

STŘEDNĚDOBÝ PLÁN ROZVOJE SLUŽEB PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V KRAJI VYSOČINA 2013 - 2016

Tento materiál je výstupem z pracovní skupiny pro oblast péče o duševně nemocné.
Ve vztahu k oficiálními střednědobému plánu rozvoje sociálních služeb Kraje Vysočina se jedná o
podkladový materiál.

OBSAH:

1	Úvod	2
2	Charakteristika cílové skupiny	2
2.1	Diagnostické vymezení.....	2
2.2	Vymezení dle věku	4
2.3	Vymezení podle místa bydliště	4
2.4	Základní statistické údaje	4
3	Mapa stávajících služeb	6
3.1	Seznam poskytovatelů	6
3.1.1	Zdravotní služby.....	6
3.1.2	Sociální služby	6
3.1.3	Zhodnocení celkové situace.....	7
4	Kapacita sociálních služeb - minimální a optimální	7
4.1.1	Metodika stanovení kapacity sociálních služeb v jednotlivých okresech kraje Vysočina	7
4.1.2	Kapacita sociálních služeb minimální a optimální	8
5	Ekonomická data	10
6	Cíle a opatření	12
7	Přílohy	14

1 Úvod

Pracovní skupina pro rozvoj služeb duševně nemocným v kraji Vysočina je složena ze zástupců Krajského úřadu, dvou velkých psychiatrických léčeben a všech poskytovatelů sociálních služeb duševně nemocným v kraji.

Mgr. Jiří Bína	Krajský úřad Vysočina
Erika Fojtlová, DiS	Krajský úřad Vysočina
MUDr. Dagmar Dvořáková	Psychiatrická léčebna Jihlava
MUDr. Jaromír Mašek	Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod
MUDr. Přemysl Suchomel	Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod
Jaroslava Kadlecová	Ústav sociální péče pro dospělé Věž
Bc. Jana Křížková	Oblastní charita Žďár nad Sázavou
Mgr. Jindřiška Šmejkalová	Oblastní charita Třebíč
Mgr. Martin Šťastný	VOR, o. s.
Mgr. Miloš Havlík	FOKUS Vysočina
Mgr. Pavel Říčan	FOKUS Vysočina

Tato pracovní skupina funguje od září 2008. Na podzim 2011 aktualizovala původní dokument z roku 2009.

Předkládaný materiál má sloužit pro základní orientaci v problematice služeb pro osoby s duševním onemocněním a zároveň jako východisko pro konkrétní opatření střednědobého plánu Kraje Vysočina.

2 Charakteristika cílové skupiny

Vymezení cílové skupiny bylo jedním z prvních kroků, které pracovní skupina uskutečnila. Pro souhrnné označení této cílové skupiny se obvykle používají termíny: *dlouhodobě duševně nemocní, chronicky duševně nemocní*, nověji *osoby se závažným duševním onemocněním*. V zahraničí se používá termín *people with severe mental illness* nebo *severe and persisting mental illness*, zkratka SMI.

Jedná se o podskupinu psychiatrických pacientů, podskupinu, která je obvykle invalidizována a výrazně ohrožena osamělostí, chudobou a sociálním vyloučením.

V zahraničí i v ČR je pro tuto skupinu osob budována specializovaná síť služeb. Poskytování služeb stejným týmem více cílovým skupinám není v tomto případě vhodné.

Platí zde nutnost úzké koordinace mezi zdravotními a sociálními službami, pracovníci potřebují specializované vzdělání a trénink.

Cílová skupina byla vymezena pomocí tří kritérií: diagnóza, věk, region.

2.1 Diagnostické vymezení

F20 – F29

Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Nejčastější poruchou z tohoto oddílu je *paranoidní schizofrenie* (F20.0).

Další typy jako *hebefrenní schizofrenie* (F20.1), *katatonní schizofrenie* (F20.2) jsou méně časté.

Schizofrenie se obecně vyznačuje kvantitativními a kvalitativními poruchami myšlení (bludy), poruchami vnímání (halucinace) a poruchami emotivity.

Další významnými poruchami z tohoto oddílu jsou *schizoafektivní poruchy* (F25).

