

**Zhodnocení trhu sociálně zdravotní péče v oblasti neurologických
a duševních onemocnění v ČR se zaměřením na Moravskoslezský kraj**

Souhrnná výzkumná zpráva

Autor: Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.

Datum zpracování: květen 2022

Obsah

1	ÚVOD	3
2	METODOLOGIE ŘEŠENÍ	4
2.1	DATA, ROZHODNÉ OBDOBÍ, VYBRANÉ POJMY	4
2.2	METODY	5
3	TEORETICKÉ POJETÍ KOGNITIVNÍ REHABILITACE	7
3.1	REHABILITACE, DRUHY REHABILITACE	7
3.2	KOGNITIVNÍ REHABILITACE	8
3.3	REŠERŠE ODBORNÝCH ČLÁNKŮ K PROBLEMATICE KOGNITIVNÍ REHABILITACE	11
3.4	LEGISLATIVNÍ SOUVISLOSTI	12
3.5	STRATEGICKÉ DOKUMENTY PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	13
4	ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATELSTVA A VYBRANÍ POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE	15
4.1	POČET A STRUKTURA OBYVATELSTVA MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE	15
4.2	NADĚJE DOŽITÍ A ÚMRTNOST	17
4.3	HOSPITALIZACE: VYBRANÉ NEMOCI	19
4.4	PACIENTI S DUŠEVNÍMI PROBLÉMY	21
4.5	VYBRANÁ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ V KRAJSKÉM SROVNÁNÍ	25
4.6	ZÁKLADNÍ ORGANIZAČNÍ FORMY A DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVANÉ OSOBÁM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	29
4.7	DOSTUPNOST PSYCHIATRICKÉ PÉČE V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI	34
4.8	ZÁKLADNÍ ORGANIZAČNÍ FORMY A DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTOVANÉ OSOBÁM S NEUROLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM	36
4.9	DOSTUPNOST OBORU NEUROLOGIE V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI	37
5	FORMY A DRUHY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB POSKYTOVANÝCH OSOBÁM S CHRONICKÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI	39
5.1	SÍŤ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI	40
5.2	SÍŤ AMBULANTNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI	42
5.3	SÍŤ TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI	43
5.4	CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	45
6	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ U VYBRANÝCH POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	47
6.1	ANALÝZA ODPOVĚDÍ	48
7	ZÁVĚR	52
7.1	SHRNUTÍ STĚŽEJNÍCH POZNATKŮ SVZ	52
7.2	NABÍDKA A POPTÁVKA SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE V OBLASTI NEUROLOGICKÝCH A DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI	53
	SEZNAM LITERATURY	56
	SEZNAM ZKRATEK	62
	PŘÍLOHY	63
	SEZNAM OBRÁZKŮ A SCHÉMAT	65
	SEZNAM TABULEK	67

1 ÚVOD

Tato souhrnná výzkumná zpráva (dále také SVZ) vznikla jako jeden z plánovaných výstupů projektu TAČR ÉTA (TL05000160) „Ekonomicko-uživatelský potenciál distančních forem sociálně zdravotní péče neurologických a duševních onemocnění“ (dále jen projekt). SVZ je výsledkem řešení prvního cíle C1 projektu „Determinace a zhodnocení trhu (nabídky a poptávky) sociálně zdravotní péče (služeb) v oblasti neurologických a duševních onemocnění v ČR se zaměřením na Moravskoslezský kraj“.

Sociálně zdravotní služby v oblasti neurologických a duševních onemocnění jsou pacientům/klientům poskytovány v různých formách, v různém rozsahu i typu. Součástí těchto služeb a zároveň vzájemným pojítkem je kognitivní rehabilitace, která je objektem řešení tohoto projektu.

Determinování poptávky a nabídky sociálně zdravotní péče (služeb) v oblasti neurologických a duševních onemocnění je realizováno z důvodu odhadu tzv. potenciální poptávky a nabídky kognitivní rehabilitace.

Kognitivní rehabilitace napomáhá k znovuoobnovení, nápravě, stimulaci schopností jedince, které závislí na mozkové kůře. Náleží k nim zejména paměťové schopnosti, pozornost, zrakově-prostorové schopnosti, jazyk a řečové schopnosti a myšlení. Význam a účinnost kognitivní rehabilitace je předmětem zájmů mnoha neuropsychologů již po mnoho let. I když z počátku byly přínosy kognitivní rehabilitace podceňovány, v průběhu let díky četným studiím a výzkumům, byla kognitivní rehabilitace zařazena ke komplexní péči o pacienta. Cílem kognitivní rehabilitace je zachovat soběstačnost pacientů a podporovat jeho fungování v domácím prostředí. Od 80. let dochází k rozvoji kognitivní rehabilitace pomocí počítačových programů a výzkumy dokazují, že telerehabilitace představuje inovativní způsob řešení kognitivního deficitu pacientů a může doplnit stávající přístupy neuropsychologické péče o tyto pacienty.

SVZ je strukturována do sedmi kapitol. První kapitolou je tento úvod. Druhá kapitola je věnována metodologii řešení C1. Teoretické vymezení kognitivní rehabilitace včetně příslušných legislativních zdrojů je součástí třetí kapitoly. Následující kapitoly jsou analytického charakteru a zkoumají potenciální poptávku a nabídku sociálně zdravotních služeb pro osoby s chronickým duševním a neurologickým onemocněním. Na základě údajů sítě sociálních služeb pro cílovou skupinu klientů osob s chronickým duševním onemocněním bylo realizováno dotazníkové šetření, které si kladlo za cíl zjistit rozsah a formu kognitivní rehabilitace poskytovanou ve vybraných zařízeních sociálních služeb. Poslední část studie je shrnutím daných zjištění.

2 METODOLOGIE ŘEŠENÍ

Metodologie řešení vymezuje zkoumána data, rozhodné období, specifickou terminologii a metody analýzy prostorové dostupnosti a dotazníkového šetření.

2.1 Data, rozhodné období, vybrané pojmy

Data získána pro zpracování projektu TAČR TL05000160, Cíle 1, byla čerpána zejména z veřejných databází **Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, Národního portálu psychiatrické péče, Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen VZP ČR) a z Registru poskytovatelů sociálních služeb**. Podkladem pro zpracování analýz byly také data získána z interních zdrojů, zejména z **Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR**.

Veřejná data z Českého statistického úřadu byla využita k demografické charakteristice Moravskoslezského kraj v letech 2010-2020, popř. 2000-2020.

Pro analýzu zdravotního stavu obyvatelstva byla data čerpána z databází a statistických ročenek Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, a to zejména z Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb a Národního registru hrazených zdravotních služeb. Data z prvního jmenovaného zdravotního registru obsahují informace o poskytovatelích zdravotních služeb i poskytovatelích sociálních služeb, kteří poskytují zdravotní služby na území České republiky. Avšak pro neúplnost požadovaných informací, zejména týkající se kapacit zdravotnických zařízení, byla dále potřebná data čerpána rovněž z veřejně dostupných dat Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, která pokrývá celé území České republiky svou nabídkou služeb.

Údaje vypovídající o duševním zdraví obyvatel České republiky byly převzaty z Národního portálu psychiatrické péče, jež poskytuje data, analýzy a oborové statistiky o vybraných duševních onemocněních a dostupnosti psychiatrické péče. Podrobnější data byla získána na základě interní konzultace s vedoucím oboru analýzy dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Rovněž byla data převzata z ročenek Psychiatrická péče 2010-2020.

Informace ohledně poskytovatelů sociálních služeb, jejichž klienty jsou osoby s chronickým duševním onemocněním, byly čerpány z Registru poskytovatelů sociálních služeb. Registr poskytovatelů sociálních služeb obsahuje aktualizované informace o kapacitě, materiálním, technickém i personálním zabezpečení poskytování sociálních služeb a rovněž o dotacích na financování jednotlivých druhů sociálních služeb. Kontrolu správnosti údajů v tomto registru vykonává příslušný krajských úřad.

Rozhodným obdobím pro analýzu dat byly roky 2010-2020. Zdravotnické ročenky ČR vydávané Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR jsou však dostupné pouze do roku 2019, tudíž data k počtu případů hospitalizace v nemocnicích jsou limitována tímto rokem.

Pro modelování dostupnosti poskytovatelů zdravotních služeb z hlediska zpracování mapových výstupů byla data stanovena k 31. 12. 2021. Data byla čerpána z databází smluvních poskytovatelů Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a pro stanovení dojezdové doby bylo vycházeno z nařízení vlády ČR č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

Pro modelování dostupnosti sociálních služeb v rámci jednotlivých forem a věkových kategorií klientů byla použita data z Registru poskytovatelů sociálních služeb k 30. 8. 2021. Standard kvality sociálních služeb č. 11 stanovuje, že poskytovatel sociálních služeb určí místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu službu, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb. Bližší určení není vymezeno. Z tohoto důvodu bylo modelování dojezdové doby definováno autory této studie.

Veškeré zpracované mapové výstupy v rámci projektu jsou dostupné zde: <https://geoinformatika-1.vsb.cz/tacr-dostupnost>

Pacientem se rozumí fyzická osoba, kterým jsou dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, poskytovány zdravotní služby (§ 3 zákon č. 372/2011 Sb.).

Klient (uživatel) je fyzická osoba, které jsou poskytovány sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a to z důvodu její nepřiznivě sociální situace (zákon č. 108/2006 Sb.).

Počtem lůžek se rozumí lůžka bez lůžkových improvizací a nouzových lůžek.

Lůžka v nemocnicích oddělení psychiatrie jsou uvedena včetně samostatných oddělení AT – návykových nemocí.

Lůžka v psychiatrických nemocnicích zahrnují lůžka pro děti i dospělé a další lůžkový fond (např. sociální lůžka).

V případě statistiky hospitalizací je vycházeno z údajů o počtu ukončených případů **hospitalizace**. Za jeden případ hospitalizace se považuje každé ukončení hospitalizace na jednom lůžkovém oddělení zdravotnických zařízení v ČR (ÚZIS ČR, Hospitalizace v nemocnicích ČR, 2019).

2.2 Metody

Dostupnost zdravotních služeb oboru psychiatrie a neurologie byla řešena na základě anonymizovaných údajů získaných z VZP ČR. Konkrétně se jednalo o smluvní poskytovatele v rámci odbornosti 305, 209 (ambulantní péče) a odbornosti F5, 3H5, 2F9, 2H9 (lůžková péče).

Pro zpracování mapových výstupů byl využit geografický informační systém (GIS), ArcGIS Online a Here (informace o silnicích a dopravě, ohodnocení silniční sítě). Vstupním předpokladem pro modelování místní dostupnosti bylo nařízení vlády ČR č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Neboť toto nařízení nespécifikuje typ dopravního prostředku, byla pro stanovení dojezdové doby předpokládána individuální automobilová doprava. Podstatným faktorem rovněž je vymezení průměrné rychlosti pro jednotlivé silniční sítě, které však již zmíněné nařízení vlády rovněž nestanovuje. Bylo tedy vycházeno z odborných publikací a studií (např. Hudeček, 2010, Hudeček a kol., 2016) nebo dostupných plánovačů tras na internetu (Mapy.cz a Google Maps).

Modelování místní dostupnosti vybraných veřejných služeb má svá omezení, jak je uváděno i výše. Podstatnou záležitostí pro modelování dostupnosti je zakomponování personálního složení pracovníku zajišťující dané služby, avšak tato data za všechny analyzována zařízení nebyla z veřejných databází autorům dostupná.

T A Č R

Dotazníkové šetření (viz Kap. 6) bylo realizováno ve dvou kolech, z důvodu nízké návratnosti dotazníků v prvním kole dotazníkového šetření. První kolo dotazníkového šetření probíhalo od 5. 3. do 20. 3. 2022, druhé od 5. 4. do 15. 4. 2022, technikou elektronického dotazníku zpracovaného v aplikaci Google Forms. Dotazník je součástí přílohy této studie. V úvodní části dotazníku byl vymezen cíl dotazníkového šetření a informace o kontaktních údajích realizačního týmu. Strukturu dotazníku tvořily identifikační údaje týkající se názvu zařízení poskytovatele a pracovní pozice osoby vyplňující dotazník, posléze se dotazník skládal z 8 otázek. Dotazník byl zaslán na emailové adresy vybraných poskytovatelů sociálních služeb uvedených v Registru poskytovatelů sociálních služeb jako kontaktní adresy. V rámci primárního výzkumu bylo souhrnně osloveno 86 poskytovatelů, jež poskytují sociální služby na území Moravskoslezského kraje ve formě ambulantní a pobytové. Z počtu oslovených bylo získáno celkem 34 odpovědí. Návratnost dotazníkového šetření tak dosáhla 39,5 %. Pro neúplné zodpovězení otázek byly 2 dotazníky vyřazeny, celková návratnost se tak snížila na 37,2 %.

Dotazník obsahoval uzavřené otázky s definovanými možnostmi odpovědí, přičemž u tří otázek měli respondenti možnost se dále vyjádřit, respektive uvést další možnou variantu odpovědi. Vyhodnocení dotazníkového šetření bylo zpracováno v prostředí MS Office Excel.

3 TEORETICKÉ POJETÍ KOGNITIVNÍ REHABILITACE

3.1 Rehabilitace, druhy rehabilitace

Slovo rehabilitace pochází z latinského původu, a to konkrétně slova „habilis“ neboli schopný a předpony „re-“ čili znovu, návrat k původnímu stavu. V tomto kontextu se tedy jedná o znovuzískání ztracených schopností.

Světová zdravotnická organizace (také WHO) vymezuje **rehabilitaci** jako „*kombinované a koordinované využití zdravotních, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovuzískání co nejvyššího stupně funkčních schopností*“ (WHO, 1947). Tato definice byla platná řadu let, respektive až do roku 2001, kdy na 54. shromáždění WHO byla schválena nová definice, která rehabilitaci vnímá jako „*obnovu optimálního nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka*“ (WHO, 2001, Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví). Dále je v rámci vymezení poukazováno na to, že rehabilitace si klade za cíl maximalizovat u daného jedince schopnost žít, pracovat a učit se.

Jak už z uvedeného vyplývá, komprehenzivní rehabilitace zasahuje do řady oblastí, a tedy vyžaduje multidisciplinárně orientovaný přístup k danému jedinci. Zahrnuje nejen zdravotní oblast, ale i sociálně-právní či pedagogicko-psychologickou oblast. Vostrý a kol. (2021) uvádí, že ucelená rehabilitace působí na daného jedince v rámci výchovy, terapie, vzdělávání, pomoci při zaměstnání, pomoci při socializaci či poradenství. Dle Novosada (2003), moderní pojetí rehabilitace je chápáno jako propojený řetězec intervencí všech odborníků, kteří se podílejí na podpoře komplexního rozvoje rehabilitovaného. To znamená, že aktivními subjekty jsou také rodiny a přátelé daného jedince.

Podle rehabilitačních opatření, která jsou danému jedinci činěna, lze rehabilitaci rozdělit do několika oblastí: léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, pedagogická rehabilitace a pracovní rehabilitace.

Léčebně rehabilitační péče je poskytována za účelem maximálně možného obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta prostřednictvím odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popř. zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu (§ 5, Zákon č. 372/2011 Sb.). Z hlediska možnosti úrovně obnovení zdravotního stavu jedince je možné léčebnou rehabilitaci rozdělit do dvou typů, a to na vertikální rehabilitaci a rehabilitaci horizontální. Vertikální rehabilitace se týká nemocí či poruch, které si vlivem účinné rehabilitace kladou za cíl zlepšení či dokonce uzdravení daného jedince, tzn., že se zdraví jedince dostane do původního stavu. Horizontální rehabilitace si klade za cíl udržení stupně postižení, eventuálně dílčí zlepšení. Nedílnou součástí léčebné rehabilitace je ergoterapie a fyzioterapie.

Sociální rehabilitace je souborem činností jejichž cílem je dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti jedince, a to rozvojem jejich schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí (Zákon č. 108/2006 Sb.). Jak uvádí Vostrý a kol. (2021) smyslem sociální rehabilitace je zajistit participaci, seberealizaci, existenční zajištění a jistotu jedinci, který je zdravotně či jinak znevýhodněný.

Pedagogická rehabilitace je vnímána jako cílená výchovně vzdělávací činnost směřující k získání co nejvyššího stupně vzdělání u osob se zdravotním postižením směřující k jejich plnému začlenění a společenskému uplatnění. Pedagogická rehabilitace je jednou z oblastí komprehenzivní rehabilitace a její realizace předpokládá úzkou funkční provázanost s dalšími složkami ucelené rehabilitace (Zákon č. 561/2004 Sb.).

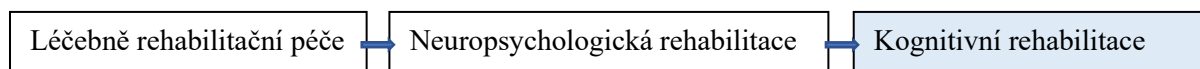
Pracovní rehabilitace je určena osobám se zdravotním postižením a je vymezena jako souvislá činnost zaměřena na získání a udržení vhodného zaměstnání pro tyto osoby (Zákon č. 435/2004 Sb., § 69, Vyhláška č. 518/2004 Sb.). Je možné zabezpečit osobám se zdravotním postižením tzv. přechodné zaměstnání, které je dotyčné osobě nabídnuto po dobu trvání jeho postižení nebo zaměstnání podporované, kde se vyhledá individuální pracovní místo přímo pro každého jedince zvlášť.

3.2 Kognitivní rehabilitace

Specifickou a velmi podstatnou formou rehabilitace, jenž je provázaná takřka ve všech výše uvedených typech rehabilitace, je tzv. **kognitivní rehabilitace**. Slovo kognitivní vychází z anglického slova cognition, což znamená ve volném překladu, jak jedinec zachází, vnímá a zpracovává informace. Cognition neboli poznání je vymezeno jako mentální činnost nebo proces získávání znalostí a porozumění prostřednictvím myšlení, zkušeností a smyslů (Cambridge School). Jedná se tedy o myšlenkové procesy týkající se vkládání a ukládání informací a toho, jak jsou tyto informace následně použity k řízení chování jedincem. Preiss, Kučerová a kol. (2006, s. 28) slovem kognitivní označují „řadu duševních i intelektuálních schopností, které jsou závislé na funkci mozkové kůry, jako je vnímání, paměť, řeč a usuzování“.

Z medicínského hlediska je kognitivní rehabilitace řazena do oblasti neuropsychologické rehabilitace, viz schéma na Obr. 3.1. Ačkoliv přínosy kognitivní rehabilitace byly zprvu podceňovány či nedoceňovány (např. Laing, 1999, in Kulišťák, 2011), kognitivní rehabilitace se stala předmětem zájmů mnoha neuropsychologů. Nadřazeným pojmem je tedy neuropsychologická rehabilitace, jejíž předmětem je funkční adaptace člověka s mozkovým poškozením na běžné denní činnosti (Kulišťák, 2011).

Obr. 3.1 Kognitivní rehabilitace v systému rehabilitace



Zdroj: Vlastní zpracování

Kognitivní rehabilitace souvisí s poruchou kognitivních funkcí mozku. Mozek je tedy základním prvkem, který je nezbytné rehabilitovat z důvodu jeho narušení akutními či chronickými onemocněními. Lidský mozek je struktura, skrze níž biologická sféra úzce komunikuje se sférou duševní a společenskou (Vostrý a kol., 2021). Je centrem unikátních kognitivních, asociálních a paměťových funkcí, které determinují procesy učení.

Nilius, P. (2018) uvádí, že „v současném pojetí je kognitivní rehabilitace považována za vědu související s obnovováním kognitivního zpracování a učení se kompenzačními strategiím, mající vliv na molekulární a buněčnou obnovu mozku prostřednictvím efektivnější integrace behaviorálních a kognitivních změn.“

T A Č R

„Kognitivní rehabilitace je individualizovaný přístup, který zahrnuje rehabilitaci dílčích kognitivních funkcí, ale také nácvik komplexních praktických vzorců chování především u neurologických a psychiatrických pacientů. Cílem kognitivní rehabilitace je reverze stavu kognitivních funkcí po operaci či atace onemocnění (psychotického), případně snaha o zachování co nejvyšší míry funkční autonomie pacientů v případě progresivní onemocnění jak psychiatrického, tak neurologického podkladu. Kognitivní rehabilitace je inovativní a rychle se rozrůstající doména neuropsychologie, v současné době má často podobu různých počítačových programů, může ale sestávat i z praktických manuálních nácviků a úloh.“ (Kulišťák a kol., 2017, s. 314).

Mozek je orgánem lidského těla, který má schopnost neuroplasticity neboli obnovy. Podporou správně zacílených kognitivních funkcí dokáže produkovat nová propojení mezi neurony a nové buňky po celý život. Při poranění mozku nebo při patologickém procesu, je mozek schopen do určité míry nahradit chybějící schopnost v poškozené části mozku zapojením jiné, nepoškozené oblasti (Klucká, Volfová 2016). Je však zřejmé, že schopnost obnovy mozkových funkcí je závislá na typu stimulace a na způsobu a intenzitě procvičování (Ressner a kol., 2021).

Kognitivními funkcemi jsou rozuměny všechny myšlenkové procesy, které umožňují rozpoznat, pamatovat si, učit se a přizpůsobovat se neustále měnícím podmínkám prostředí (Vostrý a kol., 2021).

Ke **kognitivním funkcím** patří paměť, pozornost, zrakově-prostorové schopnosti, jazyk a řečové schopnosti a myšlení. Řada autorů mezi kognitivní funkce řadí i tzv. exekutivní funkce, na základě, kterých daný jedinec dokáže řešit problémy, plánovat, organizovat, má nadhled a úsudek (Válková, 2015; Klucká, Volfová, 2016).

Kulišťák (2011) uvádí dva základní přístupy k hierarchii kognitivních systémů dle Bradleye, viz Tab. 3.1. Přístupy jsou ovlivněny rozsahem (stupněm) poškození mozku. Z hlediska tohoto pojetí je zřejmé, že zprvu je nezbytné se zabývat jednotlivými elementárními funkcemi kognitivní rehabilitace a dále je integrovat do širších celků.

Tab. 3.1 Hierarchie kognitivních systémů dle Bradleyeho

Komplexní úroveň	Systémy	Subsystémy
	Koncepční (jazykové a nejazykové pojmy)	Plánování, řešení problému, usuzování, rozhodování
	Paměť a učení (integrace vjemu do existujících struktur)	Dlouhodobé, krátkodobé smysly
	Psychomotorická rychlost	
	Vnímání (zrakové, sluchové, taktilní apod.).	Aktivní vnímání (vyžadující reakci), pasivní percepce
Základní úroveň	Pozornost	Selektivní pozornost/schopnost diskriminace, udržení koncentrace, bdělost

Zdroj: Kulišťák, 2011, s. 317. *Neuropsychologie*. Vlastní zpracování

Kognitivní rehabilitace je tedy určena pacientům s kognitivním deficitem. **Cílovou skupinou pacientů** jsou pacienti s postižením kognitivních funkcí na základě akutního nebo chronického poškození mozku. Z akutních nemocí se jedná zejména o cévní mozkové příhody, kraniotraumata, neuroinfekce, z chronických progredientních stavů jde o demyelinizační onemocnění a neurodegenerativní onemocnění (FNO, 2022).

T A Č R

Cílem kognitivní rehabilitace je začít s pravidelnou, a hlavně včasnou rehabilitací pacientů v rámci dispenzární hospitalizační a posthospitalizační péče (FNO, 2022). Náprava či „uzdravení“ závisí na stupni mozkového poškození, délce trvání chronické fáze mozkového poškození, věku pacienta/klienta, vzdělání pacienta/klienta a dalších faktorech (např. motivaci).

Mezi **základní příčiny vzniku kognitivního deficitu** dle Válkové (2015) náleží:

- traumatické poškození mozku,
- centrální mozková příhoda,
- subarachnoideální krvácení,
- toxické, infekční poškození mozku,
- neurodegenerativní poškození mozku (Alzheimerova choroba, Huntingtonova nemoc, Parkinsonova nemoc, specifický kognitivní deficit např. u roztroušené sklerózy, epilepsie),
- psychiatrická onemocnění (např. deprese).

Jak uvádí Nilius (2018), *„zatímco v minulosti byla kognitivní rehabilitace spojována primárně s traumatickým poškozením mozku, v současnosti je tento přístup součástí dispenzarizační péče o pacienty s etiologickým rozdílným narušením korové struktury mozku, včetně pacientů s primárně progredujícím onemocněním“*.

Plzáková, Nikolai (2020a) uvádějí, že **kognitivní rehabilitace** představuje nefarmakologickou intervenci, která může ovlivnit kognitivní deficit pacientů s neurodegenerativním onemocněním.

Dle Kit, Brannaganové (2000, s. 22) se kognitivní rehabilitací rozumí *„redukce kognitivních schopností, které byly poškozeny nebo pozměněny v důsledku poškození mozkových buněk nebo změn chemických látek v mozku. Pokud se již původní schopnostem nelze znovu naučit, je nezbytné naučit jedince dovednostem novým, které ztrátu kognitivních funkcí vykompenzují“*.

Toglia a Foster (2021) poukazují na to, že narušení kognitivních funkcí se promítá do kvality života jedince. Kognitivní deficit může zasahovat do paměti, schopnosti učení, plánování činností, řešení každodenních problémů a zvládnání běžných aktivit.

Autoři např. Fried E. et al. (2014), Clark, M. et al. (2016) rovněž uvádějí, že kognitivní poruchy velmi často tvoří reziduální příznaky, významně negativně zasahují do každodenního fungování pacientů, jsou odpovědné za snížené psychosociální fungování a přispívají k funkčnímu oslabení a následnému selhávání pacienta.

Nikolai (2018) dodává, že kognitivní rehabilitace je doporučována rovněž jako preventivní přístup rozvoje kognitivního deficitu u zdravých osob. Cílovými skupinami programů kognitivní rehabilitace jsou zejména pacienti s neurodegenerativním onemocněním, pacienti po poranění mozku nebo po prodělaných cévních mozkových příhodách, pacienti s poruchou schizofrenního spektra či zdravé osoby.

