



Spolufinancováno
Evropskou unií

Analytické podklady pro Krajský plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026-2030

Červenec 2025

1. Úvod

Analytické podklady pro Krajský plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026-2030 (dále také „Analýza“) jsou zpracovány jakou součástí projektu „Podpora procesů v rámci reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“, registrační č. CZ.03.02.02/00/22_006/0001329.

Zpracovatelem analýzy je Ernst & Young, s.r.o. (dále také „EY“ či „Dodavatel“) na základě smlouvy uzavřené mezi EY a Libereckým krajem (dále také „Zadavatel“ či „Kraj“).

1.1 Kontext a cíle analýzy

Tato Analýza slouží jako podklad pro tvorbu **Krajského plánu péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026-2030**. Analýza se vztahuje ke třem hlavním oblastem kopírujícím cílové skupiny, kterými jsou:

1. Děti a mladiství
2. Dospělí
3. Senioři.

U každé z těchto tří cílových skupin je zjišťován stav duševního zdraví a úroveň potřeb a poptávky po službách, které s duševním zdravím souvisí. Konkrétní témata vycházející pro každou cílovou skupinu a jejich řazení v Analýze jsou zobrazena v tabulce 1.

Tabulka 1: Kapitoly Analýzy

Kap. 1	Úvod	Kontext a cíle Analýzy a definice základních termínů.
Kap. 2	Děti a mladiství	Téma 1: Výzkum duševního zdraví žáků (11-19 let) v Libereckém kraji
Kap. 3	Dospělí	Téma 1: Analýza stavu duševního zdraví a potřeb dospělé populace v Libereckém kraji Téma 2: Projekce budoucích potřeb sociálních služeb a podpory duševního zdraví z perspektivy stárnutí a vývoje obyvatelstva Téma 3: Osoby již zasažené problémy v oblasti duševního zdraví Téma 4: Primárně pečující osoby s předškolními dětmi jako specificky ohrožená skupina
Kap. 4	Senioři	Téma 1: Kvalitativní analýza potřeb seniorů (65+) Téma 2: SWOT analýza služeb, které souvisí s duševním zdravím seniorů
	Seznam literatury a další seznamy	Kapitola obsahuje seznam literatury a dalších zdrojů využitých v rámci Analýzy, seznam zkratk, tabulek a grafů.
	Přílohy	Součástí příloh jsou plné verze využitých dotazníků.

1.2 Základní terminologie a fakta

Tato podkapitola vymezuje pojem duševního zdraví a přibližuje základní strukturu systému péče o duševní zdraví v České republice. Následně představuje rozsah veřejných výdajů do této oblasti na úrovni Libereckého kraje a představuje organizace podpořené z krajského rozpočtu či rozpočtu obcí v roce 2024.

Zjištění této Analýzy, týkající se stavu duševního zdraví populace, jejich potřeb a dostupnosti služeb souvisejících s duševním zdravím, slouží jako podpora při tvorbě strategie pro rozvoj sociálních služeb a sítě Kraje. Tento přístup odpovídá principům **tvorby politik založených na důkazech** (evidence-based policy making, EBPM), který využívá systematický sběr a analýzu dat pro tvorbu informovaných rozhodnutí ve veřejných politikách (Cairney, 2016). Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD, 2021) na základě diskusí s experty a stakeholdery stanovila rámec, podle kterého je možné hodnotit výkonnost a schopnost systému péče o duševní zdraví. Rámec obsahuje 6 hlavních principů, který by měl dobrý systém péče o duševní zdraví splňovat:

1. Je orientovaný na jednotlivce, který prožívá duševní onemocnění.
2. Má dostupné, vysoce kvalitní služby v oblasti duševního zdraví.
3. Uplatňuje integrovaný, mezioborový přístup k duševnímu zdraví.
4. Předchází duševním onemocněním, podporuje prevenci a duševní pohodu.
5. Má silné vedení a dobrou správu.
6. Je orientovaný na budoucnost a je inovativní.

Tato analýza je zpracována v souladu s uvedenými principy.

1.2.1 Vymezení pojmu duševní zdraví

Duševní zdraví, klíčové téma této Analýzy, lze podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2022) charakterizovat jako **stav duševní pohody, který umožňuje lidem zvládat stres běžného života, uvědomovat si své schopnosti, dobře se učit a pracovat a přispívat své komunitě**. V této definici je obsaženo několik klíčových principů duševního zdraví, například:

- Duševní zdraví není pouze absence duševních poruch.
- Duševní zdraví je komplexní škála prožívaná u každého člověka individuálně a různě.
- Duševní zdraví umožňuje člověku realizovat svůj potenciál.

Duševní zdraví je také základní lidské právo, integrální komponent celkového zdraví a důležitá společenská hodnota. Duševní zdraví je ovlivněno vnějšími faktory, jako je stav společnosti, ekonomiky nebo životního prostředí (OECD, 2021).

1.2.2 Systém péče o duševní zdraví v České republice

V České republice (ČR) je systém péče o duševní zdraví rozdělen na lůžkové a ambulantní služby. Strategie reformy psychiatrické péče z roku 2013 nabádá ke zlepšení koordinace jednotlivých složek péče a posílení služeb v přirozeném prostředí pacienta, například pomocí komunitní péče¹.

¹ reformaspsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie_reformy_psyche.pdf



Lůžková psychiatrická péče

Lůžková péče je zajišťována především psychiatrickými léčebnami nebo nemocnicemi a psychiatrickými odděleními nemocnic. Počet lůžek **akutní psychiatrické péče** mezi lety 2010 a 2017 klesl na 1300 lůžek. Od roku 2018 jejich počet mírně narůstá a jeho podíl na celkovém lůžkovém fondu je více než 5 %. Tento trend souvisí také s transformací psychiatrických nemocnic a léčeben, které redukuje fond následné lůžkové péče a začínají poskytovat péči akutní. Důsledkem toho je postupný nárůst geografické dostupnosti akutní lůžkové péče v ČR. Počet lůžek **následné lůžkové péče** se snižuje, od roku 2010 dodnes klesl asi o 15 %. Následná péče je prováděna formou komunitní podpory a zdravotní péče, což je v souladu s reformou psychiatrické péče (Národní portál psychiatrické péče, 2021).



Ambulantní psychiatrická péče

Na území ČR funguje okolo 1 000 **ambulantních poskytovatelů psychiatrických zdravotních služeb**. Jejich dostupnost je regionálně velmi odlišná. Nejčastější diagnózy, kvůli kterým pacienti vyhledávají psychiatry, jsou neurotické, stresové a somatoformní poruchy (37,3 %) a organické duševní poruchy spolu s Alzheimerovou chorobou (14,7 %) (Národní portál psychiatrické péče, 2025).



Komunitní péče

Příkladem komunitní péče jsou **centra duševního zdraví (CDZ)**. Jsou zdravotně-sociální službou, která poskytuje péči lidem se závažným duševním onemocněním v jejich vlastním sociálním prostředí. Klíčovým konceptem u CDZ je case management, při kterém multidisciplinární tým poskytuje klientům terénní i ambulantní služby s cílem dosáhnout jejich soběstačnosti. CDZ působí regionálně se spádovým územím cca 100 tisíc obyvatel. Tým je složen z psychiatrických sester, sociálních pracovníků, pracovního konzultanta, psychiatra, psychologa a peer konzultanta, někde i adiktologa (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020; Psychoportál, 2025).



Neziskové organizace

Nestátní neziskové organizace (NNO) jsou důležitým aktérem v péči o duševní zdraví v ČR, doplňují státní a komerční sektor v oblastech, které nesou dostatečně pokryty tradičními institucemi. Jsou tak klíčovými partnery pro zajištění péče a pokroku v procesu reformy psychiatrické péče (Fokus ČR, 2025).

1.2.3 Příspěvky na péči o duševní zdraví v Libereckém kraji

Financování služeb péče o duševní zdraví z rozpočtů Kraje a obcí v Libereckém kraji se mezi roky 2022 a 2024 zvyšovalo, jak je uvedeno v Tabulce 2. V roce 2022 činila podpora 48,4 mil. Kč, což odpovídá 0,18 % souhrnných výdajů rozpočtů Kraje a obcí na území kraje. V roce 2023 podpora vzrostla na 50,7 mil. Kč, nicméně podíl na celkovém rozpočtu poklesl na 0,16 %, což ukazuje na nižší tempo růstu podpory oproti celkovému růstu výdajů. Pro rok 2024 dosáhla podpora výše 63,3 mil. Kč, ale finální údaj o výši celkových výdajů rozpočtu chybí. Tento vývoj naznačuje, že ačkoli finanční podpora absolutně roste, není její růst v poměru k rostoucím rozpočtům automatický. Zároveň lze pozorovat, že významnějším zdrojem financování je národní rozpočet společně s příspěvky z fondů Evropské unie (EU).

Tabulka 2: Příspěvky na péči o duševní zdraví v Libereckém kraji

2022	48 432 482 Kč	132 270 223 Kč	27 628 000 000 Kč	0,18 %
2023	50 707 885 Kč	177 224 377 Kč	31 611 000 000 Kč	0,16 %
2024	63 343 118 Kč	203 090 259 Kč	-	-

Zdroj: vlastní zpracování podkladů od Zadavatele a na základě Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2024) a Liberecký kraj (2024)

Tabulka 3 zachycuje subjekty, které v Libereckém kraji působí v oblasti péče o duševní zdraví a které obdržely finanční podporu z krajského či obecního rozpočtu, a nezohledňuje například: zdravotnická zařízení (psychiatrické ambulance, nemocnice), služby hrazené plně ze zdravotního pojištění, služby financované čistě z národních dotačních titulů, evropských fondů, nadací nebo soukromých zdrojů. Pro správné hodnocení potřeb a dopadů péče je vždy nutné zohledňovat také celostátní rámec a mezioborové přesahy.

Tabulka 3: Seznam organizací podpořených z krajského rozpočtu či rozpočtu obcí v roce 2024

FOKUS Liberec o.p.s.	ADVAITA, z. ú.	Návrat, o.p.s.	Maják NMPS, z.ú.	Centrum intervenčních a psychosociálních služeb LK, p.o.
FOKUS Semily, z. s.	Most k naději, z.s.	Charita Česká Lípa	Maják Hrádek z.ú.	Domov důchodců Sloup v Čechách, p.o.
FOKUS Turnov, z.s.	Laxus	Charita Liberec	Maják Plus, z.ú.	
Sdružení TULIPAN, z.s.		Naděje	Člověk v tísní, o.p.s.	
Rythmus Liberec		Sociální služby města České Lípy, p.o.	Rodina v centru, z.ú.	
		Charita Most	Diakonie ČCE	

Zdroj: vlastní zpracování podkladů od Zadavatele

² Zdroj: Liberecký kraj, 2024. *Finanční zdroje kraj*.

³ Zdroj: ČSÚ, 2024. *Statistická ročenka Libereckého kraje 2024*. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/statisticka-rocenka-libereckeho-kraje-2024>

1.3 Metodologický postup

Tato kapitola poskytuje systematický přehled využitých metod šetření a jejich přiřazení k jednotlivým kapitolám Analýzy, jež byly využity pro získání potřebných dat a informací. Tabulka níže poskytuje přehled metod šetření využitých v jednotlivých kapitolách. Metodologie využitá pro dílčí oblasti je dále zkonkretizovaná s ohledem na specifika a zaměření jednotlivých oblastí v relevantních podkapitolách Analýzy.

Tabulka 4: Matice metod použitých v Analýze

Legenda: ■ – metoda využitá pro vyhodnocení stavu dané cílové skupiny

		METODY ŠETŘENÍ							
		Desk research	Dotazníkové šetření				Rozhovory	Analýza sekundárních dat	SWOT analýza
			WHO-5	PHQ-9	GAD-7	EIU-5			
Děti a mladiství		■	■	■	■	■			
Dospělá populace	Primárně pečující osoby	■	■	■	■		■		
	Osoby již zasažené duševním onemocněním	■					■		
	Projekce budoucích potřeb	■					■		
	Analýza stavu péče o duševní zdraví dospělé populace v Libereckém kraji	■	■	■	■				
Senioři		■	■	■	■		■	■	

Zdroj: vlastní zpracování na základě Zadávací dokumentace

Desk research

Metoda desk research byla klíčovým krokem k pochopení současného stavu služeb a potřeb obyvatel a zároveň sloužila jako výchozí metoda pro teoreticko-metodologická východiska, na kterých jsme založili postup zpracování Analýzy. Využili jsme již existující analýzy, vědecké studie, akademické články a data, jako jsou statistické údaje o výskytu duševních onemocnění v Libereckém kraji nebo dostupnosti psychiatrické a psychologické péče, což nám umožnilo zmapovat, jaké služby jsou v Kraji k dispozici a kde se nacházejí největší mezery, bez nutnosti vlastních výzkumů, časově i finančně náročných.

Polostrukturované rozhovory

Další metodou, kterou jsme v Analýze využili, je metoda polostrukturovaných rozhovorů s cílovou skupinou, která nám umožnila hlubší porozumění výsledkům dotazníků a rozšíření o kvantitativní data a kontextové informace. Také nám umožnila hlouběji proniknout do tématu, než je tomu u čistě strukturovaných rozhovorů nebo dotazníků, protože poskytla prostor pro spontánní odpovědi a zkoumání souvislostí, které by uzavřenými otázkami zůstaly skryté. Díky

otevřeným otázkám mohli respondenti přinést nové podněty a témata, která výzkumník původně nepředpokládal, což udělalo z polostrukturovaných rozhovorů cenný nástroj pro explorativní výzkum.

Dotazníkové šetření

Pro mapování aktuálního stavu duševního zdraví v Libereckém kraji jsme využili vlastní dotazníkové šetření se čtyřmi standardizovanými škálami pro hodnocení různých aspektů duševního zdraví. Tuto metodu jsme zvolili pro monitoring stavu duševního zdraví u dětí a mladistvých a u dospělé populace. Jedná se o škály, které byly dříve využity v rámci Národního monitoringu duševního zdraví dětí a adolescentů realizovaným Národním ústavem duševního zdraví (NÚDZ, 2023) a v opakovaných šetřeních agentury Eurofound⁴ (2021; 2022).

Existence těchto analýz nám umožnila zasadit výsledky vlastního šetření do širšího kontextu. Škály byly původně vyvinuty pro dospělou populaci, následně došlo k jejich adaptaci i pro demografickou skupinu dětí a mladistvých. V řadě vědeckých studií, včetně studie NÚDZ, byla ověřena jejich validita pro měření charakteristik duševního zdraví u různých cílových skupin, včetně vhodnosti české jazykové mutace.

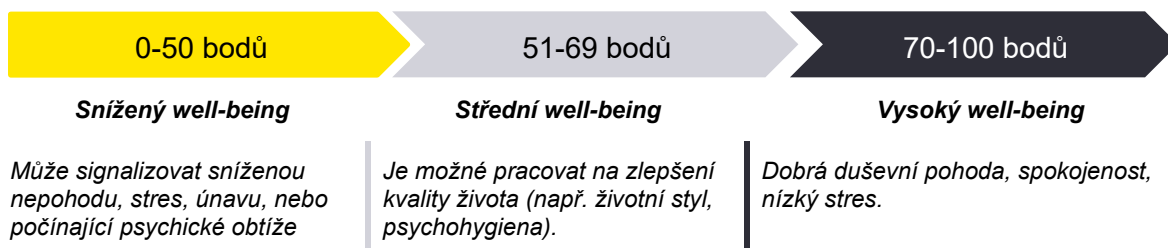
Konkrétní škály využitě v Analýze jsou (i) World Health Organisation Well-being Index (**WHO-5**), (ii) Patient Health Questionnaire (**PHQ-9**), (iii) Generalised Anxiety Questionnaire (**GAD-7**) a (iv) Excessive Internet Use (**EIU-5**). Tyto škály jsou jednoduché a vyplnění dotazníku není časově náročné, což podporuje jejich vhodnost pro mapování duševního zdraví populace (Johnson et al., 2019; Levis et al., 2019; Topp et al., 2015). Je však nutné zdůraznit, že se **nejedná o klinické diagnostické nástroje, ale screeningové dotazníky**, které slouží k **orientačnímu zhodnocení míry existujících symptomů**. Pro stanovení diagnózy je vždy nezbytné odborné posouzení psychiatrem nebo klinickým psychologem.

Všechny vybrané nástroje využívají sebe-hodnocení, tedy subjektivní hodnocení dotazovaných oblastí. Níže v textu uvádíme popis jednotlivých škál ve větším detailu. Konkrétní otázky každé škály jsou pak součástí Přílohy č. 1 této Analýzy, které byly doplněny o populační otázky uvedené v Příloze č. 3 této Analýzy.

WHO-5

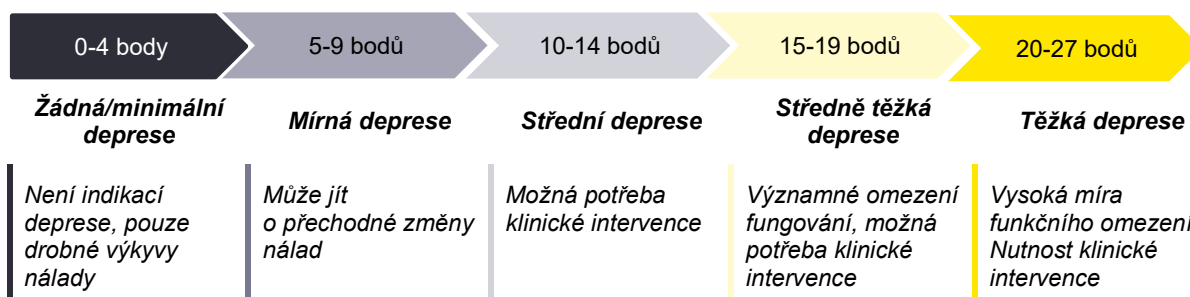
Škála WHO-5 **se zaměřuje na well-being, tedy emoční pohodu, a subjektivní psychickou pohodu** v posledních čtrnácti dnech. Formou pěti otázek je zjišťována nálada, pohoda nebo naplnění. Škála vznikla odvozením ze škály WHO-10 a WHO-28. Odpovědi na otázky jsou rozprostřeny na šestibodové Likertově škále od 0 (nikdy) do 5 (celou dobu). Konečné skóre pro výpočet stavu well-beingu vzniká vynásobením celkového skóre čtyřmi, kdy 0 znamená nejhorší a 100 nejlepší subjektivní well-being. Skóre menší než 50 je často používáno jako hranice pro identifikaci snížené pohody a potenciální deprese, přičemž skóre menší než 28 může indikovat závažnou depresi. WHO-5 se vyznačuje vysokou validitou a spolehlivostí v různých kulturních i klinických kontextech a je široce využívána jako screeningový nástroj i měřítko výsledků léčby (Kučera et al., 2023; Topp et al., 2015).

⁴ Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
Eurofound-ETF (2022), *Living, working and COVID-19 in the European Union and 10 EU neighbouring countries*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.