U těchto poruch se kombinují schizofrenní příznaky s příznaky poruchy nálady (obecně mánie a deprese).

Tito pacienti jsou hlavní cílovou skupinou pro svoji zranitelnost, sociální a kognitivní deficity, dlouhodobost obtíží, časté relapsy či chronický průběh (stálé hlasy apod.). Často bývají invalidizováni, hrozí sociální vyloučení.

Často se vyvíjí tzv. postpsychotický defekt, v jehož důsledku se snižují pacientovy schopnosti a dovednosti, tento stav vyžaduje aktivní rehabilitaci.

F30-F39

Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F30 manická fáze

F31 bipolární afektivní porucha

F32 depresivní fáze

F33 periodická depresivní porucha

Toto jsou hlavní a nejčastější diagnózy tohoto oddílu.

U našich klientů bude pravděpodobně nejčastější bipolární afektivní porucha, která má tendenci k opakování, chronifikuje.

Pacienti s těmito diagnózami se dostávají do klinicky vážných stavů, z nichž nejvážnější je těžká deprese, kde hrozí sebevražedné jednání.

F40 – F49

Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

V této kategorii se vyskytují poruchy, které mají přechodný ale i dlouhodobý průběh.

Nejčastěji se setkáme s *fobickými úzkostnými poruchami (F40)* jako jsou agorafobie, sociální fobie, úzkostně fobické poruchy.

Tyto poruchy se mohou vyskytovat jako samostatné diagnostické kategorie, ale také se často vyskytují v souvislosti s dalšími onemocněními, například psychotickými poruchami.

Jiné anxiózní poruchy (F41) jsou panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha apod.

Platí, že většina neurotických poruch je léčena ambulantně a pacient je schopen vést běžný život. Vyskytují se však obzvláště těžké neurotické stavy, které vyžadují hospitalizaci a pacienti bývají také posléze invalidizováni.

S ostatními poruchami se také můžeme setkat (*F43 reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, F44 disociativní-konverzivní-poruchy, F45 somatoformní poruchy*).

Odhaduji, že ve většině případů půjde o klienty, kteří budou uživateli služeb po přechodnou dobu.

F60 – F62

Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F60 specifické poruchy osobnosti (paranoidní, schizoidní, dissociální, emočně nestabilní, histriónská, anankastická, anxiózní, závislá)

F61 smíšené poruchy osobnosti

F62 přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku

(přetrvávající změny po katastrofické události, přetrvávající změna osobnosti po psychickém onemocnění apod.)

Do této kategorie patří i nutkové a impulzivní poruchy, které můžeme sledovat i v souvislosti s jinými poruchami (patologické hráčství, pyromanie, kleptomanie, trichotillomanie apod.)

Problematika poruch osobnosti je dnes v centru pozornosti psychiatrie. Má se zato, že těchto poruch přibývá, jsou častěji diagnostikovány. Práce s pacientem s poruchou osobnosti bývá obtížná a dlouhodobá s nejistými výsledky, farmakoterapie nebývá obvykle příliš účinná.

Sociální služby mohou vhodnými přístupy doplňovat léčbu psychiatrickou.

Poznámka:

Nejčastějším důvodem návštěvy u psychiatra byly v uplynulých letech poruchy neurotické a afektivní, pro které byly ženy ošetřeny ve více než dvojnásobném počtu oproti mužům, dále organické duševní poruchy a schizofrenie.

Uvedené poruchy představovaly více než 3/4 všech léčených onemocnění.

2.2 Vymezení dle věku

obecně vymezujeme cílovou skupinu intervalem 18 – 65 let

Věk právní plnoletosti je výhodný z hlediska možnosti uzavření smlouvy. V případě potřeby je ale možné vzít klienta do služby i dříve (v roce, kdy dosáhne plnoletosti) a spolupracovat s rodinou.