Zahájení výkonu kognitivní rehabilitace se určuje dle **neuropsychologického vyšetření**, podle kterého je následně indikováno trénování konkrétních úloh. Jak uvádí vybrané studie, při kognitivní rehabilitaci lze využít řadu mechanismů či přístupů pro zlepšení kognitivních funkcí jedince, kdy mnoho modelů se rovněž snaží o integrování i dalších přidružených problémů pacienta. Spojuje tak v sobě rehabilitaci kognice, emocí i motivace. Kognitivní rehabilitace může probíhat pomocí klasických přístupů nebo i díky moderním technologiím pomocí počítačových programů. Jak uvádí Lynch (2002) již od 80. let 20. stol. jsou používány

počítačové programy, které slouží k nácvičení kognitivních funkcí. Mezi typy počítačových programů patří např. CogniFit, HAPPYneuron Brain Jogging, Neurop-3, RehaCom, PSS CogReHab.

Rehabilitaci kognitivních funkcí ordinuje lékař specialista – neurolog nebo psycholog zabývající se touto problematikou. Anamnéza pacienta je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu, tj. sledu postupů, které mají za cíl uspokojit základní potřeby pacienta.

Zpravidla jsou rozlišovány **dvě úrovně kognitivní rehabilitace** pro pokrytí a uspokojení potřeb pacientů/klientů:

- obecná rehabilitace kognitivních funkcí,
- cílená rehabilitace kognitivních funkcí.

Obecná kognitivní rehabilitace se zpravidla týká podpory orientace jedince v realitě. Avšak cílená kognitivní rehabilitace již umožňuje praktikovat rehabilitaci přímo pro potřeby daného pacienta.

Cíle kognitivní rehabilitace:

- „podpořit kognitivní funkce mozku,
- získat důvěru a zájem pacienta,
- zachovat stav vědomí,
- zachovat úroveň poškozených kognitivních funkcí,
- prevence prohloubení deficitu kognitivních funkcí,
- rozvoj kognitivních funkcí,
- rehabilitace akutně narušených kognitivních funkcí,
- podpora soběstačnosti, readaptace,
- prevence delirantního stavu neboli deliria,
- readaptace po ukončení akutní fáze delirantního stavu“, (Válková Lenka, 2015, s. 31).

3.3 Rešerše odborných článků k problematice kognitivní rehabilitace

Mnohé výzkumy poukazují na významnost kognitivní rehabilitace u jednotlivých druhů nemocí a její formy, i když např. Plzánková, Nikolai (2020b) uvádějí, že vzhledem k limitovanému počtu studií kognitivní rehabilitace u pacientů s Parkinsonovou nemocí nelze prozatím tento přístup považovat za evidence-based practice (praxe založené na důkazech). Autoři zpracovali přehledný referát k výzkumům kognitivní rehabilitace pacientů s Parkinsonovou nemocí a poukázali na možné postupy a inovace v této oblasti. Zejména se jednalo o rešerši odborných článků k výzkumům nepočítačové a počítačové kognitivní rehabilitace k řešení kognitivního deficitu u zmíněného duševního onemocnění.

Chen M. H. et al. (2021) vymezují, že kognitivní rehabilitace je zastřešující termín pro behaviorální intervence zaměřené na zlepšení kognice. Kognitivní poškození narušuje fungování každodenního života jedince, ovlivňuje zvládnutí onemocnění, instrumentální aktivity každodenního života i udržení zaměstnání. Dále dodávají, že ke kognitivní rehabilitaci existují dva obecné přístupy, a to obnovující a kompenzační. První zmíněný (tzv. kognitivní náprava) si klade za cíl posílit a obnovit kognitivní dovednosti, prostřednictvím opakujících se kognitivních cvičení klasickým způsobem či pomocí počítačových programů. **Kompenzační**

přístup pomáhá pacientům nahradit jejich kognitivní potíže pomocí různých vnitřních (např. vizualizace) a vnějších (např. připomínky) postupů.

Autoři Jeffares I. et al. (2021) ve svém odborném článku poukazovali na účinky kognitivních poruch u pacientů po cévní mozkové příhodě. Studii také zaměřili na personální zajištění potřebné pro kognitivní rehabilitaci v rámci zdravotní a komunitní péče v Irsku. V závěru konstatovali, že nedostatečné zdroje (personální, finanční, materiální) neuropsychologie a zejména psychiatrických služeb související s cévní mozkovou příhodou mají negativní vliv pro poskytování rehabilitace a zdůraznili naléhavou **potřebu investic** do specializovaných rehabilitačních týmů, které by poskytovaly kognitivní rehabilitaci.

Masan (2020) zaměřil svůj výzkum na využití **telerehabilitace** pro trénink a nápravu kognitivního deficitu. Díky metodě nazvané Virtuální realita, která vytváří stimulující prostředí pro pacienta v prostoru a čase, poukázal na přínos této formy kognitivní rehabilitace. Výzkum telerehabilitace probíhal na bázi neinvazivní mozkové stimulace za účelem zlepšení kognitivního deficitu a umožnění návratu pacientů do činností každodenního života.

Mancuso et al. (2020) uvádí, že i mírná kognitivní porucha má negativní dopad na život a kvalitu seniorů. Bez včasné diagnózy se tento stav může vyvinout v demenci. Z tohoto důvodu je zásadní potřeba včasné detekce, prevence a rehabilitace. Autoři poukazují na účinky integrace metod, a to **virtuální reality** a neinvazivní stimulace mozku, které se ukázaly jako slibné pro léčení mírné kognitivní poruchy a Alzheimerovy demence.

Zkoumáním kognitivního deficitu u chronického zánětlivého onemocnění nervového systému, tj. roztroušené sklerózy se zabývali finští autoři Hämäläinen, P., Rosti-Otajärvi, E. (2016). Z jejich výzkumu vyplynulo, že u 45-70 % pacientů s roztroušenou sklerózou byly zaznamenány **kognitivní deficity**. Mezi nejčastější kognitivní deficity patřily zejména **zpomalení zpracování informací a dysfunkce paměti a učení**. Dále uvádějí, že neexistuje žádný přímý vztah mezi kognitivními deficity a trváním onemocnění nebo průběhem nemoci. Kromě kognitivních poruch byly u pacientů pozorovány také neuropsychiatrické symptomy, nejčastěji změny nálad.

Giustiniani, A. et al. (2022) zaměřili svůj výzkum na metaanalýzu studií týkající se objasnění účinnosti kognitivní rehabilitace u pacientů s Parkinsonovou nemocí. Autoři celkem do analýzy zahrnuli 14 odborných studií. Z provedené metaanalýzy vyplynulo, že kognitivní rehabilitace zlepšuje výkonné funkce, dlouhodobou i krátkodobou paměť.

Přehledová studie Pingying, N. et al. (2021) sumarizuje účinky **počítačové kognitivní rehabilitace** cílené na kognitivní poruchy pacientů po cévní mozkové příhodě. Ke zhodnocení výsledků bylo analyzováno 32 odborných studií zahrnující 1837 pacientů. Bylo zjištěno, že počítačová kognitivní rehabilitace výrazně zlepšila kognitivní funkce a aktivity každodenního života pacientů s kognitivní poruchou po cévní mozkové příhodě. Počítačová kognitivní rehabilitace byla doporučena jako cenná technika pro kognitivní rehabilitaci.

3.4 Legislativní souvislosti

Kognitivní rehabilitace a její poskytování je v České republice součástí legislativy upravující oblast zdravotní péče a sociální péče, a z tohoto důvodu jsou v rámci jejího poskytování relevantní níže uvedené právní předpisy platné v době zpracování této SVZ.

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

- Vyhláška č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
- Standard péče poskytované v centrech duševního zdraví.
- Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním.
- Standard akutní lůžkové psychiatrické péče.

3.5 Strategické dokumenty péče o duševní zdraví

Veřejné politiky a jejich strategie na úrovni státu reagují na problematiku zdraví potažmo péče v návaznosti na potřeby populace, vývoj moderních technologií a postupů v praxi i poznatky vědy a výzkumu. V České republice strategické dokumenty v oblasti péče o duševní zdraví¹ zohledňují nejen výše uvedené předpoklady, ale rovněž mezinárodní deklarace a úmluvy. Příkladem je Helsinská deklarace a Zelená kniha.

Helsinská deklarace z roku 2005 ve své preambuli uvádí, že psychické zdraví a pocit duševní pohody jsou velmi podstatné pro kvalitu života a produktivitu jedinců, rodin, komunit a národů. V rámci Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu se státy zavazují poskytovat efektivní péči v rámci komunitních a zdravotních služeb, určených jedincům s vážnými duševními problémy. Evropská komise v Bruselu přijala **Zelenou knihu: Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva**. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii v roce 2005 navrhuje, aby se strategie Evropské unie zaměřila na podporu duševního zdraví všech obyvatel, prevenci v boji proti duševním nemocem, zlepšení kvality života psychicky nemocných lidí a zlepšení informovanosti a znalostí o duševním zdraví.

V rámci České republiky byl schválen **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030**. Národní akční plán je implementačním dokumentem tří strategických dokumentů, a to Strategie reformy psychiatrické péče 2013-2030, Strategického rámce České republiky 2030 a Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030. Tyto strategické dokumenty si kladou za cíl zvýšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním, a to skrze preventivní

¹ Světová zdravotnická organizace vymezuje duševní zdraví jako stav duševní pohody, v němž jedinec uskutečňuje své schopnosti, dokáže se v životě vyrovnat s mnohými překážkami, pracovat a je schopen se podílet na životě ve společnosti.

T A Č R

aktivity, které napomohou k včasnému záchytu projevů duševních nemocí a vybudováním sítě komunitního pilíře péče.

Současný stav systému psychiatrické péče v České republice je hodnocen jako podprůměrný. Dle **Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí** (Akční plán č. 3: Duševní zdraví) chybí dostatečné personální zabezpečení psychiatrické péče jak v ambulantní, tak lůžkové sféře. Podle analýz Ministerstva zdravotnictví ČR mají ambulantní psychiatři na 1 návštěvu pacienta v průměru 10 minut. Psychiatrické nemocnice/léčebny jsou materiálně i technicky zastaralé a časově i teritoriálně nedostupné pro pacienta. Problémy jsou spatřovány rovněž v nedostatečné spolupráci zdravotních a sociálních služeb tak, aby byla dodržována lidská práva duševně nemocných osob. Analýzy rovněž poukazují na zvýšení počtu pacientů v psychiatrických ambulancích i psychiatrických nemocnicích/léčebnách, kterým je poskytována akutní lůžková péče.

Propojitelnost poskytování zdravotně sociální péče je v počátcích a je realizována skrze nová centra duševního zdraví.

4 ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATELSTVA A VYBRANÍ POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE

K vymezení potencionální poptávky kognitivní rehabilitace v Moravskoslezském kraji (dále také MSK) byly definovány její obecné předpoklady v podobě vybraných ukazatelů vypovídající o zdravotním stavu obyvatelstva včetně jeho počtu a struktury (viz Tab. 4.1). Předmětné ukazatele jsou analyzovány k rozhodnému období 2000-2020. Pro potřeby prezentace kontextu vývoje hodnot vybraných ukazatelů za MSK jsou do analýzy u některých ukazatelů zahrnuty údaje rovněž za celou ČR. K vymezení potenciální nabídky kognitivní rehabilitace v Moravskoslezském kraji jsou analyzovány základní organizační formy zdravotní péče poskytované osobám s duševním onemocněním.

Tab. 4.1 Ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva Moravskoslezského kraje

Název ukazatele	Frekvence sledování	Zdroj dat	Zpracování dat dle jejich dostupnosti
Demografické údaje			
Počet obyvatel – muži, ženy	1 rok	ČSÚ, ÚZIS ČR	MSK
Počet obyvatel ve věku do 14 let a nad 65 let	1 rok	ČSÚ, ÚZIS ČR	MSK
Délka života			
Naděje dožití	Dvouleté intervaly	ČSÚ, ÚZIS ČR	ČR, MSK
Úmrtnost			
Hrubá míra celkové úmrtnosti	1 rok	ČSÚ	ČR, MSK
Zemřelí podle příčin úmrtí	1 rok	ČSÚ	ČR, MSK
Nemocnost			
Počet případů hospitalizace celkem	1 rok	ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka ČR	ČR, MSK
Nemoci oběhové soustavy (dg. I00-I99)	1 rok	ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka ČR	ČR
Cévní onemocnění mozku (dg. I60-I69)	1 rok	ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka ČR	ČR
Vybraná psychiatrická onemocnění			
Organické duševní poruchy včetně symptomatických (MKN 10 – dg. F00-F09) Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (MKN 10 – dg. F20-F29) Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (MKN 10 – dg. F40-F48)	1 rok	ÚZIS ČR, Národní portál psychiatrických onemocnění	ČR, MSK

Zdroj: *Manuál pro zdravotní plán měst* (2017) + doplnění autory, vlastní zpracování

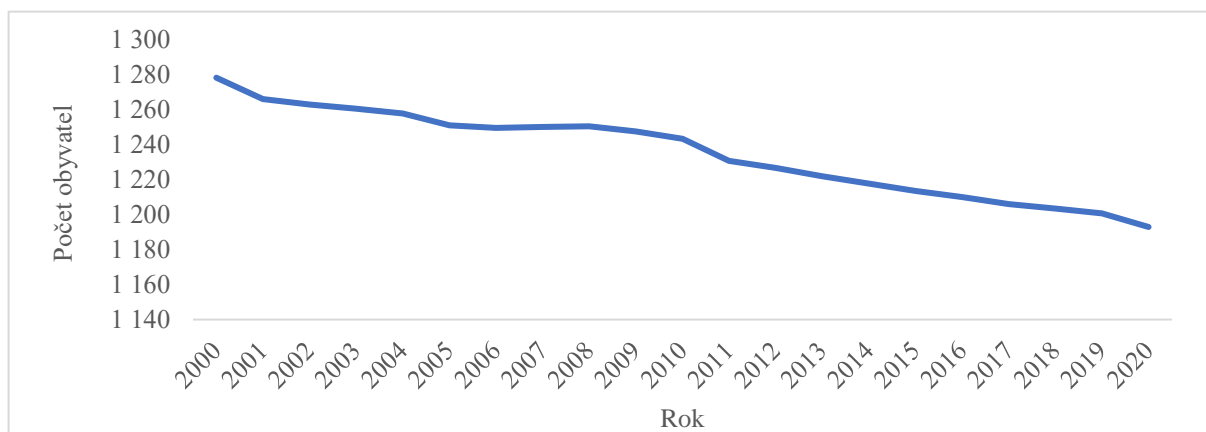
4.1 Počet a struktura obyvatelstva Moravskoslezského kraje

MSK náleží mezi nejlidnatější vyšší územně samosprávné kraje České republiky, konkrétně s počtem obyvatel 1 192 834 k 31. 12. 2020 se řadí na třetí pozici v rámci krajů České republiky. Sídelní struktura kraje se vyznačuje vysokou hustotou obyvatelstva, a to 219,7 osob/km², (ČSÚ, *Obyvatelstvo*, 2021). Svou rozlohou, která činí 5 431 km², zaujímá 6,9 % území České

republiky. Území MSK je administrativně vymezeno šesti okresy Bruntál, Frýdek-Místek, Karviná, Nový Jičín, Opava a Ostrava-město a v logice skladebnosti rovněž 22 správními obvody obcí s rozšířenou působností. Z hlediska samosprávných funkcí je MSK tvořen 300 obcemi (z nich 42 je měst/statutárních měst). Největším městem MSK je statutární město Ostrava, které je rovněž sídelním městem MSK. Počet obyvatel statutárního města Ostrava k 1. 1. 2021 činil 284 982 obyvatel (ve věku 0-14 let: 43 064, ve věku 65 a více: 58 740 obyvatel). Podíl městského obyvatelstva v MSK činí 73,6 % a zhruba 58 % obyvatel kraje žije ve městech nad 20 tis. obyvatel. (ČSÚ, Malý lexikon obcí, 2022)

Vývoj počtu obyvatel s trvalým nebo dlouhodobým pobytem v Moravskoslezském kraji dle pohlaví v letech 2000-2020 dokumentuje Obr. 4.1. Z hlediska počtu obyvatel je zřejmé, že od vzniku samosprávných krajů (dle ústavního zákona č. 347/1997 Sb.), tj. roku 2000, počet obyvatel k 31. 12. trvale klesá, s výjimkou let 2007 a 2008, kdy dochází k nepatrnému nárůstu počtu obyvatel. Ukazatelé přirozeného i celkového přírůstu obyvatel mají pouze v těchto letech kladnou hodnotu. Dle pohlaví mají ve všech sledovaných letech větší zastoupení ženy, k 31. 12. 2020 bylo evidováno na území Moravskoslezského kraje o 24 688 žen více než mužů. Největší rozdíl v počtu obyvatel dle pohlaví byl v roce 2002, a to o 29 640 žen více než mužů. Podle projekce obyvatelstva zpracované ČSÚ bude v Moravskoslezském kraji pokračovat úbytek počtu obyvatel, k 31. 12. 2070 bude v kraji zhruba 883 tisíc obyvatel, což je pokles o 25,9 % oproti roku 2020. Projekce obyvatelstva uvádí, že tento pokles bude v absolutních i relativních hodnotách nejvýraznější ze všech krajů České republiky a bude způsoben zejména stěhováním obyvatel do jiných krajů a rostoucím přirozeným úbytkem obyvatel. (KHS MSK, 2021)

Obr. 4.1 Vývoj počtu obyvatel Moravskoslezského kraje v letech 2000-2020, v tisících



Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze, *Obyvatelstvo*. Vlastní zpracování

Tab. 4.2 zaznamenává vývoj podílu předproduktivní a poproduktivní složky obyvatelstva Moravskoslezského kraje na celkovém počtu obyvatel v letech 2010-2020. Z níže uvedeného lze vysledovat, že podíl obyvatel ve věku 65+ výrazně narůstá, z hlediska sledovaného období činí tento nárůst 5,17 p.b. Podíl obyvatel ve věku 0-14 vykazuje mírný nárůst a tento podíl je ve všech sledovaných letech nižší než podíl poproduktivní složky obyvatelstva.

Tab. 4.2 Podíl předproduktivní a poproduktivní složky obyvatelstva Moravskoslezského kraje na celkovém počtu obyvatel v letech 2010-2020 (v %)

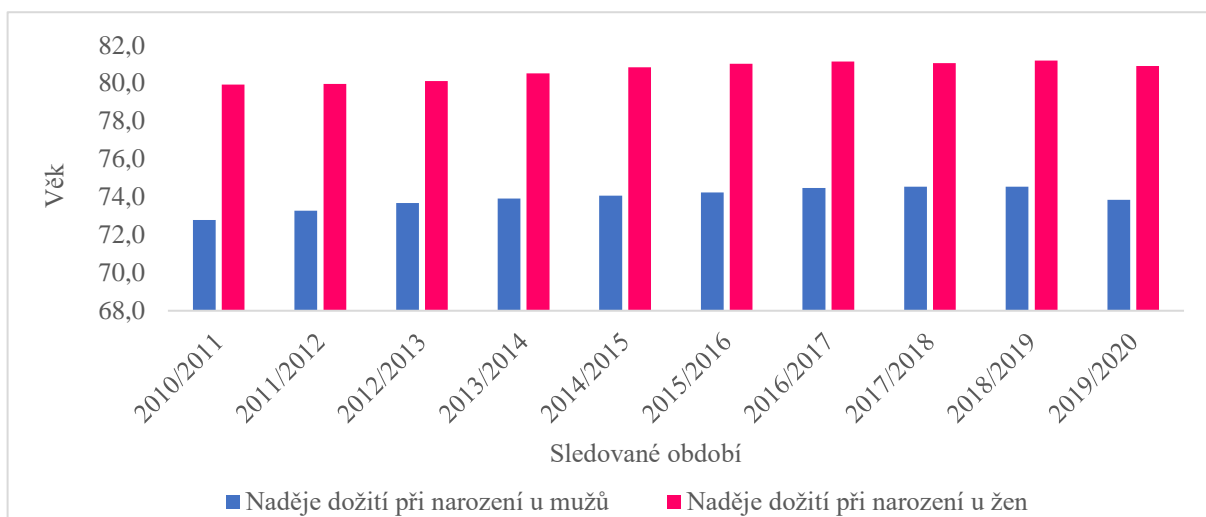
Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010/ 2020 (p.b.)
Podíl obyvatel ve věku 0-14	14,36	14,54	14,58	14,63	14,74	14,76	14,98	15,10	15,24	15,31	15,54	1,05
Podíl obyvatel ve věku 65+	15,19	15,79	16,40	16,98	17,52	18,06	18,65	19,16	19,63	20,06	20,38	5,17

Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze, *Obyvatelstvo*. Vlastní zpracování

4.2 Naděje dožití a úmrtnost

Naděje dožití při narození neboli také střední délka života vyjadřuje průměrný počet let, který má naději prožít osoba právě narozená při úmrtnosti ve sledovaném období. Jak uvádí ČSÚ (2022) v rámci metodických poznámek, pro kraje je používán průměr za dvouletá období z důvodu vyloučení nahodilých výkyvů. Na základě údajů z Obr. 4.2 lze konstatovat, že se naděje života při narození jak u mužů, tak žen zvyšuje vyjma posledního sledovaného roku. Od roku 2010 se naděje dožití při narození u mužů zvýšila o 1,06 let, u žen o 0,97 let. Obecně je naděje dožití při narození vyšší u žen než u mužů jak v Moravskoslezském kraji, tak v celé České republice. Vývoj naděje dožití u obou pohlaví kopíruje celorepublikový průměr, avšak naděje dožití při narození u obou pohlaví je zpravidla pod průměrnou hodnotou ČR (např. za rok 2020, ženy 81,38 let, muži 75,30 let).

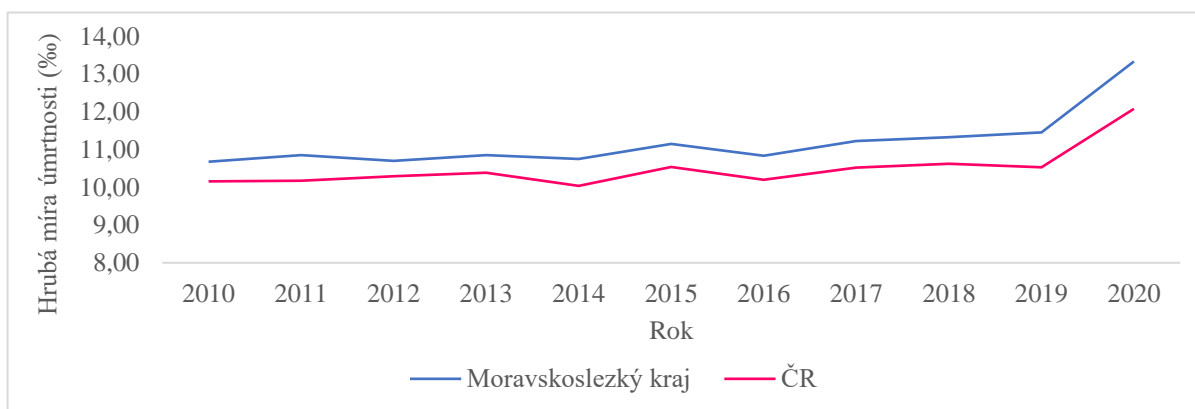
Obr. 4.2 Naděje dožití při narození dle pohlaví v Moravskoslezském kraji v letech 2010/2011-2019/2020



Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze, *Obyvatelstvo*. Vlastní zpracování

Hrubá míra úmrtnosti vyjadřuje úroveň úmrtnosti a je vymezena jako počet zemřelých připadajících na 1 000 obyvatel středního stavu. Na základě informací z Obr. 4.3 lze tvrdit, že ukazatel hrubé míry celkové úmrtnosti kopíruje průměrnou hodnotu České republiky a hodnota ukazatele za Moravskoslezský kraj je ve všech sledovaných letech vyšší. Ve většině případů je úmrtnost mužů vyšší než žen. (KHS MSK, 2021)

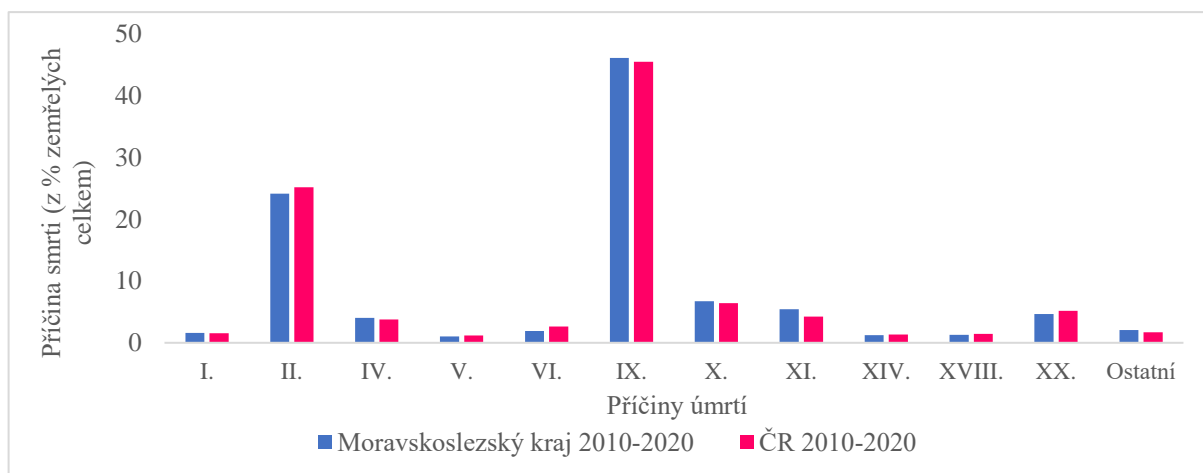
Obr. 4.3 Hrubá míra úmrtnosti v Moravskoslezském kraji v letech 2010-2020 (v ‰)



Zdroj: ČSÚ, *Demografické ukazatele za MSK, ČR*. Vlastní zpracování

Údaje o zemřelých podle příčin úmrtí jsou tříděny podle 10. decenální revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, která je platná od 1. 1. 1994. Mezi nejčastější příčiny úmrtí jak v celé České republice (51 299 úmrtí z celkové počtu 129 289 úmrtí v roce 2020), tak v Moravskoslezském kraji (6 436 úmrtí z celkového počtu 15 967 úmrtí v roce 2020) patří nemoci oběhové soustavy (infarkt myokardu, ostatní formy ischemické choroby srdeční, cévní nemoci mozku). Druhou nejčastější příčinou úmrtí, na celkovém počtu zemřelých, jsou novotvary (zhoubné novotvary) a třetí jsou nemoci dýchací soustavy. V rámci nemocí oběhové soustavy a dýchací soustavy se průměrná hodnota pohybuje lehce nad průměrnou hodnotou v České republice, jak dokumentuje Obr. 4.4.