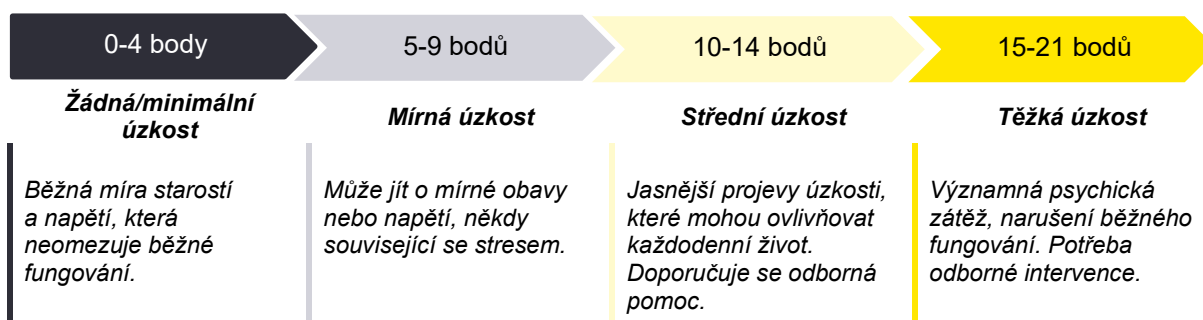
PHQ-9

Škála PHQ-9 **slouží k hodnocení závažnosti depresivních symptomů** v posledních dvou týdnech. Respondenti odpovídají na devět otázek na Likertově škále od 0 (vůbec ne) do 3 (téměř každý den). Celkové skóre je složeno ze součtu všech odpovědí a poté rozděleno do pěti pásem deprese: žádná nebo minimální deprese (1–4 bodů), mírná deprese (5–9 bodů), střední deprese (10–14 bodů), středně těžká deprese (15–19 bodů) a těžká deprese (20–27 bodů). Skóre ≥ 10 obvykle indikuje potřebu klinické intervence, přičemž vyšší skóre vyžaduje kombinaci psychoterapie, medikace nebo obojího (Kučera et al., 2023; Levis et al., 2019).



GAD-7

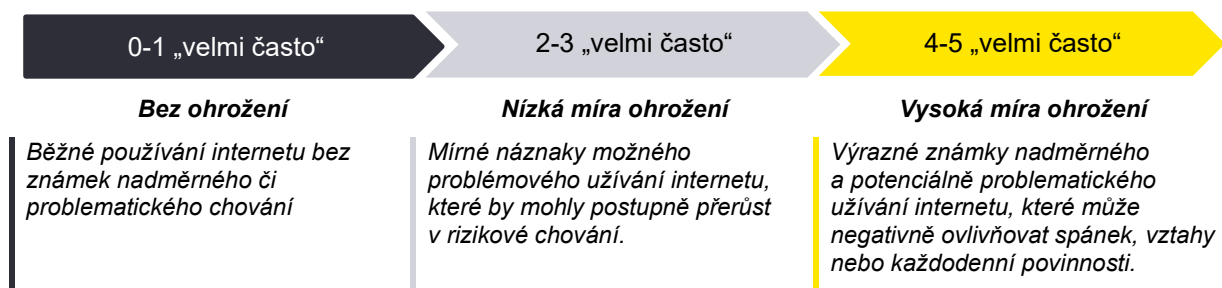
Škála GAD-7 je používána k **hodnocení příznaků úzkostných symptomů** během posledních dvou týdnů. Odpovědi jsou organizovány na Likertově škále od 0 (vůbec ne) do 3 (téměř každý den), respondenti odpovídají, nakolik se na ně vztahují specifické symptomy. Celkové skóre je součtem odpovědí. Výsledné skóre lze rozdělit do čtyř kategorií: žádná nebo minimální úzkost (0–4 bodů), mírná úzkost (5–9 bodů), střední úzkost (10–14 bodů) a těžká úzkost (15–21 bodů). Skóre ≥ 10 obvykle indikuje klinicky významnou úroveň úzkosti, která vyžaduje další diagnostické zhodnocení a případnou intervenci, jako je psychoterapie nebo farmakoterapie (Johnson et al., 2019; Kučera et al., 2023).



EUI-5

Škála excesivního užívání internetu (EIU-5) pomocí pěti položek **ověřuje nadměrné používání internetu**. Nadměrné užívání je v tomto případě chápáno jako takové používání online aplikací, které s sebou nese riziko negativních důsledků, například narušení spánku, vztahů nebo školních povinností. Právě děti a dospívající jsou v této oblasti obzvláště ohroženou skupinou, protože tráví na internetu výrazně více času než předchozí generace a zároveň se u nich v této vývojové fázi snadno formují návyky (Škařupová et al., 2015).

Dotazník obsahuje pět výroků popisujících typické situace spojené s problematickým užíváním internetu. Respondenti pak mají uvést, zda a jak často se jim dané situace staly během posledního roku. Pro odpovědi mohou vybírat na čtyř položkové Likertově škále od „nikdy“ (0 bodů), „ne moc často“ (1 bod), „docela často“ (2 body) a „velmi často“ (3 body). Odpovědi jsou poté vyhodnoceny podle četnosti odpovědí „velmi často“. V případě, že respondent uvedl „velmi často“ u žádného nebo jednoho výroku, je klasifikován jako „bez ohrožení“, v případě 2-3 odpovědí „velmi často“ je s nízkou mírou ohrožení a více než 3 takové odpovědi jej zařadí do skupiny lidí s vysokou mírou ohrožení závislostí na internetu.



Analýza sekundárních dat

K projekci budoucích potřeb sociálních služeb a podpory duševního zdraví jsme využili metodu predikce na základě lineárního trendu, která spočívá v odhadu lineárního vztahu mezi časem a hodnotou sledované proměnné. Lineární trend byl odhadnut pomocí jednoduché lineární regrese, kde byl čas (v našem případě kalendářní roky 2010–2023) použit jako nezávislá proměnná a příslušná veličina (v našem případě historické hodnoty počtu pacientů s danou diagnózou) jako proměnná závislá. Predikce pak odpovídají hodnotám této regresní přímky za hranicí dostupného časového období. Použitý model lze zapsat ve tvaru:

$$\hat{y}_t = \alpha + \beta * t$$

kde \hat{y}_t označuje predikovaný počet pacientů v roce t , α je odhadnutá hodnota průsečíku a β vyjadřuje průměrnou roční změnu počtu pacientů.

Tato metoda je srozumitelná, snadno interpretovatelná a praktická zejména v situacích, kdy jsou k dispozici pouze kratší časové řady a omezený rozsah dat. Díky nízkým nárokům na vstupní informace a jednoduché implementaci je vhodná pro orientační predikce i jako výchozí bod pro porovnání s případnými komplexnějšími přístupy. Mezi její omezení patří neschopnost zachytit případné výkyvy či nelinearity v historickém vývoji dané časové řady a citlivost na výběr konkrétního časového úseku, což může ovlivnit spolehlivost výsledků v případě strukturálních změn. Metoda také neumožňuje přikládat větší váhu novějším pozorováním. Predikce byla technicky realizována v prostředí RStudio, ve kterém byla použita funkce `lm()` a `predict()` ze základního prostředí R, které poskytuje vhodné nástroje pro práci s časovými řadami a predikčními modely.

Dospělí



3. Dospělí

Tato kapitola se zaměřuje na duševní zdraví dospělé populace v Libereckém kraji, na které nahlíží skrze čtyři témata. Těmi jsou analýza stavu duševního zdraví a potřeb dospělé populace, budoucí potřeby sociálních služeb a podpory duševního zdraví z perspektiv stárnutí populace, mapování potřeb osob již zasažených problémy duševního zdraví a mapování potřeb primárně pečujících osob s předškolními dětmi. Kapitola je uvedena shrnutím hlavních globálních výzev spojených s duševním zdravím dospělých.



Duševní zdraví dospělých osob je klíčovým aspektem veřejného zdraví. Podle dat OECD trpí přibližně 84 milionů osob v Evropské unii nějakou formou duševního onemocnění, což odpovídá 17,3 % populace dospělých (OECD & Evropská komise, 2024).

Závažná duševní onemocnění (SMI) ovlivňují člověka v oblasti myšlení, vnímání i chování. Narušení kognitivních funkcí pak ztěžují možnosti jedince fungovat v každodenním životě. Pod SMI spadají například schizofrenie, bipolární porucha nebo těžká deprese, které mají významný dopad na kvalitu života jedince i jeho blízkých (Drake & Whitley, 2014). Kromě sociální perspektivy má duševní zdraví také stránku ekonomickou, protože zhoršené duševní zdraví **snižuje schopnost ekonomické aktivity**. Přímé náklady na zdravotní péči i nepřímé náklady spojené se sociálním zabezpečením a sníženou produktivitou mohou u evropských zemí přesáhnout až 4 % hrubého domácího produktu (HDP). Tyto náklady se mezi jednotlivými zeměmi EU liší na základě rozdílů v diagnostice a léčbě osob s duševními problémy (Evropská komise, 2023).

Významnými překážkami v životě osob s duševním onemocněním jsou **stigmatizace a diskriminace**, které vedou k jejich vyloučení ze společnosti a odepření základních práv, jako je přístup ke zdravotní péči, pracovnímu trhu nebo vzdělání. V České republice je míra stigmatizace duševních onemocnění v porovnání s jinými evropskými státy vysoká, což se projevuje například v tzv. sociální distanci, tedy neochotě pracovat, žít nebo sousedit s někým, kdo má duševní onemocnění (Winkler et al., 2021). Stigmatizace je jedním z důvodů, proč lidé zanedbávají své duševní zdraví a proč je systém péče o duševní zdraví podfinancovaný. Předsudky spojené se strukturální diskriminací se odrážejí v nízkých výdajích na duševní zdraví, které celosvětově tvoří pouhá 2 % zdravotních rozpočtů. Duševní onemocnění přitom způsobují mnohem větší ekonomickou zátěž (Národní ústav duševního zdraví, 2022).

Mezinárodní srovnání problematiky závislosti poukazuje na zvlášť závažnou situaci v České republice. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2023) představilo následující data pro Českou republiku:

- Rizikově **pije alkohol** 15–19 % dospělých (1,3–1,7 milionu osob), přičemž 6–10 % (540–900 tisíc) pije alkohol denně nebo téměř denně a 8–10 % (720–900 tisíc) spadá do kategorie škodlivého pití.
- Přibližně 8–13 % populace (720 tisíc až 1,2 milionu osob) užívá **psychoaktivní léky** problematickým způsobem. **Konopné látky** užilo v posledních 12 měsících 7–10 % dospělých (650–900 tisíc osob), asi 400 tisíc z nich je v riziku problémového užívání. Rizikové užívání **pervitinu** nebo **opioidů** se týká přibližně 45–47 tisíc lidí.

U skupiny dospělých osob se závažným duševním onemocněním a problémem se závislostí se často vyskytuje **komorbidita**, tedy situace, kdy osoby s poruchou užívání návykových látek

trpí také úzkostí, depresí nebo jiným typem duševního onemocnění, a naopak. Zároveň je u osob se SMI také vyšší riziko problému s fyzickým zdravím a vyšší úmrtnost (National Mental Health Intelligence Network, 2018).

V populaci existují specificky ohrožené skupiny. Mezi ně se řadí například **senioři**, kterým je věnována kapitola 3, nebo také **osoby pečující o děti předškolního věku**. Péče o děti do 6 let představuje zátěž pro duševní zdraví rodičů a pečujících osob. S nedostatkem spánku, sociální izolací a tlakem se může pojit chronický stres. Well-being rodičů je relevantní nejen pro ně samotné, duševní zdraví má totiž dopad na výchovu jejich dětí. Situace je ztížena například u samoživitelů nebo pečujících s již existujícími duševními problémy. Péče o děti předškolního věku je nerovnoměrně rozdělená, jelikož většinu pečovatelů tvoří ženy (Mudiyanselage et al., 2024; Smith, 2004).

3.1 Analýza stavu duševního zdraví a potřeb dospělé populace v Libereckém kraji

Tato kapitola představuje výsledky výzkumu o stavu duševního zdraví obyvatel Libereckého kraje, včetně zmapování potřeb a poptávky po službách souvisejících s oblastí duševního zdraví. Na základě získaných dat umožňuje formulovat doporučení pro systémová opatření v oblasti prevence, intervence a rozvoje služeb duševního zdraví. Data jsou sbírána prostřednictvím dotazníkového šetření na vzorku dospělé populace. Systematické mapování potřeb je významné, jelikož umožňuje navrhnout opatření na základě validních dat reflektujících reálnou situaci obyvatel Kraje. Sběr dat probíhal od 1. 5. 2025 do 16. 7. 2025.

3.1.1 Metodologie a průběh výzkumu

Hlavní metodou sběru dat pro tuto část výzkumu bylo dotazníkové šetření. Metodologie se opírá o tři standardizované sebereportovací škály: **WHO-5, PHQ-9 a GAD-7**. Tyto nástroje neslouží ke **klinické diagnostice duševních onemocnění**, ale jedná se o **screeningové dotazníky**, které orientačně **hodnotí míru existujících symptomů**. Konkrétní otázky každé škály jsou součástí přílohy č. 1 Analýzy a postup jejich vyhodnocení je detailně popsán v kapitole 1.3. Dotazník obsahuje dodatečné otázky týkající se **sociodemografické charakteristiky** respondentů a **poptávky po službách** spojených s péčí o duševní zdraví.

Dotazník byl distribuován online, prostřednictvím webových stránek Libereckého kraje, obcí a měst. Odkaz na dotazník pro dospělou populaci ve formě quick response (QR) kódu byl umístěn také na potvrzení, které rodiče obdrželi k souhlasu s účastí svých dětí ve výzkumu duševního zdraví žáků (viz kapitola 2). Tento přístup kombinuje samovýběr a účelové vzorkování. U samovýběru respondenti sami rozhodují, zda dotazník zveřejněný na webových stránkách vyplní. Při distribuci přes školy zároveň dochází k účelovému oslovení rodičů dětí jako specifické cílové skupiny. Kombinace těchto metod vzorkování umožní efektivní sběr dat s širokým demografickým pokrytím, ale nese riziko pod-reprezentace digitálně méně gramotných skupin. Data byla deskriptivně analyzována dle metodik vyhodnocení jednotlivých škál.

Je však nutné zdůraznit, že zjištění vycházejí z relativně malého vzorku respondentů, což s sebou nese řadu omezení. Výsledky nelze považovat za reprezentativní pro celou populaci Libereckého kraje a rozdíly mezi nimi mohou být ovlivněny náhodou nebo specifickým složením respondentů. Zjištění je proto třeba chápat především jako orientační screeningovou informaci, která naznačuje potenciálně rizikové oblasti a skupiny. Dotazník se také spoléhá na sebehodnocení respondentů, což může vést k podhodnocení nebo nadhodnocení symptomů duševního zdraví. Použité škály (WHO-5, PHQ-9, GAD-7) poskytují užitečné informace, ale nemusí plně zachytit komplexitu duševního zdraví. Tyto výsledky jsou platné pouze pro daný časový rámec a geografickou oblast, a jakékoli změny v sociálních, ekonomických nebo zdravotních podmínkách mohou ovlivnit jejich relevanci v budoucnu. Pro přesnější stanovení prevalence duševních onemocnění v populaci by bylo vhodné provést šetření na větším vzorku, případně tato data doplnit o další epidemiologické a zdravotnické ukazatele.

3.1.2 Analýza

Základní přehled o průběhu dotazníkového šetření je uveden v Tabulce 5. Celkový vzorek čítá **759** respondentů, z nichž pouze **632** respondentů dotazník kompletně vyplnilo a řádně odeslalo. Nekompletní odpovědi je možné do vyhodnocení také zahrnout za předpokladu, že respondent vyplnil všechny otázky alespoň k jedné ze tří škál. Škálu WHO-5 kompletně vyplnilo **554** respondentů, PHQ-9 **540** a GAD-7 **539**.

Tabulka 9: Základní přehled průběhu dotazníkového šetření u dospělé populace

Celkový počet respondentů	Kompletní odpovědi	WHO-5	PHQ-9	GAD-7
759	632	554	540	539

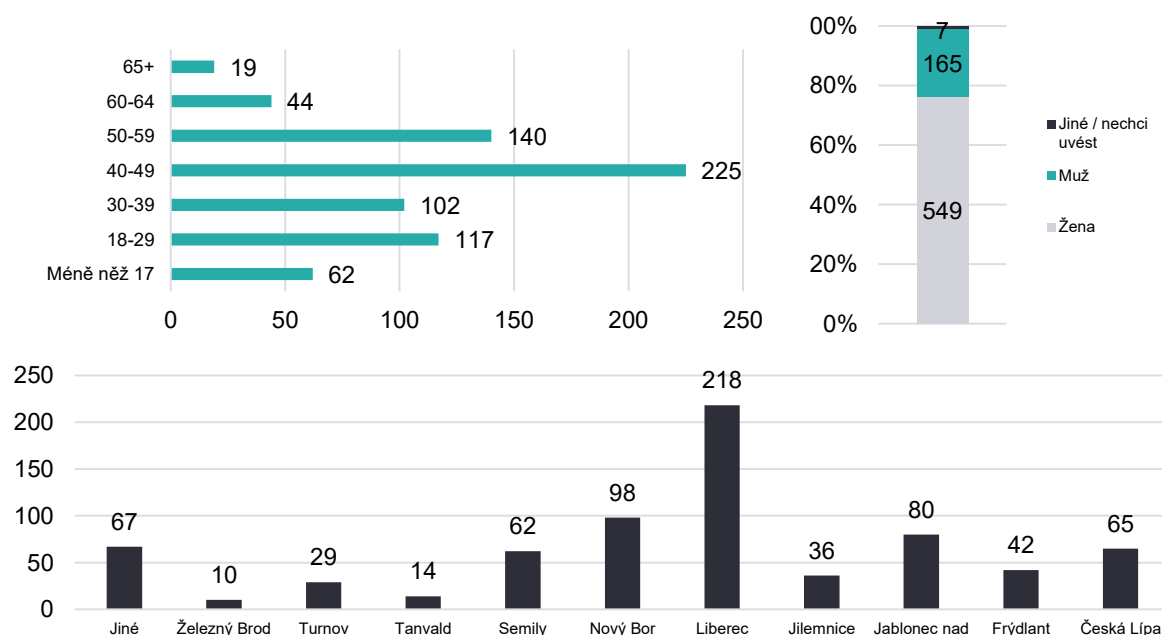
Průměrné skóre subjektivního well-beingu podle škály WHO-5 je 45,7 bodu (z 100), což naznačuje spíše střední úroveň psychické pohody, přičemž vysoká směrodatná odchylka (22,3) svědčí o velké variabilitě mezi respondenty. Naopak průměrné skóre PHQ-9 (7,5 z 27) ukazuje na mírné depresivní příznaky v populaci, s tím, že medián (6) je nižší než průměr, což naznačuje, že část respondentů má výrazně vyšší hodnoty a zvyšuje průměr. U GAD-7 je průměrné skóre 4,7 (z 21), což odpovídá mírné úrovni úzkosti, přičemž medián (3) opět ukazuje, že většina respondentů má spíše nízké skóre a vyšší hodnoty se vyskytují jen u menší části souboru. Minimum u všech tří škál je 0, maximum pak odpovídá plným bodovým rozsahům, což potvrzuje přítomnost zcela bezpříznakových i výrazně ohrožených jedinců.