60 – 65 let je období, od kterého se datuje seniorský věk (stáří, odchod do důchodu). V případě poskytování služeb klientům v tomto věku je třeba věnovat pozornost schopnosti spolupracovat a úrovni kognitivních funkcí (demence – jiná cílová skupina)

2.3 Vymezení podle místa bydliště

klienty služeb jsou ti, kteří mají bydliště v kraji Vysočina

2.4 Základní statistické údaje

V následujícím přehledu vymezujeme okruh potenciálních příjemců služeb – tedy počet osob léčených pro vybraná onemocnění v kraji Vysočina v roce 2009. Čerpáme z údajů ÚZIS.

Při aplikaci zahraniční metody určení počtu potenciálních uživatelů (Holandsko) se dostáváme k počtu 2 509 osob v kraji, které by mohly profitovat z využívání dostupných sociálních služeb.

V roce 2010 využívalo sociální služby v kraji Vysočina nejméně 409 osob (započítání uživatelé služeb sociální rehabilitace a Domova ve Věži. Při zvýšení kapacity na optimální úroveň odhadujeme podle našich zkušeností počet uživatelů sociálních služeb v kraji okolo 1 000 osob.

Počet osob léčených v kraji Vysočina na vybrané duševní poruchy rok 2009	
Onemocnění dle MKN 10	počet osob
Schizofrenie (F20 – F29)	1 642
Afektivní poruchy (F30 – F39)	5 794
Poruchy osobnosti (F60 – F63, F68 – F69)	749
Celkem	8 185

Zdroj ÚZIS 2011, neurotické poruchy nejsou zahrnuty – tvoří cílovou skupinu okrajově a způsobily by zkreslení

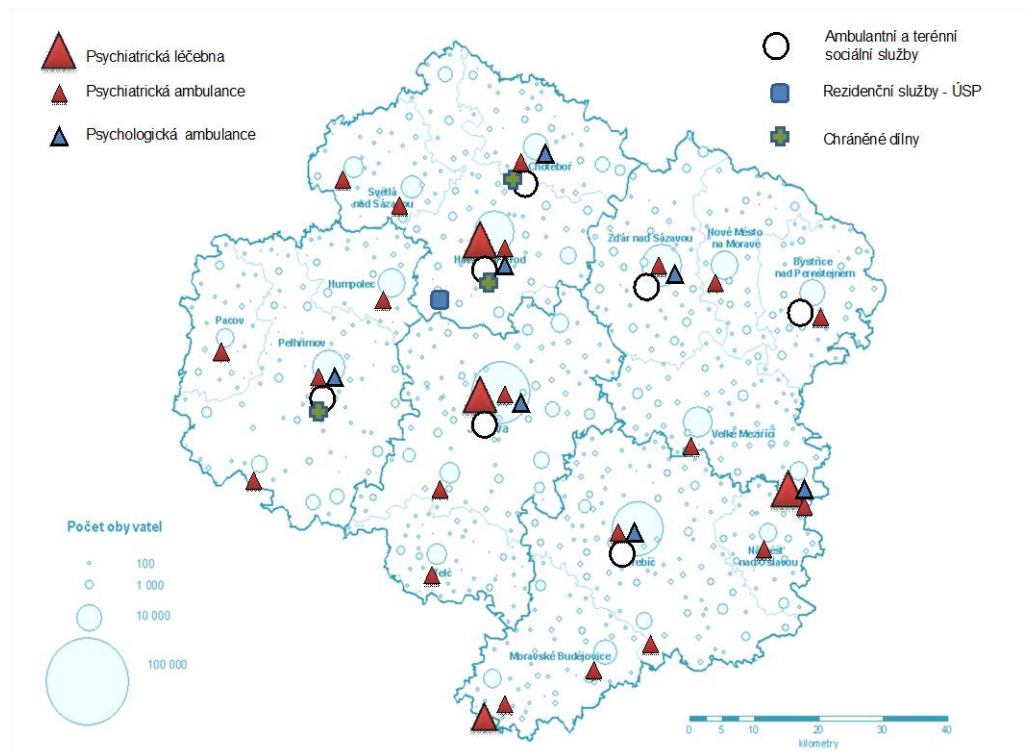
Onemocnění	Diagnostický okruh	Počet pacientů ošetřených v psychiatrických ambulancích v kraji Vysočina v roce 2006	Potřebnost psychiatrické rehabilitace	Počet osob, které potřebují psychiatrickou rehabilitaci
schizofrenie	F20 - F29	1 642	60%	985
afektivní poruchy	F30 - F39	5 794	25%	1 449
poruchy osobnosti	F60 - F63, F68 - F69	749	10%	75
celkem		8 185		2 509

