



KRAJSKÝ PLÁN PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ PRO ÚSTECKÝ KRAJ

PŘÍLOHA Č. 1

SÍŤ SLUŽEB A REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ LIDÍ SE ZKUŠENOSTÍ S VÁŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM – SMI





PLÁN NA LÉTA 2020 - 2030

Strategický cíl 1:

ROZVOJ TÝMŮ/CDZ –

V každém okrese Ústeckého kraje funguje Centrum duševního zdraví / Tým duševního zdraví

Strategický cíl 2:

BYDLENÍ -

V každém okrese Ústeckého kraje je dostupné bydlení a týmy bydlení, které poskytují různou míru podpory

Strategický cíl 3: **ZAMĚSTNÁVÁNÍ /PŘÍPRAVA/STU DIUM –**

V každém regionu jsou dostupné různé formy zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním

Strategický cíl 4: **AKTUNÍ PÉČE/PODPORA V KRIZI –**

V Ústeckém kraji je rozvinutá kapacita akutní lůžkové péče, fungují krizová lůžka propojená na CDZ

Strategický cíl 5:

Transformace psychiatrické nemocnice Horní Beřkovic – v Ústeckém kraji jsou postupně snižovány kapacity následné lůžkové péče

Strategický cíl 6:

Transformace psychiatrické léčebny Petrohrad – v Ústeckém kraji jsou postupně snižovány kapacity následné lůžkové péče

Strategický cíl 7:

AMBULANTNÍ PÉČE –

Psychiatrické ambulance multidisciplinárně spolupracují s CDZ a Tým duševního zdraví, lékaři sdílejí své úvazky ve prospěch komunitní péče

Strategický cíl 8:

SELF PODPORA/ PODPORA PEČOVATELŮ –

V každém regionu funguje svépomocná skupina uživatelů a rodičovská skupina

Strategický cíl 9:

**Recovery
housing** jako nová služba, nebo transformace stávající služby na 8 místech Ústeckého kraje

Strategický cíl 10:

Ochranná léčba u pacientů SMI je řešena systémově a co nejvíce v komunitním prostředí

Strategický cíl 11:

Dlouhodobě duševně nemocní v DZR – postupná transformace a integrace do přirozeného života

Strategický cíl 12:

Multidisciplinární spolupráce



Lidé s vážným duševním onemocněním - Severe Mental Illness – SMI – „závažné duševní onemocnění“ je charakterizováno třemi znaky: délka kontaktu se službami duševního zdraví je delší než 2 roky, onemocnění trvá déle než 2 roky, nemoc způsobuje funkční postižení (obvykle se udává méně než 50 nebo 70 bodů na škále GAF14), bylo diagnostikováno onemocnění schizofrenního okruhu, bipolární poruchy (těžší forma afektivních poruch obecně), těžká forma poruchy osobnosti, případně těžká forma úzkostné poruchy, zvláště obsedantně kompulzivní (tzn. diagnostické okruhy F2, F3, eventuálně F42 a F6).

Vzhledem k dlouhodobému průběhu, vážnosti příznaků a tendenci ke vzniku funkčního postižení užívají lidé s potížemi typu SMI největší podíl ambulantní i hospitalizační psychiatrické péče. Potíže lidí s vážným duševním onemocněním, mohou způsobovat velkou zátěž pro blízké osoby a mnohdy dochází k rozpadu rodinných vazeb. Komplexní rozsah potřeb vyžaduje multidisciplinární přístup s důrazem na principy case managementu, rehabilitace a podpory zotavení a z hlediska systému mezirezortní spolupráci zdravotních – sociálních – školských služeb.

Specifickým průnikem se skupinou vážných duševních onemocnění, je oblast duálních diagnóz, čili kombinace závislosti a jiné duševní poruchy. Výskyt duálních diagnóz je velmi častý a vyžaduje integrovanou léčbu.

Vize budoucího systému (klíčová myšlenka):

Lidé s vážnými duševními onemocněními prožívají v mnohočetných životních oblastech sociální znevýhodnění a neuspokojené potřeby. Proto, aby mohli prožít život jako plnohodnotní občané, potřebují ve své komunitě přístup k vysoce kvalitní léčbě a péči. V porovnání se službami duševního zdraví primárně poskytovaných v nemocničních zařízeních, je integrovaná síť kvalitních duševních služeb zakotvených v komunitě spojována s lepšími výsledky pro lidi s duševním onemocněním (kvalitnější a přirozenější život, smysluplnější dodržování lékové terapie, nižší stigma, větší stabilita v bydlení, reálnější rehabilitace, dovednost získat práci a udržet si jí, celkové zotavení z vážného duševního onemocnění) a výsledky služeb poskytovaných na sociálně zdravotním pomezí přinášejí dostupnější přístup k léčbě místem i časem, včasné intervence v přirozeném prostředí, méně donucovacích metod a prostředků, nižší porušování lidských práv aj.. Ve většině situací týkajících se duševních nemocí, komplexní, komunitní přístup může pomoci lidem s mírnými a vážnými duševními nemocemi v jejich léčbě a zotavení a ve zlepšování kvality jejich života. Komunitní duševní zdraví představuje kombinaci self-care (péče o sebe samé) a vlastního řízení za pomoci neformální sítě skládající se z rodiny a těch nejbližších, podpory obecných komunitních zdrojů a služeb (zaměstnání, bydlení, volný čas a rekreace, zdraví) a terapie a podpory odborníků na duševní zdraví. (Trainor & Church, 1984). Reforma péče o duševní zdraví v ČR a Ústeckém kraji zaznamenává posun „paradigmatu“ v postoji a přístupu k lidem s duševními problémy. Lidé s duševním onemocněním nejsou vnímáni jako „objekty“ charity, zdravotnické léčby a sociální ochrany; ale jako „subjekty“, lidé, kteří jsou schopni ve svých životech uplatňovat svá práva a činit rozhodnutí založená na svobodném a informovaném souhlasu a stejně tak mají právo, být aktivními členy společnosti. Komunitní služby duševního zdraví fungují pro zdraví všech občanů v jejich spádové oblasti. Ne pouze pro ty, kteří jsou registrovaní jako klienti, ale také pro ty, kteří se klienty mohou stát, pro ty, kteří potřebují péči, ale je pro ně těžké si o ní říct, nebo se jakkoliv vyjádřit a pro ty, kteří nepotřebují specializovanou duševní péči,



ale čerpají z přítomnosti služeb duševního zdraví integrované do zdravotních i sociálních služeb, např. z podpory praktických lékařů a jiných profesí. Přístup k duševnímu zdraví uvnitř komunity neznamená pouze léčbu a péči těch, kteří onemocněli duševním onemocněním, ale také prevenci a podporu dobrého duševního stavu a práci s lidmi v riziku duševního onemocnění. Zároveň je nezbytné podnikat kroky k eliminaci diskriminace a snižování stigma. Péče o lidi, pro které je těžké se jakkoliv zapojit, je klíčovým bodem pro komunitní týmy duševního zdraví. Komunitní péče duševního zdraví funguje skrze multidisciplinární týmy v dobře vymezených regionech. V Ústeckém kraji je 7 spádových regionů / bývalých okresů/, v kterých bude systém postupně realizován. Systém bude obsahovat balanc care – vyváženou péči, jejíž součástí jsou a budou služby: Centra duševního zdraví / Krizová lůžka / Komunitní týmy dlouhodobé péče/ Týmy bydlení / Chráněná bydlení / Recovery housing / Terapeutické dílny / Poradenství / Sociálně aktivizační služby/Zaměstnávání / Svépomoc / Psychiatrické ambulance/ Akutní psychiatrická lůžka/. Součástí systému bude **Integrace duševní zdraví do primární péče**.

Mnoho preventivních intervencí (např. nástroje e-duševního zdraví) mohou být užívány v kontextu s domácím prostředím uživatele. Včasná identifikace duševních problémů (včetně vyšetření a diagnóz) může být vykonávána v primární péči praktickými lékaři ve spolupráci se specializovanými odborníky. Praktičtí lékaři jsou často „vrátnými“ pro specializovanou péči, neboť jsou v mnoha evropských zdravotních systémech prvními body vstupu ke zdravotním problémům (Bower & Gilbody, 2005). A proto mají praktičtí lékaři důležité role v odkazování pacientů na specializovanou službu duševního zdraví, poskytování integrované péče fyzického a duševního zdraví pro koexistující dg. (např. cukrovka a deprese) (Holt, De Groot, & Golden, 2014) a zároveň slouží jako propojení mezi specializovanou péčí, primární péčí a sociálními službami. Blízká spolupráce může mnoha pacientům, u kterých se ještě plně neprojevíly nebo nebyly rozpoznány vznikající duševní problémy, poskytnout včasnou intervenci. Blízká spolupráce mezi praktickými lékaři a komunitními týmy duševního zdraví v regionální síti může také navýšit dovednosti primární péče v léčbě duševních nemocí. Klíčovými elementy dobré spolupráce jsou společné cíle, jasné a nestranné rozhodování a otevřená a pravidelná komunikace. V kontextu s omezenými zdroji je ještě důležitější, aby služby duševního zdraví upřednostňovaly spolupráci s primární péčí a poskytovaly podporu praktickým lékařům a sociálním službám, kteří nemusí být v běžném a pravidelném kontaktu s uživateli (McDaid et al., 2007). Duševní péče poskytována v primární péči a stejně tak i všechny jiné úrovně léčby, by měly klást důraz na perspektivu uživatelů, přivlastnit si přístup společného rozhodování a podporovat osobní zotavování.

V rámci reformy zůstane v systému několik desítek lůžek následné péče v současných psychiatrických nemocnicích a léčebnách. V rámci rozvoje robustního systému komunitní péče, jejíž součástí bude i akutní a krizová péče, dojde v průběhu 10ti let ke snížení 2/3 lůžek následné péče. Zbýlá lůžka projdou transformací a budou využívána pro potřeby lidí s ochrannou léčbou, duální diagnózy a pro potřeby adiktologických pacientů.



Současný stav: / popis problému, potřeby lidí /

Současná síť služeb není prozatím rovnoměrně rozložena do všech regionů, stále jsou v kraji oblasti, kde jsou služby pro klienty dostupné velmi obtížně – časově (jsou např. pouze 1 x týdně), dojezdové vzdálenosti jsou velké a to klade vyšší nároky i na finance klientů. Přestože v každém regionu funguje Centrum nebo tým duševního zdraví, nejsou všechny týmy kapacitně dostatečně vybaveny, aby mohli saturovat potřeby všech klientů v regionu, také chybí zdravotní nebo sociální část těchto týmů.

Přestože v Ústeckém kraji jsou kapacity chráněných bydlení, opět nejsou rovnoměrně rozloženy do regionů – stále jsou regiony, kde úplně chybí. Rozdílná situace je i v možnostech dostupného bydlení – např. v regionech Ústecko, Děčínsko, Teplicko, Mostecko, Chomutovsko je klasické komerční bydlení dostupné i pro klienty a vzhledem k tomu, že se nejedná o lukrativní části kraje, je zde i více nabídek bytů.

Jako zásadní jsou také v kraji vnímány nedostatečné kapacity akutní lůžkové péče, které vedou k tomu, že klienti jsou ve velké míře směřováni a překládáni do psychiatrických nemocnic/léčeben v kraji, kde ztratí pravidelný, intenzivní kontakt se svým prostředím, rodinou (je to dáno umístěním nemocnice/léčebny mimo městské aglomerace).

Aktuální otázkou také zůstávají možnosti zaměstnávání – vzhledem k sociálnímu podnikání Fokusu Labe jsou velké kapacity zaměstnávání centrovány do Ústí nad Labem, v ostatních regionech je nutností více směřovat na otevřený trh práce.

V současné době je v PN Horní Beřkovice 72 pacientů se SMI z Ústeckého kraje – cenzus 9/2020

- z toho 23 klientů krátkodobě (z toho 1 ochranné léčby) z Ústeckého kraje
- z toho 49 klientů dlouhodobě (z toho 35 ochranné léčby) z Ústeckého kraje

V současné době je v PL Petrohrad 63 pacientů se SMI z Ústeckého kraje – cenzus 9/2020

- z toho 28 klientů krátkodobě (z toho 1 ochranné léčby) z Ústeckého kraje
- z toho 35 klientů dlouhodobě (z toho 6 ochranné léčby) z Ústeckého kraje

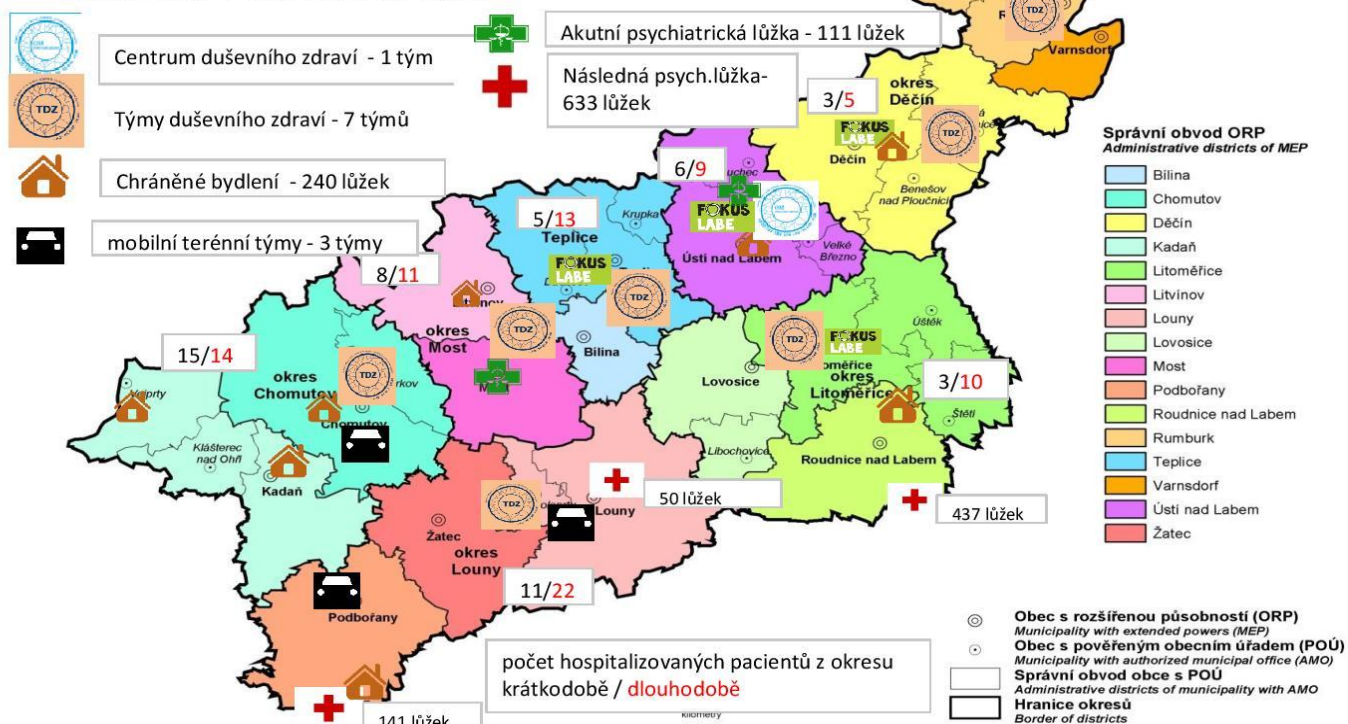
Celkem bylo v období 2017 – 2020 zasíťováno komunitními týmy 444 uživatelů – z toho 334 jich bylo INTEGROVÁNO zpět do komunity za intenzivní práce týmů duševního zdraví, chráněných bydlení Fokusu Labe, mobilních terénních týmů Psychiatrické nemocnice Petrohrad.



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče

ÚSTECKÝ KRAJ - VÝSTUPY MAPOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SMI

Administrativní členění kraje Administrative breakdown of the region



REFORMA PÉČE
O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ



STRATEGICKÉ CÍLE:

Strategický cíl 1: TÝMY/CDZ – V každém okrese Ústeckého kraje funguje Centrum duševního zdraví / Tým duševního zdraví /terénní mobilní tým

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 4.1 *Na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako stěžejní služby zajišťující potřebnou péči v komunitě.*

Opatření 4.1.2

Ke stávajícím 30 CDZ pro lidi se závažným duševním onemocněním a 3 týmům pro děti a pacienty / klienty s problematikou závislosti založit dalších 70 Center duševního zdraví rovnoměrně rozložených po celé ČR, upravit standard pro tuto službu tak, aby zajistil možnost poskytování péče všem dospělým lidem s duševním onemocněním a potřebou vysoce komplexní péče (mimo cílové skupiny uvedeny dále a v opatření 4.1.3) a rozvinout síť CDZ pro děti s duševním onemocněním či s rizikem jeho rozvoje a síť CDZ v oblasti problematiky závislosti.

Strategický cíl 2: BYDLENÍ - V každém okrese Ústeckého kraje je dostupné bydlení a týmy bydlení, které poskytují různou míru podpory

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 4.2 *Do roku 2030 realizovat další fázi 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 péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic.*

Opatření 4.2.2

Vybudovat dostatečnou síť sociálních služeb v přirozené komunitě pro lidi s duševním onemocněním dlouhodobě hospitalizované ve zdravotnických zařízeních následné lůžkové péče v psychiatrii včetně osob s potřebou vysoké míry podpory a s rizikem chování tak, aby vytvořené kapacity reagovaly na proces deinstitucionalizace.

SPECIFICKÝ CÍL 5.2 *Zapojit kraje a obce do tvorby a realizace efektivní sítě péče o duševní zdraví.*

Opatření 5.2.3

Vytvořit systém bydlení pro duševně nemocné ve standardní civilní zástavbě. Využít modely sociálního bydlení, housing first, spolupráce s obcemi, realitními makléři aj. Propojit systém na službu terénních komunitních týmů, které realizují podporu a rozvoj kompetencí u člověka s duševním onemocněním.



Strategický cíl 3: ZAMĚSTNÁVÁNÍ/PŘÍPRAVA/STUDIUM – V každém regionu jsou dostupné různé formy zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 2.1 *Zvýšit podíl financí plynoucích do oblasti péče o duševní zdraví s cílem rozvoje komunitního systému péče a prevence chudoby lidí s duševním onemocněním.*

Opatření 2.1.4

Navrhnout a implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním využitím nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Zpracovat komplexní analýzu zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce. Pokud to bude v souladu s výsledkem analýzy, pak legislativně a metodicky zakotvit metody IPS (Individual placement and support) a zpracovat metodické postupy, které sjednotí existující přístupy a procesy. Podpořit rozvoj sociálního podnikání při zachování pracovní příležitosti na chráněném pracovním trhu.

Strategický cíl 4: AKUTNÍ PÉČE/PODPORA V KRIZI – V Ústeckém kraji je rozvinutá kapacita akutní lůžkové péče, fungují krizová lůžka propojená na CDZ – tento cíl bude ještě rozvinut na dalším jednání Řídícího výboru ÚK

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 4.2 *Do roku 2030 realizovat další fázi 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 péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic.*

Opatření 4.2.1

Zajistit efektivní využití stávající sítě akutních psychiatrických lůžek a další rozvoj jejich kapacit ve všeobecných nemocnicích a u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie k cílovému stavu cca 2800 lůžek pro všechny cílové skupiny (včetně dětské populace) rovnoměrně regionálně rozložených a jejich funkční propojení s multidisciplinárními týmy. Na základě vyhodnocení pilotního projektu zajistit financování akutní psychiatrické péče a nastavit udržitelné financování se sledováním markerů kvality poskytované péče.

SPECIFICKÝ CÍL 4.3 *Realizovat rozvoj dalších potřebných komunitních služeb podporujících deinstitucionalizaci.*

Opatření 4.3.1

Posílit krizová centra a služby, zejména na pomoc obětem násilí, traumatu a prevence sebevražd. Zřídit specializovaná centra zaměřená na děti s komplexním traumatem.



Strategický cíl 5: TRANSFORMACE PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE HORNÍ BEŘKOVICE – v Ústeckém kraji jsou postupně snižovány kapacity následné lůžkové péče – do roku 2025 nejsou v psychiatrických nemocnicích / léčebnách dlouhodobě hospitalizovaní pacienti se SMI.

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 4.2 Do roku 2030 realizovat další fázi 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 péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Opatření 4.2.1

Zajistit efektivní využití stávající sítě akutních psychiatrických lůžek a další rozvoj jejich kapacit ve všeobecných nemocnicích a u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie k cílovému stavu cca 2800 lůžek pro všechny cílové skupiny (včetně dětské populace) rovnoměrně regionálně rozložených a jejich funkční propojení s multidisciplinárními týmy. Na základě vyhodnocení pilotního projektu zajistit financování akutní psychiatrické péče a nastavit udržitelné financování se sledováním markerů kvality poskytované péče.

Opatření 4.2.3

V návaznosti na opatření 4.2.2 snížit počet lůžek následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie o 2 / 3 oproti stávajícímu stavu 8490 lůžek (ke dni 31. 8. 2018).

Strategický cíl 6: TRANSFORMACE PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY PETROHRAD – v Ústeckém kraji jsou postupně snižovány kapacity následné lůžkové péče – do roku 2025 nejsou v psychiatrických nemocnicích / léčebnách dlouhodobě hospitalizovaní pacienti se SMI.

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 4.2 Do roku 2030 realizovat další fázi 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 péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Opatření 4.2.3

V návaznosti na opatření 4.2.2 snížit počet lůžek následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie o 2 / 3 oproti stávajícímu stavu 8490 lůžek (ke dni 31. 8. 2018).



Strategický cíl 7: AMBULANTNÍ PÉČE – Psychiatrické ambulance multidisciplinárně spolupracují s CDZ, týmy duševního zdraví a mobilními terénními týmy, lékaři sdílejí své úvazky ve prospěch komunitní péče

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 4.2 Do roku 2030 realizovat další fázi 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 péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Opatření 4.2.4

Zajistit rozvoj ambulaní s rozšířenou péčí (ARP) s regionálně potřebnou specializací, založený na základě evaluace pilotního projektu 6 ambulaní s rozšířenou péčí. V rámci plánovaných 200 ARP zřídit 20 adiktologických krajských ambulaní pro dospělé pacienty / klienty jako formu specializovaných ARP. Pilotovat služby konziliární psychiatrické péče. Rozvoj psychiatrických ambulaní pro děti a dorost.

Strategický cíl 8: SELF PODPORA/PODPORA PEČOVATELŮ – V každém regionu funguje svépomocná skupina uživatelů a rodičovská skupina

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 4.4 Zavést systém pro zapojování pacientů / klientů a rodinných příslušníků, který umožňuje a podporuje rozvoj přirozených zdrojů pacientů / klientů k jejich zotavení, včetně podpory peer konzultantů a svépomocných skupin do péče o duševní zdraví.

Opatření 4.4.1

Zajistit rozvoj a financování uživatelských a rodičovských organizací.

Strategický cíl 9: RECOVERY HAUSING – rozvoj na 7 místech Ústeckého kraje

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 5.2 Zapojit kraje a obce do tvorby a realizace efektivní sítě péče o duševní zdraví.

Opatření 5.2.3

Vytvořit systém bydlení pro duševně nemocné ve standardní civilní zástavbě. Využít modely sociálního bydlení, housing first, spolupráce s obcemi, realitními makléři aj. Propojit systém na službu terénních komunitních týmů, které realizují podporu a rozvoj kompetencí u člověka s duševním onemocněním.



Strategický cíl 10: Ochranná léčba u pacientů SMI – vzhledem k chybějící národní koncepci ochranných léčeb, nelze tento cíl podrobně rozpracovat

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 5.1 Systémově (mezirezortně) vyřešit problematiku ochranného léčení (ústavní, ambulantní, komunitní).

Opatření 5.1.1

Vytvořit koncepci následné lůžkové péče, ambulantní a komunitní péče pro pacienty / klienty s potřebou ochranné léčby, včetně implementačního plánu.

Opatření 5.1.2

Analyzovat konkrétní zákony a prováděcí předpisy upravující nařízení, výkon, ukončení a přeměnu ochranného léčení a předpisy související včetně norem upravujících sběr dat a údajů o této skupině nemocných s cílem zajištění komplexního a efektivního řešení problematiky ochranného léčení jak v oblasti zdravotnické, tak i v zařízeních vězeňské služby a v Ústavech výkonu zabezpečovací detence. Na základě provedené mezirezortní analýzy pak novelizovat zákony a podzákoné normy.

Opatření 5.1.3

Rozvoj lůžkové, komunitní a ambulantní péče o pacienty / klienty se soudně nařízenou ochrannou léčbou (na základě schválené koncepce).

Strategický cíl 11: Dlouhodobě duševně nemocní v DZR – postupná transformace a integrace do přirozeného života

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 4.2 Do roku 2030 realizovat další fázi 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 péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Opatření 4.2.5

Provést mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP, včetně jejich potřeb a kompetencí a zpracovaného individuálního plánu podpory.

Strategický cíl 12: Rozvoj MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE na všech úrovních systému

Návaznost na Národní akční plán duševního zdraví pro období 2020 – 2030

SPECIFICKÝ CÍL 5.2 Zapojit kraje a obce do tvorby a realizace efektivní sítě péče o duševní zdraví.

Opatření 5.2.1

Na úrovni obcí zavést mechanismus funkčního case managementu (koordinace péče) a multidisciplinární spolupráce.



Popis problému	Strategický cíl – řešení	Opatření – kroky	Kdo/součinnost	Termín	Náklady Tis provozní	Náklady Investiční	Indikátory Služba/klienti
Spádovou oblastí Center / týmů duševního zdraví / terénních mobilních týmů je region o 100 tis. obyvatelích – v Ústeckém kraji toto odpovídá regionům, které kopírují bývalé okresy. Rovnoměrné rozmístění CDZ je nezbytné pro systémové řešení péče o duševní zdraví, zajišťuje dostupnost služby v každém místě Ústeckého kraje a s ohledem na dojezdové vzdálenosti CDZ (max. 30 minut)umožňuje kontinuitu péče i v případě nutné velmi intenzivní podpory	Strategický cíl 1: V každém okrese Ústeckého kraje funguje Centrum duševního zdraví / Tým duševního zdraví / terénní mobilní tým	Opatření 1.1. CDZ Ústí nad Labem – vstup do pilotního projektu CDZ III. – rozvoj zdravotní složky CDZ (v roce 2020 CDZ s minimálním personálním standardem)	Fokus Labe / akutní oddělení Masarykovy nemocnice UL	2020	21.600.000,- (60% zdravotní část – ZP)		1 CDZ/250 klientů
		Opatření 1.2 CDZ Chomutov – rozvoj Týmu duševního zdraví – postupné navýšení úvazků SP na 9 ú + ZS na 5 ú (v roce 2022 CDZ s minimálním personálním standardem)	Fokus Labe	2019 - 2025	12.255.000,-		1 CDZ/250 klientů
		Opatření 1.3 CDZ Litoměřice – rozvoj Týmu duševního zdraví – postupné navýšení úvazků SP na 9 ú + ZS na 5 ú (v roce 2022 CDZ s minimálním personálním standardem)	Fokus Labe	2019 - 2025	12.255.000,-		1 CDZ/250 klientů
		Opatření 1.4 CDZ Lounsko – Žatecko – postupné navýšení úvazků SP na 5 ú + ZS na 5ú a propojení na zdravotnické služby v místě dostupné (v roce 2022 CDZ s minimálním personálním standardem)	Petrohrad PL	2019 - 2025	8.206.000,-		1 CDZ / 200 klientů



		Opatření 1.5 CDZ Mostecko – postupné navýšení úvazků SP na 5 ú + ZS na 3ú a propojení na akutní lůžkové oddělení v Mostě	Fokus Labe/akutní odd. MO	2019 - 2025	6.500.000,-		1 TDZ / 125 klientů
		Opatření 1.6 CDZ Teplicko – postupné navýšení úvazků SP na 5 ú + ZS na 3ú	Fokus Labe	2019 - 2025	6.500.000,-		1 TDZ / 125 klientů
		Opatření 1.7 CDZ Děčínsko – postupné navýšení úvazků SP na 5 ú + ZS na 3ú	Fokus Labe	2019 - 2025	6.500.000,-		1 TDZ / 125 klientů
		Opatření 1.8 CDZ Šluknovsko – postupné navýšení úvazků SP na 4 ú + ZS na 2 – 3 ú	Agentura Pondělí	2019 - 2025	5.700.000,-		1 TDZ / 105 klientů
Dostupné bydlení je jednou ze základních potřeb každého člověka a nezbytnou podmínkou při přechodu klienta z lůžkové péče zpět do komunity. Pro plynulý, bezpečný přechod klientů do komunity je nezbytný vybudovaný systém s dostatečnými kapacitami bydlení s různou mírou podpory dle potřeb každého jednotlivého klienta. Cílem není budovat další a další kapacit chráněného bydlení, či bydlení ústavního, ale budovat kapacity bydlení, které je	Strategický cíl 2: V každém okrese Ústeckého kraje je dostupné bydlení a týmy bydlení , které poskytují různou míru podpory	Opatření 2.1 Zajištění prostupnosti kapacit stávajících služeb chráněného bydlení v ÚK a propojení služeb chráněného bydlení s CDZ / TDZ / TMT v daném regionu	Reg. Konzultant + týmy CDZ a bydlení		0,-	0,-	Klienti SMI do chráněného bydlení vstupují přes CDZ
		Opatření 2.2 Vznik nových kapacit chráněného bydlení v regionu Chomutov – 11 lůžek – Recovery housing viz opatření 8.1	Fokus Labe	2020	6.500.000,-	15 000 000,- splněno	Vznik 11 nových lůžek
		Opatření 2.3 Vznik nových kapacit v regionu Šluknovský výběžek – 7 lůžek	Agentura Pondělí	2020 - 2025			7 lůžek bydlení



podpořeno službami v oblasti bydlení, které jsou schopny pružně reagovat na individuální potřeby každého člověka.		Opatření 2.4 Vznik nových kapacit chráněného bydlení v regionu Teplice – 12 lůžek	Sociální a zdravotní služby Teplice	2025		10 mil	12 lůžek chráněného bydlení
		Opatření 2.5 V rámci sociální rehabilitace vyčlenění kapacit pro týmy bydlení, celkem cca 35 úvazků na 7 okresů			780.000,- / úvazek		35 úvazků cca 350 klientů
		Opatření 2.6 Ve spolupráci s obcemi a vlastníky bytových fondů zajistit v každém regionu možnost dostupného bydlení pro klienty s duš. onemocněním	CDZ + obce	2020 - 2030	0,-		14 bytů á rok 140 bytů á 10 let
	Strategický cíl 3: V každém regionu jsou dostupné různé formy zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním	Opatření 3.1 Zajištění prostupnosti kapacit stávajících služeb v oblasti zaměstnávání v ÚK, rozvoj kompetencí jejich pracovníků pro práci s lidmi s duševním onemocněním, propojení s CDZ / TDZ / TMT v daném regionu	Úřad práce, Fokus Labe, Sociální ag. Ag.8 den, regionální konzultant	2020 - 2025	0,-	0,-	Každé CDZ/TDZ spolupracuje min. s 1 službou zaměřeno u na zaměstnávání
		Opatření 3.2 Využívání nástrojů zaměstnávání Úřadu práce – pracovní rehabilitace, zprostředkování zaměstnání prostřednictvím rozvoje kompetencí pracovníků ÚP (vzdělávací semináře facilitovaná setkání), nastavení	Úřad práce, Fokus Labe, Sociální ag. Ag. Osmý den, Edost, regionální konzultant	2020 - 2025	0,-	0,-	10 setkání



		multidisciplinární spolupráce s CDZ / TDZ					
		Opatření 3.3 Rozvoj dovedností v oblasti IPS u vybraných pracovníků každého CDZ/TDZ	CDZ / TDZ	2020 - 2023	10.000,- / pracovníka	0,-	V každém CDZ/TDZ je vzdělaný pracovník pro IPS
		Opatření 3.4 Rozvíjení sociálního podnikání – nyní 11 sociálních podniků v kraji	Různé subjekty	2020 – 2030			500 míst v sociálním podnikání
				2019 – 2020			20 nových prac. míst
Dle standardů akutní psychiatrické péče je na 100tisíc obyvatel plánováno 40 lůžek akutní péče, což v Ústeckém kraji čítá 320 lůžek. S rozvinutým systémem Center duševního zdraví pracujeme s předpokladem, že budování nových kapacit akutní lůžkové péče, budeme moci odvíjet od plánování minimálních kapacit cca 20ti lůžek na 100 tis obyvatel.	Strategický cíl 4: V Ústeckém kraji je rozvinutá kapacita akutní lůžkové péče (196 lůžek), fungují krizová lůžka propojená na CDZ, včetně denních stacionářů při akutní lůžkové péči, či CDZ – v současné době se řídící skupina při KÚ akutní a krizové péči věnuje jako solo tématu – cíle a opatření budou součástí přílohy č. 4 Komunitního plánu péče o duševní zdraví v ÚK	Opatření 4.1 Na úrovni kraje učinit strategické rozhodnutí, kde budou umístěna akutní lůžková psychiatrická péče, včetně péče alternativní	Řídící výbor, KÚÚK, ZP	2020 - 2022	0,-	0,-	Plán rozmístění akutních lůžek v kraji
		Opatření 4.2 Personální stabilizace Akutního lůžkového psychiatrického oddělení Ústí nad Labem – 58 lůžek ----- Rekonstrukce I. etapa Akutní lůžkové psychiatrické oddělení / prostory a zahrada/ -----	Krajská zdravotní, a.s.- Masarykov a nemocnice v Ústí n/L, o.z	----- 2021 ----- 2025	Hrazeno ze zdravotního pojištění	----- 35 mil ----- 100 mil	58 lůžek akutní péče



		Rekonstrukce II. etapa Akutního lůžkového psychiatrického oddělení Ústí nad Labem a vznik Denního stacionáře					
		Opatření 4.3 Personální stabilizace Akutního lůžkového psychiatrického oddělení Most – 28 lůžek	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Litoměřice, o.z	2021	Hrazeno ze zdravotního pojištění		28 lůžek akutní péče
		Opatření 4.4 Rozvoj denních stacionářů pro SMI Ústí nad Labem na další 3 místa v Ústeckém kraji	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o.z Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Most, o.z		Hrazeno ze zdravotního pojištění		
		Opatření 4.5 Rozvoj akutní lůžkové péče v PN Horní Beřkovice na přechodné transformační období 10ti let	PN Horní Beřkovice	2020 – 25 lůžek 2022 – 15 lůžek	Hrazeno ze zdravotního pojištění		40 lůžek akutní péče
		Opatření 4.5 Vznik akutní lůžkové péče v Roudnici n/Labem či Litoměřicích	místní nemocnice	20 – 25 lůžek	Hrazeno ze zdravotního pojištění		20-25 lůžek



							akutní péče
		Opatření 4.6 Vznik akutní lůžkové péče na Lounsku/Žatecku/Chomutovsku		20 – 25 lůžek	Hrazeno ze zdravotního pojištění		20-25 lůžek akutní péče
		Opatření 4.7 Krizová lůžka – 14 lůžek v ÚK	Spirála Fokus Labe a další	2020 - 2025			14 krizových lůžek
Přesun služeb péče o duševní zdraví směrem ke službám v komunitě, zajištění dostupné podpory a péče v přirozeném prostředí klientů, vybudování sítě komunitních služeb, sníží poptávku po lůžkách následné péče a směřuje k jejich redukci.	Strategický cíl 5: Transformace psychiatrické nemocnice Horní Beřkovic - v Ústeckém kraji je postupně snižována kapacita následné lůžkové péče a změněna struktura poskytované péče v PN HB. V roce 2030 je v PN HB 170 - 240 lůžek, která jsou rozdělena na lůžka: 40 lůžek všeobecné akutní péče 138 lůžek specializovaných pro oblast ochranných léčeb, včetně sexuologické ochranné léčby 58 lůžek specializovaných na adiktologické programy	Opatření 5.1 Snižování kapacit následné lůžkové péče v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovic - do roku 2023 - 2025 nejsou v psychiatrických nemocnicích / léčebnách dlouhodobě hospitalizovaní pacienti se SMI (vyjma pacientů s ochrannou léčbou)	PN Horní Beřkovic	2019 – 2020 2021 - 2022 2022 - 2025 2025 - 2028 2028 - 2030	Financování přechodových období dle transformačního plánu	0,-	Snížení o 80 lůžek /stav 420 lůžek / Snížení o..... /stav 350 lůžek/ Snížené o..... /stav 270/ Snížené o..... /stav 240/



			<i>Opatření 5.1.1</i> Všichni pacienti se SMI hospitalizovaní v PN HB jsou nakontaktováni na Centra / týmy duševního zdraví – během pravidelných konzilií v PN HB (1 x týdně)	Fokus Labe – týmy duševního zdraví		0,-	0,-	Všichni pacienti se SMI dle cenů jsou v kontaktu s komunitními týmy
			<i>Opatření 5.1.2</i> Se všemi pacienty je vytvořen plán zotavení, který zahrnuje přechod z nemocnice do komunity – multidisciplinarita II. úroveň	Pacient PN HB Fokus Labe	2020 - 2021	0,-	0,-	Plány zotavení (osobní plány) u všech hospitalizovaných
			<i>Opatření 5.1.3</i> Pacienti nejsou překládáni z akutních lůžek na lůžka následná – překlady jsou ve výjimečných případech v souladu se zotavovacím plánem klienta vytvořeném v triádě – klient, tým PNHB a komunitní tým – multidisciplinarita II. úroveň	Pacient PN HB Fokus Labe	2021 - 2022	0,-	0,-	
			<i>Opatření 5.1.4</i> Kapacity chráněných bydlení / recovery house umožní posun	Fokus Labe	2021 - 2023	0,-	0,-	45 klientů z hospitalizace



		15 klientů z hospitalizace do služby CHB ročně					odchází do CHB
		Opatření 5.2 Integrace pacientů z oddělení pro lidi s mentálním postižením s komplexními potřebami PN HB do sítě služeb pro mentálně postižené v ÚK, snížení kapacity oddělení 4A, kapacity specializované pouze pro akutní hospitalizace	PN HB CSP Litoměřice další poskytovatelé	2020-2023	Součást provozního rozpočtu organizace	0,-	pacienti s mentálním postižením
		<i>Opatření 5.2.1</i> Rozvoj spolupráce s Centrem sociální pomoci Litoměřice – integrace pacientů s ment. postižením do služeb - příklady dobré praxe pro ostatní poskytovatele	PN HB CSP Litoměřice	2020 - 2023	Součást provozního rozpočtu organizace	0,-	
		<i>Opatření 5.2.2</i> Vzájemné stáže, praxe, předávání zkušeností personálu z oddělení 4A	PN HB CSP Litoměřice	2021 - 2023	Součást provozního rozpočtu organizace	0,-	
		<i>Opatření 5.2.3</i> Přechod části specializovaného personálu z odd. 4A do sítě služeb pro osoby s mentál.post.	PN HB + komunitní služby	2021 - 2023	0,-	0,-	
		<i>Opatření 5.2.4</i> Na základě příkladů dobré praxe podporovat ostatní poskytovatele soc. služeb – rozvíjení kompetencí pro práci	KÚÚK RK	2021 - 2023	0,-	0,-	



		s klienty s komplexními potřebami (jejich přechod z PN HB) – propojení na strategický cíl č.11.					
		Opatření 5.3 Od roku 2026 nejsou v PN HB dlouhodobě hospitalizováni senioři s duševním onemocněním	PN HB		0,-	0,-	
		Opatření 5.3.1 Postupná redukce následných gerontopsychiatrických lůžek	PN HB	2020 - 2026	Financování přechodových období dle transformačního plánu	0,-	2020 – 29 lůžek uzavřeno
		Opatření 5.3.2 Od roku 2021 PN HB nerealizuje nové dlouhodobé hospitalizace seniorů	PN HB	2021 - 2022	0,-	0,	
		Opatření 5.3.3 Všichni hospitalizovaní senioři s duš. onemocněním jsou nakontaktováni na agentury domácí péče, které zajistí koordinační roli při jejich návratu do komunity, komunitních služeb	PN HB Agentury domácí péče	2021	0,-	0,-	
	Strategický cíl 6: Transformace psychiatrické léčebny Petrohrad - v Ústeckém kraji je postupně snižována kapacita následné lůžkové péče.	Opatření 6.1 Snižování kapacit následné lůžkové péče v Psychiatrické léčebně Petrohrad – do roku 2023 - 2025 nejsou v psychiatrických nemocnicích	PL Petrohrad	2019 – 2020	Financování přechodových období dle transformačního plánu	0,-	Snížení o 9 lůžek /stav 141 lůžek /



	V roce 2030 je v PL Petrohrad 110 lůžek - Doplnění dle transformačního plánu PL Petrohrad - Snížení kapacity následných lůžek na 1/3 a jejich specifikace - lůžka specializovaná na adiktologické programy - ochranné léčby - duální diagnózy - rozvoj stávajících služeb v komunitě – ambulance s rozšířenou péčí, mobilní terénní týmy	/ léčebných dlouhodobě hospitalizovaní pacienti se SMI		2021 - 2022			Snížení o 6 lůžek /stav lůžek 135/
				2022 - 2025			Snížení o..... /stav /
				2025 - 2028			Stav lůžek 110
		<i>Opatření 6.1.1</i> Všichni pacienti se SMI hospitalizovaní v PLP jsou nakontaktováni na komunitní týmy	PL P Komunitní týmy	2020 – 2021	0,-	0,-	
		<i>Opatření 6.1.2</i> Se všemi pacienty je vytvořen plán zotavení, který zahrnuje přechod z léčebny do komunity – multidisciplinarita II. úroveň	PL P Komunitní týmy	2020 - 2021	0,-	0,-	Každý pacient má vytvořený plán zot.
Ambulantní psychiatrii jsou nedílnou součástí systému péče o duševní zdraví, v současné době však často stojí stranou, nejsou	Strategický cíl 7: Psychiatrické ambulance multidisciplinárně spolupracují s CDZ, Týmy duševního zdraví a terénními mobilními týmy, lékaři sdílejí své	Opatření 7.1 Spolupráce s CDZ a multidisciplinárními týmy je běžnou praxí – CDZ a týmy tuto spolupráci aktivně podněcují	CDZ, ambulantní psychiatrii, akutní péče	2021 - 2022	0,-	0,-	



plně integrování do systému péče o duševní zdraví	úvazky ve spolupráci s komunitní péčí v práci s CDZ a MD týmy. Je realizována motivace ambulantních psychiatrů pro spolupráci s lůžkovými akutními odděleními či krizovými službami.	Opatření 7.2 Sdílení úvazků ve prospěch systému péče o duševní zdraví	Ambulantní psychiatri		Zdravotní pojišťovny		Ambulantní psychiatri pracují v kom.službách
Obhajoba zájmů a práv lidí s duševním onemocněním, zapojování zástupců uživatelů, rodinných příslušníků do plánovacích procesů a systémových změn v péči o duševní zdraví a hodnocení kvality služeb a péče je naprosto nezbytné a klíčové. Proto je nutný rozvoj jak jejich kapacit (rozšiřování členských základů, zapojení co nejširšího množství uživatelů), tak jejich dovedností a kompetencí	Strategický cíl 8: V každém regionu funguje svépomocná skupina uživatelů a rodičovská skupina	Opatření 8.1 Ustanovení pozice peer konzultanta a peer rodiče jako nedílné součásti týmů	Fokus Labe PL Petrohrad PN HB	2021-2022	780.000,- / úvazek peer konzultanta (PSS)		
		Opatření 8.2 Rozvoj a podpora svépomocných aktivit v každém regionu ÚK	Self Help, Fokus Labe, Kolumbus	2021 - 2025	200.000,- / ročně / svépomocné sdružení		30 – 40 uživatelů ve svépomocných aktivitách
		Opatření 8.3 Rozvoj a podpora rodičovských skupin v každém regionu ÚK	Fokus Labe	2021 - 2025			Rodičovské skupiny v každém regionu
		Opatření 8.4 Je nastaveno hodnocení kvality služeb peer konzultanty (uživatelé, rodiči), které přináší i pohled na lidskoprávní stránku služeb	KÚÚK	2021 - 2023			
Strukturování volného času, aktivní využívání volného času je součástí zotavovacího procesu. Cílem ovšem není vytvářet specializované volnočasové	Strategický cíl 9: Rozvoj či transformace služeb na služby Recovery hausingu, služby na pomezí sociálně zdravotního spektra služeb –	Opatření 9.1 Recovery hausing Chomutov – rozvoj pilotního projektu nové služby	Fokus Labe	2020	6,5 mil / ročně	splněno	11 míst/ 22 klientů á rok
		Opatření 9.2 Recovery hausing Ústí nad Labem transformace stávající služby	Fokus Labe	2021 - 2023	6,5 mil / ročně		10 - 11 míst/ 22



aktivity, ale zapojování do aktivit běžně dostupných v komunitě.	možno i transformací stávajících kapacit chráněného bydlení						klientů a rok
		Opatření 9.3 Recovery hausing Litoměřice	Hledá se realizátor	2022 - 2030	Bude vyjednáno s potenciálními realizátory		
		Opatření 9.4 Recovery hausing Lounsko Žatecko		2022 - 2030			
		Opatření 9.5 Recovery hausing Mostecko		2022 - 2030			
		Opatření 9.6 Recovery hausing Teplicko		2022 - 2030			
		Opatření 9.7 Recovery hausing Šluknov - Děčín		2022 - 2030			
	Strategický cíl 10: Ochranná léčba u pacientů SMI je řešena systémově a co nejvíce v komunitním prostředí - potřeba propojit na koncepci státu k ochranným léčbám	Opatření 10.1 Ustavení pracovní skupiny ----- Opatření 10.2 Rozvoj absorpční kapacity služeb poskytovat intervence i lidem s OL. ----- Opatření 10.3 Postupná integrace pacientů se SMI s OL do komunitní formy služeb ----- Opatření 10.4 Transformace lůžkových kapacit v psychiatrických nemocnicích ve prospěch cílové skupiny SMI s OL – celkem 30 lůžek -----	Vyjednává se realizátor		Financování bude komunikováno s realizátory		



		Opatření 10.5 Vytvoření systému práce s novými OL u SMI ----- Opatření 10.6. Specializovaná podpora u lidí SMI + duální dg.s OL – uvažování o službě forenzního týmu					
V současné době jsou v některých DZR umístění klienti se SMI, kteří by s adekvátní podporou mohli přejít do podpory komunitních služeb a žít v přirozeném prostředí. Uvolněné kapacity DZR a rozvoj kompetencí jejich pracovníků, postupná transformace zařízení, hlavně přístupů by umožnila přechod pacientů s komplexními potřebami z psychiatrických nemocnic / léčeben.	Strategický cíl 11: Lidé s dlouhodobým duševním onemocněním v DZR – postupná transformace a integrace do přirozeného života	Opatření 11.1 Zahájení spolupráce, vytipování prvních míst	DZR Vejprty + Tým změny	2020 - 2022	Financování je součástí transformačního projektu – Cesta změny	0,-	Zapojení DZR Vejprty
		Opatření 11.2 Založení pracovní skupiny, mapování potřeb, individuální plány zotavení	DZR Vejprty	2020 - 2022		0,-	Vznik Týmu změny + externí odborníci
		Opatření 11.3 Postupná integrace klientů s duševním onemocněním do přirozeného života	+ Tým změny	2020 - 2025		0,-	25 klientů se SMI integrováno
		Opatření 11.4 Vzdělávání pracovníků DZR v přístupech ke klientům se SMI a jejich zotavení	DZR Vejprty	2020 - 2022		0,-	
Komplexní rozsah potřeb klientů se SMI vyžaduje multidisciplinární přístup s důrazem na principy case managementu, rehabilitace a	Strategický cíl 12: Rozvoj multidisciplinární spolupráce na všech úrovních	Opatření 12.1 Realizace MT na I. úrovni týmů – zapojení 20ti týmů v ÚK (SMI, senioři, adiktologický tým, děti – týmy komunitní i nemocniční)	Metodik multidisciplinarity	2021 - 2022	Realizace v rámci	0,-	



podpory zotavení a z hlediska systému mezirezortní spolupráci zdravotních – sociálních – školských služeb. Multidisciplinární přístup a spolupráce je nezbytná pro zajištění kontinuální a na všechny potřeby reagující podpory klientům se SMI.	Opatření 12.2 Spolupráce na úrovni virtuálních týmů v celém systému Ústeckého kraje – II. úroveň - spolupráce 20ti týmů	Metodik multidisciplinarity	2021 - 2022	projektu Zavádění multidisciplinárního přístupu	0,-	
	Opatření 12.3 Realizace MT na třetí úrovni	Metodik multidisciplinarity	2021 - 2022		0,-	
	Opatření 12.4 Integrace duševního zdraví do primární péče – prostřednictvím praktických lékařů	Metodik multidisciplinarity	2021 - 2022		0,-	
	Opatření 12.5 Zapojení psychiatrických ambulancí na MT spolupráce – viz. strategický cíl č.7	Metodik multidisciplinarity	2021 - 2022		0,-	