Tabulka 10: Popisné statistiky k odpovědím v dotazníku ke škálám WHO-5, PHQ-9 a GAD-7

Aritmetický průměr	45,73285	7,512963	4,736549
Medián	48	6	3
Směrodatná odchylka	22,31326	5,548723	4,573357
Minimum	0	0	0
Maximum	100	27	21
Počet odpovědí	554	540	539

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 8: Demografické ukazatele – skupina respondentů dospělá populace



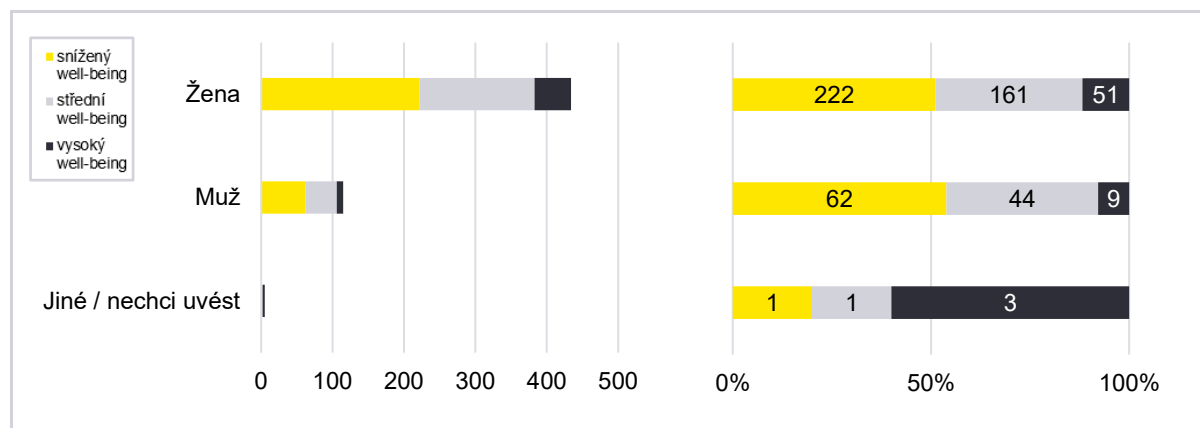
Zdroj: vlastní zpracování

Většinu respondentů tvořily ženy (549 osob), zatímco mužů bylo 165, minimum respondentů uvedlo jiné pohlaví nebo jej nechtělo specifikovat. Největší zastoupení měly věkové skupiny 40–49 let (225 osob) a 50–59 let (140 osob), naopak nejméně respondentů bylo ve věku 65+ (19 osob). Geograficky převažovali respondenti z Liberce (218 osob), následovaní Novým Borem (98) a Jabloncem nad Nisou (80), zatímco nejmenší zastoupení bylo ze Železného Brodu (10 osob). 501 respondentů je zaměstnaných nebo osob samostatně výdělečně činných (OSVČ), 47 studentů, 18 jsou důchodci, 8 je nezaměstnaných a 8 respondentů uvedlo možnost „jiné“.

WHO-5

Oproti jiným škálám je rozdělení respondentů napříč věkovými skupinami a dle pohlaví v ohledu výše jejich well-beingu velmi podobné. Výsledky škály WHO-5 u dospělé populace naznačují, že více než 50 % dospělé populace vykazuje snížený well-being, 37 % střední well-being a 13 % vysoký well-being. U škály WHO-5 je medián (48) mírně vyšší než průměr (45,7). To naznačuje, že rozdělení hodnot je lehce levostranně (negativně) šikmé, tedy že v souboru existuje menší část respondentů s velmi nízkými hodnotami well-beingu, které snižují aritmetický průměr, zatímco většina respondentů má skóre spíše vyšší. Jinými slovy, většina respondentů má subjektivní pohodu lepší, než jakou by naznačoval samotný průměr, ale několik velmi nízkých hodnot výsledky stahuje dolů.

Graf 9: Výsledky škály WHO-5 u dospělé populace dle pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

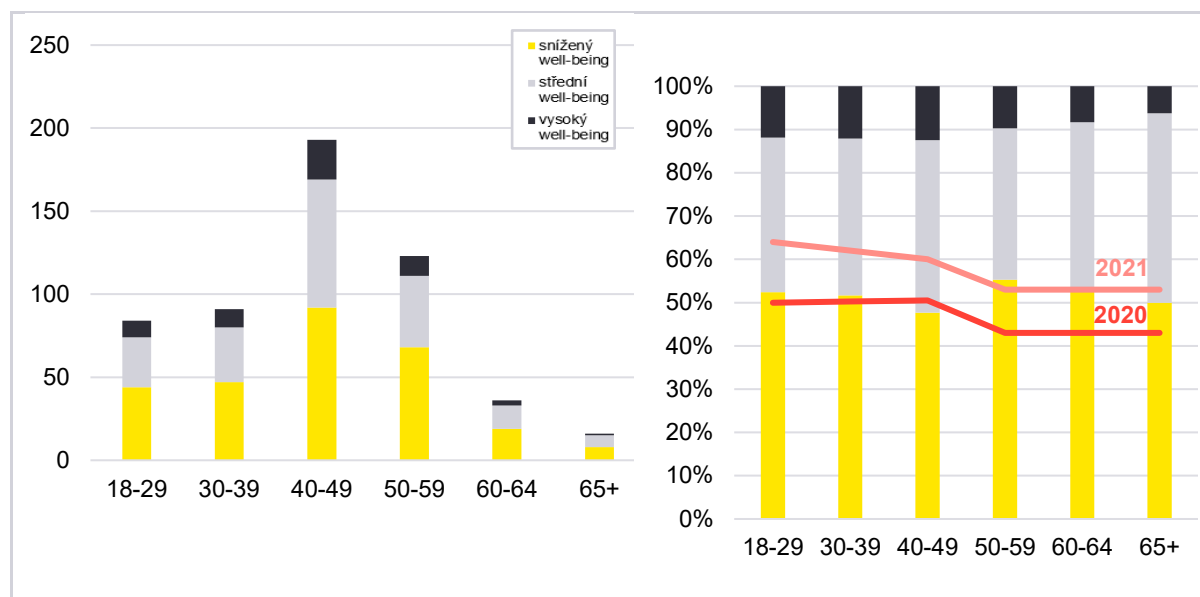
Pro porovnání s průměrem EU 27 z let 2020 a 2021 byly do grafu s výsledky škály WHO-5 dle věku zanesena data představující průměrný podíl respondentů se sníženým well-beingem z opakovaného šetření Living, working and COVID-19 in the European Union and 10 EU neighbouring countries¹⁶. Z pozdější ze dvou zpráv z šetření¹⁷ dále vyplynulo, že výsledky pro škálu WHO-5 pro Českou republiku patří ve srovnání s jinými zeměmi EU k těm lepším s méně než 50 % respondentů spadajících do skupiny lidí se sníženým well-beingem. Výsledky šetření u dospělé populace v Libereckém kraji tedy kopírují průměrné výsledky pro EU-27. Za mírně netypické hodnoty s ohledem na spíše nižší průměrnou hodnotu výskytu

¹⁶ Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

¹⁷ Eurofound-ETF (2022), *Living, working and COVID-19 in the European Union and 10 EU neighbouring countries*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

sníženého well-beingu pro ČR v kontextu EU-27 lze považovat výsledek pro starší věkovou skupinu 50-59 let.

Graf 10: Výsledky škály WHO-5 u dospělé populace dle věku

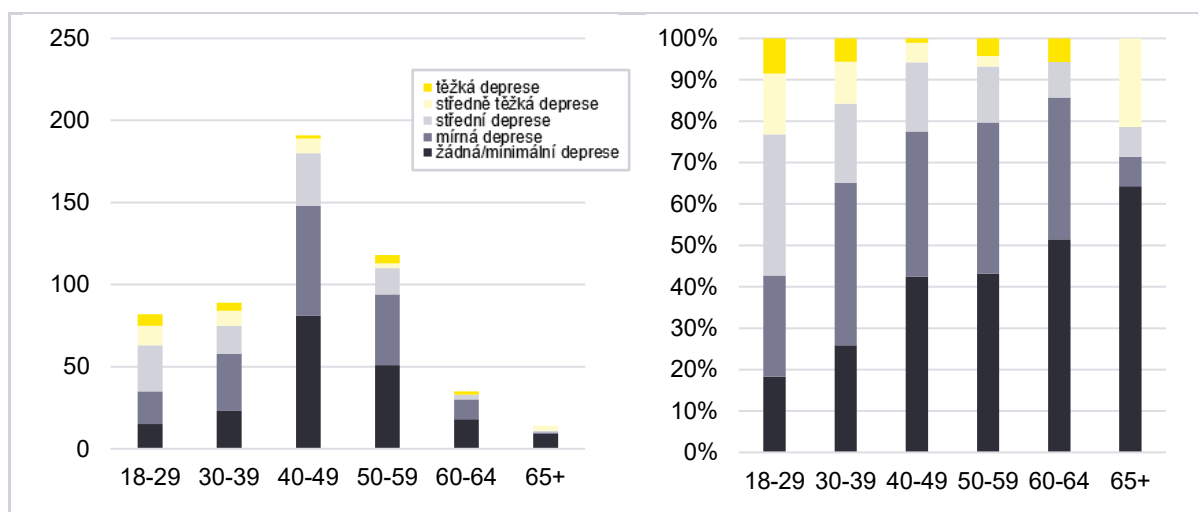


Zdroj: vlastní zpracování dat z dotazníkového šetření a průzkumu Eurofund (2022;2021)

PHQ-9

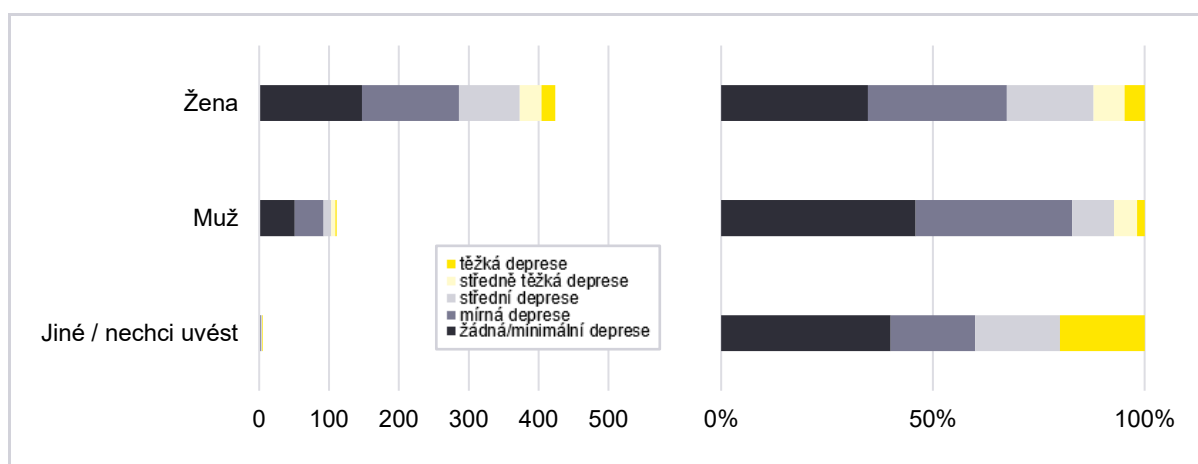
U PHQ-9 je medián (6) nižší než průměr (7,5), což ukazuje na pravostranně (pozitivně) šikmé rozdělení – většina respondentů má nižší skóre depresivních příznaků, ale menší skupina s výrazně vyššími hodnotami (až do maxima 27) zvyšuje aritmetický průměr. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že depresivní symptomy dle škály PHQ-9 postihují častěji ženy než muže a mladší populaci spíše než tu starší. Zatímco u mužů se příznaky těžké a středně těžké deprese projevují u 7 % respondentů a střední u 10 %, u žen se jedná o 12 % s příznaky těžké a středně těžké deprese a 21 % s příznaky střední deprese. Hodnoty dle věku se vyznačují vyšší mírou variability. Nejvyšší výskyt depresivních symptomů na úrovni těžké deprese lze pozorovat ve věkové skupině 18-29 (okolo 9 %), kde je zároveň nejnižší podíl žádné/minimální deprese (18 %). Oproti tomu ve věkové skupině 50-59 let je výskyt příznaků těžké deprese poloviční a 42 % respondentů lze zařadit do kategorie příznaků žádné / minimální deprese.

Graf 11: Výsledky škály PHQ-9 u dospělé populace dle věku



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 12: Výsledky škály PHQ-9 u dospělé populace dle pohlaví



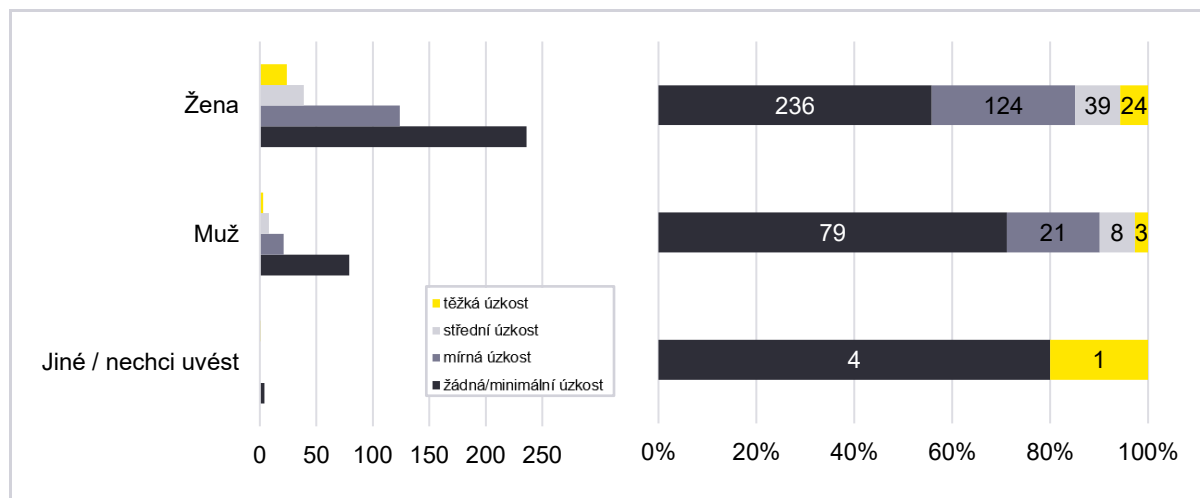
Zdroj: vlastní zpracování

GAD-7

Z pohledu popisné statistiky pozorujeme podobnou situaci jako u škály PHQ-9, kde je **medián (3)** nižší než **průměr (4,7)**, což rovněž svědčí o pravostranné šikmosti – většina respondentů vykazuje nízkou míru příznaků úzkosti, ale existuje menší podskupina s vysokými hodnotami (až do maxima 21), která posouvá průměr vzhůru. Výsledky dotazníkového šetření v oblasti úzkostných symptomů dále podtrhávají rozdíly ve vnímání vlastního duševního zdraví mezi pohlavími a napříč věkovými skupinami. Obdobně jako u předchozí škály i výsledky pro GAD-7 naznačují vyšší incidenci příznaků těžké úzkosti u osob ženského pohlaví a vyšší incidenci symptomů žádné / minimální úzkosti u starších věkových skupin. Opět pozorujeme také vysokou variabilitu napříč věkovými skupinami. Nejnižší výskyt příznaků žádné/minimální úzkosti pozorujeme u věkové skupiny 18-29 let (37 %), naopak symptomy žádné nebo minimální úzkosti ve věkové skupině 50-59 let

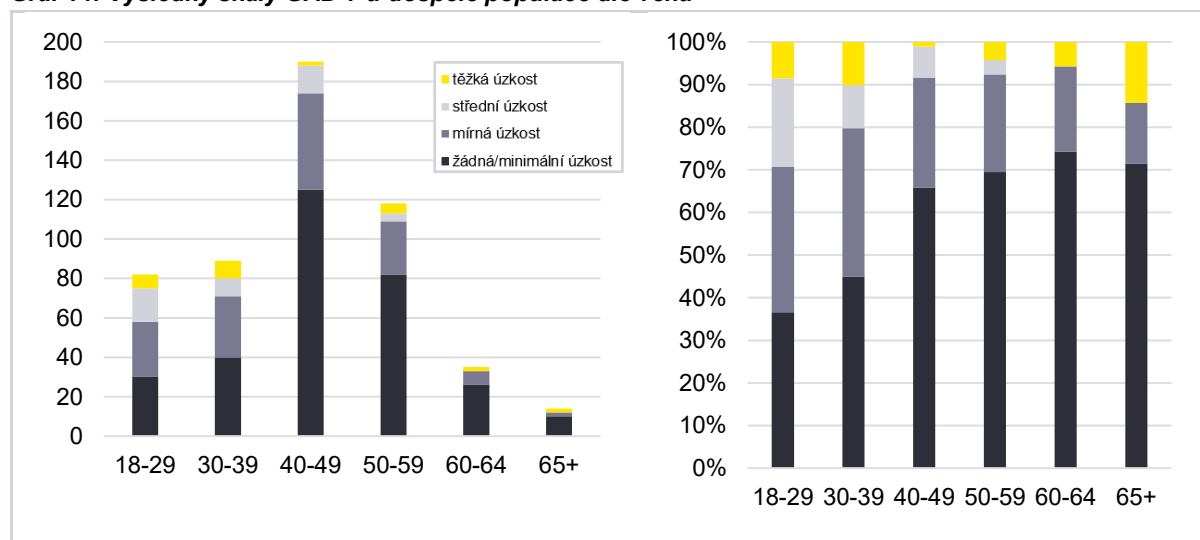
vykazuje téměř 70 % respondentů. Ve věkové skupině 40-49 let, do které zároveň spadá největší množství respondentů, pouze 9 % respondentů vykazuje příznaky střední (8 %) nebo těžké úzkosti (1 %).

Graf 13: Výsledky škály GAD-7 u dospělé populace dle pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 14: Výsledky škály GAD-7 u dospělé populace dle věku



Zdroj: vlastní zpracování

Dotazníkové šetření ukazuje, že více než 50 % dospělé populace vykazuje příznaky sníženého well-being, přičemž průměrné skóre podle škály WHO-5 (45,7) naznačuje střední úroveň psychické pohody. Vysoká směrodatná odchylka (22,3) ukazuje na značnou variabilitu mezi respondenty. Ženy vykazují vyšší míru depresivních symptomů než muži, přičemž 12 % žen má těžkou a středně těžkou depresi, zatímco u mužů je to pouze 7 %. Tento trend se projevuje i v úzkostných symptomech, kde ženy čelí vyšší incidenci těžké úzkosti.

Mladší populace (18-29 let) vykazuje nejvyšší výskyt příznaků těžké deprese (9 %) a zároveň nejnižší podíl respondentů se symptomy žádné nebo minimální deprese (18 %).

Přestože výsledky ukazují, že Česká republika má celkově lepší výsledky v oblasti well-beingu než průměr EU-27, je důležité věnovat pozornost mladým dospělým, kteří jsou jako specifická skupina ohrožení v celoevropském kontextu, ale také věkové skupině 50-59 let, která vykazuje mírně netypické hodnoty oproti předpokládaným průměrným hodnotám.

