



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

SWOT analýza a doporučení dalších postupů a procesů k pokračování Reformy péče o duševní zdraví v ČR v letech 2024+

Autoři: J. Pfeiffer, L. Krbcová



Priority NAPDZ

Koordinace: Zajistit koordinaci mezirezortní veřejné politiky duševního zdraví prostřednictvím funkčního nadrezortního koordináčního systému.

Specifický cíl 1.1 – Kraje: Zajistit efektivní koordinaci a řízení služeb péče o duševní zdraví na regionální a lokální úrovni.

Specifický cíl 1.2 – Komunitní služby: Na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako stěžejní služby zajišťující potřebnou péči v komunitě.

Specifický cíl 4.1 – Deinstitutionalizace: Do roku 2030 realizovat další fáze deinstitutionalizace jako postupný přechod od velkých zařízení poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie k péči komunitní, zajistit rozvoj širokého spektra dostupných služeb v komunitě, včetně rozvoje kapacit pro akutní psychiatrickou péči (specifický cíl 4.2).

Inovativní služby: Umožnit pilotování inovativních metod v poskytování péče v oblasti duševního zdraví (specifický cíl 1.6).

Integrace duševního zdraví do primární péče praktických lékařů (a zajistit péči o nemocné s psychosomatickou problematikou a psychologickou a psychiatrickou péči o somaticky nemocné) – opatření 5.3.1.

Silné stránky

V roce 2011 bylo celkem ukončeno 36 650 hospitalizací, zatímco v roce 2022 kleslo toto číslo na 25 318, což představuje pokles téměř o 31 %. Tento trend platí v oblasti psychiatrie pro dospělé, a to jak v hospitalizacích krátkodobých (do 3 měsíců), střednědobých (od 3 měsíců do půl roku), tak i dlouhodobých (více než půl roku).

U dětí a dorostenců došlo v kategorii střednědobých a dlouhodobých hospitalizací mezi lety 2011 a 2022 k propadu o 82 % (z 113 na 16).

V období 2010–2022 došlo k nárůstu o 690 akutních lůžek, což představuje nárůst téměř o 54 %. V roce 2022 to znamenalo celkem 1977 akutních lůžek, dostupných ve všech krajích ČR, čímž se zkrátila dojezdová vzdálenost.

Centra duševního zdraví (CDZ) měla v roce 2021 celkovou kapacitu 5661 osob.

Z dat Národního registru hrazených zdravotních služeb vyplývá, že u pacientů dochází ke snížení počtu hospitalizačních dnů po vstupu do CDZ až o 70 %.

Náklady vynaložené na psychiatrickou péči v období 2017–2022 vzrostly téměř o 45 %.

IROP má poskytnout 560 milionů Kč na 70 dalších akutních lůžek, včetně 25 dětských, a na další rozvoj CDZ.

Silné stránky – souhrn

Procesy nastartované během reformních projektů do značné míry pokračují. Formálně



pokračuje koordinace procesu pod vedením Ministerstva zdravotnictví, Rady pro duševní zdraví. Dochází k postupnému snižování celkového počtu hospitalizací včetně dlouhodobých. Střednědobá a dlouhodobá lůžka jsou nahrazována lůžky akutními. Rozrůstající se CDZ mají pozitivní dopad na počty a délku hospitalizací. Je plánována další podpora reformních procesů z IROP. Na úrovni některých krajů probíhá systematický proces koordinace rozvoje sítě komunitních služeb s propojováním na nemocniční síť služeb.

Slabé stránky

Meziročně nárůst počtu osob diagnostikovaných s psychiatrickým onemocněním činí 2–2,5 % ročně. Počet poskytovatelů ambulantní péče za posledních 12 let vzrostl jen o 20 ambulantí (necelá 3 %). Dostupnost péče se spíše snižuje a čekací doby se prodlužují. U dětské a dorostové psychiatrie došlo k poklesu poskytovatelů ambulantní péče o 6 %, zatímco celkové množství pacientů vzrostlo o 30 %.

Z celkového počtu lékařů, kteří dokončí lékařské fakulty, si jen 2 % volí specializaci v psychiatrii a z nich jen zlomek dětskou psychiatrii. V oblasti krátkodobých hospitalizací dětí a dorostenců naopak mezi roky 2010–2022 došlo ke zvýšení až o 75 %.

Není zajištěna komplexnost péče (nedostatečná koordinovanost a propojenost). Existují skupiny bojkotující rozvoj CDZ i reformy jako takové.

Dostupnost psychiatrické ambulantní péče se snižuje a čekací doba se prodlužuje.

Nízká kapacita akutní lůžkové péče pro děti a nedostatek alternativní péče. Nedostatek vysokoškolsky vzdělaných profesionálů (klinických psychologů, psychiatrů). Proces transformace lůžkové péče je oproti plánu v prodlevě.

Příležitosti

Posílení AKS jako významného hráče v procesu reformy péče o duševní zdraví.

Realističtější nastavení personálních standardů (posílení role psychiatrických sester, možnost podpůrné psychoterapie nejen klinickými psychology atd.). Zavádění digitalizace jako částečné řešení nedostatku personálu. Posílení propojení primární a sekundární péče (anglický model). Propojení týmů CDZ se zdravotní péčí krajských nemocnic. Rozvoj inovativní krizové péče (včetně komunitních pobytových kapacit) jako alternativy k akutní lůžkové péči (včetně principu gatekeepingu). Multidisciplinarita. Další posilování role krajů v koordinaci reformy a rozvoje péče o duševní zdraví.



Projekt: Zavádění multidisciplinární spolupráce v oblasti duševního zdraví – druhý rok projektu

Specifický cíl 2.1: Zajistit efektivní koordinaci a řízení služeb péče o duševní zdraví na regionální a lokální úrovni.

Opatření 1.2.1: Pilotovat model řízení péče v oblasti duševního zdraví na regionální úrovni s cílem propojit zdravotně-sociální pomezí.

Ustavení koordinační a řídicí platformy pro multidisciplinární spolupráci na úrovni Ústeckého kraje.

Hosté: Zřizuje kraj.

Čtyři cílové skupiny: SMI a duální diagnózy, děti a mladí lidé, lidé se závislostí na návykových látkách, senioři s duševním onemocněním.

32 páteřních komunitních týmů (stávajících a vyvíjejících se v CDZ).

8 multidisciplinárních regionálních koordinátorů – pro každý region 100 000 obyvatel v Ústeckém kraji.

Zapojení Krajské zdravotní, a. s. (7 nemocnic).

7 koordinátorů v Krajské zdravotní – pro každou ze 7 nemocnic v kraji.

Zapojení všech 3 psychiatrických nemocnic v kraji: PN Horní Beřkovice, PL Petrohrad, PND Louny.

4 koordinátoři v psychiatrických nemocnicích.

Specifický cíl 2.1 – zajištění koordinace a řízení služeb péče o duševní zdraví na regionální a lokální úrovni.

Ohrožení

Chabý či žádný leadership na makro, mezo i mikro úrovni. Zamrznutí procesu, ztráta tvořivosti. Investice do nemocnic budou blokovat jejich transformaci. Nedostatečná redukovatelnost kapacit nemocnic s paralelním rozvojem komunitních služeb povede k nárůstu nákladů a může být interpretována jako selhání reformy.

SWOT analýza a doporučení dalších postupů a procesů k pokračování Reformy péče o duševní zdraví v ČR v letech 2024+

J. PFEIFFER

L. KRBCOVÁ



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



asociace
komunitních
služeb

PRĀH

JIŽNÍ
MORAVA

jihomoravský kraj

SWOT analýza a doporučení dalších postupů a procesů k pokračování Reformy péče o duševní zdraví v ČR v letech 2024+

J. PFEIFFER

L. KRBCOVÁ



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



asociace
komunitních
služeb

PRĀH

JIŽNÍ
MORAVA

jihomoravský kraj

PRIORITY NAPDZ

1. **KORDINACE:** Zajistit koordinaci mezirezortní veřejné politiky duševního zdraví prostřednictvím funkčního nad rezortního koordinačního systému. **SPECIFICKÝ CÍL 1.1**
2. **KRAJE:** Zajistit efektivní koordinaci a řízení služeb péče o duševní zdraví na regionální a lokální úrovni. **SPECIFICKÝ CÍL 1.2**
3. **KOMUNITNÍ SLUŽBY:** Na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako stěžejní služby zajišťující jako stěžejní služby zajišťující potřebnou péči v komunitě **SPECIFICKÝ CÍL 4.1**
4. **DEINSTITUCIONALIZACE** :Do roku 2030 realizovat další fáze deinstitucionalizace jako postupný přechod od velkých zařízení poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie k péči komunitní, zajistit rozvoj širokého spektra dostupných služeb v komunitě, včetně rozvoje kapacit pro akutní psychiatrické péče (**SPECIFICKÝ CÍL 4.2**)
5. **INOVATIVNÍ SLUŽBY:** Umožnit pilotování inovativních metod v poskytování péče v oblasti duševního zdraví.(**SPECIFICKÝ CÍL 1.6.**)
6. **INTEGRACE DZ DO PRIMÁRNÍ PÉČE** praktických lékařů (a zajistit péči o nemocné s psychosomatickou problematikou a psychologickou a psychiatrickou péče o somaticky nemocné). (**Opatření 5.3.1**)

SILNÉ STRÁNKY

- V roce 2011 bylo celkem ukončeno 36 650 hospitalizací, zatímco v roce 2022 kleslo toto číslo na 25 318, což představuje pokles téměř o 31 %. V oblasti Psychiatrie pro dospělé, a to jak v hospitalizacích krátkodobých (do 3 měsíců), střednědobých (od 3 měsíců do půl roku), tak i dlouhodobých (více než půl roku).
- Kategorii střednědobých a dlouhodobých hospitalizací u dětí a dorostenců, kde v případě dlouhodobých hospitalizací došlo mezi lety 2011 a 2022 k propadu o 82 % (z 113 na 16).
- V období od roku 2010 do roku 2022 došlo k nárůstu o 690 akutních lůžek, což představuje nárůst téměř o 54 %. V absolutních číslech v roce 2022 se jedná 1977 akutních lůžek.
- Akutní lůžka k dispozici ve všech krajích ČR. Zkrácení dojezdové vzdálenosti.
- CDZ s celkovou kapacitou 5 661 (2021)
- Z dat Národního registru hrazených zdravotních služeb dochází u pacientů ke snížení počtu hospitalizačních dnů po vstupu do CDZ až o 70 %.
- Náklady vynaložených na psychiatrickou péči v období od roku 2017 do roku 2022 vzrostly téměř o 45 %.
- IROP by měl poskytnout 560 milionů Kč na 70 dalších akutních lůžek, včetně 25 dětských a další rozvoj CDZ.

SILNÉ STRÁNKY -SOUHRN

- **Procesy nastartované během reformních projektů do značné míry pokračují. Formálně pokračuje koordinace procesu pod vedení MZ, Rada pro duševní zdraví. Dochází k postupnému snižování celkového počtu hospitalizací včetně celkového počtu dlouhodobých hospitalizací. Střednědobá a dlouhodobá lůžka jsou nahrazována lůžky akutními. Postupně se rozrůstající CDZ mají pozitivní dopad na počty a délku hospitalizací. Je plánována další podpora reformních procesů z IROP. Na úrovni některých krajů probíhá relativně systematický proces koordinace postupu rozvoje sítě komunitních služeb s propojováním s nemocniční sítí i služeb**

- Meziročně nárůst počtu osob diagnostikovaných s psychiatrickým onemocněním je o 2 % až 2,5 % ročně.
- Počet poskytovatelů ambulantní péče za posledních 12 let se zvýšil o 20 ambulancí, tedy o necelé 3 %.
- Dostupnost péče se spíše snižuje a čekací doby se prodlužují.
- U dětské a dorostové psychiatrie došlo k poklesu poskytovatelů ambulantní péče o 6 %. Oproti tomu celkové množství pacientů za posledních 12 let narostlo o 30 %.
- Z celkového počtu lékařů, kteří dokončí lékařské fakulty, si jen 2 % volí další specializační studium psychiatrie a z těchto 2 % si ještě jen zlomek zvolí dětskou psychiatrii.
- V oblasti krátkodobých hospitalizací dětí a dorostenců, kde v porovnání s ostatními oblastmi dochází mezi lety 2010 a 2022 naopak ke zvýšení, a to až o 75 %.
- **Není zajištěna komplexnost péče (nedostatečná vzájemná koordinovanost a propojenost).**
- **Existence skupin bojkotujících rozvoj CDZ i procesu reformy jako takové.**

- **Dostupnost psychiatrické ambulantní péče se snižuje a čekací doba se prodlužuje. Je nízká kapacita akutní lůžkové psychiatrické péče pro děti i nedostatek alternativní péče. Je výrazný nedostatek vysokoškolsky vzdělaných profesionálů (klinických psychologů, psychiatrů). Proces transformace lůžkové péče je, oproti plánu v prodlevě.**

PŘÍLEŽITOSTI

- Posílení AKS jako významného hráče v procesu reformy péče o duševní zdraví.
- Realističtější nastavení personálních standardů (posilování role psychiatrických sester, možnost poskytování podpůrné psychoterapie nejen klinickými psychology atd.)
- Zavádění digitalizace (jako částečné řešením nedostatečných personálních kapacit).
- Posílení propojení primární zdravotní péče a sekundární specializované péče o duševní zdraví (anglický model).
- Propojení týmů CDZ se všeobecnou zdravotní péčí krajských nemocnic
- Rozvoj inovativních robustní krizové péče (včetně komunitních pobytových kapacit) jako alternativa k lůžkové akutní péči (včetně principu gate keepingu).
- Multi disciplinarita
- Další posilování role krajů v koordinaci procesu reformy, včetně rozvoje a propojování péče o duševní zdraví

Projekt Zavádění multidisciplinární spolupráce v oblasti duševního zdraví druhý rok projektu

Specifický cíl 2.1

Zajistit efektivní koordinaci a řízení služeb péče o duševní zdraví na regionální a lokální úrovni.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



asociace
komunitních
služeb

PRĀH

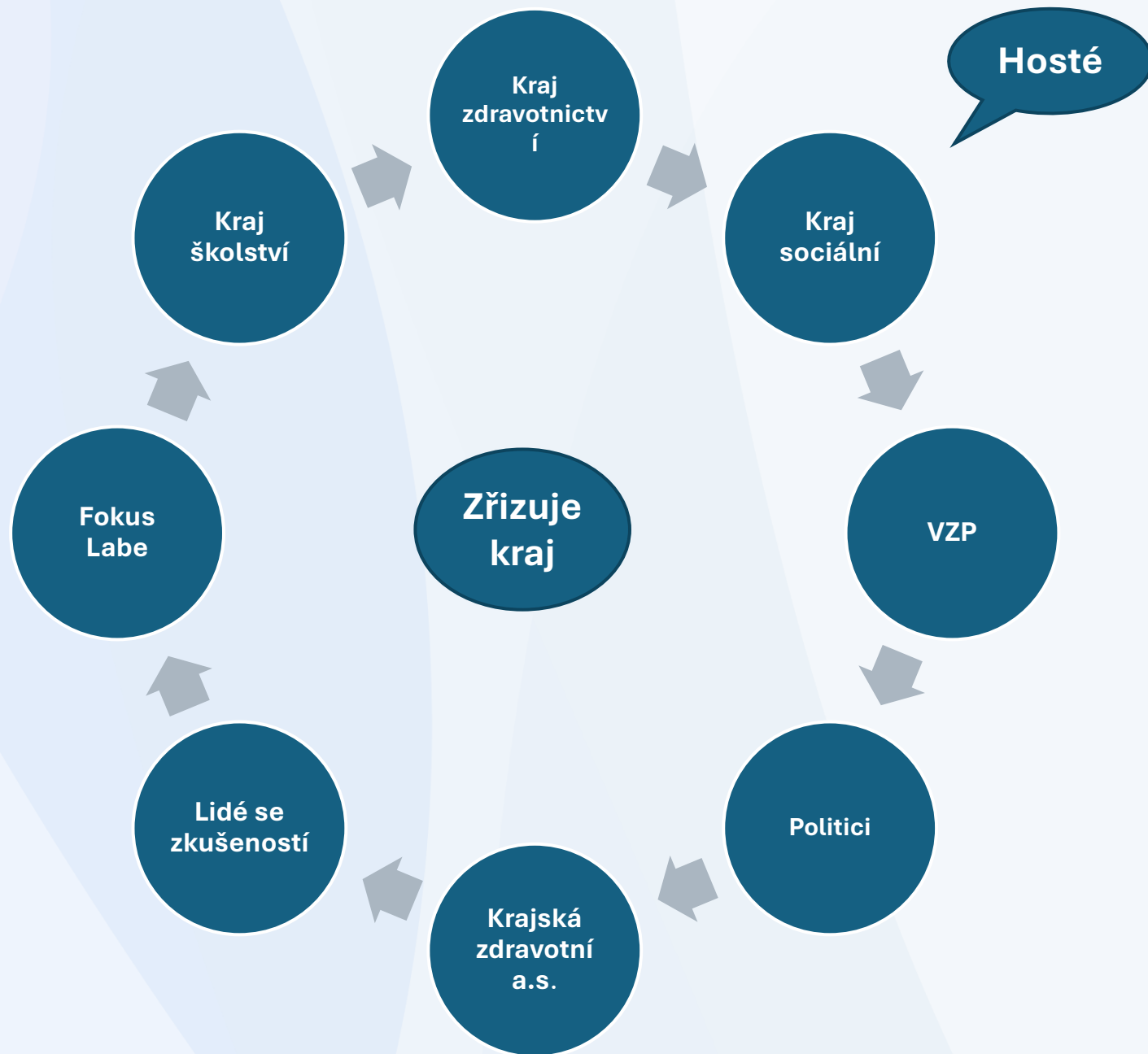
JIŽNÍ
MORAVA

jihomoravský kraj

Opatření 1.2.1

Pilotovat model řízení péče v oblasti péče o duševní zdraví na regionální úrovni s cílem propojit zdravotně-sociální pomezí.

Ustavení koordinační a řídicí platformy pro MD spolupráci na úrovni ústeckého kraje



4 cílové skupiny

SMI a duální dg.

Děti a mladí lidé

Lidé se závislostí na návykových látkách

Senioři s duševním onemocněním

32 páteřních
komunitních týmů



Stávajících a
vyvíjejících se v CDZ

- 8 MD Regionálních koordinátorů
- Pro každý 100 000 region v Ústeckém kraji

Specifický cíl 2.1

Zajistit efektivní koordinaci a řízení služeb péče o duševní zdraví na regionální a lokální úrovni.

Zapojení Krajské zdravotní a.s.

7 nemocnic

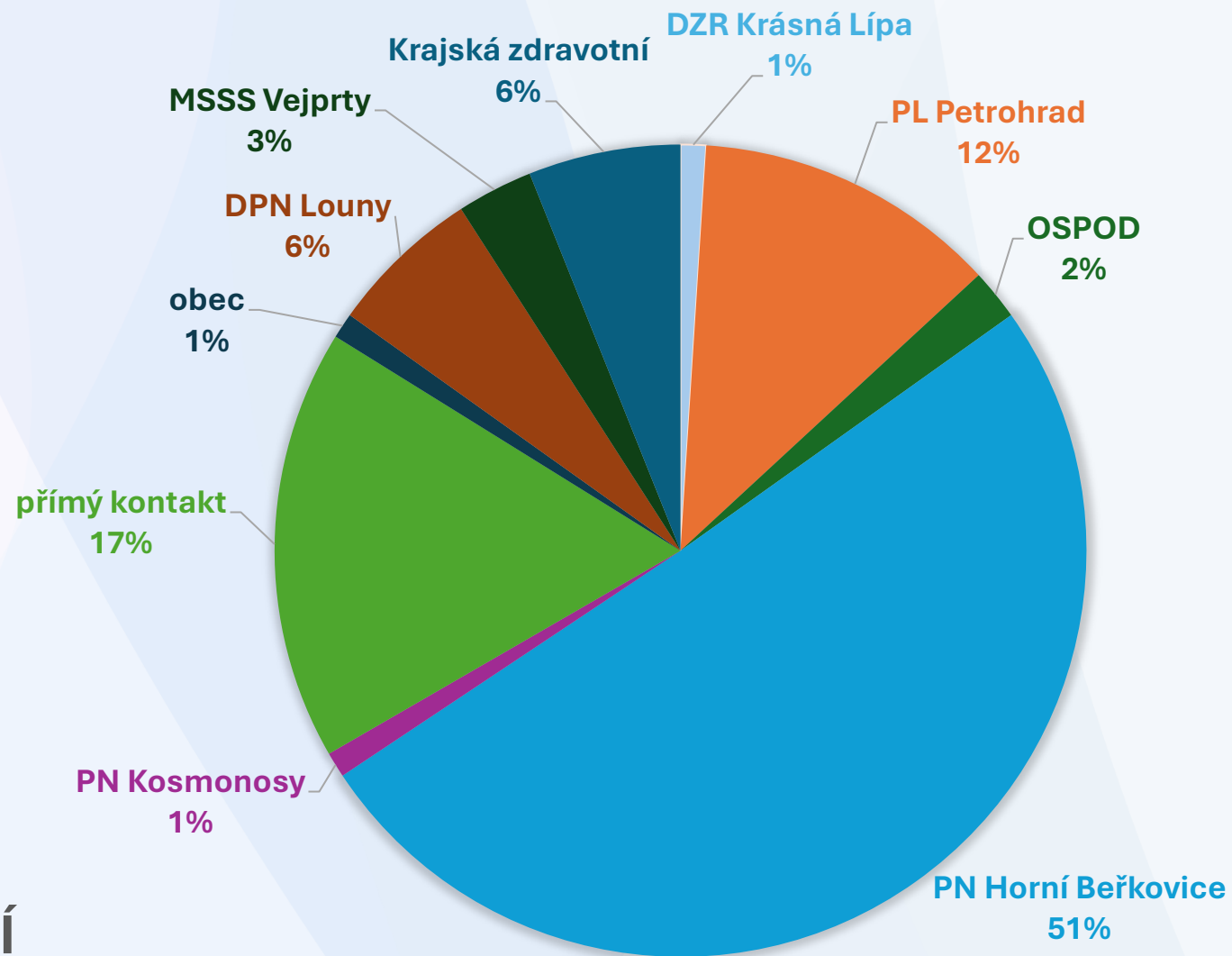
- 7 koordinátorů v krajské zdravotní
- Pro každou ze 7 nemocnic v Ústeckém kraji

Specifický cíl 2.1
Zajistit efektivní
koordinaci a řízení služeb
péče o duševní zdraví na
regionální a lokální
úrovni.

Zapojení všech 3
psychiatrických nemocnic v
kraji

- **4 koordinátoři v psychiatrických nemocnicích**
 - **PN Horní Beřkovice**
 - **PL Petrohrad**
 - **PND Louny**

ODKUD KLIENTI PŘICHÁZÍ DO PROJEKTU



OHROŽENÍ

- Chabý či žádný leadership na makro, mezo i mikro úrovni.
- Zamrznutí procesu, ztráta tvořivosti
- Investice do nemocnic budou blokovat jejich transformaci
- Nedostatečná redukce kapacit nemocni s paralelním rozvojem komunitních služeb povede k nárůstu nákladů a může být interpretováno jako selhání reformy.