotazníkové šetření (2010). Bylo osloveno 71 ředitelů či vedoucích sociálních služeb v Karlovarském kraji, které byly na základě údajů z registrací sociálních služeb vytipovány jako potenciální poskytovatelé služeb pro osoby s duševním onemocněním nebo závislostí. Vrátilo se 58 vyplněných dotazníků. Při zpracování dat z dotazníků byl soubor rozdělen na služby, které jsou obvykle poskytovány osobám s duševním onemocněním či závislostí v jiných regionech (sociální rehabilitace, sociální poradenství, sociálně aktivizační služby, které mohou nabízet i svépomocné organizace uživatelů, ústavní pobytové služby jako např. domovy se zvláštním režimem, sociálněterapeutické dílny, pobytové služby umístěné v komunitě – především chráněné bydlení, krizové služby / linky důvěry, protidrogové služby), a na služby jiné. Pro jednotlivé druhy poruch dle diagnóz byl v těchto kategoriích služeb vyčíslen počet klientů, kteří je využijí v průběhu jednoho roku.

Výsledky shrnuje Tabulka č. 1.:

Tabulka č. 1: Počty zařízení a počty klientů dle typů poruchy využívajících jednotlivé sociální služby v průběhu jednoho roku (2010)

	Mentální retardace		Demence		Psychóza		Závislost		Ostatní duševní poruchy	
	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů	Počet zařízení	Počet klientů
Sociálně aktivizační služby	3	**149**	1	**30**	1	**8**		**0**		**0**
Odborné sociální poradenství	2	**123**	1	**121**	1	**5**	**1**	**4**	1	**1**
Sociální rehabilitace – terénní forma, tzv. případové vedení	1	**11**	3	**37**	2	**2**	1	**2**	1	**1**
Ústavní pobytové služby (domovy)	18	**724**	18	**596**	19	**282**	11	**65**	6	**101**
Sociálněterapeutické dílny - pracovní rehabilitace	2	**72**	1	**15**	2	**6**	1	**4**	0	**0**
Pobytové služby v komunitě - chráněné bydlení	2	**21**	0	**0**	1	**4**	1	**1**	0	**0**
Krizové služby, zejména linky důvěry	0	**0**	0	**0**	0	**0**	0	**0**	1	**79**
Kontaktní a terénní protidrogové služby							2	**500**		
Jiné: sociální služby, které v registraci uvádějí ODO jako jednu z cílových skupin, ale pracují s nimi spíše výjimečně	4	**35**	4	**110**	4	**78**	4	**227**	3	**153**

Z tabulky vyplývá, že některé sociálně aktivizační programy, odborné sociální poradenství, sociálně terapeutické dílny a služby sociální rehabilitace existovaly pro klienty s mentálním postižením a organickými duševními poruchami (demencí). Nejhojněji byly zastoupeny všechny typy poruch v pobytových ústavních zařízeních sociálních služeb. Chráněné bydlení existovalo v malé míře pouze pro klienty s mentálním postižením. Krizové služby[1] zabezpečoval pouze jeden poskytovatel, a to pouze pro „ostatní kategorie duševních poruch“ (poruchy přizpůsobení, úzkostné a afektivní poruchy). V kraji byli pouze 2 poskytovatelé[2] nabízející kontaktní a terénní protidrogové služby pro osoby se závislostmi. Využití ostatních služeb v jednotlivých skupinách poruch bylo pouze zlomkovité a pravděpodobně spíše náhodné. Řada osob s duševním onemocněním či závislostí se vyskytuje v jiných nespecializovaných sociálních službách či službách

1 V Karlovarském kraji nebylo krizové centrum. Existuje zde linka důvěry (18.00–06.00 následujícího dne), která je provozována nestátním neziskovým sdružením Res Vitae a financována z grantového systému.

2 Jako zařízení specializované ambulantní péče pro drogově závislé a jejich rodiny funguje v kraji o.s. KOTEC (K-centra, terénní programy) a o.s. Světlo Kadaň.

určených pro jiné cílové skupiny (např. Armáda spásy, Svaz tělesně postižených, Přední hlídka Royal Rangers v ČR).

Díky individuálním projektům, které se zabývaly vytvořením služeb pro ODO, vznikly v roce 2010 v Karlových Varech dvě nové sociální služby, v nichž pracuje celkem 10 pracovníků v přímé péči: sociální rehabilitace (terénní a ambulantní forma) a sociálněterapeutická dílna. V roce 2013 byly vytvořeny základy dvou nových služeb sociální rehabilitace (terénní forma) v Sokolově a Chebu. Zde pracuje 8 pracovníků (4 Sokolov, 4 Cheb) a jeden sociální pracovník, který se profiluje jako tzv. peer konzultant (pracovník s vlastní zkušeností). Poskytovatelem služeb je Fokus Mladá Boleslav. Cílovou skupinou jsou zejména osoby s duševním onemocněním. V roce 2012 byly služby v Karlových Varech poskytnuty 246 klientům (162 klientů využívalo sociální rehabilitaci, 84 sociálněterapeutickou dílnu). K vyhodnocení služeb vytvořených v rámci tohoto projektu dojde až po ročním fungování (2014).

Ani v současné době v kraji téměř neexistují sociálně aktivizační programy pro cílovou skupinu ODO. Postupně se rozvíjejí služby sociální rehabilitace a sociálněterapeutických dílen pod vedením Fokusu Mladá Boleslav. Neexistuje specializované poradenství pro osoby s psychózou, závislostmi a ostatními duševními poruchami. Služby chráněného bydlení existují jen pro klienty s mentálním postižením, nikoli pro klienty s duševní poruchou. Krizové linky prakticky neexistují – vyjma jedné, kterou využívají z malé části osoby s ostatními duševními poruchami.

5.3.3 Zařízení v resortu školství

Existovaly tři pedagogicko-psychologické poradny (Karlovy Vary, Cheb, Sokolov). Tyto poradny neměly specializované pracovníky pro žáky a studenty s duševními poruchami.

V současné době stále neevidujeme žádné aktivity, které by propojovaly problematiku osob s duševním onemocněním a školství. Neexistuje ani žádný školicí program pro pedagogy a poradce na školách, který by byl speciálně zaměřen na problematiku duševních poruch. V roce 2014 začal na některých středních školách probíhat pod hlavičkou Fokus o.s. destigmatizační projekt „Blázníš? No a!“.

5.3.4 Svépomocné aktivity

Aktuálně v Karlovarském kraji funguje svépomocná aktivita rodinných příslušníků osob s duševním onemocněním: Západočeský paprsek. Svépomocná aktivita samotných pacientů není evidována.

5.4 Srovnání služeb pro osoby s duševním onemocněním v KK s normativem

K tomu, aby bylo možno si udělat jasnější obraz nejen o existenci, ale i o potřebném množství služeb v Karlovarském kraji (dále „KK“), bylo porovnáno jejich kvantitativní zastoupení s doporučovaným množstvím služeb z Koncepce oboru psychiatrie (1. revize 2008), kterou vypracovala Psychiatrická společnost ČLS JEP.[3] Toto srovnání je zachyceno v Tabulce č. 2.

3 http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article &id=33:koncepce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40

Tabulka č. 2: Karlovarský kraj (referenční dokument Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008)

Služba	Doporučení z Koncepce: lůžka, lékařská místa, osob na 100 tis. obyvatel	Přepočet dle Koncepce na KK	KK realita
	Lůžka		
lůžka psychiatrická celkem	100	307	40
lůžka psychiatrická akutní	40	123	40
lůžka psychiatrická následná	60	184	0
z toho			
lůžka gerontopsychiatrická	20	61	0
lůžka adiktologická	25	77	0
lůžka psychiatrická pro děti a dorost	6-8	18-25	0
Ambulance	**Lékařské místo**		
ambulance psychiatrická	9	27,6	15
amb. gerontopsychiatrická	0,5	1,5	0
amb. adiktologická	1,5	4,6	1
amb. dětská	1,5	4,6	3
amb. poruch příjmu potravy	0,25	0,8	0
amb. sexuologická	0,75	2,3	0
amb. psychoterapeutická	2	6,1	0
amb. klinické psychologie	15	46	14
Intermediární péče	**Místa/lůžka**		
denní stacionář psychiatrický	18 míst	55 míst	0 míst
denní stacionář AT	18 míst	55 míst	0
krizové centrum pro dospělé	2 lůžka	6 lůžek	0
komunitní sestra	3 prac.	9 prac.	0
adiktolog - case manager	3 prac.	9 prac.	0
chráněné a sociálněterapeutické dílny	25 míst	77 míst	15**
přechodné a podporované zaměstnání	25 míst	77 míst	0
chráněné bydlení	20 míst	61 míst	5**
dfrmtxty0domy a byty na půl cesty	10 míst	31 míst	0
podpora samostatného bydlení	2 soc. prac.	6	0
sociální rehabilitace - ambulantní forma	50 míst	154	15**
sociální rehabilitace - terénní forma	1 soc. prac.	3 soc. prac.	5,5***

Komentář k tabulce:
* Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky 2011, vlastní šetření v rámci projektu Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním
** V regionu byly další služby tohoto typu, které deklarují osoby s duševním onemocněním jako jednu z cílových skupin, nejsou však na tuto skupinu primárně zaměřeny. Celkem jde o 19 míst v sociálněterapeutických dílnách a 38 míst v sociální službě sociální rehabilitace.
*** Koncepce oboru psychiatrie předpokládá multidisciplinární (převážně zdravotnické) case managementové týmy, kde je sociální pracovník jen jednou ze zastoupených odborností. Takové týmy však zatím nelze v rámci zdravotnických služeb vytvářet a financovat z úhrad zdravotních pojišťoven. Sociální rehabilitace pracující metodou case managementu (případového vedení) je zatím realizována jako sociální služba, tým tvoří sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách.

Poznámka:
Do normativu Koncepce oboru psychiatrie nejsou zahrnuty služby pro diagnostickou skupinu mentální retardace.

Z tabulky vyplývá, že ve sféře zdravotnictví buď služby nebyly rozvinuty vůbec (následná lůžková psychiatrické péče, některé specializované ambulance, denní stacionář AT, krizové centrum s nepřetržitým provozem, komunitní psychiatrické sestry), nebo je jejich kapacita nedostatečná. Pro služby z resortu sociálních služeb vyplýval obdobný závěr: absence určitých typů služeb, nebo služby sice existují, avšak nejsou specificky zaměřené na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Naprosto nedostatečné jsou zdravotní služby pro děti a adolescenty a rovněž všechny typy služeb pro osoby se závislostmi na návykových látkách a alkoholu.

V době vytváření sítě (2013) situace v nezměněné podobě trvá.

6 Zjišťování regionální spolupráce jako východisko pro tvorbu modelu sítě

Pro tvorbu sítě služeb v Karlovarském kraji bylo nezbytné zmapovat kapacitu služeb, ale také jejich kvalitativní charakteristiky, zejména úroveň spolupráce. Zjištěné výsledky pak mohou sloužit jako podklad pro vytvoření efektivní podoby sítě na okresní a krajské úrovni. Využity byly především výstupy z tzv. focus groups a obsáhlého dotazníkového šetření. Pro detailnější pochopení fungování spolupráce zejména mezi zdravotnickými a sociálními službami je použit dotazník mapující pohyb uživatele mezi službami v průběhu jednoho roku.

Stav spolupráce byl zjišťován z dat sebraných v rámci následujících šetření:
- **focus group s odborníky o spolupráci služeb v Karlovarském kraji;**
- **dotazníkového šetření mezi odborníky a uživateli** služeb na téma spolupráce sociálních a zdravotních služeb v Karlovarském kraji (dotazníky zpřesňují údaje vzešlé z focus group s odborníky);
- **dotazníkového šetření mezi uživateli služeb**, které mapuje průchodnost mezi jednotlivými službami v kraji.

Výsledky byly zpracovány ve Zprávě o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji (2012), viz Příloha č. 1. Zpráva dává souhrnnou informaci o stavu spolupráce mezi různými typy služeb (zdravotnické, sociální, ostatní) a zároveň zjišťuje potřeby odborníků a uživatelů vzhledem k hustotě a kvalitě sítě služeb v kraji.

6.1 Focus group s odborníky o spolupráci v Karlovarském kraji

Pro zhodnocení spolupráce sociálních, zdravotních a ostatních služeb v Karlovarském kraji byli sezváni vybraní přední lokální odborníci z oblasti péče o ODO k řízené **skupinové diskusi – focus group** (proběhla dne 26. června 2012 na Krajském úřadě Karlovarského kraje, viz zápis – Příloha 1 Přílohy 3). Skupinové diskuse se zúčastnili vybraní zástupci ambulantní, lůžkové i intermediární péče: ambulantní psychiatr, primář spádového psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov, sedm vedoucích pracovníků i zaměstnanců sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním (včetně služeb pro osoby se závislostí), pro seniory, pro osoby bez domova, a zástupce sociálního odboru Karlovarského kraje (celkem 10 osob).

Z diskuse vyplynulo, že zúčastněné organizace spolupracují s poměrně širokou škálou organizací a institucí, a byly identifikovány silné a slabé stránky spolupráce všech služeb v kraji.

Silné stránky spolupráce:
- širší spektrum služeb ve městech než na venkově;
- dobrá spolupráce v krizových situacích;
- výborná spolupráce s psychiatrickým oddělením v Nemocnici Ostrov – fungující předávání klientů mezi oddělením a službami v kraji;
- ochota ke spolupráci mezi jednotlivými službami a jejich snaha nabídnout klientovi veškeré pro něj potřebné typy činností;
- zlepšení přijímání klientů pobytových služeb (např. azylové domy) okolím, a s tím související snižující se stigmatizace osob s duševním onemocněním;
- dobrá spolupráce s úřady z hlediska poskytování informací a pomoci službám, ale i jejich klientům.

Slabé stránky spolupráce:
- při řešení krizových stavů;
- problémy se stárnutím populace;
- chybějící síť psychiatrů;

- dlouhá čekací doba u psychiatrů;
- nedostupnost kvalitních klinických psychologů;
- špatná spolupráce s rodinami nemocných;
- nedostatek zařízení pro osoby se závislostmi (AT ordinace, metadonový program, detox);
- absence služby pro pachatele násilné trestné činnosti;
- absence služeb sociálních pracovníků v rodinách – v důsledku jejich nedostatku vzrůstá počet dětí v ústavní péči;
- výrazný rozdíl mezi městem a venkovem;
- absence terénních služeb;
- špatná dopravní dostupnost v kraji.

Některá tvrzení odborníků, jež vyplynula ze skupinové diskuse, byla zpřesněna dotazníky zaslanými všem odborníkům (sociální a zdravotní služby) a 30 uživatelům služeb v kraji.

Pracovní atmosféra při focus group

6.2 Dotazníkové šetření mezi odborníky a uživateli

Cílem dotazníkového šetření bylo ověřit přesnost tvrzení zjištěných v rámci focus group a vyhodnotit spokojenost se stavem spolupráce jednotlivých služeb a další potřeby v souvislosti s péčí o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji.

Vznikly dvě verze dotazníku:
1. pro odborníky – viz Příloha 4 Přílohy 3;
2. pro uživatele – viz Příloha 5 Přílohy 3.

Jako výzkumný nástroj byl zvolen dotazník, jehož položky byly vytvářeny na základě výpovědí z focus group. Při interpretaci dat získaných z dotazníků autoři zprávy vybrali ta tvrzení, u nichž odpovědi respondentů vypovídaly o velmi pravděpodobné (70 % - 80 %) nebo zjevné (80 % - 100 %) nespokojenosti se stávajícím stavem spolupráce služeb. Autoři zprávy předpokládají, že z těchto **tvrzení lze odvodit potřeby a doporučení k tvorbě sítě služeb.** Více o metodologii sběru a zpracování dat v celém znění Zprávy (viz Příloha č. 1).

Dotazník pro odborníky

Celkem bylo rozesláno 92 žádostí o vyplnění dotazníku. Návratnost byla 40 dotazníků.

Potřeby odborníků jsou řazeny podle intenzity vyjádřené spokojenosti/nespokojenosti a jsou shrnuty v Tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Potřeby odborníků vzhledem ke stavu služeb a jejich vzájemné spolupráce v Karlovarském kraji (2012)

Zjevné potřeby vyjádřené odborníky: • návaznost a spolupráce služeb zejména na venkově; • edukace příbuzných osob s duševním onemocněním; • systém úhrad péče zdravotními pojišťovnami, který by podporoval vzájemnou spolupráci.
Velmi pravděpodobné potřeby vyjádřené odborníky: • edukace a zapojení policie do spolupráce; • větší přehled pracovníků obcí o dostupných službách pro osoby s duševním onemocněním; • terénní sociální služby pro osoby s duševním onemocněním na venkově a v málo osídlených oblastech kraje; • spolupráce ambulantních psychiatrů a psychologů; • větší ochota úředníků; • nabídka a rozvoj dalších služeb pro osoby s duševním onemocněním v kraji.

Dotazník pro uživatele

Dotazník vyplnilo 97 vybraných klientů za asistence odborníků spolupracujících organizací. Potřeby uživatelů jsou řazeny podle intenzity vyjádřené spokojenosti/nespokojenosti a jsou shrnuty v Tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Potřeby uživatelů vzhledem ke stavu služeb a jejich vzájemné spolupráce v Karlovarském kraji (2012)

Zjevné potřeby vyjádřené uživateli: • více různých služeb a lepší spolupráce; • na venkově vytvořit především terénní sociální služby.

* Další potřeby byly pod hranicí 70 %.

Spokojenost se službami nebo spoluprací

Omezit se na položky ukazující na nespokojenost respondentů by bylo neobjektivní, proto autoři zprávy dále uvedli položky, ve kterých odborníci a uživatelé vyjádřili zjevnou spokojenost (80 % - 100 %) nebo velmi pravděpodobnou spokojenost (70 % - 79 %) se stavem služeb nebo jejich vzájemné spolupráce v Karlovarském kraji:

- téměř 80 % uživatelů uvedlo, že se v případě zhoršení příznaků onemocnění mají kam obrátit s žádostí o pomoc;
- s tím může souviset dobré hodnocení psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov. To, že spolupráce s ním fungovala výborně, si myslelo 63 % odborníků a 76 % uživatelů;
- 74 % uživatelů mělo dobrou zkušenost s tím, že v krizových situacích jim vždy někdo pomůže, odkáže na příslušného odborníka či službu.

Srovnání potřeb odborníků a uživatelů

Shoda mezi oběma skupinami byla v potřebě celkového zlepšení péče o osoby s duševním onemocněním v méně osídlených oblastech kraje a také v tom, že v těchto oblastech chybí především terénní sociální služby.

Co se týče spokojenosti, odborníci a uživatelé shodně vnímali, že pokud je pacient/uživatel v krizovém stavu, je kam se obrátit o pomoc.

Největší **rozdíl** (40 %) mezi odborníky a uživateli byl v položce týkající se edukace rodin osob s duševním onemocněním. 87 % odborníků tvrdilo, že komunikace s rodinami pacientů není dobrá, jelikož rodinní příslušníci nejsou dostatečně edukováni, a 52 % uživatelů si myslelo, že rodina dostává málo informací o nemoci.

Otevřené otázky (byly součástí dotazníku pro uživatele i odborníky)
Otevřené otázky se dotazovaly na to,
a) co nejvíc brání dobré spolupráci služeb,
b) co nejvíc přispívá dobré spolupráci služeb.

Z odpovědí vyplynulo, že překážky spočívají především ve špatném financování služeb, v přílišné regulaci ze strany pojišťoven a nedostatečném množství vzdělaných odborníků.

K dobré spolupráci služeb v kraji naopak podle nich přispívá koordinace a vzájemná informovanost, efektivní plánování a rozvoj služeb.

Autoři shrnuli focus group a dotazníková šetření u odborníků a uživatelů takto:
- Z dotazníkového šetření na straně odborníků vyplynula zejména potřeba zlepšení návaznosti a spolupráce služeb ve venkovských oblastech.
- Na venkově byly žádány především terénní sociální služby.
- Podle odborníků by bylo užitečné, aby se v celém kraji zlepšila spolupráce ambulantních psychiatrů a psychologů.
- Také služby mimo oblast zdravotní a sociální by měly více spolupracovat. Do sítě služeb by měla být ve větší míře zapojena zejména policie, pracovníci obecní samosprávy, ale i rodiny osob s duševním onemocněním.
- V neposlední řadě odborníci žádali menší regulaci ze strany plátců.
- Mezi potřebami samotných uživatelů dominovala potřeba většího množství různých služeb a jejich lepší spolupráce na venkově.
- Překážky ve fungování sítě služeb se podle respondentů týkaly zejména špatného financování, přílišné regulace ze strany pojišťoven a nedostatku vzdělaných odborníků.
- K dobré spolupráci služeb v kraji naopak přispívá koordinace a vzájemná informovanost, efektivní plánování a rozvoj služeb.

6.3 Dotazníkové šetření: průchodnost uživatelů péče mezi službami

K detailnějšímu pochopení fungování spolupráce zejména mezi zdravotnickými a sociálními službami byl použit dotazník mapující pohyb uživatele mezi službami v průběhu jednoho roku. S žádostí o vyplnění dotazníku bylo osloveno psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov, Psychiatrická léčebna Dobřany, sociální služby Fokus Mladá Boleslav – pobočka Karlovy Vary, nestátní nezisková organizace Západočeský paprsek a dále vybraní psychologové a psychiatři v Karlovarském kraji. Dotazníky, které vyplnilo 73 uživatelů/klientů za asistence odborníků, vypověděly o 872 návštěvách v roce 2011 v různých (zdravotních a sociálních) službách pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji. Prezentace výsledů dotazníku viz Příloha 5 Přílohy 3.

Shrnutí
Z výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že hlavní využívanou službou jsou psychiatrické ambulance, kam pacienti přicházejí nejčastěji na doporučení praktických lékařů. Sledováním se nepodařilo identifikovat žádné jiné stereotypní vzorce ve využívání služeb. Data svědčila pro to, že služby jsou navštěvovány spíše paralelně a nezávisle na péči ambulantního psychiatra, i když z praktické zkušenosti bylo zřejmé, že využívání služeb není natolik náhodné a chaotické, přinejmenším u části klientů.

Z výsledků také jednoznačně vyplynulo, že pro rozvoj služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu byla důležitá zejména spolupráce sociálních služeb a psychiatrických ambulancí, praktických lékařů a psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov.

Vytvoření koordinovaného zdravotně-sociálního systému, který by zajistil kontinuální a komplexní péči a multidisciplinárně sdílenou odpovědnost za péči o klienta/pacienta, vyžaduje mimo jiné i systémové legislativní změny a přesahuje proto rámec tohoto projektu. Velká pozornost by měla být věnována prohlubování a kultivaci spolupráce mezi výše uvedenými zdravotnickými službami a připravovanými komunitními sociálními službami.

Závěr

- **Z výše uvedených výsledků vyplývá potřeba rozvoje služeb pro osoby s duševním onemocněním především na venkově, zejména pak terénních sociálních služeb.**
- **Potřebné je rovněž rozšíření nabídky a diverzity služeb, jejich lepší návaznost a spolupráce v rámci celého kraje (i zde však v největší míře na venkově).**
- **Ke spolupráci by bylo vhodné přizvat nejen odborné služby, ale také příbuzné osob s duševním onemocněním.**
- **Potřeba většího zapojení do sítě služeb se týkala také policie a sociálních pracovníků obecních samospráv.**
- **Z výsledků jednoznačně vyplynulo, že pro efektivní fungování služeb pro osoby s duševním nemocněním v kraji je zásadní zapojení psychiatrických a psychologických ambulancí, praktických lékařů a psychiatrického oddělení.**
- **V neposlední řadě by měla být věnována velká pozornost prohlubování a kultivaci spolupráce mezi výše uvedenými zdravotnickými službami a komunitními sociálními službami.**
- **Jako optimální řešení většiny výše zmíněných potřeb se jevilo vytvoření a následné efektivní fungování multidisciplinárních týmů s okresní působností a fungování krajského koordinačního týmu.**

7 Model sítě - multidisciplinární týmy (okresy Karlovy Vary, Sokolov, Cheb)

Předchozí text obsahuje shrnutí všech zdrojů, které sloužily jako inspirace při utváření multidisciplinárních týmů. Jsou zde propojeny zahraniční zkušenosti i aktuální situace v péči o osoby se závažným duševním onemocněním v ČR, doplněné o výsledky podrobných šetření provedených v Karlovarském kraji.

Použité zdroje:
- zahraniční modely péče (kapitola 3);
- systém péče o duševně nemocné v ČR (kapitola 4);
- popis stavu péče v Karlovarském kraji (kapitola 5);
- provedená šetření v oblasti péče o duševní zdraví (kapitola 6).

Aktivity, které předcházely zahájení činnosti multidisciplinárních týmů:
- návštěva koordinačního týmu v Praze 11 (kapitola 8.1);
- úvodní workshop (kapitola 8.2).

Z předchozích kapitol je tak možné vyčíst hlavní cíle vzniklých multidisciplinárních týmů, kterými jsou:
- zvýšení kapacity a dostupnosti péče pro osoby s vážným duševním onemocněním, a to i do venkovských oblastí Karlovarského kraje;
- vzájemná návaznost a spolupráce služeb, a to jak mezi sociálními službami a zdravotnickými službami, tak i mezi službami, které nabízejí státní instituce a neziskový a soukromý sektor;
- případová práce s osobami, které „propadávají“ současnou sítí služeb a pro které je důležité zajistit spolupráci více organizací či institucí;
- evaluace případové práce sloužící pro plánování a vytváření dalších služeb jak v jednotlivých okresech, tak i na úrovni kraje.

7.1 Činnost multidisciplinárních týmů

Na okresní úrovni byly v roce 2013 vytvořeny okresní multidisciplinární týmy (dále MT), které byly složeny ze zástupců poskytovatelů sociálních, zdravotních a ostatních služeb působících v daném okrese. Konkrétně se jednalo o neziskové organizace poskytující sociální služby, obcemi zřizované sociální služby, zástupce škol, policie, klinické psychology a ambulantní psychiatry. Skladba jednotlivých týmů odpovídala vždy konkrétním klientům a způsobu, jak je možno jim pomoci nebo je podpořit. MT se scházely pravidelně a to v intervalu 1x za 2 měsíce, a to v každém okrese (pobočky Fokusu Karlovy Vary, Sokolov, Cheb). V každé pobočce Fokusu byl zvolen koordinátor MT, který mj. zastupoval MT v koordinačním týmu. Setkání byla v rámci projektu svolávána a řízena oblastním ředitelem Fokus Mladá Boleslav - Karlovy Vary. Převažující formou práce týmů je případová konference.

Případová konference je nástroj, který slouží pracovníkům multidisciplinárního týmu k důkladnému rozboru konkrétních případů jednotlivých klientů a dle kterého jsou následně vybírány nejvhodnější možné návrhy řešení daného případu. V rámci případové konference jsou vytipována i slabá a silná místa v případu klienta. MT vypracovává zprávu sloužící jako podkladový materiál pro koordinační tým a jako doporučení pro další koncepční práci v problematice osob s duševním onemocněním v Karlovarském kraji. Případové konference vede vždy určená osoba. Pojednání o případové konferenci jako nástroji řešení případů je uvedeno v Příloze č. 2.

Multidisciplinární tým pro okres Karlovy Vary
Jako první byl svolán multidisciplinární tým pro okres Karlovy Vary, který zahájil svou činnost 30. 4. 2013. Zúčastnili se ho zástupci jak zdravotnických, tak i sociálních služeb. Prvním setkáním provázel MUDr. Ondřej Pěč, který je členem koordinačního týmu pro Prahu 11. Na prvním setkání týmu byly představeny hlavní cíle fungování multidisciplinárního týmu a byla diskutována situace péče o osoby se závaž-

ným duševním onemocněním na území okresu Karlovy Vary. Za dobu trvání projektu „Vytvoření sítě služeb s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ se uskutečnilo celkem šest setkání multidisciplinárního týmu pro okres Karlovy Vary. Kromě úvodního setkání byla jejich náplní případová práce s lidmi se závažným duševním onemocněním.

Účastnili se jej zástupci těchto organizací a institucí:

Fokus Mladá Boleslav, Policie ČR, Hasičský záchranný sbor, Národní rada zdravotně postižených, sociální odbor KÚ Karlovarského kraje, DOZP Mariánská, Světlo Kadaň, Pedagogicko-psychologická poradna Karlovy Vary, Armáda spásy, sociální odbor města Ostrov, sociální pracovnice vojenského újezdu Hradiště, psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov, sociální odbor Magistrátu města Karlovy Vary, OSSZ Karlovy Vary, Ladara s.r.o.

Multidisciplinární tým se v rámci případové práce zabýval případy 8 klientů. U většiny z nich byla dohodnuta spolupráce několika organizací. Část případů byla probírána opakovaně.

Pro práci koordinačního týmu vyplynuly z jeho činnosti následující okruhy témat:

- nedostatečná kapacita zdravotnických služeb pro poskytování akutní péče osobám s těžkým duševním onemocněním v celém Karlovarském kraji;
- nedostatek specialistů nabízejících psychoterapii;
- chybějící specializované oddělní tzv. detox v Karlovarském kraji;
- nedostatečné množství většiny zdravotnických profesí v oblasti péče o duševní zdraví;
- nedostatek služeb pro osoby s Alzheimerovou demencí.

Multidisciplinární tým pro okres Sokolov

První setkání multidisciplinárního týmu pro okres Sokolov se uskutečnilo 28. 5. 2013. Byl na něm představen způsob práce a diskutována problematika péče o duševní zdraví v okrese Sokolov. Multidisciplinárního týmu pro okres Sokolov se účastnili zástupci následujících organizací a institucí: Fokus Mladá Boleslav, sociální odbor města Kraslice, sociální odbor města Kynšperk nad Ohří, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, klinický psycholog Sokolov, ambulantní psychiatr Sokolov, o.s. Mateřídouška, sociální odbor města Chodov, sociální odbor města Sokolov, Policie ČR, Gymnázium Sokolov, sociální odbor města Horní Slavkov, o.s. Kotec.

Multidisciplinární tým se v rámci případové práce zabýval případy 12 klientů. U většiny z nich byla dohodnuta spolupráce několika organizací. Část případů byla probírána opakovaně. Pro práci koordinačního týmu vyplynuly z jeho činnosti následující okruhy témat:

- nedostatek služeb pro osoby s Alzheimerovou demencí;
- nedostatečné kapacity pobytových zařízení pro osoby se závažným duševním onemocněním;
- nedostatečná informovanost obvodních a posudkových lékařů v problematice duševních onemocnění.

Multidisciplinární tým pro okres Cheb

První setkání multidisciplinárního týmu pro okres Cheb se uskutečnilo 27. 5. 2013. Byl na něm představen způsob práce a diskutována problematika péče o duševní zdraví v okrese Cheb. Multidisciplinárního týmu pro okres Cheb se účastnili zástupci následujících organizací a institucí: Fokus Mladá Boleslav, sociální a zdravotní odbor města Cheb, Policie ČR, VOŠ Cheb, Správa zdravotních a sociálních zařízení Cheb, o.s. Kotec, Západočeský paprsek, ambulantní psychiatr Cheb, pedagogicko-psychologická poradna Cheb, Integrovaná střední škola Cheb, o.s. Joker.

Multidisciplinární tým se v rámci případové práce zabýval případy 9 klientů. U většiny z nich byla dohodnuta spolupráce několika organizací. Část případů byla probírána opakovaně. Pro práci koordinačního týmu vyplynuly z jeho činnosti následující okruhy témat:

- nedostatek specialistů poskytujících psychoterapii;
- nedostatek ambulantních psychiatrů v okrese Cheb;
- důležitost spolupráce s lidmi s tzv. duálními diagnózami a vytvoření specializovaných služeb pro tuto skupinu.

7.2 Struktura setkání multidisciplinárních týmů

1. Prezence účastníků, podepsání mlčenlivosti o diskutovaných případech
2. Představení programu
3. Rekapitulace případové práce z minulého setkání
4. Případová práce
   a. Představení případu kazuistickou formou
   b. Dotazy ostatních účastníků, doplňování informací k případu
   c. Návrhy a nápady na možnou spolupráci
   d. Domluva spolupráce mezi jednotlivými organizacemi a institucemi na řešení případů klientů
5. Rozdělení úkolů na příští setkání
6. Domluva termínu dalšího setkání

7.3 Příklad případové práce v multidisciplinárním týmu

Případ, kterému se multidisciplinární tým věnoval opakovaně, byla kazuistika paní Jany, prezentovaná na druhém setkání týmu.

Historie
Paní Janě je 35 let. Má další dva sourozence, dva starší bratry 41 a 38 let. Vyrůstala v malém historickém městečku na západě Čech v sociálně slabší rodině. Otec i matka byli dělníci, vztahy v rodině byly zcela normální, nikdy nedocházelo k žádnému výjimečnému trestání dětí, či dokonce k týrání. Během svého dětství však Jana a její sourozenci neměli ani žádné zvlášť obohacující a radostné zážitky. Na základní škole paní Jana zcela normálně žila mezi svými spolužáky, později se vyučila šičkou. Tuto profesi také posléze řadu let vykonávala, a to až do nástupu na mateřskou dovolenou. Má také řidičský průkaz, ale autem nejezdí, protože jí průkaz rodina uschovala. Nikdy neměla žádné zvláštní záliby, jen jezdila na kole a chodila na procházky. Ve městě, kde pracovala (není to město jejího dětství), se seznámila se svým nynějším druhem a začali spolu bydlet ve společném bytě. Narodily se jim dvě děti. Paní Jana byla vždy vynikající matka, hospodyně, kuchařka i manželka. Její druh pracoval v té době a vlastně ještě donedávna jako dozorce ve vězení. Pak chvilku jako zámečník, nyní v masně. Pokud bydleli jako rodina ve svém bytě, neměli údajně žádný problém. Potíže se vyskytly teprve ve chvíli, kdy se rodina přestěhovala zpět do již zmiňovaného historického městečka, kde si koupila rodinný dům. Rozhodnutí bylo společné. Bratr paní Jany jim koupi rozmlouval, protože prý její druh je líný a není ochoten na starém zchátralém domě něco zvelebovat, jen prý leží a nic nedělá. Podle toho dům nyní skutečně vypadá. V tomto domě žijí již 2 roky.

Nemoc
Paní Jana se hned v prvních chvílích necítila v domě dobře, cítila zde zvláštní tlak a sílu, chtěla z domu pryč. Neměla však prý kam jít, poslala tedy alespoň pryč svoji dceru (nyní 12 let), aby ji ochránila. Ta nyní žije u babičky v rodinném domku, ale každý den se s matkou navštěvují. Dcera má špatné výsledky ve škole, bude dělat opravné zkoušky nebo opakovat ročník. V domě zůstal žít s rodiči mladší syn (nyní 6 let), který chodí do mateřské školy a půjde nyní také do školy. Otec požádal o svěření dětí do své péče. Důvodem dle bratra Jany nebylo vůbec to, že by se o děti špatně starala. Je prý velmi dobrá matka. Pravým důvodem prý bylo to, že paní Jana nepracovala, nezaevidovala se na úřadu práce, neměla žádný příjem, nepodílela se na financování nákladů na provoz domu ani na zajištění financí pro obživu rodiny. Paní Jana to hodnotí jako spiknutí se proti ní a velké bezpráví. Také je utvrzena v tom, že rozhodnutí o svěření dětí do péče druha mohlo padnout jen díky tomu, že jako státní zaměstnanec měl určité vlivné kontakty.

Paní Jana chce děti zpět do své péče. Fyzicky se s nimi každý den stýká a o mladšího syna i vlastně sama pečuje, pokud není v mateřské škole. Přesto není ochotna jednat s jakýmkoli úřadem, aby jí děti byly svěřeny zpět. Druh ji považuje za nemocnou, chce za každou cenu docílit lékařského vyšetření. Paní Jana ale toto zásadně odmítá, není ochotna jít ani například k zubaři, natož se nechat hospitalizovat na psychiatrickém oddělení k odbornému vyšetření. Dle druha se chová divně dva roky, od té doby, co žijí v domě.

Je pravda, že když s ní hovořím, občas se dívá jiným směrem a usmívá se, jako kdyby poslouchala někoho jiného. Sama není jinak somaticky nemocná, jen ji prý bolí z neznámého důvodu celá levá polovina těla. Stejný problém má i jeden její bratr, který často pobývá s rodinou v domě. Paní Janě díky tomu, že není zaevidována na úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání, dluhy narůstají a dluží také na povinném havarijním pojištění za osobní automobil. Přesná výše dluhů není známá, ale dluhy se hromadí již dva roky. Druh paní Jany také trvá na tom, aby mu platila alimenty na děti a přispívala na domácnost, což se neděje. Alimenty jsou další dlužnou částkou. Doma jí druh odmítá dávat jídlo, chodí si proto například pro namazaný chléb k rodičům.

Současnost

Bratr paní Jany oslovil Fokus Mladá Boleslav v Karlovarském kraji s tím, že si již neví rady. Zejména ho tíží narůstající dluhy a také nezjištěný zdravotní stav jeho sestry. Paní Jana si pak trvá na svém, je prý zcela zdravá, děti jí byly odebrány z péče neprávem, na úřad práce nepůjde, protože když bude chtít, do práce prý může jít ihned. Chce se s dětmi odstěhovat z domu, kde se údajně nedá žít. Nechce žít ani se svým druhem. Je zatvrzelá, přestala zcela komunikovat se všemi lidmi. Pracovnicím Fokusu se nyní velmi pozvolna daří navazovat kontakt. Zpočátku zcela odmítala jakékoliv setkání, ani neotevřela dveře nebo odcházela pryč. Později byla přístupna jen zcela nezávaznému hovoru například o událostech ve městě. Nyní již zve pracovníky Fokusu na kávu, jde na procházku. Při poslední schůzce již byla ochotná hovořit o svých dětech a o sociálních dávkách, které by jí mohly pomoci. Jen o své údajné nemoci (jak to vidí rodina) zatím hovor nepřipouští.

Mapování situace paní Jany pomocí nástroje Camberwellského dotazníku šetření potřeb

- *Bydlení:* Klientka bydlí se svým přítelem, bratrem a synem nedaleko Karlových Varů v domě, který chátrá, neboť v něm nikdo nic nedělá ani jej nikdo neudržuje. V tomto domě bydlí dva roky. Dům je vybaven potřebným zařízením a vším, co je k žití potřeba. V domě se klientce nelíbí a chtěla by se odstěhovat.
- *Strava:* Klientka se stravuje u svých rodičů, jelikož nemá žádný příjem, její přítel a bratr jí dávají pouze základní potraviny. Někdy nedostane ani to, proto chodí ke svým rodičům, kteří bydlí nedaleko, a tam se nají.
- *Péče o domácnost:* Klientka se o domácnost stará v rámci možností. Myje nádobí, zametá, vytírá. Ale o domácnost se moc nepečuje, jak z její strany, tak ze strany spolubydlících.
- *Péče o sebe:* Klientka je vždy čistá, voňavá, oblečení má také čisté, i když často neodpovídá velikost oblečení jejím tělesným proporcím. Zejména dbá o své dlouhé vlasy, často chodí přiměřeně a vkusně nalíčená.
- *Denní činnosti:* Mezi denní činnosti klientky patří venčení psa, péče o syna, sledování TV a vysedávání u PC.
- *Tělesné zdraví:* Nemá údajně žádné somatické onemocnění, jen ji prý bolí z neznámého důvodu celá levá polovina těla. U lékaře nebyla. Bolí jí někdy zuby, nechodí k zubaři, nemá pojištění ani peníze.
- *Psychotické symptomy:* Dle sdělení bratra je možné, že u klientky propuklo psychotické onemocnění.
- *Informace o zdravotním stavu*: Klientka informace nemá. Nemoc si nepřipouští a ani se o nemoc nezajímá.
- *Psychické potíže:* Klientka o svých náladách nemluví, není známo, zda trpí např. úzkostí.
- *Ohrožuje sebe:* Ne.
- *Ohrožuje okolí:* Ne.
- *Alkohol:* Klientka nepije.
- *Drogy:* Klientka drogy nebere, dokonce ani nekouří tabák, kávu pije velmi sporadicky.
- *Přátelé:* Klientka přátele a kamarády nemá. S nikým se nestýká. Kontakt má pouze se svými rodinnými příslušníky.
- *Intimní vztahy:* Není známo. Má přítele, ale s ním se chce rozejít.
- *Sexualita:* Není známo.
- *Péče o děti:* Klientka má dvě děti. Starší je dcera a mladší syn. Děti jsou svěřeny do péče přítele. Klientka by chtěla děti dostat do své péče zpět, ale údajně jí mělo být řečeno, že musí jít na psychologické vyšetření, aby jí mohly být děti navráceny zpět.

