



Krajský plán

péče o duševní zdraví

v Libereckém kraji

2026
2030



Spolufinancováno
Evropskou unií



Financováno z projektu „Podpora procesů v rámci reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“
s reg. číslem CZ.03.02.02/00/22_006/0001329

Schváleno Radou Libereckého kraje
Schváleno Zastupitelstvem Libereckého kraje

Financováno z projektu „Podpora procesů v rámci reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“
s reg. číslem CZ.03.02.02/00/22_006/0001329.

Tento materiál vznikl za podpory



Spolufinancováno
Evropskou unií



namouduši
namoudusi.info

Autoři
Text: Mgr. et Bc. Klára Zajícová
Grafická úprava: Jan Augusta

Obsah

Úvod	5
1. Komunitní péče o duševní zdraví v kontextu politiky Libereckého kraje	7
1.1 Klíčové dokumenty pro zajištění návaznosti aktivit	8
2. Popis cílových skupin	12
2.1 Osoby se závažným duševním onemocněním (Severe Mental Illness – SMI)	12
2.2 Osoby v adiktologické péči	13
2.3 Osoby s duševním onemocněním v dětském a dorostovém věku	13
2.4 Osoby s duševním onemocněním v seniorském věku	14
2.5 Osoby s duševním onemocněním, které se dostaly do konfliktu se zákonem (forenzní oblast)	14
3. Řízení procesu reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji	16
3.1 Krajská koordinační skupina pro duševní zdraví v Libereckém kraji	17
3.2 Pracovní podskupiny	17
4. Péče o osoby s duševním onemocněním v Libereckém kraji	18
4.1 Sebepéče a neformální péče v komunitě jako prevence duševního zdraví	19
4.2 Komunitní služby	20
4.3 Ambulantní psychiatrická péče	26
4.4 Lůžková péče	28
5. Výstupy z analýzy v Libereckém kraji	33
5.1 Děti	33
5.2 Dospělí	35
5.3 Senioři	41
6. Duševní zdraví v kontextu války a migrace: uprchlíci z Ukrajiny	44

7. Současný stav systému služeb péče o duševní zdraví	45
7.1 Řízení a koordinace péče o duševní zdraví a sítě služeb v kraji	45
7.2 Financování	47
7.3 Sítě služeb	50
7.4 Lidské zdroje a jejich příprava	52
7.5 Destigmatizace	54
7.6 Obhajoba zájmů klientů a rodinných příslušníků	55
7.7 Zlepšení kvality systému péče o duševní zdraví	57

8. Návrhová část	59
8.1 Posílení řízení a koordinace systému	61
8.2 Stabilní financování a udržitelnost systému	62
8.3 Zajištění dostupné a provázané sítě služeb	63
8.4 Rozvoj lidských zdrojů	63
8.5 Destigmatizace a podpora prevence	64
8.6 Zajištění kvality, ochrany práv a participace	65

9. Závěr	67
-----------------	-----------

Úvod

Duševní zdraví je nedílnou součástí celkového zdraví člověka a významně ovlivňuje kvalitu života jednotlivců i společnosti jako celku. V posledních letech dochází k zásadní proměně přístupu k péči o duševní zdraví v České republice, která je založena na principu deinstitucionalizace, posílení komunitní a mezioborové spolupráce, respektu k právům lidí se zkušeností s duševním onemocněním a aktivním zapojení všech relevantních aktérů.

Krajský plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji 2026–2030 je strategický dokument, který navazuje na Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 a zároveň reflektuje specifika a potřeby regionu. Cílem tohoto plánu je vytvoření provázaného, dostupného a efektivního systému služeb a podpory pro osoby s duševními obtížemi v Libereckém kraji – a to napříč věkovými skupinami a úrovněmi potřeb.

Plán vznikl v úzké spolupráci s širokou škálou partnerů – odborníky ze zdravotních a sociálních služeb, samosprávou, uživateli služeb a jejich blízkými, zástupci neziskového sektoru i veřejnosti. V rámci tvorby plánu byla využita kombinace datových analýz, dotazníkových šetření, rozhovorů a odborných kulatých stolů.

Krajský plán péče o duševní zdraví je živým dokumentem, který bude pravidelně aktualizován s ohledem na měnící se potřeby obyvatel, legislativní rámec a dostupné zdroje. Věříme, že tento plán přispěje k tomu, aby každý obyvatel Libereckého kraje měl možnost dosáhnout dobrého duševního zdraví a v případě potřeby obdržel kvalitní a důstojnou pomoc.

Abecední seznam zkratk

CDZ	Centrum duševního zdraví
CDZ-D	Centrum duševního zdraví pro děti a mládež
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
F0	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F1	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním návykových látek
F2	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F3	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F4	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F5	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F6	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F7	Mentální retardace
F8	Poruchy psychického vývoje
F9	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
GAF	Global assessment of Functioning (globální hodnocení fungování)
IP	Individuální projekt
KKS DZ	Krajská koordinační skupina pro duševní zdraví
LK	Liberecký kraj
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PO	Psychiatrické oddělení
PN	Psychiatrická nemocnice
PNK	Psychiatrická nemocnice Kosmonosy
SMI	Severe mental illness (závažné duševní onemocnění)
ZSLK	Základní síť sociálních služeb Libereckého kraje

1. Komunitní péče o duševní zdraví v kontextu politiky Libereckého kraje

Liberecký kraj dlouhodobě usiluje o zlepšení kvality života svých obyvatel, včetně posílení dostupnosti a kvality péče o duševní zdraví. V souladu s národní reformou psychiatrické péče podporuje kraj principy komunitní péče, která se opírá o úzkou spolupráci mezi odborníky, uživateli služeb, jejich rodinami a dalšími klíčovými aktéry v místních komunitách.

Rozvoj komunitní péče v Libereckém kraji vyžaduje víceúrovňovou a mezioborovou spolupráci, která propojuje zdravotní a sociální služby, komunitní a lůžkovou péči, stejně jako různé typy podpory pro specifické cílové skupiny – včetně osob s duální diagnózou, dětí a dospívajících nebo seniorů.

Klíčové principy komunitního modelu

- **multidisciplinarita** týmů (zdravotníci, sociální pracovníci, peer pracovníci apod.);
- **časová a místní dostupnost**, včetně nízkoprahového vstupu do služeb;
- **flexibilita služeb**, včetně možnosti individualizovat péči dle potřeb klienta;
- **poskytování podpory v přirozeném prostředí klienta**, se zaměřením na sociální stabilitu, bydlení, práci a mezilidské vztahy;
- **propojení s primární péčí** a dalšími složkami systému (např. školství, zaměstnanost).

Liberecký kraj při plánování sítě duševního zdraví reflektuje potřebu komplexní koordinace jednotlivých článků systému. Centra duševního zdraví (dále jen CDZ) představují důležitou složku nově budované sítě, ale pouze v kombinaci s dalšími službami – terénními týmy, krizovými službami, chráněným bydlením, adiktologickými službami apod. – může systém naplnit principy transformace a deinstitucionalizace.

Role kraje v procesu transformace

Liberecký kraj aktivně pracuje na přípravě regionálního plánu rozvoje služeb péče o duševní zdraví, který je koncipován jako strategický dokument navazující na dokument Rozvoj psychiatrické péče v Libereckém kraji v období 2016–2022, transformační plány psychiatrických nemocnic a národní rámce. Cílem je vytvořit provázanou, efektivní a dostupnou síť služeb, která bude reflektovat specifické demografické, geografické i sociální podmínky kraje.

Transformace psychiatrické péče v kraji vyžaduje dlouhodobé plánování a podporu – včetně koordinace s poskytovateli služeb, obcemi, zdravotními pojišťovnami a dalšími partnery. Kraj proto podporuje vznik pracovních skupin, komunitních platform a partnerství, které umožní realizaci změn na lokální úrovni a posílení role komunit v oblasti péče o duševní zdraví.

1.1 Klíčové dokumenty pro zajištění návaznosti aktivit

Strategie reformy péče o duševní zdraví¹ byla schválena Ministerstvem zdravotnictví jako vládní strategie dne 7. 9. 2013. Jako hlavní záměr reformy je uvedeno naplňování lidských práv lidí s duševním onemocněním v nejširším možném výkladu. Specifické cíle jsou následující:

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

Dokument Rozvoj psychiatrické péče v Libereckém kraji v období 2016–2022² vznikl jako výchozí souhrn výše jmenovaných strategických cílů při naplňování konceptu Reformy péče o duševní zdraví v podmínkách Libereckého kraje.

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (NAPDZ) byl 27. ledna 2020 schválen vládou ČR. Jedná se o implementační dokument tří strategických dokumentů³, který stanovuje konkrétní postupy pro naplňování těch částí Strategie reformy péče o duševní zdraví, u kterých existují zjevné implementační deficity. NAPDZ definuje, jak bude vypadat oblast duševního zdraví v roce 2030, ve smyslu koordinace a řízení poskytované péče, sítě služeb v komunitě, lidských zdrojů, odborné přípravy, legislativy, ochrany práv a zplnomocnění osob s duševním onemocněním, oblasti financování, destigmatizace, systému kvality péče, výzkumu a informačních systémů. Hovoří o potřebách koordinace veřejné politiky ve dvou základních úrovních – horizontální a vertikální.

¹ Dostupný z: Strategie reformy péče o duševní zdraví.pdf

² Dostupná z: Koncepce rozvoje zdravotnictví | Liberecký kraj

³ Dostupný z: Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030.pdf

Strategie rozvoje Libereckého kraje 2021–2027⁴ je střednědobý strategický dokument, schválený 23. června 2020 Zastupitelstvem kraje č. usnesení 211/20/ZK. Definiuje klíčové oblasti rozvoje kraje: prosperitu, atraktivitu, propojení, péči, spolupráci a zelený rozvoj.

V rámci pilíře D – „Pečující kraj“ se duševní zdraví objevuje zejména v rámci cíle D2 „Zodpovědná péče o zdraví“ a D3 „Vstřícné a dostupné služby v sociální oblasti“. Strategie zdůrazňuje potřebu:

- posilovat zdravotní i sociální péči, která přispívá k psychické pohodě obyvatelstva;
- rozvíjet dostupné služby včetně prevence duševních onemocnění;
- podporovat mezioborovou spolupráci mezi resorty zdravotnictví, sociální péče, školství a obcí.

Duševní zdraví je tedy vnímáno jako součást širšího rámce péče o obyvatele – je zahrnuto v opatřeních na zlepšení kvality života, sociálního začleňování a péče o nejzranitelnější skupiny.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje na období 2024–2026⁵ je strategický dokument, který vymezuje hlavní směry, cíle a opatření pro rozvoj a zajištění dostupné, kvalitní a efektivní sítě sociálních služeb v kraji. Zaměřuje se na podporu různých cílových skupin – včetně osob se zdravotním postižením, seniorů, rodin s dětmi, lidí ohrožených sociálním vyloučením i osob s duševním onemocněním. Plán klade důraz na rozvoj komunitních služeb, mezioborovou spolupráci a reaguje na aktuální potřeby v území. Dokument byl schválen Radou Libereckého kraje dne 19. prosince 2023.

Východiska pro oblast duševního zdraví jsou následující:

- **Komunitní rozvoj:** posílení dostupnosti služeb v terénu, ambulantní i pobytové péči.
- **Podpora rodin/pečujících:** uznání roli pečujících a jejich aktivní podpora.
- **Investice do odbornosti:** vznik CDZ, multidisciplinárních týmů, vzdělávání profesionálů.
- **Standardizace:** metodická podpora zajišťuje kvalitní a jednotný přístup napříč krajem.

Plán tedy ukazuje na komplexní přístup: strukturovaně rozvíjí služby, posiluje kapacity a kvalitu péče a zahrnuje i podporu blízkých.

Zpráva o zdraví v Libereckém kraji 2020⁶ poskytuje komplexní přehled o zdravotním stavu obyvatel kraje na základě demografických, epidemiologických a socioekonomických ukazatelů. Dokument identifikuje hlavní příčiny nemocnosti a úmrtnosti, sleduje životní styl obyvatel i dopady životního prostředí na zdraví. Zvláštní pozornost je věnována rostoucímu výskytu chronických onemocnění, stárnutí populace a nerovnostem ve zdraví.

⁴ Dostupné z: Strategie rozvoje Libereckého kraje.pdf

⁵ Dostupný z: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb LK.pdf

⁶ Dostupné z: Zpráva o zdraví v Libereckém kraji 2020.pdf

Z hlediska duševního zdraví zpráva upozorňuje na významný podíl populace trpící duševními poruchami a poruchami chování – přibližně 8,8 % obyvatel kraje. Zpráva poukazuje na zvyšující se zátěž duševních onemocnění, jejich souvislost se sociálními determinantami zdraví a upozorňuje na potřebu posílení prevence, dostupnosti péče a mezioborové spolupráce. Duševní zdraví je v dokumentu vnímáno jako nedílná součást celkového zdravotního stavu populace, která má zásadní vliv na kvalitu života i schopnost začlenění do společnosti.

Zdravotní politika Libereckého kraje 2022⁷ je strategický dokument, jehož cílem je systematicky zlepšovat zdravotní stav obyvatel kraje prostřednictvím podpory prevence, dostupné péče a zdravého životního stylu. Monitoring akčního plánu za rok 2024⁸ sleduje plnění konkrétních cílů napříč oblastmi zdravotnictví, včetně oblasti duševního zdraví.

Duševní zdraví je v dokumentu akcentováno jako jedna z klíčových výzev. Monitoring upozorňuje na nutnost pokračující reformy psychiatrické péče, zlepšování její dostupnosti a kvality, posílení mezioborové spolupráce, realizaci destigmatizačních aktivit a systematické vzdělávání pracovníků ve zdravotních i sociálních službách. Zároveň apeluje na rozvoj komunitních služeb, zejména ve formě Center duševního zdraví, multidisciplinárních týmů a krizových služeb, které by zajistily dostupnou péči napříč regionem. Dokument rovněž reflektuje dopady pandemie COVID-19 na psychické zdraví obyvatel a zdůrazňuje potřebu reagovat na rostoucí výskyt úzkostí, depresí a dalších duševních potíží. Podpora duševního zdraví je vnímána jako nedílná a prioritní součást krajské zdravotní politiky.

Strategie Libereckého kraje v oblasti zdravotnictví na období 2024+⁹ je další strategický dokument resortu zdravotnictví, který zmiňuje problematiku řešení duševního zdraví, a to z pohledu zajištění lůžkové či ambulantní péče v oboru psychiatrie. Liberecký kraj se musí zaměřit především na:

- pokračování budování center duševního zdraví (CDZ) i jejich rozšířené formy s lůžky,
- podporu vzniku soukromého pracoviště anebo krizových center pro krátké stabilizační hospitalizace, které by ideálně neměly být realizovány na pracovištích s duševně nemocnými pacienty,
- snahu o stabilizaci personálu v těchto odbornostech.

Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy Libereckého kraje 2024–2028¹⁰ definuje strategický rámec vzdělávání s důrazem na kvalitu, dostupnost a adaptaci na potřeby trhu práce. V oblasti duševního zdraví zdůrazňuje klíčovou roli školních poraden, kvalitní další vzdělávání pedagogů a celkovou prevenci psychických potíží u žáků. Podporuje tím inkluzivní, bezpečné a podpůrné školní prostředí.

⁷ Dostupné z: Zdravotní politika 2022 – akční plán 2023–2025.pdf

⁸ Dostupné z: Monitoring akčního plánu 2023–2025 za rok 2024.pdf

⁹ Dostupné z: Strategie libereckého zdravotnictví - Exekutivní shrnutí.pdf

¹⁰ Dostupné z: Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy Libereckého kraje na období 2024–2028 | Strategické a koncepční dokumenty | EDU LK

Výroční zpráva o stavu a rozvoji vzdělávací soustavy v Libereckém kraji za školní rok 2023/2024¹¹ shrnuje vývoj a aktuální stav školství v kraji napříč všemi stupni vzdělávání. Dokument hodnotí demografický vývoj, kapacity škol, výsledky vzdělávání i podpůrná opatření.

V oblasti duševního zdraví zpráva zdůrazňuje rostoucí potřebu podpory psychické pohody žáků. Kraj podporuje školy v zavádění preventivních programů, spolupráci s poradenskými službami a vytváření bezpečného školního prostředí. Duševní zdraví je vnímáno jako důležitá součást celkového rozvoje žáků a kvality vzdělávání.

¹¹ Dostupné z: Výroční zpráva o stavu a rozvoji vzdělávací soustavy v Libereckém kraji za školní rok 2023/2024 | Strategické a koncepční dokumenty | EDU LK

2. Popis cílových skupin

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

Součástí komunitní péče o duševní zdraví je i zohlednění kulturní, jazykové a sociální rozmanitosti obyvatel Libereckého kraje, včetně příslušníků romské menšiny a dalších národnostních skupin, u nichž se duševní obtíže mohou kumulovat s faktory sociálního vyloučení.

2.1 Osoby se závažným duševním onemocněním (Severe Mental Illness – SMI)

Do této skupiny patří osoby s diagnózou schizofrenního onemocnění, afektivních poruch, těžkých úzkostných poruch, poruch příjmu potravy případně i těžších forem poruch osobnosti (dle MKN-10 klasifikace F2, F3, F4, F5, popřípadě F6), s dlouhodobým chronickým průběhem, u kterých se projevuje důsledek tohoto onemocnění jako závažné postižení omezující zejména v oblasti sociálních funkcí. Kromě již diagnostikovaných osob (a tudíž čerpajících psychiatrickou péči) existuje řada lidí, kteří trpí duševní nemocí a nikdy nebyli diagnostikováni (např. mezi lidmi bez příštřeší či osobami závislými na návykových látkách).

