

Ondřej Pěč, Barbora Wenigová, Martin Dlouhý, Pavla Šelepová, Jiří Hort:

**Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje.
Odborná zpráva z individuálního projektu Rozvoj péče o osoby s duševním
onemocněním na území Karlovarském kraji**

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

ve spolupráci s

Psychiatrickým oddělením Nemocnice Ostrov, U nemocnice 1161, 363 01 Ostrov
www.nemostrov.cz

KOTEC, o.s., Nádražní náměstí 299/8, 353 01 Mariánské Lázně
www.kotec.cz

Fokus Vysočina, 5. května 356, 58001 Havlíčkův Brod
www.fokusvysocina.cz

Zahrada 2000, o.s., Děřichov 32, 790 01 Jeseník
www.zahrada2000.cz

o. s. Péče o duševní zdraví – region Pardubice, Bělehradská 389, 530 09 Pardubice
www.pdz.cz

a

ambulantními psychiatry a klinickými psychology v Karlovarském kraji

Na této publikaci se podílela **Academia Medica Pragensis (www.amepra.cz)**

Copyright© Ondřej Pěč, Barbora Wenigová, Martin Dlouhý, Pavla Šelepová, Jiří Hort,
2011

Copyright© Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011

Obsah:

Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním a závislostí na území Karlovarského kraje	3
<i>1 Koncepce péče o osoby s duševním onemocněním a závislostí na území Karlovarského kraje.....</i>	<i>3</i>
<i>2 Implementační plán koncepce péče o osoby s duševním onemocněním a závislostí v Karlovarském kraji.....</i>	<i>9</i>
<i>3 Odhad ekonomických dopadů transformace péče o duševní zdraví v Karlovarském kraji.....</i>	<i>11</i>
<i>4 Analýza rizik realizace koncepce o osoby s duševním onemocněním a závislostí</i>	<i>16</i>

Koncepte služeb pro osoby s duševním onemocněním a závislostí v Karlovarském kraji a plán její implementace

Naše doporučení pro tvorbu koncepte služeb pro osoby s duševním onemocněním a závislostí vychází z výsledků jak předběžného šetření z roku 2009 (projekt WHO) (Wenigová a kol. 2009¹), tak ze šetření v rámci projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ z roku 2010 (Wenigová a kol. 2010²). Výsledky tohoto šetření byly připomínkovány v průběhu listopadu 2010 ještě dalšími 20 odborníky v oblasti duševního zdraví z Karlovarského kraje. V následujícím textu byly již tyto připomínky zapracovány. Plán implementace služeb zahrnuje časové horizonty 2, 5 a 10 let, pokud není v textu uvedeno jinak.

1) Obecný charakter služeb

a. informovanost

Je zapotřebí zlepšit informovanost o duševní nemoci a o službách. Překážkou je stigmatizace duševně nemocných a malé povědomí o duševních poruchách. Vhodným nástrojem pro posílení informovanosti by proto mohlo být:

- **destigmatizační kampaň**

Kampaň je již realizována v rámci projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“.

Časový plán: průběžně od roku 2010

- **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 poskytované samotnými uživateli (VIDA o.s.).

Časový plán: rok 2012

Dalšími vhodnými nástroji ke zvýšení informovanosti o problematice duševního zdraví jsou přednášky na školách, v zařízeních sociálních služeb, v rozhlase, prezentace služeb při veřejných akcích či informování praktických lékařů o problematice a službách duševního zdraví.

b. provázanost služeb

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

¹ Wenigová, B., Pěč, O., Bartoš, J., Konečný, M., Raiter, T., Šelepová, P.: Odborná zpráva projektu Pilotní model péče o duševně nemocné v Karlovarském kraji. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2009. www.cmhcd.cz

² Wenigová, B., Pěč, O., Šelepová, P., Stuchlík, J., Bartoš, J., Dolejš, M: Situační analýza stavu péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. Odborná zpráva z individuálního projektu Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2010. www.cmhcd.cz

- **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.

Časový plán: 2011

c. mobilita služeb

Otázka mobility bude pojednána v doporučeních o rozšíření dalších služeb, zejména případového vedení.

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, psychologické programy, rodinné a edukační programy, případové vedení). Nezbytné je, aby zdravotní a sociální služby mohly zprostředkovat či kooperovat na co nejlépe dosažitelném sociálním zabezpečení duševně nemocných (invalidní důchod, příspěvek na péči, sociální dávky) a bránily tak prohloubení poruchy v důsledku nedostatečného sociálního zajištění. V této souvislosti je zapotřebí dbát též na kvalitní výkon posudkové služby.

2) Služby v resortu zdravotnictví

a. Priorita

Prioritu v rozšiřování služeb je dle našeho vyhodnocení zapotřebí směřovat k rozšíření kapacity **denních stacionářů a psychologických programů**. Podle odhadu ze šetření by kapacita těchto služeb měla pokrývat 3450 pacientů ročně, což by znamenalo zhruba 400 míst nebo 24 úvazků psychiatrů či klinických psychologů. Máme-li uvažovat o naplnění, které se blíží alespoň polovičnímu naplnění této kapacity, a přihlédneme-li k proporcím kapacity podle jednotlivých diagnostických okruhů a poněkud odlišnému zaměření programů podle typu poruchy, lze učinit následující návrh rozšíření služeb:

Tab. 1: Návrh potřebných typů denních stacionářů a psychologických programů s kapacitami

Druh programu	Kapacita	Časový plán
DS s psychologickým programem pro úzkostné poruchy	25 míst (1 zařízení)	10 míst plněno 15 míst od r. 2012
DS s psychologickým programem pro psychózy a afektivní poruchy	45 míst (1-2 zařízení)	18 míst od r. 2012 27 míst od r. 2015
DS doléčovací pro závislé	25 míst (1 zařízení)	25 míst od r. 2015
DS s tréninkem kognice pro organické psychologické poruchy	35 míst (1 zařízení)	35 míst od r. 2015
Středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii pro psychologické poruchy u dětí	20 míst (1 zařízení)	20 míst od r. 2012

Dále viz bod 4) 9 úvazků **komunitních psychiatrických sester** a 5 úvazků **gerontologických sester**

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 existuje pravděpodobně výrazná skrytá psychiatrická nemocnost. Toto navýšení kapacity představuje navýšení zhruba o 5 úvazků. Přípomínky 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.