- *Kognitivní deficit (vzdělání):* Je vyučená šička, pracovala v této profesi od vyučení až do mateřské dovolené, od té doby nepracuje. Ze současných návštěv pracovníků Fokusu není zatím možné odhadnout, zda je u klientky přítomný kognitivní deficit.
- *Telefonování:* Rodina jí neumožňuje telefonovat, vlastní telefon nemá.
- *Doprava:* Má řidičský průkaz, ale rodina ho zabavila, aby nemohla jezdit. Hromadnou dopravu nevyužívá z důvodu chybějících financí.
- *Peníze:* V této oblasti je velký problém. Klientka nemá žádný příjem. Nemá přiznány žádné sociální dávky. Má velké dluhy na zdravotním pojištění.

Spolupráce multidisciplinárního týmu na řešení případu klientky
Týmová inspirace a navrhovaná týmová spolupráce:
- V rámci týmové diskuse byla opakovaně doporučena spolupráce s oddělením sociálněprávní ochrany dětí (OSPOD).
- Dalším návrhem k řešení tým nabídl možnost spolupráce klientky se sociální pracovnicí obce, která by byla zaměřena na poradenství ve věci sociálních dávek a dluhové poradenství.
- Byla navržena možnost zapojit do řešení situace pedagogicko-psychologickou poradnu.
- Mezi jednotlivými setkáními multidisciplinárního týmu došlo k hospitalizaci klientky, tato hospitalizace posunula řešení klientčiny situace dále.
- Došlo k týmové dohodě, že by klientka v průběhu hospitalizace, kde již bylo diagnostikováno a potvrzeno psychotické onemocnění, navázala spolupráci s ambulantním psychiatrem, z předpokládaného důvodu, že klientka po propuštění nebude ambulantní léčbu využívat z důvodu chybějícího náhledu na onemocnění.
- Dále bylo doporučeno edukovat rodinné příslušníky o klientčině onemocnění.

7.4 Přínosy fungování multidisciplinárních týmů

- Zlepšení situace v oblasti péče o duševní zdraví v Karlovarském kraji.
- Sdílení případů osob se závažným duševním onemocněním, které „propadávají“ sítí služeb.
- Vzájemná spolupráce na případech těchto lidí.
- Učení se ze sdílených případů, hledání systémových řešení.
- Vzájemná pravidelná podpora pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním.

Fungování multidisciplinárních týmů po skončení projektu
Po dobu trvání projektu bylo fungování multidisciplinárních týmů koordinováno oblastním ředitelem Fokusu Mladá Boleslav. Po skončení projektu se nadále počítá s pokračováním fungování multisdisciplinárních týmů ve všech okresech. Koordinaci po oblastním řediteli převezmou vedoucí týmů sociální rehabilitace Fokus Mladá Boleslav v Karlovarském kraji. Multidisciplinární týmy se za dobu svého fungovaní staly běžnou součástí pracovní náplně většiny jejich účastníků. Většinou organizací a účastníků jsou brány jako podpora jejich práce s klienty s duševním onemocněním a většina účastníků počítá s pravidelnou účastí v multidisciplinárních týmech i po skončení projektu.

8 Model sítě - Koordinační tým (a jeho spolupráce s multidisciplinárními týmy)

8.1 Koordinační tým duševního zdraví v Praze 11 – Jižní Město

Samotnému vytvářením modelu sítě, a především sestavení koordinačního týmu předcházela informativní schůzka (diskusní setkání) úředníků odboru sociálních věcí Karlovarského kraje se zástupci koordinačního týmu z Prahy 11, kde tento tým funguje již od roku 1995. Projekt komunitní péče o duševně nemocné na Praze 11 vznikl v roce 1995 za podpory holandské nadace MATRA (projekt Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví). Pomocí této podpory vzniklo rovněž občanské sdružení ESET-HELP, které na tomto místě působí. Cílem celého projektu bylo v těchto letech zmapovat existující služby na území Prahy 11 a pomoci vytvořit některé chybějící. Tak vedle již fungujícího zdravotnického zařízení s denním stacionářem (Klinika ESET) vznikly některé rehabilitační služby pro klienty s psychózou a home care pro psychiatrické pacienty.

Záměrem koordinačního týmu bylo zprvu stanovit priority činnosti celého projektu, organizovat činnost realizačních týmů, monitorovat a vyhodnocovat jejich činnost, řešit jejich technické a organizační nároky. Od počátku byl tento celkový projekt pojat jako spolupráce úřadu městské části (Úřad Městské části Praha 11), tehdy zdravotního a sociálního odboru, a poskytovatelů služeb pro duševně nemocné na Praze 11. Pilotním poskytovatelem byla již tehdy Klinika ESET a nově se vytvářející sdružení ESET-HELP. Schůzek koordinačního týmu se proto účastnili vedoucí zdravotního a sociálního odboru, protidrogová koordinátorka městské části a řídící pracovníci sdružení ESET-HELP a Kliniky ESET. Během zhruba pěti let trvání z Holandska podporovaného projektu došlo postupně k rozvolnění jeho formálních řídících struktur, ale koordinační tým byl zachován a jeho úlohou bylo nadále zastřešovat a koordinovat síť služeb pro duševně nemocné na Praze 11. Těžiště práce týmu se přesunulo hlavně k problematice včleňování dalších poskytovatelů do spolupracující sítě a iniciace vzniku dalších služeb dle místních potřeb. Do týmu byli proto přizváni zástupci místních home care služeb, vedoucí občanské poradny, ředitelka pedagogicko-psychologické poradny, ředitelka centra sociálních služeb. S některými službami byla navázána volnější spolupráce (primární protidrogová prevence, Pražská vysoká škola psychosociálních studií sídlící na Jižním Městě). Z podnětu týmu vznikaly i nové služby, např. ambulance pro léčbu návykových nemocí, terénní program pro uživatele návykových látek, anonymní psychologické poradna, psychologické poradenství v sociálních službách a další. Některé plánované služby se však také nezdařilo realizovat, např. gerontopsychiatrický stacionář. Koordinační tým vždy vypomáhal s informováním o nově vzniklých službách a s jejich propagací, a to hlavně prostřednictvím místního časopisu Klíč a webu městské části. Součástí spolupráce s širší odbornou veřejností byly semináře o duševním zdraví a o příslušných službách pro praktické lékaře a pediatry z Prahy 11. Tým také pomáhal organizovat spolupráci se školami v oblasti primární protidrogové prevence. Důležitá byla vždy ale i činnost týmu směrem „dovnitř“: vzájemné informování se o nových možnostech (ale i problémech) ve stávajících službách, informace o možnostech grantů poskytovaných městskou částí. Tým však nejenom koordinoval, ale část práce v něm byla věnována i konkrétním klientům. Jednalo se téměř výlučně o klienty sociálních pracovnic úřadu, především veřejných opatrovnic, které měly v péči duševně nemocné. Ty se účastnily některých týmových sezení, o klientech referovaly a využívaly tak možnosti k navázání spolupráce. V posledních letech šlo hlavně o duševně nemocné, se kterými bylo obtížné spolupracovat, navazovat kontakt, budili negativní reakce u veřejnosti. V těchto případech sociální pracovnice využívaly navázání spolupráce s asertivním týmem nebo terénními psychiatrickými sestrami.

Koordinační tým se zprvu scházel každý měsíc, postupně se frekvence setkávání omezila na dvouměsíční intervaly, což trvá dodnes. Místem setkávání byly obvykle prostory sociálního odboru, ale někdy se tým setkával i v prostorách jednotlivých služeb, aby se s nimi více seznámil. Počet účastníků se obvykle pohyboval mezi 5 až 7. Zprvu bylo možné poskytovat drobné finanční odměny z prostředků projektu za účast v týmu, ale později již nebylo možno finanční odměny udílet. Tým výpadek odměn v práci příliš neovlivnil

a pokračoval v práci dále. Důležité bylo navázání přátelských vztahů mezi členy týmu a vzájemná podpora, která byla dále hlavním nositelem motivace pro práci v něm.

Závěrem v kostce uvádíme hlavní funkce týmu, jak se profilovaly za dobu jeho téměř dvacetiletého působení:

- stanovování priorit v dalším rozvoji služeb a podpora ve vytváření nových;
- vtahování nových služeb do spolupracující sítě;
- podpora při řešení technických a organizačních potíží ve stávajících službách;
- vzájemné informování se o aktuální situaci ve službách a možnostech financování;
- propagace služeb duševního zdraví na místní úrovni;
- osvětová činnost směrem k místní odborné veřejnosti;
- navázání spolupráce u konkrétních klientů sociálních pracovnic úřadu.

8.2 Úvodní workshop v Karlovarském kraji

Po návštěvě na Praze 11 proběhl 6. 2. 2013 v Karlových Varech workshop, jehož cílem bylo poskytnout prostor pro setkání a vzájemné poznávání odborníků, kteří díky svým praktickým zkušenostem mohou pomoci nastavit v budoucnu využitelnou síť služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje, a představit plánované způsoby práce, které se osvědčily při vytváření a fungování sítě služeb pro uvedenou cílovou skupinu.

Workshopu se zúčastnilo 72 lidí. Plánované setkání bylo určeno pro pracovníky, kteří se při své práci setkávají s problematikou osob s duševním onemocněním a mají možnost ovlivnit kvalitu života těchto osob. Jednalo se nejen o pracovníky sociálních služeb, ale také o úředníky – sociální pracovníky z obecních úřadů obcí v Karlovarském kraji, odborníky z oblasti klinické psychologie, psychiatrie, z oblasti školství, ale i z Policie ČR, z úřadů práce a zdravotních pojišťoven. Důležitou částí programu byla ukázka a možnost zažití společného řešení obtížných případů a základ pro obsazení budoucích týmů na okresní i krajské úrovni.

Úvodní workshop

8.3 Popis práce koordinačního týmu v rámci vytváření sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje (2013)

Východisko tvorby týmů

Tvorba multidisciplinárních týmů a koordinačního týmu je jedním z cílů realizace Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním vytvořené v individuálním projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ (2010-2011).

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011 zní:

- Zajištění provázanosti služeb

Větší provázanosti bránila nízká kapacita služeb. Další překážkou se ukázala být systémově způsobená nedostatečná spolupráce mezi zařízeními v resortu zdravotnictví, sociálních věcí či školství. Dalším identifikovaným nedostatkem byla váznoucí spolupráce mezi úřady a službami. Na základě zkušeností jak ze zahraničí, tak i např. z Prahy 11 lze doporučit jako možné řešení:

- Zavedení koordinačního týmu

Koordinační tým může sestávat z odborných pracovníků odboru sociálních věcí, zástupců klíčových zdravotnických zařízení, zařízení sociálních služeb a neziskových organizací orientovaných na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním.

Koordinační tým

Na krajské úrovni byl v roce 2013 vytvořen koordinační tým (KT), který **měl roli iniciačního a poradního orgánu pro radní a zastupitelstvo v oblasti sociálních věcí, zdravotnictví, školství v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním.**

KT jedná podle jednacího řádu (viz níže). Zápisy z jednání krajského koordinačního týmu by měly sloužit jako podklady pro plánování uceleného systému služeb pro osoby s duševním onemocněním na území KK. Dalším plánem je, že KT dává podněty a doporučení pro zvýšení úrovně stavu péče, a to zejména v kontextu s trendem komunitní péče. Dále zpracovává návrhy dílčích a systémových opatření pro zlepšení stavu péče, které vychází od odborů a zastupitelstva Krajského úřadu Karlovarského kraje. KT by se měl scházet pravidelně, a to v intervalu 1x za tři měsíce v Karlových Varech. Setkání by měla být svolávána zástupcem odboru zdravotnictví nebo sociálních věcí Karlovarského kraje.

KT je složen z vedoucích úředníků odborů sociálních věcí městských úřadů okresních měst**,** koordinátorů multidisciplinárních týmů, zástupce Krajského úřadu Karlovarského kraje (odbor sociálních věcí, odbor zdravotnictví, odbor školství), zástupců zdravotního segmentu péče (např. ambulantní psychiatr, psycholog, zástupce lůžkového psychiatrického oddělení) a zástupce policie. Koordinační tým zval na svá pravidelná setkání zástupce zdravotních pojišťoven a může zvát ad hoc zástupce např. hasičů, integrovaného záchranného systému, dalších zdravotních a sociálních služeb (praktický lékař, specialisté) a v neposlední řadě středních škol.

8.4 Spolupráce multidisciplinárních týmů a koordinačního týmu

Z týmů na obou úrovních byl vytvořen dvoustupňový provázaný systém (viz Obrázek č. 3), který začíná okresními multidisciplinárními týmy. Koncepční zjištění, která vzešla z reálných případů, byla předána ve formě zápisů z konání MT koordinátorovi krajského koordinačního týmu, který připravil podklady pro KT.

Z konání KT vznikly zápisy, ve kterých byla navržena řešení na krajské úrovni. Tyto zápisy byly následně předávány vedoucím odborů sociálních věcí, zdravotnictví a školství KÚ KK. Předávání by v budoucnu mělo mít formu návrhu opatření.

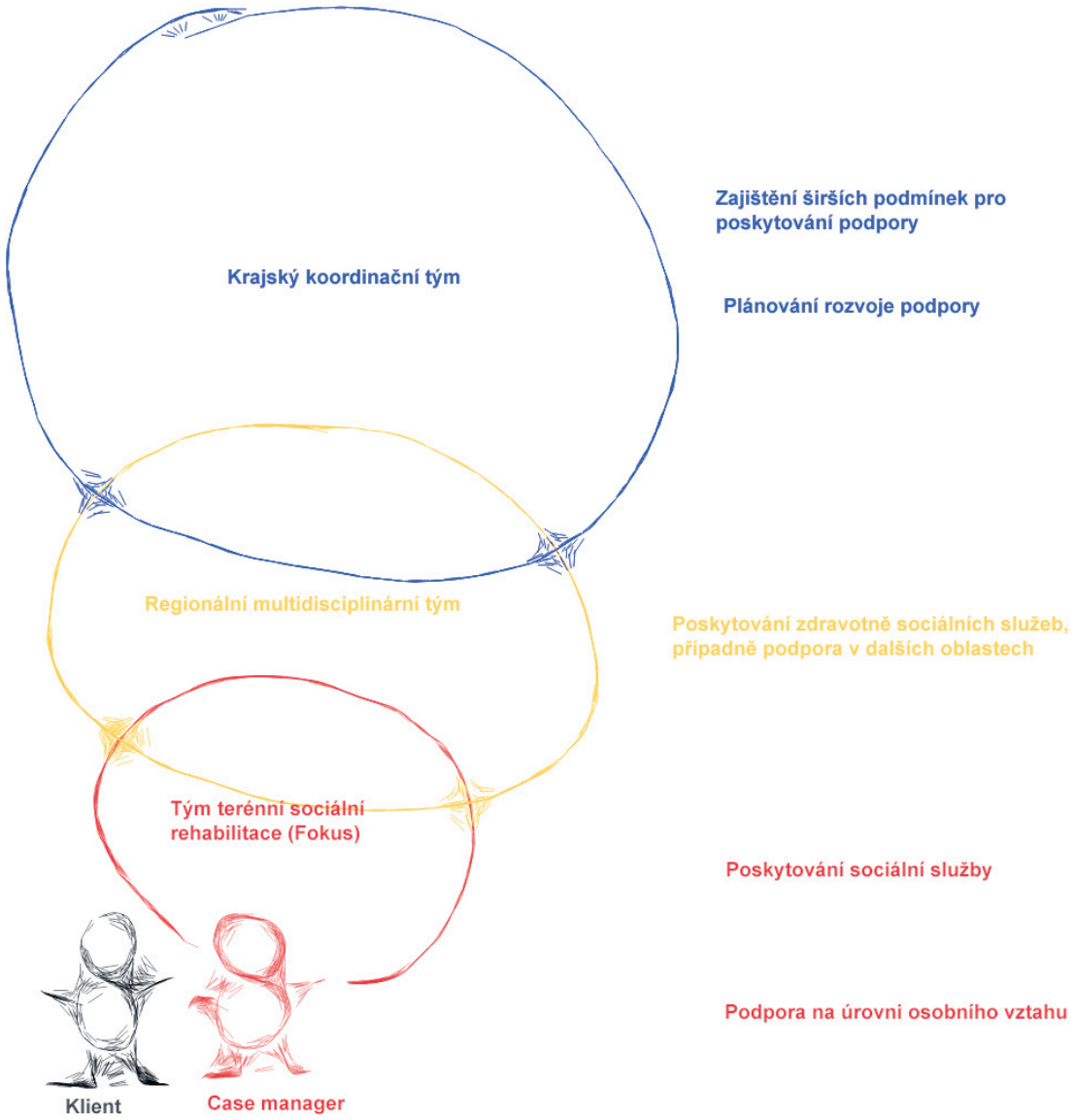
8.5 Fáze po projektu

Vzhledem k přetrvávající nedostatečné úrovni péče o ODO, ale také s ohledem na očekávanou reformu psychiatrické péče v ČR je velmi žádoucí, aby bylo fungování okresních multidisciplinárních týmů a krajského koordinačního týmu zachováno i po skončení projektu v dubnu 2014.

Okresní multidisciplinární týmy by se měly nadále scházet v pravidelném intervalu 1 x za 2 měsíce. Svolávány a řízeny by měly být oblastním ředitelem Fokusu Mladá Boleslav. Doporučujeme, aby multidisciplinární týmy jako nástroj ke své práci nadále využívaly metodu případové konference, která se během jejich fungování v rámci projektu osvědčila.

Krajský koordinační tým by měl být nadále koordinován zástupcem KÚ Karlovarského kraje (odbor zdravotnictví nebo sociálních věcí), a to 1x za tři měsíce (nejméně však 1x za půl roku). Jeho funkce by

Obrázek č. 3 – Úrovně spolupráce MT a KT v systému sítě služeb



měla být nadále definována jako pracovní skupina s **iniciační a poradní funkcí** pro náměstka nebo vedoucího odboru pro sociální a zdravotní záležitosti.

V budoucnu by KT měl mít roli ukotvenou legislativně jako poradní komise pro radu Karlovarského kraje, aby doporučení a podněty vycházející z terénu mohly být účinně řešeny na krajské úrovni s dopadem pro celý kraj.

8.6 Vzor jednacího řádu koordinačního týmu

V rámci projektu byl pro jednání a fungování KT navržen jednací řád, který byl schválen všemi členy KT:

Řád jednání KT

1. Tým se setkává jedenkrát za tři měsíce, v případě potřeby i častěji.

2. Setkání týmu svolává jeho koordinátor. Termín dalšího setkání je naplánován členy týmu v rámci setkání, případně může být naplánován harmonogram na celý rok.
3. Setkání týmu se svolává pozvánkou, kterou vyhotovuje a rozesílá koordinátor nejpozději 10 dnů před zasedáním. Pozvánka obsahuje kromě termínu a místa konání také program jednání. K pozvánce se připojují materiály k projednání, pokud nebyly členům doručeny dříve. Pozvánka a materiály mohou být zasílány elektronickou poštou. Na vyžádání obdrží člen týmu materiály k projednání i v tištěné podobě.
4. Program setkání navrhuje koordinátor po dohodě s vedoucími multidisciplinárních týmů. Podklady připravuje koordinátor (nebo jeho zvolený zástupce).
5. Na setkání týmu jsou zváni členové a hosté. O přítomnosti hosta jsou vždy předem informováni členové týmu (nejméně tři dny před setkáním).
6. Člen týmu může pro případ své neúčasti na setkání zaslat koordinátorovi písemné vyjádření k projednávaným záležitostem, a to nejpozději jeden pracovní den před datem konání.

Průběh setkání koordinačního týmu

1. Setkání týmu řídí jeho koordinátor. V nepřítomnosti předsedy řídí setkání jím zvolený zástupce.
2. Setkání týmu jsou neveřejná, pokud není rozhodnuto jinak.
3. Hosté jsou přítomni zpravidla jen k bodu, který se jich týká.
4. Ze setkání týmu se pořizuje vždy písemný záznam. Za vyhotovení a rozeslání záznamu odpovídá koordinátor.
5. Písemný záznam musí obsahovat seznam přítomných, datum a dobu konání, body jednání a stručné závěry o projednávaných věcných otázkách, včetně poměru hlasování (pro, proti, zdržel se hlasování), pokud se o návrzích hlasovalo. Dále jsou v záznamu uvedeny úkoly uložené členům včetně termínu plnění a jmen osob, které za jejich splnění odpovídají.
6. Záznam se elektronicky rozesílá členům týmu, případně dalším osobám uvedeným v rozdělovníku, a hostům, kteří byli přítomni jednání.
7. Opravy záznamu se provádějí zpravidla v úvodu dalšího setkání týmu.

8.7 Návrh obsazení koordinačního týmu

(plán týmu čítajícího nejvýše 13 členů)

- zástupce vedoucích odborů krajského úřadu Karlovarského kraje
- vedoucí koordinátoři multidisciplinárních týmů Karlovy Vary, Sokolov, Cheb
- vedoucí odborů sociálních věcí okresních měst:
  - Karlovy Vary (Bc. Romana Svobodová, DiS.)
  - Sokolov (Mgr. Soňa Zaschkeová)
  - Cheb (Bc. Anna Doubková)
- zdravotní sféra: primář psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov (MUDr. Václav Ferus), ambulantní psychiatr Sokolov (MUDr. Blanka Stefanovičová), klinický psycholog Karlovy Vary, Sokolov (Barbora Wenigová)
- zástupce policie (plk. Mgr. Jiří Matouš)
- zástupce odboru sociálních věcí KÚ KK (Olga Dacková)
- zástupce odboru zdravotnictví (Ing. Denisa Cetlová)
- zástupce odboru školství (Ing. Eva Cíchová)
- zástupce uživatelů (Kolumbus – celostátní sdružení uživatelů péče)

  Ad hoc byli přizváni jako hosté:
- zástupce Všeobecné zdravotní pojišťovny (Ing. Krista Krenkelová / MUDr. Alena Nykodýmová)
- zástupce hasičského záchranného sboru (JUDr. Renata Kozáková)
- další odborníci z řad zdravotnictví a sociálních věcí (sociální služby pro jinou cílovou skupinu, praktický lékař, specialista, zdravotnická záchranná služba, zástupce sociální péče o drogově závislé osoby, posudkový lékař atd.)

8.8 Doprovodné akce – spolupráce sociální a zdravotní péče

Důležitým momentem spolupráce byla **pravidelná setkávání** pracovníků nových služeb Fokus s **týmem psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov**. Setkávání slouží zprvu k vzájemnému představení služeb a později zejména k předávání pacientů.

Kulatý stůl na odborná témata
Kulatý stůl / seminář na téma: „Informace o časných psychiatrických stavech v dětství a dospívání“
Přednášky:

- Prim. MUDr. Petr Příhoda (Psychiatrická nemocnice Praha 8 - Bohnice): Informace o časných psychotických stavech (a duálních diagnózách)
- MUDr. Blanka Stefanovičová (ambulantní psychiatr, psychoterapeut, Sokolov): Zkušenosti s prací s dětmi a dospívajícími v Karlovarském kraji z pohledu ambulantního psychiatra - Nejčastější psychické poruchy dětského a dorostového věku
- Bc. Michaela Štollová (o.s. Fokus Mladá Boleslav, Karlovy Vary): Blázníš? No a! Preventivně--psychoedukační program určený pro ohroženou cílovou skupinu dospívajících, dále pro výchovné poradce a psychology a pedagogy ze středních škol.

8.9 Fungování koordinačního týmu

Dne 30. května 2013 proběhlo úvodní setkání krajského koordinačního týmu.
Program jednání byl následující: informace o kontextu jednání koordinačního týmu; koordinační tým a jeho fungování; multidisciplinární týmy a jejich dosavadní výstupy; diskuse a plán dalších setkávání.

Setkání koordinačního týmu

Termíny všech setkání:

1. setkání	30. 5. 2013
2. setkání	12. 9. 2013
3. setkání	28. 11. 2013
4. setkání	6. 2. 2014

Na posledním setkání koordinačního týmu byli přizváni hosté: **náměstek hejtmana (radní pro sociální věci a zdravotnictví) Bc. Miloslav Čermák**, který byl seznámen s dosavadní činností koordinačního týmu v rámci projektu a představou o fungování a roli koordinačního týmu po skončení projektu. Dalším hostem byl **MUDr. Ondřej Pěč** (vedoucí ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s.r.o.), který informoval o aktuálním dění koordinačního týmu v Praze 11. Dále ukázal možnosti plánování služeb a péče o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji v souladu s plánovanou reformou psychiatrické péče v České republice.

Shrnutí

Shrnutí nejdůležitějších témat, o nichž KT jednal v průběhu ročního působení:

1. Fungování multidisciplinárních týmů:
   Byly pravidelně podávány zprávy z jednání a hlavní výstupy z Karlových Varů, Sokolova a Chebu.
   MT se osvědčily, účastníky jsou považovány za prospěšné, jsou využívány ve všech okresních městech, v nichž působí o.s. Fokus Mladá Boleslav (Karlovy Vary, Sokolov, Cheb).
2. Opakovaná **potřeba řešit** zejména **akutní a krizové stavy** ODO (práce stávajícího psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov, zlepšení schopnosti přijímat a léčit akutní stavy + potřeba nového krizového nízkoprahového oddělení – 8 lůžek) – chybí krizové oddělení, pacienti jsou často odváženi do PN Dobřany.
3. Opakovaná **potřeba řešit** zejména **nespolupracující klienty a pacienty a osoby s podezřením** na duševní poruchu (zprávy z terénních a nízkoprahových služeb – Fokus nebo od úřednic sociálních odborů).
4. **Akutní potřeba řešit** psychiatrickou, psychologickou a psychoterapeutickou péči o **děti a dospívající** (specializované ambulance, dětské psychiatrické oddělení?).
5. **Potřeba řešit nedostatek** možností **psychoterapie** pro ODO v Karlovarském kraji. Velmi dlouhé objednací doby.
6. **Řešení chronických stavů** ODO – různě odstupňované typy bydlení, například chráněná bydlení, domovy se zvláštním režimem.
7. Potřeba **plánovat péči v kraji v souladu s plánovanou reformou psychiatrické péče** v ČR. Zde budou základem komunitní sítě tzv. CDZ (Centra duševního zdraví).

Souhrnem lze říci, že priority v rámci zdravotních a sociálních služeb jsou velmi podobné těm, které byly zjištěny v rámci mapování péče o ODO z roku 2011.[4]

4 Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje, Pěč, Wenigová, Dlouhý, Šelepová, Hort a kol., Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011 - http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/KONCEPCE_II_SE_SUPPLEMENTEM.pdf

9 Doporučení a závěr

V rámci projektu se podařilo nastavit fungování multidisciplinárních okresních týmů a krajského koordinačního týmu. Jejich vznik a další budoucnost velmi dobře zapadá do připravované reformy psychiatrické péče v České republice (2014-2020). Reforma je založena na vytvoření tzv. center duševního zdraví (1 na 100 000 obyvatel). Pokud by došlo k doplnění již vzniklých multidisciplinárních týmů o další služby (krizová centra, denní péče), mohly by v Karlovarském kraji vzniknout tři funkční centra duševního zdraví (Karlovy Vary, Sokolov, Cheb). Lze pak předpokládat, že jejich další rozvoj a udržitelnost by byly podpořeny strukturálními kroky podnikanými v rámci reformy (začlenění do sítě, finanční podpora z evropských fondů, vzdělávání pracovníků, legislativní změny).

Navíc multidisciplinární týmy mohou posloužit jako modely péče pro další kraje, ať již v rámci reformy, či nezávisle na ní. Koordinační tým v Karlovarském kraji může být rovněž jedinečným příkladem toho, jak vytvořit víceúrovňovou síť služeb a koordinovat s její pomocí péči o duševní zdraví v kraji. Reforma psychiatrické péče předpokládá pilotní modely a spolu s nimi vzniká i potřeba zkušeností s krajskou koordinací služeb pro duševní zdraví. Zkušenosti z Karlovarského kraje mohou být proto pro tento účel velmi dobře využitelné.

Použitá literatura a zdroje

1. DLOUHÝ, M. 2004. Mental Health Care System and Mental Health Expenditures in the Czech Republic. Journal of Mental Health Policy and Economics, 2004, vol. 7, No. 4, str. 159-165.
2. FOITOVÁ, Z. 2009. Komunitní péče aneb Aby péče o duši neztratila duši. In Pěč, O., Probstová, V. (eds.) Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009, ISBN 978-80-7387-253-3, str. 208-245.
3. HOBBS, C., NEWTON, L., TENNANT, C., ROSEN, A., TRIBE, K. 2002. Deinstitutionalisation for long-term mental illness: a 6-year evaluation. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2002, vol. 36, str. 60-66.
4. KELLY, S., McKENNA, H. P. 2004. Risks to mental health patients discharged into the community. Health, Risk and Society, 2004, vol. 6, No. 4, str. 377-385.
5. LEFF, J., TRIEMAN, N., KNAPP, M., HALLAM, A. 2000. The TAPS Project. A Report on 13 Years of Research 1985-1998. Psychiatric Bulletin, 2000, vol. 24, str. 165-168.
6. MAONE, A., ROSSI, E. 2002. Care in the Community in Italy Twenty-five Years After the Psychiatric Reform. International Journal of Mental Health, Winter 2002-3, vol. 31, No. 4, str. 78-89.
7. McDAID, D., THORNICROFT, G. 2005. Balancing institutional and community-based care. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
8. NILSSON, L. L., LOGBERG, B. 2008. Dead and forgotten – postmortem time before discovery as indicator of social isolation and inadequate mental healthcare in schizophrenia. Schizophrenia Research, 2008, vol. 102, str. 337-339.
9. PĚČ, O., WENIGOVÁ, B., DLOUHÝ, M., BAŠNÝ, Z., RAITER, T., STUCHLÍK, J., STRUK, P., ŠELEPOVÁ, P., ŠÍSTKOVÁ, V., VELÍŠKOVÁ, J., VEPŘEK, P. 2008. Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Praha (2006-2007). Odborná zpráva z projektu. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2008. [online] c2008, [cit. 2009-01-01]. Dostupné z: < http://www.cmhcd.cz/dokumenty/odborna_zprava_z_projektu.pdf>
10. PIJL, Y.J., KLUITER, H., WIERSMA, D. 2001. Deinstitutionalisation in the Netherlands. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci., 2001, vol. 251, No. 3, str. 124-129.
11. PRIEBE, S., BADESCONYI, A., FIORITTI, A., HANSSON, L., KILIAN, R., TORRES-GONZALES, F., TURNER, T., WIERSMA, D. 2005. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European Countries, British Medical Journal, 2005, vol. 330, str. 123-126.
12. RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. (eds.). 2012. Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Praha: Česká psychiatrická společnost, o.s.
13. RAITER, T., ALEXANDRIDU, A., DE BEUCKELAEROVÁ, O., LAJKA J., WENIGOVÁ B. 2005. Psychiatrie v r. 2004. Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče. Závěrečná zpráva projektu. Průzkum STEM/MARK a CPRPDZ, zadavatel Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha 2005. [online]. c2005, [cit. 2009-01-01]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARKBariery_psychiatrie_zaverecna_zprava%20(2).pdf>
14. RAVELLI, D. P. 2006. Deinstitutionalisation of mental health care in the Netherlands: Towards an integrative approach. International Journal of Integrated Care, 2006, vol. 6, str. 1-11.
15. RUGGERI, M., LEESE, M., THORNICROFT, G., BISOFFI, G., TANSELLA, M. 2000. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. British Journal of Psychiatry, 2000, vol. 177, str. 149-155.
16. RYU, Y., MIZUNO, M., SAKUMA, K., MUNAKATA, S., TAKEBAYASHI, T., MURAKAMI, M., FALLOON, I. R. H., KASHIMA, H. 2006. Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2006, vol. 40, str. 462-470.
17. SEALY, P., WHITEHEAD, P.C. 2006. The impact of deinstitutionalization of psychiatric hospitals on psychological distress of the community in Canada. Journal of Health and Social Policy, 2006, vol. 21, No. 4, str. 73-94.
18. SHANDA, H. 2005. Psychiatry reforms and illegal behaviour of the severely mentally ill. Lancet, 2005, vol. 365, str. 367-369.
19. THORNICROFT, G., TANSELLA, M. 2003. What are the Arguments for Community-based Mental Health Care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN).
20. TRIEMAN, N., WILLS, W., LEFF, J. 1996. TAPS project 28: Does reprovision benefit elderly long-stay mental patients? Schizophrenia Research, 1996, Sep. 18, vol. 21, No. 3, str. 199-208.

21. MHE. 2012. Mapping Exclusion - Institutional and community-based services in the mental health field in Europe. Brussels: Mental Health Europe & Mental Health Initiative of the Open Society Foundations.
22. Zpráva o realizaci Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje z let 2010–2011. Dostupné z: http://www.rpkk.cz/download/zprava_o_realizaci_konncepce.pdf
23. Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje
Dostupné z: http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/KONCEPCE_II_SE_SUPPLEMENTEM.pdf

Seznam příloh

Příloha č. 1: Doplnění implementačního plánu vzniklého v projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ (2010-2011) o plán péče pro Sokolovsko a Chebsko

Příloha č. 2: Případová konference jako nástroj pro zlepšování kvality týmové práce

Příloha č. 3: Zpráva o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji. Individuální projekt Karlovarského kraje: „Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ (2012-2014) včetně příloh

Příloha č. 1

Doplnění implementačního plánu vzniklého v projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje" (2010–2011) o plán péče pro Sokolovsko a Chebsko

Mgr. Barbora Wenigová, Jaroslav Hodboď, MUDr. Jan Stuchlík, Mgr. Pavla Šelepová, Bc. Lenka Vagnerová
Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

I. Východiska pro doplnění implementačního plánu

Hlavním podkladem pro tento dokument je implementační plán z projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje", který realizoval Karlovarský kraj v letech 2010-2011.

Jedním z výstupů zmíněného projektu byla Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním (dále jen DO) na území Karlovarského kraje (dále jen KK), vytvořená na základě situační analýzy péče o osoby s duševním onemocněním (dále jen „osoby s DO") a na základě zjišťování potřeb odborníků i uživatelů této péče.

V rámci nyní realizovaného individuálního projektu „Vytvoření sítě služeb péče pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje" byl do vytvořeného plánu implementace doplněn stručný popis aktuálního stavu péče o osoby s DO na Sokolovsku a Chebsku, a to z pohledu uživatelů služeb a pracovníků poskytovatele sociálních služeb - zejména o.s. Fokus Mladá Boleslav v Karlových Varech, a na základě příspěvků od zástupců některých obcí v těchto dvou regionech, získaných na setkání se zástupci těchto obcí. Při aktualizaci plánu bylo přihlédnuto též k sociodemografické situaci kraje.

K doplnění implementačního plánu byly využity tyto tři zdroje:

- Zpráva o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji z roku 2012
- Mapování potřeb v rámci setkání se zástupci obcí Sokolovska a Chebska v Sokolově dne 19. 12. 2012
- Demografická a socioekonomická situace Karlovarského kraje

1. Zpráva o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji z roku 2012

Použitá metodika:

a) focus group s odborníky o spolupráci v KK;
b) dotazníkové šetření mezi odborníky a uživateli služeb na téma spolupráce sociálních a zdravotních služeb v KK (dotazníky zpřesňují údaje vzešlé z focus group s odborníky);
c) dotazníkové šetření mezi uživateli služeb, které mapuje zkušenost uživatelů s jednotlivými službami v kraji.

Závěry šetření:

- Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá **potřeba rozvoje služeb** pro osoby s DO, **zejména v méně osídlených územích**, a to především **terénních sociálních služeb.**
- Potřeba **širší nabídky různých služeb, jejich lepší návaznost a spolupráce v** celém kraji (i zde je však největší potřeba v méně osídlených územích).
- Ke spolupráci je vhodné přizvat nejen odborné služby, ale také **příbuzné osob s DO.**
- Potřeba většího zapojení do sítě služeb se týká také **policie a sociálních pracovníků** obcí.

- Z výsledků jednoznačně plyne, že pro efektivní fungování sítě služeb pro osoby s DO v KK je zásadní **zapojení psychiatrických a psychologických ambulancí, praktických lékařů, psychiatrického oddělení** nemocnice.
- V neposlední řadě by měla být věnována velká pozornost prohlubování a kultivaci **spolupráce** mezi výše uvedenými **zdravotnickými službami a komunitními sociálními** službami.
- Na základě výše uvedených zjištění lze jako optimální řešení navrhnout vytvoření a následné efektivní fungování **krajského koordinačního týmu**.

2. Mapování potřeb v rámci setkání se zástupci obcí Sokolovska a Chebska v Sokolově dne 19. 12. 2012

Na setkání byli přizváni zástupci obecních úřadů obcí s rozšířenou působností Sokolovska a Chebska. Setkání se zúčastnili zástupci obecních úřadů Aš, Chodov, Cheb a Sokolov.

Shrnutí potřeb, jak je definovali účastníci setkání:

- potřeba rozšíření terénních služeb poskytovaných v Karlových Varech i do jejich regionu;
- potřeba vytvoření center, kde by se mohli klienti alespoň 1x týdně scházet;
- potřeba informovanosti o tom, jaké jsou v kraji služby pro osoby s DO a co nabízejí;
- potřeba včasných záchytů psychiatrických onemocnění;
- potřeba edukace a konkrétní odborné pomoci v krizových situacích (zejména jde o stavy, kdy nemocný nemá náhled na nemoc a nespolupracuje, odmítá léky);
- potřeba většího zapojení ambulantních psychiatrů a klinických psychologů, kteří v obcích nejsou nebo jsou přetíženi (objednací doba je 2 až 3 měsíce);
- potřeba služby, která pomůže nemocnému po propuštění z psychiatrické léčebny (dále jen „PL“) Dobřany a pomůže vyjednávat s PL a předávat informace o klientovi;
- potřeba podpory příbuzných osob s DO; podpora svépomocné skupiny občanského sdružení Západočeský paprsek;
- potřeba psychiatrických sester, chybí odborníci (ambulantní psychiatr, klinický psycholog).

Tyto potřeby jsou takřka shodné s těmi, které jsou řešeny v rámci Koncepce péče a implementačního plánu pro Karlovarský kraj (2010).

Řešení těchto potřeb jsou zohledněna v doporučeních (viz níže).