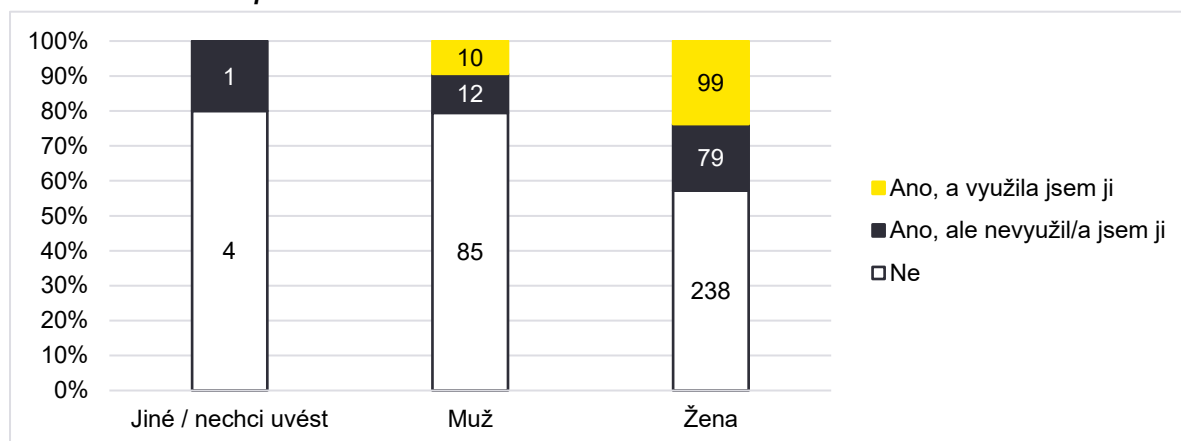
Hlavní zjištění:

- ▶ Více než 50 % dospělé populace vykazuje snížený well-being.
- ▶ Ženy mají vyšší míru depresivních a úzkostných symptomů než muži.
- ▶ Mladší populace (18-29 let) vykazuje nejvyšší výskyt těžké deprese.
- ▶ Starší věkové skupiny (50-59 let) mají specifické potřeby, které je třeba zohlednit.

3.1.3 Dostupnost a kvalita péče o duševní zdraví v Libereckém kraji

Výsledky uvedené v grafu 8 ukazují, že potřeba vyhledat odbornou pomoc v oblasti duševního zdraví se liší podle pohlaví. Ženy uváděly častěji než muži, že odbornou pomoc vyhledaly nebo ji alespoň zvažovaly. Muži častěji odpovídali, že pomoc nepotřebovali, a odpovědi „Ano, ale nevyužil/a jsem ji“ a „Ne“ výrazně převažují. Skupina označená jako „Jiné / nechci uvést“ je početně malá, přesto je patrné, že i zde je zájem o odbornou pomoc nižší než u žen.

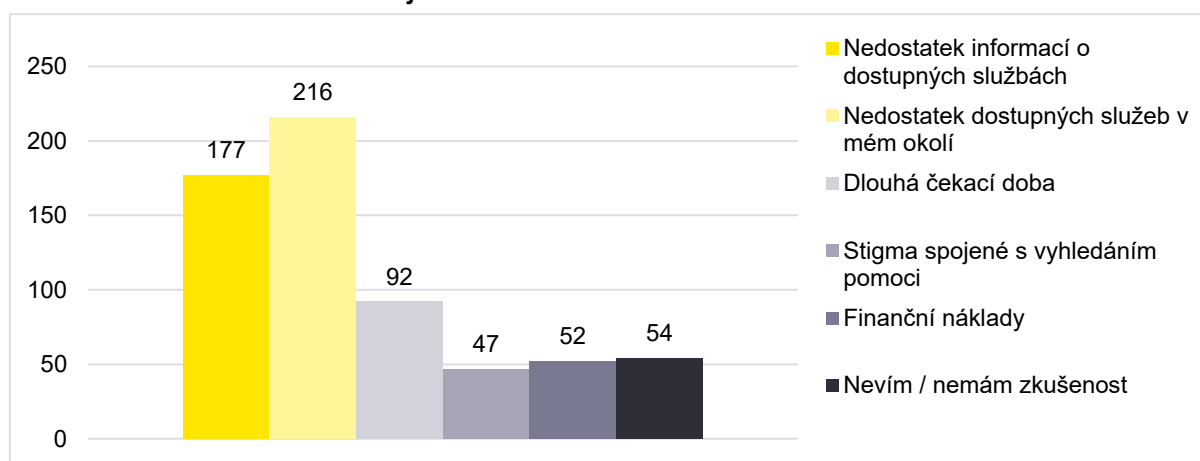
Graf 15: Odpovědi na otázku: Měl/a jste v posledním roce potřebu vyhledat odbornou pomoc v oblasti duševního zdraví dle pohlaví?



Zdroj: vlastní zpracování

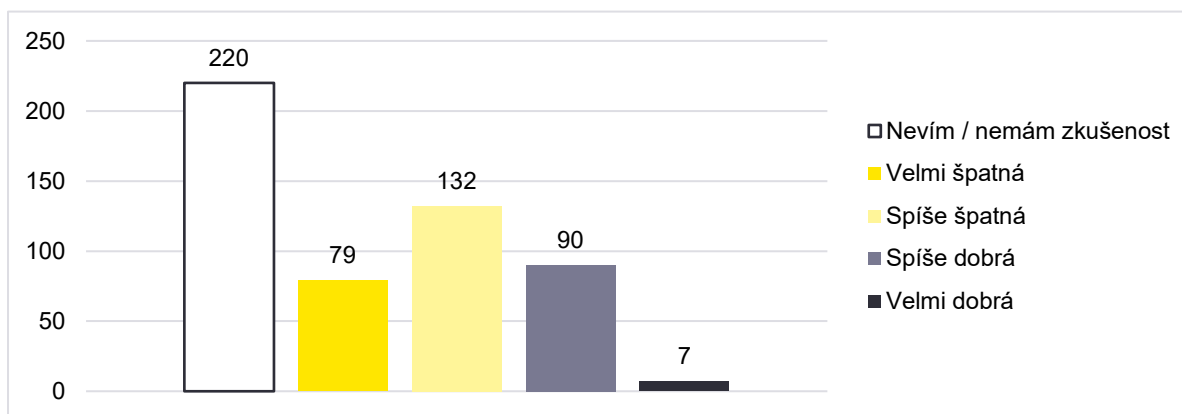
Za největší bariéru lze dle respondentů jednoznačně považovat nedostatek dostupných služeb v jejich okolí (uvedeno 216x) a nedostatek informací o dostupných službách (uvedeno 177x). Tato situace naznačuje, že i když existují určité služby duševního zdraví, jejich dostupnost je často omezená, což může vést k frustraci a odkládání vyhledání potřebné pomoci. Respondenti také vyjadřují obavy ohledně dlouhé čekací doby, která je úzce spjatá s nedostatkem služeb, a stigma spojeného s vyhledáním pomoci, což může dále ztěžovat situaci pro ty, kteří se snaží najít podporu. Celkově je důležité zaměřit se na zlepšení informovanosti o dostupných službách a zkrácení čekacích dob, aby se lidem usnadnil přístup k potřebné péči.

Graf 16: Odpovědi na otázku: Jaké jsou podle vás hlavní bariéry v přístupu k odborné pomoci v oblasti duševního zdraví v Libereckém kraji?



Zdroj: vlastní zpracování

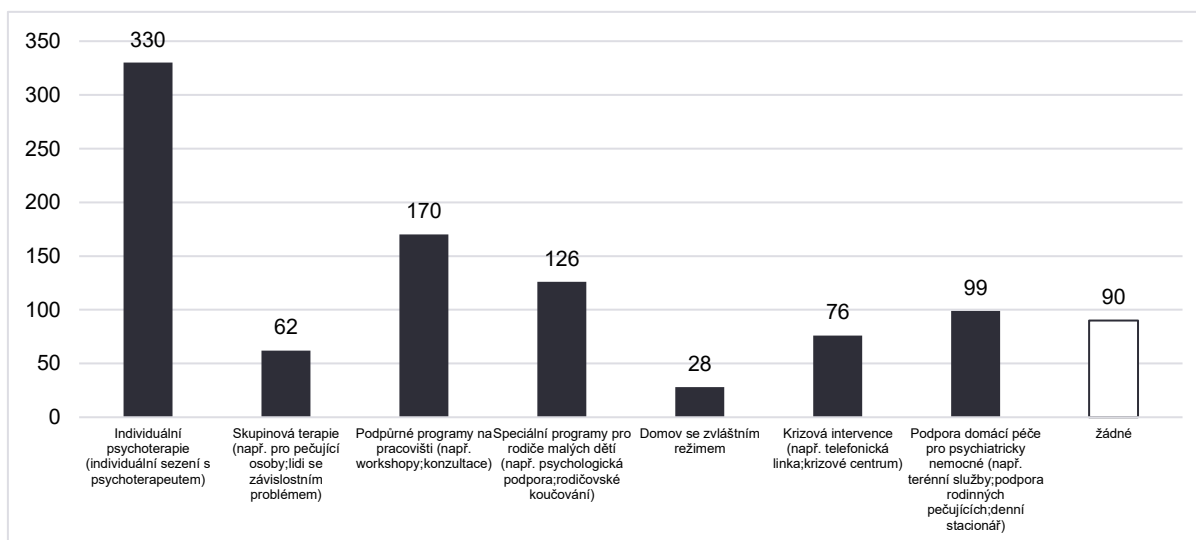
Graf 17: Odpovědi na otázku: Jak hodnotíte dostupnost služeb duševního zdraví v Libereckém kraji?



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 10 zachycuje hodnocení dostupnosti služeb duševního zdraví v Libereckém kraji. Nejčastější odpovědí bylo „Nevím / nemám zkušenost“ (220 respondentů), což naznačuje, že značná část populace se s těmito službami osobně nesetkala nebo je nevyužívá. Z těch, kteří mají zkušenost, hodnotily přibližně dvě třetiny respondentů dostupnost spíše negativně („Velmi špatná“ – 79, „Spíše špatná“ – 132). Pozitivní hodnocení („Spíše dobrá“ – 90, „Velmi dobrá“ – 7) tvořila menší část odpovědí, což ukazuje na vnímané nedostatky v dostupnosti služeb duševního zdraví.

Graf 18: Odpovědi na otázku: Jaké služby v oblasti duševního zdraví byste uvítal/a ve svém okolí?



Zdroj: vlastní zpracování

Z odpovědí na otevřenou otázku, jaké služby by respondenti uvítali, vyplývá potřeba dostupnější, preventivní a komunitní péče o duševní zdraví. Lidé by uvítali více podpory pro děti a dospívající, včetně workshopů pro rodiče, preventivních programů, mentoringu, supervize ve školách a péče o děti s poruchami příjmu potravy nebo digitální závislostí. Častým požadavkem je také větší dostupnost psychologické a psychiatrické péče hrazené pojišťovnou, včasná diagnostika, krizové a nízkoprahové služby pro osoby se závislostmi či duálními diagnózami a terénní týmy, jako nabízí například CDZ. Pro dospělé by byla přínosná

možnost preventivní terapie lidí, koučink osobního rozvoje, partnerská terapie, anonymní psychiatrická péče a podpůrné služby pro pečující o staré rodiče či děti se speciálními potřebami, včetně odlehčovacích služeb a informací o paliativní péči. Velký zájem je také o svépomocné a podpůrné skupiny, komunitní setkávání osamělých lidí, relaxační aktivity jako jóga a o programy podporující sociální vazby. V oblasti školství je požadována lepší podpora učitelů a rodičů, supervize, menší administrativní zátěž a promyšlenější systém změn.

3.2 Primárně pečující osoby s předškolními dětmi jako specificky ohrožená skupina

Tato kapitola je zaměřena na skupinu pečujících osob s předškolními dětmi, které představují specificky ohroženou skupinu. Duševní zdraví pečujících osob, zejména matek, hraje klíčovou roli v celkovém well-beingu celé domácnosti. Dlouhodobě zvýšený stres, nízká míra psychické pohody nebo rozvoj duševních onemocnění u pečujících osob negativně ovlivňuje i zdraví dětí a může zvyšovat riziko jejich budoucích psychických potíží. Cílem této kapitoly je proto analyzovat duševní zdraví této skupiny a posoudit dostupnost podpůrných mechanismů. Výsledky mohou přispět k lepšímu nastavení intervencí zaměřených na prevenci duševních obtíží v raném věku (Mudiyanselage et al., 2024).

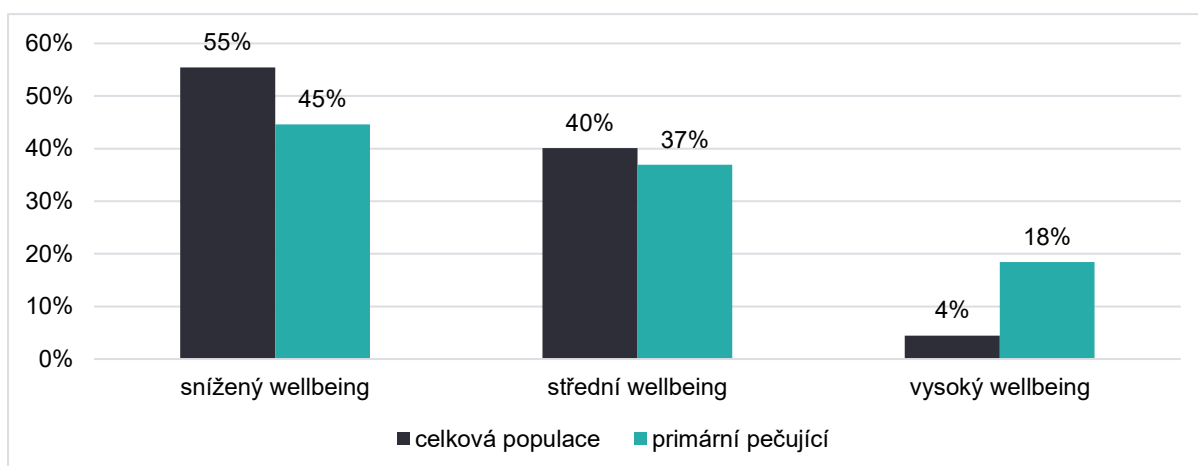
Tento výzkum je založen na metodě **dotazníkového šetření**, jehož cílem bylo získat kvantitativní údaje o duševním zdraví primárně pečujících osob s předškolními dětmi. Tento výzkum vychází z širšího šetření zaměřeného na duševní zdraví populace v Libereckém kraji popsaného v kapitole 3.1, přičemž pro tuto analýzu budou vyčleněna pouze data týkající se pečujících osob. Informace z dotazníkového šetření umožní identifikovat hlavní faktory ovlivňující duševní zdraví pečujících osob, včetně míry stresu, well-beingu a případných symptomů duševních poruch. Získaná kvantitativní data jsou analyzována pomocí deskriptivní statistiky dle metodik pro vyhodnocení jednotlivých škál, která umožní zkoumat vztahy mezi duševním zdravím pečujících osob a dalšími proměnnými.

Dotazníkové šetření ukázalo, že významná část primárních pečujících o předškolní děti čelí snížené úrovni subjektivní pohody, což odráží vysokou míru psychické zátěže spojené s péčí o malé děti. Dotazníkové šetření je založené na sebehodnotících škálách WHO-5, GAD-7 a PHQ-9.

WHO-5

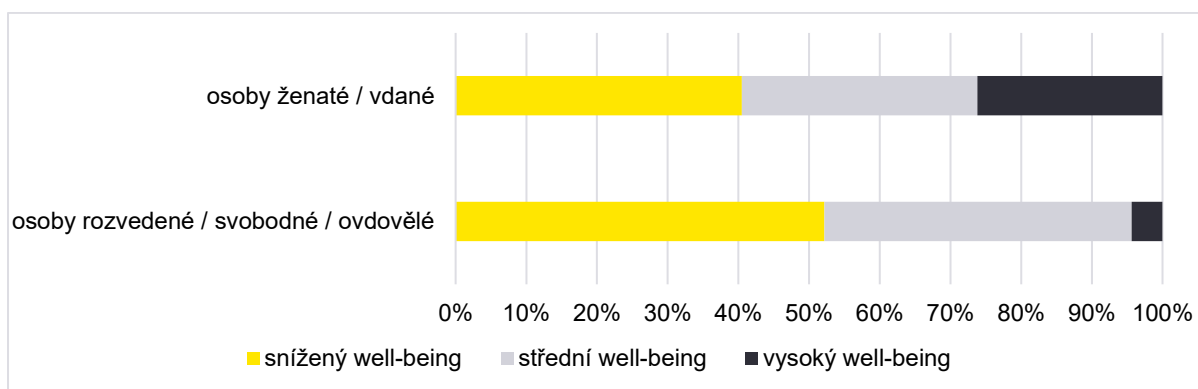
Výsledky dotazníku **WHO-5** ukazují, že **téměř polovina primárních pečujících o předškolní děti vykazuje sníženou úroveň subjektivní pohody**. To naznačuje zvýšené riziko psychické zátěže a možný rozvoj duševních obtíží, jako jsou úzkost nebo deprese. Dalších **37 % spadá do střední kategorie a pouze 18 % dosahuje vysoké úrovně well-beingu**. Zjištění proto podtrhují potřebu cílených preventivních opatření, jako je rozšíření dostupnosti psychosociální podpory, služeb pro odlehčení péče a komunitních programů, které by pečujícím usnadnily zvládnutí každodenních nároků a podpořily jejich duševní zdraví. Ve srovnání s celkovou populací je však u primárně pečujících osob zaznamenán vyšší výskyt vysokého well-beingu (4 % oproti 18 %) a nižší výskyt sníženého well-beingu (55 % oproti 45 %). To může být zapříčiněno specifickým vzorkem respondentů zapojených do šetření.

Graf 19: Porovnání výsledků WHO-5 pro primární pečující s většinovou populací



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 20: Porovnání výsledků WHO-5 pro ženaté nebo vdané osoby a osoby rozvedené, svobodné nebo ovdovělé



Zdroj: vlastní zpracování

Z hlediska rodinného stavu je patrný rozdíl mezi ženatými/vdanými osobami a těmi, které jsou rozvedené, svobodné či ovdovělé. Pečující v manželství dosahují ve srovnání vyšší úrovně subjektivní pohody, což naznačuje možný efekt manželské opory na psychickou odolnost.