Tato skupina není homogenní, vyžaduje různé druhy a intenzitu pomoci. Jakákoliv strategie musí zároveň respektovat potřebu a pomoc sociálního zázemí a být tedy zaměřena i na ovlivňování rodiny (informace, edukace) a podporu vytváření náhradních společenství (např. kluby vedené buď profesionálně, nebo svépomocí). Jakákoliv náročnější potřeba sociální podpory proto vyžaduje individuální přístup a tím i odbornou kompetenci pomáhajících pracovníků.

Závažné duševní onemocnění je charakterizováno třemi znaky:

- délka kontaktu se službami duševního zdraví je delší než 2 roky (onemocnění trvá déle než 2 roky),
- nemoc způsobuje funkční postižení (obvykle se udává méně než 50 nebo 70 bodů na škále GAF¹²),

¹² GAF: zkratka Global Assessment of Functioning, škála pro celkové hodnocení fungování. Používá se v psychiatrii k hodnocení psychických, sociálních a pracovních funkcí. Je to klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění.

- je diagnostikováno jako onemocnění schizofrenního okruhu, bipolární poruchy (těžší forma afektivních poruch obecně), těžká forma poruchy osobnosti, případně těžká forma úzkostné poruchy, zvláště obsedantně kompulzivní (tzn. diagnostické okruhy F2, F3, eventuálně F4 a F6).

Vzhledem k dlouhodobému průběhu vážnosti příznaků a tendenci ke vzniku funkčního postižení využívají lidé s potížemi typu SMI největší podíl ambulantní i hospitalizační psychiatrické péče. Potíže typu SMI mohou způsobovat velkou zátěž pro blízké osoby a mnohdy dochází k rozpadu rodinných vazeb. Tato skupina pacientů je nejvíce ohrožena institucionalizací a vyloučením z běžné společnosti. Komplexní rozsah potřeb vyžaduje multidisciplinární přístup s důrazem na principy case managementu¹³, rehabilitace a podpory zotavení.

Další skupinou jsou osoby s potřebou včasné intervence, tzn. osoby s rizikem rozvoje SMI a lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci, akutní stavy nebo dekompenzace chronických psychiatrických onemocnění, dále osoby s obsedantně-kompulzivní poruchou a osoby s poruchou osobnosti. Specifickým průnikem se skupinou osob se závislostí je oblast duálních diagnóz čili kombinace závislosti a jiné duševní poruchy. Výskyt duálních diagnóz vyžaduje integrovanou léčbu.

2.2 Osoby v adiktologické péči

Skupina osob v adiktologické péči může být dále diferencována podle druhu závislosti¹⁴. Různé druhy závislosti mívají odlišné charakteristiky věku nástupu, osobnostního profilu, podílu muži/ženy, „uživatelské kariéry“, a souvisejících zdravotních a sociálních rizik¹⁵.

Společná je potřeba specifických poradenských a léčebných programů z oblasti adiktologie. V případě hlavně drogových závislostí jsou účinné nízkoprahové a terénní programy a uplatnění modelu case managementového přístupu i v přístupu harm reduction.

Problémem je častá dlouhodobost potíží, resp. jejich vysoká návratnost.

2.3 Osoby s duševním onemocněním v dětském a dorostovém věku

Tato skupina je velmi různorodá z klinického pohledu (spektrum diagnóz a různé průběhové formy). Pojítkem je věk nástupu potíží, a tudíž i zásadní kontext rodinného systému. Pracovat se samotným dítětem

¹³ Case management není pouze o práci s klienty (pomoci se zorientovat v neznámém nebo nepřehledném prostředí, hledat, jak jít dál a efektivně využít podpůrné zdroje, které jsou k dispozici). Je zejména o komunikaci a spolupráci mezi odborníky a kolegy z různých oborů, koordinaci a navigaci – tzn. o pomoci člověku zorientovat se v nepřehledném prostředí, najít směr, jak jít dál a zároveň efektivně využít dostupné podpůrné zdroje.

¹⁴ Rozlišujeme závislosti látkové (alkohol, ilegální psychotropní látky, léky apod.) a procesuální závislosti (patologické hráčství atd.)

¹⁵ Plán protidrogové politiky Libereckého kraje 2023–2027

bez podpory celého systému rodiny je neefektivní. Bohužel nedostupnost ambulantních specialistů a terapeutických či edukačních programů je velmi kritická. Důsledkem je nadbytečné množství hospitalizací dětských pacientů a sociální i ekonomická zátěž rodin.

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

2.4 Osoby s duševním onemocněním v seniorském věku

Tuto cílovou skupinu tvoří především lidé žijící s demencí, zejména Alzheimerovou chorobou, vaskulární či smíšenou formou. Většinou jde o seniory starší 65 let, nicméně určité procento osob s demencí se objevuje i v mladším věku. Potíže této skupiny však nepůsobí jen demence sama o sobě. Do vyššího věku vstupují také lidé se závažným duševním onemocněním (SMI), depresí či poruchou osobnosti. Často jde zároveň o osoby s omezenými finančními prostředky, někdy dokonce bez přiznaného důchodu, což dále ztěžuje přístup k sociálním či jiným službám a ohrožuje schopnost udržet si bydlení či řešit další základní potřeby.

Lidé v pokročilejším stadiu nemoci se pak neobejdou bez pomoci další osoby při sebeobsluze a zvládnání běžných životních činností, příp. bez výrazné intenzivní celodenní péče. Vzhledem k tomu, že problémy v oblasti kognitivních funkcí, jako zhoršování paměti, problémy s myšlením a plánováním, s vyjadřováním či neschopností rozpoznávat lidi či věci, se zhoršují s postupem choroby, vnímáme jako důležitou i prevenci a včasnou diagnostiku demence.

2.5 Osoby s duševním onemocněním, které se dostaly do konfliktu se zákonem (forenzní oblast)

Skupina je rozmanitá co do druhu duševních potíží, pohlaví i věku, ale převažují v ní muži mladšího dospělého věku se závažnou duševní nemocí nebo se závislostí. Případně s kombinací jak duševní nemoci, tak i závislosti. Společným jmenovatelem této skupiny je dlouhodobé či přechodné narušení rozpoznávacích a ovládacích schopností vlivem duševní poruchy, které vede k chování trestného charakteru.

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

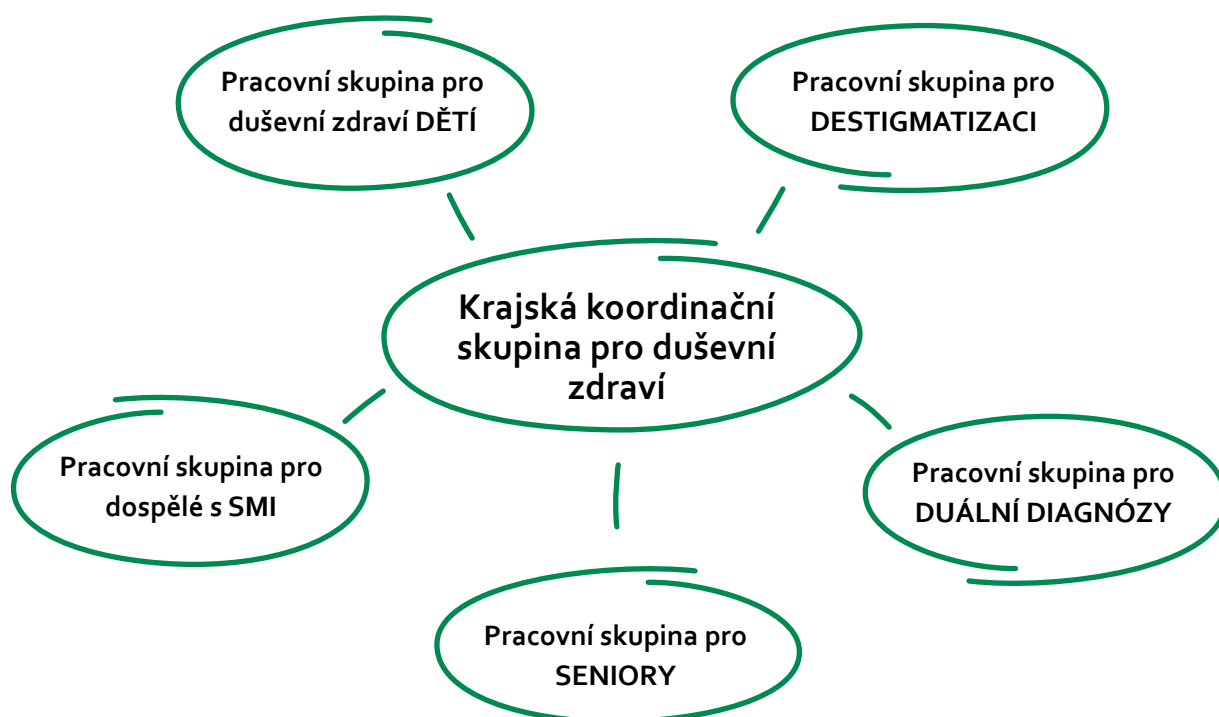
I u lidí, kteří pravidelně dodržují léčbu a mají dobrou sociální oporu, může někdy dojít k náhlému zhoršení psychického stavu, které se projeví i nelegálním nebo rizikovým chováním. Vždy se nabízí otázka, zda byla poskytovaná léčba a podpora dostatečná, flexibilní a schopná včas zachytit blížící se krizi.

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

3. Řízení procesu reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji

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

Řízení procesu reformy péče o duševní zdraví se pak řídí dle následujícího schématu (Obr. 1).



Obr. 1

Schéma systému řízení procesu reformy péče o duševní zdraví na úrovni Libereckého kraje¹⁶

¹⁶ Jednotlivé pracovní skupiny mají svého garanta, který skupinu zastupuje i na Krajské koordinační skupině pro duševní zdraví. Práce garantů podskupin je v současné době financována z projektu „Podpora procesů v rámci reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“ a to do 30. 4. 2026. Poté bude hrazena z navazujícího projektu „Rozvoj reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“.

3.1 Krajská koordinační skupina pro duševní zdraví v Libereckém kraji

Vznik Krajské koordinační skupiny pro duševní zdraví (KKS DZ) byl iniciován v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví v názvem „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“.

Cílem činnosti KKS DZ je koordinace rozvoje komunitní péče o duševní zdraví v Libereckém kraji napříč zdravotními, sociálními, školskými a dalšími sektory, a společně hledat systémová řešení pro zajištění dostupné a propojené péče o osoby s duševním onemocněním.

Efekty KKS DZ:

- předávání zkušeností, sdílení hodnot;
- stanovení priorit;
- sjednocování cílů, kooperace a koordinace;
- plánování postupů a kroků realizace cílů atd.

Zápisy ze setkání jsou dostupné na webových stránkách kraje¹⁷.

3.2 Pracovní podskupiny

Oficiálně nebyly pracovní podskupiny nijak ustanoveny, řešená témata vyplývají z aktuálních potřeb, respektive diskusí nad cíli a opatřeními jednotlivých cílových skupin. V současné době fungují pod realizovaným projektem „Podpora procesů v rámci reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“ s reg. číslem CZ.03.02.02/00/22_006/0001329. Financovaného z OPZ+ Evropského sociálního fondu Plus, ze státního rozpočtu České republiky a z rozpočtu Libereckého kraje. Projekt byl zahájen dne 1. 5. 2023 a bude ukončen 30. 4. 2026.

Od 1. 5. 2026 by měla být skupina zachována a realizována pod projektem „Rozvoj reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“ s reg. číslem CZ.03.02.02/00/24_068/0005651. Financovaného z OPZ+ Evropského sociálního fondu Plus, ze státního rozpočtu České republiky a z rozpočtu Libereckého kraje.

Směřování specifických podskupin, vychází z nastavení celostátní reformy péče o duševní zdraví. Ta definuje skupiny lidí s duševní poruchou, kterým nevyhovuje zejména současné nastavení systému psychiatrické péče namísto péče v komunitě, je u nich zvýšená potřeba multidisciplinárního přístupu a potřeba funkčně propojovat různé sektory veřejných služeb (zdravotnictví, sociální oblast, školství, zaměstnávání, probace a mediace atd.).

¹⁷ www.kraj-lbc.cz/urad/odbory/odbor-socialnich-veci/realizovane-projekty-eu/podpora-procesu-v-ramci-reformy-pece-o-dusevni-zdravi-v-libereckem-kraji/aktivity-projektu

4. Péče o osoby s duševním onemocněním v Libereckém kraji

Psychiatrická péče na území České republiky je zajišťována v několika úrovních a formách, od akutní hospitalizační péče až po komunitní a ambulantní služby. Systém péče se postupně reformuje směrem ke komunitnímu modelu, který klade důraz na dostupnost, deinstitucionalizaci a mezioborovou spolupráci.

Jak ilustruje nákres pyramidy (Obr. 2), většina péče o duševní zdraví může být zvládána samostatně (se-bepěčí) nebo s pomocí neformálních komunitních služeb péče o duševní zdraví (např. komunitní uskupení, rodinné prostředí, prostředí školy...). V případě potřeby větší expertízy a podpory je třeba zajistit více formalizovanou síť služeb. Tato síť zahrnuje nejprve primární zdravotní péči (praktický lékař, ambulantní psychiatr či jiný specialista), následnou podporu zdravotně sociálními službami péče o duševní zdraví, a nakonec péči specializovaných dlouhotrvajících pobytových služeb, jako jsou psychiatrická oddělení a psychiatrické nemocnice.



Obr. 1
Optimální rozvrstvení péče o osoby s duševním onemocněním¹⁸

¹⁸ Zdroj: Iniciativa NA ROVINU

4.1 Seběpěče a neformální péče v komunitě jako prevence duševního zdraví

V oblasti prevence duševních onemocnění hraje klíčovou roli podpora sebepěče a rozvoj neformálních komunitních služeb. Aktivity jako svépomocné skupiny, peer podpora, komunitní centra, vzdělávací programy nebo smysluplné volnočasové činnosti přispívají k posilování psychické odolnosti, snižování osamělosti a zlepšování kvality života obyvatel. Komunitní přístup, propojující zdravotní, sociální a neformální podporu, je zásadní pro udržení duševního zdraví v přirozeném prostředí a pro snižování stigmatizace duševních obtíží. Jedná se především o:

- **komunitní centra a spolky** – nabízejí volnočasové, vzdělávací a podpůrné aktivity (KC Kontakt Liberec, Komunitní centrum Karolinka...). Zároveň umožňují setkávání a neformální rozhovory a sdílení zkušeností;
- **svépomocné skupiny a PEER spolky;**
- **vzdělávání a osvěta** – každoroční destigmatizační aktivity pro laickou i odbornou veřejnost.

Liberecký kraj pravidelně podporuje preventivní a destigmatizační aktivity (Tab. 1). Většina aktivit je financována odborem školství, mládeže a tělovýchovy a některé vybrané aktivity jsou financovány odborem sociálních věcí Libereckého kraje. Na odboru sociálních věcí organizaci těchto aktivit zajišťuje pracovní skupina Destigmatizace, která se pravidelně setkává. Na krajské úrovni systém mezioborové podpory duševního zdraví není.

Podpora preventivních aktivit pro duševní zdraví ze strany Libereckého kraje

Tab. 1

aktivita	2023	2024	2025
Intervence rizikového chování ¹⁹	555 000 Kč	690 000 Kč	800 000 Kč
Vzdělávání v oblasti duševního zdraví pro pedagogy ²⁰	240 000 Kč	—	—
Adaptační aktivity pro 1. ročníky SŠ a SOŠS zaměřené na duševní zdraví ²¹	—	240 000 Kč	—
Supervize pro pedagogy a sociometrická šetření v ZŠ ²²	—	—	240 000 Kč
Preventivní program Nevypušť duši – Duševní zdravotěda pro SŠ ²³	—	—	822 800 Kč
Destigmatizační aktivity pro laickou i odbornou veřejnost ²⁴	30 000 Kč	102 500 Kč	232 900 Kč

¹⁹ Financováno ze zdrojů MŠMT odborem školství, mládeže, tělovýchovy a sportu Libereckého kraje

²⁰ Financováno ze zdrojů MŠMT odborem školství, mládeže, tělovýchovy a sportu Libereckého kraje

²¹ Financováno ze zdrojů MŠMT odborem školství, mládeže, tělovýchovy a sportu Libereckého kraje

4.2 Komunitní služby

Pomoc lidem s duševním onemocněním je poskytována především ve službách, které pracují na multidisciplinárním principu a respektují bio-psycho-sociálně (spirituální) model péče. Služby jsou poskytovány v oblastech prevence, včasné intervence, poradenství, sociální rehabilitace a zotavení.

Většina služeb péče o osoby s duševním onemocněním je součástí Základní sítě sociálních služeb Libereckého (ZSLK) kraje. Ta je definována ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb na období 2024–2026. Základní síť je předpokladem pro zajištění stabilnějšího prostředí pro poskytování sociálních služeb v oblasti jejich financování a metodického vedení. Je tvořena kapacitami registrovaných sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, působících na území Libereckého kraje. Jde o služby občanům kraje, které jsou na základě vyhodnocení parametrů nezbytné, potřebné, dostupné, efektivní a kvalitní.