3. Demografická a socioekonomická situace Karlovarského kraje

Vybraná data, která mohou ovlivnit kvalitu péče o osoby s DO:

- Pro KK je charakteristické řídké osídlení velké části kraje, zejména venkova, a poměrně vysoký stupeň urbanizace, tedy nadprůměrná koncentrace obyvatel do větších obcí a měst. Po Praze vykazuje KK nejvyšší podíl městského obyvatelstva (81 %).
- Území kraje tvoří tři okresy: Cheb, Sokolov a Karlovy Vary.
- Podobně jako v ostatních regionech ČR, ani v KK není vývoj věkové struktury obyvatelstva v posledních letech příliš příznivý. Klesá počet obyvatel v předproduktivním a produktivním věku, zatímco počet obyvatel v poproduktivním věku vytrvale stoupá. Společně s postupným snižováním přirozené reprodukce obyvatelstva může tato skutečnost působit do budoucna problém jak z ekonomického hlediska, tak v oblasti zajišťování zejména sociálních služeb pro jednotlivé věkové skupiny obyvatel.
- Dalším faktorem ovlivňujícím poskytování sociální i zdravotní péče o osoby s DO je situace na trhu práce a míra nezaměstnanosti. K 31. 12. 2012 činila míra nezaměstnanosti v KK 10,84 %, průměr za ČR byl 9,36 %. Nejnižší nezaměstnanost v rámci kraje byla v chebském okresu, nejvyšší v sokolovském okresu (15,43 %).
- Nezaměstnanost úzce souvisí se vzdělanostní a kvalifikační strukturou obyvatelstva, která patří v KK k nejhorším v rámci ČR. Podíl vysokoškolsky vzdělaných obyvatel se zde pohybuje hluboko pod celorepublikovým průměrem. Vývoj na trhu práce v KK je dále ovlivněn zejména nízkou mobilitou pracovní síly, nedostatkem dopravních spojů, vysokým podílem občanů s nedokončeným nebo základním vzděláním, rozdíly mezi nabídkou vzdělávací soustavy a poptávkou na trhu práce.

Od roku 1991 došlo v oblasti vzdělání obyvatelstva k posunu ve směru vyššího podílu středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaných, díky tomu, že v Chebu byla zřízena pobočka Západočeské univerzity v Plzni, konzultační středisko Provozně ekonomické fakulty České zemědělské univerzity v Praze, v Mariánských

Lázních bylo zřízeno studijní středisko 1. lékařské fakulty UK v Praze. V Karlových Varech byla v roce 2000 zřízena první soukromá Vysoká škola Karlovy Vary, o.p.s.

Osoby s duševní poruchou v Karlovarském kraji
Dle ÚZIS bylo v roce 2011 v Karlovarském kraji ošetřeno v psychiatrických ambulancích 10 779 pacientů (1. vyšetření ve sledovaném roce), celkem šlo o 53 181 vyšetření, tj. každý pacient byl ošetřen v průměru 5x za rok. V Psychiatrické léčebně Dobřany bylo současně hospitalizováno 528 pacientů s bydlištěm v Karlovarském kraji (ÚZIS, 2011). Na základě těchto dat lze konstatovat, že v kraji existuje zhruba 11 000 osob s duševní poruchou, které jsou ošetřovány ve zdravotnických zařízeních. Kromě osob léčených se vyskytují ještě další lidé s duševní poruchou, kteří nejsou léčeni a kteří představují tzv. skrytou psychiatrickou nemocnost. Na základě předchozích šetření autorů tohoto textu a dalších odborných sdělení představuje tato skupina zhruba stejný díl, jako je počet osob léčených. Avšak v Karlovarském kraji, vzhledem k nižšímu podílu léčených osob, by bylo možné předpokládat, že celkový počet psychiatricky nemocných bude vyšší. Celkově lze odhadnout, že se počet lidí s duševní poruchou v Karlovarském kraji pohybuje mezi 17 000 a 45 000 (5 až 15 %).

II. Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje (2011) a její doplnění pro Sokolovsko a Chebsko

Informace ze Situační analýzy péče o osoby s duševním onemocněním na území KK z roku 2011:

Doporučení pro tvorbu koncepce péče o osoby s duševním onemocněním (dále jen „osoby s DO“) a se závislostmi vychází z výsledků šetření 176 odborníků a uživatelů služeb (focus group a dotazníkové šetření 2008-2009; dotazníkové šetření 2010-2011). Možnosti navýšení služeb jsou limitovány finančními možnostmi jak ze strany zdrojů plynoucích ze zdravotního pojištění, tak ze strany zdrojů dotačních. V tomto projektu však nebylo zadáním zohledňovat tyto limity při hodnocení dat získaných šetřením. Je však zapotřebí k nim přihlédnout nyní při formulaci doporučení pro další rozvoj služeb. Dle autorů bude nezbytné v průběhu dalších 10 let navýšit kapacity některých služeb alespoň o 30-50 % uvedených hodnot, určité služby je však zapotřebí navýšit plně na navrhovanou úroveň.

Při tvorbě doporučení byla dále zohledněna předchozí zkušenost autorů i doporučení diskusních skupin, a to tak, že v oblasti potřebného navýšení služeb je zapotřebí stanovit jak potřebu celkových změn kapacity, tak určit priority. Jako prioritní tedy bylo doporučeno zavést či navýšit ty služby, u nichž v dotazníkovém šetření shodně jak profesionálové, tak uživatelé navrhovali jejich podstatné posílení.

Dále bylo potřeba odhadnout, jak by se potřebné využití služeb vyjádřené v počtu pacientů ošetřených během jednoho roku mohlo odrazit ve změnách kapacit jednotlivých služeb vyjádřených dle povahy dané služby v počtu lůžek, míst či počtu odborného personálu. Při tomto odhadu se vychází buď z potřebného procentuálního navýšení u služeb, kde je známa současná kapacita této služby (ambulantní péče, akutní lůžková psychiatrická péče), nebo ze známého poměru kapacit vyjádřených v poměru pacient/rok a kapacit vyjádřených v počtu míst či pracovníků v typologicky stejných službách, o nichž existuje evidence ÚZIS (krizová centra, denní stacionář), či ze známého poměru, který lze analogicky dovodit z evidence jiných podobných služeb (psychiatrická rehabilitace, poradenství), z výročních zpráv organizací nebo evidence Asociace komunitních služeb.

III. Obecný charakter služeb

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:
A. informovanost

Je zapotřebí zlepšit informovanost o duševních nemocech a o službách pro osoby s DO. Překážkou je stigmatizace lidí s duševním onemocněním a malé povědomí o duševních poruchách. Vhodnými nástroji pro posílení informovanosti by proto mohly být:

- destigmatizační kampaň,
- zřízení informačního centra.

Centrum by mohlo být zřízeno jak v rámci úřadu, tak v rámci některé ze stávajících neziskových organizací orientovaných na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Je rovněž možné využít rozšíření stávajících celorepublikových center advokacie poskytovaných samotnými uživateli (VIDA o.s.).

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:

Výše uvedená doporučení stále trvají. V rámci individuálních projektů (2010–2011; 2012–2014) probíhají systematické kampaně, které jsou zacíleny na odborníky, uživatele, úředníky, potažmo veřejnost. Doporučujeme, aby model kampaní (inspirovaný zahraničními zkušenostmi) převzala a iniciovala služba v rámci kraje (například Fokus o.s., Západočeský paprsek o.s. apod.). Karlovarský kraj by měl tyto kampaně podporovat, ať již formou přebrání záštity nad probíhající kampaní, anebo finančními příspěvky na tyto akce.

Kampaně by měly pokračovat formou, kterou byly vedeny v rámci projektů: pravidelné informování o službách nebo o osobách s duševním onemocněním v tisku, rozhovory v rozhlase, letáky, výstavy prací osob s DO, pořádání seminářů či kulatých stolů pro veřejnost.

Rovněž doporučujeme zřízení informačního centra, optimálně opět ve spolupráci se svépomocnou skupinou příbuzných. Ideální je podpořit vznik svépomocné organizace samotných uživatelů.

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:
B. provázanost služeb

Větší provázanosti brání nízká kapacita služeb, která bude pojednána v další části doporučení. Další překážkou je však systémově způsobená nedostatečná spolupráce mezi zařízeními v resortu zdravotnictví, sociálních věcí či školství. Dalším identifikovaným nedostatkem je váznoucí spolupráce mezi úřady a službami. Ze zkušenosti z jiných regionů, které se tento problém pokouší řešit (Praha 11), můžeme doporučit:

- zřízení koordinačního týmu

Koordinační tým může sestávat z pracovníků odborů sociálních věcí obecních úřadů v kraji, zástupců klíčových zdravotnických zařízení, zařízení sociálních služeb a neziskových organizací orientovaných na cílovou skupinu osob s DO, Policie ČR, integrovaného záchranného systému apod.

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:
Doporučení zavedení:

- okresních multidisciplinárních týmů

Okresní multidisciplinární týmy by měly být složeny jak ze zástupců poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb působících v daném okrese a poskytujících služby osobám s DO, tak ze sociálních pracovníků obecních úřadů, dále klinických psychologů a ambulantních psychiatrů, popř. zástupců škol, policie – tyto týmy by řešily problematiku konkrétního klienta, kterému poskytují službu, při jejímž řešení je třeba týmové spolupráce. Zobecněné výstupy z jednání těchto multidisciplinárních týmů budou přenášeny na úroveň krajského koordinačního týmu.

- krajského koordinačního týmu

Krajský koordinační tým by měl být složen z vedoucích úředníků sociálních odborů obecních úřadů, koordinátorů okresních multidisciplinárních týmů, zástupců klíčových zdravotnických zařízení, zařízení sociálních služeb a neziskových organizací orientovaných na cílovou skupinu osob s DO, Policie ČR, integrovaného záchranného systému apod. Koordinační tým by měl mít možnost na svá setkání přizvat např. zástupce zdravotních pojišťoven, zástupce zdravotních služeb, škol atd. podle řešené problematiky.

Koordinační tým by neměl řešit problematiku jednotlivých klientů, ale zobecněné výstupy předávané z jednání multidisciplinárních týmů, případně jinou problematiku týkající se osob s DO v kraji.

Výstupy krajského koordinačního týmu by měly sloužit např. jako doporučení pro plánování uceleného systému služeb pro osoby s DO na území KK.

V rámci stávajícího projektu (2012-2014) se předpokládá vytvoření okresních multidisciplinárních týmů a krajského koordinačního týmu v roce 2013.

Doporučujeme, aby byl z těchto týmů vytvořen vícestupňový provázaný systém, který by začínal na úrovni okresního multidisciplinárního týmu. Tyto týmy budou jako nástroj ke své práci využívat metodu případové konference. Koncepční zjištění, která by vycházela z reálných případů lidí s DO, by byla předávána krajskému koordinačnímu týmu, který by připravil návrh jejich řešení na krajské úrovni.

Doporučujeme, aby bylo fungování okresních multidisciplinárních týmů a krajského koordinačního týmu zachováno i po skončení projektu (2014+). Okresní multidisciplinární týmy by se scházely v pravidelném intervalu cca 1x za 2 měsíce a svolával by je koordinátor pro multidisciplinární tým – pravděpodobně zástupce sociální služby.

Krajský koordinační tým by měl být svoláván krajským koordinátorem - pravděpodobně zástupcem odboru sociálních věcí Karlovarského kraje, a to cca 1x za 3 měsíce.

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:
C. mobilita služeb

Otázka mobility je svázána především s rozšířením dalších služeb, zejména případového vedení.

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:

Je potřeba dále rozvíjet především mobilní služby (terénní forma sociální rehabilitace), v jejichž týmech budou jak sociální pracovníci, tak psychiatrické sestry. Pro práci mobilních služeb se osvědčila práce metodou case managementu.

Pro Sokolovsko a Chebsko doporučujeme udržet model terénních týmů, jak již praktikuje o.s. Fokus Mladá Boleslav v Karlových Varech, minimálně (!) v podobě nastavené v roce 2013, tj. 8 pracovníků. Za optimální počet považujeme 10 pracovníků (8 sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách a 2 psychiatrické sestry).

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:
D. preventivní charakter služeb

Potřeba preventivního zaměření služeb se odráží v dalších návrzích na nově vytvářené služby či jejich rozšíření (specializované poradenství pro duševně nemocné, psychoterapeutické programy, rodinné a edukační programy, případové vedení). Je nezbytné, aby zdravotní a sociální služby dokázaly co nejlépe zprostředkovat sociální zabezpečení osob s DO (např. invalidní důchod, příspěvek na péči, sociální dávky), nebo alespoň spolupracovat při jeho zajištění tak, aby zbytečně nedocházelo k dalšímu prohlubování duševního onemocnění klientů v důsledku nedostatečného sociálního zabezpečení.

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:

Nadále doporučujeme, aby ve službách v kraji byly podporovány ty formy péče, které zároveň působí jako prevence duševních onemocnění nebo chronických a krizových stavů.

Jedná se zejména o tzv. case management, psychoterapii a psychoedukaci.

IV. Služby v resortu zdravotnictví

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:
A. priorita

Prioritou v rozšiřování služeb je dle našeho vyhodnocení zejména rozšíření kapacity denních stacionářů (dále jen „DS“) a psychoterapeutických programů. Podle odhadu z šetření by kapacita těchto služeb měla pokrývat 3 450 pacientů ročně, což by znamenalo zhruba 400 míst nebo 24 úvazků psychiatrů či klinických psychologů. Máme-li uvažovat alespoň o polovičním naplnění této kapacity a přihlédneme-li k pro-

porcím kapacity podle jednotlivých diagnostických okruhů a poněkud odlišnému zaměření programů podle typu poruchy, lze návrh rozšíření služeb formulovat takto:

Návrh potřebných typů denních stacionářů (DS) a psychoterapeutických programů a jejich kapacit:

Druh programu	Kapacita	Časový plán
DS s psychoterapeutickým programem pro osoby s úzkostnými a behaviorálními poruchami	25 míst (1 zařízení)	10 míst plněno 15 míst od r. 2012
DS s psychoterapeutickým programem pro pacienty s psychózami a afektivními poruchami	45 míst (1-2 zařízení)	18 míst od r. 2012 27 míst od r. 2015
DS doléčovací pro pacienty se závislostmi	25 míst (1 zařízení)	25 míst od r. 2015
DS s tréninkem kognice pro pacienty s organickými psychickými poruchami	35 míst (1 zařízení)	35 míst od r. 2015
Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii pro psychické poruchy u dětí	20 míst (1 zařízení)	20 míst od r. 2012

Dále také viz bod VI: 9 úvazků komunitních psychiatrických sester a 5 úvazků gerontologických sester.

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:

Doporučení stále trvá. V současné době nefunguje ani jeden zdravotnický DS s psychoterapeutickým programem pro osoby s DO. Psychoterapeutické oddělení v Nemocnici Ostrov nedávno DS zrušilo. Druhý (s pojišťovnou nasmlouvaný) DS v Karlových Varech nefunguje již od roku 2007.

Doporučujeme využít příležitosti jednat s plátci a zřizovatelem Nemocnice Ostrov. Doporučujeme jako prioritu zřídit DS pro dva programy – pro osoby s úzkostnými poruchami a se schizofrenními a afektivními poruchami. Tím, že zřizovatel je stejný i pro Nemocnici Sokolov, mohla by se otevřít i možnost zajištění takového programu v Sokolově – ten by byl relativně dostupný i pro pacienty z Chebu.

Nabídka psychoterapie pro děti a adolescenty je v kraji mizivá. Doporučujeme vytvoření DS pro děti, napojených na ambulance psychiatrů, klinických psychologů a školy.

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:

B. další potřebné rozšíření služeb

K dalším službám, které je potřeba v regionu rozšiřovat, patří ambulantní psychiatrická péče. V tomto případě považujeme za nezbytné plné doplnění o navrhovaných 17 % kapacity již z toho důvodu, že v kraji pravděpodobně existuje výrazná skrytá psychiatrická nemocnost. Toto navýšení kapacity představuje navýšení zhruba o 5 úvazků. Připomínky odborníků z Karlovarského kraje po závěru šetření poukazovaly na ještě další potřebu navýšení ambulantních služeb (závislosti, sexuologie, psychoterapie). Celkem navrhujeme tedy v této sféře navýšení o 8 úvazků. Na základě předešlých nálezů je možno navrhnout následující strukturu jejich rozšíření.

Návrh potřebného navýšení ambulantních služeb:

Druh ambulantní péče	Počet úvazků	Časový plán
Ambulantní psychiatr pro dospělé	2 (od r. 2012, od r. 2015)	1 úvazek od r. 2012 1 úvazek od r. 2015
Ambulantní psychiatr pro děti	1 (od r. 2012)	1 úvazek od r. 2012
Ambulance pro léčbu závislostí	1 (od r. 2012	1 úvazek od r. 2012
Ambulance psychiatrické sexuologie	1 (od r. 2012)	1 úvazek od r. 2015
Ambulantní psychiatr zaměřený za poskytování psychoterapie	1 (od r. 2015)	1 úvazek od r. 2015
Klinický psycholog	2 (od r. 2012, od r. 2015)	1 úvazek od r. 2012 1 úvazek od r. 2015

Další v řadě služeb, které je třeba rozšířit, jsou krizové služby. Ty by měly dle návrhů z šetření sloužit zhruba pro 1 500 pacientů ročně, což představuje minimálně jedno krizové centrum s 8 lůžky, nepřetržitým provozem a mobilním výjezdním týmem.

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:

Doporučení stále trvá. Pro regiony Sokolovsko a Chebsko především, protože v současné době je zde nedostatek ambulantních psychiatrů a klinických psychologů. Bývalý okres Sokolov s cca 92 000 obyvateli má k dispozici 2 psychiatrické ambulance a 4 ordinace klinických psychologů. Okres Cheb s cca 93 000 obyvateli disponuje 4 psychiatrickými ambulancemi a 3 ordinacemi klinických psychologů. Uváděny jsou ale počty zařízení, není zřejmé, o jak velké pracovní úvazky se jedná. Musíme vzít v potaz, že odborníci mají ve své péči často i klienty z menších obcí mimo Sokolov a Cheb (Aš, Kynšperk, Kraslice, Chodov atd.).

Dále v těchto oblastech (stejně jako v celém kraji) dlouhodobě chybí ambulance (psychiatrické i psychologické) specializované na děti a adolescenty.

Rovněž doporučujeme podporu spolupráce psychiatrických ambulancí se sociálními službami (případové konference, konzultace u pacienta doma, konzultace zástupců sociálních služeb u psychiatra v ambulanci). Podpora je možná doplněním „Sazebníku výkonů“ o kódy (adekvátně ohodnocené), které umožňují tento druh práce. Doporučujeme dále vytvoření krizového centra (8 lůžek) pro celý Karlovarský kraj. Vyjma psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov se 40 lůžky není v kraji jediná možnost, kam se může obrátit pacient v případě zhoršení zdravotního stavu.

V kraji není ani jedna krizová linka, která by fungovala 24 hodin. Doporučujeme podpořit (z krajských, městských i obecních zdrojů) stávající linky (např. Res Vitae o.s.), které mají pokryty určité denní časy, a pomoci s financováním, které by umožnilo 24hodinové fungování.

V. Služby v resortu sociálních věcí

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:
A. priorita

Mezi priority v rozšíření služeb v této oblasti je především zapotřebí zařadit rezidenční komunitní služby. Na základě provedených šetření je jejich potřebná kapacita odhadována na 1 000 klientů během jednoho roku, což představuje zhruba 800 lůžek. Zařízení by měla sloužit především pro klienty s psychózami a afektivními poruchami, v menší míře pro osoby s úzkostnými a behaviorálními poruchami či pro děti s psychickými poruchami.

Na základě výstupů ze šetření a zkušeností z jiných regionů lze navrhnout následující strukturu pro rozšíření těchto služeb, která reprezentuje alespoň nutnou minimální část potřebného pokrytí:

Návrh potřebného navýšení rezidenčních komunitních služeb:

Typ služby dle zákona o sociálních službách	Počet lůžek/zařízení	Časový plán
Chráněné bydlení (§ 51) skupinového typu (3) a domov se zvláštním režimem (1) pro uživatele s chronickým duševním onemocněním (§ 50)	80/4	1 zařízení od r. 2012 1 zařízení od r. 2015 2 zařízení od r. 2020
Chráněné bydlení (formou bytů pro 2 až 4 uživatele) pro uživatele s chronickým duševním onemocněním (§ 51)	30/10	10 lůžek od r. 2012 10 lůžek od r. 2015 10 lůžek od r. 2020
Terapeutická komunita (§ 68) nebo týdenní stacionář pro děti a adolescenty s duševním onemocněním (§ 47)	20/1	20 míst od r. 2012
Terapeutická komunita pro osoby se závislostmi (§ 68)	30/1	1 zařízení od r. 2012

Typ služby dle zákona o sociálních službách	Počet lůžek/zařízení	Časový plán
Terapeutická komunita pro osoby s chronickým duševním onemocněním (§ 68)	30/1	1 zařízení od r. 2015

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:

Doporučujeme nově vznikající rezidenční služby typu chráněného bydlení plánovat s ohledem na jejich komunitní charakter. To znamená, že by měly být rovnoměrně rozprostřeny na území jednotlivých okresů a situovány dle demografických údajů spíše do větších měst a obcí (neměly by být situovány do míst, která osobám s DO neumožní napojení na další sociální služby a zapojení do společenského života).

Jako přirozenější a ekonomicky výhodnější variantu rezidenčních služeb doporučujeme zajištění dostatečného počtu např. obecních bytů, ve kterých by mohla být poskytována služba podpory samostatného bydlení. Tuto službu by mohly, po adekvátním navýšení pracovníků, poskytovat case managementové týmy. Zde opět doporučujeme vycházet z demografických údajů a tyto služby situovat dle rozvržení počtu obyvatel do větších měst a obcí.

Doporučujeme vytvoření terapeutické komunity pro osoby se závislostmi. Na základě zjištěných údajů je zřejmé, že by bylo dobré, aby se již od začátku profilovala i na cílovou skupinu lidí s duální diagnózou (zejména schizofrenie a užívání drog, alkoholu). Při vzniku takovéto komunity doporučujeme spolupráci služeb pro osoby s duševním onemocněním a služeb zaměřených na osoby se závislostí. Prioritně doporučujeme oslovit poskytovatele služeb, kteří jsou v regionu již zavedení např.: o.s. Fokus Mladá Boleslav, o.s. Kotec a o.s. Světlo Kadaň. Případně je možno vyjednávat se subjekty, jež mají zkušenost s poskytováním této služby v jiných krajích (např. o.p.s. Magdalena nebo o.s. Kolpingovo dílo České republiky).

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:
B. priorita

Další prioritu pro rozšíření v oblasti sociálních služeb představují služby pracovní rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním realizované formou sociálněterapeutických dílen a sociální rehabilitace. Na základě výsledků šetření by tyto služby měly pokrývat kapacitu odpovídající 1 450 klientů ročně, což by představovalo zhruba 140 sociálních pracovníků.

Opět na základě zvážení výsledků šetření s vědomím pokrýt alespoň minimální nutnou část požadavku navrhujeme následující strukturu pro rozšíření služeb pracovní rehabilitace:

Návrh potřebného navýšení služeb pracovní rehabilitace:

Typ služby pracovní rehabilitace	Počet sociálních pracovníků / počet zařízení	Časový plán
Sociálněterapeutické dílny pro osoby s chronickým duševním onemocněním (§ 67), část kapacity lze realizovat mimo režim sociálních služeb formou chráněných dílen	30/5	6 úvazků od r. 2012 12 úvazků od r. 2015 12 úvazků od r. 2020
Sociální rehabilitace (§ 70) zajišťující podporu klientům při krátkodobém zaměstnání na částečně chráněných místech	20/5	5 úvazků od r. 2012 5 úvazků od r. 2015 10 úvazků od r. 2020
Sociální rehabilitace (§ 70) zajišťující podporu klientům při krátkodobém zaměstnání na běžných pracovních místech	20/5	5 úvazků od r. 2012 5 úvazků od r. 2015 10 úvazků od r. 2020

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:

Doporučujeme navýšení služeb v oblasti pracovní rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním v číslech, která jsou uváděna v tabulce č. 6. Pro naplnění těchto počtů doporučujeme spolupráci s již fungujícími poskytovateli sociálněterapeutických a pracovněrehabilitačních programů v regionech Sokolova a Chebu. U poskytovatelů s jinou cílovou skupinou, než jsou lidé s duševním onemocněním, doporučuje-

me vyjednávat o vytvoření samostatného programu pro osoby s DO a jejich další metodické podpoře v práci s touto cílovou skupinou.

Dále doporučujeme nastavit služby sociální rehabilitace dle § 70 v modelu IPS, který upřednostňuje rychlé zařazení na volný pracovní trh, před zdlouhavým přípravným tréninkem (IPS je Individual Placement Support – model podporovaného zaměstnávání; typické je pro něj minimum testování dovedností a žádný předpracovní trénink; v Evropě se používá nejvíce v Anglii). U modelu IPS byla opakovaně doložena vyšší úspěšnost u osob s DO v zařazení do pracovního procesu.

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:
C. priorita
Třetí prioritou v rámci resortu sociálních věcí je poradenství. Odborné sociální poradenství (§ 37) pro osoby s duševním onemocněním by mělo sloužit na základě výstupů šetření pro 1 900 klientů ročně, což představuje kapacitu zhruba 7,5 sociálního pracovníka. Specializované poradenství se orientuje na poskytování informací v oblasti služeb, programů, ale zejména v oblasti sociálního zabezpečení. Součástí poradenských služeb by měla být rovněž právní poradna. Na základě zkušeností z jiných míst s již rozvinutými službami je možno doporučit integraci specializovaných poraden do širších komplexů zdravotnických a sociálních služeb.

Na základě výstupů z šetření a zkušeností z jiných regionů lze navrhnout následující strukturu pro rozšíření těchto služeb, která reprezentuje alespoň nutnou minimální část potřebného pokrytí:

Časový plán
2 úvazky od r. 2012
2 úvazky od r. 2015
3,5 úvazku od r. 2020

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:
Doporučujeme zvážit doplnění case managementových týmů vždy o jeden úvazek, v jehož rámci by se pracovník specializoval na odborné sociální poradenství tak, aby byl schopen pracovat vždy s case managerem a jeho klientem. Např. poskytovatelé, jako je o.s. Fokus Mladá Boleslav a podobně zaměřené organizace, od odborného poradenství jako samostatné služby v poslední době upouštějí.

VI. Služby překrývající resort zdravotnictví a resort sociálních věcí

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:
A. priorita
Typem služby, kterou by podle proběhlých šetření bylo třeba rozšířit a která může doplnit ostatní služby potřebnou mobilitou, jsou týmy složené z profesionálů z oblasti zdravotních a sociálních služeb. Na základě výstupů šetření byla zjištěna potřeba pokrytí 1 800 pacientů/klientů ročně, což by odpovídalo zhruba 45 úvazkům. Tyto týmy by se měly orientovat jak na klientelu s organickými psychickými poruchami, tak na okruh pacientů se schizofrenií a afektivními poruchami.

Na základě výsledků z šetření navrhujeme strukturu potřebného dalšího pokrytí těmito službami:

Návrh potřebného navýšení služeb případového vedení:

Typ případového vedení	Resort	Počet úvazků	Časový plán
Komunitní psychiatrické sestry	Zdravotnictví	9	2 úvazky od r. 2012 3 úvazky od r. 2015 4 úvazky od r. 2020
Sociální pracovníci – case management	Sociální věci	3	2 úvazky od r. 2012 1 úvazek od r. 2015

Typ případového vedení	Resort	Počet úvazků	Časový plán
Adiktolog – case management	Protidrogové služby	3	2 úvazky od r. 2012 1 úvazek od r. 2015
Osobní asistence	Sociální věci	10	3 úvazky od r. 2012 3 úvazky od r. 2015 4 úvazky od r. 2020
Gerontologické sestry	Zdravotnictví	5	2 úvazky od r. 2012 3 úvazky od r. 2015

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:

Doporučujeme v každém z okresů vytvořit tým, který propojuje zdravotní a sociální služby a je sestaven z profesí uvedených v předchozí tabulce.

Doporučujeme, aby tyto týmy pracovaly metodou case managementu v její nejnovější podobě inspirované např. holandským modelem „FACT“ týmů (Flexible Assertive Community Treatment). FACT je model case managementu, který spojuje prvky dříve osvědčeného modelu nazývaného intenzivní case management s prvky asertivní komunitní léčby. Výhodou modelu FACT je propojování dlouhodobé péče, poskytované vždy jedním (klíčovým) pracovníkem jednomu klientovi služby, a týmové poskytování služby více členů týmu v době, kdy je klient v obtížné situaci nebo krizi. Takto poskytovaná služba se vyznačuje ještě vyšší mírou asertivity než předchozí modely case managementu, což se odráží i ve větší míře úspěšnosti práce s klienty, kteří v ostatních typech služeb selhávají – osoby s duálními diagnózami, neléčení pacienti a nediagnostikované osoby s duševním onemocněním atd.

VII. Služby z resortu školství

Doporučení z Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním z roku 2011:

Potřebnou službou z resortu školství je rozšiřování **speciálních tříd** pro děti se specifickými poruchami a **speciálních mateřských škol**.

Aktualizace Koncepce pro Sokolovsko a Chebsko:

Doporučení stále trvá. Aktuálně není žádná iniciativa, která by propojovala problematiku osob s duševním onemocněním a školství. Na školách (především středních) v kraji chybí programy, které by působily preventivně a destigmatizačně.

Pro tento cíl doporučujeme iniciativu, která bude propojovat sociální a zdravotní oblast s oblastí školství. Mohl by to být například projekt, který se bude zabývat zlepšením začlenění studentů s psychickými problémy, destigmatizací na školách apod.

V České republice existuje destigmatizační program s názvem „Blázníš? No a!“, jeho realizace by byla velmi prospěšná i na středních školách v Karlovarském kraji. Program pomáhá mladým lidem s návratem ke studiu. Jeho velkým přínosem je i prevence ve formě pomoci s včasným rozpoznáním projevů duševního onemocnění na středních školách. Program by se mohl financovat z projektů Karlovarského kraje, měst i obcí.

Další užitečnou iniciativou by byl projekt zaměřený na vzdělávání učitelů, pedagogických poradců a metodiků v oblasti duševních poruch, zejména u dětí a mladých lidí.

Z těchto důvodů doporučujeme zapojení zástupce školství do koordinačního týmu, který v rámci projektu vzniká.

Příloha č. 2
Případová konference jako nástroj pro zlepšování kvality týmové práce

(Výtah ze zprávy projektu *Model sledování, hodnocení a zkvalitnění komunitní péče o duševně nemocné 2001 - 2003* financovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR, realizovaného Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví)

Účel případové konference

Tým CRPDZ vypracoval případovou konferenci (PK) v rámci projektu IGA jako nástroj pro zlepšování kvality týmové práce. Předpokladem bylo, že tento nástroj bude možno použít jako formu supervize (zpětné vazby) týmu, ať už s vnějším supervizorem, či bez něj. PK by tedy měla přispět k sebereflexi týmu, pomoci v nekonečné práci při udržování či zlepšování kvality týmové práce. Je založena na přesvědčení a zkušenosti, že tým, jeho filosofie, vztahy, provázanost s dalším světem se nejlépe zobrazí na konkrétním případu klienta, kterého má tým (některý z jeho členů) v péči.

Z PK profituje jak ten pracovník, jehož případ se probírá, tak i celý tým. Na základě konkrétního případu se v další fázi hovoří o celém týmu. V konečném důsledku z ní profitují i klienti.

Frekvence použití metody PK není nijak omezena. V zásadě teprve při častějším použití této metody, po porovnání více záznamů, je možno činit nějaké závěry (lze například využít grafické záznamy závažnosti na jednotlivých osách a zjistit, v čem se po více absolvovaných PK překrývají). PK však není objektivním nástrojem, který by měl ambici měřit, jestli některý tým pracuje dobře, či špatně. Může jen poukázat na témata, která mohou být v týmu aktuální, nad kterými je dobře se dále zamýšlet. PK může být pouze facilitátorem pro diskusi týmu, ta je na celém procesu nejcennější a nejdůležitější. PK se může používat jako samostatná metoda, která může být podpořena dotazníkovým šetřením.

Přípravné kroky

Informace předem

Tým by měl být předem informován o PK, o jejích cílech a postupu. Jednotlivé případy není nutné mít připravené dopředu. Lépe je nechat tým, aby jednotlivé členy napadalo, co jim přijde jako aktuální, a pak vybrat ten případ, který většina shledává jako „živý“. Přílišná příprava předem může posílit určité obranné reflexy ve skupině a může být vybrán případ, který nic převratného neukáže. Může se například stát, že tým či pracovník vybere určitý případ jen proto, aby na sebe upozornil.

Na jeden případ je potřeba počítat zhruba 3 hodiny času. Zdá se, že je lepší se zabývat jen jedním případem důkladně než probírat více případů zběžně.

Technická příprava

Před zahájením PK je zapotřebí připravit flipchart na zaznamenávání komentářů k jednotlivým osám, které popíšeme dále. Rovněž se zaznamenávají problémy a cesty k jejich řešení (viz záznamový list). Na flipchartu se vytvoří jeden osový pavouk, kam se „výsledný“ stav os zaznamená v konečné fázi. Jako příklad uvádíme záznam jedné případové konference. Každý tým může zvolit způsob pořízení záznamu, který mu nejvíce vyhovuje.

Každý účastník by měl mít k dispozici tužku a lepicí papírky. Dále je vhodné zajistit fix na psaní a diktafon.

Vlastní případová konference

1. Uvedení případové konference

- Stanovení časových hranic. Je zapotřebí předem stanovit, kolik na jednotlivé fáze bude času. Pak citlivě, ale pevně, držet časové hranice, hlavně kvůli praktické udržitelnosti. K vedení supervize také patří udržování bezpečí.
- Popsání smyslu PK (i v případě, že tým byl již předběžně informován)
- Popsání kroků PK.
- Zdůraznění, že v této fázi PK se stále jedná o hledání nejlepší formy práce v týmu, která může být individuální pro každý tým. I členové týmu jsou takto spolutvůrci.
- Důležité je hned na začátku navodit pracovní, nicméně bezpečnou atmosféru, a to i způsobem, jakým budete podávat instrukce.

2. Výběr případu

- Vyzvání všech účastníků, aby se zamysleli, jestli nechtějí prezentovat případ (práci s klientem), který vnímají jako složitý, problematický, ať už z jakéhokoliv důvodu. Instrukce je podobná jako na balintovských skupinách.
- Nechat minutku na kontemplaci, co (případně kdo) se jim vybaví. Účastníci mohou například zavřít oči…
- Komu se nějaký případ vybaví, může jej velice krátce prezentovat. Stačí prezentovat jen jádro případu, hlavní otázky, problém, který u případu cítí. Je dobré, když prezentující dá problému nějaký název, příměr („nevím, jak dál ve vztahu“ nebo „Šípková Růženka“ apod.).
- Celý tým nakonec vybere případ, který je většinou vnímán jako významný, zajímavý, pro celý tým aktuální.

3. Prezentace případu

- Nositel příběhu, který byl vybrán, je vyzván, aby cca v 5-10 minutách případ prezentoval, aby řekl, co pokládá za důležité, popsal, v čem vidí tíži, složitost.
- Je třeba hlídat, aby jej ostatní nechali hovořit bez přerušení. Je to v tuto chvíli jen jeho prostor! Pokud by významně přetahoval dohodnutý čas, veďte ho jemně ke konci.

4. Dotazy

- Vyzvěte tým, aby kladl dotazy, aby se účastníci ptali na to, co potřebují vědět, aby měli pocit, že mají případ uchopený, nějak mu rozumí. Jedná se jak o faktografické dotazy, tak i o dotazy týkající se pocitů referujícího.
- Sami se taktéž můžete ptát, ale nejdříve nechte hovořit tým.
- Chraňte referujícího před vysloveně útočnými dotazy.
- Zastavujte „dotazy“, které nejsou dotazy, ale komentáři. Ty patří až do 7. fáze.

5. Doplnění

- V této fázi mohou další členové týmu k příběhu něco dodat, například vlastní zkušenost s klientem.
- Je to fáze, kdy referující postupně přechází od popisu vlastní situace s klientem na týmovou úroveň.
- Není to však ještě chvíle pro vyjádření názorů na případ, takové komentáře odkažte do následující fáze.

6. Diskuse o příběhu (či k příběhu)

- Všichni diskutují o tom, o co v příběhu vlastně šlo. Jaké byly problematické fáze řešení, jak se je podařilo zvládnout či nikoliv?
- Jak rozumět těžkosti, kterou referující měl?
- Co by se v tomto případu mohlo dále dělat?
- Vy se můžete zapojit taktéž, je však dobré nechat co nejvíce pracovat samotný tým.
- Hlídejte, aby referující nedostával příliš „na frak“, aby nepadaly zraňující poznámky.

- Podporujte komentáře, které vedou k tomu, že se v případu objevují prvky nějak charakteristické, významné pro situaci celého týmu.
- Snažte se být podpůrní, ne kritičtí.

7. Zachycení aktuálních témat (problémů) dle os
- Můžete nechat každého člena týmu, ať si na lístečky napíše, co v příběhu považuje za aktuální. Tyto poznámky pak může přiřadit k jednotlivým osám. Shledáte-li to však v dané situaci jako komplikované, můžete od toho upustit.
- Osvědčeným způsobem zachycování jednotlivých témat je procházet s celým týmem osu po ose a zaznamenávat, co z případu k dané ose patří, jaký druh těžkosti, problému.
- Pokud se diskuse v týmu prozatím vyvíjela pozitivně, je možné hovořit v této fázi jen o „problémech“ (zvlášť pokud nejsou personifikovány – „Markéta to ale dělala úplně špatně…“).

8. Vyplnění pavouka - os
- Na jednotlivé osy pavouka je zapotřebí vyznačit, jaká je dle mínění týmu (na základě případu) „aktuálnost“ problémů, potřeba něco řešit, diskutovat problém v té které „osové“ oblasti. Tým vyzveme k ohodnocení jednotlivých problémů na osách následujícím způsobem: 0 - nijak aktuální až 5 - velmi aktuální (jinými slovy 0 = nevidíme žádný problém až 5 = hodně problematické).

9. Kroky k řešení
- Pokuste se problémové oblasti zařazené pod jednotlivými osami nějak shrnout do formulace problému.
- K jednotlivým problémům hledejte s týmem možná řešení, alespoň orientačně.
- Neraďte a nechte členy týmu, aby si na řešení přišli sami. Buďte však k disposici, pokud si nebudou vědět rady.

10. Závěrečné shrnutí vlastní PK
- Nechte prostor pro člena týmu, který případ prezentoval, aby mohl říci, čím mu dosavadní diskuse prospěla a čím nikoliv.
- Nakonec vzneste dotaz na celý tým, co jim PK přinesla, jak vše vnímali.
- Je prostor i pro vaši reflexi.

11. Komentáře k metodě PK
- Vyzvěte tým k okomentování celé metody PK: co by na ní změnili, co jim přijde neužitečné, co se jim naopak líbí apod.

Popis jednotlivých os

I. Filosofie týmu
Základní východiska, hodnoty, definování cílů. O co týmu vlastně jde. Proč dělají, co dělají. Sem patří i etika. Nejde jen o obsah směřování týmu, ale i to, zda a jak mají členové týmu stejné či odlišné pojetí týmu, a také, jak je toto pojetí jednotlivým členům jasné.
II. Využití komunity
Jak rozumí přirozeným zdrojům komunity, jak na ně myslí, jak s nimi pracují a přetvářejí pro svoji práci a pro využití klienty. Jaký mají vůbec přehled o zdrojích komunity. Do zdrojů komunity patří i samotný klient, jeho rodina, okolí atd.
III. Spolupráce s dalšími službami
Jaký mají přehled o relevantních existujících „profesních“ službách. Jak s nimi komunikují, jaký je systém předávání. Jestli „nesuší“ klienty, kteří by patřili jinam, do jiných speciálně orientovaných služeb (a tým pak sám neplní své základní poslání).
IV. Týmová práce
Role v týmu, komunikace v týmu, řízení týmu. Sem patří i profesní role, avšak nikoliv úroveň profesionality či znalostí. Vztah týmu s dalšími strukturami v organizaci (pokud je tým součástí nějaké větší organizace).

