



Spolufinancováno
Evropskou unií


Kraj Vysočina

Analýza potřeb a návrh konceptu péče o osoby s duševním onemocněním

2027–2030

Realizováno v rámci projektu
„Strategie péče o osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina“,
reg. č. CZ.03.02/00/22.006/0001219.

OBSAH

ÚVOD	1
ANALYTICKÁ ČÁST	4
Demografický vývoj a populační projekce Kraje Vysočina	5
Výchozí demografická situace kraje a okresů	5
Metodika populační projekce do roku 2035	7
Hlavní demografické trendy relevantní pro plánování péče o duševní zdraví	9
Dopad dostavby JE Dukovany (EDU) na demografický vývoj	11
Epidemiologický profil duševních a neurologických onemocnění	12
Datové zdroje a vymezení sledovaných skupin diagnóz	13
Současný stav podle hlavních diagnostických kapitol	14
Rozdíly podle věku, pohlaví a území	14
Projekce počtu pacientů při zachování věkové a pohlavně specifických měř	25
Limity demograficko-epidemiologické projekce a doplňkové trendové ukazatele	30
Shrnutí hlavních analytických zjištění pro plánování sítě služeb	33
Mapování a analýza sítě služeb v Kraji Vysočina	36
Sebeopěče a neformální podpora v komunitě	36
Komunitní služby	37
Svépomoc, peer podpora a podpora pečujících	38
Pobytové sociální služby	39
Kapacitní bilance komunitních a pobytových služeb	40
Ambulantní psychiatrická péče	47
Lůžková péče	49
Pediatrická primární péče jako součást včasného zachytu	51
Poradenské služby ve školství	53
Forenzní a ochranná péče	56
Hlavní zjištění z mapování sítě služeb	57
Dotazníkové šetření mezi osobami se zkušeností se systémem péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina	61
Účel a role dotazníkového šetření v rámci koncepce	61
Metodické vymezení a interpretační rámec	61
Hodnocení služeb a hlavní bariéry v dostupnosti	63

Cesta do péče: Pozdní záchyt a bariéry vstupu	64
Hospitalizace jako vyústění nedostatečné včasné podpory	65
Slabá místa v návaznosti péče	66
Potřeba podpory v běžném životě mimo zdravotní rámec	66
Role blízkých a jejich nepokryté potřeby	67
Hlavní závěry pro návrh krajské koncepce	67
Shrnutí dotazníkového šetření	67
Analýza uskutečněných rozhovorů a expertních fokusních skupin	68
Výstupy z rozhovorů s odborníky z terénu Kraje Vysočina	68
Výstupy z expertních fokusních skupin	92
Doporučení odborníků pro rozvoj systému	96
NÁVRHOVÁ ČÁST	99
Strategie a dlouhodobý výhled	102
Vize systému v Kraji Vysočina v oblasti péče o duševní zdraví	102
Hodnoty a principy systému	102
Strategické cíle Akčního plánu péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina na období 2027–2030 ...	104
STRATEGICKÝ CÍL 1: Řízení a koordinace	105
STRATEGICKÝ CÍL 2: Rovnost v přístupu k péči o duševní zdraví	110
STRATEGICKÝ CÍL 3: Kvalita a lidská práva	117
STRATEGICKÝ CÍL 4: Dostupnost služeb.....	122
Závěrečné shrnutí.....	132
Kontext a účel dokumentu.....	132
Klíčová zjištění	133
Hlavní závěry	137
Strategické směřování	137
Klíčová doporučení pro období 2027–2030	139
Vazba na Akční plán péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina na období 2027–2030	140
Dopady pro kraj.....	140
Seznam příloh	141

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

24/7	24 hodin denně po dobu 7 dní v týdnu
CDZ	centrum duševního zdraví
CS	cílová skupina
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DG	diagnóza vykázaná na hlavní či vedlejší pozici
DOZP	domov pro osoby se zdravotním postižením
DZR	domov se zvláštním režimem
EDU	Jaderná elektrárna Dukovany / nový jaderný zdroj v lokalitě Dukovany
ESF+	Evropský sociální fond plus
EU	Evropská unie
IČP	identifikační číslo pracoviště
IZS	integrovaný záchranný systém
JE Dukovany	Jaderná elektrárna Dukovany
KKS	Krajská koordinační skupina
MAS	místní akční skupina
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MTD	multidisciplinární tým
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAKOL	projekt zaměřený na ochranné léčení
NAPAN	Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NZDM	nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
ORP	obec s rozšířenou působností
osoby s PO	osoby s poruchou osobnosti
PL	praktičtí lékaři
PN	psychiatrická nemocnice
PO	příspěvková organizace
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
PS	pracovní skupina
SMI	osoby se závažným duševním onemocněním
SPC	speciálně pedagogické centrum
SŠ	střední škola
ÚP	Úřad práce ČR
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
ZDG	diagnóza vykázaná na hlavní pozici
ZŠ	základní škola

ÚVOD

Tento dokument vznikl v rámci projektu „Strategie péče o osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina“ (CZ.03.02.02/00/22_006/0001219), realizovaného Krajem Vysočina. Představuje komplexní podklad pro další rozvoj systému péče o duševní zdraví v regionu a slouží jako nástroj pro jeho systematické plánování.

Problematika duševního zdraví se v posledních desetiletích stává stále významnějším tématem veřejného zdraví v Evropě i v České republice. Světová zdravotnická organizace dlouhodobě zdůrazňuje, že duševní zdraví je nedílnou součástí veřejného zdraví a že systémy péče musí posilovat prevenci, včasnou intervenci, dostupnost služeb a ochranu práv osob s duševním onemocněním.¹

Data z České republiky ukazují obdobný význam tématu. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR dlouhodobě sleduje vývoj psychiatrické péče, její dostupnost, strukturu služeb a základní charakteristiky ambulantní i lůžkové péče o osoby s duševním onemocněním.²

Na tento vývoj reaguje dlouhodobá proměna systému péče o duševní zdraví v České republice, zahájená reformou psychiatrické péče a navazujícími strategickými dokumenty státu. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 je implementačním dokumentem navazujícím mimo jiné na Strategii reformy psychiatrické péče a stanovuje konkrétní postupy pro naplňování jejích cílů.³

Tyto strategické dokumenty zdůrazňují zejména rozvoj komunitních služeb, podporu péče v přirozeném prostředí lidí, multidisciplinární spolupráci, prevenci, včasnou intervenci a respekt k lidským právům osob s duševním onemocněním. Na stejné principy navazuje také krajská úroveň plánování péče o duševní zdraví. V roce 2021 byl Ministerstvem zdravotnictví schválen Krajský plán péče o duševní zdraví pro Kraj Vysočina, který rozpracovává základní směřování reformy psychiatrické péče v podmínkách kraje a zdůrazňuje potřebu rozvoje dostupné, provázané a komunitně orientované sítě služeb.

Tento dokument navazuje na dosavadní strategické materiály kraje a současně reaguje na aktuální potřeby systému identifikované v rámci projektu „Analýza potřeb a návrh koncepce sítě péče o osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina“.

Věcné zaměření dokumentu

Dokument se zaměřuje primárně na systém péče o osoby s duševním onemocněním ve smyslu reformy psychiatrické péče a Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030. Jeho hlavní pozornost je věnována zejména osobám se závažným duševním onemocněním, dětem a mladistvým, osobám v produktivním věku, osobám v krizové psychosociální situaci a lidem, u nichž může včasná, komunitní a mezioborově koordinovaná podpora předcházet zhoršování zdravotního stavu, hospitalizacím nebo sociálnímu propadu.⁴

Analytická část současně zachycuje také dopady demografického stárnutí populace, včetně očekávaného růstu potřeb u osob s neurodegenerativními a kognitivními poruchami. Tato problematika je však systémově řešena také jinými strategickými rámci, zejména Národním akčním plánem pro

¹ World Health Organization. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Geneva: WHO, 2021.

² Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Národní portál psychiatrické péče: Psychiatrie v datech*. Praha: ÚZIS ČR.

³ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*. Praha: MZ ČR, 2020.

⁴ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*. Praha: MZ ČR, 2020.

Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030 (dále jen NAPAN).⁵ Z tohoto důvodu nejsou demence a další onemocnění úzce související se stárnutím hlavním předmětem návrhové části této koncepce. Dokument je zohledňuje jako významný kontext pro plánování služeb, nikoli jako hlavní osu navrhovaných opatření.

Návrhová část proto nevychází pouze z demograficko-epidemiologické projekce, ale také z kvalitativního mapování služeb, uživatelského šetření, rozhovorů s odborníky a dostupných trendových dat o duševním zdraví dětí, mladých lidí a osob v produktivním věku. Tyto zdroje ukazují, že vedle stárnutí populace je nutné reagovat také na zhoršující se duševní zdraví mladších věkových skupin, rostoucí potřebu včasné intervence a nedostatečnou dostupnost komunitních, krizových a multidisciplinárních forem podpory.⁶

Koncepce systému péče o duševní zdraví musí vycházet z dlouhodobého směřování systému péče v České republice i ze základních mezinárodních rámců. Opírá se o principy deinstitucionalizace, rozvoje komunitní péče, multidisciplinární spolupráce, prevence, včasné intervence a ochrany práv osob s duševním onemocněním. Základními referenčními dokumenty jsou zejména Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 Světové zdravotnické organizace, Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, předchozí strategické dokumenty Kraje Vysočina a další relevantní strategické materiály České republiky.

Zásadním podkladem pro formulaci konkrétních doporučení byly informace získané z analýz realizovaných v rámci projektu, a to včetně dat z dotazníkových šetření, polostrukturovaných rozhovorů a fokusních skupin s hlavními aktéry systému. Do přípravy dokumentu tak byly zahrnuty poznatky uživatelů služeb, poskytovatelů, zástupců obcí, zástupců kraje i dalších aktérů zapojených do péče a podpory osob s duševním onemocněním.

Dokument je rozdělen na dvě hlavní části: analytickou a návrhovou.

Analytická část poskytuje přehled o současném stavu systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina. Jejím základem je demografická analýza, která slouží jako výchozí rámec pro odhad budoucích potřeb v oblasti podpory a služeb. Analýza vychází z aktuálního i historického vývoje populace a populační projekce do roku 2035, přičemž se zaměřuje zejména na změny ve věkové struktuře obyvatel, které mají zásadní vliv na potřeby zdravotních a sociálních služeb.

Na demografickou část navazují další analytické vstupy, které identifikují klíčové problémy systému, nedostatky v dostupnosti a kapacitách služeb, bariéry v jejich využívání i slabá místa v koordinaci péče. Analytická část tak vytváří datově podložený základ pro formulaci návrhové části dokumentu.

Návrhová část obsahuje strategii rozvoje systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina a akční, respektive implementační plán pro období 2027–2030. Vychází z identifikovaných potřeb a navrhuje konkrétní opatření směřující k vytvoření koordinované, dostupné a kvalitní sítě služeb. Návrhová část vychází z vize podoby systému v budoucnu, která byla formulována spolu s hlavními aktéry tvorby systému péče v kraji a na které je mezi těmito aktéry shoda. Vize také rezonuje s vizemi a cíli definovanými v předchozích strategiích a plánech i s celostátní strategií v oblasti péče o duševní zdraví.

Návrh je strukturován do čtyř strategických cílů, které reagují na klíčové oblasti rozvoje systému a potřeby hlavních cílových skupin. Součástí návrhu jsou také průřezová témata, zejména prevence a včasná intervence, zvyšování kvality a dostupnosti péče, podpora duševního zdraví ve vzdělávacím systému a rozvoj podpory neformálních pečujících.

⁵ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030*. Praha: MZ ČR, 2021.

⁶ Vlastní analýzy realizované v rámci projektu; Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*. Praha: MZ ČR, 2020; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Národní portál psychiatrické péče: Psychiatrie v datech*. Praha: ÚZIS ČR.

Návrhová část vychází z analytických zjištění tohoto dokumentu a současně navazuje na národní strategické dokumenty v oblasti reformy péče o duševní zdraví. Dokument byl připravován ve spolupráci s odbornou veřejností, poskytovateli služeb, zástupci veřejné správy i lidmi se zkušeností s duševním onemocněním.

Výsledkem projektu je strategický dokument, který Kraji Vysočina poskytuje odbornou oporu pro dlouhodobé plánování a rozvoj systému péče o duševní zdraví. Dokument vymezuje hlavní potřeby obyvatel kraje, identifikuje slabá místa stávající sítě služeb a navrhuje opatření směřující k dostupnějšímu, koordinovanějšímu a funkčnějšímu systému podpory. Jeho širším cílem je přispět ke zlepšení kvality života osob s duševními obtížemi i jejich blízkých a posílit schopnost kraje reagovat na současné i budoucí výzvy v oblasti duševního zdraví.

Strategický dokument vzniká v době, kdy je téma duševního zdraví výrazně akcentováno také na národní úrovni, mimo jiné v souvislosti s Národním akčním plánem pro duševní zdraví 2020–2030 a jeho aktualizací. Tato skutečnost vytváří příznivý kontext pro krajské plánování, protože téma duševního zdraví získává vyšší politickou i odbornou pozornost a lze očekávat také větší důraz na podporu konkrétních opatření z národní úrovně. Kraj Vysočina tak může připravovanou strategii využít nejen jako analytický a koncepční nástroj, ale také jako podklad pro koordinaci opatření, prosazování krajských priorit a využití dostupných finančních zdrojů.⁷

Struktura koncepce

Koncepce je členěna do následujících částí:

1. **Analytická část**
2. **Vize a hodnotový rámec**
3. **Strategie a dlouhodobý výhled**
4. **Závěrečné shrnutí**
5. **Akční plán pro období 2027–2030** přílohou

⁷ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*. Praha: MZ ČR, 2020; stránka dokumentu MZ ČR aktualizována 24. 4. 2026.

ANALYTICKÁ ČÁST

1 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ A POPULAČNÍ PROJEKCE KRAJE VYSOČINA

Demografická část analýzy slouží jako výchozí rámec pro odhad budoucích potřeb v oblasti péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina. Potřeba jednotlivých forem podpory a služeb je úzce spojena s velikostí a strukturou populace, zejména s jejím věkovým složením, pohlavní strukturou a územním rozložením mezi jednotlivými okresy.

Analýza proto vychází jednak z aktuální a historické demografické struktury obyvatel Kraje Vysočina a jeho okresů, jednak z populační projekce do roku 2035. Cílem není pouze popsat očekávaný vývoj počtu obyvatel, ale především identifikovat ty změny, které mohou být relevantní pro plánování sítě péče o osoby s duševním onemocněním nebo osoby ohrožené vznikem duševního onemocnění.

Zvláštní pozornost je věnována změnám ve velikosti věkových skupin, protože právě věk patří mezi klíčové faktory spojené s rozdílnou potřebou zdravotní i sociální podpory. Demografická projekce je v této analýze využita jako podklad pro navazující epidemiologické odhady, které ukazují možný budoucí vývoj počtu osob v kontaktu se systémem péče.

VÝCHOZÍ DEMOGRAFICKÁ SITUACE KRAJE A OKRESŮ

Výchozí demografická situace byla popsána na základě údajů ČSÚ o počtu obyvatel podle jednotek věku, pohlaví a okresu.⁸ Analýza sledovala jednak celkový počet obyvatel Kraje Vysočina, jednak jeho vnitřní územní strukturu na úrovni okresů Havlíčkův Brod, Jihlava, Pelhřimov, Třebíč a Žďár nad Sázavou.

Pro potřeby plánování péče o duševní zdraví je důležité nejen to, zda populace kraje jako celku roste či klesá, ale také to, jak se mění její věkové složení. Z hlediska potřeby služeb je podstatné zejména zastoupení dětské a dorostové populace, produktivního věku a starších věkových skupin, u nichž lze očekávat odlišné potřeby podpory i rozdílnou strukturu duševních a neurologických obtíží.

Rozdíly mezi okresy jsou významné také z hlediska budoucí dostupnosti služeb. I v případě obdobného celkového populačního vývoje se mohou jednotlivé okresy lišit tempem populačního stárnutí, vývojem mladších věkových skupin i podílem žen a mužů ve vyšším věku. Tyto rozdíly mohou mít přímý dopad na budoucí prostorové rozložení potřeb péče.

Z hlediska celkového počtu obyvatel lze na základě populační projekce do roku 2035 očekávat mírný pokles populace v Kraji Vysočina. Zatímco v roce 2025 činí celkový počet obyvatel přibližně 517 tisíc, do roku 2035 by měl klesnout na přibližně 498 tisíc obyvatel, což představuje pokles o zhruba 20 tisíc osob (–3,9 %).

⁸ Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/obyvatelstvo-podle-jednotek-veku-a-pohlavi-ve-spravnich-obvodech-obci-s-rozsirenou-pusobnosti>

Tabulka č. 1: Kraj Vysočina – projekce počtu obyvatel dle jednotlivých okresů, změna mezi lety 2025, 2030 a 2035

Území	2025	2030	2035	Změna 2025–2035 (abs.)	Změna 2025–2035 (%)
Havlíčkův Brod	95 877	93 691	92 654	-3 223	-3,4 %
Jihlava	118 465	117 026	117 174	-1 291	-1,1 %
Pelhřimov	74 218	72 368	71 381	-2 837	-3,8 %
Třebíč	110 209	106 006	103 290	-6 919	-6,3 %
Žďár nad Sázavou	118 878	115 181	113 076	-5 802	-4,9 %
Kraj Vysočina	517 647	504 272	497 575	-20 072	-3,9 %

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ a populační projekce zpracované pro účely této analýzy.

Pozn.: Metodika projekce je popsána v kapitole 1.2.

Tento vývoj však není v rámci kraje rovnoměrný. Nejvýraznější relativní pokles je patrný v okrese Třebíč (–6,3 %), následovaný okresem Žďár nad Sázavou (–4,9 %). Naopak nejmenší změna je předpokládána v okrese Jihlava (–1,1 %), který vykazuje relativně stabilní populační vývoj. Vývoj v okrese Třebíč je však také podmíněn průběhem výstavby nového jaderného zdroje v lokalitě Dukovany (více v podkapitole 1.4.).

Z pohledu plánování péče o duševní zdraví je důležité, že i relativně mírný celkový pokles populace může být doprovázen výraznějšími změnami ve věkové struktuře obyvatelstva. Tyto strukturální změny mohou mít větší dopad na potřebu služeb než samotná změna celkového počtu obyvatel, a proto jsou dále analyzovány v následujících částech.

METODIKA POPULAČNÍ PROJEKCE DO ROKU 2035

Populační projekce použita v této analýze vychází z dostupné celkové projekce počtu obyvatel ČSÚ, která byla dále rozpracována do podrobnější struktury podle věku, pohlaví a územního členění na úroveň okresů Kraje Vysočina.

Základním východiskem byla agregovaná projekce počtu obyvatel ČSÚ⁹, která udává očekávaný vývoj populace v jednotlivých letech na úrovni celku (kraje). Tato projekce v sobě již implicitně zahrnuje základní demografické procesy, tj. porodnost, úmrtnost i migraci (včetně pracovní migrace, s výjimkou projektu EDU¹⁰), a představuje tak konzistentní scénář budoucího populačního vývoje. V rámci této analýzy nebyla migrace modelována jako samostatný vstup, ale je zohledněna prostřednictvím této výchozí projekce.

Agregovaná projekce byla následně dezagregována do podrobnější struktury tak, aby bylo možné analyzovat vývoj populace v členění relevantním pro plánování zdravotních a sociálních služeb, zejména podle věku, pohlaví a okresu. Cílem bylo vytvořit datovou základnu, která umožní přímé propojení demografického vývoje s epidemiologickými ukazateli.

Pro věkové skupiny vyšší než 0 let byla použita kohortní logika projekce, kdy počet osob v daném věku a roce vychází z počtu osob o jeden rok mladších v předchozím roce. Tento vztah lze schematicky vyjádřit:

$$Pop_{t,a} = Pop_{t-1,a-1} \times CCR_{t,a}$$

kde:

- $Pop_{t,a}$ je počet osob ve věku a v roce t ,
- $CCR_{t,a}$ je koeficient kohortního přechodu (zohledňující přežití a migrační saldo).

Tímto způsobem je zachována kontinuita věkových kohort v čase a současně jsou zohledněny změny vyplývající z demografických procesů.

Specifickým případem je věk 0 let, kde nelze použít kohortní posun. Počet osob v této věkové kategorii byl odvozen z celkové projekce a následně rozdělen mezi okresy podle historicky pozorovaných podílů.

Tento postup lze zjednodušeně vyjádřit:

$$Pop_{t,0,okr} = Pop_{t,0,kraj} \times w_{okr}$$

kde:

w_{okr} je váha okresu odvozená z historické struktury.

⁹ Očekávaný demografický vývoj obyvatelstva v krajích navazující na střední variantu nejnovější projekce ČR do roku 2100. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/produkty/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2080>

¹⁰ V samotné populační projekci není tento faktor zohledněn, a to především z důvodu vysoké nejistoty ohledně rozsahu, struktury a časového rozložení migračních toků. Z hlediska zaměření této koncepce na dlouhodobé demografické trendy a stabilní populační skupiny se navíc nejedná o faktor s klíčovým vlivem na výsledné projekční charakteristiky, Třebíčsko ovšem vystupuje jako okres se zvýšenou potřebou pozornosti i z ostatních důvodů jako vysoká míra stárnutí populace, které jsou zmiňovány v následujících kapitolách.

Aby byla zajištěna konzistence mezi okresními a krajskými hodnotami, byla projekce dále kalibrována. To znamená, že součet projekcí za jednotlivé okresy byl upraven tak, aby odpovídal celkové projekci za kraj:

$$Pop_{t,a,okr}^{final} = Pop_{t,a,okr}^{raw} \times okrPop_{t,a,okr}^{raw} \frac{Pop_{t,a,kraj}}{\sum_{okr} Pop_{t,a,okr}^{raw}}$$

Tento krok zajišťuje, že výsledná projekce respektuje oficiální populační scénář a zároveň zachovává relativní rozdíly mezi okresy.

Rozdělení populace do věkových a pohlavních skupin vychází z výchozí demografické struktury a jejích trendů v historických datech. Při konstrukci projekce bylo zachováno členění podle jednotek věku, které umožnilo dále agregovat počty obyvatel podle jakéhokoliv členění využívaného v analytické části (např. 0–14 let, 15–64 let, 65 a více let), což umožňuje přímé propojení s epidemiologickými ukazateli a následnou projekcí počtu pacientů.

Výsledkem je populační projekce do roku 2035 v jednotné struktuře podle roku, okresu, věku a pohlaví, která slouží jako základní vstup pro navazující odhady vývoje počtu osob v kontaktu se systémem péče o duševní zdraví.

Zvolený časový horizont do roku 2035 odpovídá požadavkům na střednědobé plánování rozvoje služeb a současně zajišťuje přiměřenou míru spolehlivosti projekčních odhadů. Delší projekční horizonty by byly zatíženy vyšší mírou nejistoty, zejména v důsledku obtížně predikovatelných změn v demografickém chování a migračních trendech.

Populační projekce byla tedy zpracována na úrovni jednotlivých kombinací roku, okresu, věku a pohlaví a obsahuje hodnoty počtu obyvatel, které byly následně využity v navazujících výpočtech projekce počtu pacientů. Tyto výpočty vycházejí z aplikace věkově a pohlavně specifických měr na projektovanou populaci, což umožňuje odhadnout budoucí zatížení systému péče v jednotlivých segmentech populace.

HLAVNÍ DEMOGRAFICKÉ TRENDY RELEVANTNÍ PRO PLÁNOVÁNÍ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Pro základní orientaci v očekávaném demografickém vývoji Kraje Vysočina do roku 2035 shrnuje následující tabulka hlavní ukazatele celkové populační změny a proměny věkové struktury obyvatelstva.

Tabulka č.2: Kraj Vysočina – hlavní ukazatele demografického vývoje a věkového složení populace, 2025, 2030 a 2035

Ukazatel	2025	2030	2035	Změna 2025–2035
Počet obyvatel celkem	517 647	504 272	497 575	-20 072
Podíl obyvatel ve věku 0–14 let	15,4 %	14,2 %	12,8 %	-2,6 p. b.
Podíl obyvatel ve věku 15–64 let	62,9 %	61,9 %	61,7 %	-1,2 p. b.
Podíl obyvatel ve věku 65 a více let	21,7 %	23,9 %	25,4 %	+3,7 p. b.
Index stáří	141	168	198	57
Průměrný věk	43,6	45,2	46,4	+2,8 roku

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Demografický vývoj Kraje Vysočina do roku 2035 ukazuje na postupný, avšak strukturálně významný pokles celkového počtu obyvatel, který je doprovázen výraznou proměnou věkového složení populace.

Celkový počet obyvatel kraje se podle projekce sníží přibližně o 3,9 %, přičemž pokles není územně homogenní. Nejvýraznější relativní úbytek se dle projekce očekává v okrese Třebíč (zde však do počtu obyvatel bude lokálně zasahovat neurčitý faktor migrace – podkapitola 1.4.), zatímco nejnižší pokles vykazuje okres Jihlava, který si zároveň dlouhodobě udržuje stabilnější populační dynamiku.

Z hlediska věkové struktury dochází k jednoznačnému procesu demografického stárnutí. Podíl dětské složky (0–14 let) klesá, zatímco podíl seniorní populace (65+) výrazně roste. Tento trend se promítá také do nárůstu indexu stáří ze 141 na 198 a zvýšení průměrného věku obyvatel.

Pro plánování péče o duševní zdraví má tento vývoj zásadní implikace. Lze očekávat:

- rostoucí potřebu služeb pro seniorskou populaci, zejména v oblasti neurodegenerativních a kognitivních poruch,
- tlak na transformaci kapacit směrem k chronickým a dlouhodobým formám péče,
- pokles absolutního počtu dětí a dospívajících, který však nelze automaticky vykládat jako pokles potřeby péče, zejména s ohledem na rostoucí psychickou zátěž v této věkové skupině.

Zároveň je nutné zohlednit územní diferenciaci vývoje, která může vést k nerovnoměrnému zatížení služeb v jednotlivých okresech.

Tabulka č.3: Kraj Vysočina – Vývoj počtu obyvatel a podílu osob ve věku 65+ a 80+ podle okresu (2025–2035)

Území	Počet obyvatel			Podíl 65+			Podíl 80+		
	2025	2030	2035	2025	2030	2035	2025	2030	2035
Havlíčkův Brod	95 877	93 691	92 654	22,3 %	24,4 %	25,5 %	5,1 %	6,8 %	8,2 %
Jihlava	118 465	117 026	117 174	20,5 %	22,3 %	23,5 %	4,7 %	6,4 %	7,7 %
Pelhřimov	74 218	72 368	71 381	22,6 %	24,6 %	26,2 %	5,4 %	7,3 %	8,5 %
Třebíč*	110 209	106 006	103 290	22,3 %	25,0 %	27,0 %	5,1 %	6,9 %	8,7 %
Žďár nad Sázavou	118 878	115 181	113 076	21,2 %	23,6 %	25,4 %	5,1 %	6,8 %	8,0 %
Kraj Vysočina	517 647	504 272	497 575	21,7 %	23,9 %	25,4 %	5,1 %	6,8 %	8,2 %

*Pozn.: Hodnoty pro okres Třebíč v roce 2035 mohou být částečně ovlivněny plánovanou výstavbou EDU, která povede ke zvýšenému přílivu obyvatel zejména ve věku 15–64 let, a tím mohou dočasně ovlivnit věkovou strukturu populace (viz následující podkapitola 1.4).

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Tabulka č.3 zachycuje vývoj počtu obyvatel a podílu osob ve věku 65 let a více a 80 let a více v jednotlivých okresech Kraje Vysočina v období 2025–2035. Výsledky vycházejí z demografické projekce a ukazují postupné stárnutí populace ve všech sledovaných územích.

Ve všech okresech dochází k nárůstu podílu seniorů, přičemž nejvýraznější růst je patrný u věkové skupiny 80+, jejíž zastoupení se do roku 2035 zvyšuje přibližně o 3 procentní body. Tento trend představuje významný faktor pro budoucí zatížení zdravotních a sociálních služeb.

Současně je patrný mírný pokles celkového počtu obyvatel ve většině okresů, což v kombinaci se stárnutím populace dále zvyšuje relativní význam starších věkových skupin. Tyto demografické změny mají přímý dopad na očekávaný vývoj potřeb péče, zejména v oblasti chronických a neurodegenerativních onemocnění.

Výše uvedené demografické změny představují základní vstup pro navazující odhad počtu osob v kontaktu se systémem péče o duševní zdraví, který je dále rozpracován v kapitole 2.3. na základě věkově a pohlavně specifických měr prevalence vybraných skupin onemocnění.

DOPAD DOSTAVBY JE DUKOVANY (EDU) NA DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ

Při interpretaci výsledků demografické projekce Kraje Vysočina je vhodné zohlednit také očekávané dopady dostavby Jaderné elektrárny Dukovany, které mohou v následujících letech ovlivnit populační vývoj v dotčeném území.¹¹

Podle dostupné socioekonomické studie může v průběhu hlavní fáze výstavby (přibližně v letech 2028–2035) působit na území až přibližně 9 700 osob včetně rodinných příslušníků. Tento údaj však nepředstavuje čistý přírůstek trvale usídlené populace, ale celkový počet osob přítomných na území, který zahrnuje i významný podíl osob s dočasným pobytem vázaným na realizaci projektu.

Z hlediska dlouhodobého demografického vývoje je podstatné, že příchod těchto osob nepředstavuje zásadní změnu trendu, ale především částečně kompenzuje očekávaný úbytek obyvatel a proces stárnutí populace. Demografická projekce kraje tak zůstává v základních rysech platná i při zohlednění tohoto vlivu, přičemž dostavba EDU působí spíše jako faktor zmírňující negativní vývoj než jako zdroj výrazného populačního růstu.

Dopady projektu jsou zároveň výrazně prostorově koncentrované. Nejvyšší přírůstky osob, ať již v trvalém nebo dočasném pobytu, jsou očekávány zejména v oblastech Třebíče, Moravského Krumlova, Ivančic a Náměště nad Oslavou. V rámci Kraje Vysočina se tak jedná především o lokální efekt, který se nejvýrazněji promítne do okresu Třebíč, zatímco na úrovni celého kraje zůstává jeho význam omezený.

Z hlediska věkové struktury lze očekávat především nárůst osob v produktivním věku (15–64 let) a v menší míře i dětí (0–14 let), zatímco dopad na seniorskou složku populace (65+) bude minimální. Tento vývoj může lokálně přispět ke zmírnění procesu demografického stárnutí, avšak na úrovni kraje jako celku tento trend zásadně nemění.

Z metodického hlediska je současně nutné upozornit, že výše uvedený odhad nelze přímo promítnout do populační projekce ve formě konkrétního navýšení počtu obyvatel. Důvodem je zejména kombinace dočasného a trvalého charakteru pobytu, nejistota ohledně skutečného rozsahu migrace a její časové distribuce, stejně jako skutečnost, že část příchozích osob pouze nahrazuje jinak očekávaný úbytek populace. Kvantifikace čistého dopadu na velikost trvale usídlené populace by tak byla zatížena významnou mírou nejistoty a mohla by vést ke zkreslení výsledků. Z tohoto důvodu není tento efekt explicitně zpracován do vlastní projekce a je interpretován samostatně.

Z pohledu navazujících epidemiologických odhadů lze očekávat, že případný nárůst osob v produktivním věku se může lokálně projevit zvýšením absolutních počtů osob s diagnózami kapitoly F (poruchy duševní a poruchy chování), zejména v oblastech s nejvyšší koncentrací výstavby. Rozsah tohoto efektu nelze při současné úrovni dostupných dat spolehlivě kvantifikovat. Vývoj u diagnóz kapitoly G (nemoci nervové soustavy) bude nadále primárně ovlivněn procesem stárnutí populace.

Celkově lze shrnout, že dostavba JE Dukovany představuje významný lokální faktor populační změny, který může krátkodobě ovlivnit velikost a strukturu populace v dotčeném území, avšak na úrovni celého Kraje Vysočina nepředstavuje zásadní odchylku od dlouhodobého demografického vývoje zachyceného v projekci.

¹¹ Dostupné z: <https://www.kr-vysocina.cz/socioekonomicka-studie-dukovany-2024/d-4129411>

2 EPIDEMIOLOGICKÝ PROFIL DUŠEVNÍCH A NEUROLOGICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Epidemiologický profil duševních a neurologických onemocnění představuje klíčový podklad pro plánování služeb v oblasti péče o duševní zdraví. Duševní poruchy (kapitola F dle MKN-10) a onemocnění nervové soustavy (kapitola G) patří dlouhodobě mezi významné příčiny morbidit v populaci a mají zásadní dopad na kvalitu života obyvatel, jejich pracovní uplatnění i potřebu zdravotních a sociálních služeb.¹²

Na úrovni České republiky je dlouhodobě patrný rostoucí význam těchto onemocnění, a to zejména v souvislosti se stárnutím populace, změnami životního stylu a zvyšující se zátěží psychosociálních faktorů. Zvláštní význam mají zejména závažná duševní onemocnění (např. psychotické poruchy, afektivní poruchy), neurotické a stresové poruchy, poruchy chování u dětí a dospívajících a dále neurodegenerativní onemocnění ve vyšším věku.

Z hlediska věcného zaměření této koncepce je však nutné odlišovat dvě roviny analýzy. Kapitola F00–F99 představuje hlavní analytický rámec pro plánování sítě péče o duševní zdraví ve smyslu reformy psychiatrické péče a Národního akčního plánu pro duševní zdraví. Kapitola G00–G99 je do analýzy zahrnuta jako navazující kontext, protože část neurologických a neurodegenerativních onemocnění má významný dopad na potřebu zdravotní, sociální a komunitní podpory, zejména ve vyšším věku. Výrazný nárůst potřeb u diagnóz kapitoly G je však z velké části spojen právě se stárnutím populace a s diagnózami typu Alzheimerovy nemoci a dalších neurodegenerativních onemocnění. Tato oblast je v národním strategickém rámci podrobněji řešena zejména v NAPAN. V této koncepci je proto zachycena jako důležitý analytický a plánovací kontext, nikoli jako hlavní osa návrhové části.

Specifikem těchto onemocnění je jejich nerovnoměrné rozložení v populaci – výrazně se liší podle věku, pohlaví i socioekonomických charakteristik a současně vykazují významné regionální rozdíly. Zatímco u mladších věkových skupin převažují zejména neurotické a vývojové poruchy, ve vyšším věku roste význam demencí a dalších neurologických onemocnění. Tyto rozdíly mají přímý dopad na strukturu potřeb péče a typy služeb, které je nutné v jednotlivých územích zajistit.

Pro potřeby plánování sítě služeb je klíčové nejen sledovat aktuální epidemiologickou situaci, ale také identifikovat její vývoj v čase a odhadovat budoucí potřeby. Kombinace demografických trendů (zejména stárnutí populace) a vývoje počtu pacientů podle diagnostických skupin umožňuje lépe odhadnout budoucí zatížení systému péče a připravit odpovídající kapacity zdravotních, sociálních i komunitních služeb.

Takto konstruovaný odhad je však nutné chápat jako demograficky podmíněný scénář, nikoli jako úplnou predikci budoucí potřeby péče. Zejména u dětí, mladistvých, mladých dospělých a osob v produktivním věku může být budoucí potřeba služeb ovlivněna také změnou výskytu psychických obtíží, dostupností včasné pomoci, školní a sociální zátěží, krizovými situacemi a mírou zachycení osob v systému péče.

Následující kapitola proto přináší analýzu vývoje počtu pacientů s diagnózami kapitol F a G v Kraji Vysočina v členění podle věku, pohlaví a okresu, včetně konzervativní projekce jejich budoucího vývoje do roku 2035.

¹² Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. **Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize (MKN-10)**. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

DATOVÉ ZDROJE A VYMEZENÍ SLEDOVANÝCH SKUPIN DIAGNÓZ

Epidemiologická část analýzy vychází z otevřených dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), konkrétně z datové sady „Přehled vykázaných diagnóz dle kapitol MKN-10“.¹³ Tato datová sada poskytuje agregované údaje o počtu unikátních pacientů s vykázanou diagnózou hrazenou z veřejného zdravotního pojištění v členění podle roku, okresu bydliště, pohlaví, věkové skupiny a diagnostické kapitoly MKN-10. Datová sada současně rozlišuje, zda byla diagnóza vykázána na hlavní pozici (ZDG), nebo na hlavní či vedlejší pozici (DG). Sekundárně byla využita také data z datové sady „Přehled vykázaných tříznakových diagnóz dle MKN-10“. Jak ovšem uvádí metodický popis této datové sady, „Z důvodu ochrany osobních údajů jsou ze souboru vyřazeny záznamy o pohlavních a některých dalších infekčních chorobách (A50–A64, B15–B19, B20–B24), psychiatrických diagnózách (F10–F99) a vzácných chorobách...“ (ÚZIS ČR, 2026).

Data z této datové sady jsou proto dostupná pouze v omezeném rozsahu a u méně četných diagnóz mohou být částečně neúplná nebo agregovaná, což snižuje jejich vypovídací hodnotu zejména u vzácnějších případů. Toto se však týká pouze podkapitoly 2.2.3., kde je tato datová sada využita k zobrazení absolutního zastoupení počtu tříznakových diagnóz podle věkových skupin. V jiných oblastech analýzy jsou data z prvního uvedeného zdroje a tedy kompletní.

Pro účely této analýzy byly jako hlavní sledované skupiny zvoleny kapitoly F00–F99 (poruchy duševní a poruchy chování) a G00–G99 (nemoci nervové soustavy), které odpovídají potřebám mapování a představují základní rámec pro hodnocení vývoje potřeb péče v oblasti duševního zdraví a navazujících neurologických obtíží. Analýza je zpracována v členění podle věku, pohlaví a okresu, aby bylo možné postihnout nejen celkový objem pacientů, ale i vnitřní rozdíly mezi demografickými a územními skupinami.

Jako hlavní analytická varianta byla zvolena data o diagnóze vykázané na hlavní pozici (ZDG). Tato volba poskytuje konzervativnější a interpretačně čistší pohled na pacienty, u nichž byla daná diagnostická kapitola dominantním důvodem vykázané péče. Varianta DG, zahrnující hlavní i vedlejší diagnózy, byla využívána pouze orientačně pro kontrolu citlivosti výsledků, nikoliv v závěrečných výstupech zde.

Pro interpretaci výsledků je důležité zdůraznit, že data nezachycují „skutečnou prevalenci“ onemocnění v populaci v epidemiologickém smyslu, ale počet pacientů, jimž byla na danou skupinu diagnóz vykázána zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Vykázání diagnózy tedy nemusí vždy znamenat potvrzené onemocnění; může jít také o podezření, předběžnou diagnózu nebo preventivní vyšetření. Data současně nezahrnují péči mimo systém veřejného zdravotního pojištění.

Pro srovnání mezi věkovými, pohlavními a územními skupinami jsou v analytické části vedle absolutních počtů pacientů používány také relativní ukazatele vyjádřené jako počet pacientů na 1 000 obyvatel dané skupiny. Tato forma standardizace byla zvolena z důvodu vyšší čitelnosti a lepší interpretační použitelnosti v rámci krajské koncepce. Pro navazující projekce budoucích potřeb péče jsou naopak klíčové absolutní počty pacientů, které lépe odpovídají reálnému zatížení služeb a potřebě plánování kapacit.

¹³ Dostupné z: <https://www.nzip.cz/data/1750-diagnozy-kapitoly-mkn-10-otevrena-data>

SOUČASNÝ STAV PODLE HLAVNÍCH DIAGNOSTICKÝCH KAPITOL

Tabulka č. 4 zachycuje počet pacientů s vykázanou diagnózou v kapitolách F00–F99 (poruchy duševní a poruchy chování) a G00–G99 (nemoci nervové soustavy) v Kraji Vysočina v roce 2024 v členění podle okresu. Vedle absolutních počtů jsou uvedeny také přepočtené hodnoty na 1 000 obyvatel, které umožňují srovnání mezi jednotlivými územími.

Z hlediska absolutních počtů pacientů vykazují vyšší hodnoty populačně větší okresy (zejména Žďár nad Sázavou, Jihlava a Třebíč), zatímco nižší hodnoty jsou evidovány v menších okresech, jako je Pelhřimov. Tento rozdíl odpovídá především velikosti populace jednotlivých okresů.

Při přepočtu na 1 000 obyvatel jsou mezi okresy patrné rozdíly v intenzitě výskytu pacientů, které nejsou přímo závislé na velikosti populace. Tyto rozdíly budou dále analyzovány v kontextu věkové struktury obyvatelstva a dalších demografických charakteristik v navazujících částech dokumentu.

Celkově lze konstatovat, že kapitoly F a G představují významnou část zdravotní zátěže populace kraje, přičemž souhrnný počet pacientů dosahuje přibližně 188 pacientů na 1 000 obyvatel.

Tabulka č. 4: Kraj Vysočina – Počet pacientů s diagnózami kapitol F00–F99 a G00–G99 podle okresu a přepočet na 1 000 obyvatel (2024)

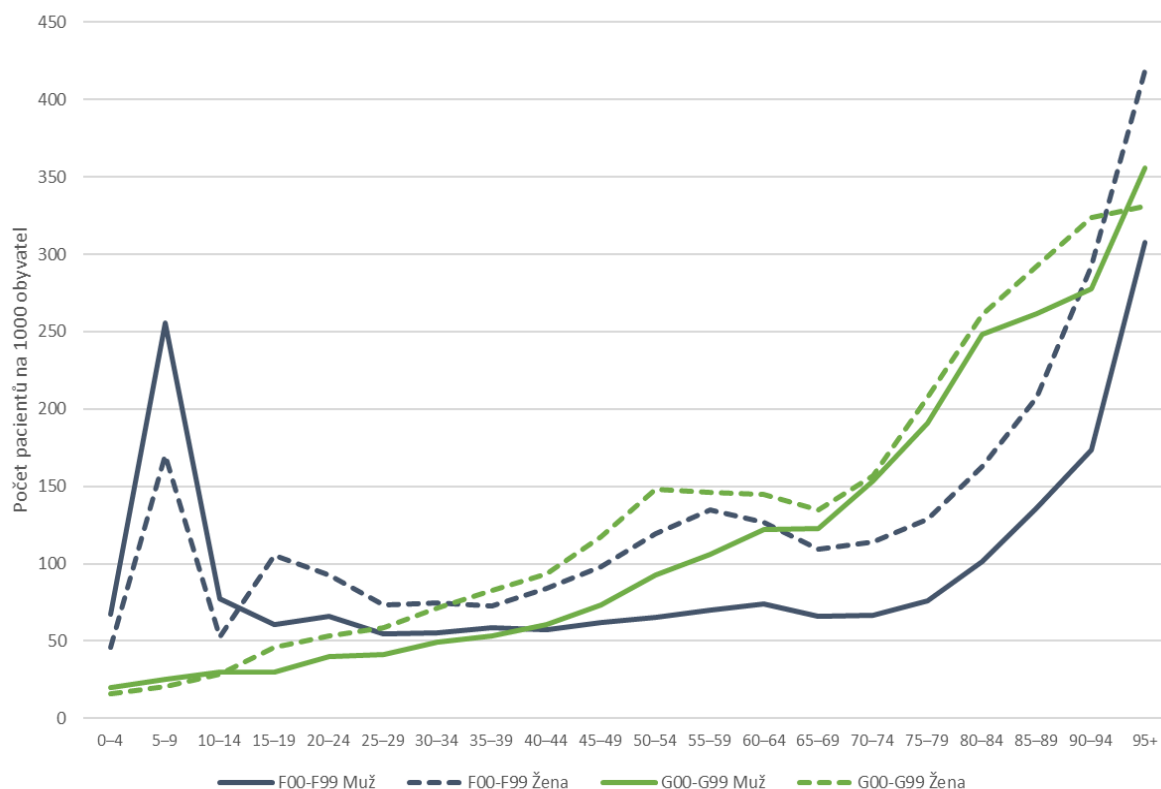
Území	F00–F99 (počet pacientů)	F00–F99 (na 1 000 obyvatel)	G00–G99 (počet pacientů)	G00–G99 (na 1 000 obyvatel)	Celkem (F + G) – počet pacientů	Celkem (F + G) na 1 000 obyvatel	Počet obyvatel
Havlíčkův Brod	9 294	96,96	11 600	121,01	20 894	217,97	95 858
Jihlava	10 422	88,53	11 583	98,39	22 005	186,91	117 728
Pelhřimov	6 207	83,23	5 975	80,12	12 182	163,35	74 575
Třebíč	10 148	91,83	9 267	83,86	19 415	175,70	110 503
Žďár nad Sázavou	11 709	98,15	11 256	94,35	22 965	192,50	119 296
Kraj Vysočina	47 780	92,25	49 681	95,92	97 461	188,16	517 960

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

ROZDÍLY PODLE VĚKU, POHLAVÍ A ÚZEMÍ

Analýza věkově a pohlavně specifických měr počtu pacientů s vykázanou diagnózou v kapitolách F00–F99 (poruchy duševní a poruchy chování) a G00–G99 (nemoci nervové soustavy) umožňuje detailněji porozumět struktuře zdravotní zátěže v populaci. Přepočet na 1 000 obyvatel eliminuje vliv rozdílné velikosti věkových skupin a umožňuje srovnání intenzity výskytu mezi jednotlivými skupinami.

Graf č.1: Věkově a pohlavně specifické míry pacientů s diagnózami kapitol F00–F99 a G00–G99 na 1 000 obyvatel (Kraj Vysočina, 2024)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Z hlediska věkového profilu vykazují diagnózy kapitol F00–F99 a G00–G99 odlišnou dynamiku výskytu. U poruch duševního zdraví (F00–F99) je patrná vyšší intenzita výskytu již ve středních věkových skupinách, přičemž u žen dosahují hodnoty ve většině věkových kategorií vyšších úrovní než u mužů. Ve vyšším věku dochází k dalšímu nárůstu, který je výrazný zejména u ženské populace.

V dětském a mladším školním věku je naopak u onemocnění nervové soustavy (G00–G99) výskyt v těchto věkových skupinách velmi nízký, avšak s rostoucím věkem výrazně narůstá. Ve věkových skupinách nad 70 let dochází k prudkému zvýšení intenzity, což odráží silnou vazbu těchto onemocnění na proces stárnutí populace.

Výraznější nárůst měr poruch duševního zdraví (F00–F99) v dětském a mladším školním věku je dán zejména koncentrací neurovývojových diagnóz, jako jsou specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, poruchy motorických funkcí a hyperkinetické poruchy. Tyto stavy bývají zachycovány právě v období, kdy jsou kladeny vyšší nároky na řeč, pozornost, chování a školní výkon. Vyšší hodnoty u chlapců přitom odpovídají i běžně popisovanému častějšímu rozpoznávání ADHD u mužského pohlaví.¹⁴

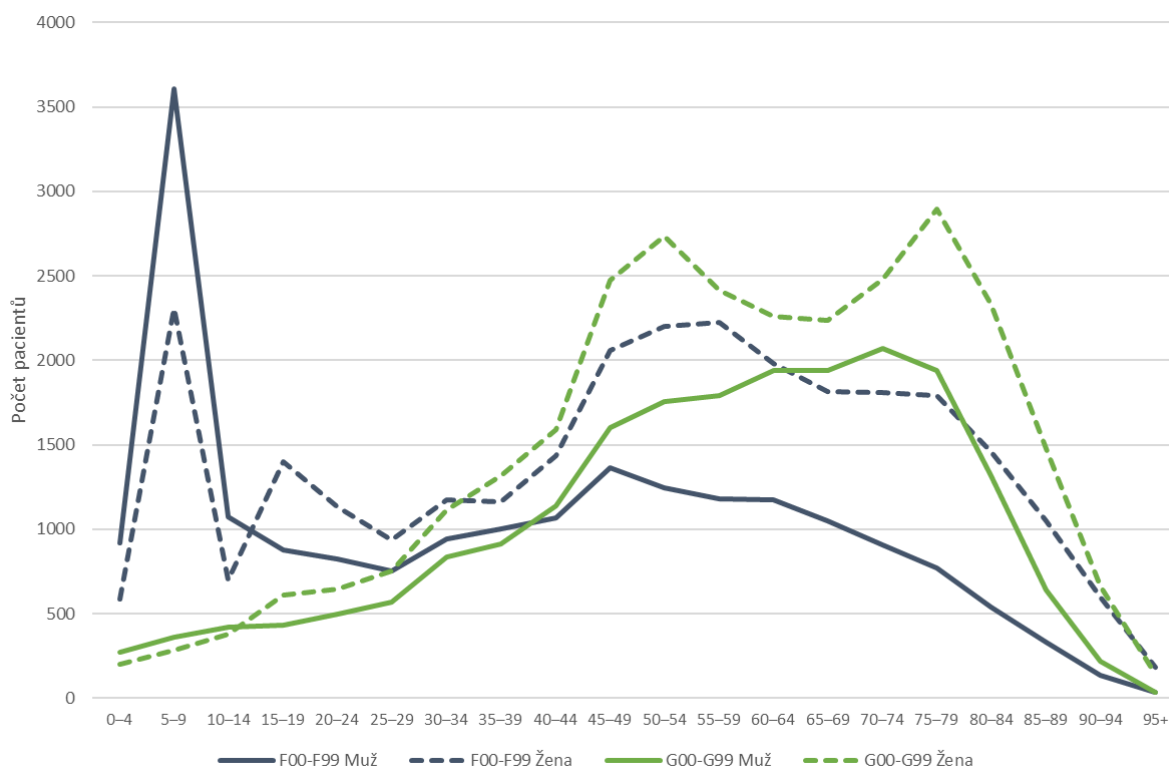
Ve velmi vysokém věku (zejména 80 let a více) dosahují hodnoty u obou kapitol výrazně nadprůměrných úrovní, přičemž kumulativní zátěž (F + G) zde několikanásobně převyšuje hodnoty ve středním věku. Tento trend je výraznější u žen, což souvisí jak s vyšší délkou života, tak s věkovou strukturou populace.