K posílení prevence a včasné intervence je vhodné propojovat centra duševního zdraví a terénní týmy s komunitními centry působícími v sociálně vyloučených lokalitách. Tato centra mohou fungovat jako důležité kontaktní body pro včasné zachycení psychických obtíží

Ambulantní služby

Cílem ambulantních služeb je rozvoj pracovních a sociálních dovedností, posilování samostatnosti a podpora začlenění do běžného života. Klienti se v bezpečném prostředí zapojují do tvořivých a praktických činností, jako je práce se dřevem, keramika, zahradničení nebo vaření. Služba zároveň pomáhá stabilizovat psychický stav, vytvářet denní režim a posilovat sebedůvěru.

V Libereckém kraji poskytují ambulantní službu pro lidi s duševním onemocněním organizace pokrývající většinu území kraje (Tab. 2), pouze oblast Českolipska není touto službou zajištěna.

²² Financováno ze zdrojů MŠMT odborem školství, mládeže, tělovýchovy a sportu Libereckého kraje

²³ Financováno z projektu „Podpora procesů v rámci reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“ prostřednictvím odboru sociálních věcí Libereckého kraje

²⁴ Financováno z projektu „Podpora procesů v rámci reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“ prostřednictvím odboru sociálních věcí Libereckého kraje

Organizace	působnost v ORP
FOKUS Liberec, o.p.s.	Jablonec nad Nisou, Liberec
FOKUS Semily, z.s.	Jilemnice, Semily, Železný Brod
FOKUS Turnov, z.s.	Turnov, Železný Brod

Sociální rehabilitace

Organizace	působnost v ORP
FOKUS Liberec, o.p.s.	Jablonec nad Nisou, Liberec
FOKUS Semily, z.s.	Semily, Železný Brod
FOKUS Turnov, z.s.	Turnov, Železný Brod

Terénní služby

Terénní služby pro osoby s duševním onemocněním poskytují podporu přímo v přirozeném prostředí klienta, nejčastěji v jeho domácnosti. Cílem je pomoci zvládat každodenní život, udržet stabilitu a předcházet zhoršení stavu či nutnosti hospitalizace. Pracovníci terénních týmů podporují klienty v oblasti péče o domácnost, hospodaření s financemi, komunikace s úřady i při dodržování léčby. Důležitou součástí služby je i psychická podpora, posilování soběstačnosti a prevence sociální izolace. V případě potřeby poskytují také krizovou intervenci nebo spolupracují s lékaři a dalšími službami.

V Libereckém kraji je touto formou služby pokryto celé území (Tab. 3).

²⁵ Přesné úvazky dle aktuální Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje, popřípadě dle registru

Organizace	působnost v ORP
ELVA HELP, z.s.	Liberec
FOKUS Liberec, o.p.s.	Česká Lípa, Frýdlant, Jablonec nad Nisou, Liberec, Nový Bor, Tanvald
FOKUS Semily, z.s.	Semily, Železný Brod
FOKUS Turnov, z.s.	Turnov, Jilemnice
Rytmus Liberec, o.p.s. (poskytuje i ambulantní formu)	Česká Lípa, Frýdlant, Jablonec nad Nisou, Liberec, Nový Bor, Semily, Turnov

Podpora samostatného bydlení

Organizace	působnost v ORP
FOKUS Liberec, o.p.s.	Česká Lípa, Frýdlant, Jablonec nad Nisou, Liberec, Nový Bor, Tanvald
FOKUS Turnov, z.s.	Jilemnice, Semily Turnov, Železný Brod

Centra duševního zdraví

Centrum duševního zdraví (CDZ) je specializovaná komunitní služba určená lidem se závažným duševním onemocněním. Poskytuje komplexní podporu v oblasti zdravotní i sociální, a to ambulantně i v terénu, přímo v přirozeném prostředí klienta. Multidisciplinární tým složený z psychiatra, psychologa, zdravotních sester, sociálních pracovníků a peer konzultantů pomáhá klientům zvládat léčbu, udržet si bydlení, řešit finanční a sociální situace nebo se vracet do běžného života. Důležitou součástí je také krizová intervence a prevence hospitalizací. Cílem CDZ je poskytovat včasnou, koordinovanou a dostupnou péči, která podporuje zotavení a snižuje závislost na ústavní léčbě. V Libereckém kraji CDZ funguje v Liberci, od roku 2026 se jeho působnost bude rozšiřovat jak v území, tak i v rozsahu péče. CDZ pro dospělé bude mít podobu komplexního CDZ s péčí 24/7. Dále bude také zřízeno CDZ pro děti a mládež (Tab. 4).

²⁶ Přesné úvazky dle aktuální Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje, popřípadě dle registru

pro koho je určeno	působnost v ORP 2025	působnost v ORP 2026
Pro dospělé	Frýdlant, Liberec	Frýdlant, Jablonec nad Nisou, Liberec, Tanvald
Pro děti a dorost		Frýdlant, Jablonec nad Nisou, Liberec, Tanvald

Pobytové služby

Pobytové služby pro osoby s duševním onemocněním poskytují zázemí a podporu lidem, kteří z důvodu svého zdravotního stavu nemohou žít samostatně ve vlastním bydlení. Cílem těchto služeb je nejen zajistit bezpečné ubytování a pomoc při každodenních činnostech, ale také posilovat soběstačnost klientů a podporovat jejich začlenění do běžného života. V Libereckém kraji jsou poskytovány služby:

- chráněné bydlení (Tab. 5) – nabízí podporu v oblastech, jako je vedení domácnosti, hospodaření s financemi, péče o zdraví či orientace v běžném životě. Služba probíhá v běžných bytech nebo menších objektech a je postavena na individuálním přístupu;
- domovy se zvláštním režimem (Tab. 6, Tab. 7) – poskytují intenzivnější péči a dohled;
- azylové domy (Tab. 8) – poskytují dočasné ubytování a podporu lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

Pobytové služby zajišťují také podporu v oblasti duševního zdraví, spolupracují s psychiatry a pomáhají předcházet relapsům.

Chráněné bydlení²⁸

Organizace	Počet lůžek
FOKUS Liberec, o.p.s.	32
Sdružení TULIPAN, z.s.	10

²⁷ Přesné úvazky dle aktuální Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje, popřípadě dle registru

²⁸ Přesné úvazky dle aktuální Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje, popřípadě dle registru

Domy se zvláštním režimem 18–65²⁹

Tab. 6

Organizace	Počet lůžek
FOKUS Liberec, o.p.s.	9
VOJTELLA, o.p.s.	66

Domy se zvláštním režimem 65+

Tab. 7

Organizace	Počet lůžek
ALCH Lomnice SE	82
ALZHEIMER HOME, z.ú.	93
Domov důchodců Český Dub, p.o.	69
Domov důchodců Jablonecké Paseky, p.o.	48
Domov důchodců Jindřichovice pod Smrkem, p.o.	52
Domov důchodců Rokytnice nad Jizerou, p.o.	49
Domov důchodců Sloup v Čechách, p.o.	80
Domov důchodců Velké Hamry, p.o.	22
Domov seniorů Vratislavice, p.o.	60
Domov seniorů Františkov, Liberec, p.o.	34
Rodina 24, z.ú.	36
Sociální služby Semily, p.o.	56
Zdravotně sociální služby Turnov, p.o.	24

²⁹ Přesné úvazky dle aktuální Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje, popřípadě dle registru

Organizace	Počet lůžek
Charita Česká Lípa	66
Charita Liberec	34
NADĚJE	36
Návrat, o.p.s.	47
Sociální služby města České Lípy, p.o.	53

Návazné služby pro klienty s duální diagnózou

Ambulantní sociální a adiktologické služby poskytují lidem užívajícím návykové látky, osobám ohroženým závislostním chováním a jejich blízkým podporu zaměřenou na snižování sociálních a zdravotních rizik podle principů harm reduction, ochranu veřejného zdraví a posílení motivace ke změnám vedoucím k léčbě a udržení abstinence. Služba pomáhá klientům zorientovat se v jejich nepříznivé situaci, rozhodnout se pro další postup a uskutečnit potřebné kroky, přičemž současně podporuje rodinné příslušníky v zvládnání zátěže spojené se závislostí blízké osoby. Nabízíme možnost jednorázového poradenství i dlouhodobé soustavné péče podle potřeb klienta (Tab. 9).

Ambulantní (pobytová) služby³¹

Tab. 9

Organizace	Služba	Pracoviště
Most k naději	K-centrum (ambulantní forma)	Liberec, Jablonec nad Nisou
Advaita, z.ú.	Ambulantní poradenství (ambulantní forma)	Liberec, Semily, Turnov, Frýdlant, Jablonec nad Nisou, Česká Lípa
Advaita, z.ú.	Doléčovací program (ambulantní a pobytová forma)	Liberec

Terénní program se zaměřuje na podporu uživatelů návykových látek a jejich blízkých, s cílem snižovat sociální a zdravotní rizika prostřednictvím principů harm reduction a přispívat k ochraně veřejného zdraví (Tab. 10). Nabízí individuální poradenství, krizovou intervenci, výměnný program injekčního materiálu, základní ošetření, zajištění léčby, osobní asistenci i testování na HIV, HCV a syfilis, včetně zajištění léčby HCV. Všechny služby jsou poskytovány bezplatně a anonymně.

³⁰ Přesné úvazky dle aktuální Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje, popřípadě dle registru

³¹ Přesné úvazky dle aktuální Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje, popřípadě dle registru

Organizace	Služba	Působnost dle ORP
Most k naději	Terénní programy pro lidi ohrožené drogou	Liberec, Turnov, Semily, Frýdlant, Tanvald, Jablonec nad Nisou, Jilemnice, Železný Brod, Česká Lípa, Nový Bor

Terapeutická komunita v Nové Vsi u Liberce je pobytové zařízení pro osoby závislé na užívání návykových látek, které jim nabízí bezpečný prostor pro zotavení a změnu životního směru (Tab. 11). Jejím posláním je podporovat uzdravování prostřednictvím postupů zaměřených na osobní růst, posilování odpovědnosti a postupnou proměnu životního stylu.

Organizace	Služba	Pracoviště
Advaita, z.ú.	Terapeutické komunity	Nová Ves

4.3 Ambulantní psychiatrická péče

Ambulantní psychiatrie pro dospělé

V Libereckém kraji je k červenci 2025 monitorováno 23 pracovišť, které poskytují ambulantní psychiatrickou péči. Tuto péči zajišťuje 18,74 úvazku lékařů a 7,85 úvazku sester. Rozložení zařízení ambulantní psychiatrie na území Libereckého kraje není rovnoměrné a zároveň není dostatečné. Kapacitně největším zařízením ambulantní psychiatrie disponuje Krajská nemocnice v Liberci, což se i odráží na výši úvazků. Zároveň města Nový Bor, Semily a Tanvald nedisponují žádným úvazkem ambulantního psychiatra (Tab. 12). Dle Nařízení vlády 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb je nejzazší dojezdová doba k ambulantnímu poskytovateli zdravotních služeb v oboru psychiatrie stanovena na 60 minut.

³² Přesné úvazky dle aktuální Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje, popřípadě dle registru

³³ Přesné úvazky dle aktuální Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje, popřípadě dle registru

Rozložení ambulantní psychiatrické péče pro dospělé

Tab. 12

okres	pracoviště v ORP	počet pracovišť	přepočtený počet pracovníků (počet úvazků)	počet pracovníků
Česká Lípa	Česká Lípa	4	4,80	6
Jablonec nad Nisou	Jablonec nad Nisou	6	3,77	7
	Železný Brod	1	0,40	1
Liberec	Frýdlant	1	1,00	1
	Liberec	9	7,17	13
Semily	Jilemnice	1	0,60	1
	Turnov	1	1,00	1

Ambulantní psychiatrie pro děti a mladistvé

V Libereckém kraji je k červenci 2025 monitorováno 6 pracovišť, která poskytují ambulantní psychiatrickou péči pro děti a mladistvé. Tuto péči zajišťují 4 úvazky lékařů a 1,38 úvazku sester. Největším zařízením ambulantní psychiatrie disponuje Krajská nemocnice v Liberci, což se i odráží na výši úvazků. Další zařízení jsou v Jablonci nad Nisou a České Lípě, obě zařízení dosahují maximálně 1,0 výše úvazku ambulantního psychiatra (Tab. 13).

Rozložení ambulantní psychiatrické péče pro děti

Tab. 13

okres	pracoviště v ORP	počet pracovišť	přepočtený počet pracovníků (počet úvazků)	počet pracovníků
Česká Lípa	Česká Lípa	1	0,93	1
Jablonec nad Nisou	Jablonec nad Nisou	1	1,00	1
Liberec	Liberec	4	2,07	5

4.4 Lůžková péče

Na území Libereckého kraje je pouze jedno lůžkové psychiatrické oddělení v rámci Centra psychiatrie Krajské nemocnice Liberec. Vzhledem k nedostatečné lůžkové kapacitě Centra psychiatrie KNL a absenci některých služeb (zejména ústavní ochranné léčení) vypomáhá s péčí o pacienty z LK dominantně PN Kosmonosy. Dále menší počty pacientů zajišťují PN Horní Beřkovice a část kraje (zejména území Semilská) využívá psychiatrické oddělení Oblastní nemocnice Jičín (konkrétní data nejsou k dispozici). Dle Nařízení vlády 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb je nejzazší dojezdová doba k lůžkovému poskytovateli zdravotních služeb v oboru psychiatrie stanovena na 120 minut.

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy (PNK) poskytuje kompletní spektrum odborných činností (včetně ambulantní formy) s výjimkou dětské psychiatrie. Oblast příjmů pacientů kopíruje část tří krajů – Královéhradeckého (okresy Jičín, Trutnov, část okresu Hradec Králové-Novobýdžovsko), Středočeského (okresy Mladá Boleslav, Nymburk, část okresu Mělník, Praha-východ-Brandýs nad Labem, Stará Boleslav a okolí) a Libereckého (okres Liberec, Jablonec nad Nisou a Semily). Z výše uvedených okresů Libereckého kraje pochází nejvyšší počet hospitalizovaných pacientů, z oblasti Českolipska je počet pacientů výrazně nižší.

Níže uvedená tabula reflektuje lůžkové rozložení v PNK na jednotlivých odděleních (Tab.14).

Kapacity lůžek v PN Kosmonosy za rok 2024

Tab. 14

	Kapacity nemocnice celkem (počet lůžek)
Akutní péče	40
Gerontopsychiatrie	63
Návykové nemoci	47
Následná a dlouhodobá péče bez geronto lůžek, adiktologických lůžek a lůžek následné péče	352
Ochranné léčení	52
Dětská psychiatrie	0
Kapacity celkem	554

V roce 2024 bylo v PNK zjištěno 750 hospitalizací osob z Libereckého kraje. Největší zastoupení má oblast na území okresů Liberec, méně pak Jablonec nad Nisou a Semily. Na území okresu Česká Lípa je nejmenší počet hospitalizací, což je odůvodněno tím, že část lidí z tohoto území je hospitalizováno v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice.

Níže uvedená tabulka reflektuje počet hospitalizací dle jednotlivých okresů Libereckého kraje s ohledem na diagnózu dle MKN-10 (Tab. 15).

Počet hospitalizací dle okresů v PN Kosmonosy za rok 2024

Tab. 15

Diagnózy	Liberec	Jablonec nad Nisou	Česká Lípa	Semily	celkem	% zastoupení
F0 + G3	64	22	11	24	121	16,1
F1	62	53	41	45	201	26,8
F2	68	56	20	37	181	24,1
F3	24	7	16	18	65	8,7
F4	26	13	17	6	62	8,3
F5	1	0	0	1	2	0,3
F6	33	13	19	24	89	11,9
F7	12	2	8	4	26	3,5
F8+F9	0	0	1	2	3	0,4
Celkem	290	166	133	161	750	100,0

Psychiatrické oddělení pro dospělé při Krajské nemocnici Liberec

Oddělení psychiatrie pro dospělé při Krajské nemocnici Liberec je jediné lůžkové pracoviště v Libereckém kraji, které poskytuje akutní psychiatrickou péči. Oddělení je určeno pro pacienty s duševními poruchami, kteří vyžadují neodkladnou hospitalizaci, a to jak v rámci akutních stavů, tak i plánovaných terapeutických pobytů. Péče je poskytována výhradně na akutních lůžkách, přičemž cílovou skupinou jsou dospělí pacienti z celého kraje. Odborný tým tvoří zkušení psychiatři, psychologové, sociální pracovníci a kvalifikovaný střední zdravotnický personál, kteří společně zajišťují komplexní diagnostiku, léčbu a stabilizaci psychického stavu hospitalizovaných osob. Oddělení klade důraz na mezioborovou spolupráci a individuální přístup k pacientům.

Níže uvedená tabulka reflektuje aktuální počet lůžek (Tab. 16) a tabulka následující uvádí počet hospitalizací v roce 2024 s rozdělením dle diagnóz dle MKN-10, V této tabulce není uvedeno rozdělení hospitalizovaných pacientů dle okresů Libereckého kraje a to z důvodu, že převážná část pacientů na oddělení je z Liberce. (Tab. 17).

Kapacity lůžek na oddělení psychiatrie pro dospělé Krajské nemocnice Liberec za rok 2024

Tab. 16

	Kapacity nemocnice celkem (počet lůžek)
Akutní péče	38

Počet hospitalizací na oddělení psychiatrie pro dospělé při KNL za rok 2024

Tab. 17

Diagnózy	celkem	% zastoupení
F0 + G3	177	13,53
F1	310	23,7
F2	300	22,94
F3	158	12,08
F4	259	19,8
F5	4	0,38
F6	69	5,28
F7	17	1,3
F8+F9	14	0,99
Celkem	1308	100,0

Oddělení dětské a adolescentní psychiatrie při Krajské nemocnici Liberec

Oddělení dětské a adolescentní psychiatrie Krajské nemocnice Liberec je jediné specializované pracoviště v Libereckém kraji, které poskytuje diagnosticko-terapeutické pobyty pro dětské a dospívající pacienty s duševními poruchami. Oddělení zajišťuje komplexní psychologické a pedopsychiatrické vyšetření, na jehož základě je stanoven individuální terapeutický plán. Ten může zahrnovat farmakoterapii, individuální nebo skupinovou psychoterapii, edukační pohovory či relaxační cvičení. Péče je poskytována v rámci hospitalizačního režimu s cílem stabilizace stavu a nastavení vhodné léčby.

V současné době probíhá na oddělení rekonstrukce, a proto je dostupná kapacita omezena na 12 lůžek. Tato lůžka slouží dětským psychiatrickým pacientům nejen z Libereckého kraje, ale také z Karlovarského,

Ústeckého, Královéhradeckého, části Středočeského a části Pardubického kraje. Po rekonstrukci oddělení bude počet lůžek navýšen (Tab. 18).

Kapacity lůžek na oddělení dětské a adolescentní psychiatrie Krajské nemocnice Liberec

Tab. 18

Kapacity oddělení před rekonstrukcí (počet lůžek)	Kapacity oddělení po rekonstrukci, tj. od roku 2027 (počet lůžek)
12	42

Následující tabulka reflektuje počet hospitalizací v roce 2024 na oddělení dětské a adolescentní psychiatrie v Liberci s rozdělením dle diagnóz dle MKN-10. Zároveň jsou v ní také uvedeno kolik hospitalizací bylo v daném okrese Libereckého kraje. Zde je zřejmé, že pro oblast Českolipska, je částečně využívána Dětská psychiatrická nemocnice Louny (Tab. 19).

Počet hospitalizací dle okresů na oddělení dětské a adolescentní psychiatrie KNL za rok 2024

Tab. 19

Diagnózy	Liberec	Jablonec nad Nisou	Česká Lípa	Semily	Celkem	% zastoupení
F0 + G3						
F1	20	3	3	3	29	8,60
F2	7	1	3	6	17	5,00
F3	3	1	3	2	9	2,80
F4	70	28	18	25	141	41,80
F5	23	10	3	15	51	15,10
F6						
F7	6	2			8	2,40
F8+F9	43	15	13	11	82	24,30
Celkem	172	60	43	62	337	100,0

31
32
33

Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice

Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice dlouhodobě zajišťuje péči pro pacienty z různých regionů České republiky, včetně Libereckého kraje. Z tohoto kraje je zde kontinuálně hospitalizováno přibližně 40 pacientů, přičemž většina z nich pochází z oblasti Českolipska. Tito pacienti jsou převážně zařazeni do režimu soudem nařízené léčby, která vyžaduje specializované podmínky a dlouhodobý terapeutický přístup. Nemocnice poskytuje péči v rámci zabezpečeného lůžkového oddělení, kde se zaměřuje na stabilizaci psychického stavu, dodržování léčebného režimu a spolupráci s dalšími institucemi v rámci systému ochranného léčení.

Vzhledem k tomu, že Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice neposkytla přesné údaje o hospitalizacích za rok 2024, vycházíme pouze z měsíčních cenů. Tyto přehledy jsou anonymní a neumožňují identifikaci konkrétních pacientů ani přesné sledování počtu hospitalizací, což znemožňuje uvést detailní statistická data.

5. Výstupy z analýzy v Libereckém kraji

5.1 Děti

Národní ústav duševního zdraví v roce 2023 provedl ve spolupráci s Českou školní inspekcí první rozsáhlou studii duševního zdraví žáků 9. tříd v ČR nazvanou Národní monitoring duševního zdraví³⁴. Výsledky ukázaly vážný stav adolescentní populace: více než polovina žáků má nízkou úroveň well-beingu, 30 % má středně těžké až těžké symptomy úzkosti a 40 % vykazuje příznaky středně těžké až těžké deprese. Výzkum Univerzity Palackého dále zjistil, že přibližně 16 % dětí a dospívajících se sebepoškozuje natolik, že by měli vyhledat odbornou pomoc, což představuje asi 70 tisíc osob, převážně dívek.

Na globální úrovni patří mezi nejčastější psychické potíže mladých úzkostné poruchy, poruchy chování včetně ADHD a poruchy příjmu potravy. Sebevražda je třetí nejčastější příčinou úmrtí u osob ve věku 15–29 let. Polovina duševních onemocnění vzniká před 14. rokem života, což činí období dospívání kritickým pro prevenci a podporu duševního zdraví.

Dospívající jsou vlivem fyzických, emocionálních a sociálních změn vysoce zranitelnou skupinou a často čelí stigmatizaci, problémům ve škole, sociálnímu vyloučení i horšímu fyzickému zdraví. Tyto faktory mají významný dopad na jejich budoucí život. Je proto zásadní posilovat prevenci, dostupnost péče, podporu emocionálního učení a včasnou intervenci. Komplexní a dostupná péče je klíčem k ochraně práv dětí a mladistvých s duševními potížemi a k podpoře jejich naplněného života.

Shrnutí výsledků analýzy duševního zdraví žáků (11–19 let) v Libereckém kraji

V roce 2025 proběhl v Libereckém kraji rozsáhlý monitoring duševního zdraví žáků ve věku 11–19 let³⁵. Výzkum se uskutečnil na 58 školách a zahrnul celkem 6 003 respondentů, což představuje dosud největší regionální šetření v ČR zaměřené na tuto problematiku. Realizace výzkumu využila standardizované nástroje WHO-5³⁶, PHQ-9³⁷, GAD-7³⁸ a EIU-5³⁹, které poskytují spolehlivý screening duševní pohody, depresivních a úzkostných symptomů a rizik spojených s nadužíváním internetu.

³⁴ www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/narodni-monitoring-dusevniho-zdravi-deti-40-vyказuje-znamky-stredni-az-tezke-deprese-30-uzkosti-odbornici-pripravuji-preventivni-opatreni

³⁵ viz Analytické podklady pro Krajský plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026–2030

³⁶ WHO-5 (Světová zdravotnická organizace – Index duševní pohody 5) je krátký, sebehodnotící dotazník, který měří aktuální duševní pohodu a samopocit.

³⁷ Test PHQ-9 je běžně využíván k identifikaci deprese. Několik výzkumných studií prokázalo, že test PHQ-9 může být citlivější než diagnostický rozhovor.

³⁸ GAD-7 je krátký, 7otázkový dotazník používaný ke screeningu a hodnocení závažnosti příznaků generalizované úzkostné poruchy (GAD) u dospělých.

³⁹ EIU-5 je test, který se zaměřuje na hodnocení nadměrného užívání internetu, sociálních sítí, her nebo sledování filmů a seriálů, a to na základě reakcí na různé otázky týkající se chování a problémů spojených s internetem.

Data ukazují jednoznačně zhoršený stav duševního zdraví mladé populace v kraji. **Snížený well-being udává 55,6 % žáků**, což signalizuje vysokou míru stresu, únavy a emoční zátěže u více než poloviny respondentů. Tyto výsledky představují významný signál pro systém prevence, neboť snížený well-being je často raným ukazatelem budoucího rozvoje závažnějších psychických obtíží.

Alarmující jsou také hodnoty symptomů odpovídajících depresivním a úzkostným poruchám. **Symptomy středně těžké až těžké deprese vykazuje 19,9 % respondentů a 7,1 % dosahuje úrovně symptomů těžké deprese.** U úzkosti je situace obdobná – **12,79 % žáků vykazuje středně těžké až těžké projevy úzkostných symptomů.** S věkem narůstá riziko negativních projevů, přičemž nejvyšší zátěž se projevuje u starších středoškolských studentů. Výrazný je také rozdíl mezi pohlavími, kdy dívky vykazují vyšší míru duševní zátěže než chlapci.

Šetření zároveň ukazuje, že zhoršené duševní zdraví nelze jednoduše vysvětlit digitálním chováním. **Pouze 1,42 % mladých lidí spadá do kategorie vysokého rizika nadužívání internetu**, a téměř 92 % není ohroženo vůbec. To potvrzuje multifaktoriální charakter problémů a zdůrazňuje nutnost komplexních preventivních a intervenčních přístupů.

Výsledky také poukazují na **meziobecní rozdíly**. Některé ORP, zejména **Jilemnice a Frýdlant**, vykazují vyšší míru závažnějších projevů úzkosti a deprese, což naznačuje potřebu územně cílených opatření a posílení lokální infrastruktury podpůrných služeb. Srovnání s národním monitoringem duševního zdraví z roku 2023 potvrzuje, že situace v Libereckém kraji odpovídá celostátnímu trendu. V některých ukazatelích, zejména podílu dětí s vysokým well-beingem, však dochází k dalšímu poklesu výkonu mezi lety 2023 a 2025, což naznačuje pokračující zhoršování stavu duševního zdraví mladé populace.

Hlavní závěry:

Zjištěné výsledky jasně ukazují, že duševní zdraví dětí a mladistvých v Libereckém kraji je významně ohroženo a vyžaduje dlouhodobou, systémovou a koordinovanou strategickou reakci. Klíčové priority zahrnují:

- posílení preventivních programů ve školách a rozvoj systematické psychoedukace;
- včasnou intervenci a zajištění dostupnosti psychologických a poradenských služeb v terénu i online;
- zvýšení kapacit odborné péče, zejména v oblasti dětské psychologie a psychiatrie;
- rozvoj mezioborové spolupráce mezi školami, zdravotními a sociálními službami;
- cílenou podporu rizikových skupin – dívky, starší adolescenti, vybrané ORP;
- pravidelné sledování trendů a vyhodnocování dopadů intervencí.

Výzkum poskytuje pevnou datovou základnu pro plánování a rozvoj komunitních služeb duševního zdraví v kraji, posiluje argumentaci pro financování preventivních a intervenčních programů a podporuje nutnost strategického řízení v oblasti péče o děti a mládež.

Analýza duševní pohody veřejnosti v Libereckém kraji

Tato kapitola se věnuje duševnímu zdraví dospělé populace v Libereckém kraji a zasazuje jej do širšího kontextu globálních výzev i místních potřeb. Duševní zdraví dospělých je klíčové jak z hlediska kvality života jednotlivců, tak z perspektivy sociální a ekonomické stability společnosti. Závažná duševní onemocnění, mezi něž patří schizofrenie, bipolární porucha či těžká deprese, významně ovlivňují každodenní fungování jedinců i jejich blízkých a přinášejí vysoké náklady pro zdravotní i sociální systémy. Významnou překážkou zůstává přetrvávající stigmatizace a diskriminace, které oslabují přístup lidí s duševním onemocněním k péči, vzdělání či zaměstnání. Zvláštní pozornost je třeba věnovat také specificky ohroženým skupinám, jako jsou senioři, osoby s komorbidními problémy závislosti či rodiče a pečující o děti předškolního věku, jejichž duševní pohoda má přímý vliv na rodinné prostředí i zdravý vývoj dětí.

Dotazníkového šetření se v rámci dospělé populace **zúčastnilo 759 respondentů z Libereckého kraje**, přičemž 632 osob dotazník vyplnilo kompletně⁴⁰. Hodnocení bylo provedeno prostřednictvím tří standardizovaných škál: WHO-5⁴¹, PHQ-9⁴² a GAD-7⁴³. Výsledky ukázaly, že více než polovina respondentů vykazuje snížený subjektivní well-being.

Průměrné skóre na škále WHO-5 činilo 45,7 bodu, což odpovídá spíše **střední úrovni psychické pohody**. Zatímco 37 % respondentů spadá do kategorie středního well-beingu, pouze 13 % vykazuje vysoký well-being.

Příznaky deprese, měřené škálou PHQ-9, dosahovaly průměrného skóre 7,5 bodu, což ukazuje na přítomnost mírných symptomů v populaci Libereckého kraje. Rozdíly se však projevují zejména mezi pohlavími: ženy čelí depresivním symptomům častěji než muži, přičemž 12 % žen spadá do kategorie symptomů těžké až středně těžké deprese, zatímco u mužů se jedná pouze o 7 %. Nejohroženější skupinou z hlediska depresivních příznaků jsou mladí dospělí ve věku 18–29 let, kde se symptomy těžké deprese objevuje u 9 % respondentů. Jen 18 % respondentů z této věkové skupiny vykazuje žádné nebo minimální symptomy deprese.

Obdobný trend je možné pozorovat také u škály GAD-7, která **hodnotila příznaky úzkosti**. Průměrné skóre dosáhlo hodnoty 4,7 bodu, což odpovídá mírným symptomům úzkosti. Opět se zde potvrzuje, že ženy častěji, než muži vykazují symptomy úzkosti. Věkové rozdíly naznačují, že zatímco mladší populace čelí častěji středním až těžkým symptomům úzkosti, ve věkové kategorii 50–59 let lze naopak pozorovat vyšší podíl respondentů bez výraznějších symptomů.

⁴⁰ viz Analytické podklady pro Krajský plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026–2030

⁴¹ WHO-5 (Světová zdravotnická organizace – Index duševní pohody 5) je krátký, sebehodnotící dotazník, který měří aktuální duševní pohodu a samopocit.

⁴² Test PHQ-9 je běžně využíván k identifikaci deprese. Několik výzkumných studií prokázalo, že test PHQ-9 může být citlivější než diagnostický rozhovor.

⁴³ GAD-7 je krátký, 7otázkový dotazník používaný ke screeningu a hodnocení závažnosti příznaků generalizované úzkostné poruchy (GAD) u dospělých.

Z hlediska demografie tvořily většinu účastníků ženy (549 osob, tedy více než dvě třetiny respondentů), zatímco mužů bylo 165. Nejpočetnější skupinu představovali respondenti ve věku 40–49 let, následování kategorií 50–59 let. Naopak osoby starší 65 let byly v šetření zastoupeny minimálně. Nejvíce účastníků pocházelo z Liberce, dále z Nového Boru a Jablonce nad Nisou. Většina respondentů byla zaměstnaná nebo samostatně výdělečně činná.

Celkově lze konstatovat, že výsledky v Libereckém kraji odpovídají průměru Evropské unie. Česká republika dlouhodobě vykazuje v oblasti subjektivní pohody o něco lepší výsledky než evropský průměr, nicméně šetření upozorňuje na rizikové skupiny, mezi něž patří zejména mladí dospělí, ženy a částečně i populace ve věku 50–59 let. Tyto skupiny vykazují zvýšený výskyt depresivních a úzkostných symptomů a zaslouží si proto zvláštní pozornost v rámci preventivních a podpůrných programů.

Shrnutí výsledků analýzy dostupnosti a kvality péče

Analýza se zaměřuje na to, jak obyvatelé Libereckého kraje vnímají potřebu vyhledat odbornou pomoc v oblasti duševního zdraví, jaké bariéry jim v tom brání a jak hodnotí současnou dostupnost služeb. Výsledky ukazují rozdíly podle pohlaví i významné nedostatky v nabídce a kvalitě služeb⁴⁴.

Z šetření vyplynulo, že **potřebu vyhledat odbornou pomoc** mají ženy častěji než muži. Ženy uvádějí, že odbornou pomoc buď vyhledaly, nebo ji alespoň zvažovaly. Muži naopak častěji tvrdí, že pomoc nepotřebovali. Skupina respondentů, kteří neuvedli své pohlaví, je početně malá, ale i zde je patrné, že zájem o odbornou pomoc je nižší než u žen. Tento rozdíl poukazuje na genderově podmíněné rozdíly v přístupu k péči i v otevřenosti vůči tématu duševního zdraví.

Dále analýza zjišťovala **bariéry v přístupu k péči**, kdy byl nejčastěji uváděnou překážkou nedostatek dostupných služeb v okolí (216 odpovědí), následovaný nedostatkem informací o službách (177 odpovědí). Respondenti také zmiňují dlouhé čekací doby a stigmatizaci spojenou s vyhledáním pomoci. Tyto bariéry vedou k odkládání vyhledání odborné pomoci a zvyšují frustraci lidí, kteří podporu potřebují. Zlepšení informovanosti a zkrácení čekacích lhůt by proto mohlo výrazně zvýšit dostupnost péče.

Přibližně polovina respondentů, kteří mají osobní zkušenost, **hodnotila dostupnost služeb** spíše negativně („Velmi špatná“ – 79 odpovědí, „Spíše špatná“ – 132). Pozitivní hodnocení („Spíše dobrá“ – 90, „Velmi dobrá“ – 7) tvořilo jen menší část. Značná část respondentů (220) odpověděla „Nevím / nemám zkušenost“, což naznačuje nízkou informovanost i reálné zapojení populace do systému služeb duševního zdraví.

Respondenti vyjádřili jasnou poptávku po **preventivní a komunitní péči**, která by byla dostupná v místě jejich bydliště. Zvláště silný je požadavek na podporu dětí a dospívajících – například prostřednictvím workshopů pro rodiče, preventivních programů ve školách, supervize pro pedagogy, nebo služeb pro děti s poruchami příjmu potravy či digitální závislostí.

U dospělých by byla přínosná širší nabídka psychologické a psychiatrické péče hrazené zdravotní pojišťovnou, včasná diagnostika a krizové služby. Lidé by ocenili také preventivní terapii, koučink, partnerskou terapii či anonymní psychiatrickou péči. Významná je i poptávka po službách pro pečující – ať už jde

⁴⁴ viz Analytické podklady pro Krajský plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026–2030

o odlehčovací služby, podporu při péči o seniory nebo děti se speciálními potřebami, a to včetně informací o paliativní péči.

Další často uváděné potřeby zahrnují **svépomocné a podpůrné skupiny**, komunitní setkávání osamělých lidí, relaxační a volnočasové aktivity (jóga, programy na podporu sociálních vazeb). V oblasti školství se respondenti přimlouvají za lepší systém podpory učitelů i rodičů, více supervizí, snížení administrativní zátěže a promyšlenější realizaci systémových změn.

Hlavní závěry

- Ženy výrazně častěji než muži vyhledávají nebo zvažují odbornou pomoc.
- Největší bariéry: nedostatek služeb, nedostatek informací, dlouhé čekací doby, stigma.
- Dostupnost služeb je hodnocena převážně negativně.
- Respondenti žádají zejména preventivní a komunitní služby, podporu pro děti a mládež, dostupnější odbornou péči hrazenou pojišťovnou a pomoc pro pečující.
- V systému chybí prostor pro svépomocné a komunitní aktivity, které by posílily sociální vazby a prevenci.

Shrnutí analýzy primárně pečujících osob s předškolními dětmi

Tato kapitola se zaměřuje na skupinu primárně pečujících osob o děti předškolního věku, které představují specificky ohroženou skupinu z hlediska duševního zdraví. Péče o malé dítě s sebou přináší výraznou psychickou zátěž a duševní pohoda pečujících, zejména matek, hraje zásadní roli nejen pro ně samotné, ale také pro celkový well-being domácnosti a zdravý vývoj dětí. Cílem výzkumu bylo zmapovat stav duševního zdraví této skupiny, zjistit míru pohody a výskyt symptomů psychických obtíží a posoudit dostupnost podpůrných služeb v Libereckém kraji.

Metodologicky byla využita data z dotazníkového šetření, v němž respondenti vyplnili standardizované škály WHO-5, PHQ-9 a GAD-7 v rámci šetření zaměřeného na duševní zdraví populace v Libereckém kraji, přičemž pro tuto analýzu se využila data specificky se týkající pouze pečujících osob, tj. 598 respondentů.

Analýza ukázala, že téměř polovina pečujících vykazuje sníženou úroveň subjektivní pohody, což poukazuje na zvýšené riziko stresu, deprese či úzkosti. Dalších 37 % spadá do střední kategorie a jen 18 % dosahuje vysoké úrovně well-beingu. Zajímavostí je, že oproti celkové populaci mají pečující relativně vyšší podíl osob s vysokou mírou pohody, což může být dáno specifiky zkoumaného vzorku. Výsledky rovněž ukázaly, že manželství či partnerská stabilita působí jako ochranný faktor – pečující žijící v manželství častěji vykazují vyšší míru pohody než rozvedení, svobodní či ovdovělí.

Škála PHQ-9 odhalila, že 37 % pečujících trpí symptomy mírné deprese, 21 % symptomy střední deprese a 15 % se nachází v pásmu symptomů středně těžké až těžké deprese. Ve srovnání s většinovou populací je u pečujících mírně vyšší zastoupení právě v závažnějších kategoriích, což potvrzuje, že péče o předškolní

děti může představovat zvýšenou psychickou zátěž. Partnerská opora zde hraje klíčovou roli, neboť osoby bez stabilního vztahu častěji vykazují vážnější depresivní symptomy.

Podle škály GAD-7 uvádí více než polovina respondentů žádné nebo jen minimální úzkostné obtíže 57 %, avšak 24 % vykazuje mírné symptomy úzkosti, 13 % střední symptomy a 6 % těžké symptomy úzkosti. Podobně jako u deprese je i zde, u pečujících, vyšší podíl závažnějších obtíží než v obecné populaci. Vliv rodinného stavu se projevil odlišně – rozvedení, svobodní a ovdovělí vykazují častěji těžké symptomy úzkosti, ale zároveň je u nich vyšší zastoupení i v kategoriích bez obtíží.

Pokud jde o hodnocení dostupnosti služeb duševního zdraví v Libereckém kraji, výsledky nejsou příznivé. Až 40 % respondentů označilo dostupnost za špatnou nebo spíše špatnou, dalších 40 % nemá zkušenost nebo se nevyjádřilo a jen 20 % hodnotilo dostupnost jako spíše dobrou. Nikdo z dotázaných ji neoznačil jako velmi dobrou. Ve srovnání s většinovou populací je patrný nižší podíl těch, kteří hodnotí dostupnost pozitivně.

Téměř polovina pečujících 48 % uvedla, že v posledním roce cítila potřebu vyhledat odbornou pomoc, ale reálně ji využilo pouze 27 %. To znamená, že polovina těch, kteří pomoc potřebovali, ji nakonec nevyhledali. Hlavní překážkou jsou podle pečujících dlouhé čekací lhůty 30 %, následované nedostatkem informací a omezenou nabídkou služeb. Část respondentů rovněž uvedla stigma spojené s vyhledáním odborné pomoci.

Pokud jde o preferované služby, pečující by nejvíce uvítali dostupnější individuální psychoterapii 33 %, což reflektuje systémový problém nedostatku psychologů a terapeutů. Specifickým požadavkem této skupiny jsou také programy pro rodiče malých dětí 27 %, které jsou oproti celkové populaci uváděny téměř dvakrát častěji. Kromě toho pečující zmiňovali potřebu svépomocných skupin, sportovních a relaxačních aktivit či podpory pro náctileté a jejich rodiče.

Hlavní závěry:

- pečující o předškolní děti čelí vyššímu riziku deprese a úzkosti než většinová populace;
- partnerská stabilita funguje jako ochranný faktor;
- dostupnost služeb je hodnocena převážně negativně, bariéry tvoří zejména čekací doby, nedostatek informací a stigma;
- téměř polovina pečujících potřebuje odbornou pomoc, ale jen menšina ji skutečně využije;
- největší poptávka je po individuální psychoterapii a speciálních programech pro rodiče malých dětí.

Osoby již zasažené problémy v oblasti duševního zdraví

Kapitola se zaměřuje na situaci a potřeby osob, které již žijí s duševním onemocněním či adiktologickým problémem, a formuluje doporučení pro systémová opatření v oblasti služeb duševního zdraví. Hlavním zdrojem dat byly individuální rozhovory s deseti respondenty z Libereckého kraje, kteří měli zkušenost se závažným duševním onemocněním (SMI), duální diagnózou nebo problémy se závislostí. Tento kvalitativní přístup umožnil získat hluboký vhled do jejich potřeb, bariér i pozitivních zkušeností.

Respondenti pozitivně hodnotili zejména služby, které kombinují odborný přístup s lidskostí, respektem a individuálním zájmem o klienta. Oceňovali komplexnost péče, tedy propojení psychiatrické a psychologické pomoci s podporou sociálních pracovníků a peer konzultantů. Peer pracovníci byli vnímáni jako významný most mezi klientem a systémem – díky vlastní zkušenosti s nemocí působili důvěryhodně a umožňovali otevřenější komunikaci. Klienti rovněž vyzdvihovali význam komunitních a volnočasových aktivit, které jim umožňovaly udržovat sociální kontakty, cítit se součástí kolektivu a nacházet oporu mimo zdravotnický systém.

Vedle pozitivních zkušeností respondenti opakovaně upozorňovali i na nedostatky systému. Za nejvýznamnější problém označili nedostatek odborníků – psychologů se smlouvami se zdravotními pojišťovnami i ambulantních psychiatrů. Mimo statutární město Liberec je situace ještě obtížnější a pacienti často nemají možnost volby a jsou tak nuceni využívat již vyčerpávajícího lékaře. To prodlužuje dobu do zahájení léčby a v některých případech vede až k hospitalizacím. Velkým problémem je i absence specializovaných služeb pro osoby s duální diagnózou, které bývají v běžných zařízeních odmítány.

Další výraznou překážkou je nedostatečná informovanost. Respondenti často nevěděli, na koho se obrátit v počáteční fázi potíží či po propuštění z hospitalizace. Chybí přehledné a snadno dostupné zdroje informací o službách a jejich fungování. Tato mezera komplikuje orientaci nejen klientům, ale i jejich blízkým či pracovníkům prvního kontaktu, například praktickým lékařům.

Opakovaně se objevovalo téma slabé návaznosti a kontinuity péče. Mnozí byli po hospitalizaci propuštěni bez zajištěného kontaktu na ambulantní služby či sociální podporu. Nedostatečná spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním sektorem tak vede k propadům v péči a ohrožuje proces zotavení. Respondenti zdůrazňovali potřebu multidisciplinárních týmů, které by lépe propojily odbornou léčbu se sociální podporou a umožnily lidem vracet se do běžného života.

Významnou roli hrají i psychosociální bariéry – stigma a sebestigmatizace. Mnozí respondenti popsali, že se na začátku svých potíží zdráhali vyhledat pomoc kvůli studu či pocitu méněcennosti. Negativní zkušenosti s necitlivým přístupem odborníků tento problém prohlubovaly. Stigma ze strany společnosti se projevovalo například předsudky sousedů či obavami z reakce okolí. Přesto část respondentů uvedla, že vnímání duševních onemocnění se postupně zlepšuje a téma je ve společnosti otevřenější než dříve.

Hlavní závěry:

- Největší přínos mají služby kombinující odbornou péči, lidský přístup, peer podporu a komunitní aktivity.
- Klíčovým problémem je nedostatek odborníků, zejména mimo Liberec, a absence služeb pro osoby s duální diagnózou.
- Nedostatečná informovanost a slabá návaznost péče po hospitalizaci vedou k propadům v systému.
- Multidisciplinární spolupráce je nezbytná pro efektivní zotavení.
- Stigma a sebestigmatizace zůstávají významnou bariérou, i když se společenské vnímání postupně zlepšuje.

Projekce budoucích potřeb sociálních služeb a podpory duševního zdraví z perspektivy stárnutí a vývoje obyvatelstva

Kapitola se zabývá predikcí budoucí potřeby péče v oblasti duševního zdraví v Libereckém kraji. Analýza vychází z dat Národního zdravotnického informačního portálu (NZIP) o ambulantní psychiatrické péči v letech 2010–2023 a zaměřuje se na 14 skupin psychiatrických diagnóz. Projekce pro období 2024–2035 je založena na lineárním trendu, který umožňuje jednoduchý a srozumitelný odhad, avšak s omezeními – nezohledňuje náhlé změny a výkyvy v datech, proto je třeba výsledky interpretovat obezřetně.

Predikce ukázaly značnou různorodost vývoje mezi jednotlivými diagnózami. U některých, jako jsou poruchy způsobené užíváním alkoholu (F10) a depresivní poruchy (F32–F33), se očekává pokračující pokles počtu pacientů. Naopak u jiných skupin diagnóz je patrná stoupající tendence – zejména u neurotických a stresových poruch (F40–F49), obsedantně-kompulzivních poruch (F42), schizofrenie a poruch osobnosti. Stabilní, ale dlouhodobě rostoucí trend, je rovněž u intelektových postižení (F70–F79).

Významné je zjištění týkající se dětské a adolescentní populace. Diagnózy F80–F99, zahrnující poruchy psychického vývoje a poruchy chování v dětství a dospívání, vykazují dlouhodobý růst. To může odrážet jednak skutečný nárůst výskytu, jednak zlepšení diagnostiky a dostupnosti služeb.

Analýza také upozornila na vliv mimořádných událostí, například pandemie COVID-19, která se odrazila v náhlém nárůstu některých diagnóz (např. poruchy spánku a příjmu potravy – F50–F59). Tyto výkyvy zvyšují nejistotu projekcí a je nutné je při interpretaci brát v potaz.

Celkově lze říci, že projekce ukazují rostoucí potřebu specializované péče v určitých oblastech, zejména u úzkostných, schizofrenních a osobnostních poruch, a dále u dětské populace. Současně bude nutné připravit se na pokles poptávky v jiných oblastech, jako je léčba závislostí na alkoholu nebo depresivních poruch. To klade důraz na flexibilní plánování služeb, jejich regionální dostupnost a schopnost reagovat na proměny potřeb obyvatel.

Hlavní závěry

- Různorodý vývoj napříč diagnózami: část diagnóz (alkoholismus, deprese) vykazuje klesající trend, jiné (úzkostné poruchy, schizofrenie, poruchy osobnosti) naopak nárůst.
- Významný růst u dětí a adolescentů: diagnózy F80–F99 dlouhodobě rostou, což ukazuje na zvýšenou potřebu služeb zaměřených na tuto věkovou skupinu.
- Nejistota projekcí: výkyvy v datech (např. rok 2022) a vliv pandemie COVID-19 zvyšují míru nejistoty, proto je nutná opatrná interpretace.
- Stoupající poptávka po péči v určitých oblastech: očekává se růst potřeb zejména u schizofrenie, úzkostných poruch, obsedantně-kompulzivní poruchy a poruch osobnosti.
- Nutnost flexibilního plánování: systém služeb musí být schopen reagovat na rozdílné vývojové trendy a posilovat kapacity v oblastech, kde bude poptávka stoupat.

5.3 Senioři

Tato kapitola představuje kvalitativní analýzu potřeb seniorů v oblasti duševního zdraví v Libereckém kraji, vycházející z rozhovorů s cílovou skupinou a doplněnou o SWOT analýzu dostupných služeb. Vzhledem k demografickým změnám, kdy senioři již nyní tvoří přibližně pětinu populace a jejich podíl se bude v následujících desetiletích dále zvyšovat, se jedná o stále naléhavější téma. Duševní zdraví starších osob je ovlivněno řadou faktorů, mezi nimiž hraje významnou roli sociální izolace a osamělost, které se během pandemie COVID-19 ještě prohloubily. Rizikem jsou rovněž různé formy zneužívání seniorů – fyzické, psychické i finanční. Kapitola se proto zaměřuje na identifikaci klíčových potřeb této věkové skupiny a na hodnocení silných i slabých stránek současného systému podpory, stejně jako na příležitosti a hrozby, které vyplývají z vnějšího prostředí.

Kvalitativní analýza potřeb seniorů

Kapitola se zaměřuje na zmapování specifických potřeb seniorů v oblasti duševního zdraví v Libereckém kraji s cílem posílit prevenci a včasnou podporu této rostoucí populační skupiny. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s více než dvaceti seniory z různých typů zařízení (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, denní stacionáře) a poté doplněna o výpovědi pracovníků. Tento přístup umožnil detailněji porozumět zkušenostem seniorů, přestože se výzkumu neúčastnily osoby s nejzávažnějšími kognitivními poruchami, což představuje metodické omezení.

Výpovědi seniorů ukázaly na výraznou heterogenitu této skupiny – od mladších, relativně aktivních osob po starší a zdravotně oslabené jedince. Silně se opakovalo téma obavy z „být na obtíž rodině“, které vedlo část seniorů k dobrovolnému využívání služeb, včetně pobytové péče. Významnými stresory byly ztráta fyzického zdraví, adaptace na roli pacienta či klienta služeb, obavy z budoucnosti a vnější faktory, jako je politická a společenská situace. Přímé dotazy na duševní zdraví senioři spíše odmítali, avšak nepřímo se objevovala témata úzkosti, osamělosti a obav ze ztráty autonomie. Projevovala se přetrvávající sebestigmatizace a tendence zvládat problémy individuálně, což může komplikovat včasné vyhledání odborné pomoci. Psychologické služby většina respondentů odmítala využívat, a to i tam, kde byly v zařízeních dostupné.

Naopak pozitivně byla hodnocena sociální stránka života v domovech a stacionářích. Kolektivní aktivity, možnost navazovat vztahy a pocit sounáležitosti přispívaly k duševní pohodě. Významný vliv měl i přístup personálu, důraz na humanizaci péče, zachování soukromí a důstojnosti. Kromě zdravotní péče byly oceňovány i rehabilitace, aktivizační programy a propojení s komunitou (např. kulturní akce, návštěvy školních dětí).

Senioři v domácím prostředí čelí jiným výzvám – nedostatku každodenní sociální interakce a vyššímu riziku osamělosti, zejména ženy ve vyšším věku po ztrátě partnera. Zhoršující se zdravotní stav a omezená mobilita komplikují jejich schopnost setrvat v komunitě, přičemž kapacity služeb a dopravy (např. senior taxi) jsou omezené. Významná je také strukturální nerovnost – dlouhé čekací doby na pobytová zařízení a omezené kapacity vyvolávají u seniorů nejistotu a frustraci.

Respondenti zdůrazňovali potřebu lepší provázanosti ambulantních, terénních a pobytových služeb a význam včasného záchytu problémů. Multidisciplinární týmy, které by pružně reagovaly na měnící se

potřeby seniorů, mohou zabránit zhoršení stavu a oddálit nutnost institucionální péče. Klíčové je zajistit kontinuitu při přechodu mezi zdravotními a sociálními službami a vytvořit systém, který podpoří soběstačnost, aktivitu a smysluplný život i ve stáří.

Hlavní závěry

- Heterogenita seniorské populace: potřeby se liší podle věku, zdravotního stavu i sociální situace.
- Sebestigmatizace a odmítání odborné pomoci: přetrvává tendence zvládat psychické obtíže individuálně, což brání včasné intervenci.
- Institucionální péče může být ochranným faktorem: domovy a stacionáře nabízejí sociální kontakty, aktivity a pocit sounáležitosti.
- Domácí prostředí nese vyšší riziko izolace: zejména u starších žen a osob bez rodinné podpory.
- Kapacitní a strukturální bariéry: nedostatek míst v zařízeních a dlouhé čekací doby prohlubují psychickou nejistotu.
- Potřeba provázanosti služeb: lepší koordinace mezi zdravotní a sociální péčí a včasný záchyt problémů jsou zásadní pro prevenci zhoršení stavu.

SWOT analýza služeb, které souvisí s duševním zdravím

SWOT analýza mapuje silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby služeb souvisejících s duševním zdravím seniorů v Libereckém kraji. Vyplyvá z kombinace rozhovorů se seniory, odborníky a poskytovateli služeb, stejně jako ze sekundárních zdrojů (strategické dokumenty, interní data, legislativní rámec). Analýza byla dále konzultována v pracovní podskupině pro duševní zdraví seniorů.

Dostupnost a struktura služeb – V kraji existují určité pozitivní prvky – funguje alespoň jedna ambulantní psychiatrická ordinace, jedno centrum duševního zdraví (CDZ) pro dospělou populaci, některé domovy se zvláštním režimem mají zkušenost s péčí o lidi s demencí. Přesto však systém trpí řadou slabin: chybí gerontopsychiatrická péče, mobilní ambulance a specializované krizové služby, kapacita psychiatrických lůžek je nedostatečná a chybí zařízení zaměřené výhradně na seniory. Velkým problémem je také nerovnoměrná regionální dostupnost služeb mimo Liberec a absence adekvátní podpory pro seniory s duální diagnózou. Poptávka po službách roste rychleji než kapacity a existuje riziko kolapsu při výpadku některého klíčového poskytovatele.

Personální kapacity a odbornost – Kvalita péče se zvyšuje díky vzdělávacím aktivitám a snaze některých poskytovatelů o specializaci. Nedostatek odborníků však zůstává kritickým problémem – chybí psychiatři, psychologové, geriatricky vyškolení pracovníci i personál v přímé péči. Nízko nastavené mzdy, rigidní mzdové systémy a nízká prestiž povolání vedou k vysoké fluktuaci a vyhoření. Mladí lidé o práci v sociálně-psychiatrické oblasti nejeví dostatečný zájem a stávající pracovníci stárnou. Slabým místem je také nedostatečné propojení mezi psychiatry a psychology a systém úhrad, který zvýhodňuje kvantitu na úkor kvality péče.

Provázanost zdravotní a sociální péče – Pozitivní vývoj představují zdravotně-sociální plány, vznikající v kraji, a dílčí zkušenosti obcí s koordinací péče. Nedostatkem je ale stále fragmentace služeb, přeplněné kapacity, absence koordinátorů péče a sdílené dokumentace, a chybějící strategický dokument zaměřený na stárnutí. Praktičtí lékaři se do včasného screeningu kognitivních poruch zapojují jen minimálně, a přechod mezi jednotlivými sektory péče je pro seniory obtížný. Přesto lze sledovat snahu o lepší spolupráci mezi zdravotní a sociální sférou i mezi formálními a neformálními pečujícími.

Informovanost, prevence a stigmatizace – V kraji roste zájem o témata spojená se stárnutím a demencí, probíhají osvětové kampaně a některé služby aktivně pracují s komunitou. Problémem je ovšem nízká zdravotní gramotnost populace, přetrvávající stigma duševních onemocnění (zejména mezi starší generací), nedostatek preventivních programů a chybějící poradenské služby pro seniory. Chybí systematický přístup k prevenci osamělosti, dostupné informační materiály i digitalizované platformy. Potenciál představuje rozvoj komunitních programů, využití knihoven, seniorských klubů a obcí k šíření informací, zapojení neformálních pečujících a mezigenerační spolupráce.

Hlavní závěry

- Kapacitní nedostatky: v kraji chybí specializované služby pro seniory, psychiatrická nemocnice i dostatečný počet odborníků.
- Regionální nerovnosti: mimo Liberec je dostupnost služeb výrazně nižší.
- Personální krize: nedostatek psychiatrů, psychologů a pracovníků v přímé péči, nízké mzdy a stárnutí personálu vedou k fluktuaci a ohrožují kvalitu péče.
- Fragmentace systému: slabá provázanost zdravotní a sociální péče, absence koordinace a sdílených nástrojů komplikuje kontinuitu péče.
- Nízká informovanost a prevence: chybějící poradny, preventivní programy i informační materiály pro seniory a jejich pečující.
- Stigma: přetrvává vysoká míra stigmatizace, která brání včasnému vyhledání pomoci a zhoršuje začleňování seniorů.
- Příležitosti: využití evropských fondů, rozvoj komunitních a aktivizačních programů, zapojení neformálních pečujících a mezigenerační dialog.

6. Duševní zdraví v kontextu války a migrace: uprchlíci z Ukrajiny

Držitelé dočasné ochrany a dalších typů pobytů (např. zvláštní dlouhodobý pobyt) představují skupinu s kumulovaným rizikem úzkostně-depresivních potíží, posttraumatických reakcí, poruch spánku a somatizace. Jejich potřeby často narážejí na strukturální bariéry systému – zejména nerovnoměrnou dostupnost ambulantní psychiatrie mimo jádrová města, chybějící krizovou dostupnost a slabé návaznosti mezi lůžkovou, ambulantní a komunitní péčí. Tito klienti potřebují jazykově a kulturně přístupné služby (tlumočení, mediaci, dvojjazyčné materiály), včasný záchyt ve školách a koordinovaný case management provázaný na krajské koordinační struktury a vícezdrojové financování (OPZ+, kraj, zdravotní pojišťovny).

Psychický stav dětí a dospívajících z Ukrajiny se v posledním období výrazně zhoršuje vlivem kumulace stresových faktorů – nejistoty budoucnosti, odloučení od blízkých, ekonomického tlaku na rodiny a zhoršujícího se společenského klimatu⁴⁵. To vede k nárůstu úzkostí, depresivity, posttraumatických projevů, poruch spánku, somatizace i konfliktů v rodině a vrstevnických skupinách. Ve školách přetrvává výrazná jazyková bariéra, klesá míra podpory a často chybí včasná a správně cílená diagnostika (např. SPU, PAS, poruchy řeči). Na středních školách se objevují segregáčnické tendence, izolace a nízká důvěra k pedagogům, což posiluje školní neúspěch a odmítání školní docházky.

Zvláště ohrožující je kombinace dvojího vzdělávání (současné plnění ukrajinského i českého kurikula), kognitivní přetížení z permanentního přepínání jazyků a vysoké nároky učiva. Rodiče – často sólo matky – čelí dlouhé pracovní zátěži a nemohou dětem zajistit stabilní denní režim, dohled ani emoční oporu.

Liberecký kraj proto vymezuje děti držitelů dočasné ochrany jako nejzranitelnější skupinu a stanovuje tyto priority:

- rozšíření a zajištění dostupnosti dětských služeb v komunitě;
- posílení krizové dostupnosti 24/7;
- systematická včasná intervence;
- zajištění jazykové a kulturní přístupnosti ve všech klíčových uzlech sítě služeb – včetně tlumočení (i vzdáleného), dvojjazyčných materiálů, interkulturních pracovníků a peer podpory;
- propojení služeb prostřednictvím case managementu.

⁴⁵ <https://www.lekari-bez-hranic.cz/aktuality/ne-vsechny-rany-krvaceji-na-ukrajine-pribyva-lidi-s-psychickymi-potizemi>

7. Současný stav systému služeb péče o duševní zdraví

7.1 Řízení a koordinace péče o duševní zdraví a sítě služeb v kraji

Vize (klíčová myšlenka)

Reforma péče o duševní zdraví je efektivně koordinovaná na úrovni Libereckého kraje a je mezioborově řízena, plánována a komunikována, a to se zapojením všech relevantních aktérů.

Současný stav (popis problému a potřeb)

Reforma péče o duševní zdraví v Libereckém kraji probíhá postupně. Její principy se promítají do strategických dokumentů i do praxe poskytovatelů služeb. Přestože je patrná snaha o rozvoj komunitních a multidisciplinárních forem péče, systémové ukotvení a koordinace mezi jednotlivými aktéry vykazují značné nedostatky.

Chybějící systémové ukotvení koordinace

Popis problému: Na krajské úrovni není pevně ukotvena pozice Krajského koordinátora péče o duševní zdraví. Chybí formální meziresortní koordinační systém pro jednotné řízení politiky v oblasti duševního zdraví.

Cílový stav: Koordinace péče je pevně ukotvena ve struktuře krajské správy. Existuje trvalá pozice koordinátora a meziresortní řídicí struktura s rozhodovacími pravomocemi.

Oddělené plánování zdravotních a sociálních služeb

Popis problému: Zdravotní a sociální služby jsou plánovány odděleně, bez kontinuálního dialogu mezi aktéry.

Cílový stav: Funguje meziresortní řídicí struktura, která sjednocuje přístupy, podporuje sdílení informací a zajišťuje vertikální koordinaci mezi krajem a obcemi.

Projektové iniciativy bez návaznosti

Popis problému: Projektové skupiny nemají institucionální ukotvení ani rozhodovací pravomoci. Po skončení projektů chybí kontinuita koordinace.

Cílový stav: Platformy a pracovní skupiny jsou trvale začleněny do systému. Koordinátor má jasně definovanou roli v rámci krajské politiky.

Nedostatečné propojení a sdílení informací

Popis problému: Služby nejsou vzájemně provázané, klienti je využívají nahodile. Chybí jednotné plánování a sdílení informací.

Cílový stav: Existuje platforma pro koordinovaný rozvoj služeb, která zajišťuje propojení aktérů, sdílení informací a strategické plánování.

Potřeba meziresortní a multidisciplinární spolupráce

Popis problému: Kvalitní péče vyžaduje propojení více poskytovatelů a mezioborovou spolupráci.

Cílový stav: Kraj rozvíjí spolupráci s obcemi, podporuje komunitní přístupy a propojuje oblasti služeb, bydlení, zaměstnanosti a začleňování.

Zapojení lidí se zkušeností a participace uživatelů

Popis problému: Osoby se zkušeností s duševním onemocněním a jejich rodiny nejsou systematicky zapojeny do řízení, hodnocení a rozvoje systému péče. Jejich zpětná vazba není vždy využívána při nastavování politik, služeb a metod podpory. Chybí rovné postavení zástupců uživatelů v pracovních skupinách a platformách.

Cílový stav: Osoby se zkušeností s duševním onemocněním a jejich rodiny jsou aktivně zapojeny do všech úrovní řízení systému péče. Jsou rovnocennými partnery v krajských platformách a pracovních skupinách, podílejí se na hodnocení kvality služeb a jejich zkušenosti jsou systematicky využívány při tvorbě politik a metod podpory.

Duševní zdraví osob v sociálně vyloučených lokalitách

Popis problému: Osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách, včetně části romské populace, čelí zvýšenému riziku kumulace stresových faktorů (nejisté bydlení, nezaměstnanost, diskriminace, nízká dostupnost zdravotní péče), které zvyšují výskyt duševních onemocnění. Tyto osoby často nevyužívají běžné služby z důvodu nedůvěry, špatné dostupnosti či kulturních bariér. Pro tuto skupinu je třeba rozvíjet terénní, nízkoprahové a kulturně senzitivní služby s prvky peer podpory a úzkou spoluprací sociální, zdravotní a komunitní sféry.

Cílový stav: Osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách mají dostupné, důvěryhodné a kulturně senzitivní služby v oblasti duševního zdraví, které aktivně působí v jejich komunitách. Dochází ke zlepšení duševní pohody, včasné identifikaci problémů a zapojení místních peer pracovníků. Služby jsou provázané s komunitními centry, sociálními službami a zdravotní péčí, čímž se snižuje riziko marginalizace a zlepšuje kvalita života této skupiny.

Cílovým stavem je vytvoření stabilního, systémově ukotveného a meziresortně koordinovaného systému péče o duševní zdraví, který zajistí provázanost sociálních, zdravotních a komunitních služeb a podporu osob se zkušeností s duševním onemocněním v přirozeném prostředí.

7.2 Financování

Vize (klíčová myšlenka)

Financování služeb v oblasti duševního zdraví v Libereckém kraji dokáže flexibilně reagovat na potřebu změn a rozvoj kapacit pro zajištění podpory lidí se zkušeností s duševním onemocněním, a to v souladu s Národním akčním plánem péče o duševní zdraví 2021–2030. Kraj kontinuálně usiluje o optimalizaci finančních prostředků napříč jednotlivými oblastmi péče o duševní zdraví tak, aby kvalita života a naplňování lidských práv byly základním východiskem a cílem všech opatření.

Současný stav (popis problému a potřeb)

Financování služeb péče o duševní zdraví v Libereckém kraji je roztříštěné, administrativně náročné a nestabilní. Služby jsou závislé na vícezdrojovém financování (MPSV, kraj, obce, zdravotní pojišťovny, EU), často formou jednoletých nenárokových dotací, což brání dlouhodobému plánování. Mezi poskytovateli nejsou rovné podmínky, chybí koordinace mezi zdravotními a sociálními službami.

Obce se zapojují nerovnoměrně, podpora svépomocných organizací je minimální a financování z jiných resortů chybí. Celkově chybí stabilní, transparentní a koordinovaný systém financování, který by odpovídal potřebám obyvatel kraje.

Nerovné podmínky financování poskytovatelů

Popis problému: Mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, stejně jako mezi neziskovými a příspěvkovými organizacemi kraje, nejsou zajištěny rovné podmínky financování. To omezuje spolupráci mezi sektory.

Cílový stav: Poskytovatelé služeb mají rovný přístup k finančním zdrojům bez ohledu na právní formu nebo zřizovatele.

Složitost vícezdrojového financování

Popis problému: Financování probíhá z více zdrojů (MPSV, kraj, obce, zdravotní pojišťovny, EU aj.), což zvyšuje administrativní zátěž a komplikuje koordinaci péče.

Cílový stav: Financování je koordinované, transparentní a efektivní napříč zdravotním a sociálním systémem.

Nestabilita jednoletých dotačních cyklů

Popis problému: Sociální služby jsou financovány prostřednictvím nenárokových jednoletých dotací, což brání dlouhodobému plánování.

Cílový stav: Stabilní a víceleté financování umožňuje pružnou reakci na měnící se potřeby klientů

Nedostatečná provázanost zdravotní a sociální péče

Popis problému: Chybí funkční mechanismus pro koordinované financování zdravotních a sociálních služeb.

Cílový stav: Služby jsou financovány koordinovaně, což zajišťuje kontinuitu a komplexnost péče.

Omezené finanční zdroje z jiných resortů

Popis problému: Resorty mimo MPSV (např. MŠMT, Ministerstvo spravedlnosti) poskytují nedostatečnou finanční podporu.

Cílový stav: Financování z různých resortů umožňuje rozvoj nových služeb a mezioborovou spolupráci.

Nedostatečná podpora svépomocných a uživatelských organizací

Popis problému: Tyto organizace jsou finančně podporovány jen minimálně, právní subjektivita a administrativa jsou bariérou.

Cílový stav: Financování je dostupné, jednoduché a podporuje dlouhodobý rozvoj těchto organizací.

Nerovnoměrná finanční účast obcí

Popis problému: Ne všechny obce se podílejí na financování služeb, což vede k nerovné dostupnosti.

Cílový stav: Obce se aktivně zapojují podle potřeb svých občanů a stávají se partnery v plánování služeb.

Nejasná role kraje ve financování zdravotních služeb

Popis problému: Není vyjasněno, jakou roli má kraj při podpoře zdravotních služeb v multidisciplinárních týmech.

Cílový stav: Kraj má jasně definovanou roli a odpovědnost ve financování zdravotních služeb.

Chybějící finanční motivace poskytovatelů zdravotních služeb

Popis problému: Poskytovatelé nejsou motivováni k zapojení do komunitní péče.

Cílový stav: Systém financování motivuje poskytovatele k zapojení do integrovaných modelů péče.

Nedostatečná kapacita a modernizace služeb

Popis problému: Služby nejsou dostatečně rozšířené a modernizované, chybí podpora terénní péče.

Cílový stav: Kraj rozvíjí síť služeb v přirozeném prostředí, podporuje terénní formy péče a rehabilitace.

Chybějící finanční zajištění pozice krajského koordinátora

Popis problému: Není zajištěno stabilní financování pozice koordinátora péče o duševní zdraví.

Cílový stav: Pozice koordinátora je stabilně financována a podporuje řízení systému péče.

Cílovým stavem je nastavení financování služeb v oblasti duševního zdraví v Libereckém kraji, které je stabilní, transparentní a koordinované napříč zdravotním a sociálním systémem. Poskytovatelé služeb mají rovné podmínky přístupu k finančním zdrojům, bez ohledu na právní formu nebo zřizovatele.

Vize (klíčová myšlenka)

Na území Libereckého kraje funguje koordinovaný systém služeb péče o duševní zdraví s vyváženým poměrem terénních, ambulantních a lůžkových služeb. Prioritou tohoto systému je podpora lidí se zkušeností s duševním onemocněním podle jejich individuálních potřeb, podpora jejich zotavení, posilování samostatnosti a zplnomocňování uživatelů i jejich blízkých, a zároveň důsledné uplatňování principů lidských práv.

Současný stav (popis problému a potřeb)

Péče o duševní zdraví v Libereckém kraji čelí systémovým i kapacitním výzvám, které ovlivňují dostupnost, kontinuitu a kvalitu služeb. Komunitní služby se rozvíjejí, ale síť zůstává nevyvážená, nedostatečně koordinovaná a často závislá na místních podmínkách. Chybí včasná intervence, multidisciplinární podpora v komunitě, dostupné bydlení i odborný personál. Služby nejsou provázané, což komplikuje návrat klientů do běžného života.

Nedostatečná kapacita akutní psychiatrické péče

Popis problému: Pacienti jsou často hospitalizováni mimo kraj kvůli nedostatku lůžek.

Cílový stav: Dostupná akutní péče v rámci kraje, hospitalizace pouze v nezbytných případech a co nejbližší bydliště.

Velké dojezdové vzdálenosti za hospitalizací

Popis problému: Vzdálenost komplikuje zapojení rodiny a návaznost služeb.

Cílový stav: Péče je poskytována lokálně, s aktivním zapojením rodiny a komunitních služeb.

Chybějící programy včasné intervence

Popis problému: Neexistují služby pro osoby s prvním výskytem vážného onemocnění.

Cílový stav: Dostupné programy včasné pomoci v každém okrese kraje.

Nesystematická spolupráce mezi službami

Popis problému: Spolupráce mezi nemocnicemi, obcemi, komunitními službami není standardizovaná.

Cílový stav: Systematická spolupráce mezi lůžkovými zařízeními, obcemi a komunitními týmy, zejména CDZ.

Nedostatečná dostupnost pomoci pro izolované osoby

Popis problému: Lidé bez náhledu na onemocnění často nedostanou pomoc včas.

Cílový stav: Propojené služby aktivně vyhledávají a podporují ohrožené osoby.

Rostoucí potřeba multidisciplinární podpory po hospitalizaci

Popis problému: Kratší nebo naopak dlouhodobá hospitalizace a složité situace vyžadují dostupné týmy v komunitě.

Cílový stav: Multidisciplinární týmy dostupné v každém okrese, navazující na péči po hospitalizaci.

Nedostatečné pokrytí kraje Centry duševního zdraví

Popis problému: Centra duševního zdraví nejsou dostupná ve všech okresech kraje, což omezuje přístup k multidisciplinární komunitní péči pro osoby se závažným duševním onemocněním.

Cílový stav: Centra duševního zdraví jsou dostupná v každém okrese Libereckého kraje a plní roli hlavní opory pro osoby se závažným duševním onemocněním. V případě aktualizace národních standardů jsou doplňovány další komunitní multidisciplinární týmy.

Oddělené financování sociální a zdravotní péče

Popis problému: Roztříštěnost financování komplikuje kontinuitu péče.

Cílový stav: Provázané financování umožňující efektivní spolupráci mezi sektory.

Přetížení psychiatrických ambulancí

Popis problému: Nedostatek kapacit, dlouhé čekací doby, absence péče pro soudně léčené osoby.

Cílový stav: Dostupná ambulantní péče pro všechny, včetně osob se soudně nařízenou léčbou.

Nedostatek dostupného podpůrného bydlení

Popis problému: Chybí cenově dostupné bydlení s podporou pro osoby s vyšší mírou potřeb.

Cílový stav: Rozvoj malokapacitních komunitních služeb a podporovaného bydlení v běžné zástavbě.

Nedostatek odborného personálu

Popis problému: Chybí psychiatři a další odborníci, což omezuje dostupnost služeb.

Cílový stav: Posílení personálních kapacit a odbornosti služeb v kraji.

Naplněné kapacity sociálních služeb

Popis problému: Při nárůstu poptávky nelze zajistit podporu pro všechny potřebné.

Cílový stav: Rozšíření kapacit služeb podle reálných potřeb obyvatel kraje.

Péče o duševní zdraví v Libereckém kraji směřuje k modernímu, koordinovanému a na člověka zaměřenému systému, který podporuje zotavení, sociální začlenění a respektování lidských práv. Cílem je vytvořit prostředí, kde lidé se zkušeností s duševním onemocněním získávají včasnou, dostupnou a kvalitní podporu v přirozeném prostředí svého života, a kde jsou zdravotní a sociální služby provázané, efektivní a rozvíjené na základě skutečných potřeb obyvatel. Klíčovým principem je rozvoj komunitních služeb, posílení mezioborové spolupráce a postupné omezování závislosti na dlouhodobé institucionální péči.

7.4 Lidské zdroje a jejich příprava

Vize (klíčová myšlenka)

V Libereckém kraji jsou využívány možnosti provázaného vzdělávání, stáží, praxí a reflektujících setkání služeb péče o duševní zdraví. Je zajištěno potřebné množství odborníků, kteří spolupracují napříč službami a poskytují individualizovanou podporu s respektem, bez předsudků a s důrazem na lidskou důstojnost. Přístupy odborníků jsou zaměřeny na posilování silných stránek lidí se zkušeností s duševním onemocněním a vycházejí z dobré praxe v ČR i zahraničí.

Současný stav (popis problému a potřeb)

Péče o duševní zdraví v Libereckém kraji čelí systémovým i kapacitním výzvám, které ovlivňují dostupnost, kontinuitu a kvalitu služeb. Komunitní služby se rozvíjejí, ale síť zůstává nevyvážená, nedostatečně koordinovaná a často závislá na místních podmínkách. Chybí včasná intervence, multidisciplinární podpora v komunitě, dostupné bydlení i odborný personál. Služby nejsou provázané, což komplikuje návrat klientů do běžného života.

Nedostatek akreditovaných pracovišť a vzdělávacích kapacit v psychiatrii

Popis problému: V kraji je pouze jedno akreditované pracoviště pro vzdělávání v oboru psychiatrie. V regionu chybí lékařská fakulta, což vede k závislosti na odbornících z jiných regionů.

Cílový stav: Dostatek akreditovaných zařízení pro vzdělávání odborníků včetně podpory akreditace u nově vzniklých CDZ v kraji, podpora studentů zdravotních a sociálních oborů, zvýšení zájmu o práci v oblasti duševního zdraví.

Mezery v mezioborové spolupráci

Popis problému: Pracovníci často neznají služby a kolegy z jiných organizací, což brání efektivní spolupráci. Praktičtí lékaři nejsou zapojeni do systému péče.

Cílový stav: Systematická mezioborová spolupráce, pravidelné stáže, společná vzdělávání, funkční koordinace péče na úrovni ORP, aktivní zapojení praktických lékařů.

Nedostatečné povědomí o přístupu zaměřeném na zotavení

Popis problému: Odborníci se zaměřují převážně na léčbu, chybí vzdělávání v přístupu orientovaném na zotavení a sdílení dobré praxe.

Cílový stav: Systematická mezioborová spolupráce, vzdělávání odborníků v přístupu zaměřeném na zotavení, realizace programu „škola zotavení“, sdílení dobré praxe z ČR i zahraničí

Cílovým stavem v oblasti lidských zdrojů je dostupná síť kvalifikovaných odborníků, kteří spolupracují napříč profesemi a poskytují respektující, individualizovanou péči zaměřenou na zotavení. Vzdělávání je systematicky rozvíjeno prostřednictvím akreditovaných pracovišť, mezioborových stáží a školení, včetně zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Kraj aktivně podporuje vznik vzdělávacích kapacit, inovativních metod a zapojení praxe s dobrou tuzemskou i zahraniční zkušeností.

7.5 Destigmatizace

Vize (klíčová myšlenka)

Obyvatelé Libereckého kraje vnímají duševní onemocnění bez předsudků a zkreslených představ — jako běžnou součást lidského zdraví. Téma duševního zdraví je přirozenou součástí veřejného dialogu, který podporuje porozumění, respekt a otevřenost. Lidé se zkušeností s duševním onemocněním jsou přijímáni jako rovnocenní členové společnosti.

Současný stav (popis problému a potřeb)

Veřejnost má nízké povědomí o povaze duševních onemocnění a často jedná na základě předsudků. Osoby se zkušeností s duševním onemocněním se setkávají s odmítáním, nedůvěrou a nepochopením, což negativně ovlivňuje jejich životní podmínky i proces zotavení. Obavy ze stigmatizace brání včasnému vyhledání pomoci. Předsudky přetrvávají i mezi odborníky v pomáhajících profesích. Lidé s duševním onemocněním navíc často zažívají sebestigmatizaci, která oslabuje jejich sebedůvěru a motivaci k zapojení do běžného života.

Stigmatizace ze strany laické veřejnosti

Popis problému: Veřejnost často vnímá osoby s duševním onemocněním jako ohrožující nebo nevyzpytatelné. Chybí znalosti, otevřenost a respekt. Média často přispívají ke zkreslenému obrazu. Duševní zdraví není součástí vzdělávání.

Cílový stav: Veřejnost je informovaná, otevřená a respektující. Duševní zdraví je součástí vzdělávacích a osvětových aktivit. Lidé s duševním onemocněním mají lepší přístup ke službám, práci i vztahům.

Stigmatizace ze strany odborné veřejnosti

Popis problému: Předsudky přetrvávají i mezi odborníky, kteří by měli být oporou. Lidé se zkušeností nejsou vnímáni jako rovnocenní partneři v komunikaci.

Cílový stav: Odborníci mají znalosti a dovednosti pro respektující přístup. Probíhá pravidelné vzdělávání, které podporuje dialog, partnerství a efektivní podporu.

Sebestigmatizace

Popis problému: Lidé s duševním onemocněním přejímají negativní postoje společnosti, což oslabuje jejich sebedůvěru, naději a schopnost zapojit se do běžného života. Obavy ze stigmatizace brání vyhledání pomoci.

Cílový stav: Lidé se zkušeností mají přístup k podpůrnému prostředí, kde mohou sdílet zkušenosti, rozvíjet dovednosti a aktivně se zapojovat do komunitního života. Sebestigmatizace je snižována díky osvětě, peer podpoře a zapojení do destigmatizačních aktivit.

Cílovým stavem je společnost, ve které jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním přijímáni bez předsudků a s respektem. Odborná i laická veřejnost má dostatek znalostí o duševním zdraví, což umožňuje otevřený dialog, včasné vyhledání pomoci a snižování sebestigmatizace. Peer podpora a uživatelské hnutí jsou přirozenou součástí systému péče a destigmatizačních aktivit v celém Libereckém kraji. Součástí destigmatizačních aktivit by měly být i cílené osvětové kampaně a komunitní akce zaměřené na obyvatele sociálně znevýhodněných a etnicky různorodých komunit, v koordinaci s romskými a interkulturními pracovníky měst a neziskovými organizacemi

7.6 Obhajoba zájmů klientů a rodinných příslušníků

Vize (klíčová myšlenka)

Služby pracující s lidmi s duševním onemocněním v Libereckém kraji důsledně uplatňují základní lidská práva a práva osob se zdravotním postižením. Lidé se zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízcí jsou aktivními partnery v rozhodovacích procesech, mají možnost obhajovat své zájmy a jejich hlas je slyšen a respektován.

Současný stav (popis problému a potřeb)

Zapojení osob se zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízkých do rozhodovacích procesů v Libereckém kraji je nedostatečné. Tito lidé nejsou systematicky zváni k tvorbě strategií, politik ani k připomínkování dokumentů. Pokud jsou zapojeni, často pouze formálně a až v pozdních fázích procesu. Chybí jim znalosti, dovednosti a podpora k aktivnímu prosazování svých práv. Uživatelská a rodičovská hnutí nejsou dostatečně rozvinutá a jejich hlas není v kraji systematicky zastoupen.

Nízké zapojení osob se zkušeností do krajské koordinační skupiny

Popis problému: V současnosti je členem krajské koordinační skupiny pouze jedna osoba se zkušeností, která navíc není z Libereckého kraje, a nemá tak přímý vhlad do místního systému.

Cílový stav: Zástupci s místní zkušeností jsou plnohodnotnými členy krajské koordinační skupiny a aktivně se podílejí na rozhodování.

Pasivní zapojení do plánování na krajské úrovni

Popis problému: Osoby se zkušeností a jejich blízcí nejsou aktivně osloveni k účasti na tvorbě strategických dokumentů, zapojují se až ve fázi připomínkování.

Cílový stav: Tito lidé jsou zapojeni již v raných fázích plánování a jsou součástí pracovních skupin tvořících strategické dokumenty.

Nízké kompetence k obhajobě práv a zájmů

Popis problému: Mnoho osob se zkušeností a jejich pečujících se nezapojuje do rozhodovacích procesů kvůli nedostatku informací, dovedností nebo sebedůvěry.

Cílový stav: Tito lidé mají přístup k cílenému vzdělávání a podpoře, která jim umožňuje aktivně hájit svá práva a zájmy.

Nedostatečný rozvoj uživatelských a rodičovských hnutí

Popis problému: V kraji chybí stabilní síť uživatelských a rodičovských organizací, které by systematicky zastupovaly zájmy cílové skupiny.

Cílový stav: Existují aktivní spolky a svépomocné skupiny, které se podílejí na plánování, vzdělávání a destigmatizačních aktivitách v celém kraji.

Cílovým stavem je systém, ve kterém jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízcí aktivními a respektovanými účastníky rozhodovacích procesů na všech úrovních. Mají dostatek informací, dovedností a podpory k obhajobě svých práv a zájmů. Uživatelská a rodičovská hnutí jsou stabilní součástí plánování služeb, výzkumu i veřejného dialogu. Podmínky v kraji podporují důstojnost, zotavení a aktivní zapojení do života společnosti.

7.7 Zlepšení kvality systému péče o duševní zdraví

Vize (klíčová myšlenka)

Systém péče o duševní zdraví v Libereckém kraji je organizován v souladu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením a naplňuje standardy kvality WHO. Reaguje na skutečné potřeby lidí s duševním onemocněním a zohledňuje perspektivu uživatelů, poskytovatelů i celé společnosti.

Současný stav (popis problému a potřeb)

Navzdory snahám o zlepšení kvality péče se v Libereckém kraji stále vyskytují bariéry, které brání plnému uplatnění práv osob s duševním onemocněním. Některé služby odmítají klienty s touto diagnózou, chybí kompetentní personál a neexistuje systematické hodnocení kvality služeb podle mezinárodních standardů. Potřeby klientů nejsou dostatečně zjišťovány, jejich hlas není běžně zapojen do hodnocení péče a multidisciplinární spolupráce není standardem.

Nedostatečné dodržování práv osob se zdravotním postižením

Popis problému: Chybí přehled o naplňování Úmluvy OSN a standardů WHO ve službách. Neexistuje systematické sledování používání omezovacích prostředků ani zpětná vazba od uživatelů.

Cílový stav: Zavedení metodiky pro hodnocení souladu služeb s Úmluvou a standardy WHO, pravidelné vyhodnocování a navrhování opatření ke zlepšení.

Odmítání klientů s duševním onemocněním

Popis problému: Některé služby odmítají osoby s duševním onemocněním kvůli jejich diagnóze, nikoli na základě reálných potřeb. Obavy přetrvávají i mezi sociálními pracovníky na obcích.

Cílový stav: Služby přijímají klienty na základě jejich potřeb, nikoli diagnózy. Pracovníci jsou vzděláváni a podporováni v práci s touto cílovou skupinou.

Nereflektování specifických potřeb klientů

Popis problému: Při plánování péče nejsou důsledně zjišťovány a vyhodnocovány potřeby klientů. Chybí jednotná metodika sběru dat a respekt k základním zásadám zákona o sociálních službách.

Cílový stav: Pravidelné zjišťování a vyhodnocování potřeb klientů, včetně jejich aktivního zapojení. Plánování péče vychází z individuálních potřeb a je průběžně aktualizováno.

Nízká dostupnost příspěvku na péči pro osoby s duševním onemocněním

Popis problému: Systém posuzování často nereflektuje potřeby osob s duševním onemocněním, což vede k finanční tísní a omezenému přístupu ke službám.

Cílový stav: Posuzování příspěvku na péči zohledňuje specifika duševního onemocnění. Klienti mají zajištěný přístup ke službám bez ohledu na výši příjmu.

Nejasná odůvodněnost pobytových služeb

Popis problému: Chybí přehled o tom, zda klienti s duševním onemocněním v pobytových službách nemohou využít alternativní formy podpory.

Cílový stav: Zmapování a vyhodnocení odůvodněnosti pobytových služeb, podpora přechodu k terénním a komunitním formám péče. Smyslem je, aby pobytová služba nebyla automatickou volbou, ale až poslední možností, pokud jiné formy podpory nejsou dostatečné. Tento přístup podporuje nezávislost, důstojnost a zotavení klienta.

Nízké zapojení osob se zkušeností do hodnocení kvality služeb

Popis problému: Lidé s duševním onemocněním nejsou běžně zapojováni do hodnocení kvality péče. Multidisciplinární spolupráce a přístup zaměřený na zotavení nejsou standardem.

Cílový stav: Aktivní zapojení uživatelů a jejich blízkých do hodnocení kvality služeb. Pravidelná setkávání všech aktérů, sdílení zkušeností a posilování péče zaměřené na člověka.

Nedostatečné kompetence pracovníků přímé péče

Popis problému: Mnoho pracovníků nemá dostatečné znalosti a dovednosti pro práci s lidmi s duševním onemocněním, což ovlivňuje kvalitu poskytované péče.

Cílový stav: Průběžné vzdělávání pracovníků v oblasti duševního zdraví, sdílení dobré praxe a posilování kompetencí napříč službami.

Cílovým stavem je systém péče, který aktivně zohledňuje individuální potřeby osob s duševním onemocněním a nabízí jim podporu v co nejméně omezujícím prostředí. Pobytové služby jsou poskytovány pouze tehdy, pokud jsou skutečně nezbytné, a jejich využití je podloženo jasným odůvodněním. Klienti mají možnost využívat alternativní formy podpory, jako je terénní péče nebo podporované bydlení, které posilují jejich samostatnost, důstojnost a začlenění do běžného života.






8. Návrhová část

Návrhová část Krajského plánu péče o duševní zdraví v Libereckém kraji 2026–2030 je koncipována na základě dostupných analytických dat, výstupů z jednání Krajské koordinační skupiny pro duševní zdraví v Libereckém kraji a v přímé návaznosti na cíle Reformy péče o duševní zdraví a vládou schválený dokument **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030**. Strategické cíle Libereckého kraje se proto opírají o strategické cíle Národního akčního plánu a přejímají jejich obsahové zaměření a logiku rozvoje.

Aby byla zajištěna maximální provázanost se státní strategií a transparentnost při plánování rozvoje služeb, jsou strategické cíle Národního akčního plánu vizuálně označeny barevným kódem a uvedeny v přehledové tabulce (Tab. 20). Toto barevné rozlišení je následně uplatněno i u jednotlivých aktivit krajského plánu tak, aby bylo zřejmé, ke kterému národnímu cíli se konkrétní opatření vztahuje. Díky tomuto systému je jasné dohledatelné, jak krajská opatření přispívají k naplňování celostátní strategie a k dosažení dlouhodobých cílů reformy péče o duševní zdraví v České republice.

Vysvětlení barevných kódů

Tab. 20

Číslo cíle	Název cíle	Barevné rozlišení
1	Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi	
2	Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku	
3	Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována	
4	Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě a ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby	
5	Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví	

S ohledem na vývoj potřeb cílových skupin a proměnlivost regionálních i celostátních podmínek je tato návrhová část pojímána jako dynamický a otevřený dokument, který bude v průběhu realizace pravidelně aktualizován a doplňován o nové poznatky, data a priority. Cílem je zajistit její trvalou relevanci a efektivní přispění k dalšímu rozvoji systému péče o duševní zdraví v Libereckém kraji.

Navržené aktivity směřují k vybudování dostupného, koordinovaného a udržitelného systému péče o duševní zdraví v Libereckém kraji, který reaguje na skutečné potřeby obyvatel v různých fázích života. Tato strategie usiluje o rovný přístup k podpoře a odborným službám bez ohledu na věk, životní situaci nebo místo bydliště. Klíčem je posílení prevence, včasné intervence, návazné péče po krizových situacích i komplexní podpory zaměřené na zotavení a návrat do běžného života.

Tato opatření dohromady představují cestu k tomu, aby péče o duševní zdraví v kraji byla moderní, dostupná, respektující a postavená na spolupráci všech aktérů včetně lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Zaměřují se na prevenci, lidskost, odbornost, propojenost a dlouhodobou udržitelnost celého systému.

Aby bylo tohoto záměru dosaženo, strategie stanovuje několik klíčových cílů, které určují směřování celého systému péče o duševní zdraví v Libereckém kraji a podporují jeho dlouhodobý rozvoj, kvalitu i udržitelnost. Tyto cíle vytvářejí rámec pro koordinovanou spolupráci aktérů napříč sektory a pro zavádění konkrétních opatření, která zajistí poskytování dostupné, včasné a efektivní podpory lidem v různých životních situacích.



Klíčové cíle dokumentu jsou:

- Posílení řízení a koordinace systému na krajské i lokální úrovni
- Stabilní financování a udržitelnost systému, včetně posílení role obcí a zdravotních pojišťoven
- Zajištění dostupné a provázané sítě služeb podporujících zotavení v komunitě
- Rozvoj lidských zdrojů, vzdělávání odborníků a mezioborové spolupráce
- Destigmatizace a podpora prevence
- Zajištění kvality, ochrany práv a participace

Plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji bude průběžně aktualizován a vyhodnocován tak, aby odrážel aktuální potřeby obyvatel, vývoj služeb i změny v legislativě a financování. Vyhodnocování bude probíhat minimálně jednou ročně prostřednictvím Krajské koordinační skupiny pro duševní zdraví, která bude shromažďovat data od poskytovatelů, sledovat plnění indikátorů a identifikovat nové priority. Aktualizace plánu bude probíhat formou pravidelných revizí jednotlivých opatření, doplněním analytických informací, zpětné vazby uživatelů služeb a doporučení odborných pracovních skupin. Tento proces zajistí, že plán zůstane živým a funkčním nástrojem řízení rozvoje péče o duševní zdraví v kraji.





8.1 Posílení řízení a koordinace systému

Efektivní koordinace mezi zdravotními, sociálními a vzdělávacími institucemi je základním předpokladem rozvoje moderní péče o duševní zdraví. Cílem je jasné systémové ukotvení koordinace v kraji, nastavení odpovědností, procesů spolupráce a zapojení všech klíčových aktérů včetně obcí a lidí se zkušeností.

Cíl	Hlavní aktivity	Odpovědnost spolupráce	Indikátor	Termín
Trvalé ukotvení koordinace 	Zřídit trvalou pozici koordinátora Zajistit dlouhodobé financování této pozice	KÚ LK	Zařazení pozice do organizační struktury KÚ LK	2028
Zajištění meziresortní spolupráce KÚ LK (OSV, OZ, OŠMT), služeb a ORP 	Jednotné plánování Ukotvení pracovních skupin po projektech: Krajská koordinační skupina pro duševní zdraví, která zajišťuje meziresortní spolupráci s resortem zdravotnictví, školství a sociálních věcí. Dále bude spolupracovat s Komisí Rady LK pro národnostní menšiny, cizince a sociální začleňování a s krajským koordinátorem pro záležitosti romské menšiny, spolupracuje s Komisí Rady LK pro oblast závislostí. Zachování podskupin pro děti, SMI, seniory a duální dg.	Koordinátor péče o duševní zdraví v LK	Pravidelné setkávání pracovních skupin	2026–2030
Zajištění kontinuity projektů	Navázat pracovní skupiny po skončení projektů	KÚ LK	Pracovní skupiny budou dále pokračovat i po skončení projektů	2026–2030






8.2 Stabilní financování a udržitelnost systému

Rozvoj péče o duševní zdraví vyžaduje stabilní, předvídatelné financování napříč systémy. Prioritou je vytvořit udržitelný model financování, který propojuje zdravotní a sociální zdroje, podporuje rovné podmínky pro poskytovatele a motivuje k rozvoji komunitních služeb.

Cíl	Hlavní aktivity	Odpovědnost spolupráce	Indikátor	Termín
Finanční podpora nově vzniklých CDZ 	Zajistit finanční podporu pro nově vzniklá CDZ na jejich vybavení, popřípadě zapojení do projektů. Finanční podpora pro prvních 6 měsíců fungování zdravotní části (než bude plně schopna využívat a čerpat finance z pojišťoven)	Odbor zdravotnictví	Zdravotní části nově vzniklých CDZ budou moci čerpat individuální dotaci pro prvních 6 měsíců vzniku (pokud nebude možné čerpat z projektů)	průběžně
Zajištění dlouhodobého financování sociální části CDZ 	Zařazení úvazků sociální části CDZ do Základní sítě sociálních služeb Libereckého kraje	Odbor sociálních věcí	Sociální část týmu CDZ bude součástí ZSLK	průběžně
Zajištění dlouhodobého financování multidisciplinárních týmů 	Zařazení multidisciplinárních týmů do Základní sítě služeb Libereckého kraje	Odbor sociálních věcí	Multidisciplinární týmy budou součástí ZSLK	průběžně
Podpora a rozvoj svépomocných skupin 	Mikrogranty Metodická podpora	Odbor sociálních věcí	Vnik svépomocné skupiny	2026–2030





8.3 Zajištění dostupné a provázané sítě služeb

Cílem je vytvořit dostupnou, provázanou a vyváženou síť služeb napříč krajem — od prevence až po specializovanou péči. Důraz je kladen na komunitní a terénní služby, včasnou intervenci, dostupnost krizové pomoci, návaznost po hospitalizaci a rozvoj služeb v regionech s vyšší potřebou.

Cíl	Hlavní aktivity	Odpovědnost spolupráce	Indikátor	Termín
Vznik CDZ pro dospělé pro každý okres LK 	Financování Podpora vzniku	KÚ LK poskytovatelé	4 CDZ v LK	2026–2030
Vznik CDZ pro děti a adolescenty (CDZ-D) 	Financování Podpora vzniku	KÚ LK poskytovatelé	Min. 2 CDZ-D v LK	2026–2030
Vznik CDZ pro seniory 	Financování Podpora vzniku	KÚ LK poskytovatelé	Min. 1 CDZ-S v LK	2026–2030
Dostupnost návazných služeb  	Terénní týmy (SR) Krizová a návazná péče (krizová lůžka, krizová pomoc) Včasná intervence (mobilní týmy) Tlumočnické služby	KÚ LK poskytovatelé	Úvazky dle potřeb v území	2026–2030





8.4 Rozvoj lidských zdrojů

Moderní systém péče vyžaduje dostatek kvalitních odborníků i peer pracovníků, kteří pracují interdisciplinárně a uplatňují přístupy zaměřené na zotavení. Prioritou je posílit kapacity personálu, podpořit vzdělávání a zajistit atraktivitu práce v regionu.

Cíl	Hlavní aktivity	Odpovědnost spolupráce	Indikátor	Termín
Posílení personálních kapacit a kompetencí 	Průběžné vzdělávání SP, PSS, státní správy a dalších odborníků v problematice práce s lidmi s duševním onemocněním.	KÚ LK Poskytovatelé Odborná veřejnost	Min. 1 školení ročně	2026–2030
Rozvoj mezioborové spolupráce 	Zajištění multidisciplinárních setkání, školení, workshopů	KÚ LK Poskytovatelé Odborná veřejnost	Min. 1 setkání ročně	2026–2030
Rozvoj kompetencí k podpoře specificky ohrožených skupin 	Vzdělávání odborných pracovníků v oblasti specifík práce se zvláště ohroženými skupinami (senioři, osoby bez domova, osoby pečující o malé děti), v rozpoznávání specifických bariér ve vyhledávání pomoci a zvyšování informovanosti o dostupných službách pro tyto cílové skupiny a možnostech jejich podpory.	KÚ LK Poskytovatelé Odborná veřejnost	Min. 1 školení ročně	2026–2030
Rozvoj kompetencí v kulturně senzitivním přístupu 	Vzdělávání odborných pracovníků v oblasti kulturně senzitivní práce s menšinami, včetně romské a ukrajinské komunity, a v rozpoznávání specifických bariér ve vyhledávání pomoci.	KÚ LK Poskytovatelé Odborná veřejnost	Min. 1 školení ročně	2026–2030



8.5 Destigmatizace a podpora prevence

Snižování stigmatizace je klíčové pro to, aby lidé mohli včas vyhledat podporu a začlenit se do běžného života. Tato oblast se zaměřuje na vzdělávání veřejnosti, zapojení osob se zkušeností do osvětových aktivit a podporu otevřeného a respektujícího přístupu ve společnosti i institucích.

Cíl	Hlavní aktivity	Odpovědnost spolupráce	Indikátor	Termín
Zvýšení povědomí veřejnosti 	Osvětové kampaně kraje Podpora osvětových aktivit služeb v jednotlivých regionech Zapojení osob se zkušeností s duševním onemocněním	KÚ LK poskytovatelé	1 krajská akce v rámci týdnů duševního zdraví Podpora min. 4 akcí pořádaných v regionu	2026–2030
Zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví u veřejné správy 	Školení a osvěta zaměstnanců úřadů a obcí	KÚ LK Obce	Min. 1 školení za rok	2026–2030
Podpora duševního zdraví na školách 	Vznik edukativní brožury pro žáky ZŠ a SŠ Posílení prevence vzniku duševních potíží	KÚ LK	Vznik brožury	2026–2027
Podpora duševního zdraví seniorů a prevence sociální izolace u seniorů 	Vznik edukativní brožury pro seniory, která bude zaměřená na aktivizaci a problematiku sociální izolace Vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích k tématům duševního zdraví a prevence izolace Spolupráce s kluby seniorů	KÚ LK	Vznik brožury Vzdělávání min. 1x ročně	2026–2027

8.6 Zajištění kvality, ochrany práv a participace

Kvalita poskytované péče, ochrana práv uživatelů a jejich aktivní zapojení do plánování služeb představují základní principy moderního a respektujícího systému duševního zdraví. Lidé se zkušeností s duševním onemocněním i jejich blízcí mají jedinečnou perspektivu, která je nezastupitelná při tvorbě, řízení a hodnocení podpůrných služeb. Systém, který staví na partnerském přístupu, posiluje autonomii, bezpečí a důvěru uživatelů a zároveň přispívá ke zvyšování kvality péče i prevenci stigmatizace a zneužívání. Prioritou je proto rozvoj nástrojů, které zajistí transparentní standardy kvality, dodržování etických a právních principů, bezpečné prostředí pro uživatele i pracovníky a systematické zapojení osob se zkušeností do rozhodovacích procesů na všech úrovních.

Cíl	Hlavní aktivity	Odpovědnost spolupráce	Indikátor	Termín
<p>Zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním do systému plánování služeb</p> 	<p>Aktivní účast osob se zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízkých v krajských pracovních skupinách</p> <p>Podpora rozvoje peer pracovníků ve službách a multidisciplinárních týmech</p>	<p>KÚ LK pracovní skupiny</p>	<p>Min. 1 účastník KKS DZ</p>	<p>2026–2030</p>
<p>Bezpečí uživatelů</p> 	<p>Vzdělávací aktivity (workshopy, kulaté stoly) v lidských právech a traumatech informovaném přístupu</p>	<p>KÚ LK Poskytovatelé Vzdělávací instituce</p>	<p>Min. 1 školení za rok</p>	<p>2026–2030</p>

9. Závěr

Tento plán rozvoje péče o duševní zdraví v Libereckém kraji představuje společný závazek všech zapojených aktérů vytvářet prostředí, ve kterém budou lidé s duševním onemocněním i jejich blízcí přijímáni s respektem, podporou a pochopením. Navržená opatření reagují na aktuální výzvy i dlouhodobě identifikované nedostatky v oblasti dostupnosti, provázanosti a kvality péče a nastavují jasné směry, jak posílit síť služeb, koordinaci systémů a podporu jednotlivých cílových skupin napříč životním cyklem.

Klíčovým prvkem tohoto plánu je mezioborová spolupráce a zapojení celé komunity – kraje, obcí, poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb, vzdělávacích institucí, zaměstnavatelů, rodin a samotných osob se zkušeností s duševním onemocněním. Právě propojení odborného know-how s osobní zkušeností a hlasem lidí, kteří péči využívají, je zásadní pro vytváření služeb, jež jsou nejen odborné, ale také lidsky vstřícné, uživatelsky orientované a skutečně odpovídají potřebám komunity.

Strategie se nezaměřuje pouze na řešení již vzniklých obtíží, ale klade důraz na prevenci, včasnou identifikaci rizik a podporu duševního zdraví jako přirozené součásti kvality života každého člověka. Podpora dětí, dospívajících, dospělých v produktivním věku i seniorů, je chápána jako souvislý systém, který staví na možnosti získat pomoc včas, v místě, kde člověk žije, a formou, která podporuje jeho soběstačnost, důstojnost a aktivní zapojení do života společnosti.

Realizace tohoto plánu bude vyžadovat postupné zavádění konkrétních kroků, pravidelnou evaluaci, otevřený dialog všech partnerů a schopnost pružně reagovat na nové výzvy. Současně bude klíčové pracovat s veřejností, podporovat destigmatizaci a posilovat povědomí o tom, že duševní zdraví je stejně důležité jako zdraví tělesné.

Liberecký kraj tímto plánem potvrzuje svůj závazek vytvářet systém péče, který je moderní, dostupný, udržitelný a založený na principech lidskosti, rovnosti a vzájemné podpory. Úspěšná realizace bude znamenat nejen rozvoj služeb, ale také posilování soudržnosti komunity, kvality života obyvatel a schopnosti kraje poskytovat každému potřebnou pomoc v době, kdy ji nejvíce potřebuje.