V. Efektivita práce
Posuzujeme, zda vynaložené úsilí a čas přinesly kýžený efekt. Jedná se o management vlastní práce, dokumentování a využívání dokumentace. Může zde být určitý překryv s týmovou prací, avšak zde se zaměřujeme zejména na efektivitu.
VI. Profesionalita
Posuzujeme profesní dovednosti: jak umí konceptualizovat (diagnostikovat) případ, jestli mají dovednosti, které k práci potřebují. Dále to, jestli jsou jasné hranice mezi jednotlivými profesemi, zda je zřetelný popis práce u jednotlivých profesí a rolí.

Na co je zapotřebí dávat pozor:
Jak má znít úvodní instrukce
Jestli jsou dobře vymyšlené kroky PK, jestli některé nechybí
Jestli je logická posloupnost kroků
Jak má znít instrukce k jednotlivým krokům
Jestli pavouk dává celkový smysl
Jak definovat jednotlivé osy, co všechno obsahují
Jestli na pavoukovi některé osy nechybí
Jak činit závěry
Jak činit záznam

Záznamový list

Datum:		**Tým:**	
Souhrn případu			
Hlavní problémy			
Kroky k řešení			

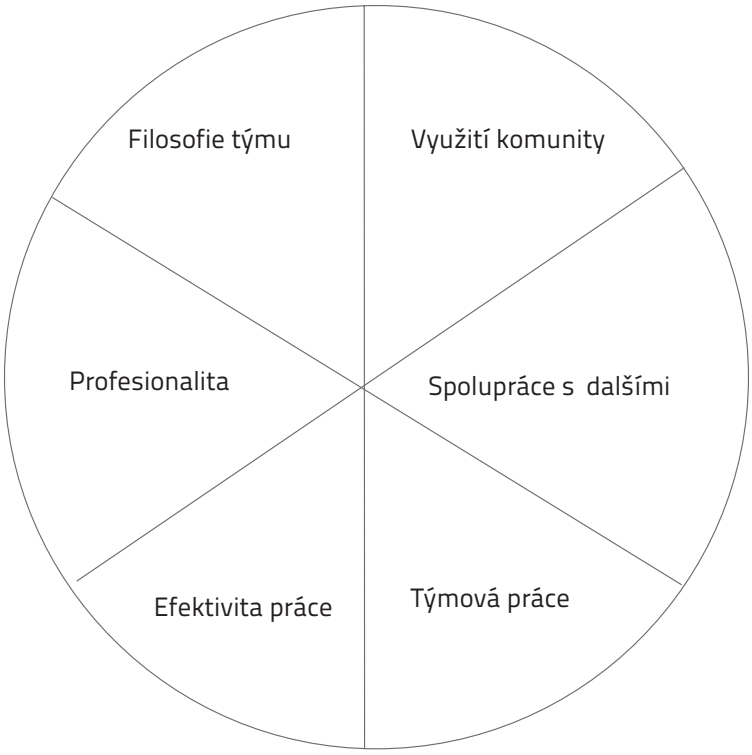


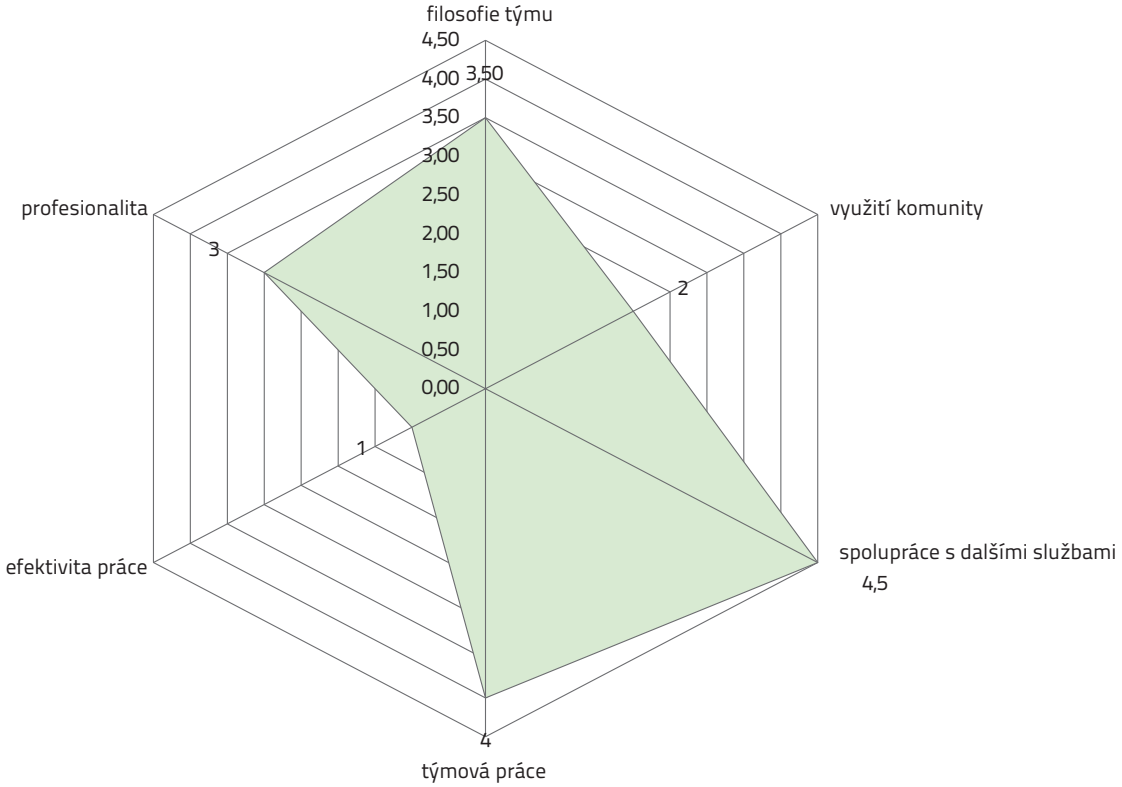
Schéma podle os („pavouk“)

Příklad

Datum:		**Tým:**	**Case management tým**
Souhrn případu			
30letá dlouhodobá klientka. Byla předána referující zhruba před rokem. Referující se příliš nezajímá o diagnózu (nepatří to mezi týmové priority), mohlo by jít o „hraniční osobnost“. S klientkou se příliš nedaří dohodnout, co vlastně má pro ni case management udělat, avšak klientka udržuje velmi častý kontakt. Většinu dohodnutých kroků se nedaří realizovat, klientka je bojkotuje. **Potíž viděná referujícím** Referující spatřuje potíž v tom, že případ nikam nesměřuje, cítí se v pasti. Často je z kontaktu s klientkou unavená. Má pocit, že je manipulovaná.			
Hlavní problémy			
• není jasně definována role case managera • nic nevědí o diagnóze (tedy a ni o tom, co je hraniční osobnost, co se od ní dá očekávat, na co se připravit) • minimální spolupráce s dalšími významnými osobami, které jsou ve vztahu ke klientce • vyplňování role, která přísluší někomu jinému – například psychoterapeutovi • nejsou vybaveni dovednostmi, jak pracovat se vztahem (aniž by se jednalo o psychoterapii) • i když v týmu případy diskutují, chybí zde individuální supervize (vzít si individuální supervizi by bylo vnímáno jako selhání)			
Kroky k řešení			
• setkání všech, kteří s pacientkou něco řeší, a definování toho, co kdo dělá či bude dělat (případová konference se zúčastněnými) • jasně klientce stanovit, k čemu jí case manager může být, a k čemu jí naopak být nemůže (kamarád, psychoterapeut…) • vzít si individuální supervizi (proč se mi nedaří stanovovat u hraniční pacientky hranice, co je v tom osobního)			

Hlavní problémy dle os, které se týkají celého týmu

	body
I. Filosofie týmu	
Není jasná definice toho, co je case manager, co jsou cíle celého týmu, kde jejich práce začíná a kde končí.	3,5
II. Využití komunity	
Nic se neukázalo.	1
III. Spolupráce s dalšími službami	
Nedostatečná spolupráce s psychiatrem i dalšími kolegy, kteří o klienta pečují.	4,5
IV. Týmová práce	
Tým není definován tím, že má společné klienty, ale je definován jednou společnou filosofií. V tom se odlišuje od jiných týmů. Jak si mohou pomoci navzájem, je tedy limitováno. O to více je důležitá supervize.	3,5
V. Efektivita práce	
Pokud není jasně definován kontrakt, hranice práce, ztrácí se příliš času zbytečně.	1
VI. Profesionalita	
Nedostatečná znalost práce se vztahem, definice case managementu (viz filosofie), nevyužívání individuální supervize.	2,5



Grafické znázornění na osách

Příloha č. 3
Zpráva o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji

Individuální projekt Karlovarského kraje:
Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje (2012-2014)

Mgr. Barbora Wenigová, 30. 11. 2012

Základním cílem projektu je vytvořit vzájemně efektivně spolupracující síť sociálních a jiných služeb (především zdravotnických) pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje.

Obsahem projektu jsou tyto klíčové aktivity:
1. Vyhodnocení fungování služeb pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje a jejich spolupráce v okresech Sokolov a Cheb
2. Podpora procesu zahájení činnosti sociálních služeb v okrese Sokolov a Cheb
3. Vytvoření modelu sítě sociálních služeb a ostatních složek systému péče o osoby s duševním onemocněním
4. Vzdělávání a stáže
5. Destigmatizace a odborná publicita projektu

Výstupem první aktivity je Zpráva o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji se zřetelem na Sokolov a Cheb.

Zpráva dává souhrnnou informaci o stavu spolupráce mezi různými typy služeb (zdravotnické, sociální, ostatní) a zároveň zjišťuje potřeby odborníků a uživatelů vzhledem k hustotě a kvalitě sítě služeb v kraji. K detailnějšímu pochopení fungování spolupráce zejména mezi zdravotnickými a sociálními službami je použit dotazník mapující pohyb uživatele mezi službami v průběhu jednoho roku. Výstupy z této zprávy budou použity pro aktivitu Tvorba sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje.

Zpráva o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji se zřetelem na Sokolov a Cheb
Obsahem této zprávy je zhodnocení spolupráce sociálních, zdravotních a ostatních služeb pro ODO v Karlovarském kraji - předávání klientů, návaznost služeb, řešení krizových stavů atp., se zřetelem na Sokolov a Cheb. Stav této spolupráce byl zjišťován z dat sebraných v rámci následujících šetření:
A. **focus group s odborníky o spolupráci v Karlovarském kraji;**
B. **dotazníkového šetření mezi odborníky a uživateli služeb na téma spolupráce sociálních a zdravotních služeb v Karlovarském kraji (dotazníky zpřesňují údaje vzešlé z focus group s odborníky);**
C. **dotazníkového šetření mezi uživateli služeb, které mapuje zkušenost uživatelů s jednotlivými službami v kraji.**

Ad A: Focus group s odborníky o spolupráci v Karlovarském kraji

Pro zhodnocení spolupráce sociálních, zdravotních a ostatních služeb v Karlovarském kraji byli sezváni vybraní přední lokální odborníci z oblasti péče o ODO k řízené **skupinové diskusi – focus group** (proběhla dne 26. června 2012 na Krajském úřadě Karlovarského kraje). Skupinové diskuse se zúčastnili zástupci ambulantní, lůžkové i intermediární péče: ambulantní psychiatr, primář psychiatrického oddělení Nemoc-

nice Ostrov, 7 vedoucích pracovníků i zaměstnanců sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním (včetně služeb pro osoby se závislostí), pro seniory, pro osoby bez domova, a zástupce sociálního odboru Karlovarského kraje (celkem 10 osob). Z diskuse vyplynulo, že zúčastněné organizace spolupracují s poměrně širokou škálou organizací a institucí, a byly identifikovány silné a slabé stránky spolupráce všech služeb v kraji.

Silné stránky spolupráce:

- širší spektrum služeb ve městech než na venkově;
- dobrá spolupráce v krizových situacích;
- výborná spolupráce s psychiatrickým oddělením v Nemocnici Ostrov – fungující předávání klientů mezi oddělením a službami v kraji;
- ochota ke spolupráci mezi jednotlivými službami a jejich snaha nabídnout klientovi veškeré pro něj potřebné typy činností;
- zlepšení přijímání klientů pobytových služeb (např. azylové domy) okolím, a s tím související snižující se stigmatizace osob s duševním onemocněním;
- dobrá spolupráce s úřady z hlediska poskytování informací a pomoci službám, ale i jejich klientům.

Slabé stránky spolupráce:

- při řešení krizových stavů;
- problémy se stárnutím populace;
- chybějící síť psychiatrů;
- dlouhá čekací doba u psychiatrů;
- nedostupnost kvalitních klinických psychologů;
- špatná spolupráce s rodinami nemocných;
- nedostatek zařízení pro osoby se závislostmi (AT ordinace, metadonový program, detox);
- absence služby pro pachatele násilné trestné činnosti;
- absence služeb sociálních pracovníků v rodinách – v důsledku jejich nedostatku vzrůstá počet dětí v ústavní péči;
- výrazný rozdíl mezi městem a venkovem;
- absence terénních služeb;
- špatná dopravní dostupnost v kraji.

Některá tvrzení odborníků, jež vyplynula ze skupinové diskuse, byla zpřesněna dotazníky zaslanými všem odborníkům (sociální a zdravotní služby) a 30 uživatelům služeb v kraji.

**Zápis z focus group je přílohou č. 1 této Zprávy.*

Ad B: Dotazníkové šetření mezi odborníky a uživateli služeb na téma spolupráce sociálních a zdravotních služeb v Karlovarském kraji

Cílem dotazníkového šetření bylo ověřit přesnost tvrzení zjištěných v rámci focus group a vyhodnotit spokojenost se stavem spolupráce jednotlivých služeb a další potřeby v souvislosti s péčí o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji.

Vznikly dvě verze dotazníku:

1. pro odborníky;
2. pro uživatele.

1. Verze **dotazníku pro odborníky** byla připravena k vyplnění na webové adrese http://www.survio.com/survey/d/F4X7K5W9T5V4H5C8D. Odkaz na něj s žádostí o vyplnění byl dodavatelem aktivit projektu zaslán e-mailem, a to zástupcům sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním, psychiatrům a psychologům z Karlovarského kraje. Celkem byl dotazník distribuován na 88 e-mailových adres. Dále bylo 41 dotazníků v papírové podobě zasláno poštou na kontakty, které nedisponují

e-mailovou adresou. Celkem bylo rozesláno 92 žádostí o vyplnění dotazníku. Plán návratnosti byl 20 dotazníků. Skutečná návratnost byla 40 dotazníků.

2. Verze **dotazníku pro uživatele** bylo možné vyplnit také dvojím způsobem:
   a) na webové adrese: http://www.survio.com/survey/d/X7A8G5Q1N8K5T5B0P;
   b) v papírové podobě. Žádost o vyplnění dotazníku byla dodavatelem aktivity projektu distribuována následujících příjemcům: psychiatrickému oddělení Nemocnice Ostrov, nestátní neziskové organizaci Západočeský paprsek, o.s., sociální službě Fokus Mladá Boleslav – pobočka Karlovy Vary a vybraným psychologům a psychiatrům v Karlovarském kraji. Dotazník vyplnilo 97 vybraných klientů za asistence odborníků z těchto organizací. Plánovaná minimální návratnost byla 20 dotazníků.

Jako výzkumný nástroj byl zvolen dotazník, jehož položky byly vytvářeny na základě výpovědí z focus group. Toho se účastnilo 10 odborníků z Karlovarského kraje a byli dotazováni na potřeby ve spolupráci služeb v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním.

Při interpretace dat získaných z dotazníků autoři této zprávy vybrali ta tvrzení, u nichž odpovědi respondentů vypovídaly o velmi pravděpodobné (70 % - 80 %) nebo zjevné (80 - 100 %) nespokojenosti se stávajícím stavem spolupráce služeb. Autoři zprávy předpokládají, že z těchto tvrzení lze odvodit potřeby a doporučení k tvorbě sítě služeb.

Dále jsou potřeby respondentů řazeny podle jejich intenzity vyjádřené spokojenosti/ nespokojenosti.

**Odpovědi na dotazníky jsou v příloze č. 3 a 4 této Zprávy.*

AD 1: Dotazník pro odborníky

Tento dotazník vyplnilo 42 ze 69 dotázaných (61% návratnost).

**Verze dotazníku pro odborníky je obsahem přílohy č. 2 této Zprávy.*

Výsledky dotazníku pro odborníky:

Většina respondentů (92 %) souhlasí s tvrzením, že ve větších městech kraje je širší spektrum služeb a lepší návaznost péče než na venkově. Dá se vyvozovat domněnka, že na venkově je návaznost péče a spolupráce služeb menší a že by tedy bylo žádoucí podpořit návaznost a spolupráci zejména na venkově. To by mohl potvrzovat další většinový názor, že je výrazný rozdíl dostupnosti služeb mezi městem a venkovem (95 %).

Celkem 87 % odborníků si myslí, že komunikace s rodinami pacientů není dobrá, protože rodiny nejsou dostatečně edukovány. Lze tedy předpokládat, že by odborníci uvítali vyšší míru vzdělávání a osvěty mezi příbuznými osob s duševním onemocněním.

Další potřebou, kterou vyjádřili odborníci (80 %), je, aby do spolupráce služeb nezasahovaly v takové míře regulace a požadavky zdravotních pojišťoven. Bylo by tedy možné vyvodit doporučení k úpravě systému úhrad péče o osoby s duševním onemocněním zdravotními pojišťovnami. Výsledky dotazníkového šetření však neposkytují údaje o charakteru této úpravy nebo úprav, a navíc řešení této problematiky výrazně přesahuje obsahové vymezení tohoto projektu.

Čtyři pětiny (80 %) odborníků nevěří, že policie má odborné znalosti pro řešení krizových stavů pacientů/klientů, a odsud může vyplývat potřeba edukovat a zapojit do spolupráce také zástupce policie.

Většina odborníků (76 %) považuje za užitečné, aby sociální pracovníci obcí v kraji měli větší přehled o dostupných službách. Lze však předpokládat, že úroveň tohoto přehledu se může na jednotlivých obecních úřadech značně různit. Je tedy potřeba do spolupráce zapojovat a vzdělávat také sociální pracovníky obcí.

Téměř stejný počet odborníků (75 %) říká, že v málo osídlených oblastech kraje nebo na venkově chybí především terénní sociální služby pro osoby s duševním onemocněním.

Téměř 75 % odborníků vypovídá, že chybí síť ambulantních psychiatrů a psychologů. Tento výsledek však nezbytně nesvědčí o absolutním nedostatku ambulancí, ale je možné jej interpretovat tak, že odborníci si opět stěžují především na jejich nedostatečnou spolupráci.

Dále jsou vyjmenovány jiné potřeby odborníků, které byly vyjádřeny nejčastěji, v cca 70 %. Těmito potřebami jsou: větší ochota úředníků při jednání na úřadech, rozvoj dalších poskytovatelů péče a větší nabídka různých možností, jak problémy osob s duševním onemocněním řešit.– potřeby odborníků vzhledem ke stavu služeb nebo spolupráce služeb v Karlovarském kraji (2012) – viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Potřeby odborníků vzhledem ke stavu služeb nebo spolupráce služeb v Karlovarském kraji (2012)

Zjevné potřeby vyjádřené odborníky: návaznost a spolupráce služeb zejména na venkově; edukace příbuzných osob s duševním onemocněním; systém úhrad péče zdravotními pojišťovnami, který by podporoval vzájemnou spolupráci.
Velmi pravděpodobné potřeby vyjádřené odborníky: edukace a zapojení policie do spolupráce; větší přehled pracovníků obcí o dostupných službách pro osoby s duševním onemocněním; terénní sociální služby pro osoby s duševním onemocněním na venkově a v málo osídlených oblastech kraje; spolupráce ambulantních psychiatrů a psychologů; větší ochota úředníků; nabídka a rozvoj dalších služeb pro osoby s duševním onemocněním v kraji.

AD 2: Dotazník pro uživatele

**Verze dotazníku pro uživatele je obsahem přílohy č. 2 této Zprávy.*

Výsledky dotazníku pro uživatele:

Tvrzení, že ve větších městech kraje je více různých služeb a že spolupracují lépe (kvalitněji) než na venkově, lze interpretovat jako zjevnou potřebu kvalitnější péče na venkově. Tuto potřebu vyjádřilo 92 % uživatelů.

Toto přání doplňuje další velmi pravděpodobná potřeba uživatelů (70 %), aby na venkově byly především terénní sociální služby.

Dále uživatelé (68 %) vyjádřili potřebu větší nabídky služeb na venkově. I přesto, že tato potřeba nedosahuje hranice 70 % (velmi pravděpodobná potřeba), je zde uvedena, neboť autoři zprávy předpokládají, že část respondentů odpověděla na tuto otázku neutrálně, protože si nebyli jisti jejím přesným obsahem.

Podobná situace je v položkách týkajících se policie. Potřebu, aby policie měla lepší odborné znalosti v řešení krizových stavů osob s duševním onemocněním, vyjádřilo 68 % uživatelů a 66 % z nich si přeje, aby policie pomáhala v případě krize ochotněji. Autoři zprávy zde předpokládají, že část neutrálních odpovědí je možné interpretovat jako: „se situací jsem se nesetkal, nemohu posoudit“.

Tabulka č. 2: Potřeby uživatelů vzhledem ke stavu služeb nebo spolupráce služeb v Karlovarském kraji (2012)

Zjevné potřeby vyjádřené uživateli: více různých služeb a lepší spolupráce; na venkově vytvořit především terénní sociální služby.

* Další potřeby jsou pod hranicí 70 %.

Spokojenost se službami nebo spoluprací

Omezit se na položky ukazující na nespokojenost respondentů by bylo neobjektivní, proto autoři zprávy dále uvádějí položky, ve kterých odborníci a uživatelé vyjádřili zjevnou spokojenost (80 % - 100 %) nebo velmi pravděpodobnou spokojenost (70 - 79 %) se stavem služeb nebo jejich vzájemné spolupráce v Karlovarském kraji;

Téměř 80 % uživatelů uvádí, že se v případě zhoršení příznaků onemocnění mají kam obrátit s žádostí o pomoc.

S tím může souviset dobré hodnocení psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov. To, že spolupráce s ním funguje výborně, si myslí 63 % odborníků a 76 % uživatelů.

74 % uživatelů má dobrou zkušenost s tím, že v krizových situacích jim vždy někdo pomůže, odkáže na příslušného odborníka či službu.

Srovnání potřeb odborníků a uživatelů

Shoda mezi oběma skupinami byla v potřebě celkového zlepšení péče o osoby s duševním onemocněním v méně osídlených oblastech kraje a také v tom, že v těchto oblastech chybí především terénní sociální služby.

Co se týče spokojenosti, odborníci a uživatelé shodně vnímají, že pokud je pacient/uživatel v krizovém stavu, je kam se obrátit o pomoc.

Největší **rozdíl** (40 %) mezi odborníky a uživateli je v položce týkající se edukace rodin osob s duševním onemocněním. 87 % odborníků tvrdí, že komunikace s rodinami pacientů není dobrá, jelikož nejsou dostatečně edukováni, a 52% uživatelů si myslí, že rodina dostává málo informací o nemoci.

Otevřené otázky (byly součástí dotazníku pro uživatele i odborníky) viz příloha:

Otevřené otázky se dotazovaly na to,

a) co nejvíc brání dobré spolupráci služeb

b) co nejvíc přispívá dobré spolupráci služeb.

Z odpovědí vyplynulo, že překážky spočívají především ve špatném financování služeb, v přílišné regulaci ze strany pojišťoven a nedostatečném množství vzdělaných odborníků.

K dobré spolupráci služeb v kraji naopak podle nich přispívá koordinace a vzájemná informovanost, efektivní plánování a rozvoj služeb.

**Plná verze odpovědí na dotazníky je součástí přílohy č. 3 a 4 této Zprávy.*

Shrnutí

- **Z dotazníkového šetření na straně odborníků vyplynula zejména potřeba zlepšení návaznosti a spolupráce služeb ve venkovských oblastech.**
- **Na venkově byly žádány především terénní sociální služby.**
- **Podle odborníků by bylo užitečné, aby se v celém kraji zlepšila spolupráce ambulantních psychiatrů a psychologů.**
- **Také služby mimo oblast zdravotní a sociální by měly více spolupracovat. Do sítě služeb by měla být ve větší míře zapojena zejména policie, pracovníci obecní samosprávy, ale i rodiny osob s duševním onemocněním.**
- **V neposlední řadě odborníci žádali menší regulaci ze strany plátců.**
- **Mezi potřebami samotných uživatelů dominovala potřeba většího množství různých služeb a jejich lepší spolupráce na venkově.**
- **Překážky ve fungování sítě služeb se podle respondentů týkaly zejména špatného financování, přílišné regulace ze strany pojišťoven a nedostatku vzdělaných odborníků.**
- **K dobré spolupráci služeb v kraji naopak přispívá koordinace a vzájemná informovanost, efektivní plánování a rozvoj služeb.**

Ad C: Dotazníkové šetření: průchodnost uživatelů péče mezi službami

Uvedený dotazník byl připraven pouze v tištěné podobě. Jeho charakter nedovoluje vyplňování prostřednictvím webu. S žádostí o vyplnění dotazníku bylo osloveno psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov, Psychiatrická léčebna Dobřany, sociální služby Fokus Mladá Boleslav – pobočka Karlovy Vary, nestátní nezisková organizace Západočeský paprsek a dále vybraní psychologové a psychiatři v Karlovarském kraji.

Dotazníky, které vyplnilo 73 uživatelů/klientů za asistence odborníků, vypověděly o 872 návštěvách v roce 2011 v různých (zdravotních a sociálních) službách pro osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji.

Požadovaná minimální návratnost byla 50 dotazníků. Skutečnost: 73 vyplněných dotazníků. Všechny podoby dotazníků jsou zpracovány po odborné stránce tak, aby výstupy, které z odpovědí mohly vzniknout, byly objektivní a využitelné pro další aktivity a výstupy projektu.

Metoda zpracování dotazníků: statistické údaje o pacientech zařazených do studie a o jejich návštěvách vybraných zařízení v KK, srovnání skupin pacientů/uživatelů, vzájemné závislosti sledovaných charakteristik, hledání významných rozdílů mezi souborem pacientů, kteří byli během roku 2011 hospitalizováni, a těch, kteří docházeli pouze ambulantně.

Výsledky dotazníku:

Na jednoho respondenta v průměru připadá téměř 12 návštěv některého typu služeb a pohybuje se od jedné zaznamenané návštěvy za rok do 48 návštěv v jednom roce.

Z těchto 73 respondentů byl:

- cca stejný podíl mužů (51 %) a žen (49 %),
- průměrný věk respondentů byl 43 let (rovnoměrné rozložení do věkových skupin),
- 66 % respondentů bylo během roku 2011 alespoň jednou hospitalizováno,
- 72 % respondentů pochází z okresu Karlovy Vary, 20 % z okresu Sokolov, 8 % z okresu Cheb (tyto údaje mohou vypovídat o špatné dostupnosti služeb pro obyvatele okresů Sokolov a Cheb).

Níže uvádíme výběr důležitých informací o návštěvách v zařízení:

Většina pacientů/uživatelů navštěvuje psychiatrickou ambulanci (PA) jednou měsíčně nebo častěji. Pokud jsou z psychiatrických ambulancí (PA) převedeni do sociální služby Fokus, docházejí tam cca 1x týdně.

Návštěvy praktického lékaře (PL) jsou na těchto návštěvách nezávislé a odehrávají se ve svém vlastním pravidelném rytmu (tj. nedochází k přechodu pacienta od PL do PA, ale k paralelnímu navštěvování obou typů zařízení).

Hospitalizace jsou více či méně pravidelné. Hospitalizace jsou rovněž nad rámec pravidelného rytmu návštěv PL a odehrávají se spíše paralelně k návštěvám PA.

Docházení do sociální služby Fokus bývá na návštěvách PA nezávislé a probíhá paralelně s vlastní frekvencí.

Diagnózy se mění málo, a když tak pouze podle zařízení (tj. když je pacient veden ve dvou a více zařízeních, může tam být veden s odlišnou diagnózou).

Hospitalizaci doporučuje lékař. Do ostatních typů služeb se pacienti/uživatelé dostávají na doporučení širšího spektra osob.

Hospitalizace vykazuje poměrně výraznou sezónnost (vrcholy v dubnu a květnu a v listopadu a prosinci).

Bylo by dobré pro interpretaci výsledků apriori rozlišovat chronické pacienty a pacienty s jednou náhlou příhodou vyžadující zásah. Jedná se zjevně o dvě naprosto odlišné skupiny osob a diagnóza toto rozlišení neřeší.

Návštěvy sociální služby Fokus jsou obecně výrazně častější než návštěvy PA nebo PL.

Shrnutí

Z výsledků je zřejmé, že hlavní využívanou službou jsou psychiatrické ambulance, kam pacienti přicházejí nejčastěji na doporučení praktických lékařů. Sledováním se nepodařilo identifikovat žádné jiné stereotypní vzorce ve využívání služeb*). Data svědčí pro to, že služby*) jsou navštěvovány spíše paralelně a nezávisle na péči ambulantního psychiatra, i když z praktické zkušenosti víme, že využívání služeb*) není natolik náhodné a chaotické, přinejmenším u části klientů.

Z výsledků také jednoznačně plyne, že pro rozvoj služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu je důležitá zejména spolupráce sociálních služeb a psychiatrických ambulancí, praktických lékařů, psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov.

Vytvoření koordinovaného systému zdravotně-sociální péče zajišťující kontinuální a komplexní péči a multidisciplinárně sdílenou odpovědnost za péči o klienta/pacienta vyžaduje mimo jiné i systémové legislativní změny a přesahuje tedy rámec projektu. Velká pozornost by měla být věnována prohlubování a kultivaci spolupráce mezi výše uvedenými zdravotnickými službami a připravovanými komunitními sociálními službami.

**Celkové shrnutí výsledků dotazníkového šetření týkající se průchodnosti uživatelů mezi službami je přílohou č. 5 této Zprávy.*

Závěr

- **Z výše uvedených výsledků vyplývá potřeba rozvoje služeb pro osoby s duševním onemocněním především na venkově, zejména pak terénních sociálních služeb.**
- **Potřebné je rovněž rozšíření nabídky a diverzity služeb, jejich lepší návaznost a spolupráce v rámci celého kraje (i zde však v největší míře na venkově).**
- **Ke spolupráci by bylo vhodné přizvat nejen odborné služby, ale také příbuzné osob s duševním onemocněním.**
- **Potřeba většího zapojení do sítě služeb se týká také policie a sociálních pracovníků obecních samospráv.**
- **Z výsledků jednoznačně vyplývá, že pro efektivní fungování služeb pro osoby s duševním nemocněním v kraji je zásadní zapojení psychiatrických a psychologických ambulancí, praktických lékařů a psychiatrického oddělení.**
- **V neposlední řadě by měla být věnována velká pozornost prohlubování a kultivaci spolupráce mezi výše uvedenými zdravotnickými službami a komunitními sociálními službami.**
- **Jako optimální řešení většiny výše zmíněných potřeb se jeví vytvoření a následné efektivní fungování krajského koordinačního týmu.**

Seznam příloh

Příloha č. 1: Zápis ze skupinové diskuse na téma „Spolupráce mezi sociálními a zdravotními službami v Karlovarském kraji“ (v rámci péče o osoby s duševním onemocněním)

Příloha č. 2: Dotazníkové šetření mezi odborníky a uživateli služeb na téma spolupráce sociálních a zdravotních služeb v Karlovarském kraji

Příloha č. 3: Celkové shrnutí dotazníkového šetření: Průchodnost uživatelů péče mezi službami

Příloha č. 4: Vyplněné odpovědi dotazníkového šetření mezi odborníky na téma spolupráce sociálních a zdravotních služeb v Karlovarském kraji

Příloha č. 5: Vyplněné odpovědi dotazníkového šetření mezi uživateli služeb na téma spolupráce sociálních a zdravotních služeb v Karlovarském kraji

Příloha č. 1 Zprávy o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji

Zápis ze skupinové diskuze na téma
Spolupráce mezi sociálními a zdravotními službami v Karlovarském kraji
(v rámci péče o osoby s duševním onemocněním)

Úterý 26. června 2012, 15.00–17.00 hodin
Krajský úřad Karlovarského kraje
Budova C, místnost 215

Přítomni:
MUDr. Jiří Bartoš (psych. ambulance)
Bc. Jindřich Fencl, DiS. (KOTEC, o. s.)
MUDr. Václav Ferus (Psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov)
Jaroslav Hodboď (Fokus Mladá Boleslav – středisko Karlovy Vary)
Mgr. Petra Lhotáková (Joker o.s.)
Robert Pisár (Pomoc v nouzi, o.p.s.)
Richard Vodička (Světlo Kadaň)
Mgr. Petra Vodenková (KÚ KK, soc. odbor)
MSc. Magdaléna Scholzová, MBA (DOP–HC s.r.o.)
Sabina Hajná (DOP–HC s.r.o.)

Mgr. Barbora Wenigová, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví
Mgr. Pavla Šelepová, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

1. Seznam organizací – institucí, se kterými přítomní přicházejí při své práci s ODO do styku. Všechny tyto organizace, instituce i osoby vytváří síť péče o ODO.

- *Poskytovatelé sociálních služeb:* Joker Cheb, Rytmus Sokolov, Charita Cheb, Ubytovna u Karkulky Horní Slavkov, příhraniční spolupráce org. KARO, Útočiště Cheb, Člověk v tísni, Dům na půl cesty Nechanice; Diecézní charita Betlém, KOTEC, Pata Hazlov, Fokus KV, terapeutické komunity, domovy se zvláštním režimem, Armáda spásy, agentury domácí péče, pečovatelské služby, služby osobní asistence, Mateřídouška, DOZP
- *Poskytovatelé zdravotních služeb:* PO Nemocnice Ostrov, Nemocnice Karlovy Vary, LDN, OAT Karlovy Vary, psychiatrické léčebny, ambulantní psychiatři, praktičtí lékaři, psychologové, záchytná stanice
- *Úřady*: Obecní, městské a krajské úřady – odbor sociálních věcí (sociální kurátoři, úředníci OSPOD, opatrovníci) a odbor občanskoprávní agendy; úřad práce
- *Školy*: prevence, VOŠ Cheb, SOU Hestie
- Soudy
- Rodinní příslušníci, Paprsek
- Instand - vzdělávání
- Dobrovolníci
- Zdravotní pojišťovny
- Probační a mediační služba
- Policie
- Zdravotní záchranná služba
- Detašované pracoviště MPSV

1. Silné stránky spolupráce

- Větší města - širší spektrum služeb, i domácí péče (osobní asistence na periferiích je někdy problém)
- Sociální služby - nabídka alternativních řešení; díky IP - širší síť poskytovatelů
- Dobrá spolupráce v krizových situacích - Jsem rád, že krizové situace zvládáme v klidu, kulturně - zvyšuje se počet pacientů, snižuje se počet míst pro ně - přeplněnost. V krizi se dá domluvit
- Funguje dobře zacházení s krizovými situacemi
- Funguje dobře spolupráce s PO
- Předávání klientů s potřebou dlouhodobé sociální práce - sociální pracovníci obcí
- Funguje předávání pacientů do služeb - vždy se nějaká najde
- Zkušenost s indikacemi dobrá, přestupy mezi službami, informovanost klientů
- Spolupráce s úřady - informace, pomoc
- Ochota ke spolupráci mezi jednotlivými službami a jejich snaha nabídnout klientovi veškeré pro něj potřebné typy činností
- Spolupráce založená na osobních vztazích
- Spolupráce s úřady práce, se sociálními odbory v zájmu klientů
- Začínající spolupráce s dalšími poskytovateli - vícestranná podpora klientům
- Volné městské byty - šance na bydlení, díky změnám v myšlení a díky agentuře pro sociální začleňování v Sokolově
- Zlepšení příjímání klientů pobytových služeb okolím
- Spolupráce s policií v zimě - vlna solidarity s bezdomovci
- Většinou možnost jít oběma směry, rozhodující je indikace
- Návaznost péče (osoby s demencí) funguje, nejlépe ve větších městech, kde existují služby
- Spolupráce s dobrovolnickými organizacemi

2. Slabé stránky spolupráce

- Řešení krizových stavů - nevíme, kam zavolat - v současnosti řeší policie - ochotně, ale neodborně
- Více služeb pro lidi s MR, málo pro ODO
- Stárnutí populace - změna skladby ordinací, gerontopsychiatrie
- Dlouhé čekací doby u psychiatrů, přeplněnost
- Chybí síť psychiatrů
- Odchod pacientů do PL Dobřany - mimo území kraje - stigma
- Nedostupnost kvalitních psychologů (Cheb)
- Špatná spolupráce s rodinou - špatná komunikace, nedostatečná edukace
- Není AT ambulance, metadonový program
- Do pobytových služeb se dostávají klienti s diagnózou, která neumožňuje soužití - nesmíme požadovat dokumentaci (legislativa)
- Zacházení s pacienty v nemocnicích – stigma; odmítání klientů
- Absence služeb pro násilníky
- Úřady práce - dávkový systém, neochota úřednic
- Absence služeb kurátorů v rodinách - nástup OSPOD - děti do ústavní péče - rodiče plodí další potomky
- Negativní zkušenosti s vyváděním klientů z ústavů
- Neznalost sociálních pracovníků obcí ve věci možností a spektra poskytovatelů v jejich správních územích i v rámci kraje; neznalost a neinformovanost o možnostech a typech sociálních služeb mezi jednotlivými poskytovateli
- Výrazný rozdíl v dostupnosti mezi městem a venkovem
- Nespravedlnost při posuzování duševních onemocnění pro dávky určené osobám se zdravotním postižením
- Obtížná spolupráce s praktickými lékaři při indikování domácí péče
- Někdy do spolupráce zasahují požadavky regulace zdravotních pojišťoven
- Lokální předsudky
- Indikace (+ i -)
- Přeplněné služby, domácí násilí (kam se obrátit?)
- DD, komorbidita - problém

- Finance - zrušení spolupráce se službou, která má určitou kvalifikaci
- Nedostupnost Aš - KV
- Legislativa - rozdělení zdravotních a sociálních služeb
- Při tendenci „zbavit se klienta“ se klient dostává se do služby, kterou neunáší
- Odmítání klientů z důvodů kapacitních; z důvodů špatné zkušenosti s klientem, neochoty
- Chybí (nejen) terénní sociální služby na periferiích, na vesnicích

Příloha č. 2 Zprávy o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji

Dotazník o spolupráci sociálních a zdravotních (i ostatních) služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje (dotazník pro odborníky)

Toto šetření probíhá v rámci projektu „Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“, jehož realizátorem je Karlovarský kraj a dodavatelem aktivit je Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Cílem projektu je vytvoření základů efektivní sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje, podpora přesunu péče zejména ze zdravotnických ústavních zařízení do přirozeného prostředí těchto osob (tzv. komunitní péče) a posílení rozvoje potřebných sociálních služeb.