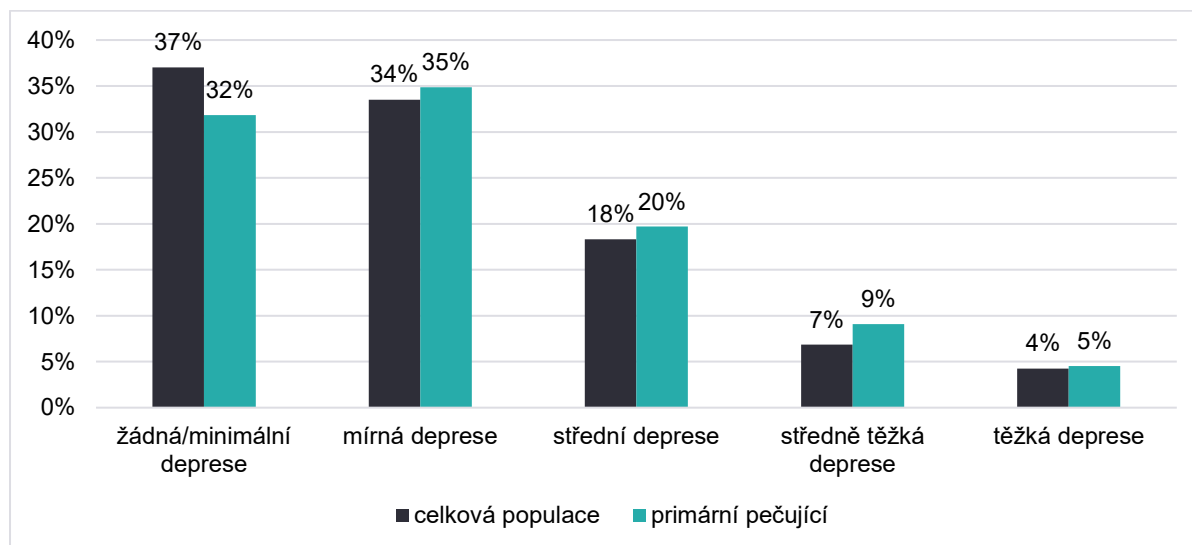
PHQ-9

Graf 15 znázorňuje rozdělení primárních pečujících o předškolní děti podle míry depresivních symptomů hodnocených pomocí dotazníku **PHQ-9**. **Největší část** respondentů (37%) **vykazuje mírnou úroveň depresivních obtíží**, dalších 33% spadá do kategorie **žádné nebo minimální deprese** a 21% do kategorie **střední deprese**. Přibližně 15% pečujících vykazuje **středně těžkou (10%) až těžkou (5%) depresi**. Tyto výsledky poukazují na zvýšené riziko psychické zátěže spojené s péčí o malé děti a na význam podpůrných intervencí zaměřených na prevenci a včasné zachycení psychických potíží.

Dotazník PHQ-9 odhalil zvýšený výskyt depresivních příznaků u primárně pečujících osob. Srovnání výsledků PHQ 9 pro primární pečující poukazuje na mírně zvýšené hodnoty

depresivních symptomů oproti ostatním respondentům. Celkem více než třetina pečujících se nachází v pásmu střední až těžké deprese.

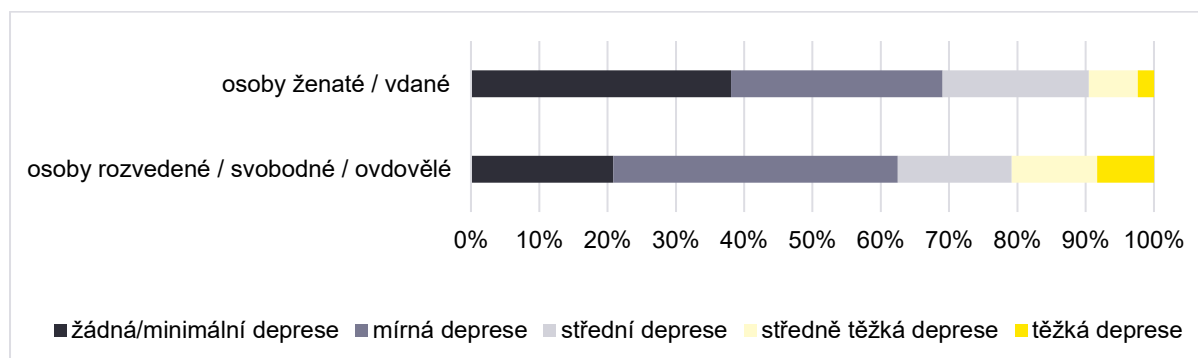
Graf 21: Porovnání výsledků PHQ-9 pro primární pečující s většinovou populací



Zdroj: vlastní zpracování

Rodinný stav hraje opět významnou roli. Osoby bez partnerské opory (rozvedené, svobodné, ovdovělé) vykazují vyšší zastoupení ve vážnějších depresivních kategoriích oproti osobám ženatým či vdaným. Partnerská stabilita se tak jeví jako klíčový ochranný faktor v oblasti depresivních obtíží.

Graf 22: Porovnání výsledků PHQ-9 pro ženaté nebo vdané osoby a osoby rozvedené, svobodné nebo ovdovělé

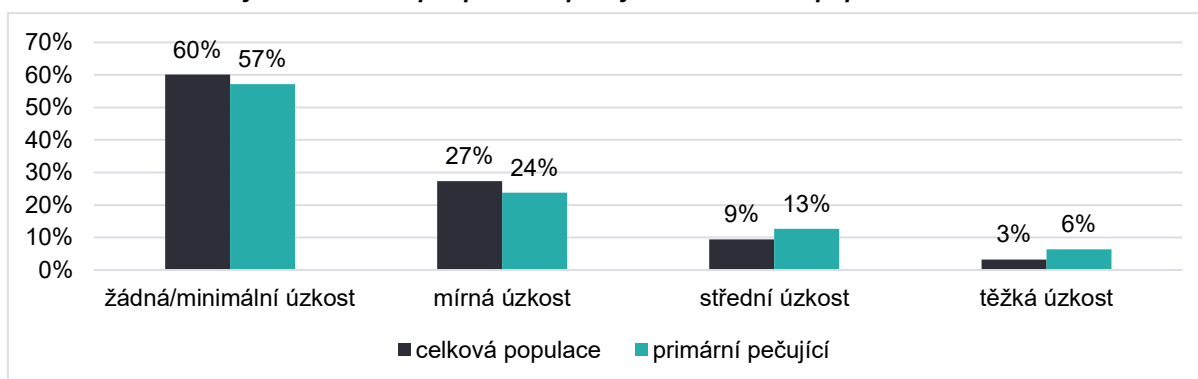


Zdroj: vlastní zpracování

GAD-7

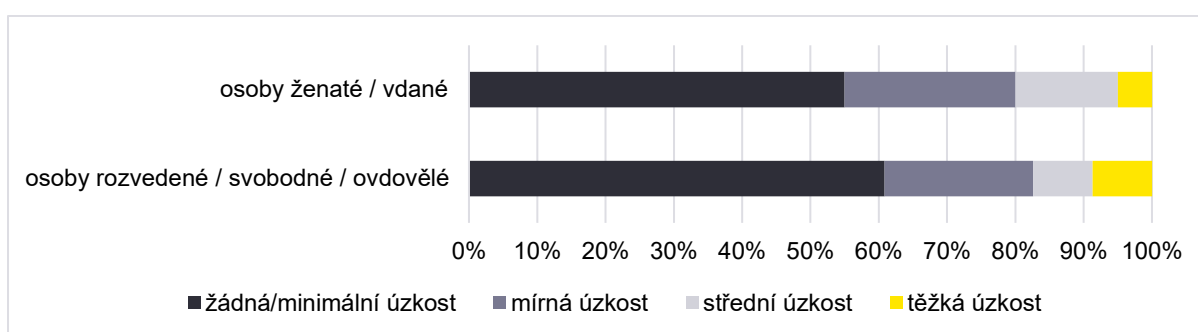
Podle výsledků dotazníku GAD-7 vykazuje největší část primárních pečujících o předškolní děti žádnou nebo pouze minimální míru úzkostných obtíží (57 %), zatímco mírná úzkost se objevila u 24 % respondentů a střední úzkost u 13 %. Těžkou úzkost uvedlo 6 % respondentů. Srovnání výsledků GAD 7 pro primární pečující s většinou respondentů opět, obdobně jako u škály PHQ-9, poukazuje na vyšší zastoupení střední a těžké úzkosti u primárních pečujících, což naznačuje, že pro část rodičů může být péče o malé dítě spojena se zvýšeným psychickým napětím a rizikem výraznějších úzkostných stavů.

Graf 23: Porovnání výsledků GAD 7 pro primární pečující s většinovou populací



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 24: Porovnání výsledků GAD-7 pro ženaté nebo vdané osoby a osoby rozvedené, svobodné nebo ovdovělé

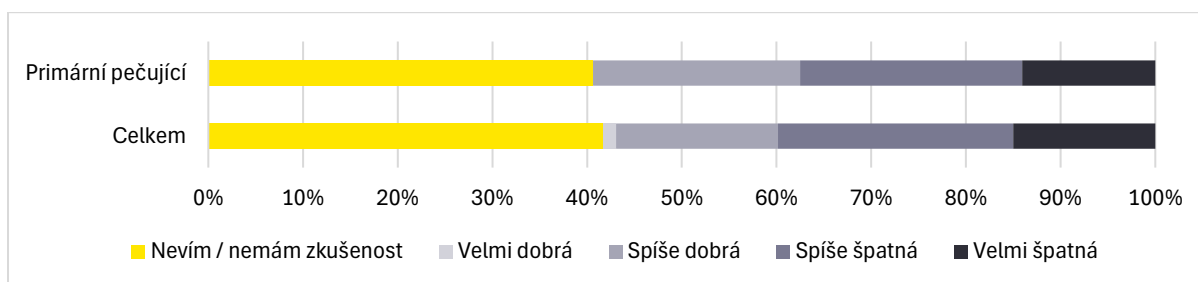


Zdroj: vlastní zpracování

Oproti předchozím škálám se u GAD 7 projevuje vliv rodinného stavu na výskyt úzkostí opačně. Osoby, které jsou rozvedené, svobodné nebo ovdovělé, mají vyšší výskyt těžké úzkosti. Zároveň však větší část těchto osob vykazuje žádnou nebo jen minimální úzkost.

3.2.1 Názor pečujících o děti předškolního věku na dostupnost a kvalitu péče o duševní zdraví v Libereckém kraji

Graf 25: Odpovědi na otázku: „Jak hodnotíte dostupnost služeb duševního zdraví v Libereckém kraji?“ a srovnání s většinovou populací

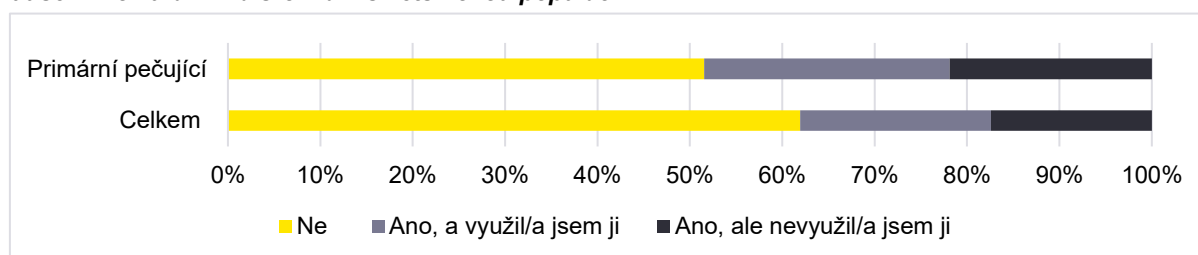


Zdroj: vlastní zpracování

Zhruba 40 % respondentů ze skupiny primárních pečujících nemá zkušenost se službami v oblasti péče o duševní zdraví nebo na jejich dostupnost nemá názor, dalších 40 % tuto dostupnost hodnotí jako špatnou nebo spíše špatnou. Zbývajících 20 % ji hodnotí jako spíše

dobrou. Žádný z primárních respondentů nehodnotí dostupnost služeb v oblasti péče o duševní zdraví jako velmi dobrou. Tyto výsledky se většinou shodují s celkovou populací respondentů, kromě toho, že 7 % respondentů hodnotí dostupnost služeb jako velmi dobrou.

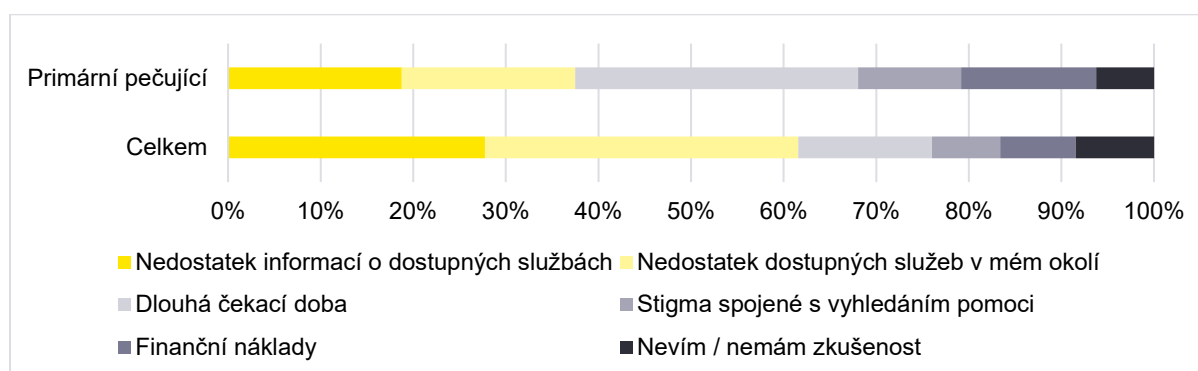
Graf 26: Odpovědi na otázku „Měl/a jste v posledním roce potřebu vyhledat odbornou pomoc v oblasti duševního zdraví?“ a srovnání s většinovou populací



Zdroj: vlastní zpracování

V porovnání s většinovou populací primární pečující pocítují větší potřebu vyhledat odbornou pomoc (48 % oproti 38 % celkové populace respondentů). Jen 27 % primárních pečujících ale nakonec odbornou pomoc doopravdy využilo. Zhruba polovina primárních pečujících, kteří potřebu vyhledat odbornou pomoc pocítili, ji nevyhledali, což může značit, že k ní není dostatečný přístup.

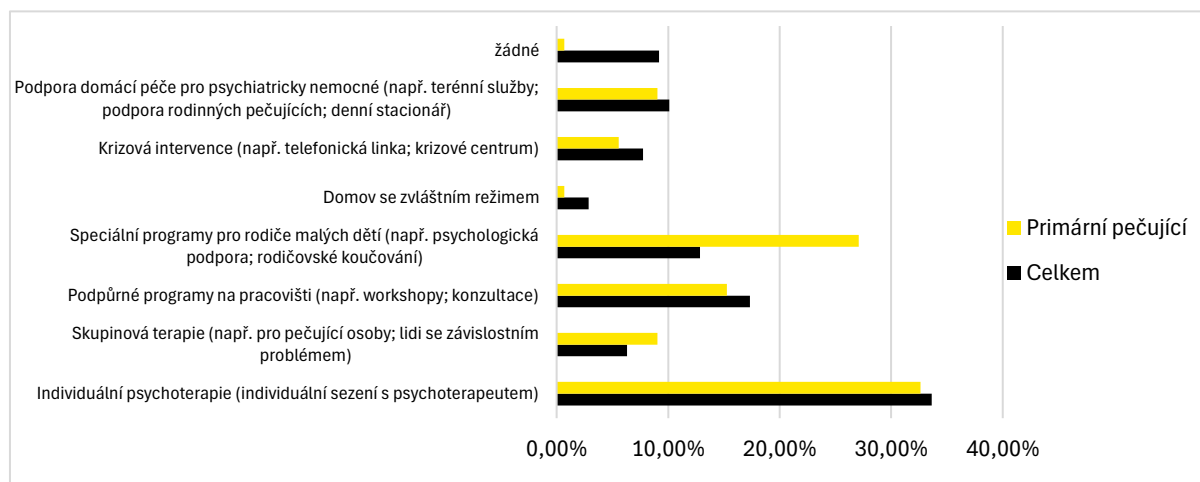
Graf 27: Odpovědi na otázku „Jaké jsou podle vás hlavní bariéry v přístupu k odborné pomoci v oblasti duševního zdraví v Libereckém kraji?“ a srovnání s většinovou populací



Zdroj: vlastní zpracování

Za největší bariéru lze dle primárních pečujících jednoznačně považovat dlouhou čekací dobu, kterou uvedlo 30 % respondentů. Oproti tomu, většinová populace jako hlavní bariéry spíše označuje nedostatek dostupných služeb v mém okolí (32 %) a nedostatek informací o dostupných službách (28 %), které primární pečující také vnímají jako velké bariéry, ale v menším rozsahu. Tato situace naznačuje, že i když existují určité služby duševního zdraví, jejich dostupnost je často omezená, což může vést k frustraci a odkládání vyhledání potřebné pomoci. Primární pečující také vyjadřují obavy ohledně stigmatizace spojené s vyhledáním pomoci (15 %), která může stěžovat situaci pro ty, kteří podporu potřebují. Pro primární pečující je celkově důležité zaměřit se na zlepšení informovanosti o dostupných službách a zkrácení čekacích dob, aby se lidem usnadnil přístup k potřebné péči.

Graf 28: Odpovědi primárních pečujících na otázku: „Jaké služby v oblasti duševního zdraví byste uvítal/a ve svém okolí?“ a srovnání s většinovou populací



Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti mohli u této otázky vybrat více než jednu možnost z nabídky. Většina primárních pečujících by uvítala ve svém okolí přítomnost individuální psychoterapie (33 %), což poukazuje na strukturální problém celého systému péče o duševní zdraví, tedy nedostatek klinických psychologů a psychoterapeutů. Další žádanou službou pro tuto specifickou skupinu jsou speciální programy pro rodiče malých dětí (27 %), v čemž se velmi liší od většinové populace (13 %). Názory primárních pečujících a většinové populace se jinak celkem shodují. Dále primární pečující uvedli následující potřeby nad rámec nabídky: „*prostor pro sport, svépomocné skupiny, domov pro seniory se samostatným bydlením, kdyby byli žáci stejně zodpovědní jako vyučující, podpora pro náctileté a jejich rodiče*“.

3.3 Osoby již zasažené problémy v oblasti duševního zdraví

Tato kapitola analyzuje situaci a potřeby osob již zasažených duševním onemocněním či adiktologickým problémem, a na základě zmapovaných potřeb předkládá doporučení k systémovým opatřením v oblasti služeb duševního zdraví. Hlavním způsobem sběru dat pro tuto část analýzy jsou individuální rozhovory s lidmi, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním nebo adiktologickými problémy. Získané informace slouží jako podklad pro doporučení systémových opatření v oblasti služeb duševního zdraví. Zapojení pacientů a osob se zkušeností s duševním onemocněním je klíčové nejen z hlediska etiky, ale také pro tvorbu politik a služeb, které lépe odpovídají skutečným potřebám a preferencím uživatelů (Tambuyzer et al., 2014). Tento koproduktivní přístup zdůrazňuje důležitost evidence-based tvorby politik a tvorby prostředí, kde jsou zkušenosti a znalosti pacientů a klientů brány v potaz, aby vzniklé politiky a strategie opravdu odpovídaly na problémy cílové skupiny (Goldman et al., 2022).

3.3.1 Metodologie a průběh výzkumu

Hlavní metodou sběru dat pro toto téma je individuální rozhovor. Tato metoda je vhodná především proto, že umožňuje hlubší vhled do zkoumaného fenoménu z pohledu respondenta. Rozhovor kombinuje otevřené a uzavřené otázky, což zajišťuje srovnatelnost výsledků napříč respondenty. Přestože se rozhovor řídí předem připraveným scénářem, umožňuje respondentům reflektovat jejich osobní zkušenosti a postoje. Scénář hraje u rozhovorů klíčovou roli, jelikož nastavuje očekávání a pravidla (Hendl, 2023; MagaldiBerler, 2020). Rozhovor není nahodilý, ale má ve výzkumu stanovený účel a smysl. Vzhledem ke skupině respondentů je kladen zvláštní důraz na dodržení etických standardů, jako je dobrovolnost účasti, informovaný souhlas, důvěrnost a anonymita, ochrana soukromí, citlivých informací, i respektování důstojnosti a autonomie respondentů (Kaufmann, 2010).