Obr. 4.4 Zemřelí podle příčin úmrtí v Moravskoslezském kraji a ČR na celkovém počtu zemřelých, průměr za roky 2010-2020 (průměr, v %)



Zdroj: ČSÚ, *Demografické ukazatele za MSK, ČR*. Vlastní zpracování

Pozn. I. Některé infekční a parazitární nemoci; II. Novotvary; IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek; V. Poruchy duševní a poruchy chování; VI. Nemoci nervové soustavy; IX. Nemoci oběhové soustavy; X. Nemoci dýchací soustavy; XI. Nemoci trávicí soustavy; XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy; XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy; XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti.

Tab. 4.3 sleduje vývoj počtu zemřelých podle příčin smrti v Moravskoslezském kraji v letech 2010-2020. Je zřejmé, že v takřka všech letech jsou nejčastější příčinou smrti nemoci oběhové soustavy, novotvary a nemoci dýchací soustavy. V roce 2020 dosáhly nemoci ostatní větší

hodnoty než nemoci dýchací soustavy, což zapříčilo doplnění mezinárodní klasifikace nemocí o kapitolu XXII. Kódy pro speciální účely, do které spadá nemoc Covid-19. Největšího nárůstu v roce 2020 oproti roku 2010 na celkovém počtu zemřelých zaznamenaly nemoci ostatní, vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti a nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek. Například úmrtnost v souvislosti s poruchami duševními a poruchami chování (viz V.) a nemocemi nervové soustavy (viz VI.) ve sledovaném období vzrostla o 1,28 a 1,58 p.b. Naopak pokles úmrtnosti je evidován u nemoci oběhové soustavy, a to o 11,42 p.b., novotvarů (o 3,74 p.b.) a nemocí trávicí soustavy.

Tab. 4.3 Vývoj počtu zemřelých podle příčin úmrtí v Moravskoslezském kraji v letech 2010-2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2010/ 2020 (p.b.)
I.	107	189	211	203	208	245	259	227	203	240	272	0,90
II.	3 327	3 371	3 306	3 280	3 272	3 172	3 083	3 223	3 261	3 475	3 399	-3,74
IV.	282	377	348	460	538	596	701	572	675	660	801	2,90
V.	26	84	86	103	118	180	140	168	220	200	236	1,28
VI.	111	200	203	218	221	274	272	296	338	319	386	1,58
IX.	6 876	6 637	6 456	6 305	6 134	6 345	5 892	6 078	6 042	5 868	6 436	-11,42
X.	718	741	747	918	887	873	923	1 076	995	1 039	1 173	1,95
XI.	758	730	689	757	723	753	715	718	787	747	790	-0,75
XIV.	150	117	141	133	122	167	155	194	187	231	235	0,34
XVIII.	155	109	127	120	122	171	242	251	194	197	216	0,19
XX.	179	738	752	692	978	650	633	643	627	660	722	3,18
Ostatní	604	91	82	95	96	124	119	114	120	126	1 301	3,60
Celkem	13 293	13 384	13 148	13 284	13 117	13 550	13 133	13 560	13 649	13 762	15 967	

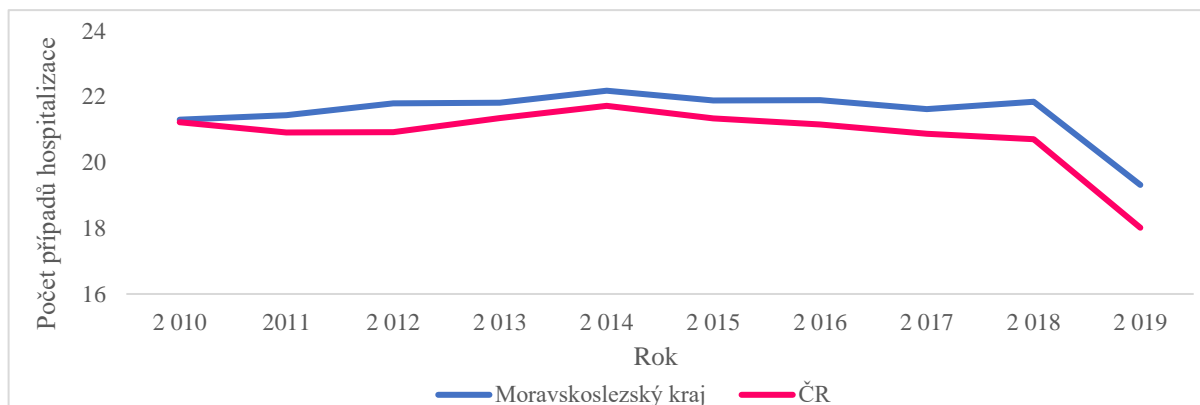
Zdroj: ČSÚ, *Demografické ukazatele za MSK*. Vlastní zpracování

Pozn. I. Některé infekční a parazitární nemoci; II. Novotvary; IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek; V. Poruchy duševní a poruchy chování; VI. Nemoci nervové soustavy; IX. Nemoci oběhové soustavy; X. Nemoci dýchací soustavy; XI. Nemoci trávicí soustavy; XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy; XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy; XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti.

4.3 Hospitalizace: vybrané nemoci

V MSK působí 20 nemocničních zařízení (k 31. 12. 2019), které poskytují akutní a následnou hospitalizační péči. Obr. 4.5 zobrazuje počet případů hospitalizace na 100 000 obyvatel v nemocnicích v Moravskoslezském kraji a v ČR v letech 2010-2019. Z uvedeného je zřejmé, že počet případů hospitalizace nevykazuje výrazné výkyvy vyjma roku 2019, jak v Moravskoslezském kraji, tak v celé ČR. Počet případů hospitalizace je ve všech letech vždy v Moravskoslezském kraji vyšší, než je průměr ČR.

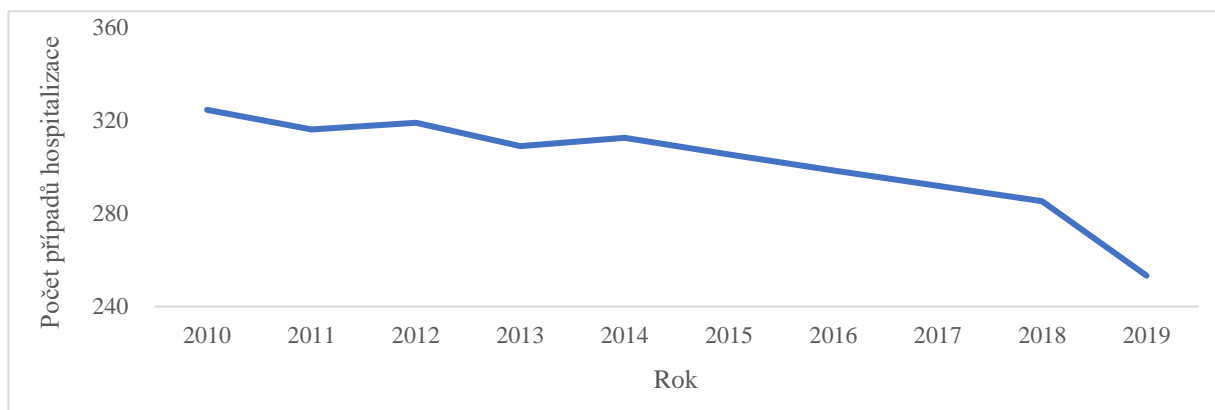
Obr. 4.5 Počet případů hospitalizace na 100 000 obyvatel v nemocnicích v Moravskoslezském kraji a ČR v letech 2010-2019, v tisících



Zdroj: ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka ČR 2010-2019*. Vlastní zpracování

Nemoci oběhové soustavy představují nejčastější příčinu hospitalizace v České republice. V roce 2019 se podílel počet případů hospitalizace na nemoci oběhové soustavy (I00-I99) na celkovém počtu hospitalizací v ČR 13,2 %.

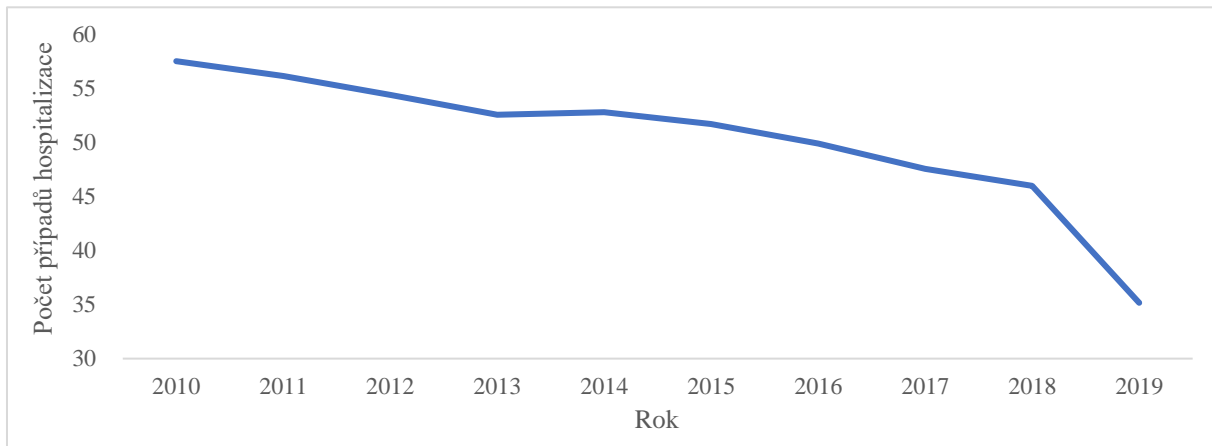
Obr. 4.6 Počet případů hospitalizace na nemoci oběhové soustavy (dg. I00-I99) v České republice v letech 2010-2019, v tisících



Zdroj: ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka ČR 2010-2019*. Vlastní zpracování

Obr. 4.6 dokumentuje počet případů hospitalizace v ČR v letech 2010-2019 na nemoci oběhové soustavy (dg. I00-I99). Z uvedeného je patrné, že dochází k postupnému snižování počtu pacientů. Mezi sledovanými hraničními roky došlo k poklesu počtu případů hospitalizace o 71 234.

Obr. 4.7 Počet případů hospitalizace na cévní onemocnění mozku (dg. I60-I69) v České republice v letech 2010-2019, v tisících



Zdroj: ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka ČR 2010-2019*. Vlastní zpracování

V rámci nemoci oběhové soustavy (viz Obr. 4.7) byly sledovány dg. I60-I69, tj. cévní onemocnění mozku, u kterých, je dle předchozí rešerše literatury, doporučována kognitivní rehabilitace z důvodu zlepšení kognitivního deficitu. Opět je patrné pokles počtu skupiny diagnóz ve sledovaných letech. Absolutní pokles v rámci let 2019/2010 byl 22 327. Bohužel nelze dále blíže z dostupných zdravotnických dat specifikovat konkrétní diagnózy.

4.4 Pacienti s duševními problémy

Vzhledem k tomu, že tzv. potencionální poptávku po kognitivní rehabilitaci tvoří, a to ve velké míře pacienti s duševními problémy je analyzována nemocnost v níže uvedených diagnózách²:

- F00*, G30... + Alzheimerova nemoc,
- F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických,
- F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy,
- F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy.

F00*, G30 – Alzheimerova nemoc – jedná se o primární degenerativní onemocnění mozku s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Typy Alzheimerovy nemoci: Alzheimerova nemoc s časným nástupem (F00.0; G30.0+), Alzheimerova nemoc s pozdním nástupem (F00.1*, G30.1+), Alzheimerova nemoc a typického nebo smíšeného typu (F00.2*, G30.9+).

F00-F09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických zahrnují demence různé etiologie. Jedná se např. vaskulární demence, demence u jiných nemocí zařazených jinde (Demence u Huntingtonovy nemoci, Demence u Parkinsonovy nemoci, Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci atd.), neurčená demence, organická porucha s bludy, organická úzkostná porucha.

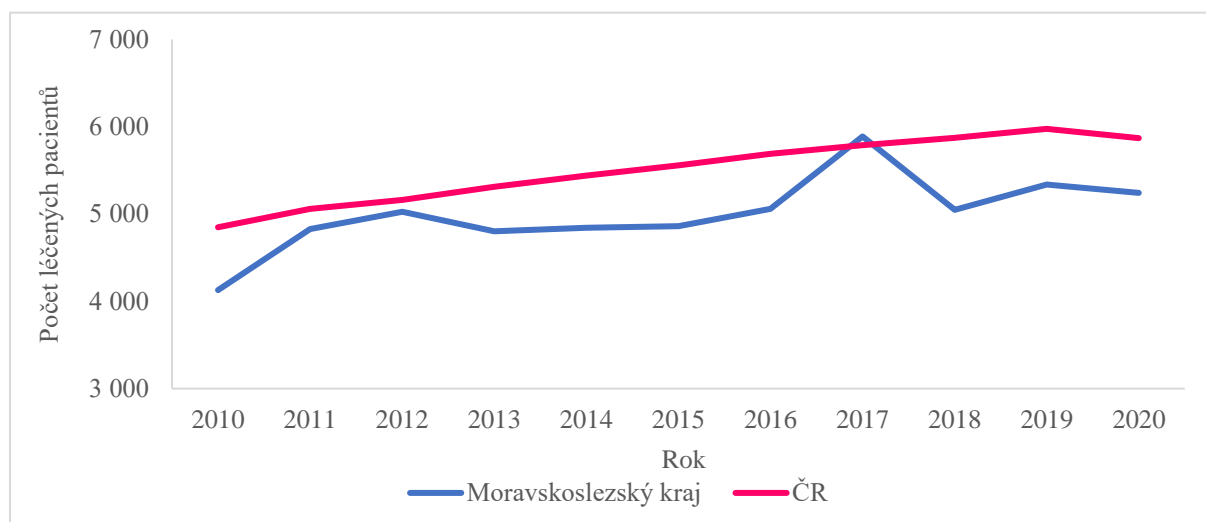
² Obecně se kognitivní rehabilitace týká i řady dalších duševních poruch a onemocnění, ke kterým je přidružený kognitivní deficit, ale ty nelze z hlediska dostupných dat zahrnout do analýzy. K těmto dalším duševním poruchám a onemocněním lze například zařadit poruchy způsobením užíváním návykových látek či poruchy příjmu potravy.

F20-F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Tyto duševní poruchy jsou zaměřeny na nemoci schizofrenie, schizotypální poruchy, poruchy s trvalými bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy a rovněž neurčené neorganické psychózy.

F40-F48 – Neurotické, stresové a somatoformní poruchy obsahují nemoci jako jsou fobické úzkostné poruchy, jiné anxiózní poruchy, obsedatně-nutkové poruchy, reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, konverzní poruchy, somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy.

V poslední dekádě let roste počet pacientů v ambulantních zdravotnických zařízeních psychiatrické péče jak v celé České republice, tak v Moravskoslezském kraji. V rámci České republiky byl zaznamenán meziroční nárůst pacientů o 2,1 %, vyjma posledního roku, kdy došlo k poklesu počtu pacientů o 1 %. V absolutní hodnotě byl nárůst počtu pacientů v roce 2020 oproti roku 2010 o 118 113. Počet pacientů psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji rovněž rostl v období 2010-2020 průměrným meziročním tempem 2,02 %. V Moravskoslezském kraji byl největší nárůst počtu pacientů mezi roky 2010/2011 a 2016/2017. V posledních dvou zkoumaných letech došlo k poklesu počtu pacientů o 2 %, v absolutním vyjádření o 1 379 pacientů, jak ilustruje Obr. 4.8.

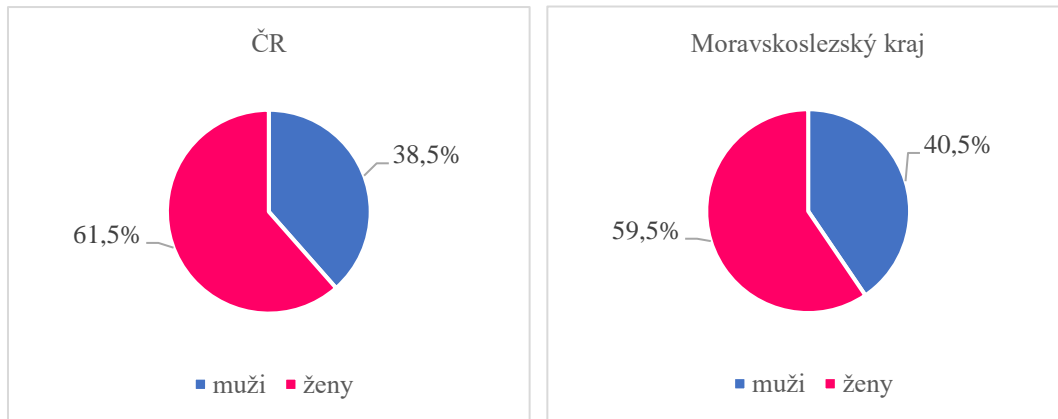
Obr. 4.8 Počet léčených pacientů u poskytovatelů ambulantních služeb s duševním onemocněním dg. F00-F99 v ČR a Moravskoslezském kraji na 100 000 obyvatel v letech 2010-2020



Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní portál hrazených zdravotních služeb*. Vlastní zpracování

V roce 2020 připadalo v celé České republice na 100 000 obyvatel 5 870 pacientů ošetřených v ambulantních zdravotních službách. Oproti počátku zkoumaného období se jedná o nárůst o 1021 pacientů na 100 000 obyvatel. Největší počet nemocných na 100 000 obyvatel v Moravskoslezském kraji byl v roce 2017, a to 5 889 pacientů na 100 000 obyvatel. Nárůst počtu pacientů vztahený k populaci v rámci zkoumaných hraničních let byl o 1 114 pacientů na 100 000 obyvatel.

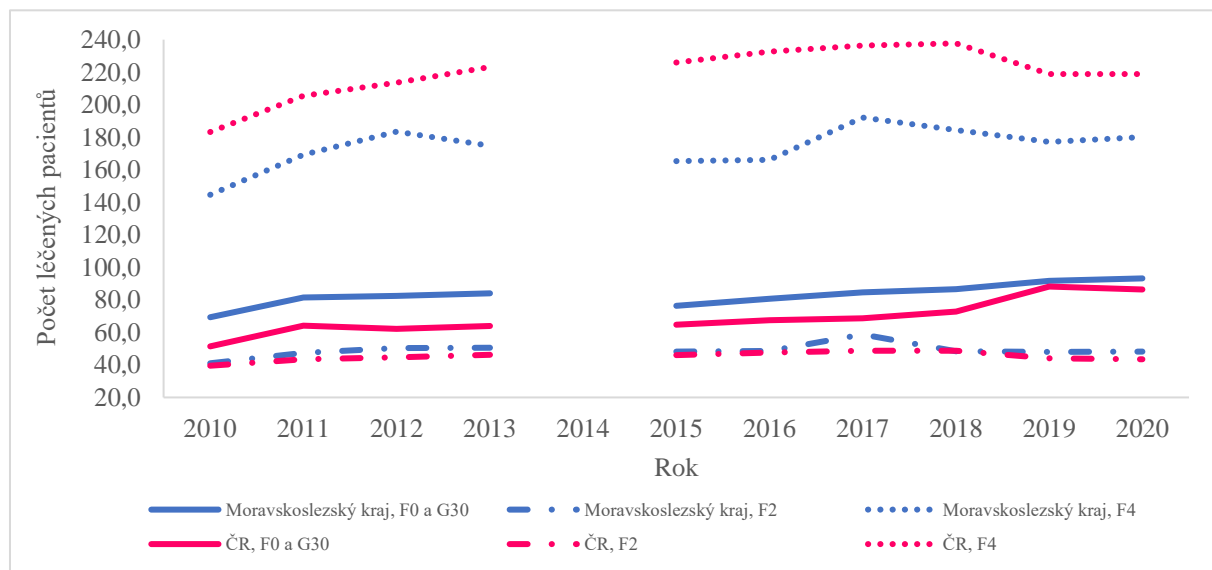
Obr. 4.9 Struktura pohlaví pacientů léčených u poskytovatelů ambulantních služeb s dg. F00-F99 v roce 2020, Česká republika, Moravskoslezský kraj



Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní portál hrazených zdravotních služeb*. Vlastní zpracování

Z hlediska pohlaví je jak v celé České republice, tak Moravskoslezském kraji více nemocných žen než mužů, jak dokumentují Obr. 4.9. Podíl žen v České republice v roce 2020 činil 61,46 %, v Moravskoslezském kraji 59,55 %.

Obr. 4.10 Vývoj počtu léčených pacientů u poskytovatelů ambulantních služeb dle vybraných psychiatrických diagnóz (F0 a G30, F2, F4 (bez F 42)) v České republice a Moravskoslezském kraji na 10 000 obyvatel v letech 2010-2020

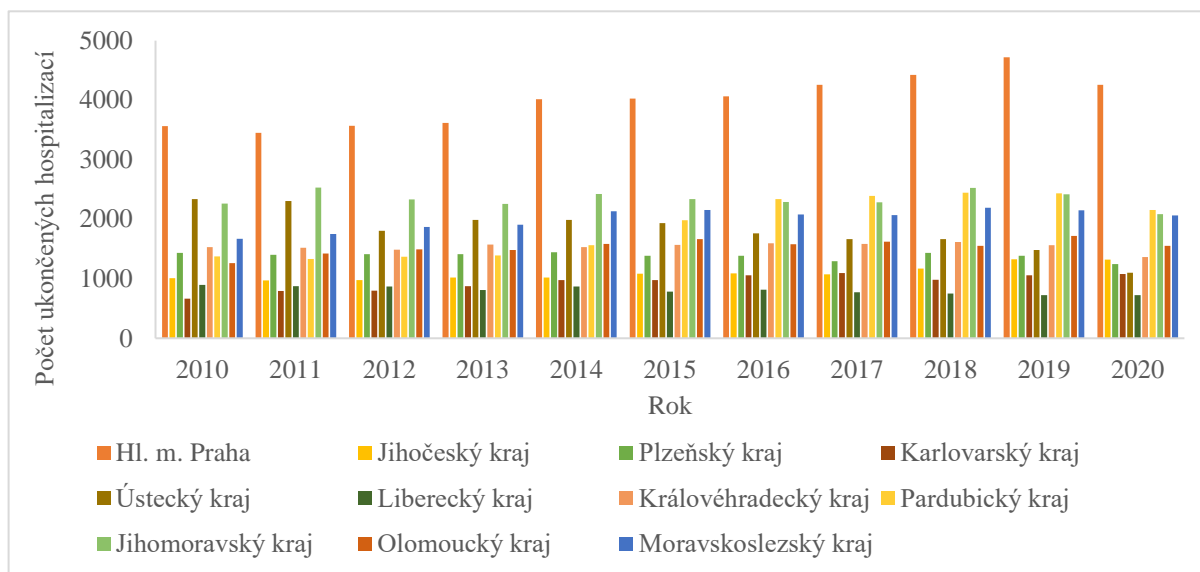


Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní portál hrazených zdravotních služeb*. Vlastní zpracování

Pozn. Data za rok 2014 nebyla z důvodu technologických a organizačních změn způsobu sběru získána od zpravodajských jednotek v dostatečně a kompletní podobě, nelze je tedy považovat za validní a nebylo možné je publikovat (ÚZIS ČR, 2020).

Obr. 4.10 znázorňuje vývoj počtu léčených pacientů u poskytovatelů ambulantní služeb podle vybraných skupin psychiatrických diagnóz. K největšímu nárůstu léčených pacientů došlo u diagnóz F4 (bez F42) Neurotické, stresové a somatické poruchy (o 41 481 pacientů) a F0 a G30 Organické duševní poruchy spolu s Alzheimerovou chorobou (o 38 306 pacientů). V rámci onemocnění F2 byl nárůst léčených pacientů o 4 892.

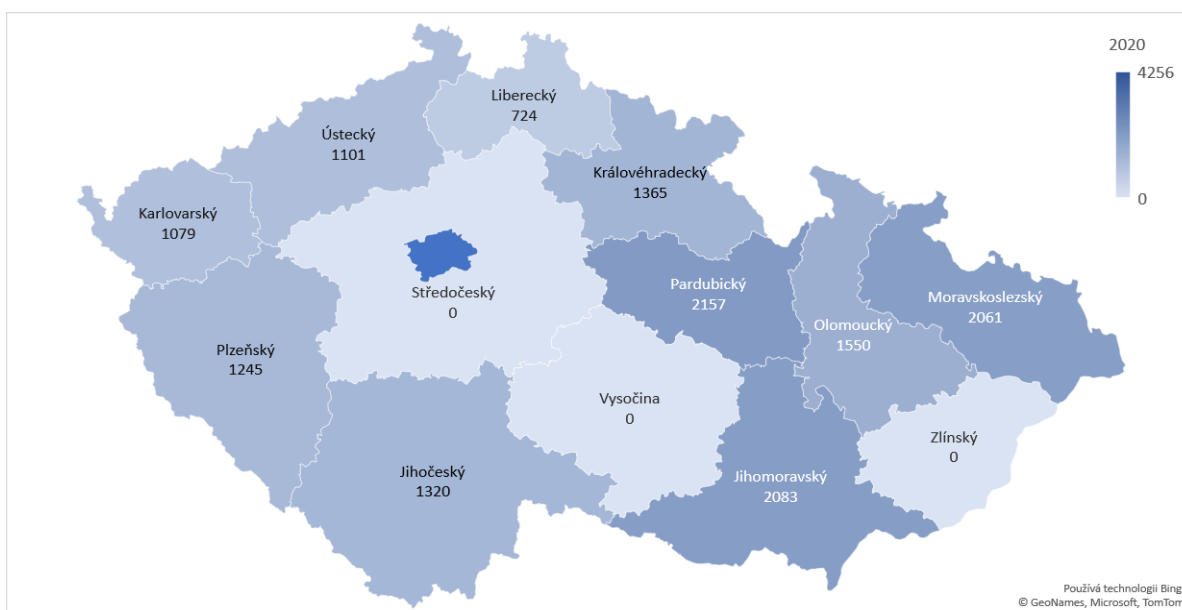
Obr. 4.11 Počet hospitalizovaných pacientů s dg. F00-F99 na odděleních psychiatrie nemocnic dle krajů zařízení v letech 2010-2020



Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní portál hrazených zdravotních služeb*. Vlastní zpracování

Obr. 4.11 ilustruje počet všech ukončených hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic v krajích ČR s diagnózou F00-F99. Ve Středočeském kraji, Kraji Vysočina a Zlínském kraji se nemocnice s psychiatrickým oddělením nenachází. Z Obr. 4.11 je patrné, že nejvíce ukončených hospitalizací bylo průměrně ve sledovaném období v Hlavním města Praha, Jihomoravském kraji a Moravskoslezském kraji. Celkový nárůst ukončených hospitalizací za ČR v roce 2020 oproti roku 2010 byl 970, avšak v roce 2020 počet ukončených hospitalizací oproti roku 2019 výrazně poklesl.