Prosíme Vás o vyplnění krátkého dotazníku, který má za cíl ověřit a zpřesnit informace z diskusního setkání odborníků, které se uskutečnilo na konci června 2012. Tvrzení se týkají práce s osobami s duševním onemocněním. Informace poslouží k vytváření základů efektivní a spolupracující sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním.

Stejně jako Vy, vyplní tento dotazník několik desítek lidí. Dotazník je anonymní (nikde nemusíte uvádět své jméno) a bude hromadně zpracován.

Prosíme, u každého tvrzení zaškrtněte jednu odpověď. Pokud byste chtěli některou informaci dovysvětlit, učiňte tak na místě vyhrazeném pod dotazníkem. V závěru prosím odpovězte na dvě krátké otázky.

	Naprosto souhlasím	Souhlasím	Ani souhlas, ani nesouhlas	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
1. Ve větších městech kraje je širší spektrum služeb a lepší návaznost péče než ve vesnicích.					
2. Pacienta v krizovém stavu není kam poslat.					
3. Chybí síť ambulantních psychiatrů a psychologů.					
4. Je výrazný rozdíl dostupnosti služeb mezi městem a venkovem.					
5. Do spolupráce služeb zasahují regulace a požadavky zdravotních pojišťoven.					
6. Spolupráce s psychiatrickým oddělením funguje výborně.					
7. Spolupráce s úřady je dobrá.					
8. Pracovníci obcí nemají přehled o možnostech a spektru poskytovatelů v kraji.					
9. Spolupráce služeb je často omezena z důvodu finančních prostředků.					

	Naprosto souhlasím	Souhlasím	Ani souhlas, ani nesouhlas	Nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
10. Mezi jednotlivými službami je ochota spolupracovat.					
11. V krizových situacích se lze domluvit.					
12. Pacienti přeložení do lůžkového zařízení mimo území kraje (např. v PL Dobřany) jsou tímto krokem stigmatizováni.					
13. Funguje jen spolupráce založená na osobních vztazích.					
14. Komunikace s rodinami pacientů je dobrá, jelikož jsou dostatečně edukovaní.					
15. Chybí především terénní sociální služby v málo osídlených oblastech kraje.					
16. Pracovníci na úřadech jsou ochotní.					
17. Roste nabídka poskytovatelů péče a přibývá různých možností, jak problémy osob s duševním onemocněním řešit.					
18. Funguje předávání pacientů mezi službami.					
19. Policie má odborné znalosti v řešení krizových stavů.					
20. Policie pomáhá v případě krize ochotně.					

Prostor pro rozšíření odpovědí:
Co, podle Vás, brání vzniku nových ambulancí psychiatrů a psychologů?
Co by podle Vás nejvíce přispělo k vytvoření dobře spolupracující sítě služeb?

evropský sociální fond v ČR EVROPSKÁ UNIE OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST KARLOVARSKÝ KRAJ PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST www.esfcr.cz

Průchodnost uživatelů péče mezi službami na území Karlovarského kraje

Vyhodnocení spolupráce sociálních a zdravotních služeb prostřednictvím dotazníkového šetření mezi uživateli služeb

Říjen 2012/ Dodavatel: PROTEQ, s.r.o. / Horova 36, 500 02 Hradec Králové

Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním
na území Karlovarského kraje

Studie byla zpracována v rámci Individuálního projektu
Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje.

Projekt je financován z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR

Charakteristiky výzkumu a respondentů

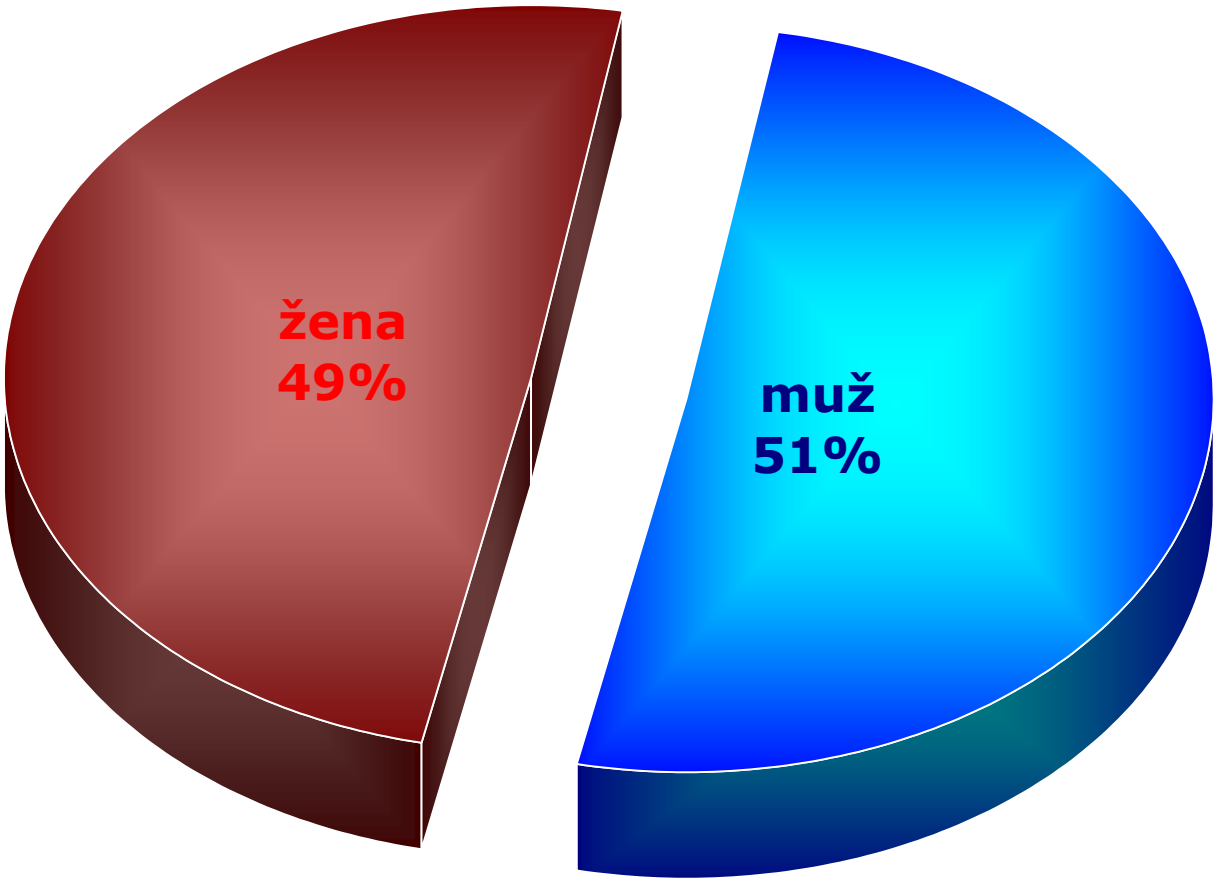
Charakteristiky studie

- **Zadavatel: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví**
- **Data**
  - Dotazník pro ošetřujícího lékaře a výpis z dokumentace
  - údaje za 73 pacientů a jejich 872 návštěv v roce 2011 v psychiatrických zařízeních Karlovarského kraje
- **Metody:** Statistický popis pacientů a jejich návštěv zařazených do studie, srovnání skupin pacientů, vzájemné závislosti sledovaných charakteristik, hledání významných rozdílů mezi souborem pacientů, kteří během roku 2011 byli hospitalizováni, a těch, kteří docházeli pouze ambulantně

Popis vzorku – charakteristiky pacientů

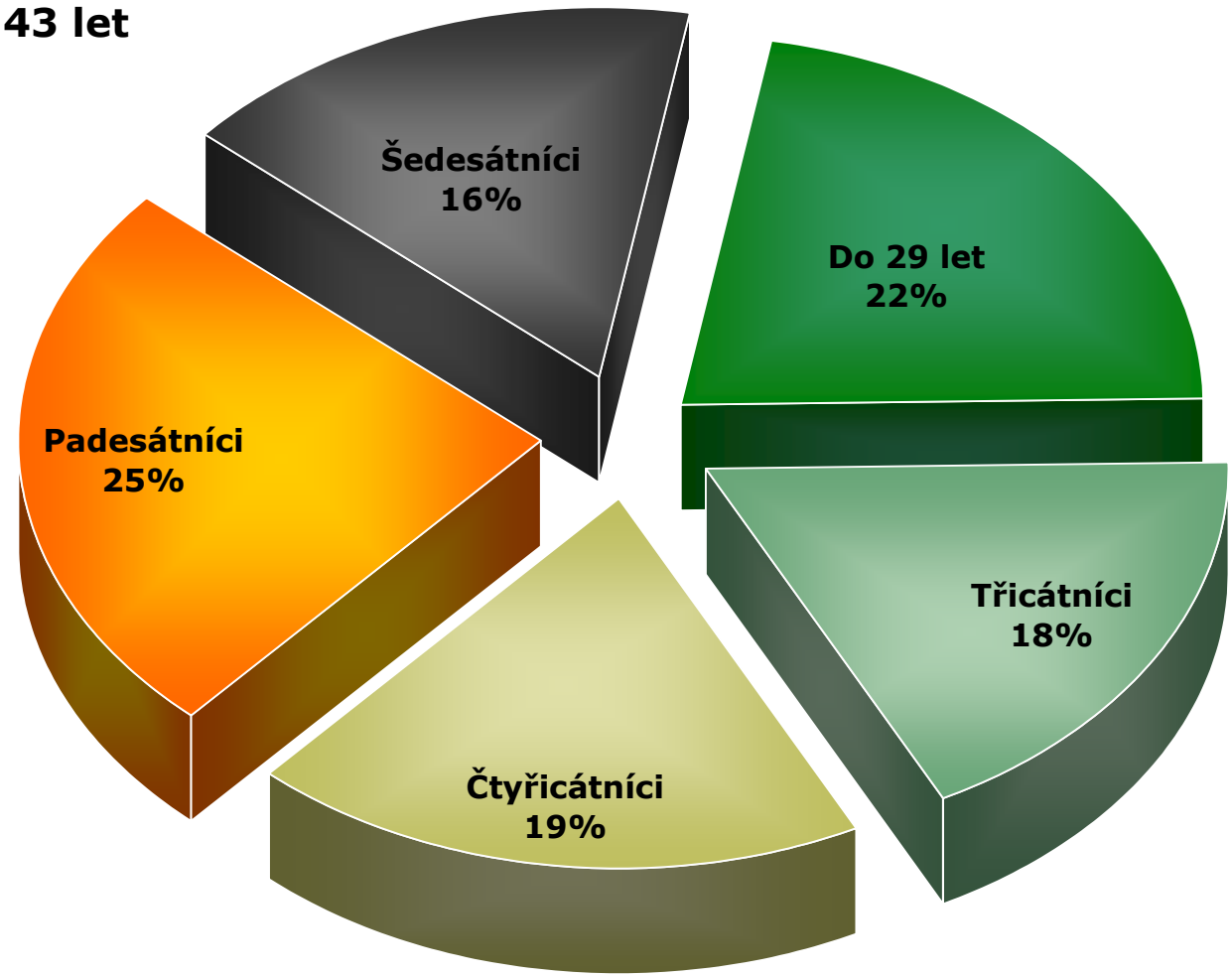
- Do studie bylo zařazeno celkem 73 pacientů a jejich 872 návštěv v psychiatrických zařízeních a ordinacích.
- Na jednoho pacienta v průměru připadá téměř 12 návštěv a pohybuje se od jedné zaznamenané návštěvy za rok do 48 návštěv v jednom roce.
- Z těchto 73 pacientů byl
  - cca stejný podíl mužů a žen,
  - průměrný věk pacientů 43 let (rovnoměrné rozložení do věkových skupin,
  - cca 2/3 pacientů byly během roku 2011 hospitalizovány,
  - ¾ pacientů pocházejí z okresu Karlovy Vary, pětina z okresu Sokolov, zbytek z okresu Cheb,
  - 2/5 pacientů s diagnózou F20, 12 % s dg. F25, u 2 pacientů došlo ke změně diagnózy během studie.

Pohlaví
– vyrovnaný podíl mužů a žen

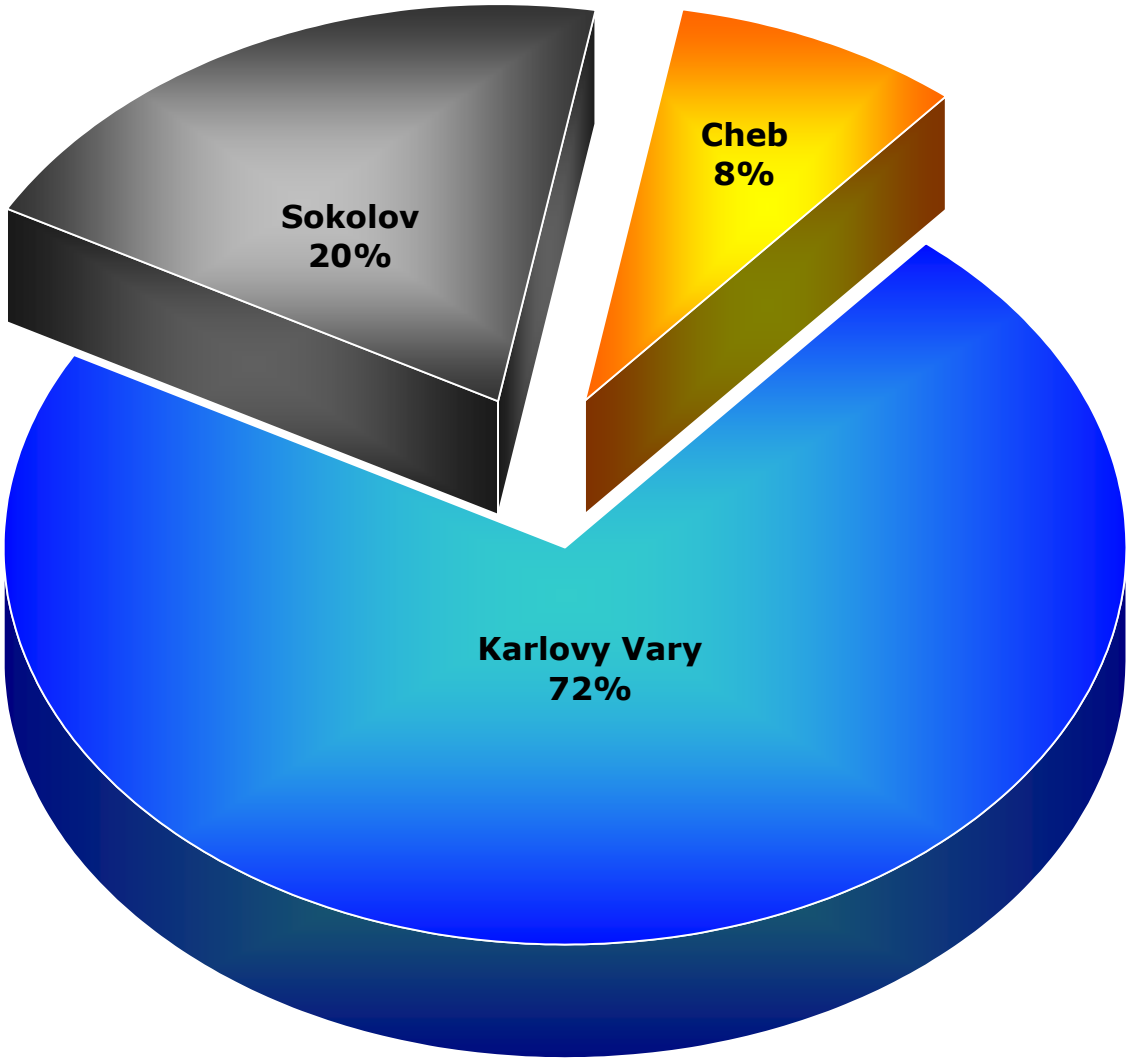


Věk
– vyrovnané věkové skupiny

Ø 43 let

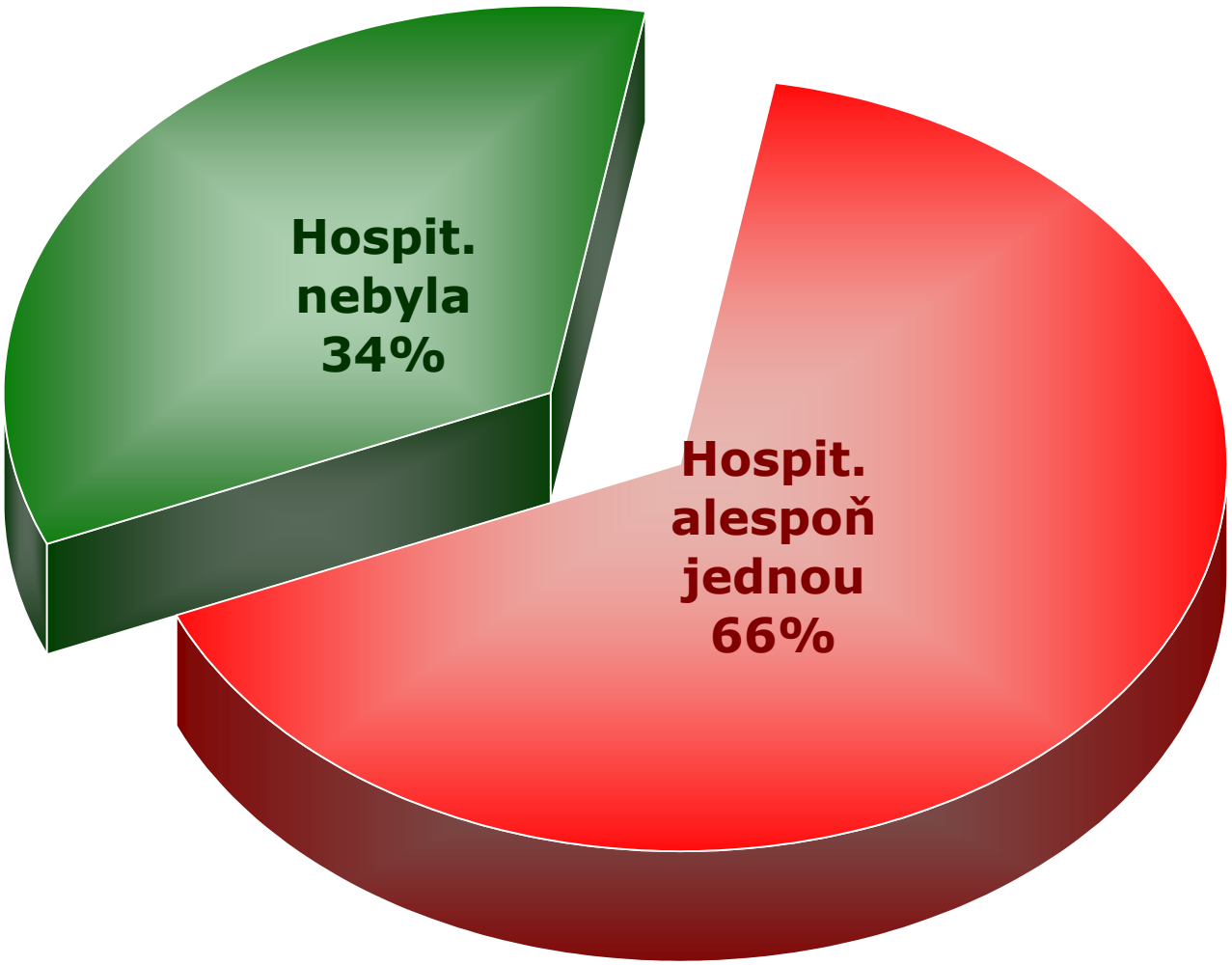


Okres
– převaha pacientů z Karlovarského kraje

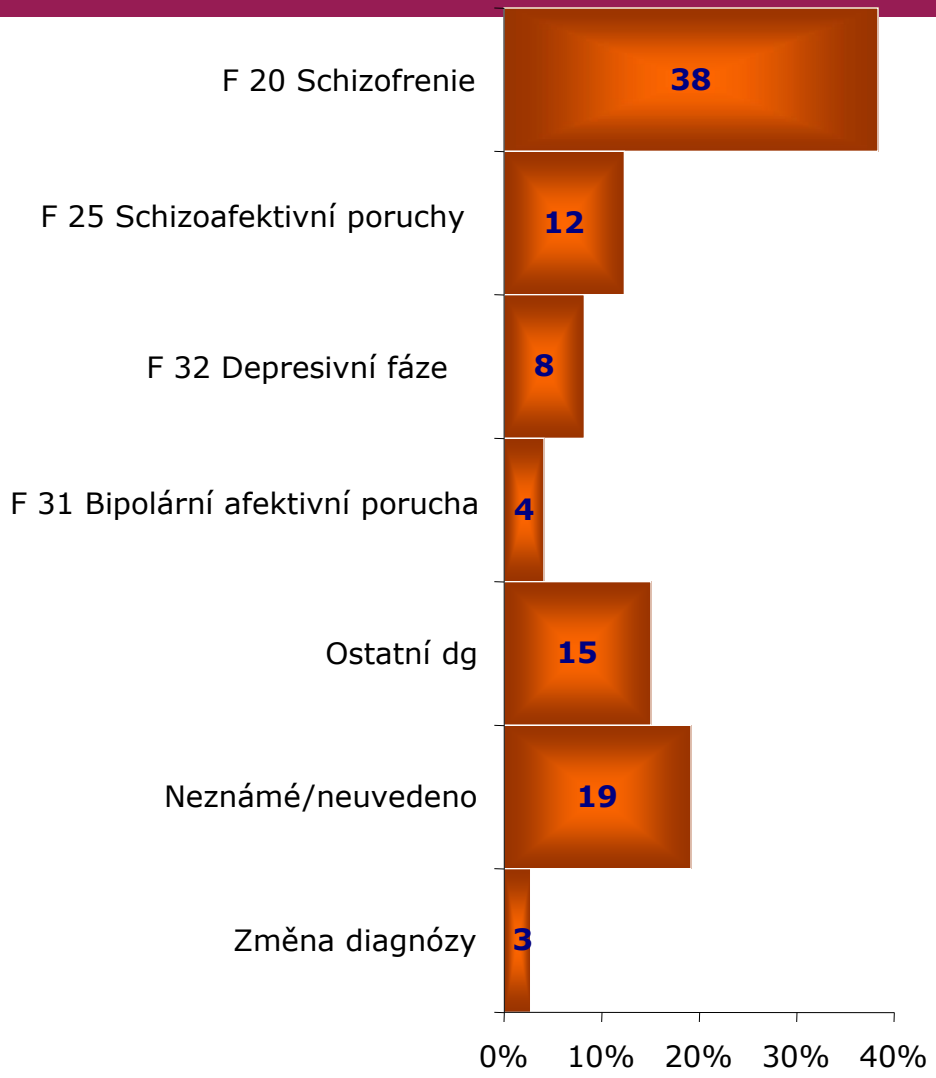


Průchodnost uživatelů péče mezi službami na území Karlovarského kraje *2011 sběr dat, 2012 zpracování*

Hospitalizace
–2/3 pacientů alespoň jednou na PO nebo v PL



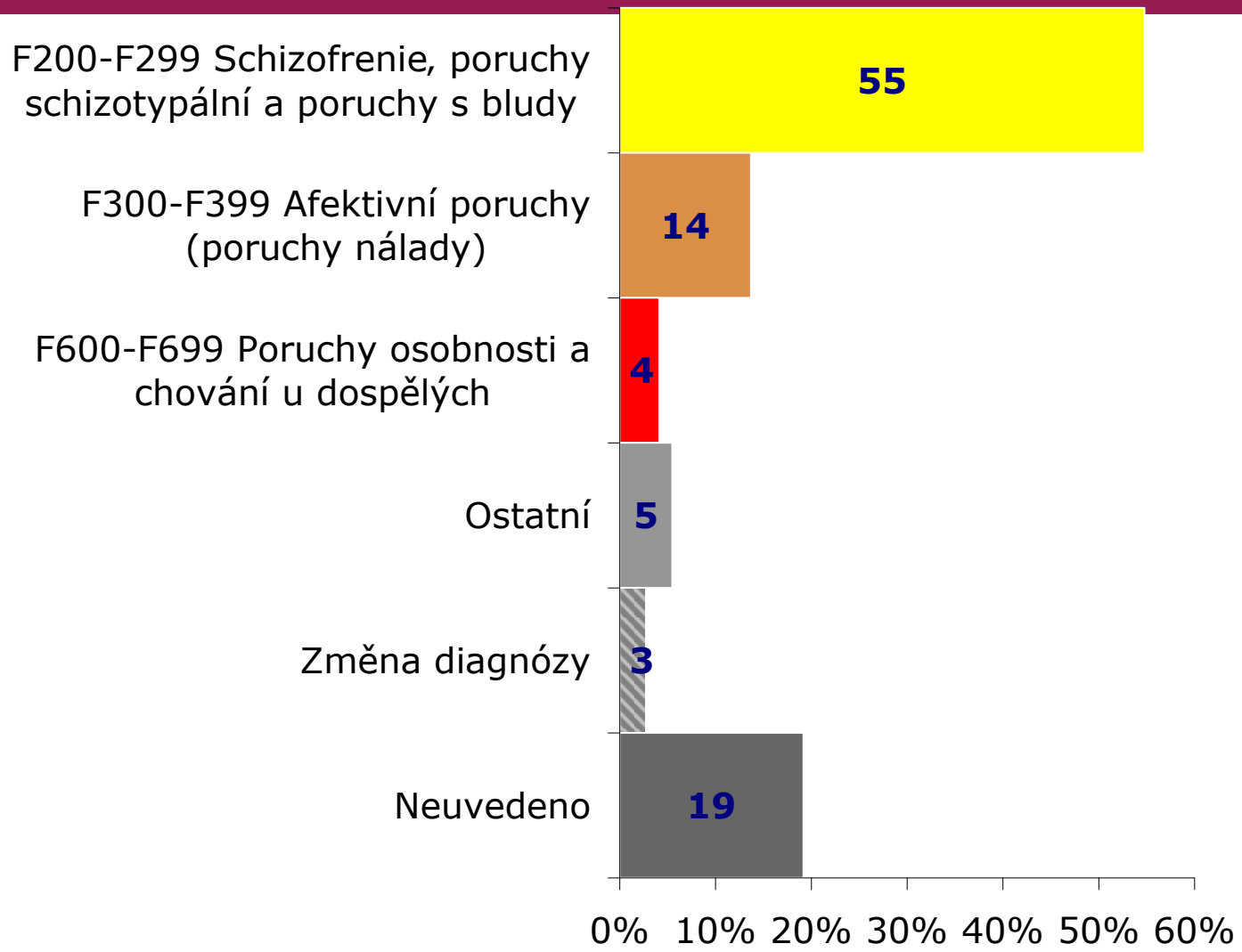
Diagnóza
– 38% F20, 12% F25, 8% F32



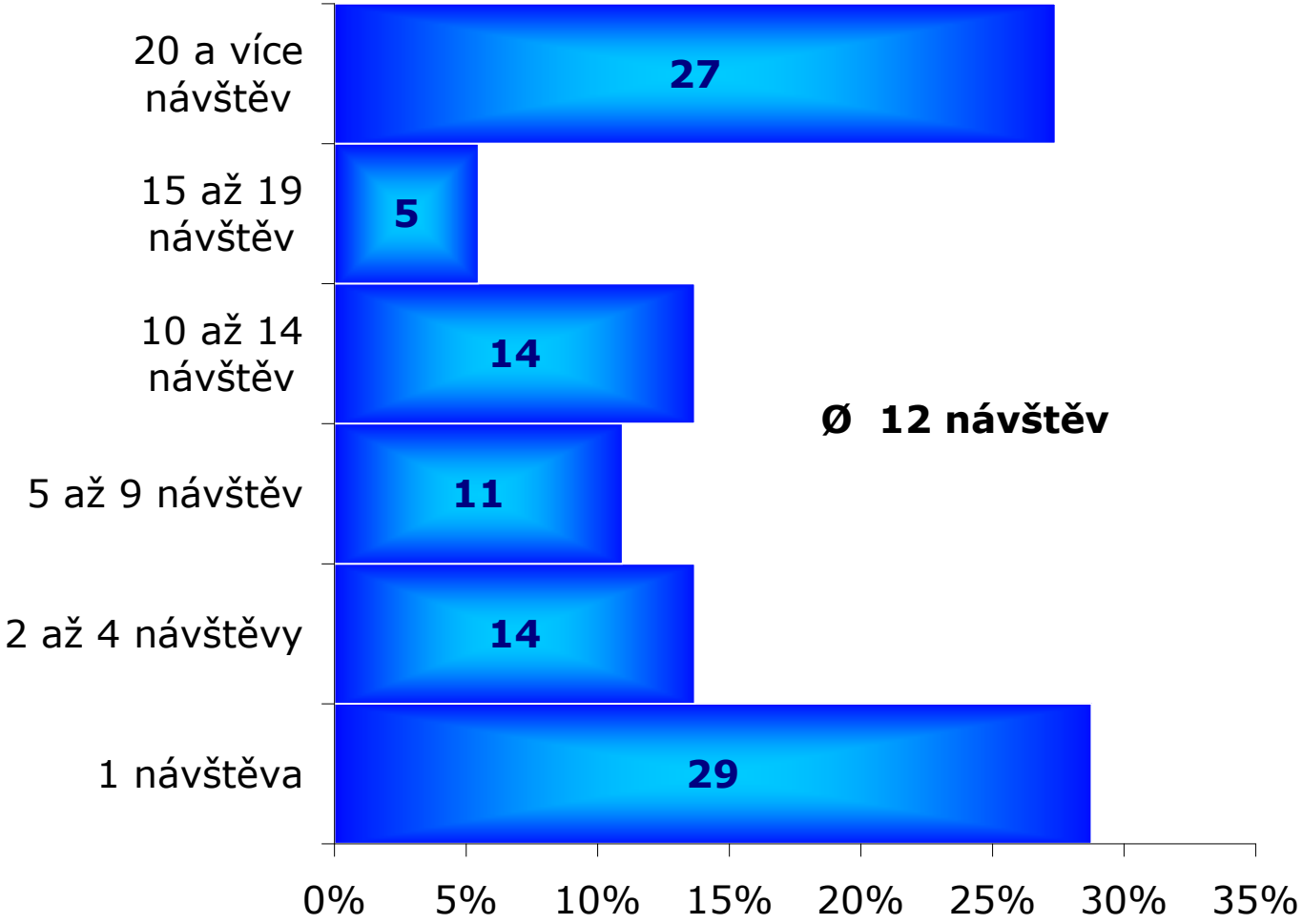
Skupiny diagnóz - vysvětlivky

0	F000–F099 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
1	F100–F199 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
2	F200–F299 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
3	F300–F399 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
4	F400–F489 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
5	F500–F599 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
6	F600–F699 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
7	F700–F799 Mentální retardace
8	F800–F899 Poruchy psychického vývoje
9	F900–F989 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

Diagnóza


F200-F299 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
55
F300-F399 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
14
F600-F699 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
4
Ostatní
5
Změna diagnózy
3
Neuvedeno
19
0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%

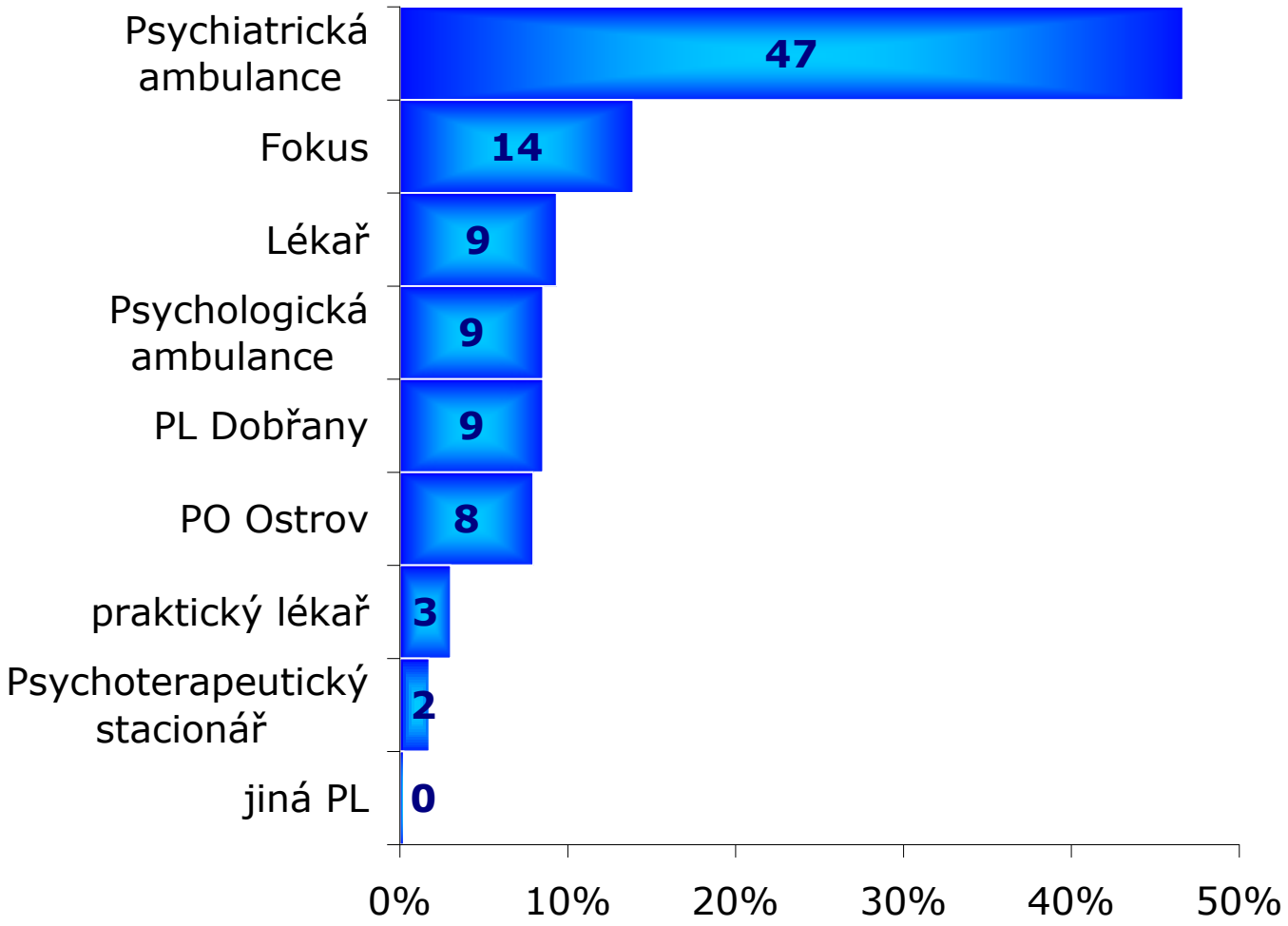
Počet návštěv
–třetina velmi často a třetina pouze jednou



Hlavní zjištění
– vzájemné souvislosti charakteristik pacientů

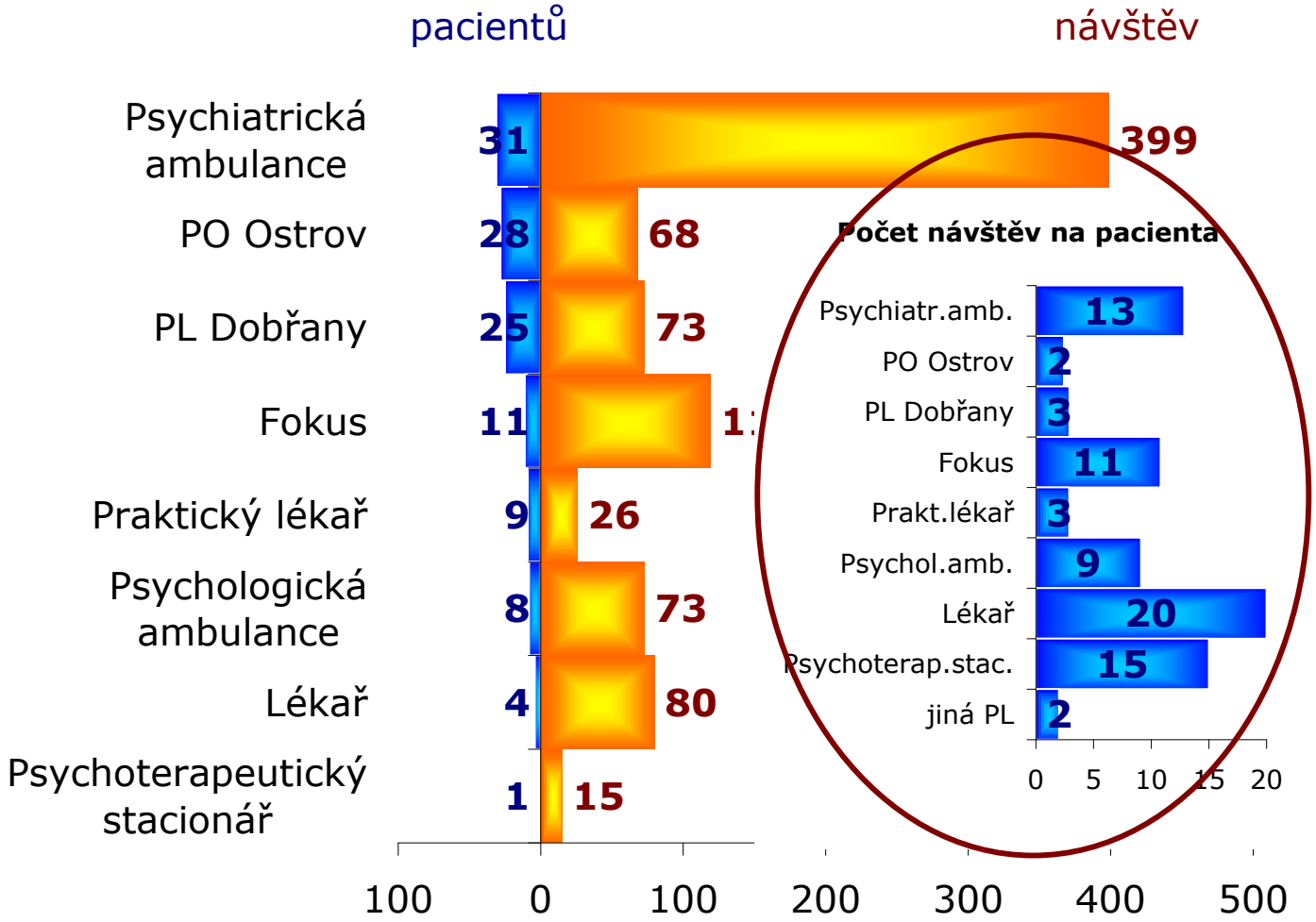
- 100% pacientů s diagnózou F 42 pochází z okresu Cheb.
- Mezi pacienty čtyřicátníky je významně více mužů než mezi pacienty jiných věkových skupin.
- Ženy jsou více, než je obvyklé, zastoupeny mezi pacienty, kteří psychiatrická pracoviště navštěvují častěji.
- Významně velký podíl mladých pacientů pochází z okresu Cheb.
- Diagnózy jsou významně korelovány s věkem a frekvencí návštěv
- Věk je významně vyšší u pacientů s diagnózou F31.
- Oba pacienti se změnou diagnózy vykazují vyšší frekvenci návštěv, než je běžné.