Zdroj ÚZIS 2011, MUDr. Stuchlík *Odhad cílové populace pro služby duševního zdraví v ČR*, nepublikováno

Počet lůžek v psychiatrických zařízeních kraje Vysočina v roce 2010	
Psychiatrická léčebna Jihlava	530
Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod	750
Psychiatrické oddělení Jemnice	60
Celkem	1 340

Zdroj www.uzis.cz, vlastní šetření

3 Mapa stávajících služeb



3.1 Seznam poskytovatelů

3.1.1 Zdravotní služby

Lůžková zařízení

V kraji Vysočina jsou celkem 3 lůžková zařízení: Psychiatrická léčebna Jihlava, Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod a Psychiatrické oddělení Jemnice.

Psychiatrické a psychologické ambulance

V kraji Vysočina působí celkem 25 ambulantních psychiatrů na 46 pracovištích (řada psychiatrů ordinuje na více místech). Psychologických pracovišť je celkem 26.

3.1.2 Sociální služby

V kraji Vysočina působí v roce 2010 tyto poskytovatelé sociálních služeb:

Občanské sdružení VOR Jihlava

typy poskytovaných sociálních služeb

- sociální rehabilitace
- sociálně terapeutická dílna
- odborné sociální poradenství
- chráněné bydlení

FOKUS Vysočina

typy poskytovaných sociálních služeb

- sociální rehabilitace
- sociálně terapeutická dílna
- chráněné bydlení

Oblastní charita Třebíč - Paprsek naděje

typy poskytovaných sociálních služeb

- sociální rehabilitace

Oblastní charita Žďár nad Sázavou – Klub v 9

typy poskytovaných sociálních služeb

- sociální rehabilitace

Domov se zvláštním režimem Věž

typy poskytovaných sociálních služeb

- domov se zvláštním režimem

3.1.3 Zhodnocení celkové situace

V kraji fungují dvě velké psychiatrické léčebny a lůžkové oddělení v Jemnici, s celkovým počtem 1 340 lůžek. Při zachování současného systému regulačních poplatků lze očekávat postupné částečné snížení počtu lůžek spojené se zvýšením kvality péče.

Existuje rovnoměrná síť ambulantních psychiatrů a psychologů. Ambulantní pracoviště jsou však trvale přetížená a komunikace s VZP je obtížná.

Krizové služby obecně v kraji nejsou zastoupeny. Specializované krizové služby pro vymezenou cílovou skupinu nejsou zavedeny. *Koncepce oboru psychiatrie* uvádí *krizové centrum/mobilní krizový tým*, který by měl fungovat v rámci ČR v každém kraji.

Ústav sociální péče pro dospělé Věž má kapacitu 80 lůžek a okolo 100 zájemců o přijetí k pobytu.

Ambulantní a terénní sociální služby existují v každém okrese kraje, jsou však nerovnoměrně rozloženy. O poddimenzovaném stavu je možné hovořit v okresech Třebíč, Žďár nad Sázavou a Jihlava.

Pobytové služby typu chráněné bydlení existují pouze v pilotním rozsahu na Havlíčkovobrodsku, Pelhřimovsku a Jihlavsku.

4 Kapacita sociálních služeb - minimální a optimální

4.1.1 Metodika stanovení kapacity sociálních služeb v jednotlivých okresech kraje Vysočina

Při stanovení druhů a kapacity jednotlivých sociálních služeb v kraji, byla jako východisko použita *Koncepce psychiatrické péče*, respektive materiál nazvaný *Komunitní péče o duševně nemocné*, jehož autorem je MUDr. Ondřej Pěč. Údaje z tohoto dokumentu byly potom postupně zvažovány, porovnávány s údaji ze *Střednědobého plánu sociálních služeb Pardubického kraje*. Zohledněna byla konkrétní situace v kraji Vysočina a zkušenosti členů pracovní skupiny. Typologie služeb byla přizpůsobena zákonu č. 108/2006 Sb.