Obr. 4.12 Počet hospitalizovaných pacientů psychiatrické péče na odděleních psychiatrie dle krajů zařízení v roce 2020



Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní portál hrazených zdravotních služeb*. Vlastní zpracování

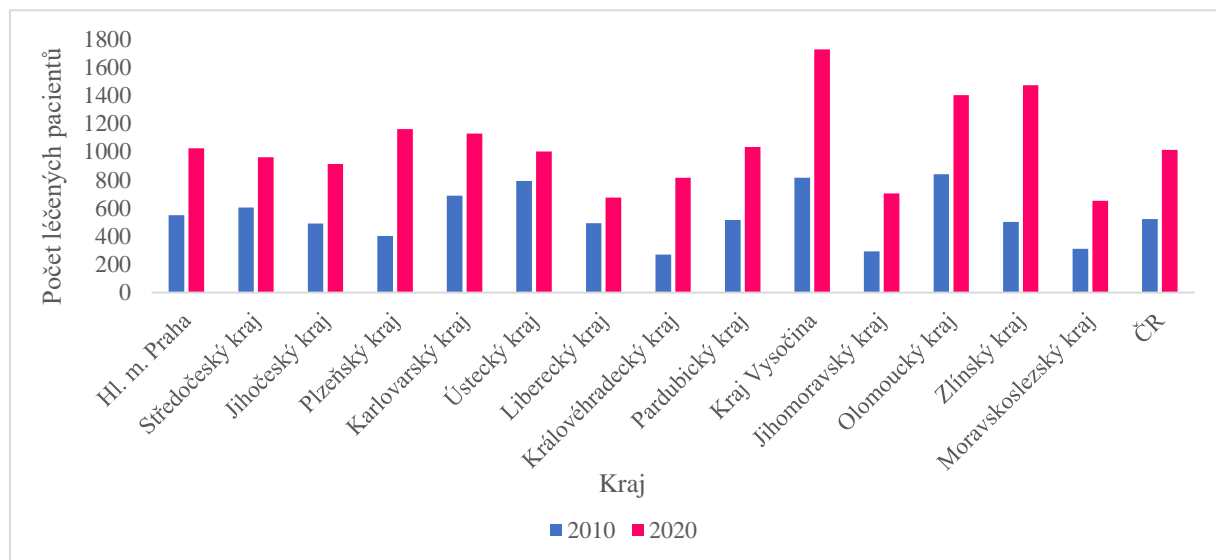
Počet hospitalizovaných pacientů psychiatrické péče na odděleních psychiatrie dle jednotlivých krajů, kde je lokalizováno dané zdravotnické zařízení za rok 2020, dodatečně ilustruje Obr. 4.12. Největší počet ukončených hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic je v Hlavním městě Praha, a to 4 256 za rok 2020. Přes 2 tisíce ukončených hospitalizací vykazují také Pardubický kraj, Jihomoravský kraj a Moravskoslezský kraj.

4.5 Vybraná duševní onemocnění v krajském srovnání

Níže uvedená analýza mezikrajského srovnání zohledňuje rovněž pohlaví a v případě Alzheimerovy choroby věk léčených pacientů.

Počet léčených pacientů 65+ s vykázanou dg. Alzheimerovy choroby (G30) ve sledovaném období 2010-2020 narůstá ve všech krajích ČR, jak ilustruje Obr. 4.13. Největší průměrný absolutní přírůstek byl zaznamenán ve Zlínském kraji a Kraji Vysočina. V rámci Moravskoslezského kraje došlo k navýšení počtu léčených pacientů o 339,23 pacientů na 100 000 obyvatel. Ve sledovaných letech byl v kraji zaznamenán průměrný relativní přírůstek o 7,65 % (v ČR +6,86 %). Jak uvádí ÚZIS ČR (Národní portál duševního zdraví), „vzhledem k celosvětově známé poddiagnostikovanosti pacientů s neurogenerativními onemocněními (třetina jedinců s Alzheimerovou nemocí není diagnostikována) lze předpokládat, že z dostupných dat je odhalena pouze špička ledovce“. Dle statistické predikce prevalence dg. G30 do roku 2030, kterou zpracoval ÚZIS ČR, v Moravskoslezském kraji je predikován nárůst počtu pacientů o 37,1 % do roku 2030.

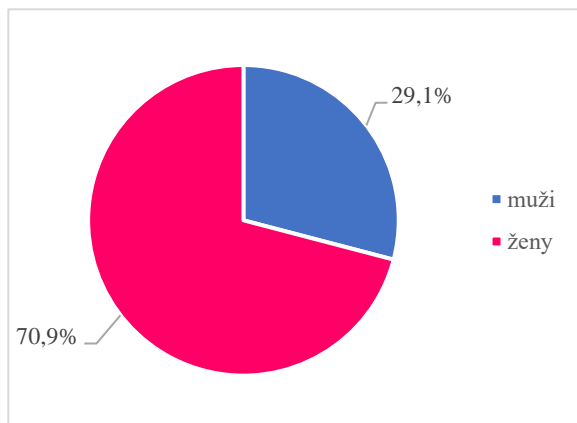
Obr. 4.13 Počet léčených pacientů 65+ Alzheimerovy choroby (G30) na 100 000 obyvatel v krajích ČR, 2010, 2020



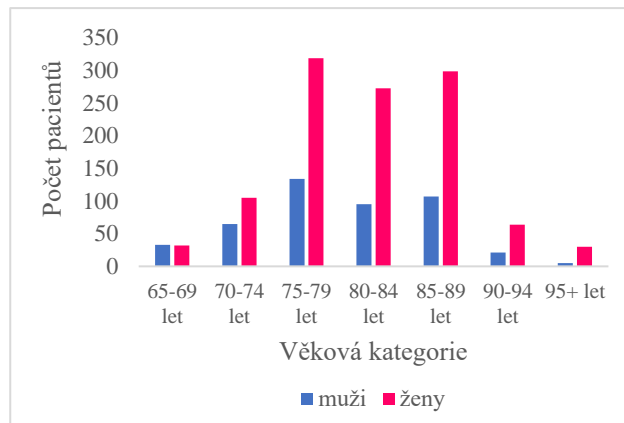
Zdroj: ÚZIS, Národní registr hrazených zdravotních služeb, 2010, 2020. Vlastní zpracování

Profil věku a pohlaví pacientů 65+ s dg. G30 dokumentují Obr. 4.14 a 4.15. Jak je patrné, tak ženy výrazně převyšují muže v počtu léčených pacientů a většina pacientů s vykázanou dg. G30 je ve věku 75-89 let. S věkem výrazně narůstá počet těchto pacientů v Moravskoslezském kraji, ve věku 85+ je vykázána dg. G30 u téměř 8 % obyvatel Moravskoslezského kraje.

Obr. 4.14 Struktura pohlaví pacientů 65+ s dg. G30 v Moravskoslezském kraji v roce 2020, v %



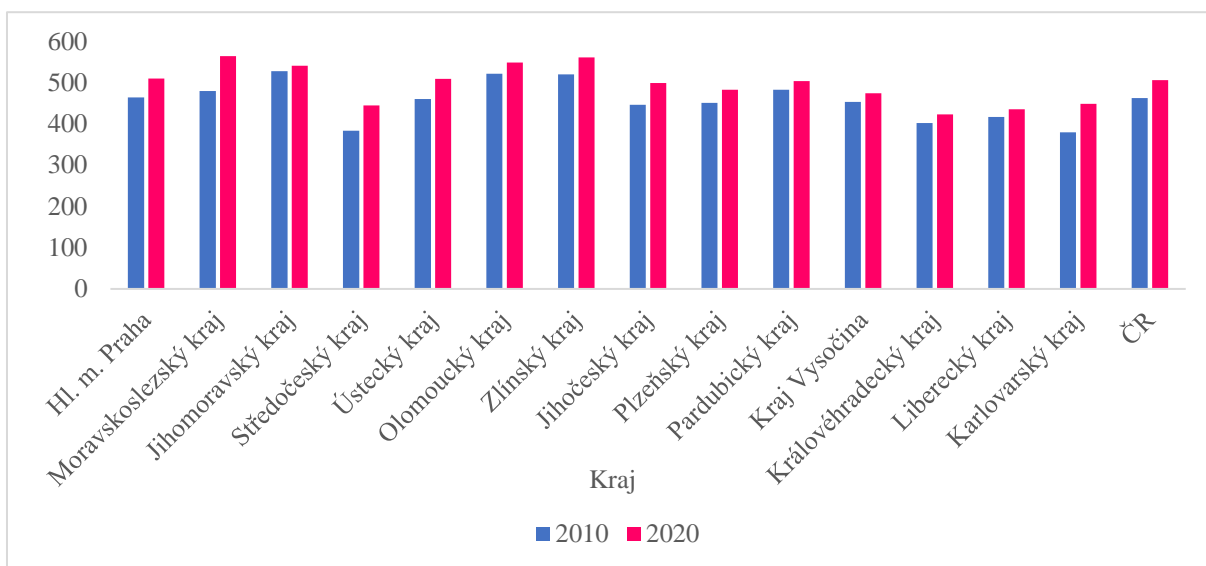
Obr. 4.15 Věková struktura pacientů 65+ s dg. G30 v Moravskoslezském kraji v roce 2020, v %



Zdroj: ÚZIS, Národní registr hrazených zdravotních služeb, 2010, 2020. Vlastní zpracování

Obr. 4.16 zobrazuje počet léčených pacientů v ambulancích zdravotních službách na dg. F20-F29 na 100 000 obyvatel v jednotlivých krajích ČR za roky 2010 a 2020. Z výše uvedeného je zjevné, že Moravskoslezský kraj se v roce 2020 umístil na 1. příčce v počtu léčených pacientů na dané diagnózy, konkrétně se jednalo o 563,62 pacientů na 100 000 obyvatel. Oproti roku 2010 došlo v daném kraji k nárůstu počtu léčených pacientů o 84,56 pacientů na 100 000 obyvatel, což byl největší nárůst počtu pacientů v rámci všech krajů ČR. Nejmenší nárůst léčených pacientů zaznamenal Jihomoravský kraj, a to konkrétně o 13,02 pacientů na 100 000 obyvatel.

Obr. 4.16 Počet léčených pacientů v ambulantní péči na psychotická onemocnění (F20-F29) na 100 000 obyvatel v krajích ČR, 2010, 2020



Zdroj: ÚZIS ČR, Národní registr hrazených zdravotních služeb, 2010, 2020. Vlastní zpracování

Tab. 4.4 dokumentuje vývoj a počet jednotlivých psychotických onemocnění v Moravskoslezském kraji v letech 2010-2020. Z uvedeného je patrné, že největší podíl zastupuje F20 Schizofrenie, a to z 54,4 % v roce 2020. Takřka ve všech typech diagnóz došlo k nárůstům počtu léčených pacientů. U diagnózy F20 se jedná o nárůst 23 %.

**T A
Č R**

Tab. 4.4 Počet léčených pacientů na jednotlivá psychotická onemocnění (F20-F29) v Moravskoslezském kraji v letech 2010-2020

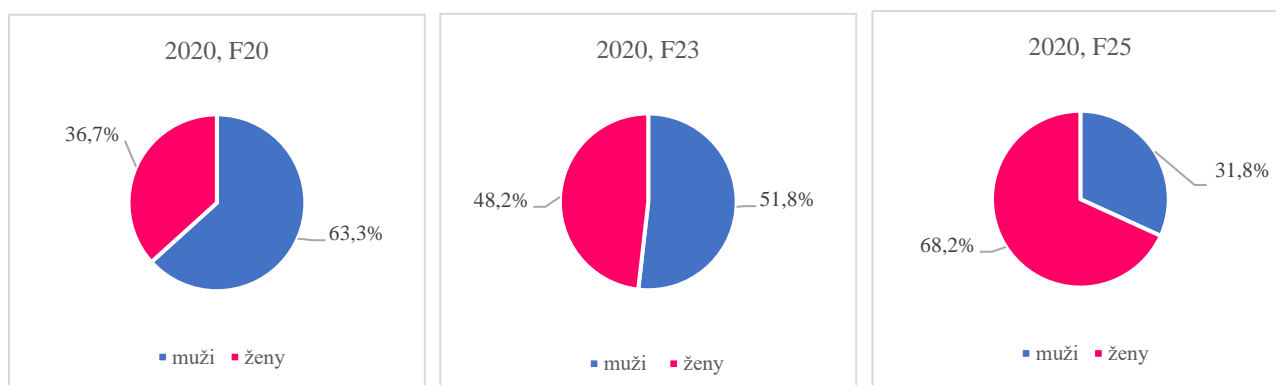
Diagnóza	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
F20	2814	2976	2987	3066	3150	3276	3361	3424	3483	3580	3660
F21	167	160	172	159	157	166	154	152	151	140	139
F22	758	764	742	743	742	754	745	749	711	966	681
F23	1042	1118	1087	1132	1137	1116	1186	1219	1230	1207	1158
F24	0	3	3	1	0	0	0	1	0	0	0
F25	1163	1160	1138	1155	1137	1126	1102	1091	1096	1088	1062
F28	11	11	11	16	14	18	15	11	14	17	13
F29	8	10	9	9	6	7	8	8	8	9	10
Celkem	5 963	6 202	6 149	6 281	6 343	6 463	6 571	6 655	6 693	6 740	6 723

Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr hrazených zdravotních služeb*, 2010, 2020. Vlastní zpracování

Pozn. F20 Schizofrenie; F21 Schizotypální porucha; F22 Poruchy s trvalými bludy; F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy; F24 Indukovaná porucha s bludy; F25 Schizoafektivní poruchy; F28 Jiné neorganické psychotické poruchy; F29 Neurčené neorganické psychózy.

Z hlediska struktury pacientů dle pohlaví u dg. F20 dominují muži, a to z 63,3 %, jak dokumentuje obr. 4.17. U dg. F23 již rozdíl není výrazný a u dg. F25 je situace v Moravskoslezském kraji opačná. Podíl žen s dg. F25 byl v roce 2020 z 68,2 %, podíl mužů byl 31,8 %.

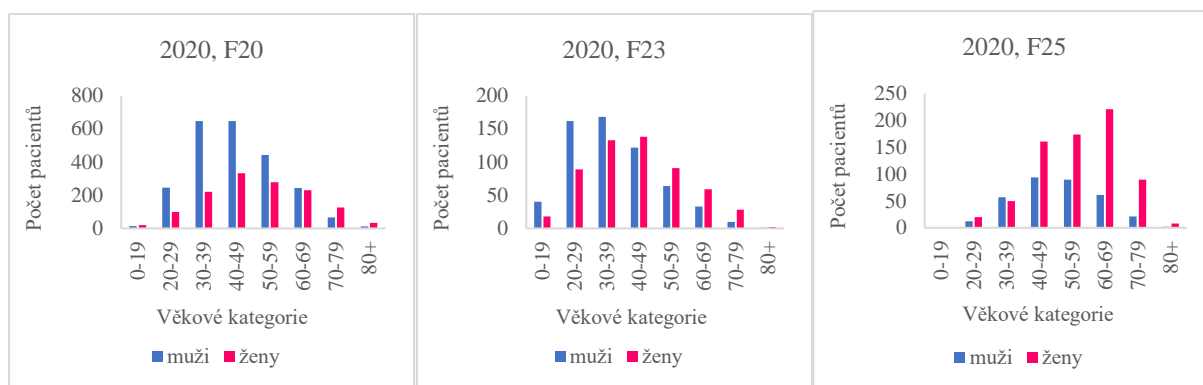
Obr. 4.17 Struktura pohlaví pacientů dg. F20, F23 a F25 v Moravskoslezském kraji v roce 2020, v %



Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr hrazených zdravotních služeb*, 2010, 2020. Vlastní zpracování

V rámci dg. F20 bylo v roce 2020 nejvíce pacientů ve věku 30-39 let (23,7 %) a 40-49 let (26,8 %). V obou věkových kategoriích výrazně dominovali muži, jak ukazuje Obr. 4.18. Stejná věková kategorie, tedy 30-39 let (26,0 %) a 40-49 let (22,5 %) byla zastoupena u dg. F23. V těchto věkových kategoriích již rozdíl mezi pohlavími nebyl výrazný, dokonce ve věkové kategorii 40-49 let ženy převýšily muže. U dg. F25 bylo nejvíce pacientů ve věkových kategoriích 50-59 let a 60-69 let, celkem 51,4 %. Z hlediska pohlaví v obou těchto kategoriích majoritní část pacientů tvořily ženy.

Obr. 4.18 Věková struktura pacientů s dg. F20, F23 a F25 v Moravskoslezském kraji v roce 2020, v %



Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr hrazených zdravotních služeb*, 2020. Vlastní zpracování

Statistická charakteristika věku a pohlaví pacientů s dg. F20 v Moravskoslezském kraji v roce 2020 dokumentuje Tab. 4.5. Jak již bylo uvedeno, tato diagnóza tvoří více než polovinu pacientů v dg. F20-F29. Průměrný věk mužů činil 44,47 let, žen 50,34 let.

Tab. 4.5 Struktura pohlaví a věku pacientů s dg. F20 v Moravskoslezském kraji v roce 2020

Pohlaví	N	Průměr (SD)	Medián (IQR)
Muž	2 318	44,47 (12,88)	43 (35,53)
Žena	1 342	50,34 (15,35)	49 (39,62)

Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr hrazených zdravotních služeb*, 2010, 2020. Vlastní zpracování

V roce 2020 byl počet pacientů s dg. F23 takřka shodný. Pacienti se lišili z hlediska věku. Průměrný věk mužů činil 37,23 let a žen 43,28 let, viz Tab. 4.6.

Tab. 4.6 Struktura pohlaví a věku pacientů s dg. F23 v Moravskoslezském kraji v roce 2020

Pohlaví	N	Průměr (SD)	Medián (IQR)
Muž	600	37,23 (13,63)	35 (27,45)
Žena	558	43,28 (14,95)	42 (31,53)

Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr hrazených zdravotních služeb*, 2010, 2020. Vlastní zpracování

S dg. F25 se v Moravskoslezském kraji v roce 2020 léčily převážně ženy, průměrný věk žen činil 55,95 let. U mužského pohlaví byl průměrný věk 50,50 let, jak zobrazuje Tab. 4.7.

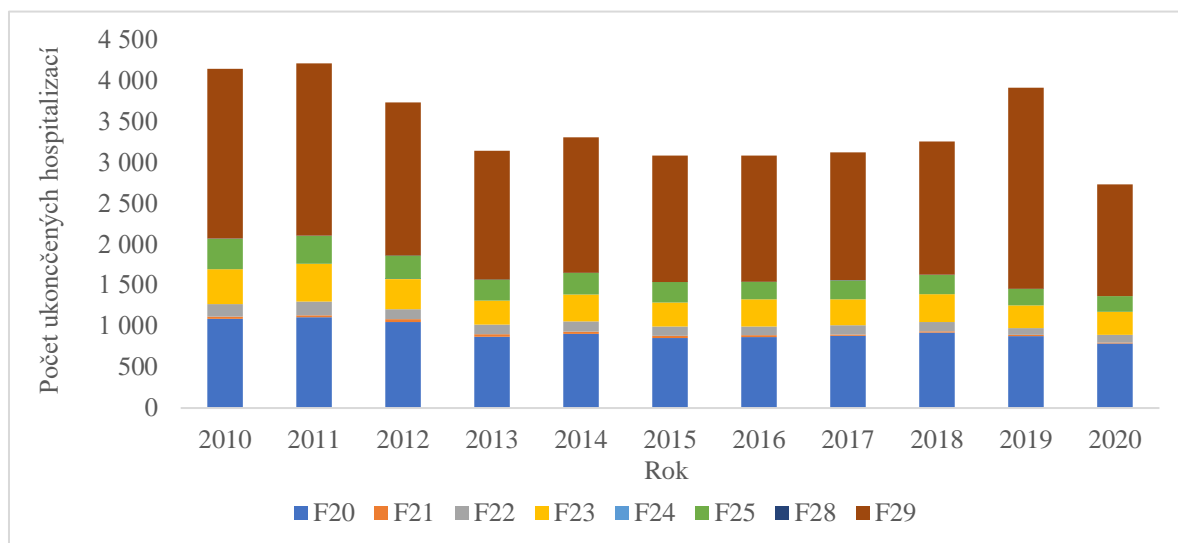
Tab. 4.7 Struktura pohlaví a věku pacientů s dg. F25 v Moravskoslezském kraji v roce 2020

Pohlaví	N	Průměr (SD)	Medián (IQR)
Muž	338	50,50 (12,43)	50 (42,59)
Žena	724	55,95 (12,44)	57 (47,65)

Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr hrazených zdravotních služeb*, 2010, 2020. Vlastní zpracování

Obr. 4.19 ilustruje vývoj počtu ukončených hospitalizací na psychosomatická onemocnění (F20-F29) v Moravskoslezském kraji v letech 2010-2020. Největší počet ukončených hospitalizací byl v roce 2011, dále pokračoval pokles a opět v roce 2019 nárůst počtu léčených pacientů. Z hlediska vybraných diagnóz, dg. F29 Neurčené neorganické psychózy je nejvíce zastoupenou diagnózou v rámci těchto onemocnění. Druhou nejčastější diagnózou léčenou v rámci lůžkových zařízení psychiatrické péče byla dg. F20 Schizofrenie.

Obr. 4.19 Počet léčených pacientů v hospitalizační péči na jednotlivá psychotická onemocnění (F20-F29) v Moravskoslezském kraji v letech 2010-2020



Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr hrazených zdravotních služeb*, 2020. Vlastní zpracování

4.6 Základní organizační formy a druhy zdravotní péče poskytované osobám s duševním onemocněním

Psychiatrická péče v oblasti zdravotnictví je poskytována zejména v ambulantní a lůžkové formě zdravotní péče. V rámci ambulantní formy je poskytována převážně v zařízeních specializované péče, a to konkrétně psychiatrie, dětské a dorostové psychiatrie, gerontopsychiatrie, návykové látky a sexuologie, jak uvádí Tab. 4.8.

Tab. 4.8 Počet poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb podle typu specializace v krajích ČR, 2020

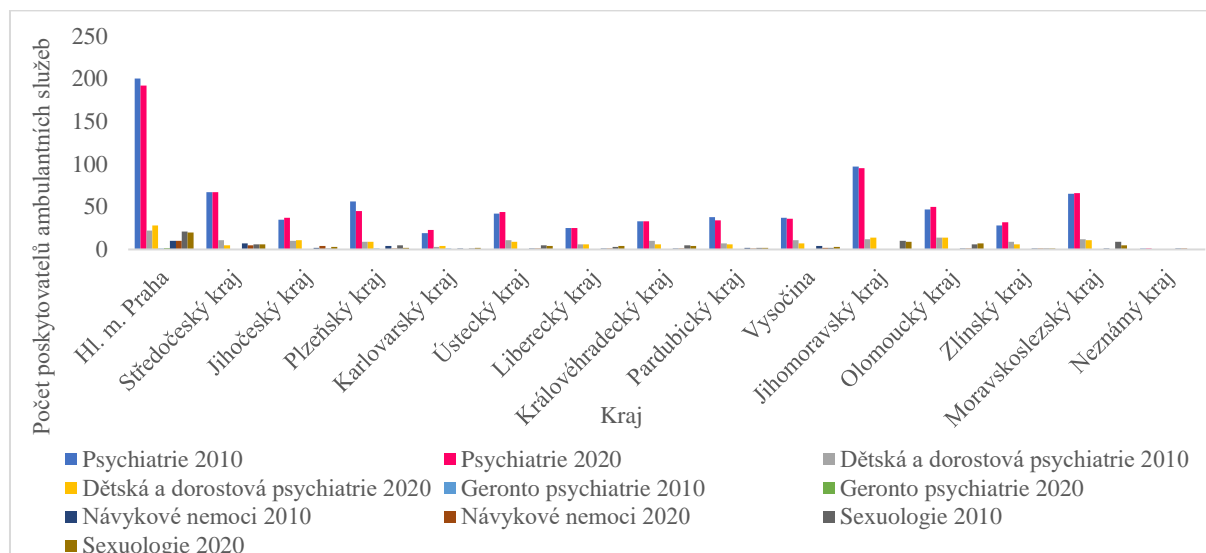
Kraj poskytovatele	Psychiatrie	Dětská a dorostová psychiatrie	Geronto-psychiatrie	Návykové látky	Sexuologie	Celkem	Počet na 100 000 obyvatel
Hl. m. Praha	193	28	2	11	20	254	19,14
Středočeský kraj	67	5	0	5	6	83	5,96
Jihočeský kraj	37	11	0	4	3	55	8,54
Plzeňský kraj	44	8	0	2	3	55	9,31
Karlovarský kraj	22	4	0	0	2	28	9,52
Ústecký kraj	44	9	0	1	4	58	7,08
Liberecký kraj	25	6	0	1	4	36	8,12
Královehradecký kraj	33	6	0	1	4	44	7,98
Pardubický kraj	34	6	0	1	2	43	8,22
Kraj Vysočina	36	7	0	2	3	48	9,41
Jihomoravský kraj	95	14	0	0	8	117	9,80
Olomoucký kraj	50	14	0	1	7	72	11,4
Zlínský kraj	32	6	0	1	1	40	6,88
Moravskoslezský kraj	66	11	0	0	5	82	6,85
ČR	778	165	2	29	71	1015	9,48

Zdroj: ÚZIS ČR, *Psychiatrická péče 2020*. Vlastní zpracování

Tabulka 4.8 dokumentuje počet poskytovatelů ambulantních psychiatrických zdravotních služeb dle jednotlivých krajů a specializace poskytovatele v roce 2020. Z tabulky 4.8 je patrné, že nejvíce poskytovatelů se nachází v Hl. m. Praha a Jihomoravském kraji. V přepočtu na počet

100 000 obyvatel je nejvíce těchto poskytovatelů v Hl. m. Praha a Olomouckém kraji. Moravskoslezský kraj má 6,85 poskytovatelů na 100 000 obyvatel, což jej řadí na druhou nejhorší pozici v rámci krajů. Nejnižší počet poskytovatelů ambulantních psychiatrických služeb na 100 000 obyvatel má Středočeský kraj s hodnotou 5,96.

Obr. 4.20 Vývoj sítě poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb podle typu specializace v krajích ČR, 2010, 2020



Zdroj: ÚZIS ČR, *Interní materiály*. Vlastní zpracování

Obr. 4.20 ilustruje počet poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb dle odborností a kraje za roky 2010 a 2020. Z obrázku je patrné, že celkový počet poskytovatelů za sledované roky klesl o 35, tj. 4,27 %. Z hlediska odbornosti psychiatrie největší pokles zaznamenal Plzeňský kraj (o 11 poskytovatelů), Hl. m. Praha (o 8 poskytovatelů). Naopak nárůst počtu poskytovatelů byl ve Zlínském kraji a Karlovarském kraji (4 poskytovatelé), Olomouckém kraji (3 poskytovatelé), Jihočeském a Ústeckém kraji (2 poskytovatelé) a v Moravskoslezském kraji (1 poskytovatel). Z hlediska trendu vývoje počtu poskytovatelů v letech 2010-2020, největší pokles poskytovatelů nastal v letech 2012 a 2013. Tento vývoj pokračoval až do roku 2015. Od roku 2016 došlo naopak k mírnému každoročnímu nárůstu počtu poskytovatelů.

V rámci odbornosti dětská a dorostová psychiatrie došlo k poklesu počtu poskytovatelů celkově o 11. V šesti krajích byl počet poskytovatelů nezměněný nebo došlo k velmi mírnému nárůstu (o 1 či 2 poskytovatele) vyjma Hl. m. Praha, kdy došlo k nárůstu o 6 poskytovatelů. Naopak v největší pokles poskytovatelů je evidován ve Středočeském kraji, Libereckém kraji a Kraji Vysočina.

Odbornost návykové nemoci zaznamenala mezi roky 2010 a 2020 pokles počtu poskytovatelů o 8 a odbornost sexuologie o 5 poskytovatelů.

V lůžkových zdravotnických zařízeních je zajišťovaná jak akutní, tak následná zdravotní péče v těchto typech zařízení:

- v psychiatrických nemocnicích/léčebnách,
- v psychiatrických oddělení nemocnic,
- ve specializovaných lůžkových zařízeních.

**T A
Č R**

Tab. 4.9 Počet lůžek v psychiatrických nemocnicích/léčebnách v letech 2010-2020 dle krajů (standardní péče + péče v odborných léčebných ústavech)

Kraj poskytovatele	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hl. m. Praha	1727	1680	1680	1610	1600	1624	1629	1596	1596	1772	1539
Středočeský kraj	651	651	651	651	651	658	658	650	645	636	636
Jihočeský kraj	398	398	388	388	388	388	368	348	354	380	380
Plzeňský kraj	1326	1308	1308	1301	1301	1306	1306	1301	1301	1301	1283
Karlovarský kraj	45	30	45	43	52	52	77	52	52	52	77
Ústecký kraj	858	858	823	803	803	803	803	803	803	793	720
Liberecký kraj	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
Královéhradecký kraj	223	223	223	223	223	223	223	223	223	223	223
Pardubický kraj	91	86	86	86	86	116	116	116	116	116	145
Kraj Vysočina	1375	1365	1365	1325	1325	1325	1325	1325	1325	1303	1275
Jihomoravský kraj	983	983	958	918	888	888	888	888	888	888	888
Olomoucký kraj	773	759	757	757	739	739	739	738	738	738	802
Zlínský kraj	1064	1014	1014	959	959	959	947	899	873	899	874
Moravskoslezský kraj	1061	1018	948	939	939	951	951	951	901	901	830
ČR	10651	10449	10332	10079	10030	10108	10106	9966	9891	10078	9748

Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb*. Interní data ÚZIS ČR. Vlastní zpracování

Celkový počet lůžek v psychiatrických nemocnicích/léčebnách v čase klesá, jak uvádí Tab. 4.9. V psychiatrických nemocnicích/léčebnách klesl počet lůžek od roku 2010 o 903 lůžek. Z hlediska Moravskoslezského kraje je tento druh zdravotnických zařízení zastoupen Psychiatrickou nemocnicí v Opavě a Odborným léčebným ústavem, jenž organizačně spadá pod tuto nemocnici. Celkový počet lůžek těchto zařízení v Moravskoslezském kraji klesl o 231 lůžek. V rámci procesu reformy psychiatrické péče dochází ke změnám počtu lůžek z hlediska jejich typu. Do roku 2013 nebyla v psychiatrických nemocnicích/léčebnách akutní lůžková péče poskytována, veškerá lůžka byla lůžky následné péče. K 31. 12. 2020 bylo již evidováno v rámci České republiky 320 lůžek akutní péče v léčebnách pro dospělé.

Tab. 4.10 Počet lůžek akutní péče na psychiatrických odděleních nemocnic v letech 2010-2020 dle krajů

Kraj poskytovatele	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hl. m. Praha	352	332	332	320	320	320	320	320	320	320	320
Středočeský kraj	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jihočeský kraj	65	65	65	65	65	65	65	65	65	91	91
Plzeňský kraj	101	98	98	96	96	96	96	91	91	91	91
Karlovarský kraj	45	30	45	43	52	52	77	52	52	41	77
Ústecký kraj	121	121	86	86	86	86	86	86	86	86	86
Liberecký kraj	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
Královéhradecký kraj	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167	167
Pardubický kraj	106	101	101	101	101	135	135	135	135	135	135
Kraj Vysočina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jihomoravský kraj	189	189	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Olomoucký kraj	103	89	87	87	87	87	87	86	86	86	86
Zlínský kraj	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moravskoslezský kraj	84	76	76	76	76	88	88	88	88	88	88
ČR	1409	1344	1307	1291	1300	1346	1371	1340	1340	1366	1391

Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb*. *Psychiatrická péče 2020*. Vlastní zpracování

Vývoj počtu lůžek na psychiatrických odděleních nemocnic dle jednotlivých krajů ČR dokumentuje tabulka 4.10. Celkový počet lůžek ve sledovaném období postupně klesal, a to o 1,28 % lůžek. Nejvíce lůžek se nachází v Hl. m. Praha (320 lůžek), v Jihomoravském kraji

**T A
Č R**

(174 lůžek) a Královéhradeckém kraji 167 lůžek). Ve Středočeském kraji, Zlínském kraji a Kraji Vysočina se žádné nemocnice s psychiatrickými lůžky nenacházejí. V Karlovarském kraji a Jihočeském kraji došlo k nárůstu počtu úložek téměř o třetinu. V Moravskoslezském kraji se počet lůžek od roku 2015 stabilizoval na počet 88 lůžek. Akutní lůžkovou psychiatrickou péči poskytovaly CNS-Centrum Třinec, s.r.o., Nemocnice Havířov, p.o., Fakultní nemocnice Ostrava a do roku 2018 také Městská nemocnice Ostrava, p.o.

Tab. 4.11 Počet poskytovatelů zdravotních služeb dle odbornosti psychiatrie a formy zdravotní péče, k 31. 12. 2021

Forma zdravotní péče	Okres	Počet poskytovatelů	Počet zařízení/ pracovišť
Ambulantní péče	Karviná (1), Ostrava-město (4)	5	5
Specializovaná ambulantní péče	Bruntál (6), Opava (18), Karviná (14), Nový Jičín (8), Ostrava-město (22), Frýdek-Místek (9)	64	77
Akutní lůžková péče standartní	Opava (1), Karviná (1), Ostrava-město (1), Frýdek-Místek (1)	4	4
Stacionární zdravotní péče	Opava (2), Karviná (1), Ostrava-město (3), Frýdek-Místek (1)	7	7
Následná zdravotní péče standartní	Opava (1)	1	1
Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta	Ostrava-město (3)	3	3

Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb*. Vlastní zpracování

Tabulka 4.11 uvádí počet smluvních poskytovatelů zdravotních služeb dle jednotlivých forem zdravotní péče a dle lokalizace v rámci jednotlivých okresů Moravskoslezského kraje, kterým bylo uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Ambulantní služby jsou poskytovány zejména v specializovaných ambulantních zařízeních v ordinační době dané ambulance, ale i mimo ordinaci např. v nemocnicích, ve vlastním sociálním prostředí pacienta, v zařízení sociální péče. Ambulantní péči v oboru psychiatrie poskytuje pět poskytovatelů (Městská nemocnice Ostrava, p.o., CDZ, Záchytná stanice, Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s, Nemocnice Havířov, p.o, Fakultní nemocnice Ostrava, Městská nemocnice Ostrava, p.o.). Z tabulky 4.11 je dále patrné, že zastoupení specializované ambulantní péče je z hlediska územního pokrytí nerovnoměrné. V okrese Bruntál se nachází pouze 6 poskytovatelů specializované ambulantní péče, včetně nemocnice Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o. V okrese Opava je lokalizováno z hlediska druhu zařízení 16 samostatných ordinací lékaře specialisty včetně 1 ordinace pro děti a dorost (Ambulance Esperanza s.r.o.), Centrum duševního zdraví Opava a ambulantní péči rovněž poskytuje Psychiatrická nemocnice v Opavě. 14 ambulantních specialistů poskytuje psychiatrickou péči v okrese Karviná, kde je zastoupena také Nemocnice AGEL Český Těšín a.s. jako nemocniční zařízení. V okrese Nový Jičín se nachází 8 zařízení poskytovatelů zdravotní psychiatrické péče včetně THERAPON 98, a.s., jenž z hlediska druhu zařízení spadá pod nemocnici následné péče. V rámci okresu Ostrava působí celkem 22 registrovaných poskytovatelů, z toho z hlediska druhu zařízení jsou 3 sdružení ambulantní zařízení – velké, Centrum duševního zdraví a dále samostatné ordinace lékaře specialisty. Poskytovatelé akutní

lůžkové péče se nacházejí pouze ve čtyřech okresech Moravskoslezského kraje, stejně tak poskytovatelé stacionární zdravotní péče. Stacionární zdravotní péče je poskytována jak v samostatných ordinacích lékaře specialisty, tak například psychoterapeutickými pracovníky. Následná péče je zastoupena pouze jedním poskytovatelem, a to Psychiatrickou nemocnicí v Opavě. Psychiatrická péče je také nabízena ve formě zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kterou poskytují tři poskytovatele zdravotních služeb, a to Dům duševního zdraví, s.r.o., Městská nemocnice Ostrava, p.o., CDZ a MUDr. Jiří Starý, s.r.o.

Přehled poskytovatelů lůžkové péče oboru psychiatrie a jejich kapacit k 31. 12. 2021 uvádí tabulka 4.12. Největší zastoupení lůžek akutní péče standardní mají Nemocnice Havířov, p.o., CNS-Centrum Třinec s.r.o. a Psychiatrická nemocnice Opava. Oddělení psychiatrie Fakultní nemocnice Ostrava disponuje 24 lůžky akutní péče standardní.

Tab. 4.12 Přehled poskytovatelů lůžkové péče oboru psychiatrie (odbornost 3H5, 3F5) v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2021

Název poskytovatele zdravotních služeb	Okres	Zřizovatel	Počet lůžek
CNS-Centrum TŘINEC s.r.o.	Frýdek-Místek	Soukromý subjekt	42 + 8 (pro platící pacienty)
Nemocnice Havířov, p.o.	Karviná	Moravskoslezský kraj	44
Psychiatrická nemocnice v Opavě	Opava	Ministerstvo zdravotnictví ČR	40 (akutní) + 338 (následná) + 354 (stacionární)
Fakultní nemocnice Ostrava	Ostrava-město	Ministerstvo zdravotnictví ČR	24

Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb*. Vlastní zpracování

CNS-Centrum Třinec s.r.o. – Privátní psychiatrická klinika v Třinci poskytuje zdravotní péči v rámci tří ambulancí a dvou lůžkových oddělení. Kapacita lůžkových oddělení je 50 lůžek (42 nasmlouvaných se zdravotními pojišťovnami a 8 lůžek pro platící klienty).

Psychiatrické oddělení Nemocnice Havířov, p.o. nabízí ambulantní péči (v rámci akutní psychiatrické ambulance, klinické psychologie a psychiatrické ambulance pro dospělé) a akutní péči o duševní zdraví pro pacienty od 18 let věku, kterou zajišťuje v plném diagnostickém spektru oboru. Rovněž zajišťuje sociální péči po propuštění pacienta.

Psychiatrická nemocnice v Opavě je státním psychiatrickým zařízením určeným pro diagnostiku a léčbu širokého spektra duševních onemocnění včetně dětské psychiatrie. V rámci svých služeb nabízí komplexní, vysoce specializovanou psychiatrickou, psychologickou a sociálně-zdravotní péči. Disponuje celkem 732 lůžky.

Psychiatrické oddělení Fakultní nemocnice Ostrava je zařízením poskytující ambulantní, stacionární a lůžkovou péči pacientům v akutním stavu, s širokým spektrem duševních onemocnění. Součástí ambulantní péče je pohotovostní psychiatrická ambulance, ambulantní péče pro dospělé, ambulantní péče pro děti a denní stacionář. Denní stacionář byl zprovozněn v roce 2017 a jeho cílem je poskytování komplexní rehabilitační péče a umožnění přechodu pacientů z lůžkových oddělení do režimu intenzivní ambulantní péče (FNO, 2022). Cílovou skupinou pacientů denního stacionáře jsou pacienti s psychotickými poruchami a pacienti s neurotickými poruchami. Od 1. 1. 2021 vznikl ve Fakultní nemocnici Ostrava multidisciplinární tým duševní zdraví pro děti a adolescenty (0-18 let) a jejich rodiče, který

poskytuje komplexní zdravotní služby, sociální a pedagogické služby v oblasti duševního zdraví.

4.7 Dostupnost psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji

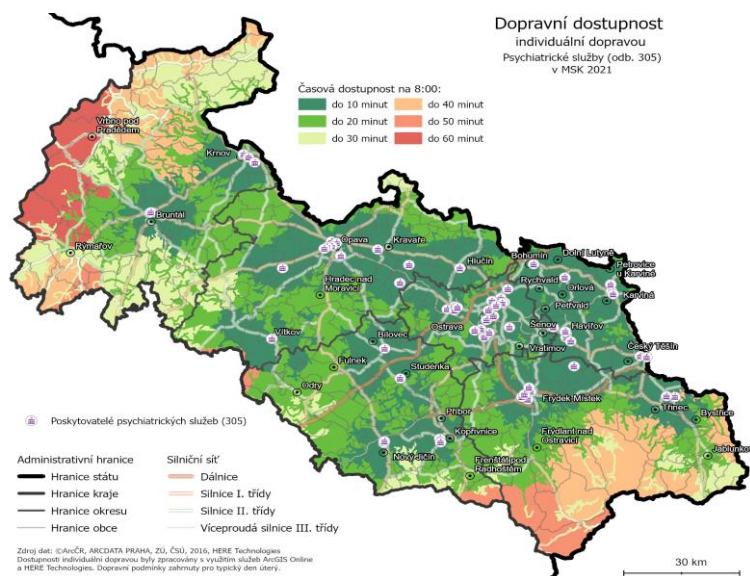
Místní a časová dostupnost zdravotní péče je upravena nařízením vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, které navazuje na stanoviska zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotní pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 48/1997 Sb., v § 40 vymezuje místní dostupnost následovně: „*Místní dostupností se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce. Místní dostupnost se vyjadřuje dojezdovou dobou. Místní dostupnost zdravotnické záchranné služby stanoví zákon, upravující zdravotnickou záchrannou službu. Dojezdovou dobou se pro účely tohoto zákona rozumí doba v celých minutách, která odpovídá efektivní dostupnosti místa dopravním prostředkem rychlostí, která je přiměřená typu pozemní komunikace a je v souladu se zákonem upravujícím provoz na pozemních komunikacích. Dojezdové doby stanoví vláda nařízením.*“

Jak poukazuje Šidlo a kol. (2017), vymezení místní dostupnosti je v těchto legislativních normách příliš obecné, nekonkretizuje parametry (např. způsob dopravy, typ dopravního prostředku, stanovení průměrné rychlosti pro daný typ komunikace) na základě kterých by bylo možné dostupnost zdravotní péče v ČR objektivně hodnotit, avšak nařízení vlády č. 372/2011 Sb. je doposud (rok 2022) jediným platným legislativním dokumentem, který místní dostupnost stanovuje.

Místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných poskytovateli ambulantní péče dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb. je stanovena v dojezdové době 60 minut, místní dostupnost hrazených služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče v čase 120 minut. Mapové výstupy byly zpracovány s využitím geografických informačních systémů (GIS) společnosti Esri (ArcGIS Online) a Here, jehož informace byly integrovány do ArcGIS online. Základními vstupními parametry byly automobilová doprava, den úterý v čase 8 hod. ráno. Jednotlivé barevné škály zobrazené na mapách odlišují definované časové intervaly, zpravidla po 10 minutách. Průměrné rychlosti jednotlivých typů komunikací byly vymezeny dle Hudeček, 2010, Šidlo a kol., 2017. Seznam smluvních zdravotnických zařízení vycházející z databáze Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR obsahoval následující údaje: identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb, název poskytovatel zdravotních služeb, adresní údaje, datum zahájení činnosti, právní formu poskytovatele, obor zdravotní péče.

Obr. 4.21 a Obr. 4.22 zobrazují místní dostupnost psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji na základě údajů o lokalizaci daného poskytovatele poskytnuté VZP ČR.

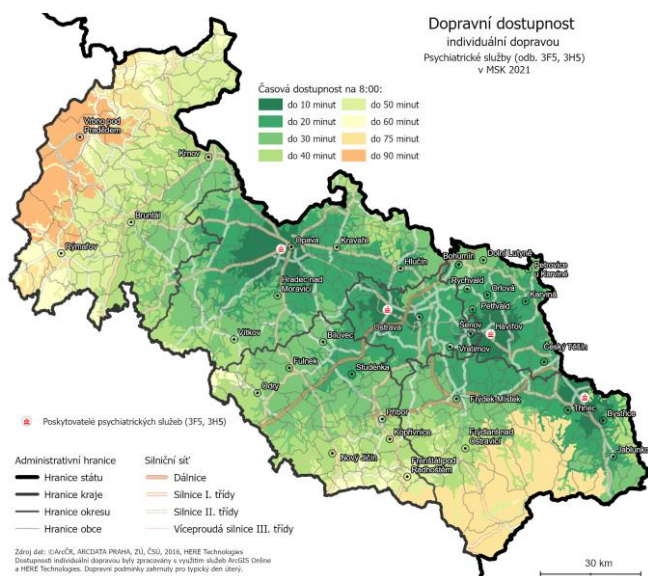
Obr. 4.21 Místní dostupnost poskytovatelů ambulantní péče oboru psychiatrie (odbornost 305)



Zdroj: Vlastní zpracování

Jak je patrné z obr. 4.21 poskytovatelé ambulantní péče oboru psychiatrie jsou rozmístění v rámci území Moravskoslezského kraje velmi nerovnoměrně a koncentrují se zejména do větších měst. Zejména v okrese Bruntál se nachází problematická území s horší dostupností psychiatrické péče. Ačkoliv je prostorová dostupnost dle nařízení vlády splněna, nutno však podotknout, že značná část území se dotýká hraničního časového pásma 60 minut.

Obr. 4.22 Místní dostupnost poskytovatelů lůžkové péče oboru psychiatrie (odbornost 3F5, 3H5)



Zdroj: Vlastní zpracování

Dostupnost lůžkové psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji ilustruje mapový výstup na obr. 4.22. Ačkoliv je hraniční pásmo pro zajištění dostupnosti tohoto oboru zdravotní péče do 120 minut, tak v rámci modelování dostupnosti tento hraniční časový úsek nemusel být využit, neboť je dostupnost naplněna již do 90 minut. Péči občanů Moravskoslezského kraje zajišťují čtyři poskytovatelé lůžkové zdravotní péče včetně Psychiatrické nemocnice Opava.

4.8 Základní organizační formy a druhy zdravotní péče poskytované osobám s neurologickým onemocněním

Síť smluvních poskytovatelů ambulantní péče oboru neurologie zobrazuje Tab. 4.13. Z uvedeného je patrné, že ambulantní péče jako jedna z nejdůležitějších složek zdravotnického systému je zastoupena celkem 99 poskytovateli zdravotních služeb. Akutní lůžkovou péči poskytuje 10 poskytovatelů zdravotních služeb a forma stacionární zdravotní péče je zastoupená 6 poskytovateli.

Tab. 4.13 Počet poskytovatelů zdravotních služeb dle odbornosti neurologie a formy zdravotní péče, k 31. 12. 2021

Forma zdravotní péče	Okres	Počet zařízení poskytovatelů
Ambulantní péče	Karviná (4), Ostrava-město (5), Frýdek-Místek (5)	14
Specializovaná ambulantní péče	Bruntál (5), Opava (12), Karviná (18), Nový Jičín (11), Ostrava-město (27), Frýdek-Místek (12)	85
Akutní lůžková péče	Bruntál (1), Opava (1), Karviná (2), Nový Jičín (1), Ostrava-město (3), Frýdek-Místek (2)	10
Stacionární zdravotní péče	Opava (1), Karviná (1), Nový Jičín (1), Ostrava-město (1), Frýdek-Místek (2)	6

Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb*. Vlastní zpracování

Přehled poskytovatelů lůžkové péče v oboru neurologie dokumentuje Tab. 4.14. Fakultní nemocnice Ostrava je z hlediska nabídky kapacity, tj. počtu lůžek, největší. Neurologická klinika FNO disponuje 49 lůžky akutní péče standartní a 13 lůžky intenzivní péče. Neurologická klinika z hlediska funkcí se dělí na Komplexní cerebrovaskulární centrum, Centrum pro léčbu demyelinizačních onemocnění, Centrum pro poruchy spánku a bdění, Certifikované centrum pro diagnostiku a léčbu bolesti hlavy, Centrum pro kognitivní poruchy, Kognitivní laboratoř aj. Komplexní zdravotní, diagnostickou a léčebnou péči v oboru neurologie poskytuje pro obyvatele celého Moravskoslezského kraje.

Tab. 4.14 Přehled poskytovatelů lůžkové péče oboru neurologie (odbornost 2H9, 2F9) v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2021

Název poskytovatele zdravotních služeb	Okres	Počet lůžek (intenzivní a standartní)
Sdružené zdravotnické zařízení Krnov	Bruntál	35
Slezská nemocnice Opava, p.o.	Opava	29
Nemocnice Havířov, p.o.	Karviná	26
Karvinská hornická nemocnice a.s.	Karviná	35
Nemocnice AGEL Nový Jičín a.s.	Nový Jičín	36
Městská nemocnice Ostrava	Ostrava-město	46
Fakultní nemocnice Ostrava	Ostrava-město	62
Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.	Ostrava-město	38
Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.	Frýdek-Místek	24
Nemocnice Třinec, příspěvková organizace	Frýdek-Místek	*

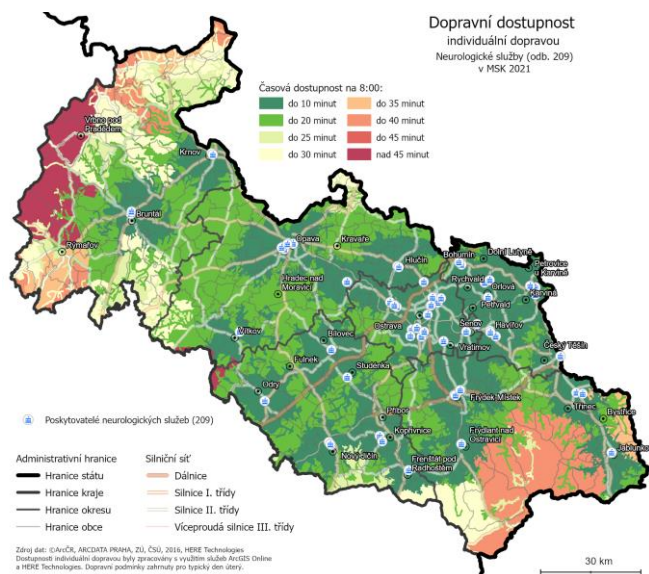
Zdroj: ÚZIS ČR, *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb*. Vlastní zpracování

Pozn. * Údaj není dostupný z veřejných zdrojů.

4.9 Dostupnost oboru neurologie v Moravskoslezském kraji

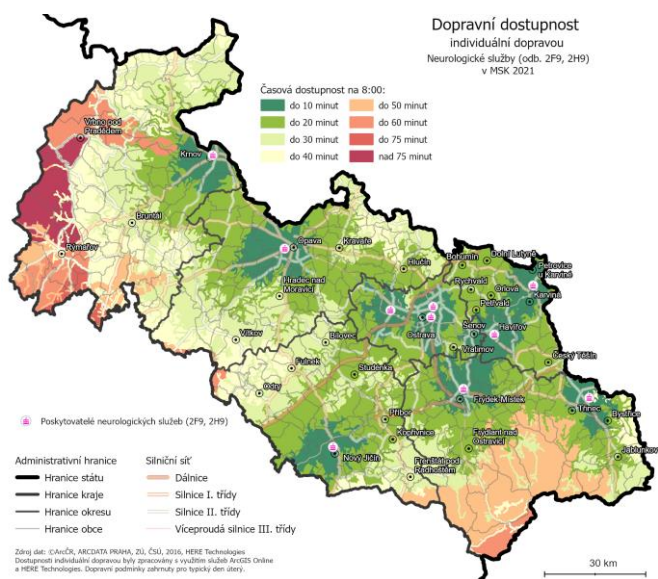
Maximální dojezdová doba dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb. ambulantní péče oboru neurologie je stanovena na 45 minut. Z Obr. 4.23 je vidět, že část území okresu Bruntál spadá za hranici maximální dojezdové doby. Okres Bruntál je svou rozlohou největší z okresů Moravskoslezského kraje, přičemž značnou část území pokrývají lesy (70 533 ha), které představují 45 % území tohoto správního celku. Dle hustoty obyvatel je však nejmenší z okresů kraje (rozloha činí 1537 km²), žije zde k 31. 12. 2021 celkem 89 547 obyvatel (ČSÚ, 2022). Z hlediska analýzy území je tedy pro obyvatele okresu dostupnost zajištěna.

Obr. 4.23 Místní dostupnost poskytovatelů ambulantní péče oboru neurologie (odbornost 209)



Zdroj: Vlastní zpracování

Obr. 4.24 Místní dostupnost poskytovatelů lůžkové péče oboru neurologie (odbornost 2F9, 2H9)



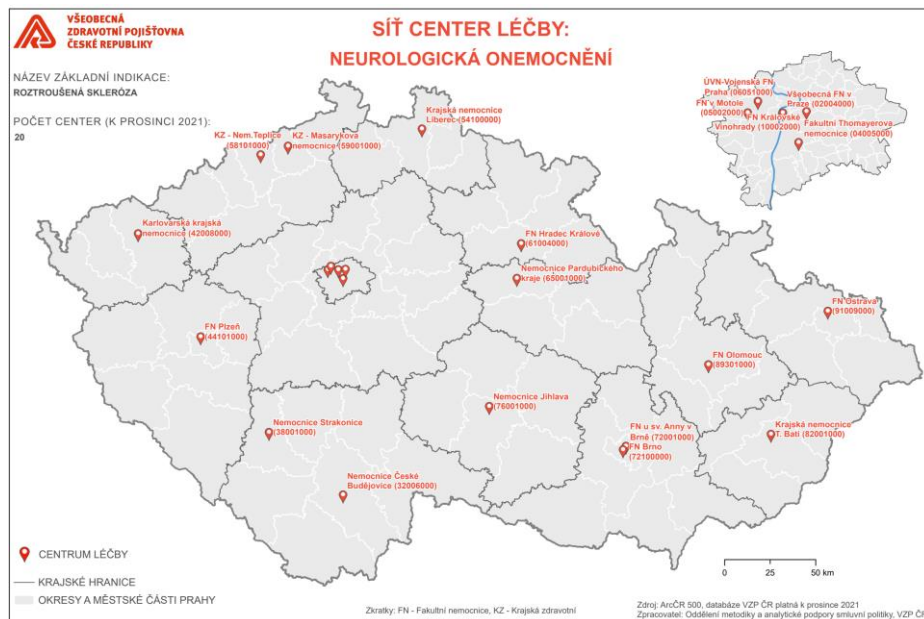
Zdroj: Vlastní zpracování

Místní dostupnost neurologie (odb. 2F9 a odb. 2H9) dokumentuje Obr. 4.24. Maximální dojezdová doba dle nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb je

stanoveny na 75 minut. Jednotliví poskytovatelé jsou lokalizováni dle adres a byly rovněž nastaveny časové intervaly dojezdové doby, který byly barevně rozlišeny. Na základě prostorové analýzy lze konstatovat, že maximální dojezdová doba byla naplněna.

VZP ČR dále zpracovala dostupnost zdravotních služeb danou sítí center léčby vybraných neurologických onemocnění. Celkový počet center indikace roztroušený skleróza bylo k 31. 12. 2021 v České republice dvacet. V Moravskoslezském kraji tuto roli zastupuje Fakultní nemocnice Ostrava viz Obr. 4.25.

Obr. 4.25 Sít' center léčby: Roztroušená skleróza



Zdroj: převzato z VZP ČR

5 FORMY A DRUHY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB POSKYTOVANÝCH OSOBÁM S CHRONICKÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI

Rozsah a forma pomoci jedincům při poskytování sociálních služeb musí zachovat lidskou důstojnost osob, musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, motivovat jedince k činnosti, aby zvládali svůj stav a začleňovali se do běžného života společnosti, který je považován jako běžný. Sociální služby napomáhají takto různým cílovým skupinám osob. Osobám s duševním onemocněním jsou dle zákona č. 108/2006 Sb., poskytovány určité druhy a formy sociálních služeb, jež dokumentuje tab. 5.1.

Tab. 5.1 Druhy a formy sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním

Druhy sociálních služeb	Forma poskytování	Cílová skupina klientů
§ 39 - Osobní asistence	Terénní	Senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby trpící chronickým onemocněním
§ 40 - Pečovatelská služba	Ambulantní/terénní	Senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby trpící chronickým onemocněním
§ 43 - Podpora samostatného bydlení	Terénní	Osoby se zdravotním postižením, osoby trpící chronickým onemocněním, včetně duševního onemocnění
§ 44 - Odlehčovací služba	Ambulantní, terénní, pobytová	Senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby s chronickým onemocněním
§ 45 - Centra denních služeb	Ambulantní	Senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby trpící chronickým onemocněním
§ 46 - Denní stacionáře	Ambulantní	Senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby s duševním onemocněním
§ 47 - Týdenní stacionáře	Pobytová	Senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby s duševním onemocněním
§ 50 - Domovy se zvláštním režimem	Pobytová	Osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí nebo ostatními typy demence
§ 51 - Chráněné bydlení	Pobytová	Osoby se zdravotním postižením, osoby s chronickým a duševním onemocněním
§ 60 - Krizová pomoc	Ambulantní/terénní/pobytová	Osoby v ohrožení zdraví nebo života, které nemohou svou situaci řešit samostatně
§ 64 - Služby následné péče	Ambulantní/pobytová	Osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby závislé na návykových látkách, osoby, které abstinují
§ 65 - Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	Ambulantní/terénní	Rodina s dítětem, jehož vývoj je ohrožen v důsledku dlouhodobé krizové situace nebo existují další rizika jeho vývoje
§ 66 - Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	Ambulantní/terénní	Senioři, osoby se zdravotním postižením
§ 67 - Sociálně terapeutické dílny	Ambulantní	Osoby zdravotně postižené, které nejsou umístěny na otevřeném ani chráněném trhu práce
§ 70 - Sociální rehabilitace	Ambulantní/terénní/pobytová	Osoby, jež potřebují podporu v soběstačnosti, samostatnosti a nezávislosti
§ 70a – Centrum duševního zdraví	Ambulantní/terénní	Osoby s duševní poruchou nebo poruchou chování, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, §38-52. Vlastní zpracování

5.1 Síť pobytových sociálních služeb v Moravskoslezském kraji

Síť poskytovaných sociálních služeb na území Moravskoslezského kraje je vymezena tzv. Krajskou sítí sociálních služeb, která je rozvíjena a aktualizována v rámci procesu střednědobého plánování sociálních služeb tak, aby byla zajištěna kvalita a dostupnost potřebné pomoci na území kraje.

Tab. 5.2 Přehled poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Moravskoslezském kraji, forma pobytová, k 30. 8. 2021

Druh služby	Počet poskytovatelů	Počet zařízení poskytovatelů	Okres MSK (počet zařízení)
Domovy se zvláštním režimem	41	45	Bruntál (3), Opava (8), Karviná (8), Ostrava-město (10), Nový Jičín (2), Frýdek-Místek (14)
Domovy pro seniory	3	6	Karviná (2), Ostrava-město (3), Frýdek-Místek (1)
Týdenní stacionáře	1	1	Bruntál (1)
Chráněné bydlení	9	31	Opava (6), Karviná (5), Ostrava-město (12), Nový Jičín (1), Frýdek-Místek (7)
Odlehčovací služba	5	5	Karviná (3), Ostrava-město (1), Frýdek-Místek (1)
Služby následné péče	2	5	Opava (5)
Krizová pomoc	1	1	Ostrava-město (1)

Zdroj: MPSV, *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Vlastní zpracování

Pobytovou formu pomoci osobám s duševním onemocněním nabízí celkem 62 poskytovatelů sociálních služeb, jak uvádí Tab. 5.2. Největší zastoupení mají poskytovatelé v rámci domova se zvláštním režimem a chráněného bydlení.

Počet poskytovatelů domovů se zvláštním režimem je 41 s celkovou kapacitou počtu lůžek 2 587. Převážná část klientů těchto domovů se zvláštním režimem jsou senioři, kteří trpí různými typy demencí. 20 poskytovatelů domovů se zvláštním režimem má právní formu příspěvková organizace, 5 poskytovatelů domovů se zvláštním režimem jsou církevní právnické osoby (Diakonie ČCE – středisko v Rýmařově, Slezské diakonie, Charita Opava, Charita Ostrava, Charita Krnov), 8 poskytovatelů má právní formu zapsaného ústavu, dále jsou poskytovatelé domovů se zvláštním režimem DOMÁCÍ PĚČE SOS, spol. s.r.o., Domov sv. Jana Křtitele, s.r.o., který působí ve Frýdku-Místku a SeneCura SeniorCentrum HŠH a.s.

Druhé největší zastoupení poskytovaných služeb osobám s chronickým duševním onemocněním má služba chráněné bydlení, která je zpravidla na území Moravskoslezského kraje poskytovaná osobám ve věku od 18 let. Cílem této poskytované služby je podpora lidem s chronickým duševním onemocněním v bydlení takovým způsobem, aby po ukončení pobytu mohli bydlet samostatně a s co nejnižší podporou se začlenili do života společnosti. Tuto pobytovou sociální službu zajišťuje zejména Asociace TRIGON, o.p.s., Domov Jistoty, p.o., Chráněné bydlení Charita sv. Alexandry, Náš svět, p.o., EKIPA, z.s., Sociální služby města Orlová, p.o., Charita Opava a Slezské diakonie. Celková kapacita služby chráněné bydlení k 30. 8. 2021 je v Moravskoslezském kraji 185 lůžek.

V rámci pobytové sociální služby osoby s duševním onemocněním využívají také např. služeb následné péče, kterou na území Moravskoslezského kraje zajišťuje Charita Opava (Chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné) a Psychiatrická nemocnice v Opavě (Služby

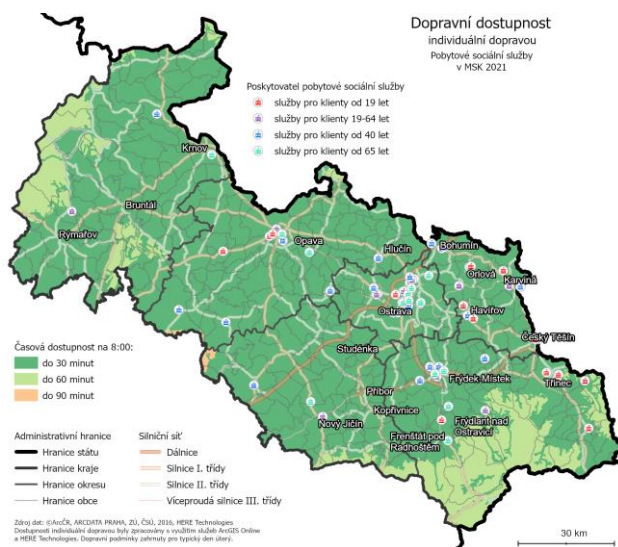
následné péče Psychiatrické nemocnice Opava). Věková kategorie klientů této sociální služby je od 18 let do 65 let a celková kapacita činí 24 lůžek.

Odlehčovací služby jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost, a to z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejich cílem je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek (§ 44, zákona č. 108/2006 Sb.). Mohou být poskytovány ve všech formách sociálních služeb. Pobytovou sociální službu v Moravskoslezském kraji zajišťuje 5 poskytovatelů sociálních služeb, konkrétně Oblastní spolek ČČK Karviná, z.s., Slezská diakonie, Sociální služby města Havířova, p.o., Sociální služby města Orlová, p.o. a Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí, p.o. Kapacita této služby je celkově 32 lůžek a služba je poskytována v rámci dvou zařízení od 27 let, dvou zařízení od 50 let a služba Oblastního spolku ČČK Karviná, z.s. je poskytována věkové kategorií klientům od 80 let.

Služba týdenní stacionář je zastoupena jedním poskytovatelem, a to Diakonií ČCE – středisko Rýmařov a je poskytována věkovým kategoriím klientů dospělí (40-64 let), mladší senioři (65-80 let) a starší senioři (nad 80 let). Krizovou službu poskytuje v Moravskoslezském kraji pro cílové skupinu klientů oběti trestných činů, osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby v krizi a rodiny s dítětem/děťmi Krizové centrum Ostrava, z.s., jež nabízí kapacitu 5 lůžek. Služba je určena klientům od 15 let.

Lokalizace všech pobytových sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním dle adresy zařízení je zobrazena na mapovém výstupu obr. 5.1. Z obr. 5.1 je patrné, že většina zařízení je koncentrována do větších měst. 27 zařízení je umístěno v rámci území Statutárního města Ostrava, 13 zařízení v rámci Statutárního města Opava, což činí 42,5 % zařízení na území Moravskoslezského kraje. V následujících mapových výstupech jsou dále barevně odlišené zařízení pobytových sociálních služeb dle věkové kategorie klientů, pro které je služba určena, a to od 19 let, od 40 let a od 65 let. Je jasné, že stanovení dojezdové doby má spíše orientační charakter pro rodiny klientů, neboť blízkost klienta umístěného v pobytových zařízeních je pro rodiny podstatná.

Obr. 5.1 Místní dostupnost pobytových sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Moravskoslezském kraji



Zdroj: Vlastní zpracování

5.2 Síť ambulantních sociálních služeb v Moravskoslezském kraji

Největší zastoupení počtu poskytovatelů zabezpečující sociální služby ambulantní formou podpory lidem s duševními obtížemi zajišťuje poskytovatelé v rámci sociální rehabilitace, viz Tab. 5.3. Mezi stěžejní poskytovatele na území Moravskoslezského kraje patří MENS SANA, z.ú., FOKUS Opava, z.s., Asociace TRIGON, o.p.s, Charita Frýdek-Místek, Slezská diakonie, Psychiatrická nemocnice Opava, ANIMA VIVA, z.ú. a Spirála Ostrava, z.ú. Celková kapacita služby je 188 klientů, provozní doba ambulantní formy poskytování je zpravidla pondělí až pátek v čase 7:00-15:30 hodin.

Tab. 5.3 Přehled poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Moravskoslezském kraji, forma ambulantní, k 30. 8. 2021

Druh služby	Počet poskytovatelů	Počet zařízení poskytovatelů	Okres MSK (počet zařízení)
Sociální rehabilitace	8	23	Bruntál (2), Opava (5), Karviná (5), Ostrava-město (6), Nový Jičín (1), Frýdek – Místek (4)
Sociálně terapeutické dílny	8	13	Opava (3), Karviná (4), Ostrava-město (5), Frýdek-Místek (1)
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	2	2	Frýdek-Místek (2)
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	1	1	Ostrava-město (1)
Služby následné péče	3	6	Opava (5), Ostrava-město (1)
Pečovatelská služba	2	6	Karviná (6)
Krizová pomoc	1	1	Ostrava-město (1)
Denní stacionáře	6	7	Bruntál (1), Karviná (2), Frýdek-Místek (4)
Centra denních služeb	5	5	Karviná (1), Ostrava-město (2), Nový Jičín (1), Frýdek – Místek (1)

Zdroj: MPSV, *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Vlastní zpracování

Osobám s chronickým duševním onemocněním jsou rovněž poskytovány sociálně terapeutické dílny. Zpravidla jsou poskytovány věkovým kategoriím klientů mladí dospělí (19-26 let) a dospělí (27-64 let). Tuto sociální službu na území Moravskoslezského kraje zajišťuje Slezská diakonie, Spirála Ostrava, z.ú., Náš svět, p.o., Domov Jistoty, p.o., Asociace TRIGON, o.p.s, a dvě církevní organizace – Charita Opava a Charita Hlučín. Celková kapacita služby je 313 klientů.

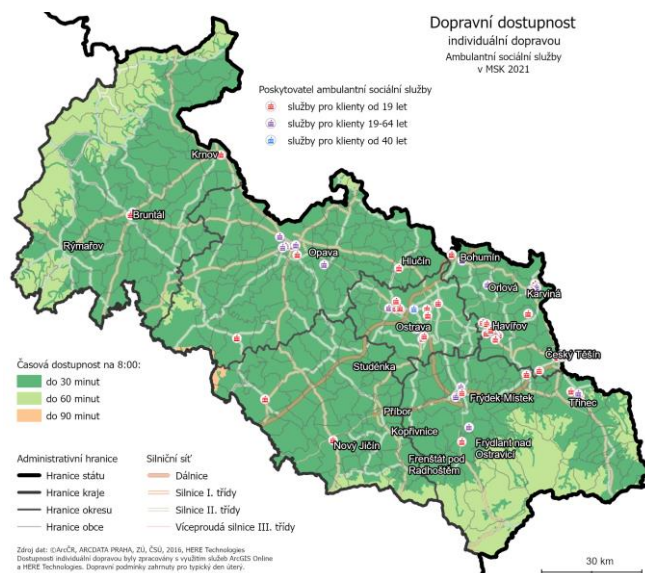
Dva poskytovatelé zajišťují pečovatelskou službu v ambulantní formě pomoci, a to konkrétně Slezská diakonie a Sociální služby města Havířova (v rámci pěti zařízení). Krizová pomoc je zajištěna Krizovým centrem Ostrava, z.s.

Mezi poskytovatelé ambulantní formy v rámci sociální služby denního stacionáře náleží Centrum sociální pomoci Třinec, p.o. s kapacitou služby 35 klientů, Slezská diakonie rovněž s kapacitou 35 klientů, Sociální služby města Havířova s kapacitou 30 klientů a další. Věková skladba klientů je zpravidla od 18 let věku dále.

Mapa na Obr. 5.2 dokumentuje umístění zařízení, jež poskytují ambulantní sociální služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním dle jednotlivých druhů a věkových kategorií klientů, pro které jsou služby poskytovány, od 19 let (zahrnující všechny věkové kategorie), od

19-64 let (19-26 let mladí dospělí, 27-64, resp. 65 let dospělí), od 40 let věku. Z obr. 5.2 vyplývá, že území Moravskoslezského kraje ambulantními službami z územního hlediska pokryto do dojezdové doby 30, případně 60 minut.

Obr. 5.2 Místní dostupnost ambulantních sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Moravskoslezském kraji



Zdroj: Vlastní zpracování

5.3 Síť terénních sociálních služeb v Moravskoslezském kraji

Terénní sociální služby pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním jsou poskytovány na území Moravskoslezského kraje 31 registrovanými poskytovateli sociálních služeb. Sociální rehabilitaci zajišťuje celkem 9 poskytovatelů, a to konkrétně ANIMA VIVA, z.ú., Asociace TRIGON, o.p.s., Fakultní nemocnice Ostrava, Psychiatrická nemocnice Opava, FOKUS Opava, z.s., Charita Frýdek-Místek, MENS SANA, z.ú., Slezská diakonie, Spirála Ostrava, z.ú. a JINAK, z.ú. Věková kategorie klientů je zpravidla od 18 let věku.

Druhou nejvíce zastoupenou skupinou služeb je pečovatelská služba určena pro klientů s chronickým duševním onemocněním bez omezení věku. Službu zajišťuje rovněž 9 poskytovatelů, konkrétně Slezská diakonie, Sociální služby města Havířova, Diakonie ČCE – středisko v Rýmařově, DomA – domácí péče, Město Nový Jičín, Pečovatelská služba OASA Nový Jičín, o.p.s, Sociální služby Karviná, p.o., Sociální služby města Třinec, p.o. a THERÁPON 98, a.s.

Tab. 5.4 Přehled poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Moravskoslezském kraji, forma terénní, k 30. 8. 2021

Druh služby	Počet poskytovatelů	Počet zařízení poskytovatelů	Okres MSK (počet zařízení)
Sociální rehabilitace	9	24	Bruntál (2), Opava (6), Karviná (5), Ostrava-město (6), Nový Jičín (1), Frýdek-Místek (4)
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	1	1	Ostrava-město (1), Opava (2),
Podpora samostatného bydlení	3	10	Bruntál (4), Opava (2), Karviná (1), Ostrava-město (1), Frýdek-Místek (2)
Pečovatelská služba	9	13	Bruntál (1), Opava (1), Karviná (7), Nový Jičín (3), Frýdek-Místek (1)
Osobní asistence	7	9	Bruntál (1), Opava (1), Karviná (2), Frýdek-Místek (5)
Odlehčovací služby	2	4	Nový Jičín (1), Frýdek-Místek (3)

Zdroj: Zdroj: MPSV, *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Vlastní zpracování

Velmi podstatná forma pomoci je rovněž osobní asistence, kterou zajišťuje 7 poskytovatelů sociálních služeb (Adámkova vila, z.ú., Centrum sociálních služeb Bohumín, p.o., Diakonie ČCE – středisko v Rýmařově, DomA – domácí asistence, Podané ruce – osobní asistence, Slezská diakonie, Sociální služby Karviná, p.o.).

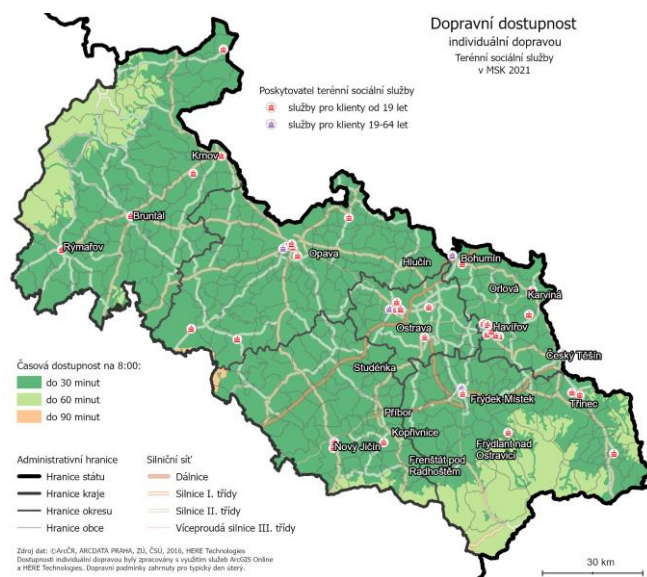
Podpora samostatného bydlení je zajišťována skrze Domov Letokruhy, p.o. pro osoby ve věkové kategorii dospělí (27-64 let) a mladší senioři (65-80 let), JINAK, z.ú. pro osoby ve věku od 18 let a Slezskou diakonii rovněž pro osoby ve věku od 18 let.

Odlehčovací služby poskytují dva poskytovatelé sociálních služeb na území Moravskoslezského kraje – Andělé Stromu života a Slezská diakonie.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou zajištěna jedním poskytovatelem, a to Fakultní nemocnicí Ostrava.

Poskytovatelé terénních sociálních služeb jsou zobrazeni na obr. 5.3. Největší zastoupení zde mají poskytovatelé sociální rehabilitace a pečovatelské služby, jak je uvedeno rovněž v tab. 5.4. Věková kategorie klientů je zpravidla od 19 let výše nebo bez omezení věku. Poskytovatelé se rovněž koncentrují do měst a dojezdová doba je naplněna do 30 minut.

Obr. 5.3 Místní dostupnost terénních sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Moravskoslezském kraji



Zdroj: Vlastní zpracování

5.4 Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví (CDZ) propojují poskytování zdravotních a sociálních služeb lidem s duševním onemocněním jedním multidisciplinárním týmem, jehož práce je zacílená na podporu klienta/pacienta v jeho zotavení. Tyto služby zahrnují dlouhodobou psychiatrickou péči včetně pomoci v akutních obtížích, sociální rehabilitaci a sociální poradenství. Účelem center duševního zdraví je předejít hospitalizaci pacienta v lůžkových zařízeních nebo její zkrácení a pomoci s reintegrací dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do vlastní komunity (ÚZIS ČR, Dostupnost péče CDZ, 2022). Centra duševního zdraví poskytují dlouhodobou péči zacílenou na psychiatrickou péči a sociální rehabilitaci v souladu s personálními, materiálními, organizačními a ostatními kritérii vymezenými příslušným standardem.

Cílovou skupinou klientů/pacientů těchto center jsou zejména klienti/pacienti se závažným duševním onemocněním (dg. F2 Schizofrenní onemocnění, dg. F3 Afektivní poruchy, popřípadě dg. F42 Obsedantně-kompulzivní poruchy a dg. F6 Specifické poruchy osobnosti), jejichž onemocnění trvá déle než 2 roky, dále osoby s potřebou včasné intervence, tj. osoby s rizikem rozvoje závažných duševních onemocnění a také lidé v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi nevyžadující hospitalizaci.

K poskytovaným službám náleží mobilní služby (do 24 hodin), denní služby (nejméně 10 hodin denně) a krizové služby (telefonicky 24/7; ambulantně od 8 do 20 hod.; pobytově od 8 do 20 hod.). Poskytované služby jsou alespoň z 50 % realizovány v přirozeném sociálním prostředí klienta/pacienta. Spádovost CDZ je vymezena ve standardu CDZ, a to oblastí 60 000 – 140 000 obyvatel na 1 CDZ, což podle předpokládané prevalence odpovídá 120–180 registrovaným klientům/pacientům. Základem pro CDZ je jejich personální a materiální vybavení pro zajištění zdravotně-sociálních služeb. Tyto stěžejní parametry jsou legislativně vymezeny ve věstníku MZ ČR (částka 5/2016).

Celkem bylo v České republice k 31. 12. 2021 zřízeno 29 Center duševního zdraví. Jediným krajem, kde nepůsobí žádné centrum duševního zdraví, je Liberecký kraj. Naopak největší

dostupnost CDZ z hlediska kapacit na počet obyvatel mají Karlovarský kraj, Moravskoslezský kraj a Plzeňský kraj. V rámci Moravskoslezského kraje byla zřízená 3 centra duševního zdraví, viz tabulka 5.5.

Tab. 5.5 Síť Center duševního zdraví v Moravskoslezském kraji, k 31. 12. 2021

Název CDZ	Partneři v CDZ	Oblast	V provozu od	Spádovost území	Počet obyvatel spádového území k 31. 12. 2021
Opava	FOKUS – Opava, z.s.	sociální	4/2019	ORP Opava, ORP Kravaře, Hlučín, Dolní Benešov, Kozmice	139 730
	Psychiatrická nemocnice v Opavě	zdravotní			
Beskydské	Charita Frýdek-Místek	sociální	7/2020	ORP Frýdek-Místek, Frýdlant nad Ostravicí, Janovice, Malenovice, Metylovice, Pržno, Pstruží	127 753
	Nemocnice ve Frýdku-Místku	zdravotní			
Ostrava	Asociace Trigon, o.p.s.	sociální	8/2020	Statutární město Ostrava, Šenov, Václavovice, Vratimov	295 603
	Městská nemocnice Ostrava	zdravotní			

Zdroj: ÚZIS ČR, *Registr Center duševního zdraví*. Vlastní zpracování

Z tabulky 5.5 je zřejmé, že spádová oblast CZD je těsně, avšak i za hranicí počtu obyvatel na 1 CDZ. V rámci reformy psychiatrické péče se předpokládá vznik dalších CDZ, popř. CDZ budou pokryta dalšími multidisciplinárními terénními týmy v okolních okresech, aby území Moravskoslezského kraje bylo službami CDZ pokryto dle příslušného standardu.

6 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ U VYBRANÝCH POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

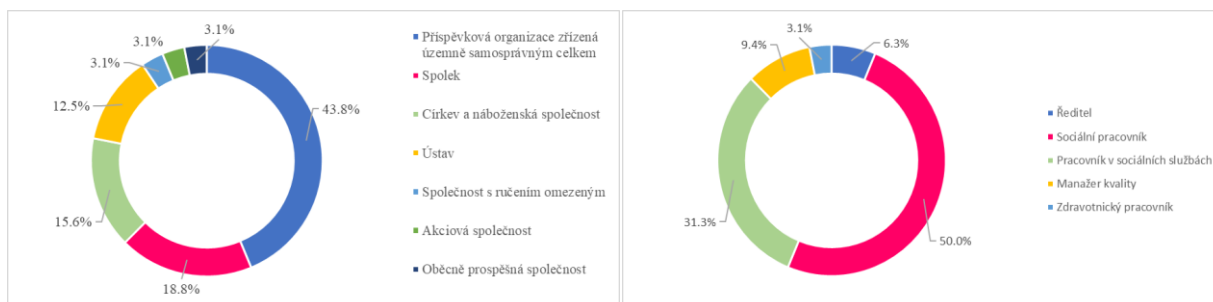
Dotazníkové šetření bylo zacíleno na poskytovatele pobytových a ambulantních sociálních služeb poskytující služby klientům s chronickým duševním onemocněním. Hlavním záměrem dotazníkového šetření bylo získat primární informace o stavu praxe čili zda a v jakém rozsahu je poskytována kognitivní rehabilitace pro osoby s chronickým duševním onemocněním v zařízeních sociálních služeb v Moravskoslezském kraji. Metodologie dotazování je uvedena v Kap. 2.2. Struktura dotazníku, který byl distribuován on-line je uvedena v příloze této zprávy.

Těžištěm dotazníku bylo, a to vedle identifikačních (typ organizace, pracovní pozice respondenta/vyplňující osoby) 9 věcných otázek:

- Aplikujete, v rámci práce s klientem, kognitivní rehabilitaci či její dílčí postupy?
- Jakou formou probíhá ve vašem zařízení kognitivní rehabilitace?
- Využíváte pro kognitivní rehabilitaci i speciální počítačové programy jako je např. Happyneuron?
- Jsou pracovníci, kteří provádí kognitivní rehabilitaci s klientem, speciálně proškoleni na tyto činnosti?
- Provádí kognitivní rehabilitaci kmenoví zaměstnanci organizace nebo jsou pro tyto činnosti najímáni externí zaměstnanci?
- Jaké metody nejčastěji využíváte ve Vašem zařízení při práci s klientem?
- Jak často jsou aktivizační činnosti klientům nabízeny?
- Monitorujete u klientů vývoj kognitivní výkonnosti?
- Jak často vyhodnocujete výsledky klienta?

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 32 respondentů, jejichž strukturu z hlediska právní formy poskytovatele a pracovní pozice respondenta zobrazuje Obr. 6.1.

Obr. 6.1 Složení zkoumaného souboru respondentů z pohledu právní formy poskytovatele a pracovní pozice vyplňující osoby



Zdroj: Vlastní zpracování

Z hlediska právní formy poskytovatele sociálních služeb mají ve výzkumném vzorku respondentů největší zastoupení příspěvkové organizace zřízené územně samosprávným celkem, které se podílely 44 % na celkovém souboru poskytovatelů. Jednalo se zejména o zařízení pobytových sociálních služeb domovů se zvláštním režimem. Následující právní formy poskytovatelů byly spolek (6 poskytovatelů), církev a náboženské společnosti (5 poskytovatelů), ústav (4 poskytovatelé) a další.

Z pohledu pracovní pozice respondentů byli 50 % zastoupeni sociální pracovníci a následně 31 % pracovníci v sociálních službách. Mezi ostatní pracovní pozice 19 % patřily ředitel, manažer kvality a zdravotnický pracovník, jak dokumentuje Obr. 6.1.

6.1 Analýza odpovědí

Na otázku č. 1 „Aplikujete, v rámci práce s klientem, kognitivní rehabilitaci či její dílčí postupy?“ **odpovědělo 81 % z celkového počtu respondentů kladně** (tj. 26 respondentů), pouze **19 % respondentů kognitivní rehabilitaci neaplikuje** (tj. 6 respondentů), poměr je ilustrován na Obr. 6.2. Ze zařízení, které poskytují svým klientům kognitivní rehabilitaci, má 14 zařízení právní formu poskytovatele příspěvková organizace zřízená územně samosprávným celkem a jedná se zpravidla o zařízení pobytových sociálních služeb domovů se zvláštním režimem. Další 3 zařízení mají právní formu poskytovatele církve a náboženské společnosti, konkrétně se jedná o Slezskou diakonii, SILOE Ostrava, Charitu sv. Alexandra a Charitu Ostrava – Charitní dům Salvator Krnov. Právní formu spolek mají další 3 zařízení poskytovatelů, a to ANIMA VIVA, z.s. Centrum ANIMA Opava, Domov Přístav Ostrava a Domov Přístav Frýdek-Místek. Zapsaný ústav je právní formou dvou zařízení poskytovatele, a to MENS Sana, z.ú. a Alzheimer Home, z.ú. Ostrava.

Dotazníkového šetření se zúčastnila také Asociace TRIGON, o.p.s., jenž je významným poskytovatelem sociální rehabilitace a dalších sociálních služeb na území Moravskoslezského kraje a rovněž poskytuje své služby v rámci Centra duševního zdraví Ostrava, které vzniklo v návaznosti na změny v rámci psychiatrické reformy. Převahu sociálních služeb, v rámci kterých je klientům poskytována kognitivní rehabilitace, je v rámci domovů se zvláštním režimem, chráněných bydlení a sociální rehabilitace.

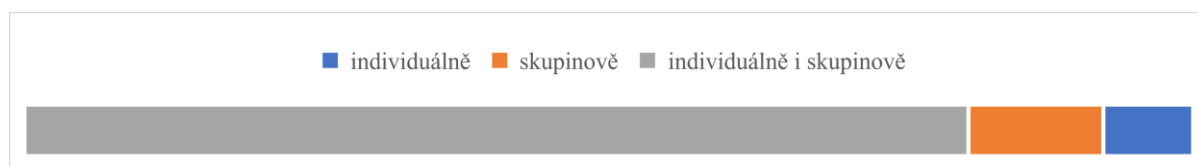
Obr. 6.2 Aplikujete, v rámci práce s klientem, kognitivní rehabilitaci či její dílčí postupy?



Zdroj: Vlastní zpracování

V rámci otázky č. 2 „**Jakou formou probíhá ve vašem zařízení kognitivní rehabilitace?**“ měli respondenti možnost zvolit svou odpověď z předem definované škály odpovědí. Jak je zřejmé z Obr. 6.3. V případě, že dané zařízení aplikuje kognitivní rehabilitaci, pak 81 % zařízení nabízí kognitivní rehabilitaci v obou formách, tj. individuálně i skupinově, u 11 % zařízení je kognitivní rehabilitace poskytována pouze skupinově a jen v 8 % zařízení je poskytována čistě individuální formou.

Obr. 6.3 Jakou formou probíhá ve vašem zařízení kognitivní rehabilitace?



Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č. 3 se ptá „**Využíváte pro kognitivní rehabilitaci i speciální počítačové programy jako je např. Happyneuron?**“. Z Obr. 6.4 je zjevné, že většina v podobě 88 % respondentů odpověděla „ne“ a pouze 12 % odpovědělo „ano“. Mezi zařízení, která využívají k trénování paměti počítačové programy patří ANIMA VIVA, z.s., Centrum ANIMA Opava, Domov Slunovrat, Ostrava-Přívoz, p.o. a MENS SANA, z.ú. Ostatní zařízení používají nepočítačové nástroje či intervence pro zlepšení kognitivních schopností klienta daného zařízení sociálních služeb.

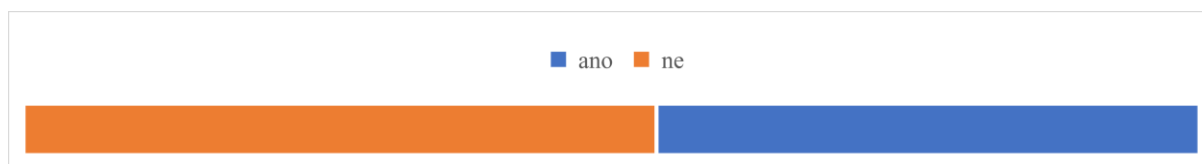
Obr. 6.4 Využíváte pro kognitivní rehabilitaci i speciální počítačové programy jako je např. Happyneuron?



Zdroj: Vlastní zpracování

Čtvrtá otázka zkoumala zda „**Jsou pracovníci, kteří provádí kognitivní rehabilitaci s klientem, speciálně proškoleni na tyto činnosti?**“. Z Obr. 6.5 je zřejmé, že kompetence pracovníků v oblasti kognitivní rehabilitace rozvíjí zhruba polovina (46 %) zařízení poskytující kognitivní rehabilitaci klientům. Naproti tomu 54 % zařízení uvedlo, že speciálně pracovníky na kognitivní rehabilitaci neproškolují.

Obr. 6.5 Jsou pracovníci, kteří provádí kognitivní rehabilitaci s klientem, speciálně proškoleni na tyto činnosti?



Zdroj: Vlastní zpracování

Z odpovědí na otázku č. 5 „**Provádí kognitivní rehabilitaci kmenoví zaměstnanci organizace nebo jsou pro tyto činnosti najímáni externí zaměstnanci?**“ vyplývá, že v žádném z dotazovaných zařízení neprovádí kognitivní rehabilitaci externí zaměstnanci, viz Obr. 6.6. Veškeré činnosti jsou poskytovány kmenovými zaměstnanci, kteří jsou za práci s klienty zodpovědní.

Obr. 6.6 Provádí kognitivní rehabilitaci kmenoví zaměstnanci organizace nebo jsou pro tyto činnosti najímáni externí zaměstnanci?



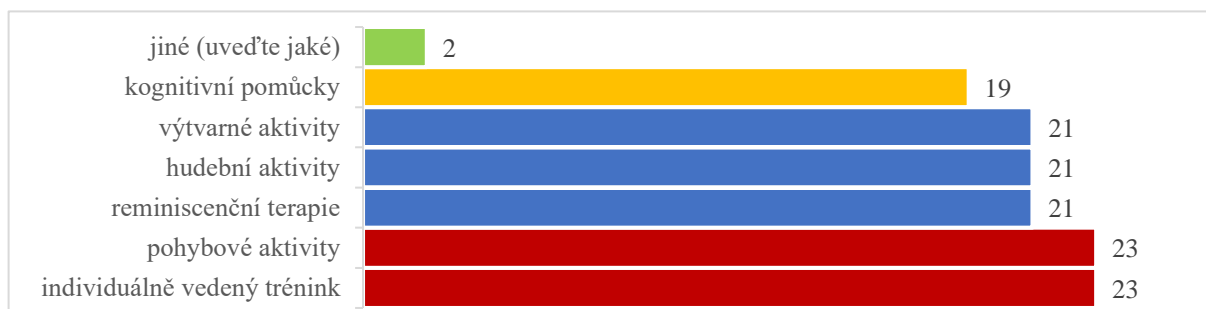
Zdroj: Vlastní zpracování

Otázka č. 6 se ptala na metody „**Jaké metody nejčastěji využíváte ve Vašem zařízení při práci s klientem?**“, které jsou v rámci kognitivní rehabilitace využívány pro práci s klientem. Daná otázka obsahovala nabídku předem definovaných odpovědí, které jsou považovány za běžné při práci s klientem pro kognitivní rehabilitaci a také obsahovala možnost otevřené odpovědi. Většina respondentů označila téměř všechny z nabízených možností, jak ilustruje

T A Č R

Obr. 6.7. Mezi nejvíce využívané metody patří individuálně vedených trénink a pohybové aktivity, což uvedlo 23 respondentů. Následovaly reminiscenční terapie, hudební a výtvarné aktivity, které využívá 21 respondentů. Kognitivní pomůcky pro účely kognitivní rehabilitace využívá 19 respondentů. Pouze dva respondenti využívají jiné metody, než byly předem definovány, a uvedli konkrétně společenské hry a soutěže.

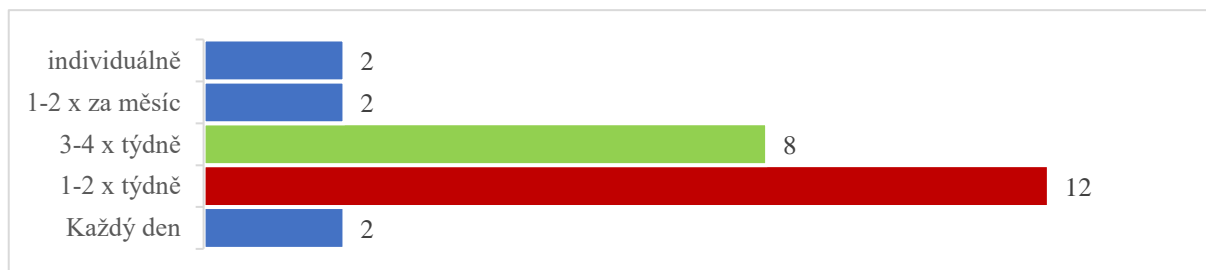
Obr. 6.7 Jaké metody nejčastěji využíváte ve Vašem zařízení při práci s klientem?



Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku č. 7 „**Jak často jsou aktivizační činnosti klientům nabízeny?**“ uvedlo 12 respondentů, že aktivizační činnosti nabízí svým klientům 1-2 x týdně nabízí 12 zařízení a 8 zařízení nabízí aktivizační činnost 3-4 x týdně. Méně častá frekvence nabídky aktivizačních činností, tj. 1-2 x za měsíc je aplikována u dvou zařízení. Individuální přístup je realizován u 2 dvou zařízení a každý den se práci s kognicí klientů zabývají rovněž dvě zařízení, a to konkrétně Senior Centrum SeneCura Havířov a Alzheimer Home, z.ú. Ostrava, jak je zřejmé z Obr. 6.8.

Obr. 6.8 „Jak často jsou aktivizační činnosti klientům nabízeny?“



Zdroj: Vlastní zpracování

Z odpovědí na otázku č. 8 „**Monitorujete u klientů vývoj kognitivní výkonnosti?**“ vyplývá, že monitoringu vývoje výkonu kognitivní výkonnosti se věnuje větší polovina zařízení (58 %) nominálně jde 15 zařízení sociálních služeb, naproti tomu vývoj kognitivních schopností nemonitoruje 42 % čili 11 zařízení sociálních služeb, viz Obr. 6.9.

Obr. 6.9 Monitorujete u klientů vývoj kognitivní výkonnosti?

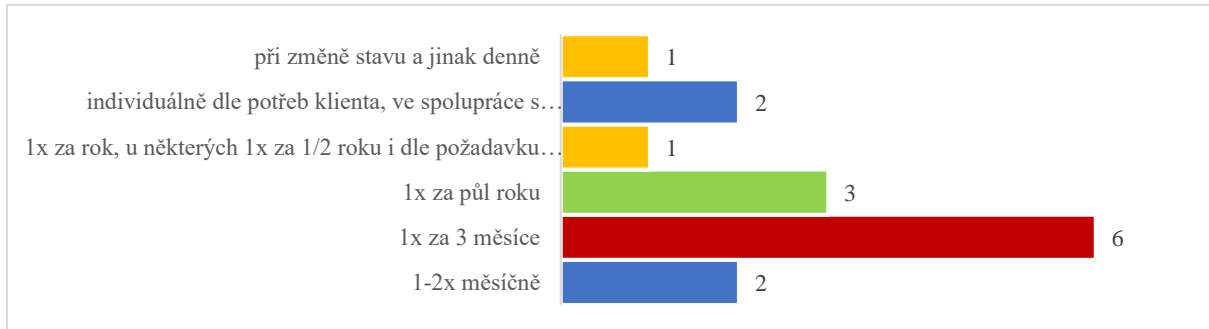


Zdroj: Vlastní zpracování

T A Č R

Poslední devátá otázka „**Jak často vyhodnocujete výsledky klienta?**“ navazuje na předchozí otázku. V případě, že dané zařízení monitoruje u klienta vývoj kognitivní výkonnosti, tak se výsledky vyhodnocují 1x za 3 měsíce u 6 zařízení (40 %), 1x za půl roku vyhodnocují výsledky 3 zařízení (20 %), 1-2x měsíčně 2 zařízení, individuálně dle potřeby klienta a ve spolupráci s psychologem vyhodnocuje výsledky klienta 2 zařízení. V jednom případě se vývoj kognitivní výkonnosti monitoruje denně. Tuto odpověď uvedl Alzheimer Home, z. ú. Ostrava. Rovněž jedno zařízení provádí vyhodnocování 1x za rok nebo ½ roku či dle potřeb lékaře. Podíl jednotlivých variant odpovědí 15 respondentů zobrazuje Obr. 6.10.

Obr. 6.10 Jak často vyhodnocujete výsledky klienta?



Zdroj: Vlastní zpracování

7 ZÁVĚR

7.1 Shrnutí stěžejních poznatků SVZ

- Kognitivní rehabilitace souvisí s poruchou kognitivních schopností mozku. Cílem kognitivní rehabilitace je reverze stavu kognitivních funkcí např. po traumatickém poškození mozku, centrální mozkové příhodě, neurogenerativním onemocněním či psychiatrickém onemocnění.
- Kognitivní rehabilitace nemá jasnou legislativní terminologie. V rámci zdravotních služeb náleží k neuropsychologické rehabilitaci a je poskytována dle potřeb pacienta/klienta v zařízeních zdravotních a sociálních služeb.
- Podstatnou částí pacientů/klientů kognitivní rehabilitace tvoří lidé v seniorském věku. Stárnutí populace se odráží ve věkové struktuře obyvatelstva. Jak uvádí výsledky, podíl obyvatel ve věku 65+ meziročně narůstá a dle predikce ČSÚ, tento trend bude nadále pokračovat, vzroste průměrný věk obyvatel a zvýší se i zastoupení seniorů v populaci.
- V poslední dekádě let roste počet pacientů v ambulantních zařízeních psychiatrické péče (dg. F00-F99) jak v České republice, tak v Moravskoslezském kraji průměrným meziročním tempem zhruba o 2 %.
- Z hlediska pohlaví je v Moravskoslezském kraji více nemocných žen než mužů.
- Počet hospitalizovaných pacientů v Moravskoslezském kraji s dg. F00-F99 byl v roce 2020 celkem 2061 pacientů, oproti roku 2010 došlo k nárůstu počtu ukončených hospitalizací o 390.
- Počet případů hospitalizace v nemocnicích na cévní onemocnění mozku v ČR klesá. Pokles pacientů mezi roky 2010-2019 byl v absolutním vyjádření 22 327.
- Počet léčených pacientů 65+ s vykázanou diagnózou G30 v Moravskoslezském kraji vzrostl od roku 2010 ke konci roku 2020 o 339,23 pacientů na 100 000 obyvatel.
- Rovněž došlo k nárůstu počtu pacientů Moravskoslezského kraje na jednotlivá psychosomatická onemocnění (dg. F20-F29). Největší nárůst byl zaznamenán u dg. F 20 Schizofrenie, a to o 23 % v rámci sledovaného období.
- Síť ambulantních zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním je tvořena zařízeními specializované péče – psychiatrie, dětská a dorostová psychiatrie, gerontologie, návykové látky a sexuologie.
- Moravskoslezský kraj má 6,85 poskytovatelů ambulantních psychiatrických služeb na 100 000 obyvatel, což jej řadí na druhou nejhorší pozici v rámci jednotlivých krajů ČR.
- Ambulantní formu oboru psychiatrie poskytuje v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2021 celkem 69 poskytovatelů zdravotních služeb.
- Lůžkovou formu oboru psychiatrie poskytuje v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2021 celkem čtyři poskytovatelé zdravotních služeb, a to konkrétně CNC-Centrum TŘINEC s.r.o., Nemocnice Havířov, p.o, Psychiatrická nemocnice v Opavě a Fakultní nemocnice Ostrava.
- Ambulantní formu oboru neurologie zajišťuje v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2021 celkem 99 poskytovatelů zdravotních služeb.
- Lůžkovou formu oboru neurologie zajišťuje v Moravskoslezském kraji k 31. 12. 2021 celkem 10 poskytovatelů zdravotních služeb, včetně Fakultní nemocnice Ostrava, která disponuje 62 lůžky. V rámci neurologické kliniky FNO působí mimo jiné i Centrum kognitivní poruchy a Kognitivní laboratoř.

T A Č R

- Síť sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním je tvořena vybranými druhy sociálních služeb, které jsou poskytovány v pobytové, ambulantní či terénní formě.
- Terénní a ambulantní forma pomoci je především zajišťována sociální službou sociální rehabilitace.
- Pobytová forma pomoci je zajišťována především prostřednictvím domovů se zvláštním režimem a chráněným bydlením.
- Propojitelnost služeb sociálního a zdravotního charakteru poskytující pomoc a podporu osobám s duševním onemocněním zajišťují nově vznikající centra duševního zdraví. Na území Moravskoslezského kraje působí k 31. 12. 2021 tři centra duševního zdraví, a to Centrum duševního zdraví Opava, Centrum duševního zdraví Ostrava a Beskydské centrum duševního zdraví.
- Dotazníkové šetření mezi vybranými poskytovateli sociálních služeb poskytujícími sociální služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním ukázalo, že kognitivní rehabilitace je prováděná zpravidla individuální i skupinovou formou a pro účely kognitivní rehabilitace jen 3 poskytovatelé z 25 používají speciální počítačové programy, jako je např. HAPPYneuron, CogniFit. Zaměstnanci provádějící kognitivní rehabilitaci jsou kmenovými zaměstnanci organizace a jen z 46,2 % z nich uvedlo, že jsou speciálně proškoleni na tyto činnosti. Mezi nejvíce používané metody patří individuálně vedený trénink a pohybové aktivity, reminiscenční terapie, hudební a výtvarné aktivity. Aktivizační činnosti jsou klientům nabízeny zejména 1-2x týdně. Téměř 60 % zařízení z dotazníkového šetření monitoruje vývoj kognitivní výkonnosti klienta a převážně vyhodnocuje tyto výsledky 1x za 3 měsíce.
- MENS SANA, z.ú. jako aplikační garant projektu TAČR poskytuje sociální služby pro osoby s duševním onemocněním ve všech formách pomoci. V rámci svých služeb také nabízí kognitivní rehabilitaci v Centru trénování paměti. Náleží k poskytovatelům kognitivní rehabilitace, kteří poskytují tuto rehabilitaci skrze speciálně proškolené pracovníky a využívají i elektronické nástroje pro kognitivní trénink.

7.2 Nabídka a poptávka sociálně zdravotní péče v oblasti neurologických a duševních onemocnění v Moravskoslezském kraji

V rámci zpracování této SVZ (viz 4 a 5 Kap.) byl sledován cíl „**Determinace a zhodnocení trhu (nabídky a poptávky) sociálně zdravotní péče (služeb) v oblasti neurologických a duševních onemocnění v ČR se zaměřením na Moravskoslezský kraj**“. Výše uvedenou poptávku i nabídku (viz Tab. 7.1) lze s určitou mírou zjednodušení považovat za možnou (potenciální) poptávku a nabídku v oblasti kognitivní rehabilitace.

T A
Č R

Tab. 7.1 Sumarizace zjištěných údajů

Potenciální poptávka, MSK, k 31. 12. 2020		Nabídka, MSK, k 31.12. 2020	
Počet obyvatel	1 192 834	Počet poskytovatelů psychiatrických ambulantních služeb oboru psychiatrie	66
Osoby ve věku 65+	242 130	Počet poskytovatelů psychiatrických ambulantních služeb oboru dětská a dorostová psychiatrie	11
Osoby s psychiatrickou diagnózami dg. F00-F99 u poskytovatelů ambulantních služeb	64 852	Počet poskytovatelů psychiatrických ambulantních služeb oboru gerontopsychiatrie	0
Podíl žen s vykázanou dg. F00-F99 u poskytovatelů ambulantních služeb	59,9 %	Počet poskytovatelů psychiatrických ambulantních služeb oboru návykové nemoci	0
Podíl mužů s vykázanou dg. F00-F99 u poskytovatelů ambulantních služeb	40,1 %	Počet poskytovatelů psychiatrických ambulantních služeb oboru sexuologie	5
Osoby s vykázanou diagnózou F0 a G30 u poskytovatelů ambulantních služeb	11 158	Počet lůžek v psychiatrických nemocnicích/léčebnách	830
Osoby s vykázanou diagnózou F2 u poskytovatelů ambulantních služeb	5 760	Počet lůžek akutní péče na psychiatrických odděleních nemocnic	88
Osoby s vykázanou diagnózou F4 (bez F42) u poskytovatelů ambulantních služeb	21 546	Počet poskytovatelů neurologických ambulantních služeb	99
Počet akutních hospitalizačních případů dg. F00-F99	2 571	Počet lůžek akutní péče na neurologických odděleních nemocnic	331*
Podíl žen na celkovém počtu akutních hospitalizačních případů dg. F00-F99	52,0 %	Počet poskytovatelů pobytových sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním	62
Podíl mužů na celkovém počtu akutních hospitalizačních případů dg. F00-F99	48,0 %	Počet poskytovatelů ambulantních sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním	36
Počet akutních hospitalizačních případů dg. F0 a G30	155	Počet poskytovatelů terénních sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním	31
Počet akutních hospitalizačních případů dg. F2	572	Centra duševního zdraví	3
Počet akutních hospitalizačních případů dg. F4 (bez F42)	426		
Počet ukončených dlouhodobých hospitalizací dg. F00-F99	3 274		

T A
Č R

Podíl žen na celkovém počtu ukončených hospitalizací	40,2 %		
Podíl mužů na celkovém počtu ukončených hospitalizací	59,8 %		
Počet ukončených dlouhodobých hospitalizací dg. F0 a G30	490		
Počet ukončených dlouhodobých hospitalizací dg. F2	691		
Počet ukončených dlouhodobých hospitalizací dg. F4 (bez F42)	263		
Počet případů hospitalizace na nemoci oběhové soustavy dg. I00-I99	28 792		
Počet případů hospitalizace na nemoci oběhové soustavy dg. I60-I69	**		

Zdroj: Vlastní zpracování

*Pozn. Údaje za Nemocnici Třinec, p.o. není dostupný z veřejných zdrojů.

**Pozn. Údaj je ve Zdravotnických ročenkách dostupný pouze za Českou republiku.

Seznam literatury

1. CLARK M., DIBENEDETTI D., PEREZ V. Cognitive dysfunction and work productivity in major depressive disorder. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2016; 16(4): 455–463. doi: 10.1080/14737167.2016.1195688.
2. FRIED E. I., NESSE, R. M. The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PLoS One* 2014; 9(2): e90311. doi: 10.1371/journal.pone.0090311.
3. GIUSTINIANI, A., MAISTRELLO, L., DANESIN, L. et al. Effects of cognitive rehabilitation in Parkinson disease: a meta-analysis. *Neurol Sci* 43, 2323–2337 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05772-4>.
4. HÄMÄLÄINEN, P., ROSTI-OTAJÄRVI, E. (2016). Cognitive impairment in MS: rehabilitation approaches. *Acta Neurologica Scandinavica*, 134(Suppl. 200):8–13. doi: 10.1111/ane.12650.
5. HILDEBRANT, Helmut. *Cognitive Rehabilitation of Memory. A Clinical-Neuropsychological Introduction*. London: Elsevier, 2019. ISBN 978-0-12-816981-0.
6. HORÁK, Jiří, Jaroslav BURIAN a kol. *Prostorové simulační modelování dopravní dostupnosti*. Praha: Česká geografická společnost. 2019. 369 s. ISBN 978-80-907728-0-9.
7. HUDEČEK, Tomáš. *Dostupnost v Česku v období 1991-2001: vztah k dojížděcí do zaměstnání a do škol*. Praha: Česká geografická společnost, 2010. 141 s. ISBN 978-80-904521-4-5.
8. HUDEČEK, T., Z. ŽÁKOVÁ, A. VONDRÁKOVÁ, J. KUFNER, V. VOŽENÍLEK a N. SELNÍKOVÁ, 2016. *Atlas dopravní dostupnosti v České republice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. M.A.P.S. (Maps and Atlas Product Series). ISBN 978-80-244-4982-1.
9. CHEN, M. H., CHIARAVALLOTI, N. D., DELUCA, J. Neurological update: cognitive rehabilitation in multiple sclerosis. *J Neurol* 268, 4908–4914 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10618-2>.
10. JEFFARES I., MERRIMAN A. N., DOYLE F., HORGAN F., ANNE H. (2021). Designing stroke services for the delivery of cognitive rehabilitation: A qualitative study with stroke rehabilitation professionals, *Neuropsychological rehabilitation*, DOI: 10.1080/09602011.2021.1977155.
11. KIT, Malia a Anne BRANNAGAN. *Jak provádět trénink kognitivní rehabilitace*. Praktická příručka pro každého. [online]. Dostupné z: <https://www.erstymcr.cz/upload/pages/prirucka-jak-provadet-trenink-kognitivnich-funkci-sb1vezop90.pdf>.
12. KLUCKÁ Jana a Pavla, VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3.
13. KLUCKÁ Jana a Pavla, VOLFOVÁ. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 176 s. ISBN 978-80-271-93004.
14. KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2. aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. 384 s. ISBN 978-80-7367-891-3.

15. KULIŠŤÁK, Petr a kol. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, 2017. 902 s. ISBN 978-80-246-3068-7.
16. LAING, H. *Neuropsychologické minimum pro klinické psychology*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1999.
17. LYNCH, B. Historical review of computer-assisted cognitive retraining. *J Head Trauma Rehabil.* 2002 Oct;17(5):446-57. doi: 10.1097/00001199-200210000-00006. PMID: 12802254.
18. MANCUSO V., STRAMBA-BADIALE C., CAVEDONI S., PEDROLI E., CIPRESSO P., RIVA G. (2020). Virtual Reality Meets Non-invasive Brain Stimulation: Integrating Two Methods for Cognitive Rehabilitation of Mild Cognitive Impairment. *Front. Neurol.* 11:566731. doi: 10.3389/fneur.2020.566731.
19. MASAN, J. (2020). New, specific possibilities of rehabilitation for regaining cognitive abilities. *Acta Missiologica*, 14, 109-112.
20. NIE, P., LIU, F., LIN, S., GUO, J., CHEN, X., CHEN, S., YU, L., & LIN, R. (2022). The effects of computer-assisted cognitive rehabilitation on cognitive impairment after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31, 1136–1148. <https://doi.org/10.1111/jocn.16030>.
21. NIE, PINGYING & LIU, FANG & LIN, SHAOHONG & GUO, JIAYING & CHEN, XINMING & CHEN, SULIAN & YU, LIQIANG & LIN, RUHUI. (2021). The effects of computer-assisted cognitive rehabilitation on cognitive impairment after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 31. 10.1111/jocn.16030.
22. NILIUS, Petr. Kognitivní rehabilitace. *Neurol. praxi* 2018; 19(1):65-66.
23. NOVOSAD, Libor. *Základy teorie a metod sociální práce: globální východiska a trendy v sociální práci se zřetelem k situaci v ČR*. Uvedení do sociální fenomenologie a teorie sociální práce. Část 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. 48 s. ISBN 80-7083-687-3.
24. NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
25. PFEIFFER, Jan, ŠVESTKOVÁ, Olga (překladatelé). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*, 2011. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
26. PINGYING, N. et al. (2022). The effects of computer-assisted cognitive rehabilitation on cognitive impairment after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 31(9-10), 1136-1148. DOI 10.1111/jocn.16030.
27. PLZÁKOVÁ, Vladimíra a Tomáš, NIKOLAI. (2020a). *Kognitivní telerehabilitace u pacientů s neregenerativním onemocněním během epidemie covid-19: příspěvek z praxe*. 38. psychologické dny. Olomouc. 17. září 2020.
28. PLZÁKOVÁ, Vladimíra a Tomáš, NIKOLAI. (2020b). *Kognitivní rehabilitace pacientů s Parkinsonovou nemocí*. *Cesk Slov Neurol N* 2020; 83/116(1): 14-20. doi: 10.14735/amcsnn202014.
29. PREISS, Marek, Marie KUČEROVÁ a kol. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. 411 s. ISBN 80-247-1460-4.

30. PROCHÁZKA, Roman, Miroslav OREL a kol. *Vývojová neuropsychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2021. 224 s. ISBN 978-80-271-3080-1.
31. RESSNER a kol. (2021). *Kognitivní rehabilitace*. Dostupné z: <https://www.czech-neuro.cz/content/uploads/2018/03/ressner.pdf>
32. ŠIDLO a kol. *Návrh na novelizaci legislativního nařízení vymežující dostupnost zdravotních služeb*. 2017. [online]. Univerzita Karlova. Přírodovědecká fakulta. Katedra demografie a geodemografie [2021]. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/navrh-novelizace-mistni-dostupnost.pdf>
33. ŠIDLO, L., NOVÁK, M., ŠTYCH, P. a BURCIN, B. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče jako klíčového aspektu zdravotní péče v ČR*. 2017. [online]. Souhrnná studie. Univerzita Karlova. Přírodovědecká fakulta. Katedra demografie a geodemografie [2021]. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr>.
34. TOGLIA, J., FOSTER, R. E. (2021). *The Multicontext Approach To Cognitive Rehabilitation. A Metacognitive Strategy Intervention to Optimize Functional Cognition*. Gatekeeper Press. ISBN 9781662903113.
35. VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.
36. VOSTRÝ, Michal a kol. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2021. 173 s. ISBN 978-80-271-2866-2.

Legislativa:

1. Nařízení vlády č. 307 ze dne 29. srpna 2012 o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 110, s. 3986-3992. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=307/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.
2. Vyhláška č. 134 ze dne 24. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1998, částka 46, s. 5674-6263. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=134/1998&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.
3. Vyhláška č. 518 ze dne 23. září 2004, kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 178, s. 9935-9941. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=518/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.
4. Vyhláška č. 505 ze dne 29. listopadu 2006, kterou se provádí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 164, s. 7021-7034. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

T A
Č R

- zakonu/SearchResult.aspx?q=505/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
ISSN 1211-1244.
5. Vyhláška č. 92 ze dne 26. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 36, s. 1552-1608. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>. ISSN 1211-1244.
 6. Vyhláška č. 99 ze dne 30. března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1686-1730. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=99/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.
 7. Zákon č. 48 ze dne 28. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s. 1185-1264. Dostupný také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=48/1997&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.
 8. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. Dostupný také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6059>. ISSN 1211-1244.
 9. Zákon č. 373 ze dne 8. prosince 2011 o specifických zdravotních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4802-4838. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=373/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.
 10. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143, s. 8270-8316. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=435/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.
 11. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.
 12. Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 190, s. 10262-10324. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=561/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.
 13. Zákon č. 89 ze dne 22. března 2012 občanský zákoník. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 33, s. 1026-1368. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=89/2012&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244.

Elektronické zdroje:

1. Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví. Věstník MZ ČR 5-2016. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/11835/36106/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%205-2016.pdf>.
2. Standard ambulantní psychiatrické péče a rozšířené ambulantní péče o osoby s duševním onemocněním. Věstník MZ ČR 16-2005. Dostupné z: <https://objekty.epis.cz/files/vestniky/vmzd5-16-05pdf.pdf>
3. Standard akutní lůžkové psychiatrické péče. Věstník MZ ČR 16-2006. Dostupné z: <https://objekty.epis.cz/files/vestniky/vmzd5-16-06pdf.pdf>
4. Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz). Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf
5. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2022. *Časové řady za jednotlivé okresy*. Czso.cz [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/casove-rady-za-jednotlive-okresy>.
6. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2022. *Veřejná databáze*. Czso.cz [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/>.
7. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2021. *Moravskoslezský kraj – časové řady*. Czso.cz [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/casove-rady-zamoravskoslezsky-kraj>.
8. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2021. *Malý lexikon obcí*. Czso.cz [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/maly-lexikon-obci-ceske-republiky-2021>.
9. FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA. 2022. *Centrum kognitivní poruchy*. Fno.cz [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.fno.cz/neurologicka-klinika>.
10. KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE. (2021). *Zdravotní ukazatele obyvatel Moravskoslezského kraje 2021*. Khsova.cz [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.khsova.cz/images/zdravotni-ukazatele-2021.pdf>
11. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030*. Mzcr.cz [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>.
12. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Mzcr.cz [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8689/19545/N%C3%A1rodn%C3%AD%20strategie%20Zdrav%C3%AD%202020.pdf>.
13. NÁRODNÍ SÍŤ ZDRAVÝCH MĚST. *Manuál pro zdravotní plán měst*. Zdravamesta.cz [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.zdravamesta.cz/cz/publikace-detail?id=VEoupD8Ptc0l3rQS&nazev=Manu%C3%A1l%20pro%20Zdravotn%C3%AD%20pl%C3%A1n%20m%C4%9Bsta>.

14. NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním*. [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: http://www.trass.cz/archive_2015/2-podpora-skup4.html.
15. ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2010-2019*. Uzis.cz [online]. [cit. leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--knihovna&id=275>.
16. ÚZIS ČR. *Národní portál hrazených zdravotních služeb*. Uzis.cz [online]. [cit. listopad-prosinec, 2021; leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-registr-hrazenych-zdravotnich-sluzeb>.
17. ÚZIS ČR. *Národní portál psychiatrické péče*. Uzis.cz [online]. [cit. listopad-prosinec, 2021; leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/>.
18. ÚZIS ČR. *Národní portál poskytovatelů zdravotních služeb*. Uzis.cz [online]. [cit. listopad-prosinec, 2021; leden-květen 2022]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-registr-poskytovateluzdravotnich-sluzeb>.
19. WHO (2022). *Rehabilitation*. Who.int [online]. [cit. listopad-prosinec, 2021]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_1
20. WHO (2005). Deklarace o duševním zdraví pro Evropy. Čelit výzvam, nalézat řešení. Who.int [online]. [cit. listopad-prosinec, 2021]. Dostupné z: https://www.crpdz.cz/dokumenty/2006_03_30_002.pdf
21. WHO (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Who.int [online]. [cit. listopad-prosinec, 2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Seznam zkratek

CDZ	Centrum duševního zdraví
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
dg.	Diagnóza
GIS	Geografický informační systém
IQR	Interquartile Range
KHS MSK	Krajská hygienická stanice Moravskoslezského kraje
NRPZS	Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSK	Moravskoslezský kraj
p.b.	procentní bod
p.o.	příspěvková organizace
SD	Směrodatná odchylka
SMI	Závažné duševní onemocnění (Severe mental illness)
SVZ	Souhrnná výzkumná zpráva
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

Přílohy

Příloha 1 Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

v rámci projektu TAČR „Ekonomicko-uživatelský potenciál distančních forem sociálně zdravotní péče neurologických a duševních onemocnění“ realizujeme krátký dotazník s cílem zjistit, zda a v jakém rozsahu je poskytována kognitivní rehabilitace pro osoby s chronickými duševními onemocněními v zařízeních sociálních služeb v Moravskoslezském kraji. Budeme velmi rádi za vyplnění tohoto krátkého dotazníku a za další spolupráci, např. v rámci kulatého stolu, který plánujeme ke konci roku 2022, kde bychom Vám sdělili hlavní výstupy projektu a nabídli aktivity a vzdělávací programy pro trénování kognitivních funkcí mozku.

Děkujeme za vyplnění dotazníku.

Za realizačním tým

doc. Ing. Iveta Vrabková, Ph.D.
Ekonomická fakulta, VŠB-TU Ostrava
Ostrava
iveta.vrabkova@vsb.cz

Ing. Ivana Vaňková, Ph.D.
Ekonomická fakulta, VŠB-TU
ivana.vankova@vsb.cz

Název zařízení:

Pracovní pozice osoby vyplňující dotazník:

1. Aplikujete, v rámci práce s klientem, kognitivní rehabilitaci či její dílčí postupy?
 - ano
 - ne

V případě, že odpovíte na otázku číslo 1 „ne“, tak Vám děkujeme za vyplnění dotazníku.
2. Jakou formou probíhá ve vašem zařízení kognitivní rehabilitace?
 - individuálně
 - skupinově
 - je nabízena individuálně i skupinově
3. Využíváte pro kognitivní rehabilitaci i speciální počítačové programy, jako je např. HAPPYneuron?
 - ano
 - ne
4. Jsou pracovníci, kteří provádí kognitivní rehabilitaci s klientem, speciálně proškoleni na tyto činnosti?
 - ano
 - ne
5. Provádí kognitivní rehabilitaci kmenoví zaměstnanci organizace nebo jsou pro tyto činnosti nájímáni externí zaměstnanci?

T A
Č R

- kmenoví zaměstnanci
 - externí zaměstnanci
6. Jaké metody nejčastěji využíváte ve Vašem zařízení při práci s klientem?
- individuálně vedený trénink paměti
 - kognitivní pomůcky (počítačové programy, tištěné materiály, multimediální prostředky apod.)
 - reminiscenční terapie
 - hudební aktivity
 - výtvarné aktivity
 - pohybové aktivity
 - jiné (uveďte jaké)
7. Jak často jsou aktivizační činnosti klientům nabízeny?
- 1-2 x týdně
 - 3-4 x týdně
 - 1-2 x za měsíc
 - Jiné...
8. Monitorujete u klientů vývoj kognitivní výkonnosti? Pokud ano, jak často vyhodnocujete výsledky klienta?
- ano,
 - ne

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku.

Seznam obrázků a schémat

OBR. 3.1 KOGNITIVNÍ REHABILITACE V SYSTÉMU REHABILITACE.....	8
OBR. 4.1 VÝVOJ POČTU OBYVATEL MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE V LETECH 2000-2020, V TISÍCÍCH	16
OBR. 4.2 NADĚJE DOŽITÍ PŘI NAROZENÍ DLE POHLAVÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V LETECH 2010/2011-2019/2020	17
OBR. 4.3 HRUBÁ MÍRA ÚMRTNOSTI V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V LETECH 2010-2020 (V %).....	18
OBR. 4.4 ZEMŘELÍ PODLE PŘÍČIN ÚMRTÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI A ČR NA CELKOVÉM POČTU ZEMŘELÝCH, PRŮMĚR ZA ROKY 2010-2020 (PRŮMĚR, V %)	18
OBR. 4.5 POČET PŘÍPADŮ HOSPITALIZACE NA 100 000 OBYVATEL V NEMOCNICÍCH V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI A ČR V LETECH 2010-2019, V TISÍCÍCH	20
OBR. 4.6 POČET PŘÍPADŮ HOSPITALIZACE NA NEMOCI OBĚHOVÉ SOUSTAVY (DG. I00-I99) V ČESKÉ REPUBLICE V LETECH 2010-2019, V TISÍCÍCH	20
OBR. 4.7 POČET PŘÍPADŮ HOSPITALIZACE NA CĚVNÍ ONEMOCNĚNÍ MOZKU (DG. I60-I69) V ČESKÉ REPUBLICE V LETECH 2010-2019, V TISÍCÍCH	21
OBR. 4.8 POČET LÉČENÝCH PACIENTŮ U POSKYTOVATELŮ AMBULANTNÍCH SLUŽEB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM DG. F00-F99 V ČR A MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI NA 100 000 OBYVATEL V LETECH 2010-2020	22
OBR. 4.9 STRUKTURA POHLAVÍ PACIENTŮ LÉČENÝCH U POSKYTOVATELŮ AMBULANTNÍCH SLUŽEB S DG. F00-F99 V ROCE 2020, ČESKÁ REPUBLIKA, MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ.....	23
OBR. 4.10 VÝVOJ POČTU LÉČENÝCH PACIENTŮ U POSKYTOVATELŮ AMBULANTNÍCH SLUŽEB DLE VYBRANÝCH PSYCHIATRICKÝCH DIAGNÓZ (F0 A G30, F2, F4 (BEZ F 42)) V ČESKÉ REPUBLICE A MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI NA 10 000 OBYVATEL V LETECH 2010-2020.....	23
OBR. 4.11 POČET HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ S DG. F00-F99 NA ODDĚLENÍCH PSYCHIATRIE NEMOCNIC DLE KRAJŮ ZAŘÍZENÍ V LETECH 2010-2020	24
OBR. 4.12 POČET HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ PSYCHIATRICKÉ PÉČE NA ODDĚLENÍCH PSYCHIATRIE DLE KRAJŮ ZAŘÍZENÍ V ROCE 2020	24
OBR. 4.13 POČET LÉČENÝCH PACIENTŮ 65+ ALZHEIMEROVY CHOROBY (G30) NA 100 000 OBYVATEL V KRAJÍCH ČR, 2010, 2020	25
OBR. 4.14 STRUKTURA POHLAVÍ PACIENTŮ 65+ S DG. G30 V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V ROCE 2020, V %	26
OBR. 4.15 VĚKOVÁ STRUKTURA PACIENTŮ 65+ S DG. G30 V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V ROCE 2020, V %	26
OBR. 4.16 POČET LÉČENÝCH PACIENTŮ V AMBULANTNÍ PÉČI NA PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ (F20-F29) NA 100 000 OBYVATEL V KRAJÍCH ČR, 2010, 2020	26
OBR. 4.17 STRUKTURA POHLAVÍ PACIENTŮ DG. F20, F23 A F25 V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V ROCE 2020, V %	27
OBR. 4.18 VĚKOVÁ STRUKTURA PACIENTŮ S DG. F20, F23 A F25 V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V ROCE 2020, V %	28
OBR. 4.19 POČET LÉČENÝCH PACIENTŮ V HOSPITALIZAČNÍ PÉČI NA JEDNOTLIVÁ PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ (F20-F29) V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V LETECH 2010-2020	29
OBR. 4.20 VÝVOJ SÍŤE POSKYTOVATELŮ AMBULANTNÍCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PODLE TYPU SPECIALIZACE V KRAJÍCH ČR, 2010, 2020.....	30
OBR. 4.21 MÍSTNÍ DOSTUPNOST POSKYTOVATELŮ AMBULANTNÍ PÉČE OBORU PSYCHIATRIE (ODBORNOST 305) ...	35
OBR. 4.22 MÍSTNÍ DOSTUPNOST POSKYTOVATELŮ LŮŽKOVÉ PÉČE OBORU PSYCHIATRIE (ODBORNOST 3F5, 3H5) ...	35
OBR. 4.23 MÍSTNÍ DOSTUPNOST POSKYTOVATELŮ AMBULANTNÍ PÉČE OBORU NEUROLOGIE (ODBORNOST 209) ...	37
OBR. 4.24 MÍSTNÍ DOSTUPNOST POSKYTOVATELŮ LŮŽKOVÉ PÉČE OBORU NEUROLOGIE (ODBORNOST 2F9, 2H9) ...	37
OBR. 4.25 SÍŤ CENTER LÉČBY: ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA	38
OBR. 5.1 MÍSTNÍ DOSTUPNOST POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S CHRONICKÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI.....	41
OBR. 5.2 MÍSTNÍ DOSTUPNOST AMBULANTNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S CHRONICKÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI.....	43
OBR. 5.3 MÍSTNÍ DOSTUPNOST TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S CHRONICKÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI.....	45
OBR. 6.1 SLOŽENÍ ZKOUMANÉHO SOUBORU RESPONDENTŮ Z POHLEDU PRÁVNÍ FORMY POSKYTOVATELE A PRACOVNÍ POZICE VYPLŇUJÍCÍ OSOBY	47
OBR. 6.2 APLIKUJETE, V RÁMCI PRÁCE S KLIENTEM, KOGNITIVNÍ REHABILITACI ČI JEJÍ DÍLČÍ POSTUPY?	48
OBR. 6.3 JAKOU FORMOU PROBÍHÁ VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ KOGNITIVNÍ REHABILITACE?	48

T A
Č R

OBR. 6.4 VYUŽÍVÁTE PRO KOGNITIVNÍ REHABILITACI I SPECIÁLNÍ POČÍTAČOVÉ PROGRAMY JAKO JE NAPŘ. HAPPYNEURON?	49
OBR. 6.5 JSOU PRACOVNÍCI, KTEŘÍ PROVÁDÍ KOGNITIVNÍ REHABILITACI S KLIENTEM, SPECIÁLNĚ PROŠKOLENI NA TYTO ČINNOSTI?	49
OBR. 6.6 PROVÁDÍ KOGNITIVNÍ REHABILITACI KMENOVÍ ZAMĚŠTNANCI ORGANIZACE NEBO JSOU PRO TYTO ČINNOSTI NAJÍMÁNI EXTERNÍ ZAMĚŠTNANCI?	49
OBR. 6.7 JAKÉ METODY NEJČASTĚJI VYUŽÍVÁTE VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ PŘI PRÁCI S KLIENTEM?	50
OBR. 6.8 „JAK ČASTO JSOU AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI KLIENTŮM NABÍZENY?“	50
OBR. 6.9 MONITORUJETE U KLIENTŮ VÝVOJ KOGNITIVNÍ VÝKONNOSTI?	50
OBR. 6.10 JAK ČASTO VYHODNOCUJETE VÝSLEDKY KLIENTA?	51

Seznam tabulek

TAB. 3.1 HIERARCHIE KOGNITIVNÍCH SYSTÉMŮ DLE BRADLEYEHO.....	9
TAB. 4.1 UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE.....	15
TAB. 4.2 PODÍL PŘEDPRODUKTIVNÍ A POPRODUKTIVNÍ SLOŽKY OBYVATELSTVA MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE NA CELKOVÉM POČTU OBYVATEL V LETECH 2010-2020 (v %).....	17
TAB. 4.3 VÝVOJ POČTU ZEMŘELÝCH PODLE PŘÍČIN ÚMRTÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V LETECH 2010-2020 .	19
TAB. 4.4 POČET LÉČENÝCH PACIENTŮ NA JEDNOTLIVÁ PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ (F20-F29) V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V LETECH 2010-2020	27
TAB. 4.5 STRUKTURA POHLAVÍ A VĚKU PACIENTŮ S DG. F20 V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V ROCE 2020	28
TAB. 4.6 STRUKTURA POHLAVÍ A VĚKU PACIENTŮ S DG. F23 V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V ROCE 2020	28
TAB. 4.7 STRUKTURA POHLAVÍ A VĚKU PACIENTŮ S DG. F25 V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI V ROCE 2020	28
TAB. 4.8 POČET POSKYTOVATELŮ AMBULANTNÍCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PODLE TYPU SPECIALIZACE V KRAJÍCH ČR, 2020.....	29
TAB. 4.9 POČET LŮŽEK V PSYCHIATRICKÝCH NEMOCNICÍCH/LÉČEBNÁCH V LETECH 2010-2020 DLE KRAJŮ (STANDARDNÍ PÉČE + PÉČE V ODBORNÝCH LÉČEBNÝCH ÚSTAVECH).....	31
TAB. 4.10 POČET LŮŽEK AKUTNÍ PÉČE NA PSYCHIATRICKÝCH ODDĚLENÍCH NEMOCNIC V LETECH 2010-2020 DLE KRAJŮ.....	31
TAB. 4.11 POČET POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB DLE ODBORNOSTI PSYCHIATRIE A FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE, K 31. 12. 2021	32
TAB. 4.12 PŘEHLED POSKYTOVATELŮ LŮŽKOVÉ PÉČE OBORU PSYCHIATRIE (ODBORNOST 3H5, 3F5) V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI K 31. 12. 2021	33
TAB. 4.13 POČET POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB DLE ODBORNOSTI NEUROLOGIE A FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE, K 31. 12. 2021	36
TAB. 4.14 PŘEHLED POSKYTOVATELŮ LŮŽKOVÉ PÉČE OBORU NEUROLOGIE (ODBORNOST 2H9, 2F9) V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI K 31. 12. 2021	36
TAB. 5.1 DRUHY A FORMY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S CHRONICKÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	39
TAB. 5.2 PŘEHLED POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI, FORMA POBYTOVÁ, K 30. 8. 2021	40
TAB. 5.3 PŘEHLED POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI, FORMA AMBULANTNÍ, K 30. 8. 2021	42
TAB. 5.4 PŘEHLED POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI, FORMA TERÉNNÍ, K 30. 8. 2021	44
TAB. 5.5 SÍŤ CENTER DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI, K 31. 12. 2021	46
TAB. 7.1 SUMARIZACE ZJIŠTĚNÝCH ÚDAJŮ	54