Analýza návštěvnosti
- téměř polovina všech návštěv byla zaznamenána v psychiatrických ambulancích

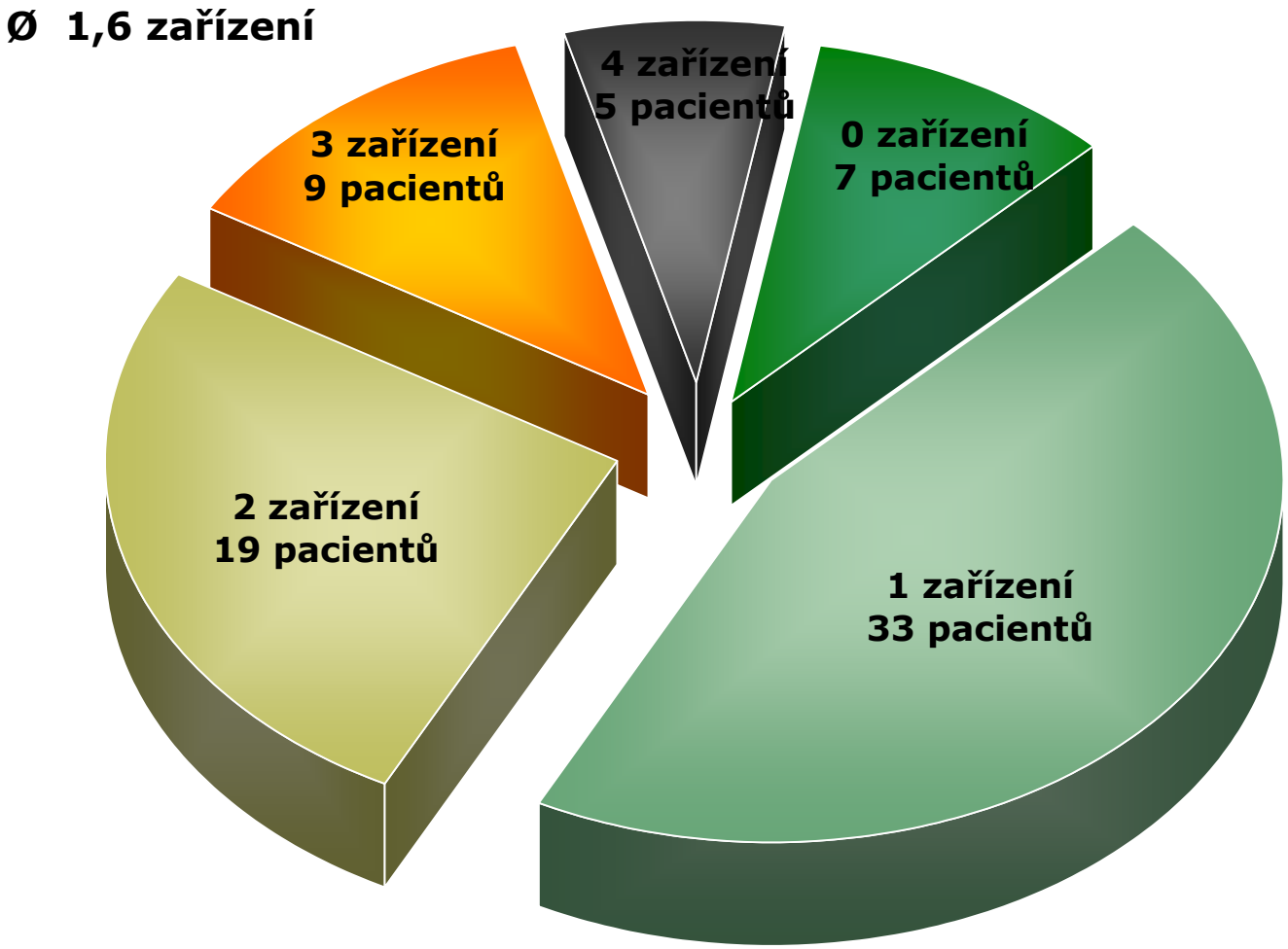


Průchodnost uživatelů péče mezi službami na území Karlovarského kraje *2011 sběr dat, 2012 zpracování*

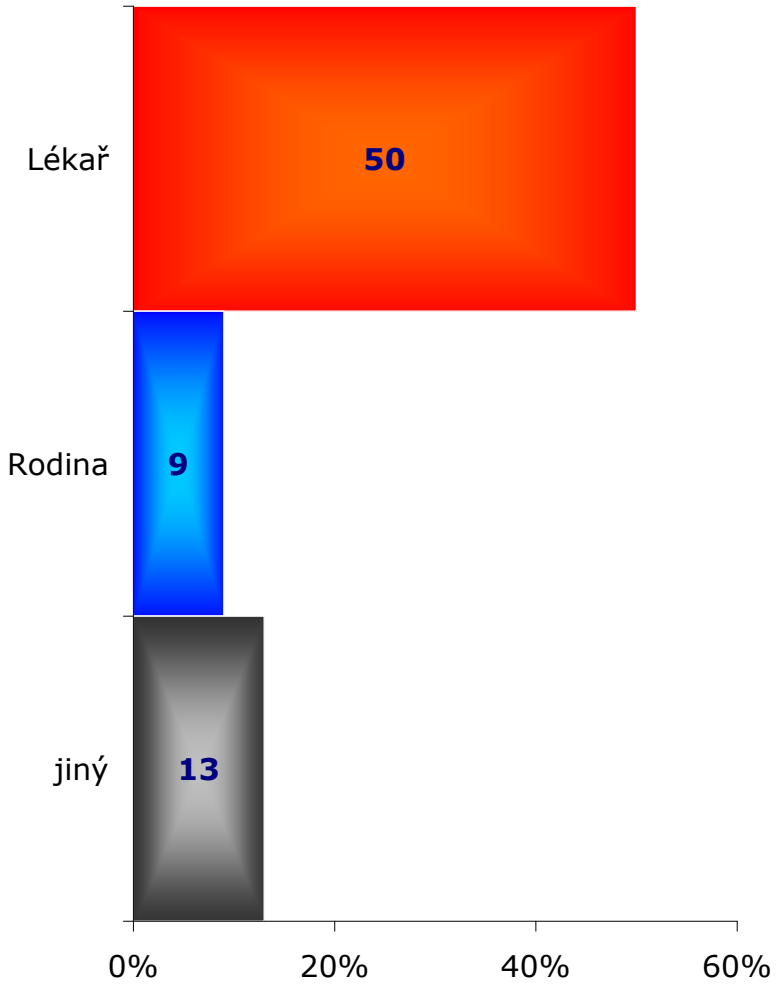
Analýza návštěvnosti
- zařízení se výrazně liší podle počtu návštěv, které za rok připadají na jednoho pacienta

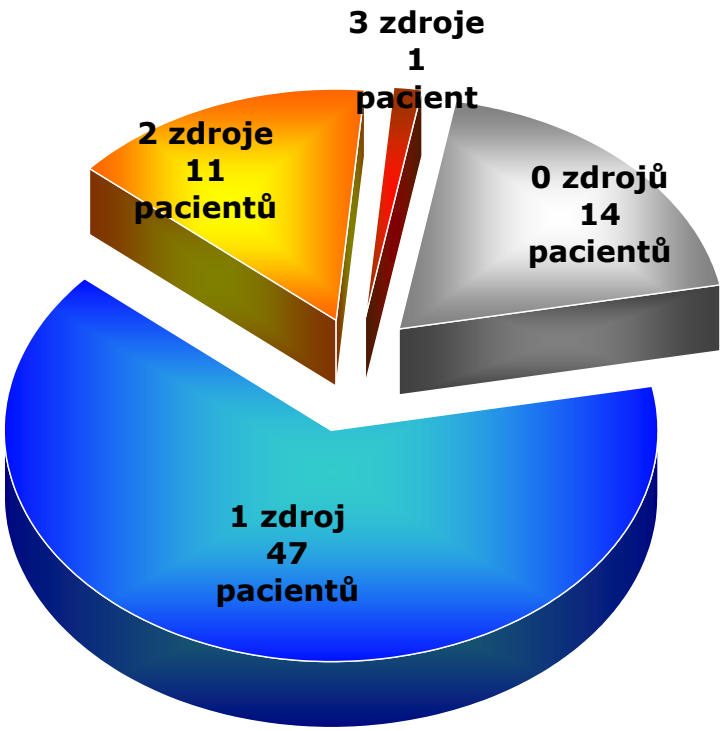


Analýza návštěvnosti
- většina pacientů navštívila v roce 2011 více než jedno zařízení

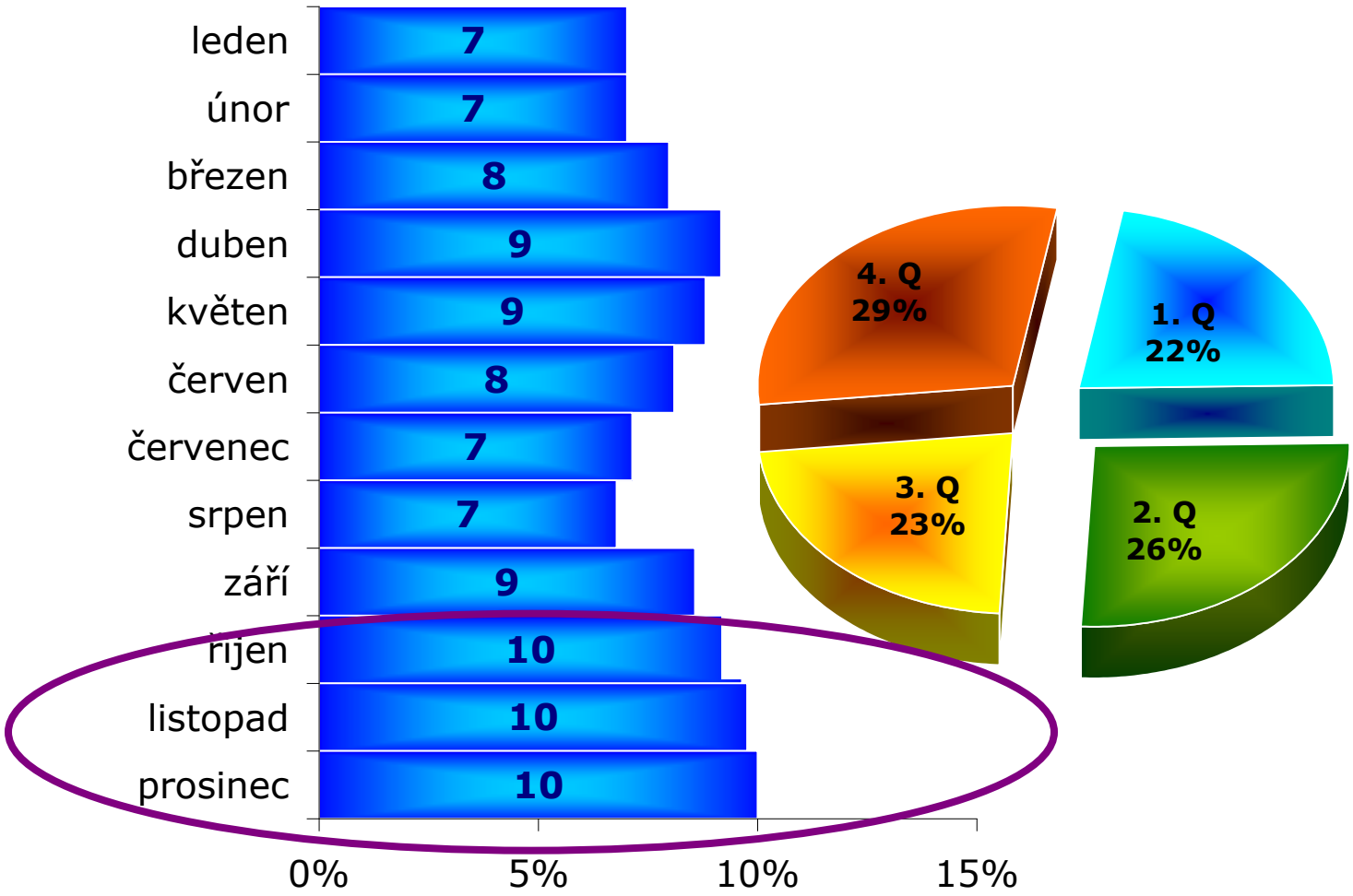


Původ pacienta
- naprostá většina pacientů přichází k psychiatrovi od lékaře
u většiny pacientů se jedná o jediný zdroj





Analýza sezónnosti
- návštěvy pacientů jsou mírně častější v podzimních a jarních měsících



Pacienti a jejich návštěvy v zařízeních

- Většina pacientů navštěvuje psychiatrickou ambulanci (PA) jednou měsíčně nebo častěji. Pokud jsou z PA převedeni do zařízení typu Fokus (F), docházejí cca 1x týdně.
- Návštěvy praktického lékaře (PL) jsou na těchto návštěvách nezávislé a odehrávají se ve svém vlastním pravidelném rytmu (tj. nedochází k přechodu pacienta od PL do PA, ale k paralelnímu navštěvování obou typů zařízení).
- Hospitalizace jsou více či méně pravidelné. Hospitalizace jsou rovněž nad rámec pravidelného rytmu a odehrávají se spíše paralelně k návštěvám PA.
- I docházení do zařízení typu Fokus bývá na návštěvách PA nezávislé a probíhá paralelně s vlastní frekvencí.

Pacienti a jejich návštěvy v zařízeních

- Diagnózy se mění málo, a když, tak pouze podle zařízení (tj. když je pacient veden ve dvou a více zařízeních, může tam být veden s odlišnou diagnózou).
- Hospitalizaci doporučuje lékař, do ostatních typů zařízení se pacienti dostávají z doporučení širšího spektra osob.
- U hospitalizace nelze vysledovat zřetelnou souvislost se žádnou ze sledovaných charakteristik.
- Hospitalizace vykazuje poměrně výraznou sezónnost (vrcholy v dubnu a květnu a v listopadu a prosinci).
- Bylo by dobré apriori rozlišovat chronické pacienty a pacienty s jednou náhlou příhodou vyžadující zásah. Jedná se zjevně o dvě naprosto odlišné skupiny osob a diagnóza toto rozlišení neřeší.
- Návštěvy zařízení typu Fokus jsou obecně výrazně častější než návštěvy PA nebo PL.

Dodavatel

Proteq, spol. s r.o.
Horova 36
500 02 Hradec Králové
info@proteq.cz

Příloha č. 4

Zprávy o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji

Dotazník o spolupráci sociálních a zdravotních (i ostatních) služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje.

Obsah

1 Základní údaje **3**

2 Náhled dotazníku **4**

3 Statistika respondentů **10**

4 Přehled odpovědí **11**

1. Ve větších městech kraje je širší spektrum služeb a lepší návaznost péče než ve vesnicích. 11
2. Pacienta v krizovém stavu je kam poslat. 11
3. Chybí síť ambulantních psychiatrů a psychologů. 12
4. Je výrazný rozdíl dostupnosti služeb mezi městem a venkovem. 12
5. Do spolupráce služeb zasahují regulace a požadavky zdravotních pojišťoven. 13
6. Spolupráce s psychiatrickým oddělením funguje výborně. 13
7. Spolupráce s úřady je dobrá. 13
8. Pracovníci obcí mají přehled o dostupných službách. 14
9. Spolupráce služeb je často omezena z důvodu finančních prostředků. 15
10. Mezi jednotlivými službami je ochota spolupracovat. 15
11. V krizových situacích se lze domluvit. 16
12. Pacienti přeložení do lůžkového zařízení mimo území kraje (např. v PL Dobřany) jsou tímto krokem stigmatizováni. 16
13. Funguje jen spolupráce založená na osobních vztazích. 17
14. Komunikace s rodinami pacientů je dobrá, jelikož jsou dostatečně edukovaní. 17
15. Chybí především terénní sociální služby v málo osídlených oblastech kraje. 18
16. Pracovníci na úřadech jsou ochotní. 18
17. Roste nabídka poskytovatelů péče a přibývá různých možností, jak problémy osob s duševním onemocněním řešit. 19
18. Funguje předávání pacientů mezi službami. 19
19. Policie má odborné znalosti v řešení krizových stavů. 20
20. Policie pomáhá v případě krize ochotně. 20
21. Co, podle Vás, brání vzniku nových ambulancí psychiatrů a psychologů? 21
22. Co by podle Vás nejvíce přispělo k vytvoření dobře spolupracující sítě služeb? 22

1 Základní údaje

Název výzkumu	Dotazník o spolupráci sociálních a zdravotních (i ostatních) služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje.
Veřejná adresa dotazníku	http://www.survio.com/survey/F4X7K5W9T5V4H5C8D
Zahájení výzkumu	01. 08. 012 00:00
Ukončení výzkumu	
Popis	

2 Náhled dotazníku

Dotazník o spolupráci sociálních a zdravotních (i ostatních) služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje.

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku.

1. Ve větších městech kraje je širší spektrum služeb a lepší návaznost péče než ve vesnicích.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

2. Pacienta v krizovém stavu je kam poslat.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

3. Chybí síť ambulantních psychiatrů a psychologů.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

4. Je výrazný rozdíl dostupnosti služeb mezi městem a venkovem.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

5. Do spolupráce služeb zasahují regulace a požadavky zdravotních pojišťoven.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

6. Spolupráce s psychiatrickým oddělením funguje výborně.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

7. Spolupráce s úřady je dobrá.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

8. Pracovníci obcí mají přehled o dostupných službách.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

9. Spolupráce služeb je často omezena z důvodu finančních prostředků.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

10. Mezi jednotlivými službami je ochota spolupracovat.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

11. V krizových situacích se lze domluvit.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

12. Pacienti přeložení do lůžkového zařízení mimo území kraje (např. v PL Dobřany) jsou tímto krokem stigmatizováni.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

13. Funguje jen spolupráce založená na osobních vztazích.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

14. Komunikace s rodinami pacientů je dobrá, jelikož jsou dostatečně edukovaní.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

15. Chybí především terénní sociální služby v málo osídlených oblastech kraje.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

16. Pracovníci na úřadech jsou ochotní.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

17. Roste nabídka poskytovatelů péče a přibývá různých možností, jak problémy osob s duševním onemocněním řešit.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

18. Funguje předávání pacientů mezi službami.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

19. Policie má odborné znalosti v řešení krizových stavů.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

20. Policie pomáhá v případě krize ochotně.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

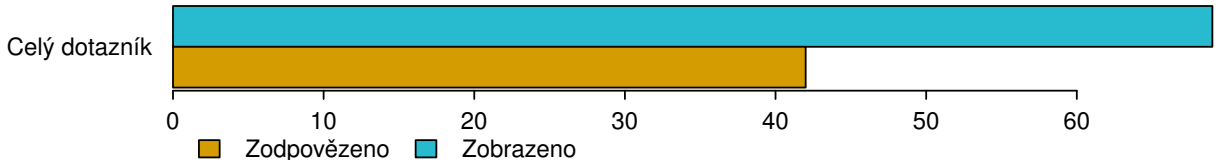
21. Co, podle Vás, brání vzniku nových ambulancí psychiatrů a psychologů?

22. Co by podle Vás nejvíce přispělo k vytvoření dobře spolupracující sítě služeb?

Děkujeme za Vaše odpovědi a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

3 Statistika respondentů

Arch	Zobrazeno	Zodpovězeno	Zodpovězeno %
Celý dotazník	69	42	60,87

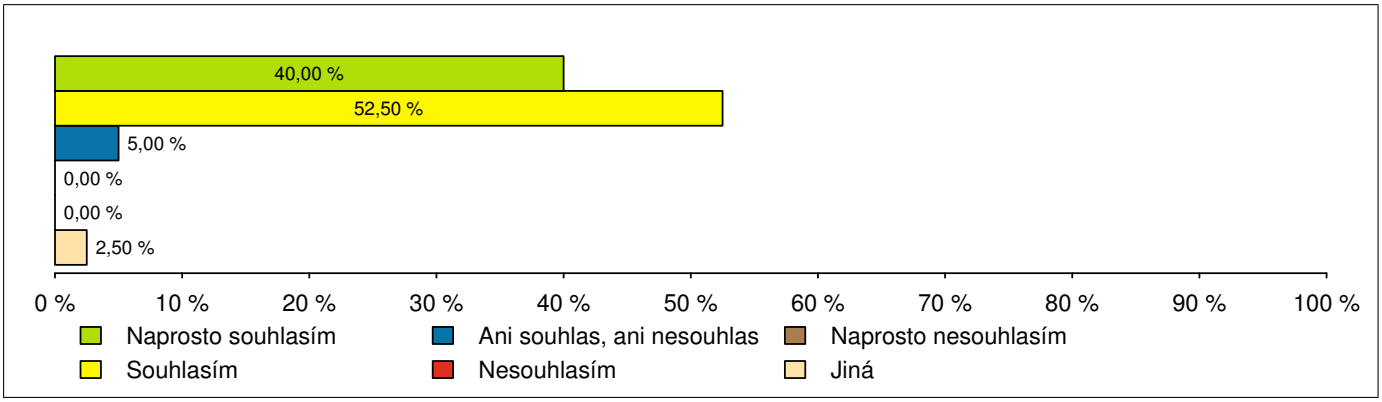


4 Přehled odpovědí

1. Ve větších městech kraje je širší spektrum služeb a lepší návaznost péče než ve vesnicích.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	16	40,00 %
Souhlasím	21	52,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	2	5,00 %
Nesouhlasím	0	0,00 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	1	2,50 %

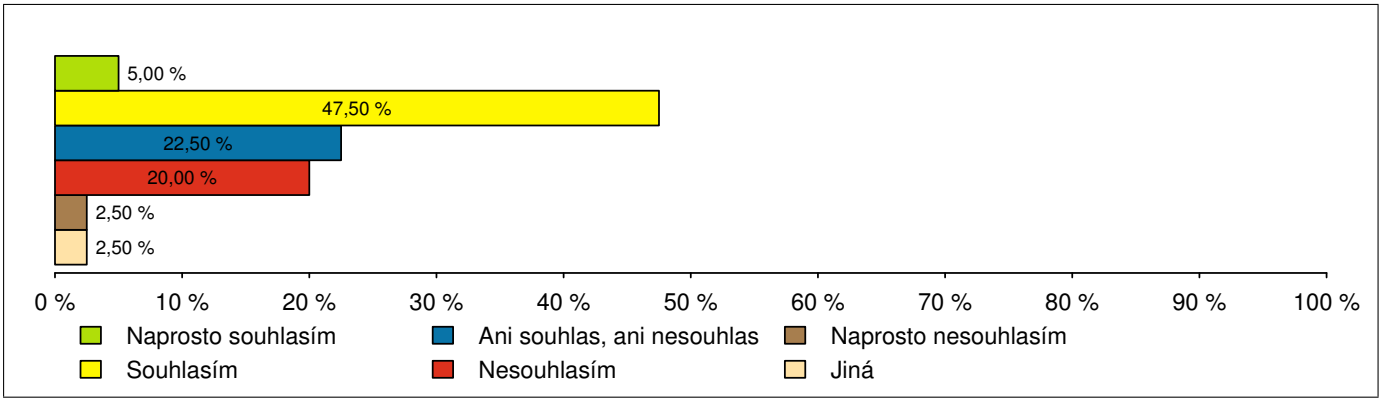


- to je logické

2. Pacienta v krizovém stavu je kam poslat.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	2	5,00 %
Souhlasím	19	47,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	9	22,50 %
Nesouhlasím	8	20,00 %
Naprosto nesouhlasím	1	2,50 %
Jiná	1	2,50 %

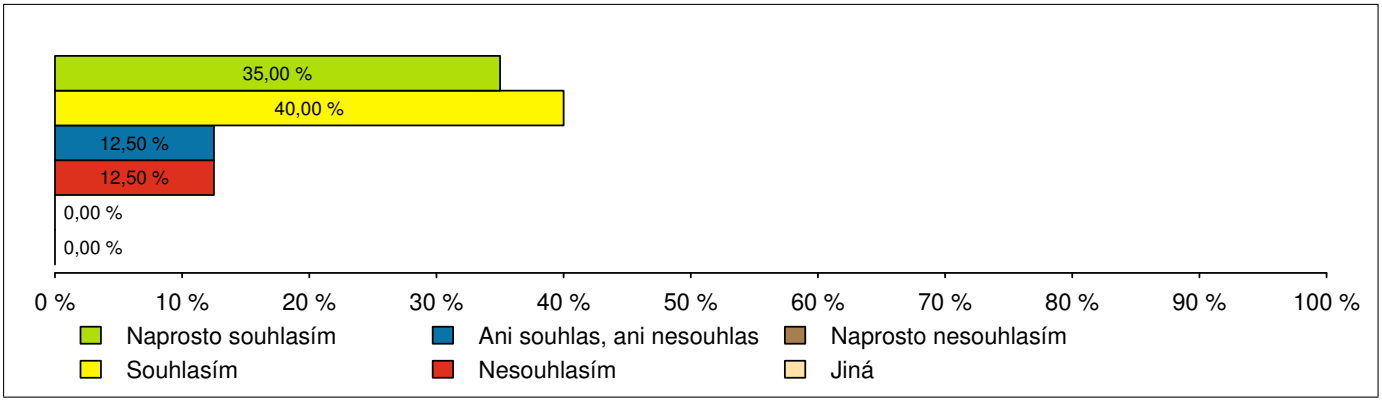


- jak kdy

3. Chybí síť ambulantních psychiatrů a psychologů.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

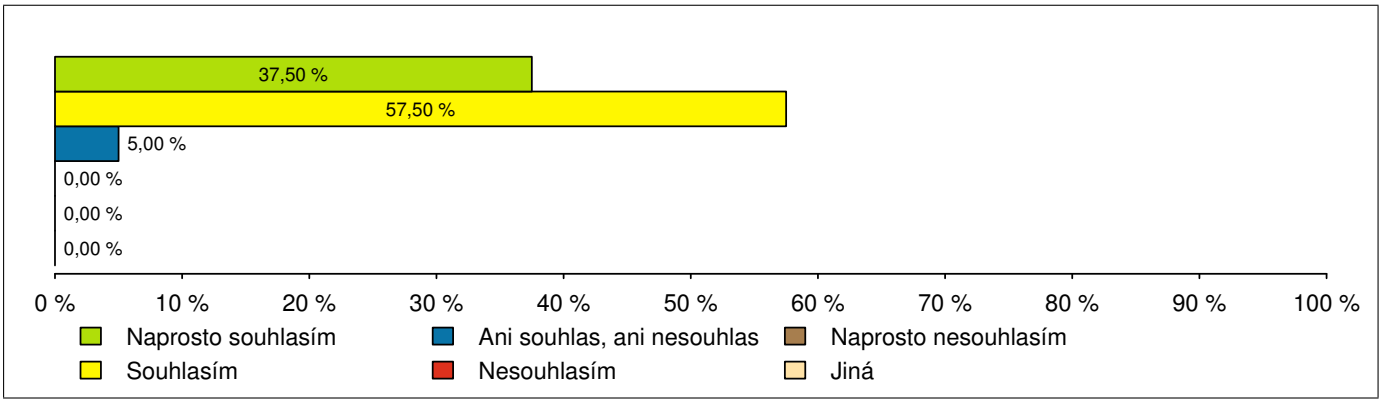
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	14	35,00 %
Souhlasím	16	40,00 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	5	12,50 %
Nesouhlasím	5	12,50 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	0	0,00 %



4. Je výrazný rozdíl dostupnosti služeb mezi městem a venkovem.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

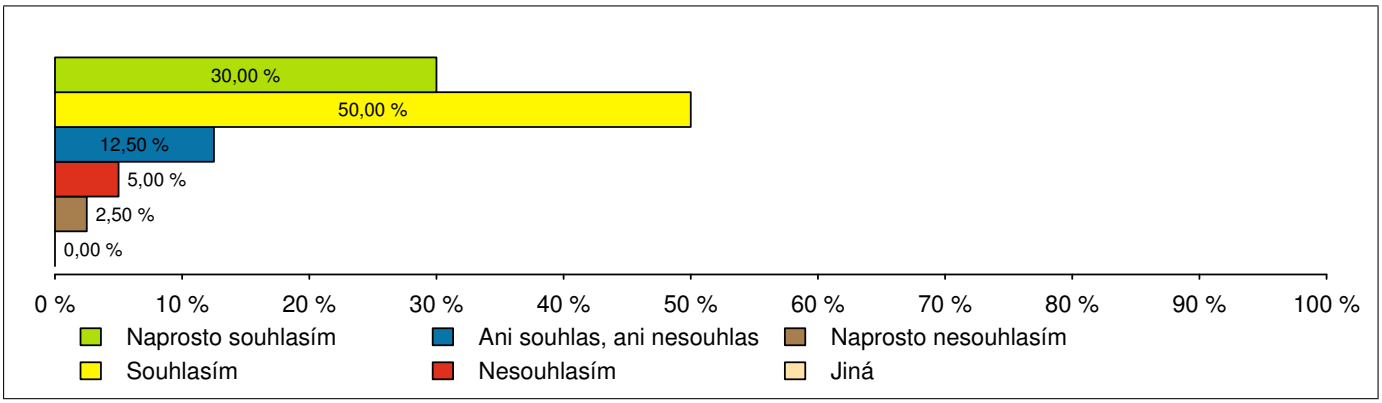
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	15	37,50 %
Souhlasím	23	57,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	2	5,00 %
Nesouhlasím	0	0,00 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	0	0,00 %



5. Do spolupráce služeb zasahují regulace a požadavky zdravotních pojišťoven.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

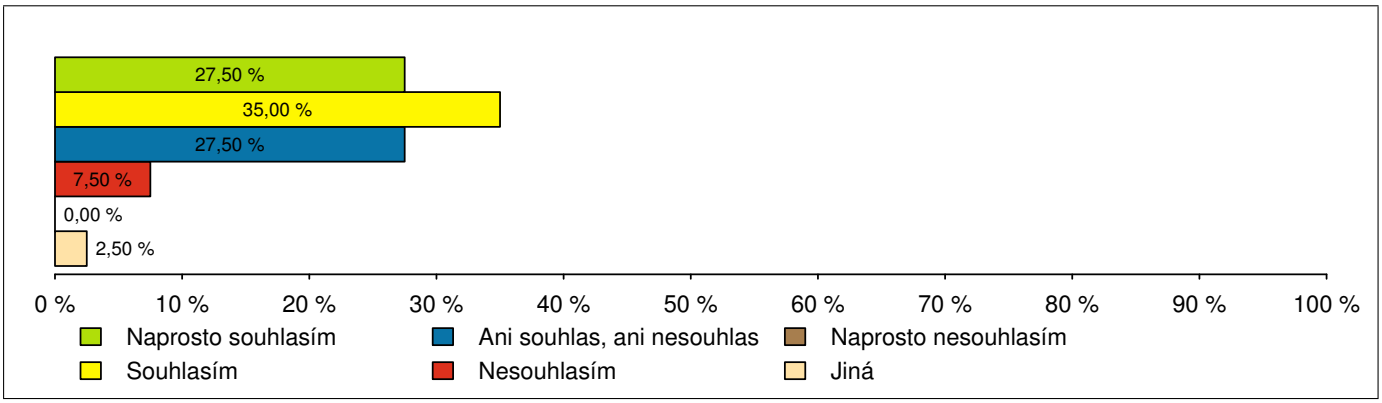
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	12	30,00 %
Souhlasím	20	50,00 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	5	12,50 %
Nesouhlasím	2	5,00 %
Naprosto nesouhlasím	1	2,50 %
Jiná	0	0,00 %



6. Spolupráce s psychiatrickým oddělením funguje výborně.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	11	27,50 %
Souhlasím	14	35,00 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	11	27,50 %
Nesouhlasím	3	7,50 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	1	2,50 %

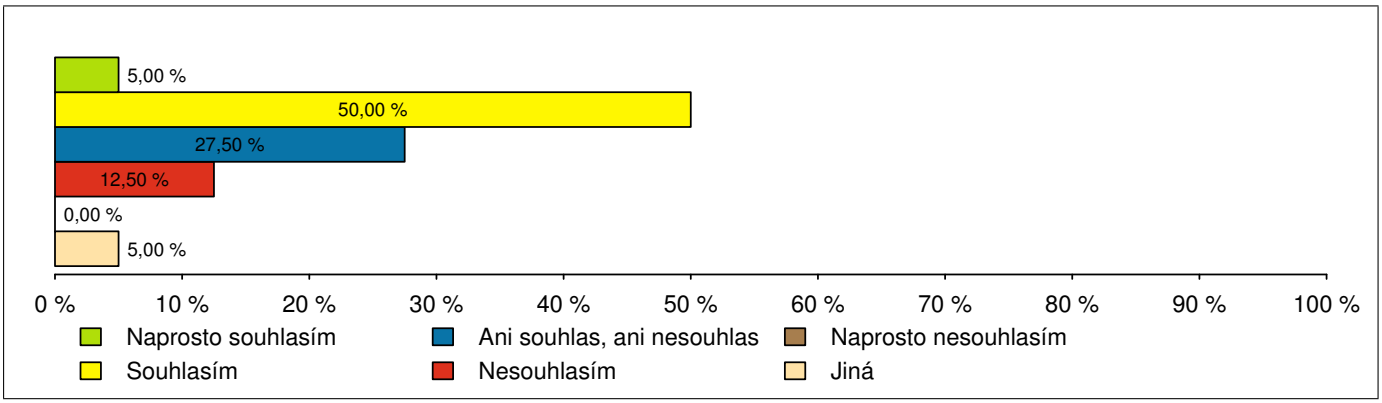


- jak kdy

7. Spolupráce s úřady je dobrá.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	2	5,00 %
Souhlasím	20	50,00 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	11	27,50 %
Nesouhlasím	5	12,50 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	2	5,00 %

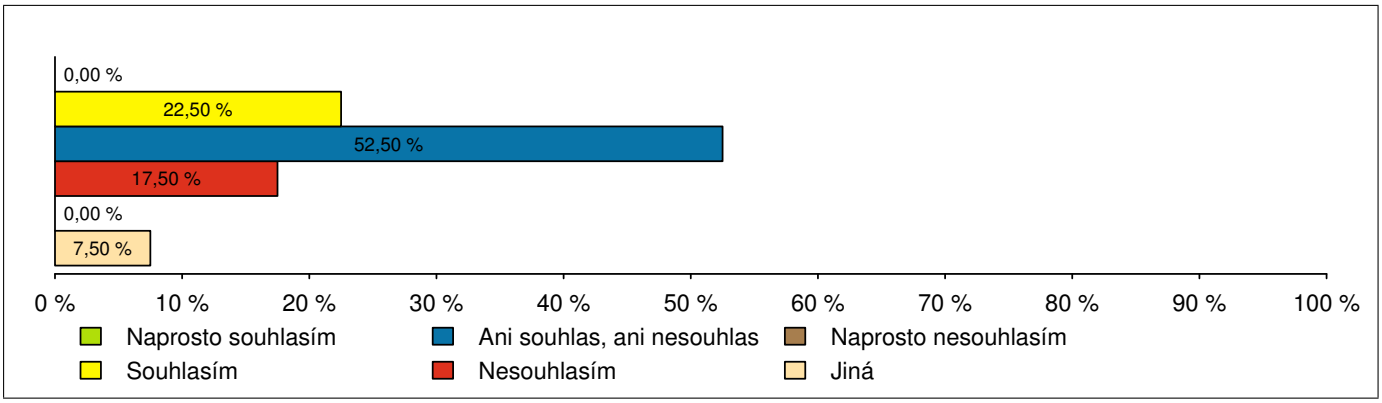


- spíše souhlasím
- záleží na konkrétní osobě - úředníkovi.

