



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.	Lexus	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.

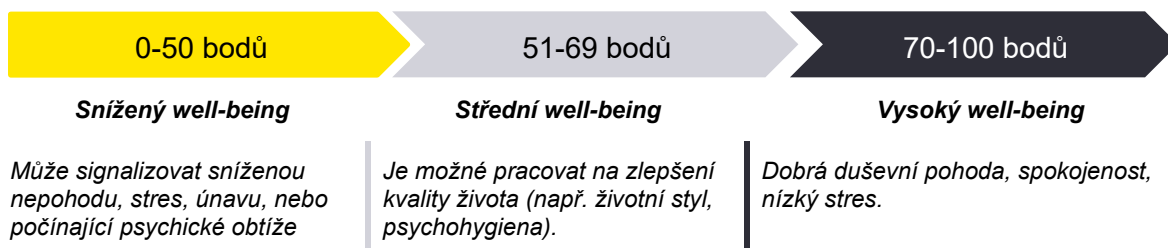
Konkrétní škály využitě v Analýze jsou (i) World Health Organisation Well-being Index (**WHO-5**), (ii) Patient Health Questionnaire (**PHQ-9**), (iii) Generalised Anxiety Questionnaire (**GAD-7**) a (iv) Excessive Internet Use (**EIU-5**). Tyto škály jsou jednoduché a vyplnění dotazníku není časově 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

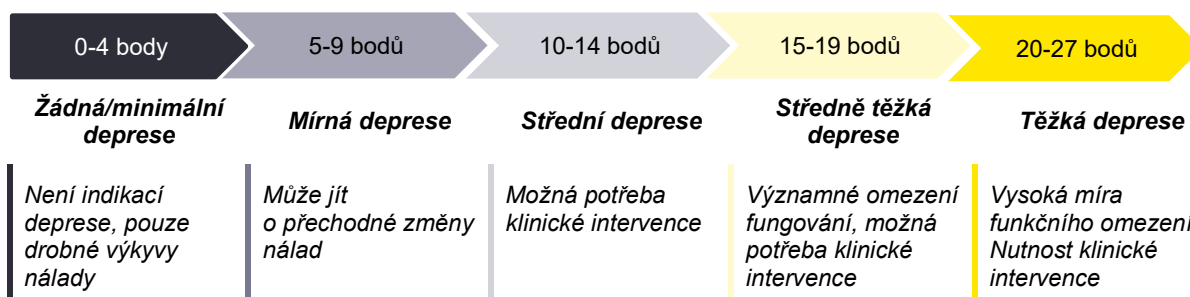
Škála WHO-5 **se zaměřuje na well-being, tedy emoční pohodu, a subjektivní psychickou pohodu** v posledních čtrnácti dnech. Formou pěti otázek je zjišťována nálada, pohoda nebo naplnění. Škála vznikla odvozením ze škály WHO-10 a WHO-28. Odpovědi na otázky jsou rozprostřeny na šestibodové Likertově škále 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.



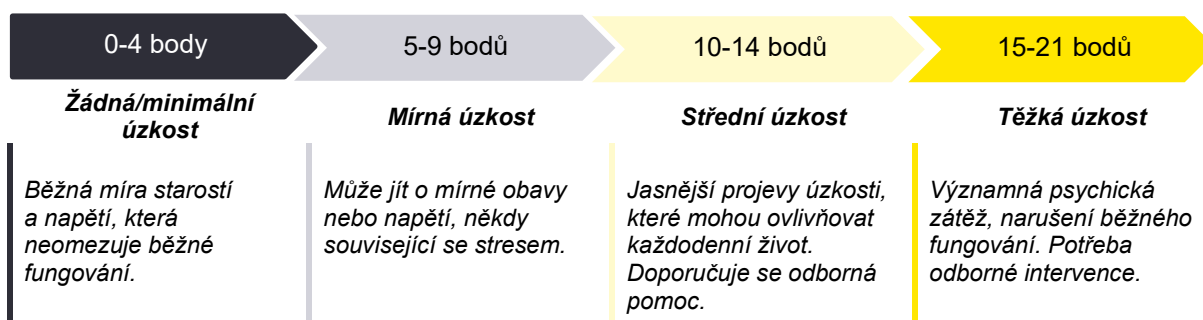
PHQ-9

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

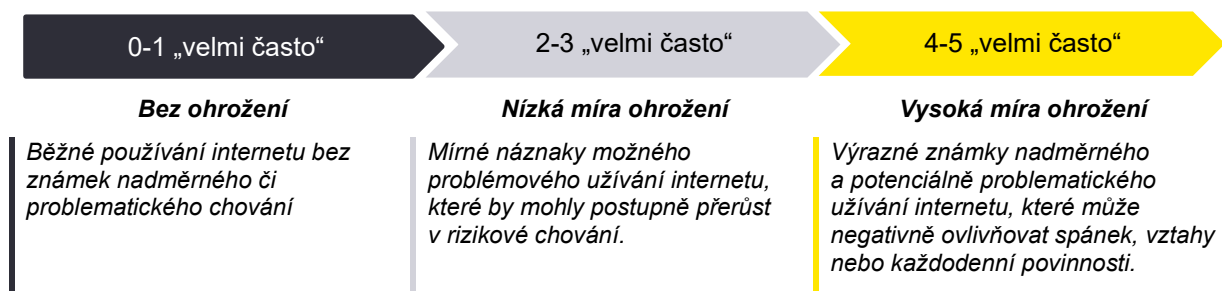
Škála GAD-7 je používána k **hodnocení příznaků úzkostných symptomů** během posledních dvou týdnů. Odpovědi jsou organizovány na Likertově škále od 0 (vůbec ne) do 3 (téměř každý den), respondenti odpovídají, nakolik se na ně vztahují specifické symptomy. Celkové skóre je součtem odpovědí. Výsledné skóre 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.

A close-up photograph of an elderly woman. She is wearing a light blue and yellow patterned cardigan over a white collared shirt. Her right hand is resting on a wooden surface, and her left hand is holding a black walking cane. The background is a plain, light-colored wall.

Senioři

4. Senioři

Tato kapitola představuje kvalitativní analýzu potřeb seniorů v oblasti duševního zdraví v Libereckém kraji, která je založena na datech z rozhovorů s cílovou skupinou seniorů. Součástí kapitoly je také SWOT analýza, tedy analýza silných a slabých stránek, vnějších příležitostí a hrozeb služeb, které s oblastí duševního zdraví souvisí.

4.1 Popis problematiky

Duševní zdraví seniorů představuje vzhledem ke stárnutí populace stále relevantnější oblast. V České republice tvoří lidé nad 65 let přibližně pětinu populace, do roku 2100 by se tato skupina mohla zvětšit až na třetinu (Český statistický úřad, 2023).