Sociální rehabilitace byla zvolena jako služba, do níž je možné zahrnout různé efektivní metody práce s lidmi s duševním onemocněním uváděné v *Koncepci psychiatrické péče*. Do sociální rehabilitace byly tedy zahrnuty případové vedení, centrum denních aktivit, podporované bydlení, podporované a přechodné zaměstnávání. Tam, kde jsou v *Koncepci psychiatrické péče* uváděny komunitní psychiatrické sestry, došlo k jejich kapacitnímu nahrazení sociálními pracovníky, kteří je mohou alespoň částečně suplovat. Předpokládáme, že kapacita tohoto typu služby může být naplněna jedním týmem, který bude mít více funkcí např. (terénní práce + programy pro volný čas + programy podpory při umísťování na otevřeném trhu práce), nebo bude v každém okrese fungovat několik malých týmů (např. tým programů pro volný čas, terénní tým, tým podpory zaměstnávání). Minimální kapacita byla nastavena tak, aby pracovníci mohli terénní práci obsáhnout území okresu a aby alespoň v základní míře mohli aktivně spolupracovat se zdravotnickými službami.

Pracovníci uvedení v přehledu jsou pracovníci v přímé péči.

Domov se zvláštním režimem v rámci kraje funguje jako jasně vyprofilovaná služba. Při stanovení kapacity hrál roli výrazný převis poptávky po službě (cca 100 zájemců v únoru 2009). Pracovníci uvedení v přehledu jsou všichni pracovníci zařízení.

Chráněné bydlení nebo pobytová forma sociální rehabilitace představuje službu, která může mít dvě základní formy. *Komunitní chráněné bydlení* je zařízení, kde skupina uživatelů bydlí v jednom objektu, ve kterém je denně přítomen personál – nebo alespoň denně dochází. Tato služba je vhodná pro uživatele, kteří potřebují větší míru podpory. *Individuální chráněné bydlení* či byty na půl cesty představují zařízení, kde uživatelé bydlí po přechodnou předem stanovenou dobu a jejichž cílem je zvýšit samostatnost uživatelů. Personál nemusí být denně přítomen, obvykle dochází dle dohody s uživatelem např. jedenkrát týdně. Stanovená kapacita vychází z *Koncepce oboru psychiatrie*. Optimální kapacita byla pracovní skupinou oproti *Koncepci* snížena, byla by využitelná v případě větší redukce psychiatrických lůžek v kraji.

Sociálně terapeutické dílny jsou definovány jako sociální služba. Uživatelé služby by neměly mít paralelně uzavřenu klasickou pracovní smlouvu, ale spíše DPP nebo DPČ. V našem modelu byla jejich minimální kapacita nastavena podle současného zájmu o službu na Jihlavsku, Pelhřimovsku a Havlíčkovobrodsku. Optimální kapacita byla oproti *Koncepci* snížena na polovinu.

4.1.2 Kapacita sociálních služeb minimální a optimální

V této části jsou předložena základní data v tabulce a v grafech. Po stanovení modelové kapacity pro každý typ služby je proveden výpočet podle populace jednotlivých okresů. Podrobné tabulky jsou k nahlédnutí v příloze.