8. Pracovníci obcí mají přehled o dostupných službách.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	0	0,00 %
Souhlasím	9	22,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	21	52,50 %
Nesouhlasím	7	17,50 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	3	7,50 %

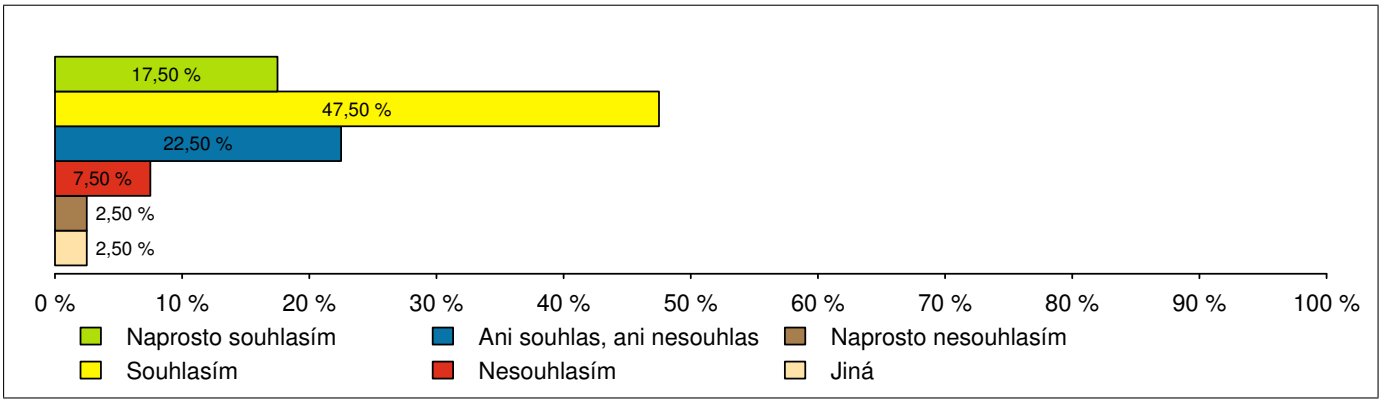


- spíše nevím
- moc ne
- nevím

9. Spolupráce služeb je často omezena z důvodu finančních prostředků.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	7	17,50 %
Souhlasím	19	47,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	9	22,50 %
Nesouhlasím	3	7,50 %
Naprosto nesouhlasím	1	2,50 %
Jiná	1	2,50 %

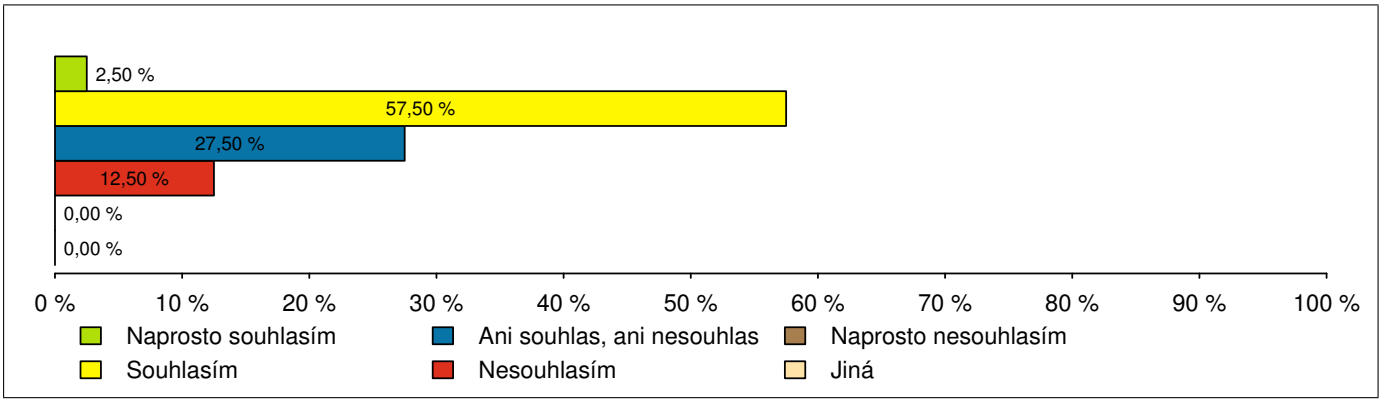


- nevím

10. Mezi jednotlivými službami je ochota spolupracovat.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

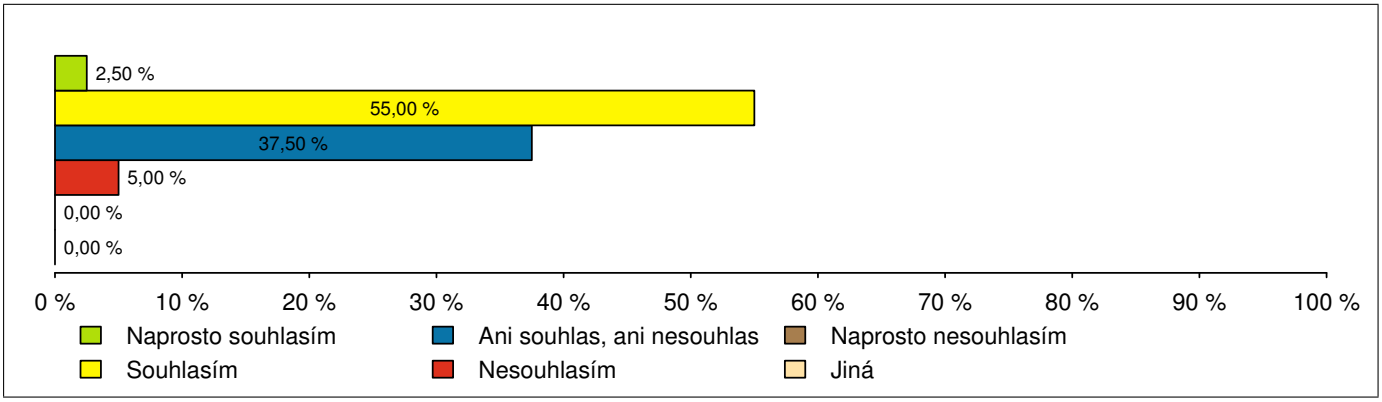
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	1	2,50 %
Souhlasím	23	57,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	11	27,50 %
Nesouhlasím	5	12,50 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	0	0,00 %



11. V krizových situacích se lze domluvit.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

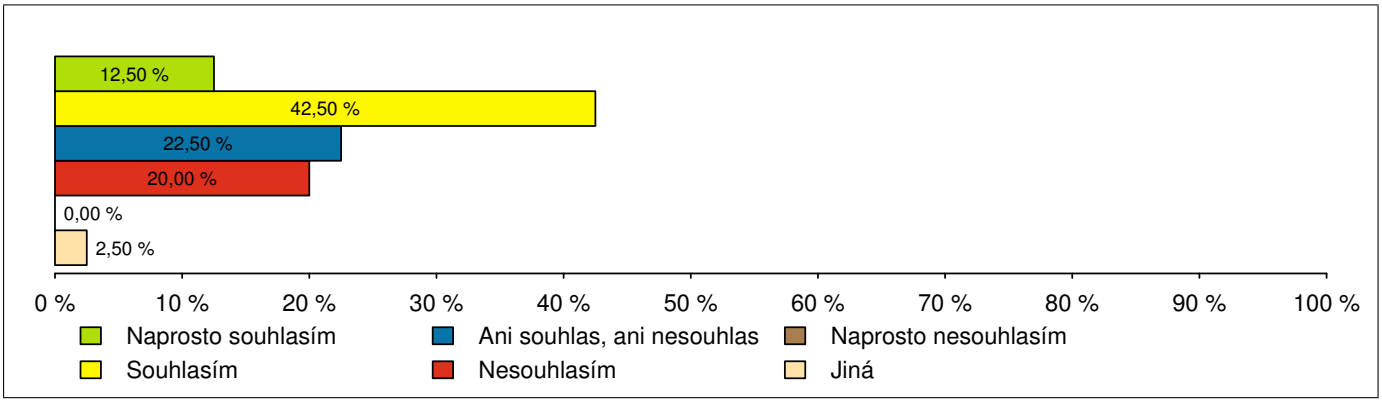
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	1	2,50 %
Souhlasím	22	55,00 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	15	37,50 %
Nesouhlasím	2	5,00 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	0	0,00 %



12. Pacienti přeložení do lůžkového zařízení mimo území kraje (např. v PL Dobřany) jsou tímto krokem stigmatizováni.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	5	12,50 %
Souhlasím	17	42,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	9	22,50 %
Nesouhlasím	8	20,00 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	1	2,50 %

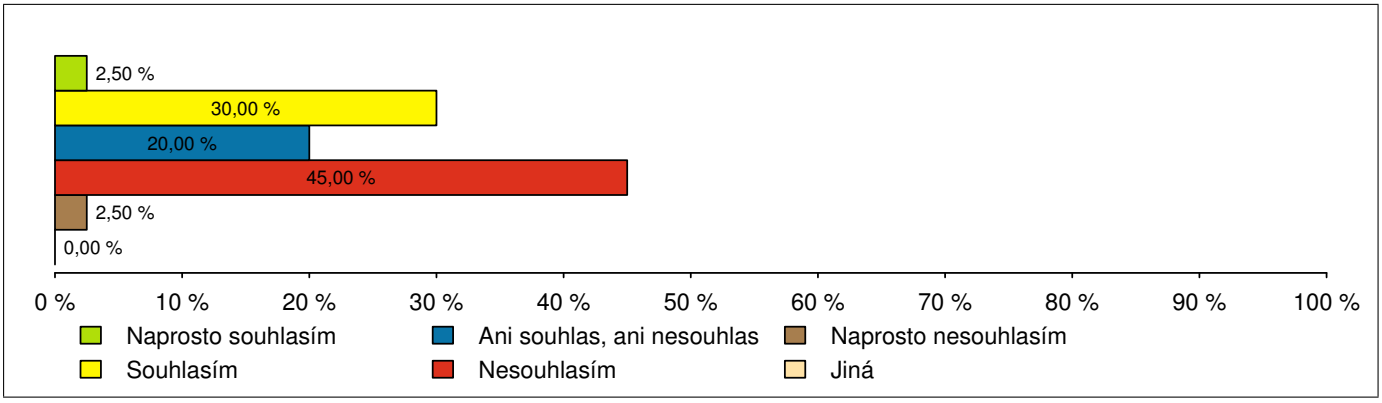


- jak kdo

13. Funguje jen spolupráce založená na osobních vztazích.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

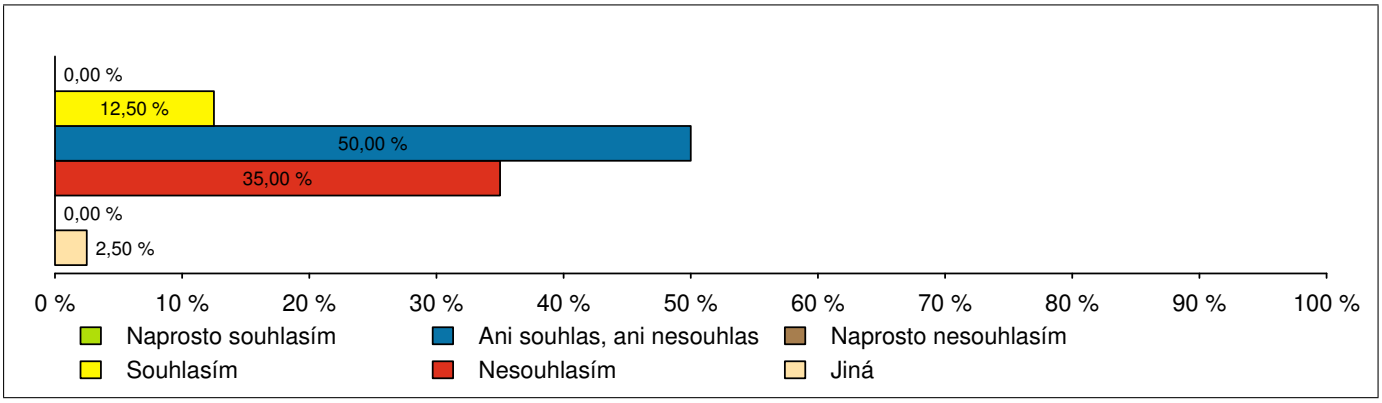
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	1	2,50 %
Souhlasím	12	30,00 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	8	20,00 %
Nesouhlasím	18	45,00 %
Naprosto nesouhlasím	1	2,50 %
Jiná	0	0,00 %



14. Komunikace s rodinami pacientů je dobrá, jelikož jsou dostatečně edukovaní.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	0	0,00 %
Souhlasím	5	12,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	20	50,00 %
Nesouhlasím	14	35,00 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	1	2,50 %

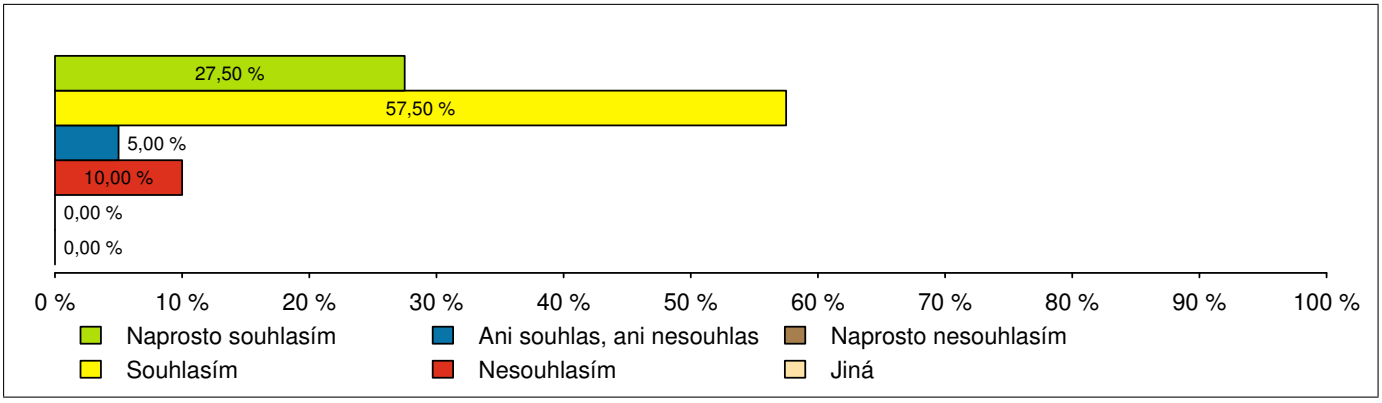


- ne vždy

15. Chybí především terénní sociální služby v málo osídlených oblastech kraje.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

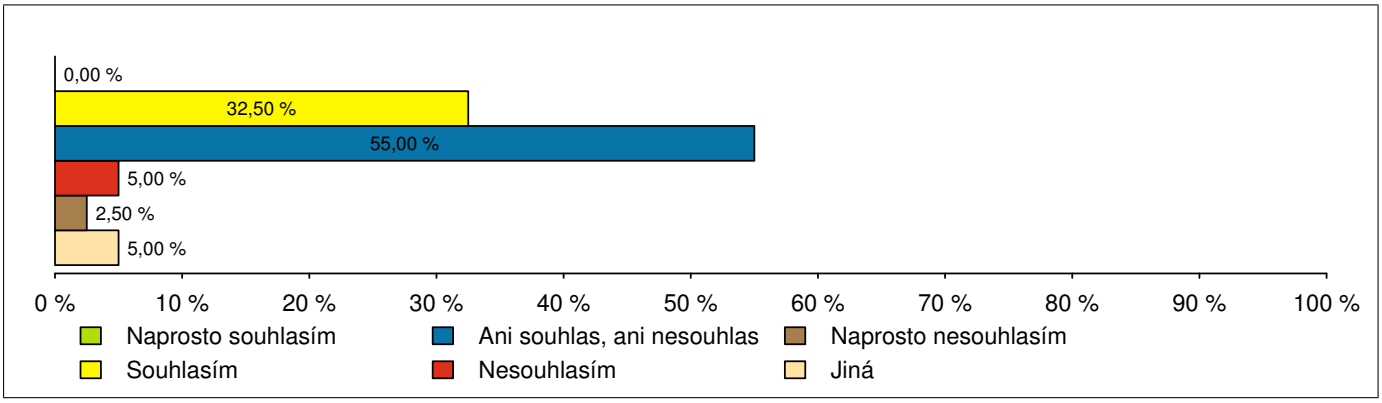
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	11	27,50 %
Souhlasím	23	57,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	2	5,00 %
Nesouhlasím	4	10,00 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	0	0,00 %



16. Pracovníci na úřadech jsou ochotní.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	0	0,00 %
Souhlasím	13	32,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	22	55,00 %
Nesouhlasím	2	5,00 %
Naprosto nesouhlasím	1	2,50 %
Jiná	2	5,00 %

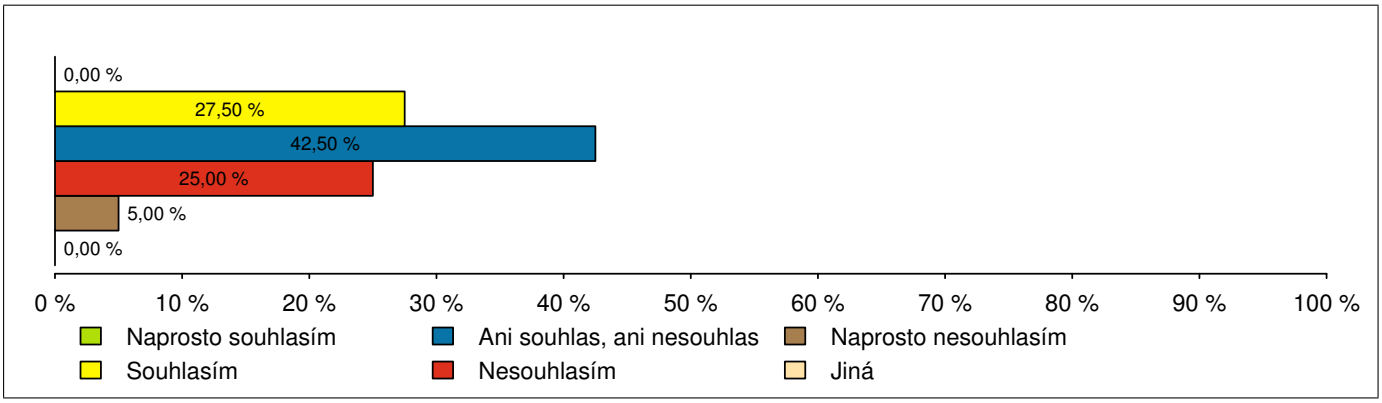


- jak kdo
- nevím posoudit

17. Roste nabídka poskytovatelů péče a přibývá různých možností, jak problémy osob s duševním onemocněním řešit.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

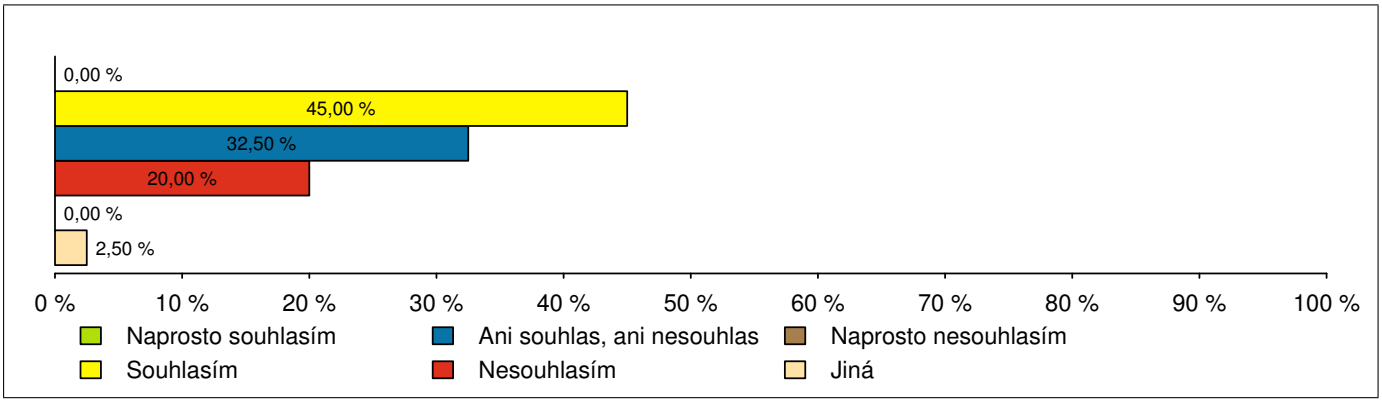
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	0	0,00 %
Souhlasím	11	27,50 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	17	42,50 %
Nesouhlasím	10	25,00 %
Naprosto nesouhlasím	2	5,00 %
Jiná	0	0,00 %



18. Funguje předávání pacientů mezi službami.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	0	0,00 %
Souhlasím	18	45,00 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	13	32,50 %
Nesouhlasím	8	20,00 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	1	2,50 %

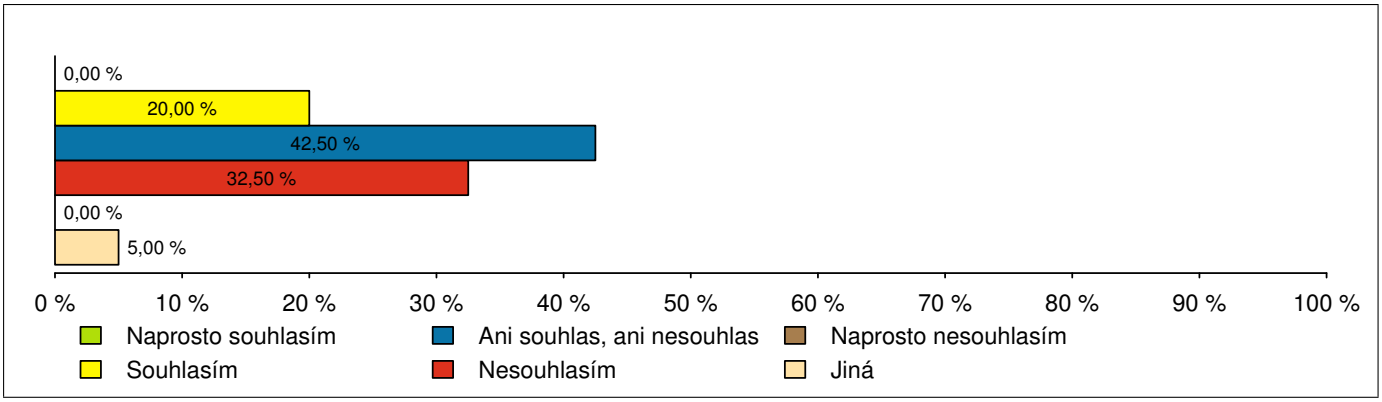


- nevím posoudit

19. Policie má odborné znalosti v řešení krizových stavů.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	0	0,00 %
Souhlasím	8	20,00 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	17	42,50 %
Nesouhlasím	13	32,50 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	2	5,00 %

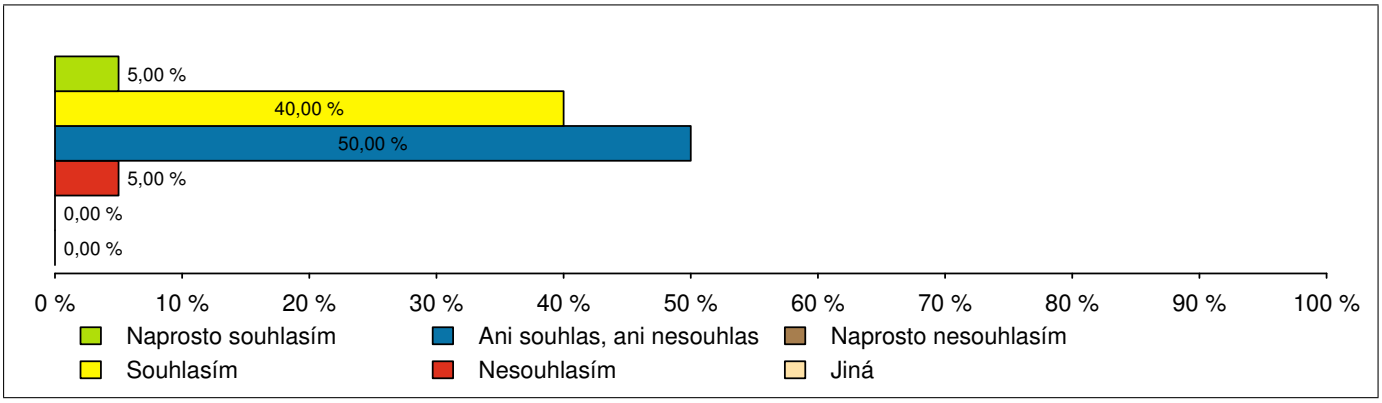


- nedokážu posoudit
- netuším

20. Policie pomáhá v případě krize ochotně.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	2	5,00 %
Souhlasím	16	40,00 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	20	50,00 %
Nesouhlasím	2	5,00 %
Naprosto nesouhlasím	0	0,00 %
Jiná	0	0,00 %



21. Co, podle Vás, brání vzniku nových ambulancí psychiatrů a psychologů?

Textová otázka, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

- 1) nedostatek vzdělaných odborníků v Karlovarském kraji

  2) regulace ~~vyhlašené~~ pojišťovnami
- Boj o klienty a problémy ~~a pojišťovnama~~.
- Finance
- Finanční prostředky, ~~nove~~ vystudovaní odborníci nepůsobí v Karlovarském kraji.
- Finanční prostředky.
- Kvóty pojišťoven a limity ČLK - síť a kapacita na počet obyvatel je údajně pokrytá, realita je však taková, že na vyšetření se čeká i několik týdnů.
- Málo lidí vzděláno v tomto oboru

  Málo prostoru pro tyto lidi

  Málo peněz, či příspěvků na rozběhnutí své praxe
- Málo pacientů na vesnicích a v menších městech, vysoké nájmy ordinací, nezájem psychiatrů o práci v lokalitách, kde nejsou obyvatelé s vyššími příjmy a cizinci
- Naprostý nedostatek odborníků v menších městech.
- Neatraktivnost Karlovarského kraje pro mladé lidi s dostatečnou odborností. Zdravotní pojišťovny.
- Nedostatek finančních prostředků. A ~~lidé kteří~~ studijí tyto školy zůstávají ve městech, ~~kde studují~~ a nechtějí jít ~~do měst odkud pochází nebi~~ kde by to bylo zapotřebí.
- Nevím přesně. Snad platové poměry (např. oproti Praze). Byla by potřeba více psychiatrů v ~~Karovarském~~ kraji.
- ~~Nevím,myslím si, že pojišťovny nechtějí,aby~~ bylo ve městě více specialistů - asi finanční potíže
- Nevíme, asi schází finanční prostředky.
- Neznám danou problematiku detailně, ale domnívám se, že ekonomická situace
- Pojišťovny, především VZP, která koriguje úvazky .
- Přísná kritéria pojišťovny.
- Smlouvy s pojišťovnami - financování
- U psychologů je problém pro absolventy najít pracoviště, kdy by mohli po škole pod vedením začít pracovat. Nemocnice o to nemají zájem a samostatně pracující psycholog nemá k tomu akreditaci, ani podmínky.
- V Karlovarském kraji není dostatečně vzdělaných osob k výkonu této práce, studují mimo kraj a poté se již do kraje často nevrací. ~~mají lepší nabídky jinde. mladé lidi~~ zde nic nedrží a nic je sem ani ~~netahne~~.
- Vzdělanost, finance, motivace.
- Zdravotní pojišťovny
- Zdravotní pojišťovny a jejich kritéria.
- ~~diktát~~ zdravotních pojišťoven a celkově nastavená politika státu. Tito specialisté nejsou finančně ani jinak ~~motivováni aby~~ naslouchali pacientům. Existuje stigmatizace tohoto oboru následkem práce se stigmatizovanou skupinou osob. Problémy duševního zdraví jsou z pohledu politiků přehlíženy.
- ~~nedokážu posoudit...~~
- nedostatek lékařů v oboru psychiatrie v Karlovarském kraji
- nedostatečné podmíny, finance
- nejistota financování
- neochota ze ~~stran~~ pojišťoven, ~~pšatná~~ organizace vlády - ~~neinformovanost,nezájem~~

- nevím 4×
- nevím.
- omezení počtu ~~"úvazků" poj.~~
- otázka financí, regulace zdravotních pojišťoven?
- pojišťovny!
- také málo psychiatrů!
- spolupráce s pojišťovnami, uzavírání smluv
- zdravotní pojišťovny
- špatná spolupráce s pojišťovnami a ~~ceková~~ finanční krize

22. Co by podle Vás nejvíce přispělo k vytvoření dobře spolupracující sítě služeb?

Textová otázka, zodpovězeno: 40x, nezodpovězeno: 0x

- Dobrá koordinace služeb, např od soc. pracovníků obcí a kraje.
- Dobrý informační systém s napojením všech zainteresovaných stran s fungujícími subjekty, které dlouhodobě budou moci plánovat ~~a to~~ především díky dlouhodobému zabezpečenému systému financování.
- Dostatek finančních prostředků.
- Edukace zaměstnanců ve službách a větší provázanost služeb.
- Efektivní komunitní plánování sociálních ~~služeb, nebo~~ pravidelné (nemusí být četné) schůzky zástupců jednotlivých služeb i úředníků, aby o sobě věděli, informovali se, zapisování zpráv ze setkání.
- ~~Finanční prostředky~~
- Finanční zabezpečení.
- Jasná koncepce péče s jasným zabezpečením finančních prostředků - poskytování takové péče, ~~na níž~~ lze zajistit udržitelně zdroje, nikoli vznikání a zanikání služeb dle možnosti zajištování finančních prostředků.
- Motivace . Srozumitelnost zákonů,vyhlášek,předpisů.
- Ochota zaměstnanců, návaznost služeb, úcta a opravdová snaha pomáhat. Možná i finance.
- Pokud jsou finance na zdravotnictví a sociální služby následné péče, pak je možnost vzniku různých služeb a jejich vzájemná spolupráce bez řevnivosti - kdo ze sociálních služeb "přežije" - kdo dostane dotace a kdo dotace nedostane či nedostatečné; pro zachování projektů ~~které~~ pomáhají lidem s duševním onemocněním. Dle holandského modelu ACT týmů a stacionárních zařízení ~~kde~~ je vyšší počet pracovníků na klienty se ukazuje, že je tento postup možná drahý vzhledem k lidským zdrojům, ale v konečném důsledku vyjde levněji než dlouhodobé hospitalizace v klasických Psychiatrických léčebnách s velkou kapacitou pacientů a minimálním počtem zaměstnanců. Taktéž máme v ČR mezery v komunikaci se státem, policií a hasičskými záchrannými sbory. Přitom dle mých informací zájem o spolupráci s ~~Terénními~~ tými by ze strany záchranářů v případě kontaktu s občany (kteří hrozí sebevraždou a je zde podezření na duševní onemocnění) ~~je.~~ Zároveň bych ráda uvedla, že snahy o spolupráci jsou, ale chybí kompetence a ~~určení co~~ si vlastně mezi službami můžeme předat (citlivá data ~~klientů, či~~ destinaci klienta k některé skupině stigmatizovaných osob a vhodné službě). Otázka je tedy, jak si klienta ~~předat aniž~~ bychom porušili jeho soukromí a jeho práva, jak jej nezahltit službami více organizací a jak následně korigovat míru podpory tak, aby po určité době naši pomoc již nepotřeboval.
- Pravidelné schůzky, diskuze o společných klientech.
- Propojení praxe s teorií odborníků.
- Propojení služeb terénními sociálními pracovníky, edukace pracovníků úřadů o osobách s DO, koordinační skupina apod.
- Sjednocení těchto služeb, větší dostupnost a vzájemná spolupráce, informovanost o návaznosti jednotlivých složek.
- Určitě osobní setkávání spolupracujících osob na neformálních pracovních besedách, společných školeních atd.
- Vzájemná informovanost a návaznost o poskytovaných službách.
- Vzájemná komunikace,vědět o sobě,vědět,že někde vzniká nové zařízení,vzájemné semináře
- Zavádění komunitního plánování do praxe a stanovení pracovníků, kteří za jeho plnění ponesou odpovědnost. Stále jsou to jen dokumenty, které pomalu ani nikdo nečte, natož aby se jimi někdo řídil. Důležitá spolupráce se stávajícími poskytovateli, pobídnout je v rozšíření potřebných služeb.
- Zmapování celé sítě a doplnění služeb, které chybí.
- dobrá informovanost, pravidelné schůzky všech poskytovatelů, ...
- dostatečný počet služeb - dostupnost
- finance 2×
- finance, informovanost, kladná spolupráce, dostatek odborných zaměstnanců

- lepší financování ~~služeb~~, zajištění terénních služeb na venkově, lepší spolupráce s některými praktickými lékaři, lepší spolupráce se zdravotními pojišťovnami, větší edukace rodin i nemocných např. od praktických lékařů, městských a obecních úřadů, lepší spolupráce praktických lékařů s psychiatry a psychology
- nevím 4×
- především dostatečný počet jedn. zařízení, resp. v některých případech samotná existence jednotlivých specializovaných zařízení těchto služeb na území Karlovarského kraje
- přístup pojišťoven, finance, odborné znalosti
- snížení administrativy, zrušení standardů kvality - více času na práci s klientem a ne papírování
- spolupráce, informovanost, finance, dostupnost
- viz bod 21
- více financí
- více informací mezi službami - stáže, konference apod.
- více odborníků a peněz
- větší ocenění pro malé ambulance, více informací a spolupráce s městy, osvěta..
- zájem pojišťoven a lokální samosprávy

Příloha č. 5

Zprávy o spolupráci sociálních služeb péče o osoby s duševním onemocněním s ostatními službami v Karlovarském kraji

Dotazník o spolupráci sociálních a zdravotních (i ostatních) služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje

Obsah

1 Základní údaje 3

2 Náhled dotazníku 4

3 Statistika respondentů 9

4 Přehled odpovědí 10

1. Ve větších městech kraje je více různých služeb. Spolupracují spolu lépe (kvalitněji) než na vesnicích. 10
2. V případě zhoršení příznaků mého onemocnění se mám kam obrátit o pomoc. 10
3. Je dostatek ambulantních psychiatrů a psychologů. 11
4. Na venkově jsou k dispozici služby pro duševně nemocné. 11
5. Spolupráce s psychiatrickým oddělením funguje výborně. 12
6. S úřady se dobře spolupracuje. 12
7. Na úřadě mi vždy dobře poradí. 13
8. Spolupráce služeb je omezena nedostatkem peněz. 13
9. Jednotlivé služby spolu ochotně spolupracují. 14
10. V krizových situacích mi vždy někdo pomůže, odkáže mě na příslušného odborníka či službu. 14
11. Pokud jsem odesílán/a do léčebny mimo kraj, jsem tímto krokem stigmatizován/a (tzv. mám „nálepku,“ která se se mnou po odchodu z léčebny „vleče“). 15
12. Funguje pouze spolupráce založená na osobních vztazích 15
13. Rodina dostává málo informací o mé nemoci. 16
14. Chybí především terénní sociální služby v málo osídlených oblastech kraje. 16
15. Pracovníci na úřadech jsou ochotní. 17
16. Roste nabídka poskytovatelů péče a přibývá různých možností, jak problémy duševně nemocných řešit. . . . 17
17. Policie má odborné znalosti v řešení krizových stavů. 18
18. Policie pomáhá v případě krize ochotně. 18
19. Co by podle Vás nejvíce přispělo k vytvoření dobře spolupracující sítě služeb? 19

1 Základní údaje

Název výzkumu	Dotazník o spolupráci sociálních a zdravotních (i ostatních) služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje
Veřejná adresa dotazníku	http://www.survio.com/survey/X7A8G5Q1N8K5T5B0P
Zahájení výzkumu	13. 08. 012 00:00
Ukončení výzkumu	
Popis	

2 Náhled dotazníku

Dotazník o spolupráci sociálních a zdravotních (i ostatních) služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku.

1. Ve větších městech kraje je více různých služeb. Spolupracují spolu lépe (kvalitněji) než na vesnicích.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

2. V případě zhoršení příznaků mého onemocnění se mám kam obrátit o pomoc.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

3. Je dostatek ambulantních psychiatrů a psychologů.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

4. Na venkově jsou k dispozici služby pro duševně nemocné.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

5. Spolupráce s psychiatrickým oddělením funguje výborně.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

6. S úřady se dobře spolupracuje.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

7. Na úřadě mi vždy dobře poradí.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

8. Spolupráce služeb je omezena nedostatkem peněz.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

9. Jednotlivé služby spolu ochotně spolupracují.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

10. V krizových situacích mi vždy někdo pomůže, odkáže mě na příslušného odborníka či službu.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

11. Pokud jsem odesílán/a do léčebny mimo kraj, jsem tímto krokem stigmatizován/a (tzv. mám „nálepku," která se se mnou po odchodu z léčebny „vleče").

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

12. Funguje pouze spolupráce založená na osobních vztazích

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

13. Rodina dostává málo informací o mé nemoci.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná

14. Chybí především terénní sociální služby v málo osídlených oblastech kraje.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná

15. Pracovníci na úřadech jsou ochotní.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná

16. Roste nabídka poskytovatelů péče a přibývá různých možností, jak problémy duševně nemocných řešit.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná

17. Policie má odborné znalosti v řešení krizových stavů.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

18. Policie pomáhá v případě krize ochotně.

- ○ Naprosto souhlasím
- ○ Souhlasím
- ○ Ani souhlas, ani nesouhlas
- ○ Nesouhlasím
- ○ Naprosto nesouhlasím
- ○ Jiná [ ]

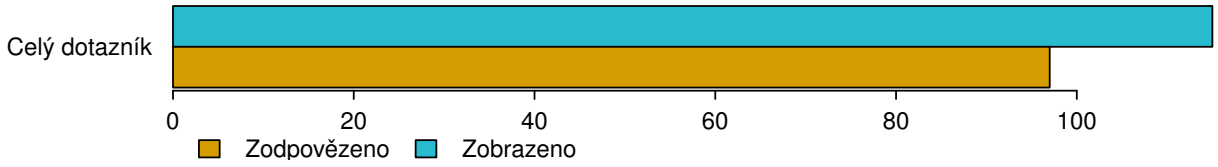
19. Co by podle Vás nejvíce přispělo k vytvoření dobře spolupracující sítě služeb?