Spolu s rostoucím věkem se zvyšuje také poptávka po zdravotní péči – celosvětově více než 14 % osob nad 60 let trpí nějakou nemocí duševního zdraví. Nejčastější duševní poruchy u seniorů jsou deprese a úzkost. Globální data také ukazují, že přes 27 % sebevražd bylo uskutečněno u lidí nad 60 let (WHO, 2023).

Duševní zdraví seniorů v České republice se zhoršilo během pandemie COVID-19. Data z průzkumu Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) poukazují na to, že **více než třetina seniorů zažívala během lockdownu pocit samoty**. Osamělost se nejčastěji objevuje ruku v ruce u jedinců, kteří mají špatné fyzické zdraví, cítí se nervózní nebo smutní (Vaculíková & Hanková, 2023).

Hlavní rizikové faktory ohrožující duševní zdraví seniorů jsou právě **sociální izolace a osamělost**. Dalšími významnými faktory jsou zneužívání seniorů, a to formou fyzického, verbálního, psychického nebo finančního zneužívání (Ribeiro-Gonçalves et al., 2022).

4.2 Kvalitativní analýza potřeb seniorů

Předmětem této kapitoly je zmapování specifických potřeb seniorů, které by vedly k posílení prevence duševního zdraví a včasné podpory této cílové skupiny. Potřeby seniorů byly zjišťovány formou polostrukturovaného rozhovoru, který umožní sběr postojů k tématu služeb duševního zdraví, jejich dostupnosti a efektivitě při podpoře preventivních opatření u této skupiny.

4.2.1 Metodologie a průběh výzkumu

Data pro tuto část analýzy byla shromažďována prostřednictvím rozhovorů, které umožňují hlubší porozumění zkoumanému fenoménu z pohledu respondentů. Rozhovory kombinují otevřené a uzavřené otázky, což zajišťuje srovnatelnost výsledků mezi respondenty. Navzdory skutečnosti, že rozhovory jsou vedeny podle předem připraveného scénáře, dávají respondentům příležitost reflektovat jejich osobní zkušenosti a postoje. Scénář má v rozhovorech zásadní význam, protože nastavuje očekávání a pravidla (Hendl, 2023; Magaldi & Berler, 2020). Rozhovory nejsou nahodilé, ale mají stanovený účel a smysl. Zvláštní důraz je kladen na dodržení etických standardů jako je dobrovolnost účasti, informovaný souhlas, důvěrnost a anonymita, ochrana soukromí a citlivých informací, stejně jako respektování důstojnosti a autonomie respondentů (Kaufmann, 2010).

Rozhovory byly vedeny podle předem připraveného scénáře. Tento scénář je klíčový, protože odráží výzkumné cíle a otázky a definuje rámec rozhovoru. Současně poskytuje prostor pro přizpůsobení se průběhu rozhovoru, což umožňuje hlubší zkoumání relevantních témat, která se během rozhovoru objeví. Respondenti byli vybráni metodou cíleného výběru, běžně využívanou v kvalitativním výzkumu, s cílem získat **informované a relevantní výpovědi** od konkrétních jedinců (Magaldi & Berler, 2020).

Za účelem získávání respondentů byly osloveny **organizace v Libereckém kraji, které se zaměřují na práci se seniory** – denní stacionáře a domovy pro seniory i domovy se zvláštním režimem. Při jejich výběru byl kladen důraz na oslovení rozdílných typů zařízení i jejich geografické polohy. Byly vybrány instituce ve větším městě jako je Liberec, i menších městech a venkovské oblasti. Tyto organizace doporučily konkrétní klienty k poskytnutí relevantních a hloubkových výpovědí, jež reflektují specifické potřeby a zkušenosti těchto osob. V rámci výzkumu proběhly individuální i skupinové rozhovory s **více než 20 osobami seniorského věku**. Zároveň proběhly rozhovory také s pracovníky s touto cílovou skupinou, aby byl doplněn obraz o stavu této cílové skupiny s ohledem na nenaplněné potřeby v oblasti péče o duševní zdraví. Limitací tohoto přístupu je **malá velikost vzorku**, který pouze omezeně reflektuje specifika cílové skupiny. Zároveň rozhovory zahrnují výpovědi pouze těch osob, které byly díky svému stavu schopné se rozhovorů účastnit. Osoby, které jsou problémy s duševním zdravím nejvíce postiženy, například pacienti s demencí, nebyly kvůli svému zdravotnímu či psychickému stavu schopny se rozhovorů účastnit. I to je limitací tohoto induktivního přístupu.

Získaná data byla **kódována a organizována**, což usnadnilo jejich analýzu a kategorizaci. Rozhovory byly nejprve přepsány, poté kódovány na základě opakujících se vzorců, které byly následně uspořádány do širších kategorií. Na základě kategorizovaných dat bylo možné identifikovat hlavní **témata a vzorce v odpovědích respondentů**, což umožnilo formulování doporučení pro systémová opatření.

4.2.2 Výsledky rozhovorů – duševní zdraví seniorů v institucích i mimo ně

Cílová skupina seniorů je různorodá svým věkem, schopnostmi i potřebami. Do skupiny seniorů spadají mladší aktivnější senioři, lidé krátce po odchodu do důchodu, ale i osoby ve starším věku. Jejich situace se napříč touto skupinou může výrazně lišit, dle stavu fyzického i duševního zdraví, životního stylu, způsobu vyrovnávání se se stresory souvisejícími se stárnutím. Situace, ve kterých se senioři nacházejí, jsou různorodé. Skupina je tedy velmi heterogenní a její komplexní potřeby nelze jednoduše shrnout.

Ztráta kontroly a sebe-stigmatizace



Častým tématem rozhovorů byla **snaha seniorů nebýt na obtíž své rodině a blízkým**. Mnozí rozhodnutí využívat poskytované služby anebo vstoupit do pobytového zařízení odůvodňovali tím, že nechtěli zatěžovat příbuzné, kteří mají vlastní rodiny a povinnosti. Péči o sebe samé vnímali jako časově i psychicky náročnou a přesun odpovědnosti na instituci chápali jako formu **ohleduplnosti vůči svým blízkým**.



„Všechno zařizovala dcera, takže nevím, jak dlouho to trvalo se sem dostat. Já jsem ani nevěděl, že sem přijdu, dcera mi to pak řekla narovinu.“

Většina respondentů v nedávné minulosti prožívala nějakou formu **ztráty zdraví**, například prodělali infarkt, cévní mozkovou příhodu, úraz nebo chronické onemocnění. **Změna fyzického stavu a obavy z jeho dalšího zhoršení se objevovaly jako významné stresory**, které zhoršovaly jejich psychické zdraví. Někteří senioři si zároveň stále zvykali a adaptovali se na novou roli, ve které se stali pacientem či klientem služeb.



„Já jsem byla pořád doma a loni v březnu jsem doma omdlela a nemohla jsem se dostat do postele. Dostala jsem se do nemocnice a pak jsem byla v sociálním zařízení na 40 dnů a pak jsem měla doma u dcery místnost, kde jsem byla. Ale nechtěla jsem, aby se opatrováním mě zhoršil její stav, tak jsem si zažádala sem do domova. Všechny lidi tady znám. Já jsem sem navíc chodila za sestřenicí před 20 lety a hrozně se mi tady líbilo. Já jsem tady nejšťastnější ve svém životě. 25 roků mám nemocná kolena a moc se to nedá, zatím se snažím nejnutnější dojít. Jsem na ty nohy už zvyklá, jenom abych nedostala nějakou mozkovou příhodu nebo aby se to nezhoršilo. Asi půl roku jsem musela čekat, než se tady uvolní místo.“

Jako další stresor několik respondentů zmínilo také **situaci ve světě a politiku**. Sledování zpráv považují za stresující a snaží se mu vyhýbat. Vnější události, které nemohou ovlivnit, a informační přesytenost mohou vyvolávat frustraci a bezmoc. To podtrhuje nutnost poskytovat i pozitivní, srozumitelné a konstruktivní informace.

Přetrvávající stigma ohledně tématu duševního zdraví a potlačování emocí



Při přímých dotazech na duševní zdraví respondenti zpravidla odpovídali **vyhýbavě nebo negativně**. Až v průběhu rozhovorů se postupně objevovala témata úzkosti, osamělosti nebo obav z budoucnosti, často související s fyzickým zdravím, ztrátou autonomie nebo změnou prostředí. Podobně přistupovali k otázce odborné psychologické péče, kdy psychoterapii nebo psychiatra nevnímali jako potřebné a odmítali jejich využívání.

Dotazy na duševní zdraví často **nevedly k přiznání obtíží**, to se objevovalo až v dalších odpovědích. Senioři tedy postupně popisovali, že v minulosti byli nebo i v současnosti jsou v nějaké úrovni tenze, ale **nepojmenovali ji jako problém týkající se duševního zdraví**.



„Když se cítím psychicky špatně, tak se něčím zabývám, třeba jak je krásný pohled z okna. Ostatní to mají podobně. Jde o to, aby se lidi sami snažili nezabývat se starými problémy, které už nejdou vyřešit. Je důležité, aby ty myšlenky šly mimo nás, protože když začnete vzpomínat, tak to dělá nedobře na všem, na těle i na duši.“

Seniorský věk je spojený s mnoha novými situacemi a stresory, jako je zhoršení zdraví, úmrtí blízkých osob, ztráta samostatnosti nebo osamění. Mnoho respondentů projevilo tendenci **vědomě potlačovat své negativní emoce** a jako strategii, jak se se svou situací vyrovnat, volili **odmítavý přístup** a **kognitivní vyhýbání**. Převládá názor, že je třeba **problémy zvládnout sám** a vyrovnat se s nimi individuálně a po svém. To ukazuje na generačně zakořeněný přístup ke zvládání psychické zátěže a zároveň na nedostatečnou osvětu v oblasti

duševního zdraví ve stáří. Tento postoj může být **překážkou včasné diagnostiky a adekvátní podpory**, i když potřeba pomoci je zřejmá. I v domovech, ve kterých je možnost konzultace s psychoterapeutem, respondenti při rozhovoru zmínili, že tuto službu nevyužívají. U respondentů bylo patrné, že svoji **odolnost považují za ctnost** a mají pocit, že se na jejich situaci stejně nic nezmění.

Kvalita života, péče a přítomnost druhých



Z rozhovorů vyplynulo, že senioři žijící v domovech pro seniory nebo využívající služby denních stacionářů bývají obecně **spokojeni se sociálním prostředím**, které jim tato zařízení nabízejí. Díky společným aktivitám a možnosti smysluplně trávit čas u těchto seniorů nepanuje pocit samoty. Domov důchodců či denní stacionář jim poskytují prostor navazovat přátelství, socializovat se, sdílet zážitky. Pozitivně je hodnocena široká škála aktivit, které pro ně zařízení připravují, jako jsou hudební vystoupení, přednášky a oslavy svátků napříč rokem, nebo duchovní aktivity. Tento typ vyžití přispívá ke zmírnění pocitů osamělosti a podporuje pocit sounáležitosti, jak poznamenali respondenti.



„Všechno se nám tady líbí, tady máte aktivity, jak si zvolíte, tak je máte. Já jsem ráda sama, ráda čtu a ráda luštím křížovky. Když nám ale doporučí, že bychom měli něco dělat, tak to děláme. Máme i venkovní aktivity, byl tady oheň, byla olympiáda her, je z toho záznam a můžeme si to pustit. Dělá se sejkorák, vzpomíná se na tradice, co pocházejí z Podkrkonoší, potom Josefovská, Mikuláš, jsou tu zpěváci, koncerty, děti, bude tady přednáška horolezců. Program je pestrý, výstava fotografií z Rokytnice, hasiči seznamovali s technikou, hodně chodí z MŠ nebo ze ZŠ, tělocvik a podobně.“

Pozitivně byla hodnocena i **komplexnost péče**, kromě základní zdravotní péče instituce často nabízejí rehabilitační služby, fyzioterapii, různé formy aktivizačních činností nebo skupinové terapie. Týmy v navštívených zařízeních kladou důraz na humanizaci péče: snaží se vytvářet prostředí připomínající domov, respektují soukromí a individuální přání klientů. Standardem byly dvou až třílůžkové pokoje s důrazem na zachování důstojnosti a autonomie.

Klienti si mohou zvolit, zda se chtějí účastnit společných aktivit, mají **přístup k návštěvám** a zařízení často zapojují i rodinné příslušníky do společného programu. Právě přítomnost dětí, vnoučat a návštěv byla většinou seniorů vnímána jako zdroj radosti. Právě dobré vztahy a možnost sociální interakce jsou ochranným faktorem duševního zdraví.

Senioři žijící v **domácím prostředí čelí specifickým výzvám**, které se odlišují od situace osob umístěných v rezidenčních zařízeních. Chybí jim zázemí, jež by jim systematicky zajišťovalo každodenní sociální kontakt, bezpečí a přístup k podpoře. V oblasti sociálních vazeb a praktické pomoci se tak musí spoléhat především na své přirozené prostředí, tedy rodinu, přátele, sousedské sítě a komunitu. To však může být značně problematické, zejména s ohledem na vytíženost rodinných příslušníků, geografickou vzdálenost nebo zhoršující se zdravotní stav seniora.