Tab. 2: Návrh potřebného navýšení ambulantních služeb

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

Další v řadě služeb potřebných k rozšíření jsou krizové služby. Krizové služby by měly dle návrhů z šetření sloužit zhruba pro 1500 pacientů ročně, což představuje **minimálně jedno krizové centrum s 8 lůžky s nepřetržitým provozem a mobilním výjezdním týmem**.

Ačkoliv z proběhlých šetření nevyplývala jednoznačná potřeba navýšení kapacity **akutní lůžkové psychiatrické péče**, byla tato potřeba opakovaně posléze připomínkována. Zvýšení této kapacity o 10 lůžek je již plánováno v rámci psychiatrického oddělení Nemocnice Ostrov.

3) Služby v resortu sociálních věcí

a. Priorita

Mezi priority k rozšíření služeb v této oblasti je především zapotřebí zařadit **rezidenční komunitní služby**. Na základě proběhlých šetření je jejich potřebná kapacita odhadována na 1000 klientů ošetřovaných během jednoho roku, což představuje zhruba 800 lůžek. Zařízení by měla sloužit především pro klientelu s psychózami a afektivními poruchami, v menší míře pro úzkostné a behaviorální poruchy či pro děti s psychickými poruchami. 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:

Tab. 3: Návrh potřebného navýšení rezidenčních komunitních služeb

Typ rezidenční komunitní služby	Počet lůžek/zařízení	Časový plán
Komunitní bydlení pro klienty s psychózou a afektivními poruchami	80/4	1 zařízení od r. 2012 1 zařízení od r. 2015 2 zařízení od r. 2020
Tréninkové chráněné byty pro klienty s psychózou a afektivními poruchami	30/10	10 lůžek od r. 2012 10 lůžek od r. 2015 10 lůžek od r. 2020
Pobyty pro děti a adolescenty s režimovou terapií a psychoterapií	20/1	20 míst od r. 2012
Terapeutická komunita pro závislé	30/1	1 zařízení od r. 2012
Terapeutická komunita pro poruchy osobnosti	30/1	1 zařízení od r. 2015

Další prioritu na rozšíření v oblasti sociálních služeb představují služby **pracovní rehabilitace**. Na základě výsledků šetření by tyto služby měly pokrývat kapacitu odpovídající 1450 klientů ročně, což by představovalo zhruba 140 sociálních pracovníků, především pro schizofrenie, afektivní poruchy a úzkostné a behaviorální poruchy. Opět na základě zvážení výsledků šetření ve snaze pokrýt alespoň minimální nutnou část požadavku navrhujeme následující strukturu pro rozšíření služeb pracovní rehabilitace:

Tab. 4: Návrh potřebného navýšení služeb pracovní rehabilitace

Typ služby pracovní rehabilitace	Počet soc. pracovníků/ počet zařízení	Časový plán
Chráněná dílna pro klienty s psychózou či afektivní poruchou	30/5	6 úvazků od r. 2012 12 úvazků od r. 2015 12 úvazků od r. 2020
Přechodné zaměstnávání	20/5	5 úvazků od r. 2012 5 úvazků od r. 2015 10 úvazků od r. 2020
Podporované zaměstnávání	20/5	5 úvazků od r. 2012 5 úvazků od r. 2015 10 úvazků od r. 2020

Výhledově by měla být další kapacita rehabilitačních služeb zaměřena i na služby **podporovaného vzdělávání** (studenti SŠ a VŠ s psychickými poruchami).

Třetí prioritou v rámci resortu sociálních věcí je poradenství. **Specializované poradenství** pro osoby s duševním onemocněním by mělo sloužit na základě výstupů šetření pro 1900 klientů ročně, což představuje kapacitu zhruba 7,5 úvazku 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.

Mimo rámec vlastních sociálních služeb je podpora **sociálních firem** s možností zaměstnávání lidí s duševními poruchami na kratší pracovní úvazky. Vhodná je pak jejich spolupráce se službami pracovní rehabilitace.

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

b. Další potřebné rozšíření služeb

K dalším službám, které je zapotřebí zavést pro klientelu s duševním onemocněním, patří **svépomocné a aktivizační programy**. Měly by sloužit zhruba pro 850 klientů ročně, což představuje asi kapacitu 17 zařízení po 50 uživatelích. K pokrytí alespoň nutné minimální části této potřeby navrhujeme následující strukturu nově vytvořených služeb:

Tab. 5: Návrh potřebného navýšení svépomocných a aktivizačních programů

Typ svépomocného a aktivizačního programu	Počet zařízení	Časový plán
Centra denních aktivit pro klienty s psychózou či afektivní poruchou	3	1 zařízení od r. 2011 1 zařízení od r. 2015 1 zařízení od r. 2020
Denní centra s aktivizací pacientů, nácvikem motoriky, sebepéči a edukací pro klienty s organickým psychickým postižením	2	1 zařízení od r. 2012 1 zařízení od r. 2015
Svépomocné uživatelské organizace	1	1 organizace od r. 2012
Nízkoprahová centra pro závislé	1	1 zařízení od r. 2012
Střediska rané péče	1	1 zařízení od r. 2015
Centra komplexní péče pro děti s poruchou autistického spektra	1	1 zařízení od r. 2015

Potřebná je i další podpora **svépomocných hnutí rodinných příslušníků** lidí s duševními poruchami a odpovídající finanční zajištění jejich aktivit.