[ ]

Děkujeme za Vaše odpovědi a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

3 Statistika respondentů

Arch	Zobrazeno	Zodpovězeno	Zodpovězeno %
Celý dotazník	115	97	84,35

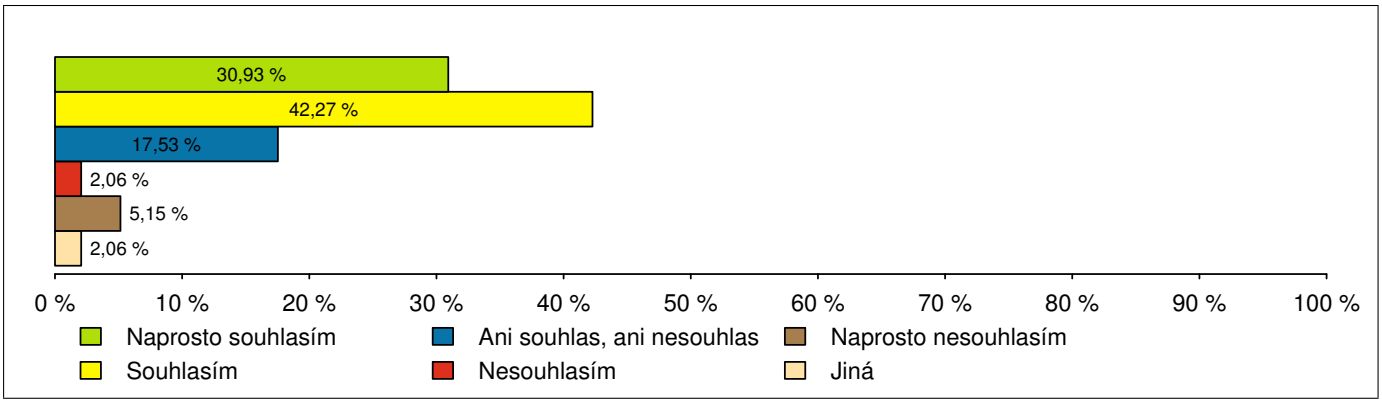


4 Přehled odpovědí

1. Ve větších městech kraje je více různých služeb. Spolupracují spolu lépe (kvalitněji) než na vesnicích.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	30	30,93 %
Souhlasím	41	42,27 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	17	17,53 %
Nesouhlasím	2	2,06 %
Naprosto nesouhlasím	5	5,15 %
Jiná	2	2,06 %

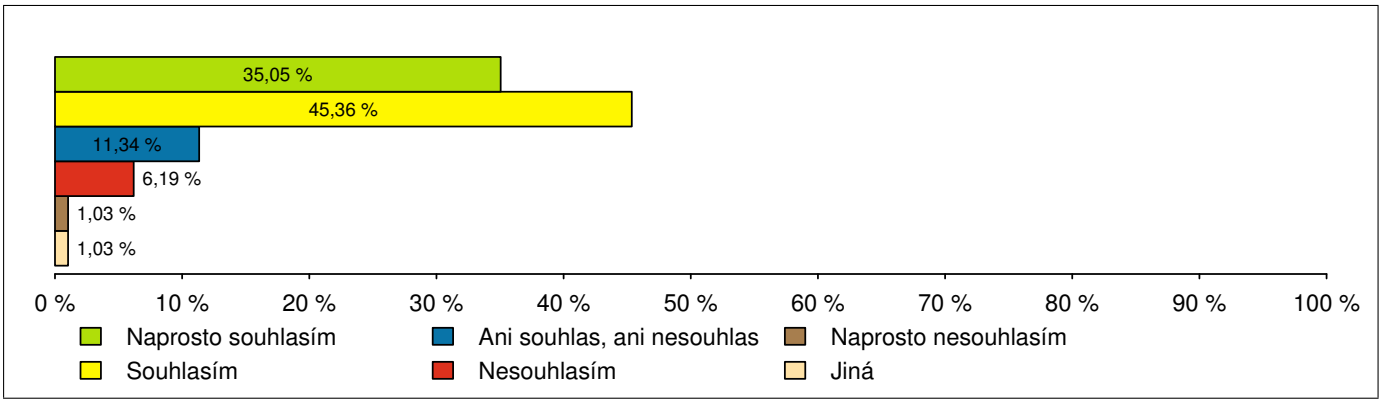


- NEMOHU POSOUDIT, NEMÁM DOSTATEK INFORMACÍ
- nevím

2. V případě zhoršení příznaků mého onemocnění se mám kam obrátit o pomoc.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	34	35,05 %
Souhlasím	44	45,36 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	11	11,34 %
Nesouhlasím	6	6,19 %
Naprosto nesouhlasím	1	1,03 %
Jiná	1	1,03 %

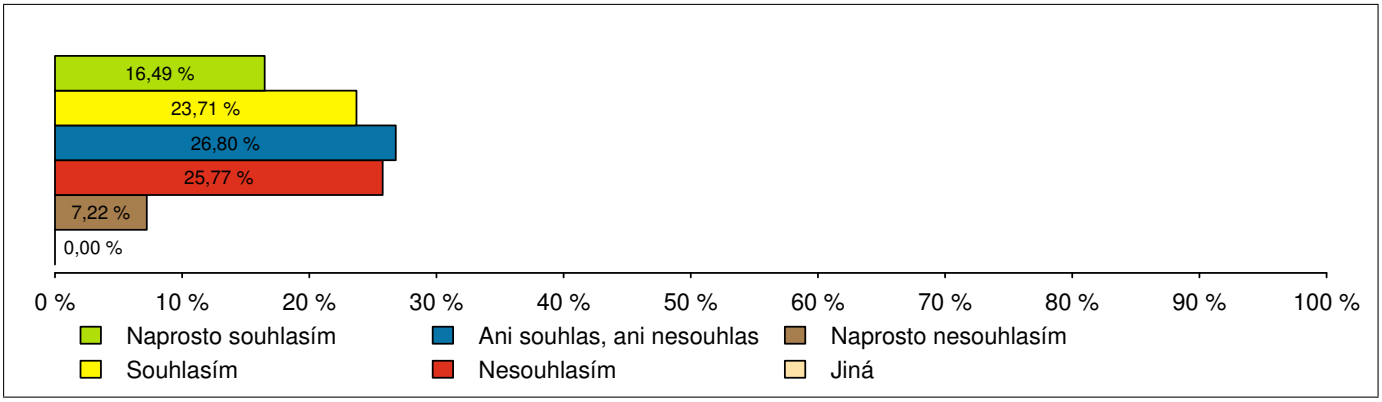


- nevím

3. Je dostatek ambulantních psychiatrů a psychologů.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

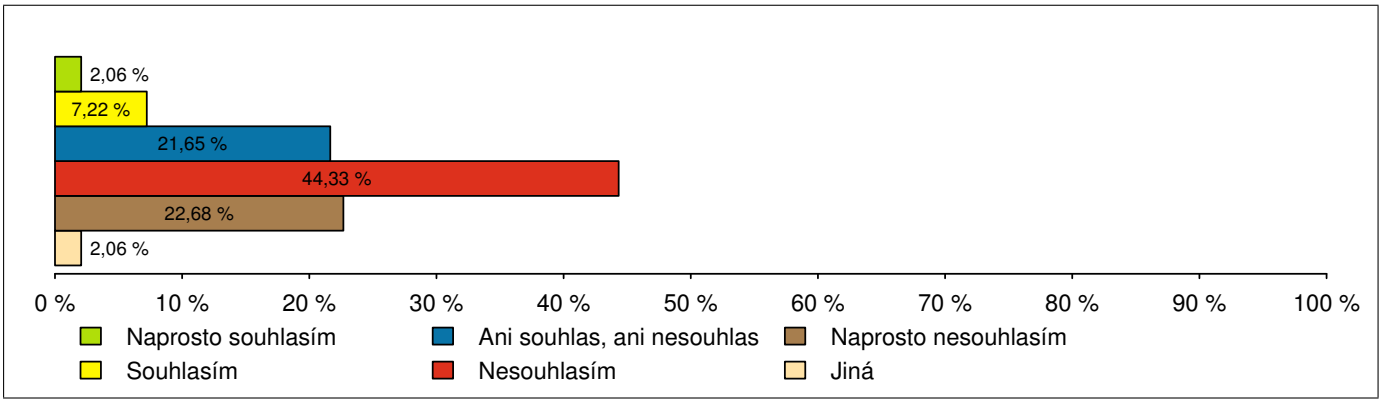
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	16	16,49 %
Souhlasím	23	23,71 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	26	26,80 %
Nesouhlasím	25	25,77 %
Naprosto nesouhlasím	7	7,22 %
Jiná	0	0,00 %



4. Na venkově jsou k dispozici služby pro duševně nemocné.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	2	2,06 %
Souhlasím	7	7,22 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	21	21,65 %
Nesouhlasím	43	44,33 %
Naprosto nesouhlasím	22	22,68 %
Jiná	2	2,06 %

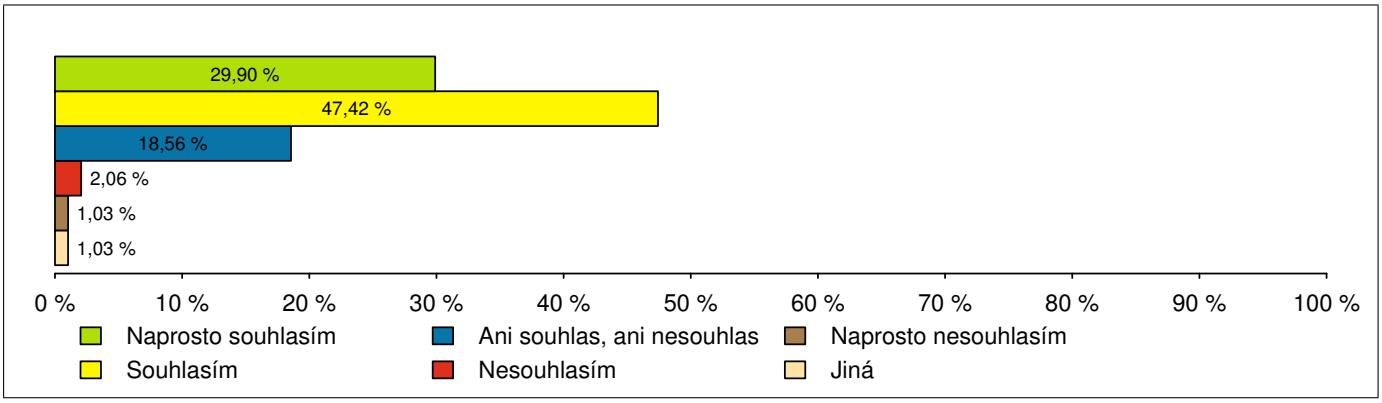


- NEMOHU POSOUDIT, NEMÁM DOSTATEK INFORMAC
- nevím

5. Spolupráce s psychiatrickým oddělením funguje výborně.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	29	29,90 %
Souhlasím	46	47,42 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	18	18,56 %
Nesouhlasím	2	2,06 %
Naprosto nesouhlasím	1	1,03 %
Jiná	1	1,03 %

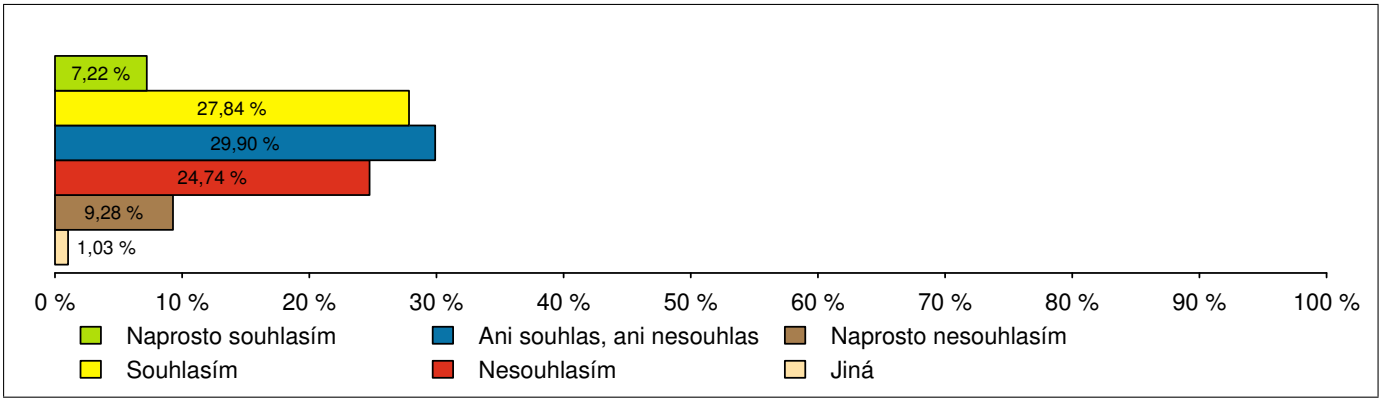


- nemám zkušenost

6. S úřady se dobře spolupracuje.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	7	7,22 %
Souhlasím	27	27,84 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	29	29,90 %
Nesouhlasím	24	24,74 %
Naprosto nesouhlasím	9	9,28 %
Jiná	1	1,03 %

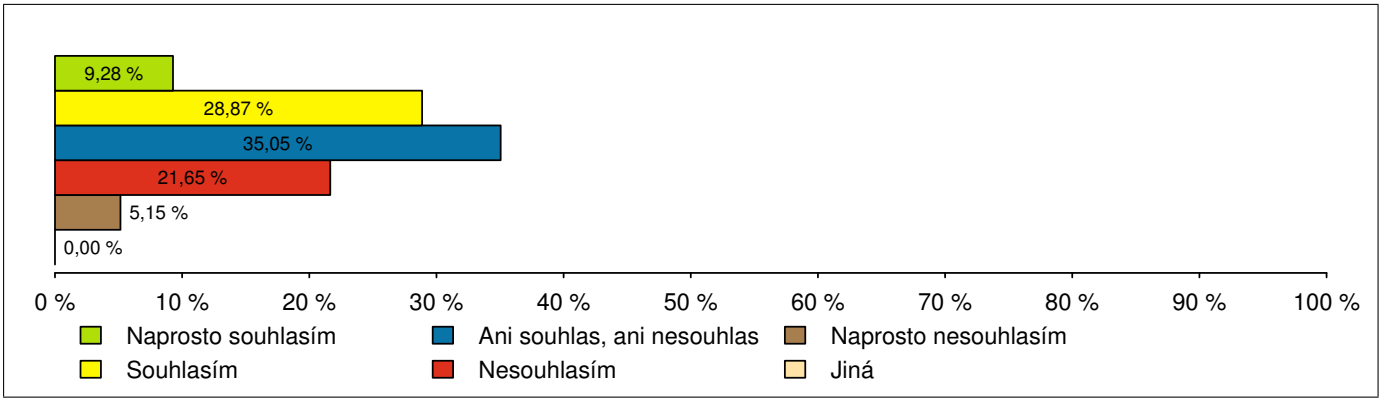


- nevím

7. Na úřadě mi vždy dobře poradí.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

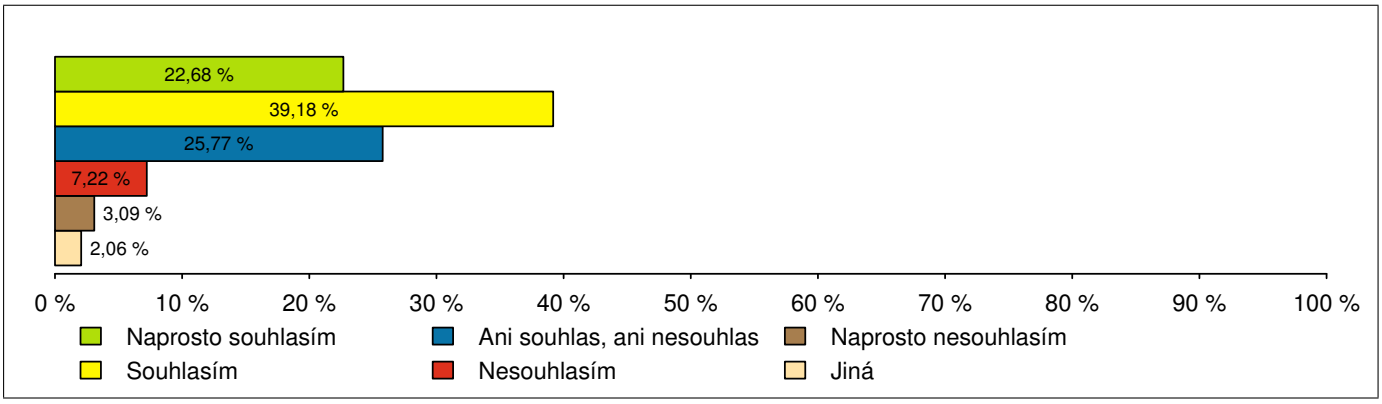
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	9	9,28 %
Souhlasím	28	28,87 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	34	35,05 %
Nesouhlasím	21	21,65 %
Naprosto nesouhlasím	5	5,15 %
Jiná	0	0,00 %



8. Spolupráce služeb je omezena nedostatkem peněz.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	22	22,68 %
Souhlasím	38	39,18 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	25	25,77 %
Nesouhlasím	7	7,22 %
Naprosto nesouhlasím	3	3,09 %
Jiná	2	2,06 %

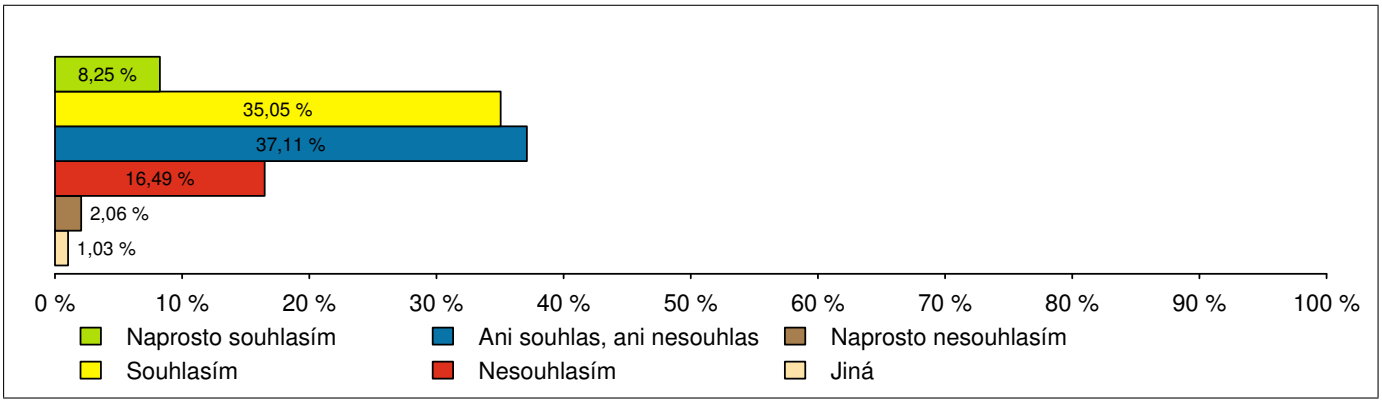


- NEMOHU POSOUDIT, NEMÁM DOSTATEK INFORMAC
- nevím

9. Jednotlivé služby spolu ochotně spolupracují.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	8	8,25 %
Souhlasím	34	35,05 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	36	37,11 %
Nesouhlasím	16	16,49 %
Naprosto nesouhlasím	2	2,06 %
Jiná	1	1,03 %

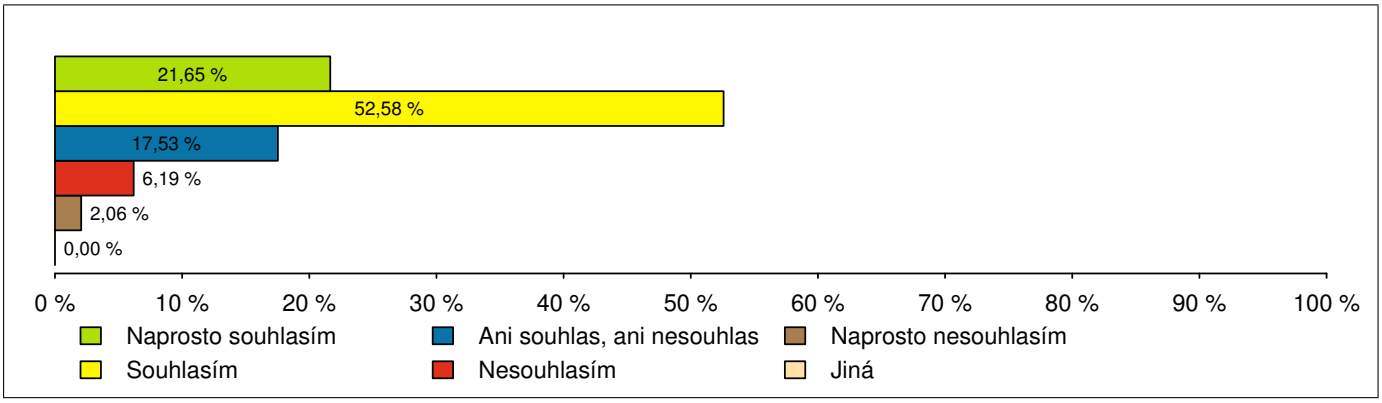


- nevím

10. V krizových situacích mi vždy někdo pomůže, odkáže mě na příslušného odborníka či službu.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

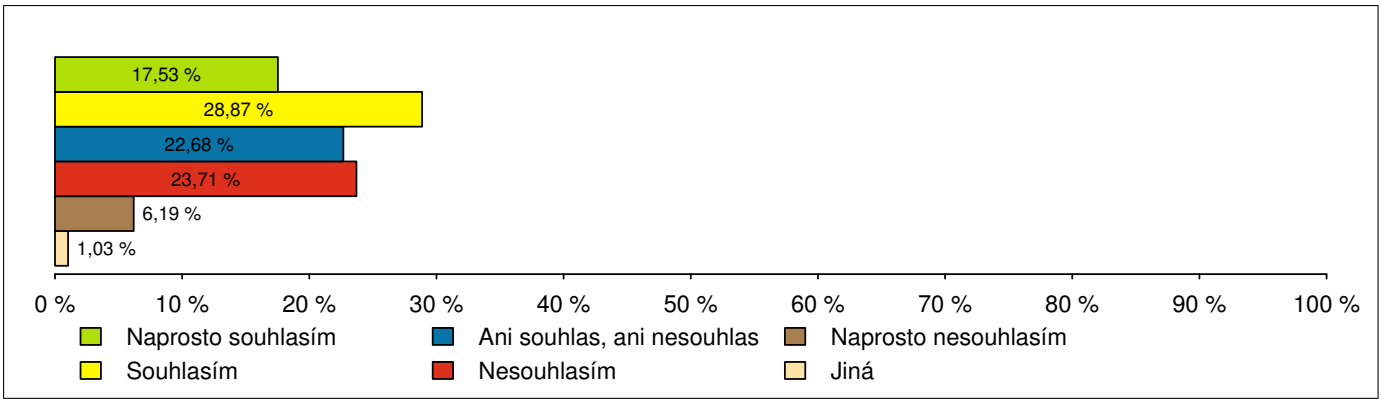
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	21	21,65 %
Souhlasím	51	52,58 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	17	17,53 %
Nesouhlasím	6	6,19 %
Naprosto nesouhlasím	2	2,06 %
Jiná	0	0,00 %



11. Pokud jsem odesílán/a do léčebny mimo kraj, jsem tímto krokem stigmatizován/a (tzv. mám „nálepku," která se se mnou po odchodu z léčebny „vleče").

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	17	17,53 %
Souhlasím	28	28,87 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	22	22,68 %
Nesouhlasím	23	23,71 %
Naprosto nesouhlasím	6	6,19 %
Jiná	1	1,03 %

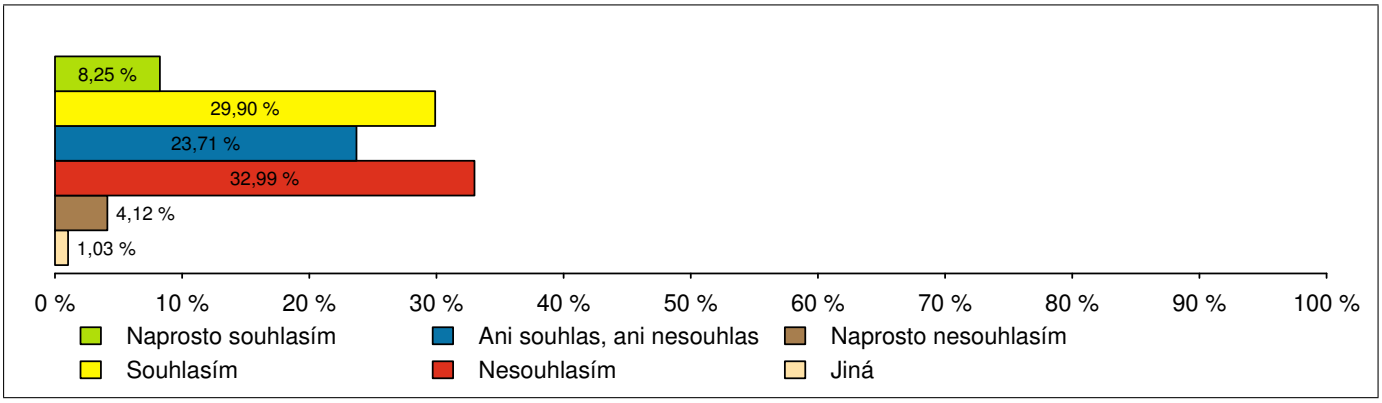


- ano, někdy

12. Funguje pouze spolupráce založená na osobních vztazích

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	8	8,25 %
Souhlasím	29	29,90 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	23	23,71 %
Nesouhlasím	32	32,99 %
Naprosto nesouhlasím	4	4,12 %
Jiná	1	1,03 %

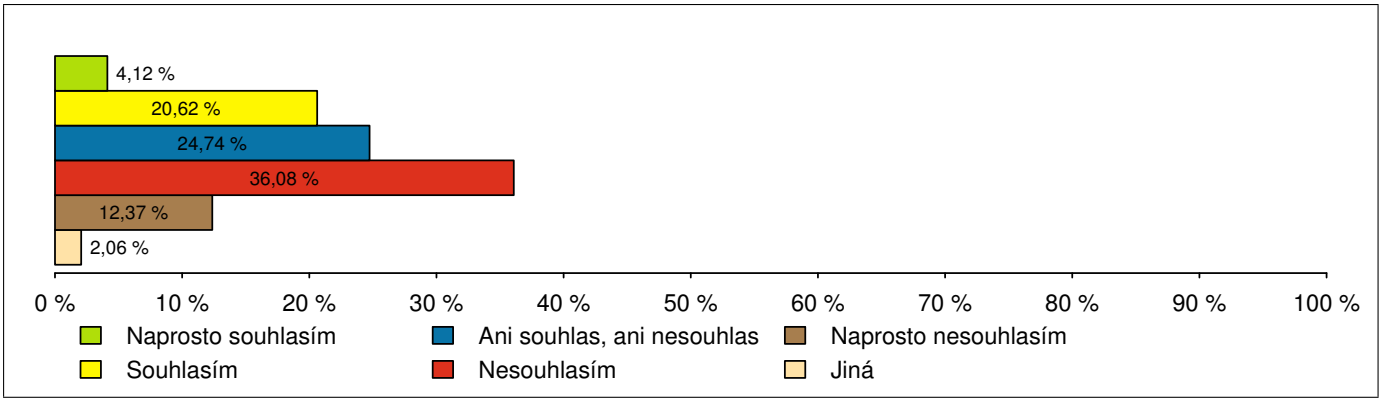


- nevím

13. Rodina dostává málo informací o mé nemoci.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	4	4,12 %
Souhlasím	20	20,62 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	24	24,74 %
Nesouhlasím	35	36,08 %
Naprosto nesouhlasím	12	12,37 %
Jiná	2	2,06 %

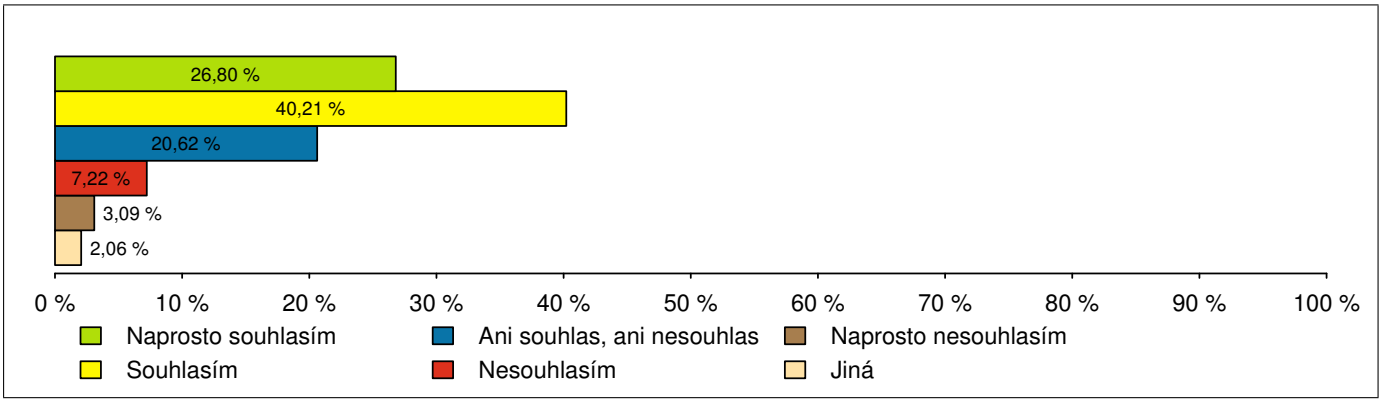


- nevím
- nezájem

14. Chybí především terénní sociální služby v málo osídlených oblastech kraje.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	26	26,80 %
Souhlasím	39	40,21 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	20	20,62 %
Nesouhlasím	7	7,22 %
Naprosto nesouhlasím	3	3,09 %
Jiná	2	2,06 %

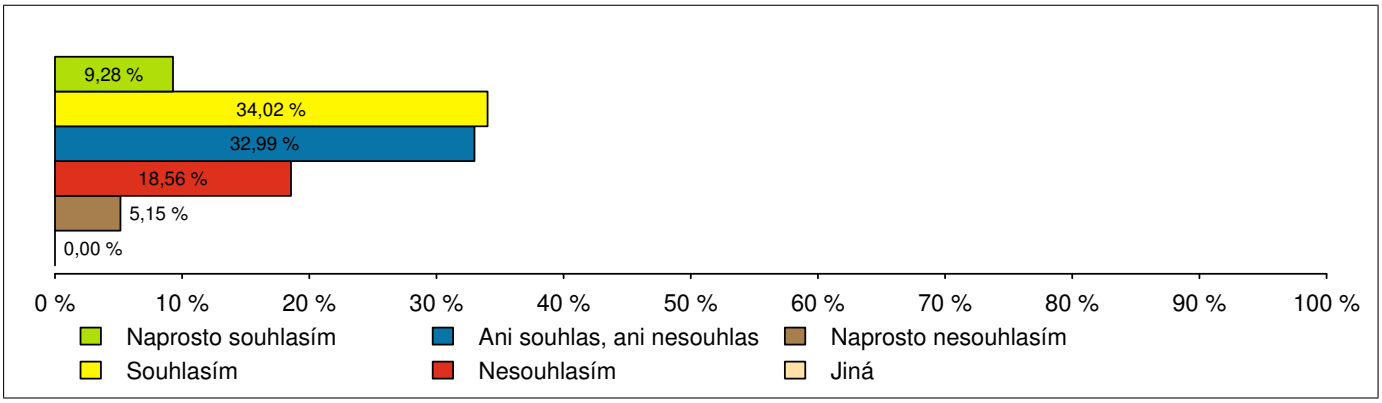


- NEMOHU POSOUDIT, NEMÁM DOSTATEK INFORMACÍ
- nevím

15. Pracovníci na úřadech jsou ochotní.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

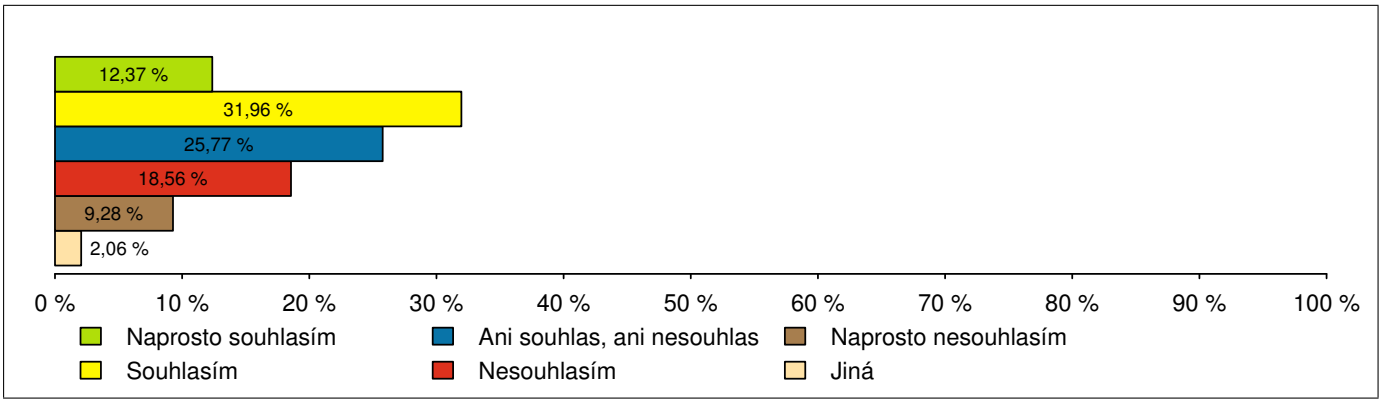
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	9	9,28 %
Souhlasím	33	34,02 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	32	32,99 %
Nesouhlasím	18	18,56 %
Naprosto nesouhlasím	5	5,15 %
Jiná	0	0,00 %



16. Roste nabídka poskytovatelů péče a přibývá různých možností, jak problémy duševně nemocných řešit.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	12	12,37 %
Souhlasím	31	31,96 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	25	25,77 %
Nesouhlasím	18	18,56 %
Naprosto nesouhlasím	9	9,28 %
Jiná	2	2,06 %

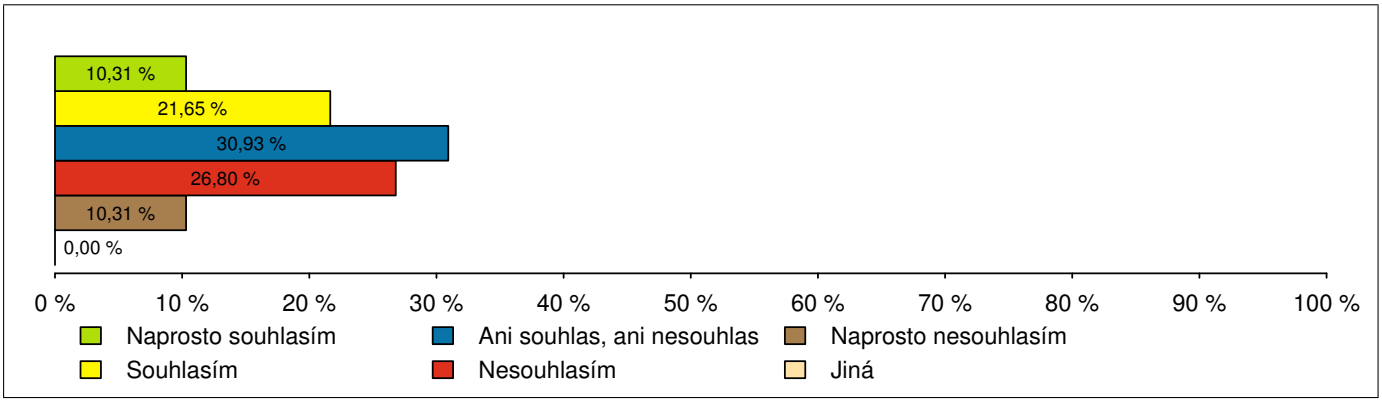


- NEMOHU POSOUDIT, NEMÁM DOSTATEK INFORMACÍ
- nevím

17. Policie má odborné znalosti v řešení krizových stavů.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

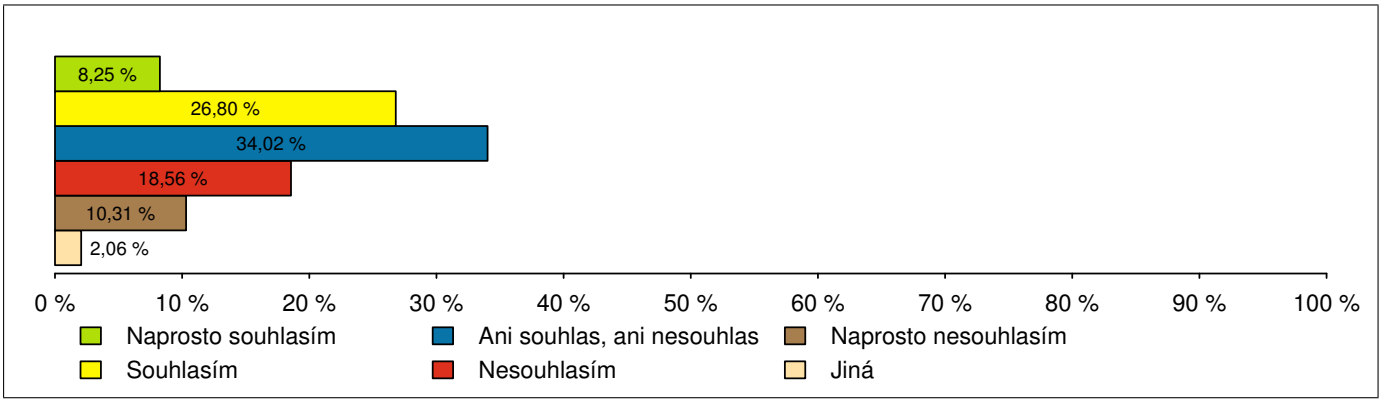
Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	10	10,31 %
Souhlasím	21	21,65 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	30	30,93 %
Nesouhlasím	26	26,80 %
Naprosto nesouhlasím	10	10,31 %
Jiná	0	0,00 %



18. Policie pomáhá v případě krize ochotně.

Výběr z možností s textovou odpovědí, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

Odpověď	Odpovědi	Podíl
Naprosto souhlasím	8	8,25 %
Souhlasím	26	26,80 %
Ani souhlas, ani nesouhlas	33	34,02 %
Nesouhlasím	18	18,56 %
Naprosto nesouhlasím	10	10,31 %
Jiná	2	2,06 %



- ~~oDPOVED JE NAPROSTO NESOUHLASIM- POLICIE BEZDŮVODNĚ A S CHUTÍ FYZICKY I SPYCHICKY DEPTÁ A BIJE LIDI !!! ZMLÁTILI MĚ 6X BĚHEM 3 TÝDNŮ, NENÁVIDÍM FÍZLY.~~
- nevím

19. Co by podle Vás nejvíce přispělo k vytvoření dobře spolupracující sítě služeb?

Textová otázka, zodpovězeno: 97x, nezodpovězeno: 0x

- - KOMUNIKACE ÚŘADŮ
  - ODBORNOST PERSONÁLU A ZAMĚSTANCŮ
  - DOSTUPNOST FINANČNÍ A DOPRAVNÍ
  - ZVÝŠIT OSVĚTU U VEŘEJNOSTI, ŽE TATO NEMOC JE NEMOCÍ (SCHIZOFRENIE), KTERÁ MŮŽE PROPUKNOUT I NĚKDY TAKY JE...
- ... Starejte se sami o sebe, my si poradíme. Radomír Dvořák. Běžte něco dělat, neseďte v kancelářích a přijďte do terénu !!!!!
- Administrativa a terénnní pracovníci by měli spolu více spolupracovat hlavně ze strany administrativy.
- Dotace města Karlovy Vary a také vlády ČR
- JINÁ POLICIE
- Lepší osobní přístup.
- Mě osobně současný přístup vyhovuje. ~~nevím~~ jaké stanovisko mají ostatní klienti a zejména neklienti Fokusu.

  Je dobře, že je skloubena péče psychiatra, ~~psycjologa~~ a terénní pracovnice Fokusu. O to snáze by se ~~dalo~~ rozpoznat případné odchylky od remise.
- NEVÍM
- Na MÚ kdyby byl koordinátor, monitoring a ~~znalsot~~ prostředí. Finance.
- Na to by měli být odborníci a počítat i s tím, že jsou lidi, kteří se ~~škatulky~~ nevejdou.
- Nevím, nemám přehled o systému.
- Nic.
- Ochota pracovníků a méně administrativy.
- Spousta ~~peněz které~~ stejně jednou ~~pojdou~~, takže tento problém je definitivně neřešitelný!
- Třeba pomoc EU ~~např.~~ finance pro možnost zvýšení počtu zaměstnanců týkajících se těchto věcí.
- Více psychiatrů a psychologů, chráněné dílny.
- Větší kontakt pacienta se zúčastněnými stranami.
- ~~dostatek fin. prostředků~~
- finance
- finanční prostředky 2×
- lepší předávání informací
- lepší spolupráce ~~mezi lidi~~

- nedostatek fin. prosteřdků; malá informovanost veřejnosti; nedostatek pracovních příležitostí
- nedovedu posoudit
- nevím 59×
- osvěta a finanční prostředky
- peníze 2×
- spolupráce mezi psychiatrem a duchovním odborníkem
- terénní služby
- vzájemné kontakty
- více ochotných pracovníků schopných v různých situacích poradit klientům
- více peněz 2×
- více pracovníků a více peněz
- více zkušeností a odborníků, větší zájem úřadů
- větší reklama, propogace, informovanost a dostupnost služeb v malých městech a obcích
- zájem o pacienta jako o ~~člověka který~~ má obtíže

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Jsme nestátní nezisková organizace, která vznikla v roce 1995 s cílem zlepšovat péči o osoby s duševním onemocněním v České republice.

Naše základní ideje jsou zcela v souladu s principy ochrany osob s duševními potížemi, které byly přijaty Valným shromážděním OSN z roku 1992, a strategickými dokumenty Světové zdravotnické organizace z roku 2005.

Úkolem naší práce je poskytovat informace a prostor pro správné pojmenování a zejména řešení aktuálních problémů v rámci péče o duševní zdraví.

Za dobu své existence nasbírala naše organizace velké množství dat, zkušeností, vědomostí z celé České republiky, a proto je často zvána ke spolupráci na koncepčních a vzdělávacích projektech.

Všechny aktivity se obracejí jak na poskytovatele a uživatele péče, tak na pracovníky veřejné správy na všech úrovních (ministerské, krajské, místní), zdravotní pojišťovny a veřejnost.

Svoji činnost realizujeme v oblastech:- koncepční a metodická práce – pilotní projekty – vytváření modelů péče – vzdělávací a výzkumné projekty – právo a podpora uživatelských hnutí - boj s předsudky (destigmatizace)

Garanti projektu
Mgr. Barbora Wenigová, ředitelka CRPDZ
MUDr. Jan Stuchlík
MUDr. Zuzana Foitová
MUDr. Ondřej Pěč

Hlavní manažer projektu
Bc. Lenka Vagnerová

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví je hlavním dodavatelem aktivit projektu Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje.

www.cmhcd.cz

Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním

na území Karlovarského kraje

Projekt **Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje** (2012–2014) má za cíl vytvořit základ efektivní sítě a spolupráce služeb pro osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje.

PRINCIPY KOMUNITNÍ PÉČE

uživatelé

rodinní příslušníci

veřejnost

2011
FOKUS
Mladá Boleslav – Karlovy Vary
„Nikdo nemusí být se svou nemocí sám.“
www.fokus-mb.cz

Dodavatel projektu
Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví
„Rozvoji komunitní péče se věnujeme více než 17 let.“
www.cmhcd.cz

Realizátor projektu
Karlovarský kraj
„V uplynulých letech jsme přispěli k založení komunitního týmu v Karlových Varech, který bude v rámci aktuálního projektu rozšířen i do méně osídlených oblastí Sokolovska a Chebska. Chceme podpořit vznik dalších mobilních týmů.“
www.kr-karlovarsky.cz/kraj_cz

2013
Vznik FOKUS
Mladá Boleslav – Sokolov

2013
Vznik FOKUS
Mladá Boleslav – Cheb

„Větší pokrytí našimi službami = snazší dostupnost.“

VZDĚLÁVÁNÍ

poskytovatelé sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním

terapeutické komunity

domovy se zvláštním režimem

agentury domácí péče

pečovatelské služby

služby osobní asistence

domovy pro osoby se zdravotním postižením

intervenční centrum

KOORDINAČNÍ TÝM

obecní a městské úřady

městské úřady

Krajský úřad KK

úřad práce

policie

hasiči

školy

pedagogicko-psychologické poradny

zdravotní pojišťovny

PO Nemocnice Ostrov

nemocnice

ambulantní psychiatři

psychologové

praktičtí lékaři

DESTIGMATIZACE

evropský sociální fond v ČR

EVROPSKÁ UNIE

OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST

KARLOVARSKÝ KRAJ

PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Projekt je financován z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.