Modelová kapacita sítě sociálních služeb pro duševně nemocné - kraj Vysočina

typ služby dle zákona 108/2006	spádová oblast (počet obyvatel)	oblast podpory	zařízení dle koncepce oboru psychiatrie	minimální kapacita		optimální kapacita	
				počet uživatelů/rok	počet pracovníků	počet uživatelů/rok	počet pracovníků
sociální rehabilitace	100 000	<i>terénní individuální práce</i>	případové vedení	65	3	80	5
sociální rehabilitace	100 000	<i>volný čas</i>	centrum denních aktivit	15	1	30	2
sociální rehabilitace	100 000	<i>bydlení</i>	podporované bydlení	8	1	16	2
sociální rehabilitace	100 000	<i>práce na otevřeném trhu</i>	podporované a přechodné zaměstnání	12	1	24	2
sociální rehabilitace celkem	100 000	<i>terénní individuální práce volný čas bydlení práce na otevřeném trhu</i>		100	6	150	11
domov se zvláštním režimem celkem	513 000 (Kraj Vysočina)	<i>bydlení</i>		100 míst	50	130 míst	65
chráněné bydlení, sociální rehabilitace-pobytová forma	100 000	<i>bydlení</i>	komunitní chráněné bydlení	10 míst	3,5	15 míst	5,5
chráněné bydlení, sociální rehabilitace-pobytová forma	100 000	<i>bydlení</i>	domy a byty na půl cesty	5 míst	1	10 míst	2
chráněné bydlení, sociální rehabilitace-pobytová forma - celkem	100 000	<i>bydlení</i>		15 míst	4,5	25 míst	7,5
sociálně terapeutická dílna celkem	100 000	<i>práce</i>	chráněné rehabilitační dílny	6 míst	1	12 míst	2
doplňkové služby							
chráněná dílna dle zákona o zaměstnanosti	100 000	<i>práce</i>	chráněné rehabilitační dílny			20 míst	2

5 Ekonomická data

Ekonomická rozvaha vychází ze struktury rozpočtu všech služeb organizace FOKUS Vysočina. Procentuální rozložení rozpočtu odpovídá dlouhodobému trendu všech sociálních služeb v různých regionech kraje Vysočina a Pardubického kraje. Provozní náklady v jednotlivých regionech kraje se mohou lišit s ohledem na různou výši nájemného nebo poskytování služeb ve vlastních prostorách apod. Osobní náklady jsou pro celý kraj nastaveny stejně.

Pro služby sociální rehabilitace a chráněné bydlení jsou kalkulováni sociální pracovníci a pro službu sociálně terapeutické dílny pracovníci v sociálních službách. U domova se zvláštním režimem jsou v příslušných tabulkách pouze uvedeny celkové osobní náklady.

Podrobné ekonomické rozvahy pro jednotlivé typy služeb jsou k nahlédnutí v příloze.

Rozložení nákladů služby vztaženo na jednoho sociálního pracovníka v Kč a %:

<i>Provozní náklady</i>	233 226	44
• Nákupy	35 121	28
• Energie	38 913	19
• Služby	129 031	46
• Ostatní	30 160	7
<i>Osobní náklady</i>	318 384	56
• Hrubá mzda	237 600	82
• Odvody	80 784	18
Celkem	551 610	100

Rozložení nákladů řídicích a administrativních pracovníků vztaženo na jednoho sociálního pracovníka v Kč. Tyto náklady tvoří max. 18% celkových nákladů:

<i>Provozní náklady</i>	51 196
• Nákupy	7 710
• Energie	8 542
• Služby	28 324
• Ostatní	6 621
<i>Osobní náklady</i>	69 884
• Hrubá mzda	52 152
• Odvody	17 732
Celkem	121 080

Osobní náklady na jednoho sociálního pracovníka v Kč za jeden měsíc:

<i>Osobní náklady</i>	26 532
Hrubá mzda	19 800
Odvody	6 732

Osobní náklady na jednoho pracovníka v sociálních službách v Kč za jeden měsíc:

<i>Osobní náklady</i>	21 444
Hrubá mzda	15 884
Odvody	5 560

Osobní náklady na řídicí a administrativní pracovníky (vztaženo na jednoho sociálního pracovníka) v Kč za jeden měsíc:

<i>Osobní náklady</i>	5 824
Hrubá mzda	4 346
Odvody	1 478

Celková ekonomická rozvaha sítě sociálních služeb pro duševně nemocné - kraj Vysočina