Rozhovory se řídily předem připraveným scénářem. Ty jsou klíčové, jelikož reflektují výzkumné cíle a otázky a vymezují rámec rozhovoru. Zároveň ponechávají prostor pro přizpůsobování se toku rozhovoru, což umožňuje hlubší náhled do relevantních témat, která se během rozhovoru objevují.

Výběr respondentů probíhal pomocí metody cíleného výběru, která je běžně využívána v kvalitativním výzkumu, kde je cílem získat informované a relevantní výpovědi od konkrétních jedinců (Magaldi & Berler, 2020). V tomto případě byly osloveny organizace v Libereckém kraji, které se zaměřují na práci s klienty trpícími problémy duševního zdraví nebo závislostmi. Tyto organizace následně poskytly doporučení, na které konkrétní klienty se obrátit pro získání relevantních a hlubokých výpovědí, které odrážejí specifické potřeby a zkušenosti těchto osob. V rámci výzkumu bylo provedeno 10 rozhovorů se zástupci cílové skupiny, dva respondenti spadají do skupiny osob s adiktologickým problémem, ostatní klienti měli buďto duální diagnózy nebo SMI.

Rozhovory byly nejprve přepsány, tento text byl kódován na základě opakujících se vzorců a tyto kódy pak byly uspořádány do širších kategorií. Na základě kategorizovaných dat je možné určit hlavní témata a vzorce v odpovědích respondentů, na jejichž základě lze formulovat doporučení pro systémová opatření.

3.3.2 Výsledky šetření

Zkušenosti s péčí

Respondenti pozitivně hodnotili zejména služby, které kombinují profesionální přístup s lidskostí a důvěrou. Klíčovými prvky, které zmínili jako příklady funkční péče, jsou především **individuální přístup** pracovníků, **komplexnost poskytovaných služeb**, **peer podpora** a **nabídka volnočasových a komunitních aktivit**.



Respondenti ocenili služby, s **individuálním přístupem**, které se zajímají nejen o symptomy duševních onemocnění, ale také celkovou **životní situaci klienta** a jeho příběh. Důležitost lidského přístupu byla často zdůrazňována v souvislosti se psychiatrií a lůžkovou psychiatrickou péčí, kde se často setkávali s anonymním přístupem bez hlubšího zájmu o kontext jejich potíží.



„Základem mé léčby byla vždy psychiatrie, v Libereckém kraji spousta doktorů nabízí medikaci, ale když s nimi chcete řešit cokoli jiného, tak vám řeknou, že pro povídání jsou psychologové. (...) Přejde mi, že spoustě lékařů nejde o vyléčení pacientů. Pak se mě ujala dobrá paní doktorka. Trvalo asi rok, než jsme pro mě našli optimální léčbu. Začal jsem i časem pocítovat nějaký progres. Nejdůležitější je pro mě zájem o pacienta, souvisí to se způsobem vzdělávání lékařů, ti starší se vnímají jako autorita nad pacienty, nevnímají to tak, že by jim byli pacienti rovni.“

Naopak tam, kde se pracovníci zajímali o to, **kdo pacient je, nejen o jeho diagnózu**, docházelo k **vyšší důvěře, spolupráci a také pozitivnímu posunu ve zdravotním stavu**. Význam tohoto lidského přístupu byl podpořen zkušenostmi s profesionály, kteří byli ochotni naslouchat a hledat s klientem společné cesty k uzdravení. Výpovědi zároveň ukazují, že chladný nebo autoritativní styl komunikace může být vnímán jako zraňující a demotivující, a že obzvláště u psychiatrické péče je klíčové pracovat s respektem, nadějí a důvěrou ve zotavení.



Komplexita poskytovaných služeb je důležitým aspektem kvalitní péče. Především propojení zdravotních služeb, sociální podpory a aktivizačních činností pro zotavení tvoří **funkční celek**, který dokáže pacientům a klientům účinně a celistvě pomoci. Z rozhovorů vyplynulo, že doplňující se služby posilují jistotu klientů, která je v procesu zotavení důležitá.



„Jeden týden se sejdu s jednou pracovnící a druhý týden s peerkou. Zjistila jsem, že v režimu zotavování se mě každý týden někdo zeptá, jak se mám, a já to můžu někomu říct. To je pro mě skvělé.“

Respondenti opakovaně oceňovali, když jim byla poskytnuta **podpora ze strany více odborníků současně**, například psychologa, psychiatra, klíčového pracovníka a peer konzultanta. Tato vícezdrojová pomoc jim umožnila nejenom zvládat symptomy onemocnění, ale také posilovat dovednosti, sebedůvěru a naději na zotavení. V kontrastu s minulými zkušenostmi, kdy byla péče redukována na podávání medikace bez psychoterapie nebo podpůrných služeb, vnímali takový přístup jako zásadní zlepšení.



„Mám podporu psychologa, psychiatra, klíčového pracovníka a peera. Velmi mi to pomáhá, protože v minulosti jsem měl jenom jednoho doktora, který předepisoval pouze léky a žádná psychoterapie nebyla. Mám podporu, vím že na to nejsem sám a že se ta duševní nemoc nějak dá zvládnout.“

Tento pocit nebýt sám a mít k dispozici různé formy pomoci byl vnímán jako klíčový faktor zotavení. Výsledky ukazují, že právě mezioborová spolupráce a propojení zdravotní, sociální a peer podpory jsou zásadní pro **vnímání systému jako funkčního a podpůrného**.



Možnost mluvit s někým, kdo si prošel podobnou zkušeností, vnímali respondenti jako výrazně přínosnou. To zdůrazňuje **důležitou roli peer konzultantů**, kteří sami mají zkušenosti s duševním onemocněním. Mohou sdílet své zkušenosti klientům, být jim oporou v těžkých situacích nebo předávat rady – a tím jim pomáhat při zotavení.



„Peer konzultantova role spočívá v tom, že jde o člověka se zkušeností s duševním onemocněním a který je možná v konečné nebo přibližující se fázi zotavení. Ví, jak se svým onemocněním pracovat, ví, co s tím dokáže a zná svoje hranice. Dokáže pracovat s lidmi, kteří jsou na tom podobně nebo stejně jako on a je to na kamarádské bázi. Je to hodně o důvěře, klienti se svěřují s něčím, s čím by se pracovníkům plně nesvěřili – možná kním nemají takovou důvěru nebo zkušenost, co neprožili. Působíme tedy jako takový most nebo mezičlánek v tom systému.“

Peer konzultanti představují **specifickou formu expertní zkušenosti**, která může být pro klienty snadněji přístupná a méně stigmatizující. Jejich zapojení je často založené na **rovnocenném a neformálním vztahu**, což mnohým klientům umožňuje otevřeněji mluvit o svých problémech, protože vědí, že mluví s někým, kdo situaci zná z vlastní zkušenosti. Respondenti opakovaně uváděli, že důvěru v peer pracovníky pociťovali silněji než vůči některým odborníkům, protože peer ví, co to znamená procházet krizí, a jeho rady nejsou jen teoretické.

Z výpovědí také vyplývá, že peer role má význam nejen pro klienty, ale i pro peery a celý systém péče, jelikož **přispívá k jeho zlidštění, vyšší dostupnosti a individualizaci**.



Respondenti zmiňovali, že vedle odborné léčby jim výrazně pomáhají **volnočasové a komunitní aktivity**, které jim umožňují být mezi lidmi a udržet si každodenní strukturu. Aktivity jako výtvarné kluby, výlety, jóga, svépomocné skupiny nebo neformální setkávání v denních stacionářích jsou cenné nejen jako **psychosociální rehabilitace**, ale také jako **prostředek prevence sociální izolace**.



„Jsem společenský člověk a abych necítila prázdnotu, tak chci vědět, že když budu chtít být s lidmi, tak mám kam jít, a oni budou okolo mě.“

Zásadní je, aby tyto aktivity byly nízkoprahové, dobrovolné a snadno dostupné. Aby nikdo nebyl do něčeho nucen a zároveň aby si každý mohl vybrat formu zapojení dle vlastních

možností a potřeb. V tomto směru hraje důležitou roli přístup pracovníků, kteří vytvářejí bezpečné **prostředí bez tlaku na výkon nebo aktivitu**.



„Máme volnočasový klub, kam můžou přijít klienti, nebo třeba i jejich známí, máme výtvarný kroužek nebo pořádáme výlety. To pořádá aktivizační pracovnice a dělají třeba jógu. Ten klient není do ničeho nucen, stačí, že přijde, může si dát čaj, ale žádnou aktivitu dělat nemusí.“

Zkušenosti respondentů potvrzují, že komunitní a volnočasové aktivity **přispívají ke zotavení** nejen tím, co se v nich děje, ale samotnou **možností někam patřit**. Jsou důležitým prvkem sociálního začlenění, který může být nápomocný například po ukončení hospitalizace.

Identifikované překážky a nedostatky v systému

Vedle pozitivních zkušeností zaznívaly opakovaně také výpovědi o překážkách v přístupu k péči, zejména v oblastech nedostatku odborníků, nedostatečné informovanosti a špatné návaznosti a kontinuity péče.

1

Nedostatečné kapacity odborníků

Jedním z nejčastěji zmiňovaných problémů byla **nízká dostupnost psychologické a psychiatrické péče**. Respondenti opakovaně upozorňovali, že najít psychologa se smlouvou se zdravotní pojišťovnou je ve většině okresů Libereckého kraje prakticky nemožné. Kapacity soukromých terapeutů jsou rovněž omezené a pro mnoho lidí finančně dlouhodobě neudržitelné. Tento problém je nejvýraznější mimo statutární město Liberec, kde je odborníků ještě méně.

Podobná situace panuje v oblasti ambulantní psychiatrie. Psychiatrii často přijímají pouze nové pacienty v akutní krizi, a i tehdy je třeba čekat týdny až měsíce. Nedostatek odborníků tak zásadně prodlužuje dobu do prvního kontaktu s péčí, což může vést ke zhoršení stavu a v krajních případech až k hospitalizaci. Jak bylo uvedeno v části věnované pozitivním faktorům péče, výběr psychiatra není pouze technickou otázkou dostupnosti, ale také otázkou vzájemného porozumění a důvěry. Vzhledem k omezené kapacitě služeb však pacienti často nemají možnost volby a jsou nuceni přijmout prvního dostupného lékaře, i když jim osobnostně nebo přístupem nevyhovuje.

Opomíjenou skupinou jsou **osoby s duální diagnózou**, tedy lidé trpící současně duševním onemocněním a závislostí. Pro tuto cílovou skupinu v Kraji chybí adekvátní a specializované služby, které by reflektovaly komplexnost jejich potřeb. Tito klienti bývají často z běžných zařízení vylučováni, protože jejich stav přesahuje rámec standardní psychiatrické nebo adiktologické péče – výsledkem je opakované selhávání systému a absence podpory pro jednu z nejzranitelnějších skupin.

2

Nedostatečná informovanost

Respondenti opakovaně zmiňovali, že se v systému péče o duševní zdraví cítí ztraceni, zejména v minulosti, kdy byli v počátečních fázích potíží, nebo po propuštění z hospitalizace. Chybí jim přehledný a snadno dostupný souhrn informací o tom, na koho se mohou obrátit pro pomoc, jaké služby jsou v jejich regionu k dispozici, zda potřebují žádanku či se mohou objednat sami, a co daná služba nabízí. Tato

informační mezera je o to **závažnější ve chvíli, kdy se člověk nachází v akutní psychické krizi** a není schopen samostatně vyhledávat a třídit informace.

Často po hospitalizaci dochází k tomu, že zdravotnické zařízení poskytne pacientovi jen velmi obecné informace o možnostech následné péče, jako jsou CDZ, organizace typu Fokus nebo NNO. Výsledkem je, že se pacient po návratu domů dostává do prostředí, kde chybí podpora. Ztrácí se tak kontinuita v procesu zotavení a jedním z důsledků tohoto nedostatku může být i **opakovaný návrat do nemocnice** nebo naopak rezignace na další péči.

Respondenti také zmiňovali, že orientace ve službách je obtížná i pro jejich blízké nebo pro pracovníky prvního kontaktu, například praktické lékaře. To nabádá ke vzniku přehledných a pravidelně aktualizovaných informačních zdrojů.

„Nikdo mi nikdy o těchto službách neřekl, kdybych neviděla mini letáček v okně, tak bych o fokusu nevěděla. Nikdo mi neřekl, jaké mám další možnosti podpory.“

3 Návaznost a kontinuita péče

Dalším opakovaným tématem byla **slabá provázanost jednotlivých složek systému péče o duševní zdraví**. Respondenti tento stav popisovali jako krizový především v době, kdy zažívali propady. Popisovali situace, kdy byli propuštěni z lůžkového zařízení bez zajištěného navazujícího kontaktu na ambulantní služby nebo sociální podporu. Často se přitom jednalo o klienty, kteří nebyli plně stabilizováni a potřebovali pokračující péči, například v podobě krizové intervence, pravidelné psychoterapie nebo podpory v běžném životě.

Závažným problémem je také nedostatečná spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním sektorem. Tyto dvě sféry často fungují paralelně, bez efektivního předávání informací či společného plánování péče. To vede k situacím, kdy klienti zůstávají mezi dvěma systémy, například mají předepsanou medikaci, ale nemají podporu v oblasti bydlení, financí nebo každodenního fungování. Koordinace a mezioborová spolupráce jsou přitom klíčové pro to, aby se lidé mohli skutečně zotavovat, nikoli jen přežívat se svou nemocí.

Psychosociální faktory a stigma

Výpovědi ukazují, že kromě systémových nedostatků, jako je nízká dostupnost odborníků nebo zhoršená návaznost služeb, se v rozhovorech s respondenty objevily i psychosociální bariéry, jako **sebestigmatizace a společenské stigma**, které jsou důležité při rozhodování, zda lidé vyhledají pomoc a jak se zotavují.

Řada respondentů popsala, že se na počátku svých problémů zdráhali vyhledat pomoc kvůli pocitům viny nebo studu. Objevoval se u nich někdy silně zakořeněný pocit vlastní méněcennosti. Takové nastavení může vést k tomu, že lidé zůstávají dlouho bez podpory, a tím se jejich potíže prohlubují.



„Největší problém je pro mě sebestigmatizace. Já sama sebe vidím jako méněcennou, jako někoho, kdo není schopný fungovat. Ale je to téma, které probíráme s peerkou.“

Sebestigmatizace často vyplývá ze společenského vnímání duševních onemocnění, ale je také důsledkem dřívějších negativních zkušeností, například necitlivého přístupu ze strany odborníků.

S tím se pojí také problém **společenského stigmatu**, kterému duševně nemocní musí čelit. Reakce okolí na diagnózu a proces zotavení se u jednotlivých respondentů lišily. Někteří respondenti se setkali s předsudky, například ze strany sousedů, kteří vyjádřili strach. I přes to, že respondenti mají dostupné odborné služby jako je psychiatr, jejich přijetí a zapojení do společnosti je faktor, který u některých pokulhává.



„Chybí mi, že neexistují funkční služby, které by podpořily zapojení do společnosti. Něco jako pomoc s dovednostmi a propojení psychologických a sociálních služeb. Multidisciplinární týmy jsou určitě cesta správným směrem. Chybí mi místo, kde by lidi měli možnost žít normální život. Existuje třeba chráněné zaměstnání anebo chráněné bydlení, ale problém je ten, že chybí iniciativa a vůle pro zapojování na normální trh práce.“

Někteří respondenti potvrdili, že se vnímání jejich duševního onemocnění mění k lepšímu. To může být ovlivněno také tím, že se pohybují v kruzích, které se odborně zabývají tématem duševního zdraví a jsou tomuto tématu otevřené.



„Tím, že se v tom pohybují, tak to téma kolem sebe mám jak v osobním životě, tak to i sleduji na internetu. Takže o tomto tématu vidím a slyším. Za mě, když to srovnám s tou dobou, kdy jsem onemocněla, kdy jsem ani nevěděla, že mám nějaké duševní onemocnění – tak když to srovnám s dneškem, tak těch informací je spousta a jsou vidět. To je i takové to poslání peera o tom informovat. I co se týče služeb jako CDZ nebo jim podobné, tak jich je určitě daleko víc a myslím, že se o tom také hodně mluví. A mluví o tom i lidé, kteří tu zkušenost nemají a už to není takové tabu jako to bylo před pár lety.“

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

Obsahem této kapitoly je projekce budoucích potřeb sociálních služeb a podpory duševního zdraví. Projekce je založena na vývoji počtu pacientů s duševními onemocněními, přičemž se zaměřuje na 14 hlavních skupin psychiatrických diagnóz. Analýza vychází z dat o počtech pacientů z Národního zdravotnického informačního portálu (NZIP). Kvantitativní doporučení podložená analýzou doplňují kvalitativní doporučení pro tvorbu politik a plánování služeb.

3.4.1 Data a metodologie

Analýza využívá data NZIP, konkrétně roční údaje o ambulantní psychiatrické péči v Libereckém kraji za období 2010 až 2023. Psychiatrické diagnózy byly rozděleny do 14 skupin podle klasifikace používané v rámci NZIP, přičemž projekce se vztahuje na všechny věkové skupiny dohromady.

Pro každou skupinu psychiatrických diagnóz byla vytvořena samostatná predikce pro období let 2024 až 2035 na základě lineárního trendu. Tato metoda byla zvolena především pro svou vhodnost při analýze krátkých časových řad, jako je právě naše sledované období. Výhodou metody predikce na základě lineárního trendu je její vhodná aplikace i na kratší časová období a možnost rychlého odhadu dalšího vývoje. Je třeba zmínit i její omezení – lineární model nemusí přesně vystihovat průběh historických dat a zároveň neumožňuje přikládat větší váhu aktuálnějším pozorováním, proto nemusí plně reflektovat nejnovější trendy či změny ve vývoji dat (Wooldridge, 2016).

3.4.2 Výsledky projekce

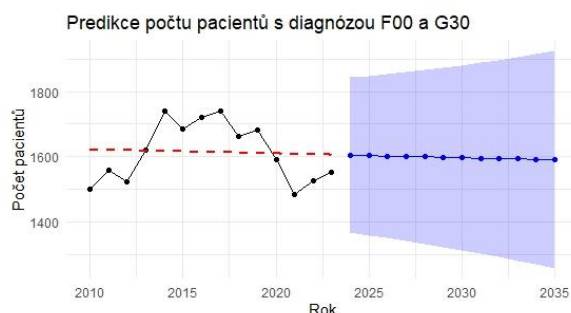
Níže uvádíme stručný návod k interpretaci prezentovaných grafů, jehož cílem je usnadnit čtenáři pochopení jednotlivých prvků grafického výstupu a zajistit správnou interpretaci výsledků projekce:

- **Černé body spojené linií** reprezentují historické hodnoty počtu pacientů za období 2010-2023.
- **Červená přerušovaná čára** zachycuje lineární trend odhadnutý na základě historických dat.
- **Modré body spojené linií** představují predikované hodnoty počtu pacientů pro roky 2024-2035.
- **Modrá plocha okolo predikovaných hodnot** vyznačuje 95% predikční interval. Tento interval vyjadřuje míru přesnosti predikce a ukazuje rozsah, ve kterém se s 95% pravděpodobností budou pohybovat skutečné hodnoty počtu pacientů.

Zároveň je třeba upozornit na skutečnost, že přesnost projekce se mezi jednotlivými skupinami diagnóz liší. U některých skupin diagnóz je vývoj v čase poměrně konzistentní a predikce lineárním trendem tak poskytuje spolehlivější odhady budoucího vývoje. U jiných diagnóz však historická data vykazují značnou variabilitu, což zvyšuje nejistotu predikce. Na tyto rozdíly je třeba při interpretaci výsledků brát zřetel. Následující tabulka zobrazuje výsledky projekce pro jednotlivé skupiny diagnóz.

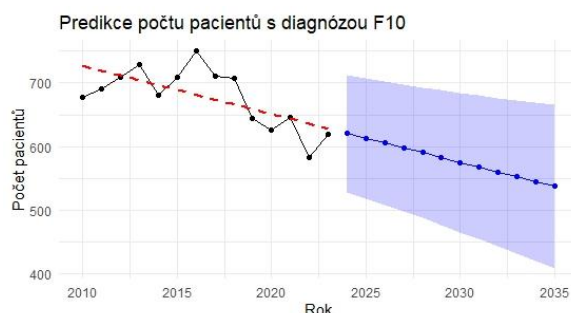
Tabulka 11: Projekce počtu pacientů pro 14 skupin psychiatrických diagnóz

Demence u Alzheimerovy nemoci a Alzheimerova nemoc



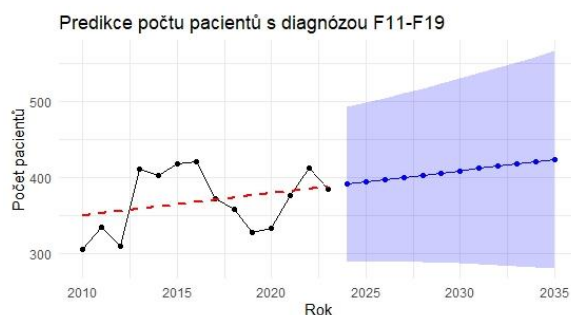
Graf ukazuje historický vývoj a predikci počtu pacientů s diagnózami F00 a G30 (Alzheimerova nemoc a demence). Z historických dat je patrné, že počet pacientů kolísal, přičemž mezi lety 2015 až 2017 dosáhl vrcholu, následovaného poklesem. Lineární trend vzhledem k těmto výkyvům nezachycuje přesně průběh minulého vývoje, což se projevuje relativně plochou predikcí do budoucna. Predikční interval je poměrně široký, což signalizuje vyšší nejistotu budoucího vývoje. Na základě zvolené metody nelze jednoznačně určit, zda počet pacientů v následujících letech poroste, nebo naopak poklesne. U této diagnózy tedy lineární model poskytuje spíše orientační než spolehlivě přesné výsledky a je vhodné interpretovat projekci s jistou mírou opatrnosti.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu



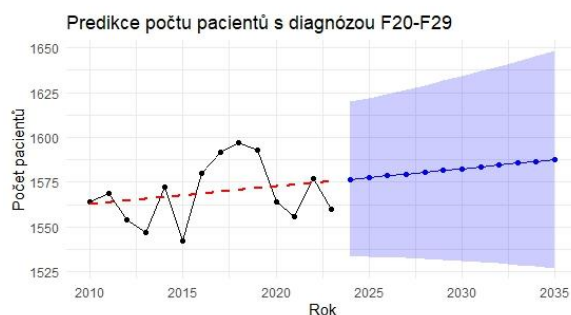
Predikce vývoje počtu pacientů s diagnózou F10 (poruchy způsobené užíváním alkoholu) naznačuje pozvolný pokles. Lineární trend vycházející z historických dat ukazuje na klesající tendenci již od počátku sledovaného období. Tento směr vývoje je potvrzen i predikovanými hodnotami do roku 2035, které postupně klesají. Přestože historická data vykazovala určité kolísání, převažuje celkový sestupný trend. Predikční interval ukazuje, že s 95% pravděpodobností se bude počet pacientů pohybovat v poměrně širokém rozmezí, což odráží jistou míru nejistoty, zejména v delším časovém horizontu.

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek¹⁸



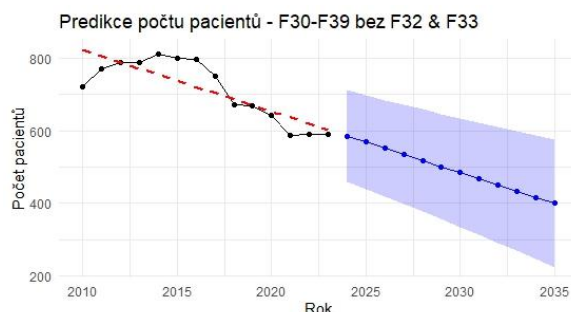
Predikce počtu pacientů s diagnózami F11-F19 (poruchy spojené s užíváním psychoaktivních látek jiných než alkohol) ukazuje mírně rostoucí trend. Historická data vykazují značnou variabilitu, bez zřetelného dlouhodobého směru vývoje. I přes tuto kolísavost lineární model naznačuje pozvolný nárůst, který se odráží i v predikovaných hodnotách pro následující roky. Šířka predikčního intervalu je v tomto případě výraznější, což signalizuje vyšší nejistotu spojenou s vývojem této diagnózy. Výsledky je proto třeba interpretovat obezřetně, neboť budoucí vývoj se může od projekce výrazněji odchýlit.

Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy



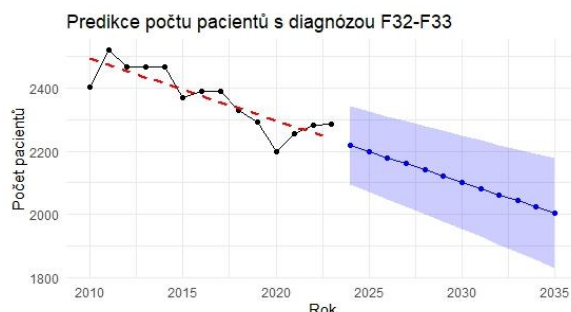
Vývoj počtu pacientů s diagnózami F20-F29 (schizofrenie, schizotypální a bludné poruchy) se v uplynulých letech vyznačoval poměrně stabilní úrovní s mírnými výkyvy. Lineární trend, vycházející z těchto dat, naznačuje velmi pozvolný nárůst, který se promítá i do predikovaných hodnot do roku 2035. Přestože predikční interval ukazuje určitou míru nejistoty, centrální odhad zůstává v průběhu času jen mírně rostoucí. Lze tedy očekávat, že počet pacientů s touto skupinou diagnóz se bude v příštích letech pohybovat přibližně na podobné úrovni jako dosud, s mírným tendencí k růstu.

Afektivní poruchy (poruchy nálady)¹⁹



Počet pacientů s diagnózami F30-F39 (poruchy nálady), vyjma depresivních epizod (F32) a recidivujících depresivních poruch

Depresivní fáze a periodická depresivní porucha



Vývoj počtu pacientů s diagnózami F32-F33 (depresivní fáze a periodické depresivní poruchy) ukazuje na pozvolný, ale

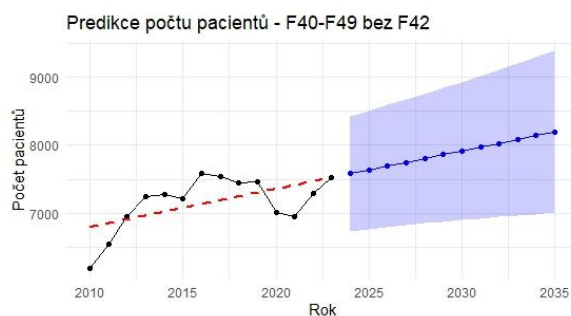
¹⁸ Bez poruch duševních a poruch chování způsobených užíváním alkoholu.

¹⁹ Bez depresivní fáze a periodické depresivní poruchy (diagnózy F32 a F33).

(F33), v posledních letech výrazně klesal. Tento sestupný trend se odráží jak v lineární regresi, tak v samotné predikci do roku 2035, která ukazuje na pokračující výrazný pokles. Odhadovaný vývoj směřuje k tomu, že by se počet pacientů mohl v horizontu deseti let snížit téměř na polovinu. Široký predikční interval však upozorňuje na značnou nejistotu tohoto odhadu, zejména v delším časovém horizontu.

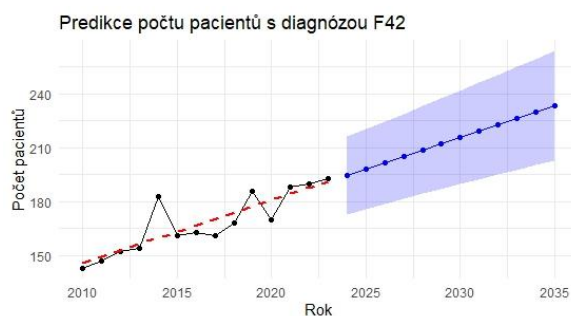
dlouhodobý pokles. Historická data sice vykazují určité kolísání, zejména v prvních letech sledovaného období, nicméně celkový trend je sestupný. Tento směr vývoje potvrzuje i predikce, která předpokládá pokračující pokles až k hranici 2 000 pacientů v roce 2035. Predikční interval naznačuje střední míru nejistoty, avšak ani jeho horní hranice nepředpokládá návrat k původním hodnotám z počátku sledovaného období.

Neurotické, stresové a somatoformní poruchy



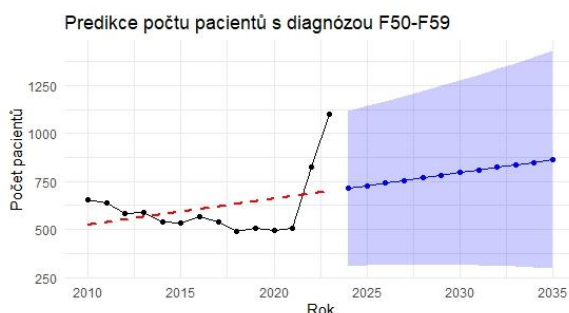
V případě diagnóz F40-F49 (neurotické, stresové a somatoformní poruchy), s výjimkou F42 (obsedantně-kompulzivní porucha), pozorujeme v historických datech postupný nárůst počtu pacientů, ačkoli vývoj nebyl zcela lineární. Tento trend se odráží i v projekci, která předpokládá další růst až k hranici 8 200 pacientů v roce 2035. Predikční interval je poměrně široký, což odráží určitou nejistotu ve vývoji, nicméně i jeho dolní hranice nadále naznačuje spíše vzestupnou tendenci. Tento vývoj může naznačovat zvyšující se potřebu péče v oblasti úzkostných a stresových poruch v příštích letech.

Obsedantně-kompulzivní porucha



Počet pacientů s diagnózou F42 (obsedantně-kompulzivní porucha) v průběhu let postupně rostl, a to i přes drobné meziroční výkyvy. Lineární trend dobře zachycuje tento rostoucí vývoj a predikce do roku 2035 předpokládá jeho pokračování. Odhady ukazují nárůst až na přibližně 235 pacientů, přičemž i dolní hranice predikčního intervalu naznačuje setrvalý vzestup. Predikce tedy naznačuje, že poptávka po péči spojené s touto diagnózou bude pravděpodobně i nadále narůstat.

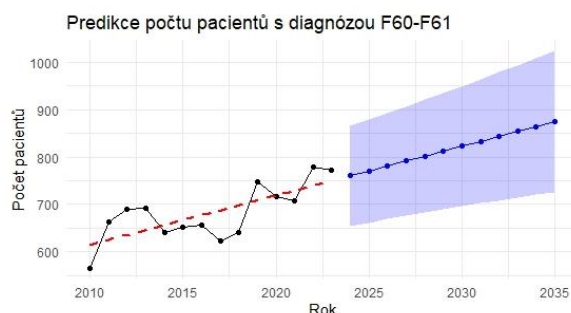
Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory



Vývoj počtu pacientů s diagnózami F50-F59 (poruchy chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory) byl v letech 2010-2021 relativně stabilní, dokonce s mírně klesající tendencí. V roce 2022 však došlo k prudkému nárůstu, který výrazně vybočuje z předchozího trendu. Tento skokový vzestup ovlivnil také samotný lineární model, jehož predikce do roku 2035 předpokládá pokračující růst počtu pacientů, a to i přes historicky nízké hodnoty. Velmi široký predikční interval odráží nejistotu spojenou právě s tímto výrazným výkyvem v posledním dostupném roce. Je tedy možné, že predikce nadhodnocuje budoucí vývoj, pokud byl nárůst v letech 2022 a 2023 ojedinělý či mimořádný.

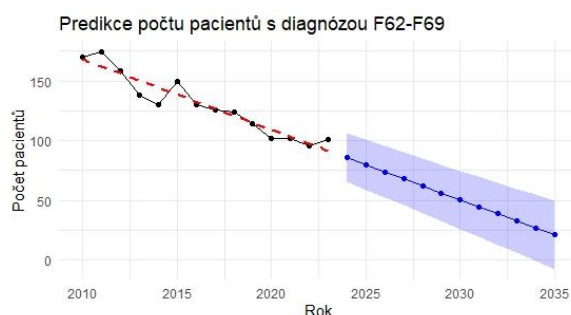
Za náhlý nárůst v posledních dvou letech může stát kombinace několika faktorů. Na jedné straně lze uvažovat o zpožděných důsledcích pandemie COVID-19, která mohla vést ke zvýšenému výskytu poruch spánku, příjmu potravy nebo somatických obtíží. Zároveň nelze vyloučit ani vliv změn v diagnostické praxi, dostupnosti péče nebo vykazování dat, které mohly přispět k vyššímu počtu zaznamenaných případů bez nutnosti skutečného nárůstu výskytu.

Specifické poruchy osobnosti, smíšené a jiné poruchy osobnosti



Počet pacientů s diagnózami F60-F61, které zahrnují poruchy osobnosti a poruchy chování u dospělých, v průběhu let mírně rostl. Historická data vykazují určité meziroční výkyvy, ale celkový směr vývoje je zřetelně vzestupný. Lineární trend tuto tendenci poměrně dobře zachycuje a predikce do roku 2035 proto očekává další nárůst počtu pacientů, přibližně až na hranici 880 osob. Predikční interval není příliš široký, což naznačuje, že model poskytuje relativně stabilní a spolehlivý odhad. Přesto je třeba mít na paměti, že historický vývoj byl mírně kolísavý, a budoucí hodnoty se mohou pohybovat mírně nad či pod odhadovaným trendem. I tak však lze očekávat, že poptávka po péči spojené s touto skupinou diagnóz bude v následujících letech spíše narůstat.

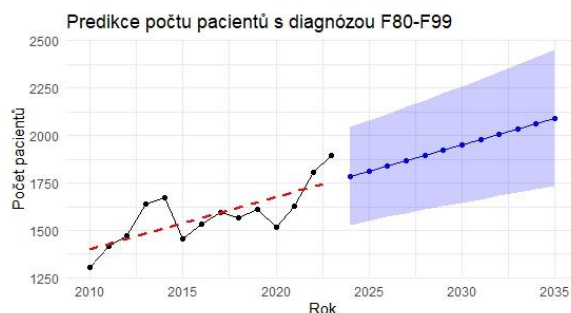
Poruchy osobnosti a chování u dospělých



Diagnózy F62–F69, zahrnující zejména poruchy osobnosti a chování vzniklé v dospělosti, vykazují v historických datech od roku 2010 poměrně výrazný sestupný trend. Pokles je patrný jak z černé spojnice, tak z červeně vyznačené trendové čáry, která dobře vystihuje celkový vývoj.

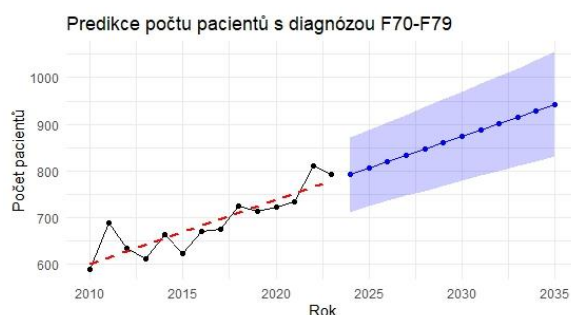
Predikce do roku 2035 předpokládá další snižování počtu pacientů, přičemž odhadovaný pokles je značný – až na přibližně polovinu současných hodnot. Ačkoli predikční interval nepůsobí na první pohled příliš široce, vzhledem k nízkým absolutním hodnotám může i menší odchylka představovat relativně významnou změnu. U této skupiny je proto vhodné interpretovat výsledky s jistou opatrností a nadále sledovat, zda se klesající trend potvrdí i v dalších letech.

Poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání



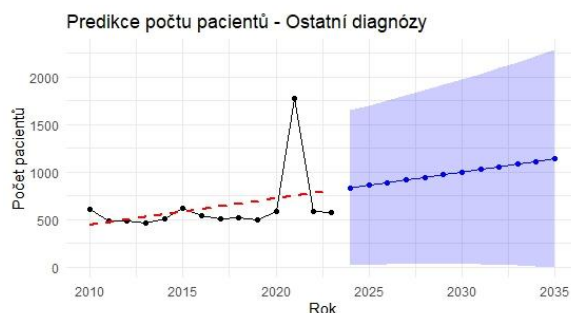
Diagnózy F80-F99, kam spadají poruchy psychického vývoje a poruchy chování

Mentální retardace



Diagnózy F70-F79, tedy poruchy intelektu, se v historických datech vyznačují pozvolným, avšak relativně stabilním nárůstem počtu pacientů. Tento trend se odrazil i v predikčním modelu, který předpokládá pokračující růst až k hodnotě přibližně 950 pacientů v roce 2035. Ačkoli historický vývoj není zcela lineární a zahrnuje drobné výkyvy mezi jednotlivými roky, celkový směr je poměrně konzistentní. Je však třeba mít na paměti, že i v tomto případě může vývoj ovlivnit řada vnějších faktorů – například změny v dostupnosti diagnostiky, zkvalitnění evidence či odlišnosti v přístupu k lidem s intelektovým postižením. Výsledky proto doporučujeme interpretovat s přihlédnutím k těmto okolnostem.

Ostatní diagnózy



Skupina ostatních diagnóz vykazuje ve vývoji mezi lety 2010 až 2023 poměrně

a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci, vykazují od roku 2010 celkově rostoucí trend. Vývoj sice zahrnuje určité výkyvy, zejména v období po roce 2015, přesto je zřejmé, že počet pacientů v této skupině se dlouhodobě zvyšuje. Lineární model tento vývoj reflektuje a predikuje další nárůst, s odhadovaným počtem přesahujícím 2 000 pacientů do roku 2035. Predikční interval je v tomto případě mírně širší, což poukazuje na určitou nejistotu, pravděpodobně související s kolísavostí historických hodnot. Přesto lze říci, že i nadále bude tato skupina představovat významnou část celkového počtu pacientů v oblasti péče o duševní zdraví dětí a dospívajících.

stabilní počty pacientů, s výjimkou jednoho výrazného výkyvu v roce 2022, kdy došlo k extrémnímu nárůstu. Tento skokový vzestup lze s vysokou pravděpodobností přičíst změnám ve vykazování, metodice sběru dat nebo jednorázové události, která dočasně ovlivnila statistiky. Lineární trend je touto anomálií do jisté míry ovlivněn, nicméně predikce do roku 2035 již tento bod neakcentuje a predikuje pozvolný nárůst počtu pacientů. Predikční interval je širší, což odráží nejistotu způsobenou výkyvem ve výchozích datech. Při interpretaci výsledků této skupiny je proto třeba zvýšené opatrnosti a případného ověření dat z roku 2022.

Zdroj: vlastní zpracování dat NZIP (2025)

Ze zjištění predikce vývoje počtu pacientů s duševními poruchami můžeme vyvodit několik klíčových závěrů. Ty nám mohou pomoci lépe porozumět budoucím potřebám v oblasti péče o duševní zdraví. Přestože vývoj není u všech diagnóz jednotný, predikce poukazují na společné tendence a varovné signály, které je vhodné zohlednit při plánování zdravotních a sociálních služeb. Hlavní závěry jsou shrnuty níže.

Různorodý trend napříč diagnózami

U některých skupin diagnóz převažuje pozvolný pokles (např. poruchy způsobené užíváním alkoholu – F10, depresivní poruchy – F32–F33), naopak jiné vykazují neutrální nebo rostoucí trend (např. neurotické a stresové poruchy – F40–F49, poruchy psychického vývoje v dětství – F80–F99, obsedantně-kompulzivní porucha – F42). Některé diagnózy, jako je Alzheimerova nemoc (F00, G30) mají kolísavý vývoj, s vyšší mírou nejistoty v predikci.

Nárůst u populace dětí a adolescentů

Diagnózy F80–F99, tedy poruchy s nástupem v dětství a adolescenci, vykazují dlouhodobě rostoucí počet pacientů, což může signalizovat jak zvyšující se výskyt těchto poruch, tak lepší diagnostiku a větší dostupnost služeb pro děti.

Nejistota predikcí a vliv mimořádných událostí

U několika skupin (např. F50–F59, F99) se objevuje výrazný výkyv v roce 2022, který pravděpodobně souvisí s pandemií COVID-19. Tyto výkyvy ovlivňují predikce, které je z toho důvodu třeba interpretovat obezřetně. U řady diagnóz je predikční interval poměrně široký, což odráží vyšší míru nejistoty modelu.

Stoupající poptávka po péči v určitých oblastech

Některé diagnózy vykazují klesající trend, u jiných, jako jsou například schizofrenie a poruchy osobnosti, lze očekávat další nárůst pacientů a tím i poptávky po službách. Tento trend je

důležitý pro plánování kapacit zdravotně-sociální péče a cílení prevence.

3.4.3 Aktuální kapacity služeb péče o duševní zdraví

Z rozhovorů s odborníky i zástupci osob s problémy s duševním zdravím v regionu vyplynulo, že dostupnost některých druhů péče o duševní zdraví v Libereckém kraji je problematická. Zejména pokud jde o specializovanou ambulantní péči, krizové služby, psychoterapii nebo terénní podporu. Tato zjištění potvrzují i dostupná data.

Lůžková péče

V Libereckém kraji se **nenachází žádná psychiatrická nemocnice**, proto musí pacienti vyhledávat lůžkovou psychiatrickou péči mimo region, nejčastěji v **psychiatrické nemocnici Kosmonosy** ve Středočeském kraji a v případě pacientů z oblasti Českolipska také v **psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice** v Ústeckém kraji. **Psychiatrické oddělení** je v Libereckém kraji zřízeno v **Krajské nemocnici Liberec** a jedná se o jediné zařízení poskytující akutní lůžkovou péči v Kraji. Dle dat z roku 2022 se v Kraji nacházelo 76 lůžek na psychiatrickém oddělení nemocnice.²⁰

CDZ

V Libereckém kraji se 447 000 obyvateli je zřízeno **jedno CDZ**, které je však určené pouze pro ORP Liberec a ORP Frýdlant. V Libereckém kraji žije 102 200 obyvatel, kteří se do tohoto CDZ nedostanou ani po 45 minutách jízdy autem, jedná se o 23,10 % populace Kraje.²¹ To neodpovídá standardům stanoveným ve Strategii reformy psychiatrické péče. Podle nich je cílem vybudovat 1 CDZ na 100 000 obyvatel, zároveň má být CDZ dostupné do 30 minut veřejnou dopravou. Dle plánu vzniku CDZ v Kraji bude v roce 2026 území působnosti CDZ v Liberci rozšířeno o ORP Jablonec nad Nisou a ORP Tanvald. Toto území odpovídá standardům CDZ pro zbylou část kraje jsou dostupné multidisciplinární týmy.

Ambulantní péče

Zhodnotit skutečnou dostupnost ambulantní psychiatrické péče v Libereckém kraji není jednoduché, jelikož dostupná data často mapují rozdílné indikátory. Strategie reformy psychiatrické péče pracuje s počtem psychiatrů přepočteným na obyvatele, zatímco statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR uvádí počet poskytovatelů zdravotních služeb, bez ohledu na to, kolik lékařů v dané ordinaci pracuje nebo jaký mají úvazek. Kvůli těmto rozdílům je obtížné porovnávat Kraj s celostátními cíli nebo určit, nakolik je péče pro obyvatele dostupná.

Strategie reformy psychiatrické péče doporučuje zajistit:

- **psychiatry** v počtu 12/100 000 obyvatel,
- specialisty v oboru **dětská a dorostová psychiatrie** v počtu 2/100 000 obyvatel,
- specialisty v oboru **gerontopsychiatrie** v počtu 1/100 000 obyvatel,
- specialisty v oboru **sexuologie** v počtu 1/100 000 obyvatel,
- specialisty v oboru **poruchy příjmu potravy** v počtu 0,5/100 000 obyvatel.

²⁰ <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/oborove-statistiky/dostupnost-psychiatricke-pece-mapy.pdf>

²¹ <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/registr-cdz/#k02>

Data Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) ukazují, že je v Libereckém kraji obsazeno celkem 30 pozic odbornosti psychiatrie. Někteří psychiatři jsou však zaměstnaní u více poskytovatelů, v přepočtu se jedná o 18,74 plných pracovních úvazků s průměrnou výší jednoho pracovního úvazku 0,70.

V oboru dětské a dorostové psychiatrie je v Kraji obsazeno celkem 7 pozic, v přepočtu se jedná o 4 plné pracovní úvazky. Podle dat České lékařské komory působí v Libereckém kraji 18 lékařů se specializací psychiatrie a 5 lékařů se specializací dětská a dorostová psychiatrie.²² Podrobnější informace k jednotlivým okresům jsou zobrazeny v Tabulce 8 a 9.

V oblasti ambulantní psychiatrické péče bylo v celém Libereckém kraji v roce 2022 evidováno celkem 33 poskytovatelů zdravotních služeb v oboru psychiatrie, což odpovídá 7,39 poskytovatelů na 100 000 obyvatel. Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Může se tedy dle této definice v obecné rovině jednat o nemocnici, soukromou ordinaci, agenturu domácí péče nebo odběrovou laboratoř²³. Pro jednotlivé specializace se jedná o 24 poskytovatelů psychiatrie pro dospělé, 5 poskytovatelů specializace dětská a dorostová psychiatrie, 0 poskytovatelů gerontopsychiatrie, 1 poskytovatele v oboru návykové nemoci a 3 poskytovatele oboru sexuologie.²⁴ Vzhledem k tomu, že v Libereckém kraji žije více než 447 000 obyvatel²⁵, nejsou standardy stanovené ve Strategii reformy psychiatrické péče naplněny pro žádnou z odborností.

Tabulka 12: Počet pracovišť a pracovníků odbornosti psychiatrie z dat VZP

305 - psychiatrie	07 - Liberecký kraj	5000 -	Česká	4	4.80	6
		ČESKÁ LÍPA	Lípa			
		5300 -	Jablonec	6	3.77	7
		JABLONEC	nad Nisou			
		NAD NISOU	Železný	1	0.40	1
			Brod			
		5400 -	Frýdlant	1	1.00	1
LIBEREC	Liberec	9	7.17	13		
		6700 -	Jilemnice	1	0.60	1
		SEMILY	Turnov	1	1.00	1

Zdroj: vlastní zpracování dat VZP

²² <https://www.lkcr.cz/seznam-lekaru#seznam>

²³ <https://www.nzip.cz/clanek/1073-poskytovatele-zdravotnich-sluzeb>

²⁴ <https://www.uzis.cz/res/fi/008442/psych2022.pdf>

²⁵ <https://csu.gov.cz/lbk/domov?pocet=10&start=0&pouzeVydane=true&razeni=-datumVydani&kraje=3077>

Tabulka 13: Počet pracovišť a pracovníků odbornosti dětská a dorostová psychiatrie z dat VZP

306 - dětská a dorostová psychiatrie	07 - Liberecký kraj	5000 - ČESKÁ LÍPA	Česká Lípa	1	0.93	1
		5300 - JABLONEC	Jablonec nad Nisou	1	1.00	1
		NAD NISOU	Nisou			
		5400 - LIBEREC	Liberec	4	2.07	5

Zdroj: vlastní zpracování dat VZP

Psychologická péče

Dle dat Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) je v Kraji registrováno 27 subjektů poskytujících zdravotní péči v oboru klinická psychologie, v Tabulce 10 je uveden počet poskytovatelů psychologické péče dle ORP.

Tabulka 14: Počet poskytovatelů zdravotní péče v oboru klinická psychologie

Počet poskytovatelů v oboru klinická psychologie	4	7	13	1	2
--	----------	----------	-----------	----------	----------

Zdroj: vlastní zpracování dat NRPZS

3.5 Doporučení k systémovým opatřením


Na základě výsledků dotazníkového šetření, rozhovorů s osobami se zkušeností s duševním onemocněním a s odborníky z praxe jsme identifikovali klíčové oblasti, pomocí kterých je možné zlepšit dostupnost, kontinuitu a kvalitu péče o duševní zdraví v Libereckém kraji. Následující doporučení jsou určena jako podklad pro strategické plánování v oblasti duševního zdraví na úrovni Kraje v horizontu následujících pěti let. Každé doporučení vychází ze zjištění z rozhovorů, dotazníkového šetření nebo z dobré praxe v jiných regionech, popisuje problematickou situaci a navrhuje kroky, které může Kraj podniknout. Současně upozorňuje na možné bariéry a přínosy jednotlivých opatření, které mohou pomoci při jejich prioritizaci.

Posílení dostupnosti ambulantní psychiatrické a psychologické péče z hlediska kapacit i kontinuity

Z rozhovorů s uživateli služeb vyplynulo, že kapacity ambulantní psychiatrické a psychologické péče v Libereckém kraji jsou vnímány jako nedostatečné. Řada respondentů popsala obtíže s nalezením volného psychiatra, což může vést k prodlevám v zahájení nebo pokračování léčby. Ti, kteří již psychiatra mají, zároveň vyjadřovali obavy z budoucnosti, zejména z odchodu svého lékaře do důchodu a s tím spojené nejistoty. Důležitým faktorem pro pokračování v léčbě je pro ně vztah s psychiatrem, vzájemné porozumění a shoda na postupu léčby. Při hledání nového psychiatra bývají často odrazováni negativními recenzemi, které snižují jejich motivaci obracet se na nové poskytovatele péče.

Potřebu zlepšení dostupnosti služeb spojených s duševním zdravím potvrzují také data z dotazníkového šetření v dospělé populaci. Z výsledků vyplývá, že za největší bariéru v přístupu k odborné pomoci v oblasti duševního zdraví respondenti jednoznačně považují nedostatek dostupných služeb v jejich okolí, což potvrdilo 216 respondentů. Zároveň respondenti hodnotili dostupnost služeb duševního zdraví v Libereckém kraji jako spíše špatnou (132) nebo velmi špatnou (79). 90 respondentů hodnotilo dostupnost jako spíše dobrou, pouze 7 respondentů považuje dostupnost za dobrou.

Z dotazníkového šetření vyplývá také potřeba podpory dostupnosti individuální psychoterapie, kdy 330 respondentů uvedlo, že by tuto službu uvítalo ve svém okolí, což byla nejčastěji volená odpověď.

 Doručujeme, aby Kraj ve svém strategickém plánování služeb pro duševní zdraví stanovil jako prioritu navýšení kapacit ambulantní psychiatrické péče a zároveň podpořil kontinuitu péče při výměně lékaře. To může zahrnovat zajištění motivačních programů pro lékaře v předdůchodovém věku, podporu náborem nových lékařů do regionu či propojení s telepsychiatrií jako mezikrok. Omezením je celorepublikový nedostatek psychiatrů a klinických psychologů, výhodou ale může být větší motivace mladých lékařů působit v regionu například díky probíhajícím dotačním programům²⁶, pro dlouhodobě udržitelné řešení nedostatku odborných pracovníků je však nutné nastavit podporu systematicky, se zahrnutím menších poskytovatelů v regionech.

²⁶ <https://www.kraj-lbc.cz/aktuality/kraj-vyhlasuje-novy-dotacni-program-podpori-personalni-zajisteni-v-paternich-nemocnicich-n579535.htm>

Krajská informační platforma o službách

Respondenti opakovaně zmiňovali, že se v systému služeb obtížně orientují. Zejména v krizových situacích, které jejich zdravotní stav přináší, jako jsou první projevy onemocnění nebo návrat z hospitalizace, se projevuje potřeba být dobře informován. V důsledku absence informací může docházet k prodloužení v zapojení do návazných služeb, případně k opakované hospitalizaci, která by při lepší orientaci v systému nebyla nutná.

Také dotazníkové šetření mezi dospělou populací ukázalo, že jednou z hlavních překážek v přístupu k odborné pomoci v oblasti duševního zdraví v Libereckém kraji je nedostatek informací o dostupných službách. Tuto bariéru označilo 177 respondentů z celkového vzorku jako významnou.

→ Doporučujeme centrální již existující online platformu <https://socialnisluzbylk.cz/>, která má informovat o dostupných sociálních službách upravit tak, aby byla uživatelsky přívětivější a umožnila vyhledání informací pomocí podrobnějších filtrů, specifických pro péči o duševní zdraví. Platforma by měla být snadno dostupná, uživatelsky přívětivá a pravidelně aktualizovaná. Doporučujeme také zaměřit se na aktivity s cílem zvýšit povědomí o její existenci. Důležitá je také spolupráce s poskytovateli, jelikož klíčové je aktivní šíření informací do zdravotních zařízení, psychiatrických nemocnic, CDZ, léčeben dlouhodobě nemocných (LDN), ale i mezi praktické lékaře nebo školní psychology. Přínosem je snazší přístup k pomoci pro občany, omezením mohou být kapacity na správu a aktualizaci platformy.

Podpora návaznosti služeb po hospitalizaci

Mnoho respondentů popisovalo obtížné období po propuštění z hospitalizace, kdy často nebyli informovaní o možnostech další podpory, chyběla jim návazná péče a sociální nebo psychologická pomoc. To vedlo k propadům jejich stavu a riziku opětovné hospitalizace. Vzhledem k absenci psychiatrické nemocnice v Libereckém kraji byli respondenti hospitalizováni mimo Kraj, zejména v psychiatrické nemocnici Kosmonosy. I to může být problémem při informovanosti o službách po propuštění, jelikož ze současného modelu fungování se ukazuje, že psychiatrická nemocnice stojí samostatně a je spíše izolovaným subjektem vzdáleným od dalších služeb péče o duševní zdraví.

→ Doporučujeme zavést systém podpory klientů po propuštění z hospitalizace, nejlépe formou case managementu nebo podpory provedení systémem pomoci. Kraj může podpořit zacílení pozice case managera nebo peer pracovníka v zařízeních, která propouštějí pacienty, jako jsou například psychiatrická oddělení nemocnic nebo psychiatrické nemocnice. Dalším způsobem by mohla být také podpora vzniku krizových lůžek, zřízení denních doléčovacích stacionářů a podpora přechodného chráněného bydlení. Tyto nástroje by lidem po hospitalizaci poskytly čas a prostor pro stabilizaci, která je v jejich situaci potřebná. Výzvou tohoto doporučení může být mezikrajská koordinace, přínosem ale může být snížení recidivy hospitalizací a vyšší efektivita systému.

Rozvoj komunitních a peer služeb

Respondenti v rozhovorech vyzdvihovali význam komunitních a peer aktivit. Možnost sdílet zkušenost, trávit čas s lidmi v podobné situaci a zapojit se do smysluplných aktivit přispívala k pocitu normality a procesu zotavení. Peer konzultanti byli vnímáni jako důvěryhodní partneři,

kteří rozumějí situaci klienta. Tento typ podpory zároveň přispívá humanizaci psychiatrické péče a podporuje fungování klientů v jejich přirozeném prostředí.

→ Doporučujeme, aby Kraj finančně i organizačně podpořil rozvoj komunitních center, peer konzultantů, skupinových aktivit nebo tzv. škol zotavení. Výpovědi respondentů jasně ukazují, že možnost být součástí komunity, trávit čas s lidmi v podobné situaci, a mít smysluplné volnočasové aktivity výrazně napomáhá zotavení. Peer konzultanti navíc působí jako důvěryhodný most mezi systémem a klientem, také u lidí, kteří mají problém důvěřovat institucím nebo běžným pracovníkům. Dále doporučujeme zavést možnost zapojení peer pracovníků přímo v nemocnicích a vytvořit systém dalšího vzdělávání peer pracovníků po ukončení základního kurzu. Přínosem je vyšší efektivita systému díky důvěryhodnému propojení mezi službami a klienty, omezením může být nedostatečné povědomí o možnostech financování těchto služeb.

Zintenzivnění destigmatizačních kampaní

→ Doporučujeme, aby Kraj inicioval realizaci cílených destigmatizačních kampaní zaměřených na destigmatizaci duševních onemocnění, zejména ve školách, komunitách a na pracovištích. Informační grafiky odevzdané spolu s touto analýzou mohou být dobrým začátkem pro komunikaci tohoto tématu. Účinné jsou kampaně, ve kterých promlouvají přímo lidé, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním a jsou ochotni sdílet svůj příběh veřejně. Mohou tím inspirovat a poukázat na to, že zotavení je možné. Přínosem je vyšší ochota vyhledat pomoc a nižší sebestigmatizace, omezením může být nutnost dlouhodobého úsilí a koordinace.

Mainstreaming tématu duševního zdraví

Mainstreaming duševního zdraví je přístup, při kterém je téma duševního zdraví začleňováno do relevantních politik, strategií, sektorů a úrovní rozhodování. V Libereckém kraji je tento princip již částečně uplatňován, v Kraji vznikla díky projektu „Podpora procesů v rámci reformy péče o duševní zdraví v Libereckém kraji“ pozice koordinátora pro duševní zdraví²⁷, na krajském úřadě byly zřízeny pracovní podskupiny pro duševní zdraví, dále vznikají analytické podklady, na které bude navazovat plán péče o duševní zdraví v Libereckém kraji pro období 2026-2030. Cílem mainstreamingu tohoto postupu je, aby duševní zdraví nebylo jenom doménou zdravotnictví, ale aby bylo systematicky bráno na zřetel napříč společnostmi.

→ Doporučujeme pokračovat v začleňování tématu duševního zdraví do běžných veřejných služeb, jako jsou školy, úřady práce, komunitní centra nebo krajské rozvojové strategie. Může jít například o školení zaměstnanců veřejné správy nebo začlenění psychosociální podpory do běžných agend. Přínosem je dlouhodobé posilování prevence a podpory zdraví v populaci, omezením může být potřeba systémové koordinace napříč odbory.

²⁷ Pozice není trvale zařazena v organogramu organizace.