„Když je rodina v práci, tak je mi trochu smutno, ale mám doma kočky. Ve středu a v pátek ke mně chodí pečovatelky.“

Situaci dále ztěžuje **demografický vývoj**, jelikož rostoucí naděje dožití a vysoký podíl seniorů ve vyšších věkových kategoriích vedou k častější osamělosti. Ta je typicky výraznější u žen, které se dožívají vyššího věku a často přežívají své partnery. Mnohé z nich tak v pozdním věku zůstávají bez každodenní podpory blízké osoby, což může zvyšovat riziko sociální izolace, osamění, zhoršeného duševního zdraví i ztráty soběstačnosti.

Výzvy společného soužití a nerovnosti v přístupu ke službám

Někteří respondenti zmínili i **problematickou cestu do pobytových zařízení přes léčebny dlouhodobě nemocných**, kde jejich zdravotní stav během pobytu stagnoval nebo se dokonce zhoršil, ztratili pohyblivost, soběstačnost nebo motivaci. V kontrastu s tím zaznamenali po přechodu do domova či stacionáře zlepšení díky systematické rehabilitaci a aktivizačním přístupům. To ukazuje, že instituce samy o sobě nejsou zárukou zlepšení duševního nebo fyzického zdraví, ale že klíčová je hlavně kvalita, komplexnost a individualizace poskytované péče.



Přestože senioři hodnotí prostředí většinou pozitivně, objevují se i limity. Problémem může být **sdílení prostor osobami v odlišném zdravotním stavu**, zejména mezi klienty s pokročilou kognitivní poruchou (např. demencí) a těmi, kteří mají zachované mentální funkce. Sdílení pokojů pak může vést k napětí nebo pocitu ztráty soukromí.

Z rozhovorů rovněž vyplynula **frustrace ohledně dostupnosti služeb**, kdy kapacita domovů, denních stacionářů i dalších pobytových zařízení je omezena a čekací lhůty mohou být v řádu měsíců až let. Tato strukturální nerovnost dopadá negativně na psychický stav seniorů, kteří často nevidí jinou alternativu.

Překážkou ve fungování byla i **mobilita a doprava**. Senioři, kteří navštěvují denní stacionář jen několik dní v týdnu, potřebují doplňující služby, jako je terénní péče, ale jejich dostupnost je omezená. Pozitivně byla hodnocena přítomnost sanitek a aut pro převoz do zařízení, nicméně kapacita byla omezená. Opakovaně zazníval požadavek na **senior taxi** nebo jiný typ flexibilní přepravy, který by jim umožnil přístup ke službám i volnočasovým aktivitám mimo město.

Propojení služeb a význam včasného záchytu



Z rozhovorů vyplynula silná potřeba **lepšího provázání ambulantních, terénních a pobytových služeb**, které by dokázaly reagovat na proměnlivé potřeby seniorů a podpořit jejich duševní i fyzickou pohodu včas, bez zbytečného odkladu. Současný systém často nedokáže včas zachytit potřeby seniora v momentě, kdy začínají. Například problémem může být zvýšené riziko pádu, počínající známky kognitivního úpadku, neschopnost obstarat si nákupy, zatopit si v domě nebo vyřizovat běžné záležitosti.

Pokud by existovaly multidisciplinární terénní týmy nebo návazná centra péče, které by situaci seniora včas vyhodnotily a koordinovaly další podporu, mohlo by se předejít mnoha zhoršením

a umístění do institucí. Zajištění návaznosti mezi službami a **podpora přechodu ze zdravotnických zařízení do komunitní nebo sociální péče** jsou zásadní pro fyzickou rehabilitaci i pro **zachování smysluplného života**. Kvalitně nastavená následná péče může přispět k obnovení soběstačnosti a předcházet dlouhodobé závislosti na formální péči. V ideálním případě by měl existovat postupný přechod, kdy senior nejprve využije denní stacionář nebo terénní službu, a teprve v případě potřeby přechází do pobytové péče. Aktuální roztržitost systému však takové plynulé přechody neumožňuje.

4.3 SWOT analýza služeb, které souvisí s duševním zdravím

V rámci této kapitoly je vypracována SWOT analýza, která identifikuje silné a slabé stránky spojené se službami péče o duševní zdraví seniorů v Libereckém kraji. Analýza bude podkladem pro informovaná rozhodnutí v oblasti posilování a úpravy služeb pro seniory.

4.3.1 Metodologie a průběh výzkumu

SWOT analýza je strategický nástroj používaný k hodnocení vnitřních silných (Strengths) a slabých (Weaknesses) stránek organizace i vnějších příležitostí (Opportunities) a hrozeb (Threats). V kontextu služeb pro duševní zdraví seniorů umožňuje SWOT analýza komplexní pohled na současný stav služeb a potenciál pro zlepšení (Gürel, 2017).

- S** Interní pozitivní aspekty služeb pro duševní zdraví seniorů (vnitřní silné stránky)
- W** Interní nedostatky nebo omezení v poskytování služeb pro duševní zdraví seniorů (vnitřní slabé stránky)
- O** Externí faktory, které mohou být využity ke zlepšení služeb duševního zdraví pro seniory (vnější příležitosti)
- T** Externí faktory, které mohou negativně ovlivnit služby duševního zdraví seniorů (vnější hrozby)

Zdroje pro SWOT analýzu jsou kombinací primárních a sekundárních dat. Primárními daty jsou především informace získané rozhovory se seniory a seniorkami, kteří popsali své specifické potřeby a postoje k tématu služeb spojených s duševním zdravím. Dalším zdrojem jsou rozhovory s experty v oblasti služeb duševního zdraví pro seniory v Libereckém kraji, kteří mají know-how v této oblasti a dokážou zmapovat její charakteristiku. SWOT analýza byla diskutována se členy pracovní podskupiny pro duševní zdraví seniorů v Libereckém kraji. Sekundární data použitá pro SWOT analýzu jsou existující strategické dokumenty a koncepce péče o duševní zdraví v Libereckém kraji, interní data vybraných poskytovatelů o vytíženosti a kapacitách služeb, personálním zajištění a finanční udržitelnosti. Dále byly využity informace o legislativních změnách týkajících se poskytování služeb spojených s duševním zdravím seniorů, trendech a predikcích v této oblasti, včetně digitalizace či financování této sféry.

SWOT analýza se zaměřuje na klíčové aspekty systému péče o duševní zdraví seniorů v Libereckém kraji. Je strukturována do čtyř tematických oblastí, které reflektují nejzásadnější výzvy i příležitosti v této oblasti. První oblast se věnuje **dostupnosti a struktuře odborných služeb**, druhá zkoumá **personální kapacity a odbornost pracovníků**, třetí oblast se soustředí na **míru provázanosti zdravotní a sociální péče** a čtvrtá oblast se zabývá

informovaností veřejnosti, prevencí a stigmatizací duševních onemocnění. Tento členěný přístup umožňuje komplexní pohled na aktuální stav systému, identifikaci klíčových problémů i formulaci doporučení pro jeho další rozvoj.

4.3.2 Oblast 1: Dostupnost a struktura služeb pro duševní zdraví seniorů

V rámci první oblasti je hodnocena dostupnost a struktura odborných služeb zaměřených na péči o duševní zdraví seniorů v Libereckém kraji. Důraz je kladen na kapacitní možnosti, odborné zaměření a připravenost reagovat na očekávané demografické změny spojené se stárnutím populace. Cílem je identifikovat silné a slabé stránky a kapacitní i jiná omezení současného systému.

Tabulka 15: SWOT analýza Oblasti 1 – Dostupnost a struktura služeb pro duševní zdraví

S	W
<ul style="list-style-type: none"> Existence ambulantní psychiatrické ordinace, i když v nedostatečné kapacitě. Existence jednoho CDZ v kraji jako výchozí bod podpory pro prevenci a včasnou diagnózu začínající demence v dospělé populaci. Fungující spolupráce zařízení služeb s psychiatrickými zařízeními (např. Kosmonosy). Fungující týmy a specializované domovy se zvláštním režimem se zkušeností s demencí v některých zařízeních pro seniory. Dvě zařízení v Kraji mají certifikaci Vážka®²⁸ (SeneCura, Dům seniorů Františkov). 	<ul style="list-style-type: none"> V Kraji chybí psychiatrická nemocnice. Nedostatek specializovaných zařízení mimo Liberec. Existuje regionální nerovnost v dostupnosti odborných služeb. Absence mobilních ambulancí v terénu a specializované krizové psychiatrické péče. Chybějící CDZ specializované na seniory. Specifická zařízení pro seniory se závislostí existují jen v minimální kapacitě, zatím pouze pilotně (např. domov ve Sloupu v Čechách). Nedostatečný počet psychiatrických lůžek.²⁹
O	T
<ul style="list-style-type: none"> Financování nových služeb z integrovaného regionálního operačního programu (IROP) / operačního programu Zaměstnanost plus (OPZ+) (např. vznik specializovaného domova). Rozšíření komunitních služeb a multidisciplinárních týmů. Možnost využití certifikace (Vážka®, standardy Alzheimerovské společnosti) jako nástroje rozvoje kvality. 	<ul style="list-style-type: none"> Rostoucí poptávka po lůžkách a ambulantní péči současně s nenavýšováním kapacit Riziko kolapsu systému při náhlém výpadku jediného klíčového poskytovatele v Kraji. Zaléčení seniora v zařízeních psychiatrické péče často znemožňuje další systematickou pomoc (nedostatečná návaznost). Trans-institucionalizace (např. umístování seniorů s duševními onemocněními do zařízení, která na to nejsou uzpůsobena). Lze očekávat změny v poptávce s příchodem nové generace seniorů a zvýšení jejich požadavků.

²⁸ Certifikát Vážka® uděluje Česká alzheimerovská společnost, o.p.s provozovatelům zařízení poskytujících kvalitní služby pro lidi s demencí.

²⁹ Dle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) z roku 2020 se v období mezi lety 2010 a 2020 nijak nezměnil počet lůžek na psychiatrických odděleních. Celkový počet k roku 2020 činil 76.

Ze SWOT analýzy dostupnosti a struktury služeb v Tabulce 10 vyplynula specifika seniorské skupiny s ohledem na duševní zdraví. Seniorská skupina není v porovnání s ostatními ohrožena nedostatečnou kapacitou akutních lůžek, jelikož vyžadují pro залечení a diagnostiku minimálně 1 rok hospitalizace. CDZ v Libereckém kraji s ohledem na specifika cílové skupiny seniorů může plnit funkci podpory pro prevenci a včasnou diagnózu.

V Libereckém kraji však neexistuje centrum duševního zdraví, které by bylo personálně a materiálně uzpůsobeno k péči o seniory a velmi omezená je v Libereckém kraji také péče o seniory s duální diagnózou, tedy souběhem onemocnění z okruhu závislostí a duševním onemocněním, nebo souběhem duševního onemocnění a zdravotních problémů spojených se stárnutím.

Současný systém péče o seniory v Libereckém kraji dále z důvodů stárnoucí populace čelí rostoucí poptávce po lůžkové i ambulantní péči bez odpovídajícího navyšování kapacit, což spolu s rizikem výpadku klíčových poskytovatelů může vést k ohrožení dostupnosti služeb. Nedostatečná návaznost péče, zejména po залечení v psychiatrických zařízeních, a nevhodné umístování seniorů s duševními onemocněními do nevyhovujících zařízení (tzv. trans-institucionalizace), dále zvyšují tlak na systém.

4.3.3 Oblast 2: Personální kapacity a odbornost v péči o duševní zdraví seniorů

Druhá oblast SWOT analýzy se zaměřuje na personální zajištění péče o duševní zdraví seniorů. Hodnocena je zejména dostupnost kvalifikovaných odborníků – psychiatrů, psychologů, geriatrických specialistů, zdravotních sester i pracovníků v přímé péči – a jejich profesní úroveň. Analýza této oblasti má za cíl ukázat, jaké lze očekávat výzvy v personálním zajištění a implikace na kvalitu poskytovaných služeb.

SWOT analýza oblasti personální kapacity a odbornosti v Tabulce 11 naznačuje, že na úrovni jednotlivých zařízení dochází v oblasti péče o duševní zdraví v Libereckém kraji ke zvyšování kvality služeb. Tento pozitivní trend je dán především rostoucí odborností personálu a působením poskytovatelů, kteří mají zájem o specializaci a metodický rozvoj.

Současně však systém čelí vážným problémům – nedostatku personálu napříč všemi úrovněmi odbornosti, omezeným finančním zdrojům a materiálnímu zajištění. Nedostatek pracovníků v přímé péči je způsoben nízkými nástupními mzdami, silnou konkurencí na trhu práce a rigidním mzdovým systémem založeným na délce praxe. To způsobuje vysokou fluktuaci zaměstnanců a problém se stabilizací jednotlivých týmů.

Další výzvou je nízký zájem mladých lidí o práci v oboru a stárnutí stávajících pracovníků – jak pečovatелů a pracovníků v přímé péči, tak i psychiatrů a dalších odborníků. V případě klinických psychologů a psychiatrů je problém hlubší – na celostátní úrovni je kapacita příslušných vysokoškolských oborů nízká a proces uznávání odborné způsobilosti pro výkon profese složitý. V Libereckém kraji je navíc situace ztížena nízkou atraktivitou regionu pro tyto odborníky.

Provozba psychiatrů na psychology není optimální, což brání vzniku synergického efektu a kompatibility v systému. Finanční systém zároveň zvýhodňuje kvantitu poskytované péče před její kvalitou, což dále komplikuje efektivní využití odborného potenciálu pracovníků

i zařízení. Výsledkem je, že i přes vysokou úroveň odbornosti nelze služby poskytovat v plné kvalitě, protože je celý systém přetížený.

Tabulka 16: SWOT analýza Oblasti 2 – Personální kapacity a odbornost v péči o duševní zdraví

S	W
<p data-bbox="491 1160 545 1214">O</p> <ul data-bbox="204 1227 762 1585" style="list-style-type: none"> • Postupně se zvyšuje odborná úroveň personálu díky vzdělávacím aktivitám. • V Libereckém kraji fungují poskytovatelé, kteří mají zájem o specializaci a metodický rozvoj. • Možnost rozvoje case managementu a integrovaných týmů s vyškolenými pracovníky. • Vzdělávací projekty zaměřené na Alzheimerovu chorobu / demenci a duševní zdraví seniorů. • Destigmatizační vzdělávání pro pečující (formální i neformální). • Rozšíření kompetencí sester a sociálních pracovníků (např. včasný záchyt demence). 	<p data-bbox="1114 1160 1161 1214">T</p> <ul data-bbox="817 1227 1401 1563" style="list-style-type: none"> • Nedostatek odborníků (psychiatři, psychologové, geriatricky školení pracovníci) a pracovníků v přímé péči. • Nízké nástupní mzdy, rigidní mzdový systém. • Absence dialogu a malá spolupráce mezi pracovníky v přímé péči a zdravotními sestrami v domovu pro seniory (DS). • Nedostatečné propojení psychiatrů a psychoterapeutů. • Nízký počet gerontopsychiatrů³⁰, ambulantních psychiatrů³¹ a psychiatrických sester³². • Systém úhrad stimuluje kvantitu péče a omezuje možnost individuálního přístupu. • Nedostatek finančních prostředků limituje motivaci a stabilizaci personálu. • Vysoká fluktuace a vyhoření v sektoru (zvláště u neformálních pečujících a pracovníků v přímé péči). • Nezájem mladých profesionálů o práci v sociálně-psychiatrické oblasti. • Riziko ztráty motivace u stávajícího personálu kvůli přetížení, nízké prestiži povolání a nízkému ohodnocení. • Nízká priorita problematiky seniorů s duševními poruchami na národní úrovni. • Stárnutí psychiatrů, zdravotních sester, pracovníků v přímé péči a dalších odborníků.

Zdroj: vlastní zpracování

³⁰ Dle dat Národního portálu psychiatrické péče nepůsobil v roce 2020 v Libereckém kraji žádný gerontopsychiatrie.

³¹ Dle dat ÚZIS z roku 2013 připadá v Libereckém kraji 5,3 psychiatrů na 100 tis. obyvatel, což je pod průměrem ČR, která celkově čelí nedostatku ambulantních psychiatrů. K 31.3. 2016 bylo dle Libereckého kraje v kraji 24 poskytovatelů zdravotních služeb v oboru psychiatrie, v roce 2020 jich bylo dle ÚZIS 25. Celkový počet poskytovatelů psychiatrické péče (vč. dětské a dorostové psychiatrie, adiktologie a sexuologie) na 100 000 obyvatel v Libereckém kraji v roce 2020 činil 8,54 (Národní portál psychiatrické péče, 2025).

³² Přesný počet psychiatrických sester v Libereckém kraji není znám, obecně je však vnímán jejich nedostatek (Liberecký kraj, 2016)

4.3.4 Oblast 3: Provázanost zdravotní a sociální péče

Třetí oblast se zabývá mírou provázanosti zdravotní a sociální péče a schopností jednotlivých článků systému spolupracovat v rámci holistické péče o seniory.

Tabulka 17: SWOT analýza Oblasti 3 –Provázanost zdravotní a sociální péče

<h3>S</h3>	<h3>W</h3>
<h3>O</h3> <ul style="list-style-type: none">• Vznik zdravotně-sociálních plánů v Kraji jako nový impulz k integraci.• Některé obce a poskytovatelé již mají zkušenost s koordinací péče.• Iniciativy Ministerstva zdravotnictví ČR (např. metodiky, reformní podpora) jsou k dispozici.	<h3>T</h3> <ul style="list-style-type: none">• Služby jsou stále fragmentované, s různým způsobem financování a řízením.• Přeplněné kapacity sociálních služeb a nízká variabilita služeb mimo stacionáře.• Chybí systémové nástroje (např. sdílená dokumentace, koordinátoři péče).• Absence komplexního strategického dokumentu a koordinátora pro politiku stárnutí na úrovni Kraje.• Obecné Nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) brání sdílení informací mezi zdravotními a sociálními službami, pokud chybí souhlas klienta.• Chybějící multidisciplinární týmy zaměřené na seniory s demencí (např. case management nebo společné plánování péče).• Nízké povědomí praktických lékařů o opravdovém stavu jejich pacientů. Nízká míra zapojení praktických lékařů do včasného screeningu kognitivních poruch.• Problém s přechodem mezi sektory.

³³ Například organizace Sluchátko i Elpida disponují hlubokými znalostmi a analýzami týkajícími se psychického zdraví, osamělosti a celkové životní spokojenosti seniorů. Jejich výstupy ukazují na klíčové potřeby této populace, včetně dostupnosti duševně-zdravotních služeb, prevence izolace a podpory mezigeneračních vztahů. Tyto poznatky lze využít k vytvoření efektivnějšího systému péče v rámci regionu. Na této expertíze by mohl být založen plánovaný rozcestník pro praktické lékaře, který by propojil lékařské ordinace s dostupnými sociálními a komunitními službami.

Na základě SWOT analýzy v tabulce 12 bylo zjištěno, že systém péče o seniory v Libereckém kraji čelí zásadním výzvám, především v oblasti fragmentace služeb, nedostatku kapacit a absence klíčových systémových nástrojů. Chybějí například koordinátoři péče o duševní zdraví, sdílená dokumentace, jednotné postupy pro včasnou diagnostiku demence a strategický rámec pro komplexní péči o seniory a přípravu na stárnutí populace na krajské úrovni.

Přesto však lze v Libereckém kraji pozorovat pozitivní snahy – například vznik zdravotně-sociálních plánů, sdílení dobré praxe v koordinaci péče na úrovni některých obcí a také rostoucí dostupnost metodické podpory ze strany Ministerstva zdravotnictví (MZd).

Slabinou systému zůstává nízká míra zapojení praktických lékařů do včasného screeningu a diagnostiky kognitivních poruch, jejich nedostatečné povědomí o reálném zdravotním stavu pacientů a chybějící standardizovaný postup pro včasné rozpoznání demence.

Podobně problematická je i péče o seniory s kombinací duševního a somatického onemocnění, kteří bývají hospitalizováni na odděleních, jež se zaměřují primárně na tělesné diagnózy a nejsou uzpůsobena pro péči o duševní zdraví.

Další komplikací je obtížný přechod mezi jednotlivými sektory péče, který bývá obzvlášť náročný pro starší lidi. Přizpůsobení se novému prostředí je často velkou výzvou.

Z tohoto důvodu je klíčové systematicky podporovat spolupráci mezi formálními a neformálními pečujícími a zajišťovat návaznost služeb v terénu. I přes existenci některých nástrojů a rostoucí vůli ke zlepšení nebude možné dosáhnout skutečně integrované péče bez jasného strategického vedení, dostatečných kapacit a efektivního propojení zdravotní a sociální oblasti.

4.3.5 Oblast 4: Informovanost, prevence a stigmatizace

Čtvrtá oblast se soustředí na informovanost veřejnosti, úroveň prevence a přetrvávající stigmatizaci duševních onemocnění spojených se stářím. Cílem je posoudit aktuální stav prevence a informovanosti stejně jako příčiny stigmatizace, identifikovat způsoby, jakými posílit destigmatizační aktivity, a identifikovat konkrétní problematické oblasti a příčiny, které vedou k nízké zdravotní gramotnosti v oblasti přípravy na stárnutí a s ním spojené výzvy. V této oblasti je nutné zaměřit se nejen na seniory samotné, ale také na jejich neformální pečující, které často situaci řeší.

V oblasti informovanosti prevence a stigmatizaci duševního zdraví vyplynulo ze SWOT analýzy (Tabulka 13), že se v Libereckém kraji postupně zvyšuje zájem veřejnosti o témata jako stárnutí, demence či psychická pohoda, a některé služby aktivně pracují s komunitou formou osvěty a poradenství.

Přesto však přetrvává nízká úroveň populační gramotnosti v oblastech duševního zdraví a přípravy na stáří, vysoká míra stigmatizace (zejména u starší generace), absence preventivních programů a viditelných poradenských služeb zaměřených na seniory i přípravu na stáří i nedostatek jednoduše přístupných informačních materiálů.

Tabulka 18: SWOT analýza Oblastí 4 – Informovanost, prevence a stigmatizace

<h2 style="text-align: center;">S</h2>	<h2 style="text-align: center;">W</h2>
<h2 style="text-align: center;">O</h2> <ul style="list-style-type: none"> • Existují osvětové kampaně a některé služby pracují aktivně s veřejností. • Roste zájem o témata jako duševní zdraví, stárnutí, demence. • Domy s pečovatelskou službou (DPS) poskytují poradenství v oblasti přípravy na stáří. 	<h2 style="text-align: center;">T</h2> <ul style="list-style-type: none"> • Nízká „populační gramotnost“ v oblasti duševního zdraví. Vysoká stigmatizace – zvláště u seniorů (pocit studu, slabosti). • Nedostatečný systémový přístup k osamělosti seniorů – dobrovolnická centra existují, ale aktivity mimo stacionáře jsou výjimečné. • Nedostatek dostupných materiálů/digitalizovaných infoplateform pro seniory. • Absence preventivních aktivit v DPS a nejasně rozdělené kompetence v tomto ohledu. • Absence poradny pro seniory.
<ul style="list-style-type: none"> • Možnost rozvoje komunitních programů duševního zdraví pro seniory. • Zapojení neformálních pečujících do vzdělávání a osvěty, aby se zvýšila jejich informovanost. • Využití knihoven, seniorských klubů, obcí jako uzlů šíření informací. • Možnost rozšíření aktivizačních a komunitních služeb jako prevence osamělosti. • Existující spolupráce mezi některými školami a DPS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zvyšující se izolace seniorů (zejména v malých obcích). • Digitální propast, omezená schopnost využívat moderní formy komunikace. • Dezinformace a nedůvěra vůči systému ze strany veřejnosti. • Zanedbání duševního zdraví u seniorů vyloučených z většinových služeb (např. sociálně slabí, senioři bez nároku na důchod). • Absence mezigeneračního dialogu, obzvláště mezi seniory a dětmi.

Zdroj: vlastní zpracování

V Libereckém kraji, podobně jako na úrovni celé ČR se projevují také systémové problémy jako je přehlížení osamělosti seniorů mimo institucionální zařízení. Budoucí vývoj by měl zohlednit nutnost rozvoje komunitních a aktivizačních programů, zapojení neformálních pečujících, kteří velmi často nemají zájem o osvětové komunitní programy a využití lokálních institucí, jako jsou obce nebo domy s pečovatelskou službou, k šíření osvěty. A to s hlavním cílem umožnit seniorům žít kvalitní život v jejich přirozeném prostředí.

Významný potenciál spočívá i ve spolupráci s dobrovolníky a školami pro navázání mezigeneračního dialogu. Bez posílení prevence a podpory duševního zdraví zůstávají mnozí senioři, jejich rodiny a neformální pečující mimo dosah potřebných služeb.

4.4 Doporučení pro podporu duševního zdraví seniorů v různých situacích

Na základě zjištění rozhovorů se seniory byla formulována následující doporučení.

Včasný psychosociální screening a preventivní intervence

Z rozhovorů se zástupci seniorské populace v Libereckém kraji je patrné, že často mají **tendence potlačovat své emoce a pocity**. Zároveň **nemají dobrou gramotnost v oblasti duševního zdraví**, je pro ně problematické rozpoznat základní pojmy a příznaky týkající se duševních onemocnění, mají zakořeněné stigmatizující postoje a neví, kam se obrátit pro pomoc. U starších osob je významný vliv a podpora jejich okolí, ať už se jedná o příbuzné nebo pracovníky služeb, které využívají. Právě neformální pečující nebo praktičtí lékaři mohou být těmi, kdo osobu znají a mohou tak včasné identifikovat počínající příznaky psychického onemocnění či zhoršeného well-beingu.

➔ Doporučujeme podpořit roli **neformálních pečujících a praktických lékařů v rozpoznání duševních obtíží**. Tato podpora může zahrnovat jejich vzdělávání a školení, která se zaměří na základní znaky duševních obtíží ve stáří (např. deprese, úzkosti, kognitivní poruchy), specifika komunikace se seniory a možnosti dalšího postupu (např. kam osobu odkázat). **Informační akce** mohou být vhodným způsobem, jak informace rozšířit. U praktických lékařů je možné podporovat zavedení jednoduchých nástrojů pro základní screening duševního zdraví do běžné praxe. Zvýšení jejich informovanosti o službách a možnostech návazné podpory by také přispělo k lepší zvládnutí situace. U seniorů, kteří procházejí krizovou situací anebo se u nich stala nějaká riziková událost, například hospitalizace, ztráta blízké osoby, je vhodné zpřístupnit preventivní návštěvy sociálních pracovníků, psychologů nebo dobrovolníků.

Podpora vzniku Centra duševního zdraví pro seniory (CDZ-S)

Predikce počtu pacientů s diagnózami F00 a G30 (demence a Alzheimerova nemoc) ukazuje na relativně stabilní trend s výrazným predikčním intervalem, což odráží značnou nejistotu budoucího vývoje. Historická data prokazují kolísání s vrcholem v letech 2015–2017, po němž následoval pokles, avšak demografické stárnutí populace a zlepšující se diagnostika mohou vést k mírnému nárůstu případů v následujících letech. I relativně malý nárůst však může znamenat výraznou zátěž pro zdravotní a sociální systém, zejména v oblasti dlouhodobé péče.

Zároveň rozhovory se zástupci seniorů v Kraji potvrdily, že pro seniory s potřebou intenzivnější podpory je důležité zajistit terénní multidisciplinární podporu, která propojí zdravotní a sociální služby přímo v domácím prostředí klienta. Terénní služby napomáhají tomu, aby senior zůstal co nejdéle ve svém přirozeném prostředí a zároveň byla péče o něj udržitelná pro neformální pečující.

➔ Z těchto důvodů je pro Liberecký kraj vhodné zřídit **Centrum duševního zdraví se zaměřením na seniory**, které by poskytovalo komunitní a tranzitní péči přímo v domácím prostředí klientů. Multidisciplinární tým pracující formou case managementu by zajišťoval včasný kontakt, stabilizaci zdravotního stavu a podporu pečujících rodin, čímž by se snížila potřeba hospitalizací a umožnilo setrvání seniorů v přirozeném prostředí. Vzhledem k nejistotě predikcí je nezbytné, aby kapacity CDZ-S byly flexibilní a aby

byl pravidelně vyhodnocován vývoj počtu pacientů s demencí v regionu, což umožní pružné přizpůsobení poskytované péče aktuálním potřebám.

Aktivizace a prevence sociální izolace

Z rozhovorů vyplynulo, že jedním z problémů, který trápí seniory a přispívá ke zhoršení jejich duševního zdraví, je pocit samoty a izolovanosti. Ohroženi jsou především senioři, kteří žijí v domácím prostředí a nejsou napojeni na síť služeb. Pro podporu duševního zdraví seniorů žijících v domácím prostředí je důležité posilovat jejich aktivitu a tím předcházet pocitu osamělosti.

→ Vhodným nástrojem jsou například **komunitní programy, kluby seniorů a pravidelná setkávání**, která udržují kognitivní schopnosti a podporují mezilidské vztahy. Významnou roli hraje i zapojení dobrovolníků, kteří mohou seniorům poskytnout společnost a prakticky pomoci. Zlepšení situace by pomohlo také využívat princip tzv. **social prescribing**, tedy aktivního **doporučování vhodných komunitních aktivit nebo psychosociální podpory přímo z ordinace praktického lékaře**. Podpora síťování lékařů na další organizace je proto důležitá, protože právě lékaři mohou být styčným bodem pro předávání informací.

Podpora psychické odolnosti a sebevědomí seniorů

Senioři často zastávají roli pečujících osob. Kromě péče o sebe samé musí zvládnout péči o partnera či partnerku nebo vnoučata. Tato péče může být fyzicky i psychicky obtížná, zejména s ohledem na jejich vlastní zdravotní stav a životní situaci.

→ Pro odlehčení této zátěže může být užitečné zajistit dostupnost odlehčovací péče, která umožní krátkodobě zastoupit pečující osobu při péči o nesoběstačného člena rodiny vyžadujícího intenzivní podporu. Tato služba může významně přispět k prevenci vyčerpání pečujících seniorů a k podpoře jejich duševní pohody. Nápomocné mohou být také telefonické linky nebo osobní návštěvy, které formou poradenství nebo krizové intervence podporují seniory v jejich roli neformálních pečujících.


Kvalita života v institucích

Řada rozhovorů této Analýzy proběhla s klienty pobytových zařízení. Právě pro seniory, kteří žijí v pobytových zařízeních nebo denních stacionářích, je zásadní udržet co nejvyšší kvalitu života navzdory jejich zdravotnímu omezení. Důležité jsou **aktivizační programy uvnitř zařízení**, které stimulují jejich kognitivní a sociální schopnosti, kladení důrazu na humanizaci a deinstitucionalizaci pobytových zařízení.

→ Kraj v této oblasti může podporovat přímo řízené domovy pro seniory. Aktivity pomáhají předcházet pocitu izolace a pasivity. Samozřejmostí by měl být individuální přístup ke každému klientovi a respekt k jeho soukromí a potřebám, což zvyšuje pocit bezpečí a důstojnosti. Součástí kvalitní péče je i **pravidelná psychosociální podpora a krizová intervence**, aby bylo možné rychle reagovat na zhoršení psychického stavu. Velký význam má rovněž **propojení s komunitou**, například prostřednictvím návštěv rodiny, zapojení dobrovolníků nebo organizace společenských akcí, které podporují mezilidské vazby a snižují pocit osamělosti.

Role odborníků při péči

Zajištění dobrého duševního zdraví seniorů v zařízeních vyžaduje odpovídající odborné zázemí.

 Z tohoto důvodu je vhodné zajistit **pravidelnou přítomnost psychiatra či psychologa**, kteří mohou doporučovat vhodnou terapii a konzultovat s personálem optimální přístup k péči. Klíčovým předpokladem kvalitní péče je také průběžné **vzdělávání personálu**, zaměřené na rozpoznání příznaků duševních obtíží a krizového chování, na zvládání náročných situací i na komunikaci se seniory s demencí či jinými poruchami. Tím se zvyšuje schopnost zařízení reagovat na měnící se potřeby klientů a **předcházet hospitalizaci nebo konfliktům**.