typ služby	území	skutečné náklady 2010	minimální kapacita	optimální kapacita	rozdíl mezi minimální kapacitou a skutečností 2010	rozdíl mezi maximální kapacitou a skutečností 2010
sociální rehabilitace						
	Jihlava	1 358 282	4 076 917	8 213 540	2 718 635	6 855 258
	Pelhřimov	4 264 596	2 681 215	5 401 697	-1 583 381	1 137 101
	Havlíčkův Brod	5 057 344	3 525 982	7 103 602	-1 531 362	2 046 259
	Žďár nad Sázavou	2 082 959	4 407 477	8 879 503	2 324 518	6 796 544
	Třebíč	1 828 556	4 187 104	8 435 527	2 358 548	6 606 971
	SR - Kraj Vysočina	14 591 737	18 878 695	38 033 870	4 286 959	23 442 133
sociálně terapeutická dílna						0
	Jihlava	1 226 607	664 035	1 328 070	-562 572	101 463
	Pelhřimov	615 409	436 708	873 415	-178 702	258 006
	Havlíčkův Brod	881 456	574 300	1 148 601	-307 156	267 144
	Žďár nad Sázavou	0	717 876	1 435 751	717 876	1 435 751
	Třebíč	0	681 982	1 363 963	681 982	1 363 963
	STD - Kraj Vysočina	2 723 473	3 074 900	6 149 800	351 427	3 426 327
chráněné bydlení					0	0
	Jihlava	465 583	3 360 085	5 600 141	2 894 502	5 134 558
	Pelhřimov	324 467	2 209 785	3 682 976	1 885 318	3 358 508
	Havlíčkův Brod	308 907	2 906 019	4 843 365	2 597 112	4 534 458
	Žďár nad Sázavou	0	3 632 524	6 054 206	3 632 524	6 054 206
	Třebíč	0	3 450 898	5 751 496	3 450 898	5 751 496
	CHB - Kraj Vysočina	1 098 958	15 559 310	25 932 184	14 460 353	24 833 226
domov se zvláštním režimem		22 529 078	26 182 523	39 273 784	3 653 445	16 744 706
Sociální služby DN celkem	Kraj Vysočina	40 943 245	63 695 429	109 389 637	22 752 184	68 446 393

6 Cíle a opatření

Cíl 1. udržet a rozšířit kapacitu sociálních služeb alespoň na úroveň definovanou jako minimální

Opatření 1.1 *sociální rehabilitace* – zvýšit kapacitu služby v kraji Vysočina na úroveň definovanou jako minimální

zdroje: individuální projekt Kraje Vysočina

kdy: 2009 – 2010

kdo: Kraj Vysočina, Vor, Fokus Vysočina, OCH Žďár n. Sázavou, OCH Třebíč

kroky:

příprava individuálního projektu, zadání vhodných kritérií, výběr poskytovatelů

rozšíření kapacity dle modelu při zajištění kvality služeb

komentář: Jedná se o naprosto prioritní krok, dostatečné pokrytí kraje terénními službami je klíčové pro spolupráci sociálních a zdravotních služeb a je i podmínkou pro rozvoj dalších služeb typu chráněného bydlení a programů pracovní rehabilitace.

Opatření 1.2 *sociální rehabilitace* – zvýšení kapacity služby v alespoň některých okresech kraje Vysočina na úroveň definovanou jako optimální

zdroje: individuální projekt Kraje Vysočina, další finanční zdroje

kdy: 2009 - 2012

kdo: Kraj Vysočina, Vor, Fokus Vysočina, OCH Žďár n. Sázavou, OCH Třebíč

kroky:

příprava individuálního projektu, zadání vhodných kritérií, výběr poskytovatelů

rozšíření kapacity dle modelu při zajištění kvality služeb

komentář: Jedná se o rozšíření kapacity terénních služeb na optimální úroveň. Je možné, že tento krok se nepodaří uskutečnit najednou ve všech okresech kraje. Krátkodobě může optimální kapacita terénních služeb suplovat doplnění jiných typů služeb typu chráněného bydlení nebo programů pracovní rehabilitace, jejichž rozšíření si vyžádá další investiční náklady.

Opatření 1.3 *oblast bydlení* – naplánovat rozšíření kapacity směrem k minimální úrovni těchto služeb: Domov se zvláštním režimem
Chráněné bydlení/sociální rehabilitace pobytová forma

zdroje: -

kdy: 2009

kdo: Kraj Vysočina, Skupina pro rozvoj péče o duševně nemocné v kraji Vysočina

kroky:

specifikace projektu – regiony, formy služeb, potřeby pro rozšíření služeb

jednání s Krajem Vysočina o možných zdrojích pro budování nových kapacit

komentář: Na jaře 2009 byla oblast bydlení identifikována jako výrazně poddimenzovaná, rozvoj služeb tohoto typu si vyžádá investiční náklady. Je důležité přesněji specifikovat typy a kapacitu zařízení, jejichž provoz bude udržitelný.