¹⁴ Dostupné z: <https://kdp.uzis.cz/res/guideline/52-poruchy-autistickeho-spekra-final.pdf>

Celkově lze konstatovat, že zatímco duševní poruchy představují významnou zátěž napříč širším spektrem věkových skupin, vážná neurologická onemocnění jsou koncentrována majoritně do vyššího věku. Tyto rozdíly mají zásadní implikace pro plánování zdravotních a sociálních služeb.

Uvedené hodnoty vycházejí z pacientů s diagnózou vykázanou na hlavní pozici (ZDG) a tedy nepředstavují epidemiologickou prevalenci onemocnění, ale počet osob v kontaktu se zdravotním systémem.

Graf č. 2: Absolutní počet pacientů s diagnózami kapitol F00–F99 a G00–G99 podle věku a pohlaví, Kraj Vysočina, 2024



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Vizualizace absolutních počtů doplňuje předchozí pohled založený na přepočtu na 1 000 obyvatel. Zatímco relativní míry umožňují porovnat intenzitu výskytu mezi věkovými skupinami, absolutní počty ukazují reálný objem pacientů, který je důležitý pro plánování kapacit služeb.

Je zde patrné, že nejvyšší absolutní počty pacientů se nekonzentrují pouze do nejvyšších věkových kategorií. U diagnóz kapitoly F00–F99 je výrazný objem pacientů patrný již v dětském a produktivním věku, zejména u mužů ve věkové skupině 5–9 let a u žen v mladém a středním dospělém věku. Tento profil odpovídá struktuře kapitoly F, která zahrnuje jak neurovývojové a behaviorální poruchy typické pro dětský věk, tak úzkostné, stresové, afektivní a další duševní poruchy v produktivním věku.

U diagnóz kapitoly G00–G99 je naopak patrnější postupný nárůst absolutních počtů ve vyšším věku, zejména od středního věku směrem k seniorským kategoriím. Tento vývoj odráží vyšší zastoupení chronických, neurologických a neurodegenerativních onemocnění ve starší populaci. Ve velmi vysokém věku absolutní počty opět klesají, což je dáno menší velikostí těchto věkových kohort, nikoli nižší individuální mírou rizika.

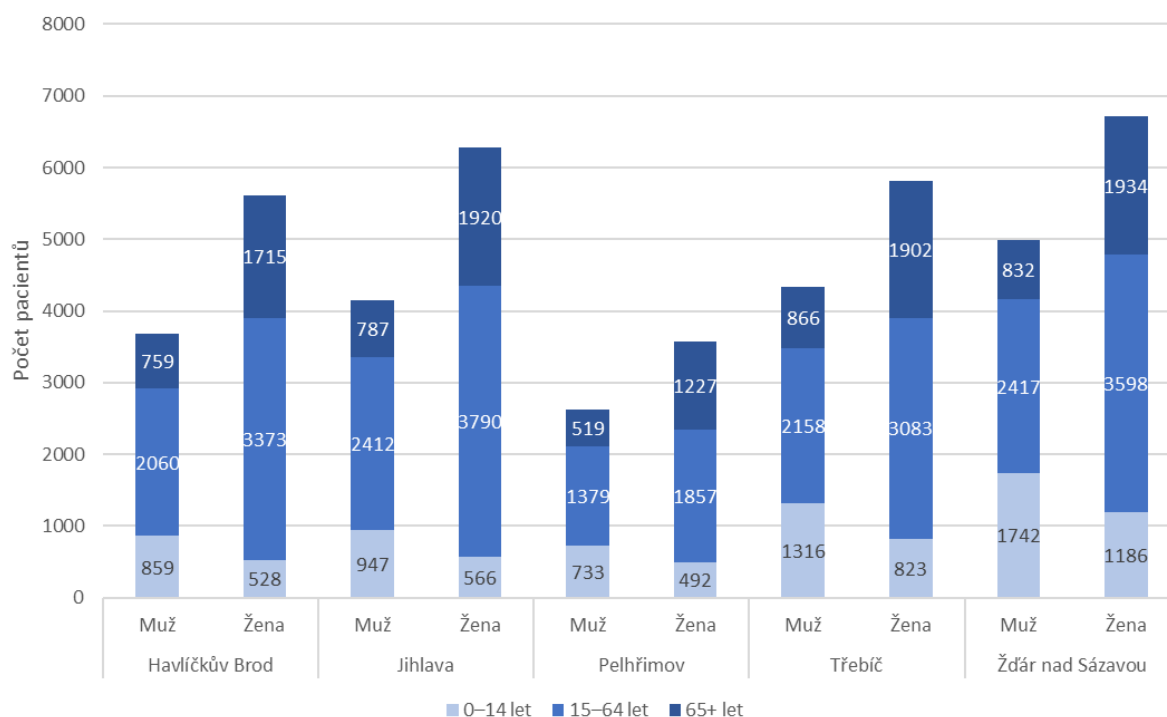
Kombinace relativního a absolutního pohledu je pro plánování služeb důležitá. Relativní míry ukazují, ve kterých věkových skupinách je zatížení nejvyšší vzhledem k velikosti populace, zatímco absolutní počty ukazují, kde se nachází největší objem potenciální poptávky po péči. Pro návrh sítě služeb proto nestačí sledovat pouze intenzitu výskytu ani pouze počet pacientů; obě perspektivy je nutné interpretovat společně.

Struktura pacientů podle věku, pohlaví a kapitol diagnóz F a G (absolutní počty)

V následující části je analyzována struktura pacientů podle věku, pohlaví a hlavních kapitol diagnóz. Cílem je ukázat, jak jsou pacienti rozloženi v populaci z hlediska věkových kategorií a zda se liší zastoupení mezi muži a ženami a jednotlivými okresy.

V této části jsou využity absolutní počty pacientů, které umožňují lépe zachytit celkový objem pacientů v jednotlivých skupinách a jejich strukturu. Interpretace rozdílů mezi okresy je však nutné vnímat i v kontextu jejich populační velikosti.

Graf č.3: Počet pacientů s diagnózami F00–F99 podle věku, pohlaví a okresu (2024)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Struktura pacientů podle kapitol diagnóz F00–F99 (poruchy duševní a poruchy chování) a G00–G99 (nemoci nervové soustavy) ukazuje výrazné rozdíly jak z hlediska věku, tak pohlaví a územního rozložení.

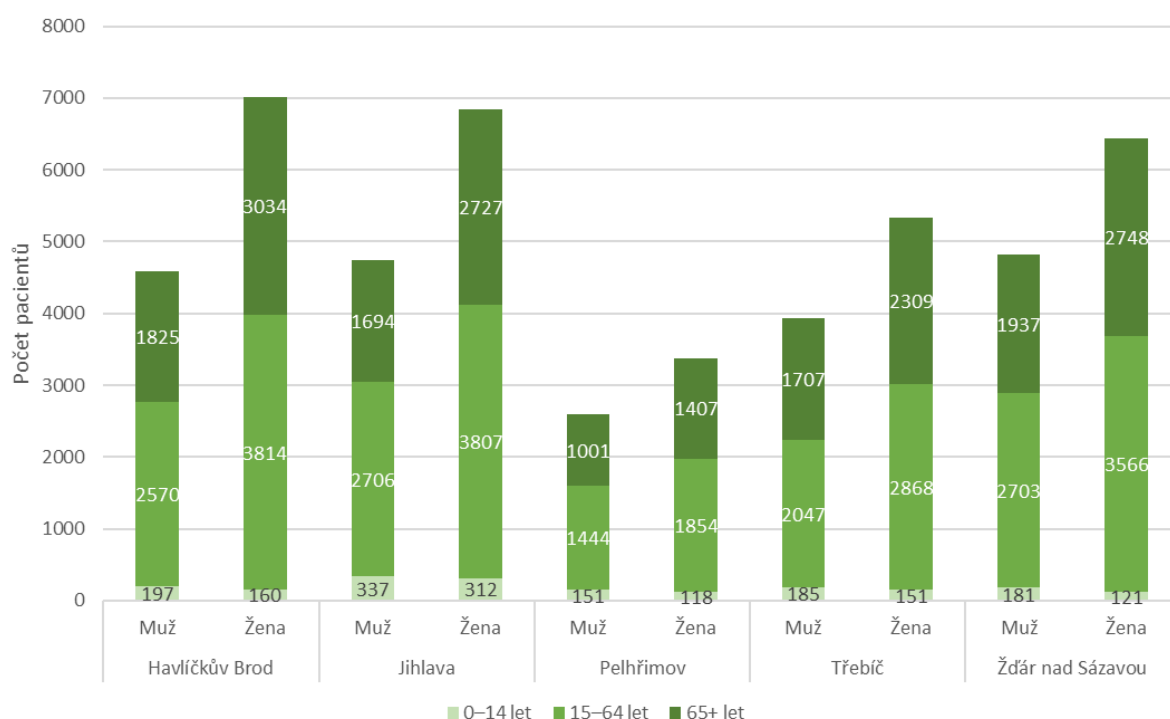
Ve všech okresech Kraje Vysočina tvoří největší část pacientů osoby ve věku 15–64 let, a to zejména u diagnóz kapitoly F. Tento trend je patrný jak u mužů, tak u žen, přičemž u žen jsou absolutní počty pacientů ve většině případů vyšší.

Ve věkové skupině 65 let a více výrazně narůstá zastoupení diagnóz kapitoly G, což odráží souvislost neurologických onemocnění se stárnutím populace. Tento nárůst je patrný napříč všemi okresy a u obou pohlaví, přičemž ve vyšších věkových kategoriích dochází k celkovému zvýšení absolutního počtu pacientů. O struktuře konkrétních tříznakových diagnóz podle věkových skupin pak pojednává blíže podkapitola 2. 2. 3.

Naopak ve věkové skupině 0–14 let jsou absolutní počty pacientů nižší, přičemž převažují diagnózy kapitoly F. Tento jev souvisí zejména s výskytem neurovývojových poruch a poruch chování v dětském věku.

Z územního hlediska jsou nejvyšší absolutní počty pacientů zaznamenány v populačně větších okresech (zejména Jihlava a Žďár nad Sázavou), což odpovídá jejich velikosti. Rozdíly mezi okresy proto odrážejí spíše populační základnu než rozdílnou míru zatížení.

Graf č.4: Počet pacientů s diagnózami G00–G99 podle věku, pohlaví a okresu (2024)



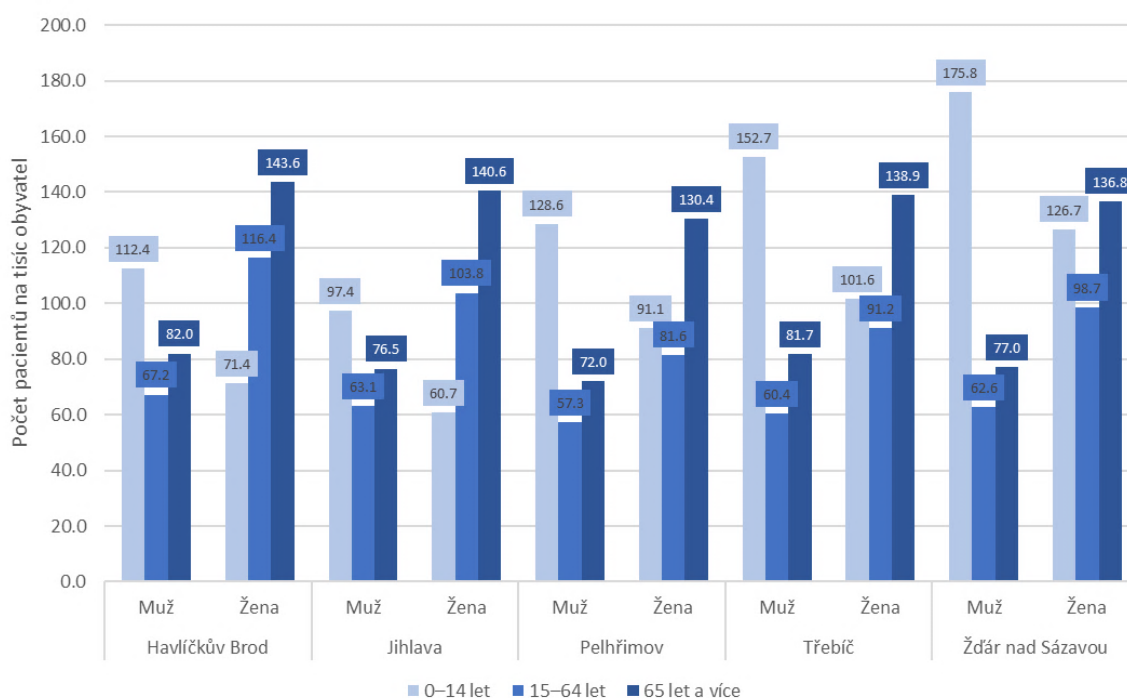
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Struktura pacientů podle věku, pohlaví a kapitol diagnóz F a G (na tisíc obyvatel)

V této části jsou analyzovány věkově a pohlavně specifické míry pacientů přepočtené na 1 000 obyvatel. Tento přístup umožňuje eliminovat vliv rozdílné velikosti populace mezi jednotlivými okresy a poskytuje přesnější srovnání intenzity výskytu diagnóz.

Na rozdíl od absolutních počtů tak lze lépe identifikovat, ve kterých věkových skupinách a územích je zatížení populace danými diagnózami relativně vyšší.

Graf č.5: Počet pacientů na 1 000 obyvatel, s diagnózami F00–F99 podle věku, pohlaví a okresu (2024)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

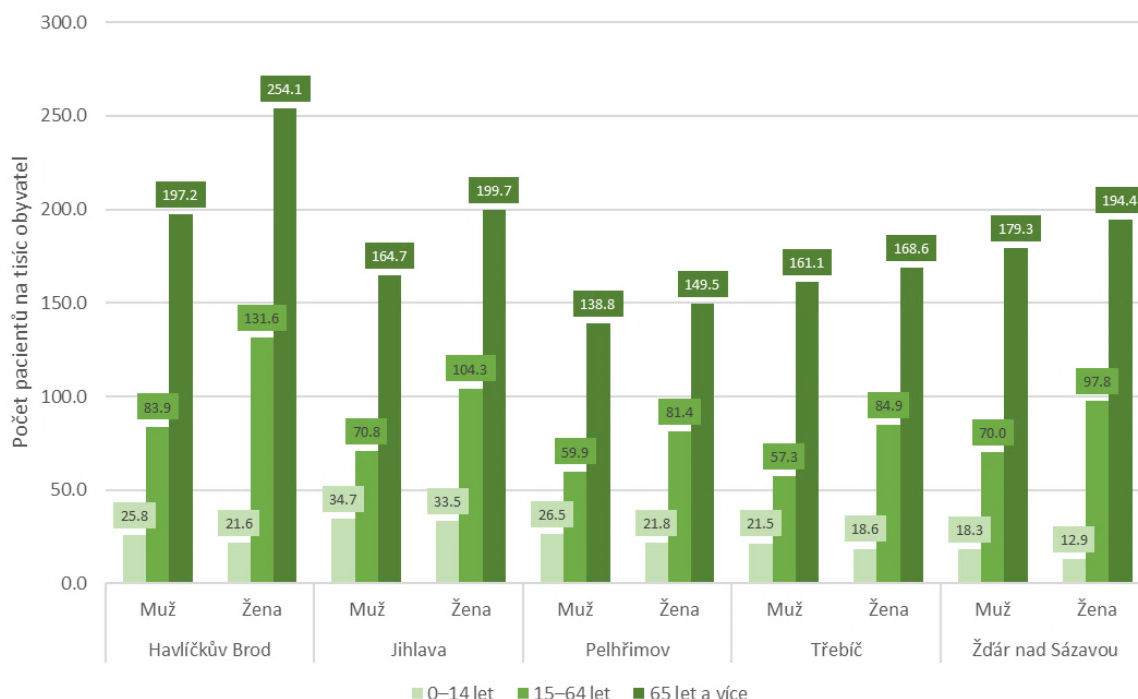
Míra pacientů s diagnózami kapitoly F00–F99 vykazuje ve všech okresech podobný věkový profil, avšak s patrnými rozdíly v intenzitě mezi jednotlivými územími a pohlavími. Nejvyšší hodnoty jsou ve většině případů dosaženy ve věkové skupině 65 let a více, a to zejména u žen, kde míra často výrazně převyšuje hodnoty u mužů. Tento trend ukazuje na vyšší relativní zatížení ženské populace ve vyšším věku.

Ve věkové kategorii 15–64 let, která představuje hlavní část populace, jsou hodnoty stabilnější, nicméně i zde jsou patrné rozdíly mezi okresy. Například v některých okresech (např. Havlíčkův Brod či Žďár nad Sázavou) dosahují ženy vyšších hodnot než muži, což naznačuje odlišnou strukturu výskytu diagnóz nebo rozdíly v jejich zachycení.

V dětské věkové skupině 0–14 let jsou míry obecně nižší, avšak mezi okresy existují relativně výrazné rozdíly. Například ve Žďáru nad Sázavou dosahují hodnoty vyšších úrovní než v ostatních okresech, což může odrážet specifické charakteristiky diagnostiky nebo dostupnosti péče v této oblasti.

Přepočet na 1 000 obyvatel zároveň ukazuje, že rozdíly mezi okresy nejsou dány pouze velikostí populace, ale skutečnými rozdíly v relativní míře výskytu. To je patrné zejména při porovnání okresů s podobnou velikostí, kde se hodnoty přesto liší.

Graf č.6: Počet pacientů na 1 000 obyvatel, s diagnózami G00–G99 podle věku, pohlaví a okresu (2024)



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

U diagnóz kapitoly G00–G99 je věková závislost míry pacientů ještě výraznější než u kapitoly F. Míra pacientů s věkem systematicky roste a nejvyšších hodnot dosahuje ve věkové skupině 65 let a více, kde ve všech okresech výrazně převyšuje ostatní věkové kategorie.

Ve vyšším věku jsou hodnoty konzistentně vyšší u žen než u mužů, což naznačuje vyšší relativní zatížení ženské populace neurologickými onemocněními ve stáří. Tento rozdíl je patrný napříč všemi sledovanými okresy a představuje stabilní strukturální charakteristiku dat. Detailnější rozpad na tříznakové diagnózy v navazující části ukazuje, že nárůst u kapitoly G ve vyšším věku souvisí zejména s neurodegenerativními diagnózami, především Alzheimerovou nemocí (G30) a Parkinsonovou nemocí (G20), zatímco část neurologické zátěže ve středním věku tvoří chronické nebo opakovaně vykazované neurologické obtíže.

Ve střední věkové kategorii 15–64 let jsou míry výrazně nižší než ve vyšším věku, avšak stále tvoří významnou část celkové zátěže. Rozdíly mezi okresy jsou zde méně výrazné než u absolutních počtů, což potvrzuje, že část variability byla způsobena rozdílnou velikostí populace.

V dětské věkové skupině 0–14 let jsou hodnoty velmi nízké, což odpovídá charakteru neurologických onemocnění, která se ve vyšší míře projevují až ve vyšším věku. Přesto jsou i zde patrné mírné rozdíly mezi okresy, které mohou souviset s lokálními faktory zdravotní péče nebo diagnostiky.

Celkově lze konstatovat, že po přepočtu na 1 000 obyvatel se rozdíly mezi okresy částečně vyrovnávají a více vyniká skutečný vliv věku a pohlaví na výskyt diagnóz.

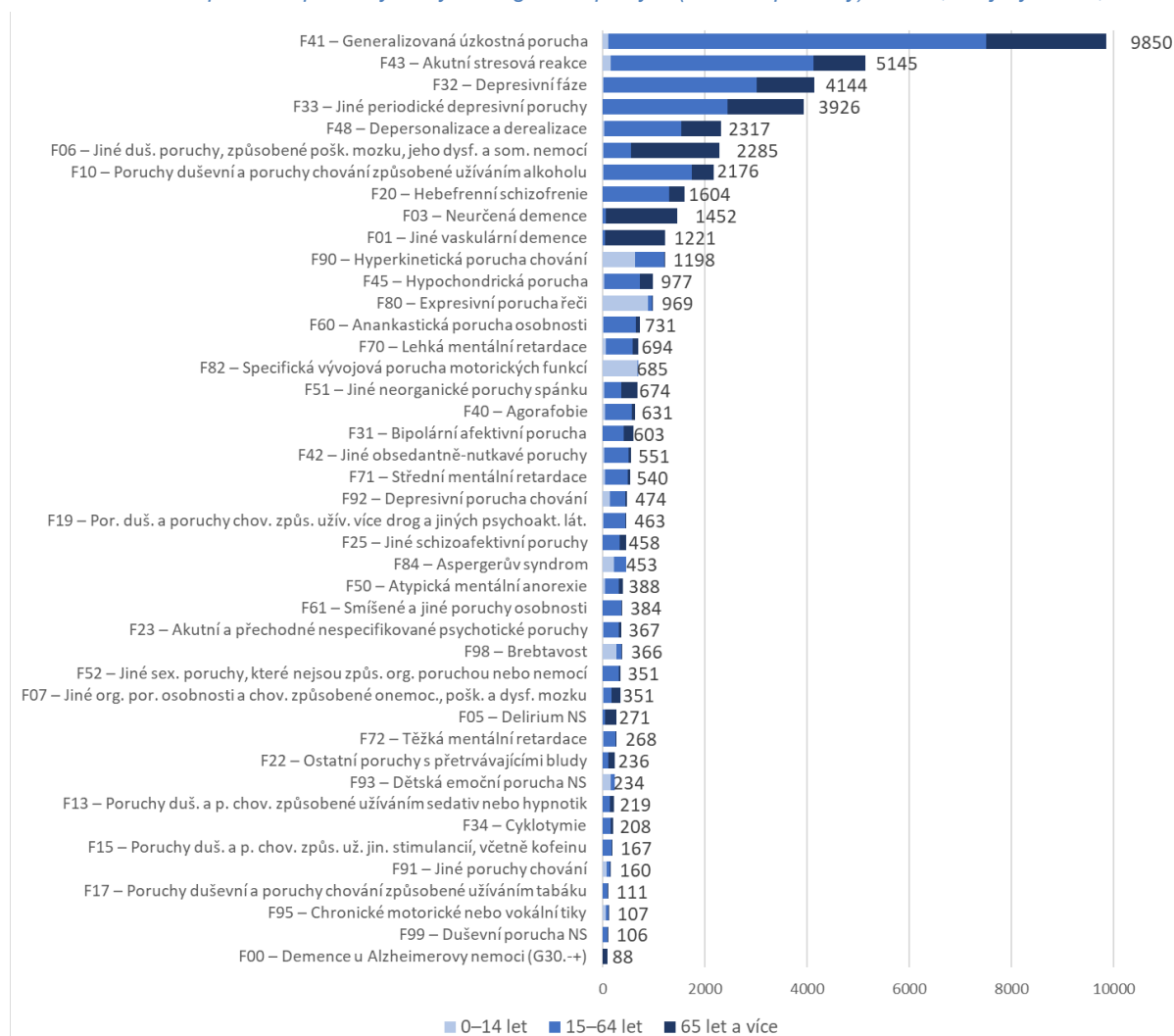
Struktura pacientů podle vybraných tříznakových diagnóz kapitol F a G podle věkových skupin

Analýza vychází z počtu pacientů s vykázanou hlavní diagnózou (ZDG) na úrovni tříznakových diagnóz MKN-10 za rok 2024. Uvedené hodnoty nepředstavují počet unikátních osob, ale počet případů zdravotní péče, ve kterých byla daná diagnóza vykázána jako hlavní. Jeden pacient tak může být v průběhu roku započten opakovaně, a to jak při opakovaných kontaktech se zdravotním systémem se stejnou diagnózou, tak při výskytu více různých diagnóz. Jak bylo uvedeno výše, u kapitoly F je současně nutné počítat s tím, že u méně častých a vzácnějších poruch nejsou v datech všechny případy zachyceny, což souvisí s omezeními datové sady.

Z těchto důvodů nelze hodnoty mezi jednotlivými diagnózami přímo interpretovat jako prevalenci onemocnění v populaci. Smyslem analýzy je především porovnání relativního zastoupení věkových skupin u jednotlivých diagnóz.

Celkové počty pacientů s diagnózami kapitol F a G jsou řešeny samostatně na úrovni agregovaných kapitol v navazující části analýzy.

Graf č.7: Struktura pacientů podle vybraných diagnóz kapitoly F (duševní poruchy) a věku, Kraj Vysočina, 2024



Pozn.: Popisky ukazují celkové číslo za danou tříznakovou diagnózu.

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

V rámci kapitoly F dominují diagnózy spojené s úzkostnými a depresivními poruchami. Nejvyšší počty vykazovaných případů jsou patrné u generalizované úzkostné poruchy (F41), akutní stresové reakce (F43) a depresivních epizod (F32, F33). Tyto diagnózy jsou výrazně koncentrovány ve věkové skupině 15–64 let, která představuje hlavní část patientské populace v oblasti duševního zdraví.

Významné zastoupení mají také poruchy spojené s užíváním návykových látek, zejména alkoholu (F10), které se rovněž koncentrují především v produktivním věku, s menším, ale stále relevantním podílem ve vyšším věku.

Specifickou skupinu tvoří neurodegenerativní a organicky podmíněné poruchy (např. F01, F03, F06), u nichž je patrná dominantní koncentrace ve věkové kategorii 65 let a více. Tyto diagnózy odrážejí stárnutí populace a s tím související nárůst kognitivních poruch.

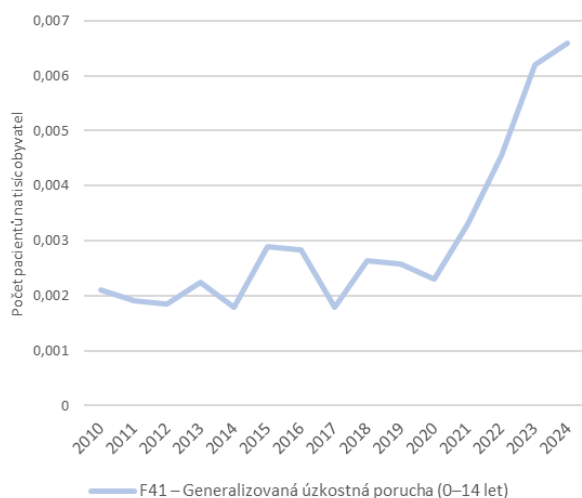
Naopak poruchy typické pro dětský věk, jako jsou hyperkinetické poruchy (F90), specifické vývojové poruchy (F82) nebo poruchy řeči (F80), jsou výrazně koncentrovány ve věkové skupině 0–14 let a v ostatních věkových kategoriích se vyskytují jen minimálně.

Celkově je patrné, že kapitola F vykazuje silnou vazbu diagnóz na životní fázi – od vývojových poruch v dětském věku, přes afektivní a úzkostné poruchy v produktivním věku až po neurodegenerativní onemocnění ve stáří.

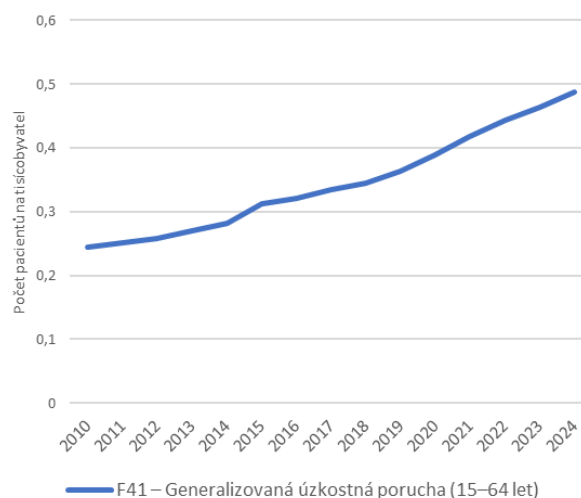
Vzhledem k tomu, že souhrnná kapitola F zahrnuje velmi rozdílné typy duševních poruch, je vhodné vedle jednorázového pohledu na strukturu diagnóz doplnit také časový vývoj vybrané konkrétní diagnózy. Pro tento účel byla zvolena generalizovaná úzkostná porucha (F41), která v roce 2024 představuje nejpočetněji zastoupenou konkrétní tříznakovou diagnózu v rámci zobrazené struktury kapitoly F. Současně jde o samostatný diagnostický kód, nikoli o součet více diagnóz, což umožňuje srozumitelnější interpretaci vývoje v čase.

Vývoj této diagnózy je významný také z hlediska plánování služeb. Na rozdíl od organicky podmíněných a neurodegenerativních poruch není generalizovaná úzkostná porucha primárně vysvětlitelná stárnutím populace. Umožňuje proto ukázat, zda se v krajských datech objevuje rostoucí zátěž také u dětí, mladistvých a osob v produktivním věku, tedy ve skupinách, u nichž demografická projekce při zachování stabilních věkově specifických měr ukazuje spíše stagnaci nebo pokles.

Graf č. 8: Vývoj míry pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou ve věku 0–14 let na 1 000 obyvatel dané věkové skupiny, Kraj Vysočina, 2010–2024



Graf č. 9: Vývoj počtu pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou ve věku 15–64 let na 1 000 obyvatel dané věkové skupiny, Kraj Vysočina, 2010–2024



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Vývoj generalizované úzkostné poruchy (F41) je zde doplněn jako detailnější pohled na nejpočetněji zastoupenou konkrétní tříznakovou diagnózu kapitoly F v Kraji Vysočina. Nejde o samostatnou projekci jedné diagnózy, ale o doplňkový trendový ukazatel, který ukazuje, že i uvnitř souhrnné kapitoly F existují významné změny, které nelze vysvětlit pouze demografickým vývojem.

Grafy zachycují vývoj počtu pacientů s vykázanou diagnózou F41 v přepočtu na 1 000 obyvatel dané věkové skupiny. Tento přepočet eliminuje vliv změny velikosti populace, a proto ukazuje spíše změnu intenzity vykázané péče než pouze změnu absolutního počtu pacientů.

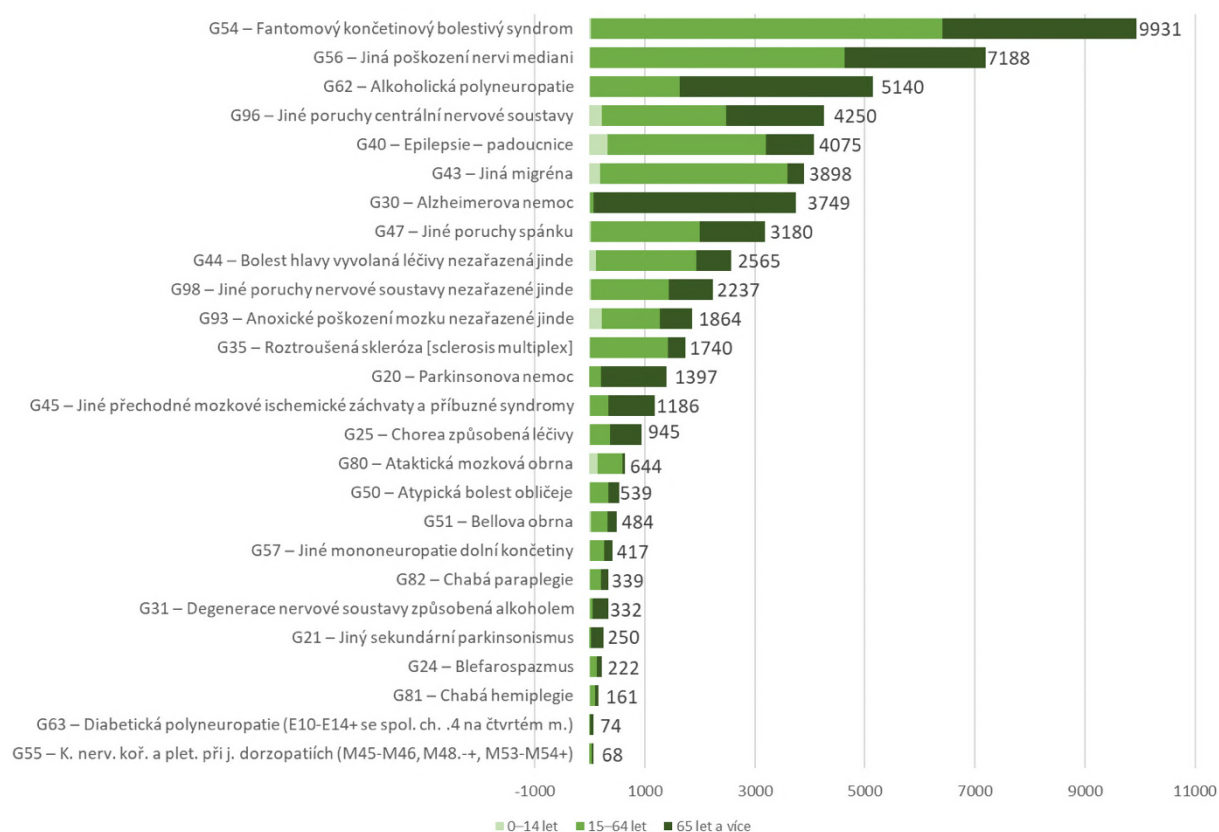
U dětské populace ve věku 0–14 let je patrné výrazné zrychlení růstu zejména po roce 2021. Ve věkové skupině 15–64 let je trend dlouhodobější a plynulejší. Tento vývoj je významný právě proto, že se objevuje ve věkových skupinách, u nichž demografická projekce při zachování stabilních věkové specifických měř ukazuje spíše stagnaci nebo pokles.

Z metodického hlediska je nutné zdůraznit, že grafy nezachycují epidemiologickou prevalenci generalizované úzkostné poruchy v populaci, ale počet pacientů s vykázanou diagnózou ve zdravotnických datech. Růst proto může odrážet kombinaci skutečné psychické zátěže, lepšího zachytu, změn diagnostické praxe, vyšší ochoty vyhledat pomoc nebo změn v dostupnosti péče.

Pro plánování služeb je podstatné, že jde o trend, který konzervativní demografická projekce z principu nezachycuje. Výsledky proto podporují opatrnější interpretaci projekce: vedle stárnutí populace je nutné zohlednit také rostoucí intenzitu vykázané péče u dětí, mladistvých a osob v produktivním věku, zejména v oblasti prevence, včasného zachytu, ambulantní a komunitní podpory, krizové pomoci a návaznosti mezi zdravotním, sociálním a školským systémem.

Následující část proto doplňuje tento pohled o strukturu vybraných diagnóz kapitoly G, u nichž je výrazněji patrná vazba na vyšší věk a neurodegenerativní onemocnění.

Graf č.10: Struktura pacientů podle vybraných diagnóz kapitoly G (onemocnění nervové soustavy) a věku, Kraj Vysočina, 2024



Pozn.: Popisky ukazují celkové číslo za danou tříznakovou diagnózu.

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

V kapitole G dominují zejména chronická a degenerativní onemocnění nervové soustavy a neurologické komplikace. Mezi nejčastěji vykazované diagnózy patří fantomový končetinový bolestivý syndrom (G54), poškození nervi mediani (G56), alkoholická polyneuropatie (G62) a další poruchy centrální nervové soustavy (G96).

Tyto diagnózy jsou převážně zastoupeny ve věkové skupině 15–64 let, což odráží jednak pracovní a úrazovou zátěž, jednak chronický charakter těchto onemocnění, která vyžadují opakované kontakty se zdravotnickým systémem.

S rostoucím věkem výrazně narůstá zastoupení neurodegenerativních onemocnění, zejména Alzheimerovy nemoci (G30) a Parkinsonovy nemoci (G20), které jsou téměř výhradně koncentrovány ve věkové skupině 65 let a více. Právě tato část kapitoly G vysvětluje, proč se v projekci výrazněji projevuje efekt stárnutí populace.

Specifické postavení mají také diagnózy jako epilepsie (G40) a migréna (G43), které se vyskytují napříč věkovými skupinami, avšak s dominantním zastoupením v produktivním věku.

U části diagnóz (např. G54, G56) je patrné, že jejich vysoké zastoupení je dáno nejen epidemiologií, ale také charakterem vykazování – jedná se často o chronické stavy, které vedou k opakovaným návštěvám zdravotnického systému.

Struktura diagnóz na tříznakové úrovni potvrzuje výraznou vazbu jednotlivých onemocnění na věk pacientů. Současně ukazuje, že kapitola G má v kontextu této analýzy dvojí význam: zachycuje neurologickou zátěž napříč věkovými skupinami a upozorňuje na rostoucí význam neurodegenerativních a kognitivních onemocnění ve stáří. Tato problematika je však z hlediska strategického plánování částečně řešena také samostatnými rámci, zejména v již zmiňovaném NAPAN. Návrhová část této koncepce se proto nezaměřuje výhradně na seniorskou a neurodegenerativní problematiku, ale zachovává hlavní důraz na síť péče o duševní zdraví, zejména na osoby s duševním onemocněním, děti a mladistvé, osoby v produktivním věku, osoby v krizi a osoby se závažným duševním onemocněním.

PROJEKCE POČTU PACIENTŮ PŘI ZACHOVÁNÍ VĚKOVĚ A POHLAVNĚ SPECIFICKÝCH MĚŘ

V této části je provedena projekce počtu pacientů s diagnózami kapitol F00–F99 a G00–G99 při zachování věkově a pohlavně specifických měř zjištěných v posledním dostupném historickém období. Projekce je konstruována jako konzervativní demografický scénář. Jejím cílem není předpovědět celkovou budoucí potřebu péče o duševní zdraví v celé její šíři, ale odděleně ukázat, jaký dopad bude mít samotná změna velikosti a věkové struktury populace při zachování současné intenzity vykazované péče.

Tento postup je pro plánování služeb důležitý právě proto, že vytváří stabilní referenční rámec. Umožňuje odlišit demograficky podmíněnou složku budoucí zátěže od dalších vlivů, které jsou obtížněji kvantifikovatelné, například změn ve skutečném výskytu psychických obtíží, diagnostické praxi, dostupnosti péče, ochotě vyhledat odbornou pomoc nebo včasném zachytu. Alternativní trendová projekce založená na prostém prodloužení historického růstu by v podmínkách zdravotnických dat mohla směřovat skutečný nárůst obtíží se změnami vykazování, dostupnosti služeb, diagnostiky a krátkodobými výkyvy, a proto by byla pro krajské plánování méně stabilní.

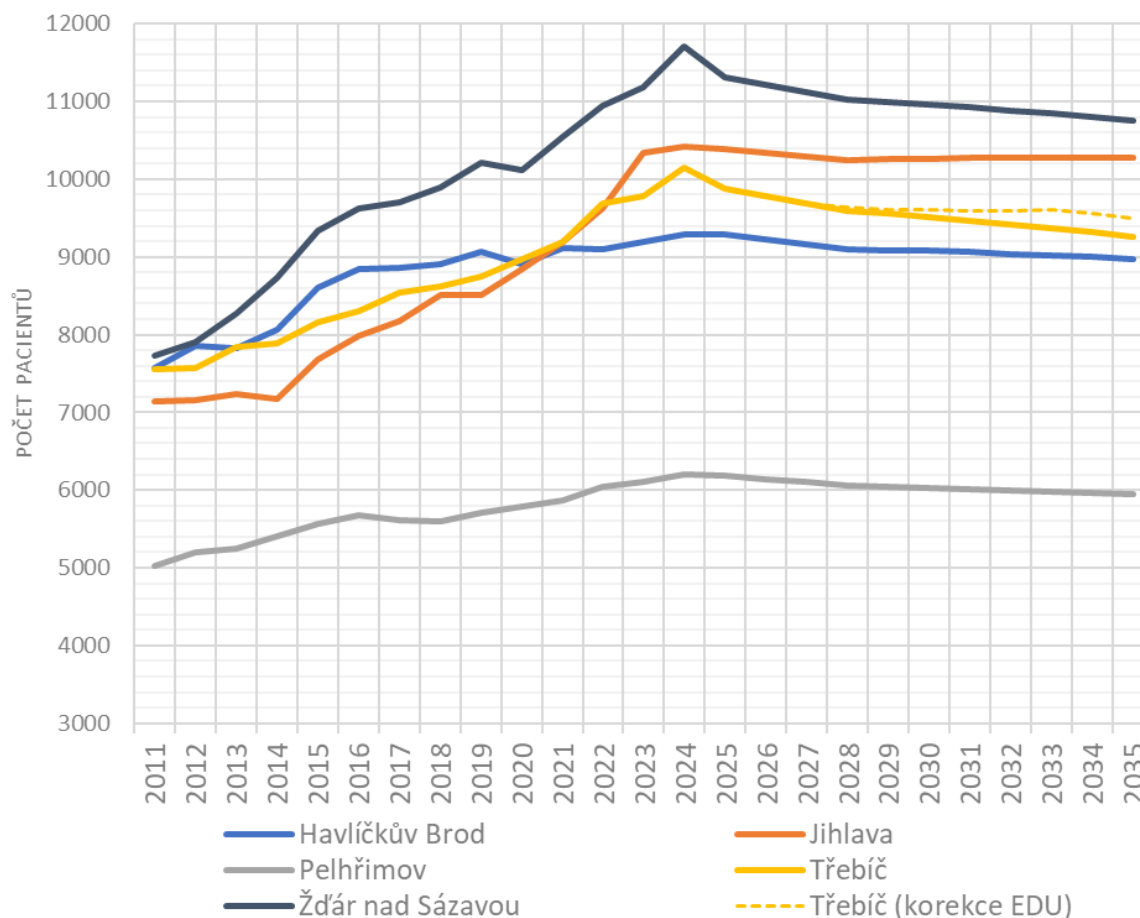
Projekce byla konstruována tak, že pro každou kombinaci diagnostické kapitoly, okresu, pohlaví a věkové skupiny byla nejprve stanovena průměrná míra pacientů na 1 000 obyvatel za poslední tři dostupné historické roky. Tato tříletá průměrná míra byla následně aplikována na projektovaný počet obyvatel v odpovídající demografické skupině v letech 2025–2035. Použití tříletého průměru omezuje vliv krátkodobých meziročních výkyvů a současně zachovává vazbu mezi věkovou strukturou populace a očekávaným zatížením systému péče.

Výsledný odhad tedy zachycuje zejména čistý dopad populační změny. Nejde o predikci budoucí epidemiologie v užším slova smyslu ani o úplný odhad budoucí potřeby služeb. Výsledky je proto nutné interpretovat společně s dalšími zdroji, zejména s trendovými údaji o vývoji psychiatrické péče, poznatky z mapování služeb, rozhovory s aktéry a strategickými prioritami v oblasti duševního zdraví.

Populační projekce navazuje na krajskou projekci obyvatelstva ČSÚ, kde je posledním reálným stavem struktura populace k 1. 1. 2024 a prvním projektovaným rokem je rok 2025.

Viditelný zlom mezi rokem 2024 a 2025 v některých grafech proto není dokladem náhlé změny nemocnosti, ale přechodem od skutečně vykázaných hodnot k modelovému odhadu založenému na projektované populační struktuře.

Graf č.11: Projekce počtu pacientů s diagnózami F00–F99 podle okresu, 2011–2035



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Podle grafu je po roce 2024 ve většině okresů patrná spíše stagnace nebo mírný pokles projektovaného počtu pacientů s diagnózami kapitoly F00–F99. Nejvyšší absolutní hodnoty si i nadále udržují populačně větší okresy, zejména Žďár nad Sázavou, Jihlava a Třebíč, zatímco nejnižší počty jsou dlouhodobě patrné v okrese Pelhřimov. To odpovídá nejen velikosti populace okresů, ale i dosavadnímu historickému rozložení pacientů v kraji.

Projekce současně ukazuje, že u kapitoly F nepůsobí demografické stárnutí jednoznačně směrem k růstu celkového počtu pacientů. Kapitola F zahrnuje široké spektrum poruch rozložených napříč více věkovými skupinami, takže růst starších věkových kategorií je zde částečně tlumen poklesem mladších a středních věkových skupin i celkovým úbytkem obyvatelstva. V kontextu demografické části dokumentu proto dává smysl, že výsledný trend není expanzivní, ale spíše vyrovnaný až mírně klesající. Projekce tak naznačuje spíše proměnu struktury potřeb než plošný růst celkového objemu pacientů kapitoly F.

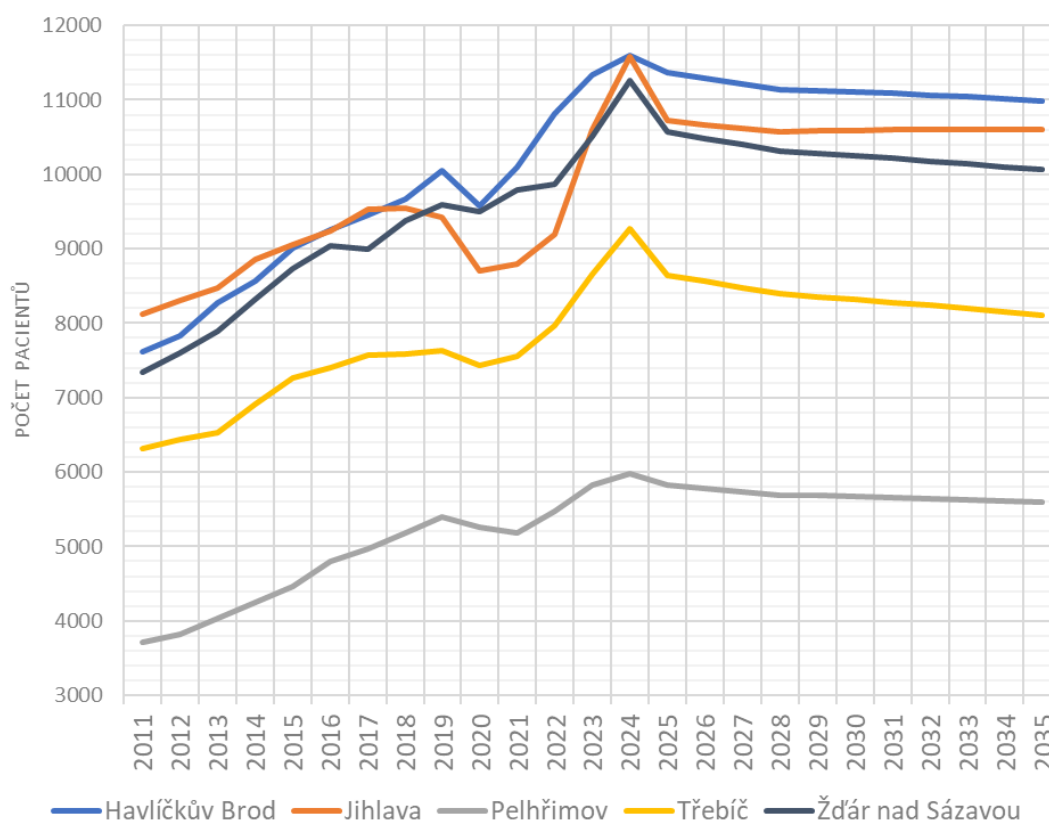
Viditelný přechod mezi rokem 2024 a 2025 je nutné interpretovat opatrně. Nejde o náhlý pokles skutečně vykázaných pacientů, ale o přechod od pozorovaných hodnot k modelovému odhadu založenému na tříleté průměrné míře pacientů a na projektované populaci od roku 2025. V okresech, kde byl rok 2024 relativně vysoký vůči předchozím rokům, je tento metodický zlom výraznější.

Do grafu č. 11 je doplněna také orientační korekce pro okres Třebíč (přerušovaná linie), která ilustruje možný dopad dočasného navýšení počtu osob v souvislosti s výstavbou nového jaderného zdroje v lokalitě Dukovany (více v podkapitole 1.4.). Tato korekce vychází z velmi zjednodušeného předpokladu dodatečné pracovní síly, která se bude v území pohybovat v letech vrcholu výstavby, a z orientační míry pacientů ve výši přibližně 70 osob na 1 000 obyvatel, odpovídající zatížení ve středních věkových skupinách, primárně mužů.

Je však nutné zdůraznit, že se jedná o hrubý scénář sloužící pouze pro ilustraci možného řádu dopadu. Korekce nezohledňuje přesnou strukturu pracovní síly podle věku, pohlaví ani délky pobytu na území a pracuje s agregovaným odhadem počtu osob bez vazby na skutečné rozložení mezi okresy/kraji. Současně nelze předpokládat, že veškerá dodatečná pracovní síla bude využívat zdravotní služby v rámci okresu Třebíč. Část pracovníků bude dojíždět z jiných regionů, část může být zahraničního původu a jejich reálné zapojení do českého zdravotního systému se může lišit v závislosti na institucionálním zajištění, pracovním režimu i kulturně-sociálních faktorech.

Přerušovaná linie proto nepředstavuje projekci ve smyslu předchozí metodiky, ale spíše hypotetickou ilustraci, která ukazuje, jak by se mohl vyvíjet počet pacientů v případě, že by dodatečná populace byla plně promítnuta do lokálního systému zdravotní péče při zachování současných věkové a pohlavně specifických měř. Interpretace této varianty musí být proto výrazně opatrná a slouží především jako doplňkový kontext k hlavní projekci.

Graf č.12: Projekce počtu pacientů s diagnózami G00–G99 podle okresu, 2011–2035



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

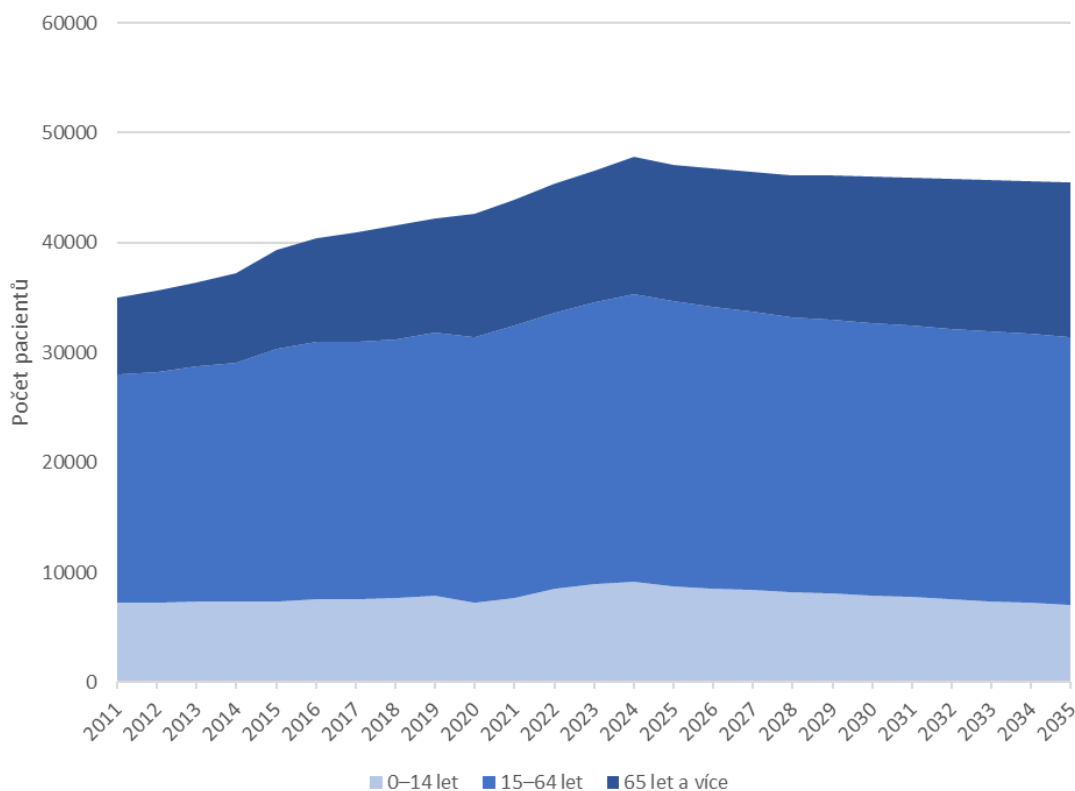
U diagnóz kapitoly G00–G99 zůstávají i v projekci nejvyšší absolutní počty ve větších okresech kraje, zejména v Havlíčkově Brodě, Jihlavě a Žďáru nad Sázavou, zatímco nejnižší hodnoty dlouhodobě vykazuje Pelhřimov. V porovnání s kapitolou F je zde patrnější vazba na vyšší věk, která byla doložena již v předchozích analytických částech. To znamená, že demografické stárnutí obyvatelstva zde působí jako faktor tlumící pokles, který by jinak vyplýval z celkového úbytku populace.

Přesto ani u kapitoly G projekce neukazuje ve všech okresech jednoznačný růst absolutních počtů pacientů do roku 2035. To naznačuje, že v podmínkách Kraje Vysočina je efekt stárnutí sice významný, ale není natolik silný, aby ve všech územích plně převážil nad poklesem celkového počtu obyvatel. Výsledkem je spíše mírný pokles nebo stagnace než prudký nárůst. Z hlediska plánování služeb to však neznamená nižší význam této skupiny diagnóz; naopak lze očekávat rostoucí koncentraci potřeby péče do vyššího věku, zejména v okresech s rychlejším stárnutím populace.

Stejně jako u kapitoly F je také zde patrný metodický přechod mezi posledním historickým rokem a prvním projektovaným rokem. Tento zlom souvisí s tím, že rok 2024 je ještě skutečně vykázanou hodnotou, kdežto rok 2025 je již odhadem založeným na průměrné míře posledních tří historických let a na projektované populační struktuře. Nejde tedy o důkaz náhlé změny v neurologické nemocnosti, ale o očekávatelný důsledek konstrukce modelu.

Celkově projekce ukazuje, že při zachování současných věkově a pohlavně specifických měr pacientů nebude vývoj počtu pacientů v Kraji Vysočina určen pouze celkovým úbytkem obyvatelstva, ale především změnou věkové struktury. U kapitoly F00–F99 se očekává spíše stabilizace nebo mírný pokles absolutních počtů, zatímco u kapitoly G00–G99 stárnutí populace pokles výrazně tlumí a udržuje potřebu péče ve vyšším věku na relativně vysoké úrovni. Pro plánování sítě služeb je proto klíčové nesledovat jen celkový počet obyvatel, ale zejména růst starších věkových skupin a odlišnou dynamiku jednotlivých okresů.

Graf č. 13: Projekce počtu pacientů s diagnózami F00–F99 podle věkových skupin, 2011–2035



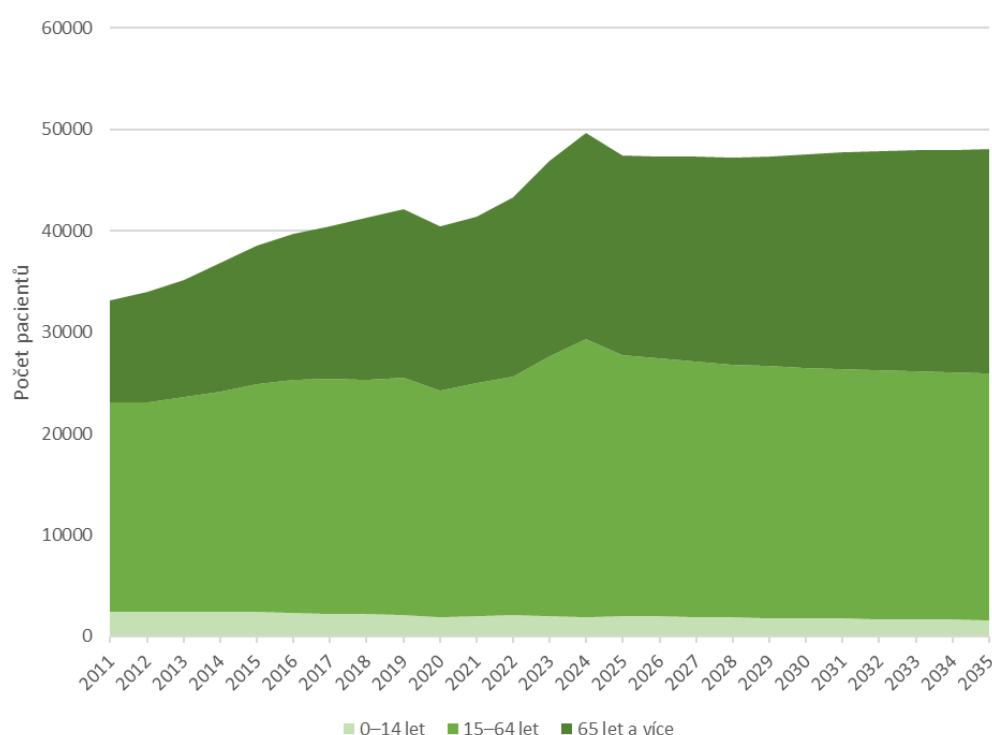
Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Projekce počtu pacientů podle tří základních věkových skupin ukazuje, že vývoj celkového počtu pacientů je výsledkem protichůdných demografických vlivů.

Ve všech sledovaných diagnózách projekce ukazuje pokles nebo stagnaci počtu pacientů v dětské populaci (0–14 let) a současně stagnaci nebo mírný pokles ve věkové skupině 15–64 let. Tento výsledek odpovídá konzervativní konstrukci modelu, který aplikuje stabilní věkově a pohlavně specifické míry na projektovanou populaci. Neznamená však, že lze očekávat skutečný pokles potřeby služeb pro děti, mladistvé nebo osoby v produktivním věku. Ve věkové skupině 65 let a více naopak projekce ukazuje výrazný nárůst počtu pacientů, který je přímým důsledkem stárnutí populace.

U diagnóz kapitoly F00–F99 se tyto protichůdné demografické vlivy v celkovém součtu do značné míry vyrovnávají. Nárůst počtu pacientů ve vyšším věku je kompenzován poklesem nebo stagnací mladších věkových skupin, takže celkový počet pacientů v projekci spíše stagnuje nebo mírně klesá. Tento výsledek je proto vhodné interpretovat především jako změnu věkové struktury očekávané potřeby péče, nikoli jako jednoznačný signál poklesu celkové zátěže systému.

Graf č. 14: Projekce počtu pacientů s diagnózami G00–G99 podle věkových skupin, 2011–2035



Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Naopak u diagnóz kapitoly G00–G99 je vazba na vyšší věk výrazně silnější. Nárůst počtu pacientů ve věkové skupině 65+ zde představuje hlavní faktor ovlivňující celkový vývoj. Přesto ani v tomto případě nevede stárnutí populace k jednoznačnému růstu celkového počtu pacientů ve všech letech projekce, protože je částečně vyvažováno celkovým úbytkem populace v mladších věkových skupinách.

Výsledky projekce tedy ukazují, že při zachování současných věkově a pohlavně specifických měr nebude budoucí vývoj charakterizován plošným růstem počtu pacientů, ale především posunem jejich věkové struktury směrem k vyšším věkovým kategoriím. Tento závěr se však vztahuje pouze k demografickému scénáři. Pro celkové plánování sítě je nutné jej doplnit o trendová data a kvalitativní zjištění, která upozorňují na rostoucí potřebu podpory u dětí, mladistvých, osob v krizi a osob se závažným duševním onemocněním.

LIMITY DEMOGRAFICKO-EPIDEMIOLOGICKÉ PROJEKCE A DOPLŇKOVÉ TRENDOVÉ UKAZATELE

Projekce uvedená v předchozí části představuje konzervativní demografický scénář. Jejím hlavním účelem je odděleně ukázat, jak by se počet pacientů vyvíjel při zachování současných věkově a pohlavně specifických měř, pokud by se měnila pouze velikost a věková struktura populace. Tento postup je pro plánování služeb užitečný právě proto, že vytváří stabilní referenční rámec a umožňuje odlišit demograficky podmíněnou složku budoucí zátěže od dalších, obtížněji kvantifikovatelných vlivů.

Takto konstruovaná projekce je vhodná zejména pro posouzení dopadů stárnutí populace a pro základní kapacitní orientaci podle okresů a věkových skupin. Nejde však o úplnou predikci budoucí potřeby péče o duševní zdraví. Model nezachycuje změny ve výskytu psychických obtíží, diagnostické praxi, dostupnosti služeb, vyhledávání péče ani včasném zachytu. Tyto faktory jsou významné zejména u dětí, dospívajících, mladých dospělých, osob v krizových situacích a osob se závažným duševním onemocněním.

Na toto omezení upozorňuje již předchozí krajský trendový pohled na generalizovanou úzkostnou poruchu (F41), která v roce 2024 představovala nejpočetněji zastoupenou konkrétní tříznakovou diagnózu kapitoly F v Kraji Vysočina. Přestože demografický scénář u dětské populace a osob v produktivním věku ukazuje spíše pokles nebo stagnaci, standardizovaný vývoj F41 ukazuje v obou těchto věkových skupinách rostoucí intenzitu vykázané péče. To potvrzuje, že potřeba služeb u mladších a produktivních věkových skupin nemusí kopírovat pouze jejich početní zastoupení v populaci.

Doplňkový kontext poskytují také republiková data o vývoji psychiatrické péče u dětí a mladistvých. Ta ukazují, že mezi lety 2013 a 2023 došlo k výraznému nárůstu počtu dětí a dospívajících, kteří se dostali do kontaktu s odbornou psychiatrickou péčí.

Tabulka č. 5: Vývoj počtu dětí a mladistvých s psychiatrickou péčí pro vybrané diagnostické skupiny, ČR, 2013–2023

Diagnostická skupina	2013	2023	Změna
Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání (F90–F98)	26 688	30 295	14 %
Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40–F48 bez F42)	8 896	16 997	91 %
Poruchy psychického vývoje (F80–F89)	4 249	8 432	98 %
Mentální retardace (F70–F79)	3 799	4 321	14 %
Depresivní porucha (F32, F33)	1 045	3 399	225 %
Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50–F59)	1 570	2 635	68 %
Poruchy osobnosti a chování (F60, F61)	845	2 298	172 %
Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)	771	1 683	118 %
Změny osobnosti a chování (F62–F69)	455	1 639	260 %
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F11–F19)	910	925	2 %
Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20–F29)	523	805	54%
Afektivní poruchy bez deprese (F30–F39 bez F32, F33)	214	331	55%
Organické duševní poruchy, Alzheimerova nemoc (F00–F09, G30)	207	201	–3 %
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10)	150	195	30%
Celkem	47 180	66 257	40%

Zdroj: Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZZS), ÚZIS ČR. Počet pacientů, kteří mají v daném roce vykázanu jakoukoli péči pro sledovanou diagnózu, ambulantní nebo hospitalizační, u odbornosti psychiatrie. Převzato z prezentace „Psychiatrická péče v ČR dle dostupných dat“, 7. 6. 2024.

Mezi lety 2013 a 2023 vzrostl celkový počet dětí a mladistvých s psychiatrickou péčí v České republice ze 47,2 tis. na 66,3 tis. osob, tedy o 40 %. Výraznější nárůsty jsou patrné zejména u diagnostických skupin souvisejících s úzkostnou, stresovou, depresivní a vývojovou zátěží. Počet dětí a mladistvých s neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami vzrostl o 91 %, u depresivních poruch F32–F33 o 225 %, u obsedantně-kompulzivní poruchy o 118 % a u poruch psychického vývoje o 98 %.

Tato data nejsou použita k přímé kvantifikaci budoucích kapacit v Kraji Vysočina, protože jde o republikový trend, nikoli o krajskou projekci. Jejich význam je interpretační: potvrzují, že potřeba služeb pro děti a mladistvé může být ovlivněna i jinými faktory než pouze počtem dětí v populaci. Pokles dětské složky v demografické projekci proto nelze automaticky vykládat jako pokles potřeby podpory.

Nárůst počtu dětí a mladistvých v psychiatrické péči nelze jednoduše interpretovat jako přímý nárůst skutečné prevalence psychiatrických onemocnění. Data o vykázané péči mohou odrážet více procesů současně: skutečný růst psychických obtíží, lepší rozpoznávání problémů, vyšší ochotu vyhledat odbornou pomoc, změny diagnostické praxe i změny v dostupnosti péče. Pro plánování služeb je však podstatné, že všechny tyto procesy zvyšují tlak na systém odborné a návazné podpory.

Tento způsob interpretace odpovídá také aktuálnímu národnímu strategickému rámci. Strategický rámec Zdraví 2035 a jeho Implementační plán č. 2.6 Péče o duševní zdraví zdůrazňují potřebu posilovat prevenci, včasnou intervenci a dostupnost podpory v průběhu celého života. Implementační plán zároveň pracuje s rozvojem systému péče o děti v riziku nebo s již rozvinutými duševními obtížemi, krizovou péčí a meziprofesní spoluprací zdravotního, sociálního, školského a dalších systémů.

Samostatnou pozornost vyžadují také osoby se závažným duševním onemocněním. U některých diagnostických okruhů, například psychotických poruch, závažných afektivních poruch nebo obsedantně-kompulzivní poruch, nemusí být v demografické projekci patrný výrazný nárůst počtu pacientů. To však neznamená nižší význam této cílové skupiny pro plánování služeb. Její priorita vyplývá především ze závažnosti potřeb, rizika invalidizace, sociálního vyloučení, ztráty bydlení, opakovaných hospitalizací a propadu mezi zdravotními, sociálními a komunitními službami.

Výsledky projekce je proto nutné chápat jako jeden ze vstupů do plánování, nikoli jako jediné vodítko pro návrh sítě. Demografický scénář ukazuje rostoucí význam péče o seniory a osoby s neurodegenerativními či kognitivními poruchami. Doplnkové krajské a republikové trendové ukazatele zároveň potvrzují, že návrhová část musí nadále pracovat také s dětmi, mladistvými, osobami v produktivním věku, osobami v krizi a osobami se závažným duševním onemocněním. Právě u těchto skupin je nezbytné zohlednit nejen počet pacientů, ale také závažnost potřeb, dostupnost služeb, možnosti včasného zachytu a riziko sociálního propadu.

3 SHRnutí HLAVNíCH ANALYTICKýCH ZJIŠTĚNí PRO PLÁNOVÁNí SÍŤE SLUŽEB

Klíčovým demografickým faktorem je stárnutí pacientské populace, není však jediným faktorem budoucí potřeby služeb.

Tabulka č. 6 Souhrn projekce 2025–2035

Kapitola MKN-10 dle věku	2025	2035	Absolutní změna	Relativní změna (%)
F00–F99 (Celkem)	47 087	45 452	-1 635	-3,5 %
G00–G99 (Celkem)	47 413	48 061	+648	+1,4 %
F00–F99 (0–14 let)	8 781	7 020	-1 762	-20,1 %
G00–G99 (0–14 let)	2 004	1 602	-402	-20,1 %
F00–F99 (15–64 let)	25 859	24 407	-1 451	-5,6 %
G00–G99 (15–64 let)	25 730	24 286	-1 444	-5,6 %
F00–F99 (65 let a více)	12 447	14 025	+1 578	+12,7 %
G00–G99 (65 let a více)	19 679	22 174	+2 494	+12,7 %

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Souhrn projekce pro období 2025–2035 ukazuje, že při zachování současných věkově a pohlavně specifických měř dochází u kapitoly F00–F99 k mírnému poklesu celkového počtu pacientů, zatímco u kapitoly G00–G99 k mírnému nárůstu. Hlavní zjištění však nespočívá v samotné celkové změně počtu pacientů, ale ve změně jejich věkové struktury.

Ve věkové skupině 65 let a více projekce ukazuje nárůst u obou sledovaných kapitol. U kapitoly F00–F99 jde o nárůst přibližně o 1,6 tis. pacientů, u kapitoly G00–G99 přibližně o 2,5 tis. pacientů. Tento posun potvrzuje rostoucí význam starších věkových skupin pro plánování zdravotních a návazných sociálních služeb, zejména v oblasti dlouhodobé péče, kombinace zdravotních a sociálních potřeb, ztráty soběstačnosti a neurodegenerativních či kognitivních onemocnění.

U mladších věkových skupin model ukazuje pokles nebo stagnaci počtu pacientů. Tento výsledek je však nutné interpretovat jako demografický efekt, nikoli jako očekávaný pokles potřeby služeb. Jak ukazují předchozí trendové ukazatele, zejména vývoj generalizované úzkostné poruchy v Kraji Vysočina a republiková data o psychiatrické péči o děti a mladistvé, u části duševních obtíží může růst intenzita záchyty, vyhledávání péče nebo samotná psychická zátěž. Potřeba služeb pro děti, mladistvé, mladé dospělé a osoby v produktivním věku proto nemusí kopírovat pouze početní vývoj těchto věkových skupin.

Z praktického hlediska to znamená, že projekce potvrzuje rostoucí význam péče o seniory, ale nelze z ní odvozovat oslabení potřeb u ostatních cílových skupin. Pro návrh sítě je nutné kombinovat demografický scénář s dalšími hledisky: trendem vykázané péče u vybraných diagnóz, zjištěními z mapování služeb, zkušenostmi aktérů v území a strategickými prioritami v oblasti duševního zdraví. Zvláštní pozornost je proto nutné věnovat nejen seniorské populaci, ale také dětem a mladistvým, osobám v krizi a osobám závažným duševním onemocněním, u nichž je význam služeb dán nejen počtem pacientů, ale také závažností potřeb, rizikem sociálního propadu a nutností návazné komunitní podpory.

Tabulka č. 7 Změna struktury a intenzity pacientů 65+ podle okresů (2025–2035)

Kapitola MKN-10	Okres	Podíl 65+ (%) 2025	Podíl 65+ (%) 2035	Změna (p. b.)
F00-F99	Kraj Vysočina	26,4 %	30,8 %	+4,4
	Havlíčkův Brod	27,1 %	30,7 %	+3,6
	Jihlava	25,9 %	29,4 %	+3,5
	Pelhřimov	28,7 %	33,1 %	+4,4
	Třebíč	27,5 %	32,9 %	+5,5
	Žďár nad Sázavou	24,2 %	29,1 %	+4,9
G00-G99	Kraj Vysočina	41,5 %	46,0 %	+4,6
	Havlíčkův Brod	41,8 %	45,4 %	+3,6
	Jihlava	38,8 %	42,6 %	+3,8
	Pelhřimov	40,6 %	45,0 %	+4,4
	Třebíč	44,0 %	50,0 %	+6,0
	Žďár nad Sázavou	42,3 %	47,7 %	+5,4
Celkem (F+G)	Kraj Vysočina	34,0 %	38,6 %	+4,6
	Havlíčkův Brod	35,2 %	39,0 %	+3,8
	Jihlava	32,5 %	36,2 %	+3,7
	Pelhřimov	34,5 %	39,0 %	+4,5
	Třebíč	35,2 %	41,1 %	+5,9
	Žďár nad Sázavou	33,0 %	38,5 %	+5,5

Zdroj: Vlastní zpracování na základě dat ČSÚ.

Tabulka č. 7 zachycuje změnu věkové struktury pacientů na úrovni jednotlivých okresů, konkrétně podíl pacientů ve věku 65 let a více v letech 2025 a 2035. Ukazatel je uveden zvlášť pro kapitoly F (duševní poruchy), G (onemocnění nervové soustavy) a souhrnně za obě kapitoly.

Hodnoty nevyjadřují absolutní počty pacientů, ale strukturální změnu, tedy jak velkou část patientské populace budou tvořit senioři. Sloupec „Změna (p. b.)“ ukazuje, o kolik procentních bodů se tento podíl zvýší.

Z tabulky je patrné, že ve všech okresech dochází k růstu podílu pacientů ve věku 65+, a to jak u kapitoly F, tak výrazněji u kapitoly G. Nejvyšší hodnoty podílu seniorů jsou dlouhodobě u diagnóz kapitoly G, kde se již v roce 2025 pohybují kolem 40–44 % a do roku 2035 dále rostou až k hranici 50 % (např. Třebíč).

Dynamika růstu se mezi okresy liší. Výraznější nárůst podílu seniorů je patrný zejména v okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou, zatímco v Jihlavě a Havlíčkově Brodě je růst mírně nižší. Souhrnný pohled (F+G) potvrzuje, že ve všech okresech dojde k posunu přibližně o 3,5 až 6 procentních bodů.

Tabulka tak neukazuje, kde bude více pacientů celkově, ale kde bude patientská populace výrazně „stárnout“, což má zásadní dopad na charakter potřebných služeb.

Na základě analýzy vývoje počtu pacientů a jejich věkové struktury lze formulovat několik klíčových závěrů pro plánování sítě služeb.

Jak již bylo zmíněno výše, zásadním trendem není růst celkového počtu pacientů, ale jejich přesun do vyšších věkových kategorií. Tento posun je patrný napříč všemi okresy i oběma sledovanými kapitolami diagnóz. Zatímco u dětské a částečně i produktivní populace dochází k poklesu nebo stagnaci, ve věkové skupině 65+ dochází k systematickému nárůstu.

Tento vývoj bude mít přímý dopad na strukturu poptávky po službách. Lze očekávat zejména:

- vyšší potřebu dlouhodobé a následné péče,
- rostoucí význam komunitních a terénních služeb,
- zvýšené nároky na koordinaci zdravotních a sociálních služeb,
- vyšší podíl pacientů s kombinovanými diagnózami a komplexními potřebami.

Výrazný podíl seniorů u diagnóz kapitoly G naznačuje rostoucí potřebu neurologické péče, péče o osoby s neurodegenerativními onemocněními a služeb reagujících na ztrátu soběstačnosti. Detailnější rozpad diagnóz ukazuje, že ve vyšším věku se tento trend váže zejména k Alzheimerově nemoci a dalším neurodegenerativním onemocněním. Tato problematika je však systémově řešena také samostatně v rámci NAPAN, a proto v této koncepci představuje především důležitý kontext pro návaznost zdravotních a sociálních služeb. Hlavní návrhové těžiště dokumentu zůstává zaměřeno na síť péče o duševní zdraví ve smyslu NAPDZ, zejména na osoby se závažným duševním onemocněním, děti a mladistvé, osoby v produktivním věku a osoby v krizi.

Regionální rozdíly zároveň ukazují, že tlak na služby nebude rozložen rovnoměrně. Některé okresy, zejména Třebíč a Žďár nad Sázavou, budou čelit výrazně rychlejšímu nárůstu podílu seniorní populace pacientů, a tedy i vyšší zátěži systému.

Pro okres Třebíč je navíc specifickým faktorem připravovaná výstavba nového jaderného zdroje v lokalitě Dukovany, která pravděpodobně povede k přílivu obyvatel v produktivním věku. Lze tak očekávat souběh dvou trendů – výrazného stárnutí stávající populace a současně nárůstu osob ve věku 15–64 let v důsledku migrace za pracovními příležitostmi. Tento kombinovaný vývoj může vést k vyšší zátěži systému služeb v území, a to jak z hlediska objemu, tak i diverzity potřeb, a činí tak z Třebíčska jedno z klíčových území pro cílené posilování kapacit zdravotních a sociálních služeb.

Ve výsledku tak pro plánování sítě služeb vyplývá nutnost neposuzovat potřeby pouze podle celkového počtu pacientů nebo demografického stárnutí. Klíčové je kombinovat tři hlediska: očekávanou změnu věkové struktury, závažnost a komplexitu potřeb jednotlivých cílových skupin a dostupnost služeb v území.

Demografická projekce jednoznačně ukazuje rostoucí význam péče o seniory, zejména v souvislosti s neurodegenerativními a kognitivními poruchami. Současně však analytická a strategická část ukazuje, že návrh sítě péče o duševní zdraví musí nadále pracovat také s dětmi a mladistvými, osobami v produktivním věku, osobami v krizi a osobami se závažným duševním onemocněním. Právě u těchto skupin nemusí být budoucí potřeba plně viditelná v demografické projekci, ale je zásadní z hlediska prevence, včasného zachytu, sociálního začlenění, snížení hospitalizací a dostupnosti komunitní podpory.

Péče o osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina je zajišťována prostřednictvím víceúrovňového systému služeb, který zahrnuje oblast neformální podpory, komunitních sociálních služeb, ambulantní a lůžkové zdravotní péče. Tento systém se postupně proměňuje v souladu s principy reformy psychiatrické péče, zejména směrem k posilování komunitního modelu, mezioborové spolupráce a podpory zotavení.

Struktura péče v kraji by měla odpovídat obecnému modelu, kdy většina potřeb osob s duševním onemocněním je řešena v přirozeném prostředí za podpory rodiny, blízkých a komunitních služeb. V případě vyšší potřeby podpory by měly navazovat ambulantní zdravotní služby a specializované sociální služby, zatímco lůžková péče by měla představovat nejvyšší stupeň intenzity poskytované podpory.

Specifikem Kraje Vysočina je jeho převážně venkovský charakter, nižší hustota osídlení a větší vzdálenosti mezi jednotlivými sídly, což má významný dopad na dostupnost služeb, zejména terénních a ambulantních. Tyto faktory ovlivňují organizaci péče, nároky na mobilitu služeb i potřebu lokální spolupráce aktérů v jednotlivých územích.

Systém péče je tvořen kombinací zdravotních a sociálních služeb, které by se měly postupně více propojovat, zejména prostřednictvím komunitních týmů a center duševního zdraví. Tyto služby by měly být doplněny o další formy podpory, jako jsou služby zaměstnanosti, pobytové služby nebo neformální podpora v komunitě.

SEBEPÉČE A NEFORMÁLNÍ PODPORA V KOMUNITĚ

Významnou součástí systému péče o duševní zdraví představuje neformální podpora, která zahrnuje především rodinné zázemí, blízké osoby a širší komunitní prostředí. Tyto zdroje podpory hrají klíčovou roli zejména v oblasti prevence, včasného zachycení obtíží a dlouhodobé stabilizace psychického stavu.

Komunitní přístup v Kraji Vysočina vychází z principu, že péče o duševní zdraví není realizována pouze prostřednictvím specializovaných služeb, ale je součástí běžného života v komunitě. Do podpory se tak zapojují také běžné veřejné služby, jako je primární zdravotní péče, školství nebo sociální služby s širším zaměřením.

Vzhledem k charakteru kraje, kde se významná část obyvatel nachází v menších obcích a hůře dostupných lokalitách, má neformální podpora a místní komunitní vazby ještě větší význam. Zároveň však může být omezená dostupností odborných služeb a nižší mírou jejich přítomnosti v menších sídlech.

V oblasti neformální podpory a sdílené péče hraje v Kraji Vysočina významnou roli iniciativa Vysočina pečuje, která je realizována jako součást projektu „Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina“ (reg. č. OPZ/03/018/0013974), v jehož rámci vznikla mimo jiné také aplikace Portál sociálně zdravotního pomezí.¹⁵ Projekt byl financován z prostředků Evropského sociálního fondu a byl realizován jako časově omezená aktivita, přičemž jeho výstupy byly rozvíjeny přibližně do roku 2022.

V rámci projektu byly vytvořeny nástroje a aktivity zaměřené na podporu neformálních pečujících, včetně svépomocných skupin, vzdělávacích programů a informačního servisu, které fungují v jednotlivých okresech kraje, zejména v Havlíčkově Brodě, Třebíči, Jihlavě, Žďáru nad Sázavou a Pelhřimově.

¹⁵ Kraj Vysočina. *Sociálně zdravotní pomezí*. Dostupné z: <https://www.kr-vysocina.cz/socialne-zdravotni-pomezí/ds-304286>

Součástí projektu byl také vznik Portálu sociálně zdravotního pomezí, který slouží jako informační rozcestník pro osoby pečující i osoby v nepříznivé životní situaci a nabízí přehled služeb, kontaktů a praktických informací.

Aktivity realizované v rámci projektu představují významný prvek systému podpory neformálních pečujících v kraji. Zároveň platí, že se jedná o projektově vzniklé nástroje a služby, u nichž je relevantní otázka dlouhodobé udržitelnosti po skončení projektového financování, zejména v oblasti zachování svépomocných skupin a koordinace podpory v území.

KOMUNITNÍ SLUŽBY

Komunitní služby představují klíčový pilíř péče o osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina. Jsou zaměřeny na podporu lidí v jejich přirozeném prostředí, posilování samostatnosti a prevenci institucionalizace.

Služby jsou poskytovány zejména formou terénní a ambulantní podpory a jsou zajišťovány organizacemi působícími napříč jednotlivými okresy kraje, zejména organizacemi FOKUS Vysočina, VOR Jihlava a oblastními charitami.

Terénní a ambulantní služby

Základ komunitní péče tvoří služby sociální rehabilitace, které jsou poskytovány jak terénní, tak ambulantní formou. Tyto služby se zaměřují na podporu samostatnosti, rozvoj dovedností a začlenění osob s duševním onemocněním do běžného života.¹⁶

V jednotlivých okresech kraje jsou služby sociální rehabilitace zajišťovány konkrétními poskytovateli s následujícími kapacitami:¹⁷

- v okrese Havlíčkův Brod působí FOKUS Vysočina, z. ú., komunitní tým sociální rehabilitace s kapacitou 12,87 pracovního úvazku,
- v okrese Pelhřimov působí FOKUS Vysočina, z. ú., komunitní tým sociální rehabilitace s kapacitou 10,45 pracovních úvazků, přičemž od 1. 1. 2026 dochází ke snížení na 5,2 úvazku v souvislosti se vznikem Centra duševního zdraví Pelhřimov,
- v okrese Jihlava zajišťuje službu organizace VOR Jihlava, z. ú., s kapacitou 8,5 pracovních úvazků, která se od 1. 1. 2026 navyšuje na 10,2 úvazku,
- v okrese Třebíč je služba poskytována Diecézní charitou Brno, Oblastní charitou Třebíč (Papřsek naděje) s kapacitou 7,28 pracovního úvazku,
- v okrese Žďár nad Sázavou je služba poskytována Diecézní charitou Brno, Oblastní charitou Žďár nad Sázavou (Klub v 9) s kapacitou 7,88 pracovního úvazku.

Součástí systému je také Tým podpory v zaměstnávání Vysočina (6,49 úvazku) a Terénní tým pro děti Vysočina (6 úvazků).

¹⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 70 Sociální rehabilitace.

¹⁷ Zdroj: Není-li uvedeno jinak, údaje o kapacitách komunitních sociálních služeb a center duševního zdraví vycházejí z podkladů Kraje Vysočina a poskytovatelů služeb předaných v rámci mapování sítě služeb, stav k roku 2025/2026.

Centra duševního zdraví

Centrum duševního zdraví (CDZ) je specializovaná komunitní služba určená lidem se závažným duševním onemocněním.¹⁸ Poskytuje komplexní podporu v oblasti zdravotní i sociální, a to ambulantně i v terénu, přímo v přirozeném prostředí klienta. Multidisciplinární tým složený z psychiatra, psychologa, zdravotních sester, sociálních pracovníků a peer konzultantů pomáhá klientům zvládat léčbu, udržet si bydlení, řešit finanční a sociální situaci nebo se vracet do běžného života. Důležitou součástí je také krizová intervence a prevence hospitalizací. Cílem CDZ je poskytovat včasnou, koordinovanou a dostupnou péči, která podporuje zotavení a snižuje závislost na ústavní léčbě.

V Kraji Vysočina jsou centra duševního zdraví zajišťována v několika lokalitách a postupně se rozvíjejí:¹⁹

- **CDZ Havlíčkův Brod** (FOKUS Vysočina, z. ú. a PN Havlíčkův Brod) s kapacitou **9,1 pracovního úvazku**,
- **CDZ Jihlava** (Psychiatrická nemocnice Jihlava) s kapacitou **7,86 pracovního úvazku**, přičemž od 1. 1. 2026 dochází k navýšení na **10,36 pracovního úvazku**,
- **CDZ Pelhřimov** (FOKUS Vysočina, z. ú.), které od 1. 1. 2026 nově vzniká s kapacitou **5,2 pracovního úvazku**.

Centra duševního zdraví v kraji představují důležitý prvek propojení zdravotní a sociální péče a jejich rozvoj je spojen s postupnou transformací části kapacit sociální rehabilitace do režimu multidisciplinární komunitní péče.

SVĚPOMOC, PEER PODPORA A PODPORA PEČUJÍCÍCH

Významnou součástí systému péče o osoby s duševním onemocněním představují svěpomocné aktivity, peer podpora a podpora neformálních pečujících. Tyto formy podpory doplňují odborné služby a vytvářejí prostor pro sdílení zkušeností, vzájemnou pomoc a posilování kompetencí lidí se zkušeností s duševním onemocněním i jejich blízkých.

Svěpomocné skupiny jsou založeny na principu sdílení zkušenosti a vzájemné podpory mezi účastníky. Umožňují lidem bezpečně sdílet své obtíže, získávat inspiraci od ostatních a posilovat vlastní zdroje zvládání. Tyto aktivity často přispívají k prevenci zhoršení psychického stavu a podporují proces zotavení. Specifickou roli v systému sehrává také peer podpora, tedy podpora poskytovaná lidmi s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, která přináší jedinečný pohled a posiluje důvěru v proces zotavení.

V Kraji Vysočina je svěpomoc a peer podpora zajišťována zejména prostřednictvím organizací FOKUS Vysočina, Oblastních charit a dalších iniciativ působících v jednotlivých okresech.

Svěpomocné skupiny a aktivity

Organizace **FOKUS Vysočina** provozuje síť svěpomocných skupin pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním, které fungují například v Jihlavě, Havlíčkově Brodě a Třebíči. Jedná se o tematicky zaměřené skupiny, jako je například skupina pro mladé (16–25 let), skupina „Houpačka“ pro starší účastníky, literární klub, „Básničkář“ nebo rukodělné aktivity (např. „Drátovanka“). Součástí nabídky jsou také tematické dílny a odborné konzultace.

¹⁸ Ministerstvo zdravotnictví ČR. Reforma psychiatrie: Centra duševního zdraví (CDZ). Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz>

¹⁹ Zdroj: Podklady Kraje Vysočina a poskytovatelů služeb předané v rámci mapování sítě služeb, stav k roku 2025/2026.

V Jihlavě funguje také **Recovery klub (FOKUS Vysočina)**, který je zaměřen na podporu zotavení a nabízí pravidelná setkání pro lidi s duševním onemocněním i jejich blízké. Setkání probíhají několikrát týdně v prostorách organizace.

Další svépomocná aktivita je realizována organizací **JenTakŽít**, která provozuje peer-run skupinu „Přijď se NADECHNOUT“ v Havlíčkově Brodě. Skupina poskytuje prostor pro sdílení zkušeností, emocí a osobního rozvoje a setkává se pravidelně jednou měsíčně.

V oblasti podpory rodin osob s duševním onemocněním působí například program **Paprsek naděje** (Oblastní charita Třebíč), který nabízí kombinaci sociálního poradenství a vzájemného sdílení. V Třebíči zároveň funguje **Klub v 9**, který poskytuje bezpečný prostor pro setkávání lidí s duševním onemocněním a nabízí volnočasové i podpůrné aktivity.

Peer podpora

Peer podpora je v Kraji Vysočina realizována zejména prostřednictvím organizace **FOKUS Vysočina**, která zaměstnává peer konzultanty s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Tito pracovníci poskytují podporu klientům jak v rámci komunitních služeb, tak v dalších formách spolupráce.

Peer podpora je dále rozvíjena i v rámci dalších aktivit, například prostřednictvím organizace **JenTakŽít**, kde peer konzultantka poskytuje vedle skupinových aktivit také individuální podporu.

Součástí multidisciplinární péče je peer podpora také v rámci **Centra duševního zdraví Jihlava**, kde peer konzultant působí jako člen týmu a podílí se na podpoře klientů v procesu zotavení.

Podpora neformálních pečujících

Podpora neformálních pečujících je v Kraji Vysočina realizována zejména prostřednictvím iniciativy **Vysočina pečuje**, která organizuje svépomocné skupiny pro osoby pečující o blízké s dlouhodobým onemocněním, včetně duševních poruch.

Svépomocné skupiny pro pečující probíhají například v:

- **Havlíčkově Brodě**,
- **Třebíči**,
- a dalších okresech kraje (Žďár nad Sázavou, Pelhřimov, Jihlava).

Setkání probíhají pravidelně a jsou zaměřena na sdílení zkušeností, vzájemnou podporu a předávání praktických informací. Tyto skupiny představují důležitý zdroj podpory pro osoby, které dlouhodobě pečují o své blízké.

POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

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

Pobytové služby jsou určeny zejména osobám s dlouhodobým nebo chronickým duševním onemocněním, u nichž již není dostačující podpora v přirozeném prostředí nebo prostřednictvím terénních a ambulantních služeb. Podpora je poskytována v různých režimech podle míry potřeb klienta – od méně intenzivních forem bydlení s podporou až po služby s nepřetržitou péčí.

V Kraji Vysočina jsou pobytové služby pro osoby s duševním onemocněním zajišťovány zejména prostřednictvím chráněného bydlení a domovů se zvláštním režimem.

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba má podobu bydlení v běžném prostředí, často v menších domácnostech, a je zaměřena na podporu samostatnosti klientů při zachování potřebné míry podpory.²⁰

V Kraji Vysočina je chráněné bydlení zajišťováno:

- v okrese **Havlíčkův Brod** – FOKUS Vysočina, z. ú., s kapacitou **12 lůžek**,
- v okrese **Pelhřimov** – FOKUS Vysočina, z. ú., s kapacitou **4 lůžek**,
- v okrese **Jihlava** – VOR Jihlava, z. ú., s kapacitou **9 lůžek**, přičemž v roce 2026 je plánováno navýšení na **12 lůžek**.

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob a zahrnuje intenzivnější podporu než v případě chráněného bydlení.²¹

V Kraji Vysočina je tato služba zajišťována:

- **Domovem ve Věži, příspěvkovou organizací**, s kapacitou **88 lůžek a 2 krizových lůžek**.

Na tuto službu navazují také **domovy pro osoby se zdravotním postižením**, které jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a poskytují dlouhodobou pobytovou podporu.²²

V Kraji Vysočina je tato služba zastoupena:

- **Domovem ve Věži, příspěvkovou organizací**, s kapacitou **12 lůžek**.

Pobytové služby tvoří důležitou součást systému péče, zejména pro osoby s vyšší mírou potřebnosti, a doplňují komunitní a terénní služby v situacích, kdy není možné zajistit dostatečnou podporu v přirozeném prostředí.

KAPACITNÍ BILANCE KOMUNITNÍCH A POBYTOVÝCH SLUŽEB

Pro doplnění popisu jednotlivých služeb byla zpracována orientační kapacitní bilance, která propojuje dostupné údaje o kapacitách vybraných sociálních a komunitních služeb s demograficko-epidemiologickou projekcí počtu osob v relevantních diagnostických a věkových skupinách. Smyslem tohoto přehledu není stanovit přesný normativ potřebných kapacit ani vyčíslit počet chybějících úvazků nebo lůžek. Dostupná data takový výpočet neumožňují, protože jednotlivé služby mají odlišnou cílovou skupinu, intenzitu podpory, územní působnost i způsob vykazování kapacity.

Bilance proto slouží především jako orientační nástroj pro posouzení územních rozdílů v dostupnosti základních typů podpory. U komunitních služeb je jako vztahová cílová skupina použita projekce počtu osob s diagnózami kapitoly F00–F99 ve věku 15 let a více, tedy skupina, která nejlépe odpovídá hlavní cílové skupině sociální rehabilitace, center duševního zdraví a podpory bydlení. Tento ukazatel nelze chápat jako počet osob, které budou danou službu potřebovat, ale jako srovnatelný rámec pro orientační posouzení kapacitní vybavenosti okresů.

²⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 51 Chráněné bydlení.

²¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 50 Domovy se zvláštním režimem.

²² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 48 Domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Do přehledu byly zahrnuty především kapacity sociální rehabilitace, center duševního zdraví a chráněného bydlení. Úvazky center duševního zdraví jsou uváděny za sociální část služby; zdravotní část je financována a vykazována v jiném režimu. Do okresního přepočtu sociální rehabilitace nejsou zahrnuty nadokresní nebo krajské týmy, například Tým podpory v zaměstnávání Vysočina nebo Terénní tým pro děti Vysočina. Ty jsou komentovány samostatně, protože mají jinou územní působnost a cílovou skupinu.

Tabulka č. 8: Orientační vývoj kapacitní zátěže sociální rehabilitace podle okresů, 2025–2035

Okres	F00–F99 15+ 2025	F00–F99 15+ 2030	F00–F99 15+ 2035	Změna 2025–2035	Sociální rehabilitace, úvazky	Pacienti F 15+ na 1 úvazek 2025	Pacienti F 15+ na 1 úvazek 2035
Havlíčkův Brod	7 927	7 904	7 973	0,6 %	12,87	616	619
Jihlava	8 962	9 084	9 294	3,7 %	10,2	879	911
Pelhřimov	4 973	4 959	4 989	0,3 %	5,2	956	960
Třebíč	7 892	7 763	7 721	–2,2 %	7,28	1 084	1 061
Žďár nad Sázavou	8 565	8 475	8 507	–0,7 %	7,88	1 087	1 080

Zdroj: Vlastní zpracování na základě demograficko-epidemiologické projekce z dat ČSÚ a podkladů Kraje Vysočina a poskytovatelů služeb předaných v rámci mapování sítě služeb, stav kapacit k roku 2025/2026. Pozn.: Cílová skupina F00–F99 15+ zahrnuje osoby ve věku 15–64 let a 65 let a více. Přepočet pacientů na úvazek má orientační charakter; nejde o skutečný počet klientů služby ani o normativ potřebné kapacity.

Tabulka ukazuje, že projektovaný počet osob s diagnózami kapitoly F ve věku 15 let a více se mezi lety 2025 a 2035 ve většině okresů výrazně nemění. Nejde tedy o scénář plošného růstu počtu pacientů v této cílové skupině. Přesto jsou mezi okresy patrné rozdíly v relativní vybavenosti sociální rehabilitací. Nejnížší orientační počet pacientů na jeden úvazek sociální rehabilitace vychází v okrese Havlíčkův Brod, zatímco vyšší hodnoty jsou patrné zejména v okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou.

Tento rozdíl neznamena, že uvedený počet pacientů připadá přímo na pracovníky služby. Ukazuje však, že při srovnatelném projekčním základu je komunitní sociální rehabilitace v některých okresech relativně silněji zastoupena než v jiných. Pro plánování je důležité sledovat nejen samotný počet úvazků, ale také to, zda je v území přítomna další navazující vrstva podpory, zejména centrum duševního zdraví, chráněné bydlení nebo specializované terénní služby.

Tabulka č. 9: Orientační vybavenost okresů vybranými komunitními službami pro osoby s duševním onemocněním

Okres	F00–F99 15+ 2035	Sociální rehabilitace, úvazky	CDZ, úvazky	Komunitní úvazky celkem*	Pacienti F 15+ na 1 komunitní úvazek	Chráněné bydlení, lůžka
Havlíčkův Brod	7 973	12,87	9,1	21,97	363	12
Jihlava	9 294	10,2	10,36	20,56	452	12
Pelhřimov	4 989	5,2	5,2	10,4	480	4
Třebíč	7 721	7,28	0	7,28	1 061	0
Žďár nad Sázavou	8 507	7,88	0	7,88	1 080	0

*Komunitní úvazky celkem zahrnují sociální rehabilitaci a sociální část CDZ. Nezahrnují zdravotní část CDZ, Tým podpory v zaměstnávání Vysočina ani Terénní tým pro děti Vysočina. Zdroj: vlastní zpracování na základě projekce počtu pacientů a podkladů Kraje Vysočina a poskytovatelů služeb předaných v rámci mapování sítě služeb, stav kapacit k roku 2025/2026.

Pozn.: Přepočty mají orientační charakter. Úvazky CDZ jsou uvedeny za sociální část služby; zdravotní část CDZ je financována a vykazována samostatně.

Při započtení center duševního zdraví se rozdíly mezi okresy zvyrazňují. Okresy Havlíčkův Brod, Jihlava a Pelhřimov mají vedle sociální rehabilitace také CDZ, a tedy širší základnu komunitní multidisciplinární péče. Naproti tomu v okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou nejsou v uvedených podkladech CDZ evidována. V těchto okresech proto zůstává komunitní podpora ve větší míře navázána především na sociální rehabilitaci a další návazné služby.

Obdobný rozdíl je patrný také u chráněného bydlení. Kapacity chráněného bydlení jsou v uvedených podkladech zachyceny v okresech Havlíčkův Brod, Jihlava a Pelhřimov, zatímco v Třebíči a Žďáru nad Sázavou uvedeny nejsou. Z hlediska plánování je to podstatné zejména pro osoby se závažným duševním onemocněním, které po stabilizaci zdravotního stavu potřebují podporu při bydlení a sociálním začlenění. Absence této vrstvy podpory může komplikovat návrat z hospitalizace, udržení v komunitě i prevenci sociálního propadu.

Specifickou oblastí je podpora dětí a dospívajících. Terénní tým pro děti Vysočina je v podkladech uveden jako krajská kapacita o rozsahu 6 úvazků, přičemž v současnosti zajišťuje zejména okresy Havlíčkův Brod, Jihlava a Pelhřimov a v dalším období je plánováno rozšíření do okresu Žďár nad Sázavou. Vzhledem k rostoucí psychické zátěži dětí a mladistvých je vhodné tuto kapacitu sledovat nejen z hlediska celkového počtu úvazků, ale také z hlediska územního pokrytí, dojezdových vzdáleností a návaznosti na školy, pedagogicko-psychologické poradny, ambulantní psychiatrii a krizovou podporu.

Samostatně je vhodné interpretovat také pobytové kapacity. Chráněné bydlení a Domov ve Věži představují kapacity přímo relevantní pro osoby s duševním onemocněním a vyšší potřebou podpory. Naproti tomu širší kapacity domovů pro seniory a části domovů se zvláštním režimem se vztahují zejména k seniorské a neurodegenerativní problematice. Tyto služby jsou pro koncepci důležité jako návazný zdravotně-sociální kontext, zejména u osob s kognitivními poruchami, demencí, ztrátou soběstačnosti nebo kombinovanými potřebami. Nelze je však jednoduše započítat jako kapacitu specializované sítě péče o duševní zdraví.

Tabulka č. 10: Orientační přehled pobytových kapacit relevantních pro osoby s duševním onemocněním a seniorskou neurodegenerativní problematiku

Typ kapacity	Územní zachycení v podkladech	Kapacita	Interpretace pro koncepci
Chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním	Havlíčkův Brod, Jihlava, Pelhřimov	28 lůžek	Přímá návazná kapacita pro osoby s duševním onemocněním a potřebou podpory bydlení.
Domov se zvláštním režimem Domov ve Věži	krajská kapacita	90 lůžek	Přímá pobytová kapacita pro osoby s vyšší potřebou podpory, včetně osob s duševním onemocněním.
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	krajská kapacita	12 lůžek	Doplňková pobytová kapacita pro osoby se zdravotním postižením a dlouhodobou potřebou podpory.
Domovy se zvláštním režimem pro seniorskou / neurodegenerativní problematiku	okresní přehled	1 698 lůžek	Širší kapacita seniorské a neurodegenerativní péče; nelze ji chápat jako přímou kapacitu systému péče o duševní zdraví.
Domovy pro seniory	okresní přehled	2 113 lůžek	Obecná seniorská pobytová kapacita; relevantní pro návaznost osob s kognitivními poruchami a ztrátou soběstačnosti.

Zdroj: Vlastní zpracování na základě podkladů Kraje Vysočina a poskytovatelů služeb předaných v rámci mapování sítě služeb, stav k roku 2025/2026.

Pozn.: U seniorských pobytových služeb nejde o specializovanou kapacitu péče o duševní zdraví. Údaje slouží pouze jako širší kontext zdravotně-sociální návaznosti.

Pobytové kapacity ukazují dvě odlišné roviny. První tvoří kapacity přímo zaměřené na osoby s duševním onemocněním, zejména chráněné bydlení a Domov ve Věži. Ty jsou důležité pro osoby, které nemohou bez podpory samostatně bydlet, ale zároveň u nich není vhodné nebo žádoucí dlouhodobé setrvání v lůžkové psychiatrické péči. Druhou rovinu tvoří širší pobytové kapacity pro seniory a osoby s neurodegenerativními nebo kognitivními poruchami. Tyto kapacity jsou významné pro návaznost péče ve stáří, ale z hlediska této koncepce je nelze zaměňovat za specializovanou síť služeb pro osoby s duševním onemocněním ve smyslu reformy psychiatrické péče.

Celkově orientační kapacitní bilance ukazuje, že další plánování by nemělo vycházet pouze z krajského součtu kapacit, ale především z jejich územního rozložení a funkční návaznosti. Z hlediska komunitní péče se jako silnější jeví okresy, kde je vedle sociální rehabilitace dostupné také CDZ a chráněné bydlení. Naopak v okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou je podle dostupných podkladů slabší zastoupení některých klíčových vrstev komunitní péče, zejména CDZ a chráněného bydlení. V těchto územích je proto vhodné v návrhové části věnovat zvýšenou pozornost posílení multidisciplinární podpory, návaznosti na lůžkovou péči, dostupnosti podpory bydlení a koordinaci mezi sociálními, zdravotními a školskými aktéry.

Zároveň je nutné zdůraznit, že kapacitní bilance sama o sobě nevypovídá o skutečné dostupnosti služeb pro konkrétního klienta. Tu ovlivňuje také dojezdová vzdálenost, intenzita podpory, personální stabilita služeb, čekací doby, dostupnost návazné zdravotní péče, krizové podpory a bydlení. Přesto tento přehled poskytuje důležitý podklad pro strategické rozhodování, protože ukazuje, že problémem není pouze celková výše kapacit v kraji, ale zejména jejich skladba, územní pokrytí a návaznost mezi jednotlivými částmi systému.

Seniorská a neurodegenerativní problematika v návaznosti na kapacity domovů se zvláštním režimem

Demograficko-epidemiologická projekce ukazuje nárůst počtu pacientů s diagnózami kapitoly G00–G99 ve věku 65 let a více. Ve vyšším věku jde zejména o skupinu obtíží spojených s neurologickými, neurodegenerativními a kognitivními poruchami. V rozpadu na tříznakové diagnózy se tato vazba projevuje především u Alzheimerovy nemoci a dalších stavů spojených se ztrátou soběstačnosti a potřebou dlouhodobé zdravotně-sociální podpory.

Tuto oblast je vhodné interpretovat odděleně od hlavní reformní logiky péče o duševní zdraví. Problematika demencí, Alzheimerovy nemoci a obdobných onemocnění je v České republice samostatně řešena Národním akčním plánem pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030, který se věnuje mimo jiné včasné diagnostice, návazné zdravotní a sociální podpoře, podpoře pečujících a dostupnosti služeb pro osoby žijící s demencí.²³

Následující přehled proto nepředstavuje výpočet potřebných lůžek ani návrh na řešení neurodegenerativní problematiky výhradně prostřednictvím pobytových služeb. Slouží pouze jako orientační srovnání projektovaného vývoje pacientů s diagnózami kapitoly G ve věku 65+ a kapacit domovů se zvláštním režimem. Pro skutečné plánování je nutné vedle pobytových služeb zohlednit také domácí zdravotní péči, pečovatelské služby, osobní asistenci, odlehčovací služby, ambulantní péči, podporu neformálních pečujících a koordinaci dlouhodobé péče.

Tabulka č. 11: Projekce počtu pacientů s diagnózami kapitoly G00–G99 ve věku 65+ podle okresů, 2025–2035

Okres	G00–G99 65+ 2025	G00–G99 65+ 2030	G00–G99 65+ 2035	Změna 2025–2035
Havlíčkův Brod	4 779	5 094	5 275	10,4 %
Jihlava	4 178	4 492	4 742	13,5 %
Pelhřimov	2 373	2 523	2 641	11,3 %
Třebíč	3 834	4 131	4 345	13,3 %
Žďár nad Sázavou	4 512	4 859	5 149	14,1 %
Kraj Vysočina celkem	19 676	21 099	22 152	12,6 %

Zdroj: Vlastní zpracování na základě demograficko-epidemiologické projekce.

Projekce ukazuje nárůst počtu pacientů s diagnózami kapitoly G ve věku 65+ ve všech okresech Kraje Vysočina. Na úrovni kraje jde mezi lety 2025 a 2035 o nárůst přibližně o 12,6 %. Relativně nejvyšší růst vychází v okrese Žďár nad Sázavou, dále v okresech Jihlava a Třebíč. Tento vývoj odpovídá stárnutí populace a potvrzuje rostoucí význam návazné zdravotně-sociální péče pro osoby s neurologickými a kognitivními obtížemi.

²³ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030*. Praha: MZ ČR, 2021. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-2020-2030/>

Tabulka č. 12: Orientační vztah pacientů G00–G99 ve věku 65+ ke kapacitám domovů se zvláštním režimem

Okres	G00–G99 65+ 2025	G00–G99 65+ 2035	DZR lůžka, současný stav	G 65+ na 1 lůžko DZR 2025	G 65+ na 1 lůžko DZR 2035
Havlíčkův Brod	4 779	5 275	188	25,4	28,1
Jihlava	4 178	4 742	441	9,5	10,8
Pelhřimov	2 373	2 641	424	5,6	6,2
Třebíč	3 834	4 345	279	13,7	15,6
Žďár nad Sázavou	4 512	5 149	366	12,3	14,1
Kraj Vysočina celkem	19 676	22 152	1 698	11,6	13

Zdroj: Vlastní zpracování na základě demograficko-epidemiologické projekce z dat ČSÚ a podkladů Kraje Vysočina k pobytovým sociálním službám, stav kapacit k roku 2025/2026.

Pozn.: Přepočet má orientační charakter. Počet pacientů G00–G99 ve věku 65+ nelze interpretovat jako počet osob, které potřebují domov se zvláštním režimem. Kapacity DZR nejsou určeny výhradně pro osoby s diagnózami kapitoly G a skutečná potřeba péče závisí mimo jiné na míře soběstačnosti, rodinném zázemí, dostupnosti domácí péče a dalších podpůrných službách.

Při srovnání projektovaného počtu pacientů G00–G99 ve věku 65+ se současnými kapacitami DZR jsou mezi okresy patrné výrazné rozdíly. Nejvyšší orientační počet pacientů na jedno lůžko DZR vychází v okrese Havlíčkův Brod, kde by v roce 2035 připadalo přibližně 28 pacientů G 65+ na jedno lůžko DZR. Vyšší hodnoty jsou patrné také v okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou. Naopak v okrese Pelhřimov vychází tento poměr výrazně nižší.

Uvedené hodnoty neukazují přímý nedostatek nebo přebytek lůžek. Slouží spíše k zachycení toho, že vztah mezi předpokládaným růstem seniorské neurodegenerativní zátěže a dostupnými pobytovými kapacitami není v kraji rovnoměrný. Pro plánování je proto vhodné sledovat nejen počet lůžek, ale také územní rozložení kapacit a návaznost na zdravotní a terénní sociální péči.

Tabulka č. 13: Orientační scénář kapacit DZR včetně rozvojových záměrů

Okres	G00–G99 65+ 2035	DZR lůžka, současný stav	DZR lůžka včetně rozvojových záměrů	G 65+ na 1 lůžko DZR 2035, současný stav	G 65+ na 1 lůžko DZR 2035, včetně záměrů
Havlíčkův Brod	5 275	188	387	28,1	13,6
Jihlava	4 742	441	494	10,8	9,6
Pelhřimov	2 641	424	380	6,2	7
Třebíč	4 345	279	750	15,6	5,8
Žďár nad Sázavou	5 149	366	464	14,1	11,1
Kraj Vysočina celkem	22 152	1 698	2 475	13,0	9,0

Zdroj: Vlastní zpracování na základě demograficko-epidemiologické projekce z dat ČSÚ a podkladů Kraje Vysočina k pobytovým sociálním službám včetně rozvojových záměrů.

Pozn.: Údaje zahrnující rozvojové záměry nepředstavují garantovaný budoucí stav kapacit. Jde o orientační scénář, který předpokládá naplnění uvedených záměrů. Část záměrů může být v různé fázi přípravy, může být realizována pouze částečně nebo v jiném časovém horizontu. Přepočty nelze interpretovat jako normativ potřebných lůžek.

Při započtení rozvojových záměrů by se orientační vztah mezi projektovaným počtem pacientů G00–G99 ve věku 65+ a kapacitami DZR na úrovni kraje zlepšil. Při současném stavu by v roce 2035 připadalo přibližně 13,0 pacientů G 65+ na jedno lůžko DZR, zatímco ve scénáři zahrnujícím rozvojové záměry by tento poměr klesl přibližně na 9,0.

Nejvýraznější zlepšení by se projevilo v okrese Třebíč, kde by se poměr snížil z 15,6 na 5,8 pacienta G 65+ na jedno lůžko DZR. Výrazné zlepšení by nastalo také v okrese Havlíčkův Brod, kde by se poměr snížil z 28,1 na 13,6. V okrese Žďár nad Sázavou by se poměr snížil ze 14,1 na 11,1. I při naplnění rozvojových záměrů by však mezi okresy přetrvávaly rozdíly, zejména mezi Havlíčkovým Brodem, Žďárem nad Sázavou a ostatními okresy.

Z hlediska plánování kraje lze rozvoj kapacit DZR chápat jako jednu z možných reakcí na stárnutí populace a nárůst neurodegenerativní zátěže. Nemůže však být jedinou odpovědí. Stejně důležitá je dostupnost služeb umožňujících setrvání v domácím prostředí, podpora neformálních pečujících, včasné zachycení ztráty soběstačnosti a koordinace mezi zdravotními a sociálními službami.

Celkově tento doplňkový přehled potvrzuje, že seniorská a neurodegenerativní oblast bude v Kraji Vysočina do roku 2035 nabývat na významu. Vzhledem k věcnému zaměření této koncepce však zůstává hlavním předmětem návrhové části rozvoj komunitní, ambulantní, terénní a mezioborově koordinované podpory pro osoby s duševním onemocněním, děti a mladistvé, osoby v produktivním věku, osoby v krizi a osoby se závažným duševním onemocněním. Problematika demencí a dlouhodobé péče má být řešena v provázanosti s příslušnými strategickými rámci, zejména s NAPAN, a s plánováním sociálních a zdravotních služeb pro seniorskou populaci.

AMBULANTNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE

Ambulantní psychiatrická péče představuje jednu z hlavních vstupních a stabilizačních složek systému péče o duševní zdraví. Zajišťuje diagnostiku, léčbu, dlouhodobé sledování osob s duševním onemocněním a v řadě případů také koordinaci dalšího postupu mezi zdravotní, sociální a komunitní podporou. V systému péče plní důležitou roli jak pro osoby v počáteční fázi obtíží, tak pro osoby s chronickým nebo závažným duševním onemocněním.

Pro potřeby mapování byla ambulantní péče rozdělena na péči pro dospělé a péči pro děti a mladistvé. Tyto oblasti se liší cílovou skupinou, charakterem potřeb i návazností dalších služeb. U dětí a dospívajících je klíčová zejména vazba na rodinu, školy, školská poradenská zařízení, praktické lékaře pro děti a dorost, psychology a sociální služby.

Ambulantní psychiatrie pro dospělé

Ambulantní psychiatrická péče pro dospělé je v Kraji Vysočina zajišťována samostatnými psychiatrickými ambulancemi, ambulantními pracovišti při zdravotnických zařízeních a vybranými pracovišti s kombinovanou odborností, například v oblasti návykových nemocí, adiktologie, klinické psychologie nebo návazné psychiatrické péče. Součástí širší ambulantní vrstvy jsou rovněž pracoviště navázaná na psychiatrické nemocnice a centra duševního zdraví.

Podle vlastního mapování, vycházejícího zejména z údajů Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb a doplněného o kontrolu veřejně dostupných údajů, bylo na území Kraje Vysočina identifikováno přibližně 45 až 50 ambulantních položek s vazbou na psychiatrickou péči. Tento údaj je nutné chápat jako orientační přehled rozmístění péče, nikoli jako údaj o skutečné kapacitě. Nezachycuje výši úvazků, ordinační dobu, počet přijímaných pacientů, čekací doby ani skutečnost, že někteří poskytovatelé mohou působit na více místech nebo pouze ve vybraných dnech.

Rozmístění ambulantní psychiatrické péče není v kraji rovnoměrné. Vyšší koncentrace pracovišť je patrná zejména v Jihlavě a ve větších městech jednotlivých okresů. V některých částech kraje je péče více rozprostřena mezi menší města a ordinace s omezenou ordinační dobou. Pro plánování sítě je proto důležité sledovat nejen počet záznamů v registru, ale také reálnou dostupnost péče, její územní pokrytí a návaznost na další služby.

Součástí ambulantní vrstvy je také spolupráce s praktickými lékaři, klinickými psychology, adiktologickými službami, sociální rehabilitací, centry duševního zdraví a lůžkovou péčí. V praxi tak ambulantní psychiatrie představuje jeden z hlavních propojovacích článků mezi zdravotní a sociální oblastí.

Tabulka č. 14 Orientační rozmístění ambulantní psychiatrické péče v Kraji Vysočina

Okres	Orientační počet ambulantních psychiatrických položek	Z toho výslovně uvedená dětská a dorostová psychiatrie	Poznámka
Jihlava	14	1	Nejvyšší koncentrace ambulantních pracovišť v kraji, včetně pracovišť v Jihlavě, Telči, Třebíči a návazných pracovišť při zdravotnických zařízeních.
Havlíčkův Brod	7–12	2	Počet závisí na pravidlech započtení více míst poskytování péče a pracovišť v Havlíčkově Brodě, Chotěboři, Světlé nad Sázavou a dalších lokalitách.
Třebíč	6–7	0	Síť zahrnuje zejména Třebíč, Moravské Budějovice, Náměšť nad Oslavou a Jemnici. Dětská a dorostová ambulantní psychiatrie není v mapování jednoznačně doložena.
Žďár nad Sázavou	8–12	0	Síť je územně rozprostřena mezi Žďár nad Sázavou, Nové Město na Moravě, Velké Meziříčí, Velkou Bíteš, Bystřici nad Pernštejnem a další obce.
Pelhřimov	7	2	Ambulance jsou uvedeny zejména v Pelhřimově, Humpolci, Pacově a dalších místech okresu.
Kraj Vysočina celkem	přibližně 45–50	5	Orientační součet z vlastního mapování; nejde o počet plných úvazků, lékařů ani o údaj o reálné kapacitě péče.

Zdroj: Vlastní mapování ambulantní psychiatrické péče v Kraji Vysočina podle údajů Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb a veřejně dostupných údajů poskytovatelů, stav k roku 2025/2026.

Pozn.: Přehled má orientační charakter. Někteří poskytovatelé mohou působit ve více místech, část ordinací může mít omezenou ordinární dobu a některé záznamy zahrnují kombinované odbornosti. Údaje proto nelze interpretovat jako počet lékařů, úvazků ani skutečnou kapacitu ambulantní psychiatrické péče.

Ambulantní psychiatrie pro děti a mladistvé

Ambulantní psychiatrická péče pro děti a mladistvé je specializovanou součástí systému péče o duševní zdraví. Zaměřuje se na diagnostiku a léčbu duševních obtíží u dětí a dospívajících a obvykle vyžaduje úzkou spolupráci s rodinou, školami, školskými poradenskými zařízeními, praktickými lékaři pro děti a dorost, psychology a sociálními službami.

V Kraji Vysočina je tato oblast ve srovnání s ambulantní péčí pro dospělé výrazně omezenější. V rámci vlastního mapování bylo identifikováno přibližně pět ambulantních položek, u nichž je výslovně uvedena dětská a dorostová psychiatrie. Tyto položky jsou zachyceny zejména v okresech Havlíčkův Brod, Jihlava a Pelhřimov. V okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou nebyla v mapování jednoznačně doložena samostatná ambulantní dětská a dorostová psychiatrická péče.

Tento údaj nelze chápat jako přesnou kapacitu dětské a dorostové psychiatrie. Nezohledňuje úvazky, ordinační dobu, čekací doby, přijímání nových pacientů ani skutečnost, že část péče může být poskytována v kombinaci s péčí pro dospělé nebo v návaznosti na lůžková a specializovaná zařízení. Přesto ukazuje, že dětská a dorostová psychiatrie je v kraji kapacitně i územně citlivým článkem systému.

Z hlediska plánování je proto vhodné tuto oblast dále ověřit podrobnějším kapacitním šetřením. Klíčové je zejména zjistit reálnou dostupnost péče pro nové pacienty, čekací doby, rozsah ordinačních hodin, územní dostupnost mimo největší města a návaznost na školy, PPP, SPC, pediatrie, školní psychology, krizovou pomoc a komunitní služby pro děti a rodiny.

LŮŽKOVÁ PÉČE

Na území Kraje Vysočina je lůžková psychiatrická péče zajišťována především prostřednictvím specializovaných psychiatrických nemocnic. V kraji působí tři klíčová zařízení: Psychiatrická nemocnice Jihlava, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod a Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš. Vedle nich je v kraji také soukromá Psychiatrická léčebna Jemnice.

Tato zařízení poskytují péči nejen obyvatelům Kraje Vysočina, ale také pacientům z širší spádové oblasti. Struktura péče zahrnuje zejména následnou a dlouhodobou psychiatrickou péči, včetně specializovaných programů například v oblasti léčby závislostí, gerontopsychiatrie nebo dětské psychiatrie. Akutní péče není v kraji vždy samostatně organizačně vymezena jako oddělený segment, v praxi je však v rámci částí těchto zařízení poskytována.

Z hlediska plánování sítě služeb je důležité sledovat nejen samotný počet lůžek, ale také strukturu hospitalizovaných pacientů, podíl osob z Kraje Vysočina, zastoupení dlouhodobých hospitalizací a přítomnost skupin, které vyžadují návaznou sociální, komunitní nebo pobytovou podporu.

Psychiatrická nemocnice Jihlava

Psychiatrická nemocnice Jihlava je jedním z hlavních poskytovatelů lůžkové psychiatrické péče v Kraji Vysočina. Zajišťuje péči pro dospělé pacienty a poskytuje široké spektrum odborných služeb v oblasti psychiatrie, včetně léčby duševních onemocnění a návykových poruch.

Součástí poskytované péče jsou léčebné programy zaměřené na stabilizaci psychického stavu i dlouhodobější hospitalizační péče pro pacienty s chronickým duševním onemocněním. Nemocnice pracuje s multidisciplinárním týmem složeným z lékařů, psychologů, zdravotních sester a dalších odborníků. Zařízení zároveň poskytuje ambulantní služby a podílí se na rozvoji komunitní péče, mimo jiné prostřednictvím Centra duševního zdraví v Jihlavě.

Nemocnice disponuje 456 lůžky na 17 odděleních šesti primariátů. Z toho je 40 lůžek určeno pro akutní péči a 416 lůžek pro péči následnou.

Z cenzu k 31. 1. 2026, při celkovém počtu 405 pacientů, vyplývá, že 280 hospitalizovaných osob, tedy 69 %, bylo z Kraje Vysočina. Hlavní diagnostické spektrum tvořily osoby se závažným duševním onemocněním (SMI), které představovaly 33 % pacientů, dále osoby s gerontopsychiatrickými problémy (24 %) a osoby se závislostí (22 %).

Dlouhodobě, tedy déle než 6 měsíců, bylo hospitalizováno 159 osob, což představuje 39 % všech pacientů. Z toho 68 osob bylo hospitalizováno déle než 5 let. Mezi dlouhodobě hospitalizovanými tvořily osoby se SMI 60 %; z nich bylo 70 osob z Kraje Vysočina. Dále byly mezi dlouhodobě hospitalizovanými zastoupeny osoby s gerontopsychiatrickými problémy (25 %) a osoby s mentální retardací (9 %). Ústavní ochrannou léčbu vykonávalo 36 pacientů, z toho 23 z Kraje Vysočina.

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod představuje významné lůžkové zařízení v rámci kraje. Poskytuje péči dospělým pacientům s různými typy duševních onemocnění a zajišťuje obecnou psychiatrickou péči i specializované služby, například v oblasti gerontopsychiatrie, psychoterapie nebo léčby závislostí.

Péče je poskytována prostřednictvím odborných oddělení zaměřených na různé cílové skupiny pacientů. Součástí je jak krátkodobá hospitalizační péče zaměřená na stabilizaci stavu, tak dlouhodobější péče u osob s chronickým onemocněním. Nemocnice rovněž zajišťuje ambulantní péči a podílí se na návaznosti služeb v kraji, včetně spolupráce s komunitními službami a Centrem duševního zdraví v Havlíčkově Brodě.

Nemocnice disponuje 625 lůžky, z toho 34 lůžek je určeno pro děti a adolescenty od 3 do 18 let.

Z cenzu k 31. 1. 2026, při celkovém počtu 569 pacientů, vyplývá, že 116 osob, tedy 20 %, bylo z Kraje Vysočina. V zařízení bylo hospitalizováno také 32 osob mladších 18 let, z toho 5 z Kraje Vysočina. Hlavní diagnostické spektrum tvořily osoby se závažným duševním onemocněním (38 %), osoby s gerontopsychiatrickými problémy (21 %) a osoby se závislostí (16 %).

Dlouhodobě, tedy déle než 6 měsíců, bylo hospitalizováno 188 osob, což představuje 33 % všech pacientů. Z toho 43 osob bylo hospitalizováno déle než 5 let. Mezi dlouhodobě hospitalizovanými tvořily osoby se SMI 50 %, přičemž pouze 12 z nich bylo z Kraje Vysočina. Gerontopsychiatrickí pacienti tvořili 25 % dlouhodobě hospitalizovaných. Ústavní ochrannou léčbu vykonávalo 81 pacientů, z toho 8 z Kraje Vysočina.

Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš

Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš je specializovaným lůžkovým zařízením určeným pro děti a dospívající pacienty s duševními poruchami. Jedná se o klíčové zařízení tohoto typu na území Kraje Vysočina, které zároveň poskytuje péči i pacientům z dalších regionů.

Nemocnice zajišťuje komplexní diagnostickou a terapeutickou péči, která zahrnuje psychiatrické, psychologické a speciálně pedagogické přístupy. Hospitalizace je zaměřena na stabilizaci psychického stavu, nastavení léčby a podporu dalšího vývoje dítěte. Součástí léčebného procesu je také spolupráce s rodinou a dalšími institucemi, zejména školami a ambulantními službami, s cílem zajistit návaznost péče po ukončení hospitalizace.

Zařízení disponuje 50 lůžky pro děti od 3 do 18 let. Spádová oblast zahrnuje přednostně Kraj Vysočina a Jihomoravský kraj, fakultativně však zařízení přijímá pacienty z celé České republiky. V aktuálním cenzu k 31. 1. 2026 bylo evidováno 10 pacientů z Kraje Vysočina.

Psychiatrická léčebna Jemnice

Psychiatrická léčebna Jemnice, provozovaná soukromým zdravotnickým zařízením PATEB s.r.o., se specializuje na následnou psychiatrickou péči. V rámci lůžkové péče disponuje 60 lůžky. Péče je zaměřena převážně na léčbu závislostí, včetně mladistvých od 15 let. Léčba probíhá v rámci terapeutické komunity formou otevřeného oddělení.

Tabulka č. 15 Souhrn lůžkových psychiatrických kapacit na území Kraje Vysočina

Zařízení	Lůžková kapacita	Pacienti v cenzu k 31. 1. 2026	Pacienti z Kraje Vysočina	Hlavní charakter péče / pacientů	Dlouhodobé hospitalizace nad 6 měsíců	Ústavní ochranná léčba
Psychiatrická nemocnice Jihlava	456 lůžek	405	280 / 69 %	SMI, gerontopsychiatrie, závislosti	159 / 39 %	36, z toho 23 z Kraje Vysočina
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod	625 lůžek	569	116 / 20 %	SMI, gerontopsychiatrie, závislosti, dětská a dorostová péče	188 / 33 %	81, z toho 8 z Kraje Vysočina
Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš	50 lůžek	neuveďeno	10 pacientů z Kraje Vysočina	dětská a dorostová psychiatrická péče	neuveďeno	neuveďeno
Psychiatrická léčebna Jemnice	60 lůžek	neuveďeno	neuveďeno	následná péče, zejména léčba závislostí	neuveďeno	neuveďeno

Zdroj: Cenzovní data psychiatrických nemocnic a podklady poskytnuté v rámci mapování sítě služeb, stav k 31. 1. 2026; údaje o lůžkových kapacitách dle podkladů poskytovatelů.

Souhrnný přehled ukazuje, že na území Kraje Vysočina se nachází významná lůžková psychiatrická kapacita, která však neslouží výhradně obyvatelům kraje. Nejvýraznější rozdíl je patrný u Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, kde pacienti z Kraje Vysočina tvořili podle cenzu pouze pětinu hospitalizovaných. Také Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš má širší spádový charakter.

Pro krajské plánování je podstatné zejména to, že významnou část hospitalizovaných v dospělých psychiatrických nemocnicích tvoří osoby se závažným duševním onemocněním, gerontopsychiatrickí pacienti a osoby se závislostí. Současně je patrný vysoký podíl dlouhodobých hospitalizací, zejména v PN Jihlava a PN Havlíčkův Brod. Tyto údaje ukazují, že lůžková péče představuje nejen zdravotnickou kapacitu, ale také významný indikátor potřeby návazných sociálních, komunitních a pobytových služeb po ukončení hospitalizace nebo při snaze hospitalizacím předcházet.

PEDIATRICKÁ PRIMÁRNÍ PÉČE JAKO SOUČÁST VČASNÉHO ZÁCHYTU

Vedle specializované pedopsychiatrické péče je pro včasné zachycení psychických obtíží u dětí důležitá také síť praktických lékařů pro děti a dorost. Pediatři nejsou specializovanou službou péče o duševní zdraví, ale často představují jeden z prvních kontaktů dítěte a rodiny se zdravotním systémem. Mohou proto sehrávat důležitou roli při základním rozpoznání obtíží, doporučení návazné péče a koordinaci dalšího postupu s rodinou, školou, školskými poradenskými zařízeními nebo specializovanými zdravotními službami.²⁴

²⁴ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*. Praha: MZ ČR, 2020. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>; Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2035*. Praha: MZ ČR, 2025. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/zdravi-2035/>

Pro orientační zachycení této části systému byl využit počet pracovišť a IČP odbornosti 002, tedy praktické lékařství pro děti a dorost a pediatrie, podle okresů Kraje Vysočina.²⁵ Tyto údaje byly doplněny o počet pacientů ve věku 0–14 let s vykázanou diagnózou kapitoly F00–F99 z epidemiologické části analýzy. Smyslem není stanovit skutečnou kapacitu pediatrické péče ani počet dětí s duševními obtížemi v péči konkrétních pediatriů, ale orientačně ukázat, jak se v jednotlivých okresech potkává dostupnost primární dětské péče s objemem dětské populace se zachycenými duševními a behaviorálními diagnózami.

Tabulka č. 16 Orientační vztah pediatrické primární péče a počtu pacientů F00–F99 ve věku 0–19 let podle okresů.

Okres	Počet IČP odbornosti 002	Počet míst poskytování péče	Pacienti 0–19 let s diagnózou F00–F99	Pacienti F00–F99 0–19 let na 1 IČP	Pacienti F00–F99 0–19 let na 1 místo poskytování péče
Havlíčkův Brod	15	11	1 821	121	166
Jihlava	16	10	2 050	128	205
Pelhřimov	14	12	1 486	106	124
Třebíč	20	17	2 447	122	144
Žďár nad Sázavou	22	16	3 267	149	204
Kraj Vysočina celkem	87	66	11 071	127	168

Zdroj: NRHVS, datová sada ODB 002, rok 2023; vlastní zpracování. Údaje o pacientech s diagnózami F00–F99 ve věku 0–19 let vycházejí z epidemiologické části této analýzy (ÚZIS). Pozn.: IČP nelze přímo ztotožnit s jedním plným úvazkem lékaře. Počet míst poskytování péče představuje počet unikátních míst, kde je péče poskytována. Přepočty mají orientační charakter.

Rozdíly mezi okresy jsou patrné zejména v přepočtu na jedno IČP a na jedno místo poskytování péče. Nejvyšší hodnota pacientů s diagnózami kapitoly F na jedno IČP vychází v okrese Žďár nad Sázavou, kde připadá přibližně 149 pacientů ve věku 0–19 let na jedno IČP odbornosti 002. Nad krajským průměrem se pohybuje také okres Jihlava. Naopak nejnižší hodnota vychází v okrese Pelhřimov, kde připadá přibližně 106 pacientů na jedno IČP.

Podobný obraz ukazuje také přepočet na jedno místo poskytování péče. Nejvyšší hodnoty jsou patrné v okresech Jihlava a Žďár nad Sázavou, kde na jedno místo poskytování péče připadá přibližně 205, respektive 204 pacientů ve věku 0–19 let s diagnózou kapitoly F. Nižší hodnoty vykazují zejména okresy Pelhřimov a Třebíč. Tyto rozdíly mohou naznačovat odlišnou míru potenciální zátěže primární dětské péče v návaznosti na duševní zdraví dětí a dospívajících.

²⁵ Datová sada ODB 002 vychází z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHVS) a zachycuje údaje k odbornosti 002 – praktické lékařství pro děti a dorost a pediatrie. Datový list D poskytuje informaci o počtu IČP, tedy pracovišť/lékařů, a míst poskytování péče s hlavní nasmlovanou odborností 002 podle roku, okresu a kraje pracoviště. Počty IČP se mohou lišit od počtu míst poskytování péče, protože jednotlivé pojišťovny mohou pracoviště nasmlovat pod různými IČP; místo poskytování péče představuje unikátní adresní bod poskytování péče. Zdroj: ÚZIS ČR / NRHVS, datová sada ODB 002, doplňující metodický popis datové sady.

Údaje však nelze interpretovat jako skutečný počet pacientů s duševními obtížemi v péči jednotlivých pediatrů. Nezohledňují výši úvazků, ordinační dobu, dojížděku mezi okresy ani to, zda je konkrétní dítě s diagnózou kapitoly F sledováno primárně pediatrem, psychiatrem, psychologem nebo jiným typem služby. Přesto přepočít ukazuje, ve kterých okresech může být vhodné věnovat zvýšenou pozornost návaznosti mezi pediatrickou primární péčí, školami, PPP/SPC, školními psychology, ambulantní psychiatrií, klinickou psychologií a komunitními službami.

Z hlediska plánování sítě péče o duševní zdraví je podstatné, že pediatrická primární péče může fungovat jako vstupní a koordinační článek systému. V okresech, kde vychází vyšší orientační počet pacientů s diagnózami kapitoly F na pediatrické pracoviště, je zvláště důležitá dobře nastavená návaznost na specializovanou péči a školské poradenské služby. Pediatři nemají nahrazovat pedopsychiatrii ani psychologickou péči, ale mohou přispět k časnějšímu zachycení obtíží a nasměrování dítěte, mladého člověka a jeho rodiny k odpovídající podpoře.

PORADENSKÉ SLUŽBY VE ŠKOLSTVÍ

V návaznosti na zjištění o rostoucí psychické zátěži dětí a dospívajících je vhodné do mapování sítě zahrnout také školské poradenské služby a psychologickou podporu přímo ve školách. Tyto služby nejsou náhradou zdravotní péče ani specializovaných sociálních služeb, ale tvoří důležitý prostor pro včasné zachycení obtíží, základní podporu dítěte, práci s rodinou a školou a případné nasměrování k navazující odborné péči. Školské prostředí je přitom významné právě tím, že se v něm psychické, vztahové, výukové nebo behaviorální obtíže často projeví dříve, než se dítě dostane do kontaktu se specializovaným zdravotním systémem.

Kraj Vysočina zřizuje osm pedagogicko-psychologických poraden (PPP), které se zejména věnují diagnostice a intervenci v oblasti výukových a výchovných problémů, chování a specifických vývojových poruch učení žáků a studentů.²⁶

Předmětem činnosti PPP v kraji Vysočina je rovněž diagnostika školní zralosti klientů a s ní spojené doporučení odkladů školní docházky či určování budoucí profesní orientace. Mimo jiné se PPP v kraji Vysočina zabývají pomocí v krizových a náročných životních situacích, dle potřeby také nabízí další odborné vedení, terapii, konzultace a poradenství.

PPP kraje Vysočina jsou od roku 2024 zapojeny do projektu Implementace Dlouhodobého záměru Kraje Vysočina, jehož cílem je mimo jiné podpora wellbeingu žáků a zvýšení kvality vzdělávání pracovníků středních škol a poradenských zařízení.

V tabulce níže jsou zobrazeny počty odborných pracovníků dle konkrétního pracoviště PPP. Nejvíce odborných pracovníků zajišťujících činnost PPP v kraji Vysočina je lokalizováno na pracovišti v Jihlavě a Pelhřimově. Výrazně méně odborníků je k dispozici žákům v Moravských Budějovicích, Bystřici nad Pernštejnem a Velkém Meziříčí.

²⁶ Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Tabulka č. 17 Počty odborných pracovníků v PPP na území Kraje Vysočina

Pracoviště	Počet odborných pracovníků*
Pedagogicko-psychologická poradna Jihlava	12
Pedagogicko-psychologická poradna Pelhřimov	10
Pedagogicko-psychologická poradna Žďár nad Sázavou	9
Pedagogicko-psychologická poradna Třebíč	7
Pedagogicko-psychologická poradna Havlíčkův Brod	6
Pedagogicko-psychologická poradna Moravské Budějovice	3
Pedagogicko-psychologická poradna Bystřice nad Pernštejnem**	2
Pedagogicko-psychologická poradna Velké Meziříčí**	2

* Za odborného pracovníka je považován psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog a krizový intervent.

** Detašované pracoviště PPP Žďár nad Sázavou

Zdroj: Vlastní zpracování podle veřejně dostupných údajů PPP a SPC Vysočina. Pozn.: Tabulka vychází z personálních/kontaktních seznamů zveřejněných u jednotlivých pracovišť; nezachycuje výši úvazků ani skutečnou disponibilní kapacitu pracovníků.

Mimo pracovišť PPP zřizuje Kraj Vysočina také dvě speciálně pedagogická centra (SPC), která zprostředkovávají komplexní péči dětem, žákům či studentům se zdravotním znevýhodněním (mentální postižení a souběžné postižení více vadami). K dispozici jsou klientům dvě pracoviště ve městech Žďár nad Sázavou a Havlíčkův Brod. Na obou pracovištích o klienty pečují tři odborní pracovníci.

Školní psychologická podpora na vybraných školách zřizovaných Krajem Vysočina

Vedle pedagogicko-psychologických poraden a speciálně pedagogických center je pro oblast včasného zachytu psychických obtíží důležitá také dostupnost psychologické podpory přímo ve školách. Školní psychologové mohou sehrávat významnou roli při zachycování psychických obtíží, krizových situací, vztahových problémů, problémů v chování nebo zvýšené školní zátěže. Z hlediska systému péče představují důležitý článek mezi školou, rodinou, školskými poradenskými zařízeními, ambulantní péčí a sociálními službami.

V rámci vlastního mapování byla proto orientačně zpracována dostupnost školní psychologické podpory na školách zřizovaných Krajem Vysočina, a tedy na středních, vyšších odborných a praktických školách. Mapování se nezaměřovalo na všechny školy v kraji a nezahrnuje základní školy zřizované obcemi. Smyslem tohoto přehledu je zachytit stav v části školské sítě, kterou může kraj jako zřizovatel přímo metodicky, organizačně a projektově ovlivňovat.

Výsledky je vhodné chápat jako přehled přítomnosti školní psychologické podpory ve sledovaném segmentu krajských škol, nikoli jako mapu dostupnosti školních psychologů ve všech školách Kraje Vysočina. Uvedené počty nezachycují základní školy zřizované obcemi, výši úvazků, pracovní dobu, formu zajištění podpory ani skutečný rozsah dostupnosti pro žáky. To je důležité zejména proto, že školní psycholog může být na škole přítomen pouze v omezeném rozsahu, externě nebo sdíleně. Přesto je tento přehled pro mapování sítě relevantní, protože ukazuje, kde je psychologická podpora v krajských školách organizačně přítomná a kde naopak ve veřejně dostupných podkladech identifikována nebyla.

Tabulka č. 18: Orientační dostupnost školní psychologické podpory na mapovaných školách v zřizovaných Kraji Vysočina

Okres	Počet mapovaných škol	Počet škol s uvedenou psychologickou podporou	Orientační počet uvedených psychologických pozic	Podíl škol s uvedenou psychologickou podporou
Havlíčkův Brod	10	3	3	30 %
Jihlava	16	7	7	44 %
Pelhřimov	9	0	0	0 %
Třebíč	11	4	4	36 %
Žďár nad Sázavou	18	6	9	33 %
Kraj Vysočina celkem	64	20	23	31 %

Zdroj: Vlastní mapování školní psychologické podpory na vybraných školách zřizovaných Kraji Vysočina, zejména středních, vyšších odborných a vybraných praktických školách, podle veřejně dostupných údajů, stav k roku 2024/2025 až 2025/2026 (dle posledních zveřejněných výročních zpráv). Pozn.: Přehled zachycuje dohledatelnou přítomnost psychologické podpory pouze u mapovaného segmentu krajských škol. Nezahrnuje všechny školy v Kraji Vysočina, zejména základní školy zřizované obcemi. Nejde o přepočty na úvazky ani o vyhodnocení skutečné disponibilní kapacity školních psychologů.

Orientační mapování ukazuje, že školní psychologická podpora je ve sledovaném segmentu krajských škol dostupná nerovnoměrně. Z celkem 64 mapovaných krajských škol byla psychologická podpora identifikována u 20 škol, tedy přibližně u třetiny mapovaného souboru. Nejvyšší podíl škol s uvedenou psychologickou podporou je patrný v okrese Jihlava, kde byla dohledána u 7 z 16 mapovaných škol. Relativně vyšší počet uvedených psychologických pozic vykazuje také okres Žďár nad Sázavou, což je dáno několika školami, u nichž je uvedeno více psychologických pracovníků.

Naopak v okrese Pelhřimov nebyla ve veřejně dostupných podkladech u mapovaných krajských škol identifikována jednoznačně uvedená školní psychologická podpora. Tento výsledek nelze interpretovat jako absenci psychologické podpory ve všech školách v území, protože základní školy zřizované obcemi nebyly předmětem tohoto mapování. Může jít také o podporu zajišťovanou jinou formou, prostřednictvím školního poradenského pracoviště, externích odborníků, PPP, SPC nebo dalších služeb. Z hlediska mapování však ukazuje, že přítomnost školního psychologa přímo v mapovaném segmentu krajských škol není v dostupných údajích rovnoměrně doložitelná.

Pro plánování sítě péče o duševní zdraví je tento přehled důležitý jako doplnění pohledu na školská poradenská zařízení a na část školské sítě, ve které má kraj přímou zřizovatelskou roli. PPP a SPC představují specializovanou poradenskou síť, zatímco školní psychologové působí přímo v prostředí, kde se obtíže dětí a dospívajících často projevují jako první. Jejich dostupnost proto může ovlivňovat včasnost záchytu, schopnost školy pracovat s krizovými situacemi i návaznost na další odbornou péči. Celková dostupnost školní psychologické podpory v základních školách však vyžaduje samostatné mapování ve spolupráci s obcemi a ORP.

V návaznosti na rostoucí psychickou zátěž dětí a dospívajících je vhodné školní prostředí chápat jako významný prostor pro prevenci, včasnou identifikaci obtíží a směřování žáků k navazujícím službám. Školní psychologická podpora však nenahrazuje odbornou zdravotní péči, sociální služby ani činnost PPP a SPC. Jejím významem je zejména to, že může zachytit obtíže v ranější fázi a pomoci propojit školu, rodinu a další části systému podpory. Z pohledu kraje je uvedené mapování využitelné zejména pro plánování opatření ve školách zřizovaných krajem; pro úplný obraz školní psychologické podpory v území by bylo vhodné navázat samostatným mapováním základních škol ve spolupráci s obcemi.

FORENZNÍ A OCHRANNÁ PÉČE

Kraj Vysočina má v rámci České republiky v oblasti forenzní a ochranné psychiatrické péče²⁷ specifické postavení. Na jeho území sídlí dvě velké psychiatrické nemocnice zřizované Ministerstvem zdravotnictví ČR: Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod a Psychiatrická nemocnice Jihlava. Právě z tohoto důvodu je v kraji koncentrován nadprůměrný počet pacientů v ústavním ochranném léčení z celé České republiky.

Podle aktuálních cenů k 31. 1. 2026 bylo v Psychiatrické nemocnici Jihlava v rámci ústavního ochranného léčení hospitalizováno 36 pacientů a v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod 81 pacientů. Celkem se tedy jednalo o 117 osob. Tento počet představuje přibližně 15 % celkového počtu pacientů v ústavním ochranném léčení v České republice. Z celkového počtu hospitalizovaných bylo 29 pacientů z Kraje Vysočina, ostatní pacienti pocházeli z jiných krajů. V přepočtu na obyvatele kraje se jedná přibližně o 5–6 osob na 100 000 obyvatel, což je méně než celostátní průměr, který činí přibližně 8 osob na 100 000 obyvatel.²⁸

Z hlediska diagnostického spektra tvořily největší část osoby se závažným duševním onemocněním (SMI), kterých bylo 66, tedy více než polovina všech pacientů v ústavním ochranném léčení. Dále bylo evidováno 19 % osob s diagnózami F62–F69, 14 % osob se závislostí a 7 % osob s mentální retardací. Mezi 29 pacienty z Kraje Vysočina tvořily osoby se SMI výraznou většinu, celkem 20 osob.

Významným aspektem je také délka hospitalizace. Celkem 93 pacientů bylo hospitalizováno déle než 6 měsíců, z toho 19 osob déle než 5 let. Psychiatrická nemocnice Jihlava přitom patří mezi zařízení, kde ústavní ochranné léčení dosahuje jedné z nejdelších délek trvání. Tato skutečnost ukazuje, že ochranné léčení představuje nejen zdravotnickou a právní agendu, ale také oblast s významnými dopady na návaznost sociálních a komunitních služeb.

²⁷ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, § 99 Ochranné léčení.

²⁸ Zdroj: Cenzovní data Psychiatrické nemocnice Jihlava a Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, stav k 31. 1. 2026; podklady poskytnuté v rámci mapování sítě služeb.

Z pohledu krajské sítě služeb je důležité odlišovat pacienty s bydlištěm v Kraji Vysočina od pacientů z jiných krajů. Pokud by návazné služby v kraji měly po ukončení ústavní léčby absorbovat pouze osoby domovskými příslušné ke Kraji Vysočina, nejednalo by se pravděpodobně o zásadní kapacitní problém. V praxi však může docházet k tomu, že v kraji zůstávají i osoby s trvalým bydlištěm mimo Vysočinu, což může zvyšovat tlak na místní síť zdravotních, sociálních a komunitních služeb. Ambulantní ochrannou léčbu zajišťují ambulantní psychiatrie, případně centra duševního zdraví.

Vzhledem k tomu, že ústavní ochranné léčení zajišťují psychiatrické nemocnice zřizované Ministerstvem zdravotnictví ČR, jde o oblast mimo přímou působnost kraje. Pro krajské plánování je však důležité sledovat její dopady na návaznou péči, zejména v oblasti ambulantní psychiatrie, CDZ, sociální rehabilitace, podpory bydlení a dalších služeb pro osoby se závažným duševním onemocněním. Současně je vhodné, že téma ochranných léčení je řešeno také na národní úrovni, zejména v rámci naplňování NAPDZ a projektu NAKOL.

HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ Z MAPOVÁNÍ SÍTĚ SLUŽEB

Mapování sítě služeb ukazuje, že Kraj Vysočina má vytvořenou základní síť péče o osoby s duševním onemocněním, ale její jednotlivé vrstvy nejsou v území rozloženy rovnoměrně. Rozdíly se netýkají pouze počtu služeb, ale především toho, zda jsou v jednotlivých okresech dostupné klíčové návazné prvky péče: sociální rehabilitace, centra duševního zdraví, podpora bydlení, ambulantní psychiatrická a psychologická péče, školská poradenská podpora, pediatrická primární péče a služby včasného zachytu. Právě kombinace těchto vrstev rozhoduje o tom, zda je možné člověka podpořit v přirozeném prostředí, předcházet zhoršení stavu a zajistit návaznost při přechodu mezi zdravotními, sociálními a školskými službami.

Z pohledu akčního plánu je proto důležité nevycházet jen z krajských součtů kapacit, ale z kombinace územního rozložení služeb, cílových skupin a slabých míst v návaznosti péče.

Hlavní slabá místa sítě

– **Chybějící CDZ v okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou.**

V okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou nejsou podle dostupných podkladů zachycena fungující centra duševního zdraví. V těchto územích proto chybí jedna z klíčových vrstev multidisciplinární komunitní péče, která propojuje zdravotní a sociální podporu pro osoby se závažným duševním onemocněním. Současně zde vychází nejvyšší orientační počet pacientů F00–F99 ve věku 15+ na jeden komunitní úvazek: přibližně 1 061 v okrese Třebíč a 1 080 v okrese Žďár nad Sázavou. Tento přepočítaný počet nelze chápat jako počet klientů služby, ale ukazuje slabší relativní vybavenost komunitními kapacitami ve vztahu k velikosti cílové populace.

– **Chybějící chráněné bydlení v okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou.**

Specializované kapacity chráněného bydlení navázané na osoby s duševním onemocněním jsou v podkladech zachyceny zejména v okresech Havlíčkův Brod, Jihlava a Pelhřimov. V okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou tato vrstva podpory v mapování nevychází jako jednoznačně dostupná. Právě v těchto územích proto dává smysl cílit podporu bydlení pro osoby se závažným duševním onemocněním, zejména v návaznosti na hospitalizace, sociální rehabilitaci a budoucí multidisciplinární týmy.

– **Nerovnoměrná dostupnost včasného zachytu u dětí a mladistvých.**

Nejvyšší počet pacientů F00–F99 ve věku 0–19 let na jedno IČP odbornosti 002 vychází v okrese Žďár nad Sázavou; nad krajským průměrem je také Jihlava. V přepočtu na jedno místo poskytování péče jsou nejvyšší hodnoty v okresech Jihlava a Žďár nad Sázavou. Tyto údaje nevyjadřují skutečnou zátěž jednotlivých pediatriů, ale ukazují území, kde je zvláště důležitá návaznost primární dětské péče na školy, PPP/SPC, školní psychology, ambulantní psychiatrii, klinickou psychologii, krizovou pomoc, NZDM a komunitní služby pro děti a rodiny.

– **Nerovnoměrně doložená školní psychologická podpora v mapovaném segmentu krajských škol.**

V mapovaném segmentu krajských škol nebyla v okrese Pelhřimov identifikována jednoznačně uvedená školní psychologická podpora. Nižší podíl škol s uvedenou psychologickou podporou vykazuje také Havlíčkův Brod. Z hlediska včasného zachytu je proto vhodné věnovat pozornost zejména územím, kde se slabší školní psychologická podpora potkává s omezenou dostupností dalších odborných služeb. Z hlediska včasného zachytu u dětí a mladistvých je proto vhodné věnovat pozornost zejména Pelhřimovsku, Havlíčkobrodsku a Žďársku.

– **Omezená dostupnost dětské a dorostové psychiatrie.**

V rámci vlastního mapování bylo v kraji identifikováno přibližně pět ambulantních položek, u nichž je výslovně uvedena dětská a dorostová psychiatrie. Tento údaj nezachycuje úvazky, ordinační dobu, čekací doby ani dostupnost pro nové pacienty, ale potvrzuje, že dětská a dorostová psychiatrie je kapacitně i územně citlivým článkem systému. V okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou nebyla v mapování jednoznačně doložena samostatná ambulantní dětská a dorostová psychiatrická péče, což zvyšuje význam podpůrných vrstev systému, zejména pediatriů, škol, PPP/SPC, školních psychologů, terénního týmu pro děti, krizové pomoci a návazných komunitních služeb.

– **Vazba lůžkové péče na potřebu komunitních a pobytových návazností.**

Na území kraje se nacházejí významné lůžkové psychiatrické kapacity, které však mají nadregionální charakter a neslouží výhradně obyvatelům Kraje Vysočina. Pro krajské plánování je proto důležité sledovat zejména osoby domovskými příslušné ke kraji a současně dopady dlouhodobých hospitalizací a ochranného léčení na návazné služby v území. Cenzovní data zároveň ukazují vysoký podíl dlouhodobých hospitalizací a významné zastoupení osob se závažným duševním onemocněním. To podporuje potřebu rozvíjet služby umožňující bezpečný přechod z hospitalizace do komunity, zejména CDZ, sociální rehabilitaci, chráněné bydlení a nízkokapacitní komunitní pobytové služby.

– **Specifická seniorská a neurodegenerativní problematika.**

Projekce ukazuje růst počtu pacientů G00–G99 ve věku 65+. Tato oblast je důležitá pro plánování návazné zdravotně-sociální a dlouhodobé péče, ale je vhodné ji interpretovat odděleně od hlavní reformní logiky péče o osoby se závažným duševním onemocněním, osoby v krizi, děti, mladistvé a osoby v produktivním věku. Rozvoj DZR může být pouze jednou z reakcí; stejně důležitá je domácí péče, pečovatelské služby, podpora neformálních pečujících a koordinace dlouhodobé péče.

Územní priority pro další rozvoj

- **Žďársko** vychází jako jedno z území s největší kumulací identifikovaných potřeb. V mapování zde není zachyceno CDZ ani specializované chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním. Současně zde vychází jedno z nejvyšších orientačních zatížení komunitních úvazků a nejvyšší počet pacientů F00–F99 ve věku 0–19 let na jedno pediatrické IČP. V mapování ambulantní péče navíc není jednoznačně doložena samostatná dětská a dorostová psychiatrická ambulance. Pro Žďársko proto dává smysl prioritně směřovat rozvoj CDZ, podpory bydlení, nízkokapacitních komunitních služeb, pedopsychiatrické návaznosti a školně-komunitní podpory.
- **Třebíčsko** je druhým klíčovým územím pro rozvoj komunitní a multidisciplinární péče. V území jsou přítomny některé podpůrné, krizové, adiktologické a nízkoprahové služby, avšak podle dostupných podkladů zde chybí CDZ a specializované chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním. Orientační počet pacientů F00–F99 ve věku 15+ na komunitní úvazek patří k nejvyšším v kraji. Specifickým faktorem je také očekávaný dopad dostavby JE Dukovany, který může zvýšit tlak na služby pro osoby v produktivním věku. Prioritou by zde měl být vznik CDZ, podpora bydlení, posílení ambulantních odborností a rozvoj nízkokapacitních komunitních služeb.
- **Pelhřimovsko** má nově vznikající CDZ a relativně nižší orientační zatížení komunitních kapacit. Slabým místem je však školní psychologická podpora, která nebyla ve veřejně dostupných údajích u mapovaných škol jednoznačně identifikována. Prioritou zde proto není primárně budování základní dospělé komunitní vrstvy od začátku, ale její stabilizace po vzniku CDZ a současně posílení včasného zachytu u dětí a mladistvých, zejména lepším propojením škol, PPP, pediatrů, školních psychologů, terénních služeb a nově vznikajícího CDZ.
- **Jihlavsko** má silnější ambulantní i komunitní síť, včetně CDZ a chráněného bydlení, a zároveň funguje jako krajské centrum odborných služeb. To však současně znamená vyšší koncentraci poptávky, vazbu na lůžkovou péči a větší nároky na koordinaci mezi ambulancemi, PN Jihlava, CDZ, školskými službami a službami pro osoby s komplexními potřebami. Prioritou zde není pouze další navyšování kapacit, ale zejména role koordinačního a odborného uzlu pro celý kraj.
- **Havlíčkobrodsko** má relativně silnější komunitní základnu díky sociální rehabilitaci, CDZ a chráněnému bydlení. Současně je zde významná lůžková psychiatrická nemocnice s nadregionálním dosahem, což zvyšuje význam návaznosti mezi hospitalizací, komunitní podporou, sociální rehabilitací a podporou bydlení. Prioritou je proto zejména práce s přechodem pacientů z lůžkové péče do komunity, spolupráce s PN Havlíčkův Brod a posílení preventivní a školské podpory v území.

Závěrečné shrnutí

Mapování ukazuje, že hlavním problémem není úplná absence služeb v kraji, ale jejich nerovnoměrné územní rozložení, rozdílná skladba služeb a neúplná návaznost mezi zdravotní, sociální, školskou a komunitní podporou. Nejvýraznější kumulace slabých míst vychází na Žďársku a Třebíčsku, kde chybí CDZ a specializovaná podpora bydlení a kde je zároveň patrná slabší relativní vybavenost komunitními kapacitami.

U dětí a mladistvých je klíčové posílit včasný záchyt a návaznost mezi školami, pediatrií, PPP/SPC, školními psychology, terénními službami, NZDM, krizovou podporou a specializovanou zdravotní péčí. Územně vychází jako důležité zejména Žďársko, Pelhřimovsko a Havlíčkovobrodsko, každé z odlišných důvodů.

Plánovaná opatření by proto měla směřovat především k doplnění chybějících vrstev péče tam, kde se kumuluje více slabých míst současně. Prioritou není plošné navyšování kapacit bez ohledu na území, ale cílený rozvoj CDZ, podpory bydlení, dětské a adolescentní podpory, nízkokapacitních komunitních služeb a návaznosti na lůžkovou péči v konkrétních částech kraje.

5 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ MEZI OSOBAMI SE ZKUŠENOSTÍ SE SYSTÉMEM PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V KRAJI VYSOČINA

ÚČEL A ROLE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V RÁMCI KONCEPCE

Součástí zpracování koncepce sítě péče o osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina bylo samostatné dotazníkové šetření zaměřené na osoby, které v kraji aktuálně nebo v nedávné době hledaly či využívaly odbornou pomoc v oblasti duševního zdraví. Šetření se zúčastnili buď přímo tito lidé, nebo jejich blízcí a pečující osoby, které odpovídaly z perspektivy člověka, o něhož pečují.

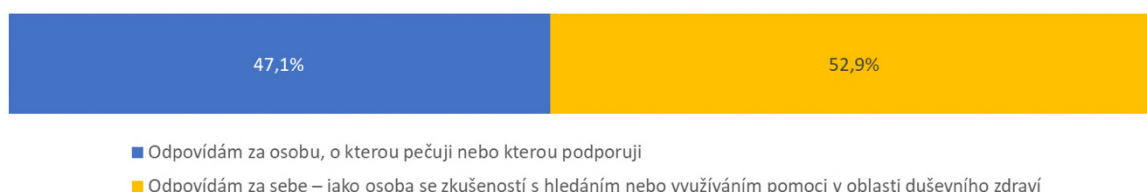
Šetření bylo zaměřeno především na dostupnost služeb, zkušenost s průchodem systémem, návaznost péče, situace vedoucí k hospitalizaci a roli neformální podpory. Smyslem nebylo vytvořit reprezentativní populační sondu, ale zachytit **praktickou zkušenost lidí**, kteří se v systému skutečně pohybují, a identifikovat místa, kde se systém z pohledu uživatelů „zadržává“. Toto uživatelské hledisko je pro koncepci zásadní, protože doplňuje institucionální pohled o zkušenost lidí, kteří nesou přímé důsledky funkčnosti či nefunkčnosti systému.

Není-li uvedeno jinak, grafy a tabulky v této kapitole vycházejí z vlastního dotazníkového šetření mezi osobami se zkušeností se systémem péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina a jejich blízkými, realizovaného pro účely této koncepce.

METODICKÉ VYMEZENÍ A INTERPRETAČNÍ RÁMEC

Dotazník²⁹ byl distribuován v období **od 12. ledna do 24. února 2026** prostřednictvím poskytovatelů zdravotních služeb. Do analýzy bylo zahrnuto celkem **104 dokončených dotazníků**.

Graf č. 15: Role respondenta (N=104)

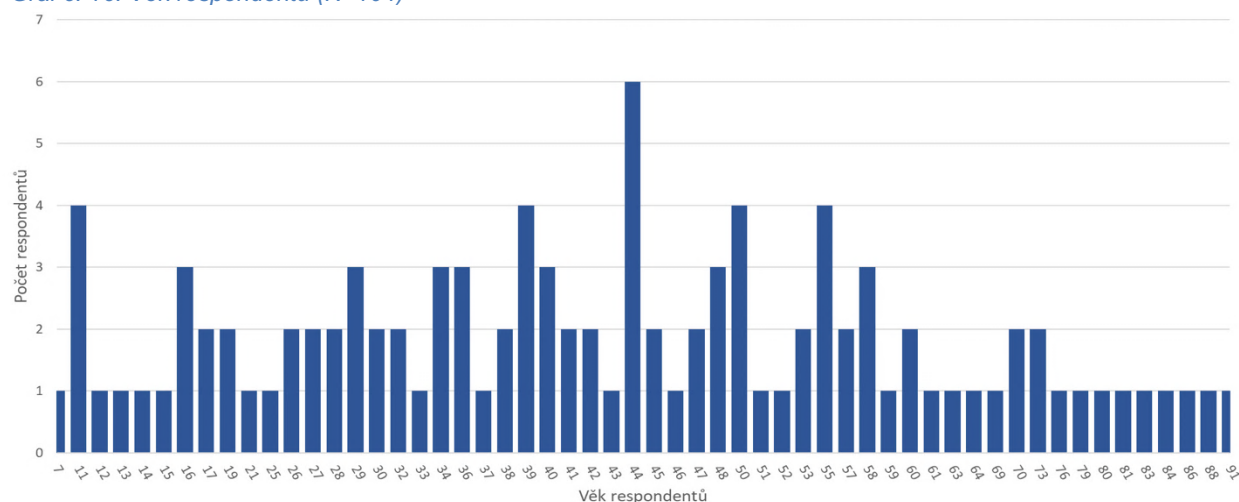


Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

Z hlediska způsobu vyplnění proběhlo **55 případů samostatně (52,9 %)** a **49 případů za asistence** odborného personálu nebo blízké osoby (47,1 %).

²⁹ Dotazník je součástí příloh; plnou funkčnost a odpovídající uživatelskou (respondentskou) zkušenost však zajišťuje pouze jeho elektronická verze v prostředí Microsoft Forms, ve kterém byl respondentům distribuován.

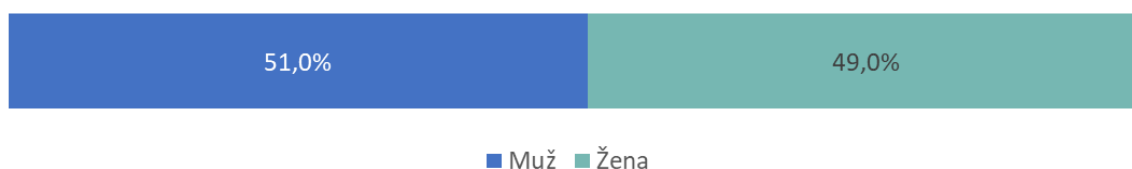
Graf č. 16: Věk respondentů (N=104)



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

Věkové složení respondentů je poměrně rozprostřené napříč širším věkovým spektrem, bez výrazné koncentrace pouze do jedné úzké věkové skupiny. Nejvíce jsou zastoupeni respondenti ve středním věku, zejména mezi 35 a 60 lety, což odpovídá cílové skupině osob, které se dlouhodobě pohybují v systému péče nebo podporují své blízké. Současně jsou v souboru zastoupeni i mladší a starší respondenti, což zvyšuje vypovídací hodnotu šetření pro různé životní situace a typy potřeb. Výsledky tak neodráží pouze zkušenost jedné věkové kohorty, ale širší spektrum uživatelů péče a jejich blízkých.

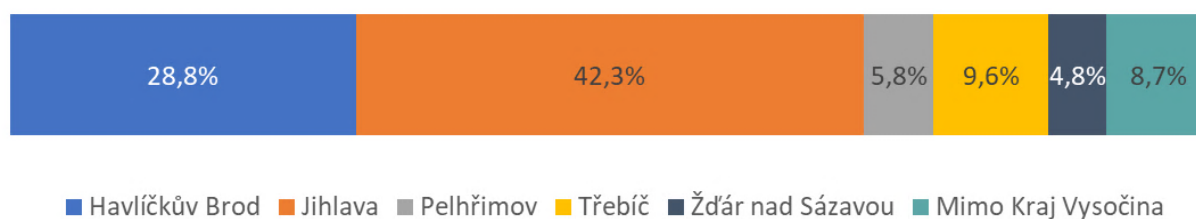
Graf č. 17: pohlaví respondentů (N=104)



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

Soubor respondentů je z hlediska pohlaví vyrovnaný. Muži tvoří 51 % a ženy 49 % respondentů, takže výsledky nejsou výrazně zatíženy převahou jedné skupiny. Základní zkušenost zachycená v dotazníkovém šetření tak vychází z poměrně rovnoměrného zastoupení obou pohlaví.

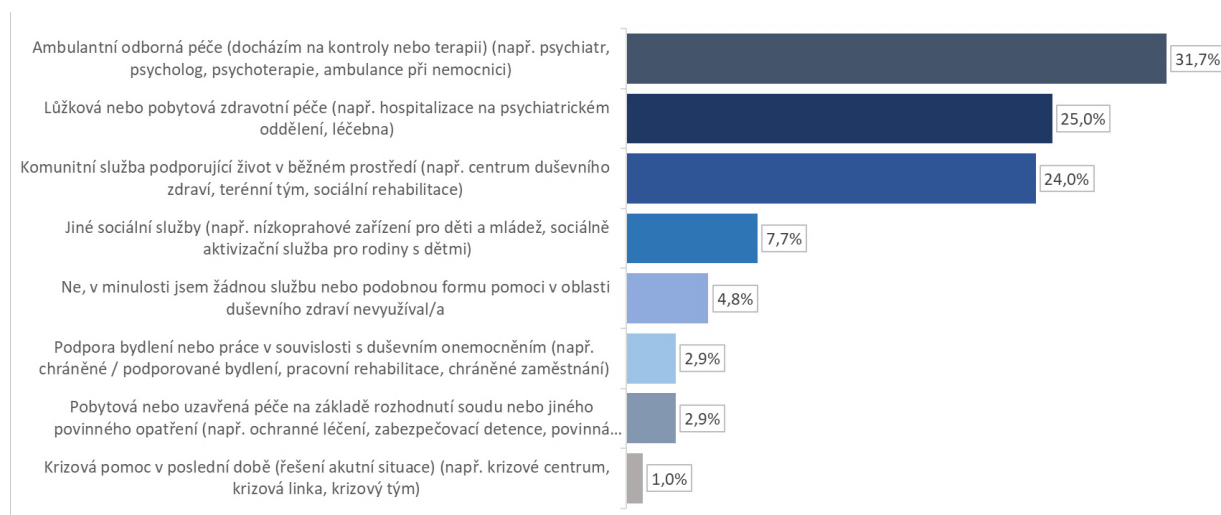
Graf č. 18: Ve kterém okrese se nejčastěji pohybujete (bydlení, práce, běžné denní aktivity)? (N=104)



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

Rozložení respondentů podle okresů ukazuje výraznou koncentraci ve dvou hlavních centrech kraje. Největší podíl tvoří okres Jihlava (42,3 %), následovaný okresem Havlíčkův Brod (28,8 %). Tyto dva okresy dohromady představují více než dvě třetiny všech odpovědí, což pravděpodobně odráží jak vyšší koncentraci služeb, tak i intenzivnější distribuci dotazníku v těchto lokalitách.

Graf č. 19: Využíváte nyní, nebo jste využíval/a v bezprostřední době (poslední měsíc) nějakou odbornou službu či pomoc v oblasti duševního zdraví? (N=104)



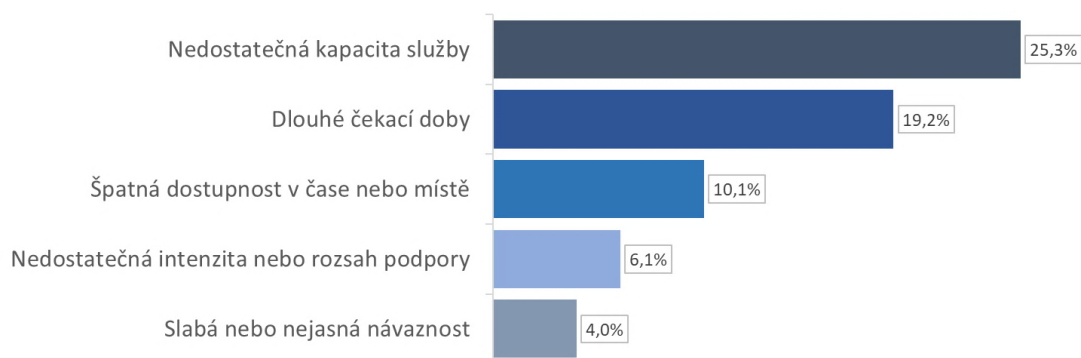
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

Z hlediska typu využívaných služeb tvoří největší část souboru uživatelé **ambulantní odborné péče (31,7 %)**, následovaní respondenty se zkušeností s **lůžkovou péčí (25,0 %)** a **komunitními službami (24,0 %)**. Nízké počty respondentů u krizové pomoci (1 respondent) a uzavřené péče (3 respondenti) znamenají, že zjištění v těchto podskupinách mají pouze orientační charakter.

HODNOCENÍ SLUŽEB A HLAVNÍ BARIÉRY V DOSTUPNOSTI

Z šetření vystupuje obraz systému, který je odborně i lidsky funkční, ale naráží na limity v kapacitě a včasnosti. Respondenti hodnotí samotnou práci služeb **převážně pozitivně**: 90,9 % respondentů uvádí, že pracovníci respektují jejich cíle a představy o zotavení, a 99,0 % potvrzuje, že jim služba nějakým způsobem pomáhá. Napětí v systému se tedy neobjevuje v kontaktu s pracovníky, ale na úrovni organizace péče.

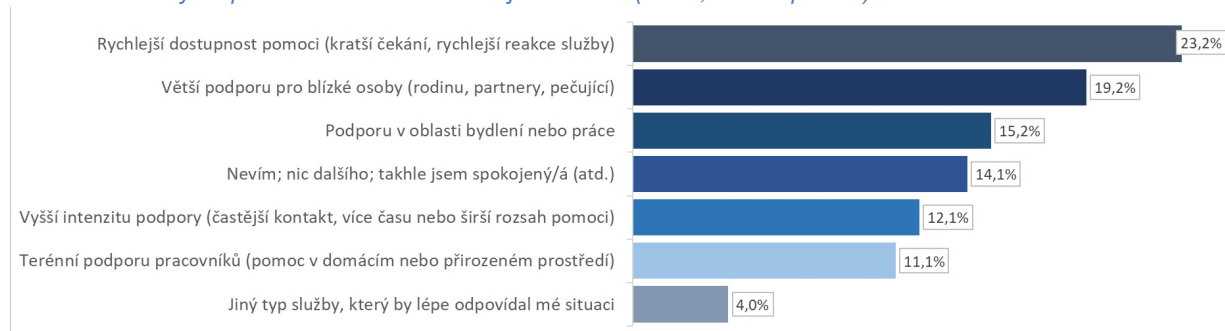
Graf č. 20: Hlavní problémy na aktuálně využívaných službách z pohledu respondentů (N=99, více odpovědí)



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

Mezi nejčastěji uváděnými problémy dominuje nedostatečná kapacita (25,3 %) a dlouhé čekací doby (19,2 %). Tomu odpovídají i priority pro zlepšení, kde respondenti nejvíce volají po rychlejší dostupnosti pomoci (23,2 %) a větší podpoře pro blízké osoby (19,2 %).

Graf č. 21: Co by respondenti v současnosti nejvíce uvítali (N=99, více odpovědí)

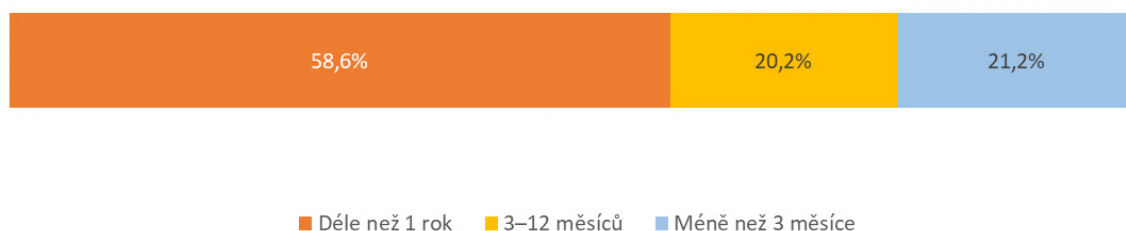


Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

CESTA DO PÉČE: POZDNÍ ZÁCHYT A BARIÉRY VSTUPU

Zásadním zjištěním je, že většina lidí se k odborné pomoci dostává až po delším trvání obtíží. U **58,6 % respondentů trvaly problémy déle než rok**, než se obrátili na aktuálně využívanou službu. Pouze 21,2 % se k pomoci dostalo do tří měsíců od vzniku potíží.

Graf č. 22: Doba trvání obtíží před vstupem do aktuální služby (N=99)



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

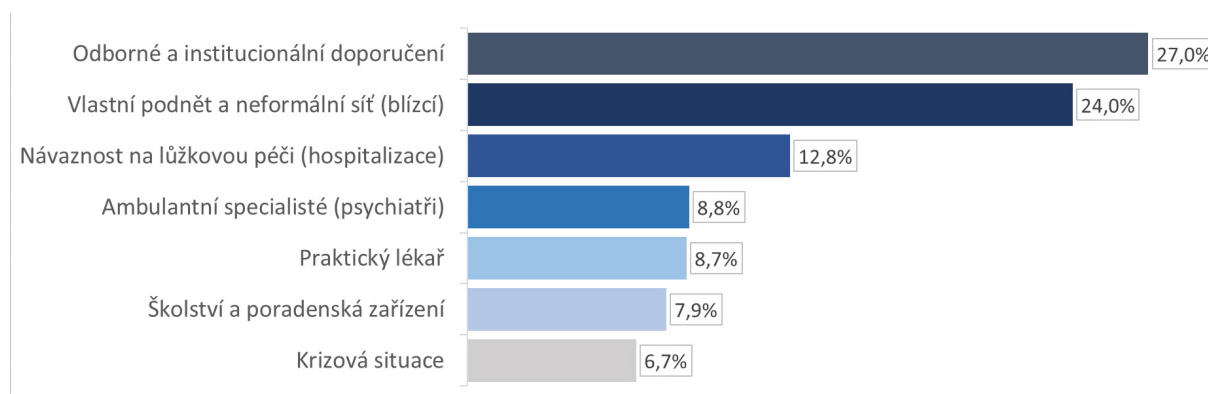
Způsob, jakým se uživatelé dostávají ke své aktuální službě, odhaluje klíčové vstupní body i slabá místa v orientaci systémem. Nejvýznamnější cestou je odborné a institucionální doporučení (27,0 %), což potvrzuje, že systém do určité míry funguje na principu síťování mezi službami. Téměř čtvrtina respondentů (24,0 %) se však musela spolehnout na vlastní aktivní hledání nebo pomoc blízkých, což může být v situaci akutní psychické tísně velmi zatěžující.

Významnou roli hraje zdravotnická vertikála. Celkem 12,8 % respondentů navázalo kontakt se službou v přímé souvislosti s hospitalizací (buď přímo během ní, nebo jako doporučení při propuštění z PN), a dalších 8,8 % přišlo přes ambulantní specialisty v oboru psychiatrie. Role praktických lékařů (8,7 %) jako „brány do systému“ zůstává v porovnání s vlastní aktivitou uživatelů nižší, než by odpovídalo modelu integrované péče.

U dětské a dospívající populace se jako specifický vstupní bod potvrzuje oblast školství a poradenství (7,9 %), zahrnující doporučení škol, školních psychologů či pedagogicko-psychologických poraden.

Pouze u 6,7 % respondentů byla spouštěčem kontaktu náhlá krizová situace, což v kontextu dlouhého trvání obtíží před vstupem do péče naznačuje, že lidé pomoc vyhledávají spíše až při chronifikaci stavu než v momentě první krize.

Graf č. 23: Jak se respondenti ke službě dostali (N=99)



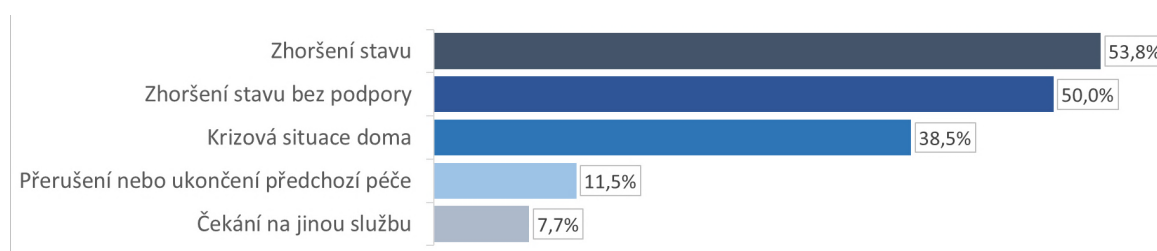
Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

HOSPITALIZACE JAKO VYÚSTĚNÍ NEDOSTATEČNÉ VČASNÉ PODPORY

U respondentů s aktuální zkušeností s lůžkovou péčí hospitalizaci nejčastěji předcházelo **zhoršení stavu (53,8 %)** a **zhoršení stavu bez dostupné podpory (50,0 %)**. Významným faktorem byla také krizová situace v domácím prostředí (38,5 %).

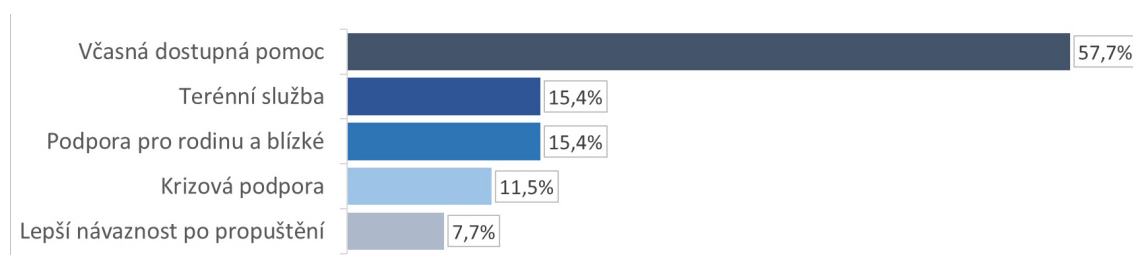
Jako klíčový prvek prevence hospitalizace respondenti jednoznačně označili **včasnou dostupnou pomoc (57,7 %)**. To potvrzuje hypotézu, že část hospitalizací je důsledkem „dojití systému“ do bodu, kdy už jiné řešení není dostupné nebo známé.

Graf č. 24: Co nejčastěji předcházelo hospitalizaci (N=26, více odpovědí)



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

Graf č. 25: Co by mohlo hospitalizaci předejít nebo ji zkrátit (N=26, více odpovědí)



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

SLABÁ MÍSTA V NÁVAZNOSTI PÉČE

Klíčovým zjištěním, které definuje slabé místo systému, je podíl lidí, kteří další pomoc potřebují, ale nemají ji zajištěnou. Tento problém se týká přibližně 8 % všech uživatelů bez ohledu na sektor (8,2 % v ambulantní/komunitní péči a 7,7 % u lůžkové péče).

Ačkoliv se to může zdát jako malé číslo, v praxi jde o lidi v nejvyšším riziku relapsu, protože v momentě přechodu zůstávají v systému „neviditelní“. Právě tyto „šedé zóny“ při ukončování jedné služby a čekání na druhou jsou z uživatelského pohledu nejrizikovější.

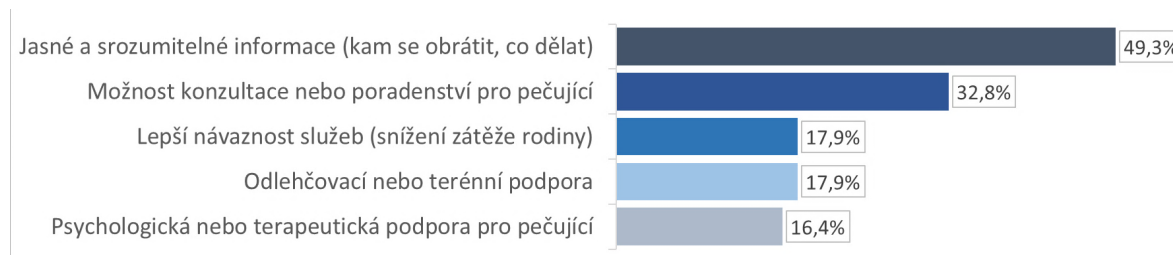
POTŘEBA PODPORY V BĚŽNÉM ŽIVOTĚ MIMO ZDRAVOTNÍ RÁMEC

Šetření potvrzuje, že duševní zdraví není jen zdravotnické téma. Mezi nejvíce postrádané formy podpory patří pomoc v oblasti **bydlení nebo práce (15,2 %)** a **terénní podpora v přirozeném prostředí (11,1 %)**. Bez stabilizace v těchto oblastech je pro uživatele obtížné udržet léčebné efekty v dlouhodobém horizontu.

ROLE BLÍZKÝCH A JEJICH NEPOKRYTÉ POTŘEBY

Rodina a blízcí nesou obrovskou část zátěže, kterou formální systém nepokrývá: **53,9 % blízkých osob se na podpoře podílí pravidelně** (denně, týdně nebo několikrát měsíčně). Přesto tito pečující postrádají základní podporu pro sebe samotné. Nejvíce by uvítali **jasné a srozumitelné informace (49,3 %)** a **konzultace či poradenství pro pečující (32,8 %)**.

Graf č. 26: Co by nejvíce pomohlo blízkým osobám (N=67, více odpovědí)



Zdroj: Vlastní dotazníkové šetření, vlastní zpracování.

HLAVNÍ ZÁVĚRY PRO NÁVRH KRAJSKÉ KONCEPCE

- **Systémový problém, nikoliv selhání služeb:** Služby jsou hodnoceny jako lidské a respektující, ale je jich málo. Prioritou musí být navýšení kapacit a zkrácení čekacích dob.
- **Klíč k prevenci je včasnost:** Více než polovina lidí se k pomoci dostane až po roce obtíží. Je nutné posílit včasný záchyt a nízkoprahovost.
- **Terén a komunita místo lůžek:** Včasná pomoc a terénní týmy jsou uživateli vnímány jako hlavní cesta k odvrácení hospitalizací.
- **Integrovaný model:** Podpora bydlení a práce je pro uživatele stejně důležitá jako samotná léčba.
- **Pečující jako cílová skupina:** Bez systematické podpory rodin (informace, poradenství) hrozí jejich vyhoření a kolaps neformální části systému.

SHRNUTÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dotazníkové šetření v Kraji Vysočina potvrdilo, že uživatelé a jejich blízcí oceňují odbornost a přístup stávajících služeb, ale narážejí na bariéry v jejich dosažitelnosti a včasnosti. Celý systém vnímají jako odborně silný, ale kapacitně poddimenzovaný a v oblasti návaznosti a podpory běžného života neúplný. Tato zjištění tvoří přímý podklad pro prioritizaci rozvoje terénních služeb, koordinaci návazné péče a posílení podpůrné sítě pro pečující rodiny v rámci nové krajské koncepce.

6 ANALÝZA USKUTEČNĚNÝCH ROZHOVORŮ A EXPERTNÍCH FOKUSNÍCH SKUPIN

Rozhovorová část slouží jako kvalitativní doplnění analytických podkladů koncepce. Polostrukturované rozhovory s klíčovými aktéry umožňují zachytit zkušenosti, které nejsou plně postižitelné v administrativních datech, statistikách ani strategických dokumentech. Jejich přínos spočívá zejména v tom, že ukazují, jak systém péče o duševní zdraví funguje v praxi: kde dochází k přetížení služeb, kde vznikají problémy v návaznosti péče, které cílové skupiny propadají systémem a jak jednotliví aktéři vnímají možnosti dalšího rozvoje.

Současně je však nutné výsledky rozhovorů interpretovat s vědomím jejich metodických limitů. Výpovědi respondentů představují odbornou a praktickou zkušenost konkrétních aktérů, nikoli formální vymezení odpovědnosti jednotlivých institucí. Respondenti přirozeně popisují problémy z perspektivy své každodenní praxe, a proto nemusí vždy přesně rozlišovat, zda daný problém spadá do přímé kompetence kraje, státu, obcí, zdravotních pojišťoven nebo jednotlivých poskytovatelů služeb.

Toto rozlišení je v oblasti duševního zdraví zvláště důležité, protože se jedná o průřezovou agendu na pomezí zdravotnictví, sociálních služeb, školství, obcí, neformální péče a krizové podpory. Kraj má významnou roli zejména v plánování a rozvoji sítě sociálních služeb, ve zjišťování potřeb obyvatel, v koordinaci aktérů a v podpoře spolupráce v území.

V některých oblastech tedy může kraj působit přímo, zejména prostřednictvím svých plánovacích, koordinačních a zřizovatelských nástrojů. V jiných oblastech je však jeho vliv omezenější. To se týká především zdravotních služeb, ochrany veřejného zdraví, zdravotního pojištění nebo zdravotnického informačního systému, pro něž je podle kompetenčního zákona ústředním orgánem státní správy Ministerstvo zdravotnictví.³⁰

Z tohoto důvodu nejsou výstupy z rozhovorů chápány jako jednoduché hodnocení práce kraje, ale jako mapování slabých míst systému, která se v Kraji Vysočina projevují. Kritické připomínky k dostupnosti služeb, koordinaci péče nebo návaznosti mezi zdravotní a sociální oblastí mohou ukazovat jak na oblasti, kde má kraj prostor pro vlastní opatření, tak na problémy, jejichž řešení vyžaduje spolupráci se státem, obcemi, zdravotními pojišťovnami a poskytovateli služeb.

VÝSTUPY Z ROZHOVORŮ S ODBORNÍKY Z TERÉNU KRAJE VYSOČINA

V rámci mapování proběhly polostrukturované rozhovory celkem s 30 osobami, zejména se zástupci služeb, odborníky z praxe, zástupci obcí, kraje a dalšími aktéry zapojenými do systému péče a podpory osob s duševním onemocněním. Rozhovory byly plánovány na přibližně 30 minut, průměrná doba rozhovoru však činila 42,5 minuty. Probíhaly v termínu od 27. ledna do 17. února 2026 a byly vedeny zkušenými výzkumníky podle scénáře schváleného zadavatelem.

³⁰ Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, § 10 odst. 1.

Tabulka č. 19: Seznam zapojených odborníků (v abecedním pořadí)

Příjmení a jméno	Funkce, pozice	Resort
Bártová Martina	ředitelka organizace STŘED z.ú.	Sociální oblast
Bělohlová Barbora	primářka akutního oddělení PN Havlíčkův Brod	Zdravotnictví
Bernardová Šárka	chráněné bydlení FOKUS Vysočina	Sociální oblast
Bína Jiří	vedoucí oddělení sociálních služeb Kraj Vysočina	Sociální oblast
Čapková Petra	úsek sociálních služeb a prevence Havlíčkův Brod	Sociální oblast
Drinková Romana	sociálně-zdravotní pracovnice PN Havlíčkův Brod	Sociální oblast
Dvořák Jiří	vedoucí NZDM STŘED z.ú.	Sociální oblast
Freiwaldová Marie	ředitelka Psychocentrum Vysočina	Sociální oblast
Havelka Tomáš	primář dětského oddělení PN Havlíčkův Brod	Zdravotnictví
Holubová Markéta	ředitelka PN Havlíčkův Brod	Zdravotnictví
Hynková Martina	zástupce ředitele pro služby prevence Charita Jihlava	Sociální oblast
Janoušková Dagmar	ředitelka VOR Jihlava, z.ú.	Sociální oblast
Kadlecová Jaroslava	zástupce ředitele Domov ve Věži, p.o.	Sociální oblast
Kameníková Klára	vedoucí K-centrum Jihlava	Sociální oblast
Kolářová Jana	hlavní sestra PN Jihlava	Zdravotnictví
Koukal Tomáš	vedoucí odboru školství, kultury a tělovýchovy Jihlava	Školství
Krejčí Tomáš	krajský koordinátor ZZS Vysočina	Zdravotnictví
Kučerová Petra	úsek sociálních služeb a prevence Havlíčkův Brod	Sociální oblast
Lašticová Hana	ambulantní psychiatrická Pelhřimov	Zdravotnictví
Mikulášová Eva	pracovnice Charita Třebíč	Sociální oblast
Nevrtalová Alena	vrchní sestra PN Velká Bíteš	Zdravotnictví
Přecechtělová Lucie	vedoucí Střediska výchovné péče Jihlava	Školství
Šimonová Anna	ředitelka FOKUS Vysočina	Sociální oblast
Šmejkalová Jindřiška	koordinátorka služeb Charita Třebíč	Sociální oblast
Tomanová Petra	vedoucí sociálního odboru města Humpolec	Sociální oblast
Tomanová Šárka	pracovnice Charita Třebíč	Sociální oblast
Topolovský Marek	vedoucí úseku sociálních služeb a prevence Havlíčkův Brod	Sociální oblast
Urbánková Michaela	manažerka rozvoje a kvality FOKUS Vysočina	Sociální oblast
Vágnerová Tereza	vedoucí služby Krizového centra Centrum J. J. Pestalozziho	Sociální oblast
Volavková Erika	úsek střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb Kraj Vysočina	Sociální oblast

Zdroj: Vlastní zpracování.

Které potřeby obyvatel se současné síti nedaří naplňovat

Na základě provedených kvalitativních rozhovorů s odborníky z oblasti zdravotnictví, sociálních služeb, školství a veřejné správy lze identifikovat soubor klíčových potřeb obyvatel Kraje Vysočina v oblasti duševního zdraví, které nejsou v současném systému péče dostatečně naplňovány. Analýza ukazuje, že problém nespočívá pouze v absenci konkrétních služeb, ale především v jejich omezené dostupnosti, nedostatečné kapacitě, slabé provázanosti a nedostatečné schopnosti reagovat na dynamicky se měnící situaci klientů.

Významným zjištěním je skutečnost, že systém péče v mnoha případech funguje spíše jako soubor dílčích služeb než jako provázaný celek, což vede k tomu, že potřeby klientů nejsou pokrývány komplexně, ale pouze částečně.

Nedostatečná včasnost a dostupnost odborné pomoci

Jedním z nejvýraznějších témat napříč všemi rozhovory je potřeba včasné a rychle dostupné odborné pomoci. Respondenti opakovaně poukazují na situace, kdy klient nebo jeho blízké okolí rozpozná problém a je připraven jej řešit, avšak systém není schopen nabídnout adekvátní podporu v odpovídajícím časovém horizontu.

„...čekací doby jsou tak dlouhé, že ten klient už v té chvíli tu pomoc ani nevyužije...”³¹

Prodlevy se týkají zejména:

- psychologické a psychoterapeutické péče,
- psychiatrických služeb,
- diagnostických služeb (zejména u dětí a mladistvých).

V důsledku těchto prodlev dochází ke zhoršování zdravotního stavu klientů, k nárůstu akutních krizí a k oslabování motivace ke spolupráci. Tento problém je výrazně vnímán zejména ve školském prostředí a v sociálních službách, kde pracovníci často fungují jako první kontaktní bod, ale nemají možnost klienta rychle předat do odpovídající odborné péče.

Nenaplněné potřeby dětí, dospívajících a mladých dospělých

Zvlášť významnou oblastí jsou potřeby dětí a mladých lidí. Respondenti napříč sektory upozorňují na výrazný nárůst psychických obtíží u této skupiny, zejména v podobě:

- úzkostných stavů,
- depresivních symptomů,
- sebepoškozování,
- suicidálních myšlenek či výroků.

Současně je identifikováno nedostatečné pokrytí služeb pro klienty, kteří se nacházejí mezi úrovněmi péče – tedy nejsou již vhodní pouze pro školní či poradenské služby, ale zároveň ještě nesplňují podmínky pro intenzivní psychiatrickou péči nebo hospitalizaci.

„...v posledních letech je ten nárůst psychických obtíží u děcek obrovský... a ten systém na to nestíhá reagovat...”

³¹ Pro lepší ilustraci jednotlivých závěrů uvádíme v textu vždy adekvátně vybrané autentické citace z jednotlivých realizovaných rozhovorů (bez uvedení autora).

V těchto případech dochází k situacím, kdy:

- služby suplují činnosti, které nespádají do jejich kompetence,
- klienti „zůstávají mezi systémy“,
- intervence přichází až ve fázi zhoršeného stavu.

Z rozhovorů rovněž vyplývá nedostatečná kapacita služeb pro mladistvé a mladé dospělé, což vedlo v některých případech k dodatečnému rozšiřování cílových skupin služeb bez systémového ukotvení.

Nedostatečná kontinuita a návaznost péče

Dalším významným problémem je nedostatečná kontinuita péče, zejména mezi zdravotní a sociální oblastí. Respondenti poukazují na slabá místa v přechodových fázích, kdy klient:

- opouští hospitalizaci,
- přechází z akutní péče do komunitního prostředí,
- potřebuje kombinaci zdravotní a sociální podpory.

„...jsou to lidi, kteří ještě nejsou na hospitalizaci, ale už to nezvládají... a není pro ně vhodná služba...“

V těchto situacích často chybí:

- koordinace mezi poskytovateli,
- jasně definovaný „následný krok“,
- systémové řízení přechodu mezi službami.

Důsledkem je, že klient sice absolvuje určitou formu péče, avšak bez navazující podpory dochází k jeho destabilizaci a opakovanému návratu do systému, často ve zhoršeném stavu.

Nedostatek bydlení s podporou a přechodových služeb v bydlení

Významnou nenaplněnou potřebou je oblast bydlení s adekvátní mírou podpory. Respondenti upozorňují na absenci flexibilního spektra služeb, které by pokrývaly různé úrovně samostatnosti klientů.

„...oni nepotřebují jenom léčbu, ale řešit bydlení, práci... a to ten systém neumí propojit...“

Problém se týká zejména:

- osob po ukončení hospitalizace,
- klientů bez rodinného zázemí,
- osob s nízkou mírou soběstačnosti,
- seniorů s kombinací zdravotních a sociálních obtíží.

Chybí především:

- přechodové formy bydlení,
- dostupné komunitní bydlení s podporou,
- služby reagující na kombinované potřeby (např. duševní onemocnění + sociální znevýhodnění).

V důsledku toho dochází k prodlužování hospitalizací, neadekvátnímu využívání pobytových zařízení nebo k návratu klientů do nevyhovujících podmínek.

Nedostatečné pokrytí klientů s komplexními a kombinovanými potřebami

Zásadním zjištěním je také nedostatečné pokrytí potřeb klientů s komplexními obtížemi. Jedná se zejména o:

- osoby s duální diagnózou,
- klienty s poruchami osobnosti,
- osoby s kombinací duševního onemocnění a závislosti,
- klienty s výraznými behaviorálními projevy.

Tyto skupiny často narážejí na limity jednotlivých služeb, které jsou zaměřeny na užší cílové skupiny. Výsledkem je situace, kdy klient:

- není vhodný pro žádnou konkrétní službu,
- je opakovaně odmítán,
- nebo je přesouván mezi službami bez stabilního ukotvení.

Tato skupina klientů je zároveň vysoce ohrožena sociálním vyloučením a opakovanými krizovými situacemi.

Nedostatečná orientace v systému služeb

Jako průřezové téma se objevuje také omezená orientace klientů i odborníků v systému péče. Klienti často nevědí:

- kam se obrátit,
- jaký typ služby je pro ně vhodný,
- jak postupovat při řešení své situace.

Současně i pracovníci jednotlivých služeb přiznávají, že nemají vždy dostatečný přehled o návazných službách mimo svůj sektor. V důsledku toho:

- dochází k neefektivnímu směřování klientů,
- některé služby suplují roli „navigátora systémem“,
- zvyšuje se zátěž pracovníků i klientů.

Shrnutí hlavních nenaplněných potřeb

Na základě provedené analýzy lze identifikovat následující klíčové oblasti nenaplněných potřeb obyvatel Kraje Vysočina v oblasti duševního zdraví:

- potřeba včasné a rychle dostupné odborné pomoci,
- potřeba adekvátních služeb pro děti, dospívající a mladé dospělé,
- potřeba kontinuity a návaznosti péče mezi jednotlivými segmenty,
- potřeba dostupného bydlení s podporou a přechodové a podpůrné služby v bydlení,
- potřeba péče pro klienty s komplexními a kombinovanými obtížemi,
- potřeba lepší geografické dostupnosti služeb,
- potřeba zlepšení orientace v systému péče.

Společným jmenovatelem těchto zjištění je nedostatečná funkční provázanost systému a omezená schopnost reagovat na individuální potřeby klienta v konkrétním čase a kontextu. Tento aspekt představuje zásadní výzvu pro další rozvoj systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina.

Geografická bilá místa a územní nerovnosti v dostupnosti péče

Na základě provedených rozhovorů s odborníky napříč sektory lze konstatovat, že geografická dostupnost služeb představuje významný faktor ovlivňující reálnou dostupnost péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina. Respondenti se shodují, že systém služeb je v kraji nerovnoměrně rozmístěn, přičemž dochází ke koncentraci kapacit zejména do větších měst, zatímco menší obce a periferní části regionu zůstávají z hlediska dostupnosti péče výrazně znevýhodněny.

Územní nerovnosti se přitom neprojevují pouze v absolutní absenci služeb, ale také v omezené frekvenci jejich poskytování, nedostatečné kapacitě a snížené možnosti dlouhodobé spolupráce s klienty, kteří se nacházejí mimo hlavní centra.

Koncentrace služeb do hlavních regionálních center

Respondenti opakovaně poukazují na skutečnost, že většina specializovaných služeb v oblasti duševního zdraví je soustředěna do větších měst, zejména do krajského města a dalších významných regionálních center.

„...všechno se soustřeďuje do pár míst a tam jsou pak ty služby úplně přetížené...”

V těchto lokalitách je dostupné širší spektrum služeb, včetně:

- psychiatrických ambulancí,
- klinické psychologie,
- center duševního zdraví,
- specializovaných sociálních služeb.

Tato koncentrace však současně vytváří nerovnováhu vůči menším obcím, kde obdobné služby buď zcela chybí, nebo jsou dostupné pouze omezeně. Pro obyvatele těchto oblastí to znamená nutnost dojíždění za péčí, což se stává významnou bariérou zejména při dlouhodobé spolupráci nebo při potřebě pravidelných kontaktů.

Znevýhodnění venkovských a periferních oblastí

Z rozhovorů vyplývá, že obyvatelé menších obcí a venkovských oblastí čelí kumulaci několika nevýhod:

- větší vzdálenost k dostupným službám,
- omezené dopravní spojení,
- vyšší časová a organizační náročnost docházení,
- nižší dostupnost specializovaných služeb.

Tyto faktory vedou k tomu, že i v případě existence služby v rámci kraje je její využití pro část obyvatel reálně omezené. Respondenti upozorňují, že zejména u dlouhodobé péče (např. psychoterapie) může být pravidelné dojíždění obtížně udržitelné, což negativně ovlivňuje kontinuitu podpory.

„...oni by tu péči potřebovali, ale když mají jezdit hodinu tam a hodinu zpátky, tak to prostě dlouhodobě nedají...”

Zvlášť citelně se tyto nerovnosti projevují u rodin s dětmi, u seniorů nebo u osob s omezenou mobilitou.

Omezená dostupnost terénních a komunitních služeb

Dalším významným tématem je nedostatečná kapacita terénních a komunitních služeb, které by mohly geografické nerovnosti částečně kompenzovat. Respondenti uvádějí, že právě tyto služby mají potenciál přiblížit péči klientovi do jeho přirozeného prostředí, avšak jejich dostupnost je v současnosti omezená.

„...kdyby ty služby jezdily za klienty, tak by to pomohlo, ale na to nejsou kapacity...“

V některých případech sice existují služby schopné vyjíždět za klienty, jejich kapacita je však nedostatečná a neumožňuje systematické pokrytí celého území kraje. To vede k tomu, že:

- terénní práce je realizována pouze v omezeném rozsahu,
- služby nemohou reagovat na všechny potřebné případy,
- podpora klienta je fragmentovaná a nepravidelná.

Regionální rozdíly v dostupnosti specifických typů služeb

Rozhovory dále ukazují, že územní nerovnosti se liší podle typu služby. Zatímco některé základní služby jsou dostupné relativně rovnoměrně, u specializovaných služeb je situace výrazně horší.

Respondenti identifikují zejména nedostatečnou dostupnost:

- dětské psychiatrické péče,
- krizových služeb,
- specializovaných programů pro specifické cílové skupiny,
- návazných komunitních služeb.

Tyto služby jsou často dostupné pouze v omezeném počtu lokalit, což vede k tomu, že klienti z jiných částí kraje musí překonávat významné vzdálenosti nebo se k nim nedostanou vůbec.

Dopady územních nerovností na průběh péče

Geografická nerovnoměrnost dostupnosti služeb má podle respondentů přímý dopad na průběh péče o klienty. Mezi hlavní dopady patří:

- odkládání vyhledání pomoci,
- přerušování péče z důvodu náročného dojíždění,
- snížená kontinuita spolupráce,
- vyšší riziko zhoršení zdravotního stavu.

V některých případech dochází také k tomu, že klienti využívají pouze služby, které jsou pro ně lokálně dostupné, i když tyto služby plně neodpovídají jejich potřebám, čímž se snižuje efektivita poskytované podpory.

Lokální improvizace a neformální řešení

Respondenti rovněž poukazují na skutečnost, že v oblastech s omezenou dostupností služeb dochází k častější „improvizaci“ na úrovni jednotlivých organizací. Ty se snaží reagovat na potřeby klientů nad rámec svých standardních kompetencí, například:

- rozšiřováním aktivit,
- poskytováním podpory, která není jejich primární rolí,
- neformální spoluprací s dalšími subjekty.

Tento přístup sice krátkodobě zmírňuje dopady nedostupnosti služeb, z dlouhodobého hlediska však není systémově udržitelný a může vést k přetížení pracovníků i služeb.

Shrnutí hlavních zjištění

Na základě analýzy rozhovorů lze konstatovat, že geografická bílá místa v Kraji Vysočina se projevují především jako nerovnoměrná dostupnost služeb mezi hlavními centry a periferními oblastmi. Problém není pouze v absolutní absenci služeb, ale také v jejich omezené kapacitě, nedostatečné terénní dostupnosti a koncentraci specializovaných služeb do omezeného počtu lokalit.

Za klíčové oblasti územních nerovností lze označit:

- dostupnost specializovaných zdravotních služeb,
- dostupnost terénních a komunitních služeb,
- dostupnost služeb pro specifické cílové skupiny,
- možnost dlouhodobé a kontinuální péče v místě bydliště klienta.

Geografické nerovnosti tak představují významný faktor, který ovlivňuje nejen dostupnost služeb, ale také jejich efektivitu a dopad na cílové skupiny obyvatel.

Rizikové přechody v systému

Na základě analýzy realizovaných rozhovorů lze identifikovat několik klíčových přechodových momentů v systému péče o duševní zdraví, které respondenti napříč sektory vnímají jako vysoce rizikové. Tyto přechody představují situace, kdy klient mění typ služby, úroveň péče nebo institucionální rámec podpory, a současně dochází ke zvýšenému riziku ztráty kontinuity péče, zhoršení zdravotního stavu nebo úplného propadu ze systému.

Z rozhovorů vyplývá, že slabá místa systému se koncentrují právě do těchto přechodových fází, kdy není dostatečně zajištěna koordinace mezi službami, předávání informací ani návaznost podpory.

Přechod z akutní a lůžkové péče do komunitního prostředí

Za jeden z nejrizikovějších momentů je považován přechod klienta z hospitalizace nebo akutní péče zpět do běžného života. Respondenti upozorňují, že po ukončení lůžkové péče často chybí dostatečně navazující služby, které by klientovi pomohly stabilizovat jeho stav v přirozeném prostředí.

„...ten člověk odejde z léčby a vlastně nemá nic, co by ho drželo dál... a pak se nám vrací zpátky v horším stavu...“

V těchto situacích se objevují zejména následující problémy:

- absence koordinovaného předání klienta mezi službami,
- nedostatečné zapojení sociálních služeb do následné péče,
- chybějící nebo opožděná návazná podpora,
- vysoké nároky na samostatnost klienta bez odpovídající podpory.

Důsledkem je zvýšené riziko relapsu, opakovaných hospitalizací a celkové destabilizace klienta.

Přechod mezi dětským a dospělým systémem péče

Dalším významným rizikovým bodem je přechod mezi službami pro děti a dospělé. Respondenti napříč sektory upozorňují, že tento přechod není systémově dostatečně ošetřen a klienti v tomto období často ztrácejí kontinuitu péče.

„...v momentě, kdy ten klient dospěje, tak se vlastně ztratí, protože ten systém pro dospělé s ním už nepracuje stejným způsobem...“

Problém se projevuje zejména:

- rozdílnými přístupy služeb pro děti a dospělé,
- omezenou kapacitou služeb pro mladé dospělé,
- nejasným předáním klienta mezi systémy,
- absencí služeb zaměřených na tuto přechodovou skupinu.

V důsledku toho dochází k situacím, kdy klient po dosažení určitého věku „vypadává“ ze systému, aniž by byla zajištěna adekvátní návazná péče.

Přechod z prvotního kontaktu do specializované péče

Respondenti rovněž identifikují jako rizikový moment přechod od prvního zachycení problému (např. ve škole, v sociální službě nebo v rodině) do specializované odborné péče.

„...krizi nějak zvládneme, ale co potom, to už ten systém neřeší...“

Tento přechod je často komplikován:

- dlouhými čekacími dobami,
- nedostatečnou kapacitou odborných služeb,
- absencí jasného směřování klienta,
- nejistotou klienta a jeho blízkých.

V některých případech dochází k tomu, že klient sice vstoupí do systému prostřednictvím první služby, ale nedojde k jeho efektivnímu předání do další, odpovídající formy péče. Tento stav může vést k prohloubení obtíží a k opakovanému návratu do krizových situací.

Přechod mezi zdravotními a sociálními službami

Významným rizikovým bodem je také přechod mezi zdravotní a sociální sférou. Respondenti upozorňují, že tyto dva segmenty fungují do značné míry paralelně, přičemž jejich propojení není vždy dostatečně funkční.

Problémy se projevují zejména:

- odlišnými pravidly a financováním služeb,
- nedostatečnou komunikací mezi poskytovateli,
- absencí koordinace péče,
- nejasným vymezením kompetencí.

Klienti, kteří potřebují kombinaci zdravotní a sociální podpory, se tak často ocitají v situaci, kdy jednotlivé služby řeší pouze část jejich potřeb, aniž by existoval koordinovaný přístup.

Přechod z krize do stabilizační a dlouhodobé péče

Dalším identifikovaným rizikovým momentem je přechod z akutní krizové situace do následné stabilizační nebo dlouhodobé péče. Respondenti uvádějí, že krizové služby jsou schopny reagovat na akutní situace, avšak následná péče není vždy dostatečně zajištěna.

To vede k tomu, že:

- klient po odeznění krize nemá navazující podporu,
- nedochází k systematické práci na stabilizaci stavu,
- klient se opakovaně vrací do krizových situací.

Tento cyklický charakter péče představuje významnou zátěž jak pro klienty, tak pro systém jako celek.

Přechod z institucionální péče do samostatného života

Respondenti dále poukazují na problematický přechod klientů z různých forem institucionální péče (např. zdravotnických zařízení nebo pobytových sociálních služeb) do samostatného života.

V těchto případech chybí:

- dostatečná podpora při osamostatňování,
- návazné služby v oblasti bydlení,
- podpora v zaměstnání a sociální integraci.

Bez těchto podpůrných mechanismů dochází často k návratu klientů do institucionální péče nebo k jejich sociálnímu pádu.

Přechod klientů s komplexními potřebami mezi službami

Specifickým rizikovým momentem jsou také přechody klientů s komplexními nebo kombinovanými potřebami mezi jednotlivými službami. Tito klienti často narážejí na limity služeb, které nejsou schopny reagovat na jejich specifickou situaci.

Dochází tak k:

- opakovanému předávání klienta mezi službami,
- odmítání klientů z důvodu neodpovídající cílové skupiny,
- absenci stabilního poskytovatele péče.

Tento stav zvyšuje riziko úplného vyčlenění klienta ze systému.

Shrnutí hlavních rizikových přechodů

Na základě analýzy rozhovorů lze identifikovat následující klíčové rizikové přechody v systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina:

- přechod z akutní a lůžkové péče do komunitního prostředí,
- přechod mezi dětským a dospělým systémem péče,
- přechod z prvotního kontaktu do specializované péče,
- přechod mezi zdravotními a sociálními službami,

- přechod z krize do stabilizační a dlouhodobé péče,
- přechod z institucionální péče do samostatného života,
- přechody klientů s komplexními potřebami mezi službami.

Společným jmenovatelem těchto rizikových momentů je nedostatečná koordinace, absence jasně definovaných návazností a omezená kontinuita péče. Tyto faktory představují zásadní systémovou výzvu, která má přímý dopad na efektivitu poskytované podpory i na životní situaci klientů. Je ovšem třeba si uvědomit, že systémové řešení těchto problémů je otázka koordinace změny nastavených pravidel na celostátní úrovni a možnosti změny na úrovni kraje a dalších aktérů jsou omezené.

Bariéry přístupu k péči – finanční bariéry

Na základě analýzy realizovaných rozhovorů lze konstatovat, že finanční bariéry nejsou respondenty vnímány jako dominantní překážka v přístupu ke službám péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina. Ve srovnání s jinými typy bariér (zejména kapacitními, organizačními či systémovými) byly finanční aspekty zmiňovány spíše okrajově a méně systematicky.

Respondenti se shodují, že významná část služeb, zejména v oblasti sociálních služeb a veřejně hrazené zdravotní péče, je pro klienty dostupná bez přímé finanční spoluúčasti, případně s minimálními náklady. V tomto smyslu není finanční nedostupnost primárním faktorem, který by klientům bránil ve vstupu do systému péče.

Přesto lze identifikovat několik situací, ve kterých finanční aspekt může hrát určitou roli. Jedná se zejména o případy, kdy klient:

- zvažuje využití soukromých psychologických nebo psychoterapeutických služeb z důvodu nedostatečné kapacity veřejného systému,
- naráží na nepřímé náklady spojené s péčí (např. doprava do vzdálenějších služeb, ztráta příjmu v důsledku docházky na služby),
- řeší souběh duševních obtíží a nepříznivé sociální situace (např. zadluženost, nestabilní bydlení).

V těchto případech mohou finanční faktory ovlivňovat zejména kontinuitu péče a schopnost klienta dlouhodobě využívat dostupné služby. Z rozhovorů však nevyplývá, že by finanční bariéry představovaly plošný nebo systémově určující problém v rámci kraje.

Za významnější lze v tomto kontextu považovat nepřímé finanční dopady spojené s jinými bariérami, zejména s geografickou dostupností služeb a kapacitní nedostatečností systému, které mohou klienty motivovat k využívání placených alternativ nebo naopak vést k odkládání péče.

„...oni by tu péči potřebovali, ale když mají jezdit takhle daleko, tak je to pro ně i finančně náročné...“

„...řešíme s nimi často dluhy, bydlení, a do toho mají řešit ještě psychiku...“

Souhrnně lze konstatovat, že finanční bariéry se v systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina projevují spíše jako doplňkový faktor, který může zesilovat dopady jiných strukturálních problémů, nikoli jako jejich primární příčina.

Bariéry přístupu k péči – organizační bariéry

Organizační a procesní bariéry představují jednu z nejvýznamnějších překážek v přístupu k péči o duševní zdraví v Kraji Vysočina. Na rozdíl od finančních bariér jsou tyto překážky respondenty vnímány jako systémové a opakovaně se objevují napříč jednotlivými sektory.

Organizační bariéry se projevují zejména v oblasti administrativních postupů, nastavení kapacit služeb, indikačních kritérií a v omezené flexibilitě systému při reagování na individuální potřeby klientů.

Kapacitní omezení a čekací doby

Za nejvýraznější organizační bariéru lze označit nedostatečnou kapacitu služeb, která se přímo promítá do dlouhých čekacích dob. Tento problém je zmiňován zejména v souvislosti s:

- ambulantní psychiatrickou péčí,
- psychologickými a psychoterapeutickými službami,
- specializovanými službami pro děti a dospívající.

Respondenti upozorňují, že čekací lhůty často neodpovídají dynamice duševních obtíží, které vyžadují včasnou intervenci. V důsledku toho dochází k situacím, kdy klient sice splňuje podmínky pro vstup do služby, avšak nemůže ji využít v okamžiku, kdy ji skutečně potřebuje.

Omezení vyplývající z indikačních kritérií

Další významnou bariérou je nastavení indikačních kritérií, která určují, kdo může službu využít. Respondenti poukazují na to, že tato kritéria jsou často nastavena relativně úzce a neumožňují flexibilní reakci na individuální situaci klienta.

„...on se vlastně nikam nevejde, protože nesplňuje přesně ty podmínky té služby...“

Problém se projevuje zejména u klientů:

- na pomezí jednotlivých typů služeb,
- s méně jednoznačnou diagnózou,
- s kombinovanými nebo proměnlivými obtížemi.

V těchto případech dochází k situacím, kdy klient formálně nesplňuje podmínky pro přijetí do služby, přestože jeho potřeba podpory je zjevná. Tento jev vede k tzv. „propadům mezi službami“, kdy klient zůstává bez adekvátní pomoci.

Fragmentace systému a složitost orientace

Organizační bariéry jsou dále posilovány fragmentací systému péče, který je rozdělen mezi více resortů (zdravotnictví, sociální služby, školství). Respondenti uvádějí, že jednotlivé části systému fungují do značné míry samostatně, s odlišnými pravidly, financováním a administrativními postupy.

„...každá služba řeší jenom kus problému, ale nikdo to neřeší jako celek...“

Tato roztržičnost vede k:

- obtížné orientaci klientů i odborníků v systému,
- nejasnostem ohledně kompetencí jednotlivých služeb,
- neefektivnímu směřování klientů,
- duplicitám nebo naopak mezerám v péči.

V praxi tak často vzniká potřeba „zprostředkovatele“, který klientovi pomůže systémem projít, což však není systematicky ukotvená role.

Administrativní zátěž a omezené kapacity pracovníků

Respondenti rovněž upozorňují na vysokou administrativní zátěž spojenou s poskytováním služeb, která omezuje čas a kapacitu pracovníků věnovat se přímé práci s klienty.

„...spoustu času zabere administrativa a papírování místo práce s klientem...“

Administrativní nároky se týkají zejména:

- vedení dokumentace,
- vykazování výkonů,
- plnění podmínek jednotlivých dotačních či úhradových systémů.

Tato zátěž se promítá do celkové kapacity systému a může nepřímo ovlivňovat dostupnost péče.

Omezení vyplývající ze smluvních a systémových nastavení

Další oblastí jsou omezení vyplývající ze smluvních vztahů a způsobu financování služeb. Respondenti poukazují na to, že:

- některé služby mají omezené smluvní kapacity,
- systém úhrad ne vždy podporuje flexibilní a individuálně zaměřenou péči,
- mezi jednotlivými segmenty existují rozdíly v dostupnosti financování.

Tyto faktory mohou ovlivňovat nejen dostupnost služeb, ale i jejich schopnost reagovat na specifické potřeby klientů.

Omezená flexibilita systému

Napříč rozhovory se objevuje také téma omezené flexibility systému, který je často nastaven rigidně a obtížně se přizpůsobuje individuálním situacím klientů. To se projevuje například:

- pevně danými formami služeb,
- omezenými možnostmi kombinace různých typů podpory,
- obtížným přizpůsobením intenzity péče aktuálním potřebám klienta.

„...ten systém je nastavený nějak a klient se tomu musí přizpůsobit...“

Respondenti uvádějí, že systém někdy vyžaduje, aby se klient „přizpůsobil službě“, namísto toho, aby služba reagovala na potřeby klienta.

Bariéry přístupu k péči – personální bariéry

Na základě analýzy realizovaných rozhovorů lze konstatovat, že personální kapacity představují jednu z klíčových limitujících oblastí systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina. Nedostatek odborného personálu je respondenty vnímán jako zásadní faktor, který ovlivňuje dostupnost, kontinuitu i kvalitu poskytované péče a současně se promítá do dalších typů bariér, zejména kapacitních a organizačních.

Personální bariéry se neprojevují pouze absolutním nedostatkem pracovníků, ale také jejich nerovnoměrným rozložením, vysokou pracovní zátěží a omezenými možnostmi mezioborové spolupráce.

Nedostatek odborných profesí a jeho dopady

Respondenti napříč sektory shodně poukazují na dlouhodobý nedostatek odborných pracovníků, zejména v oblasti zdravotnických profesí.

„...psychologů a psychiatrů je prostě málo a ten systém to dlouhodobě nestíhá pokrývat...“

Nejčastěji zmiňované profese jsou:

- psychiatři (zejména ambulantní a dětská psychiatrie),
- kliničtí psychologové,
- psychoterapeuti.

Nedostatek těchto profesí se v praxi projevuje především:

- omezenou kapacitou služeb,
- dlouhými čekacími dobami,
- nemožností přijímat nové klienty,
- sníženou frekvencí kontaktu s klientem.

Zejména v oblasti dětské a dorostové psychiatrie je situace respondenty hodnocena jako výrazně nedostatečná, což má přímý dopad na včasnost diagnostiky i následnou péči.

V rozhovorech padla také výzva k většímu zapojení praktických lékařů od zástupců ze zdravotnictví:

“...antidepresiva může předepsat i praktický lékař, ale bojí se toho, přestože své pacienty zná lépe než my...”

Přetížení pracovníků a dopady na kvalitu péče

Dalším významným aspektem je vysoká pracovní zátěž stávajících pracovníků. Respondenti uvádějí, že nedostatek personálu vede k přetížení týmů, což se následně promítá do:

- omezené časové kapacity pro jednotlivé klienty,
- snížení intenzity péče,
- omezených možností individuálního přístupu,
- rizika vyhoření pracovníků.

„...ty týmy jsou přetížené a jedou opravdu na hraně kapacity...“

Přetížení pracovníků zároveň omezuje možnosti dalšího rozvoje služeb, inovací a mezioborové spolupráce, protože většina kapacit je vázána na zajištění základního provozu.

Dopady na kontinuitu péče

Personální nedostatečnost má přímý dopad také na kontinuitu péče. Respondenti upozorňují, že:

- klienti jsou nuceni měnit poskytovatele péče z důvodu kapacitních omezení,
- dochází k přerušování spolupráce,
- není možné zajistit pravidelný a dlouhodobý kontakt.

V některých případech je kontinuita narušena i fluktuací pracovníků, která je částečně důsledkem vysoké zátěže a náročnosti práce v tomto sektoru.

Nedostatek pracovníků v sociálních a komunitních službách

Vedle zdravotnických profesí je nedostatek personálu patrný také v oblasti sociálních a komunitních služeb. Respondenti upozorňují zejména na omezené kapacity:

- sociálních pracovníků,
- pracovníků v sociálních službách,
- pracovníků v terénních a komunitních týmech.

Tento nedostatek omezuje možnosti dlouhodobé podpory klientů v jejich přirozeném prostředí a komplikuje návaznost na zdravotnickou péči. V důsledku toho se zvyšuje tlak na zdravotnický systém, který je nucen řešit i situace, které by mohly být řešeny v sociální sféře.

Nedostatek podpůrných a specializovaných rolí

Z rozhovorů dále vyplývá nedostatek některých specifických profesních rolí, které jsou klíčové pro fungování moderního systému péče o duševní zdraví. Jedná se zejména o:

- case manažery,
- pracovníky zajišťující koordinaci péče,
- peer pracovníky,
- odborníky na mezioborovou spolupráci.

„...chybí nám lidi, kteří by tu péči koordinovali...“

Absence těchto rolí komplikuje koordinaci péče, zvyšuje nároky na jednotlivé pracovníky a přispívá k fragmentaci systému.

Regionální nerovnoměrnost personálních kapacit

Personální bariéry jsou dále umocněny jejich nerovnoměrným rozložením v území. Respondenti upozorňují, že dostupnost odborníků je vyšší ve větších městech, zatímco v menších obcích a periferních oblastech je situace výrazně horší.

„...v menších městech ty odborníky prostě neseženete...“

To vede k:

- nutnosti dojíždění klientů za péčí,
- omezené dostupnosti služeb v některých regionech,
- přetížení služeb v centrech.

Omezené možnosti mezioborové spolupráce

Nedostatek personálních kapacit se promítá také do omezených možností mezioborové spolupráce. Respondenti uvádějí, že:

- pracovníci nemají dostatek času na koordinaci péče,
- spolupráce mezi službami je často neformální a závislá na osobních kontaktech,
- systematická spolupráce není dostatečně rozvinutá.

„...není kapacita na to, abychom se potkávali a koordinovali péči...“

To dále oslabuje provázanost systému a zvyšuje riziko neefektivního poskytování péče.

Bariéry přístupu k péči – informační bariéry

Informační bariéry představují významný faktor ovlivňující efektivní přístup k péči o duševní zdraví v Kraji Vysočina. Respondenti napříč sektory upozorňují, že problém nespočívá pouze v nedostatku informací jako takových, ale především v jejich roztržitosti, nepřehlednosti a absenci systematického způsobu, jak klienty i odborníky provázet systémem služeb.

Informační bariéry se přitom projevují jak na straně klientů a jejich blízkých, tak na úrovni samotných poskytovatelů služeb.

Nedostatečná informovanost klientů a jejich blízkých

Respondenti se shodují, že klienti a jejich rodiny často nemají dostatek informací o tom:

- jaké služby jsou dostupné,
- na koho se obrátit v konkrétní situaci,
- jak postupovat při řešení obtíží.

„...oni vůbec nevědí, kam se obrátit, a často se k nám dostanou úplnou náhodou...“

V praxi to znamená, že klienti vstupují do systému nahodile, často prostřednictvím prvního dostupného kontaktu (např. škola, sociální služba, praktický lékař), aniž by měli přehled o dalších možnostech podpory.

Z rozhovorů vyplývá, že orientace klientů v systému se postupně zlepšuje, zejména díky větší otevřenosti tématu duševního zdraví a sdílení zkušeností mezi lidmi. Přesto však zůstává nedostatečná, a to zejména u klientů, kteří se se systémem setkávají poprvé nebo nemají podpůrné zázemí.

Role služeb jako „vstupních bodů“ do systému

V reakci na nedostatečnou informovanost klientů plní některé služby fakticky roli vstupního bodu do systému, kde dochází nejen k poskytnutí podpory, ale i k základní orientaci klienta v dostupných možnostech.

„...my jim vlastně vysvětlujeme, kam mají jít dál, protože to jinak nikdo nedělá...“

Pracovníci těchto služeb:

- vysvětlují klientům strukturu systému,
- doporučují další vhodné služby,
- pomáhají s navigací mezi jednotlivými poskytovateli.

Tato role však není systémově ukotvena a závisí především na iniciativě konkrétních pracovníků a organizací. V důsledku toho není zajištěna rovnoměrně napříč krajem.

Omezená informovanost mezi službami

Významnou informační bariéru představuje také nedostatečná informovanost mezi jednotlivými službami navzájem. Respondenti uvádějí, že:

- nemají vždy přehled o aktuální nabídce služeb mimo svůj sektor,
- neznají detailně kapacity a možnosti jiných organizací,
- orientace v systému je složitá i pro odborníky.

„...ty informace existují, ale nejsou přehledné a člověk se v tom ztrácí...“

„...my často ani nevíme, jaké jsou aktuálně kapacity ostatních služeb...“

Tento stav vede k:

- neefektivnímu směřování klientů,
- opakovanému předávání klienta mezi službami,
- zvyšování administrativní a časové zátěže.

Z rozhovorů rovněž vyplývá, že spolupráce mezi službami je často založena na osobních kontaktech a neformálních vazbách, nikoli na systematicky nastavených mechanismech sdílení informací.

Nedostatečně rozvinutá systémová „navigace“ klienta

Respondenti se shodují, že v Kraji Vysočina chybí jednotný a funkční systém navigace klienta službami péče o duševní zdraví. Neexistuje jednoznačný „vstupní bod“ ani koordinovaný mechanismus, který by klienta provázel systémem od prvního kontaktu až po navazující péči.

„...ten klient se v tom ztratí a často to vzdá...“

Absence tohoto prvku se projevuje zejména:

- nejasnou trajektorií klienta v systému,
- ztrátou kontinuity péče při přechodech mezi službami,
- zvýšenými nároky na klienta i jeho rodinu při orientaci v systému.

V některých případech tuto roli částečně supluje jednotlivé služby nebo konkrétní pracovníci, avšak bez systémového ukotvení a dostatečných kapacit.

Omezené možnosti sdílení informací a koordinace péče

Další bariérou je omezená možnost sdílení informací mezi poskytovateli péče. Respondenti poukazují na:

- rozdílné systémy evidence a dokumentace,
- legislativní omezení při sdílení informací,
- absenci jednotných komunikačních nástrojů.

Tyto faktory komplikují koordinaci péče a ztěžují předávání informací o klientovi mezi jednotlivými službami, což může negativně ovlivnit kontinuitu a efektivitu podpory.

Bariéry přístupu k péči – kulturní bariéry

Na základě analýzy realizovaných rozhovorů lze konstatovat, že kulturní bariéry představují specifickou, avšak významnou oblast překážek v přístupu k péči o duševní zdraví v Kraji Vysočina. Na rozdíl od organizačních či personálních bariér nejsou tyto faktory vždy explicitně pojmenovávány, avšak z výpovědí respondentů je patrné, že významně ovlivňují ochotu klientů vyhledat pomoc, setrvat v péči a spolupracovat se službami.

Kulturní bariéry se projevují zejména ve vztahu k nastavení služeb, zkušenostem klientů se systémem, vnímání duševního zdraví ve společnosti a míře důvěry ve veřejné instituce.

Omezení vyplývající z nastavení služeb a jejich pravidel

Respondenti upozorňují, že některá pravidla a podmínky poskytování služeb mohou v praxi vést k vylučování určitých skupin klientů. Jedná se zejména o situace, kdy:

- služby mají úzce definované cílové skupiny,
- nejsou připraveny pracovat s klienty s komplexními nebo „nestandardními“ potřebami,
- vyžadují určitou míru spolupráce, stability nebo motivace, kterou klient aktuálně nemá.

Tato omezení se nejvíce dotýkají klientů:

- s kombinovanými obtížemi (např. duševní onemocnění a závislost),
- s poruchami osobnosti,
- s problematickým chováním,
- v akutní sociální krizi.

V těchto případech dochází k situacím, kdy klient sice potřebuje pomoc, ale nenachází službu, která by byla schopna nebo ochotna jeho situaci řešit.

Nízká důvěra ve služby a negativní zkušenosti

Dalším významným faktorem je míra důvěry klientů ve služby a celý systém péče.

„...někteří klienti už tu zkušenost mají špatnou a pak už se do toho systému nechťejí vracet...“

Respondenti uvádějí, že část klientů má:

- negativní zkušenosti s předchozí péčí,
- nedůvěru vůči institucím,
- obavy z nepochopení nebo stigmatizace.

Tyto zkušenosti mohou vést k odmítání další spolupráce, odkládání vyhledání pomoci nebo k předčasnému ukončení péče. Důvěra je přitom často budována dlouhodobě a její narušení může mít zásadní dopad na ochotu klienta do systému znovu vstoupit.

Stigmatizace duševních obtíží

Respondenti dále poukazují na přetrvávající stigmatizaci duševních onemocnění, která může klienty odrazovat od vyhledání odborné pomoci.

„...pořád je tam velký stud jít za psychologem nebo psychiatrem... lidi to zkouší řešit sami co nejdéle...“

Tento faktor se projevuje zejména:

- obavami z reakce okolí,
- snahou řešit problémy „v rámci rodiny“ bez zapojení služeb,
- podceňováním závažnosti obtíží.

Stigma se může projevovat i na úrovni institucí, například v přístupu některých služeb nebo odborníků ke klientům s duševním onemocněním, což dále posiluje negativní zkušenosti klientů.

Nedostatečné přijetí klientů s komplexními potřebami

Kulturní bariéry se výrazně projevují také ve vztahu ke klientům, kteří nezapadají do běžných kategorií. Respondenti upozorňují, že některé služby nejsou připraveny pracovat s klienty, kteří:

- kombinují více typů obtíží,
- mají náročné chování,
- vyžadují intenzivnější a flexibilnější přístup.

„...oni nesplňují podmínky, tak se prostě nevezmou, i když je jasné, že by tu pomoc potřebovali...“

V těchto případech může docházet k implicitnímu vylučování klientů, a to i bez formálního odmítnutí. Klienti pak zůstávají bez adekvátní podpory nebo jsou opakovaně předáváni mezi službami.

Vliv motivace a připravenosti klienta

Respondenti rovněž poukazují na to, že některé služby předpokládají určitou úroveň motivace a spolupráce ze strany klienta. V praxi však část klientů:

- není na spolupráci připravena,
- nemá dostatek informací,
- nachází se ve fázi, kdy pomoc aktivně nevyhledává.

„...jsou lidi, kteří do toho systému prostě nevstoupí, protože k tomu nemají důvěru nebo kapacitu...“

V těchto situacích může docházet k tomu, že klient službu nevyužije, i když by pro něj byla vhodná. Tento aspekt je zvláště významný u preventivních a včasných intervencí.

Rozdíly v přístupech mezi službami

Dalším faktorem jsou rozdíly v přístupech jednotlivých služeb a pracovníků. Respondenti uvádějí, že:

- některé služby pracují otevřeněji a flexibilněji,
- jiné jsou formálnější a méně přizpůsobivé.

Tyto rozdíly mohou ovlivňovat zkušenost klienta se systémem a jeho ochotu pokračovat ve spolupráci. V některých případech může nevhodně zvolený přístup vést k odchodu klienta ze služby.

(Ne)dostupnost péče pro specifické skupiny obyvatel

Na základě analýzy realizovaných rozhovorů lze konstatovat, že dostupnost péče o duševní zdraví není napříč cílovými skupinami rovnoměrná. Respondenti opakovaně upozorňují na existenci skupin obyvatel, pro které je systém péče hůře dostupný, a to jak z důvodu strukturálních omezení, tak v důsledku kombinace více typů bariér (organizačních, personálních, informačních i kulturních).

Z rozhovorů vyplývá, že problém se netýká pouze absence služeb, ale zejména jejich nevhodného nastavení vůči specifickým potřebám některých skupin, což vede k jejich omezenému zapojení do systému nebo k úplnému vypadnutí z péče.

„...jsou klienti, kteří nepatří nikam... každá služba řekne, že to není pro ně... a oni pak zůstanou úplně mimo...“

Mladí dospělí jako nedostatečně pokrytá skupina

Jednou z nejčastěji zmiňovaných skupin jsou mladí dospělí, kteří se nacházejí na přechodu mezi systémem služeb pro děti a dospělé. Respondenti poukazují na to, že tato skupina:

- často ztrácí kontinuitu péče při přechodu mezi systémy,
- není plně zachycena ani v jednom z nich,
- má specifické potřeby, které nejsou dostatečně reflektovány.

Pro mladé dospělé je typické, že:

- již nespádají do školských a dětských služeb,
- zároveň nejsou připraveni nebo motivováni využívat služby pro dospělé,
- často postrádají stabilní sociální zázemí.

Respondenti uvádějí, že v systému chybí služby, které by byly cíleně zaměřené na tuto přechodovou skupinu a reflektovaly její specifika (např. kombinaci studia, práce, osamostatňování a psychických obtíží). V důsledku toho mladí dospělí často využívají služby nahodile nebo vůbec.

Klienti s komplexními a kombinovanými obtížemi („nechtění klienti“)

Významnou skupinou jsou klienti s komplexními potřebami, kteří jsou v rozhovorech často označováni jako „obtížně umístitelní“ v systému. Jedná se zejména o osoby:

- s duální diagnózou (duševní onemocnění a závislost),
- s poruchami osobnosti,
- s kombinací duševních obtíží a sociálního vyloučení,
- s problematickým nebo agresivním chováním.

„...jsou klienti, které vlastně nikdo nechce, protože jsou složití...“

Respondenti upozorňují, že tyto skupiny:

- narážejí na úzké vymezení cílových skupin služeb,
- jsou často odmítány z důvodu „nekompatibility“ s pravidly služby,
- jsou opakovaně předávány mezi službami bez stabilního ukotvení.

V důsledku toho se stávají tzv. „nechtěnými klienty“, pro které systém formálně existuje, avšak prakticky nenabízí adekvátní řešení.

Klienti na pomezí služeb a bez jasné diagnózy

Další ohroženou skupinou jsou klienti, kteří se nacházejí na pomezí jednotlivých typů péče a nemají jednoznačně definovanou diagnózu nebo potřebu. Jedná se například o:

- osoby s počínajícími psychickými obtížemi,
- klienty s lehčími nebo proměnlivými symptomy,
- děti a mladé lidi v rané fázi problémů.

Respondenti uvádějí, že tyto osoby:

- často nespadají do indikačních kritérií specializovaných služeb,
- nejsou zachyceny včas,
- trpí obtížemi, které mohou být podceňovány.

Tato skupina je přitom klíčová z hlediska prevence a včasné intervence, avšak současný systém ji nedokáže systematicky zachytit.

Osoby se sociálním znevýhodněním a nestabilním zázemím

Respondenti rovněž upozorňují na omezenou dostupnost péče pro osoby, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, například:

- osoby bez stabilního bydlení,
- lidé s nízkými příjmy,
- klienti s dluhy nebo exekucemi,
- osoby s omezenou schopností orientace v systému.

Tyto skupiny často čelí kumulaci bariér, které zahrnují:

- omezenou dostupnost služeb v místě bydliště,
- nízkou informovanost,
- nižší motivaci nebo důvěru ve služby,
- obtížnou schopnost dlouhodobé spolupráce.

V důsledku toho mohou zůstat mimo systém péče, nebo jej využívají pouze v krizových situacích.

Děti a dospívající se závažnějšími obtížemi

Z rozhovorů dále vyplývá, že problematická je dostupnost péče i pro děti a dospívající se závažnějšími psychickými obtížemi, zejména v případech, kdy:

- stav dítěte neodpovídá indikaci k hospitalizaci,
- současně přesahuje možnosti školských nebo poradenských služeb.

V těchto situacích:

- chybí vhodné přechodové a podpůrné služby v bydlení,
- dochází k přetěžování existujících zařízení,
- péče je často improvizovaná.

Tato skupina klientů je vystavena riziku zhoršení stavu a opožděné intervence.

Klienti vypadávající ze systému péče

Respondenti identifikují také skupiny klientů, které ze systému péče vypadávají zcela. Jedná se zejména o osoby:

- které odmítají spolupráci nebo nejsou motivované,
- které mají negativní zkušenosti se službami,
- které opakovaně přerušují péči,
- které nejsou schopny splnit podmínky služby.

Tyto osoby se často pohybují mimo systém až do okamžiku, kdy se jejich situace vyhroťe a vyžaduje krizové řešení. Absence mechanismů pro jejich dlouhodobé zachycení představuje významné riziko jak pro samotné klienty, tak pro systém jako celek.

Shrnutí hlavních ohrožených skupin

Na základě analýzy rozhovorů lze identifikovat následující skupiny, pro které je systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina nejméně dostupný:

- mladí dospělí na přechodu mezi systémy péče,
- klienti s komplexními a kombinovanými obtížemi („nechtění klienti“),
- osoby na pomezí služeb bez jasné diagnózy,
- osoby v nepříznivé sociální situaci,
- děti a dospívající se závažnějšími obtížemi bez odpovídající návazné péče,
- klienti, kteří vypadávají ze systému v důsledku nízké motivace nebo negativních zkušeností.

Společným jmenovatelem těchto skupin je nedostatečné přizpůsobení systému jejich specifickým potřebám, což vede k jejich omezenému zapojení do péče nebo k úplnému vypadnutí ze systému.

Odborníci z praxe nepojmenovávali jako hlavní ohroženou skupinu seniory, přestože demografické projekce naznačují, že co do četnosti bude v budoucnu právě tato skupina výrazně častějšími klienty než dříve.

Spokojenost s koordinací systému na krajské úrovni

Na základě analýzy realizovaných rozhovorů lze konstatovat, že pohled respondentů na fungování systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina je ambivalentní. Na jedné straně je vnímán zřetelný posun v posledních letech, zejména v souvislosti s rozvojem nových služeb, větší otevřeností tématu duševního zdraví a postupným budováním sítě péče. Na straně druhé však přetrvávají významné nedostatky v oblasti koordinace, provázanosti a systematického řízení rozvoje sítě.

V rozhovorech se opakovaly pochvalné komentáře zejména k osobě Mgr. Jiřího Bíny, vedoucího odboru sociálních věcí Krajského úřadu.

Respondenti se shodují, že systém se nachází ve fázi rozvoje, avšak zatím nedosahuje plné funkčnosti jako provázaný celek.

Vnímaný posun v rozvoji systému

Většina respondentů reflektuje pozitivní změny, ke kterým v posledních letech došlo. Tyto změny se týkají zejména:

- rozšiřování sítě služeb,
- vzniku nových typů služeb (např. komunitně orientovaných),
- většího důrazu na téma duševního zdraví napříč sektory,
- zvyšování povědomí o problematice mezi odbornou i laickou veřejností.

Respondenti oceňují, že téma duševního zdraví je v současnosti více diskutováno a že dochází k postupnému posilování kapacit, ačkoli tento proces je vnímán jako postupný a nerovnoměrný.

Pozitivně je vnímán také posun v oblasti spolupráce mezi některými službami, zejména tam, kde se podařilo vytvořit funkční pracovní vazby na lokální úrovni.

Nedostatky v koordinaci na krajské úrovni

Přes uvedený posun respondenti opakovaně upozorňují na nedostatečnou koordinaci systému na krajské úrovni. Koordinace je vnímána jako spíše omezená a nedostatečně systematická, což se projevuje zejména:

- absencí jednotného řízení rozvoje sítě,
- nedostatečnou provázaností jednotlivých segmentů,
- nejasným vymezením rolí a odpovědností,
- omezeným sdílením informací mezi aktéry.

Respondenti uvádějí, že spolupráce mezi službami často funguje na základě osobních kontaktů a iniciativy jednotlivých pracovníků, nikoli na základě systematicky nastavených mechanismů.

Fragmentace systému a meziresortní nesoulad

Významným problémem zůstává fragmentace systému mezi jednotlivými resorty, zejména mezi zdravotnictvím, sociálními službami a školstvím. Respondenti poukazují na to, že:

- jednotlivé segmenty fungují paralelně,
- spolupráce mezi nimi je omezená,
- chybí jednotný strategický rámec pro koordinaci péče.

Tato fragmentace komplikuje jak poskytování služeb, tak orientaci klientů v systému a přispívá k neefektivnímu využívání dostupných kapacit.

Nerovnoměrný rozvoj sítě služeb

Respondenti dále upozorňují na nerovnoměrný rozvoj sítě služeb, a to jak z hlediska geografického, tak z hlediska typů poskytovaných služeb. V některých oblastech dochází k rozvoji nových kapacit, zatímco v jiných přetrvávají významné nedostatky.

Rozvoj sítě je podle respondentů často:

- dílčí a nesystematický,
- závislý na konkrétních projektech nebo iniciativách,
- nedostatečně koordinovaný na úrovni celého kraje.

Implementace kvality a standardizace péče

V oblasti kvality péče respondenti vnímají určitý posun, zejména v souvislosti s profesionalizací služeb a důrazem na standardy kvality. Zároveň však upozorňují, že:

- implementace kvalitativních standardů není jednotná,
- kvalita služeb se liší mezi jednotlivými poskytovateli,
- chybí systematické hodnocení kvality napříč systémem.

Respondenti také poukazují na omezené využívání dat a evaluací při plánování a řízení služeb, což komplikuje dlouhodobý rozvoj systému.

Omezená role strategického řízení

Z rozhovorů vyplývá, že role strategického řízení na krajské úrovni není vnímána jako dostatečně silná. Respondenti uvádějí, že:

- chybí jasná dlouhodobá koncepce rozvoje sítě,
- nejsou dostatečně využívány analytické podklady,
- koordinace aktérů není systematická.

To vede k tomu, že systém se rozvíjí spíše evolučně než na základě cíleného strategického plánování.

Shrnutí hlavních zjištění

Na základě analýzy rozhovorů lze shrnout, že:

- v posledních letech došlo k pozitivnímu posunu v rozvoji systému péče o duševní zdraví,
- dochází k rozšiřování sítě služeb a zvyšování povědomí o problematice,
- přetrvávají významné nedostatky v koordinaci systému na krajské úrovni,
- systém je stále fragmentovaný a nedostatečně provázaný,
- rozvoj sítě je nerovnoměrný a částečně nesystematický,
- implementace kvality není jednotná a postrádá systematické vyhodnocování,
- strategické řízení systému je vnímáno jako omezené.

Opakovaně zaznívala poptávka po nějaké formě jednotného katalogu služeb s aktuálními informacemi např. o čekacích lhůtách a zavedení pravidelného „newsletteru“ o novinkách mezi službami v kraji (změna služby, nové projekty).

Celkově lze konstatovat, že systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina vykazuje znaky postupného rozvoje, avšak dosud nedosahuje úrovně plně koordinovaného a integrovaného systému, který by efektivně reagoval na potřeby všech cílových skupin.

VÝSTUPY Z EXPERTNÍCH FOKUSNÍCH SKUPIN

V rámci analytické fáze projektu byly realizovány dvě expertní fokusní skupiny, jejichž cílem bylo doplnit a ověřit zjištění z individuálních rozhovorů a současně vytvořit prostor pro sdílení zkušeností a formulaci společných doporučení klíčových aktérů systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina.

Fokusní skupiny byly složeny ze zástupců zdravotních služeb, sociálních služeb, školství a dalších relevantních institucí. Diskuse byly vedeny strukturovaně a tematicky navazovaly na oblasti analyzované v rámci rozhovorů, zejména se zaměřovaly na zkušenosti s přechody mezi službami a chybějící podporu pro osoby s problémy v oblasti duševní pohody a duševního zdraví. Dále se zaměřovaly na:

- dostupnost a kapacitu služeb,
- krizovou péči,
- návaznost systému,
- bariéry v přístupu k péči,
- potřeby specifických cílových skupin,
- řízení a koordinaci systému.

Fokusní skupina I proběhla v úterý 3. března 2026, 12:30–16:00.

- Místo konání: Velké Meziříčí.
- Zaměření: zkušenosti se systémem péče v kontextu přímé práce s klienty – průchod systémem, krizové situace, návaznost služeb, konkrétní kazuistiky.
- Účastníci: pracovníci organizace, kteří se setkávají s přímou prací s klienty (např. vedoucí pracovníci terénních, ambulantních či pobytových služeb, krizové pomoci apod.).

Fokusní skupina II proběhla v úterý 10. března 2026, 12:30–16:00.

- Místo konání: Humpolec.
- Zaměření: systémový pohled – role jednotlivých aktérů, nastavování a rozvoj služeb, koordinace a řízení systému.
- Účastníci: zástupci poskytovatelů služeb v oblasti duševního zdraví se zkušeností s fungováním systému péče a jeho rozvojem (např. zástupci vedení organizací, vedoucí pracovníci nemocnic apod.).

Výstupy z fokusních skupin poskytují nejen potvrzení identifikovaných problémů, ale také jejich hlubší kontext a konkrétní návrhy řešení.

Na obou fokusních skupinách byly řešeny především tyto oblasti:

Nedostatečná koordinace a řízení systému

Fokusní skupiny jednoznačně potvrdily, že jedním z hlavních problémů systému je absence systematického řízení a koordinace na krajské úrovni. Systém je vnímán jako roztříštěný, s omezenou provázaností mezi jednotlivými segmenty. Jednotliví aktéři se scházejí někdy na úrovni města, někdy na úrovni okresu, jednotlivá praxe se liší podle místní zvyklosti.

Tento stav je výstižně shrnut v konstatování, že:

„...ten systém není úplně řízený jako celek...”

Diskuse zároveň ukázala, že spolupráce mezi aktéry sice existuje, avšak je často založena na neformálních vazbách a individuální iniciativě, nikoli na systémově nastavených mechanismech.

Nedostatky v dostupnosti a kapacitách služeb

Účastníci fokusních skupin opakovaně poukazovali na nedostatečnou kapacitu služeb a jejich nerovnoměrnou dostupnost v území. Identifikovány byly zejména následující problémy:

- nedostatečný počet center duševního zdraví,
- chybějící terénní krizové služby,
- omezená dostupnost služeb mimo větší města.

V oblasti krizové péče zaznělo, že systém je v některých případech nucen řešit situace improvizovaně, přičemž:

„...když není kapacita v kraji, odkazuje se mimo region...”

Zvlášť výrazné jsou mezery v oblasti péče o děti a mladistvé, kde chybí odpovídající krizové a návazné služby. V rámci fokusních skupin se také rozvinula diskuze nad tím, jakou roli dnes hrají tzv. nízkoprahové služby. Účastníci dospěli k závěru, že výrazně vzrostly nároky na pracovníky v NZDM, kteří jsou často právě i poskytovateli poradenství týkajícího se duševních obtíží u mladistvých.

Slabá návaznost péče a absence kontinuity

Významným tématem byla nedostatečná návaznost mezi jednotlivými službami a úrovněmi péče. Přestože v některých případech spolupráce funguje, není systematicky ukotvena.

Z fokusních skupin vyplývá potřeba zajistit:

- plynulé předávání klientů mezi službami,
- souběžné poskytování podpory v přechodových situacích,
- vyšší míru koordinace péče.

Tato potřeba odpovídá formulovanému principu, že:

„...služby na sebe nejen navazují, ale jsou v případě předávání poskytovány po potřebnou dobu souběžně...“

Nedostatečná informovanost a orientace v systému

Další významnou oblastí je informovanost o dostupných službách. Bylo konstatováno, že i když určité nástroje existují, nejsou dostatečně funkční:

„...existuje mapa a rozcestník, ale není aktualizovaný...“

To vede k obtížné orientaci klientů i odborníků v systému a zvyšuje riziko neefektivního směřování klientů.

Účastníci fokusních skupin proto navrhovali, aby pod patronátem kraje vznikl jednotný rozcestník, který ale musí být pravidelně aktualizovaný a navádět občany podle aktuální řešené oblasti náročné životní situace.

Potřeba rozvoje komunitních služeb a bydlení

Fokusní skupiny silně akcentovaly nedostatek komunitních služeb, zejména v oblasti bydlení. Bylo upozorněno na to, že:

- chybí odstupňované formy komunitního bydlení,
- lidé v nepříznivé situaci často nemají možnost přechodu do stabilního prostředí,
- služby nejsou schopny adekvátně reagovat na potřeby osob s komplexními obtížemi.

Zaznělo také, že:

„...lidé na ulici nedosáhnou na sociální byty...“

Nedostatečné systémové využívání dat a plánování

Účastníci upozornili na potřebu systematictějšího plánování rozvoje služeb na základě dat a evaluací. Byla zdůrazněna potřeba:

- průběžného vyhodnocování funkčnosti systému,
- práce s daty jako podkladem pro rozhodování,
- provázání strategických dokumentů.

Formulace priorit ve vazbě na strategické cíle

Výstupy z fokusních skupin koncentrujeme do čtyř klíčových oblastí, které tvoří základ pro návrhovou část koncepce:

1	Zlepšení řízení a koordinace systému	– potřeba aktivní role kraje jako koordinátora, – systematické propojování aktérů, – pravidelná platforma pro spolupráci.
2	Rovnost v přístupu ke službám	– snížení územních nerovností, – rozvoj prevence a včasné intervence, – podpora sociálních determinant (bydlení, zaměstnání).
3	Kvalita péče a ochrana lidských práv	– důraz na kontinuální a respektující péči, – posílení role klienta v systému, – potřeba metodického vedení a edukace.
4	Dostupnost služeb	– zvýšení kapacit (např. CDZ, NZDM), – rozvoj terénních a komunitních služeb, – zajištění krizové péče dostupné v celém kraji.

Poptávka směrem ke kraji

Od účastníků fokusních skupin zazněla také konkrétní poptávka, co by podle nich mohl kraj podpořit. Jednalo se o:

- cenově dostupné vzdělávání pro sociální pracovníky,
- posílení kapacit NZDM,
- zajištění supervizí pro pracovníky i mimo sociální služby,
- stanovení minimálního standardu kvality,
- tlak na menší obce, aby se zapojily do podpory organizací v síti,
- aktualizaci katalogu služeb.

Shrnutí

Výstupy z fokusních skupin potvrdily hlavní zjištění z individuálních rozhovorů a zároveň je významně rozšířily o konkrétní návrhy a systémové souvislosti. Výstupy ukazují, že systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina má potenciál dalšího rozvoje, avšak vyžaduje cílené posílení v oblasti řízení, dostupnosti, kvality a rovnosti v přístupu.

Závěry z fokusních skupin představují důležitý podklad pro formulaci návrhové části koncepce a poskytnou silnou oporu pro definici strategických cílů a konkrétních opatření.

DOPORUČENÍ ODBORNÍKŮ PRO ROZVOJ SYSTÉMU

Na základě analýzy realizovaných rozhovorů lze formulovat soubor prioritních oblastí, které respondenti považují za klíčové pro další rozvoj systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina. Výpovědi respondentů napříč sektory se v souhrnu sbíhají k několika zásadním systémovým potřebám, které přesahují jednotlivé služby a poukazují na nutnost koncepčního posílení celého systému.

Z rozhovorů vyplývá, že zlepšení systému nelze dosáhnout pouze dílčími změnami, ale vyžaduje koordinovaný přístup na úrovni kraje, který bude reflektovat klíčové oblasti řízení, dostupnosti, kvality a rovnosti v přístupu ke službám.

Potřeba posílení řízení a koordinace systému

Respondenti opakovaně poukazují na nedostatečnou koordinaci systému a absenci jednotného řízení, které by systematicky propojovalo jednotlivé segmenty péče.

„...ten systém není úplně řízený jako celek, spíš fungují ty části vedle sebe...“

Z výpovědí vyplývá potřeba posílení role kraje jako aktivního koordinátora, který bude:

- nastavovat jasný rámec spolupráce mezi zdravotními, sociálními a školskými službami,
- podporovat sdílení informací a koordinaci péče,
- systematicky řídit rozvoj sítě služeb na základě identifikovaných potřeb.

„...potřebovali bychom víc prostoru pro setkávání a sdílení mezi službami...“

Tento požadavek odpovídá potřebě **zlepšení řízení a koordinace systému**, která se jeví jako základní předpoklad pro řešení dalších identifikovaných problémů.

Potřeba zajištění rovnosti v přístupu ke službám

Významným tématem napříč rozhovory je nerovnoměrná dostupnost péče pro různé skupiny obyvatel i v různých částech kraje. Respondenti poukazují na to, že systém v současnosti nedokáže zajistit rovné podmínky přístupu, a to zejména:

- mezi městskými a venkovskými oblastmi,
- mezi různými cílovými skupinami (např. děti, mladí dospělí, osoby se sociálním znevýhodněním),
- v oblasti návazných životních podmínek (bydlení, zaměstnání).

„...zdravotnictví, sociální služby a školství si jedou v každé lokalitě to svoje...“

Z rozhovorů rovněž vyplývá potřeba většího důrazu na prevenci a včasnou intervenci, která by umožnila zachytit problémy v rané fázi a snížit tlak na specializované služby.

Součástí této oblasti je i potřeba systematického snižování stigmatizace duševních obtíží, která stále představuje významnou bariéru v přístupu k péči.

Tyto výstupy odpovídají potřebě **zajištění rovnosti v přístupu ke službám**, včetně podpory bydlení, zaměstnávání, prevence a destigmatizace.

Potřeba posílení kvality péče a ochrany práv klientů

Respondenti ve svých výpovědích nepřímo poukazují také na potřebu posílení kvality poskytované péče a sjednocení přístupů napříč službami. V praxi se podle nich kvalita liší mezi jednotlivými poskytovateli a není systematicky vyhodnocována.

„...je vidět, že se to za poslední roky posunulo, ale pořád to není systém kvality jako celek...“

Současně se objevují témata spojená s přístupem ke klientům, zejména:

- práce s klienty s komplexními potřebami,
- respektování individuálních potřeb klienta,
- zajištění důstojného a bezpečného prostředí.

Z těchto zjištění vyplývá potřeba systematického nastavení kvality služeb, včetně důrazu na ochranu práv klientů a prevenci nevhodných či diskriminačních přístupů.

„...kdyby byl jasněji nastavený systém, jak má služba vypadat, tak by se v tom líp fungovalo všem...“

Tato oblast odpovídá strategickému cíli **posílení kvality péče a ochrany lidských práv**.

Potřeba zlepšení dostupnosti služeb

Další klíčovou oblastí, která se prolíná napříč rozhovory, je potřeba zlepšení dostupnosti služeb.

„...ty služby vznikají spíš náhodně nebo podle projektů, než že by to bylo řízené...“

Respondenti poukazují na:

- nedostatečné kapacity služeb,
- dlouhé čekací doby,
- omezenou dostupnost v některých regionech,
- chybějící služby pro specifické cílové skupiny.

Dostupnost je přitom vnímána nejen jako otázka existence služby, ale také její reálné dosažitelnosti v čase a prostoru, stejně jako její schopnosti reagovat na individuální potřeby klienta.

„...potřebujeme, aby ty služby byly dostupné i mimo velká města...“

Z výpovědí respondentů vyplývá, že bez posílení dostupnosti nelze efektivně řešit další problémy systému, včetně prevence, kontinuity péče a snižování krizových situací.

Tento okruh odpovídá strategickému cíli **zlepšení dostupnosti služeb**.

Shrnutí vazby na strategické cíle

Souhrnně lze konstatovat, že výstupy z realizovaných rozhovorů jednoznačně poukazují na potřebu systémových změn ve čtyřech klíčových oblastech, které tvoří základ pro návrhovou část koncepce:

1. **Zlepšení řízení a koordinace systému**, včetně posílení role kraje jako aktivního koordinátora.
2. **Zajištění rovnosti v přístupu ke službám**, včetně podpory prevence, destigmatizace a zohlednění sociálních determinant (bydlení, práce).
3. **Posílení kvality péče a ochrany lidských práv**, včetně sjednocení standardů a důrazu na individuální potřeby klientů.
4. **Zlepšení dostupnosti služeb**, zejména z hlediska kapacit, územní dostupnosti a pokrytí specifických cílových skupin.

Tyto oblasti představují logické vyústění zjištění z analytické části a zároveň rámec pro formulaci konkrétních opatření v návrhové části koncepce.

NÁVRHOVÁ ČÁST

Návrhová část dokumentu představuje strategický rámec dalšího rozvoje systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina. Vymezuje vizi systému, hodnoty a principy jeho rozvoje a strategické cíle pro období 2027–2030. Na tento rámec navazuje Akční plán péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina na období 2027–2030, který tvoří přílohu dokumentu a slouží jako implementační nástroj pro převod strategických cílů do konkrétních opatření.

Strategie a dlouhodobý výhled vychází primárně z již existujících politik, koncepcí a strategií v oblasti duševního zdraví a oblastí, které mají nebo mohou mít přímý vliv na systém péče o duševní zdraví. Klíčovým dokumentem je Národní akční plán péče o duševní zdraví 2020–2030 (NAPDZ)³² a dokumenty, které NAPDZ doplňují v dílčích tematických oblastech či na krajských nebo obecních úrovních (Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030³³, Akční plán pro deinstitucionalizaci sociálních služeb v ČR na období 2026–2028³⁴, Strategie sociálního začleňování 2021–2030³⁵, Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2026–2030³⁶, ad.)

Základním rámcem, který vychází z dokumentu WHO Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 (Komplexní akční plán v oblasti duševního zdraví 2013–2030)³⁷:

- důraz na lidská práva s odkazem na Strategii reformy psychiatrické péče z roku 2013³⁸: „Záměrem celé Strategie reformy psychiatrické péče je naplňovat lidská práva duševně nemocných v nejširším možném výkladu“,
- důraz na sociální začleňování osob, kterým hrozí sociální vyloučení,
- důraz na recovery přístup (zotavení) podle Anthonyho: „Zotavení (recovery) je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“ (Anthony, 1993),
- důraz na rozvoj služeb v komunitě, na komunitní přístup při tvorbě systému i poskytování služeb,
- důraz na prevenci a včasnou pomoc,
- důraz na multidisciplinaritu, meziresortní a partnerskou spolupráci mezi aktéry,
- důraz na zapojování lidí s duševním onemocněním a jejich blízkých (pečujících) do ovlivňování a rozhodování o podobě pomoci.

Strategie velmi úzce reaguje na zjištění z analytické části, zejména na dotazníky, rozhovory a na fokusní skupiny. Setkání s aktéry byla určující pro navržení opatření a aktivit v návrhové části.

³² Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030*. Praha: MZ ČR, 2020.

³³ Ministerstvo zdravotnictví ČR, *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030*, Praha: MZ ČR, 2021

³⁴ Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, *Akční plán pro deinstitucionalizaci sociálních služeb v ČR na období 2026–2028*, Praha: MPSV ČR 2025

³⁵ Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, *Strategie sociálního začleňování 2021–2030*, Praha: MPSV ČR, 2023

³⁶ Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2026–2030*, Praha: MPSV ČR, 2025

³⁷ World Health Organization. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Geneva: WHO, 2021

³⁸ Ministerstvo zdravotnictví ČR, *Strategie reformy psychiatrické péče z roku 2013*, Praha: MZ ČR, 2013

V úvodu návrhové části jsou uvedeny Vize a Hodnoty a principy systému. Vize a hodnoty byly formulovány spolu s hlavními aktéry tvorby systému péče v kraji a je na nich mezi těmito aktéry shoda. To je také zásadní pro další spolupráci na tvorbě systému péče a plnění Akčního plánu. Vize také rezonuje s vizemi a cíli definovanými v předchozích strategiích a plánech i s celostátní strategií v oblasti péče o duševní zdraví.

Návrh strategie je strukturován do čtyř strategických cílů, které reagují na klíčové oblasti rozvoje systému a potřeby hlavních cílových skupin. Součástí návrhu jsou také průřezová témata.

Ve Strategii jsou uvedeny spíše dlouhodobé strategické cíle a návrhy možných řešení, a to i řešení, která překračují kompetence a možnosti kraje. Vzhledem ke komplexitě problematiky, mezirezortnosti a robustnosti systému vyžadují změny a rozvoj systému péče o duševní zdraví zapojení všech aktérů a synergické kroky a aktivity. Je zřejmé, že kraje mají aktuálně omezené kompetence v rozhodování a řízení takové změny, nicméně kraje mohou mít velký prostor pro koordinaci a vyjednávání s jednotlivými aktéry (psychiatrickými nemocnicemi, zdravotními službami, obcemi atd.). Proto je v návrhové části jako priorita uvedeno posílení této role kraje tak, aby byl kraj připraven nést silnou roli v řízení a koordinaci systému péče, a to i vzhledem k tomu, že péče o duševní zdraví je jednou z vládních priorit a kraje by v ní měly hrát klíčovou roli.

Akční plán je návrh praktické implementace strategie pro období nejbližších tří let. Z první části vychází a je realistickým obrazem toho, co na úrovni kraje a z gesce kraje lze realizovat v nejbližším období a jaké priority je třeba v nejbližším horizontu sledovat. Akční plán také sleduje čtyři hlavní témata, která jsou ve Strategii a dlouhodobém výhledu uvedena jako strategické cíle. Následně obdobně sleduje specifické cíle ze strategie, opatření, aktivity, dále odhadované náklady, termíny a indikátory plnění. Tato forma umožní jednodušší sledování a vyhodnocování plnění akčního plánu.

STRATEGIE A DLOUHODOBÝ VÝHLED

Členění:

- Vize systému v Kraji Vysočina v oblasti péče o duševní zdraví
- Hodnoty a principy systému
- Strategický cíl 1: Řízení a koordinace
- Strategický cíl 2: Rovnost v přístupu k duševnímu zdraví
- Strategický cíl 3: Kvalita a lidská práva
- Strategický cíl 4: Dostupnost služeb
- Příloha: Akční plán péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina na období 2027–2030

VIZE SYSTÉMU V KRAJI VYSOČINA V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Systém péče o duševní zdraví umožňuje zlepšit a udržet kvalitu života, podporovat život v přirozeném prostředí a sociální začleňování s důrazem na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv. Systém pomáhá řešit potíže v duševním zdraví včas, orientuje se na prevenci a destigmatizaci.

Služby v rámci systému péče o duševní zdraví reagují na rozmanité potřeby klientů, jsou orientovány na podporu zotavení, případně na podporu prevence zhoršení stavu, jsou místně i časově dostupné a kvalitní.

HODNOTY A PRINCIPY SYSTÉMU

Rozvoj systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina vychází z následujících principů, které byly formulovány v krajských strategických dokumentech a dále potvrzeny při společném setkání aktérů systému péče v rámci tohoto projektu:

Kontinuita péče

Jednotlivé formy podpory na sebe navazují a vytvářejí provázaný systém služeb. V případě potřeby může být klient po určitou dobu podporován více službami současně tak, aby byla zajištěna plynulost péče.

Dostupnost služeb

Podpora v oblasti duševního zdraví je dostupná v místě, kde lidé žijí, a v době, kdy ji potřebují. Lidé by měli mít dostatek informací k tomu, aby si mohli najít vhodnou a potřebnou službu.

Multidisciplinární spolupráce

Systém je založen na spolupráci různých profesí a organizací, které společně plánují a koordinují podporu podle potřeb jednotlivce.

Orientace na zotavení (recovery)

Služby podporují osoby s duševním onemocněním v tom, aby mohli žít smysluplný život, rozvíjet své schopnosti a udržovat běžné životní role.

Zapojení lidí s vlastní zkušeností a jejich blízkých

Lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízcí se podílejí na plánování a rozvoji systému péče.

Koordinace systému a kvalita služeb

Rozvoj systému péče vyžaduje koordinaci jednotlivých aktérů a důraz na kvalitu poskytované podpory.

STRATEGICKÉ CÍLE AKČNÍHO PLÁNU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V KRAJI VYSOČINA NA OBDOBÍ 2027–2030³⁹

³⁹ Strategické cíle Akčního plánu byly formulovány jako krajská operacionalizace principů vymezených v národních a krajských strategických dokumentech uvedených v úvodu návrhové části a současně reagují na zjištění analytické části této koncepce.

Výsledný stav:

Systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina je **koordinovaný, transparentní a dlouhodobě řízený na základě spolupráce mezi jednotlivými aktéry**. Řízení systému je založeno na plánování a spolupráci napříč resorty veřejné správy, poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, samosprávou i občanskými iniciativami. Součástí řízení je také průběžné vyhodnocování fungování systému a jeho další rozvoj na základě dostupných dat a zkušeností z praxe.

Koordinace a řízení jsou klíčovými prvky fungování celého systému péče o duševní zdraví. Koordinační a řídicí role musí být dostatečně silně zakotvena ve struktuře a procesech kraje. Je nezbytné propojit a průběžně propojovat jednotlivé odpovědné resorty (zejména sociální, zdravotní a školství) na úrovni kraje i obcí, nastavit funkční spolupráci s jednotlivými obcemi a potažmo i MAS. V rámci poskytování i plánování služeb by měl kraj aktivně koordinovat spolupráci mezi poskytovateli, aby se posílilo propojování a zamezilo duplicitám v poskytování služeb. Obdobně je vhodné koordinovat financování a plánování inovativních projektů. Kraj by měl vhodně a aktivně propojovat všechny aktéry systému (včetně těch, kteří systém sami využívají, tedy uživatele a pečující) a využívat je při plánování, realizaci i vyhodnocování systému a sítě služeb.

SPECIFICKÝ CÍL 1.1: KOORDINACE

V Kraji Vysočina je vytvořen funkční systém koordinace péče o duševní zdraví. Jednotlivé služby a instituce v systému spolu systematicky komunikují, plánují, sdílejí informace a spolupracují při zajištění návaznosti a kontinuity podpory pro klienty.

Návrh konkrétních opatření:**Opatření 1.1.1: Posílit koordinační a řídicí roli kraje**

Důvod zařazení opatření: V současném systému dochází k situacím, kdy jsou některá témata řešena na úkor jiných a část agendy zůstává upozaděna. Není systematicky nastaveno, kdo, kdy a za jakým účelem se setkává a koordinuje jednotlivé oblasti péče. Plánování na úrovni obcí není dostatečně propojeno s plánováním na úrovni kraje.

Systém péče o duševní zdraví je rozdělen mezi více resortů a institucí, zejména zdravotní a sociální oblast. Spolupráce mezi jednotlivými aktéry není vždy systematická a koordinace péče je často založena na individuálních vazbách. Tento stav komplikuje řešení průřezových témat, jako jsou krizové služby, dětské duševní zdraví, bydlení, zaměstnávání, podpora rodin nebo návaznost sociálních a zdravotních služeb, a negativně se promítá do kontinuity péče a dostupnosti podpory. Chybí transparentní systém napojení na jednotlivé odbory a rozhodovací procesy krajského úřadu.

⁴⁰ Návrhová část je členěna podle stejné logiky jako navazující Akční plán péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina na období 2027–2030. Označení strategických cílů, specifických cílů a opatření proto odpovídá číslování použitému v akčním plánu. Cílem tohoto členění je zajistit přímou vazbu mezi strategickým rámcem koncepce a konkrétními aktivitami, termíny, indikátory a náklady uvedenými v příloze.

Způsob plnění :

- **Ukotvit Krajskou koordinační skupinu (KKS)** jako expertní poradní orgán kraje. Krajská koordinační skupina, jejíž zastoupení bude reflektovat relevanci problematiky DZ (sociální, zdravotní a odbor školství, poskytovatelé služeb, obce, osoby se zkušeností), by měla být klíčovým poradním orgánem v plánování systému péče o duševní zdraví v kraji. Nastavit a stabilizovat mechanismus plánování a koordinace péče o duševní zdraví na úrovni kraje, který propojí klíčové aktéry systému. Ukotvit koordinaci tématu duševního zdraví v rámci struktury Krajského úřadu Kraje Vysočina a zajistit její mezesortní charakter. Logické by bylo výhledově KKS ukotvit jako komisi Rady Kraje Vysočina. Vyčlenit minimálně 1,0 úvazku zaměstnanců kraje.
- **Zřizovat pracovní skupiny**, včetně skupin ad hoc, které bude Krajská koordinační skupina koordinovat. Tyto skupiny se zaměří na průřezová témata (např. dětské duševní zdraví, krizové služby, bydlení, služby pro osoby s poruchou osobnosti, osoby bez přístřeší, přechod z hospitalizace do komunity, kvalita a vzdělávání) a na témata, která jsou resortně fragmentovaná. Fragmentace systému komplikuje zajištění komplexní podpory zejména v případech, kdy klient potřebuje současně více typů podpory. Systém naráží především na nedostatečnou návaznost služeb a na absenci mechanismů, které by podporovaly koordinovanou péči o klienty s komplexními potřebami. Organizace pravidelných setkání takových skupin může významným způsobem šetřit finanční zdroje i čas a energii, omezovat duplicitní činnosti a naopak posilovat vzájemnou spolupráci. Rozvíjet a systematizovat platformy spolupráce mezi krajem, obcemi, poskytovateli a dalšími aktéry. Podporovat pravidelná setkávání pro sdílení informací, plánování rozvoje služeb a vyhodnocování fungování systému. Do spolupráce zapojovat i další relevantní instituce (např. zdravotní pojišťovny, Úřad práce ČR, IZS). Komunikace mezi aktéry a koordinace těchto aktivit jsou klíčovými prvky dlouhodobého funkčního systému. Koordinaci a organizaci platform a pracovních skupin na některá témata může kraj delegovat (s finanční podporou) na jednotlivé poskytovatele, a tím je zapojit do aktivní tvorby systému péče. Vyčlenit cca 100 tis. Kč na koordinaci jednotlivých PS.
- **Schválit Strategii a Akční plán péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina.** Vypracovat a schválit strategii a následně i Akční plán péče o duševní zdraví na nejbližší období. Následně pravidelně vyhodnocovat a aktualizovat pro další období.

Opatření 1.1.2: Zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízkých do koordinace péče

Důvod zařazení opatření: Zapojení osob s vlastní zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízkých do plánování a rozvoje systému péče je považováno za důležitý princip moderních systémů péče o duševní zdraví. V českém prostředí však zůstává jejich účast na rozhodovacích procesech často omezená. Zapojení lidí se zkušeností přispívá k lepšímu porozumění potřebám uživatelů služeb a může přispět i ke zvyšování kvality a dostupnosti péče.

Způsob plnění:

- Podporovat zapojení osob se zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízkých do **plánování a koordinace systému péče o duševní zdraví v kraji** – podporovat jejich účast v **pracovních a koordinačních skupinách. To může navazovat na aktuální projekty kraje „Vysočina pečuje“ aj.** Tyto aktivity by mohly vyústit ve zřízení Rady lidí se zkušeností jako poradního orgánu, který bude zapojen do koordinace systému i do činnosti pracovních skupin.
- Obdobně je potřeba využívat expertizu osob s vlastní zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízkých při vyhodnocování systému péče při monitorování plnění Akčního plánu.

- Podporovat rozvoj **uživatelských a svépomocných iniciativ** a jejich spolupráci s poskytovateli služeb a veřejnou správou, pokračovat v grantové podpoře kontinuálně.

Opatření 1.1.3: Zlepšit informovanost o dostupných službách a péči v oblasti duševního zdraví v Kraji Vysočina

Důvod zařazení opatření: Kraj Vysočina zřídil webový portál Vysočina pečuje, na kterém lze vyhledat vhodnou službu na úrovni kraje. Nicméně dostupné informace nejsou vždy přehledné, aktuální nebo snadno dostupné pro všechny cílové skupiny. Nedostatečná informovanost o dostupných službách a možnostech podpory komplikuje orientaci v systému jak lidem s duševním onemocněním a jejich blízkým, tak odborníkům z různých oblastí. Chybí oboustranné informování mezi krajem, obcemi a poskytovateli. Zároveň je komplikovaná aktualizace těchto informací.

V rámci dlouhodobého plánování by bylo možné uvažovat o využití AI při informování o dostupných službách.

Zároveň je důležité mít nastavený způsob vzájemného informování mezi aktéry. K tomu mohou sloužit setkávání KKS či pracovních skupin nebo sdílení informací na interním cloudu.

Způsob plnění:

- **Zajistit systematickou aktualizaci a sdílení informací o službách v oblasti duševního zdraví v Kraji Vysočina. Rozvíjet a udržovat přehledný a aktuální rozcestník služeb, který bude dostupný veřejnosti i odborníkům.**
- **Nastavit koordinovaný systém sdílení informací o dostupnosti služeb mezi krajem, poskytovateli, obcemi a dalšími aktéry systému (např. MAS) skrze Krajskou koordinační skupinu.**

SPECIFICKÝ CÍL 1.2: EFEKTIVITA SYSTÉMU

Systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina je nastaven tak, aby dostupné zdroje a kapacity byly využívány efektivně a jednotlivé služby na sebe navazovaly. Organizace systému podporuje spolupráci mezi službami, omezuje duplicity a přispívá k tomu, aby lidé s duševním onemocněním získali potřebnou podporu včas a v odpovídající formě.

Systém zároveň vytváří podmínky pro zavádění nových a inovativních přístupů do praxe. Rozvoj služeb je založen na sdílení zkušeností, využívání ověřených postupů a postupném zavádění metod, které přispívají ke zvyšování kvality a efektivity péče.

Opatření 1.2.1: Průběžné vyhodnocování funkčnosti systému

Důvod zařazení opatření: Rozvoj systému péče o duševní zdraví vyžaduje průběžné sledování jeho fungování a vyhodnocování dopadů jednotlivých opatření. V současnosti však nejsou systematicky sledovány všechny klíčové aspekty systému, jako je návaznost služeb, dostupnost podpory nebo potřeby jednotlivých cílových skupin.

Současně je nezbytné sledovat vývoj stavu duševního zdraví obyvatel a proměnu potřeb různých cílových skupin, aby bylo možné systém péče průběžně přizpůsobovat aktuální situaci. Chybí systematický sběr a využívání dat, která by umožnila vyhodnocovat dopady péče a sloužila jako podklad pro argumentaci potřebnosti služeb.

Data nejsou dostatečně propojena s poskytovateli služeb a nejsou cíleně využívána pro řízení systému. Chybí větší propojení strategických dokumentů kraje i jednotlivých obcí.

Způsob plnění:

- Nastavit **mechanismus průběžného sledování a vyhodnocování fungování systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina**.
 - Využívat dostupná data, například statistiky zdravotních a sociálních služeb, výstupy z mapování služeb, výzkumy nebo další zdroje. Přibližně jednou za tři roky realizovat externí šetření pro sledování vývoje potřeb v oblasti duševního zdraví s předpokládanými náklady cca 200 tis. Kč.
 - Pravidelně vyhodnocovat dostupnost a návaznost služeb a identifikovat oblasti, v nichž je potřeba systém dále rozvíjet.
 - Pravidelně jednou za rok vyhodnocovat plnění Akčního plánu péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina.
 - Využívat výstupy z evaluace systému jako podklad pro aktualizaci koncepcí a plánování rozvoje služeb v oblasti duševního zdraví.
 - KKS využít pro interpretaci dat, pro zpracování SWOT analýz.
 - Zapojovat lidi se zkušeností a pečující do vyhodnocování funkčnosti systému péče (např. formou fokusní skupiny nebo dotazníkového šetření).

Opatření 1.2.2: Je posílena koordinace financování systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina

Důvod zařazení opatření: Financování služeb v oblasti duševního zdraví je zajišťováno z různých zdrojů, často prostřednictvím více resortů. Tento způsob financování odpovídá meziresortní povaze péče, zároveň však vede k roztržitému a omezené koordinaci při plánování rozvoje systému.

V praxi chybí systematický přístup k zajištění návaznosti financování po ukončení projektů a k udržení realizovaných aktivit. Současně je potřeba posilovat stabilitu finančních nástrojů kraje v oblasti duševního zdraví (např. Fond Vysočina) a lépe koordinovat financování mezi jednotlivými zdroji a resorty, aby nedocházelo k paralelně realizovaným programům a projektům.

Zároveň je žádoucí vytvořit prostor pro rozvoj inovací v systému péče, a to prostřednictvím programů inovací, pilotních projektů a vyčleněním finančních prostředků na ověřování nových přístupů. Koordinace financování je klíčová pro efektivní plánování rozvoje služeb i pro cílené využívání dostupných zdrojů.

Výsledkem meziresortní a mezipartnerské koordinace by mohl být vyjednaný zásobník projektů, resp. záměrů pro projekty, které se synergicky doplňují a budou připraveny pro otevření nových grantových výzev.

Způsob plnění:

- Nastavit systém **meziresortní koordinace při plánování financování služeb v oblasti duševního zdraví**, tj.:
 - Při plánování rozvoje systému péče o duševní zdraví zohledňovat dostupné zdroje financování a jejich efektivní využití – např. vytvořit společný (mezigesční) plán pro čerpání prostředků z evropských projektů.
 - Sdílet informace o plánovaných rozvojových aktivitách a souvisejících finančních zdrojích mezi jednotlivými odbory a dalšími aktéry (např. obce, MAS aj.).
- Zajistit návaznost financování po ukončení projektů a udržení realizovaných aktivit.
- Vyčlenit finanční prostředky určené na podporu pilotních projektů, inovací a ověřování nových přístupů v systému péče.

Opatření 1.2.3: Podpora inovativních přístupů a pilotních projektů v oblasti péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina

Důvod zařazení opatření: Systém péče o duševní zdraví se průběžně vyvíjí a reaguje na měnící se potřeby lidí s duševním onemocněním. Vzhledem k rostoucí potřebě podpory v oblasti duševního zdraví je důležité hledat nové přístupy a modely podpory, které mohou doplnit stávající služby a přispět k efektivnějšímu fungování systému.

Podpora pilotních projektů může umožnit testování nových přístupů v praxi a jejich případné začlenění do systému péče.

Způsob plnění:

- Podporovat vznik a realizaci **pilotních projektů a inovativních přístupů v oblasti péče o duševní zdraví** (např. psychoterapie v NZDM, workshopy wellbeingu na ZŠ, programy Housing First).
- Sdílet zkušenosti a dobrou praxi mezi poskytovateli služeb v regionu i mezi regiony.
- Podporovat zavádění inovativních metod práce v oblasti duševního zdraví, například v oblasti podpory zotavení, prevence a podpory duševního zdraví nebo využívání nových technologií.
- Podporovat spolupráci s dalšími regiony, odbornými organizacemi a výzkumnými institucemi při rozvoji nových přístupů v péči o duševní zdraví.

Výsledný stav:

Systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina usiluje o to, aby lidé měli rovné možnosti získat potřebnou podporu bez ohledu na místo bydliště, sociální situaci nebo typ obtíží. Péče je dostupná různým skupinám obyvatel a zohledňuje jejich specifické potřeby v průběhu života.

SPECIFICKÝ CÍL 2.1: ROVNÝ A VČASNÝ PŘÍSTUP K PODPOŘE

Systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina podporuje rovný přístup k podpoře a službám pro různé skupiny obyvatel. Rozvoj služeb zohledňuje rozdílné potřeby lidí v různých životních situacích a usiluje o to, aby lidé měli možnost získat potřebnou pomoc včas a v odpovídající formě.

Opatření 2.1.1.: Zajištění dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v každé oblasti Kraje Vysočina

Důvod zařazení opatření: Kraj Vysočina vzhledem k svému geografickému vymezení vykazuje určité územní nerovnosti v dostupnosti služeb. (Z některých nejdlejších obcí je možné se veřejnou dopravou dostat do Jihlavy nebo Havlíčkova Brodu až za dvě hodiny). Územní nerovnost se projevuje nejen absolutní absencí služeb, ale také v omezené frekvenci jejich poskytování, nedostatečné kapacitě a snížené možnosti dlouhodobé spolupráce s klienty, kteří se nacházejí mimo hlavní centra. Posílením dostupnosti pomoci přímo v místech mimo hlavní centra se odlehčí službám v centrech, zároveň selepší časová dostupnost a předejde se dopadům neléčení a neřešení problémů.

Je třeba se zaměřit na jednotlivé cílové skupiny, zejména na děti a mládež, dospělé s duševním onemocněním a specifické skupiny, například osoby s komplexními potřebami, osoby s duálními diagnózami, osoby s poruchou osobnosti nebo osoby bez domova. Zároveň je třeba se zaměřit na situace, kdy je nezbytné poskytnout pomoc, zejména na krizové situace a přechodové situace, například přechod z dětského věku do dospělosti, přechod z institucionální péče do komunitní nebo přechod z krizové pomoci do návazné, často dlouhodobé podpory.

Vzhledem k demografickému vývoji bude potřeba, aby poskytovatelé přizpůsobili služby také stárnoucí klientele ze své cílové skupiny.

Posílení některých segmentů služeb je již zmíněno v kapitole 4, zejména v oblasti krizových služeb a CDZ.

Způsob plnění:

- V jednotlivých oblastech, zejména v bývalých okresních městech, je třeba posílit místní kapacitu služeb.
- Ve spolupráci s těmito městy i s ostatními ORP a s poskytovateli připravit Standard občanské vybavenosti v oblasti duševního zdraví pro jednotlivé okresy, a to pro zajištění pomoci jednotlivým cílovým skupinám i pomoci v jednotlivých obtížných situacích.
- Připravit plán posilování dostupnosti v bývalých okresech Kraje Vysočina.

Opatření 2.1.2: Podpora bydlení pro osoby s duševním onemocněním jako nástroj prevence sociálního vyloučení a chudoby

Důvod zařazení opatření: V oblasti podpory lidí bez přístřeší není v současnosti nastavena cílená a systematická podpora, zejména ve vazbě na oblast duševního zdraví. Chybí koordinované propojení mezi službami pro osoby bez domova a komunitními službami péče o duševní zdraví. Stávající terénní programy (např. Charitní záchranná síť) mají omezené kapacity a nenavazují dostatečně na další formy podpory. Klienty sice vyhledají, nemají však kapacitu s nimi následně pracovat.

Nedostatek dostupného bydlení a omezené kapacity návazných služeb komplikují návrat lidí z hospitalizace do běžného života a zvyšují riziko dlouhodobých nebo opakovaných hospitalizací. Situace se týká zejména osob se závažným duševním onemocněním, osob v bytové nouzi nebo lidí s komplexními potřebami podpory.

Rozvoj služeb bydlení a posílení spolupráce s obcemi v oblasti sociálního bydlení jsou proto důležitou součástí rozvoje systému péče o duševní zdraví v regionu.

Je důležité, aby byl kraj připraven využít příležitosti plynoucí z plánovaného zákona o podpoře bydlení (poradenství v rámci kontaktních míst pro bydlení), a to přestože není v tuto chvíli jasné, jaká bude podpora státu.

Jako vhodná se jeví koordinace této problematiky spolu s jednotlivými obcemi, zejména ORP, krajem a poskytovateli sociálních služeb i psychiatrickými nemocnicemi. Jako inspirace pro obce mohou sloužit např. městské nájemní agentury v Praze či Brně, které slouží jako spojka mezi soukromými majiteli a nájemci bytů. Majitelům garantují pravidelný příjem, údržbu bytu i administrativu spojenou s pronájmy, nájemníkům zajišťují vhodnou sociální službu.

Systém postrádá metodickou podporu ze strany kraje, aktivní zapojení obcí i jasný nástroj, jak tuto problematiku řešit na systémové úrovni. Do koordinace nejsou dostatečně zapojovány služby pracující s lidmi bez domova, přestože významná část této cílové skupiny (odhadovaně 40–60 %) se potýká s obtížemi v oblasti duševního zdraví.

V rámci kraje nebyl v minulosti realizován žádný projekt Housing first zaměřený na cílovou skupinu lidí s problémy v oblasti duševního zdraví. Zkušenosti z těchto projektů ve světě, ale i napříč ČR jsou velmi pozitivní a v budoucnu by bylo vhodné se jimi inspirovat.

Způsob plnění:

- Využití zákona o podpoře bydlení, spolupráce s MMR, tedy expertní podpora a hledání grantových příležitostí Evropských fondů.
- Krajská koordinační skupina vytvoří PS pro koordinaci systému bydlení pro lidi s duševním onemocněním.
- Posilovat spolupráci mezi **krajem, obcemi a poskytovateli služeb** při zajišťování dostupného bydlení pro osoby s duševním onemocněním.
- Cílená podpora poskytovatelů, tréninky a metodické vedení pro služby (aby uměly vyjednávat bydlení).
- Koordinovaná a cílená podpora lidí bez přístřeší – skrze propojení CDZ s komunitními službami.
- Nastavení spolupráce s obcemi, podpora terénních programů v ORP.
- Nastavit mechanismy umožňující **využívání sociálních nebo dostupných bytů na úrovni obcí** pro osoby s duševním onemocněním podle pravidel přidělování bytů.
- Podporovat vznik návazných forem podpory v bydlení, které umožní lidem po hospitalizaci nebo v obtížné sociální situaci stabilizovat jejich životní situaci.
- Podpořit zvýšení využívání komerčních bytů např. podporou cílených programů, jako je městská nájemní agentura.
- Realizace projektů Housing First.
- Nastavení koordinace kraje s obcemi a poskytovateli sociálních služeb.
- Připravit dlouhodobou strategii bydlení a podpory lidí v nevhodném bydlení či bez bydlení.

Opatření 2.1.3: Podpora pracovních příležitostí pro osoby s duševním onemocněním jako nástroj prevence sociálního vyloučení a chudoby

Důvod zařazení opatření: V oblasti zaměstnávání lidí s obtížemi v oblasti duševního zdraví není v současnosti nastaven ucelený a koordinovaný systém podpory. Praxe ukazuje, že se nedaří efektivně hledat a udržet pracovní uplatnění těchto osob, a to i přes existenci dílčích nástrojů a programů.

Chybí propojení mezi jednotlivými aktéry (sociální služby, zaměstnavatelé, obce, sociální podniky) a systematická podpora na úrovni kraje. Současně nejsou dostatečně identifikovány a řešeny konkrétní bariéry, které vstup na trh práce komplikují (např. dostupnost dopravy). Je proto potřeba posílit koordinaci, sdílení zkušeností a hledání funkčních modelů podpory zaměstnávání. Je vhodné se zaměřit na ORP s vyšší mírou nezaměstnanosti v kraji (Telč, Třebíč aj.).

Způsob plnění:

- Podporovat rozvoj **programů pracovního uplatnění pro osoby s duševním onemocněním**, včetně rehabilitačních aktivit a programů podporovaného zaměstnávání.
- Rozvíjet spolupráci s relevantními aktéry (např. Úřad práce, poskytovatelé sociálních služeb) při podpoře zaměstnávání osob s duševním onemocněním.
- Využívat dostupné dotační a projektové nástroje (např. programy zaměstnanosti, projekty ESF+) pro rozvoj těchto aktivit.
- Krajská koordináční skupina vytvoří PS pro plánování a vytvoření systému zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním.
 - Zmapování situace, identifikace bariér (např. dojíždění).
 - Cílená podpora poskytovatelů, tréninky a metodické vedení pro služby (aby uměly vyjednávat bydlení).
 - Využití zahraniční inspirace, uspořádání konference atd.
- Jsou realizovány aktivity nebo programy zaměřené na podporu zaměstnávání osob s duševním onemocněním v Kraji Vysočina.
- Krajská koordináční skupina ustanoví PS pro oblast zaměstnávání, která může připravit záměr společného projektu všech aktérů (kraj, poskytovatelé, Úřad práce).

SPECIFICKÝ CÍL 2.2: PREVENCE A VČASNÁ INTERVENCE

V Kraji Vysočina je rozvíjen systém podpory duševního zdraví zaměřený na prevenci a včasné zachycení duševních obtíží. Opatření v oblasti prevence a včasné intervence přispívají k tomu, aby lidé mohli získat podporu včas, ještě před rozvojem závažnějších problémů, a aby se snižovalo riziko zhoršování duševního zdraví a sociálních dopadů duševních onemocnění.

Opatření 2.2.1: Posilování prevence a včasné intervence v oblasti duševního zdraví

Důvod zařazení opatření: Včasné rozpoznání duševních obtíží a navazující podpora nejsou v současnosti dostatečně systematicky zajištěny. Klíčoví aktéři, zejména praktičtí lékaři a pediatři, nemají vždy dostatek informací o možnostech návazné péče ani dostatečné zapojení do koordinace podpory.

Současné není dostatečně rozvinuta prevence duševních obtíží u dětí a mladistvých, zejména ve školním prostředí a v rámci volnočasových aktivit. Chybí také prostor pro pravidelnou spolupráci, sdílení informací a zapojení zdravotnických pracovníků do širšího systému péče.

Posílení informovanosti, mezioborové spolupráce a zapojení praktických lékařů a pediatriů do systému péče je proto zásadní pro včasný záchyt obtíží a zajištění odpovídající podpory.

Potřeba rozvoje preventivních programů se zároveň ukazuje také u osob z odlišného kulturního prostředí, zejména u uprchlíků z Ukrajiny nebo dalších skupin migrantů, u nichž mohou psychosociální obtíže souviset s migrační zkušeností a adaptačním procesem.

Téma prevence a včasné intervence je významně podporováno v rámci reformy péče o duševní zdraví. Je pravděpodobné, že tyto programy budou také finančně podporovány, proto je důležité mít připravené projekty a sdílet informace o vypsání grantových a dotačních příležitostech.

Významnou součástí prevence duševních obtíží je systematická podpora rodičovských kompetencí. V tomto kontextu se jako efektivní a mezinárodně ověřený přístup jeví implementace programu Triple P, tedy Positive Parenting Program, který poskytuje strukturovanou podporu rodičům v oblasti výchovy, zvládání náročného chování a posilování pozitivního vztahu mezi rodičem a dítětem. V tomto případě je vhodné využít lektory Triple P z Kraje Vysočina.

Program Triple P je založen na stupňovitém modelu podpory, který umožňuje reagovat na různé úrovně potřeb rodin, od univerzální prevence až po cílené intervence u rodin s vyšší mírou rizika. Jeho další podpora v systému služeb v Kraji Vysočina může přispět ke snížení výskytu problémového chování, posílení rodičovských kompetencí a celkovému zlepšení duševního zdraví v rodinách. Současně představuje nástroj, který propojuje oblast zdravotnictví, školství a sociálních služeb a podporuje včasnou intervenci v přirozeném prostředí rodiny.

Jako velmi dobrý příklad preventivního programu se ukázal také program Kavárny pro duše, který probíhal ve větších městech Kraje Vysočina.

Způsob plnění:

- Podporovat aktivity zaměřené na **včasné rozpoznání duševních obtíží a včasné poskytnutí podpory**, zejména ve spolupráci s praktickými lékaři a dalšími zdravotnickými službami.
- Podporovat **programy prevence duševního zdraví pro děti a mladistvé**, zejména systematickou spolupráci se školami a v rámci volnočasových aktivit (např. psychoterapie v NZDM, programy wellbeingu na ZŠ).
- Podpora a zapojení pediatriů do koordinace péče.
 - Zajistit, aby byli praktičtí lékaři a pediatrii dostatečně informováni, měli dobrý přístup k aktuálním informacím o návazných službách.
 - Společné semináře, konference a metodická setkání.
 - Přizvat praktické lékaře a pediatriy do expertních skupin.
- Příprava projektů pro budoucí grantové příležitosti v rámci plnění NAPDZ.
- Rozvoj programů Triple P.

Opatření 2.2.2: Podpora duševního zdraví dětí a mladistvých ve vzdělávacím systému, včetně posílení poradenské podpory pro žáky, rodiče a pedagogy

Důvod zařazení opatření: Ze zmapování situace v regionu vyplývá potřeba posílit podporu duševního zdraví u dětí a mladistvých, zejména v oblasti prevence a včasného rozpoznání obtíží. Školní prostředí a služby pracující s dětmi a dospívajícími představují klíčová místa, kde je možné duševní obtíže zachytit v rané fázi a nabídnout odpovídající podporu.

V praxi však nejsou preventivní a podpůrné mechanismy vždy dostatečně rozvinuty. Omezená je například dostupnost služeb pracujících s dětmi a mladými lidmi v některých částech regionu a také jejich systematické propojení se školami. Zároveň se ukazuje potřeba posílit informovanost rodin o možnostech pomoci v oblasti duševního zdraví a rozvíjet spolupráci mezi školami, sociálními službami a zdravotnickými pracovníky.

Posílení preventivních aktivit ve školách, rozvoj podpůrných služeb pro děti a mládež a zlepšení spolupráce mezi jednotlivými aktéry mohou přispět k včasnému zachycení duševních obtíží, ke snížení stigmatizace a k lepší dostupnosti podpory pro děti, mladé lidi i jejich rodiny. V současnosti nejsou školy, NZDM, pediatři a rodiny dostatečně propojeni.

Dalším specifickým tématem je podpora dětí rodičů, kteří se potýkají s problémy v oblasti duševního zdraví.

Toto téma se stává společensky sledovaným a významným. Modely ze zahraničí ukazují, že začlenění edukace o duševním zdraví a práce s wellbeingem do běžné školní výuky významně snižuje rizika sebepoškozování. Vzhledem k plánované finanční podpoře státu může být pro kraj poměrně dobře proveditelné pilotně ověřit tento přístup na středních školách, které zřizuje.

U středních škol zřizovaných krajem by také velmi prospělo plně obsadit školská poradenská pracoviště, včetně pozice školního psychologa.

Na úrovni základních škol lze využít program Všech pět pohromadě, univerzální vzdělávací program zaměřený na rozvoj pozitivní duševní gramotnosti žáků 6. nebo 7. ročníku ZŠ, který může být integrován do různých školních a kulturních kontextů. Program je koncipován jako odborný vzdělávací cyklus pro žáky, jimž poskytuje dovednosti a nástroje pro podporu jejich duševní pohody. Vzdělávací program Všech pět pohromadě vyvinul Národní ústav duševního zdraví. Efektivní jsou také programy organizace Nevypust' duši nebo program Blázníš? No a!

Způsob plnění:

- Podporovat programy **primární prevence zaměřené na duševní zdraví a wellbeing dětí a mládež** ve školách a školských zařízeních.
- Rozvíjet **edukační a podpůrné programy pro rodiče** zaměřené na podporu duševního zdraví dětí a včasné rozpoznání obtíží.
 - Projekt podpory rodičovských kompetencí.
 - Využití projektů v rámci reformy péče o duševní zdraví program 5P.
- Podporovat školy v rozvoji **školních poradenských pracovišť (ŠPP)** a v zapojování odborných pracovníků (např. školní psycholog, speciální pedagog, sociální pedagog).
- Podporovat spolupráci škol s **pedagogicko-psychologickými poradnami a dalšími odbornými službami**.
- Podporovat **multidisciplinární spolupráci** mezi školami, poradenskými zařízeními a dalšími službami v oblasti duševního zdraví.
 - Podpora terénních týmů na školách (NZDM).
 - Propojení škol a soc. služeb (NZDM) a zdravotních služeb (CDZ).
 - Podpora edukace měst a obcí o významu preventivních služeb.
 - Podpora spolupráce pediatrů s návaznými službami.
- Věnovat pozornost také **dětem z odlišného kulturního prostředí**, včetně podpory jejich začlenění do vzdělávacího systému.
- V rámci krajské koordinační skupiny nastavit mezigesční spolupráci: školský, zdravotnický a sociální odbor.
- Příprava projektů pro budoucí grantové příležitosti v rámci plnění NAPDZ.

SPECIFICKÝ CÍL 2.3: DESTIGMATIZACE

V Kraji Vysočina jsou podporovány aktivity zaměřené na snižování stigmatizace duševních onemocnění a zvyšování informovanosti veřejnosti o duševním zdraví. Cílem je přispět k tomu, aby lidé s duševním onemocněním nebyli vystaveni předsudkům nebo diskriminaci a aby měli možnost vyhledat pomoc bez obav z negativních reakcí okolí.

Opatření 2.3.1: Podpora destigmatizace, osvěty a informovanosti v oblasti duševního zdraví

Důvod zařazení opatření: Stigmatizace lidí s duševním onemocněním a přetrvávající předsudky představují významnou bariéru v jejich každodenním fungování i v přístupu ke službám. Tyto postoje se ukazují napříč různými oblastmi, zejména ve školství, zdravotnictví, sociálních službách i ve veřejné správě, a ovlivňují způsob, jakým je s lidmi s duševními obtížemi zacházeno. Nedostatečná informovanost o duševním zdraví a možnostech podpory vede k tomu, že lidé často nevědí, kam se obrátit, nebo odkládají vyhledání pomoci.

Stigmatizace zároveň může zvyšovat bariéry při vyhledávání pomoci. Lidé s duševními obtížemi nebo jejich blízcí mohou z obav z negativní reakce okolí odkládat vyhledání odborné podpory, což může vést ke zhoršení jejich situace.

Zvyšování informovanosti veřejnosti o duševním zdraví a podpora destigmatizačních aktivit mohou přispět k lepšímu porozumění problematice duševních onemocnění a k vytváření prostředí, které podporuje včasné vyhledání pomoci a sociální začlenění lidí s duševními obtížemi. Současně může lepší informovanost měnit způsob přístupu k lidem s duševními obtížemi.

Způsob plnění:

- Podporovat **destigmatizační a osvětové aktivity** zaměřené na problematiku duševního zdraví.
- Zajišťovat edukaci a metodické vedení ze strany kraje například pro složky IZS, městskou policii a úředníky, včetně programů, do nichž jsou zapojeni lidé s vlastní zkušeností.
- Podporovat zapojování kraje do celostátních kampaní, například Na hlavu nebo Týdny pro duševní zdraví.
- Vyhlašovat dotační programy na destigmatizační a osvětové aktivity.
 - Podpora **zvyšování informovanosti veřejnosti** o duševním zdraví a možnostech pomoci

Výsledný stav:

Systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina zajišťuje respektování, ochranu a podporu lidských práv osob s duševními obtížemi a je rozvíjen tak, aby byla zajištěna kvalita poskytované podpory. Poskytované služby jsou založeny na principech důstojnosti, autonomie a podpory zapojení do běžného života. Směřují k poskytování péče způsobem, který respektuje potřeby, práva a zranitelnost lidí s duševními obtížemi. Součástí systému je také průběžná podpora a rozvoj přístupů, které posilují ochranu lidských práv v praxi.

SPECIFICKÝ CÍL 3.1: POSÍLENÍ SYSTÉMU KVALITY

V Kraji Vysočina je rozvíjen systém sledování a zvyšování kvality služeb v oblasti péče o duševní zdraví. Tento systém podporuje průběžné vyhodnocování kvality poskytované péče, sdílení dobré praxe a rozvoj služeb v souladu s potřebami lidí s duševním onemocněním.

Opatření 3.1.1: Posílení odborných kompetencí pracovníků v oblasti duševního zdraví

Důvod zařazení opatření: V oblasti sociálních a souvisejících služeb dlouhodobě přetrvává nedostatek personálu a vysoká fluktuace pracovníků. Nízká prestiž a nedostatečné ocenění práce v sociálních službách se promítají do obtížného zajištění stabilního a dostatečně kvalifikovaného personálu.

Současně se zvyšuje psychiatrická zátěž populace a s ní i potřeba kompetencí v oblasti duševního zdraví u pracovníků různých typů služeb. S problematikou duševních obtíží se stále častěji setkávají také služby, které na tuto oblast nebyly původně primárně zaměřeny, například pečovatelské služby, poradenské služby nebo služby pracující s dětmi a mladistvými. Obdobně se ukazuje jako důležité vzdělávat pracovníky IZS. Jako příklad dobré praxe byl zmiňován přístup Policie ČR k lidem s duševním onemocněním, na druhé straně byla zmiňována nedostatečná edukace pracovníků městské policie.

V praxi se zároveň stále objevují situace, kdy uživatelé služeb nebo jejich rodinní příslušníci narážejí na nedostatečné porozumění problematice duševního zdraví nebo na neznalost principů ochrany lidských práv. Posilování odborných kompetencí pracovníků a rozvoj moderních přístupů v péči o duševní zdraví proto představují důležitý předpoklad pro zvyšování kvality poskytovaných služeb. Žádoucí je rozvoj moderních přístupů, například orientace na zotavení, koordinace péče a péče zaměřené na klienta. Jako potřebné se ukazuje také vzdělávání a edukace pracovníků veřejné správy, zejména opatrovníků.

Vzhledem k tomu, že se v populaci zvyšuje četnost osob s poruchou osobnosti, s duálními diagnózami, je žádoucí se zaměřit při vzdělávání pracovníků na práci s těmito skupinami.

Způsob plnění:

- Podporovat **vzdělávání odborných pracovníků** v oblasti duševního zdraví napříč jednotlivými sektory (zdravotnictví, sociální služby, školství a další služby pracující s lidmi v psychosociální zátěži) a napříč různými CS, včetně specifických (např. osoby s poruchou osobnosti).
- Rozvíjet vzdělávání v tématech, jako jsou například:
 - **multidisciplinární přístup, recovery přístup, péče orientovaná na člověka, komunitní péče nebo ochrana lidských práv v oblasti duševního zdraví.**
- Podporovat **mezioborovou spolupráci a sdílení zkušeností**, například prostřednictvím odborných stáží nebo společných vzdělávacích aktivit.
- Podporovat **zajištění supervize pracovníků**, kteří pracují s lidmi s duševními obtížemi.
- Zapojovat do vzdělávání také **lektory s vlastní zkušeností s duševním onemocněním (peer lektory)**.
- Podporovat vzdělávání pracovníků v oblasti **interkulturní problematiky a podpory osob z odlišného kulturního prostředí**, včetně uprchlíků.
- Podporovat vzdělávací aktivity zaměřené na **praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost**, například v oblasti včasného rozpoznání demence nebo podpory dětského duševního zdraví.

Opatření 3.1.2: Podpora zvyšování kvality služeb

Důvod zařazení opatření: Reforma péče o duševní zdraví přinesla do praxe nové přístupy a modely poskytování služeb. Tyto přístupy se postupně promítají do fungování jednotlivých služeb, avšak zatím nejsou plně reflektovány v systému hodnocení kvality služeb.

Některé nástroje hodnocení kvality byly dosud ověřovány pouze v pilotní podobě, například v rámci auditů center duševního zdraví. Systematické sledování a podpora zvyšování kvality služeb v oblasti péče o duševní zdraví však zatím nejsou v plném rozsahu zajištěny.

Podpora rozvoje nástrojů hodnocení kvality a jejich postupné zavádění do praxe mohou přispět ke zvyšování kvality poskytovaných služeb a k rozvoji systému péče o duševní zdraví.

Zároveň je téma zvyšování kvality většinou mimo zorné pole poskytovatelů, protože je velmi obtížné na něj získat finanční prostředky a větší tlak je spíše na samotné poskytování služeb. Kraj může v této oblasti sehrát významnou roli tím, že iniciuje pracovní skupinu poskytovatelů a výhledově pomůže získat projektovou podporu.

Způsob plnění:

- V rámci Krajské koordinační skupiny kraj vytvoří PS, která bude koordinovat nastavení kvality služeb.
 - Podporovat stáže a proškolení mezi službami (např. audity nanečisto).
 - Rozvíjet **a ověřovat modely sebehodnocení služeb** v oblasti péče o duševní zdraví, například v návaznosti na projekt PodUP nebo aktivity AKS.
- Využívat zkušenosti z **pilotních projektů realizovaných na národní nebo mezinárodní úrovni** (např. audity center duševního zdraví).
- Kraj iniciuje a zajistí projekt zaměřený na oblast kvality, přičemž jeho odborné nastavení a obsahové vedení bude zajištěno ve spolupráci s odborníky na téma kvality a lidských práv.
- Zapojovat do rozvoje systémů hodnocení kvality **poskytovatele služeb, veřejnou správu a profesní organizace**.
- Podporovat **sdílení zkušeností a dobré praxe** v oblasti zvyšování kvality služeb.
- Podporovat **pořádání odborných seminářů, webinářů a konferencí** zaměřených na kvalitu služeb a moderní přístupy v péči o duševní zdraví.
- Podporovat tyto aktivity také **prostřednictvím aktivit Kraje Vysočina**, například organizační nebo odbornou podporou vzdělávacích a odborných setkání.

SPECIFICKÝ CÍL 3.2: LIDSKÁ PRÁVA

V systému péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina jsou respektována a podporována lidská práva osob s duševním onemocněním. Poskytování služeb zohledňuje důstojnost, autonomii a zranitelnost lidí s duševními obtížemi a směřuje k poskytování podpory způsobem, který je v souladu s principy ochrany lidských práv.

Opatření 3.2.1: Podpora naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením

Důvod zařazení opatření: Dodržování lidských práv v psychiatrické péči je jedním z hlavních cílů reformy péče o duševní zdraví. V rámci projektů reformy péče o duševní zdraví proběhlo hodnocení implementace Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením na některých odděleních psychiatrické nemocnice na základě metodiky WHO. Dále probíhalo vzdělávání v oblasti implementace Úmluvy a v technikách „Safewards“. Je žádoucí, aby služby pro občany při poskytování podpory plně respektovaly lidská práva a zranitelnost cílové skupiny. Současně je vhodné podpořit psychiatrické nemocnice v tom, aby zpracovaly plán opatření ke zlepšení v oblasti lidských práv.

Dodržování lidských práv osob s duševním onemocněním je jedním z klíčových principů reformy péče o duševní zdraví v České republice. Reforma zdůrazňuje potřebu poskytovat služby způsobem, který respektuje důstojnost, autonomii a práva lidí s duševním onemocněním a podporuje jejich zapojení do běžného života ve společnosti.

V rámci aktivit spojených s reformou péče o duševní zdraví byly v České republice pilotně realizovány projekty zaměřené na hodnocení naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, například prostřednictvím metodiky vycházející z nástrojů Světové zdravotnické organizace. Tyto aktivity ukázaly význam systematické podpory lidskoprávního přístupu v oblasti péče o duševní zdraví.

Je proto žádoucí podporovat takové přístupy k poskytování služeb, které respektují lidská práva osob s duševním onemocněním a zohledňují zranitelnost této cílové skupiny.

Způsob plnění:

- V rámci Krajské koordinační skupiny kraj vytvoří Panel lidských práv.
- V rámci Panelu budou probíhat pravidelná setkávání, alespoň dvakrát ročně, zaměřená na diskusi k lidskoprávním tématům, například ke stížnostem, používání restriktivních opatření, nedobrovolným hospitalizacím a dalším mezním tématům. Panel by měl navrhopvat kroky, které povedou k jejich řešení. V Panelu by měli být zastoupeni zástupci nemocničních ombudsmanů, například PNHB a PNJ, sebeobhájci, zástupci psychiatrických nemocnic, komunitních služeb a kraje, zejména zdravotního odboru, který registruje zdravotní služby. Přizvání mohou být také zástupci veřejného ochránce práv, samospráv a soudů.
- Podporovat zvyšování informovanosti o lidských právech v oblasti péče o duševní zdraví mezi poskytovateli služeb a dalšími aktéry systému.
- Spolupracovat s relevantními institucemi a organizacemi, například s veřejným ochráncem práv, odbornými organizacemi nebo lidskoprávními organizacemi, při podpoře lidskoprávního přístupu v péči o duševní zdraví.
- Podporovat přístupy zaměřené na prevenci používání restriktivních opatření a na rozvoj služeb respektujících práva a důstojnost lidí s duševním onemocněním, například program Safewards.

Opatření 3.2.2: Nastavení mechanismů pro hájení práv a zájmů klientů omezených ve svéprávnosti

Důvod zařazení opatření: Lidé s duševním onemocněním patří mezi skupiny, které mohou být v určitých situacích vystaveny zvýšenému riziku porušování svých práv nebo nedostatečné ochrany svých zájmů. Část cílové skupiny je omezena ve svéprávnosti a má soudem přiděleného opatrovníka, ať už z řad rodinných příslušníků, nebo veřejného opatrovníka. Veřejní opatrovníci jsou často přetížení a nemají dostatečnou kapacitu na zvyšování kompetencí v oblasti duševního zdraví, zotavení a zplnomocňování ani na dostatečnou individuální podporu svých opatrovanců.

Posilování spolupráce mezi zdravotními službami, sociálními službami, veřejnými opatrovníky a dalšími aktéry systému, například soudy, je důležitým předpokladem pro zajištění ochrany práv osob s duševním onemocněním.

Způsob plnění:

- Rozvíjet a podporovat spolupráci mezi zdravotními službami, sociálními službami, veřejnými opatrovníky a dalšími institucemi, které se podílejí na ochraně práv osob s duševním onemocněním.
- Posilovat a metodicky vést spolupráci s veřejnými opatrovníky, soudy a orgány sociálně-právní ochrany, zejména v situacích omezení svéprávnosti.
- Realizovat odborné semináře a vzdělávací aktivity zaměřené na ochranu práv osob s duševním onemocněním pro poskytovatele služeb a další aktéry systému v tématu opatrovnictví lidí s duševním onemocněním.

4 STRATEGICKÝ CÍL 4: DOSTUPNOST SLUŽEB

Výsledný stav:

Systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina je dostupný lidem s duševními obtížemi v místě jejich života a reaguje na jejich různorodé potřeby. Síť služeb je rozvíjena tak, aby lidé mohli získat potřebnou podporu včas, v přirozeném prostředí a v návaznosti na další služby systému.

Dostupnost služeb zahrnuje nejen jejich územní dostupnost, ale také dostupnost časovou, kapacitní a informační. Důležitým principem je návaznost jednotlivých forem podpory a péče, aby lidé s duševním onemocněním mohli využívat služby podle svých aktuálních potřeb a aby mezi jednotlivými částmi systému nevznikaly bariéry.

Rozvoj systému péče o duševní zdraví proto směřuje k posilování komunitních služeb, krizové podpory, návaznosti zdravotních a sociálních služeb a k zajištění dostatečných kapacit služeb pro různé cílové skupiny.

SPECIFICKÝ CÍL 4.1: PODPORA DEINSTITUCIONALIZACE

Systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina je rozvíjen směrem k poskytování podpory v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním. Rozvoj komunitních a terénních služeb umožňuje lidem s duševními obtížemi žít běžný život v komunitě a snižuje potřebu dlouhodobých hospitalizací nebo pobytu v institucionální péči.

Podpora deinstitucionalizace zahrnuje rozvoj návazných zdravotních a sociálních služeb, dostupného bydlení a podpory v běžném životě tak, aby lidé s duševním onemocněním mohli využívat podporu odpovídající jejich potřebám a nebyli nuceni setrvávat v institucionální péči z důvodu nedostupnosti komunitních alternativ.

Opatření 4.1.1: Rozvoj krizové a akutní péče a komplexního systému krizové pomoci

Důvod zařazení opatření: Narůstající zátěž v oblasti duševního zdraví vede ke zvyšující se potřebě okamžité a dostupné pomoci pro osoby v akutní psychické krizi. V současnosti je síť krizových psychosociálních služeb v Kraji Vysočina nedostatečně rozvinutá a jednotlivé formy krizové pomoci nejsou vždy vzájemně provázány.

Krizovou pomoc v komunitě nabízí pouze Centrum J. J. Pestalozziho, a to v Jihlavě a nově také v Chotěboři. Poskytuje pomoc bez omezení věku, typu postižení či diagnózy. Krizové služby částečně poskytují také stávající centra duševního zdraví v Jihlavě, Havlíčkově Brodě a Pelhřimově, a to s určitým omezením na cílovou skupinu CDZ a pouze v denních hodinách.

Nedostatečná regionální a časová dostupnost krizové podpory, zejména terénních a nepřetržitých služeb, může vést k tomu, že osoby v akutní krizi často končí hospitalizací v psychiatrických zařízeních, například v Jihlavě nebo Brně, přestože by v některých případech bylo možné situaci řešit prostřednictvím dostupné krizové pomoci v komunitě.

Zcela chybí služby terénní krizové psychosociální pomoci, například typu krizového týmu Fokusu Praha, a krátkodobé krizové pobytové služby, například typu RIAPS či CKI v Praze. Nedostatek těchto služeb pramení zejména z jejich finanční a personální náročnosti. Akutní krizovou intervencí tedy zajišťují převážně akutní příjmová oddělení psychiatrických nemocnic v Jihlavě a Havlíčkově Brodě. Tato pomoc však není poskytována osobám mladším 18 let. Akutní pedopsychiatrická lůžka nejsou v Kraji Vysočina k dispozici.

Rozvoj krizové péče a posílení spolupráce mezi jednotlivými složkami systému jsou proto důležitými předpoklady pro zajištění včasné pomoci lidem v krizových situacích a pro snížení tlaku na lůžková psychiatrická zařízení.

Výhledovým řešením by bylo například zajištění možnosti akutní hospitalizace na dětských odděleních všeobecných nemocnic v kraji, a to se zajištěním konziliární péče a spolupráce s komunitními službami. Zároveň by v souladu s evropskými trendy a doporučeními WHO bylo vhodné uvažovat o pilotním projektu malého akutního psychiatrického oddělení v rámci nemocnice v Třebíči nebo Novém Městě na Moravě, a tím postupně přesunout těžiště lůžkové psychiatrické péče z psychiatrických nemocnic v Jihlavě a Havlíčkově Brodě do všeobecných nemocnic.

Je třeba se zabývat tím, které osoby propadají systémem krizové pomoci a jsou hospitalizovány, případně zůstávají bez potřebné léčby, ať už ve svém bydlení, v ubytovnách, nebo zcela bez přístřeší. Vzhledem k tomu, že krizová pomoc by měla být nastavena napříč cílovými skupinami a dotýká se několika resortů i propojení komunitních služeb a psychiatrických nemocnic, je vhodným prvním krokem systémového řešení zřízení mezigesční pracovní skupiny pro systém krizové pomoci v regionu. Jejím úkolem bude nastavit funkční systém spolupráce mezi službami zapojenými do krizové pomoci, včetně zdravotních služeb, sociálních služeb a složek IZS.

Způsob plnění:

- Podpořit **rozvoj kapacit krizových psychosociálních služeb** v regionu, a to v podobě služeb terénních a ambulantních a vhodně rozprostřených v kraji.
- Posilovat dostupnost **nepřetržité krizové pomoci (24/7)** pro osoby v akutní psychické krizi, včetně pobytových služeb, a to v rámci jednotlivých ORP.
- Podporovat služby určené **pro různé cílové skupiny**, včetně dětí a mladistvých, osob se závažným duševním onemocněním nebo osob z odlišného kulturního prostředí.
- Zřídit mezigesční PS pro systém krizové pomoci a připravit dlouhodobý plán rozvoje krizové péče v kraji.

Opatření 4.1.2: Podpora služeb bydlení, vč. komunitních pobytových služeb

Důvod zařazení opatření: Dostupnost stabilního bydlení je jedním ze základních předpokladů pro zotavení lidí s duševním onemocněním a pro jejich zapojení do běžného života. V současnosti však kapacity služeb bydlení a komunitních pobytových služeb nejsou vždy dostatečné pro osoby, které potřebují intenzivnější podporu a péči.

V kraji jsou omezené kapacity pobytových sociálních služeb zaměřených na cílovou skupinu lidí se závažným duševním onemocněním. Kromě organizací Fokus Vysočina a VOR, které poskytují chráněné bydlení, poskytuje Domov ve Věži, p. o., pobytovou službu DZR s kapacitou 88 lůžek, službu DOZP s kapacitou 12 lůžek a jedno krizové lůžko pro osoby s chronickým duševním onemocněním, které se náhle ocitly v nepříznivé sociální situaci a potřebují okamžitou podporu, bezpečí a dočasné ubytování. Tyto služby jsou dostupné na dvou místech kraje, u Havlíčkova Brodu a u Třebíče.

Současně chybí dostupné komunitní pobytové služby s odstupňovanou mírou podpory, které by umožnily stabilizaci situace těchto osob a návaznost na další služby.

Služby DZR a DOZP prošly částečnou transformací, nicméně na těchto dvou místech, tedy ve Věži a Nových Syrovicích, jsou jediné pobytové služby dostupné 24/7. V dalších místech kraje pobytové služby tohoto typu chybějí, přičemž by bylo vhodné realizovat další etapu transformace a vybudovat služby komunitního typu.

Služby chráněného bydlení nejsou dostupné ve všech ORP kraje. Fokus Vysočina poskytuje chráněné bydlení v Pelhřimově s kapacitou čtyři lůžka a v Havlíčkově Brodě s kapacitou 12 lůžek. VOR poskytuje chráněné bydlení v Jihlavě s kapacitou 12 lůžek. Zároveň však tyto služby příliš nefungují jako tzv. prostupné služby, protože je velmi obtížné hledat návazné trvalé bydlení pro klienty. To naráží na nízkou finanční „solventnost“ lidí s duševním onemocněním, kteří jsou často odkázáni na nízký invalidní důchod, například z důvodu nízkého počtu odpracovaných let, případně dokonce nemají ani přiznanou výplatu invalidního důchodu. Často se jim nedaří získat zaměstnání a navíc potřebují dlouhodobou podporu v bydlení.

Jako vhodné se jeví postupné proměňování chráněného bydlení na běžné dlouhodobé bydlení s terénní podporou (nájemní vztah je přímo s klientem).

Programy Housing first nebyly v kraji realizovány pro cílovou skupinu osob s problémy v oblasti duševního zdraví (viz kap.2.1).

Způsob plnění:

Podporovat rozvoj služeb bydlení pro osoby s duševním onemocněním, komunitních pobytových služeb a forem podporovaného bydlení rovnoměrně rozmístěných po kraji. Tyto služby mohou být zaměřeny také na stárnoucí klienty stávajících služeb v oblasti duševního zdraví.

- Vybudovat nízkokapacitní komunitní pobytové služby s odstupňovanou podporou, například v režimu 24/7, 12/5 nebo formou podpory v domácnosti, v souhrnné kapacitě 20 lůžek do roku 2028. Služby by měly vznikat zejména v ORP, kde tyto kapacity aktuálně nejsou. Vhodná jsou zařízení s kapacitou maximálně dvě až čtyři lůžka.
- Nastavit koordinaci kraje s obcemi, poskytovateli sociálních služeb a psychiatrickými nemocnicemi.
- Připravit dlouhodobou strategii bydlení a podpory lidí v nevhodném bydlení do roku 2027.
- Využívat příležitosti vyplývající ze zákona o podpoře bydlení a grantových příležitostí z evropských fondů.
- Posílit kapacitu chráněného bydlení, zejména individuálního a dlouhodobého, v ORP, kde chráněné bydlení není, například ve Žďáru nad Sázavou a Třebíči. Cílově lze uvažovat o navýšení kapacity přibližně o osm lůžek do roku 2028.
- Transformovat DZR Domov ve Věži do komunitních pobytových služeb.

Opatření 4.1. 3: Rozvoj sociálních a zdravotních služeb v komunitě

Důvod zařazení opatření: Dostupnost běžných, tedy nesespecializovaných služeb v komunitě, je klíčovým předpokladem pro stabilizaci lidí s duševními obtížemi a pro předcházení zhoršování jejich zdravotního stavu. Nedostatečné kapacity těchto služeb mohou vést k situacím, kdy lidé nedostanou podporu včas a jejich obtíže vyústí v hospitalizaci nebo dlouhodobou institucionální péči.

Současná síť služeb není vždy dostatečně připravena reagovat na narůstající potřeby v oblasti duševního zdraví. Významně se zvyšuje potřeba podpory zejména u dětí a mladistvých. Personální nedostatek je zřejmý zejména u pedopsychiatrů, psychiatrů, praktických lékařů pro děti a dorost a psychiatrických sester, ale projevuje se také u sociálních pracovníků.

Obce se snaží nabízet různé benefity pro přilákání těchto profesí, například služební byt, zvýhodněný pronájem ordinací nebo stipendium.

Rozvoj komunitních zdravotních a sociálních služeb je důležitým předpokladem pro vytvoření funkčního systému péče, který umožní lidem s duševním onemocněním využívat podporu odpovídající jejich potřebám přímo v místě jejich života.

V rámci stávající sítě služeb je kapacita NZDM poměrně nízká. Tyto služby však mohou velmi efektivně působit směrem k dětem a adolescentům, včetně mladých dospělých, a to jak přímo v NZDM, tak ve spolupráci se školami a dalšími sociálně-zdravotními službami.

V kraji je vzhledem k přítomnosti dvou velkých psychiatrických nemocnic realizován vysoký počet ústavních ochranných léčeb. Z velké části se přitom jedná o pacienty s bydlištěm mimo kraj. Z Kraje Vysočina pochází pouze 29 osob z celkového počtu 117. Při přeměně ústavní ochranné léčby na ambulantní může dojít k tomu, že někteří „mimokrajští“ pacienti zůstanou nadále v kraji a ambulantní a komunitní služby jim budou muset zajistit adekvátní podporu.

Aktuálně realizovaný projekt Ministerstva zdravotnictví NAKOL však nabízí vzdělávání v metodách hodnocení rizik a toto vzdělávání absolvují pracovníci Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod. Bude proto vhodné využívat jejich expertizu. Vzhledem k NAPDZ lze předpokládat, že snahou Ministerstva zdravotnictví bude, aby zde do roku 2030 vznikl terénní multidisciplinární forenzní tým.

Způsob plnění:

- Průběžně vyhodnocovat potřeby systému a na základě těchto zjištění doplňovat síť zdravotních a sociálních služeb v Kraji Vysočina.
- Ve spolupráci s obcemi, případně s poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, podporovat doplnění chybějících profesí v síti služeb, například s využitím různých benefitů. Za tímto účelem zpracovat společnou strategii.
- vést jednání s relevantními aktéry, zejména zdravotními pojišťovnami, poskytovateli služeb a veřejnou správou, o rozvoji potřebných typů služeb.
- Posílit kapacitu sítě NZDM v jednotlivých okresech přibližně o 1,5 úvazku, celkem tedy o 7,5 úvazku.
- Ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod a Ministerstvem zdravotnictví připravovat vznik multidisciplinárního forenzního týmu v horizontu do roku 2030.

Opatření 4.1.4: Spolupráce při transformaci psychiatrických nemocnic a rozvoji návazné komunitní péče

Důvod zařazení opatření: Transformace psychiatrické péče v České republice směřuje k postupnému posilování komunitních služeb a k omezování dlouhodobé institucionální péče. V tomto kontextu je důležité rozvíjet spolupráci mezi psychiatrickými nemocnicemi a službami v komunitě tak, aby hospitalizace byla využívána především v situacích, kdy není možné zajistit potřebnou podporu jiným způsobem.

Psychiatrické nemocnice v regionu představují významnou součást systému péče o duševní zdraví. Současně je však důležité, aby jejich činnost byla provázána s rozvojem komunitních služeb a aby lidé po hospitalizaci měli dostupnou návaznou podporu v místě svého života.

Psychiatrické nemocnice jsou zřizovány Ministerstvem zdravotnictví a spolupráce mezi nemocnicemi a krajem není příliš intenzivní. Kraj by přitom mohl ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví pomoci při transformaci nemocnic a využít jejich odborné kapacity pro posilování systému péče. Nemocnice by mohly přispět svou expertní rolí a kapacitou specializovaných zdravotnických profesí, například psychiatrů, psychologů a psychiatrických sester, byť se i samy nemocnice potýkají s dlouhodobým personálním nedostatkem.

Jedním z prvních kroků takové spolupráce by mohla být spolupráce při tvorbě, respektive aktualizaci transformačních plánů nemocnic a zasazení dlouhodobé vize role nemocnic do systému péče v kraji. Nabízí se například využití psychiatrických nemocnic při zajišťování péče v krajských nemocnicích nebo v ORP, kde nejsou aktuálně dostupné služby.

Návaznost psychiatrické péče vyžaduje koordinaci mezi zdravotnickými zařízeními, komunitními službami a veřejnou správou. Od roku 2019 je spolupráce mezi psychiatrickými nemocnicemi a komunitními službami systematická a průběžná, nicméně vyžaduje také koordinaci. V době aktivní reformy byla tato koordinace hrazena Ministerstvem zdravotnictví, následně leží na psychiatrických nemocnicích.

Některé příklady ukazují, že při synergii úsilí i finančních zdrojů je možné zajistit propuštění i u dlouhodobých pacientů, pro které je velmi komplikované zajistit návaznou službu mimo psychiatrickou nemocnici. Příkladem může být realizace a výstupy projektu Akcelerace rozvoje komunitních pobytových služeb na území Prahy, v jehož rámci se podařilo v průběhu tří let zajistit plánované opuštění psychiatrické nemocnice více než 35 klientům, kteří zde byli dlouhodobě hospitalizováni.

Z aktuálních cenzů Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod a Psychiatrické nemocnice Jihlava vyplývá, že je v nich dlouhodobě hospitalizováno přibližně 85 pacientů se SMI ze spádového území Kraje Vysočina. Pro jejich postupné plánované propouštění je nezbytné připravit plán následného zajištění podpory v komunitě, a to za účasti místní komunitní služby, psychiatrické nemocnice a obce a s výraznou podporou a koordinací kraje. Je zřejmé, že paralelně bude potřeba zajistit také komunitní pobytovou službu (návaznost na 4.1.2).

Způsob plnění:

- **Kraj hraje aktivní roli při plánování, koordinaci a aktivních krocích.**
 - Podporovat **systematickou spolupráci psychiatrických nemocnic se službami v komunitě**, zejména při zajištění návazné péče po hospitalizaci.
 - Propojovat činnost psychiatrických nemocnic se **sociálními službami, komunitními zdravotními službami a dalšími aktéry systému péče o duševní zdraví**. Podpořit koordinaci těchto služeb při navazování pacientů na komunitní služby.
 - Využívat odborný potenciál psychiatrických nemocnic při **rozvoji komunitní péče a vzdělávání odborníků v regionu**. Psychiatrické nemocnice jsou zapojeny do **spolupráce při rozvoji systému péče o duševní zdraví v regionu**.
 - Podporovat rozvoj **programů zapojujících osoby se zkušeností s duševním onemocněním (peer programy)** a dobrovolnických aktivit.
 - Spolupracovat při plánování dalšího rozvoje lůžkové psychiatrické péče v návaznosti na rozvoj komunitních služeb.
- **Využití role PN v podpoře a budování služeb v celém regionu - dlouhodobý horizont.**
- Kraj připraví společně s PN pilotní projekt na propuštění dlouhodobě hospitalizovaných, které není možné propustit z důvodu chybějící návazné služby.
 - Snížení počtu dlouhodobě hospitalizovaných klientů.

SPECIFICKÝ CÍL 4.2: ROZVINOUT MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝMY JAKO STĚŽEJNÍ SLUŽBY ZAJIŠŤUJÍCÍ POTŘEBNOU PÉČI V KOMUNITĚ

Multidisciplinární týmy představují klíčový nástroj komunitní péče o duševní zdraví. Jejich cílem je poskytovat podporu lidem s duševním onemocněním v přirozeném prostředí, propojovat zdravotní a sociální služby a zajišťovat koordinovanou péči odpovídající individuálním potřebám klientů.

Rozvoj multidisciplinárních týmů přispívá ke snížení potřeby hospitalizací, ke zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním a k posílení kontinuity péče v systému.

Opatření 4.2.1: Podpora vzniku a rozvoje center duševního zdraví (CDZ)

Důvod zařazení opatření: Centra duševního zdraví představují základní pilíř komunitní péče o osoby se závažným duševním onemocněním. Jejich fungování umožňuje poskytovat podporu přímo v komunitě a významně snižuje potřebu hospitalizační péče.

V Kraji Vysočina v současnosti fungují tři centra duševního zdraví, a to v Jihlavě, Havlíčkově Brodě a Pelhřimově. Současná kapacita však nepokrývá potřeby celého regionu a z mapování situace vyplývá potřeba dalšího rozvoje těchto služeb. Rozvoj CDZ je současně limitován nedostatkem odborného personálu a náročností zahajovací fáze provozu těchto služeb. Zároveň je potřeba zajistit startovní finanční prostředky. Kromě CDZ pro dospělé je třeba vybudovat alespoň dvě CDZ pro děti a adolescenty.

V současné době se však otevírají příležitosti pro financování rozvoje těchto CDZ ze státních či evropských prostředků. Kraj by měl ve spolupráci s obcemi zvažovat, jak pomoci poskytovatelům zajistit pro rozjezd CDZ kvalifikovaný personál.

Způsob plnění:

- Podporovat vznik a rozvoj **dalších dvou center duševního zdraví v regionu**.
 - Připravit spolu s poskytovateli plán budování CDZ s domluvenými termíny.
 - Nová CDZ: pro ORP v bývalém okrese Třebíč a v okrese Žďár n.S.
 - Dvě dětská CDZ pro ORP v bývalém okrese Pelhřimov a Havlíčkův Brod a pro ORP v okrese Jihlava, Třebíč a Žďár n.S.
- Spolupracovat s poskytovateli služeb a zdravotními pojišťovnami na **zajištění financování zdravotní části služeb CDZ**.
- Podporovat poskytovatele při **personálním zajištění týmů CDZ**.
- Podporovat rozvoj CDZ prostřednictvím **krajských dotačních programů a dalších zdrojů financování**.
- Budování plnohodnotného CDZ pro děti, cílem jsou dvě v kraji.

Opatření 4.2.2: Podpora vzniku multidisciplinárních týmů pro různé cílové skupiny

Důvod zařazení opatření: Vedle center duševního zdraví je pro rozvoj komunitní péče důležité také vytváření dalších multidisciplinárních týmů zaměřených na různé cílové skupiny, například děti a mladistvé nebo osoby s komplexními potřebami. Tyto týmy umožňují propojení zdravotní, sociální a případně dalších forem podpory a zajišťují koordinovanou péči odpovídající potřebám klientů.

Jako specifická výzva se ukazuje podpora osob s poruchou osobnosti. V kraji aktuálně není žádná specializovaná služba, přitom je zřejmé, že počet osob, které tyto služby potřebují, se v posledních letech výrazně zvyšuje a část z nich spadá do kategorie adolescentů nebo mladých dospělých.

Vedle posílení odborné kapacity stávajících týmů, zejména CDZ, komunitních týmů, nízkoprahových zařízení a středisek výchovné péče, formou tréninku a vzdělávání je nezbytné v kraji vybudovat specializovaná zařízení. Vhodné by bylo začít alespoň se dvěma týmy s přibližně 2,5 úvazku. Zařízení by mohla poskytovat DBT, tedy dialekticko-behaviorální terapii, stacionární péči a individuální podporu. Výhledově bude pravděpodobně třeba tuto kapacitu zdvojnásobit.

Z hlediska zajištění podpory pro osoby s duální diagnózou (duševní onemocnění a závislost) je potřeba podpořit propojování a spolupráci stávajících týmů v duševním zdraví a adiktologických týmů.

Způsob plnění:

- Podporovat vznik multidisciplinárních týmů zaměřených na specifické cílové skupiny, například děti a mladistvé, jako předstupeň plnohodnotného dětského CDZ.
- Podporovat vznik specializovaných služeb pro osoby s poruchou osobnosti.

SPECIFICKÝ CÍL 4.3: DALŠÍ ROZVOJ SLUŽEB KOMUNITY

Podpora duševního zdraví se neodehrává pouze ve zdravotních a sociálních službách. Významnou roli hrají také běžné komunitní aktivity a přirozené zdroje podpory v místě života lidí, například spolková činnost, sportovní a volnočasové aktivity, dobrovolnictví nebo komunitní centra.

Rozvoj těchto aktivit může přispět k posilování sociálních vztahů, prevenci sociální izolace a podpoře zotavení lidí s duševními obtížemi. Současně umožňuje zapojení širší komunity do podpory duševního zdraví.

Opatření 4.3.1: Posílení služeb komunity (např. dobrovolnictví, volnočasové aktivity, skauti, sport atd.) i služeb dlouhodobé podpory

Důvod zařazení opatření: Vedle odborných zdravotních a sociálních služeb je pro podporu duševního zdraví důležité také zapojení běžných komunitních aktivit a přirozených zdrojů podpory v místě života lidí. Komunitní centra, dobrovolnické programy, sportovní a volnočasové aktivity mohou významně přispět k sociálnímu začlenění lidí s duševními obtížemi a k prevenci sociální izolace.

Zapojování těchto aktivit umožňuje využít potenciál místních komunit a rozšiřuje možnosti podpory nad rámec odborných služeb zaměřených na duševní zdraví.

Způsob plnění:

- Podporovat projekty zaměřené na dobrovolnictví a komunitní aktivity podporující duševní zdraví.
- Podporovat propojování odborných služeb s běžnými komunitními aktivitami, například v oblasti sportu, kultury nebo volného času.
- Podporovat využívání komunitních center a dalších místních zdrojů podpory pro aktivity zaměřené na sociální začlenění lidí s duševními obtížemi.
- Podporovat spolupráci mezi neziskovými organizacemi, obcemi a komunitními iniciativami.
- Zmapovat komunitní služby v jednotlivých ORP a navrhnout plán jejich rozvoje.

SPECIFICKÝ CÍL 4.4: PODPORA ROZVOJE NEFORMÁLNÍ A SDÍLENÉ PÉČE

Vedle odborných zdravotních a sociálních služeb hraje významnou roli také neformální podpora poskytovaná lidmi s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, rodinnými příslušníky a dalšími blízkými osobami. Zapojení těchto aktérů může významně přispět k procesu zotavení a ke zlepšení kvality života lidí s duševními obtížemi.

Podpora neformální a sdílené péče je proto důležitou součástí rozvoje systému péče o duševní zdraví.

Opatření 4.4.1: Podpora peer pomoci

Důvod zařazení opatření: Zapojování lidí s vlastní zkušeností s duševním onemocněním do poskytování podpory se dlouhodobě ukazuje jako účinný nástroj podpory zotavení. Peer pracovníci mohou přispívat k větší důvěře klientů ve služby, k posilování naděje a k lepšímu porozumění potřebám lidí s duševním onemocněním.

Peer programy se postupně rozvíjejí v některých službách v oblasti duševního zdraví, jejich využití však zatím není systematicky rozšířeno do všech typů služeb. Zvláště omezené je jejich zapojení ve službách zaměřených na děti a mladistvé.

Způsob plnění:

- Podporovat **zapojování peer pracovníků do služeb v oblasti duševního zdraví**, a to jak v komunitních službách, tak v lůžkové psychiatrické péči.
- Podporovat rozvoj **peer programů ve službách pro různé cílové skupiny**, včetně služeb zaměřených na děti a mladistvé.
- Podporovat vzdělávání a rozvoj peer pracovníků a sdílení zkušeností v oblasti peer podpory.
- Jednat o možnostech vzniku **programů zaměřených na podporu zotavení a vzdělávání v oblasti peer podpory**, inspirovaných modely typu Recovery College.

Opatření 4.4.2: Podpora neformálních pečujících

Důvod zařazení opatření: Rodinní příslušníci a další blízké osoby hrají při podpoře lidí s duševním onemocněním nezastupitelnou roli. Neformální péče významně přispívá ke stabilizaci situace lidí s duševními obtížemi a umožňuje jim zůstat v přirozeném prostředí.

Pro efektivní zapojení neformálních pečujících je však důležité zajistit podporu jejich aktivit, zejména v oblasti sdílení zkušeností, vzájemné podpory, vzdělávání a orientace v systému služeb. Podpora těchto aktivit může přispět ke stabilizaci rodinného prostředí i ke zlepšení spolupráce mezi rodinami a odbornými službami.

Jako velmi užitečný se ukazuje projekt Vysočina pečuje, který je zaměřen na podporu neformálně pečujících. Lze předpokládat, že výstupem projektu bude i návrh dalšího rozvoje těchto aktivit.

Způsob plnění:

- Podporovat **aktivitu zaměřené na setkávání, sdílení zkušeností a vzdělávání neformálních pečujících**.
- Podporovat zapojování **rodinných příslušníků jako peer rodičů** do aktivit komunitních služeb a psychiatrických zařízení.
- Podporovat organizace a iniciativy zaměřené na podporu rodin při **zajišťování administrativního zázemí a hledání finančních zdrojů** pro jejich činnost.
- Podporovat spolupráci mezi **neformálními pečujícími a odbornými službami** v systému péče o duševní zdraví.
- Podporovat navazující projekty zaměřené na podporu neformálně pečujících.

ZÁVĚREČNÉ SHRNUÍ

Závěrečné shrnutí syntetizuje hlavní zjištění analytické i návrhové části dokumentu a vymezuje jejich význam pro další rozhodování Kraje Vysočina. Neopakuje detailní výsledky jednotlivých kapitol, ale soustředí se na klíčové závěry, které mají přímý dopad na plánování služeb, nastavení priorit a formulaci opatření v Akčním plánu péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina na období 2027–2030.

KONTEXT A ÚČEL DOKUMENTU

Koncepce péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina představuje strategický rámec pro další rozvoj systému podpory osob s duševním onemocněním, osob v krizi, dětí a mladistvých, osob se závažným duševním onemocněním, jejich blízkých a dalších skupin, u nichž je nezbytná včasná, dostupná a koordinovaná pomoc.

Dokument vychází z několika typů podkladů:

- demografické a epidemiologické analýzy do roku 2035,
- mapování zdravotních, sociálních, komunitních a školských služeb,
- dotazníkového šetření mezi osobami se zkušeností se systémem péče,
- rozhovorů a fokusních skupin s odborníky a aktéry v území,
- návaznosti na národní strategické rámce, zejména NAPDZ 2020–2030.

Cílem koncepce není pouze popsat stávající stav, ale určit hlavní směry, ve kterých má Kraj Vysočina v období 2027–2030 systém péče koordinovat, rozvíjet a vyhodnocovat. Praktickým implementačním nástrojem je **Akční plán péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina na období 2027–2030**, který tvoří přílohu koncepce a převádí strategické cíle do konkrétních aktivit, termínů, priorit, nákladů a indikátorů plnění.

1. Demografický vývoj mění strukturu potřeb, nikoli pouze celkový počet pacientů

Demografická projekce ukazuje, že do roku 2035 bude Kraj Vysočina čelit mírnému poklesu počtu obyvatel, ale současně výraznému stárnutí populace. Podíl osob ve věku 65+ vzroste přibližně z 22 % na více než 25 %, výrazně poroste také skupina 80+.

Pro plánování péče je podstatné, že:

- u diagnóz kapitoly F00–F99 projekce ukazuje spíše stagnaci nebo mírný pokles celkového počtu pacientů,
- u diagnóz kapitoly G00–G99 se očekává mírný růst, tažený zejména vyšším věkem,
- ve skupině 65+ roste počet pacientů u obou kapitol,
- u dětí a osob v produktivním věku nelze pokles v demografickém modelu vykládat jako pokles potřeby péče.

Demografická projekce je proto nutná jako základní plánovací rámec, ale sama o sobě nestačí k určení budoucí potřeby služeb.

2. Vedle stárnutí populace je nutné zohlednit růst psychické zátěže u mladších skupin

Trendové ukazatele v kapitole 2 ukazují, že u vybraných diagnóz kapitoly F, zejména u generalizované úzkostné poruchy, dochází k růstu počtu vykázaných pacientů i po přepočtu na 1 000 obyvatel. Tento růst je patrný u dětí i u osob v produktivním věku.

Republiková data o psychiatrické péči u dětí a mladistvých zároveň ukazují výrazný nárůst zejména u úzkostných, stresových, depresivních a vývojových obtíží. Pro plánování služeb to znamená, že potřeba podpory u dětí, dospívajících a mladých dospělých nemusí kopírovat pouze demografický vývoj.

Z toho vyplývá nutnost posilovat:

- prevenci a včasný záchyt,
- školní a školskou poradenskou podporu,
- dětskou a dorostovou psychiatrickou a psychologickou návaznost,
- krizovou pomoc,
- terénní a komunitní podporu pro děti, mladistvé a rodiny.

3. Neurologická a neurodegenerativní problematika je významná, ale musí být oddělena od hlavní reformní osy péče o duševní zdraví

Analýza kapitol G00–G99 ukazuje výraznou vazbu části neurologických diagnóz na vyšší věk. Detailnější rozpad diagnóz potvrzuje význam Alzheimerovy nemoci, Parkinsonovy nemoci a dalších neurodegenerativních stavů.

Tato oblast je pro krajské plánování důležitá zejména z hlediska:

- dlouhodobé zdravotně-sociální péče,
- domácí péče, pečovatelských služeb a podpory neformálních pečujících,
- návaznosti na domovy se zvláštním režimem,
- koordinace péče o osoby se ztrátou soběstačnosti.

Zároveň však nejde o hlavní osu této koncepce. Problematika demencí a obdobných onemocnění má být řešena v návaznosti na NAPAN a plánování dlouhodobé péče. Tato koncepce ji zohledňuje jako důležitý kontext, nikoli jako náhradu samostatné seniorské a dlouhodobé strategie.

4. Síť služeb v kraji existuje, ale není územně ani funkčně rovnoměrná

Mapování sítě služeb ukazuje, že Kraj Vysočina má vytvořeny základní vrstvy péče, zejména sociální rehabilitaci, CDZ v části území, pobytové sociální služby, ambulantní psychiatrii, lůžkovou péči, školská poradenská zařízení, vybrané krizové a komunitní služby.

Hlavním problémem však není úplná absence služeb v kraji jako celku, ale jejich nerovnoměrné rozložení a neúplná návaznost mezi jednotlivými částmi systému.

Nejvýraznější slabá místa:

- chybějící CDZ v okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou,
- chybějící specializované chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním v okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou,
- omezená dostupnost dětské a dorostové psychiatrie,
- nerovnoměrná školní psychologická podpora,
- vyšší orientační zátěž pediatrické primární péče v okresech Žďár nad Sázavou a Jihlava,
- potřeba lepší návaznosti mezi lůžkovou péčí, komunitními službami a podporou bydlení.

5. Územní priority nejsou stejné pro všechny okresy

Z mapování vyplývá potřeba diferencovaného přístupu podle území.

Žďársko

Patří mezi území s největší kumulací slabých míst. Chybí zde CDZ i specializované chráněné bydlení, vychází zde vysoké orientační zatížení komunitních kapacit a nejvyšší počet pacientů F00–F99 ve věku 0–19 let na jedno pediatrické IČP. V mapování není jednoznačně doložena samostatná dětská a dorostová psychiatrická ambulance. Prioritou je rozvoj CDZ, podpory bydlení, nízkokapacitních komunitních služeb a návaznosti pro děti a mládež.

Třebíčsko

Chybí zde CDZ i specializované chráněné bydlení, orientační zatížení komunitních kapacit patří k nejvyšším v kraji. Specifickým faktorem je očekávaný dopad dostavby JE Dukovany, který může zvýšit tlak na služby pro osoby v produktivním věku. Prioritou je vznik CDZ, posílení komunitní podpory, rozvoj podpory bydlení a návaznost na krizové, adiktologické a nízkoprahové služby.

Pelhřimovsko

Má nově vznikající CDZ a relativně nižší orientační zátěž komunitních kapacit. Slabým místem je však školní psychologická podpora, která nebyla v mapovaném segmentu škol jednoznačně doložena. Prioritou je včasný záchyt u dětí a mladistvých a propojení škol, PPP, pediatrů, komunitních služeb a CDZ.

Jihlavsko

Má silnější ambulantní i komunitní základnu, včetně CDZ a chráněného bydlení, a zároveň plní roli krajského centra. Prioritou je koordinační role, návaznost PN Jihlava, ambulantní péče, CDZ, školských služeb a služeb pro osoby s komplexními potřebami.

Havlíčkobrodsko

Má relativně silnější komunitní základnu díky sociální rehabilitaci, CDZ a chráněnému bydlení. Současně je zde významná psychiatrická nemocnice s nadregionálním významem. Prioritou je návaznost lůžkové a komunitní péče, práce s dlouhodobě hospitalizovanými pacienty a prevence opakovaných hospitalizací.

6. Lůžková péče má pro kraj význam, ale její řízení není primárně v gesci kraje

Na území kraje se nachází významné lůžkové psychiatrické kapacity, zejména PN Jihlava, PN Havlíčkův Brod, Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš a Psychiatrická léčebna Jemnice. Tyto kapacity však mají nadregionální charakter a nejsou určeny pouze obyvatelům Kraje Vysočina.

Cenzovní data ukazují vysoký podíl dlouhodobých hospitalizací a významné zastoupení osob se závažným duševním onemocněním. To má přímý význam pro krajské plánování návazných služeb, i když samotné řízení lůžkové psychiatrické péče je převážně v gesci Ministerstva zdravotnictví.

Pro kraj je proto klíčové zejména:

- koordinovat návaznost mezi psychiatrickými nemocnicemi a komunitními službami,
- podporovat přechod dlouhodobě hospitalizovaných osob do komunitní podpory tam, kde je to možné,
- rozvíjet CDZ, sociální rehabilitaci, podporu bydlení a nízkokapacitní komunitní pobytové služby,
- řešit dopady ochranného léčení na návaznou péči.

7. Zkušenosti uživatelů a odborníků potvrzují problém pozdního zachytu a slabé návaznosti

Dotazníkové šetření, rozhovory a fokusní skupiny potvrzují několik opakujících se problémů:

- lidé se často dostávají do systému pozdě,
- dostupnost služeb se výrazně liší podle území,
- návaznost mezi zdravotními, sociálními a školskými službami není dostatečně stabilní,
- krizová pomoc a včasná intervence nejsou dostupné v potřebném rozsahu,
- rodiny a neformální pečující nesou významnou část zátěže,
- lidé se závažným duševním onemocněním často potřebují kombinaci zdravotní, sociální, bytové a komunitní podpory.

Tato zjištění přímo podporují opatření zaměřená na koordinaci systému, rozvoj komunitních služeb, krizovou pomoc, podporu bydlení, peer podporu a posílení informovanosti.

HLAVNÍ ZÁVĚRY

Z celé analýzy vyplývá několik závěrů pro období 2027–2030:

- Kraj nemá plánovat pouze podle celkových počtů pacientů, ale podle věku, cílových skupin, územních rozdílů a návaznosti služeb.
- Demografické stárnutí zvýší tlak na dlouhodobou zdravotně-sociální péči, ale nesmí zastínit potřeby dětí, mladistvých, osob v produktivním věku, osob v krizi a osob se závažným duševním onemocněním.
- Prioritou není plošné navyšování všech služeb, ale cílené doplnění chybějících vrstev v územích, kde se kumuluje více slabých míst.
- Nejvýraznější územní potřeby v oblasti komunitní a multidisciplinární péče vycházejí na Žďársku a Třebíčsku.
- Dětské duševní zdraví vyžaduje posílení celého řetězce včasného zachytu: školy, školní psychologové, PPP/SPC, pediatři, NZDM, krizová pomoc, pedopsychiatrie a komunitní služby.
- Lůžková a ochranná péče je mezigesční oblast, ale její dopady na komunitní, sociální a pobytové služby musí být v krajském plánování zohledněny.
- Kraj má omezené přímé kompetence ve zdravotnictví, ale zásadní roli může sehrát v koordinaci, vyjednávání, plánování, podpoře návaznosti a vyhodnocování systému.

STRATEGICKÉ SMĚŘOVÁNÍ

Návrhová část koncepce je strukturována do čtyř strategických cílů. Na tyto cíle navazuje Akční plán péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina na období 2027–2030.

1. Řízení a koordinace systému

Cílem je ukotvit kraj jako koordinátora systému, který propojuje sociální, zdravotní, školskou, obecní a komunitní rovinu péče.

Klíčové směry:

- ustanovení a pravidelná činnost Krajské koordinační skupiny,
- zřízení tematických pracovních skupin,
- pravidelné vyhodnocování plnění Akčního plánu,
- aktualizace dat o dostupnosti služeb,
- zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jejich blízkých.

2. Rovný a včasný přístup k podpoře

Cílem je snižovat územní rozdíly a posilovat včasné zachycení obtíží.

Klíčové směry:

- vymezení základního standardu dostupnosti služeb v jednotlivých územích,
- posílení prevence a včasné intervence,
- zapojení pediatrů a praktických lékařů,
- rozvoj školních preventivních a wellbeingových programů,
- zlepšení informovanosti o dostupné pomoci.

3. Kvalita a lidská práva

Cílem je posilovat kvalitu služeb, odbornost pracovníků a respekt k právům osob s duševním onemocněním.

Klíčové směry:

- vzdělávání pracovníků v tématech poruch osobnosti, duálních diagnóz a komplexních potřeb,
- sdílení dobré praxe mezi poskytovateli,
- pilotní audit kvality sociálních služeb,
- posílení lidskoprávní perspektivy v péči,
- zapojení osob se zkušeností do hodnocení a rozvoje služeb.

4. Dostupnost služeb

Cílem je doplnit chybějící vrstvy péče a posílit podporu v přirozeném prostředí.

Klíčové směry:

- rozvoj krizových služeb,
- podpora vzniku a rozvoje CDZ,
- vznik nízkokapacitních komunitních pobytových služeb,
- posílení chráněného bydlení zejména v okresech Třebíč a Žďár nad Sázavou,
- spolupráce s psychiatrickými nemocnicemi při přechodu pacientů do komunity,
- rozvoj multidisciplinárních týmů pro děti, osoby s komplexními potřebami a osoby s poruchou osobnosti,
- podpora peer pomoci a neformálních pečujících.

KLÍČOVÁ DOPORUČENÍ PRO OBDOBÍ 2027–2030

1. **Doplnit chybějící CDZ nebo návaznou multidisciplinární komunitní podporu v územích, kde tato vrstva chybí.**
Prioritně řešit Třebíčsko a Žďársko.
2. **Rozvíjet podporu bydlení pro osoby se závažným duševním onemocněním.**
Zaměřit se zejména na chráněné bydlení a nízkokapacitní komunitní pobytové služby v územích bez těchto kapacit.
3. **Posílit včasný záchyt u dětí a mladistvých.**
Propojit školy, PPP/SPC, školní psychology, pediatri, NZDM, krizové služby a specializovanou zdravotní péči.
4. **Dále ověřit reálnou kapacitu ambulantní psychiatrické a psychologické péče.**
Pouhý počet pracovišť nestačí; pro plánování je nutné znát dostupnost pro nové pacienty, ordinační rozsah a čekací doby.
5. **Zaměřit územní plánování služeb na konkrétní slabá místa.**
Žďársko a Třebíčsko řešit jako prioritní oblasti komunitní a multidisciplinární péče; Pelhřimovsko jako oblast posílení školně-komunitní návaznosti; Jihlavsko a Havlíčkovobrodsko jako území s významnou koordinační a lůžkovou návazností.
6. **Řešit lůžkovou a ochrannou péči jako mezigesční téma.**
Kraj nemá přímou odpovědnost za řízení psychiatrických nemocnic, ale má sledovat dopady dlouhodobých hospitalizací a ochranného léčení na komunitní a sociální služby.
7. **Neomezovat reakci na stárnutí populace pouze na pobytové služby.**
Růst neurodegenerativní zátěže vyžaduje také domácí péči, pečovatelské služby, odlehčovací kapacity, podporu pečujících a koordinaci dlouhodobé péče.
8. **Pravidelně vyhodnocovat Akční plán.**
Minimem je roční vyhodnocení plnění aktivit a jednou za tři roky širší aktualizace analytických podkladů.

VAZBA NA AKČNÍ PLÁN PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V KRAJI VYSOČINA NA OBDOBÍ 2027–2030

Akční plán je přílohou této koncepce a slouží jako její implementační část. Převádí výše uvedená zjištění do konkrétních kroků v období 2027–2030.

V návaznosti na aktuální analytická zjištění je vhodné v Akčním plánu zvlášť pohlídat zejména tyto vazby:

- u cíle **1.1: Koordinace** jasně ukotvit Krajskou koordinační skupinu a pracovní skupiny pro dětské duševní zdraví, bydlení, krizovou pomoc, CDZ a návaznost na psychiatrické nemocnice,
- u cíle **2.1: Rovný a včasný přístup** doplnit nebo zpřesnit vymezení základního standardu dostupnosti služeb v jednotlivých územích,
- u cíle **2.2: Prevence a včasná intervence** explicitně zohlednit pediatrii, školy, PPP/SPC, školní psychology a NZDM jako vstupní články systému,
- u cíle **4.1: Podpora deinstitucionalizace** navázat rozvoj bydlení a komunitních pobytových služeb na zjištěná slabá místa v Třebíči a Žďáru nad Sázavou,
- u cíle **4.2: Rozvoj multidisciplinarity** prioritizovat vznik nebo posílení CDZ a návazných multidisciplinárních týmů v územích, kde tato vrstva chybí,
- u cíle **4.4: Podpora neformální a sdílené péče** propojit podporu pečujících jak s duševním onemocněním, tak se seniorskou a neurodegenerativní problematikou.

DOPADY PRO KRAJ

Realizace koncepce a navazujícího Akčního plánu by měla vést zejména k těmto praktickým dopadům:

- jasnější koordinační roli kraje v oblasti duševního zdraví,
- lepší přehled o dostupnosti služeb a jejich slabých místech,
- cílenějšímu rozvoji služeb v územích, kde chybí klíčové vrstvy podpory,
- posílení komunitní péče a návaznosti na lůžkovou péči,
- lepšímu včasnému zachytu u dětí a mladistvých,
- větší podpoře osob se závažným duševním onemocněním při setrvání v komunitě,
- lepší koordinaci zdravotní, sociální, školské a obecní roviny,
- pravidelnému vyhodnocování, zda přijatá opatření skutečně zlepšují dostupnost a návaznost péče.

Celkově koncepce směřuje k tomu, aby systém péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina nebyl založen pouze na dostupnosti jednotlivých služeb, ale na jejich provázání, územní vyváženosti a schopnosti reagovat na konkrétní potřeby obyvatel v jednotlivých částech kraje.

SEZNAM PŘÍLOH

- A. Akční plán péče o duševní zdraví v Kraji Vysočina na období 2027–2030
- B. Mapové výstupy pro deskripci sítě
- C. Scénář polostrukturovaných rozhovorů
- D. Dotazník pro osoby se zkušeností
- E. Datová matice z dotazníkového šetření

Tento dokument a jeho přílohy vznikly v rámci veřejné zakázky.

Název:

Analýza potřeb a návrh koncepce sítě péče o osoby s duševním onemocněním nebo osoby ohrožené vznikem duševního onemocnění v Kraji Vysočina, systémové číslo P25V00000505

Realizace:

listopad 2025 – duben 2026

Zadavatel:

Kraj Vysočina

Zpracovatel:

**Anreva Solution s.r.o. a Asociace komunitních služeb
v oblasti péče o duševní zdraví, z.s.**

Zakázku kraj realizoval v rámci projektu číslo CZ.03.02.02/00/22_006/0001219

Strategie péče o osoby s duševním onemocněním v Kraji Vysočina.