4) Služby překrývající resort zdravotnictví a resort sociálních věcí

a. Priorita

Typem služby, která byla preferována k potřebnému rozšíření v proběhlých šetřeních a která může doplnit ostatní služby potřebnou mobilitou, je **případové vedení**. Různé typy případového vedení spadají buď do zdravotnických či do sociálních služeb. Na základě výstupů šetření byla zjištěna potřeba pokrytí 1800 pacientů/klientů ročně, což by odpovídalo zhruba 45 úvazkům. Případové vedení by se mělo orientovat jak na klientelu organických psychických poruch, tak na okruh schizofrenií a afektivních poruch. Služby případového vedení by rovněž měly postupně přebírat péči o osoby s duševním onemocněním, které jsou v současnosti umístěny ve službách pro osoby bez přístřeší. Na základě výsledků z šetření a následných připomínek opět navrhujeme strukturu potřebného dalšího pokrytí těmito službami:

Tab. 6: 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
Adiktolog – case management	Protidrogové služby	3	2 úvazky od r. 2012 1 úvazek od r. 2015
Osobní asistence pro duševně nemocné	Sociální věci	10	3 úvazky od r. 2012 3 úvazky od r. 2015 4 úvazky od r. 2020
Gerontologické sestry pro pacienty s demencí	zdravotnictví	5	2 úvazky od r. 2012 3 úvazky od r. 2015

5) Služby z resortu školství

Potřebnými službami z resortu školství je rozšiřování **speciálních tříd** pro děti se specifickými poruchami: speciální třídy při ZŠ pro děti s ADHD (pro max. 12 dětí s možností asistence pedagoga), třída ZŠ pro děti s poruchami autistického spektra pro druhý stupeň. Další službou je rozšiřování **speciálních mateřských škol**: Speciální třídy při MŠ zaměřené na děti s ADHD, PAS a kombinovaná postižení včetně smyslových vad (6-8 žáků ve třídě s možností asistence). Vhodným doplňkem péče pro tyto postižené skupiny dětí a mládeže jsou **prázdninové pobyty** (dětí s ADHD a PAS).

Implementační plán koncepce péče o osoby s duševním onemocněním a závislostí v Karlovarském kraji

1) Služby v resortu zdravotnictví

Priorita: rozšíření kapacity denních stacionářů a psychotherapeutických programů

Tab. 1: Návrh potřebných typů denních stacionářů a psychotherapeutických programů s kapacitami

Druh programu	Kapacita	Časový plán
DS s psychotherapeutickým programem pro úzkostné poruchy	25 míst (1 zařízení)	10 míst plněno 15 míst od r. 2012
DS s psychotherapeutickým programem pro psychózy a afektivní poruchy	45 míst (1-2 zařízení)	18 míst od r. 2012 27 míst od r. 2015
DS doléčovací pro závislé	25 míst (1 zařízení)	25 míst od r. 2015
DS s tréninkem kognice pro organické psychické poruchy	35 míst (1 zařízení)	35 míst od r. 2015
Středisko pro psychotherapii a rodinnou terapii pro psychické poruchy u dětí	20 míst (1 zařízení)	20 míst od r. 2012

Další potřebné rozšíření služeb: rozšíření ambulantní psychiatrické péče

Tab. 2: Návrh potřebného navýšení ambulantních služeb

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

2) Služby v resortu sociálních věcí

Priorita: rozšíření rezidenčních komunitních služeb

Tab. 3: Návrh potřebného navýšení rezidenčních komunitních služeb

Typ rezidenční komunitní služby	Počet lůžek/zařízení	Časový plán
Komunitní bydlení pro klienty s psychózou a afektivními poruchami	80/4	1 zařízení od r. 2012 1 zařízení od r. 2015 2 zařízení od r. 2020
Tréninkové chráněné byty pro klienty s psychózou a afektivními poruchami	30/10	10 lůžek od r. 2012 10 lůžek od r. 2015 10 lůžek od r. 2020
Pobyty pro děti a adolescenty s režimovou terapií a psychoterapií	20/1	20 míst od r. 2012
Terapeutická komunita pro závislé	30/1	1 zařízení od r. 2012
Terapeutická komunita pro poruchy osobnosti	30/1	1 zařízení od r. 2015

Priorita: rozšíření služeb pracovní rehabilitace

Tab. 4: Návrh potřebného navýšení služeb pracovní rehabilitace

Typ služby pracovní rehabilitace	Počet soc. pracovníků/ počet zařízení	Časový plán
Chráněná dílna pro klienty s psychózou či afektivní poruchou	30/5	6 úvazků od r. 2012 12 úvazků od r. 2015 12 úvazků od r. 2020
Přechodné zaměstnávání	20/5	5 úvazků od r. 2012 5 úvazků od r. 2015 10 úvazků od r. 2020
Podporované zaměstnání	20/5	5 úvazků od r. 2012 5 úvazků od r. 2015 10 úvazků od r. 2020

Priorita: rozšíření specializovaného poradenství

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

Další potřebné rozšíření služeb: svépomocné a aktivizační programy

Tab. 5: Návrh potřebného navýšení svépomocných a aktivizačních programů

Typ svépomocného a aktivizačního programu	Počet zařízení	Časový plán
Centra denních aktivit pro klienty s psychózou či afektivní poruchou	3	1 zařízení od r. 2011 1 zařízení od r. 2015 1 zařízení od r. 2020
Denní centra s aktivizací pacientů, nácvikem motoriky, sebeděči a edukací pro klienty s organickým psychickým postižením	2	1 zařízení od r. 2012 1 zařízení od r. 2015
Svépomocné uživatelské organizace	1	1 organizace od r. 2012
Nízkoprahová centra pro závislé	1	1 zařízení od r. 2012
Střediska rané péče	1	1 zařízení od r. 2015
Centra komplexní péče pro děti s poruchou autistického spektra	1	1 zařízení od r. 2015

3) Služby překrývající resort zdravotnictví a resort sociálních věcí

Priorita: rozšíření služeb případového vedení

Tab. 6: 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
Adiktolog – case management	Protidrogové služby	3	2 úvazky od r. 2012 1 úvazek od r. 2015
Osobní asistence pro duševně nemocné	Sociální věci	10	3 úvazky od r. 2012 3 úvazky od r. 2015 4 úvazky od r. 2020
Gerontologické sestry pro pacienty s demencí	zdravotnictví	5	2 úvazky od r. 2012 3 úvazky od r. 2015

Odhad ekonomických dopadů realizace transformace péče o duševní zdraví v Karlovarském kraji

1. Vstupní předpoklady karlovarské studie

Šetření o potřebných službách k zajištění péče o duševní zdraví v Karlovarském kraji dospělo k návrhu kapacitních změn v jednotlivých typech zdravotnických služeb pro duševně nemocné. Navrhované změny jsou vyjádřeny změnou ročního počtu ošetřených pacientů/klientů oproti současnému využití v jednotlivých službách.

Pomocí metody focus group a následného dotazníkového šetření byly odhadnuty počty pacientů (klientů) podle jednotlivých diagnostických skupin a potřebné kapacity různých typů služeb pro tyto pacienty.

Souhrn navrhovaných transformačních změn v Karlovarském kraji vyjádřených v počtu obslužených pacientů je uveden v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Souhrn potřebných kvantitativních změn ve využití služeb pro duševně nemocné v Karlovarském kraji

Typ služby	Současné využití (pacienti)	Navržené využití (pacienti)
Ambulantní péče	8392	10600
Případové vedení	42	1200
Akutní lůžková psychiatrická péče nemocnic	1476	1845
Následná lůžková péče psychiatrické léčebny	682	682
Rezidenční komunitní služby	5	238
Ústavní rezidenční služby	1044	1044
Krizové služby	79	1500
Linky důvěry	0	2200
Denní stacionáře a psychoterapeutické programy	45	1294
Pracovní rehabilitace	25	725
Svépomocné a aktivizační programy	38	450
Poradenství	131	1900

Dané návrhy lze charakterizovat jako představu minimálně potřebného stavu podle poskytovatelů a klientů služeb, podle které by každý pacient obdržel dostatečný mix služeb. Takový stav však není možné realizovat v krátkém, dohledném čase. A hlavně není možné najít dostatečné veřejné či soukromé zdroje k jeho financování, neboť to znamená zvýšení současných výdajů na duševní zdraví v kraji. Proto budeme ekonomické dopady hodnotit pro jednotlivé etapy transformace:

- Výchozí stav
- Plán 2012
- Plán 2015
- Plán 2020

2. Data a předpoklady ekonomického modelu

Platí, že údaje za zdravotně-sociální a sociální služby jsou méně dostupné než údaje ze sektoru zdravotnictví, který je poměrně detailně popsán ve statistických ročenkách ÚZIS ČR a určité ekonomické údaje lze získat také od zdravotních pojišťoven. Problém sociálních služeb pro duševně nemocné spočívá ve financování z mnoha rozdílných zdrojů, v poskytování různorodých služeb a v používání rozdílné terminologie. Pro mnohé služby data neexistují, protože neexistují samotné služby nebo data o těchto službách nejsou sbírána. U některých typů služeb, jež poskytuje jen omezený počet zařízení, je třeba vzít v úvahu, že zjištěná nákladová data jsou značně ovlivněna typem zařízení, takže náklady v případě většího rozšíření služby se mohou i řádově lišit.

Odhady ekonomických vstupních dat pocházejí z různých zdrojů, např. ze zdravotních pojišťoven, ÚZIS ČR, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Tradiční zdroje oficiálních údajů (ÚZIS ČR, zdravotní pojišťovny) popisují zejména zdroje financování a výdaje podle typu poskytovatelů, údaje od poskytovatelů popisují zejména náklady, takže je nutno ve studii kombinovat jak úhrady (výdaje), tak informace o nákladech. *Některé náklady proto nemusejí odpovídat reálné situaci v Karlových Varech.*

Model transformace neuvažuje zdravotnické služby poskytované praktickými lékaři, proto ani ekonomický model tyto služby nezahrnuje. Je jisté, že praktičtí lékaři služby spojené s duševním zdravím poskytují, neexistují ovšem o nich spolehlivé údaje. Řešením by bylo provedení šetření mezi praktickými lékaři.

Ze zmíněných důvodů je nutné považovat vstupní data u některých typů služeb za méně kvalitní. Jakékoliv odhady je proto nutno považovat za výsledky orientační, ukazující pravděpodobné rozložení výdajů v Karlovarském kraji. Predikce výdajů podle typu služby je v případě navrhovaných transformačních změn expertním odhadem, který je i přes datová omezení, důležitým podkladem pro plánování transformace péče o duševní zdraví na úrovni kraje.

3. Odhad současných a budoucích výdajů

Při odhadu výdajů pro každou službu jsme postupovali tak, že jsme určili vhodnou výdajovou (nákladovou) jednotku, pro kterou jsme se pokusili odhadnout jednotkové výdaje (náklady). Nákladové jednotky podle typu služeb uvádíme v tabulce č. 2.

Při predikci budoucích nákladů na péči o duševní zdraví jsme vždy vycházeli z předpokladu lineárních vztahů: dvojnásobek služeb bude stát dvojnásobek prostředků. I když lze předpokládat určité úspory z rozsahu (více služeb bude stát v průměru méně), nelze o takových úsporách dělat žádné rozumné předpoklady. Z tohoto důvodu jsme počítali s konstantním průběhem jednotkových výdajů (nákladů), které mohou být brány jako pesimistický odhad nárůstu výdajů (nákladů) na péči o duševní zdraví. V ekonomickém modelu jsme uvažovali kategorií „léky na předpis“ jako samostatnou položku, která je zcela svázána s rozsahem poskytované ambulantní péče.

Tabulka č. 2: Výdajové (nákladové) jednotky v ekonomickém modelu

Typ služby	Nákladová jednotka	Odhad v Kč
Ambulantní péče	pacient/rok	2139
Léky na předpis	pacient/rok	4278
Případové vedení	pacient	18 000
Akutní lůžková psychiatrická péče nemocnic	ošetřovací den	1 500
Následná lůžková péče psychiatrické léčebny	ošetřovací den	1 200
Rezidenční komunitní služby	místo/rok	120 000
Ústavní rezidenční služby	místo/rok	240 000
Krizové služby	pacient	1 500
Linka důvěry	1 linka	1,2 mil.
Denní stacionáře a psychoterap. programy	pacient	7 000
Pracovní rehabilitace	místo/rok	60 000
Svépomocné a aktivizační programy	pacient	20 000
Poradenství	pacient	3 000

V dalším kroku jsme výdaje (náklady) na zvolenou kapacitní jednotku vynásobili počtem požadovaných kapacit. Kapacity byly převzaty z navrhované koncepce služeb. Tímto způsobem jsme obdrželi odhad nákladů podle jednotlivých služeb, který je uveden v tabulce č. 3. Přesnost odhadů se bohužel bude podle typu služeb lišit. Přes chyby v odhadech bychom mohli dostat dobrý celkový obraz o situaci ve výdajích na péči o duševní péče v Karlovarském kraji.

Tabulka č. 3: Odhad současných výdajů na duševní zdraví v Karlovarském kraji

Typ služby	Výchozí stav	Podíl
Ambulantní péče	17 950 488	4,3
Léky na předpis	35 900 976	8,6
Případové vedení	756 000	0,2
Akutní lůžková psych. péče nemocnice	54 685 800	13,1
Následná lůžková péče PL	55 405 680	13,2
Rezidenční komunitní služby	600 000	0,1
Ústavní rezidenční služby	250 560 000	59,8
Krizové služby a linka důvěry	118 500	0,0
Denní stacionáře a psychoterap. programy	315 000	0,1
Pracovní rehabilitace	1 500 000	0,4
Svépomocné a aktivizační programy	760 000	0,2
Poradenství	393 000	0,1
CELKEM	418 945 444	100,0

Celkové výdaje na duševní zdraví odhadujeme na částku zhruba 420 mil. Kč. Největší odhadovanou položkou jsou ústavní rezidenční služby, které představují více než polovinu výdajů.

Predikce budoucích výdajů vychází ze změny kapacit a je přepočítána na počet pacientů. Počty pacientů čerpajících služby jsou uvedeny v tabulce č. 4. Po násobení nákladovými jednotkami obdržíme odhad celkových nákladů (tabulka č. 5).

Tabulka č. 4: Odhad počtu pacientů/klientů v průběhu transformace

Typ služby	Výchozí stav	2012	2015	2020
Ambulantní péče	8392	9496	10600	10600
Léky na předpis	8392	9496	10600	10600
Případové vedení	42	440	840	1200
Akutní lůžková psychiatrická péče nemocnice	1476	1845	1845	1845
Následná lůžková péče PL	682	682	682	682
Rezidenční komunitní služby	5	100	200	238
Ústavní rezidenční služby	1044	1044	1044	1044
Krizové služby (a linka důvěry)	79	1500	1500	1500
Denní stacionáře a psychoterap. programy	45	543	1294	1294
Pracovní rehabilitace	25	166	394	725
Svépomocné a aktivizační programy	38	200	400	450
Poradenství	131	507	1013	1900

Tabulka č. 5: Odhad výdajů na duševní zdraví v Karlovarském kraji v průběhu transformace

Typ služby	Výchozí stav	2012	2015	2020
Ambulantní péče	17 950 488	20 311 944	22 673 400	22 673 400
Léky na předpis	35 900 976	40 623 888	45 346 800	45 346 800
Případové vedení	756 000	7 920 000	15 120 000	21 600 000
Akutní lůžková psychiatrická péče nemocnice	54 685 800	68 357 250	68 357 250	68 357 250
Následná lůžková péče PL	55 405 680	55 405 680	55 405 680	55 405 680
Rezidenční komunitní služby	600 000	12 000 000	24 000 000	28 560 000
Ústavní rezidenční služby	250 560 000	250 560 000	250 560 000	250 560 000
Krizové služby a linka důvěry	118 500	3 450 000	3 450 000	3 450 000
Denní stacionáře a psychoterap. programy	315 000	3 801 000	9 058 000	9 058 000
Pracovní rehabilitace	1 500 000	9 960 000	23 640 000	43 500 000
Svépomocné a aktivizační programy	760 000	4 000 000	8 000 000	9 000 000
Poradenství	393 000	1 521 000	3 039 000	5 700 000
CELKEM	418 945 444	477 910 762	528 650 130	563 211 130

4. Shrnutí

Realizace transformace péče o duševní zdraví znamená zvýšení celkových výdajů na duševní zdraví v Karlovarském kraji z nyní odhadovaných 419 mil. Kč ročně na 563 mil. Kč. To znamená nárůst o 144 mil. Kč ročně, v procentních bodech nárůst o 34 %. Výsledek dokladuje existující rozevřené nůžky mezi potřebami péče v kraji a jejím současným kapacitním a finančním zajištěním.

Kdo transformaci péče o duševní zdraví zaplatí? Část bude uhrazena z veřejného zdravotního pojištění, část bude nutno získat z veřejných rozpočtů (kraj, obce) a část od uživatelů služeb. Je nárůst výdajů na duševní zdraví v Karlovarském kraji velký? Obdobná studie realizovaná v Praze ukázala, že v Praze by si transformace vyžádala zvýšení výdajů na více než dvojnásobek, což by znamenalo částky ve stamilionech až miliardu. Z tohoto pohledu výsledek pro Karlovarský kraj vypadá střízlivě a byl by podle všeho realizovatelný i za méně příznivých ekonomických podmínek, které v současnosti panují.

Analýza rizik realizace koncepce péče o osoby s duševním onemocněním a závislostí na území Karlovarského kraje

1. Postup:

Za účelem zjištění možných rizik v další realizaci Koncepce jsme provedli Analýzu rizik, která sestávala z těchto kroků:

- i. oslovili jsme a požádali o spolupráci některé **osoby**, které stály u zrodu některých **regionálních modelů služeb pro duševně nemocné v ČR** a dosud ve službách v těchto regionech zastávají vedoucí funkce.
- ii. Upořádali jsme **focus group**, kam byly tyto osoby pozvány a kde tématem skupinové diskuse byly překážky rozvoje sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním. Tato focus group proběhla dne 1. 12. 2010 za účasti expertů z regionů Mladá Boleslav, Praha 11, Pardubice, Jesenicko a Vysočina. Z diskuse vyplynulo několik opakujících se témat rizik, která jsme dále zpracovali v dotazníkovém šetření.
- iii. Účastníkům proběhlé focus group byly dodány **dotazníky** s otázkami, které se obsahově nejvíce blížily těžišti diskuse během focus group:
 - i. Finanční rizika realizace
 - ii. Organizační a koordinační rizika
 - iii. Rizika ohledně zapojení cílových skupin
 - iv. Zapojení lidských zdrojů pro profesionální činnost
 - v. Rizika ohledně postoje veřejnosti
 - vi. Další možná rizika dle vlastního uváženíCelkem byly zodpovězeny 4 dotazníky.

2. Výsledky:

Výsledky byly zpracovány na základě výstupu focus group a na základě odpovědí z dotazníků:

i. Finanční rizika:

Respondenti v době zpracování odpovědí neměli k dispozici Koncepci po vyhodnocení její finanční nákladovosti, proto se k financování služeb vyjádřili spíše v obecnější rovině. Jako zásadní riziko byla uváděna dlouhodobá finanční udržitelnost sociálních služeb a z tohoto hlediska se v některých odpovědích objevily návrhy na přehodnocení celkového navrhovaného objemu služeb a jejich potřebnosti, na výraznější oddělení nezbytné sítě služeb od optimální sítě služeb a na vyhodnocení jak provozních, ale i investičních nákladů na vznik služeb nových. Obecná finanční rizika ze systémového pohledu se týkala následujících bodů:

- **Neexistující koncepční financování sociální služeb** ze státního rozpočtu, resp. z rozpočtů krajských. Problémem je zejména nemožnost víceletého finančního plánu (granty jsou pouze jednoleté). Toto riziko je nyní ještě umocněno plánovanými úspornými opatřeními státního rozpočtu.
- **Nejistota pokračování zdrojů EU**, tzv. individuálních projektů po jejich skončení v programovém období let 2007-2013
- **Špatná spolupráce se zdravotními pojišťovnami** ohledně možnosti navazování nových smluv na provozování zdravotnických služeb. Otázka zda a jak může mít vliv samospráva na jejich rozhodování.

ii. Organizační a koordinační rizika

Po stránce koordinační a organizační se respondenti soustředovali zejména na následující problémové okruhy:

- Při **komunitním plánování**, pokud není činěno na základě výzkumu, hrozí riziko, že potřeby vychází pouze ze zástupců stávajících služeb, zvláště těch, které mají silný hlas. Na druhou stranu pokud se rozvoj komunitních služeb prosazuje na základě převážně osobních vazeb, existuje riziko, že bude jejich poskytování přerušeno, změní-li se situace, pokud nejsou legislativně ukotveny.
- Rizika vyplývající z **řízení kraje**: koncepci musí být nakloněn kraj, avšak může se změnit lokální vláda a podpora služeb může padnout. Navíc kraj může být ve střetu zájmu při hájení organizací, které sám zřizuje vůči ostatním zřizovatelům sociálních služeb.
- Koordinace služeb: nevyjasněnost **právní subjektivity nových služeb** a jejich zřizovatele může vyvolat chaos v jejich koordinaci a kompetencích; navrhovaný **koordinační tým** by měl být zakotven v rámci krajského úřadu, jinak nebude respektován; je zde stále riziko malé **mezioborové spolupráce** mezi službami, zejména sociálními a zdravotními z důvodů malé časové kapacity, zejména u lékařů. Dalším rizikem je, že jednotlivé služby se mohou stát **konkurenty** při výběrových řízeních a tím klesne jejich míra ochoty ke spolupráci.
- Riziko špatné spolupráce a **nepropojení zdravotnických a sociálních** služeb: při proměně sociálních služeb mohou zdravotnické služby zůstat beze změny, zdravotnické služby nebudou spolupracovat na koncepci (příkladem je rigidita psychiatrických léčeben v některých krajích).

iii. Rizika ohledně zapojení cílových skupin

Odhadovaná rizika ohledně zapojení cílových skupin by bylo možné rozčlenit do následujících bodů:

- Nedostatek zájmu ze strany duševně nemocných či závislých nebyl u respondentů shledán jako závažnější riziko. Zhoršení zapojení se může vyskytnout **u placených služeb** (např. navrhovaná asistenční služba), zvláště pokud vezmeme v úvahu tu okolnost, že duševně nemocní jsou jen v malé míře příjemci příspěvků na péči /v důsledku legislativních i nesprávné praxe při jejich přidělování/ a že rovněž řada osob i se závažným duševním onemocněním má potíže s přiznáním invalidních důchodů.
- Poskytovatelé, zejména nezkušení, mohou **snížovat práh postižení pro přijetí** do služeb, kapacita služeb pak může být nasycena méně potřebnými klienty (potřeba nastavení vstupních kritérií a kontroly jejich dodržování).
- Samotní **poskytovatelé mohou opustit cílovou skupinu** duševně nemocných z důvodu finančně výhodnějšího poskytování služeb jiným cílovým skupinám (příklad přeorientace Charity na skupinu Romů a bezdomovců).

iv. Zapojení lidských zdrojů pro profesionální činnost

Mezi respondenty byla značná shoda v riziku **nedostatečného množství** kvalifikovaných zkušených pracovníků v regionu pro rozvoj služeb. Týká se to zejména:

- Nedostatku zkušených **sociálních pracovníků** v nových službách (lze přechodně ošetřit využíváním externí metodické podpory).
- Nedostatku **zdravotnických profesionálů** do nových služeb, zejména psychiatrických sester.

v. **Rizika ohledně postoje veřejnosti**

Odhadovaná rizika v této oblasti se týkají především stigmatizace duševně nemocných. Negativní postoje veřejnosti mohou být zaměřeny jak **vůči osobám závislým** na návykových látkách a jejich využívání veřejné podpory, tak **vůči duševně nemocným** v případě stacionárních a rezidenčních služeb (umístění do lokality, kde s obdobnými službami nejsou zkušenosti). Doporučována je jednak cílená práce s místní komunitou, tak informační a destigmatizační kampaně (včetně přednášek na středních školách, dnů otevřených dveří apod.).

vi. **Další možná rizika**

Mezi dále uváděnými riziky se rovněž objevila možná příliš **krátká doba** pro vznik a rozvoj nových služeb, která nemusí být realistická vzhledem k finanční udržitelnosti a získání odborného personálu.

**"Kategorizace služeb pro osoby s
duševním onemocněním podle zákona
č. 108/2006., o sociálních službách, ve
znění pozdějších předpisů"**

**Dodatek ke Koncepti péče o osoby s duševním
onemocněním v Karlovarském kraji**

"Kategorizace služeb pro osoby s duševním onemocněním podle zákona č. 108/2006., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů"

Dodatek ke Koncepti péče o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji

Služby v resortu sociálních věcí

a. Priorita

Mezi priority k rozšíření služeb v této oblasti je především zapotřebí zařadit **rezidenční komunitní služby**. Na základě proběhlých šetření je jejich potřebná kapacita odhadována na 1000 klientů ošetřovaných během jednoho roku, což představuje zhruba 800 lůžek. Zařízení by měla sloužit především pro klientelu s psychózami a afektivními poruchami, v menší míře pro úzkostné a behaviorální poruchy či pro děti s psychickými poruchami. 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:

"Kategorizace služeb pro osoby s duševním onemocněním podle zákona č. 108/2006., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů"

Dodatek ke Koncepti péče o osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji

Služby v resortu sociálních věcí

a. Priorita

Mezi priority k rozšíření služeb v této oblasti je především zapotřebí zařadit **pobytové služby umístěné v komunitě, především chráněná bydlení, v menší míře pak domovy se zvláštním režimem pro osoby s duševním onemocněním**. Na základě proběhlých šetření je jejich potřebná kapacita odhadována na 1000 klientů ošetřovaných během jednoho roku, což představuje zhruba 800 lůžek. Zařízení by měla sloužit především pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním, malá část pro děti trpící duševním onemocněním. 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:

Tab. 3: Návrh potřebného navýšení rezidenčních komunitních služeb

Typ rezidenční komunitní služby	Počet lůžek/zařízení	Časový plán
Komunitní bydlení pro klienty s psychózou a afektivními poruchami	80/4	1 zařízení od r. 2012 1 zařízení od r. 2015 2 zařízení od r. 2020
Tréninkové chráněné byty pro klienty s psychózou a afektivními poruchami	30/10	10 lůžek od r. 2012 10 lůžek od r. 2015 10 lůžek od r. 2020
Pobyty pro děti a adolescenty s režimovou terapií a psychoterapií	20/1	20 míst od r. 2012
Terapeutická komunita pro závislé	30/1	1 zařízení od r. 2012
Terapeutická komunita pro osoby s poruchou osobnosti	30/1	1 zařízení od r. 2015

Další prioritu na rozšíření v oblasti sociálních služeb představují služby **pracovní rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním**.

Tab. 3: Návrh potřebného navýšení pobytových služeb

Typ služby	Počet lůžek/zařízení	Časový plán
Chráněné bydlení skupinového typu (3) a domov se zvláštním režimem (1) pro osoby s chronickým duševním onemocněním (§ 51)	80/4	1 zařízení od r. 2012 1 zařízení od r. 2015 2 zařízení od r. 2020
Chráněné bydlení (formou bytů pro 2-4 uživatele) pro osoby 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 trpící duševní nemocí (§ 47)	20/1	20 míst od r. 2012
Terapeutická komunita pro závislé (§ 68)	30/1	1 zařízení od r. 2012
Terapeutická komunita pro osoby s chronickým duševním onemocněním (§ 68)	30/1	1 zařízení od r. 2015

Další prioritu na rozšíření v oblasti sociálních služeb představují služby **pracovní rehabilitace** realizované formou **sociálně terapeutických dílen** a **sociální rehabilitace**.

Na základě výsledků šetření by tyto služby měly pokrývat kapacitu odpovídající 1450 klientů ročně, což by představovalo zhruba 140 sociálních pracovníků, především pro osoby trpící schizofrenií, afektivními poruchami a úzkostnými a behaviorálními poruchami.

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

Tab. 4: Návrh potřebného navýšení služeb pracovní rehabilitace

Typ služby pracovní rehabilitace	Počet soc. pracovníků/ počet zařízení	Časový plán
Chráněná dílna pro klienty s psychózou či afektivní poruchou	30/5	6 úvazků od r. 2012 12 úvazků od r. 2015 12 úvazků od r. 2020
Přechodné zaměstnávání	20/5	5 úvazků od r. 2012 5 úvazků od r. 2015 10 úvazků od r. 2020
Podporované zaměstnání pro osoby s duševním onemocněním	20/5	5 úvazků od r. 2012 5 úvazků od r. 2015 10 úvazků od r. 2020

Na základě výsledků šetření by tyto služby měly pokrývat kapacitu odpovídající 1450 klientů ročně, což by představovalo zhruba 140 sociálních pracovníků.

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

Tab. 4: Návrh potřebného navýšení služeb pracovní rehabilitace

Typ služby pracovní rehabilitace	Počet soc. pracovníků/ počet zařízení	Časový plán
Sociálně terapeutické dílny pro osoby s chronickým duševním onemocněním (§ 67) (část kapacity je možno realizovat mimo režim sociálních služeb formu chráněných dílen)	30/5	6 úvazků od r. 2012 12 úvazků od r. 2015 12 úvazků od r. 2020
Sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním (§ 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

Výhledově by měla být další kapacita rehabilitačních služeb zaměřena i na služby **podporovaného vzdělávání** (studenti SŠ a VŠ s psychickými poruchami).

Třetí prioritou v rámci resortu sociálních věcí je poradenství. **Specializované poradenství** pro osoby s duševním onemocněním by mělo sloužit na základě výstupů šetření pro 1900 klientů ročně, což představuje kapacitu zhruba 7,5 úvazku 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.

Mimo rámec vlastních sociálních služeb je podpora **sociálních firem** s možností zaměstnávání lidí s duševními poruchami na kratší pracovní úvazky. Vhodná je pak jejich spolupráce se službami pracovní rehabilitace.

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

Výhledově by měla být další kapacita služeb **sociální rehabilitace (§ 70)** zaměřena i na podporu při vzdělávání (studenti SŠ a VŠ s duševním onemocněním).

Třetí prioritou v rámci resortu sociálních věcí je poradenství. **Specializované poradenství** pro osoby s duševním onemocněním by mělo sloužit na základě výstupů šetření pro 1900 klientů ročně, což představuje kapacitu zhruba 7,5 úvazku 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.

Mimo rámec vlastních sociálních služeb je podpora **sociálních firem** s možností zaměstnávání lidí s duševními poruchami na kratší pracovní úvazky. Vhodná je pak jejich spolupráce se službami pracovní rehabilitace.

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

b. Další potřebné rozšíření služeb

K dalším službám, které je zapotřebí zavést pro osoby s duševním onemocněním, patří **svépomocné a aktivizační programy**. Měly by sloužit zhruba pro 850 klientů ročně, což představuje asi kapacitu 17 zařízení po 50 uživatelích. K pokrytí alespoň nutné minimální části této potřeby navrhujeme následující strukturu nově vytvořených služeb:

b. Další potřebné rozšíření služeb

K dalším službám, které je zapotřebí zavést pro klientelu s duševním onemocněním, patří **sociálně aktivizační služby**. Měly by sloužit zhruba pro 850 klientů ročně, což představuje asi kapacitu 17 zařízení po 50 uživatelích. K pokrytí alespoň nutné minimální části této potřeby navrhujeme následující strukturu nově vytvořených služeb:

Tab. 5: Návrh potřebného navýšení svépomocných a aktivizačních programů

Typ svépomocného a aktivizačního programu	Počet zařízení	Časový plán
Centra denních aktivit pro klienty s psychózou či afektivní poruchou	3	1 zařízení od r. 2011 1 zařízení od r. 2015 1 zařízení od r. 2020
Denní centra s aktivizací pacientů, nácvikem motoriky, sebekpěčí a edukací pro klienty s organickým psychickým postižením	2	1 zařízení od r. 2012 1 zařízení od r. 2015
Svépomocné uživatelské organizace pro osoby s duševním onemocněním	1	1 organizace od r. 2012
Nízkoprahová centra pro osoby se závislostí na návykových látkách	1	1 zařízení od r. 2012
Střediska rané péče	1	1 zařízení od r. 2015
Centra komplexní péče pro děti s poruchou autistického spektra	1	1 zařízení od r. 2015

Tab. 5: Návrh potřebného navýšení svépomocných a aktivizačních programů

Typ svépomocného a aktivizačního programu	Počet zařízení	Časový plán
Sociálně aktivizační služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním (§ 66)	3	1 zařízení od r. 2011 1 zařízení od r. 2015 1 zařízení od r. 2020
Sociálně aktivizační služby pro osoby s demencemi (§ 66)	2	1 zařízení od r. 2012 1 zařízení od r. 2015
Sociální rehabilitace (§ 70), sociální poradenství (§ 37) nebo sociálně aktivizační služby poskytované svépomocnými organizacemi uživatelů	1	1 organizace od r. 2012
Kontaktní centra pro závislé (§ 59)	1	1 zařízení od r. 2012
Střediska rané péče (§ 54)	1	1 zařízení od r. 2015
Centra sociální rehabilitace (§ 70) pro děti trpící duševní poruchou (autismus apod.)	1	1 zařízení od r. 2015

Potřebná je i další podpora **svépomocných hnutí rodinných příslušníků** lidí s duševními poruchami a odpovídající finanční zajištění jejich aktivit.

Potřebná je i další podpora **svépomocných hnutí rodinných příslušníků** lidí s duševními poruchami a odpovídající finanční zajištění jejich aktivit.