Opatření 1.4 *oblast bydlení* - realizovat konkrétní projekt rozšiřující kapacitu chráněného bydlení v kraji Vysočina tak aby byla zajištěna úroveň definovaná jako minimální

kdy: 2010 – 2012

Opatření 1.5 *sociálně terapeutické dílny* - zvýšit kapacitu služby v kraji Vysočina alespoň na úroveň definovanou jako minimální

zdroje: individuální projekt Kraje Vysočina

kdy: 2010 – 2012

kdo: Kraj Vysočina, Vor, Fokus Vysočina, OCH Žďár n. Sázavou, OCH Třebíč

kroky:

příprava individuálního projektu, zadání vhodných kritérií, výběr poskytovatelů

rozšíření kapacity dle modelu při zajištění kvality služeb

komentář: rozšíření kapacity sociálně terapeutických dílen na území kraje by mělo předcházet navýšení kapacity terénních služeb sociální rehabilitace (opatření 1.1)

Cíl 2. zlepšit vzájemnou spolupráci a provázanost sociálních a zdravotních služeb v kraji Vysočina

Opatření 2.1 pravidelná setkání *Skupiny pro rozvoj péče o duševně nemocné v kraji Vysočina* v intervalu nejméně 1x za 3 měsíce s připraveným programem
zajistit informovanost ambulantních psychiatrů o změnách v síti služeb, o možnostech spolupráce – ideálně brožurka

zajistit informovanost VZP

pokusit se ji víc angažovat v práci skupiny

zdroje: zázemí poskytne Kraj Vysočina

kdy: 2009 – 2012

kdo: členové pracovní skupiny včetně zástupců Kraje Vysočina

kroky:

Opatření 2.2 nastavit vhodný systém předávání a informování pacientů mezi sociálními pobytovými službami, psychiatrickými léčebnami a ambulantními/terénními sociálními službami

zdroje: -

kdy: 2009

kdo: členové pracovní skupiny včetně zástupců Kraje Vysočina

kroky:

komentář: Toto opatření se začalo realizovat na jaře 2009. Je nastaven systém předávání informací a setkávání pracovníků terénních a ambulantních služeb s odborníky psychiatrických léčeben v Havlíčkově Brodě a Jihlavě.

Cíl 3. připomínkovat novely zákona o sociálních službách, strategické dokumenty týkající se rozvoje sociálních služeb na úrovni kraje a ČR

zdroje: -

kdy: 2010 - 2012

kdo: členové pracovní skupiny včetně zástupců Kraje Vysočina

kroky: zajistit podklady – počet uživatelů služeb, kteří jsou příjemci příspěvku na péči, konkrétní potíže uživatelů a poskytovatelů při aplikaci zákona o sociálních službách apod.

7 Přílohy

Síť služeb v kraji Vysočina

kompletní datové podklady týkající se sítě sociálních služeb pro duševně nemocné na Vysočině – kapacitní modely a grafy, porovnání stávající, minimální a optimální kapacity služeb, podrobné nákladové rozvahy pro jednotlivé typy služeb, ekonomický souhrn aj.

Spolupráce sociálních a zdravotních služeb

stručný text popisující možné varianty spolupráce sociálních a zdravotních služeb

Typy sociálních služeb pro duševně nemocné

stručný text charakterizující jednotlivé služby vymezené zákonem 108/2006 Sb. s ohledem na cílovou skupinu duševně nemocných

Přehled psychiatrických a psychologických pracovišť v kraji Vysočina

seznam ambulantních psychiatrů a psychologů v kraji včetně míst jejich působnosti

Komunitní péče o duševně nemocné Pěč

konceptní materiál, který je součástí novelizované *Koncepce psychiatrické péče*

Pracovní skupina duševní zdraví Pardubický kraj

výňatek z aktuálního *Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje*